

SALUTE

RICERCA

Il governo: otto parti su dieci in strutture pubbliche

●●● L'80% dei parti in Italia avviene in istituti pubblici, con una percentuale di neonati sani del 61,8% in ospedali, policlinici universitari e Irccs, e del 72% negli ospedali a gestione diretta. Le case di cura private accreditate presentano una percentuale di neonati sani pari a 87,7%, da riferirsi ad un volume di nascite di 6 mila casi circa (11% del totale). È questo uno dei punti fotografati dal Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero del 2009, pubblicato sul sito del ministero della Salute.



Com'è cambiata la fecondazione assistita dopo la sentenza della Corte costituzionale

Stop al turismo procreativo

Migliori possibilità per le coppie sterili in Italia

di **ERMANNO GRECO** *

La sentenza 151/2009 della Corte Costituzionale in tema di procreazione medica assistita ha aperto nuovi orizzonti e possibilità a tutte quelle coppie che devono ricorrere alla fecondazione in vitro. Dopo l'entrata in vigore della legge 40 nel 2004 era nata una vera e propria sfiducia nella capacità dei centri italiani tale da spingere molte coppie ad andare all'estero, creando un vero e proprio turismo procreativo. L'obbligo di dover fecondare al massimo tre ovociti e di dover formare al massimo 3 embrioni, il divieto della crioconservazione embrionaria e l'impossibilità di eseguire la diagnosi preimpianto sugli embrioni avevano difatti ridotto le percentuali di successo delle tecniche di fecondazione in vitro in Italia sottoponendo spesso la donna a ripetute stimolazioni ormonali.

La sentenza della Corte Costituzionale del maggio 2009 ha giudicato incostituzionale alcuni articoli fondamentali della legge 40 aprendo nuove possibilità di successo e garantendo maggiormente la salute della donna e il suo diritto a ottenere un figlio sano. Molte coppie però, forse per una scarsa informazione, non hanno ancora ben capito ciò che è possibile fare in Italia oggi, recandosi così spesso ancora all'estero anche se non ce n'è più bisogno. Infatti oggi il medico insieme con la coppia decide il numero di embrioni che si devono formare per garantire le migliori possibilità di successo. È quindi possibile creare più di tre embri-

ni e crioconservare quelli eccedenti in caso si formino in quanto l'attuale legge italiana vieta la distruzione degli embrioni o la loro donazione. Gli embrioni possono essere quindi trasferiti un po' alla volta evitando così il rischio di gravidanze multiple. In caso di fallimento del tentativo quindi la donna non deve più sottoporsi a ripetute stimolazioni ormonali ma usufruire o degli embrioni o degli ovociti congelati.

In caso di malattie genetiche della coppia (come ad esempio la anemia mediterranea o la fibrosi cistica) si può ricorrere alla diagnosi genetica sugli embrioni evitando così il rischio di concepire un figlio malato o di dovere ricorrere all'interruzione di gravidanza. Le coppie che più possono beneficiare di questa nuova sentenza sono le coppie giovani in cui trasferire 3 embrioni aumentava paurosamente il numero di gravidanze trigemellari, le coppie affette da sterilità maschile gravi, le coppie con ripetuti fallimenti o in cui la donna ha più di 40 anni in cui si potranno trasferire più di 3 embrioni. Si è potuto constatare scientificamente un aumento di successo di circa il 10% dopo l'entrata in vigore della sentenza 151. Ricordiamo che le % di successo di una coppia in cui l'età della donna è inferiore ai 39 anni è oggi nei centri migliori di circa il 50%. Quindi stop al turismo procreativo che si rende indispensabile oggi solo per l'eterologa evitando a molte coppie inutili viaggi della speranza.

* **Direttore Responsabile Medicina della Riproduzione European Hospital Roma**



Epatite B Gioventù protetta

Vaccinazione obbligatoria

Vent'anni fa il nostro Paese l'ha introdotta con uno schema innovativo, che si è dimostrato vincente. Che cosa resta da fare ora

di ADRIANA BAZZI
alle pagine 56-57

L'anniversario Nel 1991 è stata introdotta nel nostro Paese la vaccinazione obbligatoria, secondo uno schema che si è rivelato vincente

Epatite B: tutti gli italiani sotto i trent'anni sono protetti

Ora va estesa la «copertura» degli adulti a rischio

Un esercito di 16 milioni di italiani, immuni dall'epatite B fin da piccoli, che cresce di anno in anno. Merito della vaccinazione, resa obbligatoria vent'anni fa, che oggi raccoglie i suoi frutti e celebra il suo anniversario.

L'Italia è stata un modello per tutto il mondo: l'idea di vaccinare i bambini, alla nascita, e i ragazzi, a dodici anni, si è rivelata una strategia vincente, perché ha accorciato i tempi. In dodici anni, appunto, si è ottenuta una "copertura" di tutti i ragazzi al di sotto del ventiquattresimo anno di età. Un successo che tutti ci riconoscono.

«Prima dell'entrata in vigore della legge che ha reso obbligatoria la vaccinazione (la legge è del 27 maggio 1991) — spiega Alessandro Zanetti, direttore del Dipartimento di Igiene all'Università di Milano, che ha contribuito alla costruzione del calendario di vaccinazione — il vaccino veniva somministrato, fin dal 1983, alle persone considerate a rischio per l'infezione sia per gli stili di vita (per esempio, tossicodipendenti) sia per la professione (personale sanitario). E anche a certi pazienti come i dializzati o i politrasfusi». Vaccinare soltanto le persone a rischio di infezione, però, non bastava e l'Organizzazione mondiale della Sanità ha cominciato a raccomandare la vaccinazione per tutti i neonati.

«L'Italia è andata oltre — aggiunge

Zanetti —. Da noi, infatti, la malattia si trasmette diversamente rispetto ad altri Paesi, soprattutto asiatici e mediorientali. Da quelle parti è prevalente il contagio materno-fetale e quello fra bambini, mentre in Italia le vie di trasmissione più frequenti sono i rapporti sessuali e gli aghi infetti».

Immunizzare contro l'epatite non significa soltanto prevenire l'infezione acuta (che, non dimentichiamo, può essere "fulminante" in quasi l'uno per cento dei casi), ma significa anche prevenire le epatiti croniche che si manifestano nel 10-20 per cento dei casi, le **sovrainfezioni da virus delta**.

«Il virus delta, endemico in Italia (scoperto dall'italiano Mario Rizzetto) — spiega Zanetti — è un virus difettivo: in altre parole, ha bisogno del virus B per replicarsi. Si capisce allora perché il vaccino contro il virus B protegga anche dal delta».

E siccome la complicità ultima dell'epatite cronica e della cirrosi può essere il cancro al fegato (particolarmente diffuso nelle regioni asiatiche), può essere considerato il primo vaccino anticancro.

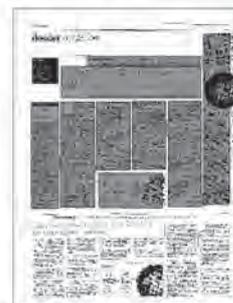
«Le donne asiatiche, rispetto alle caucasiche — precisa Zanetti — presentano una replicazione più accentuata del virus e, per questo, infettano più facilmente il neonato. Quanto più l'infezione è precoce, tanto più rapidamente porterà a eventuali complicanze come la cirrosi o il cancro». Ecco perché Taiwan è stato uno dei primi

Paesi a introdurre, nel 1984, la vaccinazione universale per tutti i bambini e oggi Paesi come Cina e India (dove l'incidenza di tumori è elevatissima) stanno lavorando attivamente in questa direzione.

Attualmente, in tutto il mondo, sono 177 i Paesi che hanno adottato la **vaccinazione neonatale: rappresenta l'82 per cento del totale. Oggi il vaccino, che viene somministrato in Italia ai neonati è l'esavalente, di ultima generazione: «Il primo vaccino anti-epatite che si è reso disponibile, negli anni Ottanta, — ricorda Zanetti — era quello derivato dal plasma. Il virus dell'epatite, infatti, è un virus furbo: quando si replica, fabbrica in eccesso certe proteine di superficie (fanno parte dell'involucro esterno dentro al quale è racchiuso il Dna), per distrarre il sistema immunitario dell'individuo: queste proteine sono costituite dal cosiddetto HBsAg, chiamato, all'inizio, antigene Australia».**

L'Australia, appunto. Perché la storia della vaccinazione anti-epatite comincia proprio lì e "l'antigene Australia ha rivoluzionato l'epatologia" (così una rivista californiana titolava un articolo pubblicato nel 1972).

Negli anni Sessanta, un ricercatore americano, Baruch S. Blumberg (No-



Diffusione

Ormai i virus hanno il passaporto

Di giornate mondiali, per questa o quest'altra malattia, ce ne sono ormai troppe e l'Oms da tempo non ne sponsorizza più. Per l'epatite ha fatto un'eccezione, considerando l'enorme impatto che ha in tutto il mondo e così ha deciso di sostenere ufficialmente la Giornata Mondiale dell'Epatite (che si celebra dal 2008, anche se molti governi non l'hanno ufficialmente riconosciuta) per il 28 luglio prossimo.

Ormai i virus dell'epatite hanno il passaporto: endemici in molte aree, soprattutto in Asia e soprattutto dove la pratica della vaccinazione stenta a prendere piede, si diffondono ovunque: così capita che certi sierotipi (varianti dei virus) che possono avere un impatto sull'efficacia delle terapie, prima localizzati in certe aree, arrivano ovunque.

La lotta all'epatite richiede quindi uno sforzo mondiale e la partecipazione di tutti: ricercatori, medici, società civile, politici, organizzazioni non governative. Perché l'obiettivo prossimo è la diffusione della vaccinazione per l'epatite B, la prevenzione per la C, il trattamento delle epatiti croniche e del tumore al fegato. Ma l'obiettivo finale è quello dell'«eliminazione» dell'epatite, se non addirittura quello dell'eradicazione come è avvenuto per il vaiolo.

bel per la Medicina nel 1976), mentre stava studiando il cancro al fegato e conduceva ricerche sul campo, scoprì nel sangue degli aborigeni una proteina, che chiamò antigene Australia. La scoperta (che il fisico-matematico-medico-antropologo Blumberg racconta nel libro "The hunt for a killer virus") aprirà la strada alla messa a punto del test diagnostico per l'infezione e del vaccino.

Il vaccino di prima generazione, dunque, era costituito da particelle virali (antigene Australia, poi ribattezzato HBsAg), estratte da sangue di soggetti infetti, e comincia a essere utilizzato a partire dagli anni Ottanta. Poi scoppia il caso Aids e il sangue non è più considerato sicuro (le vie di trasmissione del virus B e dell'Hiv sono le stesse): anche se tutte le procedure di produzione del vaccino garantiscono la sicurezza, questa situazione ha stimolato la ricerca di alternative.

Le biotecnologie hanno contribuito a risolvere il problema: si sfrutta il lievito del pane (*Saccaromyces cerevisiae*, sicuro per l'uomo) per produrre, con le tecniche di ingegneria genetica, gli antigeni del virus, che poi vengono purificati e utilizzati per i preparati di seconda generazione. Questi nuovi vaccini arrivano sul mercato nel 1986.

La terza generazione è quella degli esavalenti, introdotti nel 2000: in un unico preparato, oltre all'antiepatite B, ci sono anche quelli contro difterite, tetano, poliomielite, pertosse e meningite da *Haemophilus B*.

Il futuro? L'obiettivo è quello di continuare a vaccinare i bambini e aumentare la copertura dei soggetti a rischio. In Italia. Nel resto del mondo,

soprattutto nei Paesi poveri, c'è ancora molto da fare.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il risultato

Un bilancio per la scelta di politica sanitaria dopo due decenni

Epatite B



2 miliardi

Le persone nel mondo che si sono infettate con il virus B



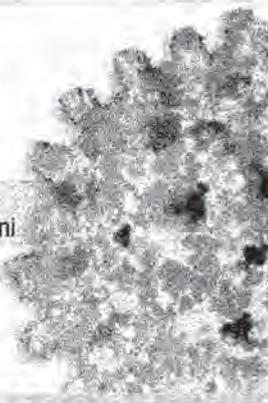
350 milioni

Le persone nel mondo che hanno un'epatite B cronica

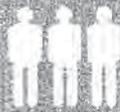


14 milioni

Le persone con epatite B cronica in Europa



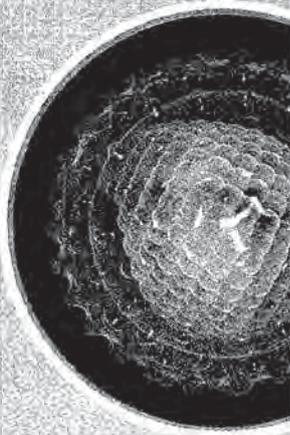
D'ARCO



855

I casi di epatite B acuta notificati nel 2008 in Italia

Fonte: Ministero della Salute



Epatite C

Il virus HCV (7 i sottotipi, diversi per virulenza), causa dell'infezione, è presente nei liquidi corporei; il contagio più comune è per sangue infetto; molto più raro rispetto all'HBV il contagio per via sessuale e da parto. Il test consente il controllo del sangue per trasfusioni

L'INFEZIONE

Rari i sintomi (simili influenzali); spesso l'unico segnale è l'aumento delle transaminasi nel sangue. L'infezione diventa cronica nel 50-70% dei casi e nel 20-30% di questi evolve in cirrosi epatica, nell'1-4% in tumore

IL VACCINO

È ancora allo studio

LA TERAPIA

Quella standard è l'associazione fra interferone pegilato e l'antivirale ribavirina. Più recente è la triterapia che prevede l'aggiunta di un secondo antivirale

VACCINAZIONE ANTI-EPATITE B

In Italia



16 milioni

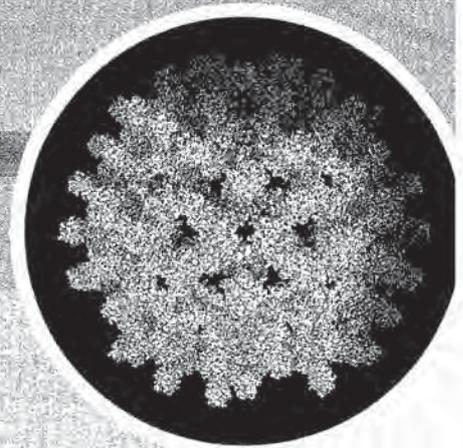
di bambini sono stati vaccinati in Italia

Nel mondo



177 Paesi

al mondo (82%) hanno introdotto la vaccinazione per l'epatite B per i neonati



Epatite B

Il virus HBV, causa dell'infezione, è presente nei liquidi corporei; si trasmette con sangue infetto; possibile il contagio per via sessuale e madre-figlio durante il parto. Il test per HBV è obbligatorio sul sangue per trasfusioni

L'INFEZIONE

Di rado dà sintomi: febbre, perdita di appetito, nausea, vomito, a volte ittero. Nel 10-20% dei casi diventa cronica e nel 10-30% di questi casi evolve in cirrosi epatica

IL VACCINO

Obbligatorio per i neonati; raccomandato per categorie a rischio (per es. operatori sanitari, conviventi di portatori cronici)

LA TERAPIA

interferone o farmaci che inibiscono la replicazione del virus



Prevenzione Quali sono le circostanze e i comportamenti che espongono a «contatti» pericolosi
Che cosa deve sapere (e fare) per difendersi chi non è ancora vaccinato

Non tutta la popolazione italiana è protetta dal virus dell'epatite B, che è ancora diffuso nel nostro Paese, complice anche il fenomeno dell'immigrazione, soprattutto dai Paesi dell'Est europeo. Ecco allora una serie di risposte a domande sulla vaccinazione, e non solo, con l'aiuto di Alessandro Zanetti, direttore del dipartimento di Igiene dell'università di Milano.

1 Oggi un adulto sano dovrebbe vaccinarsi contro l'epatite B?

La vaccinazione è raccomandabile a tutte le persone che non hanno anticorpi contro il virus.

2 Quali sono le categorie a rischio che devono vaccinarsi?

Sono quelle persone che per motivi professionali (personale sanitario) o per comportamenti (sesso con più partner o con prostitute, uso di droghe per via endovenosa) possono più facilmente entrare in contatto con il virus. Fra i soggetti a rischio vanno considerati anche i conviventi e i partner sessuali delle persone portatrici del virus e alcune categorie di malati, come per esempio i dializzati oppure i politrasmusi.

3 Il sesso orale può costituire una via di contagio?

In qualche caso sì, ovviamente quando uno dei partner è sieropositivo per l'epatite B.

4 E i tatuaggi o il body piercing?

Se eseguiti in ambienti igienicamente controllati e con strumenti sterilizzati non comportano rischi. Altrimenti il rischio c'è.

5 Una donna in gravidanza può vaccinarsi?

Teoricamente sì, perché il vacci-

no è sicuro. Il test per il virus B è obbligatorio per le donne in gravidanza: se è positivo, si tratta il bambino alla nascita con immunoglobuline e vaccino.

6 Che tipo di vaccino viene oggi somministrato agli adulti?

Il vaccino ricombinante ottenuto con l'ingegneria genetica.

7 Prima della vaccinazione vale la pena di fare un test per la ricerca di anticorpi antiviral?

Il test si può fare ed è utile soprattutto per i soggetti a rischio perché, se sono negativi, fanno la vaccinazione; se sono positivi ed hanno un'epatite cronica possono essere trattati.

8 Quante somministrazioni richiede il vaccino?

Tre somministrazioni, la seconda e la terza a uno e sei mesi dalla prima.

9 Chi si è già vaccinato ha bisogno di un richiamo?

Per ora soggetti sani, bambini o giovani adulti, che sono stati vaccinati regolarmente, non hanno bisogno di un richiamo. Anche se il soggetto perde gli anticorpi, conserva la "memoria" immunologica e, nel caso incontrasse il virus, è capace di produrre anticorpi di difesa. Questo dicono le ricerche che hanno studiato quello che succede fino a vent'anni dalla vaccinazione. Quello che succederà dopo questo periodo andrà ancora studiato.

10 I bambini cui è stato somministrato il vaccino esavalente Hexavac poi ritirato dal commercio nel 2005 per prudenza perché ritenuto meno immunogenico, per l'epatite, rispetto all'Infarix Hexa (l'unico attualmente disponibile) devono ricevere un richiamo?

No, questi bambini si devono

considerare protetti. Uno studio, condotto da Alessandro Zanetti del Dipartimento di Igiene dell'Università di Milano, ne ha confermato l'efficacia a distanza di cinque anni dalla somministrazione. Per il futuro, saranno necessari altri studi.

Epatite C



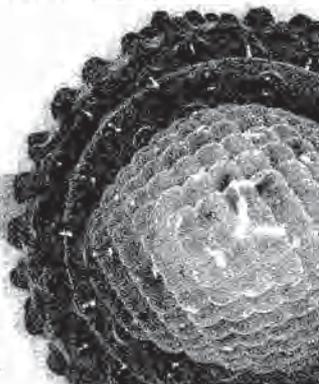
170 milioni

Le persone nel mondo che hanno un'epatite C cronica



9 milioni

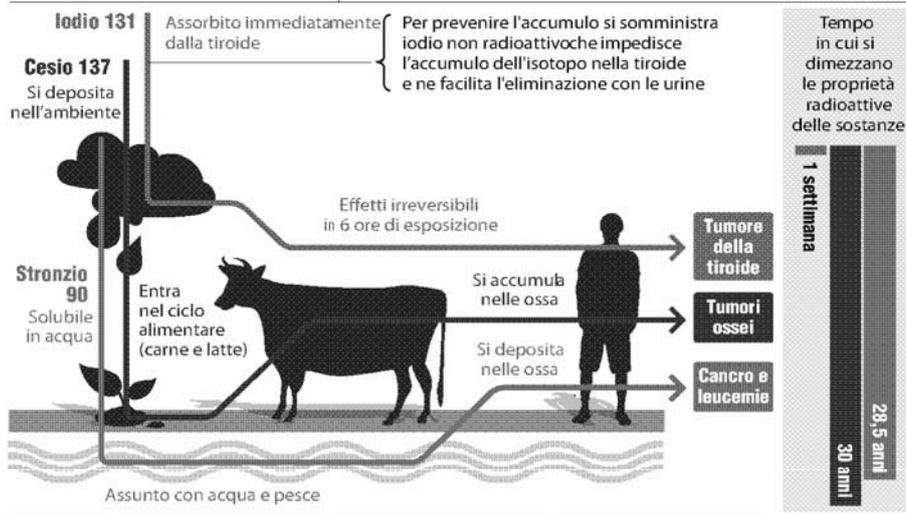
Le persone con epatite C cronica in Europa



D'ARCO



Gli agenti contaminanti Effetti delle sostanze disperse in seguito a fuga radioattiva



ANSA-CENTIMETRI

ANALISI NESSUN PROBLEMA PER L'ITALIA. LE ANALISI DEL CNR

Vegetali a foglia larga gli alimenti più a rischio

L'Italia aumenta i controlli sull'import

● Con i livelli di radioattività «superiori ai limiti legali» riscontrati in Giappone nel latte prodotto nei pressi della centrale nucleare di Fukushima e negli spinaci coltivati nella vicina prefettura di Ibaraki nonché le tracce di iodio radioattivo nell'acqua di rubinetto a Tokyo, ecco una mappa dei rischi a tavola legati al nucleare. «Rischi appunto, e non effetti certi» come ha sottolineato il direttore dell'Istituto di fisiologia clinica del Cnr Eugenio Picano: le eventuali conseguenze – ha detto – di natura oncologica dipendono dalla dose, la lontananza dalla fonte di emissione, e dalla durata dell'esposizione a radiazioni degli alimenti assunti, con i bambini e le donne più a rischio rispetto alla categoria degli uomini adulti.

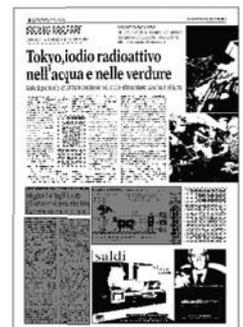
Dalle fughe radioattive legate alle centrali nucleari nipponiche messe ko dal terremoto e dallo tsunami dell'11 marzo «nessun rischio» si paventa per l'Italia, afferma il nostro **ministero della Salute** che, sui rischi teorici legati all'import di cibo dal Giappone, ha disposto l'aumento dei controlli soprattutto su pesci, crostacei, caviare, soia, alghe, tè verde. Mentre sono «pari allo zero» rassicura Coldiretti le importazioni di latte e spinaci Made in Japan.

«Se si sospetta di essere stati

esposti a radiazioni – sono le indicazioni della Protezione Civile nei casi di rischio nucleare – è importante riporre gli alimenti in contenitori chiusi o in frigorifero, e mettere al riparo il bestiame fornendogli foraggio di magazzino».

E' buona prassi di precauzione, come avvenne per l'emergenza Cernobyl, evitare di mangiare i vegetali fresco a foglia larga, come appunto gli spinaci, broccoli, cavolfiore e l'insalata, e il latte e la carne degli animali che si nutrono di questi vegetali coltivati a cielo aperto.

Per lo iodio, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa), in un parere del 25 gennaio 2005, ricorda che «tra gli alimenti ottenuti da animali terrestri sono latte e uova a mostrare le maggiori concentrazioni di iodio. Ancora l'Efsa, in un parere scientifico del 29 maggio 2009, ricorda che l'uranio può essere presente nell'acqua, nell'aria, negli alimenti e nei mangimi a concentrazioni variabili, per emissioni dell'industria nucleare. Circa un terzo dell'uranio assorbito rimane nell'organismo: nell'uomo per 180-360 giorni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha stabilito in 0,6 æg/kg di peso corporeo al giorno l'assunzione giornaliera di uranio tollerabile.



Niente allarmismi sulla tavola italiana

EFFETTI DEL DRAMMA IN GIAPPONE

La situazione in Giappone non è per niente tranquillizzante quantunque ieri siano giunte notizie migliori sul raffreddamento del reattore dalla centrale di Fukushima. L'allacciamento elettrico è riuscito e quindi sarà più semplice proseguire nelle operazioni di spegnimento degli incendi divampati attorno ai due reattori. La popolazione giapponese è angustata, ma quella della contaminazione dei cibi, in un panorama di morte e devastazione causato dallo tsunami - come riferisce il nostro inviato Stefano Carrer - sembra essere l'ultimo dei loro problemi. Sembra invece essere diventato un problema nel resto del mondo. *Cibi contaminati: gli spinaci, il latte, il sushi...* In questi giorni abbiamo letto e visto castronate allarmiste di ogni genere. Non siamo alle foglie larghe di Chernobyl, ma poco ci manca. Le importazioni di beni alimentari italiane dal Giappone sono vicine allo zero: tredici milioni di euro. *Se il problema è il pesce fresco si può controllare l'origine.* Non ci sono pericoli, almeno in questi giorni. *C'è la remota ipotesi che il vento trasporti particelle contaminate.* La remota ipotesi nei prossimi giorni.



Medici, doveri diversi

Paziente informato sui fatti

Il paziente informato reclama medici meno frettolosi

Nell'immaginario collettivo quando si tocca il tema del rapporto medico-paziente le prime immagini che vengono alla mente sono quelle del film cult "Il medico delle mutue". Poco tempo da dedicare all'incontro, linguaggio non sempre comprensibile, poco spazio per gli aspetti psicologici ed individuali. Ovviamente, era solo finzione, ma alcuni aspetti meritano ancora la nostra attenzione. Quel tipo di medico, ammesso che sia mai stato reale, oggi non esiste più, così come non esiste più quel tipo di paziente, passivo e remissivo che consegnava la propria salute al medico, unico depositario della scienza. Da anni, e non solo in Italia, è in atto una profonda trasformazione che vede, in primis, proprio la riappropriazione da parte degli individui e delle famiglie della responsabilità nei confronti del proprio benessere. Questo processo di riappropriazione si intreccia e si accavalla con la più tradizionale cultura di stampo garantista della protezione "dovuta" da parte delle istituzioni e del totale rispetto dell'autorità medica.

«Non esiste più il paziente di una volta!». Si è affacciato sulla scena un pazien-

te critico, un paziente che pretende di sapere, di essere informato, di partecipare attivamente ai processi di salute che lo riguardano. Grazie alle fonti di informazione, che sono molteplici e alla portata di tutti, il paziente arriva all'incontro con il medico preparato, informato e, non di rado, fuorviato. Infatti le informazioni raccolte non sempre sono chiare o attendibili e anche i mass media a volte tendono a diffondere informazioni allo scopo di essere graditi ai lettori senza preoccuparsi dell'impatto che tali notizie hanno sul pubblico.

Il tutto ci riporta alla questione centrale dalla quale siamo partiti, quella del rapporto tra operatore sanitario/medico da un lato e paziente/famiglia dall'altro.

Se una certa autonomia del paziente e del suo entourage familiare può essere salutata positivamente, soprattutto quando permette una maggiore responsabilizzazione di fronte alla malattia ed alle cure, sempre più spesso si verificano rischi e situazio-



ni gravi, a seguito di una carente relazione/condivisione tra operatori e pazienti, delle linee terapeutiche e di tutti i fattori che vi fanno di contorno, con il risultato di una certa frequenza in termini di fallimento delle strategie di prevenzione, ritardo nella prima diagnosi, fallimento o gravi ritardi delle terapie, maggiori sofferenze per il malato, spreco di risorse, maggiori tensioni sociali. Con queste premesse e coerentemente con il progetto attualmente in corso "Centralità della persona e delle famiglia: realtà o obiettivo da raggiungere?", la Fondazione Cesare Serono intende affrontare il tema della relazione medico-paziente, di cui, per altro si è già occupata. Infatti, lo scorso 14 gennaio, con la partecipazione di autorevoli rappresentanti del mondo scientifico e delle associazioni di pazienti, ha organizzato un incontro dal titolo "La qualità della comunicazione medico-paziente in oncologia". La FCS affronterà ed approfondirà il tema con lo spirito che l'ha sempre contraddistinta: documentare con

dati originali e scientificamente significativi le proprie tesi (da qui la collaborazione con il Censis), avvalersi di personalità di chiara fama e credibilità (da qui il comitato scientifico coordinato dal prof. Elio Guzzanti), coinvolgere tutti i protagonisti con spirito positivo per favorire il dibattito ed il confronto, formulare delle proposte e, se possibile, verificarle sul campo. Ad esempio, mi piacerebbe dare una risposta ai seguenti quesiti:

1. Quanto pesa la qualità della relazione medico-paziente e quella della relativa comunicazione sulla gestione delle patologie e delle relative cure?
2. Quali sono i fattori che incidono sulla responsabilità clinica, da ambo le parti interessate?
3. Quali i possibili percorsi per migliorare la situazione? Vi do appuntamento a quando il progetto avrà qualche cosa da dire, che sono certo, sarà di grande interesse.

Gianfranco Conti
direttore Generale
della Fondazione
Cesare Serono



Malati & malattie

Gloria Saccani Jotti

Trapianto di rene da un donatore vivente con sangue incompatibile

A metà dicembre 2010 è stato eseguito un trapianto renale da donatore vivente AB0 incompatibile, cioè con incompatibilità di gruppo sanguigno tra il donatore ed il ricevente, presso il Centro trapianti renali dell'Azienda ospedaliera-universitaria San Giovanni Battista - Molinette di Torino. Nel caso specifico la moglie (48 anni) di gruppo A ha donato il rene al marito (58 anni) di gruppo 0, affetto da insufficienza renale a causa di una «glomerulonefrite», in trattamento dialitico da quasi due anni ed in lista di attesa per trapianto da donatore cadavere dall'ottobre 2009. Dopo l'intervento l'organo trapiantato ha ripreso immediatamente la sua funzione, non si sono avuti episodi di rigetto e, ad oggi, dopo circa due mesi, il ricevente ha un rene perfettamente funzionante che gli permette di non eseguire più la dialisi. L'incompatibilità di gruppo sanguigno - in maniera analoga alle trasfusioni di sangue - costituisce una controindicazione al trapianto renale, poiché comporta un'immediata aggressione dell'organo trapiantato da parte degli anticorpi che ciascun individuo possiede naturalmente verso i gruppi sanguigni non compatibili con il suo (esistono gruppi sanguigni di tipo A, B, AB e 0 e le persone hanno

anticorpi diretti o contro il gruppo B o A o contro entrambi). Tale aggressione determina una reazione di rigetto immediata molto grave, con perdita irreversibile della funzione renale. Affinché ciò non avvenga è necessario sottoporre il ricevente ad un trattamento cosiddetto «desensibilizzante» (vale a dire di rimozione degli anticorpi potenzialmente dannosi al trapianto), che ha avuto inizio circa un mese prima dell'intervento e che si basa sulla somministrazione di nuovi farmaci immunosoppressori, che bloccano la produzione di questi anticorpi, sia sull'uso di «aferesi» (tecniche di trattamento del sangue), che sono in grado di rimuovere in modo selettivo gli anticorpi diretti contro il gruppo sanguigno estraneo. Proprio questo particolare protocollo, sviluppatosi negli ultimi anni, è quello che è stato adottato a Torino. Condizione molto importante è che il trapianto venga eseguito quando gli anticorpi sono stati quasi del tutto eliminati dal sangue del ricevente. In questo caso il trapianto AB0 incompatibile ha le stesse probabilità di riuscita e durata.

gloriasj@unipr.it



Farmaci per la prostata somministrati a donne, denunciato dalla Gdf un medico

□ Un medico di Martina Franca avrebbe prescritto in modo indebito, a carico del Servizio Sanitario nazionale, farmaci denominati Ominic e Finasti utilizzati per la cura della ipertrofia prostatica benigna a due pazienti di sesso femminile. L'uomo è stato denunciato, unitamente ad altre quattro persone, al termine di controlli della Guardia di Finanza di Martina Franca agli ordini del capitano Carmelo Salamone condotti in applicazione di una convenzione stipulata con la Regione Puglia per la repressione delle frodi ai danni del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riguardo ai comparti dei 'maggiori medici prescrittori e della esenzione ticket. I farmaci Ominic e Finasti sono prescrivibili per uso 'off label', cioè al di fuori delle indicazioni terapeutiche contenute nel foglietto illustrativo, esclusivamente con ricetta bianca e quindi a totale carico del paziente. Inoltre, come riportato nelle indicazioni terapeutiche del Ministero della Salute, i farmaci sono controindicati per l'uso da parte delle donne, sebbene esistano in commercio lozioni non prescrivibili a base del principio attivo "Finasteride per la cura dell'alopecia femminile molto costose (circa 100 euro per soluzioni da 1 milligrammo). Per quanto riguarda i controlli sulla esenzione ticket, finalizzati a verificare la sussistenza dei requisiti necessari per il diritto alla facilitazione nell'ambito di prestazioni specialistiche ambulatoriali, sono state scoperte due persone che si sono dichiarate disoccupate e è risultato che possiedono redditi rilevanti.

