

Procreazione Oggi la pronuncia dei giudici della Corte Europea dei diritti dell'uomo sul divieto di eterologa previsto in Austria, la cui normativa è molto simile alla nostra. Parla l'avvocato D'Amico

Fecondazione assistita Il giorno della sentenza

Anna Pellizzone

Il divieto assoluto di ricorrere a un donatore esterno di game, previsto in Italia dalla legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita, potrebbe ricevere un duro colpo. Alla Grand Chambre di Strasburgo si terrà infatti domani un'udienza cruciale sulla base della quale i giudici europei decideranno se confermare la sentenza di primo grado con cui la Corte Europea, prima Sezione, aveva dichiarato contrario alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo il divieto di fecondazione eterologa previsto dalla normativa austriaca, una legislazione, in tema di fecondazione eterologa, molto simile a quella italiana. In aula a Strasburgo saranno presenti anche due associazioni italiane (Hera di Catania e Sos Infertilità di Milano) che sono intervenute per portare ai giudici europei una serie di dati sulla situazione italiana e per informare la Corte del fatto che i Tribunali di Catania, Firenze e Milano, hanno sollevato questione di legittimità costituzionale sul divieto assoluto di fecondazione eterologa previsto dall'articolo 4 comma 3 della legge 40. Una questione su cui nei prossimi mesi dovrà pronunciarsi la Corte Costituzionale. Ma quali sono i princini costi-

tuzionali messi in pericolo dalla legge 40? «In tema di fecondazione eterologa», ha spiegato a *Terra* Marilisa D'Amico, uno dei legali che ha rappresentato le due associazioni presso la Corte Europea, «la legislazione italiana è, insieme a quella austriaca e a quella tedesca, una delle più restrittive d'Europa. Le coppie italiane che possono superare i loro problemi di infertilità solo con la fecondazione eterologa sono costrette a recarsi all'estero e spesso, per risparmiare, le destinazioni predilette sono i Paesi dell'est, dove i donatori non sono sottoposti agli adeguati controlli sanitari. I casi di coppie che tornano dall'estero con malattie anche gravissime o con un figlio malato sono molti ed è per questo il divieto assoluto di fecondazione eterologa rappresenta una minaccia per il diritto alla salute, garantito invece dall'articolo 32 della Costituzione». Un'altra questione che sia la Corte Europea nella decisione provvisoria della prima Sezione, sia il Tribunale di Milano hanno sollevato in merito al divieto di fecondazione eterologa è il principio di non discriminazione, tutelato sia dall'articolo 3 della Costituzione, sia dall'articolo 14 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. «Vietando la fecondazione eterologa», ha commen-

tato D'Amico, «si discriminano le coppie in base al grado di sterilità. Si tratta peggio chi è più malato e cioè chi per avere un figlio deve necessariamente ricorrere a un donatore esterno». Ma c'è dell'altro. Secondo alcuni esperti il divieto di eterologa viola la Costituzione Italiana anche nell'articolo 2, che tutela la dignità della persona, nell'articolo 31, che garantisce il diritto alle giuste esigenze della procreazione e nell'articolo 117, che prevede che le leggi nazionali siano conformi al diritto internazionale. Ed è proprio sulla base di quest'ultimo punto, che la decisione presa domani dalla Grand Chambre sarà fondamentale anche per l'Italia. Perché una sentenza definitiva della Corte Europea contro il divieto della fecondazione eterologa avrebbe necessariamente delle ripercussioni anche sulla legge italiana. ■



AVVENTURA A LIETO FINE A CAMPOMORONE

I medici: «Tutto ok, torni pure a casa». E partorisce in cucina

La donna era andata in ospedale per un controllo. Le era stato detto che per la nascita ci voleva ancora tempo

SIMONE SCHIAFFINO

«MI SAREBBE piaciuto partorire in acqua, all'ospedale di Lavagna. E invece mio figlio è nato sul pavimento della cucina». Maria Luisa Olcese è una neo mamma, che vive a Pietralavezzara, nel Comune di Campomorone. Giovedì mattina il suo piccolo Simone, è venuto alla luce nella sua abitazione, poche ore dopo che il suo ginecologo l'aveva sottoposta a ecografia e monitoraggio del feto. Il medico ha ipotizzato che il bimbo potesse nascere venerdì sera, o forse sabato mattina. E quindi Maria Luisa ha fatto ritorno a casa. Qualche ora dopo ha partorito.

«Abitiamo molto lontano dall'ospedale di Lavagna, ma avendo sentito parlare un gran bene del reparto di ostetricia e ginecologia, ho voluto rivolgermi a questa struttura per far nascere mio figlio - dice la donna - Io e mio marito Salvatore avevamo deciso per il parto in acqua, possibilità che questo ospedale offre. Ma purtroppo il mio piccolo Simone si è dovuto accontentare del pavimento della cucina e delle mani, amorevoli ma assolutamente non esperte, di mio marito».

Prima di proseguire nel racconto diciamo che, fortunatamente, è andato tutto bene. Il bimbo gode di ottima salute, è sano, e ha già dimostrato di essere un tipo che ha fretta. «Giovedì scorso, all'alba, sono cominciate le contrazioni. Così siamo andati all'ospedale di Lavagna, dove siamo arrivati alle 7,45: avevo le contrazioni ogni cinque minuti - racconta Maria Luisa - Il mio medico, il dottor Alberto Corticelli, mi ha visitato: ecografia e monitoraggio del feto, tutti i valori erano nella norma. Ma ha valutato che potessi tornare a casa, non era ancora tempo per il parto. Così ci siamo messi in viaggio verso casa».

«Alle 11 eravamo a casa, pochi minuti dopo, alle 11,19, mio figlio è uscito, in un attimo, ho fatto appena in tempo a sedermi per terra, in cucina - dice la neo mamma - Mio marito è stato bravissimo: un po' aiutava me e un po' telefonava ai soccorsi. Sono arrivati i militi della Croce rossa di Campomorone e la guardia medica del 118 genovese. Il dottore ha reciso il cordone ombelicale, e poi siamo andati all'ospedale Villa Scassi di Sampierdarena per gli accertamenti. Quello che mi domando è questo - conclude Maria Luisa: come mai mi è stato detto che potevo andare a casa, se poi mio figlio è nato due ore dopo?».

schiaffino@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



[AMBRA JOVINELLI]

In scena "Menopause" commedia al femminile

GIULIA AGOSTINELLI a pagina 46



A teatro

"Menopause", donne sull'orlo di una crisi di nervi

■■■ GIULIA AGOSTINELLI

■■■■ Quattro donne che hanno passato la soglia degli -anta e un unico destino: notti insonni, improvvise caldane e repentini sbalzi d'umore. La menopausa e i suoi "fedeli compagni d'avventura" tornano sul palco al ritmo di musica per dare vita a un ironico e antidepressivo spettacolo che celebra le donne e spazza via ogni tabù. Stasera (e fino al 6 marzo) il sipario dell'Ambra Jovinelli si alza su "Menopause", il musical cult scritto da Jeanie Linders che dal 2001 ha fatto il giro del mondo e che in Italia è arrivato quattro anni fa grazie alla regia e alla produzione di Manuela Metri e a un cast di attrici eccezionali: Fioretta Mari, Fiordaliso, Emanuela Aureli e la stessa Metri.

Tutto avviene nel reparto di biancheria intima della Rinascente. Il banchetto dei saldi allestito nel grande magazzino fa incontrare una casalinga (Emanuela Aureli), una sessantottina (Manuela Metri), un'attrice (Marina Fiordaliso) e una donna manager (Fioretta Mari). In comune sembrano avere solo la



mania di portarsi a casa come fosse un trofeo, l'ultimo reggisenino di pizzo nero a un prezzo stracciatissimo. Si scoprirà, poi, che a legarle è un'esperienza di vita attraverso cui prima o poi ogni donna dovrà passare: la menopausa con le immancabili vampate, le abbuffate di cioccolata, la perdita di memoria e un rapporto sbagliato con il sesso. A condire la storia ci pensano le hit

di successo degli anni '60 e '70 che, rivisitate per l'occasione, fanno cadere, uno dopo l'altro, i luoghi comuni. Ecco che allora "La bamba" diventa "Sento arrivare la vampa" e "Maledetta primavera" lascia il posto a un più realistico "Maledetto climaterio". «Prendiamo i disturbi della menopausa e li facciamo sembrare simpatici», scherza Fiordaliso che sulle note di "Non voglio mica la Luna" canta «la mia mascella è sparita, non parliamo del giro vita...ah ah ah». Ma lo slogan ufficiale è "Ama chi sei", una parodia della famosissima Y.M.C.A dei Village People. Due ore di spettacolo dove, come spiega Manuela Metri, si «celebrano le donne raccontando una storia in cui tutte possono immedesimarsi» e a «ridere sono anche gli uomini che riconoscono le caratteristiche di una qualche donna della loro vita». Il musical, che ha ottenuto anche il patrocinio del [Ministero della salute](#), è legato anche alla campagna di «promozione della prevenzione e abbattimento dei luoghi comuni» con incontri e screening gratuiti tenuti dall'Associazione italiana donne medico. Mentre è ancora segreto il nome della «grande donna» a cui, la sera del 27 febbraio, le attrici di "Menopause" doneranno la Bandiera rosa, dedicata ai personaggi pubblici che hanno dimostrato «forte attenzione verso l'universo femminile».



In Italia rischiano l'alcolismo mezzo milione di minorenni

Molte ragazzine

Consumi super per 8,5 milioni di italiani, tra cui molti giovanissimi. Allarme per la moda di bere più bevande in un breve arco di tempo.

Roma

Bevono troppo i giovanissimi. In generale quasi 8,5 milioni di italiani consumano alcol oltre la soglia di rischio, pari al 15,8% di chi ha più di undici anni. Purtroppo tra di loro ci sono circa 475.000 minorenni, pari al 18,5% dei ragazzi e al 15,5% delle ragazze al di sotto dei 16 anni.

Spopola il "binge drinking"

Di fatto, in Italia è cresciuta nell'ultimo decennio la quota di coloro che consumano bevande al-



Cervello in fumo L'alcol "brucia" il cervello degli adolescenti.

coliche al di fuori dei pasti: con un incremento particolarmente significativo tra le donne e i giovani, quelli che consumano più alcol fuori pasto (nel 2009 lo ha fatto il 34,4% dei maschi e il 22,8% delle donne di età compresa fra gli 11 e i 25 anni). La tendenza, già presente da tem-

po è stata ultimamente aggravata dalla diffusione del "binge drinking": una modalità di bere di origine nordeuropea che implica il consumo di numerose bevande alcoliche in un breve arco di tempo. Un tipo di consumo che, nel 2009, ha riguardato il 12,4% degli uomini e il 3,1% del-

le donne e che anche in Italia è ormai una abitudine stabilmente diffusa, soprattutto tra i giovani uomini tra 18-24 anni (21,6,1%) e 25-44 anni (17,4%). Pratica però il "binge drinking" anche una buona percentuale di donne fra i 18 e i 24 anni (7,9%) e fra le giovanissime di 11-15 anni il fenomeno è addirittura più diffuso che fra i coetanei maschi.

La relazione

I dati sono contenuti nella relazione che nel dicembre 2010 il **ministro della Salute** Ferruccio Fazio ha trasmesso ai presidenti della Camera e del Senato, dedicata agli interventi realizzati da Ministero e Regioni in materia di alcol, in attuazione della Legge 30.3.2001 n. 125 dedicata ad "Alcol e problemi alcol correlati".

(CPTV)



OPERAZIONE «NASO ROSSO»

**Nell'alcol affogano 250mila inglesi
E gli italiani li copiano: è allarme giovani**

■ Gli inglesi annegano in un mare di alcol: il consumo smodato di bevande alcoliche rischia di provocare 250 mila morti di qui al 2020 solo tra gli abitanti di Inghilterra e Galles: oltre 10 mila morti all'anno. E l'Italia non è da meno: Sono otto milioni e mezzo gli italiani che nel 2009 hanno avuto almeno un comportamento di consumo a rischio per quanto riguarda l'alcol. Questo dice la relazione annuale che il [ministero della Salute](#) ha inviato a dicembre al Parlamento: il 15.8% dei connazionali sopra gli 11 anni (6 milioni e 434 mila maschi e 2 milioni e 20 mila femmine) e il fenomeno interessa tutte le fasce di età ma in particolare il 18.5% dei ragazzi e il 15.5% delle ragazze al di sotto dei 16 anni e circa 3 milioni di anziani. Diminuiscono le persone con consumi moderati e quotidiani e al tempo stesso aumentano i consumatori, in particolare giovanissimi e donne, che oltre a vino e birra scelgono anche superalcolici con frequenza occasionale e spesso fuori pasto. Per quanto riguarda il «binge drinking», la modalità di bere di origine nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve

arco di tempo, ha riguardato nel 2009 il 12.4% degli uomini e il 3.1% delle donne. Ieri a Palazzo Chigi, a Roma, sono stati presentati dal ministro della Gioventù, Giorgia Meloni, i primi risultati di «Operazione Naso Rosso», il più importante e vasto progetto di ricerca sui giovani e l'alcol mai realizzato in Italia, di cui il Modavi (Movimento delle Associazioni di Volontariato Italiano), è uno degli enti realizzatori.

ABUSO Aumentano i consumatori di superalcolici e tra questi donne e giovanissimi. Quasi sessantamila i test effettuati

«Abbiamo contribuito a dare continuità al processo educativo e di sensibilizzazione dei giovani sul consumo di alcolici e sull'uso di sostanze stupefacenti. - afferma la presidente del Modavi, Irma Casula -. Per la prima volta in Italia si è assistito ad una campagna informativa svolta sul campo, tra i giovani della fascia d'età che va dai 18 ai 35 anni.



Alzheimer

Dall'Italia agli Usa per la diagnosi inizia la corsa al test

L'accertamento, ancora affidato al neurologo, è troppo incerto

Servirebbe un'analisi semplice e soprattutto rapida da eseguire, magari sul sangue, per accelerare la ricerca delle cure

Ecco le due più promettenti in cantiere a Filadelfia e a Milano

ARNALDO D'AMICO

Un migliaio di neuroscienziati sparsi per il mondo stanno lavorando ad un sogno: un test, semplice e rapido, per scoprire se un soggetto ha la demenza di Alzheimer. Sarebbe un'arma formidabile nella guerra contro questo morbo in veloce espansione che, spegnendo la memoria della vittima, annulla la sua autonomia, sconvolge la vita dei familiari e prosciuga le risorse dei sistemi sanitari. A un secolo dalla scoperta della malattia, la diagnosi si basa ancora sulla valutazione del neurologo (vedi articolo a destra, ndr). In-

vece, test oggettivi, come le analisi del sangue nel diabete, l'elettrocardiogramma nell'infarto o la mammografia nel tumore al seno, rivoluzionerebbero prima di tutto la ricerca sulle cause e sulle cure. Avere qualcosa di emblematico dell'Alzheimer da misurare, come lo zucchero nel sangue per il diabete, consentirebbe di capire se un nuovo farmaco agisce sulla demenza, prima e in modo più affidabile che non con la visita del neurologo.

Nel mondo si stanno battendo varie strade per arrivare a un test del-

l'Alzheimer e al momento due sono vicine al traguardo. La prima, al vaglio della Food and Drug Administration Usa, è di tipo radiologico ed appartiene ad una biotech statunitense. La seconda, scoperta da un gruppo di ricerca della Statale di Milano in corsa per il prestigioso Premio Sapió, è un'analisi del sangue ed appare la più promettente.

Il test in cantiere a Filadelfia si basa su una nuova molecola che, iniettata in circolo, entra nel tessuto cerebrale. Qui si ferma nelle placche, i depositi di sostanze anomale, perlopiù una proteina detta beta-amiloide, che infarcano il cervello di un Alzheimer. La nuova molecola, che si lega proprio alla beta-amiloide, ha anche una parte radioattiva. Un macchinario computerizzato rileva le radiazioni e ricava una mappa delle placche nel cervello. Il test permette così di "vedere" i depositi e quindi di verificare se diminuiscono grazie a un nuovo farmaco. Il test ha comunque un limite. Le placche sono presenti anche in altre forme di demenza, nel Parkinson ed in molti soggetti anziani normali. «È probabile

che questi siano comunque destinati alla demenza — osserva Steve DeKosky esperto di Alzheimer della Virginia University — Ma per ora non abbiamo certezze». Al momento quindi il test può confermare la diagnosi del neurologo, ma non la sostituisce.

Sembra aver tutte le carte in regola per diventare il test dell'Alzheimer quello messo a punto da Antonello Rigamonti con la collaborazione di Sara Bonomo e Marialuisa Giunta, giovani ricercatori che lavorano nei laboratori di Neuroendocrinologia diretti da Silvano Costa, università di Milano, i cui risultati preliminari sono pubblicati su *Neurobiology of Aging*. «Abbiamo scoperto che tra le tante "bocche" che hanno le cellule del nostro sistema di difesa ve n'è una, denominata CD36, "affamata" di beta-amiloide — racconta Rigamonti — e che i globuli bianchi del sangue, e i loro simili schierati nel cervello, le cellule della microglia, catturano e distruggono la beta-amiloide. Poi, con una tecnica che misura i CD36 abbiamo analizzato molti soggetti normali di tutte le età e di malati di Alzheimer. Ebbene solo in questi ultimi le "bocche" sono molte di meno. Inoltre i CD36 risultano diminuiti anche nella fase precoce della malattia, che precede di anni la demenza».

La differenza di CD36 tra normali e malati è netta. Tranne per le donne normali all'inizio della menopausa dove vi è una riduzione delle "bocche" recuperata più in là negli anni. «Vi è una relazione tra il crollo degli estrogeni della menopausa e l'aumento del rischio di Alzheimer che, va ricordato, predilige il sesso femminile. Questi dati fanno pensare che alla base dell'Alzheimer vi sia l'incapacità di distruggere la beta-amiloide. Basterebbe stimolare le "bocche" con farmaci specifici e vedere se il morbo si ferma. Ma non abbiamo più finanziamenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alla Statale scoperte delle cellule umane capaci di distruggere i depositi di sostanze tossiche presenti nel cervello dei malati

**ALL'ESTERNO
DEI NEURONI**

**Placche
di beta-amiloide**

Sono frammenti di proteine che si accumulano tra i neuroni non solo nell'Alzheimer

COSA È?

È un processo degenerativo del cervello che distrugge le cellule nervose una dopo l'altra

LEGENDA

-  Aree del cervello colpite all'inizio
-  Aree del cervello colpite nelle fasi avanzate

**SEZIONE
DEL CERVELLO**

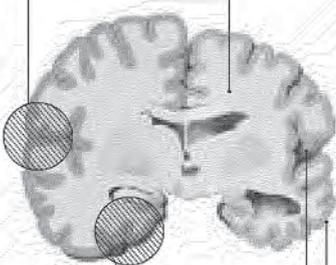
a confronto

NORMALE

Regione del linguaggio

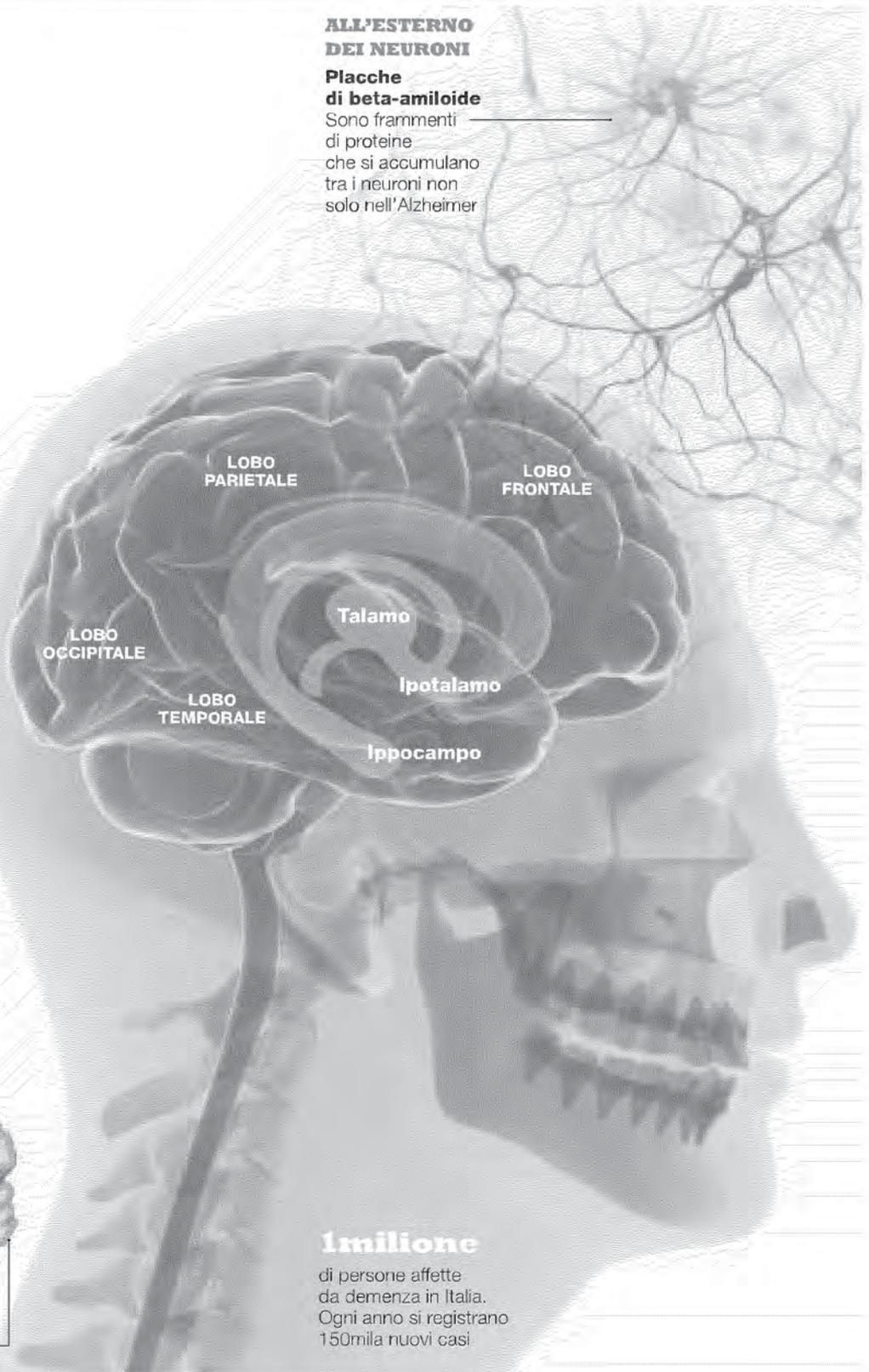
MALATO

Riduzione del tessuto



Regione della memoria

Solchi allargati
Giri rimpiccioliti



1 milione

di persone affette da demenza in Italia. Ogni anno si registrano 150mila nuovi casi



FASE AVANZATA RICHIEDE ASSISTENZA 24 ORE SU 24
 Il malato si perde e vagabonda, ripete movimenti o azioni. Possono comparire confusione, ansia, depressione, deliri e allucinazioni. Poi smette di parlare e di muoversi o perde il controllo degli sfinteri

COME COLPISCE

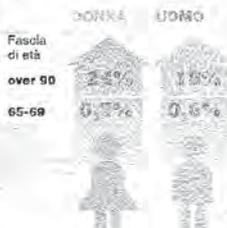
NEURONE

La trasmissione degli impulsi nervosi verso altri neuroni è nulla o molto ridotta

CHI COLPISCE

La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne:

Incidenza



FIBRA NERVOSA

È formata da microfibrille che contengono milioni di microtubuli

VISTA IN SEZIONE

Microfibrille

MICROTUBULO INGRANDITO

ALL'INTERNO DEI NEURONI

MICROTUBULO NORMALE

Le molecole di proteine sono legate tra loro

MICROTUBULO CON ALZHEIMER

È **collassato**: le molecole di proteine non sono legate tra loro

Alcune molecole rimangono isolate

Placche di beta-amiloide
 Altre molecole si accumulano formando placche

LA DIAGNOSI

Si basa sui test neuropsicologici eseguiti da professionisti esperti sulla base di domande e risposte. Al momento si stanno sviluppando due nuovi test: uno made in Usa, della Food and Drug Administration, un altro invece made in Italy, dell'Università di Milano

1 Si inietta un composto radioattivo che è capace di legarsi selettivamente alla beta-amiloide, la sostanza che si accumula in grandi quantità in pazienti con Alzheimer

2 Il composto radioattivo immesso nel sangue, entra nel cervello e si lega ai depositi di amiloide

TEST MADE IN USA

Ulteriori ricerche in corso per ottenere l'autorizzazione

3 Un rilevatore di radioattività misura la quantità di radiazioni emesse dalla testa e da queste deduce localizzazione e quantità delle placche. Se il soggetto ha molte placche e anche disturbi della memoria si conferma la diagnosi di Alzheimer

4 Si prende un campione di sangue del paziente per analizzare le cellule del suo sistema immunitario

TEST MADE IN ITALY

Ricerca in corso per il prestigioso Premio Sapio

5 Soltanto nei soggetti con Alzheimer i globuli bianchi hanno un valore di CD36 molto inferiore a quello che si vede nei normali. La scoperta fa pensare che la causa della demenza è l'incapacità del sistema immunitario di distruggere la beta-amiloide

6 Sulla membrana delle cellule del sistema immunitario c'è un recettore, chiamato CD36, che riconosce la beta-amiloide, vi si lega e la distrugge

Valori di CD36 nel sangue

Valori bassi | Valori normali

VISIONE DI UN VASO SANGUIGNO

Globuli rossi

Globuli bianchi

Composto radioattivo legato alle placche di beta-amiloide

VISIONE DI UN VASO SANGUIGNO

Globuli rossi

Globuli bianchi

Recettore CD36
 Distrugge la beta-amiloide

DECORSO DELLA MALATTIA

Può essere diversa per ogni singolo paziente, sia nei tempi e nei sintomi



FASE INIZIALE

Disturbi della memoria lievi, simili a quelli che si hanno sotto stress: difficoltà a ricordare cosa si è mangiato a pranzo, cose si è fatto durante il giorno, nomi di persone, appuntamenti, codici personali, ecc



FASE INTERMEDIA RICHIEDE ASSISTENZA FREQUENTE

La perdita di memoria arriva a colpire il linguaggio, avendo dimenticato i significati delle parole. Gestire il denaro, guidare, cucinare, etc. diventano impossibili e serve spesso assistenza

LE TERAPIE

ANCORA LONTANA LA MOLECOLA CHE RESTITUISCE LA MEMORIA

filoni di ricerca sono tanti, le delusioni pure. I ricercatori non riescono ad andare oltre i farmaci colinergici disponibili da una decina d'anni.

«La produzione di beta-amiloide è la maggiore imputata, si cerca di intervenire sui meccanismi enzimatici. Uno è la secretasi, capace di "frullare" gli aggregati amiloidei — spiega Antonio Federico, presidente della Società italiana di neurologia, — si studiano molecole

che possano disintegrare gli oligomeri, micro particelle derivate dall'amiloide, altamente tossiche quando si aggregano. C'è l'ipotesi anti-infiammatoria rafforzata dai dati della Banca cervelli di Ginevra che dimostrano come gli attuali cervelli di ultraottantenni contengano meno amiloide rispetto a quelli di una ventina di anni fa, effetto dell'aspirina?». Sono in studio alcuni vaccini attivi (frammenti di amiloide inoculati) e passivi (anticorpi). «I grossi limiti nello sviluppo di farmaci efficaci sono in parte motivati dalla complessità della

malattia di Alzheimer, dalla sua comparsa in tarda età e da scarso occhio critico dei ricercatori», sottolinea Federico Forloni, responsabile del dipartimento di neuroscienze del "Mario Negri" di Milano. A questo punto la vera scommessa sarà trovare marker biologici per cominciare a ragionare nella fase preclinica della malattia. PharmaCog, progetto della Comunità Europea, comincia a studiare in parallelo animali, volontari sani e pazienti
(mp. salmi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il concetto di cura

La ricerca

PAZIENTE ANZIANO? DIAGNOSI PIÙ DIFFICILE

Secondo una ricerca che sarà presentata al prossimo meeting annuale dell'American Academy of Neurology la malattia di Alzheimer e altre demenze possono essere facilmente confuse soprattutto nei pazienti anziani. I ricercatori hanno effettuato l'autopsia di 426 nippo-americani residenti alle Hawaii, morti ad un'età media di 87 anni. Di questi 211 avevano avuto una diagnosi di demenza, attribuibile a malattia di Alzheimer. Secondo lo studio circa la metà delle diagnosi di Alzheimer non avevano un numero sufficiente di lesioni cerebrali da poter supportare la diagnosi.

L'indagine

CERVELLO ALLENATO CON STUDIO E CULTURA

L'allenamento allo studio e il livello culturale, in termini di grado di istruzione e anche di impegno mentale quotidiano, hanno un effetto positivo sull'integrità del cervello, sia dal punto di vista strutturale che funzionale, in particolare dell'ippocampo, con vantaggi della memoria. L'indagine sperimentale, che ha utilizzato la tecnica di risonanza magnetica Diffusion Tensor Imaging ed è stata condotta dalla Fondazione Santa Lucia di Roma, si è guadagnata la copertina dell'importante rivista internazionale *Human Brain Mapping*.

Il metodo

L'APPROCCIO ADATTO PER MALATI FRAGILI

Prendersi cura degli anziani fragili e dei malati di Alzheimer. Nel libro *L'approccio capacitante* (Franco Angeli ed., 24 euro) di Pietro Vigorelli, medico e psicoterapeuta e fondatore del Gruppo Anchise, un metodo che va oltre l'approccio sanitario e assistenziale.

L'alimentazione

UNA DIETA GIUSTA CONTRO I GENI CATTIVI

Una dieta ricca di omega 3 e povera di colesterolo riduce in modo significativo gli effetti negativi dell'APOE4 nei topi. L'APOE4 è la versione "cattiva" dell'APOE, una proteina presente nella malattia di Alzheimer (insieme ad altre quattro molecole) di cui potrebbe anche essere la causa. La scoperta è del dipartimento di Neurobiologia dell'università di Tel Aviv. A capo della ricerca Daniel Michaelson.

Le tappe per leggere il morbo

Non è particolarmente difficile diagnosticare una demenza di Alzheimer se c'è la conoscenza adeguata e se lo specialista, in questi casi il neurologo, sa usare e scegliere con competenza gli strumenti a disposizione basandosi su una lunga esperienza di lavoro nel campo. Serve invece molto tempo, a volte un giorno intero. Il percorso non sempre è facile per il paziente e la famiglia, passaggi obbligati, non senza criticità, sono il medico di base e il centro UVA (unità di valutazione Alzheimer), meglio se dotata di una squadra con competenze interdisciplinari. «Conta l'appropriatezza del percorso che non deve per forza essere sofisticato quanto tendere a una diagnosi clinica possibile o probabile — spiega Carlo Blundo, responsabile U. O. di neurologia cognitiva-comportamentale e centro UVA dell'azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini di Roma. — Non si deve abusare di questa diagnosi: prima di dire "è Alzheimer", bisogna avere un fondato sospetto di deficit intellettivo, poi operare una diagnosi differenziale, ossia capire se si tratta o meno di demenza e, in caso positivo, di che tipo tra i vari conosciuti». La selezione dei pazienti è importante. L'ansia, lo stress, la depressione possono indurre disturbi cognitivi (memoria) circoscritti e transitori. «Ecco perché — sottolinea il professor Blundo — fare una risonanza magnetica in prima battuta è un errore. Infatti, un reperto comune è l'atrofia della corteccia cerebrale che però è un riscontro anatomico ma non funzionale. In pratica, non dice se il cervello funziona male». Esami di imaging (Tac, Rmn, Pet, Spect) vanno attentamente interpretati. Servono ad escludere altre patologie (ad esempio, tumori), aiutano a individuare spesso lesioni ischemiche, segno di una sofferenza del circolo sanguigno legata a fattori di rischio quali pressione alta, diabete, ipercolesterolemia, che è opportuno mettere subito sotto controllo. Ma devono essere richiesti dal o specialista solo dopo la

Il risultato è capiente

«Se è necessaria la risonanza magnetica, è importante che l'indagine venga condotta da una neurologia specializzata».

valutazione clinica del paziente. Da dove cominciare? «Dal colloquio clinico — spiega Blundo — ovvero ascoltare il paziente e un familiare; seconda tappa è l'esame neurologico (nell'Alzheimer iniziale deve essere negativo); terza tappa, prescrizione di esami ematochimici, dall'emocromo al dosaggio degli ormoni tiroidei e della vitamina B12».

Non può bastare un prelievo di sangue per una diagnosi tanto impegnativa. L'Alzheimer, è una malattia "biopsicosociale". I test di valutazione neuropsicologica completano le indagini. Dal più semplice Mini Mental Test alle scale di autonomia fino all'esame delle singole funzioni cognitive (linguaggio, memoria, abilità visuo-spaziali, attenzione, etc...). «Si cerca un profilo neuropsicologico che individua il tipo di demenza — conclude Carlo Blundo — i test si eseguono all'inizio e si ripetono per controllare l'andamento della malattia durante la terapia oppure nei casi dubbi».

(rtp, salmi)

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**FARMACI ANTI-CANCRO E COSTI
UNO SCANDALO LEGALIZZATO**

In molti abbiamo visto la maratona tv, comprato arance della salute, azalee e stelle di Natale, tra qualche giorno acquisteremo uova di Pasqua. Quasi tutti crediamo nella ricerca. Lo strumento più efficace è il nuovo farmaco, specifico e potente. Il cancro è il primo bersaglio in quanto peggior killer. Siamo felici, dunque, per i nuovi farmaci in commercio. Però Everolimus (Certican), nuovo anti cancro del pancreas, costa 540 euro; Sunitinib (Sutent) 8.714,39, Erlotinib (Tarceva) 3339,24 e perfino il Thalidomide, vecchissimo generico che costava quattro soldi, grazie al diritto di protezione per le malattie rare si trova in commercio a oltre 500 euro: uno scandalo legalizzato. Se i medici salveranno i malati coi nuovi prodotti della ricerca, sino a quando potrà pagare la Asl? Per quanti? Solo i ricchi godranno dei risultati della ricerca? *La salute non ha prezzo?* (Laterza), scritto qualche anno fa diventa attuale. Ai cittadini un messaggio chiaro: se continuate a farvi prescrivere farmaci inutili non resteranno i soldi per curare chi ne ha davvero bisogno.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ONCOLOGIA

UNO STUDIO ITALIANO DISEGNA IL FUTURO DEI TUMORI IN EUROPA

TUMORI: SI MUORE meno ma il vizio del fumo preoccupa. Soprattutto tra le donne. La rivista *Annals of Oncology* ha pubblicato i risultati di una ricerca, realizzata con un inedito modello matematico, messo a punto da ricercatori guidati da Carlo La Vecchia, Responsabile del Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e docente alla Facoltà di Medicina all'Università Statale di Milano, da cui si evince che, nei 27 Paesi dell'Unione Europea, nel 2011 vi saranno 1.281.000 decessi per tumori (721.000 maschi, 560.000 femmine) rispetto a 1.256.000 nel 2007. Il numero di decessi per tumore è sostanzialmente stabile ma, se si tiene conto dell'invecchiamento della popolazione, i tassi di

mortalità sono diminuiti del 7% negli uomini (da 154 a 142/100.000) e del 6% nelle donne. Le tendenze favorevoli sono tuttavia contraddette da un, seppur modesto, aumento generalizzato del tumore ai polmoni tra le donne: in Gran Bretagna e Polonia il tumore del polmone è la prima causa di morte per tumore tra le donne. In Italia, nel 2011 sono previsti 177.000 decessi per tumore (100.000 negli uomini, 77.000 nelle donne). La prima causa di morte per tumore resta quello del polmone (33.000 decessi), seguito da intestino (22.000), mammella (12.000), pancreas (10.800), stomaco (9.600) e prostata (7.800). Anche in Italia l'unico aumento si registra nel tumore del polmone delle donne, con 8.300 decessi.



Malattie rare

Lunedì la Giornata mondiale dedicata alle patologie che solo in Italia colpiscono 2 milioni di persone, il 70 per cento bambini. Presentato Orphanet 2011 per venire incontro alle esigenze di chi ne soffre

Un database per i farmaci e le cure



ANNA RITA CILLIS

Differenti, ma uniti in una battaglia che coinvolge due milioni di persone solo in Italia. Il denominatore comune? Sono tutte affette da una delle ottomila malattie rare (che colpiscono ognuna meno dello 0,05% della popolazione) individuate sino a ora. Patologie sconosciute ai più, che coinvolgono soprattutto i bambini, ai quali tocca il 70 per cento del totale. Un universo che in Europa riguarda tra il 6 e l'8% della popolazione: dai 24 ai 36 milioni di cittadini. Quasi un'intera nazione alla quale il mondo volgerà il suo sguardo lunedì 28 quando verrà celebrata, in tutti i continenti, una giornata di sensibilizzazione. Per l'occasione tante iniziative (a sinistra, ndr). La Fondazione Roma, con l'università San Raffaele di Roma, hanno finanziato un programma di ricerca sui micro-Rna, una borsa di studio per l'informazione ai pazienti e dieci corsi di laurea gratuiti per studenti colpiti da malattie rare.

Nel frattempo nei giorni scorsi è stato presentato l'annuario *Orphanet 2011*, un vero e proprio atlante cartaceo delle patologie meno conosciute, figlio dell'omonimo portale internazionale nato in Francia nel 1997 e al quale l'Italia collabora, insieme ad altri 37 paesi, da dieci anni esatti. Un database online nato per offrire un orientamento in una galassia iperpopolata com'è quella delle malattie rare, e al quale lavorano oltre 12 mila tra specialisti e ricercatori offrendo informazioni anche sui farmaci orfani e sui centri di ricerca e cura. Un punto dolente quest'ultimo, se si considera che, secondo un'indagine dell'I-

stituto affari sociali del Welfare con Uniamo Fimr onlus, Orphanet Italia e Farmindustria, il 45 per cento dei pazienti ha il proprio centro clinico di riferimento in una Regione diversa da quella in cui vive e il 13% non ne ha individuato alcuno.

Al riguardo l'ospedale Bambino Gesù di Roma ha annunciato la nascita, entro fine 2012, del più grande laboratorio di ricerca pediatrico d'Europa e il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, durante la presentazione dell'annuario Orphanet, ha detto di augurarsi «che si possa arrivare quanto prima a una situazione economica che consenta l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, che includano anche le malattie rare in un numero superiore a 100. Il problema per queste patologie — ha sottolineato il ministro — è quello della ricerca, ma anche quello relativo all'organizzazione delle reti e per questo stiamo andando avanti cercando di coordinare le Regioni: alcune sono già attive ed esiste un registro delle malattie rare coordinato dall'Istituto superiore di Sanità». Nell'attesa le iniziative vanno avanti: la Clinica pediatrica dell'ospedale Microcitemico di Cagliari, la Regione Sardegna e la Asl, ad esempio, hanno attivato il numero verde 800.095.040 (dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e il lunedì e mercoledì anche dalle 15 alle 17) gestito da un pool di medici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Solo il 45 per cento dei pazienti ha il centro clinico nella regione in cui vive

La mappa aggiornata degli accordi farmacie-Regione sulla distribuzione dei farmaci in Pht

‘Per conto’ test di quota fissa

Patti assenti solo in tre Regioni - Mix di soluzioni su volumi e fatturati

A investirci di più e in ordine quanto mai sparso sono le Asl del Veneto: in media spendono dagli 8 ai 10 euro per far consegnare in farmacia al paziente i medicinali acquistati con lo sconto ospedaliero del 50%. Quelle di Venezia, Chioggia Portogruaro, Mirano, Rovigo e Adria fanno anche di più: la distribuzione per conto del Ssn vale 18,50 euro a ricetta, tutto compreso. Nelle altre Regioni, da Nord a Sud Italia, le cifre variano a soggetto e per soggetto: c'è chi declina il compenso tenendo conto del fatturato del presidio, chi ragiona per volumi distribuiti, chi procede a percentuale e chi a pezzo. E chi mischia tutto.

Dopo le “incomprensioni” esplose nei giorni scorsi attorno al patto Farmindustria-Poste per la distribuzione a domicilio di alcuni medicinali per le patologie gravi e croniche viene la curiosità di capire un po' meglio cosa accade nel settore.

Dal varo della norma che ha inventato la Dpc (L. 405/2001) è trascorso un decennio di sperimentazioni: la legge parlava di accordi quadro a livello regionale, ma in più d'una realtà i patti si stringono e si adattano ancora in ambito provinciale, mettendo sulla bilancia anche utility che con la Dpc magari hanno poco a che vedere. E il quadro della gestione delle scatolette conto terzi risulta operoso ma confuso. Quel che è certo è che la quasi totalità delle Regioni ha scelto comunque di ricorrere alle farmacie rete per la consegna dei costosi prodotti che compongono il Pht (prontuario ospedale-territorio): solo Abruzzo, Friuli e Sicilia sono assenti del tutto dalla mappa che ricostruiamo in queste pagine. La lettura è impegnativa per la numerosità delle variabili in gioco: una remunerazione più alta nella Dpc può compensare una più bassa in un altro settore (es. dietetica, protesica, Cup ecc.); i costi di logistica e distribuzione possono essere influenzati dalle caratteristiche del territorio; l'elenco dei farmaci in Dpc può variare anche da Asl ad Asl. E sul sistema incide anche

il graduale perfezionamento dei software necessari alla totale trasparenza del sistema.

Di esperimento in esperimento, comunque, la seconda o terza generazione di accordi sulla Dpc mostra una tendenza inequivocabile alla remunerazione in quota fissa per scatoletta distribuita, futuro banco di prova per il rinnovo della convenzione.

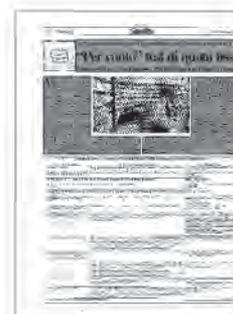
Così, mentre è ancora in dirittura d'arrivo la verifica della rappresentatività - indispensabile per l'apertura delle danze Sisac - vale la pena di ragionare sui patti più aggiornati. Nel campionario figurano la Liguria (quota unica di 6 euro a scatoletta), il Molise (da 6,50 a 11,50 euro in rapporto a fatturati e tipo di presidio), il Piemonte (da 6,8 a 8,8 euro a pezzo, idem) e così via. I patti a più lunga scadenza sono quelli della Puglia e della Toscana: valgono fino al 2013. La Toscana, infine, sembra essere anche la più austera: 5 euro a confezione con quota grossista variabile per provincia. Tra le alternative da segnalare quella di Bolzano, che mischia quota fissa e variabile; al tavolo della convenzione sarà questa la formula preferita dalle farmacie, che acquistano in proprio quello che poi cedono al Ssn.

Ma convenzione a parte a preoccupare già oggi le farmacie è anche il “federalismo” spinto della Dpc: «L'unitarietà del sistema farmaceutico rischia di essere compromessa», commenta la presidente Federfarma, Annarosa Racca. «Pur nel rispetto delle autonomie regionali servono regole comuni che valorizzino anche professionalmente la rete delle farmacie italiane».

La posta in gioco restano i 600 milioni di spesa shiftati solo sulla carta dall'ospedaliera alla territoriale (Dl 78/2010) su cui le Regioni restano decisamente “conservatrici” preferendo tenerle in ospedale e su cui la contesa è appena cominciata.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

RICERCA E FARMACI, COSÌ NON VA

Se anche **Farmindustria**, associazione che raggruppa le aziende nazionali e internazionali presenti in Italia, critica il governo, viene da pensare che il consenso della maggioranza sia davvero in calo. E non tanto perché il presidente dell'associazione, Sergio **Dompé**, è un simpatizzante berlusconiano che non aveva mai criticato le scelte "punitive" subite in passato, quanto per la durezza delle parole: **Dompé**, commentando il "milleproroghe", ha parlato infatti di "indifferenza assoluta" verso le industrie del farmaco e di investimenti "azzerati". D'altra parte l'occupazione del settore ha perso in tre anni 8.500 unità. Questo dato evidenzia una debolezza strategica nei confronti della ricerca **farmaceutica**. Che, in teoria, dovrebbe portare a nuove medicine per curare le persone. "L'indifferenza assoluta" non riguarda quindi solo le imprese bensì anche la salute dei cittadini. Se il governo lo capisse, sarebbe più sensibile alle critiche degli industriali **farmaceutici**. E con un occhio al domani punterebbe sulla ricerca: con l'1,1 per cento di investimenti sul Pil siamo alla deriva. Ma questa maggioranza forse non crede nel futuro.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dopo il via libera con voto di fiducia di Palazzo Madama al decreto legge 225/2010

Proroghe a caccia di farmaci

Tagli retroattivi alle aziende - Emoderivati: registrazioni Aifa al riordino

È finita che come sempre i farmaci entrati in sordina nel testo del «Milleproroghe» - in procinto di incassare la Fiducia anche dalla Camera - hanno tenuto banco fino alla fine. Ed è finita come sempre che un testo finto asciutto, addirittura principalmente tabellare, si è caricato strada facendo di un pout pourri di argomenti degni della peggior Finanziaria dei tempi andati. Ed è finita che tutti hanno preso il primo treno utile per piazzare norme che altrimenti non avrebbero saputo dove collocare.

Il capitolo più spinoso resta quello delle pillole, pieno di stangatine e dispettucci per le aziende **farmaceutiche**: la teoria del fifty-fifty retroattivo per la copertura dei due mesi "dubbi" (giugno e luglio) di vigenza del taglio pesa circa 36 milioni sui conti delle aziende e per di più gli sconti vengono estesi anche alle forniture di generici e ossigeno terapeutico che finora ne erano escluse. In più il pay back farmaceutico - merce di scambio con cui le aziende sono finora riuscite a smarcarsi dal taglio ai listini del 5% imposto dall'Aifa varie primavere fa - resta appeso alla proroga rattrappita che dura solo tutto marzo.

Stessa sorte tocca all'intra-moenia allargata su cui i medici Ssn non hanno mai smes-

so di protestare: tanto vale che non smettano. Tra poco dovranno ricordarsi di provare a incassare l'ultima promessa ricevuta in materia dal ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, un Dpcm che sposti tutto a fine anno e un provvedimento che rinverdisca la vecchia proroga annuale al 2012.

E a proposito di proroghe e spostamenti vari possono prepararsi a passare all'incasso anche i protagonisti della Sanità privata accreditata: il «Milleproroghe», nell'allungare al primo gennaio 2013 i termini per la regolarizzazione definitiva delle strutture socio-sanitarie, terme comprese, sancisce anche l'avvenuta definitiva regolarizzazione delle case di cura. Fazio ha già annunciato l'apertura nel giro di un paio di settimane del tavolo sugli accreditamenti nel settore sanitario previsto dal Patto per la salute 2010-2012, che dovrà risolvere tra l'altro le disparità di trattamento tra la Sanità pubblica e la Sanità privata accreditata.

Ancora tra le proroghe che un po' inutilmente hanno fatto discutere, quella che sposta al 30 aprile il termine per la relazione annuale sulle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione assistita. Dopo il botta e risposta Governo-opposizione sulla garanzia di tu-

tela della privacy delle coppie che si rivolgono ai centri, l'ultima parola l'ha avuta opportunamente il Garante che ha promesso massima vigilanza in fase di stesura del decreto attuativo.

Altro capitolo sanitario approdato per forza di cose nelle pieghe del decreto è quello del sangue, oggetto appena poche settimane fa di un pesante misunderstanding (ma c'è chi parla di agguato) a livello istituzionale. Il testo delle proroghe affida alla Salute il compito di dare attuazione all'intesa Stato-Regioni di fine 2010 sul riordino del sistema trasfusionale, creando l'albo dei valutatori e definendo le regole per l'autorizzazione e il convenzionamento dei centri. E con l'occasione prevede anche la revisione delle modalità con cui l'Aifa definisce l'Aic degli emoderivati, oggetto della querelle di cui sopra.

Tante regolette. Soldini pochi. Le Regioni rivedranno e gestiranno in proprio i 70 milioni già accantonati per le visite fiscali 2010. E le Regioni sotto piano di rientro potranno avere con gli accordi di programma un finanziamento postumo di lavori che si sono pagate da sole. Purché consoni col piano concordato col Governo.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le misure del Milleproroghe per il settore sanitario

Intramoenia. La possibilità per i medici pubblici di esercitare la libera professione intramoenia allargata (a studio) è prorogata di 2 mesi: fino al 31 marzo (**articolo 1**)

Pay-back farmaceutico. La possibilità per le aziende farmaceutiche di evitare il taglio del 5% ai listini dei farmaci Ssn versando la corrispondente quota nelle casse delle Regioni è prorogata solo di 2 mesi: fino al 31 marzo (**articolo 1**)

Sclerosi laterale amiotrofica (Sla). Per l'assistenza ai malati di Sla potranno essere assegnate risorse «fino a 100 milioni» (e non i 100 tondi inizialmente previsti) (**articolo 1**)

Procreazione assistita. Proroga al 30 aprile 2011 il termine entro cui l'Istituto superiore di Sanità predisponesse la relazione annuale per il ministro della Salute in base ai dati raccolti sull'attività delle strutture autorizzate, con particolare riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi effettuati. Prevede inoltre che le strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma) inviino i dati richiesti al ministero della Salute, che cura il successivo inoltro, nell'ambito delle rispettive competenze, all'Istituto superiore di Sanità e al Centro nazionale dei trapianti (**articolo 1-quinquies**)

Sangue. Prevede che il ministero della Salute con propri decreti: istituisca l'elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale; definisca le modalità per la presentazione da parte degli interessati e per la valutazione dell'Aifa delle istanze volte a ottenere l'inserimento fra i centri e i centri autorizzati alla stipula delle convenzioni; disciplina le modalità attraverso le quali l'Aifa definisce l'immissione in commercio dei medicinali emoderivati (**articolo 1-sexies**)

Finanziamenti. Si prevede un contributo di 200mila euro per il 2011 a favore dell'Associazione Alleanza degli ospedali italiani nel mondo (**articolo 2-duodecies**). Destina una cifra pari ad almeno 40 milioni di euro alle attività di ricerca, assistenza e cura dei malati oncologici nonché alla promozione di attività sportive, culturali e sociali (**articolo 16-sexies**)

Farmaci. Viene reso retroattivo di due mesi l'ulteriore sconto sulle forniture farmaceutiche a carico del Ssn nella versione varata con la legge di conversione del Dl 78/2010. A partire dal 31 maggio 2010, dunque, nella corresponsione di quanto dovuto alle farmacie, il Ssn tratterà una quota pari all'1,82 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'Iva, mentre le aziende farmaceutiche entro aprile 2011 dovranno versare - in relazione alle stesse forniture - un importo dell'1,83 per cento all'entrata del bilancio dello Stato. Le somme a carico delle imprese - relative al periodo 31 maggio-31 luglio 2010 - saranno calcolate sulla base di tabelle approvate dall'Aifa e definite per Regione e per singola azienda (**articolo 12-septies**). Lo sconto dell'1,82 per cento imposto alle farmacie viene inoltre esteso anche all'ossigeno terapeutico e ai farmaci generici, che prima ne erano esclusi (**articolo 2-ter, comma 4**)

Accordi di programma. Prevede inoltre l'autorizzazione per il ministero della Salute, di concerto con il ministero dell'Economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, a sottoscrivere, con le Regioni sottoposte a piani di rientro, degli accordi di programma per il finanziamento successivo di interventi già realizzati dalle stesse purché coerenti con la riorganizzazione concordata con i piani (**articolo 12-octies**)

Visite fiscali. I 70 milioni già inclusi nel Fsn 2010 e accantonati per la copertura degli oneri derivanti dalle visite fiscali sono assegnati alle Regioni al medesimo scopo su criteri che saranno individuati in sede di Comitato dei Lea in attuazione della sentenza della Consulta 207/2010 (**articolo 2-ter, comma 6**)

Accreditamento. Si proroga di due anni - fissandolo al primo gennaio 2013 - il termine della cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private, compresi gli stabilimenti termali, a esclusione delle strutture ospedaliere e ambulatoriali per le quali il termine è scaduto il primo gennaio (**articolo 2-ter, comma 3**)

IL CASO OTTOMILA PATOLOGIE, DUE MILIONI DI MALATI

Giornata delle malattie rare I pazienti: «Siamo dimenticati»

di EMILIE SPAGNOLI

«**RARI MA UGUALI**» questo è lo slogan che percorrerà tutta l'Italia il 28 febbraio per la prossima Giornata delle malattie rare. Le varie iniziative che animeranno tutto il paese, nascono dall'esigenza dei malati di far sentire la loro voce e di difendere i loro diritti a non essere considerati 'pazienti di serie b', troppo spesso dimenticati. La manifestazione è sostenuta dalle associazioni per le malattie rare membri di Eurordis e dalla federazione Uniamo. I malati affetti da queste malattie rare poco conosciute come l'emofilia, la paraparesi e la progerie, scendono in piazza per chiedere il rispetto di diritti fondamentali come l'assistenza e l'accesso alla sanità, come tutti gli altri pazienti. Le malattie rare sono 8.000, sono degenerative e, spesso, croniche e dolorose. Non ci sono cure oggi per 6.000 di queste e colpiscono oltre due milioni di malati in Italia, il 70% dei quali sono bambini, per quanto riguarda l'Europa il numero dei pazienti colpiti sale da 24 a 36 milioni. «Molto è stato fatto» — afferma la Presidente di Uniamo, la Federazione Nazionale dei gruppi di pazienti affetti da malattie rare, Renza Barbon Galuppi — «e la consapevolezza del problema è cresciuta, ma molto resta da fare. Le Regioni stanno lavorando per andare incontro ai bisogni dei pazienti 'rari', ma le diversità sono ancora forti ed è urgente un intervento sul sistema sociale».

L'ARTICOLO 35 della Carta Europea dei Diritti Fondamentali dichiara: «Chiunque ha il diritto di accedere alla prevenzione e il diritto a beneficiare dei trattamenti medici». La giornata nasce proprio seguendo questo principio, per

allargare il diritto alle cure, alla ricerca e alla prevenzione combattendo contro le profonde ingiustizie e le disparità che riscontrano i pazienti che soffrono di queste patologie. Sensibilizzare è l'obiettivo primario della manifestazione, coinvolgendo i cittadini, i medici, i ricercatori e le case farmaceutiche, per rendere comune il senso di isolamento che chi questi pazienti sono costretti a subire. A raccontare questo senso di solitudine ci saranno varie manifestazioni in tutta Italia, tra queste citiamo lo spettacolo teatrale in programma al Teatro Sala Umberto di Roma il 28 febbraio alle ore 21. Si tratta di un allestimento che, su regia di Paolo Triestino, cuce

LE ASSOCIAZIONI «Per 6.000 sindromi ancora non c'è cura La ricerca vada avanti»



insieme sei atti unici scritti appositamente da sei scrittori — Gianni Clementi, Simone Cristicchi, Edoardo Erba, Vittorio Franceschi, l'irlandese Gina Moxley e Spiro Scimone — e ispirati a storie vere e testimonianze dirette. Nella speranza che queste voci insieme al grido che si alzerà il 26 febbraio, si alzi forte e rimanga nella memoria senza essere dimenticato.



La circolare della Fondazione studi dei consulenti del lavoro è disponibile sul sito internet

Il certificato medico viaggia online

Arriva il vademecum sulla procedura telematica da usare

La Fondazione Studi Consulenti del lavoro con la circolare n. 2 emanata il 17 febbraio scorso chiarisce operativamente le modalità della procedura telematica dei certificati medici. Il documento integrale è pubblicato su www.consulentidellavoro.it

Con la legge finanziaria per il 2007 a partire dal 1° luglio 2007 si è reso disponibile il collegamento in rete dei medici curanti, secondo le regole tecniche del Sistema pubblico di connettività col fine di realizzare il processo di telematizzazione dei certificati.

La legge n. 183/2011, poi con l'art. 25 ha provveduto ad uniformare il settore privato con quello pubblico circa l'obbligatorietà della trasmissione telematica dei certificati medici. Le circolari emanate dall'Inps sono le seguenti: la circolare n. 60 del 16 aprile 2010, la n. 119 del 7 settembre 2010, la n. 164 del 28 dicembre 2010, n. 21 del 31 gennaio 2011, e i Messaggi del 16 luglio 2010, n. 18901 e del 8 febbraio 2011, n. 3161.

Ambito di applicazione

La trasmissione dei certificati medici telematici riguarda l'impiego privato e pubblico. Si evidenzia che l'articolo 3 del dlgs 30 marzo 2001 n. 165, stabilisce i dipendenti della pubblica amministrazione, in regime di diritto pubblico, disciplinati da propri ordinamenti, che attualmente sono esonerati dall'invio telematico della certificazione di malattia.

Procedimento telematico:

1) il medico trasmette all'Inps il certificato di malattia attraverso il Sistema di accoglienza centrale (Sac) del Ministero dell'economia e delle finanze;

2) il Sac fornisce il numero di protocollo al medico, che stamperà il certificato e l'attestato da consegnare al lavoratore. Il medico dovrà comunicare al lavoratore il relativo numero di protocollo;

3) l'Inps mette online l'attestato di malattia a disposizione del datore di lavoro privato o pubblico sul sito www.inps.it;

4) il lavoratore accede ai propri certificati con accesso dal sito Inps tramite codice Pin.

Il datore di lavoro accede ai certificati in due modalità:

1. accedendo sul sito Inps previo accreditanento e rilascio del Pin;

2. attivando la posta elettronica certificata;

5) l'Inps invia i certificati dei lavoratori alle sedi per gli adempimenti connessi alle visite mediche di controllo e per il pagamento diretto dell'indennità.

Malfunzionamento server

Il medico è automaticamente autorizzato ad usare il cartaceo senza rischio di sanzioni se il server Inps è non funzionante, se la zona è sprovvista di collegamento internet e la spedizione online non sia procrastinabile, e se il call-center non risponde.

Il contenuto

Il certificato di malattia telematico comprende obbligatoriamente l'inserimento da parte del medico curante dei dati anagrafici, di diagnosi, reperibilità come da precedente certificato cartaceo: si compone dell'attestato di malattia per il datore di lavoro, privo di diagnosi e della parte per l'assistito che contiene i dati della diagnosi e/o il codice nosologico.

Giustificazione dell'assenza

«Il lavoratore è tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, l'attestazione della malattia, rilasciata dal medico curante, al datore di lavoro, salvo il caso in cui quest'ultimo richieda all'Inps la trasmissione in via telematica della suddetta attestazione, secondo modalità stabilite dallo stesso Istituto». Se il medico trasmette il certificato online, il datore di lavoro che richiede l'attivazione di consultazione telematica, si realizza, per legge, l'esonero del lavoratore dalla relativa consegna del certificato medico. Il datore di lavoro, una volta accreditato ai sistemi di consultazione telematica, è tenuto a comunicare al lavoratore l'esonero dalla consegna del certificato medico e anche l'obbligo di consegna del certificato medico alla sede

Inps competente. Se il medico non ha compilato il certificato telematico rimane l'obbligo di consegnare il certificato medico al datore di lavoro e alla sede Inps competente; e ciò anche se il datore di lavoro si è abilitato alla consultazione telematica dei certificati medici.

Sanzioni

Il sistema sanzionatorio è entrato in vigore dal 1° febbraio 2011, come da circolare n. 1 del 19 marzo 2010 del Dipartimento della Funzione pubblica e del Dipartimento della digitalizzazione della pubblica amministrazione e innovazione tecnologica. Per i medici dipendenti delle strutture sanitarie locali viene stabilita una precisa responsabilità disciplinare che, in caso di reiterazione, può culminare anche con il licenziamento. Per i medici convenzionati, invece, viene prevista la sanzione aggravata della decadenza dalla convenzione, che potrà essere comminata solo in caso di reiterazione.



IL CONVEGNO «INFLUENZA, QUEL VACCINO FUNZIONA»

Riuniti a Genova i massimi esperti nazionali

FEDERICO MERETA

LA VACCINAZIONE per la temutissima pandemia dell'inverno 2009, poi rivelatasi molto meno pericolosa di quanto si temeva, si è rivelata un vero flop. Lo dicono i numeri e lo confermano gli esperti riuniti a Genova nei giorni scorsi in occasione del Convegno Nazionale Italiano sul rischio di Influenza e sulle Pandemie Influenzali, organizzato dalla nostra Università. Secondo gli studiosi, non c'è proprio di che rallegrarsi di quanto avvenuto.

«Le ragioni della scarsa adesione al vaccino H1N1v della popolazione sono diverse, come le contraddizioni della comunicazione, gli equivoci sulla vaccinazione, la scarsa incentivazione dei medici a far vaccinare la popolazione - spiega Roberto Gasparini, Direttore del Centro Interuniversitario per lo studio dell'influenza e le altre malattie virali e docente di igiene all'Università di Genova -. Eppure è stato un errore. Il nostro Dipartimento ha condotto uno studio che ha permesso di evidenziare come se fosse stato utilizzato tutto il vaccino acquistato dal **Ministero della salute** ci sarebbe stato non solo un risparmio di casi, ma anche un guadagno in termini economici del Servizio Sanitario nazionale». Eppure le novità non mancano. Il vaccino intradermico che si inietta con una semplice iniezione sotto la pelle, già disponibile in Italia. Inoltre, tra gli altri vaccini, che assai presto saranno fruibili per la popolazione, c'è il vaccino che si somministra per via nasale. «Questo vaccino rappresenta una nuova valida alternativa ai preparati attualmente in commercio

per l'immunizzazione attiva contro l'influenza stagionale - fa sapere Giancarlo Icardi, docente di Igiene all'ateneo genovese -. Il vaccino trova particolare indicazione nei soggetti anziani, solitamente poco responsivi ai vaccini stagionali tradizionali. Inoltre, la minor invasività della nuova via di somministrazione da un lato, unitamente alla semplice, rapida, riproducibile e sicura tecnica d'inoculazione dall'altro, rappresentano ulteriori fattori che potrebbero favorire un ampio utilizzo del nuovo vaccino nella pratica clinica».

Mentre all'orizzonte ci sono altre modalità di somministrazione del vaccino, come ad esempio la via nasale che permetterebbe di eliminare qualsiasi iniezione, gli esperti ricordano che l'influenza va comunque presa con le molle. «L'importante è che le persone capiscano che si tratta di una malattia seria, che può dar luogo a complicazioni anche gravi - commenta Gasparini -. Le complicanze dell'influenza vanno dalle polmoniti batteriche, alla disidratazione, al peggioramento di malattie preesistenti (ad esempio malattie del cuore o dell'apparato respiratorio), alle sinusiti e alle otiti (queste ultime soprattutto nei bambini). La vaccinazione antinfluenzale è il modo più efficace e sicuro per evitare la malattia e le sue conseguenze. I vaccini antinfluenzali, che cambiano ogni anno, perché il virus è molto variabile, hanno un'efficacia, in soggetti sani adulti, dal 70 al 90% e riducono la mortalità legata all'influenza del 70-80% perché, anche se non sempre

riescono a prevenire l'infezione, agiscono riducendo in modo sostanziale la sua gravità».

LA RICERCA

SI SPERA NEL SUPERVACCINO

ALCUNI SCIENZIATI dell'Università di Oxford hanno dimostrato su pochissimi individui l'efficacia di un vaccino anti-influenzale universale, che potrebbe funzionare contro tutte le varianti del virus che fa ammalare, ogni anno, milioni di persone. Il nuovo prototipo colpisce una parte diversa del virus rispetto ai tradizionali vaccini. Questo vuol dire che non sarebbe necessario riformulare il vaccino stagionale ogni anno, come accade finora con enormi costi.



BILANCIO 2010**Farmaci, cresce la vigilanza***Record di segnalazioni, superati i riferimenti dell'Oms*

Record di segnalazioni di reazioni avverse di farmaci nel 2010: in media in Italia si contano 336 «Adr» («Adverse drug reactions») per milione di abitanti. Per la prima volta è stato superato lo standard Oms che fissa a 300 segnalazioni per milione di

abitanti l'asticella che indica un sistema di farmacovigilanza buono. Il Nord è al top delle segnalazioni. Per il direttore dell'Aifa, Guido Rasi, la macchina dei controlli è «a regime».

A PAG. 12-13

Record di segnalazioni nel 2010: 336 per milione di abitanti, superato lo standard Oms

La farmacovigilanza è virtuosa

Nord al top - Più "denunce" dagli ospedali - Progetti regionali: via a 40 milioni

La farmacovigilanza fa passi da gigante e i pazienti possono dormire sonni più tranquilli. I controlli sono cresciuti, anche se si concentrano di più in un drappello di Regioni, del Nord. E l'agognato gold standard - una sorta di indice per segnalare se la farmacovigilanza funziona - che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha fissato ad almeno 300 segnalazioni per milione di abitanti è stato addirittura superato: l'anno scorso la media italiana ha raggiunto quota 336 per 20.186 segnalazioni di «reazioni avverse» dei farmaci (vaccini compresi) in tutto, segnando una crescita del 38 per cento. Una crescita che in realtà è inarrestabile da anni: nel 2009 erano già aumentate del 27% per un totale di 14.586 «denunce», nel 2008 erano 11.489, mentre nel 2007 se ne registravano 9.740 e solo 6.548 nel 2006. In quattro anni, insomma, sono più che triplicate.

Una piccola rivoluzione, tutta a favore dei pazienti, che si spiega almeno in parte con un lavoro di partnership serrato tra l'Aifa e i centri regionali che sembra aver dato i suoi frutti per il decollo della rete nazionale. Ma a pesare è anche l'accresciuta formazione e cultura della farmacovigilanza

tra gli operatori che sembrano anche aver imparato di più con gli ultimi allarmi pandemia. Su quest'ultimo fronte va segnalato come la parte del leone continuo a farla i medici ospedalieri, responsabili di quasi la metà delle segnalazioni (oltre 46%), seguiti dai medici di famiglia (13,7%), dagli specialisti (10,5%), dai farmacisti (8,7%), dalla letteratura scientifica (7,6%). Più lontani i pediatri (2,2% delle segnalazioni), infermieri (2,2%) e i pazienti stessi (1,2%). Staccatissime le aziende farmaceutiche (0,3 per cento).

L'importante crescita delle cosiddette «Adr» («Adverse drug reactions») è, comunque, dovuta soprattutto all'exploit di alcune Regioni: in particolare le solite Lombardia, Veneto e Toscana che hanno superato abbondantemente l'indicatore «gold standard» dell'Oms delle 300 segnalazioni per milioni di abitanti con 882, 553 e 517 reazioni avverse denunciate per milione di abitanti. Ma oltre il «gold standard» ci sono anche la Basilicata (333), il Friuli Venezia Giulia (325) e l'Emilia Romagna (301). In coda quasi tutte le Regioni del Centro-Sud che comunque cominciano a risalire la china ri-

spetto al «deserto» del passato: alle ultime posizioni ci sono Calabria (49 «Adr» per milione di abitanti), Puglia (69) e Sardegna (71 segnalazioni per milione di abitanti). Poche sicuramente rispetto al Nord, ma in risalita rispetto al passato, segno che la farmacovigilanza italiana comincia ad avere gli occhi ben aperti sui rischi dei medicinali un po' in tutta Italia.

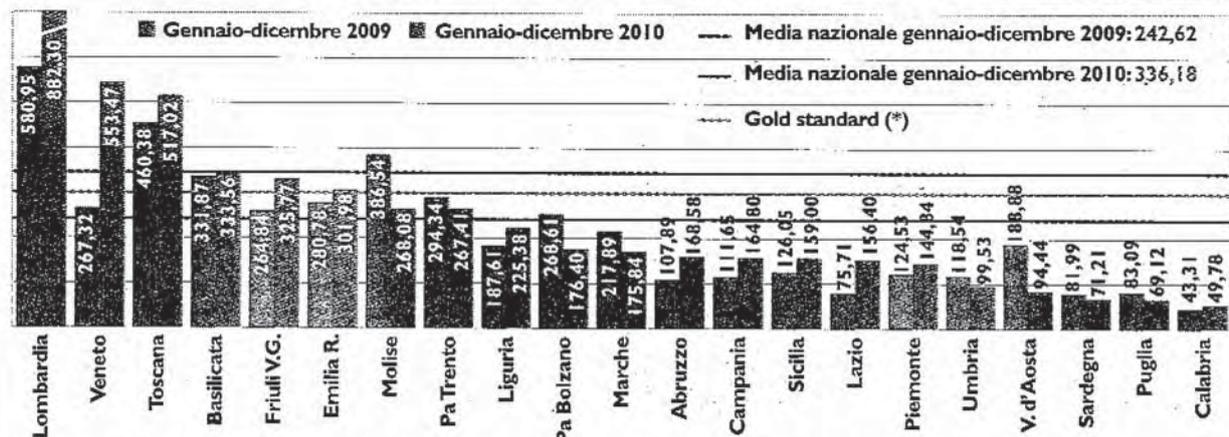
Il Sud avrà comunque l'occasione per recuperare: il 23 novembre scorso in «Gazzetta» è stata pubblicato l'accordo tra Regioni e Governo per la stipula di nuove convenzioni con l'Aifa per i programmi regionali di farmacovigilanza. In pista ci sono circa 40 milioni per gli anni 2008 e 2009, dopo i 25 milioni già stanziati per il 2007. Saranno finanziati una serie di progetti (vedi tabella) che vanno dall'istituzione di centri regionali di farmacovigilanza allo studio delle reazioni avverse ai farmaci fino alle attività di formazione e informazione e al potenziamento della farmacovigilanza nelle sperimentazioni cliniche.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Segnalazioni per milione di abitanti (gennaio-dicembre 2009-2010)



N.B.: indici numero segnalazioni per milione di abitanti (per data di inserimento)

(*) Gold standard anno 2010 = 300 segnalazioni per milione di abitanti

Numero assoluto di "denunce"

Regione	Gen.-dic. 2010	Var. % 2010/2009	Regione	Gen.-dic. 2010	Var. % 2010/2009
Lombardia	8.596	51,87%	Abruzzo	225	56,25%
Veneto	2.704	107,04%	Campania	958	47,61%
Toscana	1.917	12,30%	Sicilia	801	26,14%
Basilicata	197	0,51%	Lazio	880	106,57%
Friuli V.G.	401	23,01%	Piemonte	642	16,30%
Emilia R.	1.310	7,55%	Umbria	89	-16,04%
Molise	86	-30,65%	V. d'Aosta	12	-50,00%
Pa Trento	139	-9,15%	Sardegna	119	-13,14%
Liguria	364	20,13%	Puglia	282	-16,81%
Pa Bolzano	88	-34,33%	Calabria	100	14,94%
Marche	276	-19,30%	Italia	20.186	38,56%

Chi segnala in Italia

Fonte	%
Medico ospedal.	46,50
Farmacista	8,70
Letteratura	7,60
Paziente	1,20
Mmg	13,70
Specialista	10,50
Infermiere	2,20
Ped. lib. scelta	2,20
Az. farmaceutica	0,30
Dentista	0,10
Forze armate	0,00
Polizia di Stato	0,00
Altro	7,00

I progetti regionali da finanziare

1	Istituzione e manutenzione dei Centri regionali di farmacovigilanza (Crfv)	3	Valutazione dell'uso dei farmaci, sia in ambito territoriale che ospedaliero, finalizzata a studiare i determinanti dell'uso, e alla definizione della reportistica per i medici (rapporti regionali, per medico/gruppi di medici, ospedalieri)
2	Studio delle reazioni avverse ai farmaci (Adr), inteso sia come crescita della segnalazione spontanea, sia come promozione di studi epidemiologici ad hoc. È considerata pertinente la tematica relativa alle reazioni avverse da fitoterapici e integratori alimentari. Particolare rilevanza sarà data ai progetti volti ad approfondire le ADR che si verificano in seguito alla somministrazione dei vaccini	4	Informazione e formazione, per favorire l'integrazione fra le diverse iniziative presenti a livello regionale e centrale, e sostenere nuove iniziative in Regioni con minore esperienza
		5	Potenziamento dell'attività di farmacovigilanza dei comitati etici nelle sperimentazioni cliniche

ROMA, VIDEO-MESSAGGIO ALLA SERATA PROMOSSA IERI DA IGNAZIO MARINO E BEPPINO ENGLARO

Fine vita, Saviano contro il governo

Lo scrittore sul ddl
«È illiberale»
La Roccella:
«Attacchi ideologici»

FRANCESCA SCHIANCHI
ROMA

Il disegno di legge sul biotestamento «sembra liberale ma non lo è: complica le cose, burocratizza e non va nella direzione della libera scelta» e quella fatta da Beppino Englaro per sua figlia «è una battaglia di democrazia». A due anni dal caso di Eluana su cui a lungo discusse il Parlamento, ieri sera al Teatro Sala Umberto di Roma arrivano queste parole dell'autore di «Gomorra», Roberto Saviano, impossibilitato ad esserci ma presente tramite videomessaggio. «Una battaglia che riguarda la vita, la costruzione della democrazia, è un passo verso la libertà perché è un passo verso la scelta», interviene all'happening «Le ragioni del cuore - testamento biologico, sentimenti e diritti a confronto», presenti papà Englaro e il senatore del Pd Ignazio Marino, nell'inconsueta veste di attore che ha letto una lettera d'amore a una donna da parte di un malato ter-

minale, che vorrebbe «una legge diversa da questa, che di fatto è contro la libertà di scelta».

Ma le parole di Saviano non cadono nel vuoto, anche perché arrivano alla vigilia del voto in Commissione Giustizia alla Camera sul provvedimento. Se sono d'accordo con lo scrittore il governatore pugliese Nichi Vendola («C'è bisogno di una battaglia di civiltà per la vita», per «garantire i diritti di ciascuno di noi»), Antonio Di Pietro di Idv («riteniamo che questa legge vada fermata»), così come Margherita Miotto (Pd) che definisce il testo «ideologico», nel Pdl è invece un coro di proteste.

«Saviano, illiberale sarà lei! Almeno su questo tema, dovrebbe deporre le armi ideologiche», sbotta il vicepresidente del Senato Domenico Nania, mentre la sottosegretaria Roccella sostiene che «il testo dà a tutti la possibilità di scegliere», però a sinistra insistono «con attacchi pretestuosi e ideologici» e, dice, «si chiede l'eutanasia». Aggiunge il senatore Vincenzo Fasano: «Non vogliamo togliere a Saviano il gusto di pontificare su quello che gli pare. Ma l'essersi calato nel ruolo di nuovo guru della sinistra iper-laicista deve avergli preso troppo la mano».

