

Rassegna del 16/09/2010

FOGLIO - Editoriali -La presidente malthusiana - ...	1
AVVENIRE - E'vita - Aborto chimico sotto osservazione - Assandri Fabrizio	2
AVVENIRE - E'vita - Obiettori, la lezione pugliese - Scandroglio Tommaso	3

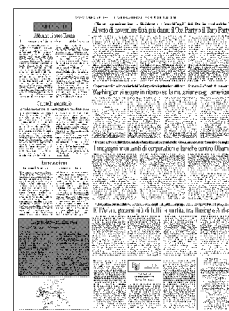
EDITORIALI

La presidente malthusiana

Con la Bachelet a capo di UN Women vincono i “diritti riproduttivi”

Non che ci si aspettasse molto dalla neonata superagenzia Onu incaricata di accelerare “il miglioramento della condizione femminile nel mondo”, e di vegliare sulla realizzazione dell’“uguaglianza di genere”. Ma la nomina di Michelle Bachelet, ex presidente del Cile, a capo di UN Women, non lascia spazio a eventuali illusioni. Dotata di larghi poteri e presto anche di consistente budget, l’agenzia risponderà direttamente al segretario generale delle Nazioni Unite e controllerà che l’operato di altri organismi del Palazzo di vetro sia pienamente conforme a quell’ideologia malthusiana e antinatalista che, quando parla di diritti delle donne, si riferisce esclusivamente ai cosiddetti “diritti riproduttivi”: aborto, contraccezione e

sterilizzazione. Bachelet vanta un curriculum adeguato. Da ministro della Sanità, nel 2000, fece approvare senza discussione parlamentare una risoluzione in base alla quale in Cile è possibile sterilizzare persone considerate “devianti” attraverso particolari procedure di autorizzazione. E nel 2008, già presidente, aveva cercato di ottenere la distribuzione gratuita della pillola del giorno dopo alle adolescenti dai quattordici anni in su. Il profilo della neopresidente di UN Women appare dunque molto adatto alla linea dei “diritti riproduttivi”, meno a quella dei diritti tout court. Diritto all’istruzione, per esempio, o diritto a non dover sottostare a leggi che (come in Cina) prevedono l’aborto forzato in omaggio alla politica del figlio unico.





Aborto chimico sotto osservazione

Ru486

Tremila confezioni di Ru486 ordinate a oggi nel nostro Paese alla ditta distributrice, la Nordic Pharma. Ogni confezione contiene il necessario per un aborto, ma il numero degli ordini è superiore - tenuto conto delle scorte - agli aborti effettuati. La cronistoria dei mesi trascorsi dall'introduzione ufficiale in alcuni ospedali italiani (1° aprile) ha registrato polemiche a non finire, con il fuoco incrociato sulle «linee guida» del Ministero e del Consiglio superiore di sanità. Che, sempre, hanno spinto per il ricovero ordinario di tre giorni (necessari all'espulsione del feto) per rispettare la 194 e tutelare la salute della donna.

Dagli ultimi dati diffusi dalla Nordic, emerge che l'80% degli ordini proviene dal Nord, con in testa Piemonte (802), Lombardia (442) e Liguria (298). Prima regione del Sud in classifica è la Puglia (245). Ultime Lazio, Calabria e Marche (5 ciascuna), ma anche Campania (50). Altro dato importante: circa un terzo del totale degli ordini è partito nelle prime settimane di aprile: in seguito la richiesta è stata piuttosto debole.

Marco Durini, direttore medico della Nordic in Italia, motiva la bassa domanda con «l'abitudine dei ginecologi alla consolidata metodica chirurgica» e al «sistema gelatinoso e a macchia di leopardo», con protocolli d'uso diversi per ogni regione. Un problema che le prese di posizione del Ministero non sembra aver risolto, con Toscana ed Emilia, ad esempio, che prevedono il day hospital. Intanto a Torino - mercoledì in Comune - Walter Arossa, direttore dell'ospedale Sant'Anna (da cui partì la sperimentazione sulla Ru in Italia nel 2005), ha presentato i dati sull'utilizzo della pillola dal 21 aprile. Sulle 319 donne che hanno abortito con la Ru486 solo 11 non hanno chiesto le dimissioni. Tutte le altre hanno firmato e sono uscite, ma 21 hanno dovuto sottoporsi a raschiamento.

Questi dati, secondo l'assessore comunale alle Pari opportunità Marta Levi dimostrerebbero «che i tre giorni di ricovero sono inutili. La medicina fa progressi, perché restare legati ai paletti fissati dalla 194, che è stata pensata per l'aborto chirurgico?». Di

segno contrario il commento della consigliera comunale di minoranza Federica Scanderebech, prima firmataria di una proposta di ordine del giorno (insieme a esponenti di entrambe le coalizioni). «Mi stupisce molto e mi sembra incosciente che le donne escano dall'ospedale, rinunciando al controllo mentre l'aborto è in corso». Per questo, dopo aver ritirato l'odg perché non più attuale, Scanderebech rilancia: «Farò un'interpellanza per chiedere i dati degli altri ospedali piemontesi, per capire se il Sant'Anna è un'eccezione o la regola. Faccio appello all'assessore regionale alla Sanità, Caterina Ferrero, perché analizzi questi dati e cerchi soluzioni concrete».

Sono tremila le confezioni ordinate fino a oggi alla ditta distributrice. Otto su dieci le richieste al nord, al sud spicca la Puglia. Ed è ancora scontro su day hospital o ricovero

LE REGIONI & LA PILLOLA ABORTIVA	
Confezioni di Ru486 ordinate dal 1° aprile al 7 settembre 2010	Totale 2.976
Piemonte 802	Trent. Alto Adige 56
Lombardia 442	Sardegna 52
Toscana 429	Campania 50
Liguria 298	Val d'Aosta 38
Puglia 245	Friuli Ven. Giulia 25
Basilicata 122	Abruzzo 15
Emilia Romagna 119	Calabria 5
Sicilia 110	Lazio 5
Veneto 103	Marche 5
Molise 60	Umbria 5

di Fabrizio Assandri





Obiettori, la lezione pugliese

il punto



Ci hanno provato, ma per ora gli è andata male.

Infatti è un pesante smacco per il fronte abortista la sentenza di martedì scorso del Tar della Puglia la quale annulla una delibera regionale e altri atti amministrativi connessi che, tramite bando, miravano a selezionare ginecologi e ostetriche in base ai loro convincimenti etici. Sei obiettori di coscienza e non vuoi praticare aborti? Mi spiace - così in buona sostanza diceva la delibera annullata -, ma non potrai essere assunto nei consultori e in aggiunta a ciò dovremo "riposizionare" il tuo ruolo, cioè dovremo far di tutto per emarginarti.

Puntellandosi a una nutrita giurisprudenza il Collegio giudicante ha qualificato l'esclusione dal bando di medici obiettori come atto discriminatorio e lesivo di principi e diritti costituzionalmente tutelati quali il principio di uguaglianza, la libertà di coscienza e di manifestazione del proprio pensiero. In sintesi la delibera regionale in oggetto si fondava sull'assunto che chi pensa che l'aborto sia un crimine vale di meno come professionista e intralcia il regolare servizio di un ospedale, e dunque a lui non vanno offerte le stesse

La sentenza emessa martedì dai giudici amministrativi è uno smacco per il fronte che voleva emarginare i medici contrari a prescrivere aborti

condizioni di assunzione e carriera che si offrono agli altri. Una selezione all'ingresso davvero inaccettabile, dal momento che l'obiezione di coscienza non è una grazia concessa dallo Stato, ma è diritto fondamentale che quest'ultimo deve riconoscere; non deroga a un dovere, ma pretesa legittima da tutelare; non

eccezione, ma regola di principio. Perché la Regione Puglia è arrivata a volere nei propri consultori solo personale non obiettore? Ciò è motivato dal numero di medici obiettori in crescita. Dal 2005 al 2008 si è passati dal 59% di ginecologi obiettori al 71%. Il motivo di questo trend di crescita è da rinvenirsi nella stessa professione del medico.

Questi, meglio di chiunque altro, sa cosa è l'aborto, dato che vede e tocca con mano tale pratica, e si rende conto che essa non è altro che la soppressione di un essere umano. Ergo opta per l'obiezione. L'aumento di medici non disposti a effettuare aborti ha evidentemente spinto l'amministrazione regionale pugliese nella direzione di aprire le porte dei consultori esclusivamente a chi invece è disposto a

sporcarsi le mani. Ma qui si aprono alcune considerazioni. Primo: non serve emettere un bando alla ricerca dei non obiettori al fine di garantire il cosiddetto «servizio» dell'interruzione volontaria della gravidanza. È la stessa legge 194 all'articolo 9 che, proprio in previsione di un simile caso, indica nella mobilità del personale non obiettore la «soluzione» a questa eventualità. Non hai sufficienti medici abortisti? Spostali da una struttura all'altra.

In secondo luogo prevedere l'assunzione solo di chi si professa non obiettore fa passare il consultorio come un abortificio, scordandosi di quali sono i suoi compiti primari. Nei consultori non si reca solo la donna che vuole abortire, ma soprattutto le famiglie in difficoltà, le persone con disagi, i minori con problemi di relazione. Un bando di assunzione per personale non obiettore ci fa capire che il ruolo del consultorio è stato ridotto solo alla espletazione della procedura antecedente all'intervento abortivo. Ma così non è per legge. Infine la ricerca smaniosa del medico non obiettore fa sorgere alcune domande: ma non eravamo tutti d'accordo che l'aborto è una piaga personale e sociale da debellare? Ogni volta che una donna abortisce non è una sconfitta? Perché allora insistere tanto sulla possibilità di abortire? Chi potrebbe dissentire da tutto ciò? Forse nemmeno i consiglieri della Regione Puglia.

di Tommaso Scandroglio



Rassegna del 16/09/2010

TIRRENO - Lettere & opinioni - La contraccezione non si può lasciare al caso - ...

1

LETTERE & OPINIONI

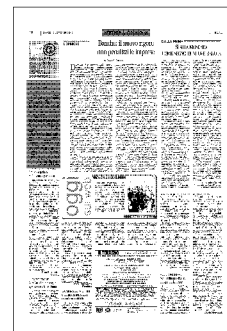
PILLOLA DEI 5 GIORNI

La contraccezione non si può lasciare al caso

Anche tra marito e moglie, tra tra compagno e compagna, di fronte alla scelta di avere un figlio le idee non sono chiare. Se si decide di aspettare bisognerebbe fare una contraccezione seria invece ci si affida al caso. L'educazione sessuale andrebbe cominciata già dalle medie chiedendo che la disinvoltura e i metodi contraccettivi di emergenza sarebbero il più possibile da evitare. Altrimenti entrano a far parte del costume della società.

Non riesco a capire come, di fronte all'ipotizzata introduzione in Italia della pillola dei cinque giorni dopo, si siano levate voci di forti sostenitori. Questo farmaco potrebbe addirittura diventare abortivo e quindi somigliare molto alla Ru486. Credo sia il momento di riflettere e lanciare messaggi educativi e non sempre più diseducativi.

Alessandro Bovicelli
ricercatore, Bologna



ATTUALITÀ *— qualcosa su cui pensare*

di Antonella Trentin

Ma che cosa succede in sala parto?

In questi giorni troppi casi di malasanità hanno colpito mamme e neonati. Indagando, abbiamo scoperto che non siamo, come si credeva, il Paese europeo più sicuro per le nascite. C'è molto da migliorare: dalle carenze del personale alla formazione dei ginecologi. Dovrebbero assecondare di più i ritmi naturali, senza abusare del cesareo

Partorire in Italia è sicuro? L'autorevole rivista scientifica *Lancet* ci colloca tra i Paesi più affidabili d'Europa, ma recenti fatti di cronaca lanciano segnali d'allarme. Qualcosa che non funziona c'è. A Messina, prima di tutto. Il 26 agosto, nella sala parto del Policlinico, si è verificato un episodio incredibile su cui indaga la magistratura. Il ginecologo di fiducia di una partoriente, che in molti ospedali non è neppure ammesso come osservatore, all'insaputa del medico di guardia, decide di

prendere le redini del parto, applicando un gel alla donna per accelerare le contrazioni. La situazione si aggrava, arriva il medico responsabile e si accorge che un esterno l'ha sostituito. Segue una furiosa scappottata, la madre viene operata due volte d'urgenza, le asportano l'utero, il neonato ha due arresti cardiaci e finisce in rianimazione. Lo stesso 26 agosto, al Policlinico Casilino di Roma, nasce Jacopo, ma qualcosa nel cesareo va storto. Forse Jacopo ha ingerito liquido amniotico

infetto, comunque ha una crisi respiratoria e dopo due giorni muore. L'ultima tragedia è dell'8 settembre: all'ospedale di Policoro (Matera) una donna muore per le complicanze di un cesareo gemellare. «Sono storie drammatiche che per fortuna non rappresentano tutta la realtà italiana» sdrammatizza Giorgio Vittori, primario della Divisione di Ginecologia dell'Ospedale San Carlo di Nancy a Roma e presidente della Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia. «Ma ci costrin-





**Messina, 26 agosto 2010:
i medici litigano**

il bambino nasce con danni cerebrali

Al Policlinico di Messina, durante il travaglio di una paziente, due ginecologi in disaccordo sulla procedura da seguire vengono alle mani. La donna è operata due volte, le asportano l'utero e il bambino ha due arresti cardiaci che probabilmente gli lasciano danni cerebrali. È il primo di una serie di recenti fatti di cronaca che accendono un allarme: partorire in Italia è sicuro?

gono a pensare e a proporre a governo e Regioni un piano di manutenzione dei 500 punti nascita del Paese, dove ogni anno vengono alla luce oltre mezzo milione di neonati. La prima cosa da fare è accorpate i reparti con meno di mille parti l'anno, in modo da aumentare le risorse e la qualità del personale, garantendo un'assistenza con standard europei. Molte sale parto invece soffrono di deficit organizzativi e mancano di addestramento specifico. In tanti reparti maternità i vuoti d'organico sono colmati da ginecologi assunti a contratto, che cambiano in continuazione. Anche la sicurezza lascia a desiderare: invece dei due ginecologi di guardia canonici, secondo un nostro sondaggio nel 35 per cento dei casi ce n'è solo uno. E l'anestesista dedicato è presente nella stessa ridicola percentuale». Come reagisce il sistema sanitario a quest'organizzazione abborracciata? Semplice: «Con un aumento vertiginoso dei cesarei» spiega Vittori.

Nelle foto di questo servizio, alcuni momenti in sala parto. Secondo la rivista *Lancet*, per le nascite siamo tra i Paesi più affidabili d'Europa.

«L'Italia è in cima all'Europa con una media del 38 per cento, che diventa il 60 in Campania. I cesarei sono programmabili, più facili da gestire». In un'indagine della Sigo del 2009 in oltre 200 centri italiani, i medici intervistati hanno risposto che, quando si tratta di decidere un cesareo, le motivazioni organizzative pesano nel 59 per cento dei casi più di quelle cliniche. Una delle ragioni è il terrore di denunce in caso di complicazioni in parti difficili (il cesareo, in teoria, è più sicuro per il bambino). E il 24 per cento dei medici intervistati ritiene necessario investire di più nella formazione professionale. È una denuncia e una richiesta d'aiuto: i ginecologi chiedono una preparazione migliore. «Ce n'è bisogno» scuote la testa Pierluigi De Meo, ginecologo con oltre trent'anni di esperienza negli ospedali di Venezia, Mestre e Lido. «Io ormai mi considero un indiano delle riserve, provengo da una

scuola che non esiste più. Ho imparato l'ostetricia classica, quella che prevedeva il parto naturale anche con il neonato in posizione podalica. Usavo la ventosa, il forcipe oggi abbandonato. Anche tutte le manovre ostetriche, ormai, non si praticano più. Oggi vige "il parto di prova": il ginecologo controlla il benessere del bambino e se tutto procede liscio affida la partoriente alle ostetriche, ora molto più preparate e responsabilizzate di un tempo. Alla prima complicazione, interviene col cesareo». Un'operazione chirurgica che, al di là dell'opinione comune, non è sicura come sembra. «Infatti aumenta di tre volte il rischio di mortalità materna» avverte Laura Lauria del Dipartimento salute della donna e dell'età evolutiva dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). A scavare più a fondo si scopre, tra l'altro, che i confortanti dati di *Lancet* sulla mortalità delle partorienti italiane (3,9 decessi ogni 100 mila nati vivi) peccano di ottimismo. I casi di morte sarebbero sottostimati del 75 per cento. Lo dimostrano approfonditi studi dell'ISS, come spiega Serena Donati: «La mortalità materna è un da-



Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, la media di madri morte per il parto è dell'11,9 per cento ogni 100mila bambini nati vivi.

(segue da pagina 43)

to difficile da rilevare perché occorre identificare i casi dall'inizio della gravidanza fino a 42 giorni dopo il parto. Così, esaminando le schede di dimissione ospedaliera e i certificati di morte delle donne in età riproduttiva, abbiamo scoperto che la percentuale era molto più alta di quella riscontrata da Lancet. In 5 grandi regioni (Piemonte, Toscana, Emilia, Lazio, Sicilia) si verificano 11,9 morti materne ogni 100 mila nati vivi, un dato che ci pone al di sopra di Germania, Francia, Inghilterra, Svizzera, Danimarca, Olanda. Le partorienti però non entrano nel panico: sono comunque numeri bassissimi». Paradossalmente una delle cause degli incidenti e della "malpractice" è l'ipermedicalizzazione. «O peggio la cattiva abitudine di stravolgere l'organizzazione naturale del parto, facendola coincidere con le esigenze del proprio medico anziché coi ritmi fisiologici della donna» chiarisce De Meo. Il caso di Serena Piccoli, 36 anni, è uno fra i tanti, ma è emblematico. Serena avrebbe dovuto partorire il 7 agosto, ma il medico di una rinomata clinica milanese doveva partire per le vacanze. Il parto è avvenuto in modo forzato il 20 luglio. La donna ha messo al mondo il suo bambino 18 giorni prima

senza altro motivo che permettere al dottore di andare alle Bahamas. Le rompono il sacco amniotico, le iniettano l'ossitocina che favorisce le contrazioni, e le praticano un'anestesia epidurale per annullare il dolore. Le contrazioni, però, non arrivano con la forza dovuta, due medici esercitano una manovra di pressione sulla pancia della donna per favorire l'espulsione del bambino. In questo modo le incrinano una costola e il bambino, nato con inutile anticipo, finisce in incubatrice. Viene da chiedersi: perché? «Queste pratiche infelici sarebbero più rare se si desse maggiore spazio al parto naturale» osserva Miriam Guana, professore associato all'Università di Brescia e presidente della Federazione nazionale collegi ostetriche. «Il nostro personale ha una professionalità elevata, riconosciuta anche da una legge del 1999 che ci dà ampia autonomia in sala parto. Abbiamo una formazione di tipo universitario e dal 2000 dobbiamo conseguire una laurea triennale. Con noi le donne sono in mani sicure». Esagera? Niente affatto. Una delle strutture più avanzate d'Italia, come il reparto materno infantile del Careggi di Fi-

renze (3.200 nati l'anno), dal 2008 ha creato un centro dal nome poetico: Margherita. «Qui, sotto il controllo delle sole ostetriche, facciamo partorire le donne che dopo la 32ª settimana non hanno avuto problemi di salute» spiega il primario Gianfranco Scarselli. «Naturalmente, a venti metri di distanza, c'è un medico di guardia pronto a fronteggiare eventuali complicazioni». A conferma dell'eccellenza, il reparto materno infantile del Careggi ospita una delle poche scuole di specializzazione riconosciute a livello europeo. Non è un caso che, proprio qui, l'anno scorso una donna con aneurisma sia stata operata in neurochirurgia e subito dopo abbia messo al mondo un bimbo col cesareo. «Piccoli grandi miracoli che possono accadere in un centro dove si fanno investimenti, la formazione è costante e al primo errore ci si riunisce per capire dove si è sbagliato» dice Scarselli. Se tutti facessero così, gli incidenti sarebbero ridotti al minimo. In ogni caso, consoliamoci: le donne italiane promuovono il parto a pieni voti. Secondo i dati dell'ISS, il 45 per cento considera ottima l'esperienza vissuta, il 36,3 buona, il 13,2 soddisfacente, il 3,2 insoddisfacente e solo 1,9 per cento pessima. In fondo non ci resta che migliorare.

Sanità Prevenzione dei tumori all'utero, parte la campagna di sensibilizzazione delle donne

Iniziativa Asl: pap test gratis ogni tre anni

BOLZANO — Un pap test gratuito ogni tre anni a tutte le donne fra i 23 e i 65 anni.

I responsabili della sanità altoatesina hanno spiegato i dettagli della campagna di controllo ieri, precisando che «non esistono prove evidenti per diminuire l'intervallo negli accertamenti da tre a due o un anno: le raccomandazioni del **ministero della Salute** sono a favore di una cadenza triennale tra un test e l'altro. La ricerca dimostra che l'efficacia dello screening non dipende dall'aumento della frequenza di esecuzione dell'esame, ma dalla percentuale di popolazione raggiunta — ha spiegato il Giovanni Negri del reparto di istologia patologica all'ospedale San Maurizio di Bolzano —. L'Alto Adige conduce da anni una campagna per coinvolgere più donne possibili a fare il pap test. Una campagna di screening spontaneo ha raggiunto il 70% della popolazione femminile, percentuale poi cresciuta fino all'83%, ma possiamo fare meglio».

I medici hanno capito dai dati che alcune donne effettuavano fin troppi test, soprattutto quelle in giovane età, mentre altre non ne facevano nessuno: è a queste ultime che la nuova campagna mira. Guido Mazzoleni, primario facente funzioni del reparto di istologia patologica, spiega: «Ogni signora riceverà, ogni tre anni, un buono per un test gratuito. Se non si presenterà dopo il primo invito, le ricorderemo l'utilità dello screening. È molto importante riuscire a raggiungere quelle donne che fino ad ora non

si sono sottoposte a esami».

Negli ultimi anni è stato anche messo a punto un vaccino per alcuni ceppi dei virus del tumore all'utero, il secondo più diffuso fra le donne. «Questi ceppi fermano solo il 70/75% dei possibili virus — spiega Giovanni Negri —. Il vaccino deve essere somministrato prima che le ragazze inizino ad avere rapporti sessuali, cioè a 11-12 anni. In Alto Adige non sono molte le ragazze che si sono sottoposte a questo vaccino e, comunque anche loro devono farsi fare controllare periodicamente». Le donne che desiderano sottoporsi al pap test frequentemente sono libere di farlo, ma dovranno pagare 11,60 euro per il vecchio test e 15 per il nuovo test.

Damiano Vezzosi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esame Il pap test è in grado di diagnosticare in modo rapido e precoce la presenza di un eventuale tumore al collo dell'utero. Tale forma di cancro è seconda per diffusione nelle donne soltanto al carcinoma mammario



Il summit A Venezia i maggiori esperti discutono su una realtà che ha scatenato la psicosi globale

Due fronti Non si parlerà solo di pandemia ma anche degli aspetti positivi di questi agenti infettivi

Nell'anima dei virus

Antichissimi e molto furbi
La sfida dei ricercatori:
scoprirne tutti i segreti
per farli diventare alleati

Piccolissimi, presenti in cento milioni di versioni diverse in ogni anfratto della terra, anche il più scomodo e impervio, capaci di infettare tutte (ma proprio tutte) le specie viventi, compresi i batteri, loro lontani cugini, i virus sono diventati famosi negli ultimi anni per spettacolari emergenze sanitarie (scongiurate, fortunatamente): la Sars del 2003, la pandemia influenzale dello scorso autunno.

Temuti disastri che hanno fatto capire quanto serva accrescere le conoscenze su questi nemici invisibili. Ed è, appunto, *Virus: nemico invisibile*, il titolo della sesta conferenza mondiale sul futuro della scienza che si terrà a Venezia dal 19 al 21 settembre, organizzata dalla Fondazione Umberto Veronesi, insieme al-

la Fondazione Silvio Tronchetti Povera e alla Cini.

«I virus sono una sfida fondamentale della ricerca biomedica moderna e il rischio di una pandemia è attualmente una delle minacce più gravi per l'uomo — sottolinea Umberto Veronesi —. Per questo è importante dibatterne al di là delle emergenze, come, invece, regolarmente avviene. Un solo virus mutato fra i milioni con cui conviviamo "pacificamente" nel pianeta, può destabilizzare il mondo. Basta ricordare la situazione di panico scatenata dall'allarme dell'influenza A, non più tardi di un anno fa. I virus sono un mondo nel mondo, che chiamiamo la "viro-sfera". Studiandola, la scienza ci darà informazioni sull'evoluzione della vita e della specie umana, sull'origi-

ne di diverse malattie tra cui molte forme di cancro, sull'equilibrio delle piante e la loro capacità di produrre cibo, sulla possibilità di utilizzare i virus come vettori di terapia per malattie oggi incurabili. Questi i temi che saranno affrontati a Venezia da alcuni fra i maggiori esperti a livello internazionale».

Ma che cosa sono i virus esattamente? «Si tratta di organismi apparentemente semplici — spiega uno dei relatori, Dorothy Crawford, microbiologa dell'università di Edimburgo — un "grumetto" di materiale genetico, Dna o Rna, che nei più piccoli non va oltre i tre geni, contro i nostri ventimila, protetto da un guscio di proteine e senza alcuna possibilità di sopravvivere al di fuori di un organismo che li accolga. Eppure

hanno l'intelligenza di escogitare strategie diverse per penetrare e moltiplicarsi negli esseri viventi, piante comprese». Basta pensare alla "furbizia" del virus della varicella che si annida per anni nelle cellule nervose dove niente possono gli strumenti di difesa dell'organismo e, appena quest'ultimo ha un momento di fragilità, si muove e provoca le vescicole dell'Herpes Zoster.

Il primo passo per conoscere meglio i virus, è sapere di più della loro storia evolutiva. La cosa straordinaria di alcuni di loro è la capacità di infettare le cellule germinali, quelle che trasmettono i caratteri ereditari, così da «incunare» il proprio genoma in quello dell'organismo ospite, una traccia indelebile trasmessa ai figli dei figli. Sono i

cosiddetti provirus endogeni, volgarmente detti «virus fossili», impronta importantissima, trovata in tutti gli esseri viventi in cui si è cercata: mammiferi, insetti, molluschi. «Anche nell'uomo si sono scoperti ben 80.000 provirus "fossili" — dice John M. Coffin, biologo molecolare della *Tufts University* di Boston che al congresso veneziano parlerà proprio dell'evoluzione dei virus, argomento nuovo quanto affascinante —. Ma a differenza di quanto avviene nei topi o nei polli dove sono ancora attivi e possono causare malattie, nella specie umana questi virus sembrano "estinti". Molti studi sono comunque in corso per valutare meglio loro, eventuali, funzioni».

«È interessante anche capire quali mutamenti i provirus endogeni abbiano provocato nel percorso evolutivo del nostro organismo — aggiunge Chiara Tonelli, genetista dell'università di Milano, segretario generale della conferenza veneziana —. Uno di questi, particolarmente curioso, è che la formazione del sinciotrofoblasto, lo strato di cellule della placenta che impedisce il passaggio di sostanze pericolose dalla madre al feto, è governata da un gene proveniente da un provirus endogeno».

Virus come promoter positivi di funzioni, ma anche abili aggressori, come sottolinea Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'istituto Humanitas di Milano e docente di patologia generale alla Statale, che in Laguna parlerà di virus e immunità: «Le strategie di insediamento dei virus nell'organismo bersaglio sono quasi stupefacenti tanto sono sofisticate. Riescono a bloccare i sistemi di riconoscimento, "gli antigeni sentinella" che tutte le cellule hanno sulla superficie per allertarsi contro intrusi pericolosi, ma fanno anche di più; come pirati, catturano molecole che poi utilizzano per addormentare le difese dell'ospite».

Un mondo nel mondo, dunque, questa «viro-sfera», che promette non poche sorprese.

Franca Porciani

fporciani@corriere.it

Sanità Sospese le sanzioni per chi non si è attrezzato Certificati di malattia online Le multe partono a gennaio

ROMA — C'è la coda al pronto soccorso. Fino a due ore di attesa per i cittadini ai quali è stato assegnato un codice corrispondente a una visita non urgente. La porta del medico resta chiusa troppo a lungo. Perché il dottore è impegnato a smanettare sul computer. È uno dei rischi paventati dai dipendenti pubblici in camice bianco e dai professionisti convenzionati (circa 190 mila tra ospedalieri, guardie, pediatri, medici di famiglia e di ambulatori) per l'entrata a regime della certificazione di malattia online.

Rivoluzione annunciata a più riprese dal ministro della Pubblica amministrazione, Renato Brunetta. Obiettivo: basta raccomandate e file alla Posta per spedire la raccomandata all'Inps. Previsto un risparmio annuo di circa 600 milioni, 100 dei quali per la carta. Il sistema avrebbe dovuto partire lo scorso dicembre. La scadenza è poi stata spostata a giugno, quindi al 15 settembre. Ieri un ulteriore intervento sui tempi. L'obbligo di adoperare il Web rimane, ma «la piena entrata a regime» sarà il prossimo gennaio, secondo l'indicazione della Commissione collaudo, tecnici nominati da vari ministeri. Fino ad allora sanzioni sospese per chi non si è attrezzato. Una parte dei medici, come la Simeu (società italiana di medicina di urgenza e emergenza) e i sindacati ospedalieri (Anao-Assomed e Cimo), sono convinti però che la rivoluzione porterà con sé disagi e ritardi nei servizi.

Secondo Brunetta, invece, l'81% dei medici di famiglia si

sono «digitalizzati» dopo aver chiesto un codice di accesso (Pin). Cinque milioni i datori di lavoro collegati per un totale di 3 milioni di dipendenti. Finora sono stati trasmessi all'Inps oltre 375 mila certificati con un incremento del 24% nell'ultima settimana.

Però alcune Regioni sono indietro. Se Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana, le cosiddette virtuose della sanità, sono abbastanza avanti, altrove vengono segnalate difficoltà, come in Friuli Venezia Giulia. In Umbria l'invio elettronico non decolla. E anche dove il meccanismo funziona, la percentuale di certificati telematici è nettamente inferiore ai cartacei. Secondo il sindacato Snami il piano di Brunetta, anche se all'avanguardia, non è realizzabile perché una larga parte dei colleghi non dispongono di computer. Insiste nel ritenere l'operazione un flop Massimo Cozza, segretario di Cgil medici: «Si doveva partire a dicembre, oggi la distribuzione dei pin non è conclusa e ci sono notevoli ostacoli nella trasmissione. Per fortuna il ministro si è ravveduto e ha sospeso le sanzioni per chi non è online».

Calcolato un traffico di 50 milioni di certificati. È stato aperto un numero verde, 800-013577 per affiancare chi non può o non riesce a collegarsi. Ma per ricevere ascolto dall'operatore bisogna mettersi in coda.

Margherita De Bac



La microbiologa Dorothy Crawford spiega perché in ogni momento può emergere una malattia peggiore dell'Hiv

UN ESERCITO DI 100 MILIONI DI VIRUS

I virus sono la più diffusa forma di vita sulla Terra, ne esistono circa 100 milioni di tipi differenti. «Sono microscopici e hanno un quantitativo ridottissimo di materiale genetico, eppure riescono a surclassarci, a farsi strada nel nostro corpo. Non vogliono causare malattie eppure le provocano perché usano il nostro organismo per riprodursi. Dei parassiti intelligentissimi, pur non avendo un cervello». Dorothy Crawford, docente di microbiologia all'Università di Edimburgo, è fra i principali conoscitori dell'evoluzione dei virus e autrice di un libro *Il nemico invisibile - Storia naturale dei virus* (ed. Cortina), cui si ispira il titolo della Conferenza annuale *The Future of Science* (vedi box p. 39).

Ma i virus sono davvero così pericolosi?

«La maggior parte dei virus scoperti fino a oggi non hanno effetti sull'uomo e si trovano perlopiù negli oceani (un litro di acqua di mare ne può contenere un miliardo). Altri potrebbero infettare l'uomo, sono là fuori, ma non vengono a contatto con noi».

Virus e microbi, scrive nel suo libro, hanno forgiato la storia dell'umanità. E negli ultimi decenni ne sono emersi di nuovi: come potrebbero cambiare la storia contemporanea?

«Il caso più eclatante è l'Hiv. Circola da appena 40 anni ma ha già ucciso e sconvolto la vita di milioni di persone, in particolare nell'Africa subsahariana. Epidemie di questo tipo riscrivono la storia dell'essere umano».

Ci sono nuovi virus che potrebbero avere gli stessi effetti?

«Al momento l'Hiv resta il più pericoloso ma in ogni momento può emergere un nuovo virus, qualcosa di simile al vaiolo

o un'infezione con tempi di incubazione lunghi ma che si trasmette più velocemente dell'Hiv. Sarebbe estremamente difficile fermare il contagio. Per esempio, se non fossimo riusciti a controllare in breve tempo il virus della Sars, si sarebbe scatenata un'epidemia molto rapida. Non possiamo fermarci a fare ricerca su virus che già conosciamo, dobbiamo controllare la popolazione animale per individuare subito i virus che hanno il potenziale per fare il "salto" e trasmettersi all'uomo».

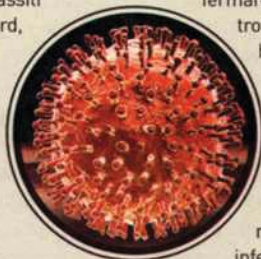
I virus oggi si trasmettono o modificano in modo diverso rispetto al passato?

«No, la differenza sta più nei nostri comportamenti: la popolazione mondiale è in aumento, viviamo in condizioni sempre più affollate, visitiamo luoghi di cui non conosciamo nulla, nemmeno i virus che li popolano. E i nostri anticorpi non sono preparati. Siamo noi a scatenare le grandi epidemie infettive. Il virus prende al volo l'occasione per attaccarci».

Il mondo ha affrontato la pandemia da influenza suina, spendendo milioni in antivirali e vaccini. Poi l'allarme s'è sgonfiato. Non crede che il pericolo sia stato sopravvalutato?

«Con il senno del poi è facile dire che è stato un errore ma quando la pandemia ha mosso i primi passi non c'era modo di sapere quanto pericolosa sarebbe stata. Ed è certo che alcuni virus influenzali sono molto letali. Ci aspettiamo ancora l'arrivo di un'influenza aviaria da Oriente e potrebbe essere forte. Ci preoccupa che nella popolazione si diffonda un falso senso di sicurezza o che i governi non si preparino».

S.G.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nelle immagini piccole, sopra, il virus dell'influenza e, sotto, quello dell'immunodeficienza umana (HIV) che provoca l'Aids

POST-MANOVRA**Farmaci, cantiere aperto***Aifa: riclassificazione H-Pht e benchmarking allo starter*

Il cantiere Aifa viaggia a pieno regime nella ripresa del dopo ferie. Il Cda del 30 agosto ha onorato le prime scadenze imposte dalla manovra estiva, licenziando la riclassificazione che sposta 300 milioni di spesa dal budget dell'ospedaliere a quello della territoriale e

l'analisi delle best practice per indirizzare i consumi locali verso l'economicità degli off patent. E vanno in pista anche le verifiche sulla qualità e la revisione del Prontuario terapeutico nazionale.

A PAG. 14-15

FARMACII Pronti la riclassificazione da 300 milioni e i "consigli per gli acquisti" sugli off patent

Cantiere Aifa a pieno regime

Budget farmaceutico in crescita di 148 milioni - Si pensa al nuovo Prontuario

Quarantaquattro specialità medicinali selezionate per il salto della quaglia, i consigli alle Regioni su come "recuperare" 600 milioni di euro da destinare a buone cause e una piccola buona notizia per le aziende farmaceutiche: a tagli fatti nel 2010 ci saranno 140 milioni in più per la farmaceutica pubblica.

Dopo una pausa estiva densa di conti e scarsa di vacanze l'Aifa si presenta alla ripresa con le carte in regola, avendo puntigliosamente rispettato le stringenti scadenze fissate dalla manovra estiva.

Il Dl 78/2010 convertito in legge il 30 luglio concedeva all'Agenzia 30 giorni di tempo per provvedere a due operazioni ritenute fondamentali per tenuta dei conti di settore sino a fine anno. Impegno puntualmente assolto dal Cda dell'Aifa che il 30 agosto ha licenziato o discusso un pacchetto di documenti che mostrano il cantiere della farmaceutica in piena ebollizione. In primis la riclassificazione dalla fascia H (ospedaliere) alla fascia A-Pht (continuità ospedale-territorio) dei farmaci che possono essere usati in ambulatorio o a domicilio, con l'obiettivo di spostare dal budget della spesa ospedaliere a quello della territoriale una quota di spesa pari ad almeno 600 milioni su base annua. La lista messa a punto dall'Agenzia comprende quarantaquattro specialità medicinali per 88 confezioni relative a preparazioni somministrabili per via orale e inalatoria che nel 2009 hanno determinato una spesa pari a 562 milioni di euro determinata al 70% dalle prime sette specialità.

La riclassificazione - dalla quale come previsto sono rimasti esclusi tutti i farmaci anti-Aids, gli iniettabili e tutti i prodotti soggetti a monitoraggio o collegati a meccanismi di

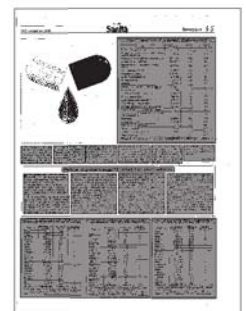
rimborsabilità condizionata (risk/cost sharing) - dovrebbe determinare nei restanti mesi dell'anno il trasferimento a carico della farmaceutica territoriale di un valore pari a 300 milioni di euro, a patto però che le Regioni provvedano alla distribuzione diretta o per conto dei relativi prodotti: raccomandazione che l'Aifa intende rivolgere esplicitamente ai Governi locali, paventando altrimenti un pesante sfondamento del tetto della farmaceutica territoriale. All'arco dell'Agenzia anche l'analisi delle best practice locali in materia di ricorso ai generici: saranno messe a disposizione delle Regioni che potranno così risparmiare 600 milioni da destinare comunque al capitolo della salute (si veda sotto).

Pronta anche la valutazione degli effetti del complesso delle norme varate dalla manovra, indispensabile per ricalcolare i budget a disposizione di ciascuna azienda farmaceutica fornitrice del Ssn, il dato cioè che farà da parametro per l'eventuale partecipazione di ciascuna impresa al recupero dell'extratetto a fine gestione. Dai conteggi emerge tra l'altro che i risparmi potenziali derivanti dalla riduzione dei margini dei grossisti ammontano a 194 milioni di euro e che l'incremento di 250 milioni di euro del Fsn determina una crescita di 1,5 milioni di euro a vantaggio del budget di settore, mentre fatta la tara delle possibili variazioni legate agli effetti delle scadenze brevettuali e al ricorso ai farmaci innovativi resta un dato secco di 140,3 milioni di euro di crescita del mercato farmaceutico pubblico.

Fin qui le immediate novità scaturite dalla manovra, in attesa che si insedi - entro il mese - il tavolo di confronto da cui dovrebbero derivare tra l'altro le nuove regole per la

remunerazione delle farmacie. Mentre nel pentolone dell'Aifa restano in cottura ancora due progetti che faranno discutere: la verifica della qualità e sicurezza dei farmaci in commercio, da realizzare individuando laboratori alternativi che supportino l'attività dell'Iss e la revisione del Prontuario farmaceutico nazionale. Il tutto entro metà del 2011. Tagli e monitoraggi permettendo.

Sara Todaro



CONTRADDIZIONI scientifiche

La vita del ricercatore è radicalmente cambiata rispetto al passato: ha più risorse ma meno libertà

DI ELENA COMELLI

Cosa succede quando un premio Nobel per la fisica ruba il lavoro di un suo allievo morto per acquisire un vantaggio competitivo sui rivali in affari, pavoneggiandosi poi nel suo ruolo di salvatore dell'umanità dall'olocausto ambientale? Succede che un maestro della scrittura inglese, Ian McEwan, ha creato un'icona della sua epoca, non più il sapiente nella torre d'avorio dei tempi di Galileo o lo scienziato pazzo della guerra nucleare, ma la star della conoscenza, corteggiata dai media, intossicata dal potere e dal denaro fino a perdere la bussola dei valori di base della ricerca più autentica.

Solar (Einaudi) ci racconta un tipo paradigmatico di scienziato disorientato, ma esempi reali di questa stessa sindrome sono sotto gli occhi di tutti: è di poche settimane fa il caso di Marc Hauser, professore di psicologia a Harvard e star mondiale della neuropsicologia cognitiva comparata (la disciplina che confronta le prestazioni cognitive di umani e animali), riconosciuto colpevole dalla sua università di aver manomesso per ben otto volte i dati di alcuni test, con cui aveva dimostrato come le scimmie siano in grado di comprendere semplici regole algebriche. Ma non è il primo e non sarà certo l'ultimo. È altrettanto famosa la storia di Hwang Woo-Suk, il genetista sudcoreano considerato un pioniere della ricerca sulle staminali, finché nel 2007 fu espulso dalla sua università per frodi analoghe e condannato a due anni con la condizionale. Si potrebbe citare anche il caso di Myron Scholes, Nobel canadese per l'economia e genio dei derivati, fallito per ben due volte, la prima nel '98 con il colossale buco di LtcM e di nuovo l'anno scorso con il suo ultimo hedge fund, Platinum Grove, trascinando sul lastrico migliaia di ri-

sparmatori: non rientra precisamente nella stessa fattispecie, ma ci assomiglia.

La vita del sapiente, insomma, è sempre più difficile. Ammantati del lustro di premi e cattedre prestigiose, alcuni si lasciano tentare da allettanti scorciatoie e nella migliore delle ipotesi finiscono poi per diventare solo uno specchietto per le allodole puntato ad attirare finanziamenti. «Il fatto è che gli scienziati stanno vivendo sulla propria pelle una contraddizione sempre più marcata fra la nuova ricchezza piovuta loro sulla testa in anni recenti e il sistema di valori cui la scienza da sempre fa riferimento», commenta Pietro Greco, giornalista scientifico e autore con Nico Pitrelli di *Scienza e media ai tempi della Globalizzazione* (Codice). «Per 350 anni i sapienti sono vissuti in una comunità chiusa, una "repubblica della scienza" dove si confrontavano fra loro, avevano pochi soldi e pochi contatti con il resto della società - precisa Greco -. Nei primi 200 anni erano costretti a finanziare le proprie ricerche trovandosi un mecenate, poi hanno cominciato a essere inquadrati nelle università, dove erano pagati per formare le nuove classi dirigenti dei vari Paesi. E già qui la vita è diventata più comoda. Ma la vera svolta, quella che ha determinato la situazione in cui ci troviamo oggi, è avvenuta dopo la Seconda guerra mondiale», fa notare Greco.

Basta andare a guardare i numeri per capire l'entità della svolta: nel 1930 gli Stati Uniti stanziavano 1 miliardo e mezzo di dollari (di oggi) all'anno per la ricerca scientifica. Nel 1950 erano 30 miliardi. Oggi sono 400 miliardi. Una progressione più o meno anloga si ritrova in tutti i Paesi industrializzati. Ma anche le imprese private investono sempre di più: il rapporto fra soldi pubblici e privati era di 2 a 1 nel '60, di 1 a 1 nell'80 e oggi si è capovolto, con 2 dollari privati per ogni dollaro pubblico alla ricerca (lo stesso rapporto è valido in tutto il mondo industrializzato, tranne in Italia, dove il pubblico è ancora prevalente sul privato in una relazione di tre a due). Vannevar Bush, l'organizzatore del Manhattan Project, diede come obiettivo di finanziamento per la ricerca americana l'1% del Pil, che fu raggiunto già negli anni

Cinquanta. Ora l'obiettivo per tutti è il 3 per cento. Negli ultimi vent'anni l'economia mondiale è raddoppiata, ma i finanziamenti alla ricerca scientifica sono più che triplicati. In Cina, addirittura, aumentano del 20-25% ogni anno: non a caso Pechino è già oggi il primo esportatore al mondo di beni ad alta tecnologia. In pratica, nel secondo dopoguerra la ricerca scientifica è diventata il principale impulso per lo sviluppo economico, sociale, civile e militare del mondo. Di conseguenza, anche gli scienziati oggi sono di più: 7 milioni a livello globale, un numero superiore a tutti i loro colleghi delle epoche precedenti messi assieme. Ma sia lo Stato sia le imprese private hanno cessato di essere dei mecenati per diventare dei committenti. «E così la posizione del ricercatore è radicalmente cambiata: ha più risorse ma meno libertà. In aperta contraddizione rispetto ai valori del passato, secondo i quali la scienza era nell'interesse di tutti», sostiene Greco. Non c'è da stupirsi, quindi, che sia molto spaesato. Per non parlare della crisi del modello paternalistico, che lo costringe a confrontarsi con un'opinione pubblica sempre più informata e critica. Un dialogo spesso difficile, ma ineludibile se la comunità scientifica vuole mantenere viva la fiducia che le ha permesso di crescere fino a oggi.



Questioni scientifiche. Gli autori Greco e Pitrelli analizzano lo stato di salute del rapporto tra ricerca scientifica e mezzi di informazione (Codice ed., 16 euro).



La decadenza del Nobel. Solar (collana Supercoralli di Einaudi, 20 euro) è il romanzo di Ian McEwan che ha come protagonista una star della scienza.



IN CLASSIFICA

Quali sono gli scienziati più visibili quando si parla di scienza in Italia? Un'indicazione proviene dal monitoraggio approfondito e sistematico della copertura dei temi legati alla ricerca scientifica e all'innovazione tecnologica che *Observe Science in Society* conduce con lo *Science in the Media Monitor (Smm)*. Attraverso un innovativo sistema informatico, lo *Smm* seleziona e analizza gli articoli pubblicati ogni giorno sulle pagine web dei principali quotidiani italiani («Il Corriere della Sera», «La Repubblica», «Il Sole 24 ore» e «La Stampa», recentemente si sono aggiunti «L'Avvenire» e «Il Giornale» e l'analisi si è estesa ai blog su scienza e tecnologia). Ebbene, la scelta dei "testimonial" attraverso cui raccontare la scienza da parte dei quotidiani riflette una copertura perlopiù ripiegata sui grandi nomi del passato. Ai primi tre posti vi sono infatti Darwin, Galileo ed Einstein. Gli unici due viventi tra i più citati sono Stephen Hawking e Rita Levi Montalcini, entrambi tuttora autorevoli commentatori sui temi scientifici, ma non propriamente impegnati nella ricerca attiva. (m.buc.)



72

Charles Darwin



21

Rita Levi Montalcini



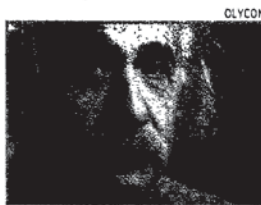
70

Galileo Galilei



19

Enrico Fermi



64

Albert Einstein



18

Isaac Newton



36

Stephen Hawking



«Smonto un gene per curare il cancro»

la storia

Molte malattie derivano dalla mancanza di un gene. Che per fortuna si può identificare. In molti casi però la sua funzione non si conosce. E allora si procede come farebbero dei bambini con un giocattolo: lo si smonta per vedere cosa succede se manca un pezzo o se lo si modifica.

Il giocattolo di cui parla Eugenio Sangiorgi, giovane ricercatore della Cattolica di Roma, non è esattamente alla portata di tutti, visto che si tratta del dna di un topo e la «tecnica molto sofisticata e molto lunga» da lui applicata, il Gene targeting, è quella scoperta dal premio Nobel per la Medicina, Mario Capecchi.

Ma Sangiorgi, che a 29 anni, dopo la specializzazione in genetica medica alla Cattolica di Roma e varie ricerche quando era ancora studente, si trasferisce nello Utah nel laboratorio di Capecchi per rimanervi «per 7 anni e un mese», come tiene a precisare, a forza di smontare il dna murino per vedere cosa succede, è arrivato a individuare le staminali del pancreas. «Abbiamo cercato di identificare in vivo questo gene (il Bmi1) – spiega il giovane ricercatore –, e gli abbiamo "attaccato" una specie di lampadina, cioè una proteina fluorescente», una specie di interruttore molecolare che si attiva quando al topo viene dato un farmaco particolare, il tamoxifene.

Una scoperta davvero importante, considerato che non si può sapere a priori se le cellule presenti in un tessuto siano staminali oppure no. In effetti, puntualizza Sangiorgi, «dal punto di vista scientifico non solo delle cellule staminali embrionali ma anche di quelle adulte non si sa molto, sia perché sono poco conosciute sia perché sono difficili da studiare. Mentre per la maggior parte

degli altri ambiti di ricerca prima siamo partiti dalle conoscenze di base, poi alla medicina traslazionale, con le staminali si è cercato di arrivare subito a un risultato attraverso scorciatoie».

Lo studio di Sangiorgi, firmato insieme a Capecchi e pubblicato sulla rivista *Pnas Proceedings of the National Academy of Science*, potrebbe aprire la strada a nuove scoperte utili in ambito oncologico. «Abbiamo dimostrato che quelle cellule sono assolutamente insostituibili – spiega –. La domanda a questo punto è: cosa succede se noi togliamo la funzione di questo gene?». In sostanza, cioè, «se noi riuscissimo a modulare l'attività di questo gene potremmo arrivare a capire l'origine dei tumori».

Ed è quello che ora vuole scoprire lo scienziato che dal 2008 è rientrato in Italia e ha ripreso a fare ricerca alla Cattolica: dopo tutti questi anni negli Stati Uniti «ho deciso di tornare. Qui ho tutta la mia famiglia», ammette. Oltre a questi studi, Sangiorgi si sta dedicando anche a un'altra ricerca sull'autismo. «Si tratta di un progetto che nasce dalla collaborazione con la professoressa Gurrieri, siamo già nella fase avanzata di programmazione. In questo caso però non utilizziamo i topi», spiega. Ma poi di fronte all'evidenza dei suoi successi (tra l'altro, l'anno scorso ha vinto un Grant con l'Airc) puntualmente si smarca: «Mi reputo fortunato. Ho incontrato ottime persone». E poi è comunque «la curiosità la spinta che sta dietro a ogni ricerca». Ma anche la forza di non mollare, visto che può capitare di non scoprire mai niente. In più, nel suo caso, la sfida l'ha vinta oltreoceano. Dove, racconta, è tutto più semplice per chi fa ricerca: «Negli Stati Uniti ci sono in generale più opportunità. E meno burocrazia. C'è poi una gestione diretta dei fondi. In Italia è tutto più lento. Persino il sistema dei corrieri non è altrettanto efficace...».

Eugenio Sangiorgi, 29 anni, allievo del Nobel Capecchi, è rientrato al Gemelli dagli Usa: «Non servono scorciatoie per studiare le staminali, di cui non si sa ancora molto» La sfida è aprire nuove strade a scoperte utili in ambito oncologico Il giovane ricercatore è alle prese anche con ricerche sull'autismo

di Graziella Melina



La Sanità deve oltre 50 mld alle Pmi I ritardi dello Stato costano il 4% del Pil

È di oltre 50 miliardi di euro l'ammontare dei ritardi dei pagamenti da parte della sanità italiana. Per il complesso delle altre amministrazioni pubbliche si arriva a un valore di maggior debito pari a circa 4 punti di Pil. A fotografare il quadro della situazione di chi è fornitore della Pa è stata ieri la fondazione Astrid, che ha pubblicato un rapporto sulla dimensione dei debiti commerciali delle amministrazioni pubbliche verso le imprese, presentato ieri nel corso di un convegno promosso dal Taiis, tavolo delle aziende e associazioni dei servizi. Il rapporto è pubblicato nella settimana in cui è stata annunciata dall'Unione europea la «Late Payments», la direttiva che imporrà alle Pa di pagare entro 60 giorni, pena una sanzione dell'8%. Ma un pericolo c'è già. «Per un Paese con un debito consolidato superiore alla dimensione del Pil (e in crescita ancora per qualche esercizio, anche secondo le previsioni del governo) - ha detto Giorgio Macciotta, coordinatore del gruppo di ricerca Astrid - far emergere nuovo debito (sia pure come esplicitazione di debito esistente e



finora sommerso) costituisce un problema. Le ricadute sul rating e sul differenziale tra i tassi sui nostri titoli pubblici e quelli tedeschi potrebbe essere devastante». Per la fondazione, il debito commerciale è andato crescendo in particolare in capo a quei soggetti istituzionali (Regioni, Province, Comuni) verso i quali si sono spostate competenze crescenti non accompagnate da adeguati trasferimenti di risorse, nonché alle Asl i cui costi sono cresciuti più dei flussi di finanziamento per l'evoluzione della composizione delle popolazio-
F. Ch.



» | **I numeri** Per l'ok all'interruzione di gravidanza le donne vanno dal medico di fiducia

Il record negativo della Puglia: negli ambulatori solo il 13%

BARI — Solo il 13,4 per cento delle donne pugliesi si affida ai consultori per ottenere il certificato propedeutico all'interruzione della gravidanza. Un dato ben al di sotto della media italiana, che si attesta al 38,2, e che pone la Puglia al quart'ultimo posto tra le regioni italiane. Solamente la Sardegna (12,4 per cento), l'Abruzzo (8,3 per cento) e la Valle d'Aosta (4,3 per cento) fanno peggio. Il resto delle pugliesi preferisce recarsi dal proprio medico di fiducia (il 50,5 per cento) o nelle strutture ginecologiche (il 34,1 per cento). La statistica è stata elaborata dal **ministero della Salute** (i dati fanno riferimento all'anno 2008), lo stesso report, dall'altra parte, racconta di una Puglia con il più alto rapporto di abortività italiano: per ogni mille bambini nati, ci sono 270 neonati mai venuti alla luce perché la gravidanza è stata interrotta volontariamente (la media nazionale è di 213 aborti ogni mille nati).

Quale interpretazione dare a questi numeri? I motivi che spingono le donne a non recarsi nei consultori per ottenere la certificazione potrebbero essere diversi: ad esempio, una scarsa fiducia nelle strutture, oppure una inadeguata conoscenza dovuta ad una informazione insufficiente. Ma non è escluso nemmeno che ottenere il certificato sia meno agevole in strutture dove quasi l'80 per cento dei medici si dichiara obiettore di coscienza. Un altro dato, infatti, appare significativo: nel 2008 si è registrato un ulteriore aumento generale dell'obiezione di coscienza. Il 79,9 per cento dei ginecologi si dichiara obiettore, contro una media italiana del 71,5 per cento.

Quindi, mentre infuria la polemica politica sulla delibera della Regione, bocciata dal Tar, che si poneva come obiettivo proprio una maggiore presenza nei consultori dei camici bianchi non obiettori, le statistiche mettono in evidenza falle nella rete consultoriale. In Puglia, nel 2008, le interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) sono state 9.962, i nati invece sono stati 36.837. Nel corso degli ultimi dieci anni (dal 1998 al 2008), il numero di aborti è calato sensibilmente, passando da 15.579 a 9.962, meno 4,7 per cento.

Eppure la Puglia detiene il primato nazionale per rapporto di abortività, la seguono Emilia Romagna, Liguria e Pie-

monte. Non solo. Il Tacco d'Italia continua a mostrare tassi di abortività più elevati fra le giovanissime (ragazze tra i 16 e 21 anni): 8,2 per cento contro una media nazionale del 7,2 per cento (nel Meridione la percentuale è addirittura del 6,1). Peggio fanno solamente Liguria, Emilia Romagna e Lazio. Nel 2008, 398 adolescenti tra i 15 e i 17 anni hanno deciso di abortire, il quattro per cento del totale della popolazione femminile pugliese racchiusa in questa fascia d'età. Anche in questo caso, la Puglia è tra le prime regioni italiane.

Nella sua relazione, il ministro **Ferruccio Fazio** constata che le regioni con un tasso di abortività più elevato sono quelle che vedono una maggiore diffusione della contraccezione. Altra contraddizione.

Proseguiamo nella lettura dei dati. Il 20,1 per cento interruzioni di gravidanza viene compiuta su donne che erano già ricorse già una volta all'Ivg, l'8,5 per cento due volte, il 2,7 per cento tre volte. Numeri che evidentemente bocciano le azioni messe in campo in favore della prevenzione, missione in capo anche e soprattutto ai consultori.

Vincenzo Damiani

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Addio a 18 ospedali pugliesi Cura dimagrante per i reparti

Entro due anni 2.200 posti letto in meno e blocco del turn-over del personale

DOPPI REPARTI E RICOVERI IMPROPRI

La manovra triennale, per la quale è atteso il via libera definitivo del governo nazionale il 15 ottobre, intende colpire le fonti di spreco

ENTRO L'ANNO VIA 1.400 LETTI

I tagli saranno tutti nelle strutture pubbliche, ma fino al 2012 via 300 posti nelle cliniche private e 130 negli enti ecclesiastici

● 18 ospedali da dismettere e tutti quelli con meno di 50 posti letto da riconvertire, assorbendoli in strutture di livello superiore: passa dalla revisione della rete ospedaliera buona parte del piano di rientro che la prossima settimana approderà in consiglio regionale dopo aver passato l'esame delle commissioni. Per quanto riguarda i nosocomi, vengono anche previsti gli accorpamenti dei reparti «doppione» e la riduzione dei ricoveri inappropriati.

Nella manovra la giunta regionale prevede 2.200 posti-letto da tagliare entro il 2012, abbassando il rapporto posti letto-abitante da 4 a 3 ogni mille. In pratica, ora in Puglia ci sono 215 ricoveri ogni mille abitanti, mentre bisognerà portarli a quota 170. Dei 2.200 letti, oltre 1.400 saranno tagliati quest'anno (1.224 per acuti e 197 per post-acuti) e saranno tutti di strutture pubbliche. I restanti 800 posti saranno tagliati entro il 2012: 370 saranno ancora nel pubblico, altri 300 nelle cliniche private e 130 nelle strutture ecclesiastiche convenzionate.

Risparmi arriveranno anche dal contenimento della spesa per il personale. La Regione, infatti, intende instaurare il blocco del turn-over (la non sostituzione del personale in uscita) per tutto il triennio. I risparmi potrebbero aggirarsi sui 18 milioni nel 2010, 32 milioni nel 2011 e 52 milioni nel 2012.

Inoltre, viene inserito il ticket di 1 euro su ogni ricetta per disincentivare il ricorso all'acquisto di farmaci non indispensabili. La Puglia primeggia nella spesa farmaceutica non ospedaliera (medici di famiglia e, soprattutto, guardie mediche): dovrebbe attestarsi su 40 milioni di ricette l'anno, ma il trend è superiore (45 milioni), con uno sfioramento rispetto ai parametri delle regioni più virtuose tra i 101 e i 204 milioni di euro. Di qui la scelta da un lato di incentivare i farmaci equivalenti (meno costosi a parità di molecola) e, dall'altro, di disincentivare il ricorso alle prescrizioni «facili» con il ticket. Il risparmio complessivo dovrebbe aggirarsi sugli 88 milioni.



I 18 OSPEDALI PUGLIESI DA DISMETTERE

