

Il Consiglio superiore di sanità dice sì, ma con esame del sangue preventivo. Il Vaticano: aborto mascherato

Pillola dei 5 giorni dopo, primo via libera scontro sul test di gravidanza obbligatorio



RICHIESTA

Il produttore, Hra, ha chiesto all'Aifa di dare un prezzo al farmaco nell'agosto 2009



MINISTERO

Ad ottobre 2010 il ministro ha annunciato di aver coinvolto il consiglio superiore di sanità



PARERE

Il Consiglio superiore ha iniziato ad analizzare il caso nell'aprile scorso, ieri è arrivata la decisione

MICHELE BOCCI

LA PILLOLA dei 5 giorni dopo può essere usata in Italia. Si tratta di un anticoncezionale e in quanto tale può essere presa solo se viene dimostrato, attraverso un test di gravidanza con l'analisi del sangue, che la fecondazione non è ancora avvenuta. Il Consiglio superiore di sanità (Css) ha consegnato al ministero il suo parere sul discusso farmaco, la cui approvazione è stata chiesta ormai due anni fa dal produttore, dicendo due cose fondamentali. La prima risponde direttamente al quesito di Fazio e riguarda la natura del medicinale: si esclude che sia abortivo, come sostengono i suoi detrattori tra cui il cardinal Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia accademia per la vita, e Scienza e vita. Anche ieri hanno portato avanti la loro teoria: «Si tratta di un aborto di raffinata malizia», ha detto Sgreccia. Il Css invece, come l'Oms, parla di anticoncezionale di emergenza. La seconda riguarda l'assunzione e pone un paletto ingombrante sulla strada della pillola: la donna prima di prenderla deve fare un test di gravidanza definito "sicuro" dal Css, cioè con l'esame del sangue. Tale modalità, prevista soltanto in Italia, scoraggerà molte donne. Ora si attende che l'Aifa cambi il foglietto illustrativo.

L'ulipristal acetato, commercializzato come ellaOne dalla

HRA Pharma può funzionare fino a 120 ore dopo il rapporto a rischio, cioè molto di più della pillola del giorno dopo (che malgrado il nome agisce fino a 72 ore dopo). Per essere efficace, l'embrione non deve essere ancora annidato nell'utero. Nel foglio illustrativo "si sconsiglia l'uso in gravidanza". Il farmacologo Silvio Garattini, del Mario Negri di Milano è membro del Css. «Se la donna che prende la pillola dei 5 giorni - spiega - è già incinta ci potrebbero essere danni per l'embrione. Così abbiamo suggerito il test. Se il periodo trascorso dal rapporto è superiore a un giorno, magari è più difficile avere ben presenti i tempi ed è meglio non rischiare. E poi se il test viene positivo si può sempre abortire. Abbiamo deciso all'unanimità e non vogliamo mettere i bastoni tra le ruote a nessuno». Il sottosegretario Eugenia Roccella vede il test come un «paletto importante», la radicale Donatella Poretti controbatte: «È una assurdità fare un esame del sangue per prendere un contraccettivo. Si inventano tutti i possibili inghippi per rendere difficile la vita alle donne».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità

Primo sì
alla pillola
dei 5 giorni
dopo

di MARGHERITA DE BAC
A PAGINA 29

Sanità Il Consiglio superiore della Sanità: «Stop se ci sono precedenti gravidanze

Pillola dei 5 giorni dopo Primo sì tra le polemiche

La bocciatura del Vaticano: è un aborto raffinato



Quando è stata introdotta

L'agenzia europea del farmaco (Emia) ne ha autorizzato la commercializzazione il 15 maggio 2009. Attualmente è in vendita in 21 Paesi europei oltre Usa e Canada. In Italia è in attesa dell'autorizzazione da parte dell'Agenzia italiana del farmaco



Il test

Secondo il Consiglio superiore di Sanità la pillola è compatibile con la legge 194 sull'aborto purché si accerti con un test che la donna non sia già incinta. La nuova pillola è considerata più efficace nello scongiurare gravidanze rispetto a quella «del giorno dopo», a base di levonorgestrel.

A differenza della pillola del giorno dopo, che può essere presa entro 72 ore dal rapporto sessuale a rischio, la nuova pillola non ha evidenziato finora perdite di efficacia nell'arco dei cinque giorni in cui può essere somministrata

Il governo

Il sottosegretario Roccella: «Posto un paletto importante. Ora evitare l'uso inappropriato»

ROMA — È un sì interlocutorio ma significativo. Il Consiglio superiore di sanità ha dato via libera alla pillola dei cinque giorni dopo, capace di inibire l'ovulazione fino a 120 ore successive a un rapporto sessuale. Il massimo organo consultivo del ministero della Salute ha espresso un parere net-

to: «Non è un prodotto abortivo», concludono gli esperti in un documento rimasto in sospeso a lungo e richiesto dall'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco.

Gli esperti aggiungono che la pillola è compatibile con la legge 194 sull'aborto purché si accerti con un test che la donna non sia già incinta per un

precedente rapporto. Un'evenienza possibile, legata ad esempio all'irregolarità del ciclo. Il foglietto illustrativo avverte che è controindicata in gravidanza. Ed è proprio questo punto che l'Agenzia ha voluto approfondire. Le polemiche non si fanno attendere: «Un abortivo di raffinata malizia», secondo Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia Accademia per la vita.

La lentezza della procedura di registrazione riporta ad altre pillole «eticamente sensibili». Quella del giorno dopo (dai meccanismi simili, che previene il concepimento se



presa entro 72 ore) e la Ru486, vero e proprio interruttore di gravidanza, alternativa all'aborto chirurgico. Ambedue sono entrate in Italia con molto ritardo rispetto all'approvazione centralizzata da parte dell'Emea, l'agenzia europea del farmaco. Prima del via libera italiano, interrogazioni parlamentari e indagini di Camera e Senato.

Per ellaOne, nome del nuovo contraccettivo d'emergenza, come è stato classificato dall'Organizzazione mondiale della Sanità, l'azienda francese HRA Pharma ha presentato la domanda di registrazione in Italia nell'agosto del 2009. Per la commercializzazione, già partita in 21 Paesi europei oltre che in Usa e Canada, bisogna attendere adesso il decreto dell'Aifa. Dovrà essere definito anche il prezzo.

Il Consiglio ha motivato così l'esclusione dell'effetto abortivo, che invece viene messo in dubbio da cattolici e pro li-

fe: «L'aborto è la rimozione dell'embrione già annidato in utero, che avviene dopo il sesto o settimo giorno da un rapporto potenzialmente a rischio. La nuova pillola è utilizzabile prima che si verifichi l'eventuale annidamento e successivamente non ha effetto». Sgreccia ribalta questa affermazione: «Intercepta il processo di impianto, e quindi un essere vivente, perché la vita inizia con la fecondazione», commenta contraddicendo il contenuto del foglietto illustrativo. La vendita avverrà in farmacia, con prescrizione medica.

EllaOne è a base di ulipristal acetato, un antiprogestinico che inibisce o ritarda l'ovulazione. Se la fecondazione dell'ovulo è già avvenuta, non è efficace. La scheda tecnica chiarisce che sono assenti «attività endometriali», cioè non contrasta l'attecchimento dell'embrione in utero, sospetto nutrito dai cattolici. Cinque giorni

sono il tempo di sopravvivenza dello spermatozoo.

Il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella è soddisfatta perché il Consiglio «ha posto un paletto importante. C'è una precisa indicazione di compatibilità con la legge e che, cioè, c'è bisogno di un test di gravidanza precoce. L'agenzia modellerà il protocollo di approvazione su questa base. Si vuole evitare l'uso inappropriato». Severo il commento di Lucio Romano, copresidente dell'Associazione Scienza & Vita, ginecologo: «È un ulteriore passo verso l'aborto trasformato in contraccezione». L'associazione Luca Coscioni si augura che l'Aifa acceleri i tempi: «Non devono esserci più dubbi sulla contraccezione d'emergenza, c'è stata una presa di posizione delle società scientifiche». Anche Donatella Poretti, dei Radicali, si chiede polemica quanto ci vorrà prima del semaforo verde.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Domande & risposte

Come agisce il farmaco?

? La pillola dei 5 giorni dopo è classificata dall'Organizzazione mondiale della Sanità come contraccettivo d'emergenza. È efficace entro 120 ore successive a un rapporto sessuale. Il suo principio attivo, l'ulipristal acetato, un antiprogestinico, inibisce e ritarda l'ovulazione e interviene prima che l'ovulo venga fecondato. Se la fecondazione è già avvenuta non è efficace. Nella scheda tecnica viene esclusa l'attività sull'endometrio, quindi non avrebbe la capacità di contrastare l'annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero.

Che differenze con la Ru486?

? Le indicazioni sono diverse. La RU486, a base di mifepristone, è un vero e proprio farmaco abortivo che provoca l'espulsione del feto, un'alternativa chimica all'aborto chirurgico. Dunque interviene quando l'embrione ha già attecchito nell'utero. La RU486 è stata approvata in Italia due anni fa circa e viene somministrata in ospedale, con controllo medico. Non è venduta in farmacia.

E la pillola del giorno dopo?

? Differenti principio attivo e tempo d'azione. La pillola del giorno dopo, con levonorgestrel, anch'essa definita contraccettivo d'emergenza, deve essere utilizzata entro le 40, massimo 72 ore successive a un rapporto sessuale. Ambedue sono prodotti da farmacia, necessaria la prescrizione medica. Il Consiglio superiore di sanità ha chiarito nel suo parere che la pillola dei cinque giorni dopo non è abortiva ma è necessario accertare che non sia in atto una gravidanza per un precedente rapporto.

La nuova sostanza è già in commercio?

? La pillola dei 5 giorni dopo è già venduta in 21 Paesi europei oltre che in Canada e Stati Uniti. In Gran Bretagna costa circa 17 sterline, l'uso è raccomandato dopo i 18 anni. Alcune associazioni pro life inglesi hanno denunciato il fatto che può essere acquistata anche su Internet, in siti specializzati in questo tipo di vendite, aggirando il paletto dell'età. In Italia dovrà essere approvata dall'Agenzia del farmaco. Un via libera obbligato dopo il sì centralizzato da parte dell'Agenzia europea che l'ha autorizzata nel maggio del 2009.

(a cura di Margherita De Bac)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

| LA SANITÀ |

Pillola dei 5 giorni dopo primo sì, ma serve il test

*Il Vaticano:
«No al farmaco
la fecondazione
è già una vita»*

ROMA - Primo sì da parte del Consiglio Superiore di Sanità per l'arrivo in Italia della cosiddetta pillola dei cinque giorni dopo, un farmaco che aveva suscitato già in passato preoccupazione fra quanti avevano osteggiato la registrazione in Italia di un altro farmaco per la contraccezione di emergenza, la pillola del giorno dopo. E fra questi i cattolici.

«È un aborto a tutti gli effetti, un aborto di raffinata malizia: una pillola del giorno dopo cinque volte», è il parere del cardinale Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia Accademia per la vita. «Per quanto so - aggiunge - questa pillola intercetta il processo di impianto già iniziato e quindi un essere vivente. La vita inizia con la fecondazione».

Il parere tecnico dell'organo consultivo del ministro della Salute vieta l'utilizzo del farmaco solo in caso di gravidanza accertata, essendo un farmaco per la «contraccezione di emergenza» e non per l'aborto. In sostanza, per ottenere il farmaco, bisognerà effettuare un test di gravidanza precoce.

Il farmaco deve essere preso il prima possibile perché il suo effetto anti-progesterone abbia effetto inibendo temporaneamente i meccanismi dell'ovulazione. Dunque, è efficace solo se non è ancora avvenuta la fecondazione. Per l'autorizzazione del medicinale è comunque necessario un via libera da parte dell'Agenzia italiana del farmaco.

Già approvata dall'autorità farmaceutica europea (Ema) nel marzo 2009 e anche negli Stati Uniti, la pillola dei 5 giorni dopo è a base di ulipristal acetato.

A differenza della pillola tradizionale, il nuovo farmaco, pur agendo con un meccanismo simile, può essere assunto fino a 5 giorni dopo il rapporto a rischio, appunto. Attualmente, è già in commercio in Gran Bretagna, Francia,

Germania e Spagna. L'azienda che detiene il brevetto ha avanzato a gennaio 2010 anche all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) la richiesta per la commercializzazione.

«Il Consiglio Superiore di Sanità ha dato una precisa indicazione di compatibilità con la legge 194. C'è bisogno di un test di gravidanza precoce che escluda una gravidanza in atto per poter somministrare questa pillola» precisa il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella.



**Primo sì
alla pillola
dei 5 giorni**

Il Consiglio superiore di Sanità: non ha effetti abortivi

Francesca Schianchi
A PAGINA 27

IL FARMACO HA SUPERATO L'ESAME DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

Pillola dei 5 giorni dopo Primo sì: "Ma serve il test di gravidanza"

Per l'approvazione definitiva manca il parere dell'Agenzia del farmaco

FRANCESCA SCHIANCHI
ROMA

Tra qualche tempo, anche in Italia potrebbe essere commercializzata la pillola dei cinque giorni dopo. Manca ancora il via libera dell'Agenzia italiana del farmaco, ma un passo avanti notevole lo ha fatto fare ieri il Consiglio Superiore di Sanità: ha dato all'unanimità parere favorevole alla pillola EllaOne, già approvata dall'Autorità farmaceutica europea nel marzo 2009, purché non venga usata in caso di gravidanza accertata. Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, aveva chiesto un parere al Ciss sulla compatibilità del farmaco con la legge 194 vigente in Italia sull'aborto: ebbene, la pillola, che va presa entro cinque giorni da un rapporto sessuale non protetto per evitare una gravidanza indesiderata, non è un abortivo, ha risposto l'organo consultivo, ma un contraccettivo d'emergenza. Via libera quindi secondo il Ciss al medicinale già in commercio in Gran Bretagna, Francia, Germania, Spagna e Stati Uniti, ma a una condizione: che prima dell'assunzione venga fatto un test per escludere una gravidanza in corso. Un «paletto importante», sottolinea la sottosegretaria alla Salute Eugenia Roccella, perché chiarisce che la pillola è «compatibile con le leggi

italiane se c'è un test che elimina ogni dubbio di gravidanza in atto». Ora, ricorda, «la parola passa all'Aifa», che dovrà autorizzare la commercializzazione del farmaco in Italia, e che già in passato aveva espresso «preoccupazione riguardo alle eventuali conseguenze di un uso ripetuto». Interviene la senatrice radicale Donatella Porretti: «L'Aifa ora non potrà fare altro ciò che avrebbe già dovuto fare da tempo, intervenire per quanto di sua competenza: la modalità di vendita - con obbligo di ricetta - e in caso la sua rimborsabilità». Per la pillola dei 5 giorni dopo «l'Aifa ha la pratica aperta dal gennaio 2010, è ora un atto dovuto porre fine al ritardo».

Accusa il cardinale Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia Accademia per la vita: «È un aborto a tutti gli effetti, di raffinata malizia». Per questo «non potrà avere alcuna attenuante dal punto di vista della morale né cattolica né razionale» e «mi auguro che questa deliberazione sia responsabilmente respinta dal governo». D'accordo con lui Lucio Romano, copresidente nazionale dell'Associazione Scienza e vita, «il via libera è un ulteriore passo verso la trasformazione dell'aborto in contraccezione», mentre esulta il ginecologo Silvio Viale: «Era ora. Adesso mi aspetto che il prossimo passo sia l'abolizione della ricetta obbligatoria per la contraccezione di emergenza».

Contraccettivo d'emergenza

Efficace prima della fecondazione

Da non confondere con la pillola abortiva Ru486, il farmaco è un contraccettivo d'emergenza efficace fino al quinto giorno successivo a un rapporto sessuale non protetto a differenze della pillola «tradizionale» che deve essere assunta entro le 72 ore. Come quest'ultima però deve esser presa il prima possibile perché il suo ef-

fetto anti-progesterone abbia effetto inibendo temporaneamente i meccanismi dell'ovulazione. Dunque, è efficace solo se non è ancora avvenuta la fecondazione. Il nome tecnico è «ulipristal acetato» (commercializzato come EllaOne) ed ha avuto il via libera dell'Emm, agenzia europea per i medicinali, a maggio del 2009.



Il nuovo anticoncezionale

Sì alla pillola dei 5 giorni dopo «Ma non sarà un'altra RU»

Roccella: vigileremo perchè non incentivi l'aborto. Condanna della Chiesa

■■■ CATERINA MANIACI

ROMA

■■■ Arriva il parere positivo da parte del Consiglio superiore di sanità alla cosiddetta pillola dei cinque giorni dopo, contraccettivo d'urgenza che agisce appunto entro cinque giorni dall'atto sessuale per prevenire una gravidanza indesiderata. Il parere del Ccs mette precisi paletti all'uso della pillola, mirando ad impedire che si trasformi in un metodo abortivo indiretto. Ma la Chiesa attacca: questo è un nuovo attacco sferrato al concepimento della vita.

La pillola dei cinque giorni dopo, sulla cui commercializzazione in Italia il Ccs ha dato appunto parere favorevole, dovrà ora tornare all'esame dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) per ottenere l'approvazione definitiva. L'iter che attende il nuovo medicinale dunque non è ancora finito. Sul farmaco, comunque, «il Ccs ha dato una precisa indicazione: non è un via libera, ma si tratta dell'indicazione che la pillola è compatibile con la normativa vigente solo se c'è un test di gravidanza molto precoce che elimina la possibilità di una gravidanza in corso». Lo puntualizza il sottosegretario al ministero della Salute, Eugenia Roccella, ricordando, appunto, che ora «la parola passa all'Aifa, mentre il Consiglio Superiore di Sanità ha esaminato le caratteristiche del medicinale ed ha posto un patto importante perché in Italia esiste il problema di un uso sconsigliato della pillola del giorno dopo, soprattutto da parte delle minori - tanto che oggi viene chiamata "la pillola del sabato sera" - e bisogna evitare un uso inappropriato della

pillola dei cinque giorni dopo». Roccella ha infine spiegato che «il protocollo si realizzerà su questa base e, cioè, sulla considerazione che riguarderà il bisogno di un test di gravidanza precoce, effettuata in laboratorio, non i test che si comprano in farmacia, per intenderci». Il parere del cardinale Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia Accademia per la vita, è del tutto negativo. La nuova pillola, secondo il porporato, «è un aborto a tutti gli effetti, un aborto di raffinata malizia: una pillola del giorno dopo cinque volte». Questo il commento del cardinale Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia Accademia per la vita. «Per quanto so», afferma il cardinale Sgreccia, «questa pillola intercetta il processo di impianto già iniziato e quindi un essere vivente, perché la vita inizia con la fecondazione. Mi auguro che questa deliberazione sia responsabilmente respinta dal governo».

Ma come funziona questo farmaco che rinfocolerà le polemiche? La pillola nasce per la contraccezione d'emergenza che funziona, appunto, fino a cinque giorni dopo un rapporto sessuale non protetto, ed è considerata dagli esperti più efficace nello scongiurare gravidanze rispetto a quella "del giorno dopo". A differenza della pillola del giorno dopo, che può essere presa entro 72 ore dal rapporto sessuale a rischio e la cui efficacia decresce ogni 12 ore, la nuova pillola non ha evidenziato finora perdite di efficacia nell'arco dei cinque giorni in cui può essere somministrata. Entrambe le pillole sono classificate come contraccettivi d'emergenza e ufficialmente non hanno effetto abortivo, differenziandosi dalla RU486, che induce l'interruzione della gravidanza.



Contracezione

Ok pillola "5 giorni" con test

ROMA Via libera del Consiglio superiore di Sanità alla "pillola dei cinque giorni dopo", contraccettivo d'urgenza che agisce entro le 120 ore successive al rapporto sessuale. Per l'uso della pillola sarà però obbligatorio il test di gravidanza precoce che escluda una fecondazione in atto, «in quanto si tratta di un medicinale per la contraccezione e non per l'aborto». Ora per la commercializzazione manca l'ok dell'Aifa. METRO



inserto speciale



diventare **MAMMA**

La gravidanza è uno stato fisiologico in cui salute e benessere della gestante sono importanti per aiutare il bebè a svilupparsi bene e a nascere senza complicazioni.

A CURA DI MAURIZIO BIANCHI E GIUSI GALIMBERTI

Dossier/Diventare mamma

UNA DOLCE ATTESA

Oggi sono sempre di più le donne che, se stanno bene, preferiscono lavorare fino all'ottavo mese, per stare poi di più con il neonato.

Tra 600 e 700 mila l'anno: è il numero stimato, in base ai dati demografici dell'Istat (l'Istituto centrale di statistica), delle gravidanze in Italia. «Nella

stragrande maggioranza dei casi», afferma il ginecologo **Gabriele Rossi**, dirigente medico del servizio patologia della gravidanza della Clinica Mangiagalli di Milano, «è un naturale evento fisiologico riguardante donne che stanno bene e che non hanno necessariamente bisogno di interventi medici, se non quelli per monitorare che tutto proceda per il giusto verso. Tuttavia, per confidare in una gravidanza serena, è bene adottare qualche accorgimento sul fronte della prevenzione, così da garantire la salute e il benessere della gestante e, di riflesso, aiutare il nascituro a venire al mondo senza problemi».

- Quali sono i capisaldi della prevenzione per una gravidanza senza complicazioni?

«La prima mossa, sia per facilitare il concepimento, sia per procedere dopo senza intoppi, è non avere un peso fortemente squilibrato, ossia non essere troppo magre o troppo grasse. Nel primo caso si possono avere difficoltà di ovulazione, quindi nel restare incinta, nel secondo si possono avere problemi durante la gestazione: è come fare una passeggiata trasportando una pesante valigia anziché una borsa leggera. Prima del concepimento è doveroso sottoporsi ad alcuni

esami per accertare il gruppo sanguigno, la presenza di anticorpi di malattie infettive, in particolare della rosolia che può nuocere gravemente al feto, la glicemia, la sussistenza di malattie quali diabete e cardiopatie».

- Quanto è importante l'età?

«Sarebbe opportuno non procrastinare eccessivamente la ricerca del primo figlio, giacché è assai più facile per un organismo giovane rispondere in maniera adeguata alla



28-35 anni

l'età media del primo concepimento in Italia

600-700 mila

le gravidanze ogni anno nel nostro Paese

92%

quelle concluse regolarmente, con parto al nono mese

99%

delle gestanti sono seguite da un ginecologo

89%

dei parti avviene in strutture sanitarie pubbliche

Fonte: Istat.

prima gravidanza. Oggi, per vari motivi, l'età del primo concepimento è salita a 28-35 anni contro 18-25 negli anni Sessanta. Questo non significa che una donna non possa avere un figlio anche dopo i 40 anni, ma possono esserci più difficoltà e rischi».

– Come viene vissuto psicologicamente questo periodo?

«La maggior parte delle donne lavora. Fino a qualche anno fa, a noi ginecologi veniva chiesto spesso di invocare lo stato di gravidanza a rischio per anticipare l'inizio della licenza di maternità. Adesso sta succedendo l'opposto: tante gestanti, se stanno bene e la gravidanza procede normalmente, vogliono lavorare fino a tutto l'ottavo mese, per stare poi più insieme con il neonato, quattro mesi anziché tre come previsto dalla legge. Sta al medico stabilire se lavorare comporta situazioni a rischio per la mamma e il bambino, valutando sia i pericoli propri dell'ambiente di lavoro, sia l'affaticamento derivante dalla lunghezza e complessità del tragitto casa-ufficio

Il fattore sicurezza

Come allentare la fatica al lavoro, affrontare le faccende domestiche e gli spostamenti in auto o con i mezzi pubblici, senza mettere a repentaglio l'incolumità propria e del bambino? Ecco i suggerimenti del dottor Rossi.

Al lavoro, bisogna guardare all'esempio delle donne americane: concedersi di tanto in tanto pause rilassanti, per sollevare le gambe, fare esercizi di respirazione, bere acqua per facilitare l'eliminazione dell'acido lattico, il cui accumulo induce l'utero, che è un muscolo, a contrarsi; non tenere a lungo la stessa posizione, ma sgranchirsi spesso le gambe; prendersi mezza giornata di ferie in settimana o allungare il week-end di un giorno.

A casa, la donna incinta è spesso preda di un'istintiva smania di preparare un nido per il bebè. Deve fare attenzione a sgabelli e scalette, perché il sistema propriocettivo, che controlla la posizione del corpo nello spazio, è alterato dalle modificazioni della gravidanza: è più facile perdere l'equilibrio e cadere con grave rischio, anche se da modica altezza, per l'incolumità propria e del bambino. Occhio pure al ferro da stiro: non è infrequente ustionarsi la pancia,



perché si perde il senso della propria posizione rispetto al piano di lavoro.

In auto, allacciare sempre la cintura di sicurezza. Inoltre, le vibrazioni del mezzo a lungo andare stimolano la contrazione dell'utero: consigliabile fermarsi dopo un'ora-un'ora e mezzo di viaggio per una pausa relax.

Trasporto pubblico: si al treno e alla metropolitana, purché comodi e non affollati, cautela con tram e bus, che sbalzano di più. Volare in aereo non è pericoloso, ma oltre le 3-4 ore di viaggio cresce il rischio di trombosi. È bene rivolgersi prima al medico per un'eventuale breve profilassi con eparina. ■

L'IMPORTANZA DI ACIDO FOLICO E OMEGA 3

L'alimentazione in gravidanza e durante l'allattamento influenza lo stato di salute di madre e bimbo. È fondamentale una dieta bilanciata. «L'apporto di nutrienti potrebbe non essere però del tutto soddisfacente: ecco perché è utile un'integrazione», spiega il dottor **Antonio Maiorana**, dirigente medico dell'unità operativa Ginecologia Ostetricia dell'Ospedale civico di Palermo. «L'acido folico, vitamina del gruppo B, è indispensabile per prevenire malformazioni anche serie del bebè. Utile l'apporto di Omega 3, che svolgono un'azione fondamentale nello sviluppo del sistema nervoso del piccolo». ProbeNat, in capsule gelatinose, garantisce un'integrazione tale



da fronteggiare le crescenti richieste energetiche della gestante e del neonato. Vitamine e minerali contenuti apportano infatti il 100% dei L.arn (cioè livelli di assunzione raccomandati di nutrienti, aggiornati secondo le più recenti ricerche. ■

o fabbrica, sia infine lo stress imputabile al tipo di mansione lavorativa svolta».

- Quali sono gli accertamenti durante l'attesa?
«È consigliabile un controllo a cadenza mensile per verificare peso, pressione del sangue, stato del nascituro, che non ci siano situazioni di anemia né alterazioni del metabolismo e della glicemia, che fegato e reni funzionino a dovere. Per quanto riguarda la diagnostica strumentale, non è il caso di esagerare con le ecografie: ne bastano tre. La prima, entro la tredicesima settimana, aiuta tra l'altro a non sbagliare grossolanamente la data del parto. Ricordo in proposito che la gravidanza è definita a termine quando il parto avviene tra la 37ª e la 41ª settimana, pretermine quando il lieto evento è antecedente alla 37ª settimana, protratta quando il bimbo nasce dopo la 41ª settimana. Con una seconda ecografia, attorno alla 20ª settimana, si valuta come è fatto il feto. C'è da dire al riguardo che la diagnosi prenatale non serve solo per accertare se vi siano malformazioni, ma pure per verificare se vi siano anomalie alle quali porre rimedio con tempestività affinché il bebè nasca nelle migliori condizioni fisiche. Un'ultima ecografia nel terzo trimestre permette di valutare se la crescita del nascituro è regolare».

MAURIZIO BIANCHI



Nella valigia per l'ospedale

Quasi tutti gli ospedali forniscono alla futura mamma la lista delle cose da portare con sé al momento del ricovero per il parto. Ogni struttura ha le sue regole, perciò è bene attenersi scrupolosamente alle indicazioni. In certi ospedali, infatti, pannolini e salviettine per il cambio del neonato sono forniti dagli inservienti, come anche gli assorbenti per la mamma. In altri ospedali è necessario portarseli.

PER IL NEONATO

Il necessario per il cambio nei giorni di degenza e per vestirlo al momento delle dimissioni dall'ospedale:

- una camicina
- un body o maglia
- due tutine (o due completi composti da maglia con ghettiline)
- un paio di calzini e un cappellino
- copertina.

Meglio lavare prima tutti gli indumenti per il neonato, perché la sua pelle è molto delicata e sensibile agli appretti e amidi presenti nei capi nuovi. Grazie al lavaggio con detergenti delicati diventeranno ancora più morbidi.

PER LA FUTURA MAMMA

- Assorbenti
- mutandine a rete usa e getta (servono dopo la rottura delle acque e nei primissimi giorni dopo il parto, quando si utilizzano maxiassorbenti)
- camicie da notte per la degenza, aperte sul davanti;
- una vestaglia
- reggiseni con coppe apribili per l'allattamento
- coppette assorbi-latte
- dischetti per la pulizia del seno
- prodotti per l'igiene personale (spazzolino da denti, dentifricio, detergente normale e intimo).

Prepariamo il suo nido

Non esiste una lista ideale di ciò che occorre predisporre per l'arrivo del neonato. Oltre a ciò che certamente parenti e amici regaleranno, ecco una lista delle spese indispensabili nei primi mesi di vita del bebè.

Mobili e accessori

- Carrozzina
- culla o lettino con riduttore
- 1 proteggi-materasso
- 2 o 3 copertine
- lenzuolini
- fasciatoio con materassino
- vaschetta per il bagno
- 1 accappatoio con cappuccio

o asciugamani in lino e spugna

- piccoli asciugamani di spugna
- se si dorme in una stanza diversa da quella del piccolo, può essere utile il set per baby monitoring, ossia per sorvegliare a distanza il suo sonno
- la sdraietta (dal terzo mese)
- il marsupio o la fascia per portare a spasso il bebè.

Se non si allatta, bisogna prevedere di acquistare fin dalle prime ore i biberon e tutto il necessario per l'allattamento artificiale (sterilizzatore, scaldabiberon elettrico, liquido



disinfettante e scovolino per la pulizia).

Il piccolo guardaroba

- Una decina di bavaglioni
- body o magliette intime in cotone, a maniche lunghe

ALIMENTAZIONE SANA E AMICA DELLA BILANCIA



Una credenza popolare dice che la futura mamma deve mangiare per due. «Un falso mito», taglia corto il dottor Rossi, «anzi mangiare per due può far accumulare alla gestante un surplus di chili difficile da smaltire dopo il parto e, soprattutto, capace di complicare quest'ultimo».

● L'aumento di peso non deve superare, in media, i 6-8 chili nei nove mesi, con qualche indulgenza solo per le donne troppo magre. «Un pizzico di adipe post parto», precisa il medico, «è una preziosa fonte di energia da spendere in un periodo fisicamente impegnativo, come lo sono i primi mesi di vita del bambino».

● Per sapere con buona approssimazione se il comportamento a tavola è virtuoso, si può ricorrere all'indice di massa corporea o Bmi (dall'inglese body mass index), che determina il livello di peso forma. Si ottiene dividendo il peso corporeo, in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza espressa in metri. Se il risultato è inferiore a 20 si è sottopeso e si può crescere

anche di una decina di chili; tra 20 e 24,9 il peso è nella norma, dunque si possono aggiungere fino a 8 chili; tra 25 e 29,9 si è in sovrappeso, quindi l'incremento va limitato entro i 6 chili.

● Oltre che alla quantità, occhio alla qualità dell'alimentazione, che deve essere equilibrata e variata per assicurare alla donna e al feto, in giusta dose quotidiana, tutti i nutrienti di cui hanno bisogno: carboidrati, proteine, grassi, fibra, sali, vitamine. Optare per piccoli pasti frequenti per non diventare preda della fame e appesantire il bilancio calorico.

● Meglio evitare carne e uova crude, insaccati, latticini non pastorizzati, possibile veicolo di tossinfezioni. Il pesce crudo è consentito, se ne sono noti l'origine e lo stato di conservazione: succede che vengano aggiunti antibiotici per prolungarne la durata, il che può scatenare allergie. No, a molluschi e crostacei.

● Preferire, laddove possibile, cibi cotti ai ferri, alla griglia (senza eccedere), al vapore. Mano leggera con i condimenti, tra i quali privilegiare

DA 40 ANNI LA CARROZZINA PREFERITA DALLE ITALIANE, PER L'ELEGANZA SENZA TEMPO, È LA CLASSICA INGLESINA, BELLA ANCHE COME CULLA (AL CENTRO). PIÙ PRATICI, SEMPRE DI INGLESINA: ESPRESSO, IL PASSEGGINO DA USARE FIN DALLA NASCITA, E ZIPPY CHE DIVENTA CARROZZINA, CULLA, PASSEGGINO O SEGGIOLINO PER AUTO.



o corte a seconda della stagione

- pigiamini (interi o due pezzi)
- tutine, o magliette più ghettime
- golfini
- calzini.

Tutti i capi per i neonati devono essere facili da lavare e semplici da indossare. I vestiti eleganti spesso sono infatti poco pratici; la maggior parte dei bambini non ama farsi vestire; piange e si dibatte.

I vestiti devono essere ampi, meglio se di una misura in più piuttosto che troppo stretti; facili da abbottonare; non devono infilarsi dalla testa. Meglio togliere le etichette, che possono lasciare segni sulla loro pelle delicata.

Igiene e cambio

- Pannolini
- salviettine per il cambio (un barattolo grande e una confezione piccola da viaggio)
- bagnoschiama e shampoo delicati specifici per il neonato
- olio per il corpo
- 2 spugne naturali (una per il corpo e una per il visino)
- 1 spazzola per capelli morbida e un pettinino dai denti sottili
- forbicine per le unghie con punte arrotondate
- pasta o crema per il cambio
- batuffolini di cotone
- soluzione fisiologica per la detersione del nasino.

l'olio extravergine di oliva, e con il sale, che può favorire l'ipertensione.

- Spazio a frutta e verdura di stagione, purché ben lavate per rimuovere eventuali contaminazioni da irradiazione con concimi organici di origine animale.
- Tra le vitamine, quella che non deve mancare è la B9 o acido folico, fondamentale per il corretto sviluppo del midollo spinale nei feti. Abbonda nei cereali integrali, nei legumi, negli ortaggi a foglia verde, nei pomodori,

negli agrumi. Il fabbisogno giornaliero in stato interessante è di 400 microgrammi e sarebbe opportuno cominciare a fare il pieno già quando si mette sul tappeto l'idea di fare un figlio.

- Tra i minerali, risultano strategici il ferro e il calcio. Il primo previene l'anemia e, se lo ritiene, il medico può consigliarne anche una supplementazione. Il calcio invece è un ingrediente essenziale delle ossa e dei denti, oltre che per il buon funzionamento dei muscoli e del sistema nervoso. ■

SPORT: PRO E CONTRO

Una moderata attività sportiva fa bene e aiuta la donna ad adattarsi meglio alle modificazioni fisiologiche e all'aumento di peso e volume del corpo. Il movimento, specie praticato all'aperto lontano dal traffico, migliora l'ossigenazione del sangue della mamma e del nascituro.

- «Una donna in stato interessante», afferma il fisiatra e medico dello sport **Stefano Respizzi** dell'Istituto clinico Humanitas di Milano, «può in teoria dedicarsi a una molteplicità di discipline per quasi tutta la durata della gravidanza: la protezione del feto è assicurata dall'utero e dal liquido amniotico. Meglio evitare sport di contatto, come le arti marziali, e andar cauti con quelli, come sci e corsa, che implicano forti sollecitazioni da impatto sul terreno. Sospendere qualsiasi esercizio fisico se c'è minaccia di aborto o di parto prematuro».
- Durante la gestazione, il tratto lombare della colonna vertebrale è sottoposto a un notevole sovraccarico, mentre la muscolatura addominale si rilassa: il risultato è un'iperpressione sui dischi intervertebrali. «Sono pertanto utili attività che consentano di mantenere un adeguato tono muscolare dell'addome e della parte bassa della schiena», suggerisce lo specialista, «in modo da prevenire

disturbi della postura: la ginnastica in acqua e il nuoto sono ideali, anche per disperdere il calore generato dall'esercizio, che potrebbe influire negativamente sul feto».

- Altrettanto ideale è camminare con passo tranquillo, calzando scarpe basse, per favorire la circolazione sanguigna periferica e non stimolare possibili contrazioni dell'utero.
- In linea di massima, una gestante non sedentaria, in buona salute e con normale decorso della gravidanza può dedicare 30-40 minuti al giorno all'attività fisica fino all'ottavo mese. Dopo, limitarsi a esercizi di respirazione addominale (usando il diaframma) e di rilassamento. Proficua la frequenza a un corso di training autogeno respiratorio di preparazione al parto. ■



CANDIDA

Uno dei tipici disturbi in gravidanza è la candida. Ne soffre un terzo delle gestanti. La candida è un fungo (lievito) normalmente presente nella flora batterica vaginale. Quando non è attiva, cioè non si è sviluppata fino a causare un'infezione, si dice che è in stato "dormiente". Se passa alla forma "attiva", può causare disturbi come la candidosi intestinale, che a sua volta provoca vaginiti, dermatosi e stomatiti. Da Pizeta Pharma, ActiCand 30 è un dispositivo medico per uso vaginale a base di *Lactobacillus fermentum* e *Lactobacillus acidophilus*, che insieme garantiscono l'instaurarsi in tempi rapidi di un effetto barriera nei confronti di potenziali patogeni vaginali, con particolare riferimento ai lieviti del genere candida. Il prodotto nasce dalla joint venture con Probiotal, leader nella ricerca di prodotti a base di probiotici attivi, microrganismi viventi e vitali che conferiscono benefici all'organismo se consumati, in adeguata quantità, come parte di un alimento o di un integratore. ■

Fumo, alcol, farmaci: che fare?

● Il fumo è assolutamente controindicato per la salute tanto della gestante, quanto del feto. «La donna fumatrice», afferma il dottor Rossi, «deve sapere che al di sotto delle cinque sigarette al giorno ci va di mezzo solo lei, al di sopra cresce la probabilità di danni per il nascituro».

● Alcol: non è vero che sia sempre teratogeno, ossia in grado di provocare malformazioni del bebè. «È comunque raccomandabile non abusarne», chiosa lo specialista. «Tuttavia, un bicchiere al pasto di vino rosso fermo, né troppo invecchiato né giovane, non fa male. Un tempo, era un modo per apportare ferro alle donne incinte».

● Quanto ai farmaci, la regola è: niente fai da te, sentire sempre prima il proprio medico. «Ci sono medicinali, come il paracetamolo, che si possono prendere senza problemi, a meno che non generino allergie», spiega il medico. «Alcuni antibiotici (i derivati dalla penicillina) sono somministrabili in qualunque momento della gravidanza. Cautela con gli antidolorifici, a eccezione del solito paracetamolo, e con gli antinfiammatori non steroidei: non vanno usati prima della 14^a settimana, perché non è certo se sono causa di malformazioni, e dopo la 34^a, perché possono provocare la chiusura di parte del cuore del feto». ■



Igiene personale

Anche l'igiene personale ha la sua importanza per spianare la strada dell'attesa. Ecco i suggerimenti del ministero della Salute.

Bagni e docce: si possono fare tranquillamente, basta utilizzare acqua non troppo calda.

Capelli: non vi sono controindicazioni per lavaggi anche frequenti. Da evitare permanenti e tinture le cui sostanze possano penetrare, anche se in minima quantità, nel sangue.

Denti: importante un'accurata igiene orale. Pulire i denti con attenzione, in modo da tenere alla larga carie e gengiviti, facili a svilupparsi nel corso della gravidanza. L'anestesia locale, in caso di interventi del dentista, non comporta alcun rischio né per la madre, né per il figlio.

Depilazione: preferire i rasoi a creme e cerette, da mettere al bando se ci sono varici.

Un filo di trucco per sentirsi belle

Complici gli ormoni della gravidanza la pelle cambia durante l'attesa. In genere diventa sensibile, ma anche radiosa. Può essere secca; a volte grassa, con piccoli segni di acne; possono comparire macchie.

La futura mamma di fronte a tutti i cambiamenti a volte si piace. A volte è turbata, o semplicemente affaticata, specie nelle prime settimane di gestazione, e così finisce per trascurare il suo lato più femminile. Si vede goffa, appesantita. Per sentirsi sempre carine e in forma, utilizzare normali prodotti per il maquillage non è affatto sconsigliato durante l'attesa. Se la pelle appare particolarmente delicata, si può optare per cosmetici studiati per le pelli sensibili, in vendita in farmacia. Niente trucco pesante, certo, un tocco di fard sulle guance, una passata di mascara, per sottolineare lo sguardo, e sulle labbra un gloss colorato e idratante. Una semplice routine che con la scelta di capi divertenti ed eleganti, seppure prémaman, aiuta a sentirsi belle e speciali, proprio per quel dolcissimo pancione. Da prevedere, tra gli acquisti del guardaroba dell'attesa, i reggiseni speciali da gravidanza e in seguito quelli da allattamento, meglio se con coppe antibatteriche, per la massima igiene del seno. Inoltre, le fasce e le guaine speciali da utilizzare nell'ultimo periodo della gestazione, quando l'addome è più pesante e va sostenuto, anche per evitare disturbi alla schiena. ■

ALLARME GESTOSI

Nel terzo trimestre della gravidanza, può manifestarsi una malattia seria, la gestosi: trascurata, può avere gravi ripercussioni per la salute del nascituro. Va diagnosticata con rapidità. I sintomi allarmanti, secondo le indicazioni del ministero della Salute, sono: un improvviso e forte aumento della pressione; la presenza massiccia di albumine nelle urine; la comparsa di edemi alle gambe; un eccessivo aumento di peso. La cura va stabilita dal medico. È comunque consigliabile stare a letto il più possibile, evitare di stare a lungo supine per non comprimere i vasi sanguigni dell'addome, seguire una dieta equilibrata.

QUEI PICCOLI FASTIDIOSI DISTURBI

Durante la gestazione possono insorgere dei disturbi, attribuibili allo scombussolamento ormonale e alle modificazioni cui va incontro l'organismo. Ecco i più comuni.

Brucciore di stomaco. Compare di solito negli ultimi mesi ed è provocato dalla compressione della parte bassa dello stomaco a opera dell'utero, che spinge i succhi gastrici verso l'esofago. Lo si può prevenire consumando pasti piccoli e frequenti e non assumendo posizioni, come quella sdraiata o raggomitolata, che favoriscono il reflusso gastrico. Se persiste, il medico può prescrivere farmaci antiacidità.

Cloasma gravidico. È una colorazione scura e a chiazze che può comparire sul volto, specie nelle donne di carnagione scura. La si previene non esponendo troppo la pelle al sole e proteggendosi con i solari.

Mal di schiena/sciatica. «Il mal di schiena compare perché la pancia cresce verso l'esterno», spiega il ginecologo. «La gestante, per compensare lo spostamento del baricentro, arretra la posizione della testa e della colonna. Ciò determina una maggiore sollecitazione delle due curve naturali della colonna vertebrale, che dolgono. Se il malposizionamento delle vertebre provoca la compressione del nervo sciatico, si hanno dolori anche intensi che corrono per tutta la gamba». La cura consiste nel riposo e nell'evitare sforzi. Gli antidolorifici vanno presi solo su prescrizione del medico.

Nausea. Talvolta accompagnata da vomito al mattino, compare dopo cinque-sei settimane dall'ultima mestruazione e, di solito, sparisce dopo il terzo mese di attesa. Non ci sono farmaci specifici antinausea, ma la maggior parte delle gestanti riesce a superare il problema, magari con i rimedi della nonna: dal pane secco ai cracker, dai capperi alle olive nere. Lo zenzero, usato dalle donne del subcontinente indiano, può essere una risorsa. Aiuta anche succhiare del ghiaccio tritato.



PER SAPERNE DI PIÙ

Ministero della Salute,

www.salute.gov.it

Oms (Organizzazione mondiale della sanità), www.who.int

Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute,

www.epicentro.iss.it

Sigo-Società italiana di ginecologia e ostetricia,

www.sigo.it

Aogoi-Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani,

www.new.aogoi.it

Smagliature. Inestetismi dovuti al cedimento della pelle per l'aumento di volume di pancia e seno, ma soprattutto a fattori genetici. Nessuna cura può farle sparire del tutto, i trattamenti cosmetici possono ridurle. Come prevenzione, idratare la cute e mantenerla elastica con una dieta ricca di antiossidanti.

Stipsi. È dovuta sia all'azione degli ormoni, che provocano un rilassamento della parete intestinale, sia alla compressione esercitata dall'utero sull'intestino. La si cura mangiando una giusta dose di frutta e verdure ricche di fibra e bevendo almeno un litro-un litro e mezzo di acqua al giorno. Sconsigliato il ricorso fai da te a lassativi, che possono irritare l'intestino: sentire sempre il parere del medico.

Vampate di calore. Reazioni vasomotorie che servono a disperdere il calore del corpo: un meccanismo che protegge il feto.

Varici. Dilatazioni delle vene, che si manifestano soprattutto nelle gambe e sono favorite in gravidanza dall'azione degli ormoni e dalla pressione dell'utero sul bacino. La circolazione è rallentata e ciò spiega il senso di pesantezza e gonfiore delle caviglie. Per prevenirla la comparsa, indossare calze elastiche specifiche, passeggiare ed evitare di stare in piedi a lungo.

Voglie. Non sono un disturbo, ma un improvviso e irresistibile desiderio di certi alimenti, collegato al momento particolare che vive l'organismo. «Sono il segnale che la futura mamma ha bisogno di coccole», sottolinea il dottor Rossi. «Il mancato soddisfacimento non ha conseguenze sul nascituro».

Gli effetti del federalismo

Sanità: 12 miliardi dai costi standard

CINQUE REGIONI

Solo da Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio si ricaverrebbero 9,4 miliardi l'anno, pari al 77% dei risparmi complessivi

Roberto Turno

■ La chiamano la «frontiera dell'efficienza». Riuscire a toccarla sarebbe il Bengodi per i conti pubblici. Un tesoretto che da solo varrebbe nel tempo un quarto della manovra: ben 12 miliardi di risparmi di spesa sanitaria pubblica in meno, lo 0,8% del pil. E soltanto da cinque Regioni - Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio - si ricaverrebbero 9,4 miliardi l'anno, il 77% dei risparmi complessivi. Gradualmente, ma lungo un percorso di convergenza, massimo dieci anni, sicuro e senza strappi.

Il nuovo Eldorado della speranza di raddrizzare i bilanci di asl e ospedali è proposto da una ricerca del Cerm, curata da Fabio Pammolli e da Nicola Salerno. Proposta azzardata, ma che non manca di consegnare spunti e riflessioni ai tecnici dell'Economia e della Ragioneria proprio nel momento in cui sulla spesa sanitaria si stanno concentrando parte degli interventi della manovra in cantiere, soprattutto a partire dal 2013 con la contabilizzazione di effetti di risparmio tra 4 e 6 miliardi grazie all'applicazione dei costi standard e della regola aurea del benchmark tra le Regioni mi-

gliori per spesa ed efficienza.

La ricerca parte proprio dal riconoscimento dell'esistenza di gap strutturali di efficienza e qualità regionali che vedono il Sud «staccato dal resto d'Italia», a testimonianza appunto dell'«urgenza delle riforme». Il percorso di rientro naturalmente sarebbe doloroso e richiederebbe una cura di «universalismo sanitario selettivo» comune a tutte le Regioni. Proposta anche per questo politicamente e socialmente non facile da realizzare, che però guarda avanti, alla sostenibilità nel tempo del welfare sanitario.

I conti del Cerm, guardando ai costi standard, puntano a una ricucitura del sistema sanitario con un obiettivo di performance e un benchmark (l'Umbria) comune a tutte le Regioni. E tutte le Regioni - chi più, chi meno - avrebbero posizioni (e spese) da scalare. Ma per il Sud si sarebbe a tutti gli effetti un percorso di guerra. La Campania, dovrebbe ridurre la spesa del 33 e aumentare la qualità delle prestazioni del 90%, la Sicilia del 24 e del 90%, la Puglia del 24 e del 96%, il Lazio del 13 e del 76%, la Calabria del 15 e del 132 per cento. A ulteriore testimonianza che dove per la salute si macinano disavanzi miliardari, si ha anche la beffa per gli assistiti della qualità più bassa delle cure. Che poi il federalismo possa essere davvero il medico migliore, sarà tutto da dimostrare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, una banca dati per capire i costi standard

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è un malato grave e ci sono Regioni dove addirittura si dispera di poterlo riportare alla normalità. Fondazione Farmafactoring nel suo Rapporto 2011 (presentato a Roma il 15 giugno), che analizza nel profondo le caratteristiche della sanità, ha concentrato l'attenzione proprio su «La spesa delle Regioni e le regole del federalismo» offrendo una serie di spunti basati su analisi empiriche ottenute da dati di spesa a livello regionale, mai analizzati prima d'ora. «Quest'anno per la prima volta» spiega **Marco Rebuffi**, presidente della fondazione, «abbiamo fatto un accordo con Simg, la Società italiana di medicina generale, che riunisce i medici di base, e abbiamo avuto a disposizione il loro database, una raccolta di informazioni che utilizzano a scopi medici e diagnostici, e che invece noi abbiamo sfruttato per capire una serie di dinamiche Regione per Regione». Un lavoro che ha acquistato un grosso valore scientifico dopo che l'Istat, su richiesta della stessa Farmafactoring, ha confermato la validità dei dati. «A questo punto abbiamo sottoposto il database al Censis, al Cergas-Bocconi e Vincenzo Atella dell'Università Tor Vergata nonché direttore

scientifico di Farmafactoring. Un lavoro che ha già prodotto risultati molto interessanti, ma che continuerà perché quel database è una vera miniera di informazioni».

Da parte di Farmafactoring c'è l'intenzione in un prossimo futuro di presentare i risultati al ministero dell'Economia. «Ci interessa soltanto» spiega Rebuffi «mettere a disposizione della collettività delle analisi che poi chi di dovere

utilizzerà nella maniera più opportuna». Non manca comunque una valutazione generale sul Ssn. «Viviamo una situazione a macchia di leopardo, con zone servite bene e altre dove il servizio è molto modesto e la spesa del tutto sproporzionata» conclude. «In alcuni casi abbiamo sicuramente un utilizzo poco efficiente delle risorse. Bisogna però sempre ricordare che

secondo l'Organizzazione mondiale della sanità il nostro resta uno dei sistemi migliori al mondo. Un'incomprensibile dicotomia dalla quale si dovrà prima possibile uscire».

Intanto le Regioni impegnate nei Piani di rientro continuano a registrare risultati di bilancio negativi e due sole di queste, Lazio e Campania, sono responsabili da sole di oltre il 64% dei disavanzi complessivi. **Giuseppe Cordasco**



64% deficit

La quota del disavanzo complessivo imputabile a Lazio e Campania. Nella foto, Marco Rebuffi, Fondazione Farmafactoring.

Oltre l'81% dei diplomati alle facoltà di medicina è già operativo a un anno dalla fine degli studi

Lauree sanitarie, lavoro sicuro

Medici: solo lo 0,7% cerca un'occupazione - Infermieri: subito in campo nel 93% dei casi

A un anno dalla laurea oltre l'81% dei professionisti della salute (medici e professioni sanitarie non mediche) lavora. Un record visto che il secondo gruppo di professionisti in classifica si ferma poco oltre il 43 per cento.

A tracciare il quadro e stilare la classifica dell'occupazione per professione, Regione e ateneo è l'Osservatorio delle professioni sanitarie. Al top tra le professioni sono gli infermieri, occupati nel 93% dei casi. Il 98,6% dei medici invece a tre anni dalla laurea si sta specializzando (la specializzazione è considerata un lavoro retribuito a tutti gli effetti, seppure a tempo determinato), ma il 56,4% ha

anche un lavoro: nel 36,5% dei casi si tratta dei medici di famiglia che hanno concluso il loro corso triennale. Nelle Università del Nord per le professioni sanitarie il lavoro è sempre sopra la media (84%), ma al Sud resta indietro Catanzaro che rispetto al 93,4% di occupati di Padova, prima in classifica, ha solo il 63,4% di laureati già al lavoro.

Per i medici invece la geografia non conta e se al Sud c'è qualche "disoccupato" in più (in realtà si tratta di medici "in cerca di occupazione") il livello occupazionale è sempre molto al di sopra di quello di tutte le altre lauree a ciclo unico.

A PAG. 2-3

Analisi del livello occupazionale raggiunto a uno e tre anni dal diploma di area medica

Camice bianco: il posto c'è

Subito dopo il titolo lavora in media l'82% di professionisti - Infermieri al top

Il 93% degli infermieri a un anno dalla laurea lavora, mentre "solo" il 56% dei tecnici di Fisiopatologia cardiocircolatoria è occupato. Il 98,6% dei medici (si veda articolo a pagina 3) a tre anni dalla laurea si sta specializzando (ed è soddisfatto di farlo) ed è retribuito (l'Istat classifica la specializzazione come "occupazione"), ma il 56,4% ha anche un lavoro che per il 36,5% di dottori in medicina è già a tempo indeterminato.

Nelle Università del Nord per le professioni sanitarie il lavoro a un anno dalla laurea è sempre sopra la media (84%), ma al Sud per i 22 profili resta indietro Catanzaro che rispetto al 93,4% di occupati di Padova, prima in classifica, ha solo il 63,4% di laureati già al lavoro. Dato confermato sempre per le professioni da quello regionale: la Calabria è il fanalino di coda con il 63% di occupati, mentre in testa ci sono Piemonte (93%), Liguria, Veneto e Lombardia (92%).

Per i medici invece la geografia non conta e se al Sud c'è

qualche "disoccupato" in più (in realtà si tratta di medici "in cerca di occupazione") il livello occupazionale è sempre molto al di sopra di quello di tutte le altre lauree a ciclo unico.

Tra le professioni di area medica (28mila "profili" e circa 9mila medici), insomma, la parola "disoccupazione" è rara e medici, infermieri e operatori sanitari battono tutte le altre attività nei livelli occupazionali come in quelli retribuiti, visto che la media di incasso mensile, sempre a un anno dalla laurea è già oltre i 2mila euro, contro i poco più di mille delle altre professioni.

A tracciare il quadro e stilare la classifica dell'occupazione per professione, Regione e ateneo è **Angelo Mastrillo**, esperto dell'Osservatorio delle professioni sanitarie del ministero dell'Università e segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Mastrillo ha analizzato i dati Almalaurea e Cilea, il consorzio che comprende le università di Milano, Milano Bicocca, Pavia, Brescia, Varese, Palermo, Pisa:

entrambi hanno raccolto per le professioni sanitarie i dati 2010 dei laureati 2009, mentre per i medici le indicazioni a tre anni dal diploma sono solo quelle fornite da Almalaurea.

«I dati Almalaurea e Cilea - spiega Mastrillo - dicono che in media l'83% dei professionisti sanitari lavora a un anno di distanza dal conseguimento della laurea. Tasso che si stacca nettamente dal valore medio del 45% dell'insieme di tutti gli altri gruppi disciplinari».

Le 22 professioni sanitarie. Mentre quasi tutti i laureati degli altri gruppi disciplinari proseguono gli studi nella specialistica, quelli delle professioni sanitarie che vanno oltre il triennio sono solo il 3,2%. Per quanto riguarda le differenze territoriali geografiche, è evidente la differenza Nord-sud: rispetto al tasso medio nazionale di occupazione all'84% a un anno dal diploma, il Nord è al 91%, il Centro a 81% e il Sud al 75 per cento.

In particolare al Nord si trovano sopra la media: Piemonte (93%), Liguria, Veneto e Lom-

bardia (92%); Friuli e Sardegna (91%); Emilia Romagna (89%) e Toscana (84%). Sotto la media invece sono Abruzzo (82%), Umbria (80%); Lazio e Sicilia (77%); Puglia (75%); Campania (74%) e con il 63% Calabria.

Non sono riportati i dati della Basilicata perché i corsi di studio sono distaccati dall'Università Cattolica di Roma, né quelli del Molise perché solo una parte sono della locale Università, mentre gli altri corsi afferiscono alle Università Cattolica e Roma Sapienza e sarebbero quindi compresi nei dati del Lazio.

Analizzando i risultati delle singole professioni Mastrillo sottolinea che «in ogni caso la cosiddetta "ultima in classifica", con un'occupazione al



56%, è comunque superiore alla seconda in classifica generale, ovvero al 43% del gruppo di educazione fisica e al 41% del gruppo disciplinare dell'insegnamento. Va inoltre considerato - aggiunge - che il tasso occupazionale delle professioni sanitarie sale al 95% nel corso dei successivi 3 anni dal conseguimento del titolo».

Mastrillo analizza poi i dati delle classifiche sull'occupazione post laurea rispetto a quelli delle domande per posto a bando nei corsi di laurea.

«In alcuni casi - sottolinea - si rilevano differenze sostanziali, come a esempio per l'infermiere che a fronte di un tasso occupazionale del 93% a un anno dal diploma vede un rapporto domande/posto di 2,2, dovuto al grande numero di posti: 16mila circa ogni anno sul totale di 28mila per tutte le 22 professioni sanitarie». Situazione opposta per l'ostetrica: rispetto al quinto posto nel rapporto D/P con 6, il tasso occupazionale del 57% la pone al penultimo posto, con il 71% al Nord, il 50% al Centro e il 37% al Sud: l'incrocio dei dati fa «sorgere il dubbio di un incrocio tra un eventuale esubero dell'offerta formativa per i circa 1.100 posti all'anno e le oggettive restrizioni occupazionali».

Unica professione per cui fare un discorso a parte è quella

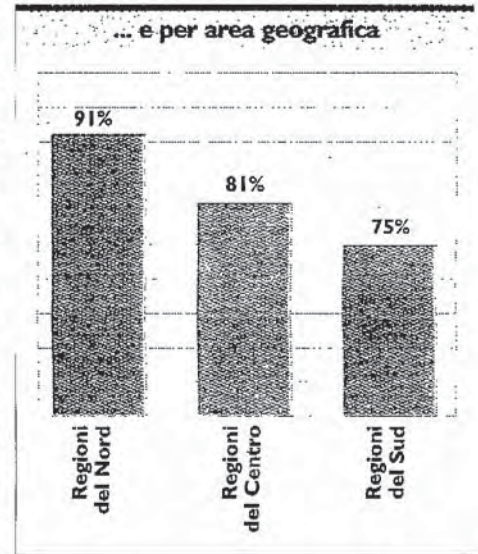
di dietista: pur avendo un alto tasso di domande per posto (al terzo posto), si colloca al quint'ultimo posto per tasso occupazionale (63%). Secondo Mastrillo la ragione è la peculiarità del titolo di dietista, unica professione ad avere accesso diretto anche alla laurea specialistica di scienze dell'alimentazione, oltre a quella comune su quattro classi con le altre 21 professioni per la specialistica a indirizzo manageriale.

Anche per gli ultimi posti nella classifica occupazionale Mastrillo dà comunque una spiegazione. A esempio per tecnico di Neurofisiopatologia (62%), «la causa è nota e anche già risolta», afferma. «Si tratta dell'eccessiva offerta formativa annuale di 250 posti nel triennio 2004-2006 per sostituire circa 500 infermieri; esubero che, tuttavia, è stato ridotto a circa 140 dal 2007, proprio in coerenza con gli sbocchi occupazionali».

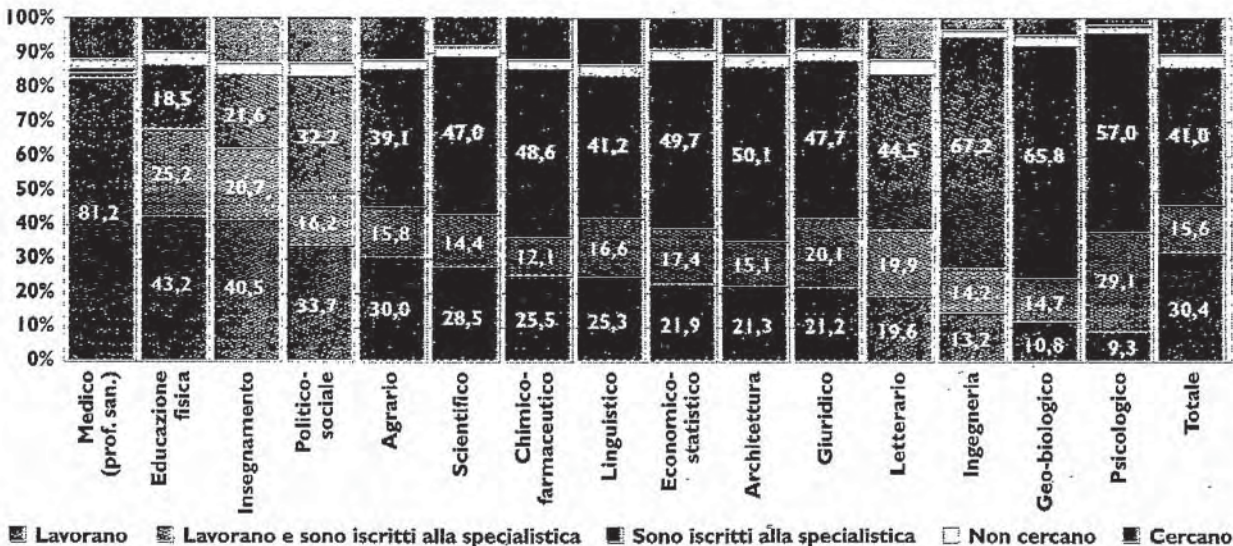
Pur in presenza di alcuni tassi occupazionali bassi tra le 22 professioni sanitarie quindi, conclude l'analisi di Mastrillo, questi restano comunque superiori a tutti gli altri gruppi disciplinari «segno inequivocabile del successo delle lauree sanitarie».

Paolo Del Bufalo

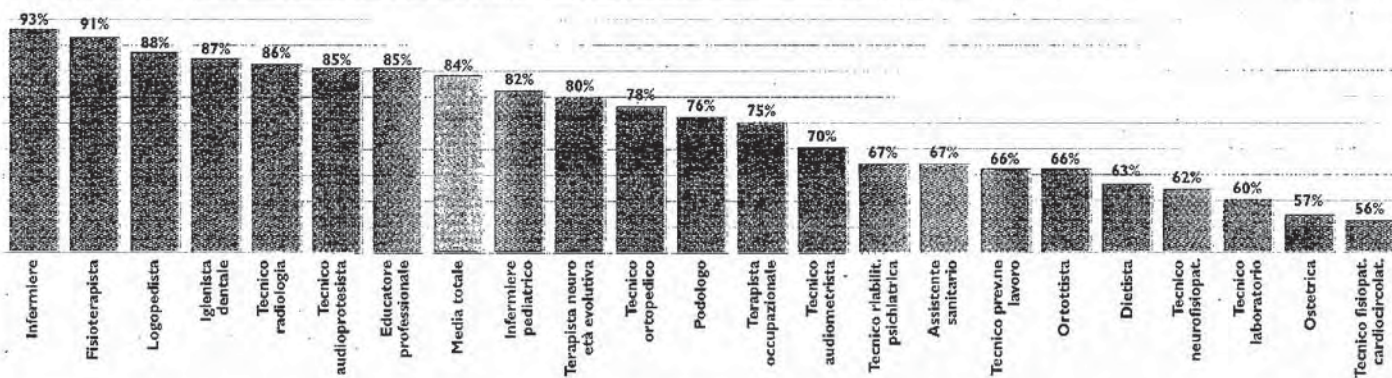
© RIPRODUZIONE RISERVATA



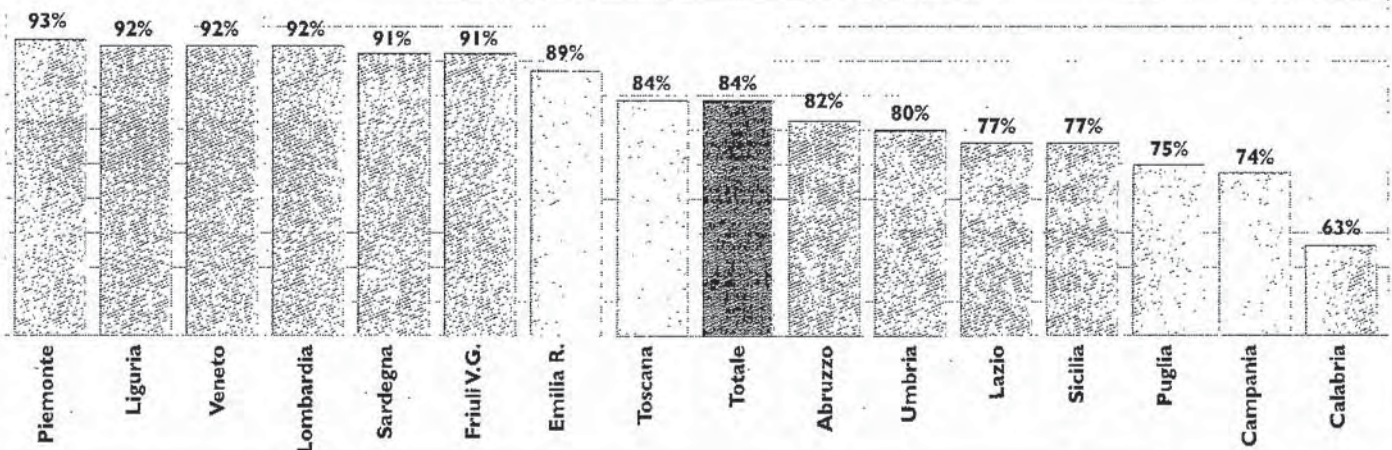
Condizione occupazionale e formativa a un anno per gruppo di disciplina



Professioni: quanti lavorano a l'anno dalla laurea per tipologia di attività



Professioni: quanti lavorano a un anno dalla laurea per Regione ...



La Croce Rossa compie 152 anni e attira i giovani

Presentato il rapporto
2010: aumentata del 15%
la partecipazione giovanile
alle attività di volontariato

ROMA. Rispondere alle vulnerabilità umane con strumenti sempre più capillari e mirati, mantenendo i cardini di una tradizione secolare. Le sfide per la Croce Rossa Italia si moltiplicano in un contesto sociale che cambia e nel quale si «globalizzano» sofferenze e disagi. Eppure, questa «macchina d'epoca», ieri a Roma nella sede di Palazzo Chigi, nel giorno del suo 152esimo compleanno, alla presenza del sottosegretario Gianni Letta e del [ministro della Salute, Ferruccio Fazio](#), ha presentato un report annuale giunto alla II° edizione decisamente in attivo: nel 2010, contando sul contributo fondamentale dei suoi 150mila volontari, ha soccorso, sul territorio nazionale, 340mila indigenti e ha promosso 2.500 iniziative sociali e attività di protezione civile; su uno dei fronti internazionali più caldi come Haiti, in occasione del terremoto, ha prodotto 1.500 pasti caldi al giorno, ha gestito un impianto da 80mila litri d'acqua ogni 12 ore «svolgendo così – precisa il rapporto – un servizio vitale anche per fronteggiare l'epidemia di colera che ha colpito la popolazione». Fortemente presente anche in Cile, per le alluvioni in Pakistan, ma anche sul fronte del sostegno ai vulnerabili con i clown, le unità di strada e gli operatori dei soccorsi speciali; di spicco l'attenzione ai giovani e alla campagna ambientale «Climate in Action» oltre, naturalmente, al soccorso in ambulanza e la diffusione del diritto umanitario internazionale. Si rivela una vittoria il

considerabile aumento giovanile nella partecipazione alle attività volontarie con un +15%; un segnale importante per il commissario straordinario Francesco Rocca, di «vivacità e di radicamento sul territorio: nonostante i tagli, le attività sono aumentate e qualificate». Si diversificano dunque sempre più i confini di intervento e urgenza della Cri, che mette in campo sempre nuove iniziative fortemente territoriali: come il Criinbici, ovvero l'ausilio di volontari in bicicletta in giro per le città munite di defibrillatori e attrezzatura di primo soccorso, e l'accordo firmato con il Comune di Roma per l'assistenza al popolo rom. Un raggio di interventi che intensificano la riflessione su un concreto e rapido miglioramento organizzativo, che possa rappresentare, secondo quanto ha sottolineato Fazio, anche una nuova occasione di interazione con il sistema sanitario. Il Ministro ha sottolineato in particolare che nel nostro paese «la criticità è l'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali. Il governo è vicino alla Croce rossa, vorrebbe esserle più vicino – ha aggiunto –. Però occorre costruire un percorso per una sempre maggiore messa a sistema del mondo del volontariato. Solo la Croce rossa – ha proseguito Fazio – può fare da apripista: vorrei che da auto d'epoca diventasse un'auto nuova, moderna non solo nel motore. Tanto da divenire cerniera tra volontariato e sistema sanitario».

Paola Simonetti



Barbara Cataldi

Batterio **killer**, Germania sorda all'**ALLARME**

La caccia al colpevole non si è ancora conclusa. Dopo 6 settimane di paura, morti, confusione, accuse e smentite, nel giallo del batterio killer è stata finalmente trovata l'arma del delitto, ovvero l'alimento che ha veicolato la variante letale di Escherichia coli, la 0104:H4. Ma in Germania, dove è scoppiata l'emergenza, non sono ancora state chiarite le responsabilità di chi avrebbe dovuto **prevenire** i rischi e **gestire** in modo più efficace l'allerta.

Il Robert Koch Institute, primo istituto epidemiologico tedesco, ha finalmente identificato il potenziale vettore del batterio. Si tratta dei germogli di legumi, come soia, fagioli, lenticchie, germogli di zucca, aglio, fieno greco ed erba medica, tutti prodotti nell'azienda bio Gaertnerhof Bienenbuettel della Bassa Sassonia. La conferma è arrivata da Reinhard Burger, presi-

dente dell'Istituto, anche se si attendono altre conferme.

Sul campo restano più di 3.200 contagiati, circa 770 malati gravi, 35 morti e un numero di vittime destinato a crescere, oltre a 471 milioni di euro di danni provocati dal comportamento delle autorità tedesche che, nel mezzo della bufera, hanno **accusato** verdure di ogni tipo, chiudendo le frontiere ai cetrioli spagnoli e provocando un crollo nei consumi degli ortaggi.

Superficialità teutonica

L'irreprensibile ed efficiente Germania questa volta ha fallito. Anche se il mezzo attraverso cui si è diffusa l'epidemia sono i vegetali, resta il fatto che il batterio sotto accusa è di origine animale o umana. Questo vuol dire che la sua propagazione è strettamente legata al **sistema igienico sanitario** dell'in-

dustria alimentare e alla qualità dei controlli che su quel sistema vengono eseguiti. Ad aggravare il giudizio sulla filiera produttiva tedesca si aggiunge la considerazione che nell'ultimo anno questa è la **terza emergenza** sanitaria europea che parte proprio dal cuore del Vecchio Continente. Le **mozzarelle blu** prima e la **diossina** nelle uova e nella carne di maiale dopo avevano già evidenziato le enormi falle del sistema messo in piedi in Germania.

Anche l'epidemia di E-coli si è diffusa per colpa di un **errore** delle autorità sanitarie. Il Bfr, il Laboratorio federale tedesco per la valutazione del rischio, già nel **giugno 2010** aveva **segnalato l'elevata carica** batterica presente nei germogli. In un rapporto ufficiale (su-

Dopo 6 settimane, identificata la fonte: il contagio parte dai germogli. Governo tedesco sotto accusa. Il Bfr segnalò i rischi nel 2010



bito pubblicato da questo giornale) i biologi del Bfr scrivevano: "Nel 2009 sono stati analizzati 59 campioni di germogli crudi. Nelle confezioni testate in pochi giorni i batteri proliferano e prima della data di scadenza rappresentano un elevato carico batterico per il consumatore".



Lo stesso rapporto segnalava anche i rischi delle **insalate**. "Nel 2008 il Bfr ha analizzato confezioni di insalata mista pronta all'uso e ha scoperto che il 5% di quei campioni conteneva il batterio della *Listeria monocytogene*".

La segnalazione, però, è stata drammaticamente **sottovalutata**.

In Italia il batterio non è arrivato, anche se il panico si è diffuso comunque. "Il caso tedesco è emblematico e preoccupante", commenta **Gianni Cavinato**, presidente di Acu, As-

sociazione consumatori e utenti. "La Germania ha gestito l'emergenza in modo poco trasparente. Nessuna notizia è stata data riguardo al quadro clinico delle vittime, nessuna informazione precisa è stata diffusa sulle analisi effettuate. Le autorità tedesche hanno giocato con opinione pubblica e mercato".

Chi **giustifica** il comportamento dei colleghi tedeschi, invece, sono i **veterinari italiani**, coinvolti la scorsa settimana in una simulazione di

LE RASSICURAZIONI DEL VIROLOGO FABRIZIO PREGLIASCO

"Più igiene per stoppare il contagio"

"Una variante più aggressiva delle altre nata nell'intestino dei bovini". E l'Iss consiglia di non ricorrere all'antibiotico: potrebbe aumentare i rischi per la salute

L'epidemia è sotto controllo, anche perché le informazioni sull'igiene personale e sulle regole da seguire in cucina, che tutti media stanno diffondendo, aiutano a bloccare il contagio". Non ha dubbi **Fabrizio Pregliasco**, ricercatore dell'Istituto di Virologia della facoltà di Medicina di Milano. Anche se l'attenzione degli esperti tedeschi si sta concentrando sui germogli non è ancora chiaro **come** il micidiale batterio di *Escherichia coli* si sia modificato e diffuso.

"Nel passato epidemie simili si sono sempre diffuse a partire dai bovini, il cui intestino è un bomba biologica. È probabile che lì sia nata la variante sotto accusa e poi attraverso le feci si sia propagata", spiega il professor Pregliasco. "Le feci conta-

minate possono essere utilizzate per concimare gli ortaggi, oppure il liquame potrebbe aver contaminato l'acqua utilizzata per irrigare, o lavare gli alimenti o i loro contenitori". In questo caso è probabile che la contaminazione sia avvenuta nella filiera di produzione, durante la manipolazione dei semi o dei germogli. Meno probabile, ma possibile, è anche la diffusione indiretta, ovvero da uomo a uomo, come una normale gastroenterite. "La via principale naturalmente è quella alimentare", precisa il virologo, "ma è possibile anche il contagio dal malato nella fase acuta. Per evitarlo basta stare attenti alla pulizia delle mani". Ma se epidemie di *Escherichia coli* con esito mortale in passato si so-

no già verificate, perché tanto panico questa volta? "È vero è capitato altre volte che l'*E.coli* provocasse morti e migliaia di contagiati in Italia, negli Usa, in Giappone. Però in passato si trattava sempre di un singolo episodio. Questa volta invece siamo di fronte a una diffusione geografica ampia, che fa pensare a più di una fonte o a una fonte che **ha viaggiato**. È questo che spaventa". L'*E.coli* vive nell'intestino di tutti noi. La sua presenza aiuta la digestione. "Per questo quando prendiamo l'antibiotico, può capitare che il farmaco uccidendo i batteri cattivi uccida anche questi batteri buoni, provocando nel paziente la diarrea co-



allerta alimentare insieme all'Unità di crisi nazionale del **ministero della Salute**. "Durante l'esercitazione", racconta **Bartolomeo Griglio**, presidente dell'**Aivemp**, l'associazione che rappresenta i veterinari di sanità pubblica, "ci siamo resi conto che il Sistema rapido di allerta alimentare dell'Ue è un ottimo strumento che ha funzionato anche in Germania. L'unica critica da fare ai colleghi tedeschi è la gestione della comunicazione".

"Manca un'Agenzia"

Sarà. Gli italiani, però, non si fi-

dano più della qualità di quello che portano in tavola. Negli ultimi 8 anni l'indice di fiducia dei consumatori nel sistema di controllo degli alimenti è crollato, tanto che nella classifica europea siamo al **penultimo posto**, prima dei portoghesi.

Eppure in Italia a controllare gli alimenti ci sono 25 enti e più di 23mila addetti, il triplo di Francia e Germania, il quadruplo della Gran Bretagna. "È arrivato il momento di istituire l'Agenzia nazionale sulla sicurezza alimentare, per garantire non solo controlli efficienti, ma anche una informazione indipendente". A parlare è **Antonio Longo**, presidente di

Mdc, Movimento difesa del cittadino. "Le crisi che si ripetono ogni anno richiedono un organismo libero dai condizionamenti politici e **filieri** produttive, a garanzia solo della salute dei cittadini. Non danno fiducia il **ministero della Salute**, né l'Efsa, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare, che nel caso del batterio killer non è stata in grado di dare informazioni indipendenti, ma si è limitata a rilanciare quanto affermato dalle autorità tedesche".

IL BILANCIO DELL'OMS

Secondo l'Oms il totale dei casi di malattia provocata dal batterio E.coli tedesco ammonta a un totale di 3.255 in 16 paesi (Germania, Danimarca, Svezia, Austria, Canada, Francia, Repubblica Ceca, Grecia, Paesi Bassi, Lussemburgo, Norvegia, Polonia, Spagna, Svizzera, Gran Bretagna, Usa). E salvo cinque eccezioni, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, tutti i casi sono connessi alla Germania.

Sull'emergenza legata al batterio killer, il ministro tedesco della Sanità, Daniel Bahr, ha sottolineato che "non si possono escludere nuovi decessi. Tuttavia il numero di nuove infezioni è in continuo calo, e questo ci dà delle ragioni di ottimismo". Molti malati, però, sono in gravi condizioni: 773 pazienti soffrono di Shu (sindrome emolitica e uremica). E purtroppo per un centinaio di loro i danni renali sono tali da prospettare come unica soluzione il trapianto o una vita in dialisi.

me effetto collaterale". La variante che sta terrorizzando l'Europa, però, ha una caratteristica nuova e pericolosa. "Nell'intestino di un bovino il batterio E.coli si è modificato e ha acquisito la capacità di produrre una tossina capace di aggredire l'intestino e scatenare la sindrome emolitica uremica, che danneggia i globuli rossi e aggrava la funzionalità renale".

In Italia il batterio pericoloso non è mai arrivato. L'Istituto superiore di sanità, comunque, consiglia a chi

arriva dalla Germania di prestare **attenzione** alla comparsa di **sintomi** gastroenterici e nel caso di diarrea emorragica di rivolgersi a un medico. L'Iss suggerisce, inoltre, di **non assumere antibiotici** in via preventiva. "Il ceppo in questione", scrive l'Iss sul suo sito, "si è dimostrato resistente a questi farmaci. La terapia antibiotica è sconsigliata o addirittura **controindicata** poiché potrebbe favorire il rilascio della tossina con peggioramento delle manifestazioni cliniche". ■



Farmaci. Sentenza del Consiglio di Stato

Sui biosimilari vince la Toscana

Sara Todaro

■ Farmaci biotecnologici *originator* e "biosimilari" sono pari grado. I primi non hanno alcun diritto ad essere esentati dalle gare del Ssn e in caso di necessità il servizio sanitario avrà il diritto di acquistare il farmaco diverso da quello aggiudicatario pagando il prezzo offerto dal produttore in sede di gara.

A sostenerlo è la terza sezione del Consiglio di Stato, in una freschissima sentenza (n. 03572/2011, depositata il 3 giugno) sulla disciplina in materia adottata dalla Regione Toscana e al bando di gara indetto dall'Estav centro per l'acquisto di epoetina alfa per il trattamento dell'anemia da chemioterapici. I due provvedimenti sono stati oggetto di due distinti ricorsi, già respinti dal Tar, proposti da Janssen Cilag (*originator*) contro la Regione, gli enti sanitari locali e le aziende farmaceutiche Sandoz e Hospira, titolari dei biosimilari.

Come il Tar, i giudici di Palazzo Spada hanno ritenuto non dimostrata «la superiorità di un prodotto rispetto all'altro» sostenendo che «non poteva essere raggiunto un miglior equilibrio» tra l'esigenza di risparmiare il servizio pubblico garantendo però comunque la libertà di scelta del farmaco più appropriato, visto che la delibera to-

scana salvaguarda il diritto del paziente a proseguire la cura già avviata. «È una sentenza importantissima, che legittima il lotto unico e configura il farmaco anche, in parte, come "bene sociale"», sottolinea l'avvocato Rosaria Russo Valentini, difensore di Hospira Italia.

«Compiaciuta» anche l'assessore al diritto alla salute Daniela Scaramuccia secondo cui la sentenza non sciuperà «il proficuo

LA DECISIONE

Respinti i due ricorsi, contro la Regione e con il bando di gara indetto dall'Estav, presentati dalla Janssen Cilag

rapporto di collaborazione tra Regione Toscana e industria farmaceutica».

Meno soddisfatto il presidente Assobiotec-Federchimica, Alessandro Sidoli: «È una sentenza evidentemente contraddittoria: da un lato si riconoscono delle differenze, distinguendo tra pazienti "naive" e pazienti cronici, e dall'altro, le si nega. Questo dimostra la complessità del tema, che non può essere lasciato a decisioni prese dai tribunali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ

Ricercatori, assegnati 100 milioni

DI GABRIELE VENTURA

Cento milioni di euro per la ricerca sanitaria. È stata approvata il 9 giugno scorso la graduatoria dei progetti vincitori del bando «Ricerca finalizzata e giovani ricercatori», promosso dalla Commissione nazionale della ricerca sanitaria (Cnrs), presieduta dal ministro della salute, Ferruccio Fazio. Tra i 2.755 progetti presentati a maggio 2010 ne sono stati selezionati 295 (174 clinico assistenziali e 121 biomedici) che coprono tutti i settori medici, con un'particolare presenza delle neuroscienze, dell'oncologia, della genetica e della cardiologia. L'analisi dei progetti, secondo quanto comunicato dal ministero della salute in una nota, ha coinvolto circa 800 scienziati valutatori dell'Nih-Csr statunitense, e due «study session» costituite da ricercatori italiani residenti da più di dieci anni all'estero. Ogni progetto è stato valutato in modo anonimo da tre revisori che successivamente si sono conosciuti e hanno concordato la valutazione finale. Le due «study session» hanno analizzato i progetti su cui i tre revisori non avevano raggiunto l'accordo. Per la prima volta i finanziamenti sono stati assegnati direttamente ai ricercatori e non alle istituzioni sanitarie o di ricerca. Su www.sanita.gov.it è pubblica-

to l'elenco dei 295 progetti ammessi ai finanziamenti. Mentre sul portale ricerca del ministero della salute tutti i ricercatori che hanno presentato un progetto possono avere accesso con la propria password ai giudizi emessi dai valutatori e dalle «study session». «Con i nuovi criteri adottati per la valutazione dei progetti di ricerca», ha detto il ministro della salute, Fazio, «abbiamo garantito trasparenza e imparzialità nell'assegnazione dei finanziamenti, valorizzazione dei ricercatori e promozione dei giovani: sui 100 milioni assegnati, ben 41 andranno infatti a 128 progetti presentati da giovani ricercatori, 12 milioni in più dei 29 previsti dalla legge. In Italia lavorano ottimi giovani ricercatori che vanno incentivati a restare nel nostro paese. C'è ancora molto da lavorare, ma siamo sulla strada giusta». Nel dettaglio sono stati selezionati: 128 progetti per la componente Giovani ricercatori; 174 per la componente Area clinico assistenziale; 121 progetti per l'Area biomedica; 21 progetti per la componente Malattie rare; 16 per le Cellule staminali; 15 per la componente Izs; 12 progetti per la componente Sicurezza alimentare; 10 per la Sicurezza sui luoghi di lavoro.



Sanità. Assegnati i fondi del bando 2009

Al Nord la palma d'oro per la ricerca

Marzio Bartoloni

■ La ricerca sanitaria si ferma a Roma. Su staminali, malattie rare, biomedicina e nuove soluzioni cliniche per i pazienti del Ssn non c'è quasi gara: ospedali e centri di ricerca del Nord conquistano la metà dei progetti appena finanziati dal ministero della Salute con 100 milioni. In prima fila c'è la Lombardia con 109 progetti vincenti: tra questi 30 hanno il sigillo dell'ospedale San Raffaele, primo in classifica tra gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (gli Irccs), fiore all'occhiello della nostra Sanità. A debita distanza ci sono i centri del Lazio con meno della metà dei progetti lombardi: 46 in tutto. Comunque una performance altissima. Al Sud, invece, nonostante i buoni risultati di alcuni istituti, la ricerca biomedica e quella clinico-assistenziale restano molto indietro: in tutto il Meridione si vede finanziare 29 progetti sui 295 complessivi che hanno incassato il disco verde dal ministero della Salute. In pratica meno del 10%, contro il 50% del Nord e il 35% del Centro.

La fotografia sullo stato di salute della ricerca sanitaria arriva dal bando 2009 di cui sono stati appena assegnati i fondi, mentre quelli relativi al 2010 - circa 85 milioni - dovrebbero incassare il via libera delle Regioni giovedì 25 con un paio di novità: l'invito alle aziende a partecipare e 10 milioni di fondi per i progetti da fare in partnership con i "cervelli" italiani fuggiti all'estero.

Questi bandi del ministero della Salute sono una vera rivoluzione per tutta la ricerca per-

ché segnano l'addio ai fondi a pioggia: il ministro **Ferruccio Fazio** ha, infatti, voluto introdurre massicce dosi di merito con il metodo del «peer review», le valutazioni anonime e autorevoli utilizzate da anni all'estero e che in questo caso sono state "appaltate" completamente al più prestigioso istituto del settore, gli americani «National institutes of health» che ogni anno gestiscono budget miliardari per la ricerca.

In tutto sono stati presentati 2.755 progetti: 1.528 per la co-

LA CLASSIFICA

La Lombardia è al primo posto con 109 progetti finanziati. Il Lazio ne ha 46, mentre il Sud si ferma a quota 29

siddetta «ricerca finalizzata» del Ssn, mentre 1.227 sono stati i progetti firmati dai giovani ricercatori under 40. E anche qui la classifica vede il Nord primeggiare con 1.183 progetti inviati, di cui 146 hanno passato l'esame del «peer review», in pratica il 12% di successo. Dal Centro Italia sono arrivati, invece, 884 progetti e 104 sono risultati vincenti (11,76% di successo). Infine dal Sud sono arrivati ben 445 progetti, ma hanno meritato il finanziamento del ministero solo in 29: in pratica solo il 6%. Un dato, questo, che fa capire come al Meridione ci sia tanta voglia di ricerca, ma forse manchi ancora qualcosa per fare il salto di qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Sclerosi: sui farmaci non si taglia

di Enrico Negrotti

Le terapie non possono essere frenate da costi e burocrazia. Lo sostiene il responsabile del Centro sclerosi multipla all'Ospedale Sant'Andrea di Roma

**SCLE
ROSI
MULT
IPLA**
CHLUS
associazione
italiana

Non bisogna guardare solo agli aspetti medici nella presa in carico di un paziente con sclerosi

multipla, ma anche alla prevenzione della disabilità. Ecco perché in questo campo l'accesso all'innovazione, cioè ai nuovi farmaci, è un tema quanto mai delicato, che verrà affrontato oggi da una tavola rotonda patrocinata dal Senato con economisti e funzionari del sistema sanitario. «I costi sociali non possono essere trascurati - osserva Carlo Pozzilli, responsabile del Centro sclerosi multipla presso l'ospedale Sant'Andrea di Roma e docente di neurologia all'università La Sapienza, che presenterà i dati clinici sulla malattia - perché parliamo di una malattia che insorge in età giovanile, tra i 18 e i 30 anni, quando una persona, terminato il proprio ciclo di studi, si affaccia al mondo del lavoro».

Il pianeta sclerosi multipla in Italia comprende circa 60mila malati, con 1800 nuove diagnosi ogni anno. «Si tratta di una patologia cronica - aggiunge Pozzilli - che non ha una cura definitiva, ma è possibile ritardarne l'evoluzione: soprattutto è importante ritardare il processo che, se la malattia non viene trattata precocemente, porta all'invalidità». E quindi accesso all'innovazione significa «terapia preventiva che potrebbe incidere sui costi sociali, specie a lungo termine. La sclerosi multipla infatti tende a formare sempre nuove placche, nuove lesioni nel cervello. La terapia, a base di interferone e anticorpi monoclonali, attraverso un rinforzo precoce del sistema

immunitario, non appena si è avuta la diagnosi, cerca di evitare l'aggressione di linfociti attivati contro la mielina e il sistema nervoso». E quindi il progredire delle lesioni.

Punto cruciale resta quindi la diagnosi precoce, ora favorita dai «nuovi criteri clinici, rivisti proprio quest'anno, che stabiliscono come sufficiente porre diagnosi di sclerosi multipla in presenza di un solo episodio clinico, confermato da una sola risonanza magnetica». Infatti la malattia ha come caratteristica quella di presentarsi con sintomi vari (disturbi della sensibilità, affaticamento, offuscamenti visivi), che possono anche scomparire, ma che non significano che la patologia regredisca: «Ma in attesa di un secondo episodio - ricorda Pozzilli - possono passare anche tre o quattro anni e nel frattempo, pur senza manifestare sintomi clinici, si possono produrre 10, 20 o 30 nuove lesioni al cervello».

Le criticità attualmente riguardano soprattutto le discrepanze tra le Regioni nell'accesso ai farmaci, specie quelli più innovativi e costosi. «Ovviamente tutte le Regioni hanno l'indicazione di risparmiare e alcune sono sottoposte ai piani di rientro per i pesanti deficit accumulati. Però - sottolinea Pozzilli - va ricordato che, posta la diagnosi, il paziente viene preso in carico da centri dedicati, i soli che hanno l'autorizzazione a prescrivere i farmaci specifici contro la malattia. E nel valutare i costi delle terapie ci vorrebbe un'attenzione non burocratica, perché i trattamenti non evitano una morte, ma evitano che la malattia, non letale, progredisca verso una disabilità grave. Che ha anche costi sociali molto alti».



Salute. Alimenti per l'infanzia

Cibi pericolosi: arriva la multa

Paolo Del Bufalo

■ Sanzioni amministrative fino a 150mila euro per chi fabbrica o commercializza alimenti per lattanti o di proseguimento che mettono a rischio la salute dei bambini. Si tratta di tipi di latte a base di proteine del latte vaccino o della soia e di altre sostanze alimentari (minerali, vitamine, aminoacidi eccetera) sottoposti a controlli rigidi secondo le norme Ue anche dal punto di vista dell'etichettatura, della commercializzazione e della pubblicità. A stabilire limiti e importi delle nuove multe è ora il decreto legislativo 82, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» di ieri.

E nel decreto c'è un'altra novità: gli importi raccolti con le sanzioni daranno vita al «Fondo per le iniziative di ricerca e di informazione a favore della promozione dell'allattamento al seno», amministrato dal ministero della Salute. Il Dlgs indica ventitré tipologie di sanzioni amministrative (tutte «salvo che il fatto costituisca reato»), anche articolate in diverse fattispecie, con importi di varia entità compresi tra i 3mila e i 150mila euro e prevede anche per quelle superiori a 75mila euro che il provvedimento sia «affisso» e pubblicato a carico del multato e nei modi e per i tempi (ma con il massimo di quattro mesi) che stabilirà l'autorità amministrativa o il giudice.

Le pene maggiori (tra 25mila e 150mila euro) toccano a «chiunque fabbrica o commercializza alimenti per lattanti o alimenti di proseguimento contenenti sostanze in quantità tali che, sulla base di pareri scientifici di organismi riconosciuti a livello nazionale ed internazionale, mettono a rischio la salute dei lattanti o dei bambini» e rientrano tra le violazioni degli obblighi di sicurezza della fabbricazione e immissione in commercio di

alimenti per lattanti e di proseguimento. Ma il Dlgs prevede altre quattro tipologie di violazioni per le quali sono articolate le sanzioni: degli obblighi in materia di etichettatura e presentazione; in materia di pubblicità; in materia di modalità di commercializzazione, di distribuzione di campioni e forniture; in materia di predisposizione e diffusione di materiale informativo e didattico nel settore dell'alimentazione dei lattanti e della prima infanzia.

Le sanzioni saranno incassate dalle Asl e serviranno a costituire - nel bilancio del ministero della Salute - il Fondo per la ricerca e l'informazione per la promozione dell'allattamento al seno. La loro suddivisione sarà per il 65% al ministero della Salute per costituire il fondo e del restante 35%, il 25% andrà alle Asl, il 5% ai laboratori del controllo ufficiale e il 5% alle Regioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**LA PAROLA
CHIAVE**

Direttiva 2006/141

● Il decreto legislativo 82 completa l'applicazione della direttiva 2006/141/CE, ultima in ordine di tempo sugli alimenti per lattanti e di proseguimento, che detta le norme per la corretta preparazione, i requisiti, i divieti e la composizione essenziale degli alimenti, tradotti in un regolamento dal decreto interministeriale Salute-Sviluppo economico 82/2009. La direttiva sollecita anche «ulteriori mezzi» da assicurare all'autorità di vigilanza per garantire i prodotti e il decreto sulle sanzioni attua ora queste prescrizioni.



Le cause I limiti del sistema sanitario e l'obesità endemica

L'America degli ultimi dove oggi si vive meno a lungo di ieri

Il gap fra Stati ricchi e poveri, bianchi e neri

Confronti

In Mississippi l'aspettativa esistenziale è più corta che in Honduras e El Salvador

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

NEW YORK — Prima della classe in armamenti, progressi scientifici e libertà individuali; ultima, tra le democrazie occidentali, nel campo della salute. A puntare il dito contro un'America dalle mille contraddizioni è lo studio, pubblicato ieri sulla rivista scientifica *Population Health Metrics*, secondo cui in una vasta area degli Stati Uniti che va dal West Virginia fino al profondo Sud passando per i Monti Appalachi e il Nord del Texas, l'aspettativa di vita è diminuita negli ultimi anni al punto che le bambine nate oggi rischiano di vivere meno delle loro madri. I fautori della riforma sanitaria si sentono così vendicati da una ricerca realizzata nel ventennio 1987-2007, prima cioè dell'insediamento alla Casa Bianca del presidente Obama che ha fatto della sanità uno dei suoi cavalli di battaglia, nonostante il braccio di ferro con il Partito repubblicano, deciso a far naufragare la riforma e a mantenere lo status quo.

Eppure il costo dell'attuale modello sanitario privatizzato — con 46 milioni di americani privi di assicurazione medica — è devastante. Anche se a livello nazionale gli americani oggi vivono di più rispetto al passato, in Stati quali Mississippi, Arkansas, Kentucky, Tennessee, Oklahoma, Alabama e Louisiana si assiste a una progressiva diminuzione dell'aspettativa di vita. «Soprattutto tra le donne — precisa il responsabile della ricerca Christopher Murray — che fumano di più e tendono ad essere sovrappeso».

«Nel 1997 l'aspettativa di vita era di 73,7 anni per gli uomini e 79,6 anni per le donne — recita lo studio — mentre nel 2007 si è passati a 75,6 anni per gli uomini e a 80,8 anni per le donne». Ma uno Stato come il Mississippi, dove il tasso di obesità è alle stelle, si colloca addirittura dietro Paesi quali Honduras, El Salvador e Perù, con un'aspettativa di vita per gli uomini di soli 67 anni, contro 74 anni delle donne. Il record appartiene però alla contea di Holmes, in Missouri, dove gli uomini in media non arrivano al loro 66esimo compleanno e le donne al loro 74esimo. Secondo i dati pubblicati dalla Cia nel suo «World Factbook», il divario nel 2011 sarebbe addirittura aumentato. Francia, Spagna, Italia, Israele, Germania, Gran Bretagna oggi han-

no aspettative di vita nettamente superiori agli Stati Uniti, distanziati nella classifica anche da Grecia ma quasi raggiunti da Cuba, Cile e Libia, nonostante spendano in cure mediche 50 volte più dei Paesi europei.

Nonostante gli afro-americani vivano più a lungo rispetto al passato, la loro aspettativa di vita è notevolmente inferiore a quella dei bianchi. A essere maggiormente penalizzata è la popolazione delle aree rurali e povere del Sud e di centri urbani ad alto tasso di disoccupazione come Philadelphia e Saint Louis, privi di strutture sanitarie adeguate. A sorpresa, lo studio rivela che le comunità con una larga percentuale d'immigrati latinos, quali il Sud della California, nonostante le precarie condizioni economiche, registrano un miglioramento delle condizioni di salute. «La città di Los Angeles dimostra la veridicità del cosiddetto "paradosso ispanico" — spiega Carmen Nevarez, ex presidente dell'associazione *American Public Health* — il fenomeno secondo il quale i circa dieci milioni di immigrati residenti nella zona, a parità di bassi introiti, hanno generalmente condizioni di salute migliori rispetto agli americani, grazie anche alla loro attività di braccianti e al loro stile di vita all'aperto».

Alessandra Farkas

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Obamacare

Senza copertura

Sono 46 milioni i cittadini americani privi di assicurazione medica

La riforma

Barack Obama ha inserito tra le priorità della sua presidenza una riforma sanitaria per estendere la copertura a 32 milioni di persone



Il declino

Negli Stati Uniti, secondo uno studio recente, l'aspettativa di vita è diminuita in **11 Stati**



78,3 anni (media nazionale)

50° posto nella classifica mondiale



A CONFRONTO

L'aspettativa di vita in alcuni Paesi del mondo

Paesi del mondo	anni
1° Principato di Monaco	89,7
5° Giappone	82,2
9° Australia	81,8
10° Italia	81,7
13° Francia	81,19
14° Spagna	81,17
15° Svezia	81
16° Israele	80,9
26° Irlanda	80,1
27° Germania	80
28° Gran Bretagna	80
30° Grecia	79,9
57° Cuba	77,7
58° Libia	77,6
94° Cina	74,6
124° Brasile	72,5
161° India	66,8
162° Russia	66,2
222° Angola	38,7

L'opposizione

I repubblicani hanno dichiarato guerra alla riforma, nota come «Obamacare» e sulla quale Obama ha dovuto fare diverse concessioni

La lettera
Ventinove governatori repubblicani anti-riforma hanno appena scritto una lettera ai leader del Congresso per chiedere di stringere i cordoni della borsa in materia di assistenza pubblica ai più poveri (foto Ap)