

La decisione

Confermata la condanna: "Deve intervenire prima e dopo"
La Cassazione: "Il medico obiettore non può negare le cure a chi abortisce"

ROMA — Un medico che si dichiara obiettore di coscienza non può rifiutarsi di curare la paziente che si è sottoposta ad aborto volontario in ospedale. Lo sottolinea la Cassazione, che ieri ha confermato la condanna per omissione di atti d'ufficio a una dottoressa della provincia di Pordenone che, pur essendo di guardia e nonostante le sollecitazioni del primario, non aveva voluto assistere una donna che aveva abortito e che era a rischio di emorragia.

Per la sesta sezione penale della Suprema Corte, il medico obiettore ha «il diritto di rifiutare di determinare l'aborto, ma non di omettere di prestare assistenza prima o dopo» in quanto deve «assicurare la tutela della salute e della vita della donna, anche nel corso dell'intervento di interruzione di gravidanza».

Per gli ermellini l'obiezione di coscienza «non esonera il medico dall'intervenire durante l'intero procedimento».



Sanità

L'International centre on birth defects dedica il mese di aprile alla salute preconcezionale

Prevenire prima di procreare

Meno prematuri e difetti congeniti se i futuri genitori hanno stili di vita sani



Ogni ora in Italia nascono dieci bambini con una condizione congenita. Si può stimare che ogni anno in Italia ne nascono circa 34mila con malformazioni o disabilità congenite, 3mila con malattie genetiche, 17mila con crescita intrauterina limitata, 40mila con età gestazionale inferiore a 37 settimane (prematuro). Alcuni presentano due o più di queste condizioni per un totale di circa 90mila bambini con una condizione congenita, grave o potenzialmente tale. All'incirca dieci ogni ora, giorno e notte. Un classico indicatore di salute indica che in Italia la mortalità infantile è entro limiti ragionevoli, ma circa l'85% è dovuto a queste condizioni.

Si può fare qualcosa? L'Oms ha pubblicato la scorsa settimana un documento che riassume tre giorni di riunione tra esperti di 22 Paesi, tra cui molti in via di sviluppo (per l'Italia era presente l'autore di questo articolo), svoltisi nel febbraio 2012 sulle potenzialità offerte da programmi di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale. Per abbattere ulteriormente la morbidità e la mortalità materna e infantile nel mondo, in tutte le nazioni, è stato raggiunto un unanime consenso: focalizzare l'attenzione sulla prevenzione primaria, e in particolare nel periodo che precede la gravidanza.

Molti interventi preventivi che fino a ieri venivano raccomandati per le donne incinte vanno anticipati, perché risultano più efficaci. Un esempio: le donne fumatrici che smettono prima della gravidanza hanno maggiori vantaggi per la propria salute e quella dei futuri figli, in confronto alle donne che non smettono o smettono quando sanno di essere rimaste incinte. Una metanalisi ha studiato inoltre gli effetti del fumo paterno, evidenziando un

| Il peso dei fattori di rischio | |
|--|--------|
| Stima del numero di esiti attribuibili ad alcuni fattori di rischio riproduttivo in Italia, ogni anno e potenzialmente prevenibili | |
| Esito | Numero |
| Mancata supplementazione di acido folico | |
| ● Malformazioni gravi | 1.200 |
| Obesità | |
| ● Diabete gestazionale | 2.900 |
| ● Aborti spontanei | 1.500 |
| ● Nati pretermine | 300 |
| ● Malformazioni gravi | 110 |
| Fumo | |
| ● Infertilità | 2.700 |
| ● Gravidanza ectopica | 1.200 |
| ● Nati pretermine | 900 |
| ● Malformazioni | 250 |
| Diabete ed epilessia materna senza trattamento ottimale | |
| ● Malformazioni gravi | 150 |

Fonte: P. Mastroiacovo, La promozione della salute riproduttiva

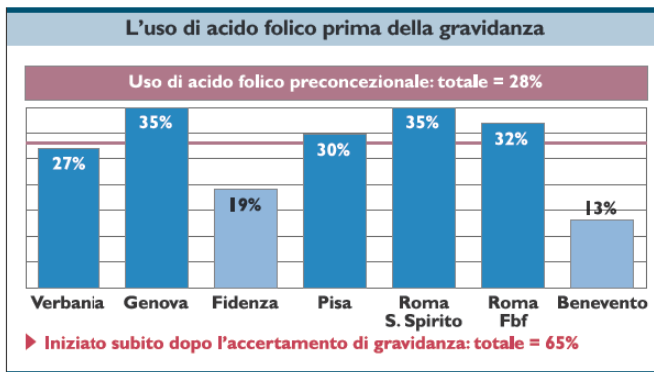
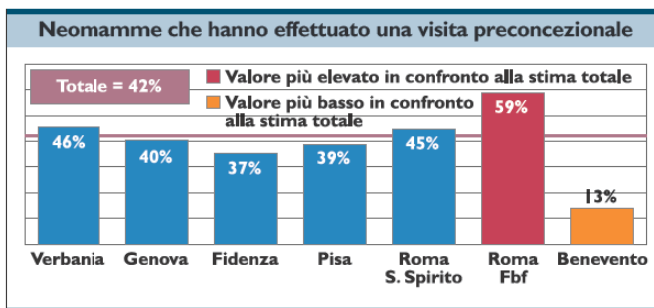
aumento di rischio, seppur minimo, di leucemie nei bambini.

La coppia ha una responsabilità verso terzi: i propri figli. Altri interventi di promozione della salute in generale, per esempio quelli basati sul cambiamento dello stile di vita, vanno dunque incoraggiati mesi e anni prima della gravidanza; è poco probabile che possano essere realizzati dall'oggi al domani in gravidanza e fornire i vantaggi osservati da tempo. Un esempio: la corretta alimentazione, l'esercizio fisico, la lotta all'obesità, in pericoloso aumento in tutto il mondo.

E infine, alcuni interventi preventivi utili per il buon esito riproduttivo, che possono essere ef-

fettuati soltanto prima della gravidanza (vaccinazione per la rosolia), o sono efficaci soltanto se hanno inizio prima della gravidanza (supplementazione con acido folico), vanno promossi e ampliati nelle varie fasce di popolazione ben prima dell'inizio della gravidanza.

Accoppiare tutti gli interventi preventivi di provata efficacia in un articolato ma unitario programma di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale è saggio, e terribilmente vantaggioso sia in termini di guadagno in salute individuale, che in termini di risparmio economico delle risorse dedicate alla Sanità per l'intera società.



Ma in Italia, ne abbiamo bisogno? I risultati di una recente indagine condotta in sette ospedali (Verbania, Fidenza, Genova, Pisa, Roma e Benevento) su 2.200 donne che avevano avuto di recente un bambino indicano una risposta nettamente positiva (v. grafici). Per fare qualche esempio: soltanto il 28% aveva preso acido folico prima della gravidanza (in molti Paesi sviluppati e non, si fortificano i cibi più comuni assunti dalla popolazione per garantire che il 100% delle donne inizi la gravidanza con una buona scorta di questa essenziale vitamina); soltanto il 42% si rivolge a un medico prima dell'inizio della gravidanza (in un

Paese come l'Italia con un decreto ministeriale del 1998 che favorisce le cure preconcezionali, l'atteso dovrebbe essere del 100%); il 27% delle donne fuma all'inizio della gravidanza (una cifra elevata per il fattore di rischio per la riproduzione più noto, più contrastato, e che causa più danni di tutti: dall'infertilità alla morte improvvisa del lattante); 19% è in sovrappeso e l'8% troppo magro (un emergente fattore di rischio gravato anch'esso da numerosi problemi per la mamma e il futuro bambino); 26% assume un farmaco (non vitamine e ferro) nei primi tre mesi di gravidanza (periodo in cui è consolidata la regola di usare un farmaco so-

lo in caso di estrema necessità). Servono quindi programmi di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale. Sarebbero necessarie precise di valutazione costo-beneficio, nell'attesa si possono però fare stime sufficientemente solide sul numero di casi prevenibili. L'analisi della tabella qui proposta fornisce dati esemplificativi. Complessivamente con pochi dati disponibili e limitati a pochi fattori di rischio si può stimare che ogni anno in Italia si potrebbero prevenire circa 2mila malformazioni e 3.250 nati pretermine. Tali cifre dovrebbero spingere ogni amministratore della Sanità pubblica a implementare immediatamente programmi di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale.

È il momento di agire. In Italia, così come in altri Paesi, l'Oms, nella citata pubblicazione, raccomanda di investire nella salute riproduttiva e preconcezionale con programmi organici e ben disegnati. In Italia siamo un po' più avanti che in altri Paesi europei grazie a una testarda azione di Icbid, e a un iniziale finanziamento del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute. Solo l'Olanda in Europa, gli Stati Uniti e la Cina altrove, sono notevolmente più avanti di noi, grazie agli ingenti fondi investiti. Altre nazioni del Sud-Est Asiatico si stanno muovendo in modo efficace. In Italia esiste il know-how, e una base di partenza, come al solito manca una più ampia sensibilizzazione e convinzione, e soprattutto fondi. La strada da percorrere è tuttavia tracciata, non possiamo fare altro che proseguire.

Pierpaolo Mastroiacovo
Direttore Icbid

La sigaretta elettronica equiparata al tabacco

Non potranno comprarla i minori di 18 anni

ROMA — Si stringe il cerchio attorno alla sigaretta elettronica, l'oggetto che in meno di un anno ha conquistato in Italia una popolarità esponenziale, con oltre un milione di consumatori. Contestatissima perché, sostengono gli esperti di tabagismo, potenzialmente pericolosa per la salute e favoreggiatrice del fumo tradizionale. Con un'ordinanza firmata ieri il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ne ha vietato l'acquisto ai minori di 18 anni. Il limite di età è stato innalzato rispetto a un primo provvedimento a scadenza semestrale che stabiliva i 16 anni.

I divieti ribadiscono l'attenzione per questo piccolo strumento da parte degli organismi tecnici e scientifici. Nella realtà non risolvono il vero problema. È improbabile che la diffusione della sigaretta si arresterà. Per un minore non sarà difficile procurarsela, già adesso è frequente vederla spuntare tra le labbra degli adolescenti dei licei.

Però l'iniziativa del ministero è un segnale di allerta. «Abbiamo applicato il principio di precauzione come raccomandano le autorità internazionali — dice Balduzzi —. L'innalzamento dell'età è coerente con la scelta che riguarda le sigarette ordinarie. Uno studio ha dimostrato gli effetti dannosi anche se l'uso è moderato, soprattutto per i giovani, nei dispositivi con nicotina». Nella comunità scientifica c'è però ancora molta discussione: ad esempio allo Ico Carlo Cipolla sostiene che bisogna approfondire molti aspetti e che un uso appropriato di questo dispositivo può favorire l'allontanamento dal fumo.

L'ordinanza equipara il fumo elettronico a quello tradizionale dove la barriera per la vendita è fissata a 18 anni da una legge entrata in vigore il 1° gennaio. Multe salate, da 250 a 1.000 euro per la prima violazione del venditore. La volta successiva si raddoppia la pena, con ri-

schio chiusura del negozio. La decisione non è una sorpresa. A dicembre l'Istituto superiore di sanità (Iss) aveva consegnato al ministro un rapporto molto allarmante sui rischi del dispositivo impropriamente definito elettronico (è elettrico, funziona con una pila che riscalda il liquido della cartuccia).

Non ci sono prove che sia innocuo anche quando non contiene nicotina né che abbia un'azione di dissuefazione dal fumo vero. «Abitua i giovani alla gestualità e alla ritualità del consumo di tabacco e questo sarebbe un danno immenso», sottolinea il rischio prioritario Roberta Pacifici, direttore dell'Osservatorio sul fumo dell'Iss (numero verde 800554088 per informazioni). Dopo il parere degli esperti è stato aperto presso il Consiglio superiore di sanità un tavolo col compito di approfondire la questione. Diversi Paesi dell'Unione Europea hanno stretto i ranghi, arrivando anche a vietare la finta sigaretta.

In Italia le aziende private co-

minciano a prendere contromisure (ad esempio le compagnie ferroviarie) e a raccomandare ai clienti di non utilizzare il piccolo aggeggiato. Alcuni Comuni hanno invece imposto divieti nei luoghi pubblici.

Non fa polemica Massimiliano Mancini, presidente dell'associazione nazionale fumo elettronico, Anafe: «Nessuna obiezione. È importante tutelare i minorenni ed essere prudenti. Il prodotto non è corrodato da sufficienti studi scientifici. Il prossimo governo dovrà aprire un tavolo di discussione trasparente con tutte le parti, per evitare inutili allarmismi». Un fenomeno preoccupante è l'importazione di kit non in regalo. I Nas in due mesi ne hanno sequestrati 11 mila, comprensivi di accessori e batterie, valori pari a 537 mila euro. È effervescente il mercato nero dei filtri con nicotina senza il marchio Ce, la certificazione europea.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

D'ARCO

L'ordinanza

Il ministro Balduzzi: «Applicato il principio di precauzione»

Le polemiche

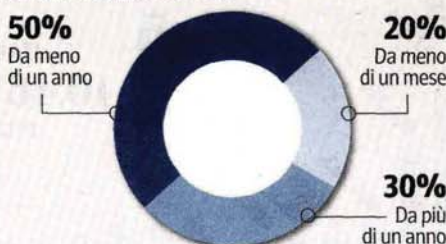
I dubbi dell'Istituto superiore di Sanità
Gli esercenti: evitare inutili allarmismi

Il fenomeno

I FUMATORI DI SIGARETTE ELETTRONICHE IN ITALIA



DA QUANTO TEMPO LE USA

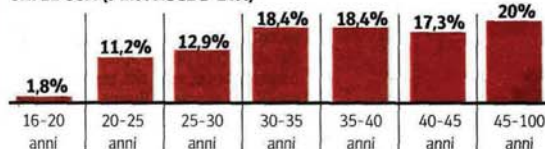


Fonte: Forum Italiano Esigaretteportal

COME FUNZIONA



CHI LE USA (PER FASCE D'ETÀ)



Domande e risposte

È o non è un rischio per la salute?

Chi ha lanciato l'allarme?

? Secondo uno studio dell'Istituto superiore di sanità (Iss) la dose quotidiana accettabile di nicotina, come stabilita dall'Agenzia europea per la sicurezza alimentare (Efsa), è superata anche solo con un uso moderato delle sigarette elettroniche. Tale evidenza è ancora più significativa negli adolescenti. Di qui l'esigenza del divieto, perché non si possono escludere effetti dannosi per la salute. Si attende ora un ulteriore parere del Consiglio superiore di sanità (Ccs) che dovrà anche decidere se la sigaretta elettronica è da considerare un farmaco.

Ma sono tutti d'accordo?

? No. Secondo Carlo Cipolla, cardiologo dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), l'affermazione che la sigaretta elettronica non funzioni, ed addirittura tenda a perpetuare il vizio, è assolutamente non documentata in letteratura. Il fumo tradizionale è una dipendenza psico-fisica che causa ogni giorno, solo in Italia, più di cento morti. Ogni strumento che può aiutare il fumatore a liberarsi dalla sua schiavitù deve essere quindi considerato e valutato secondo seri e rigorosi protocolli scientifici. Come la ricerca avviata da Ieo, Monzino e San Raffaele di Milano.

Le e-cig combattono il vizio del fumo?

? Un altro studio è stato avviato dai produttori per dimostrare che in realtà la quantità di nicotina inalata è molto più bassa di quanta se ne assume con una sigaretta normale. In più, non essendovi combustione, il rischio cancerogeno è teoricamente più basso per la mancanza di catrame, idrocarburi policiclici aromatici, eccetera. Secondo un'indagine tra fumatori passati all'elettronica, il 32,5% ha diminuito di almeno la metà le sigarette tradizionali fumate, il 12,5% di almeno l'80% e il 22,5% ha smesso definitivamente.

Perché vietarle agli adolescenti?

? Sei medici di famiglia su dieci l'hanno consigliata ai pazienti che vogliono smettere di fumare. Resta il problema adolescenti. Per Silvia Bonino, psicologa dello sviluppo, va vietata ai ragazzi che non hanno mai fumato. L'e-cig potrebbe favorire l'abitudine del fumo: non solo per i liquidi alla nicotina (assuefazione), ma anche perché insegna la gestualità tipica del fumatore (accendere, aspirare eccetera).

Mario Pappagallo

@Mariopaps

© RIPRODUZIONE AUTORIZZATA

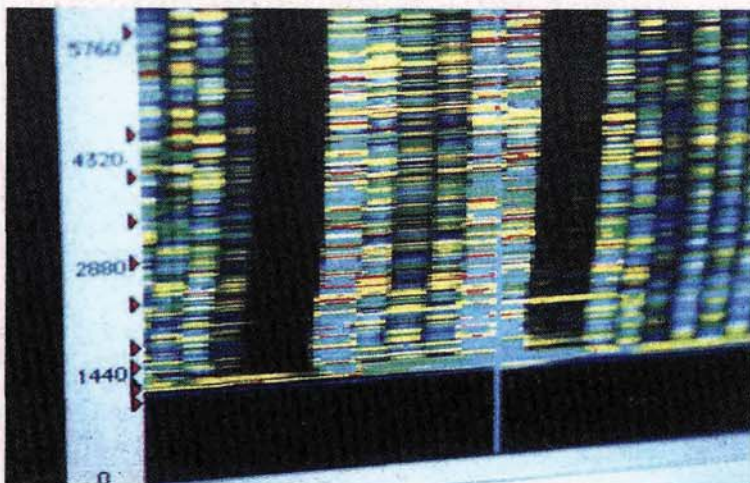


Brevettato il 99,9% del Dna «A rischio la nostra libertà»

L'intero Dna umano è ormai coperto da qualche forma di brevetto, un fenomeno che mette a rischio la «libertà genetica» degli individui. La denuncia arriva dallo studio di due ricercatori della Cornell University di New York sulle oltre 40 mila «patents» depositate e pubblicata da «Genome Medicine».

I geni - com'è noto - sono formati da sequenze di «lettere» che possono essere di varie dimensioni: i ricercatori hanno analizzato i brevetti sui frammenti di Dna lunghi, scoprendo che coprono ormai il 41% del Genoma. Se si considerano però anche le catene più piccole, si arriva a una sconcertante percentuale del

99,999% dei geni. Un esempio è il brevetto sui geni Brca1 e Brca2, che favoriscono l'insorgenza di alcuni tumori. L'azienda depositaria ha affermato che il brevetto copre non solo i due geni, ma anche i frammenti più piccoli. Secondo lo studio, Brca1 e Brca2 contengono almeno 689 sequenze di altri geni, estranei ai tumori, che, però, almeno in teoria non possono essere studiati senza infrangere il brevetto. Sulla questione la Corte Suprema Usa dovrebbe esprimersi il 15 aprile: «Se questi diritti saranno esercitati la "libertà genomica" è rischio - spiega Christopher Mason - Proprio quando entriamo nell'era della medicina personalizzata, ci scontriamo con le maggiori restrizioni: com'è possibile che il mio dottore non possa guardare il mio Dna senza chiedersi se sta violando qualche brevetto?».



Icone

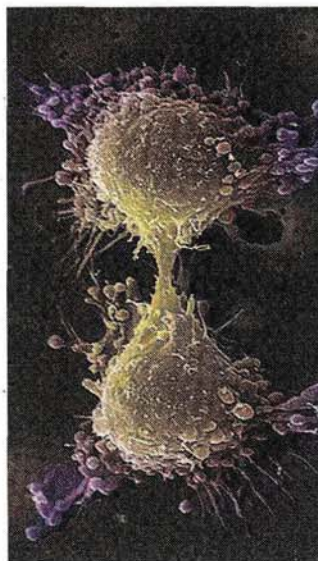
Il brevetto sui geni Brca1 e Brca2 che favoriscono l'insorgenza di alcuni tumori è diventato il simbolo del Genoma umano «comprato e venduto»



La ricerca

Mappato l'enzima dell'immortalità

È pronta la prima mappa genetica dell'elisir di giovinezza (o quasi immortalità) delle cellule, ossia dell'enzima che le protegge nel processo di divisione, allungandone la vita. Insieme con questa è stata messa a punto una seconda mappa, che comprende molte «anomalie» genetiche legate ai tumori di seno, ovaie e prostata. Con questi risultati, pubblicati in 14 articoli su «Nature Genetics», si stringe il cerchio intorno alle cause genetiche del cancro: le ricerche, frutto di un'iniziativa internazionale chiamata «Cogs» («Collaborative oncological gene-environment study»), contribuiranno a mettere a punto nuovi metodi di diagnosi precoce insieme con strumenti più efficaci per battere molti tumori.



Ricerca

Mappa del cervello Cento milioni stanziati da Obama

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

NEW YORK — Quando lo scorso 12 febbraio, durante il discorso sullo Stato dell'Unione, Barack Obama menzionò il suo progetto di «sviluppare una nuova tecnologia che possa registrare alla velocità del pensiero l'attività elettrica delle singole cellule cerebrali», molti bollarono l'iniziativa come l'ennesima chimera di un presidente che, non più candidabile, non ha ormai più nulla da perdere. E invece ieri Obama ha mantenuto la promessa. Ripercorrendo la strada battuta anni fa dai genetisti artefici dello Human Genome Project, il presidente Usa ha annunciato il suo rivoluzionario progetto per mappare la mente umana. Obama ha già chiesto al Congresso di investire 100 milioni di dollari soltanto il prossimo anno e 3 miliardi per tutta la durata del piano decennale al fine di «esaminare il lavoro del cervello e tracciare una mappa della sua attività». L'obiettivo: trovare il modo per curare malattie quali l'Alzheimer, il morbo di Parkinson, l'autismo, l'epilessia, la

Il piano

Un programma ambizioso come fu quello sul genoma umano. Curare l'Alzheimer, il Parkinson, l'autismo


schizofrenia, mettendo altresì a punto terapie per guarire gli individui colpiti dall'ictus e da altri traumi cerebrali. «La finalità di quest'iniziativa è migliorare la vita di miliardi di persone in tutto il mondo», ha spiegato Obama parlando di fronte a medici e scienziati

riuniti alla Casa Bianca. «Come esseri umani possiamo identificare galassie ad anni luce di distanza e studiare particelle più piccole di un atomo», ha aggiunto, «ma ancora non abbiamo svelato il mistero del chilo e mezzo scarso di materia grigia che abbiamo fra le orecchie».

Anticipato alcune settimane fa dal *New York Times* in prima pagina, l'ambizioso progetto è stato ribattezzato «Brain», acronimo di *Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies*, ovvero ricerche sul cervello tramite neuro-tecnologie innovative in evoluzione. Il progetto prevede una stretta collaborazione tra agenzie federali, università e fondazioni private che

aiuteranno un team di neurologi e nano-scienziati nei loro sforzi per portare avanti la conoscenza dei miliardi di neuroni presenti nel nostro cervello, per capire meglio come funziona la percezione sensoriale umana e il nostro stato di coscienza.

«È un annuncio spettacolare», ha commentato David Fitzpatrick, direttore scientifico del Max Planck Florida Institute for Neuroscience, «sono soldi spesi bene che in un futuro non lontano daranno immensi frutti».

Alessandra Farkas
 @afarkasny

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Staminali, nuovo stop il Senato boccia Balduzzi

Pdl, Lega, Pd e 5 Stelle contrari in commissione: oggi il voto in aula

il caso

FLAVIA AMABILE
ROMA

Primo stop al decreto Balduzzi sulle staminali con una convergenza tra Pdl, Lega, Pd e Movimento 5 Stelle. La commissione speciale del Senato, chiamata ad esaminare tutti i provvedimenti d'urgenza del governo, ha bocciato il primo comma dell'articolo 2 perché non ha i requisiti di urgenza. La proposta di incostituzionalità avanzata da Pdl e Lega ha visto contrari alla pregiudiziale solo i due senatori della Lista Monti. Ora sulla decisione dovrà pronunciarsi l'Aula del Senato, probabilmente già oggi.

Sotto la lente di Pdl e Lega è finito in particolare il comma 1 dell'articolo 2 del decreto che attribuisce al ministro della Salute il compito di stilare un regolamento che disciplini «l'impiego di

medicinali per terapie avanzate, preparati su base no ripetitiva e impiego terapeutico dei medicinali sottoposti a sperimentazione clinica». Secondo la senatrice Cinzia Bonfrisco (Pdl) rimandando a un regolamento ministeriale viene meno il carattere di necessità e urgenza indispensabile per procedere per decreto. Inoltre non deve essere un regolamento ministeriale ma il Parlamento a entrare nel merito delle procedure per le terapie avanzate: «Il Parlamento - spiega Bonfrisco - intende occuparsi direttamente di questa materia, senza delegare a nessuno. Vogliamo rispondere a questa domanda di speranza che sale dalle famiglie, non solo dei bambini che hanno già iniziato le terapie e si sono rivolte ai giudici».

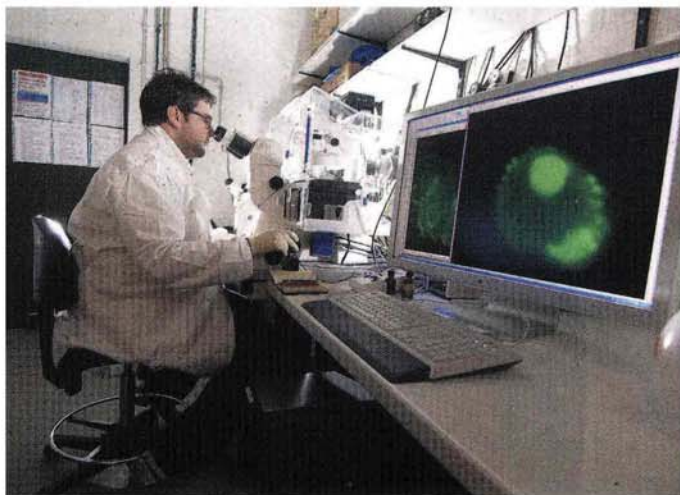
Il ministro Renato Balduzzi risponde di prendere atto della volontà del Parlamento anche se non la condivide e chiede ora un intervento da parte delle camere. «La parte del decreto sulle cure con cellule staminali ha una sua completezza interna - avverte - quindi vengono fatte salve nel nostro provvedimento le situazioni in cui le cure sono già iniziate, possono proseguire a patto che ci siano le garanzie mediche e siano previste le cautele

necessarie a dare sicurezza ai cittadini. Ma nel momento in cui si prevede una deroga per queste situazioni è ancor più necessario avere un quadro normativo a regime in modo che i cittadini possano sottoporsi a terapie in strutture idonee e in modo che si capisca la reale efficacia delle cure comunicando gli esiti agli organismi competenti come l'Aifa o l'Istituto superiore di sanità che hanno il compito di esaminare i risultati e fornire la loro valutazione. Tutto questo fa parte dell'operazione realizzata con il decreto legge, quindi dopo la decisione della commissione prendo atto della volontà del Parlamento di farsi carico del problema ma in sede di conversione del decreto legge dovranno tenere conto della necessità di dare garanzie ai cittadini e io vigilerò affinché ciò accada e denuncerò ogni tentativo diverso». Il ministro, quindi, non esclude ritocchi al decreto, a patto di non pregiudicare il diritto alla sicurezza delle cure.

Pdl, Lega e Gal giudicano il provvedimento «non pertinente all'obiettivo che si era prefissato», e ne chiedono quindi la modifica. Per Maria Antonietta Farina Coscioni, presidente onoraria dell'Associazione Coscioni «lo Stato e tantomeno un governo dimissionario non devono alimentare false speranze nei malati».

IL MINISTRO

Dopo la bocciatura
pronto a chiedere
l'intervento del Parlamento



Le cure contestate

L'uso delle cellule staminali nella cura di molte patologie gravi è ancora al centro del dibattito tra gli scienziati



Prendersi cura di un paziente a Torino costa il doppio di Roma

La morale: tagliare le risorse a tutte le strutture, senza considerare la produttività, penalizza le più efficienti

Enza Cusmai

■ Per curare un paziente con la stessa patologia un ospedale spende anche il doppio di un altro ospedale mentre possono triplicare le spese per servizi e personale. Gli sprechi della sanità italiana si riassumono in poche e semplici cifre. Al Policlinico Gemelli, il costo di un paziente dimesso è di 6.118 euro, al S. Orsola di Bologna sale a 7.309, al San Giovanni 7.994, all'Umberto I arriva a 8.134, al Careggi di Firenze a 8.433, al S. Camillo 10.486. Il primato se lo aggiudica Le Molinette di Torino dove il costo lievita a ben 11.821 euro.

Come mai questa marcata differenza? Qualcuno potrebbe addirittura pensare che alcune strutture curano male e quindi risparmiano sulla salute delle persone. Mala domanda maliziosa si scontra con la realtà e i gusti dei pazienti. Il Policlinico Gemelli, per esempio, è il meno costoso degli ospedali laziali, ma è molto richiesto ed è il maggiore attrattore di pazienti da altre regioni italiane (18% dei casi nel 2010). Inoltre, il professor Americo Cicchetti, coordinatore dello studio realizzato dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica, allontana lo spettro

della malasanità: «Nella nostra ricerca effettuata in sette aziende sanitarie laziali e in tre di rilevanza nazionale, abbiamo esaminato policlinici universitari e ospedali di alta qualificazione. In tutte le strutture analizzate non esistono differenze sulla mortalità dei pazienti. Le differenze dei costi interni si devono cercare nell'organizzazione: quando è buona i miracoli si fanno pure nei bilanci sanitari».

Quindi, sono soprattutto gli sprechi per risorse umane e attrezzature a far lievitare il costo pro capite del paziente. Basti pensare che per ogni infermiere in servizio al Gemelli si trattano 47 pazienti, al San Camillo se ne trattano solo 23, meno della metà.

Le cifre dunque indicano una gestione più o meno efficace delle risorse. Come quella per la spesa per beni e servizi, che include mensa, lavanderia, farmaci, attrezzature che vanno dalla siringa al defibrillatore. Al Gemelli si spendono per paziente 2.135 euro, a Tor Vergata ben 5.650, più del doppio. Spendaccone l'ospedale pubblico di Tor Vergata o molto bravo il Gemelli perché privato? «No, non è un problema di pubblico e privato - spiega Cicchetti - ma di efficienza dell'intera struttura».

Ma altri sprechi si annidano

nella variabilità del personale, medici infermieri, tecnici, amministrativi. E infatti, se io prendo il costo del personale per paziente che viene dimesso, premio Tor Vergata come ospedale più efficiente perché spende intorno ai 2000 euro seguito dal Gemelli che non si distanzia molto con i suoi 2.591 euro.

Ma se solo andiamo al S. Orsola di Bologna vediamo che il costo sale a 3.485, mentre alle Molinette di Torino siamo a ben 5.958 euro. Come mai questa differenza? «Dipende dall'efficienza, dalla produttività del lavoro e dall'organizzazione» conclude Cicchetti che spezza una lancia a favore degli ospedali più virtuosi: «Da questo quadro emerge che non sono corretti i tagli orizzontali che investono tutti alla stessa maniera senza valutare le diverse realtà: così si colpiscono gli ospedali inefficienti ma anche quelli più produttivi e meglio gestiti. E alla fine si penalizza l'efficienza dell'intero sistema».

Quindi, l'appello dell'esperto ai governatori delle regioni è il seguente: «Quando trasferisco le risorse per la sanità devo mettere sotto la lente di ingrandimento ogni ospedale e tagliare laddove le risorse non producono salute ma soltanto costi».



Numeri che parlano

1 Il Gemelli e le Molinette

Il Gemelli di Roma ha il costo più basso (6.118 euro), Le Molinette di Torino quello più alto (11.821)

2 Gli infermieri e i troppi pazienti

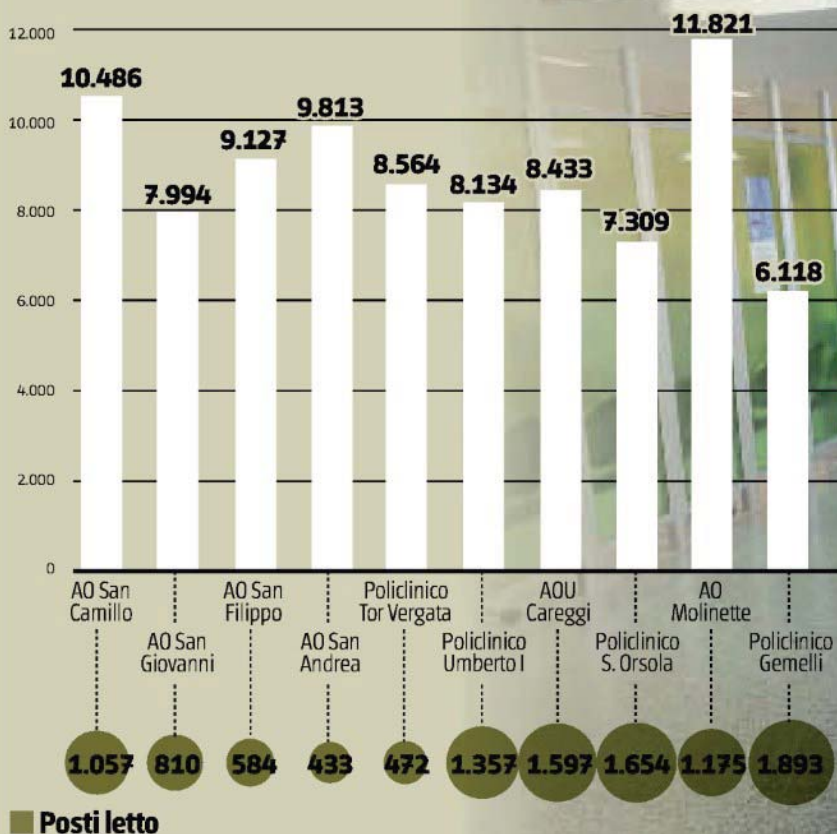
Per ogni infermiere al Gemelli si trattano 47 pazienti, al Careggi 31,4 e al Sant'Orsola 31,3

3 Per i posti letto troppe differenze

Tor Vergata ha 69,7 dimessi per posto letto, il Gemelli 55, il Careggi 45,5 e 42,9 il Sant'Orsola

NOSOCOMI A CONFRONTO

Indicatori economico-finanziari per numero di dimessi



Fonte: elaborazione Altaris su dati del Ministero della Salute

Le cure, i costi

Farmaci per la lotta al cancro inarrestabile corsa dei prezzi

Al Pascale 15 milioni l'anno solo per le chemio: lezione dall'India

Marisa La Penna

«Se in Italia non esistesse il Servizio sanitario nazionale neanche il dieci per cento della popolazione potrebbe pagarsi le cure per fare fronte a un cancro, all'epatite, all'aids». Il direttore generale dell'istituto per la lotta ai tumori «Pascale», Tonino Pedicini, oncologo, ammette che i costi dei farmaci per le neoplasie sono i più alti. E diventano di giorno in giorno più cari. Al punto che l'istituto lo scorso anno ha speso oltre quindici milioni di euro solo per le chemioterapie.

«Ci sono farmaci come quello appena autorizzato dall'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, per il trattamento melanoma maligno che costa oltre 57 mila euro, per una cura di quattro mesi», rivela Pedicini, all'indomani della notizia, giunta dall'India, della causa persa dalla Novartis. Una decisione della Corte Suprema di Nuova Delhi che apre le porte al medicinale generico. Un verdetto «storico» che potrebbe creare precedenti nel resto del mondo. Dall'altra parte dell'Oceano, Giulio Tarro, scienziato dalle origini messinesi, che collabora a metà degli anni Sessanta, al fianco del grande Albert Sabin nella messa a punto del vaccino contro la poliomielite, fa sentire la sua voce. Da Philadelphia, Tarro scrive: «Questa vicenda mi ricorda quella analoga dei farmaci anti-aids

Tarro

«Lo stesso farmaco non può essere ripresentato dopo la scadenza del brevetto»

in Africa dove finalmente si è trovato il modo di fornirli gratis o al costo di produzione. Ovviamente sono d'accordo con la decisione delle autorità indiane non solo per ragioni di bioetica, ma anche di semantica: praticamente lo stesso farmaco non può essere ripresentato dopo la scadenza del brevetto per favorire chi lo deteneva prima».

Ma ritorniamo ai costi dei farmaci al Pascale. L'istituto napoletano, col pro-

fessore Paolo Ascierto (tra i maggiori esperti mondiali del tumore-killer della pelle) è centro di riferimento nazionale per la cura del melanoma. Annualmente vengono curati duecento pazienti affetti da questa patologia. Al momento questo medicinale viene offerto gratuitamente dalla casa farmaceutica per la sperimentazione. Ma quando lo si dovrà pagare bisognerà moltiplicare 57 mila euro (il costo della cura), per duecento pazienti circa all'anno. Una cifra da capogiro. «Ed è un farmaco che sicuramente allunga la sopravvivenza, ma non è risolutivo», ammette Pedicini.

«Il problema è che le aziende farmaceutiche hanno la loro motivazione nella necessità di ammortizzare i costi per la ricerca e lo sviluppo del farmaco. E poi devono necessariamente lottizzare nei tempi nei quali il prodotto è protetto dal brevetto», spiega il manager del Pascale. In effetti, come è noto, il farmaco è tutelato dal brevetto per venti anni.

Pertanto il prezzo è imposto dall'azienda. Quando scade il brevetto il farmaco diventa generico. Non essendoci più brevetto chiunque abbia potenzialità e tecnologie lo produce e lo mette in commercio a prezzo più basso. Questi farmaci di ultima generazione si chiamano biosimilari. L'altro giorno, dunque, l'India ha sentenziato di non poter sopportare più i costi di un farmaco antitumorale. «Era già successo in Sudafrica per i farmaci contro l'aids. Quella indiana, insomma, non è la prima sentenza in tal senso. C'era stata per esempio per i medicinali contro l'epatite», commenta Pedicini.

E conclude: «La spesa per i farmaci contro il cancro è altissima. Il cancro è la malattia più costosa. Il Pascale, diversamente da altri ospedali che curano molte altre patologie, affronta soltanto il cancro. Per questo usiamo solo farmaci ad altissimi costi. Ma è anche vero che per le chemioterapie la Regione interviene con un finanziamento aggiuntivo

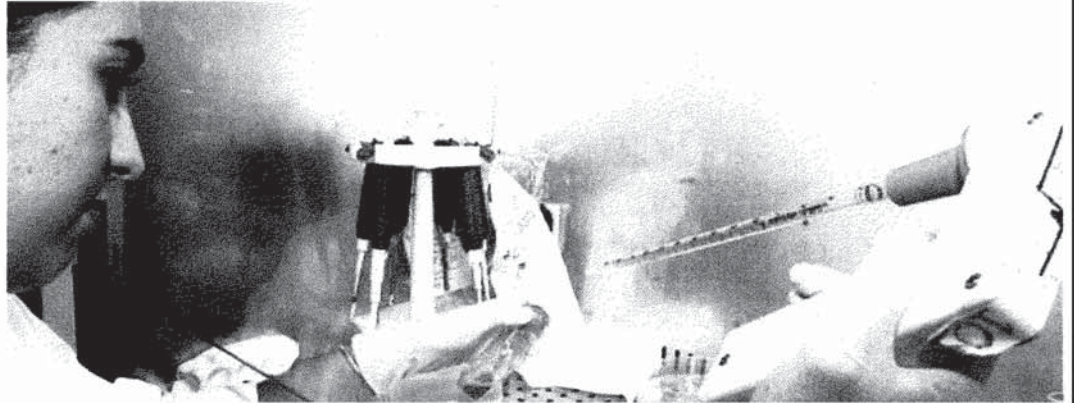
del settanta per cento della spesa. Col il cosiddetto "file F" che gli addetti ai lavori ben conoscono». Il professore Antonio Marfella, dirigente responsabile del servizio di Farmacoeconomia del Pascale, pure condivide la decisione dell'autorità indiana. Dichiarò: «Il farmaco sotto brevetto rappresenta la riconosciuta proprietà intellettuale ed economica di un prodotto della ricerca. Il farmaco, a brevetto scaduto, è esplicitamente un bene comune, patrimonio della umanità intera. È un orrore giuridico e una falsità tecnica parlare, per i farmaci a brevetto scaduto, di farmaci "obsoleti" o di tentare, con piccole modifiche cinetiche, di perpetuare oltre il limite legale dei venti anni il brevetto e la proprietà intellettuale sul farmaco». Secondo Marfella «il farmaco generico rappresenta oggi, nel terzo millennio della massima espansione demografica con oltre 7 miliardi di esseri umani, in procinto di diventare 8 entro pochi decenni, uno dei principali beni comuni prodotti dalla nostra sapienza, in grado di assicurare il mantenimento della salute e la vita stessa».

Ed ora qualche conto sul Pascale. Ogni giorno ottanta pazienti vengono sottoposti a chemioterapia. Per un totale di quindici milioni di euro all'anno. Il Pascale, comunque, è agevolato per trattamenti innovativi. E non c'è farmaco, per quanto costoso, che non venga erogato dal sistema sanitario nazionale. L'Aifa prevede una serie di meccanismi per rendere responsabile, nei costi, l'azienda produttrice. Per esempio tutti i pazienti trattati con farmaci innovativi vengono registrati all'Aifa. E se dopo due cicli di trattamento vengono valutate mancanze di risposte, non solo non si procede nella cura, ma le aziende si devono prendere carico del costo dei due cicli falliti. Insomma la tendenza del nostro sistema sanitario è la seguente: si eroga la cura solo se veramente serve, se essa dà risposta. Da qui la personalizzazione del trattamento alcuni farmaci.

Marfella
«Scaduto il brevetto è un orrore giuridico parlare di farmaci obsoleti»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'oncologo
Il direttore generale dell'istituto per la lotta ai tumori «Pascale», Tonino Pedicini, ha ammesso che i costi dei farmaci per curare le neoplasie sono i più alti.



www.ecostampa.it



Lo specialista

Pani: le cure antitumorali sono troppo costose ma negli Stati Uniti arrivano fino a centomila dollari

Luca Pani è specialista in psichiatria, esperto di Farmacologia e Biologia Molecolare, ed è attualmente direttore generale dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, l'autorità nazionale competente per l'attività regolatoria dei farmaci in Italia. Inoltre, tra le numerose cariche che ha ricoperto, si ricordano quella di rappresentante permanente per l'Italia presso il Comitato per i Medicinali ad Uso Umano (Chmp) dal 2010, e membro eletto del Gruppo di Lavoro sul Sistema Nervoso Centrale e del Gruppo di Lavoro per la Consulenza Scientifica dell'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema).



Il direttore dell'Aifa

«La durata media di un brevetto è di 20 anni ma le aziende possono ottenere estensioni o accorciamenti»

Direttore Pani, secondo lei in Italia potrebbe accadere quanto è successo in India?

«Non credo sia possibile. In Italia sono certo che si troverebbe una soluzione più equilibrata. In ogni caso la notizia è stata fortemente amplificata. Ci sono numerosi precedenti analoghi infatti, che non hanno avuto un altrettanto riscontro mediatico. E di questo bisogna pur tenerne conto».

Direttore, secondo il manager del Pascale, senza il sistema sanitario nazionale, solo un italiano su dieci malato di cancro potrebbe curarsi a proprie spese a causa degli elevati costi dei farmaci per le terapie. Condivide questa affermazione?

«È possibile. Ma voglio precisare che i farmaci antitumorali è vero, sono costosi, ma la spesa farmacologica è solo una parte del costo della malattia oncologica. Sulle spese per curare il cancro incide anche tanto la

diagnostica, gli interventi chirurgici, la radioterapia. Insomma, ci sono altre componenti».

L'azienda produttrice di un farmaco antitumorale può attribuire al medicinale il prezzo che vuole?

«Assolutamente no. Ci sono dei limiti, imposti proprio dall'Aifa, che devono essere assolutamente rispettati dalle aziende. Ed è l'Aifa inoltre, che sovrintende all'utilità dei farmaci, oltre gli stessi costi».

Intanto un ciclo di chemioterapie contro il melanoma, il tumore-killer della pelle costa 57mila euro. Non le sembra una cifra esagerata?

«La stessa cura, negli Stati Uniti, costa un po' meno del doppio. Vale a dire oltre centomila dollari».

Quanto dura il brevetto per un farmaco?

«La durata media è di venti anni. Ma le aziende possono ottenere delle estensioni o degli accorciamenti».

La mancata efficacia di un farmaco può far decadere il brevetto?

«No».

Esattamente qual è il ruolo dell'Aifa?

«È un ente pubblico che opera in autonomia, trasparenza ed economicità, sotto la direzione del Ministero della Salute e la vigilanza del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia. Collabora con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i Medici e le Società Scientifiche, il mondo produttivo e distributivo».

Con quali finalità?

«Tra le varie funzioni, garantisce principalmente l'accesso al farmaco e il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute; assicura la unitarietà nazionale del sistema farmaceutico d'intesa con le Regioni; provvede al governo della spesa farmaceutica in un contesto di compatibilità economico-finanziaria e competitività dell'industria farmaceutica; assicura innovazione, efficienza e semplificazione delle procedure registrative, in particolare per determinare un accesso rapido ai farmaci innovativi ed ai farmaci per le malattie rare».

m.l.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it



L'intervista

Balduzzi: «Brevettare solo i farmaci innovativi»

Il ministro: aggiornare le norme in Europa e in Italia

Marisa La Penna

Ministro della Salute, Renato Balduzzi, secondo il direttore del Pascale, se non ci fosse il servizio sanitario nazionale solo un italiano ammalato di cancro su dieci potrebbe permettersi la cura, a causa dei costi alti dei chemioterapici. È d'accordo?

«Credo che questa affermazione sia un'inconfutabile dato di fatto. D'altra parte è una delle grandi ragioni di esistenza e di forza della nostra sanità pubblica».

Ministro, è possibile che possa accadere in Italia quanto è successo in India? Ovvero che una multinazionale del farmaco perda la causa relativa al brevetto di un medicinale costoso?

«Non vorrei commentare una vicenda di cui non conosco perfettamente tutti gli elementi. Piuttosto, avendo letto, proprio sul Mattino, l'articolo del ricercatore e docente di chemioterapia, Silvio Garattini, mi dico d'accordo con lui quando sostiene che sarebbe opportuno che le multinazionali del farmaco autolimitassero l'ambito di efficacia dei brevetti. Consentendo, in tal modo, agli stati più poveri di ottenere farmaci costosi al prezzo dei generici».

Secondo lei ci vuole anche uno sforzo della comunità internazionale per farsi carico di questo?

«Certo. I costi dei farmaci sono un problema serio in tutti i paesi del mondo. E l'autorità nazionale ha pochi strumenti per contrastare la politica dei prezzi dell'industria farmaceutica. Ritengo che sia arrivato

il momento, a questo punto, di riconsiderare le norme europee che prevedono il rilascio all'immissione in commercio di un farmaco affiancando ai requisiti di sempre, vale a dire qualità sicurezza ed efficacia, anche un ulteriore requisito».

Quale è il quarto requisito?

«Come dice Silvio Garattini è necessario che i farmaci nuovi abbiano un vantaggio reale rispetto ai farmaci già autorizzati. Su questo fronte, sul piano nazionale, la recente legislatura non ha mostrato lungimiranza. Sono state per esempio cascate le norme del decreto legge 158».

Quali sono le norme del decreto 158 che sono state cancellate?

«Sono quelle in cui si prevedeva che la revisione del prontuario farmaceutico riguardasse anche medicinali che risultassero troppo costosi in relazione al beneficio derivante dal loro uso per il servizio sanitario nazionale. Sarebbe stata una norma intelligente affinché i farmaci innovativi potessero entrare nel mercato. Auspico, a questo punto, che il nuovo Parlamento possa affrontare con equilibrio il problema dell'innovatività dei farmaci».

In che modo?

«Trovando soluzioni in grado di bilanciare il diritto di chi fa ricerca che vuole vedere riconosciuti e remunerati i propri sforzi, e al tempo stesso le esigenze del servizio sanitario nazionale che ha bisogno di non sprecare risorse per farmaci non veramente innovativi proprio per garantire a tutti di avere innovazione terapeutica».

I prezzi dei farmaci oncologici so-

no estremamente cari, la cura per il melanoma, per esempio, costa 57 mila euro a ciclo. Non si può fare nulla per ridurli?

«Ribadisco, si tratta di trovare situazioni che bilancino il diritto di chi fa ricerca con le esigenze del servizio sanitario nazionale».

Sentenze analoghe a quelle emesse in India l'altro giorno si sono avute già per il Viagra in Cina e per i farmaci contro l'Aids in Africa. Come mai questo verdetto, secondo lei, ha suscitato maggiore clamore?

«La ragione è da ricercare nella grande diffusione delle patologie tumorali e della loro enorme incidenza rispetto alle vite di tutti. C'è una maggiore sensibilità, insomma, verso questo argomento rispetto ai temi delle altre sentenze».

Si rischia, a causa dei costi alti dei farmaci griffati di non poter soddisfare tutta la richiesta per curare i malati di cancro?

«Assolutamente no. Tutte le iniziative che abbiamo messo in campo in tal senso sono andate a buon fine. E il senso del nostro impegno è proprio quello di consentire che l'innovazione possa offrire una migliore sanità per tutti. Ripeto, bisogna trovare un equilibrio tra le esigenze della ricerca ed i nostri conti del Servizio Sanitario Nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Farindustria

«Si uccide la ricerca»

La sentenza della Corte Suprema indiana che ha negato il brevetto al Glivec, un farmaco antitumorale prodotto dalla Novartis, «deteriora l'innovazione e uccide la ricerca». È il parere del presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi. «Oggi l'innovazione è in mano soprattutto alle aziende farmaceutiche, che sopportano costi ingenti per sviluppare un farmaco».



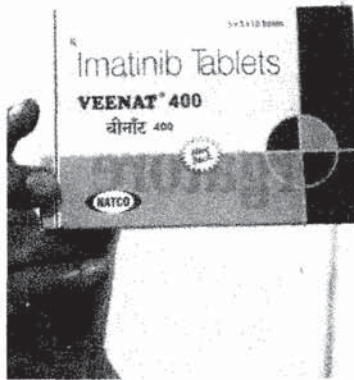
L'anti-Glivec

Il farmaco «Veenat 400»: in India respinto il ricorso della casa farmaceutica svizzera Novartis che produce il Glivec



L'avvocato

Anand Grover, il legale dell'Associazione dei pazienti che ha ottenuto la storica sentenza di New Delhi



La posizione Renato Balduzzi, ministro della Salute, chiede maggiore rigore nella legislazione sui farmaci antitumorali