

Rassegna del 22/09/2010

STAMPA - Svolta in sala parto."Decide solo il medico" - Anello Laura

1

Svolta in sala parto “Decide solo il medico”

Così l'Istituto superiore di Sanità ha messo un freno al bisturi

Le linee guida

1. Le mamme

Finora potevano chiedere al medico di partorire con il taglio cesareo: l'istituto superiore di sanità indica chiaramente che «in assenza di motivazioni cliniche», quella «richiesta non rappresenta un'indicazione».

2. I medici

È consentito loro di rifiutare l'intervento con il bisturi se non lo ritengono strettamente necessario. Se la donna dovesse però insistere, dovranno inviarla a un altro professionista, per avere un secondo parere.

3. Gli ospedali

Finora le varie aziende sanitarie si comportavano come meglio credevano. Il documento diffuso da Roma le obbliga tutte a seguire scrupolosamente il protocollo indicato dagli esperti dell'Istituto superiore di Sanità.

Retrosce

LAURA ANELLO
MESSINA

La svolta arriva con una riga secca che spazza via anni di dibattiti, pareri, contrasti tra medici legali, magistrati, giuristi, associazioni di donne, decani di ginecologia. «La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al taglio cesareo». Significa che non basta la volontà della donna ad autorizzare i medici a saltare a piè pari doglie e travaglio per andare in sala operatoria. E che, se la signora proprio insiste, ai camici bianchi è consentito rifiutare di prendere il bisturi e rinviarla a un secondo parere, proprio come obiettori di coscienza.

Parola dell'Istituto superiore di Sanità, che pochi mesi fa ha realizzato un malloppo di trenta pagine con la rassicurante copertina di un pancione accarezzato da una mano: «Taglio cesareo, solo quando serve». Linee guida che nelle ultime settimane hanno fatto il giro delle sale parto di tutto il Paese. E che, accompagnate dalla massiccia opera di dissuasione operata dal ministero e dalle Regioni per ridurre le percentuali da record di tagli cesarei nel Paese, indicano chiaramente la strada del principio di «non autodeterminazione» delle donne nella scelta di come far venire il proprio figlio al mondo.

Benzina sul fuoco del dibattito, già caldissimo sul web, tra le alfiere del travaglio e le guerriere del cesareo, pronte a combattere in nome di quello che considerano un diritto civile, come l'interruzione di gravidanza o la sterilizzazione. E de-

cise a sostenere che la Santa Crociata in nome della salute della donna sia soltanto un paravento che nasconde l'interesse a risparmiare su anestesisti, materiali, sale operatorie. Fifone e irresponsabili, dicono le une. Talebano, rispondono le altre, issando il bisturi a vessillo di una modernità dove non ci sono dolore, attesa, imprevedibilità.

Un universo femminile che finora ha trovato davanti a sé una galassia di risposte diversissime. Dal «cesareo, no problem» al «non se ne parla neanche». In mezzo tutta una serie di sfumature, che vanno dalla richiesta di compilazione di un modulo di consenso informato alle forche caudine di un consulto psicologico per certificare la paura della donna refrattaria a doglie e respirazioni ritmiche.

Linee guida diverse da regione a regione, da provincia a provincia, da azienda ad azienda, da clinica a clinica. L'ospedale Burlo Garofolo di Trieste, per esempio, è noto da tempo perché scoraggia la scelta del cesareo, concessa solo a chi soffre di fobie ai limiti della patologia. «Il diritto della donna di determinare il proprio modo di partorire si confronta con il diritto del medico di non eseguire un intervento chirurgico non necessario», spiega Salvatore Alberico, della divisione di Ostetricia.

Così come alla clinica universitaria del San Paolo di Milano, dove i cesarei su richiesta ammontano solo al 3 per cento del totale. «Le richieste però sono poche: il tamtam ha fatto sì che le mamme che hanno questa intenzione si rivolgano ad altri ospedali», aggiunge Anna Maria Marconi, dell'area ostetrica. Invece, nelle linee guida approvate dalla Regione Campania nel 2005, la volontà della donna è prevista espressamente tra

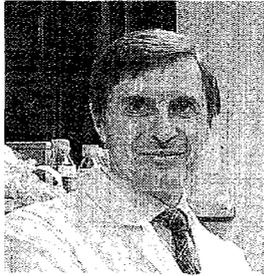
le motivazioni per la sala operatoria. Così come alla clinica Demma di Palermo, dove però il bisturi per scelta è concesso come extrema ratio dopo accurati consulti e la firma di un consenso informato che mette al corrente dei rischi connessi all'intervento. Pochi mesi fa all'ospedale Mandic di Merate, in provincia di Lecco, la svolta restrittiva del direttore medico Gedeone Baraldo ha suscitato una raccolta di firme. «Come si può definire a priori quante donne in un anno avranno bisogno del cesareo? E se mio figlio decide di nascere nel momento in cui è stato già raggiunto il numero massimo?», si è chiesta Vanessa Peregò di Imbersago, a capo della rivolta.

Un caos nel quale le linee guida cercano adesso di mettere ordine. Con due domande e due risposte. La richiesta materna può rappresentare di per sé un'indicazione al taglio cesareo? No. Come si devono comportare i professionisti della salute in caso di persistente richiesta? Hanno il diritto di rifiutare. Più chiaro di così.



La classifica

Tra i migliori scienziati otto milanesi



Nella classifica della *Virtual Italian Academy* che seleziona i migliori scienziati italiani al mondo, ci sono 8 medici che lavorano a Milano: Alberto Mantovani (foto), Giuseppe Remuzzi, Giuseppe Mancina, Pier Giuseppe Pelicci, Carlo La Vecchia, Massimo Filippi, Umberto Veronesi e Marco Pierotti.

A PAGINA 5 Ravizza

Pagelle All'avanguardia nel curare i tumori e le malattie del cuore

I «Nobel» della sanità Otto milanesi tra i 50 migliori scienziati

Medici e ricercatori lavorano negli ospedali cittadini

Sono i Nobel di Milano. In cima alla classifica della *Virtual Italian Academy* (legata all'università di Manchester), che seleziona i migliori scienziati italiani al mondo, ci sono 8 medici e ricercatori che lavorano in città. Super-cervelli che senza fuggire dall'Italia sono riusciti a fare la storia della medicina nella lotta contro il cancro, contro le malattie del cuore e dei reni, contro la sclerosi multipla.

La graduatoria è appena stata pubblicata sul sito www.topitalianscientists.org. È la li-

sta degli scienziati considerati di maggior impatto, sulla base dell'*h-index*, l'indice che misura sia la produttività scientifica sia le citazioni a livello internazionale ottenute da ciascuno. Tra i primi 50 ci sono Alberto Mantovani (direttore scientifico dell'Humanitas, 4° classificato); Giuseppe Remuzzi (tra i volti dell'Istituto farmaceutico Mario Negri e primario di Nefrologia ai Riuniti di Bergamo, 9°); Giuseppe Mancina (docente di Clinica medica al San Gerardo, 11°); Pier Giuseppe Pelicci (alla gui-

da dell'Oncologia sperimentale dell'Istituto europeo di Oncologia, 16°); Carlo La Vecchia (capo dell'Epidemiologia del Mario Negri, 25°); Massimo Filippi (responsabile dell'Unità di neuroimaging quantitativo del San Raffaele, 30°); Umberto Veronesi (fondatore

dell'Istituto europeo di Oncologia, 34°) e Marco Pierotti (direttore scientifico dell'Istituto dei Tumori, 46°). Onore al merito: questi 8 scienziati sono al top di una classifica in cui 28 cervelli su 50 hanno lasciato/sono stati costretti a la-

sciare l'Italia per raggiungere i vertici della ricerca. Al primo posto c'è Carlo Croce, diretto-



re del dipartimento di Virologia molecolare all'Ohio State University (già candidato al Nobel) e Napoleone Ferrara (ricercatore della Genentech di South San Francisco, vincitore ieri dell'edizione 2010 del prestigioso premio Lasker Awards, che di solito precede il Nobel).

Milano — con le università Statale, Bicocca, San Raffaele e con l'Istituto Firc di Oncologia Molecolare (Ifom) — è la città con più riconoscimenti tra i primi 50, seguita da Roma e — a pari merito — Genova, Torino, Padova, Bologna. Per ogni nome c'è una scoperta destinata a lasciare il segno. Ad Alberto Mantovani va il merito d'aver dimostrato il legame tra virus e tumori. Le ricerche di Giuseppe Remuzzi hanno individuato il sistema per

rallentare la progressione delle malattie renali e mirano ad arrivare a un mondo senza più dializzati. Giuseppe Mancía è un fuoriclasse nello studio di nuovi farmaci contro l'ipertensione (importanti per abbattere i rischi di infarti e ictus). Pier Giuseppe Pelicci è l'uomo che ha scoperto il gene P66 che regola la durata della vita. Carlo La Vecchia è l'epidemiologo che mette in relazione stili di vita e fattori ambientali con l'insorgere dei tumori. Massimo Filippi è alla guida di numerose sperimentazioni cliniche internazionali di farmaci per la cura della sclerosi multipla. Umberto Veronesi ha rivoluzionato la cura del cancro al seno (con una chirurgia conservativa). Marco Pierotti è tra i massimi esperti della genetica molecolare dei tumori.

Gli autori della *Topitalian-scientists* sono Mauro degli Esposti, docente di Molecular Toxicology all'Università di Manchester, e l'esperto informatico Luca Boscolo. È una graduatoria che sta già sollevando le prime polemiche nel mondo scientifico. Illustri esclusi, infatti, non hanno resistito dal sollevare obiezioni ai diretti interessati (che in alcu-

ni casi hanno corretto il tiro). Ma questa è un'altra storia.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le eccellenze

Uno su cinque. E' la percentuale degli scienziati milanesi nella classifica dei primi cinquanta.

Il capoluogo lombardo — con le Università Statale, Bicocca, San Raffaele e con l'Istituto Firc di Oncologia Molecolare (Ifom) —

è la città con più riconoscimenti tra i primi 50, seguita da Roma e — a pari merito — Genova, Torino, Padova, Bologna

28

I cervelli italiani che lavorano all'estero tra i primi 50 in classifica

700

gli scienziati censiti per stilare la classifica

La classifica

La classifica

La «Virtual Italian Academy» (legata all'Università di Manchester) seleziona i migliori scienziati italiani al mondo

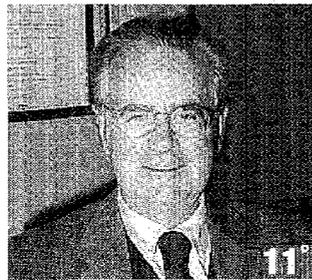
I criteri

L'«h-index» misura sia la produttività scientifica sia le citazioni a livello internazionale ottenute da ciascuno.

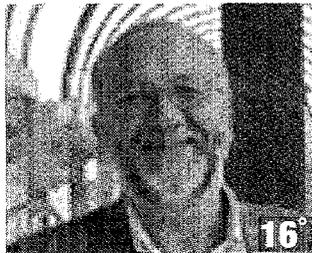
Graduatoria sul sito www.topitalianscientists.org



Giuseppe Remuzzi



Giuseppe Mancia



Pier Giuseppe Pelicci



Massimo Filippi



Alberto Mantovani

I tagli su scuola e università/Napolitano: non colpire istruzione e ricerca

Ricercatori, la protesta si allarga: alla Sapienza corsi verso il blocco

ROMA - Corsi verso il blocco all'università "La Sapienza" per la protesta dei ricercatori. Il più grande ateneo d'Italia e d'Europa non è in grado, ad oggi, di far partire le lezioni. E quanto è emerso ieri durante una lunghissima seduta del Senato accademico. Alla fine, fatti i conti di quanti ricercatori non saliranno in cattedra in segno di protesta nei confronti della riforma Gelmini, presidi e rettore non hanno potuto che constatare l'impossibilità di dare l'avvio in modo regolare ai corsi. Sulla scuola interviene il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano: «Puntare sul merito, i tagli non colpiscono l'istruzione. Investire su docenti e ricerca».

MIGLIOZZI E RIZZA
A PAG. 5

I NODI DELL'UNIVERSITÀ

L'agitazione non si ferma nonostante l'appello del ministro Gelmini: «Non bisogna interrompere la didattica»

Ricercatori, la protesta si allarga: a Roma Sapienza verso il blocco

Il senato accademico: «Non siamo in grado di far partire le lezioni»

di ALESSANDRA MIGLIOZZI

ROMA - La Sapienza mette in dubbio l'apertura del prossimo anno accademico. Il più grande ateneo d'Italia e d'Europa non è in grado, ad oggi, di far partire le lezioni. E quanto è emerso ieri durante una lunghissima seduta del Senato Accademico dell'università romana. Alla fine, fatti i conti di quanti ricercatori non saliranno in cat-

tedra per protesta nei confronti della riforma Gelmini, presidi e rettore non hanno potuto che constatare l'impossibilità di dare l'avvio in modo regolare ai corsi. Oggi il capo d'ateneo, Luigi Frati, dirà pubblicamente, in una conferenza stampa, quanto sta accadendo. Intanto ieri davanti ai suoi senatori accademici ha ricordato che la Sapienza negli ultimi mesi «si è impegnata per dimezzare facoltà e dipartimenti, per pre-

miare il merito attraverso la valutazione, per riorganizzare la didattica». Ma «non sono arrivate più risorse». Ai tagli va sommata «la protesta legittima dei ricercatori che da trent'anni aspettano una risposta sul loro stato giuridico» e che ora non vogliono insegnare perché la Gelmini li lascia fuori da ogni possibilità di carriera. La loro astensione impedisce, di fatto, l'avvio di moltissimi corsi. Alla Sapienza Ingegneria ha già decretato lo slittamento delle lezioni in modo ufficiale, Scienze si avvia a fare altrettanto. Ma ormai, dopo la seduta del Senato di ieri, è chiaro che «l'apertura dell'an-

no accademico è in forse - ha detto Frati ai suoi -, in queste condizioni non si può aprire». L'unica soluzione sarebbe ridurre l'offerta formativa oppu-



re si potrebbero accorpate i corsi creando, però, classi monstre con centinaia di studenti. Infine si potrebbero affidare le lezioni che non faranno più i ricercatori a esterni, «ma con una caduta libera della qualità», fanno notare alcuni decani dell'ateneo. Per uscire dal pantano la Sapienza si aspetta una risposta politica da parte del governo e del ministro. «Il problema è nazionale - spiega Luigi Frati - i ricercatori sono oltre 24mila e una risposta gli va data. O si modifica la legge del 1980 secondo la quale i ricercatori possono fare lezio-

ne, ma senza obblighi, oppure si danno altre soluzioni. Io come rettore non posso che prendere atto della loro astensione dalla didattica».

La presa di posizione dell'ateneo romano è forte. Soprattutto considerando che pro-

prio ieri Gelmini aveva invitato gli atenei e i ricercatori a non «interrompere la didattica» perché «non sarebbe giusto far pagare agli studenti una propria insoddisfazione nei confronti del governo». Anche perché secondo il ministro all'interno della riforma che è in discussione alla Camera «c'è una grande attenzione per i ricercatori che rappresentano la priorità». Ma il numero di facoltà che protestano è in crescendo continuo. A Bologna il rettore dell'università cittadina Ivano Dionigi ha elaborato un documento con i suoi presidi in cui si rinvia di una settimana la partenza delle lezioni prevista per fine mese. La decisione vale per tutto l'ateneo. Mentre all'Aquila per ora il rinvio di sette giorni riguarda la sola la facoltà di Ingegneria che protesta contro «i tagli nel finanziamento pubblico del sistema universitario e per la mancata introduzione nel ddl Gelmini di norme riguardanti lo stato giuridico dei ricercato-

ri e i relativi sbocchi di carriera». A Pisa sta nascendo un gruppo di lavoro di ateneo incaricato di decidere le prossime iniziative per ottenere il ritiro della riforma e dei tagli previsti per il 2011. Risorse e risposte per i ricercatori, sono le richieste degli atenei. 126mila dipendenti dell'università che fanno ricerca a tempo pieno chiedono garanzie per la loro carriera: la riforma manda a esaurimento la figura del ricercatore a tempo indeterminato e crea figure a termine che fra qualche anno si contenderanno i pochi posti con le vecchie leve. Solo che le nuove leve potranno essere assunte con agevolazione come i cofinanziamenti. Facile immaginare dove cadrà la scelta degli atenei. Addio carriera da prof per i decani della ricerca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL RETTORE
LUIGI FRATI**

*«Protesta legittima,
da trent'anni aspettano
una risposta sul loro
stato giuridico»*

LA PAROLA ■ CHIAVE

STATO GIURIDICO RICERCATORI

La norma che disciplina lo Stato giuridico dei ricercatori universitari risale ormai a trenta anni fa, è un dpr del 1980.

La legge prevede che possano fare didattica, ma senza nessun obbligo. Tuttavia da anni i ricercatori tengono il 40% dei corsi. Una nuova formulazione dello stato giuridico è attesa da tempo. Ma il ddl Gelmini non dà risposte e manda ad esaurimento questa figura.

MALASANITA'

Il piccolo è deceduto in ospedale a Reggio Calabria. Il primario: ho fatto il mio dovere. Fazio affronta oggi con le Regioni la questione dei cesarei. Indagini sul caso di Messina

Neonato muore in sala parto, 2 inchieste

In una casa di cura di Vibo sequestrate oltre tremila cartelle cliniche sulle nascite

di GIANFRANCO MANFREDI

REGGIO CALABRIA - Ancora malasanità in sala parto, ancora sotto accusa gli ospedali del profondo Sud. A Reggio Calabria la polizia di Stato sequestra la cartella clinica per un bimbo nato morto lunedì agli Ospedali riuniti. A Messina i genitori del piccolo Giosuè Mangraviti, il neonato finito in coma per lesioni cerebrali, hanno sporto denuncia contro gli ostetrici dell'ospedale Papardo che non hanno voluto eseguire il parto cesareo.

I medici sotto accusa respingono le accuse. Se a Reggio il primario di ginecologia relitta sostenendo di «non sapersi spiegare l'accaduto» e ribadendo di «avere fatto per intero il mio dovere», a Messina smentiscono il divergere tra medici ammettendo soltanto contrasti tra diverse scelte di interventi che avrebbero, comunque determinato le lesioni gravi al piccolo Giosuè (da ieri, per fortuna, fuori pericolo).

C'è un ponte di sospetta malasanità, insomma, che da ieri unisce le due sponde dello Stretto. La procura di Reggio Calabria ha aperto un fascicolo dopo la denuncia di Giuseppe Opinato, padre del bimbo nato morto al termine del lungo travaglio della moglie Daniela Occhibelli, una trentunenne alla trentottesima settimana di gestazione. Giuseppe Opinato, dopo il ricovero della consorte, aveva chiesto al primario di ginecologia dell'ospedale, Pasquale Vadalà, di procedere con un parto cesareo a causa dei forti dolori accusati dalla donna e dei tempi lunghi previsti per la conclusione del parto.

Anche la direzione dell'Azienda ospedaliera ha avviato un'indagine interna sulla vicenda.

Drammatiche le circostanze riferite da Giuseppe Opinato che ha assistito la moglie nelle fasi del travaglio e poi del parto. «Hanno provato in tutti i modi a farla partorire naturalmente - racconta - addirittura hanno chiesto a una donna che fa le pulizie in ospedale di spingere sulla pancia per far uscire il bambino». E ancora: «Quando il piccolo è venuto fuori era violaceo e non respirava».

Ma il primario, che si dice «rammaricato e mortificato», ribatte: «Ho chiesto io l'esame autoptico, relazionando all'azienda sanitaria. Ho la coscienza a posto e aspetto fiducioso sia l'autopsia che l'esito delle inchieste».

Ieri il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, intervenendo in tv a "Porta a Porta", ha affermato che il caso avvenuto a Messina, al Papardo, «non credo rientri tra i casi di malasanità, intesa come un comportamento improprio». L'esponente del governo ha inoltre annunciato: «Domani (oggi, n.d.r.) affronteremo con le Regioni una serie di problemi all'ordine del giorno, in particolare quello dei parti cesarei».

E giusto ieri a Vibo Valentia centinaia di cartelle cliniche sono state sequestrate dai Carabinieri nella casa di cura privata "Villa dei Gerani" su ordine della procura. Si indaga su una presunta truffa ai danni della Regione Calabria. Nel mirino dei magistrati, le cartelle relative ai parti cesarei. Truffa e falso i reati ipotizzati. © RIPRODUZIONE RISERVATA



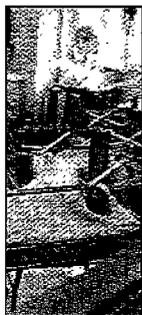
IN ITALIA



3,3

Si stima che nel nostro paese muoiano 3,3 bimbi ogni mille

SUD



4,3

Il tasso di mortalità ogni mille bimbi entro il primo mese

Gli ultimi casi

Episodi più recenti di parti difficoltosi

13 settembre Reggio Emilia

Bimbo nasce morto dopo l'annullamento di un cesareo programmato in precedenza

11 settembre

Piove di Sacco e Padova

27enne perde il bimbo ed entra in coma dopo un cesareo d'urgenza e una drammatica corsa fra due ospedali

8 settembre

Policoro (Mt)

Donna di 32 anni muore dopo un parto cesareo gemellare

28 agosto

Messina

Danni cerebrali al bimbo ed emorragia interna per la madre in un parto ritardato dalla lite di due medici del Policlinico

20 settembre - Messina

Secondo i genitori, una lite tra due specialisti all'ospedale Papardo avrebbe ritardato la nascita del figlio che avrebbe subito lesioni

ANSA-CENTIMETRI

| SANITÀ NELLA BUFERA |

Un altro neonato muore in sala parto:
è l'ora di porre fine alla giungla dei cesarei

Un altro neonato muore in sala parto

di SILVIO GARATTINI

IFATTI di cronaca sono allarmanti: muoiono neonati in condizioni difficili da capire. Sono casi eccezionali oppure si tratta della punta di un iceberg? Si registrano solo i casi che arrivano all'attenzione dei mass-media? Per rispondere è bene vedere un po' di numeri, spesso più eloquenti di tante parole. Ci aiuta il 2° rapporto alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia.

Si può iniziare dal tasso di mortalità infantile che certamente è in diminuzione in questi ultimi anni. Tuttavia, se si scompongono i dati, si può osservare che la diminuzione è importante per il primo anno di vita, ma è molto meno soddisfacente per il primo mese di vita. La scomposizione a livello regionale è molto preoccupante. L'ultimo dato Istat risale purtroppo al 2006, ma dice ad esempio che la mortalità perinatale in Basilicata è pari a 7 per mille nati vivi contro lo 0,8 registrato in valle d'Aosta. Il Rapporto osserva come vi sia una forte differenza fra Nord e Sud, dovuta a carenze nell'assistenza neonatale in regioni come Calabria, Sicilia, Basilicata, Puglia, Campania, nonché nel Lazio, dove sarebbero necessari maggiori interventi soprattutto nella cura dei neonati prematuri.

Probabilmente una causa importante per la differenza fra Nord e Sud dipende dalla concentrazione dei parti in determinate strutture. È noto che entro certi limiti l'efficacia degli interventi dipende fondamentalmente dal numero di interventi eseguiti da un dato gruppo: quanto più sono gli interventi, tanto migliore è il risultato. In questo senso, mentre nelle regioni del Nord oltre l'80 per cento dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1.000 parti annui), nelle regioni del Sud — sempre secondo il citato Rapporto — solo fra il 30 e il 45 per cento dei parti si svolge in strutture dove si praticano oltre 1.000 parti.

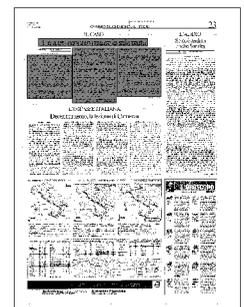
La descrizione delle differenze fra Nord e Sud potrebbe continuare ricordando che nel Sud è insufficiente il numero di Unità di terapia intensiva neonatale, specializzazione importante per tutti i parti a rischio e per i neonati pre-termine, come pure è disomogeneo il Servizio di Trasporto neonatale in emergenza, totalmente assente in alcune regioni del Sud. Infine si ricorda la straordinaria differenza nel numero di parti cesarei: ad esempio 24 per cento in Toscana, 42 per cento nel Lazio e 61 per cento in Campania. L'Organizzazione mondiale della sanità prevede che il tasso di parti chirurgici sia ottimale

fra il 10 e il 15 per cento, per ottenere il massimo beneficio per la madre e il bambino.

In questa situazione catastrofica, se si aggiungono le liti fra operatori sanitari e la tendenza alla

disorganizzazione di molte strutture, si completa il quadro. Che fare? Il **ministro della Salute** ha già identificato la necessità di concentrare i parti in alcune grandi strutture che hanno la possibilità di avere tutti i necessari servizi evitando di continuare ad accreditare reparti di ostetricia in piccoli ospedali che non possono dare le necessarie garanzie. Ciò non basta perché occorre creare non solo l'organizzazione, ma anche delle regole condivise attraverso i cosiddetti protocolli che determinano le procedure da seguire nei casi critici, protocolli che devono essere continuamente aggiornati proprio tenendo conto dell'esperienza quotidiana, delle linee-guida internazionali e dei progressi della letteratura scientifica. Infine, sarebbe utile una ispezione per capire quali siano le ragioni di tanti parti cesarei, sperando che ciò non sia dovuto a ragioni di cassetta, visto che il parto chirurgico ottiene un maggior rimborso di quello normale.

Si spera che, passata l'indignazione dell'opinione pubblica, tutto non ritorni come prima. I neonati del Nord e del Sud hanno un eguale diritto alla vita: non perdiamo altro tempo.



Medici boxeur grazie alla politica e alle lauree facili

Il degrado dell'università e il clientelismo sono le vere cause della perdita di professionalità dei camici bianchi

Fazio «Talvolta ci vogliono sanzioni esemplari»

«Non diciamo che nel nostro Paese si partorisce male. È uno dei primissimi Paesi al mondo in cui il parto è sicuro». Lo ha affermato il ministro della Salute Ferruccio Fazio rispondendo ai giornalisti sull'ultimo presunto caso di malasanità all'ospedale Papardo di Messina. Il ministro Fazio ha preso poi parte alla trasmis-

sione tv «Porta a porta», durante la quale ha detto fra l'altro: «Lo Stato e le regioni devono rimanere vicino alle persone che hanno subito torti di questo genere anche dopo. Stiamo cambiando i meccanismi degli ordini, perché è necessario dare risposte a volte più veloci. In molti casi ci vogliono sanzioni esemplari».

di Severino Antinori*

Ho sentito molto discutere, in questi giorni, di ginecologi boxeur che si sono resi protagonisti, in sala parto di ripetuti eventi tragici ai danni delle partorienti e dei neonati.

Premesso che ho una quarantennale esperienza di ostetricia, con migliaia e migliaia di parti eseguiti in tutto il mondo, con buon esito, mi permetto di fare alcune considerazioni su quanto si sta verificando e che non è solo indecoroso perché si sta mettendo in gioco la professionalità della classe medica, ma è soprattutto lesivo della salute dei pazienti, donne e bambini.

Di chi è la colpa? Di certo il degrado del sistema universitario e delle scuole di specializzazione ha giovato a questo abbandono della professionalità, consentendo ai giovani di conseguire la laurea facilmente e ancor più facilmente di ottenere una specializzazione. Di certo la riforma del Servizio sanitario nazionale, grazie all'ex ministro Bindi, ha

alimentato il fenomeno della burocratizzazione della classe medica con lo svilimento e l'appiattimento della professionalità del medico, così come avvenne nei regimi comunisti del passato.

I direttori generali delle Asl, impegnati ad amministrare il potere più che la salute dei pazienti come ha affermato Feltri, nominano primari e vice persone professionalmente pessime o comunque di nessuna esperienza, per raccomandazioni e motivi politici.

Le vecchie scuole accademiche di ginecologia e ostetricia italiane erano, insieme a quelle di ortopedia e di oculistica, di rinomanza internazionale. Oggi la situazione è drasticamente peggiorata al punto che a Roma, l'Università Tor Vergata e il Sant'Andrea mancano di sale parto e alla Sapienza qualche anno fa venne nominato direttore di cattedra di Ginecologia un anestesista; ciò che comportò una serie numerosa di danni alle pazienti. Oggi fortunatamente la situazione è cambiata per-

ché è stato nominato un direttore valido, il professor. Benedetti Panici.

So che si sta prospettando l'istituzione di una Commissione parlamentare per la creazione di «Punti nascita. Quanto alla diatriba «parto naturale o parto cesareo», non bisogna enfatizzare né l'uno né l'altro. Non dimentichiamo che l'Italia è uno dei pochi paesi al mondo in cui il ginecologo è passibile di azione penale. Questo è uno dei motivi che spingono il medico a porsi sulla difensiva e a praticare il parto cesareo. A tal riguardo chiedo che venga abolita l'azione penale e lasciata la sola azione civile di risarcimento.

È la perizia del ginecologo a determinare la scelta o dell'uno o dell'altro. È ovvio che in casi di distacco placentare, sofferenza fetale, posizione fetale anomala, sproporzione feto pelvica eccetera si impone il ricorso al parto cesareo, onde evitare danni irreversibili al feto e alla madre, come occorre a Reggio Emilia qualche giorno fa, dove si è esasperato il ricorso al parto natura-

le aspettando tre giorni prima di intervenire. Eggiunge ora notizia di un altro bimbo in coma per danni procurati dal prolungato ed esasperato parto naturale, probabilmente frutto del clima di paura che si è instaurato a seguito della discussione mediatica, dove anche alcuni soloni della medicina, ma non ostetrici, hanno sproloquiato criminalizzando il ricorso al taglio cesareo.

Quanto ai rischi del parto cesareo posso tranquillamente affermare che i rischi sono minimi. È necessario il monitoraggio rigoroso secondo per secondo, durante il parto, di tutti i parametri del nascituro, con la possibilità di trasformare nella stessa sala parto in tre minuti un parto naturale in parto cesareo come avviene in Gran Bretagna. Spero che i ginecologi decidano, senza farsi influenzare, secondo scienza e coscienza!

*Presidente Associazione mondiale medicina della riproduzione



L'INCHIESTA

Allarme finti medici e dentisti: 1.200 denunce l'anno

Camici bianchi e Asl chiedono controlli e multe più severe. I Nas: in giro 15 mila odontoiatri fasulli

di CARLA MASSI

ROMA - Medicinali scaduti, ferri non sterilizzati, macchinari vecchi, garze sporche e mozziconi di sigarette. Davanti a questo scempio si sono trovati gli agenti della Guardia di Finanza che, qualche giorno fa, hanno scoperto a Firenze l'ennesimo dentista abusivo. Estrazioni, devitalizzazioni e otturazioni a prezzi stracciati, inferiori di almeno un terzo rispetto alla media dei suoi colleghi veri. A Verona, fino all'altra settimana, un giovane di 30 anni, lavorava come medico nel pronto soccorso dell'ospedale ma, non aveva la laurea.

In tasca, solo il diploma di terza media. Per raggiungere il suo fine aveva anche rubato l'identità e la qualifica di un vero cardiologo in ruolo. Un particolare: fino a settembre 2009 aveva fatto il noleggiatore. In provincia di Udine esercitava abusivamente l'attività di ortopedico e fisioterapista scoperto ad agosto: sul muro del suo studio tanti diplomi della Repubblica di San Marino, nel cassetto il certificato di un istituto di ragioneria. E' riuscita a lavorare sulle ambulanze utilizzate dall'Ares 118 di Latina una donna finta medico scoperta durante l'estate. Per dieci anni ha operato come finta ginecologa a Lecce una "dottoressa" senza laurea. A fine agosto, tre falsi dentisti sono stati smascherati a Roma, mentre lavoravano indisturbati nei loro studi. Uno di loro è stato bloccato mentre stava per eseguire un delicatissimo intervento di implantologia. E poi altri otto ambulatori sigillati a Torino. Questo il "bottino" de-

gli ultimi due mesi.

Conviviamo, di fatto, con un esercito di 15 mila falsi odontoiatri per un giro d'affari che i Nas hanno stimato in un giro d'affari di circa 720 milioni di euro all'anno su un totale di 7,2 milioni di cure. Un fenomeno in aumento quello dei dentisti fasulli. Nel 2009 sono stati chiusi 121 studi abusivi. Per loro, un business da 5,8 milioni di euro. «Stiamo lavorando sodo contro l'abusivismo - fa sapere Nicola

Illuzzi, odontoiatra e consigliere regionale nel Lazio del Gruppo Lista Renata Polverini - perché la situazione sta diventando vera emergenza. Solo a Roma se ne contano più di mille. Ne viene sequestrato uno ogni tre giorni. Va spiegato ai pazienti come riconoscere quelli "finti" ma va anche spiegato che i prezzi molto, molto bassi devono destare sospetti. Va spiegato anche che il rischio di finire in mani pericolose è alto per la salute. Molti, dopo alcuni interventi, vengono da noi per risistemarsi e non sempre è possibile». Più controlli e multe vere chiedono gli odontoiatri dell'Andi (Associazione nazionale dentisti italiani) che l'altra sera si sono incontrati proprio per disegnare la strategia prossima ventura. L'Andi ha istituito un numero verde per le denunce: 800.911.202.

Almeno 1000-1200 persone ogni anno vengono denunciate perché indossano abusivamente il camice. Basta confrontare i numeri per disegnare la situazione: 57 mila dentisti (circa 15 mila finti), 340 mila (si stimano 8-10 mila truffatori). La Federazione degli ordini dei medici sta organizzando il contrattacco, nuove alleanze in Europa contro i falsari della salute.

Ma come è possibile che un medico finto riesca ad arrivare fino al pronto soccorso? I camici bianchi minimizzano, parlano di casi rari e accusano l'ormai diffusa abitudine a far lavo-

rare gruppi di professionisti (sia medici che infermieri) assunti attraverso agenzie che stipulano contratti a tempo con il servizio sanitario nazionale. Gli ospedalieri ripetono che attraverso la figura del co.co.co si può rischiare di far passare anche la laurea taroccata dal momento che quei medici entrano in corsia senza le dovute verifiche. Che sia un concorso come un supercontrollo. «Si tratta di episodi sporadici - commenta Giovanni Monchiero presidente della Fiaso, Federazione italiana aziende sanitarie -. Le aziende richiedono i certificati e i diplomi anche per coloro che arrivano con contratti a tempo. Piuttosto, si facciano più controlli casuali negli albi degli Ordini dove i "fasulli" spesso non sono iscritti e si alzino in modo serio le pene. Da noi si rischia 6 mesi di carcere e 516 euro di multa. Conviene rischiare.

NUMERO VERDE PER DENUNCIARE

Illuzzi, odontoiatra e consigliere regionale: «Dire ai pazienti come riconoscere i "falsi"»

Mentre in Inghilterra si può finire in carcere per 8 anni e in Francia si arriva a pagare una sanzione di 15 mila euro». Una risposta dal ministro della Giustizia Alfano: «Va punito l'esercizio abusivo delle professioni mediche attraverso un processo di modernizzazione di questo settore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

All'estero troppe "fabbriche" di lauree facili, gli Ordini chiedono un blocco all'Europa

ROMA - Prima tappa della "crociata" anti-falsari è Bruxelles. La Federazione degli Ordini dei medici ha deciso di disegnare una strategia europea per bloccare il felice mercato del "turismo formativo". Di quel furbo pellegrinaggio che porta i giovani italiani ad emigrare dall'altra parte del mondo per confezionarsi uno staccio di titolo di abilitazione. Per poi farlo validare in Europa attraverso facili iter burocratici. «Parliamo - spiega Giuseppe Renzo, presidente della Commissione albo odontoiatri - di lauree conseguite in Sudamerica, al termine di percorsi di studi non adeguati agli standard formativi europei. Poi, grazie ad accordi bilaterali, vengono riconosciute in Spagna. Da qui, equiparate, secondo le procedure europee, a quelle italiane. E non è l'unico stratagemma. Parliamo anche dei titoli acquisiti in Romania o Bulgaria senza aver dato un esame o frequentato un a lezione. Ma validi a tutti gli effetti anche nel nostro paese. Si tratta di una vera fabbrica di dentisti abusivi».

Per questo, due iniziative: un incontro che si è svolto l'altra settimana a Bruxelles e due giorni di lavoro, durante lo scorso week end, a Taormina. Per studiare come combattere «questa organizzazione criminale - aggiunge Renzo - che si diffonde anche a livello europeo». «Dietro le problematiche che mi sono state presentate - sono le parole del vicepresidente del Parlamento europeo Gianni Pittella che ha incontrato la delegazione a Bruxelles - vedo il rischio dello snaturamento del mercato unico». Mentre John Dalli, Commissario alla Salute parla della

necessità di «un'azione comune con il Commissario al Mercato». Insomma, si pensa ad una lotta comune contro le false lauree. Prese in università, una è stata identificata in Romania, dove basta sborsare seimila euro per entrare ed evitare i nostri quiz del numero chiuso. Otto-nove mila euro all'anno tra iscrizione, alloggio, vitto e viaggi. Una volta presa la residenza in Romania si torna in Italia come studente straniero (ovviamente sostenendo la prova di italiano) e il gioco è fatto. «E per avere specialisti davvero qualificati dovremo andarli a cercare all'estero - commenta Rocco Bellantone, nuovo preside della facoltà di Medicina alla Cattolica - Ci sono scuole, come chirurgia, che stanno andando deserte. Sono sempre di meno quelli che scelgono specializzazioni così impegnative e a rischio denuncia. Il fenomeno va fermato. Una proposta potrebbe essere quella di istituire un esame di abilitazione europeo: domande uguali per tutti dopo la laurea. Parlo di un esame tosto, una verifica vera, un meccanismo selettivo come si deve. A quel punto non si può bluffare se non hai studiato, se hai dribblato le prove più importanti».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AFFARI

720

Il giro di affari degli odontoiatri fasulli è stimato intorno ai 720 milioni di euro l'anno per un totale di 7,2 milioni di cure

STUDI ABUSIVI

121

Nel 2009 sono stati chiusi 121 studi odontoiatrici abusivi. Almeno 1.200 persone l'anno vengono denunciate



il caso

Gli esperti: conta la diffusione non i morti. Ma la gente non ha paura

«L'influenza? Fu vera pandemia»

DAL NOSTRO INVIATO A VENEZIA

Fu vera pandemia la diffusione del virus influenzale A/H1N1 lo scorso anno? «Certamente sì – ha detto Ilaria Capua, responsabile a Padova del Centro di riferimento internazionale per l'influenza aviaria –, perché non si misura dal numero di morti, ma dalla sua diffusione, e questa ha toccato tutti i continenti come le cartine dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) mostrano chiaramente». Eppure, la gestione sanitaria dell'emergenza nata in Messico nell'aprile 2009 ha lasciato a desiderare in molti Paesi, con un'informazione che oscillava tra sottovalutazione e allarmismo e autorità governative talvolta in contrasto fra loro. Fino al punto da met-

tere in dubbio la serietà dell'operato dell'Oms.

Ilaria Capua ha riepilogato le fasi di diffusione che conducono un'epidemia influenzale, causata da virus che mutano continuamente (e che rendono necessario vaccinarsi ogni anno), a diventare pandemia: «È la imprevedibilità delle mutazioni a rendere necessaria una vigilanza attenta. Quando tra il 1999 e il 2000 si diffuse l'aviaria sostenuta dal virus H5N1, ad alto contenuto patogeno, gli scienziati si preoccuparono che potesse mutare in una pandemia. Questo non è avvenuto, ma si è investito molto in una rete di laboratori».

La risposta rapida è infatti il primo compito per contrastare una pandemia: «Purtroppo i tempi di produ-

zione dei vaccini sono stati troppo lenti: dal 27 aprile – quando è stato reso disponibile il ceppo virale – al 15 settembre, data di distribuzione delle prime dosi, il picco era già stato superato». Anche il [ministro della Salute](#) Fazio aveva sottolineato in apertura di conferenza che l'imprevedibilità delle mutazioni dei virus rende necessario puntare su un principio di precauzione e aveva anche avanzato l'idea di incoraggiare i governi a creare siti di produzione dei vaccini, in collaborazione con le aziende. Resta il fatto che la vaccinazione, non solo in Italia, è stata largamente trascurata. E la popolazione non sembra particolarmente preoccupata, come ha spiegato il sociologo Massimiano Bucchi.

Enrico Negrotti



QUELLI «BUONI»**VEICOLO PER PORTARE GENI NELL'ORGANISMO**

Si può trarre qualche vantaggio dai virus? Gli scienziati dicono di sì. Non solo infatti lo studio dei virus ha aiutato molto a capire la nascita dei tumori, ma si è pensato a sfruttare la capacità dei retrovirus di inserirsi nel genoma della cellula per farne vettori di farmaci molto particolari. «Nelle malattie genetiche – spiega Luigi Naldini, direttore dell'Istituto Telethon San Raffaele di Milano per la terapia genica –, la causa della patologia è un'incapacità di alcuni geni di svolgere i loro compiti. Per mezzo dell'ingegneria genetica, si separano elementi del Dna o del Rna del virus, si inserisce il gene che serve nel genoma e si invia il virus nella cellula perché ne corregga il difetto». Sono concetti sviluppati solo negli ultimi 15 anni, spiega Naldini, ma che possono vantare già almeno un successo significativo: «Sono stati trattati 15 bambini affetti da Ada-Scid, una grave malattia che li priva del sistema immunitario, costringendoli a vivere sotto una "bolla", nella quale però, prima o poi, penetra l'infezione letale. A dieci anni dal trapianto questi bambini conducono ora una vita normale». E ora si sta lavorando ad altre malattie: «Un trapianto è già eseguito su un bimbo affetto da leucodistrofia, inserendo il virus modificato nelle cellule staminali del sangue, che riescono a raggiungere il cervello». (E.Ne.)



Guerra globale ai virus «Più intelligenti di noi»

Nuovi sistemi di controllo per bloccare subito le epidemie. Con un sms

DAL NOSTRO INVIATO A VENEZIA ENRICO NEGROTTI

Un cacciatore si aggira per la foresta equatoriale e dopo avere catturato la sua preda – una scimmia – viene preso in consegna da una squadra «speciale», che analizza lo stato di salute dell'uomo e dell'animale. Lo stretto contatto con specie selvatiche infatti è una delle occasioni che i virus hanno per compiere il salto, ovvero passare da una circolazione tra animali a quella negli organismi umani. E poiché quasi tutte le più gravi infezioni virali sono nate in ambito animale, ecco che i «cacciatori di virus» setacciano gli angoli più remoti della Terra per creare sistemi di allerta rapido che permettano di informare (anche con sms) le autorità sanitarie al comparire di casi di malattie gravi o letali che appaiano sospette. L'attività della Global Viral Forecasting (Gvf), illustrata dal suo fondatore, Nathan Wolfe, docente di Biologia alla Stanford University (Stati Uniti) rappresenta uno degli esempi più convincenti della applicazione di strategie innovative per battere quel «nemico invisibile» che sono i virus, protagonisti a Venezia della sesta edizione della Conferenza mondiale sul Futuro della scienza, organizzata dalla Fondazione Umberto Veronesi, dalla Fondazione Silvio Tronchetti Provera e dalla Fondazione Giorgio Cini.

«Oggi ci troviamo immersi in una delle più gravi epidemie della storia: il virus che provoca l'Aids, l'Hiv, è presente in tutti i Paesi, ha causato già 25 milioni di morti ed è la causa di morte più frequente in Africa», ha sottolineato l'oncologo Umberto Veronesi, ricordando come «nonostante un immenso impegno economico e finanziario ed eserciti di ricercatori, non abbiamo ancora il vaccino contro questo virus». E non a caso proprio Luc Montagnier e Robert Gallo, scopritori del virus Hiv, sono stati i protagonisti dell'apertura della Conferenza: il primo, premio Nobel per la medicina nel 2008, ha ipotizzato che sia nel Dna il luogo dove il virus, pur attaccato dai farmaci, riesce a nascondersi; il secondo, scopritore del virus Htlv-1 (causa di una forma leucemica nell'uomo), ha parlato di un candidato vaccino contro l'Hiv che il suo gruppo sta studiando.

Ma se l'Aids ha risvegliato il mondo scientifico che – alla fine degli anni Sessanta – riteneva che, grazie agli antibiotici e allo sviluppo dei vaccini, la questione delle malattie infettive fosse ormai chiusa, molti altri virus continuano a emergere e a costituire una minaccia alla salute umana. Per la sua semplicissima struttura (una piccola striscia di Dna o Rna racchiusa in un guscio proteico), ogni virus è un «parassita cellulare per forza», ha spiegato Dorothy Crawford (docente di Microbiologia all'Università di Edimburgo, Regno Unito), che si integra nelle



cellule dell'animale o dell'uomo e le costringe a lavorare per lui. «Un virus contiene da due a duecento geni, misura da 20 a 300 millesimi di millimetro ed è mediamente 500 volte più piccolo di un batterio».

L'emergere di nuove infezioni virali è più frequente, causale e imprevedibile di quanto si pensi: «Il virus Nipah è stato identificato in Malesia nel 1999 in maiali cui causava malattie respiratorie, ma quando passa nell'uomo provoca encefaliti, letali nel 50% dei casi: il virus veniva da pipistrelli che si erano avvicinati agli allevamenti suini perché erano stati abbattuti gli alberi su cui vivevano». O ancora il virus del vaiolo delle scimmie, diffusosi negli Stati Uniti nel 2003, grazie alla importazione dal Ghana di un animaletto da compagnia (uno scoiattolino africano) che ha infettato – in negozio – anche il cane della prateria. Anche il più stupido dei virus – ha detto Crawford citando lo scienziato Georg Klein – è più intelligente del più intelligente dei virologi.

Anche trascurando antiche paure di infezioni come vaiolo e polio, o l'ampia diffusione dell'epatite B e C, molti virus temibili sorgono di tanto in tanto nelle zone più remote del Pianeta (da Ebola alla Sars, dall'influenza aviaria al West Nile) creando panico per la facilità con cui – grazie ai trasporti aerei – si possono diffondere per il mondo. E poiché dopo un certo tempo i virus animali finiscono col trasmettersi all'uomo, la veterinaria Ilaria Capua (direttore dell'Istituto zooprofilattico delle Venezie, centro di riferimento internazionale per l'influenza aviaria) ha sostenuto la necessità di «non dividere la salute degli animali da quella degli uomini». Ma la minaccia non riguarda solo animali e uomini: anche il mondo vegetale è attaccato dai virus, trasportati dagli insetti. E l'impatto sulle popolazioni che vivono di agricoltura in Africa può essere pesantissimo, come ha mostrato Wafaa El Khoury, (divisione produzione e protezione delle piante della Fao), facendo il caso della manioca, pianta fondamentale per l'alimentazione di ampie regioni africane, che viene colpita da due virus: «Non disponiamo di pesticidi contro i virus, occorre avere capacità diagnostica, sorveglianza e formazione degli agricoltori». In questo campo una soluzione viene dall'ingegneria genetica. Wilhelm Gruissem (Eth, Istituto svizzero per la tecnologia, Zurigo) ha illustrato come si stanno creando in laboratorio piante geneticamente modificate per resistere ai virus, partendo dalle caratteristiche di alcuni vegetali che non ne vengono infettati. «Bisogna trovare una soluzione che vada bene per l'Africa, non per Zurigo. Ora stiamo testandole in campo a Porto Rico».

Alla Conferenza mondiale di Venezia, gli ultimi risultati in termini di cure, vaccini e prevenzione. Ma

ceppi passano di continuo dagli animali all'uomo E la prima emergenza rimane l'Aids



Luc Montagnier e Robert Gallo, stretta di mano tra studiosi «rivali» dell'Aids

Malato cronico grave un italiano su 10

DA ROMA

Oltre 25 milioni di italiani sono affetti da una malattia cronica e 7,6 milioni in modo grave. Ma, nonostante il cambiamento che ha investito il Servizio sanitario nazionale negli ultimi anni (con il potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari), i pazienti continuano a lamentare difficoltà di accesso ai servizi, inadeguatezze delle prestazioni e disparità tra le aree del Paese. È quanto emerso durante la "Prima conferenza italiana sull'accesso alle cure nelle malattie croniche" organizzata ie-

ri a Roma da Nps Italia Onlus e sostenuto tra gli altri dall'Istituto Superiore di sanità e dall'Aifa. Secondo i dati Istat più recenti il 45,6% della popolazione al di sopra dei 6 an-



ni è affetto da almeno una malattia cronica: in tutto più di 25 milioni di persone. Ma il dato più impressionante è quello che riguarda le malattie più se-

rie (diabete, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno inclu-

Allarme dell'Istat anche per i disturbi lievi: colpito il 45,6% della popolazione
«Serve più assistenza, soprattutto per i disabili»

si linfoma/leucemia, parkinsonismo, Alzheimer, demenze senili): ne è colpito il 13% della popolazione. Novità sul fronte della diffusione delle

cronicità per classi di età: i dati Istat più recenti smontano il luogo comune che individua la cronicità come un problema degli anziani. In realtà ne soffrono 7,6 milioni di italiani tra i 6 e i 44 anni e di questi 2 milioni figurano nella fascia di età tra i 6 e i 24 anni.

È invece allarme sull'assistenza: in base ai dati diffusi quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio. E la carenza assistenziale non è colmata neppure dai servizi domiciliari (non sanitari) a pagamento: sono oltre il 70% le famiglie che non si avvalgono di alcuna assistenza, né privata né pubblica.



UN SONDAGGIO RIVELA I TIMORI DI ONCOLOGI E NEFROLOGI

Biosimiliari, tanta voglia di regole

Per alcuni farmaci biotecnologici largamente utilizzati in Oncologia e Nefrologia i brevetti sono scaduti da poco o stanno per farlo. Sono infatti trascorsi i 20 anni di copertura previsti sugli agenti di origine biologica. Con i farmaci biotech la cautela e la precisione devono essere assoluti: basta una minima differenza della loro complessa struttura molecolare per causare problemi di immunogenicità, come già verificato in Nefrologia con il caso clinico della red pure cell aplasia. Per questo l'Emea ha posto limiti stringenti e raccomandato accorti piani di farmacovigilanza sui biosimilari.

Molti Paesi europei hanno ormai legiferato per la non sostituibilità automatica del farmaco originatore col biosimile, così come si sono espressi sia il ministero della Salute italiano sia l'Aifa determinando una sentenza del Consiglio di Stato del giugno 2007, dato che nel nostro Paese manca tuttora una legge.

Ma quanto ne sanno gli specialisti interessati? Già nel 2008 la Fondazione dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), grazie a un gruppo di lavoro e alla collaborazione della Società italiana di nefrologia (Sin), avviò il progetto «Problematiche etiche sull'impiego dei farmaci simili e bioequivalenti». Dopo due anni abbiamo deciso di verificare con un sondaggio il livello di sensibilizzazione dei nostri specialisti e di coinvolgere pazienti e familiari, con la collaborazione di Favo e Aimac.

I principali risultati indicano che il 52% dei malati o dei loro familiari non ne ha mai sentito parlare e il 60% non sa se siano o meno disponibili. Solo il 15% cam-

bierebbe il biotech che già assume con un biosimilare e appena l'8% ritiene il minor costo un motivo valido per cambiare. Sul fronte degli specialisti c'è maggiore consapevolezza, anche se molta strada rimane ancora da percorrere. Rispetto alla questione chiave, cioè se i biosimilari siano uguali agli originatori, due anni fa il 45% degli oncologi medici o non sapeva rispondere (27%) o rispondeva di sì (18%). Oggi la percentuale è più che dimezzata tra gli oncologi, passando al 21% complessivo ("non so" al 6%, "sì" al 15%) e invariata per i nefrologi (19% complessivo, "non so" all'1% e "sì" al 18%; nel 2008 "non so" 15% e "sì" 20%).

Un punto risulta fermo dal 2008: per 3 oncologi su 4 e per il 90% dei nefrologi ogni farmaco biosimilare dovrebbe effettuare obbligatoriamente, per ogni diversa indicazione, studi clinici di confronto con la molecola originale.

In mancanza di norme, gli oncologi sono sempre più favorevoli ad assumersi la responsabilità clinica della scelta tra biosimilare e farmaco originatore ma risultano ancora abbastanza divisi (49% per il sì, contro il 18% del 2008, e 40% per il no). I nefrologi al 62% sono per il sì, al 28% per il no. Nel 2008 era favorevole il 40%. Gli oncologi

sono sempre più d'accordo con la norma, adottata da numerosi Paesi tra cui Francia, Svezia, Germania, Spagna e Slovenia, che impedisce la sostituzione automatica di un farmaco biotech con un analogo biosimilare: sono favorevoli ad analogo provvedimento in Italia l'83% degli oncologi e l'88% dei nefrologi.

Il 94% degli oncologi e l'83% dei nefrologi ritengono sempre più urgente la creazione di un tavolo di lavoro comune sui biosimilari tra istituzioni sanitarie, rappresentanti delle aziende, di medici e di pazienti, e società scientifiche. Gli oncologi sono sempre più preoccupati che si crei un mercato di biosimilari a basso costo, non controllati e quindi potenzialmente pericolosi: 74% nel 2010, 59% nel 2008. I nefrologi con questo timore sono invece in calo (75% nel 2010, 87% nel 2008).

In definitiva, appaiono sempre più necessari un costante approfondimento sul tema e un regolamento ad hoc, oltre che piani di farmacovigilanza precisi. L'Emea ha lavorato alle linee guida sui biosimilari, ma mancano ancora direttive sufficientemente accurate e i farmaci biosimilari già autorizzati dall'Aifa vengono a oggi prescritti e utilizzati in maniera non uniforme sul territorio nazionale.

Francesco Boccardo
Direttore Dipartimento
di Oncologia, biologia e genetica,
Università di Genova
Presidente Fondazione Aiom
Francesco Locatelli
Direttore Dipartimento
di Nefrologia, dialisi
e trapianto di rene
Ospedale A. Manzoni, Lecco
Past-president Sin



Il riconoscimento dell'equivalenza va per ora lasciato allo specialista che deve poter valutare caso per caso?

	Oncologi				Nefrologi				Differenza 2008-2010	
	2008		2010		2008		2010		Oncologi	Nefrologi
	N. risposte	%	%	%						
Si	128	18%	311	49%	141	40%	131	62%	30%	22%
No	320	46%	257	40%	158	45%	60	28%	-6%	-16%
Non so	256	36%	71	11%	53	15%	20	9%	-25%	-6%

Concordi con i provvedimenti di alcuni Paesi che vietano al farmacista H di sostituire un bioteci con un biosimilare?

	Oncologi				Nefrologi				Differenza 2008-2010	
	2008		2010		2008		2010		Oncologi	Nefrologi
	N. risposte	%	%	%						
Si	544	77%	532	83%	285	81%	185	88%	6%	7%
No	64	9%	37	6%	21	6%	17	8%	-3%	2%
Non so	96	14%	70	11%	46	13%	9	4%	-3%	-9%

Ritieni concreto il rischio di un mercato di biosimilari a basso costo, non controllati e quindi potenzialmente pericolosi?

	Oncologi				Nefrologi				Differenza 2008-2010	
	2008		2010		2008		2010		Oncologi	Nefrologi
	N. risposte	%	%	%						
Si	416	59%	471	74%	306	87%	159	75%	15%	-12%
No	224	32%	115	18%	21	6%	28	13%	-14%	7%
Non so	64	9%	53	8%	25	7%	24	11%	-1%	4%

A PAG. 25 E 30**Oncologia**

Il rebus biosimilari preoccupa i professionisti. Intanto "vola" il mercato dei biologici

Mercato del farmaco: secondo alcune stime l'oncologia sarà superata dalla reumatologia

I biologici all'arrembaggio

Spesa in crescita continua - Urgono regole anti-conflitto di interessi

Da quanto riportato da alcune società che si occupano di analisi di consumo dei farmaci, si evidenziano dati che impongono riflessioni per gli anni futuri, che dovranno essere rivolte a scelte strategiche di appropriatezza terapeutica e al contenimento dei costi.

Secondo la Kaiser Family Foundation and Sonderregger Research Center, la prima industria farmaceutica mondiale fattura quasi quanto l'Olanda e, dal 1995 al 2004, i tassi di profitto dell'industria farmaceutica nel suo complesso sono stati mediamente il triplo di quelli delle prime 500 aziende manifatturiere (costi espressi in milioni di dollari).

L'analisi prospettica condotta dalla società Evaluated Pharma, con sede a Londra, prevede dal 2009 al 2016 dati da cui si evince che, mentre si sta osservando una crisi mondiale a livello dell'industria manifatturiera, questo non accade per le prime 10 aziende farmaceutiche che mediamente hanno un tasso di crescita annua dal -2% al +7%. L'unico segno negativo per la ditta leader è dovuto alla scadenza di taluni brevetti.

Dall'analisi prospettica lo scenario relativo al consumo mondiale dei primi 10 farmaci più utilizzati diviene più interessante e, in un certo senso allarmante, per gli eventuali risvolti economici: infatti all'Oncologia si affiancheranno altre specialità che fa-

ranno lievitare la spesa farmaceutica.

Dalla seconda tabella si può evidenziare che 9 dei 10 farmaci classificati sono frutto di biotecnologia: soltanto tre prodotti sono per la terapia di neoplasie mentre i restanti sono prioritariamente per i trattamenti dell'artrite e, a ruota, di diabete, osteoporosi e asma (patologie ampiamente diffuse e rappresentative nella popolazione mondiale).

Precisiamo, innanzitutto, che que-

sti dati sono assolutamente teorici e pertanto non riflettono la reale crisi economica che i singoli Paesi stanno vivendo (basta dare un'occhiata alla manovra correttiva indirizzata al contenimento dei costi del Governo italiano), ma pur nella incertezza devono indurre a riflessioni e a porre eventuali proposte di modifica all'attuale sistema.

L'arrivo sul mercato di farmaci biologici, ad alto costo, su patologie molto diffuse esige che il "modello oncologico" per l'approvazione di nuovi principi attivi debba essere rivisto. Ci si augura fortemente che gli enti regolatori accettino soltanto l'inserimento di nuovi principi attivi che siano stati supportati da lavori di ricerca con chiari endpoint primari, quali a esempio il miglioramento della sopravvivenza globale, e non endpoint surrogati, che hanno posto qualche dubbio sulla loro validità se si parla di Oncologia.

Di fondamentale importanza è

l'esclusione dai boards decisionali di ricercatori in evidente conflitto di interesse. Non si può essere promotori/ricercatori di una sperimentazione e successivamente avere potere decisionale in un board che delinea linee guida o l'inserimento di un nuovo principio attivo.

Ribadiamo che i finanziamenti industriali sono indispensabili ai ricercatori e al progresso della scienza, viste le poche risorse pubbliche, ma evitiamo che, successivamente, i ricercatori si trasformino in testimonial pubblicitari

della azienda farmaceutica che ha sponsorizzato la ricerca. Quanto fatto negli Usa nell'aprile 2009 dall'Institute of medicine (Iom) della National academy of sciences, dettando delle regole ben precise su come evitare i conflitti d'interesse, dovrebbe essere di esempio anche per noi europei, nonostante non ci siano ancora esiti positivi tangibili dopo l'applicazione di queste norme.

Una speranza per il futuro, almeno in Oncologia, può derivare dalla Green Oncology sviluppata in Italia da Salvatore Palazzo e da pochi altri (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 13/2010). La



Green Oncology è il nuovo paradigma concettuale e operativo dell'Oncologia, che rappresenta, rispetto al tradizionale modello biomedico centrato sull'interesse del singolo paziente e sul suo esclusivo rapporto con il medico, un gradino evolutivo di complessità verso azioni cliniche partecipate con i pazienti, condivise tra i vari operatori sanitari, ed eco-responsabili del potenziale impatto attuale e futuro sull'ambiente umano, professionale, strutturale, tecnologico e organizzativo, in cui si originano; nonché sulla biosfera.

La Green Oncology opera mediante scelte etico-manageriali, che incorporano, oltre ai tradizionali criteri di efficacia, efficienza e effectiveness, anche quello della sostenibilità culturale, economica, ambientale e sociale in quanto realizzabili, eque e vivibili.

Tale approccio può soprattutto, per la condivisione di vari attori, aiutare le norme anti-conflitto d'interesse perché è in grado di creare un approccio culturale e decisionale di tipo diverso e scarsamente condizionato dalle pressioni dirette o indirette di "Big Pharma".

Antonio Jirillo
Federica Vascon
Istituto oncologico veneto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il trend fino al 2016 (milioni di dollari, stima)

Aziende	Vendite annuali 2009-2016	Quota di mercato 2009-2016	Market rank 2009-2016
Pfizer	55,3 - 47,1 (-2%)	8,6% - 6,0%	1 - 1
Merck&Co	41,6 - 46,3 (+2%)	6,5% - 5,9%	2 - 2
Novartis	37,3 - 46,0 (+3%)	5,8% - 5,9%	4 - 3
Roche	36,0 - 43,9 (+3%)	5,6% - 5,6%	6 - 4
Sanofi-Aventis	38,3 - 38,9 (+0%)	6,0% - 5,0%	3 - 5
GlaxoSmithKline	36,3 - 38,7 (+1%)	5,6% - 4,9%	5 - 6
Abbott Laboratories	16,5 - 26,1 (+7%)	2,6% - 3,3%	10 - 7
Johnson&Johnson	21,3 - 24,8 (+2%)	3,3% - 3,2%	8 - 8
AstraZeneca	31,6 - 22,1 (-5%)	4,9% - 2,8%	7 - 9
Teva Pharmaceutical Industries	12,6 - 20,8 (+7%)	2,0% - 2,7%	15 - 10

Lo scenario dei dieci prodotti più utilizzati (milioni di dollari, stima)

Farmaco	Ditta	Patologia	2009	2016	Crescita annuale
Humira	Abbott Laboratories /Eisai	Arthritis	5,6	10,1	9%
Avastin	Roche	Cancer	5,7	8,9	6%
Enbrel	Amgen/Pfizer/Takeda	Arthritis	6,5	7,3	2%
Rituxan	Roche/Biogen/ Idec	Cancer	5,6	6,8	3%
Crestor	AstraZeneca/ Shionogi/Chiesi	Cholesterol-lowering	4,8	-	4%
Herceptin	Roche	Cancer	4,9	6,3	3%
Remicade	Johnson	Arthritis	5,9	6,2	0%
Lantus	Sanofi-Aventis	Insulin for diabetes	4,3	5,7	3%
Advair/Seretide Almiral/Others	GlaxoSmithKline	Asthma	8,0	5,3	-6%
Prolia	Amgen/Daiichi Sankyo/GlaxoSmithKline	Osteoporosis		5,2	

Gli ultimi dati sulle performance scientifiche degli Irccs mostrano un Paese spaccato: solo il Nord si salva

Il miraggio della ricerca nel Ssn

Poche pubblicazioni e basso impatto per metà centri - Il ministero: «Ora più merito»

La ricerca nel Ssn è in mano a pochi Irccs che tengono alta la bandiera dell'innovazione. Dagli ultimi dati (2009) del ministero della Salute sulle performance scientifiche emerge un'Italia della provetta spaccata in due: solo il Nord si salva, con la Lombardia e i suoi Irccs che conquistano i risultati migliori. I numeri spaziano dall'impact factor al numero delle pubblicazioni scientifiche, dalla capacità di attrarre altri finanziamenti rispetto a quelli ministeriali fino ai trial clinici e ai pazienti reclutati.

Secondo questi dati, tra i 43 centri che si sono guadagnati

l'ambito riconoscimento di Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, solo una ventina circa possono contare su di un "impatto" scientifico di un certo peso (circa 500 punti di impact factor all'anno). Il ministero della Salute ha deciso, però, di non stare a guardare. E dall'anno scorso ha deciso di mettere a bando una bella fetta (40 milioni sui 200 totali) dei fondi della ricerca corrente, quella distribuita a tutti gli Irccs. Assicurando dunque solo ai migliori le risorse in più. L'intenzione è quella di continuare sulla strada di maggiori incentivi a chi fa risultati migliori.

A PAG. 2-3



I dati del 2009 sulla produzione scientifica mostrano le cattive performance di molti Istituti

Pochi Irccs fanno vera ricerca

Italia spaccata in due: tra i primi 20 centri per impatto 15 sono al Nord

Non tutte le perle del Ssn brillano. Anzi. Molte brillano poco o per nulla. Nella lunga lista dei "magnifici" Irccs, gli ospedali di eccellenza che almeno sulla carta dovrebbero rappresentare la punta di diamante nella ricerca e nell'assistenza del Servizio sanitario, c'è qualche Istituto di troppo.

Tra i 43 centri che si sono guadagnati l'ambito riconoscimento di Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico - ogni anno se ne aggiunge almeno uno alla lista - in pochi e soprattutto al Centro-Nord (Lombardia in primis), con rare eccezioni importanti al Sud, fanno davvero ricerca ad alto livello. Gli altri guardano dal basso. Altri ancora arrancano e portano a casa risultati modesti. A volte quasi imbarazzanti.

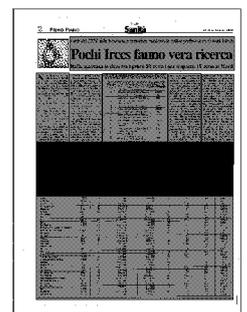
Il nuovo aggiornato spaccato esce fuori dagli ultimi dati del ministero della Salute, pubblicati in esclusiva da «Il Sole-24 Ore Sanità». I dati del 2009 parlano chiaro: pubblicazioni al lumicino

per molti Irccs (cinque non sono riusciti a produrne più di 50 in un anno). Con l'«impact factor», il peso scientifico della ricerca calcolato sulle pubblicazioni (in questo caso anche «normalizzato», ritoccato cioè secondo le indicazioni ministeriali) che vede stravincere alcune strutture, quasi tutte del Nord: a partire dal solito San Raffaele di Milano che da solo (con 3.423 punti) ha più "impatto" di quasi venti Irccs messi insieme. Mentre sono solo 17 gli Istituti che riescono a superare l'asticella di 500 punti di impact factor, un tetto minimo per poter dire che si fa innovazione d'avanguardia. Basti pensare che un buon gruppo di ricerca a livello internazionale, fatto di una decina di persone tra ricercatori e tecnici, ne conquista almeno 100 in un anno. Non va molto meglio per la gran parte degli Istituti anche su altri fronti: dalla capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati (oltre a quelli del ministero) al numero di trial clinici (le sperimentazioni) e

ai pazienti reclutati. Il ministero della Salute ha deciso, però, di non stare a guardare. E dall'anno scorso ha deciso di mettere a bando una bella fetta (40 milioni sui 200 totali) dei fondi della ricerca corrente, quella distribuita a tutti gli Irccs. Assicurando dunque solo ai migliori le risorse in più.

Ricerca per pochi. Dai dati del ministero emerge chiaramente che più della metà degli istituti pubblici e privati a carattere scientifico, di scientifico non ha granché: hanno ottenuto l'agognato riconoscimento, si sono messi in tasca i finanziamenti che dai 189 milioni del 2007 sono passati a 200 nel 2008 per poi scendere ai 160 dell'anno scorso (perché, come detto, 40 milioni sono stati spostati nei bandi). Ma di risultati scientifici ne possono vantare ben pochi. Se si prende come punto di riferimento l'impact factor -, la misura cioè delle pubblicazioni e della loro utilità basata in buona parte sul prestigio della rivista su

cui sono pubblicate e sul numero degli scienziati che le utilizzano per costruire altra ricerca scientifica - solo una ventina di Irccs sembrano fare bella figura. Certo, va precisato che si tratta di una classifica molto grezza che non tiene conto di molti fattori: a cominciare dal fatto che gli Istituti che si occupano di alcune attività di ricerca più "spendibili", come l'Oncologia, hanno accesso più facile alle riviste importanti che fanno punteggio. Da qui l'impact factor in media più alto per gli Irccs specializzati nei tumori. Va anche aggiunto che i punteggi bassi spesso dipendono dal numero esiguo di ricercatori impiegati: per



questo bisogna tener conto, per giudicare la qualità scientifica, anche di altri due indicatori. E cioè qual è l'impact factor per ogni ricercatore e il costo medio speso per conquistare un punto. Ma questo non spiega gli scarsi risultati di alcuni centri. Gli ultimi tre Istituti per impatto scientifico sono il Crob di Rionero in Vulture, specializzato in Oncologia, che in un anno ha totalizzato solo 75 punti di «If» e una manciata di pubblicazioni (23 in tutto). Poi il De Bellis di Bari (specializzato in Gastroenterologia) con 103 punti e 35 pubblicazioni. Non va molto meglio il «Sdn» di Napoli (l'istituto di diagnostica nucleare) con 110 punti e 29 pubblicazioni. Ebbene questi tre centri si trovano a distanza siderale dai primi tre Ircs d'Italia per impact factor. Il San Raffaele di Milano di Don Verzè fa il pieno con 3.423 punti e 759 pubblicazioni. L'ospedale Maggiore di Milano totalizza 2.238 punti e 709 pubblicazioni, mentre il San Matteo di Pavia conquista 1.782 punti per 462 pubblicazioni.

Il ministero punta al merito.

È stato una delle prime battaglie del ministro Fazio che ha deciso di dare una scossa alla ricerca

sanitaria. Introducendo criteri per premiare il merito. A cominciare dal bando per i giovani cervelli (quasi 30 milioni) fino all'ultimo maxi-bando da 101 milioni del 2009 dove tutti, a cominciare da-

gli Ircs, hanno gareggiato per conquistare i fondi. Con una garanzia in più di trasparenza e affidabilità nelle valutazioni. I giudizi sui progetti sono stati appaltati ai mitici «National institutes of

health» americano. Una strada, questa, che il ministero non intende più mollare. Come dimostra il nuovo bando 2010 che vedrà la luce entro ottobre e che, tra le novità, prevede anche la parteci-

pazione delle imprese e le collaborazioni con i cervelli fuggiti all'estero.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La top 20 per impact factor

Posizione	Nome dell'Ircs	Impact factor totale normalizzato
1	Istituto San Raffaele di Milano (privato)	3.423,20
2	Ospedale Maggiore di Milano (pubblico)	2.238,20
3	Policl. San Matteo di Pavia (pubblico)	1.782,30
4	Istituto dei tumori di Milano (pubblico)	1.647,80
5	Istituto europeo di Oncologia di Milano (privato)	1.320,10
6	Fondaz. Santa Lucia di Roma (privato)	1.266,50
7	Istituto Gaslini di Genova (pubblico)	1.103,10
8	Fondazione Maugeri di Pavia (privato)	947,50
9	Istituto di Rizzoli di Bologna (pubblico)	900,7
10	Istituto Regina Elena di Roma (pubblico)	873,20
11	Osp. Bambino Gesù di Roma (privato)	847,00
12	Fondazione Carlo Besta di Milano (pubblico)	822,50
13	Istituto auxologico di Milano (privato)	813,20
14	Istituto per la ricerca sul cancro di Genova (pubblico)	810,50
15	Casa Sollievo della sofferenza di S. Giovanni Rotondo (Foggia) (privato)	666,10
16	Centro oncologico di Aviano (pubblico)	660,20
17	Istituto Neurologico mediterraneo di Pozzilli (privato)	628,30
18	Istituto Humanitas di Milano (privato)	491,30
19	Istituto oncologico veneto di Padova (pubblico)	484,70
20	Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani di Ancona	473,20

I dati principali degli Ircs nel 2009

Nome breve	Iri totale	Numero pubblicazioni totali	Volume totale dei finanziamenti non ministeriali da Enti pubblici e privati o da fondazioni (€)	Volume totale dei finanziamenti ottenuti da privati per progetti di ricerca dell'Ircs (€)	Trials attivi	Numero pazienti reclutati in trials clinici nel 2008	Ii per ricercatore	Costo medio per punto di Ii (€)
Auxologico	813,20	242	1.127.549,30	783.688,14	133	8.480	10,51	6.854,74
Aviano	660,20	210	109.508,21	4.615.863,43	116	1.292	8,09	9.011,09
Bietti	158,00	39	250.000,00	401.977,00	7	54	3,41	8.211,19
Burlo Garofalo	469,80	228	1.840.551,41	387.000,00	52	378	15,08	8.027,08
Carlo Besta	822,50	235	5.629.372,77	3.162.233,29	81	3.306	6,02	8.511,82
Casa sollievo della sofferenza	666,10	197	301.919,00	885.392,00	103	1.029	7,73	6.127,25
Crob	75,50	23	0,00	57.524,00	66	444	2,97	8.108,12
De Bellis	103,20	35	0,00	0,00	0	0	3,76	13.919,92
Don Gnocchi	390,70	111	414.042,53	91.819,25	9	31	5,09	6.155,26
Fatebenefratelli	292,10	84	858.905,00	384.390,00	8	33	5,99	7.091,44
Galeazzi	336,60	96	971.774,00	307.258,00	14	84	8,47	3.978,86
Gaslini	1.103,10	261	1.940.537,25	310.865,03	49	0	7,10	6.608,91
Humanitas	491,30	104	1.568.301,20	1.690.509,13	238	1.437	3,90	3.394,90
Iov	484,70	129	1.751.989,00	434.662,27	51	277	13,43	4.926,59
Ieo	1.320,10	268	10.002.395,72	2.743.458,22	172	2.517	5,42	7.671,95
Ircra	473,20	135	0,00	131.549,00	89	0	6,91	6.646,30
Ist Genova	810,50	218	4.065.103,33	953.503,58	105	616	5,69	13.919,28
Istituto dermatologico Immacolato	415,10	105	1.223.771,00	235.529,00	85	2.325	4,36	8.379,87
Istituto tumori Milano	1.647,80	404	9.096.557,00	4.573.578,92	249	5.537	10,43	7.641,28
Maggiore	2.238,20	709	3.363.623,00	1.158.000,00	126	2.660	6,12	4.883,39
Maugeri	947,50	296	7.884.677,00	12.242.892,00	59	725	9,97	8.420,58
Medea	284,50	80	436.210,00	35.956,00	10	25	4,32	7.932,65
Mondino	340,60	109	3.828.659,00	401.150,78	56	172	25,38	11.728,30
Monzino	282,90	77	394.320,95	175.454,25	86	11.382	3,74	10.858,03
Multimedica	0,00	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Neurolesi	284,20	68	2.256.844,00	179.928,00	8	292	10,53	2.189,90
Neuromed	628,30	149	299.700,00	637.336,00	43	230	8,95	7.312,25
Oasi Maria S.S.	371,90	100	74.680,00	68.609,73	54	4.033	10,51	5.062,44
Oncologico di Bari	204,20	58	318.700,00	558.405,00	75	339	6,70	8.253,85
Ospedale Bambino Gesù	847,00	294	1.328.758,00	2.792.753,00	115	772	5,92	7.395,19
Pascale	453,50	110	4.170.767,00	111.597,60	197	375	8,63	8.802,33
Regina Elena	873,20	224	580.160,00	3.135.624,02	209	2.027	2,60	6.527,65
Rizzoli	900,70	265	13.449.351,52	675.384,27	79	2.167	7,21	9.420,74
San Donato	291,60	94	691.940,20	663.059,74	34	282	5,59	6.504,53
San Gallicano	157,30	73	509.500,00	177.300,00	35	817	2,07	12.565,12
San Matteo	1.782,30	462	3.933.000,00	2.303.000,00	550	3.369	9,52	6.242,91
San Raffaele Monte Tabor	3.423,20	759	13.644.995,94	10.106.805,61	450	3.616	12,02	5.610,62
San Raffaele Pisana	380,90	116	160.000,00	650.450,00	73	514	6,51	4.189,86
Santa Lucia	1.266,50	287	2.091.333,90	398.960,00	63	2.186	8,52	5.372,06
San Camillo	122,10	31	100.000,00	200.000,00	9	180	8,09	7.488,75
Sdn	110,20	29	0,00	562.035,00	4	726	4,92	4.833,28
Spallanzani	372,60	137	6.732.941,01	334.737,59	106	1.124	3,67	9.587,15
Stella Maris	138,90	41	46.520,00	23.340,00	5	26	3,80	15.240,09

I fondi negli ultimi tre anni (ricerca corrente)

Istituti	Rc 2009	Rc 2008	Rc 2007
Auxologico	3.949.289	5.574.276	4.645.230
Aviano	4.594.068	5.950.033	6.242.439
Bietti	1.187.800	1.297.368	1.081.140
Burlo Garofalo	2.888.862	3.771.120	3.142.600
Carlo Besta	5.675.364	7.000.970	6.340.970
Casa sol. soffer.za	3.237.332	4.082.674	4.504.688
Crob	414.521	589.947	0
De Bellis	991.598	1.436.999	1.585.537
Don Gnocchi	1.697.828	2.404.860	2.004.050
Fatebenefratelli	1.921.593	2.072.075	2.286.260
Galeazzi	1.339.284	1.339.284	1.116.070
Gaslini	5.566.585	7.291.404	7.649.730
Humanitas	1.667.916	1.667.916	1.389.930
Iov	2.387.916	2.387.916	1.989.930
leo	7.822.053	10.127.736	8.439.780
Inrca	2.409.729	3.146.042	3.471.239
Ist Genova	7.851.913	11.285.205	12.451.725
Idi	2.613.189	3.479.601	3.839.278
Ist. tumori Milano	9.648.061	12.595.356	13.897.303
Maggiore	8.664.970	10.930.003	10.660.003
Maugeri	6.836.913	7.978.501	6.648.750
Medea	1.747.254	2.256.840	1.880.700
Mondino	3.083.825	3.994.660	3.183.050
Monzino	2.241.745	3.071.736	2.559.780
Multimedica	1.300.904	1.538.856	1.282.380
Neurolesi	622.369	622.369	518.641
Neuromed	3.481.974	4.594.284	3.703.570
Oasi Maria S.S.	1.410.841	1.883.326	2.078.000
Oncologico di Bari	1.304.268	1.685.436	1.404.530
Osp. B. Gesù	5.122.087	6.263.724	5.219.770
Pascale	3.099.924	3.993.140	4.405.900
Regina Elena	4.355.235	5.701.775	6.291.151
Rizzoli	6.451.093	8.485.265	7.713.877
San Donato	1.691.898	1.896.720	1.580.600
San Gallicano	1.374.804	1.977.130	2.181.500
San Matteo	8.639.900	11.130.322	12.280.832
S. Raf. M. Tabor	18.222.211	19.206.275	17.460.250
S. Raffaele Pisana	1.595.916	1.595.916	1.329.930
Santa Lucia	6.297.041	6.803.720	5.465.600
S. Camillo	664.221	914.376	761.980
Sdn	532.627	532.627	443.856
Spallanzani	2.640.669	3.572.172	2.976.810
Stella maris	1.550.406	2.116.848	1.764.040
Totale	160.797.992	200.246.800	189.873.400