

Rassegna del 10/06/2010

TEMPO ROMA - Aborto, la Regione mette ordine - Di Mario Daniele	1
MESSAGGERO CRONACA DI ROMA - Aborto farmacologico, oggi le linee guida - ...	2
E POLIS ROMA - Sanità - Pillola Ru486, 3 giorni di ricovero. Polverini: fuga in avanti del Grassi - mr	3
METRO ROMA - Ru486, oggi linee guida per il Lazio - ..	4
LIBERO ROMA - Ru 486, oggi il varo delle linee guida regionali - ...	5

La giunta approva oggi le linee guida per il Lazio. La Polverini: «Quella del Grassi è una fuga in avanti»

Aborto, la Regione mette ordine

Ostia La pillola Ru486 verrà somministrata per la prima volta

Daniele Di Mario

d.dimario@iltempo.it

■ La giunta regionale varrà oggi le linee guida per la somministrazione della pillola abortiva RU486. Ad annunciarlo è stata ieri da Bruxelles la governatrice Renata Polverini, come anticipato da Il Tempo. Insomma, la Regione oggi porrà fine al far west venutosi a creare con la «fuga in avanti» dell'ospedale Grassi di Ostia che oggi - unico ospedale nel Lazio: negli altri nosocomi la somministrazione non è iniziata - per primo utilizzerà la RU486 su una paziente romana le cui condizioni di salute scongiurerebbero l'intervento.

La giunta è stata convocata per le 15; alle 16 la Polverini illustrerà alla stampa le linee guida regionali e il prontuario ospedaliero del Lazio. Per quanto riguarda la degenza in ospedale in caso di somministrazione della RU486, la governatrice ha anticipato che il documento prevederà il ricovero obbligatorio di tre giorni in ospedale e che le linee guida garantiranno l'applicazione della «legge 194». «Quella dell'ospedale di Grassi di Ostia - ha detto - è una fuga in avanti, perché evidentemente erano venuti a conoscenza dell'imminente approvazione da parte della Regione Lazio delle linee guida».

«La presidente Polverini si decide, dopo le nostre sollecitazioni, a prendere una posizione sulla somministrazione della RU486 e a porre fine al caos che regna nel sistema sanitario regionale. Ma lo fa in modo sbagliato e ideologico - commentano i consiglieri regionali di Sinistra Ecologia e Libertà Luigi Nieri e Filiberto Zaratti - Il ricovero obbligatorio delle donne che assumeranno

la RU486 è una scelta che non tiene conto del parere della comunità scientifica e della reale volontà delle donne che subiranno, in questo modo, una odiosa imposizione. È una posizione ideologica». Per i consiglieri del Pd Enzo Foschi e Roberta Agostini quella del Grassi «non è stata una fuga in avanti», ma «una risposta concreta e responsabile alle esigenze delle pazienti».

Pronta la replica del centrodestra. Per Isabella Rauti (Pdl) «se posto al di fuori delle linee guida del ministero della Salute, che ne prevedono l'utilizzo nell'ambito della legge 194» l'uso della RU486 potrebbe diventare «una raccapricciante scorcioia ed essere usata come anticoncezionale». Per Olimpia Tarzia (Lista Polverini) si tratta di un «aborto a tutti gli effetti e la posizione di Sinistra Ecologia e Libertà è ideologica», mentre per Francesco Storace (La Destra) «è comprensibile che la sinistra pretenda di avere ragione sulla pillola RU486. Meno seria appare la pretesa di Nieri e Zaratti di imporre alla Polverini di fare quello che dicono loro».



Primo caso al Grassi di Ostia: la giunta decide di emanare le indicazioni

SANITÀ

Chiara Colosimo (Pdl): «La maggioranza favorisce la natalità e le giovani coppie»

Aborto farmacologico, oggi le linee guida

La presidente Polverini: «Obbligo di ricovero per tre giorni»

«Ho convocato la giunta regionale nel corso della quale saranno varate le linee guida per la somministrazione negli ospedali della Ru486». Con queste parole la presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, ha preannunciato il punto più importante all'ordine del giorno della giunta di oggi. Sulla pillola abortiva, in queste ore, si è scatenata la polemica. Dall'Italia dei Valori ha osservato la consigliere Giulia Rodano, parlando del caso dell'ospedale di Ostia: «La Asl Roma D fa bene a utilizzare la pillola Ru486. Questa struttura lo sta facendo nell'ambito del protocollo col ministro Sacconi, che per me è iniquo ma è in vigore. La pillola è un diritto e se non si fa usare siamo davanti a un boicottaggio dei diritti delle donne e dei medici. Tra l'altro la pillola Ru486 fa già parte del prontuario nazionale, non serve quello regionale: è anzi un pieno dovere delle Asl utilizzarla. Presenteremo dunque una mozione nella quale chiederemo l'immediato avvio dell'uso della pillola e chiederemo inoltre all'Asp come consideri dal punto di vista dell'appropriatezza, un ricovero di tre giorni per un aborto farmacologico». Ma la presidente Polverini ieri ha insistito sulla necessità dei tre giorni di ricovero: «Le linee guida prevederanno il ricovero obbligatorio di 3 giorni in ospedale e garantiranno l'applicazione della legge 194. Quella dell'ospedale di Grassi di Ostia è una fuga in avanti, perché evidentemente erano venuti a conoscenza dell'imminente approvazione da parte della Regione Lazio delle linee guida». A sostegno delle scelte della Polverini anche il presidente dei senatori del Pdl, Maurizio Gasparri.

Aggiunge una consigliere regionale del Pdl, Chiara Colosimo: «E' urgente deliberare sul tema ripor-

tando l'utilizzo della pillola abortiva all'interno della legge 194, evitando così che il vuoto legislativo permetta ai medici di scegliere in autonomia in quali casi somministrare il farmaco. Fermo restando, che in ogni caso, la politica

della nostra giunta deve essere orientata verso la vita, favorendo la natalità e le giovani coppie». Da Sinistra Ecologia e Libertà attaccano Luigi Nieri e Filiberto Zaratti: «Il ricovero obbligatorio delle donne che assumeranno la Ru486 è una scelta che non tiene conto del parere della comunità scientifica e della reale volontà delle donne che subiranno una odiosa imposizione. Si tratta di una decisione che contraddice il piano predisposto dalla stessa Polverini. Come spiegherà ai cittadini che, mentre la Regione taglia circa 2500 posti letto (circa 930.000 giorni di ricovero), ci potrebbero essere 48.000 giorni in più di ricoveri ospedalieri (circa il 5% del totale) inappropriati e quindi evitabili? Abbiamo depositato in Consiglio regionale una mozione attraverso la quale si chiede che non venga recepita l'obbligatorietà del ricovero ospedaliero».

**CRITICHE
DALLA MINORANZA**

«Il ricovero forzato è una odiosa imposizione»



Sanità

■ ■ Oggi le linee guida per la Ru486. L'alt della Giunta: fuga in avanti del Grassi. P. 17

Regione. Oggi la giunta del Lazio voterà le linee guida per la somministrazione del farmaco abortivo

Pillola Ru486, 3 giorni di ricovero Polverini: fuga in avanti del Grassi

Montino scrive a Berlusconi: «La manovra, uno tsunami». La replica: colpa vostra

■ ■ Oggi la giunta regionale indicherà le linee guida per la somministrazione della pillola abortiva Ru486: secondo Renata Polverini, presidente della Regione Lazio, l'ospedale Grassi di Ostia ha fatto «una fuga in avanti», forse per essere venuti a conoscenza del varo delle indicazioni che in pratica, ricalcano le direttive del ministero, ovvero il ricovero così come richiesto dalla legge 194.

UN ANNUNCIO, questo, che non piace all'opposizione. Perché se Maurizio Gasparri, presidente dei senatori del Pdl, assicura che la Polverini «farà rispettare la legge», secondo Sel quella della presidente è stata «una scelta ideologica». «Come spiegherà ai cittadini che, mentre la Regione taglia circa 2500 posti letto ci potrebbero essere 48mila giorni in più di ricoveri ospedalieri (circa il 5% del totale) inappropriati e quindi evitabili?», si chiedono Filiberto Zarrati e Luigi Nieri. «La Asl Roma D fa bene a utilizzare la pillola Ru486», commenta Giulia Rodano, consigliere dell'Idv alla Regione. «La pillola Ru486 fa già parte del prontuario nazionale, non serve quello regionale: è anzi un pieno dovere delle Asl utilizzarla. Presenteremo dunque una mozione nella qua-

le chiederemo l'immediato avvio dell'uso della pillola». Gemma Azuni, capogruppo di Sel, consiglia alla Polverini di chie-

dere al governo più soldi per i consultori, «affinché possano continuare a svolgere azioni di prevenzione, accompagnamento e presa in carico per tutte le donne ma soprattutto per quelle socialmente fragili e migranti». Anche le donne del Pd fanno un appello alla governatrice: «se la Presidente Polverini intende emanare delle linee guida, lo faccia e presto. Dal momento che le linee guida annunciate sono la copia esatta di quelle ministeriali, ogni ulteriore ritardo può essere solo motivato dalla volontà di privare le donne del Lazio di un diritto stabilito dalla legge 194».

MA C'È ANCHE la questione della sanità e del piano di rientro a tenere in piedi le barricate tra maggioranza e opposizione. Da una parte, il capogruppo del Pd Esterino Montino, scrive a Silvio Berlusconi. Una lettera «per evitare che a causa del silenzio irresponsabile della presidente, di tutto il Pdl e dei suoi alleati sulla situazione della sanità del Lazio, nelle tasche dei cittadini di questa regione si scarichi a breve l'onda d'urto di uno tsunami fiscale». Prosegue Montino: «Ho chiesto a Berlusconi di intervenire attraverso i ministri competenti affinché il Tavolo tecnico, nel valutare i decreti, tenga conto del contesto generale, usi un metro meno rigido di quello applicato a noi

negli ultimi tre anni, così da permettere lo sblocco, anche se in extremis, dei fondi Fas necessari ad evitare l'aumento delle tasse». In serata arriva la risposta della governatrice, in una nota della Regione: «Il Lazio ha rischiato l'aumento delle tasse solo a causa delle inadempienze della passata amministrazione di centrosinistra - scrive -. La presentazione del nuovo piano di rientro sanitario invece va nella direzione opposta, proprio per evitare che questo accada. Il nuovo piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è stato messo in campo proprio per consentire di sbloccare i fondi Fas e non far scattare ulteriori incrementi delle aliquote fiscali che, lo ricordiamo, sono già ai livelli più alti rispetto alle altre regioni italiane». ■ ■ M.R.

Il dato

Oggi la sentenza Tar

■ ■ Ci sarà oggi la sentenza del

Tar dopo i ricorsi con i quali si chiede l'annullamento dei provvedimenti che hanno aumentato da 70 a 73 il numero dei consiglieri regionali. I ricorsi, presentati dal Movimento per la difesa del Cittadino (Mdc) e dal consigliere regionale del Pd ed

ex vicepresidente della Giunta regionale del Lazio, Esterino Montino, insieme con molti dei consiglieri del Pd eletti dopo la consultazione elettorale del 28 e 29 marzo scorsi, chiedono l'annullamento dei verbali con i quali, sono stati attribuiti ulteriori seggi nelle circoscrizioni di Latina e Frosinone e di Viterbo.



Ru486, oggi linee guida per il Lazio

► La Polverini: "Obbligatorie tre giorni di ricovero" ► Codici: "Bene"

REGIONE Saranno varate oggi le linee guida per la somministrazione, negli ospedali di Roma e del Lazio, della pillola abortiva conosciuta come "Ru486". Ad annunciarlo, il Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, interpellata dai giornalisti a margine di una riunione a Bruxelles del Comitato delle Regioni. La governatrice ha anticipato un punto in particolare: il ricovero obbligatorio di 3 giorni in ospedale in seguito all'assunzione della pillola. «Siamo soddisfatti per quanto dichiarato dal Presidente del Lazio, siamo d'accordo con l'obbligatorietà del ricovero ospedaliero - commenta Ivano Giacomelli, Segretario Nazionale del Codici - è importante che le donne che ricorrono al farmaco per abortire siano adeguatamente tutelate e sotto controllo medico». «Tuttavia -

Il caso Grassi

La Polverini ha ritenuto «quello dell'ospedale Grassi di Ostia una fuga in avanti», forse per essere venuti a conoscenza del varo delle linee guida. La presidente ha quindi sottolineato che l'ospedale si dovrà allineare «alle direttive del Ministero».

prosegue Monia Napolitano, sociologa dell'associazione - si presenta la necessità di avviare una seria campagna di informazione nelle scuole medie e superiori al fine di aiutare i giovani a capire quelli che sono gli effetti post RU486, in quanto non è un semplice anticoncezionale, ma un farmaco che ha una funzione molto importante che potrebbe incidere anche sul percorso di vita». ● **METRO**



Ma il Grassi di Ostia è già partito

Ru 486, oggi il varo delle linee guida regionali

■ ■ ■ «Ho convocato per domani (oggi ndr) la giunta regionale per varare le linee guida per la somministrazione negli ospedali della Ru486». Il presidente della Regione Lazio Renata Polverini da Bruxelles interviene sulla questione della pillola abortiva che ha "debuttato" tra le polemiche nel Lazio all'ospedale Grassi di Ostia, a margine dell'insediamento del Comitato delle Regioni a Bruxelles, in merito alla pillola abortiva. Quanto al ricovero, la Polverini ha anticipato che le linee guida prevedranno il ricovero obbligatorio di 3 giorni in ospedale e che garantiranno l'applicazione della «legge 194».

«Quella dell'ospedale di Grassi di Ostia - ha detto il presidente - è una fuga in avanti, perché evidentemente erano venuti a conoscenza dell'imminente approvazione da parte della Regione Lazio delle linee guida». Le repliche, ovviamente, non mancano. Non si tratta di una fuga in avanti ma di una risposta concreta e responsabile, da parte dell'ospedale Grassi alle esigenze delle pazienti, dichiarano in una nota i consiglieri del Pd, Enzo Foschi, alla regione Lazio e Roberta Agostini, alla provincia di Roma, «Una risposta, quella di somministrare la pillola abortiva Ru 486 nell'ospedale di Ostia - hanno spiegato Foschi e Agostini - che si attiene, nella sostanza e nella modalità, a quanto prevede attualmente in materia il ministero della Salute. Niente di più. Gli operatori sanitari dell'ospedale Grassi, infatti, hanno semplicemente compiuto coscientemente il loro lavoro rispondendo a quanto professionalmente sono chiamati a fare.»



FIOCCO VANITY

Neris, 40 anni,
e Alberto, 41,
portatori sani
di una malattia
genetica fatale,
che ha causato
la morte della
loro prima figlia.
Pietro, 4, è sano.

CINQUE ANNI FA,
IL REFERENDUM
NON SEPPE BLOCCARE
LA LEGGE 40.
CINQUE ANNI DOPO,
A SORPRESA, SONO
STATE LE SENTENZE
A CAMBIARE LE NORME
SULLA FECONDAZIONE
ASSISTITA. DIETRO,
IL CORAGGIO
DI UOMINI E DONNE.
NERIS E ALBERTO,
PER ESEMPIO

di Veronica Bianchini
foto Samuele Pellicchia

Volevamo un figlio
VIVO





Cinque anni fa, una battaglia civile tutta in salita. Appoggiata, tra gli altri, da questo giornale. Culminata, prevedibilmente, nella sconfitta – a causa dell'ostilità della Chiesa e dell'astensionismo predicato da gran parte del centrodestra – ai referendum abrogativi del 12-13 giu-

gno: la Legge 40 sulla fecondazione assistita, entrata in vigore un anno prima e subito contestata per le sue limitazioni alla libertà, restava in vigore.

La bella sorpresa è che, dove non riuscirono i referendum, sono arrivati i magistrati. Pochi sanno che, cinque anni dopo, resta ben poco di quella legge, smantellata pezzo per pezzo da sentenze e ricorsi. E, dietro le sentenze e i ricorsi, le storie di dolore e di coraggio di persone vere. Ecco – raccontate da quelle persone – le storie che hanno «smontato» la Legge 40.

13 GENNAIO 2010

Il Tribunale di Salerno ordina al ginecologo Domenico Danza di procedere, su una coppia fertile ma portatrice di una malattia genetica fatale (Atrofia muscolare spinale di tipo 1, in sigla Sma1), alla fecondazione assistita con la diagnosi preimpianto dell'embrione. Ipotesi che, nella stesura originale della Legge 40, sarebbe stata doppiamente vietata. E se uno dei due divieti (quello della diagnosi preimpianto) era caduto con le Nuove linee guida del 2008, le coppie fertili restavano escluse dalla fecondazione assistita. Prima della sentenza, cioè, Neris e Alberto, in quanto fertili, non potevano accedere alla fecondazione, quindi alla diagnosi, quindi al diritto di mettere al mondo un figlio sapendo che non è già condannato.

Neris: «Quando è nata, Beatrice era bellissima. Occhioni enormi, paffuta. Sembrava perfettamente sana. Quasi subito però ho avuto l'impressione che qualcosa non andasse: sgambettava poco, la pancia mi sembrava gonfia. Il pediatra continuava a rassicurarmi: "Lei è una mamma troppo apprensiva". Ma la situazione non migliorava: l'abbiamo portata all'ospedale di Brescia per una visita più approfondita».

Alberto: «Avevamo intuito che c'era qualcosa di grave, ci stavamo preparando. L'handicap non ci spaventava. Pensavo: da noi ci sono troppe scale, cambieremo casa. Avrà bisogno di assistenza, le staremo accanto. Ma poi è arrivata la diagnosi con quella sigla, "Sma", una malattia genetica di cui – senza saperlo, perché nelle nostre famiglie non c'erano precedenti – eravamo entrambi portatori. Nei bambini colpiti, i muscoli non si sviluppano, anzi si indeboliscono progressivamente, ostacolando l'alimentazione, la deglutizione e la respirazione fino alla morte per soffocamento, entro i primi dodici mesi».

Neris: «Lo shock è stato enorme. Siamo usciti dall'ospedale senza sapere più che fare, con un'unica



Paolo, 38 anni, e Monica, 34. L'anno scorso, a marzo, il primo tentativo di fecondazione assistita. Al terzo ce l'hanno fatta: avranno un bambino.

certezza: la nostra bambina non sarebbe sopravvissuta. All'inizio ci siamo sentiti impotenti: non sai come dare da mangiare al tuo bambino, hai paura di tenerlo in braccio perché sembra di pezza. Poi abbiamo capito che dovevamo riprenderci il nostro ruolo di genitori, e rendere la vita di nostra figlia, per quanto breve, la migliore possibile. Non potevamo cambiarne la quantità, ma la qualità sì. Grazie all'aiuto di un centro a Milano, il Sapre, abbiamo imparato a usare l'aspiratore per aiutarla nella deglutizione, il sondino naso-gastrico per nutrirla, l'ossigeno per farla respirare. Beatrice non è mai stata ricoverata, conoscevamo il suo destino, ma volevamo che in quel tempo che le era concesso stesse sempre accanto a noi: se n'è andata tra le nostre braccia. Ci mancava tantissimo, e qualche mese dopo abbiamo deciso di provare ad avere un altro figlio. Purtroppo la Legge 40, già entrata in vigore, ci chiudeva tutte le porte. Speravamo, però, che ci aiutasse la statistica: da portatori sani, abbiamo solo il 25 per cento di possibilità di avere un bambino malato. Ci era già successo: non doveva accadere ancora. Quando sono rimasta incinta, ho passato i primi tre mesi, in attesa di poter fare il test genetico, come in apnea. Non aprivo gli occhi durante le ecografie, non volevo vederlo. Fatto il test, ho dovuto aspettare quindici giorni. Poi, quella telefonata: "Signora, venga in ospedale". Avevo già capito. Ho dovuto interrompere la gravidanza. Dopo quello che ci era già successo, affrontare un aborto è stata durissima. Per fortuna, e per caso, due mesi dopo sono ri-

masta di nuovo incinta. Ed è nato Pietro, il nostro miracolo. Nemmeno portatore sano».

Alberto: «Ricordo il momento preciso in cui mi hanno chiamato per darmi l'esito del test: "Devo darle una bella notizia, il bambino è sano". Siamo corsi dalla ginecologa e ho detto: "Quanto vuole per fare un'ecografia la più lunga possibile? Voglio vedere mio figlio"».

Neris: «La decisione di fare ricorso per poter accedere alla fecondazione assistita e alla diagnosi preimpianto – attraverso l'avvocato Filomena Gallo, che ci ha assistiti gratuitamente – l'abbiamo presa dopo una seconda interruzione di gravidanza, nel 2008, perché aspettavo di nuovo un bambino malato, e dopo un successivo aborto spontaneo. Ci hanno accusato di eugenetica, di volere un figlio perfetto, tutto quello che vogliamo è un figlio che possa vivere. Dopo un lutto e tre interruzioni di gravidanza, non possiamo sopportare oltre. Ci piacerebbe dare un fratellino a Pietro, ma adesso la nostra è anche una battaglia di principio: non vogliamo che altre coppie debbano affrontare quello che abbiamo attraversato noi».

Neris e Alberto, finalmente, stanno per sottoporsi a un trattamento di fecondazione assistita con diagnosi preimpianto. In Italia.

MAGGIO 2010

Gli avvocati Gianni Baldini e Filomena Gallo hanno depositato numerosi ricorsi contro il divieto, previsto dalla Legge 40, alla fecondazione eterologa (con do-

nazione di seme o ovulo di una persona esterna alla coppia), che è permessa in molti altri Paesi europei. Un mese prima, la Corte Europea ha giudicato il divieto assoluto all'eterologa «incompatibile» con la Convenzione europea dei diritti dell'Uomo, perché infrange il diritto alla vita familiare e il divieto alla discriminazione. Marta e Luciano (i nomi sono di fantasia) sono una delle coppie che si è rivolta ai due avvocati.

Marta: «Lo sa che al Referendum del 2004 avevo votato contro l'eterologa? Mi sembrava "innaturale". Per capire davvero le cose, bisogna viverle sulla propria pelle. Luciano e io abbiamo fatto un percorso classico: fidanzamento, convivenza, matrimonio. Dopo qualche anno ci è venuta voglia di allargare la famiglia, ma passano i mesi e niente. Un esame, un altro, un altro ancora. Infine, l'ultima telefonata: menopausa precoce. Mi sono sentita morire, ero al lavoro, mi sono chiusa in bagno e sono scoppiata a piangere. Nonostante avessi un ciclo assolutamente regolare, a 36 anni non potevo più avere figli.

«Abbiamo fatto un tentativo con la stimolazione ormonale: per me era come acqua fresca, non ho mai prodotto un ovulo. Ho chiesto ai medici di indirizzarmi verso qualche centro all'estero dove fosse possibile l'ovodonazione, ma loro mi rispondevano che non potevano darmi certe informazioni. La mia salvezza è stato Internet. Abbiamo scelto la Spagna, un piccolo centro sul mare, un posto tranquillo, dove gli ovuli delle donatrici sono stati fecondati con il seme di mio marito Luciano e poi impiantati nel mio utero. Abbiamo tentato tre volte: la prima e la seconda sono andate male. Quando non avevo più nessuna aspettativa, al terzo tentativo, con un embrione che avevo congelato la volta precedente, sono diventata mamma di Matteo.

«È stata dura, ma sono orgogliosa di tutto quello che ho fatto. Ora mi piacerebbe allargare ancora la famiglia, ma non me la sento di andare di nuovo all'estero, dal punto di vista psicologico ed economico: 15 mila euro non sono uno scherzo se hai un mutuo da pagare e un lavoro precario, se l'ultimo tentativo fosse andato male non so come avremmo fatto ad affrontare di nuovo una simile spesa. E poi credo sia un

mio diritto avere un figlio in Italia, e un diritto di Matteo avere un fratellino. La nostra è una patologia: se ci sono le tecniche, non capisco perché non ci sia permesso di curarci».

1 APRILE 2009

La Corte Costituzionale boccia la Legge 40 nella parte in cui prevede che ci sia «un unico e contemporaneo impianto di embrioni, comunque non superiore a tre», e dispone che lo stesso embrione non possa essere distrutto o congelato. La Consulta ribadisce «l'autonomia e la responsabilità del medico» nello stabilire il numero necessario di embrioni da impiantare, con il fine di ridurre al minimo il rischio per la salute della donna e del feto, e prevede la possibilità di crioconservare, ovvero «congelare», quelli non utilizzati. Grazie a questa sentenza, Monica e Paolo stanno per avere un figlio, finalmente, in piena libertà.

Monica: «Sono incinta da quattro mesi, ma è stato un percorso lungo. Avevo 27 anni quando abbiamo deciso di provare: "Se capita capita". Intorno ai 30 la mia ginecologa, Anna Pia Ferretti del Sisma di Bologna, mi ha consigliato la stimolazione. Apparentemente né io né Paolo avevamo dei problemi, ma a volte basta poco, un fattore psicologico, un po' di stanchezza, lo stress. La situazione però non si sbloccava. L'anno scorso, a marzo, ho fatto il primo tentativo di fecondazione assistita. Mi hanno impiantato tre embrioni, perché la legge non era stata ancora cambiata e dunque non c'era scelta, anche se nel mio caso, vista la giovane età, il rischio di una gravidanza trigemina, con tutte le complicazioni che comporta, era alto: il tentativo è andato male. A ottobre ci ho riprovato. Solita trafila: stimolazione ormonale, monitoraggio, fecondazione, sbalzi d'umore, ansia, imprevisti. Intanto era arrivata la sentenza della Corte Costituzionale: mi hanno impiantato solo due embrioni. Di nuovo male, e dire che ci credevo proprio. A pensarci mi viene ancora il magone. Al terzo tentativo, invece, mentalmente eravamo più leggeri. I medici, del resto, te lo ripetono: "Non pensarci, non concentrarti". E tu ti sforzi e ti sembra di riuscirci, magari poi la mattina ti svegli e hai sognato che tenevi un bambi-



A sinistra, Valeria Savasi del Centro infertilità dell'Ospedale Sacco di Milano, dove per i pazienti sieropositivi viene effettuato il lavaggio del seme.

no per mano. Anche stavolta mi hanno impiantato tre embrioni, non però perché è una legge a stabilirlo, ma perché il medico ha valutato che fosse la scelta migliore, dati i precedenti. Dopo dieci giorni, mi hanno chiamato: "Monica, ce l'avete fatta?".

Paolo: «Quella sera abbiamo pagato da bere a tutto il paese, a momenti devo vendere la macchina».

30 APRILE 2008

Vengono pubblicate le Nuove linee guida sulla procreazione medicalmente assistita. Prevedono che i portatori di malattie virali sessualmente trasmissibili (esclusi dalla Legge 40) possano accedere alla fecondazione. E cancellano il divieto di diagnosi genetica preimpianto. Due cambiamenti che rivoluzionano la vita di Lucia e Marco (i nomi, anche in questo caso, sono di fantasia).

Lucia: «All'inizio non pensavamo di avere figli. Lui era già stato sposato e ne aveva due con la prima moglie, eravamo molto presi dalle nostre carriere. Intorno ai 37 anni, però, ho iniziato a desiderare la maternità, e abbiamo cominciato a provarci. Dopo più di un anno di tentativi a vuoto, abbiamo deciso di sottoporci a qualche esame di routine. E lì lo shock: Marco era sieropositivo. Ci sembrava impossibile. Abbiamo ripetuto tre volte il test: il risultato era sempre lo stesso. Per fortuna io ero ancora sieronegativa: probabilmente Marco era entrato in contatto col virus molti anni prima e la carica virale era bassa. Neppure la sua prima moglie e i suoi due figli erano stati contagiati. Sapevo che, tecnicamen-

te, sarebbe stato possibile avere un figlio con la fecondazione assistita e il lavaggio del seme – il virus è nel liquido seminale, non si "attacca" agli spermatozoi –, ma in Italia la Legge 40 lo vietava. Siamo andati a Bruxelles, e abbiamo fatto diversi tentativi: tutti andati male. Quando ho iniziato avevo già 39 anni, purtroppo la nostra è una corsa contro il tempo. Andare all'estero ci è costato tantissimo, sia in termini economici che di stress. Una volta sono anche riuscita a restare incinta, ma ho perso il bambino prima del terzo mese: non le dico la delusione, il dolore, la frustrazione. Avevamo deciso di smettere. Poi, dopo la pubblicazione delle Nuove linee guida, sono entrata in contatto con la dottoressa Valeria Savasi, del Centro di infertilità dell'Ospedale Sacco, e abbiamo deciso di ritentare.

È il nostro sesto tentativo, e ormai ho 42 anni, ma ancora ci spero. Mi fanno rabbia le persone che parlano di selezione degli embrioni e non capiscono come, per una coppia come la nostra, questa legge sia stata una condanna. Siamo entrambi fertili e avremmo potuto concepire naturalmente, mettendo però a rischio la mia vita e quella del nostro futuro figlio. La scienza ci permette di evitare questo pericolo, lo Stato ha tentato di impedircelo. Riesce a immaginare come sia stato, per mio marito, scoprire contemporaneamente di essere malato e di non poter avere un bambino? Mi scusi ma devo scappare, mi aspettano per l'ecografia. Se tutto va bene, procederemo con il transfer di tre embrioni. Mi faccia gli auguri. Potrebbe essere la nostra ultima occasione».

Rassegna del 10/06/2010

CORRIERE DELLA SERA ROMA - Primo intervento con la pillola Ru486 - ...

1

Oggi a Ostia



Primo intervento con la pillola Ru486

È una gestante proveniente da Roma, la cui identità è coperta dal massimo riserbo, la prima donna che abortirà nel Lazio con la pillola Ru486. Ma la mancanza di linee guida regionali fa scattare alla Regione polemiche roventi tra maggioranza e opposizione. Se il senatore Maurizio Gasparri (Pdl) si dice certo che «il presidente della Regione si farà garante di verificare che la somministrazione della pillola abortiva venga nel pieno rispetto della legge

194», Filiberto Zaratti e Luigi Nieri (entrambi Sel) accusano la governatrice di «prendere una posizione sbagliata ed ideologica sulla somministrazione del farmaco». Replica Isabella Rauti (Pdl): «Sarebbe ideologico usare la pillola Ru486 come una sorta di anticoncezionale». Rincarà la dose Francesco Storace (La Destra): «Per Nieri e Zaratti il voto degli elettori è come la vita umana: basta una pillola».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rassegna del 10/06/2010

GIOIA - E la pillola va giù. Da 50 anni - Zito Marilisa

1

E la pillola va giù. Da 50 anni

di MARILISA ZITO

Mezzo secolo da quando fu lanciata sul mercato americano, nel maggio del '60, un po' meno da quando fu possibile utilizzarla anche in Italia senza incorrere nelle sanzioni del codice penale. E in occasione del Congresso europeo della contraccezione dell'Aja, la Società italiana di ginecologia e ostetricia-progetto "scegli-tu" celebra i 50 anni della pillola con un sondaggio che indaga sul rapporto donne-contraccezione nei primi anni di commercializzazione del prodotto. Interessanti i risultati: la maggior parte del campione - 600 italiane sopra i 40-50- ritiene che la pillola migliori la vita. Lo affermano coloro (15 per cento) che, sfidando mamme (46 per cento), sacerdoti (52 per cento) e mariti (27 per cento) la utilizzarono, in cambio di una sessualità libera e felice; ma anche le altre che non ebbero il coraggio di farlo per paura degli ormoni (31 per cento) o per rispetto della chiesa e del compagno. Di queste, una su due si dice pentita. Il 63 per cento la consiglierebbe alla figlia.

Pillola capace di trasformarsi anno dopo anno insieme alle donne. Spiega infatti Annamaria Paoletti, dell'università di Cagliari: «Le più giovani non si accontentano più della sicurezza contraccettiva, ma chiedono alla pillola di aiutarle a salvaguardare la salute, perfino la bellezza. Di non dover fare i conti con la cellulite. E la pillola si è adeguata a queste esigenze differenziandosi in decine di prodotti sempre più sofisticati e specifici. Oggi si può contare su soluzioni "su misura", in grado anche di prevenire e/o curare moltissimi disturbi. Facendo leva su nuovi progestinici (drospirenone, dienegest), per esempio, si può contrastare la ritenzione idrica, controllare sbalzi d'umore e depressioni, prevenire-curare irsutismo, seborrea, acne, contenere mestruazioni abbondanti e dolorose, a rischio di endometriosi. Senza

contare la novità dell'estradiolo valerato, estrogeno identico a quello prodotto dall'organismo, che consente massima tollerabilità per tutte e specifici vantaggi per le donne in pre-menopausa».

Pillola anche per curare, dunque. Che fa bene, che contrasta le patologie dell'utero e delle ovaie, che fa vivere di più. Come dimostra anche lo studio mondiale condotto su 46mila pazienti



Il futuro nella ricerca

Dal congresso dell'Aja, anche gli scenari futuri della contraccezione. Allo studio, pellicole di gusti diversi che si sciolgono sotto la lingua, nuovi cerotti ultrainvisibili e minispirali sempre meno invasive, pillole all'acido folico e con formulazioni sempre più specifiche contro endometriosi e fibromi uterini. Inoltre, nuove pillole per

24-120 giorni che eliminano la comparsa delle mestruazioni. Con i nuovi contraccettivi ogni donna potrà gestire il ciclo in modo flessibile, fermandolo o facendolo tornare quando vuole. In questo modo potrà liberarsi del fastidio per sempre o in occasioni importanti come gare sportive, viaggi o matrimoni.

dall'università scozzese di Aberdeen e pubblicato sul *British medical journal*, da cui risulta che le morti premature per malattie varie sono di meno nelle donne che le prendono. «Ha rivoluzionato il mondo, ha aperto nuovi sistemi di cura, è il miglior mezzo per prevenire tumori dell'ovaio», conferma Pier Giorgio Crognani, dell'Università di Milano.

Certo, nel mondo si verificano ancora 8

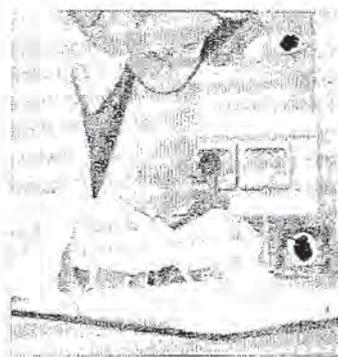
8

milioni di gravidanze indesiderate con 60mila decessi collegati. E in Italia il consumo è fermo al 16,4 per cento, contro il 47 per cento del Belgio, il 42 per cento della Francia, il 51 per cento dell'Olanda, che in questo modo ha quasi azzerato gli aborti e ridotto l'incidenza del cancro alle ovaie. Le sfida quindi è anche nella comunicazione. Un segnale arriva dal boom di vendita di Yaz (la pillola al drospirenone) fra le giovanissime e dall'avanzare di Klaira (estradolo valerato) fra le over 50. Per il resto, il futuro è nella ricerca. ■

«Scoperta la nuova arma anti-malaria»

SYDNEY. Individuata una nuova arma per combattere la malaria. Gli scienziati dell'Istituto di ricerca medica Walter and Eliza Hall di Melbourne hanno, infatti, scoperto che una molecola contenuta nell'eparina, un comune farmaco anticoagulante, blocca all'origine l'infezione delle cellule del sangue. I farmaci correnti contro la malaria agiscono contrastando lo sviluppo del parassita nei globuli rossi del sangue. Il nuovo metodo, invece, si è dimostrato capace di impedire al parassita di entrare nelle cellule, privandolo del rifugio sicuro di cui necessita per moltiplicarsi mentre si

nasconde dalle difese dell'organismo, scrive James Beeson della Divisione infezioni e immunità dell'Istituto, sulla rivista internazionale "Blood". I ricercatori hanno dimostrato che l'eparina, usata per trattare gli emboli, è efficace nell'impedire al parassita *Plasmodium falciparum* di attaccare i globuli rossi. Hanno quindi sviluppato simili molecole che potenziano tale effetto contro il parassita ma senza azione anticoagulante. nei Paesi in via di sviluppo, in particolare nella fascia subsahariana la malattia è ancora tra le prime cause di morte: uccide nel mondo circa un milione di persone l'anno, di cui in massima parte bambini.



Ricercatori australiani, con farmaci anticoagulanti, dicono di poter fermare sul nascere l'infezione



di Mario Pappagallo - foto di Rocco De Benedictis

CERVELLI IN FUGA? IO RESTO

LA SUA SFIDA QUOTIDIANA È STUDIARE LE CELLULE UMANE PER SCOPRIRE COME RIGENERARE IL CUORE. ANNA LEONARDINI UNA PRIMA BATTAGLIA L'HA GIÀ VINTA: FARE MEGLIO DEI GRANDI CENTRI DI RICERCA STRANIERI IN UNA CITTÀ COME BARI. CON POCHI SOLDI E IL PREMIO DI UNA MULTINAZIONALE. E SENZA MAI USCIRE DALL'ITALIA

Trecentosessantamila euro in quattro anni. Spaventata? «No. Dovrò utilizzarli al meglio per portare a termine il mio progetto di ricerca». Gli occhi di Anna sono chiari, nordici, ma non freddi. Lei è nata nel Sud d'Italia. Pugliese doc. Una promessa della scienza che ha una caratteristica rara per i nostri giovani: Anna non è mai andata all'estero a studiare, a frequentare un laboratorio. Forse sarebbe un "cervello in fuga", ma la sua determinazione è tanto forte che, cosa rara, a Bari porterà avanti il suo progetto di ricerca. La sua idea, che ha convinto perfino una multinazionale americana a darle fiducia. E cosa altrettanto rara per il panorama italiano, una volta tanto è stata la meritocrazia a vincere. Novantamila euro all'anno, metà come stipendio. Il resto per gestire la sua ricerca, coinvolgendo se vuole altri giovani.

Intelligente e bella, determinata, segno zodiacale Capricorno, fin da piccola con il desiderio di fare il medico. Figlia di medico? Parenti universitari? «Assolutamente no» risponde sorridendo: «Mio padre è un pen-

sionato, ex maresciallo della Guardia di Finanza, e la mamma insegnante di inglese, anche lei oggi pensionata». Fratelli? Sorelle? «Un fratello. Ingegnere», sottolinea per sgombrare il campo da ogni dubbio. Lei è il primo medico di casa Leonardini. Nata a Monopoli 33 anni fa, il liceo classico le ha dato quelle basi umanistiche che caratterizzavano i medici di un tempo. Poi facoltà di medicina, a Bari. La specializzazione in endocrinologia nella scuola diretta da Francesco Giorgino, presso il Policlinico universitario. Prima intuizione: un buon medico deve essere anche un buon ricercatore. «La ricerca di laboratorio mi ha affascinato alla pari della pratica clinica», ammette. «Per me è stata una vera scoperta». Medico a 360 gradi, dallo studio dei meccanismi cellulari alla cura del paziente.

MEDICINA "PERSONALIZZATA"

Pur non spostandosi mai da Bari è come se avesse frequentato i laboratori di ricerca a Boston oppure nelle storiche università inglesi: il ricercatore clinico o clinico ricerca-



tore è idea di oggi, della medicina del dopo mappatura del genoma umano. Che vuol dire anche medicina "personalizzata". Una barese-anglosassone. Frequentando la facoltà sboccia una passione: l'amore per la ricerca. «Non ci avevo mai pensato. La mia idea era quella di fare il medico tradizionale. Oggi invece sono prevalentemente in laboratorio, ma con l'occhio al paziente». Dicono che cura molto il rapporto con i pazienti. Anche questa peculiarità dimenticata dai medici ipertecnologici di oggi. Il suo direttore, Francesco Giorgino, all'estero c'è

**PUGLIESE DOC, FIGLIA DI UN MARESCIALLO DELLA FINANZA
E DI UN'INSEGNANTE DI INGLESE, PORTERÀ AVANTI IL SUO
PROGETTO "A CASA", MAGARI COINVOLGENDO ALTRI GIOVANI**



PREMIATA
Anna Leonardini,
vincitrice della
borsa di studio
messa in palio
dalla Fondazione
Eli Lilly per la
ricerca medica e
dalla Fondazione
Monte dei Paschi
di Siena

stato. Al Joslin Diabetes Center e alla Harvard Medical School di Boston. Ed è per questo che nella "sua" scuola di endocrinologia può anche accadere che i giovani restino affascinati dalla ricerca.

«La cura del diabete in corsia e in ambulatorio va bene, ma sono tanti i misteri ancora da scoprire su questa malattia...», Anna cerca di spiegare che cosa la affascina del laboratorio dove oggi passa buona parte del suo tempo: «La mia sfida quotidiana è studiare le cellule umane con l'obiettivo di arrivare un giorno a scoprire come miglio-

I RICERCATORI NEL NOSTRO PAESE

34.400

SALDO NEGATIVO

I giovani ricercatori italiani che vanno all'estero. Gli stranieri che fanno ricerca nel nostro Paese sono solo 3.300 (2%). In Gran Bretagna i numeri s'invertono: 30.900 i ricercatori "in uscita", 42.400 gli stranieri che fanno ricerca nel Regno

32

ANCHE I PREMIATI IN FUGA

I ricercatori italiani premiati nel 2009 dallo Starting Grant dell'European Research Council (1 milione e 200 mila euro in media), primi insieme ai tedeschi. Ma oltre la metà ha poi scelto di svolgere la propria ricerca all'estero

4.500

PRECARI DA UNA VITA

I ricercatori precari di lungo corso che in Italia saltano da un contratto a termine di breve durata all'altro, secondo i dati raccolti dalla prestigiosa rivista *Nature*. Con stipendi dimezzati (o più) rispetto a chi lavora all'estero



TRA LE PROVETTE

Anna Leonardini, medico chirurgo specialista in endocrinologia, nel suo laboratorio

rare la qualità di vita o addirittura cambiare l'esistenza delle persone affette da diabete». Sulla vita privata glissa. Sorride, ma difende la privacy. «In futuro tornerò a fare anche il medico in modo tradizionale, ma attualmente lavoro principalmente come ricercatrice di base. Nel poco tempo che non trascorro in laboratorio cerco di migliorare il rapporto con i pazienti attraverso la pratica clinica».

Anna ha una forza particolare. «Non getta mai la spugna», dice chi la conosce. «So che la strada è lunga e piena di ostacoli» dice, «ma io non demordo mai». E ora, con il sostegno della Fondazione Eli Lilly per la ricerca medica e della Fondazione Monte dei Paschi di Siena, potrà svolgere il suo lavoro nel migliore dei modi. Il suo progetto è stato valutato da un board di livello internazionale, secondo il metodo totalmente meritocratico e trasparente della "peer review" che prevede l'assegnazione della borsa di studio al più meritevole tra i progetti presentati e una verifica dello stato di avanzamento dei lavori con valutazione intermedia della loro congruità al piano iniziale.

Molti i concorrenti, tutti al di sotto dei 35 anni, il 75% donne. Dura la selezione ma l'idea di Anna ha sbaragliato il campo. Che cosa vuoi scoprire con il tuo studio?

GLI "INCRETINO-MIMETICI"

Spiega: «Le malattie micro e macrovascolari sono la principale causa di mortalità e di complicazioni tra i pazienti diabetici. Circa il 60% di essi soffre di coronaropatia e la totalità ha un elevato rischio di malattie cardiovascolari. Da poco è stata scoperta la capacità del cuore di rigenerarsi: esistono nel cuore le cellule progenitrici cardiache (Cpc), le staminali del cuore, che possono rigenerarsi e poi differenziarsi. Gli studi su queste cellule sono molto recenti e ancora non esistono ricerche sui loro meccanismi cellulari. C'è inoltre un particolare interesse nei confronti di queste cellule perché sembrerebbe che nei pazienti diabetici siano "malate", meno forti o alterate, ossia con

una minore capacità rigenerativa, ma non esistono studi specifici a riguardo. Quest'alterata capacità potrebbe essere uno dei fattori determinanti delle malattie cardiache nei diabetici. Altra premessa, da poco esiste una nuova classe di farmaci anti-diabetici ipoglicemizzanti, ovvero gli incretino-mimetici. È stato osservato che l'azione di questi farmaci ha un effetto positivo non solo sul pancreas (per la cura del diabete) ma sembrerebbe anche sul cuore. Non si sa ancora nulla su questa correlazione». Queste le premesse, qual è la tua ipotesi di studio? «Cercherò di scoprire quali meccanismi cellulari portano alla rigenerazione delle staminali del cuore, se e in che modo essi sono alterati nei pazienti e valutare l'effetto dei nuovi farmaci sul cuore dei diabetici. Partirò da cellule umane, isolate in laboratorio, per osservare per la prima volta come si comportano in situazioni di stress (presenti nei diabetici) e sotto lo stimolo degli incretino-mimetici. Il risultato sarà un passo avanti su come proteggere il cuore dei pazienti diabetici. Inoltre, si può ipotizzare che questi risultati si possano applicare anche a tutti i malati cardiaci, non solo diabetici». In sostanza Anna ha ipotizzato che i nuovi medicinali che abbassano lo "zucchero" nel sangue dei diabetici possano funzionare anche sul cuore, forse riattivando le staminali "malate". Una prima mondiale. Buona fortuna.

UNA "PRIMA MONDIALE" SULLE STAMINALI MALATE

ANNA IPOTIZZA CHE I MEDICINALI CHE ABBASSANO LO ZUCCHERO NEL SANGUE DEI DIABETICI FUNZIONINO ANCHE SUL CUORE

MEDICINA Una mappa dei centri di aiuto presentata dai ministeri della Salute e della Gioventù

«Anoressici già a dieci anni», scatta l'allarme per i bambini

Aumenta anche la bulimia. Nuovi malati, i quarantenni

NEI SITI INNI ALLA FAME

Crescono i blog di donne che digiunano

di CARLA MASSI

ROMA - Finora, quell'assenza di fame che logora corpo e mente, si presentava nelle ragazze poco dopo l'adolescenza. Quando lo specchio comincia a riflettere immagini che non piacciono e l'emulazione della magrezza prende il sopravvento sul nutrirsi e il piacere di mangiare. Finora, l'abbuffata di nascosto, la sveglia notturna per ripulire il frigorifero o le due dita in gola per svuotare lo stomaco in modo punitivo e violento arrivavano alla soglia dei vent'anni o giù di lì. Oggi no, oggi si fanno diagnosi di anoressia o bulimia anche a bambini che non hanno dieci anni. Parla di «scheletrini» Alberto Ugazio, presidente della Società italiana di pediatria. Mentre il ministro della Gioventù Giorgia Meloni e il sottosegretario alla Salute Francesca Martini, a Palazzo Chigi, presentano il progetto «Le buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare» e la mappa dei centri di cura.

Centri che devono essere pronti ad accogliere i tre milioni di italiani che soffrono di bulimia o anoressia. Di questi, circa 2 milioni sono donne tra i 13 e i 35 anni (il 5% della popolazione). «Sono disturbi, come sappiamo - commenta il ministro Meloni - a prevalenza femminile ma i dati nuovi ci rivelano che anche altre fasce sono ormai state colpite. Mi riferisco agli uomini, malattia in crescita, e agli ultraquarantenni. Persone che, in età adulta, si trovano a fronteggia-

re una simile patologia». È nato un sito, www.timshel.it, per dare informazioni, consigli e spiegazioni sui disturbi alimentari. «Un sostegno - ag-

giunge la Meloni - per far vedere che un altro modo di pensare il proprio corpo è possibile». Un sito che ha registrato mille iscritti in nove mesi e 70mila accessi ai forum. Viene usato un linguaggio più vicino possibile a quello dei giovanissimi.

E proprio tra le «strade» di internet sono stati scoperti i «complici» di una generazione che litiga con il cibo. Negli ultimi anni, infatti, si è moltiplicato il numero dei siti che inneggiano all'anoressia e alla bulimia. Spesso si sono costituite delle vere comunità, dei gruppi che hanno fatto del dolore e del rifiuto la loro forza. «Ne abbiamo classificati più

di 170 da giugno del 2008 - fa sapere Stefano Vicari, responsabile di Neuropsichiatria infantile del Bambino Gesù - molti sono blog. Tutti ideati e gestiti da ragazze e giovani donne, con un'età media di 24 anni ed un altro livello culturale». Scambi di idee e pensieri che annientano il corpo, trucchi per non mangiare senza farsi scoprire dai genitori, frasi ben assestate intese a convincere i ragazzi che lottare con il cibo è legittimo. Nulla di male.

Molto lavoro per le 158 strutture (www.disturbialimentarionline.it) tra ambulatori, centri con posti letto e day hospital disseminati da Nord a Sud. Poche al Sud. Alcune re-

gioni vantano numeri a due cifre come la Lombardia (21), il Lazio (17) e l'Emilia Romagna (14). Altre, invece, parliamo della Calabria per esempio, ne contano appena due. Da questa analisi un appello alle amministrazioni regionali: «Si fissi un protocollo - sono le parole del sottosegretario

alla Salute Martini - per facilitare lo scambio di pazienti tra diverse Regioni. Affinché la burocrazia non ricada sulla pelle di questi malati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri dei disturbi alimentari

3 milioni

gli italiani colpiti da anoressia, bulimia e disturbi alimentari

2 milioni

sono giovani, soprattutto ragazze

13-35 anni

la fascia d'età più colpita

Tra chi chiede aiuto

92%

sono donne



ADOLESCENTI

Soggetti 10-14 anni con sintomi

21% femmine

15% maschi

I SERVIZI

158

le strutture dedicate ai disturbi alimentari: tra ambulatori, day hospital, posti letto salva-vita e strutture riabilitative

IL WEB

170

i siti pro anoressia e pro bulimia classificati da giugno 2008 (50% già chiusi)

ANSA-CENTIMETRI



I FINIANI STUDIANO LA CONTROMANOVRA

Sacconi contro gli sprechi al Sud «Chiudere gli ospedali marginali»

Il Sud «spende di più per servizi socio sanitari e dà meno in servizi. Il Sud deve avere il coraggio di chiudere ospedali marginali e pericolosi per liberare risorse per la non autosufficienza come accade in alcune regioni più efficienti del centro e del nord». L'attacco è del ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, ed è arrivato, un po' inatteso, ieri, durante il question time. Sacconi ha annunciato che sarà presentato nei prossimi giorni un rapporto sulla non auto sufficienza, sui servizi legati e sulla razionalizzazione strutture ospedaliere rilevando che «al nord ci sono meno ospedali e più servizi» e viceversa al Sud.

Intanto i finiani scaldano i muscoli sulla manovra. Cedolare secca sugli affitti, esclusione dei lavoratori della scuola dal blocco dei contratti, ripristino del Fondo per l'università: sono alcuni dei temi sui quali stanno ragionando i senatori vicini a Gianfranco Fini guidati dall'economista Mario Baldassarri. Il professore ieri ha evidenziato che «qualunque gettito provenga dalla lotta all'evasione non può andare a finanziare la spesa ma deve ridurre la pressione sui tartassati». Lo stesso presidente della Commissione Finanze del Senato ha anche sottolineato l'importanza di introdurre la cedolare secca al 20% sugli affitti dal momento che «ci sono oltre 10 milioni di immobili che non sono usate dai proprietari di casa come abitazioni e che risultano sfitte. Su queste case oggi non si paga nulla di tasse».



"Lotta al cancro" (e agli oncologi)

"Nei prossimi tre anni sconfiggeremo il cancro". Era il 20 marzo scorso e chiudendo la campagna elettorale per le Regionali in piazza San Giovanni, a Roma, **Silvio Berlusconi** taumaturgicamente annunciava l'obiettivo finale. Purtroppo però, visti i tagli agli organici del personale medico previsti dalla manovra finanziaria, che penalizzano soprattutto gli **oncologi**

e i tecnici di radiologia, il rischio è quello di "sconfiggere" le cure e le terapie anti-cancro.

L'allarme è stato lanciato dall'Aiom, l'Associazione degli oncologi medici italiani, che denunciano come il blocco delle nuove assunzioni inciderà sugli organici, già sottostimati, sull'utilizzo dei **macchinari** diagnostici, che rischiano di rimanere senza tecnici e, infine, sulla ricerca di farmaci innovativi per contrastare i tumori. Intanto il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, tenta di correre ai ripari: "La lotta ai tumori è una priorità del presidente Berlusconi e il governo si impegnerà affinché la manovra non porti detrimenti o rallentamenti all'oncologia".

I pediatri Dopo il rapimento di Nocera. Ma c'è chi è contrario: dubbi sulla privacy «Telecamere nei reparti di ostetricia»

ROMA — Non si parla d'altro nei centri di maternità italiani. Tiene banco l'episodio del rapimento del neonato a Nocera, gesto folle di un'infermiera con disturbi psicologici. Serpeggia la paura che si possa ripetere altrove. In allarme i neonatologi. Che caldeggiano il sistema delle telecamere nelle stanze delle mamme e nei corridoi dei reparti per prevenire le cattive intenzioni di estranei.

Paolo Gilberti, presidente della società italiana di neonatologia, ritiene urgente serrare i ranghi: «Quando ho saputo quello che era successo mi sono venuti i brividi. Storie del genere possono capitare altrove. I video piazzati in ostetricia potrebbero disarmare i malintenzionati. Pensavamo che il problema della sicurezza fosse risolto. Invece non bastano le precauzioni già adottate». Secondo le buone pratiche, ogni bambino subito dopo il parto riceve un bracciale di identificazione uguale a quello della madre, per scongiurare il pericolo dello scambio (a volte il bracciale è doppio, nel caso uno dei due si possa sfilare durante il bagnetto o il cambio pannolini). Il personale dovrebbe indossare

un badge di riconoscimento. Molti centri, secondo Gilberti, sono attrezzati di un sistema di riprese interne ma spesso è disattivato perché non funziona, perché manca chi controlla le immagini alla consolle e perché non sono in genere graditi dalle pazienti. Sergio Bernasconi, direttore della clinica pediatrica dell'università

Precauzioni

Il presidente dei neonatologi: le precauzioni adottate non bastano

di Parma, non è favorevole: «Abbiamo discusso a lungo sull'opportunità dei video. Ma ci sono controindicazioni legate alla privacy. Le soluzioni migliori? Regole più rigide sugli ingressi dei visitatori e informazioni ai genitori sul cognome delle infermiere di turno, le uniche autorizzate a prendere il bambino». Il meto-

do del *rooming in* (culla in camera nelle ore diurne, nido solo la notte) richiede un'attenzione speciale. E forse il caso di tornare alle vecchie nursery chiuse e di obbligare parenti e amici ad ammirare i piccoli al di qua del vetro? «Assolutamente no — risponde Gilberti —. L'apertura dei reparti è un principio sacrosanto. Però raccomandiamo attenzione. Il personale medico e infermieristico deve rendersi identificabile, i sistemi elettronici di sorveglianza devono funzionare, gli orari di visita vanno limitati. Non sarebbe sbagliato prevedere un elenco di visitatori autorizzati dalla famiglia. Il rischio zero non esiste ma regolamentare gli accessi sarebbe già molto».

«Se il bambino è in stanza nessuno può entrare, tranne il papà», racconta Antonietta Bianco, presidente del Collegio delle ostetriche a Terni e capo ostetrica dell'ospedale. A Terni il *rooming in* è applicato 24 ore su 24. Quando ci sono visite, la culla viene provvisoriamente spostata in un mini-nido. Un commento sull'episodio di Nocera? «Quell'infermiera è stata molto astuta».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Posti letto per pazienti non acuti e telemedicina

Piano sanitario: stretta sui ricoveri, più cure a casa

Stretta sui ricoveri, più cure sotto casa. L'obiettivo è di arrivare nel giro di cinque anni a una riduzione dei (cosiddetti) sprechi per un miliardo di euro, con il taglio del 10% delle ospedalizzazioni considerate inutili per il paziente e costose per le casse del Pirellone. È la sintesi del *Piano di sviluppo regionale della sanità* approvato ieri in Giunta. Al suo interno i diktat che ospedali e Asl dovranno mettere in pratica da qui al 2015. Sono linee guida che rispecchiano quanto anticipato dall'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, nei 15 Stati generali che l'hanno portato in giro per le province della Lombardia nel 2009. La figura della sanità del futuro in chiave

**Assessore**

Luciano Bresciani, 66 anni, alla guida dell'assessorato alla Sanità

leghista, condivisa ovviamente con i vertici del Pirellone e dell'assessorato alla Sanità, è rappresentata da un polpo: la testa sono le cure complesse da offrire in ospedale, i tentacoli rappresentano i molteplici tipi di assistenza da potenziare (anche) al di fuori delle mura ospedaliere. Tre le linee guida su tutte:

1) una più stretta collaborazione con i medici di famiglia per risparmiare ai malati cronici come cardiopatici e ipertesi ricoveri evitabili; 2) uno sviluppo della telemedicina (da tempo pallino di Bresciani) per monitorare da casa dati clinici come pressione e cuore e fare scattare l'ospedalizzazione al momento opportuno; 3) la creazione di letti *low care* per i pazienti non acuti (non nasceranno nuovi posti letto, ma saranno convertiti in parte quelli già accreditati e non sfruttati), con il tentativo di diminuire anche la pressione sui Pronto soccorso.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



POLITICA SANITARIA

Prevenzione oncologica: discriminate le donne meridionali



Un Forum Istituzionale tenutosi alla fine di aprile a Roma ha evidenziato che il diritto delle donne italiane alla prevenzione del tumore mammario non è ugualmente garantito dalle Regioni

Il tumore alla mammella è il primo per diffusione e mortalità nella popolazione femminile: tra il 1998 e il 2002 una diagnosi di cancro su 4 e un decesso su sei (quasi 38.000 nel 2008) ha riguardato questa patologia, che, per contro, è tra quelle con prognosi più favorevole, specie se individuata in fase precoce. Per quanto negli ultimi an-

ni si stiano aprendo fronti di discussione sullo screening di questo tumore, essenzialmente centrati su quale debba essere la fascia di popolazione target e sulla sovrastima dei casi che esso induce, l'enorme potenzialità dello strumento non è messa in discussione. Questo, come gli altri programmi di prevenzione oncologica secondaria, infatti, grazie

I principali indicatori per area geografica	NORD			CENTRO		
	2004-05	2006-07	solo 2008	2004-05	2006-07	solo 2008
N° tot. di donne invitate	2.266.648	2.643.849	1.384.273	926.356	1.026.167	565.234
N° di donne aderenti all'invito*	1.385.270	1.620.950	838.913	503.047	574.612	322.778
Adesione all'invito	61%	61%	61%	54%	56%	57%
N° di donne esaminate nel periodo**	1.234.708	1.631.814		428.741	539.115	
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5,9%	5,6%		5,1%	5,8%	
Biopsie benigne	1.630	1.370		290	418	
Tasso identificazione Ca. invasivi	4,1‰	3,6‰		3,1‰	3,3‰	
Tasso identificazione Ca. invasivi ≤10 mm	1,5‰	1,3‰		1,2‰	1,6‰	
% chirurgia conservativa nei tumori invasivi ≤2cm	95,8%	87%		87,4%	82,7%	

Note: *numero di donne che hanno accettato di fare una mammografia in seguito a invito effettuato nel periodo considerato; **numero di donne che hanno effettuato una mammografia nel periodo considerato, indipendentemente da quando è stato mandato l'invito. Fonte: Osservatorio nazionale screening, *Screening del tumore della mammella*. Rapporto 2009

alla diagnosi precoce che permette, costituisce un'arma estremamente efficace contro i tumori. Nel nostro Paese i programmi organizzati di screening mammografico sono stati avviati tra gli anni '80 e '90 e, dal 2001, con quelli per il Ca. colo-rettale e il Ca. cervicale, fanno parte dei Lea.

La situazione dello screening del tumore alla mammella è stata oggetto del Forum "Screening mammografico: un diritto delle donne, un dovere delle istituzioni" tenutosi presso la Camera dei deputati a Roma e organizzato dall'Osservatorio nazionale screening e dal Gruppo italiano screening mammografico (Gisma), con il sostegno di Roche e la partecipazione dell'Associazione Salute donna Onlus. Quella che si è evidenziata è un'allarmante eterogeneità geografica d'attuazione e, di conseguenza, una forte disparità nel diritto delle donne italiane alla prevenzione: proprio quest'ultimo aspetto, pur essendo l'attuazione sanitaria di competenza regionale, chiama in causa anche lo Sta-

to. E se è vero che nel Sud Italia, in generale, i programmi sono partiti più tardi e la loro attuazione sta comunque procedendo, non si può ignorare che anche gli indicatori di qualità mostrano standard più bassi rispetto al Centro e al Nord del Paese.

La situazione che riporta l'Osservatorio mostra che la copertura teorica, ovvero la quota di donne che vive in aree dove è attivo un servizio di screening organizzato, in Italia è circa del 90 per cento, un dato che a livello europeo significa piena attivazione del programma; guardando però ai dati effettivi, e cioè quante donne ricevono l'invito a sottoporsi ai test, i numeri cambiano: sono quasi il 90 per cento al Nord, oltre il 70 al Centro e sotto il 40 al Sud.

Per il 2008, a fronte di una popolazione di circa 3,5 milioni di donne che avrebbero dovuto sottoporsi a screening, cioè con età compresa tra 50 e 69 anni, solo 2,5 milioni sono state invitate e ancora meno, circa la metà, hanno aderito. La **tabella** mostra l'evoluzione dei programmi a livello di macroaree nel nostro Paese, evidenziando le peculiarità di ciascuna di esse.

PIÙ SPAZIO AL MEDICO DI FAMIGLIA

Per quanto il ruolo del MMG nei programmi organizzati di screening sia enfatizzato a livello istituzionale (anche il Piano oncologico nazionale 2010-2012 ne richiama l'importanza) ed effettivo, per il rapporto "strategico" che questi professionisti hanno con i propri assistiti, probabilmente occorre discuterne meglio i termini. È interessante a questo proposito riportare le considerazioni che Massimo Tombesi, MMG di Macerata (CSerMEG - Centro studi e ricerche in medicina generale) propone nei Rapporti "brevi" dell'Osservatorio sui programmi di screening; egli fa presente infatti che troppo spesso il MMG è relegato alla funzione di semplice reclutatore, quando sarebbe auspicabile che potesse anche informare sui pro e contro della prevenzione, fornendo gli strumenti per compiere scelte consapevoli.

Si può Vivere senza dolore



Sta cambiando il modo di guardare al dolore nel nostro Paese? Di certo, a partire dall'approvazione della legge sulle **cure palliative** e la **terapia del dolore**, a livello istituzionale se ne è riconosciuta la natura di "soggetto", esso stesso malattia evitabile e da evitare. Un ulteriore passo da compiere è quello di formare una cultura sociale sul **diritto a non soffrire**. Rappresenta un chiaro esempio di tale esigenza l'**Associazione Vivere senza dolore** che, prima nel mondo, è stata fondata da persone affette da dolore cronico che si propongono come punto di riferimento per aiutare chi ha lo stesso problema. Il braccio operativo della neonata Associazione è rappresentato dal sito internet **www.viveresenzadolore.it**: sul piano pratico, oltre a offrire gli strumenti per la valutazione del dolore, gli aggiornamenti legislativi, le notizie, presenta un elenco dei Centri per la terapia del dolore della Penisola, con relativi recapiti. Ma, forse ancora più importante, permette a chi soffre di trovare chi sa capire, per condividere una condizione, e di dialogare con gli specialisti. L'Associazione inoltre ha aperto una pagina sul social network Facebook e ha messo on line sul sito di video-condivisione You Tube un canale dedicato dove gli specialisti affrontano a tutto campo i diversi aspetti del dolore, comprese le possibilità di cura. Se il mezzo scelto per comunicare è essenzialmente quello informatico, capace di essere sempre presente e di raggiungere un grandissimo numero di persone, l'Associazione non ha trascurato anche le vie di comunicazione più tradizionali, promuovendo una campagna informativa sui periodici e sui canali televisivi. Inoltre, contribuisce all'esigenza di creare una cultura sul diritto a evitare la sofferenza inutile e di informare con serietà e correttezza il Premio giornalistico Vivere senza dolore, che ha ottenuto il patrocinio dell'Ordine nazionale dei giornalisti e premierà i migliori articoli dedicati al tema pubblicati su quotidiani, periodici, siti internet ed emittenti radio-televisive dal 1° marzo al 15 ottobre 2010.

SUD E ISOLE		
2004-05	2006-07	solo 2008
430.608	555.506	422.908
170.115	203.780	149.680
39%	37%	35%
154.989	217.011	
8,9%	6,8%	
184	147	
2,6‰	2,1‰	
1‰	1‰	
50,2%	68,8%	

Cancro al seno: è davvero cruciale il nuovo vaccino?

Caro professore, ho letto che è stato messo a punto un «antidoto» per prevenire il tumore mammario. Vuol dire, dunque, che possiamo sperare? **Marcella T., Jesolo**

Una volta di più i giornali hanno finito per enfatizzare una notizia che va presa, invece, con molta ponderazione e cautela.

Nessuno sarebbe più felice di me di poter confermare tale speranza, ma occorre analizzare con razionalità estrema i risultati dello studio, diffusi da *Nature Medicine* da un team di ricercatori americani di Cleveland. Innanzitutto, **si tratta di dati assolutamente preliminari**, come gli stessi ricercatori hanno comunicato correttamente. E di certo (qualora la sperimentazione, condotta sui roditori, dovesse procedere) trascorreranno anni prima che il vaccino sia testato sulle donne. **No, quindi, ai facili entusiasmi mediatici**, e no agli atteggiamenti poco responsabili, che illudono l'opinione pubblica sull'imminente sconfitta della diffusa malattia, di cui in Italia si registrano, purtroppo, 35 mila casi all'anno.

Ma le perplessità esistono anche a livello scientifico. I ricercatori americani hanno scoperto che le cellule tumorali producono una certa proteina, denominata alfa-lattoalbumina, e l'hanno utilizzata assieme a un adiuvante per costruire il vaccino. Quest'ultimo è stato poi somministrato a

un gruppo di topi geneticamente predisposti al tumore della mammella. Ebbene, gli animali non hanno sviluppato la malattia, mentre s'è ammalato il «gruppo di controllo», la popolazione, cioè, dei topi identici che aveva, invece, ricevuto un placebo (una sostanza priva di effetti farmacologici).

È un buon risultato? Io ne dubito: il profilo biomolecolare di un tumore, infatti, è un sistema assai complesso, in cui interagiscono numerosissimi fattori. Inoltre, l'alfa-lattoalbumina non è «caratteristica» del tumore del seno, com'è stato sostenuto, ma una proteina del latte, con spiccato potere allergizzante.

Può sì stimolare una risposta immunitaria, ma dire che ciò possa bastare a prevenire il tumore, con una protezione stabile nel tempo, è quanto meno azzardato. Per capirsi, è come pensare di abbattere un grattacielo colpendone un mattone... E poi ravviso bizzarre coincidenze. La proteina in questione parrebbe «multi-uso»: viene sfruttata per favorire il sonno, per aiutare a disassuefarsi dall'alcol, e come integratore alimentare nelle diete... Forse è un po' troppo ipotizzare che possa servire anche contro il cancro.

La "bici motorizzata" è una specie di doping?

Il ciclista più veloce al mondo è stato scoperto. È un'italiano che ha inventato una "bici motorizzata" che gli ha permesso di battere tutti i record. Ma è una specie di doping? Il ciclista è stato scoperto da un'indagine internazionale che ha coinvolto la polizia e i servizi di intelligence. Il ciclista è stato scoperto mentre era in vacanza in un paesino di montagna. Il ciclista è stato scoperto mentre era in vacanza in un paesino di montagna. Il ciclista è stato scoperto mentre era in vacanza in un paesino di montagna.

Conoscere il senno è davvero il modo di vivere il nuovo vaccino?

Il nuovo vaccino è stato scoperto da un team di ricercatori americani di Cleveland. Il nuovo vaccino è stato scoperto da un team di ricercatori americani di Cleveland. Il nuovo vaccino è stato scoperto da un team di ricercatori americani di Cleveland.

Fazio: «Fondamentali prevenzione e rafforzamento della rete»

Presentato il secondo volume della collana "Quaderni della Salute" del Ministero

«Nei Paesi industrializzati l'ictus rappresenta, per le sue dimensioni epidemiologiche e per il suo impatto socio-economico, una delle più importanti problematiche sanitarie, costituendo la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di demenza. Nel nostro paese è la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Il rischio di ictus aumenta con l'età: in pratica raddoppia ogni 10 anni a partire dai 45 anni, raggiungendo il valore massimo negli ultra-80enni. Il 75% degli ictus, quindi, colpisce i soggetti di oltre 65 anni. Il progressivo invecchiamento della popolazione e la considerazione che l'incidenza dell'ictus è strettamente collegata all'età, fanno ritenere che in Italia l'incidenza di eventi ictali aumenterà nei prossimi anni: le proiezioni fino al 2016 fanno ritenere che tale aumento sarà circa del 22.2%». È quanto ha sottolineato lo scorso 18 maggio il ministro della Salute Ferruccio Fazio in occasione del convegno "Stroke Unit": progetto sull'organizzazione dell'assistenza all'ictus, nel corso del quale è stato presentato il secondo volume della collana del ministero "Quaderni della salute" dedicato a questo tema. «Da anni» ha aggiunto il ministro Fazio «abbiamo posto particolare attenzione alla prevenzione e alla ricerca di interventi efficaci per migliorare la prognosi dei pazienti colpiti da questa patologia. Accanto alla riduzione dei fattori di rischio per questa malattia quali l'ipercolesterolemia, l'ipertensione e il fumo, occorre rendere più efficace l'intervento nella fase acuta per ridur-

re sia la mortalità che le conseguenze invalidanti. La gestione ottimale del paziente con ictus cerebrale» ha proseguito Fazio «non può prescindere dal considerare quindi aspetti conoscitivi, organizzativi e gestionali che i diversi tipi di intervento richiedono. È fondamentale quindi che a livello regionale vengano tracciati adeguati percorsi assistenziali che identifichino le fasi e gli aspetti essenziali del percorso e definiti modelli organizzativi a rete confacenti alle varie realtà. Per garantire l'approccio alle problematiche dell'ictus, al fine di pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede le diverse fasi: pre-ospedaliere, ospedaliere (distinta in intervento diagnostico-terapeutico e assistenza riabilitativa), post-ospedaliere. La progettazione di percorsi assistenziali deve tener conto degli aspetti clinico-scientifici, degli aspetti organizzativi ed del contesto locale». Il Ministro nel corso del suo intervento ha annunciato che il prossimo volume della Collana i Quaderni della salute sarà dedicato alla assistenza territoriale. «La letteratura scientifica» ha concluso il Ministro «fornisce solide prove di efficacia a sostegno dell'utilità di mettere in atto per il paziente con ictus modalità di assistenza altamente specializzate (stroke unit) e della tempestività dei trattamenti farmacologici e riabilitativi (prevenzione di un decesso ogni 33 pazienti trattati e 5 % in più pazienti che ritornano in condizioni di autonomia). I benefici interessano tutti i pazienti senza differenze di sesso, età, tipo e gravità del deficit.

Le stroke unit sono strutture dove convivono e cooperano le diverse competenze quali neurologo, il neuroradiologo, il neurochirurgo e l'esperto di riabilitazione neurologica, consentono di affrontare nel modo migliore le prime fasi».





nano

MATRICE PER TESSUTI BIOLOGICI

Tra nano e realtà

Il massimo della tecnologia per avvicinarsi il più possibile alla fisiologia. È questo il principio che ha ispirato i bioingegneri di Harvard nella realizzazione di una rivoluzionaria matrice per tessuti biologici (ma anche tessili), ottenuta combinando nanotecnologie e osservazione della realtà. Come descritto su «nano Letters», la matrice si autoassembla ponendo su una superficie termosensibile materiali proteici

con caratteristiche diverse a seconda delle qualità desiderate quali elasticità, resistenza, allineamento, rigidità e così via; la composizione delle proteine può dunque cambiare, ma ciò che rimane a contatto con la piastra termosensibile è una miscela che dà luogo a una nanofabbrica capace di modificarsi nel tempo, se necessario. Il vantaggio delle nanofabbriche è che usano solo proteine naturali, che vengono metabolizzate e riassorbite dagli organismi senza problemi; non a caso le prime applicazioni previste sono quelle per cuori infartuati e per materiali tessili straordinari, dal momento che si può arrivare a un allungamento del

1.500%, contro il 5-600% degli attuali. (a.cod.)

DIAGNOSI PSA

Primo nano-test

È fino a 300 volte più sensibile dei test in uso, e cioè in grado di rivelare concentrazioni di antigene prostatico specifico (Psa) sotto degli attuali limiti di 0,1 nanogrammi per ml di sangue e, in questo modo, di compiere una stima accurata del rischio di recidiva. Sono molto promettenti i risultati presentati da Nanosphere sul primo test per il Psa con tecnologia nano, studiato dalla Northwestern University. L'esame, brevettato con il nome di VeriSens, è stato provato su 400 pazienti operati nel cui plasma, con i metodi tradizionali, non era possibile rilevare il Psa. Con VeriSens, invece, l'aumento di Psa è rilevato già nelle fasi precocissime e ciò può, per esempio, indirizzare le scelte terapeutiche quali la decisione se fare o meno una radioterapia. La stessa tecnologia è in studio anche per verificare effetti tossici sul cuore (per esempio delle terapie antitumorali) grazie al (nano)dosaggio della troponina. (a.cod.)



Milano Il fenomeno delle cliniche aperte e subito chiuse: pagamenti in anticipo I dentisti scomparsi e i 4.500 truffati

di ANDREA GALLI

I titolari sono scomparsi. Sono rimasti i pazienti e i loro debiti, contratti con le finanziarie che avevano anticipato il denaro e che adesso pretendono il pagamento delle rate. A Milano scoppia il caso delle cliniche dentistiche aprite e chiuse. Tre centri, di proprietà di spagnoli, forse prestanome, sono stati abbandonati nel giro di una notte. Nei guai i dipendenti e le centinaia (almeno 4.500 casi certi) di clienti raggirati, spesso dopo aver dato in acconto somme ingenti.

A PAGINA 23

Sanità I titolari, tutti spagnoli, hanno assunto medici senza esperienza

I dentisti low cost spariti Migliaia di clienti truffati

Tre casi a Milano: spariti con gli anticipi di 4.500 pazienti

MILANO — Sdentati e indebitati: sono gli effetti di questo strano morbo spagnolo. Non dite loro di sorridere che tanto è uno scherzo. Intanto, è truffa vera. E poi, come si fa ad aprire bocca con impianti e ponti mancanti o rimasti a metà, e peraltro, il che affligge ulteriormente, già pagati? Tre cliniche dentistiche, tutte di proprietà di spagnoli, ora scomparsi, latitanti, hanno chiuso di colpo a Milano. Intascati i soldi dei clienti (secondo le ultime stime, almeno 4.500), soldi anticipati da finanziarie che esigono lo stesso dai pazienti il pagamento delle rate, gli spagnoli, in totale cinque, hanno anche lasciato a spasso una trentina di dipendenti.

Centraliniste, assistenti di poltrona, impiegate, contabili, sono stati tutti licenziati; non così i dentisti, liberi professionisti. Sono in maggioranza giovanotti freschi di laurea, ancora privi di uno studio dentistico proprio, orfani di noviziato e tirocinio, qualcheduno talmente inesperto, si maligna, da utiliz-

zare per le otturazioni, per le corone, senza fiatare, senza fregar-sene, forse senza accorgersi, materiale di risulta, proveniente da una sorta di mercato nero che, si viene a sapere, ha origini in Francia.

L'Aio, l'Associazione italiana odontoiatri, sta esaminando, «allarmata», la situazione. È un momento delicato, per il settore. Saltano regole e paletti, c'è l'invasione dei low cost, vince e conquista (clienti) chi ribassa di più. Prendiamo una corona: una di buona ceramica, a Milano, al dentista, che la compra in laboratorio, in media costa tra le 320 e le 450 euro; al paziente verrà rivenduta caricata del doppio. Nei centri dentistici di ultima generazione, e quelli degli spagnoli ne facevano parte, per risparmiare il dentista chiede in laboratorio una corona al massimo di 120 euro, con le conseguenze del caso, e comunque, non pensate, la rivenderà al quadruplo.

Tra i 35 e i 45 anni, nessuna esperienza imprenditoriale.

nessun incarico in altre aziende, il sospetto che siano prestanome. Ecco il profilo degli spagnoli. Angel Aranda Gonzalez e Carlos Munoz Penalver, il primo dicono sia in dolce fuga in Brasile, erano i proprietari della «Clinica odontoiatrica», questo il nome, in viale Monza. Un loro amico, Luis Guinle Barbeito, aveva messo in piedi, in via Meda, la «Dental Plus», in una notte riempita con l'arrivo di un tir, di macchinari e medicinali (di marche spagnole), e in un'altra notte svuotata e abbandonata. José Lopez Torreblanca e Francisco Perez Rubio erano i padroni, in viale Monte Nero, della «Dental Line». Fuori c'è ancora l'insegna.

«Io, in viale Monte Nero, ci ho lavorato. Parlo ma resto anonima. Credo che sotto ci sia davvero qualcosa di brutto, verrà fuori il botto, nei prossimi mesi, mi creda, lavoro da una vita nel settore e questi stranieri... Ho una certa paura perfino a denunciare». È stata assunta come assistente alla poltrona. Rac-

conta: «Vengo a sapere che assumono, vado al colloquio. Giocano al ribasso. Ho bisogno di uno stipendio. Accetto. Al terzo giorno comincio a farmi delle domande. Non c'è un dirigente sanitario e la strumentazione è vecchia. Mi hanno cacciata con una telefonata. "Si chiude". Ho più di cinquant'anni, mi dica lei, dove vado a trovarla, di questi tempi, un'altra occupazione, come faccio?».

Ancor prima di nascere, le cliniche low cost organizzano l'arruolamento dei clienti. Pubblicità a tappeto. Promozioni su promozioni. Giocano sulla crisi. Prima visita gratuita, primo intervento gratuito, porta il figlio che lo curiamo gratis, porta il marito che la prima otturazione-



ne è regalata. La fidelizzazione del paziente. L'importante è cuocerlo fino alla firma. Si mettono in cantiere tot lavori: anticipo in contante, il resto con la firma sul contratto con una finanziaria. Racconta un cliente tradito: «Legga con me il contratto. Guardi questo passaggio: in caso di fallimento della società "il cliente deve rivolgersi esclusivamente alla stessa, non restando, nel frattempo, né escluso né sospeso l'obbligo di effettuare i rimborsi!"».

Li hanno fregati, colpiti. Ma non abbandonati. In redazione sono arrivate email di altri dentisti che si offrono volontari. Uno scrive: «Stiamo aprendo una catena di studi... Una nostra prima idea sarebbe quella di aiutare questi pazienti e fare un prezzo di favore. Ovviamente gratis non potremmo farlo, però cercheremmo di venire incontro il più possibile alle loro esigenze». Ci chiede se possiamo intercedere per lui.

Andrea Galli
agalli@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

I centri

Tre centri dentistici spagnoli, aperti a Milano, in diverse zone della città (in via Meda, in viale Monza *nella foto*, e in viale Monte Nero), sono stati chiusi improvvisamente lasciando a spasso dipendenti e clienti. Gli spagnoli sono spariti intascando i

soldi dei pazienti (le vittime dei raggiri, secondo le ultime stime, sono almeno 4.500), somme anticipate da finanziarie che ora esigono dai clienti il pagamento delle rate, anche a fronte di lavori incompiuti

I materiali low cost

I dentisti assoldati per lavorare in questi centri erano perlopiù giovani freschi di laurea, privi di uno studio dentistico proprio, forse talmente inesperti da utilizzare per i lavori (otturazioni, corone) materiale di risulta, proveniente da una sorta di mercato nero con origini in Francia

I prezzi

Nei centri dentistici di ultima generazione, e quelli degli spagnoli ne facevano parte, il dentista chiede in laboratorio una corona al massimo di 120 euro. Ma una di buona ceramica costa ai medici (sono i prezzi di Milano) tra 320 e 450 euro

Salute. Antonelli (Bristol Myers Squibb): tagli eccessivi sui medicinali

«Arretriamo nel settore dei farmaci»

☞ L'Italia è oggi il sesto mercato farmaceutico, ma tra 15 anni saremo superati da molti paesi emergenti e noi scenderemo così oltre il quindicesimo posto. L'allarme è stato lanciato ieri a Milano da Pierluigi Antonelli, presidente e amministratore delegato della Bristol-Myers Squibb Italia oltre che European vicepresidente, durante l'incontro sui nuovi business model promosso dal Sole 24 Ore.

Antonelli ha ricordato che, fatta uguale a cento la spesa sanitaria italiana, i farmaci pesano

per solo il 16%, mentre il rimanente 84% è rappresentato da tutti gli altri costi: «In questi anni - ha denunciato il Ceo della Bristol-Myers Squibb Italia - la spesa farmaceutica ha fatto la sua parte subendo drastici tagli, mentre abbiamo vi-

CONVEGNO DEL SOLE 24 ORE

Nei prossimi quindici anni il mercato italiano scenderà dal sesto posto della classifica mondiale alla quindicesima posizione

sto lievitare tutte le altre voci, con pesanti sacche di inefficienza». Il manager ha quindi aggiunto che ora le speranze sono riposte nella riforma del federalismo fiscale annunciata da Giulio Tremonti, a patto però che si adottino i costi standard dappertutto.

Per il gruppo Bristol-Myers Squibb l'Italia si classifica al terzo posto dopo Usa e Fran-

cia, con 1.300 addetti: circa la metà sono nell'impianto di Anagni che riesce a piazzare su una sessantina di mercati circa un terzo del proprio output.

In Italia il gruppo fattura 600 milioni di euro, oltre a essere presente nella ricerca con una settantina di trial clinic e un investimento di un paio di milioni l'anno.

Numerosi gli altri interventi durante la tavola rotonda moderata dal vicedirettore del Sole 24 Ore, Alessandro Plateroti. Di particolare interesse (oltre all'intervento di Stefano Maruzzi, Country manager Google Italia, di cui riferiamo nelle pagine finanziarie), quelli di Simona Scarpaleggia, ceo dell'Ikea svizzera e di Stefano

Proverbio, Director di Mc Kinsey. Scarpaleggia ha spiegato che, fatto uguale a cento nel 2000 l'indice dei prezzi al consumo, oggi siamo arrivati a 125,3, mentre il paniere dei prodotti del catalogo Ikea è invece sceso a 80,7.

Il director della Mc Kinsey ha invece esaminato i principali fattori che influenzano i comportamenti aziendali. Tra questi ci sono gli andamenti demografici. In Cina è già iniziato il processo di invecchiamento della popolazione e, tra pochi lustri, i ragazzi americani torneranno a superare come numero quelli cinesi. In Italia quest'anno comincerà a diminuire la classe di età 16-65 anni.

F.V.

franco.vergnano@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

