

Rassegna del 20/04/2010

SOLE 24 ORE SANITA' - Contraccezione: l' "Abc" aggiornato in dieci lingue - ... 1
REPUBBLICA MILANO - A Niguarda il primo aborto con la Ru486 - All'ospedale Niguarda 2
il primo aborto farmacologico - Carra Ilaria

EMILIA ROMAGNA**Contracezione: l'«Abc»
aggiornato in dieci lingue**

È stata aggiornata e ristampata in otto lingue - italiano, inglese, spagnolo, russo, arabo, albanese, cinese, rumeno - la pubblicazione «La contraccezione. Conoscere per scegliere», realizzata dalla Regione Emilia-Romagna per fornire alle donne e alle coppie italiane e straniere tutte le informazioni per scegliere, se lo vogliono, il proprio metodo contraccettivo. La pubblicazione è in distribuzione in questi giorni nelle sedi dei Consultori familiari, negli Spazi donne immigrate e loro bambini, negli Spazi giovani, nei reparti di ostetricia delle strutture sanitarie della regione.

Oltre agli opuscoli, sono disponibili, sempre in otto lingue, le schede di approfondimento, specifiche per alcuni metodi contraccettivi, da utilizzare nel corso delle visite e dei colloqui delle operatrici e degli operatori di Consultori, Spazi giovani, Spazi donne immigrate e loro bambini con donne e coppie che scelgono di fare contraccezione. A breve l'opuscolo e le schede saranno disponibili anche nelle versioni in lingua turca, urdu e punjabi.



La pillola a una trentenne
arrivata da fuori Lombardia

A Niguarda il primo aborto con la Ru486

ILARIA CARRA A PAGINA XI

All'ospedale di Niguarda il primo aborto farmacologico

ILARIA CARRA

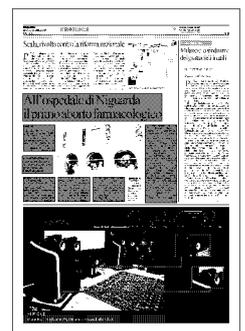
ATRE settimane dall'introduzione in Italia, è all'ospedale Niguarda il primo caso di somministrazione della pillola abortiva Ru486 a Milano, e oggi si potrebbe verificare anche il secondo. La paziente, una donna sulla trentina non residente in Lombardia che avrebbe esplicitamente chiesto di poter assumere la Ru486, s'è recata ieri mattina all'ambulatorio pre-interruzione di gravidanza del Niguarda e, dopo che i medici hanno appurato il rispetto del limite dei 49 giorni, è stata sottoposta al trattamento per poi essere ricoverata nel reparto di Ginecologia. «Non c'è stato finora nessun effetto particolare — spiega Mario Meroni, primario del reparto al Ca' Granda — la paziente ha accettato di buon grado il ricovero, anche perché l'alternativa, probabilmente, era fare centinaia di chilometri per tornare a casa». Il primo caso di somministrazione della Ru486 a Milano arriva dopo che la maggior parte degli ospedali, milanesi e lombardi, ha ordinato il farmaco e già ne dispone. E dopo varie richieste da parte di donne che avrebbero voluto ricorrere all'aborto chimico ma erano già fuori dalle sette settimane massime.

Al Niguarda, che finora ha in casa dieci confezioni di farmaco.

la direzione sanitaria assieme al primario di Ginecologia stavano valutando di fissare il lunedì come giornata riservata alle interruzioni di gravidanza per via farmacologica. Per la prima paziente, ora, bisogna attendere. «Nel 5 per cento dei casi l'espulsione del feto avviene già il giorno successivo all'assunzione della pillola — aggiunge il primario Meroni — se così non sarà mercoledì procederemo alla somministrazione di prostaglandina in ovuli e possiamo attendere l'espulsione nel 60 per cento dei casi. Se si supera invece il quarto giorno si rifarà il punto o, in caso, offriremo alla paziente l'opportunità di sottoporsi a un secondo ciclo di ovuli oppure, per accelerare i tempi, di optare per l'aborto chirurgico». In ogni caso, dopo l'aborto con la Ru, sono previsti un primo controllo immediato visivo ed ecografico e un secondo dopo 14 giorni. «Anche per affrontare in modo approfondito il tema della contraccezione», aggiunge Meroni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La pillola Ru486
somministrata a
una trentenne che
proviene da
fuori regione**



Rassegna del 20/04/2010

NAZIONE PRATO - "Ru 486, perchè sì" al circolo Riformista stasera faccia a faccia fra Paolo Ciolini e Fabrizio Mattei - ...	1
REPUBBLICA SALUTE - Piccoli trucchi anti-macchia via alla tintarella di primavera - Bortolato Claudia	2
ELLE - Intervista a Rossella Nappi - Fuori controllo - Marelli Monica	5
CITY - In Italia. Boom di parti cesarei per paura di denunce - ...	8

IL DIBATTITO «Ru 486 perché sì», al circolo Riformista stasera faccia a faccia fra Paolo Ciolini e Fabrizio Mattei

RU486, LA PILLOLA abortiva. Cosa dice la legge, a chi quando e come può essere somministrata, per fare chiarezza su un argomento oggetto di travisamenti, demagogia e malinterpretazione.

Sarà il tema della serata – «RU486, perché sì» - organizzata dal Circolo di politica culturale Riformista presso il salone «Vilda Mazzarrini» nei locali della circoscrizione centro in via dell'Accademia 42 stasera con inizio alle 21. Sarà presente il dottor Paolo Ciolini, già direttore del reparto di ginecologia e ostetricia dell'ospedale di Prato, che

approfondirà gli aspetti scientifici mettendo a confronto l'interruzione di gravidanza praticata tramite intervento e tramite la RU486. Discuterà della normativa regionale, delle competenze e dell'autonomia delle realtà locali il consigliere regionale Pd Fabrizio Mattei. Per il Circolo Riformista coordina la serata Rita Romagnoli.

Il Circolo politico culturale Riformista – nato nel 2009 – si propone ai cittadini come ambito di discussione e dialogo, dà il via con questa iniziativa a una serie di approfondimenti sui principali temi di attualità locale e nazionale.



I consigli degli esperti per schiarire, perfezionare e uniformare l'incarnato
Contro gli accumuli di melanina spesso dovuti a profumi, make-up e farmaci

Piccoli trucchi anti-macchia via alla tintarella di primavera

CLAUDIA BORTOLATO

Prima dell'abbronzatura l'obiettivo è, paradossalmente, schiarire, perfezionare, uniformare l'incarnato. Che significa restituire candore alla pelle e, soprattutto, depigmentare le macchie cutanee ereditate dalle precedenti esposizioni al sole (anche della scorsa estate). «Si tratta di discromie dovute ad accumuli di melanina, il pigmento che dà alla pelle il colorito bruno dell'abbronzatura. E un inestetismo spesso causato dalla sovraesposizione ai raggi Uva, in concomitanza di fattori predisponenti», spiega la dermatologa Marcella Ribuffo, dirigente medico dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata di Roma. Fattori che includono i profumi, le creme o alcuni prodotti per il make-up applicati prima di esporsi al sole (che, invece, andrebbero accuratamente eliminati).

«Cause frequenti delle macchie sono anche i farmaci fotosensibilizzanti, come antibiotici, antinfiammatori non steroidei (Fans), antistaminici, che andrebbero sospesi una settimana prima dell'esposizione al sole», aggiunge il dermatologo Leonardo Celleno, direttore del Centro di ricerche cosmetologiche dell'Università Cattolica di Roma. Nelle donne in età fertile le macchie possono comparire soprattutto sul volto (fronte, labbro superiore, guance e zigomi). «In questo caso si parla di cloasma o melasma e la causa è da imputarsi o ad una predisposizione costituzionale, con un'alterazione nella produzione di melanina a livello dei melanociti, o ad alterati livelli degli estrogeni circolanti, come avviene in gravidanza o per l'uso della pillola anticoncezionale», precisa Ribuffo.

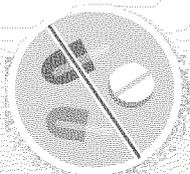
Per omogeneizzare i toni scuri, dunque eliminare le mac-

chie già presenti, la soluzione più efficace è quella dermo-cosmetologica «Si può ricorrere al fotopeeling con il laser ad alexandrite o con il Q/Switchet oppure con il laser frazionale. In media occorrono due sedute. Validi anche i peeling leviganti e antimacchia, per esempio agli acidi glicolico, azelaico, fitico o cogico e, soprattutto, a base di vitamina C. In tutti i casi, però, è necessario concludere il ciclo di sedute almeno uno o due mesi prima della tintarella», sottolinea Ribuffo.

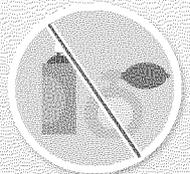
Altrasoluzione: applicare sostanze che inibiscono la melanogenesi, riattivano la microcircolazione e migliorano lo strato corneo. «Si possono utilizzare cosmetici a base di acidi della frutta, acido cogico e vitamina C: si usano tutte le sere, sulla pelle pulita, per almeno tre mesi. Oppure si possono applicare emulsioni più strong, con gli acidi cogico e tiottico, l'arbutina e altri derivati vegetali da applicare mattino e sera per almeno due mesi. Entrambe le tipologie di prodotti si acquistano in farmacia. Questi cosmetici, però, non si possono utilizzare se sono previste imminenti esposizioni al sole, perché interferiscono con la stimolazione dell'abbronzatura», spiega Celleno.

Se manca poco alla tintarella, o le macchie sono lievi, si può ricorrere a prodotti più soft, come le creme a base di vitamina C o di corbezzolo, oppure i nuovi soini che schiariscono la pelle e prevengono macchie e discromie con pool di estratti vegetali effetto luce (mora, liquirizia) e con schermi minerali anti Uv. Sempre, anche in città, una crema giorno con filtri protettivi alti. Gli esperti consigliano anche l'uso di integratori con betacarotene e altri antiossidanti, e anche ubichinone, zinco, oppure il polypodium leucotomos (dal Sud America).

I CONSIGLI

**SOSPENDERE I FARMACI**

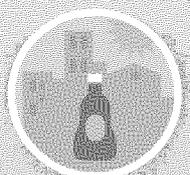
I medicinali fotosensibilizzanti vanno sospesi almeno una settimana prima della tintarella

**EVITARE I PROFUMI**

Alcuni cosmetici e deodoranti con profumo non devono essere usati

**CURA IN GRAVIDANZA**

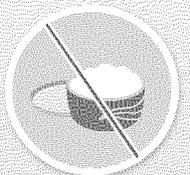
Donne incinta sono più vulnerabili alle macchie. Usare protezione molto alta

**ATTENZIONE IN CITTÀ**

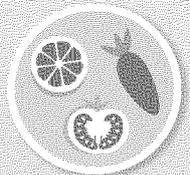
In caso di predisposizione, applicare sempre una crema da giorno a alta protezione

**DOPO IL LASER**

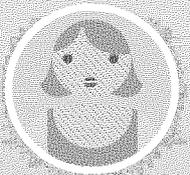
I trattamenti fotopeeling con laser vanno conclusi uno o due mesi prima dell'esposizione

**DOPO I COSMETICI ACIDI**

I trattamenti con cosmetici contenenti acidi vanno sospesi almeno una settimana prima

**CURARE L'ALIMENTAZIONE**

Prima e dopo la tintarella assumere integratori con betacarotene e altri antiossidanti

**ZONE PIÙ A RISCHIO**

Applicare una protezione più alta su viso, décolleté, mani e piedi

PELLE SANA

Quando il sole non l'ha danneggiata, la pelle si presenta di colore omogeneo, ha uno spessore uniforme e le sue cellule si rigenerano di modo ordinato

STRATO CORNEO

Le cellule di questo strato sono ricche di cheratina, non contengono più i nuclei e vengono eliminate continuamente come lamelle cornee dalla superficie epidermica. Quando lo strato è sano è sottile e idratato

STRATO SPINOSO

Strato spesso, formato da cellule poliedriche, date dalla divisione dello strato germinativo sottostante. Tali cellule (cheratinociti) risalgono gradualmente verso la superficie

STRATO BASALE

Le cellule di questo strato si rigenerano e vanno a formare lo strato successivo. In questo strato ci sono anche i melanociti, le cellule produttrici di pigmento, che si estendono gradualmente agli altri strati

DERMA

Svolge la funzione di sostegno della cute. Qui si trovano vasi sanguigni che danno nutrimento alla cute

PELLE MACCHIATA

Quando il sole l'ha danneggiata, la pelle presenta macchie, ha uno strato superficiale ingrossato e le sue cellule non si rigenerano di modo ordinato

STRATO CORNEO

Come meccanismo di difesa questo strato di cellule si ingrossa. Si presenta disidratato e squamoso

STRATO SPINOSO

L'eccesso di melanina provoca lentiggini e macchie solari che si fanno evidenti già in questo strato

STRATO BASALE

In risposta ai raggi solari i granuli di melanina costituiscono una barriera difensiva e di protezione delle cellule: si disseminano senz'ordine negli altri strati

DERMA

La costante esposizione al sole danneggia e indebolisce le fibre di collagene e elastina che sostengono la cute

RAGGI SOLARI
La maggior parte dei raggi solari non penetra nei livelli profondi della pelle

RAGGI SOLARI
La maggior parte dei raggi solari penetra nei livelli profondi della pelle

PROTEZIONE UV CORRETTA

PROTEZIONE UV SCORRETTA

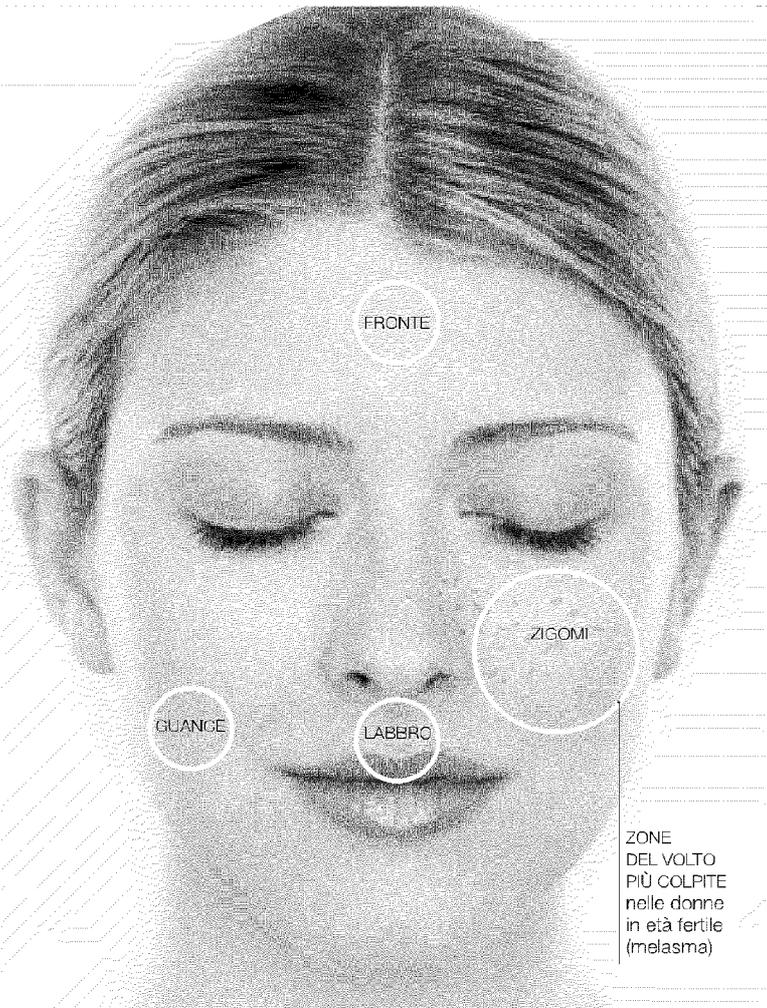
SEZIONE TRASVERSALE DELLA PELLE

EPIDERMIDE

EPIDERMIDE

DERMA

DERMA



ZONE DEL VOLTO PIÙ COLPITE nelle donne in età fertile (melasma)

TRATTAMENTO LASER (Q-SWITCH SYSTEM)

1 Si applica un raggio laser ad alta potenza per distruggere la melanina della zona macchiata

2 Si utilizzano laser di diversa potenza, in rapporto alla profondità delle macchie

- Vantaggi**
- Senza anestesia (è indolore)
 - Applicazioni veloci che non alterano zone circostanti
 - Bastano una o due sedute
 - Soluzione definitiva

PRIMA

DOPO

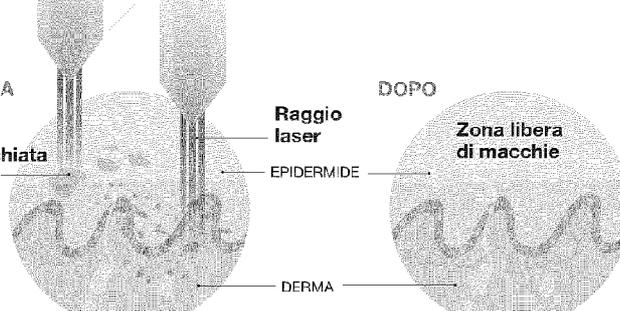
Zona macchiata

Raggio laser

Zona libera di macchie

EPIDERMIDE

DERMA



Fuori controllo

Primi rapporti sessuali senza protezione, diffidenza verso pillola e preservativo, leggende metropolitane persistenti... Mentre in Italia tabù e pregiudizi sono ancora tanti, dall'estero arrivano rosee novità sulla contraccezione

di MONICA MARELLI

Passano da un social network a un altro con la disinvoltura con cui si cambiano i vestiti. Downloadano, twitterano, si scambiano app e usano gli smartphone come consumati programmatori. Ma non chiedete cosa ne pensano dell'attività più naturale e spontanea del mondo: fare l'amore in modo protetto sembra che non li riguardi. Oggi i giovani sono sempre più disorientati. Secondo una recente indagine della Società italiana di ginecologia e ostetricia, il 35 per cento delle ragazze sessualmente attive di età compresa fra i 15 e i 21 anni dichiara di non utilizzare né la pillola né il profilattico. Nonostante la grande passione per internet, dove le informazioni sulla contraccezione di siti affidabili non mancano, dichiarano di sentirsi in imbarazzo a parlarne col proprio partner e che sono costrette, a causa della mancanza di educazione sessuale, a doversi affidare al passaparola fra amici o, peggio, ai film pornografici.

I dati sono impressionanti: il 37 per cento delle adolescenti non utilizza alcuna protezione la prima volta o solo il coito interrotto (20 per cento). Eppure i metodi oggi a disposizione sono tantissimi: ormonali o a barriera, non dovrebbero esserci problemi per trovare quello adatto. Afferma Pierangelo Rita, segretario della Società italiana della Contraccezione: «In linea generale, in Italia il mercato della contraccezione è fermo. Poi la situazione si diversifica fra Nord e Sud: per esempio,

al Nord va molto di più la pillola, al Sud il coito interrotto. Sicuramente un certo tipo di cultura tradizionale impedisce ai contraccettivi di decollare». Che sia forse un problema di costi e non solo di accessibilità di informazioni o di tabù culturali? C'è un momento in cui la donna acquista consapevolezza o si comporta in modo "adolescenziale" per tutta la vita? Lo spiega in questa intervista la dottoressa Rossella Nappi, responsabile dell'ambulatorio di Endocrinologia ginecologica della Fondazione Maugeri dell'Università di Pavia.

Qual è oggi l'atteggiamento delle donne nei confronti della contraccezione?

«Una delle ultime ricerche condotte in Europa ha evidenziato che purtroppo l'Italia è uno dei fanalini di coda nella scelta di un metodo contraccettivo sicuro e, nonostante le recenti campagne molto ben condotte sulle giovani donne, molto resta ancora da fare per sfatare miti e tabù sulla contraccezione ormonale. Anche per diffondere il fatto comprovato che usare il preservativo ha un valore di protezione doppia: dalle gravidanze indesiderate e dalle malattie a trasmissione sessuale».

Dipende anche dall'età?

«L'età certamente gioca un ruolo importante nel tipo di scelta contraccettiva, ma è indubbio che nel nostro Paese non è passato mai in modo forte il concetto di planning riproduttivo, cioè il fare una scelta contraccettiva con lo scopo di proteggere la fertilità futura e di avere le gravidanze nel momento più giusto del proprio ciclo vitale. Paradossalmente, in Italia, le donne più mature sono quelle che hanno già partorito e non vogliono avere più figli, quindi le over 35-40 anni, che si rivolgono al ginecologo per poter finalmente vivere la sessualità di coppia senza angosce tutte le volte che devono arrivare le mestruazioni».

Che cosa condiziona la scelta del metodo?

«La scelta del metodo è condizionata dalla percezione degli effetti collaterali, soprattutto per ciò che riguarda la contraccezione ormonale. È vero che in un sottogruppo di donne gli ormoni possono causare qualche problema, però molti studi sottolineano che è come la donna vive la sua scelta contraccettiva che fa davvero la differenza. Per esempio, se una ragazza è davvero motivata a terminare gli studi, a raggiungere i suoi obiettivi lavorativi prima di pensare a formare una coppia stabile e ad avere un figlio, darà molto meno importanza alla comparsa della cellulite o all'aumento di due chili di peso, a fronte di una gravidanza indesiderata che non si sentirebbe mai di interrompere. La cultura di prevenzione dell'aborto volontario passa proprio dalla consapevolezza dei propri mezzi e dall'autostima: credo che non si debba lasciare "il pallino" al partner, che decida per noi, magari sentendosi anche inibito a usare il preservativo».

«Non è ancora passato il concetto di fare una scelta anticoncezionale con lo scopo di proteggere la fertilità futura e di avere le gravidanze nel momento più giusto della propria vita»

E se fosse anche un problema di costi?

«I costi direi che oggi sono piuttosto contenuti e non sono dei fattori così condizionanti neanche nelle giovanissime. Inoltre la disponibilità di molte vie di somministrazione di ormoni contraccettivi, non soltanto la pillola, ma anche il cerotto sulla pelle e l'anello nella vagina possono aiutarci a compiere una scelta in linea con le preferenze della donna».

Che cosa ne pensa delle pillole contraccettive che si possono prendere tutti i giorni in modo da saltare la mestruazione?

«Io penso che avere i propri ormoni in equilibrio e non avere il ciclo sia il massimo della vita per una donna che ha cicli mestruali abbondanti, dolorosi, magari con cefalea e sindrome premestruale. In fondo, la mestruazione da pillola serve soltanto a rassicurare sul fatto che il corpo funziona esattamente come se non prendesse la pillola, confermando inoltre che non c'è la gravidanza. Però la mestruazione per alcune donne è fondamentale per sentirsi normali e potenzialmente fertili. Poterla prevedere con i metodi ormonali tradizionali con la pausa è poi un grande vantaggio».

In Italia è in vendita questo tipo di pillola?

«Purtroppo no. Servirebbe proprio a tutte quelle donne che hanno patologie correlate alla mestruazione, per esempio l'endometriosi, un killer temibile della qualità di vita e della fertilità che interessa circa il 5 per cento delle donne italiane. È in commercio laddove la cultura è più aperta alle differenti opzioni e la mestruazione non viene vissuta come un pilastro fondamentale della femminilità. Da noi è ancora presente il mito "no mestruazione no fertilità futura". È strana tutta questa paura, proprio in un Paese dove le donne fanno così pochi bambini. Dovremmo riflettere su queste ambivalenze: anche le istituzioni devono darci una mano per favorire la cultura del nascere in modo consapevole».

È vero che la spirale è difficile da trovare in Italia?

«No, non è vero. Diciamo che è passata un po' di moda ora che disponiamo di metodi ormonali a basso dosaggio: inoltre questi hanno anche un'azione curativa su molte patologie, cosa che le vecchie spirali non possiedono. La spirale al progesterone, in realtà, ha molti vantaggi soprattutto nella donna matura perché riduce notevolmente il flusso mestruale e protegge l'utero, ma anche in questo caso nella nostra cultura non è così ben accettata: è considerata da molte donne come un oggetto estraneo che manipola il corpo in modo eccessivo».

Che fine ha fatto il condom femminile?

«Il cosiddetto Lady condom non è mai arrivato in Italia: forse si è ritenuto che non ci fosse abbastanza mercato o le donne italiane tra i metodi di barriera preferiscono ancora affidarsi al partner e all'uso più consolidato del preservativo. Non dimentichiamoci che inserire qualcosa in vagina è vissuto da alcune ancora come un metodo poco naturale. Questo spiega, per esempio, le resistenze all'uso del tampone interno o i timori a inserire l'anello contraccettivo vaginale, un metodo che è invece molto ben tollerato dalle donne che si sentono di provarlo».

Secondo lei che cosa manca in Italia per responsabilizzare le donne sulla contraccezione? Solo informazione oppure c'è ancora una certa resistenza "morale"?

«Penso sia un mix di entrambe le cose. Da un lato facciamo un'informazione che non focalizza abbastanza i danni di non scegliere una contraccezione sicura, sia sul versante fisico che psicologico e di coppia, e non dedichiamo abbastanza tempo a spiegare alle nostre pazienti i vantaggi e svantaggi di ciascuna scelta contraccettiva in relazione all'età e al funzionamento del sistema riproduttivo. Dall'altro la donna ha una resistenza, talvolta inconsapevole, a manipolare con gli ormoni contraccettivi qualcosa di così profondo come la possibilità ogni mese di diventare madre e tende a sopravvalutare gli effetti collaterali. Per di più vede a volte nel preservativo una barriera tra lei e il compagno».

stabile, quasi una mancanza di intimità e fiducia. Dovremmo coinvolgere molto di più il partner comunque, per favorire una scelta condivisa dalla coppia».

E vero che ci sono ancora leggende e miti legati alla contraccezione? Lei nella sua esperienza che cosa ha sentito dalle sue pazienti di veramente "strano"?

«Sulle cosiddette leggende metropolitane ci si potrebbe scrivere un libro. Tipo: al primo rapporto sessuale non si rimane incinte; se smetti la pillola vengono due gemelli; se rimani incinta subito dopo aver smesso la pillola vengono bambini malformati; gli ormoni fanno venire i peli... Sì, sono ancora moltissimi i miti».

Quanto il livello d'istruzione influisce nella scelta della contraccezione?

«Non penso sia un fatto soltanto di istruzione, almeno nella nostra cultura. Penso sia un fatto di consapevolezza e responsabilità. Ho studentesse in medicina che hanno paura della contraccezione ormonale, il che è tutto dire. E poi ci sono ragazze giovanissime che già

"Da un lato non si fa abbastanza informazione sui vantaggi e svantaggi dei vari metodi. Dall'altro le donne hanno resistenze inconsapevoli a manipolare qualcosa di così profondo"

lavorano e hanno le idee chiarissime su quando, come e con chi fare il loro bambino. A questo si deve aggiungere il valore che si attribuisce alla sessualità come parte integrante della propria femminilità e il senso profondo di rispetto per la vita: fare contraccezione significa sceglierla la vita, e non il contrario».

Pillola del giorno dopo: le adolescenti ne abusano?

«Verissimo, ma non bisogna assolutamente colpevolizzarle. Anche questa è una scelta responsabile, seppure dell'ultimo minuto. Non dimentichiamoci che talvolta si rompe il preservativo perché i giovanissimi sono un po' imbranati e non è vero che i ragazzi non ci avevano pensato. Avremo anche la cosiddetta pillola del dopodomani che avrà un'azione fino a cinque giorni, sempre partendo dalla considerazione che è meglio prevenire che dover affrontare l'eventuale scelta dolorosa dell'aborto. Dal momento che nel nostro Paese è richiesto l'intervento del medico, è molto importante la nostra capacità di trasformare il momento della prescrizione della pillola del giorno dopo in un'educazione alla contraccezione sicura, per evitare l'uso ripetuto e favorire la scelta contraccettiva "a monte"».

Monica Marelli 

Il futuro in pillole

Piccoli impianti sottocutanei e riprogrammabili sempre più affidabili all'uso e a più scelta

«I metodi che abbiamo oggi a disposizione sono davvero quanto di meglio si possa desiderare in termini di rapporto rischio/beneficio, ma c'è sempre un margine di miglioramento. Arriveranno presto piccoli **impianti ormonali sottocutanei** a lunga durata, **pillole addizionate con acido folico**, una sostanza molto importante per prevenire i piccoli rischi vascolari e prepararsi al meglio alla gravidanza futuro, **pillole a uso flessibile** per decidere quando avere la mestruazione. Tutte opzioni che permetteranno di personalizzare al meglio la scelta contraccettiva nelle donne di tutte le età», afferma la dottoressa Nappi.

All'estero l'impianto sottocutaneo a base di progestinico esiste già: si tratta di "bastoncini" o capsule contenenti la giusta dose ormonale che vengono impiantati sotto la pelle del braccio. In questo modo il dispositivo rilascia in modo costante e regolare la sostanza contraccettiva per 3-5 anni, in base alla tipologia dell'impianto.

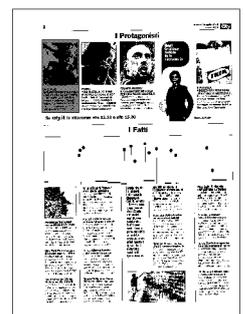
Negli Stati Uniti c'è la possibilità di fare delle **iniezioni intramuscolari** a base di depot medroxyprogesterone acetato (DMPA), un ormone progestinico la cui "copertura" contraccettiva dura 3 mesi.

Tra i metodi naturali più affidabili ci sono quelli basati sulla **misurazione della temperatura basale**. Il più innovativo si può acquistare on line al sito che prende il nome del dispositivo elettronico (www.duo-fertility.com). Si tratta di un piccolo apparecchio (a forma di uovo tagliato a metà, sta in una mano) che comunica wireless con un sensore, dalle dimensioni di un piccolo bottone, da applicare sotto al braccio grazie a uno speciale adesivo appositamente creato. Il sensore misura circa 20 mila volte nelle 24 ore la temperatura (quando c'è un lieve aumento, significa che l'uovo è pronto per essere fecondato) e invia i dati all'apparecchio. Queste misure permettono di identificare quando avviene l'ovulazione. Inoltre è possibile aumentare l'accuratezza del monitoraggio (fino al 99,7 per cento) inserendo nel computer altri "indizi", come la qualità del muco cervicale o registrare il momento in cui si percepisce il lieve dolore associato all'ovulazione. È possibile poi caricare su computer i dati registrati per un'analisi a lungo termine del proprio ciclo.



IN ITALIA BOOM DI PARTI CESAREI PER PAURA DI DENUNCE

Lo dice il 35% dei medici in un sondaggio della SIGO (*Società italiana di ginecologia ostetrica*). I cesarei da noi sono ben 38 su 100, in Francia sfiorano il 20%.



TUMORI/ Ecco i progetti assistenziali più innovativi premiati alla mostra-convegno «Contaci»

Umana, sostenibile e responsabile: soffia un vento nuovo nel cielo dell'oncologia

Cambiamento, responsabilità, sostenibilità e umanizzazione: sono queste le «parole fondenti» della «nuova» oncologia, i termini programmatici della rivoluzione nella lotta al cancro in corsia. Il congresso nazionale «Contaci - Convivere con il tumore: studi, progetti ed esperienze», che si è svolto a Biella il 19 e il 20 marzo, si è aperto proprio con una sessione dedicata alle parole. Perché ogni novità per farsi canone ha bisogno di un dizionario comune, di un linguaggio condiviso, di un nuovo repertorio.

«Abbiamo voluto rendere omaggio alle tantissime iniziative spontanee che sono nate e stanno crescendo in tutta Italia», ha spiegato Mario Clerico, direttore del dipartimento di oncologia dell'Asl di Biella e promotore del convegno, sostenuto dal Cipomo e dalla rete oncologica piemontese. «E abbiamo voluto farlo con i pazienti, grazie a una proficua collaborazione con le associazioni Bianco Airone e Grappoli».

La scommessa può dirsi vinta: nella provincia piemontese sono accorsi primari e dirigenti oncologi, malati e operatori. Hanno relazionato oltre 50 esperti. E, soprattutto, sono andati in mostra oltre 70 progetti, diligentemente selezionati e classificati, sulla base di una griglia di valutazione, da una commissione composta da tre primari «pionieri» nell'umanizzazione delle cure: Alessandro Bertolini (Valtellina), Giorgio De Signoribus (San Benedetto del Tronto) e Luciano Latini (Macerata). Tre i criteri utilizzati per stilare l'elenco: il livello di innovazione, la riproducibilità e la ricaduta concreta sul benessere dei pazienti, familiari o operatori.

Scorrendo i progetti (qui abbiamo potuto raccontare soltanto i primi dieci classificati), è evidente il filo rosso che li lega: un'attenzione inusitata al benessere del paziente che non si ferma al momento del trattamento farmacologico ma cerca di andare oltre. Per tutelare a 360 gradi la sua qualità della vita, durante e dopo la

malattia. E allora largo all'arte nei reparti, ai progetti di presa in carico globale, ai vademecum sui diritti dei malati. Spazio alla valorizzazione del ruolo degli infermieri, i più vicini ai bisogni dei pazienti e spesso i più bistrattati. Largo al sostegno delle famiglie, alla difesa della sessualità, alla riabilitazione innovativa. La filosofia è sempre la stessa: unire le forze delle istituzioni, delle famiglie e del mondo del volontariato per combattere la solitudine dei malati mettendosi in ascolto. Delle loro esigenze, delle loro richieste.

Incisivo e applauditissimo l'intervento di Oscar Bertetto, direttore generale dell'Agencia regionale per i servizi sanitari del Piemonte e coordinatore operativo della rete oncologica piemontese. «I dati di sopravvivenza a 5 anni differiscono molto tra i vari Registri tumori, tra le varie Regioni e all'interno delle stesse Regioni», ha ricordato Bertetto. «Se un risultato è 10-15 volte minore significa che si possono introdurre modelli organizzativi diversi». Cambiare pagina, migliorare. Naturalmente sono le aree svantaggiate a pagare lo scotto più alto, in termini di ritardo diagnostico, inefficienza e salute. Bertetto non ha dubbi: «Nella nostra programmazione occorre introdurre l'"equity audit": è ora di metterci in discussione».

Questa è la grande responsabilità delle istituzioni. Tenendo dritta la barra della sostenibilità. «Il Ssn - ha rilevato il direttore dell'Aress - non deve rispondere alla domanda ma alle reali necessità, rispettando il principio etico dell'assicurare i risultati migliori con le risorse minori». Per l'oncologia, strozzata dai costi dei farmaci innovativi, vale ancora di più. Ma ormai oncologi e malati lo sanno: basta poco per fare moltissimo.

pagine a cura di
Rosanna Magnano
Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RICETTA DEL PRESIDENTE CIPOMO

«Contro il cancro ospedaliero a 5 stelle»

Una sfida in 3D: hi-tech, hi-touch e low risk

Negli ultimi trent'anni gli oncologi medici ospedalieri hanno contribuito ad affermare concetti importanti nel complesso percorso assistenziale dei pazienti oncologici. Con la standardizzazione e la diffusione in periferia dell'attività assistenziale, il loro ruolo è diventato sempre più di grande rilievo. La continua ricerca della "total quality" ci ha portati a una visione tridimensionale - lungo tre assi: high tech, high touch e low risk - sulla cui base sono state sviluppate molte azioni per portare le oncologie mediche ospedaliere ad alti livelli. Molte altre iniziative sono ancora in corso o in programma.

Dalle analisi che abbiamo condotto sui disagi e sui bisogni dei pazienti oncologici è emerso con chiarezza che già oggi diverse oncologie possono essere valutate, da un punto di vista strutturale e funzionale, come strutture a cinque stelle. Ma la realtà nazionale è piuttosto eterogenea, e il percorso ancora lungo: la nostra determinazione deve essere sempre viva e attenta.

Come Cipomo (Collegio italiano primari oncologi medici ospedalieri), per evitare autocelebrazioni e autovalorizzazioni e accrescere l'indipendenza di giudizio, abbiamo ritenuto fondamentale coinvolgere il volontariato e il mondo dei pazienti nel processo di accreditamento all'eccellenza. Con loro, i principali fruitori dei nostri servizi, cercheremo di accelerare, in modo sinergico, quel cammino virtuoso che ci permetterà di avere strutture e servizi a cinque stelle sempre più omogenei sul territorio nazionale.

Se davvero crediamo che l'ospedale sia innanzitutto la casa dei malati, il comfort, l'accoglienza e il rispetto della privacy dovranno essere punti su cui non mollare mai. Dovremo

continuare a far conoscere meglio le strutture giudicate d'eccellenza dai pazienti, prenderne il meglio per generare e facilitare il processo di crescita su scala nazionale. Di certo dovremo continuare a impegnarci per renderle sempre più funzionali, così come dovremo continuare a lavorare in maniera meticolosa per migliorare al massimo l'high tech (alto standard e innovazione) e quindi l'high touch (alte capacità di ascolto, comunicazione e condivisione). Su questo non abbiamo dubbi, perché abbiamo sempre identificato tutto ciò che è nostro must. Il nostro percorso sull'high tech ci coinvolge in prima persona, perché fa parte del nostro vivere la professione, del nostro continuo stare in prima linea.

Innovazione e accoglienza sono gli strumenti per cambiare

L'high touch dovrebbe essere uno stile fatto di doti personali, ma anche frutto di uno specifico percorso formativo. Su quest'ultimo aspetto, sul modo di trasmettere ai nostri collaboratori un'alta sensibilità verso l'ascolto, la comunicazione e la condivisione, bisognerà continuare a riflettere e a discutere senza imbarazzi: realizzare servizi dove l'acronimo Aracc (accoglienza, rispetto, ascolto, comunicazione, condivisione) sia condiviso il più possibile e applicato ad alto livello non può che riempirci di orgoglio.

Anche sul low risk il lavoro prosegue. È un concetto moderno, che merita tutta la nostra attenzione. Lavorare in sicurezza, minimizzando il più possibile il rischio per i nostri pazienti e per le équipe è infatti quanto di più moderno si possa chiedere al nostro Collegio. Come Cipomo vogliamo continuare a crescere con questo modello culturale, incrementandone e

potenziandone i vari aspetti.

Nella complessa filiera assistenziale comfort, accoglienza, e privacy restano aspetti importanti, che non possono e non devono essere trascurati. Quello intrapreso è un percorso importante, di civiltà e di crescita sociale. È un percorso in cui bisognerà sempre più confrontarsi con chi programma e progetta strutture sanitarie, per disegnare e realizzare strutture nuove, più moderne e più funzionali.

Come Cipomo dovremo facilitare, sostenere e contribuire alla progettazione di modelli strutturali ospedalieri ideali per la degenza, per i Dh e gli ambulatori, modelli progettati anche verso una visione multidisciplinare e dipartimentale. La realizzazione con architetti di alto livello nazionale di un modello ideale di **oncologia** medica ospedaliera a cinque stelle a cui ispirarsi è quindi sicuramente un obiettivo importante, utile e opportuno.

Alleanze e partnership sono essenziali per continuare a sviluppare idee e progetti, per riuscire a realizzare azioni concrete e mirate su precisi obiettivi dove benessere dei nostri pazienti e benessere della nostra équipe possano coniugarsi al meglio.

In sintesi: "Cipomo and friends", per realizzare al meglio il nostro mandato di primari e tenere sempre più vivo il nostro Collegio. L'evento Contaci di Biella e il prossimo congresso nazionale, in programma a Pesaro dal 20 al 22 maggio, sono stati e saranno momenti importanti per affrontare anche questi aspetti.

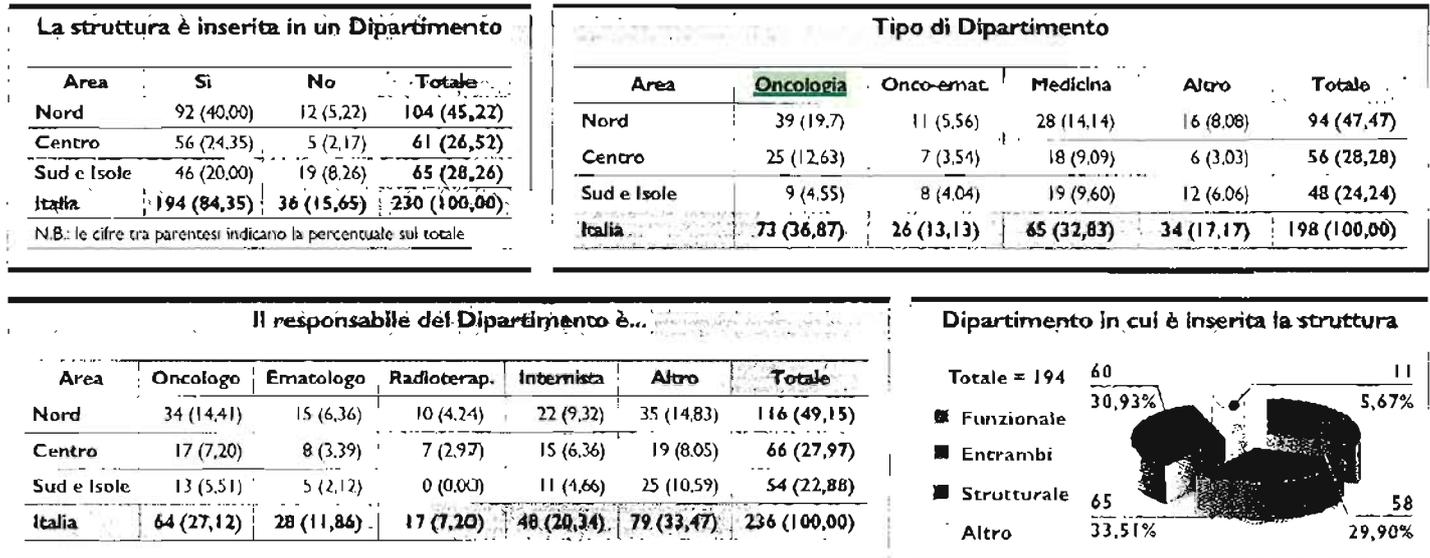
Sergio Crispino
Presidente Cipomo



TUMORI/ Al via un'indagine Cipomo per tracciare l'identikit delle aggregazioni di Uo

Dipartimenti al microscopio

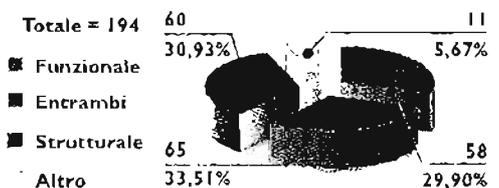
Ideali in **oncologia** per l'approccio multidisciplinare - Ma ancora arrancano



Il responsabile del Dipartimento è...

Area	Oncologo	Ematologo	Radioterap.	Internista	Altro	Totale
Nord	34 (14,41)	15 (6,36)	10 (4,24)	22 (9,32)	35 (14,83)	116 (49,15)
Centro	17 (7,20)	8 (3,39)	7 (2,97)	15 (6,36)	19 (8,05)	66 (27,97)
Sud e Isole	13 (5,51)	5 (2,12)	0 (0,00)	11 (4,66)	25 (10,59)	54 (22,88)
Italia	64 (27,12)	28 (11,84)	17 (7,20)	48 (20,34)	79 (33,47)	236 (100,00)

Dipartimento in cui è inserita la struttura



Passare al scacco i Dipartimenti in cui sono inseriti i reparti di oncologia per verificare come lavorano, con quali obiettivi, diretti da chi. Ma anche proporre un modello ideale perché, attraverso l'organizzazione dipartimentale, si realizzi l'approccio multidisciplinare nella lotta ai tumori, l'unico in grado di mettere davvero il malato al centro. È questo il duplice obiettivo del Collegio italiano oncologi medici ospedalieri, che ha affidato a **Roberto Labianca**, direttore del Dipartimento di **oncologia** ed ematologia degli Ospedali Riuniti di Bergamo, il compito di effettuare una ricognizione in profondità dello stato dell'arte.

Secondo l'ultima edizione del Libro bianco Aiom, l'84,35% delle strutture censite fa parte di un Dipartimento. «Questo in teoria», spiega Labianca. «Ma in molte realtà esistono soltanto sulla carta. Manca una fotografia precisa del loro ruolo, delle loro attività e del livello reale di integrazione tra Unità operative. È questa lacuna che intendiamo colmare nei prossimi mesi».

L'oncologo, forte della sua esperienza sul campo, ha le idee chiare sul "Dipartimento che vorrebbe". «Dovrebbe avere poche Uo: il core dovrebbe comprendere l'oncologia medica, le cure palliative con l'hospice e la radioterapia. Anche nell'ottica di assicurare al paziente sempre più precocemente un'efficace gestione del dolore». Spesso, come a Bergamo, il dipartimento associa l'ematologia. «Indubbiamente - dice Labianca - esistono notevoli affinità ed è bene che siano insieme, ma i pazienti sono popolazioni molto diverse. Se fosse possibile sarebbe

un bene anche la presenza dell'anatomia patologica». Meglio, invece, tenere esterna la chirurgia in un Dipartimento ad hoc, con molti scambi. «Perché nel Dipartimento ideale dovrebbero lavorare persone che al 95% si occupano di malati di tumore». Per Labianca, il Dipartimento dev'essere «forte», prevedere frequenti e intensi momenti di integrazione tra Uo. «Dovrebbero esserci veri budget dipartimentali, mentre oggi ancora si sommano i budget delle singole Unità». E poi, in era di accreditamento, bisogna prevedere procedure di valutazione ad hoc per i processi la cui regia spetta al Dipartimento, dalla formazione alla ricerca clinica.

E chi dovrebbe dirigere i Dipartimenti oncologici? «L'oncologo medico, perché è l'unico ad avere una visione del malato a 360 gradi. Per una garanzia di migliore funzionamento il direttore dovrebbe essere inoltre svincolato dal reparto da cui proviene, mentre oggi la normativa prevede che sia scelto tra i primari delle Uo aggregate. Ma l'attività di primario assorbe tempo ed energie».

Tra poco sarà messo a punto un set di domande da distribuire ai primari. Il documento Cipomo non sarà pronto prima di fine anno. E la versione definitiva dovrebbe essere diffusa al congresso 2011 del Collegio, che si terrà a Udine. Il messaggio è comunque già chiaro: se l'umanizzazione è l'obiettivo condiviso, lo strumento organizzativo per realizzarlo non può che essere il Dipartimento.

Manuela Perrone

© RIFORMAZIONE/REDAZIONE



L'Ateneo veronese capofila per l'Italia nel consorzio che coinvolge scienziati di 12 Paesi

Cancro, Verona sul genoma

Test su 25mila campioni di tumore - Dal ministro Gelmini 8 milioni di euro

RICERCA

Sarà l'università di Verona a rappresentare l'Italia nel consorzio internazionale "Genoma del cancro" (www.icgc.org), impegnato in quella che oggi è considerata la sfida più ambiziosa della ricerca biomedica dopo "Genoma umano": sequenziare il genoma di 25mila campioni di tumore.

Il gruppo di ricerca dell'Ateneo, guidato da **Aldo Scarpa**, anatomo patologo molecolare, ordinario della facoltà di Medicina e direttore del centro "Arc-net - Alleati per la ricerca sul cancro" (www.arc-net.it), porterà il proprio contributo assieme ad Australia, Canada, Cina, Francia, Germania, Giappone, Gran Bretagna, India, Spagna e Stati Uniti, sequenziando il Dna di 250 tumori endocrini ed esocrini rari del pancreas. Un impegno di grande valore, cui il ministro dell'Istruzione **Maria Stella Gelmini** ha garantito un finanziamento di otto milioni di euro. I campioni sono raccolti e conservati in una biobanca gestita da Arc-Net grazie alla quale il gruppo veronese affianca anche il gruppo australiano nell'analisi del tipo più comune di cancro del pancreas e provengono in prevalenza dal gruppo interdisciplinare dedicato dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona diretto

da **Paolo Pederzoli**; uno dei tre maggiori poli mondiali nella cura e nella ricerca scientifica su queste neoplasie che rappresentano la quarta causa di morte per tumore nel mondo occidentale con una sopravvivenza a 5 anni di appena il 5 per cento.

Le organizzazioni e i centri che partecipano al «Genoma cancro» seguono identiche normative per il consenso informato e la tutela della privacy e tutti si sono impegnati a non rivendicare alcuna proprietà intellettuale sui dati provenienti direttamente dai progetti del consorzio.

Gli studi sui carcinomi di mammella, fegato e pancreas hanno già generato una serie di dati ora disponibili sul sito www.icgc.org. L'analisi è stata condotta dai membri dell'Icgc in Gran Bretagna (mammella), Giappone (fegato), Australia e Canada (pancreas). I dati sono raccolti nel centro di coordinamento dati che si trova all'Ontario Institute for Cancer Research di Toronto.

I leader dell'Icgc presenteranno i dati relativi ai progressi nei rispettivi progetti durante le diverse sessioni della conferenza annuale dell'American Association for Cancer Research in programma a Washington dal 17 al 21 aprile.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medicina

**Online il primo sito web
dedicato all'epilessia tumorale**

Articolo a pagina 7

Online il primo sito web dedicato all'epilessia tumorale

Il sito, come si apprende dalla Dott.ssa Marta Maschio, Responsabile del Centro per la cura dell'Epilessia Tumorale (CET), ha come obiettivo principale quello di creare una rete tra i pazienti, i loro familiari, gli specialisti di altre realtà e la struttura sanitaria

Nasce il sito web del Centro per la cura dell'Epilessia Tumorale (CET) del Dipartimento di Neuroscienze presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma, unico centro di riferimento in Italia che, dal 2005, si occupa di epilessia causata da neoplasie cerebrali.

Il Centro è ufficialmente riconosciuto dalla Lega Italiana Contro L'Epilessia (LICE), società scientifica il cui obiettivo è quello di contribuire alla cura e all'assistenza dei pazienti con epilessia e al loro inserimento nella società.

L'epilessia è spesso il sintomo più comune nelle persone colpite da tumore al cervello. Nel 20-40% dei casi le crisi sono presenti al momento della diagnosi.

Mentre circa il 40 % di chi non presenta crisi epilettiche quando si manifesta la malattia, le svilupperà suc-

cessivamente. "Il sito - spiega la Dott.ssa Marta Maschio, Responsabile del Centro per la cura dell'Epilessia Tumorale (CET) - unico in Italia, ha come obiettivo principale

quello di creare una rete tra i pazienti, i loro familiari, gli specialisti di altre realtà e la nostra struttura.

Abbiamo voluto andare oltre sms ed e-mail, realizzando un portale con due sezioni: una per i medici, l'altra per gli assistiti e per i loro familiari che contenesse soprattutto un forum. Riteniamo infatti che, oltre ad essere curate le persone hanno bisogno di essere ascoltate e di poter condividere tra loro sensazioni, paure, informazioni". "L'approccio alla persona con epilessia tumorale - afferma la Dott.ssa Marta Maschio - è estremamente complesso. Infatti la consapevolezza di essere affetti da una malattia oncologica, può già da sola

indurre difficoltà comportamentali ed emozionali. La diagnosi di epilessia, poi, modifica ulteriormente il concetto di qualità di vita di questi pazienti, a causa della consapevolezza dei possibili effetti collaterali dei farmaci antiepilettici, dell'impatto psicologico negativo dovuto alla paura della perdita del controllo sul proprio corpo e sull'ambiente circostante

e alla preoccupazione di poter essere rifiutato o emarginato da parte della società.

Questo comporta, per lo specialista ed il team che prende in carico il paziente, anche la necessità di conoscere e saper gestire i possibili effetti collaterali e le interazioni delle terapie farmacologiche che possono incidere su aspetti importanti della vita quotidiana e personale dell'assistito, come per esempio la memoria, il tono dell'umore, le capacità fisiche e co-

gnitive." "Questa iniziativa - dichiara il Prof. Francesco Bevere Direttore degli Istituti Regina Elena e San Gallicano - conferma la capacità dei nostri medici ricercatori di andare oltre la malattia occupandosi anche di tutte le incertezze, i dubbi e le sofferenze

che colpiscono la persona che è affetta da epilessia tumorale. Questo sportello aperto "verso la persona" consente di accompagnare i nostri assistiti anche a distanza, non facendo mancare loro la nostra vicinanza anche quando sono a casa".

Teramo

Ma l'esame è indispensabile per il controllo post operatorio

L'odissea del malato di cancro "Sei mesi per una ecografia"

GIUSEPPE CAPORALE

TERAMO — Sei mesi. Sei mesi di tempo tra l'operazione per un tumore e il conseguente test di controllo. Tanto occorre aspettare all'ospedale di Teramo, ed almeno questo è accaduto ad un uomo di 57 anni di Alba Adriatica, a cui la Asl locale ha fissato per il primo ottobre una visita indispensabile dopo l'intervento chirurgico.

«Inizialmente ho pensato che non poteva essere vero — ha raccontato l'uomo al quotidiano locale Il Centro — Non si può aspettare tanto per un esame. Allora ho spiegato la mia condizione. Ho detto che ero stato operato per un tumore all'ospedale e che l'esame era necessario per fare il primo controllo dopo l'intervento. Dall'altra parte mi hanno risposto che i tempi di attesa sono questi...».

Liste d'attesa infinite, dunque. «Fino all'intervento chirurgico», prosegue l'uomo «non mi sono mai accorto di quello che succedeva intorno a me nella sanità. Solo dopo la malattia mi sono reso conto di quello che avviene. È terribile». Così l'uomo ha iniziato a girare per le strutture sanitarie abruzzesi: «Non mi arrendo e non ho nessuna intenzione di rivolgermi al privato. Nonostante tutto credo nella sanità pubblica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prostata

Al congresso europeo degli urologi presentato uno studio su oltre seimila uomini: l'incidenza del cancro si riduce fino al 31 per cento tra chi è stato trattato con il farmaco. Buoni risultati anche contro le metastasi renali

Ridotti i rischi di tumore con il blocca-testosterone

ALDO FRANCO DE ROSE *

U N FARMACO utilizzato per combattere i disturbi urinari è risultato efficace nel ridurre anche il rischio di tumore alla prostata. Si tratta della dutasteride, molecola che, a livello delle cellule prostatiche, blocca la trasformazione del testosterone in diidrotestosterone, ormone "attivo" nello stimolare la crescita dell'adenoma e del tumore.

Secondo Gerald Andriole, autore dello studio "Reduce" (Reduction by Dutasteride of Prostate Cancer Events), «la dutasteride potenzialmente può quindi ridurre il rischio di incidenza del cancro alla prostata e consentire a migliaia di uomini di evitare trattamenti inutili ed effetti collaterali come incontinenza e impotenza, presenti spesso con la chirurgia». La ricerca durata quattro anni e finanziata dalla GlaxoSmithKline, proprietaria del farmaco, è stata pubblicata sul *New England Journal of Medicine* e recentemente presentata al congresso degli urologi europei, a Barcellona. Nello studio sono stati arruolati 8.231 uomini, dai 50 ai 75 anni, di 42 paesi, tra cui l'Italia, con livelli di Psa tra 2,5 e 10,0 ng/ml ma biopsia negativa. Metà dei soggetti ha ricevuto una dose giornaliera di 0,5 mg di dutasteride, l'altra il placebo.

Buone notizie anche sul fronte

metastasi con una molecola in sperimentazione

ho. Dopo due e quattro anni i ricercatori hanno eseguito nuove biopsie in 6.729, quelli rimasti nella ricerca.

Il cancro alla prostata, in maggioranza con aggressività media (Gleason 5-6), è stato riscontrato in 659 (19,9 per cento) dei 3.305 soggetti del gruppo dutasteride e in 858 (25,1 per cento) dei 3.424 di quello placebo. La riduzione dell'incidenza di tumore nei soggetti trattati con dutasteride è stata del 22,8 per cento, mentre negli uomini con storia familiare di cancro alla prostata si è evidenziato una riduzione del rischio tumore del 31,4 per cento. Questo ultimo dato rimane sicuramente il più importante di tutta la ricerca: crediamo infatti che sia improponibile una chemioprevenzione di massa, con tutte le conseguenze negative sulla sfera sessuale (deficit erettile e diminuzione del desiderio sessuale). Mentre chi è a rischio tumore, come i soggetti con anamnesi positiva per carcinoma prostatico, è giusto che abbia la possibilità di una prevenzione.

Nel 2003 anche per la finasteride era stata evidenziata la capacità di ridurre il tumore alla prostata. Successivamente però il progetto di prevenzione non decollò per numerosi e gravi effetti collaterali. Anche nello studio "Reduce", nel gruppo trattato con dutasteride si sono registrati tumori più aggressivi come per la fina-

staride, anche se con una prevalenza minima: 233 tumori, con un punteggio Gleason da 7 a 10, contro 220 del gruppo placebo. Anche in questo caso, rapportando le dimensioni della prostata al tumore, tale incidenza si è ridotta, ma è più probabile che la chemioprevenzione funzioni poco sulle neoplasie più aggressive. In ogni caso, tra i soggetti arruolati, non è stato registrato alcun decesso.

Una buona notizia per il tumore della prostata metastatico: il cabazitaxel, molecola in fase di sperimentazione, ha migliorato la sopravvivenza e bloccato la malattia quando la terapia ormonale e la chemioterapia era risultata inefficace. Novità anche per la terapia del tumore del rene in fase avanzata: si tratta di un chemioterapico, Pazopanib, oggetto di una indagine clinica coordinata da Cora Stenberg, direttore della **Oncologia** medica al San Camillo e Regina Elena di Roma. Il farmaco, in somministrazione orale, una volta al dì, alla dose di 800 mg, dai tre agli otto mesi, ha dimostrato una significativa efficacia (68%) in termini di sopravvivenza libera da progressione di malattia. L'azione del chemioterapico si esplica principalmente inibendo la formazione dei nuovi vasi del tumore. Tra gli effetti collaterali diarrea (4% dei casi), l'ipertensione (4%) e leucopenia non rilevante.

* *Specialista urologo e andrologo, Clinica urologica, Genova*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TUMORE ALLA PROSTATA

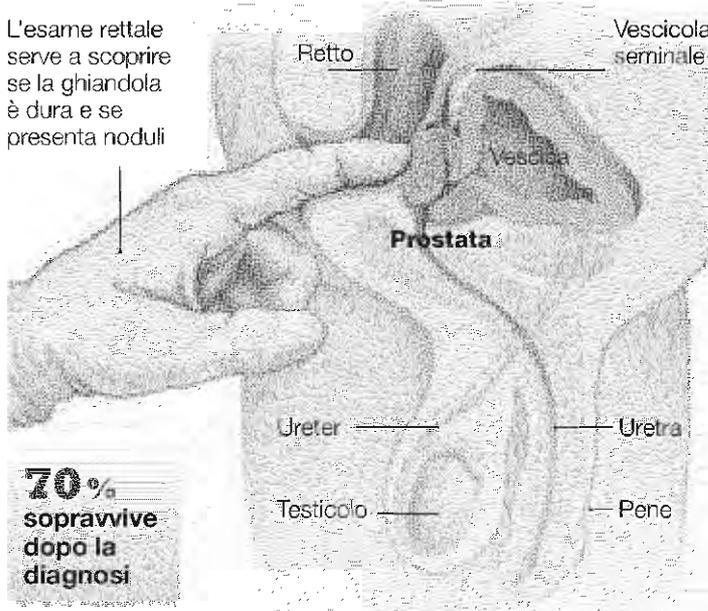
I nuovi casi in Italia sono circa 9.000 all'anno. La sopravvivenza è comunque molto elevata



1 uomo su 7 è a rischio

DIAGNOSI NON INVASIVA

L'esame rettale serve a scoprire se la ghiandola è dura e se presenta noduli



LA SCHEDA

GHIAIOLA
La prostata è una ghiandola, si trova davanti la vescica e intorno all'uretra. È grande come una noce

9 MILA CASI
Secondo l'Airc tanti sono ogni anno i casi di tumore alla prostata. Sopravvivenza a 5 anni oltre il 70 per cento

ESAME
Quello rettale eseguito dallo specialista è il principale insieme ai valori del Psa. Consigliati per gli over 45-50

STADIO I E II

- Piccolo tumore nella prostata
- Piccola diffusione



Nello stadio I e II con diagnosi e trattamento la malattia rimane sotto controllo

STADIO III, IV E V

- Il tumore cresce e si diffonde nell'interno della prostata



Negli stadi IV e V il tumore si diffonde ad altri organi e il rischio cresce notevolmente

TEST

L'esame che salva la vita

Un prelievo di sangue rivela il cancro alla prostata

di FEDERICO MERETA

CONVIENE davvero fare a tutti i maschi che hanno superato i cinquant'anni, indistintamente, il test per la misurazione del PSA (antigene prostatico-specifico) che aiuta a riconoscere precocemente un tumore della ghiandola? È la domanda che si sono posti gli esperti della Siuro (Società Italiana di Urologia Oncologica), recentemente riunitisi a Bologna proprio per giungere ad una corretta definizione dell'approccio da tenere per riconoscere presto questa forma tumorale, e trattarla di conseguenza.

Il test sul sangue, ormai entrato nell'uso comune, consente effettivamente di scoprire il cancro. Un sospetto tumore alla prostata, reso tale proprio dall'innalzamento dei valori di Psa, è poi confermato attraverso l'asportazione di un frammento di tessuto (biopsia), e il successivo esame istologico che valuta le caratteristiche delle cellule. Il test del PSA ha, secondo gli esperti, aperto nuovi orizzonti se è vero che non più di dieci anni fa sette volte su dieci i tumori prostatici erano scoperti solo in fase avanzata, perché praticamente non davano disturbi. Tramite l'esame del marcatore PSA è possibile infatti scoprire la neoplasia in uno stato molto precoce e, questo se da un lato ha garantito migliori possibilità di cura e di guarigione

ai pazienti colpiti, dall'altro ha aperto un nuovo scenario agli specialisti, che hanno potuto studiare più a fondo e su una più ampia casistica i tumori prostatici. Oggi si sa che questo tumore non ha sempre la stessa aggressività in tutti i soggetti che ne sono affetti. Qualche volta è molto 'cattivo', soprattutto nei giovani, altre volte lo è decisamente di meno fino a configurarsi come quello che gli esperti chiamano tumore 'indolente'. Esiste infatti una categoria di neoplasie della prostata che vengono definite indolenti o silenti che non sono significative dal punto di vista clinico nel senso che con tutta probabilità non si attiveranno mai e non diventeranno né mortali né aggressive. In questi casi il rischio è quello di andare incontro a trattamenti eccessivi. È per questo che appare fondamentale, a detta degli specialisti della Siuro, disegnare l'identikit delle categorie di persone da sottoporre a diagnosi precoce. Il consiglio? Parlate sempre con il vostro medico, ricordando che non tutte le persone hanno necessità di una diagnosi precoce sul tumore della prostata, ma anche che esistono categorie che non lo eseguono e che sono invece oggettivamente a rischio, ovvero chi presenta primi sintomi della patologia e soprattutto chi ha avuto in famiglia casi di tumori prostatici, dal padre, fino ai nonni.



TUMORE DEL RENE**Buone speranze da una ricerca**

A piccoli passi la scienza tenta di dare risposte sempre più efficaci contro il tumore del rene, che nelle forme più gravi è molto difficile da curare. Secondo uno studio pubblicato su Journal of Clinical Oncology, dimostrano che una sostanza chiamata pazopanib (non ancora disponibile in Italia), prolunga in maniera significativa la vita libera da progressione nel confronto con il placebo.



Entro aprile le **farmaceutiche** devono versare all'Aifa il 5% delle spese promozionali

Farmaci, l'ora della "tassa"

Convegni compresi tra i costi - Obbligati anche i produttori di dispositivi

Le voci di costo relative alle attività promozionali

- Le spese per il materiale promozionale destinato a medici e farmacisti, inclusi il materiale consegnato dagli Ispo anche spedito per posta e i costi per le inserzioni promozionali su riviste anche scientifiche destinate agli operatori sanitari
- Le spese per i campioni gratuiti di specialità medicinali, anche da banco
- Le spese per convegni e congressi anche accreditati Ecm, incontri e riunioni varie, visite aziendali, incluse le spese di ospitalità e i compensi ai relatori, nonché quelle a beneficio del soggetto organizzatore
- Le spese per i gadgets di ogni genere
- Ogni altra spesa relativa all'attività di promozione dell'informazione scientifica

Contributo spese promozionali alla cassa. Entro il prossimo 30 aprile, le aziende farmaceutiche e di dispositivi medici devono comunicare all'Agenzia italiana del farmaco l'ammontare complessivo della spesa sostenuta nel 2009 per le attività di promozione rivolte a medici, a operatori sanitari e a farmacisti, nonché versare il relativo contributo del 5 per cento.

Il contributo sulle spese promozionali. L'articolo 48 del Dl 269/2003 ha istituito un contributo a carico dell'industria farmaceutica, pari al 5% delle spese di promozione, che le aziende stesse devono autocertificare entro il 30 aprile di ogni anno. Detto contributo - da calcolarsi al netto delle spese per il personale addetto - è destinato a finanziare, presso l'Aifa:

- per il 50% del relativo ammontare, un fondo per l'impiego a carico del Ssn di farmaci orfani e salva-vita;
- per il restante 50%, l'istituzione di un centro di informazione indipendente nell'ambito dell'Agenzia, un programma di farmacovigilanza, ricer-

che sull'uso dei farmaci e, in particolare, sperimentazioni cliniche comparative di orphan drug e salvavita, nonché altre attività di informazione, ricerca e formazione del personale.

L'autocertificazione, da produrre all'Aifa avvalendosi

esclusivamente del modello dalla stessa predisposto, deve attestare l'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione, nonché la sua ripartizione nelle singole voci di costo, sulla base dello schema approvato con il decreto del ministro della Salute del 23 aprile 2004. Sempre entro il 30 aprile le farmaceutiche devono eseguire il versamento del contributo. Che dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato all'Aifa (dettagli su www.agenziafarmaco.it).

L'articolo 1, comma 409, della legge 266/2005 ha esteso l'obbligo di dichiarazione e versamento anche alle aziende che producono e immettono in commercio dispositivi medici, anche non in nome proprio, cedendoli al Ssn, oppure a terzi, ma con onere a carico dello stesso Ssn. Le aziende devono versare le somme dovute sul c/c 92824879, intestato alla Tesoreria di Viterbo, con la causale «contributo di cui alla lett. d) dell'articolo unico della legge 266/2005 da imputare sul capitolo 2582 art. 27», oppure con il canale bancario.

L'autocertificazione. Il decreto del 23 aprile 2004 ha approvato lo schema con le voci di costo relative alle attività promozionali sostenute dalle farmaceutiche (si veda tabella). Per quanto applicabili, come detto, le stesse indicazioni dovranno essere osservate an-

che dalle aziende che producono e immettono in commercio dispositivi medici.

Il Dl 269/2003 richiede che vi sia un nesso fra l'iniziativa promozionale promossa dall'azienda farmaceutica e gli operatori sanitari che ne beneficiano. Ricorda, così, nella base di calcolo tutto il materiale promozionale (fra cui i prodotti editoriali, gli atti congressuali) destinato a medici e farmacisti, ivi inclusi i costi afferenti i messaggi promozionali su pub-

blicazioni loro destinate. Devono ritenersi escluse, invece, le spese per le campagne pubblicitarie sui medicinali da banco, destinate direttamente al pubblico dei pazienti.

Ugualmente incluse nel novero delle spese promozionali sono quelle relative ai campioni gratuiti di qualsiasi specialità medicinale e ai gadgets in genere. Per quanto riguarda le spese per i convegni accreditati Ecm, lo schema le include espressamente nella base contributiva, accomunandole alle spese di ospitalità dei partecipanti, di allestimento degli spazi espositivi, ai compensi spettanti ai relatori e a coloro che svolgono le funzioni organizzative.

Devono essere autocertificate, altresì, tutte le «altre spese relative all'attività di promozione dell'informazione scientifica», diverse da quelle precedentemente elencate. L'esemplificazione recata dal decreto

fa riferimento a spese sostenute per l'acquisto di strumenti tecnologici come telefonini, computer ecc. e altre dotazioni in carico agli informatori scientifici, purché non connessi al

rapporto di lavoro degli stessi. Sono escluse dalla base di computo del contributo del 5%, invece, le spese per il «personale addetto».

Per le aziende che producono e immettono in commercio dispositivi medici, importanti precisazioni sono state fornite dalla citata Nota interpretativa della Salute del 23 marzo 2006. In particolare, sono soggette a contribuzione solo le spese relative alle attività promozionali nei confronti di professionisti e strutture del Ssn o con questo convenzionati, anche se concernenti un'intera classe o gruppo di dispositivi prodotti o commercializzati dall'impresa. Sono escluse dall'autodichiarazione, oltre alla pubblicità istituzionale, quella rivolta al pubblico e i campioni gratuiti espressamente richiesti dalle Pa, ai fini della partecipazione a gare di fornitura, oppure ceduti in base a specifici obblighi contrattuali, per sperimentazioni o indagini cliniche.

**Antonio Iorio
Alberto Santi**

LA RIPRODUZIONE È RISERVATA



FARMINDUSTRIA**Caccia aperta agli sprechi**

Frodi milionarie all'Erario - Fazio: perso il 5-10% del Fsn

Truffe e sprechi rubano al Ssn dal 5 al 10% del Fsn. Si potrebbero recuperare ben 11 miliardi l'anno solo allineando l'attività gestionale delle Regioni agli standard più elevati. Attorno a questi dati - e alle statistiche d'attività di Nas e Gdf, che

causano danni milionari all'Erario - si è snodato il dibattito su legalità ed efficienza promosso da Farmindustria, che lancia un patto di solidarietà con le Regioni in rosso.

A PAG. 14-16

Denuncia di Fazio al convegno **Farmindustria** su legalità ed efficienza: «Perso il 5-10% del Fsn»**Scoppia la crociata anti-sprechi****Cerm:** 11 miliardi da recuperare - **Dompé:** patto istituzionale con le Regioni

«**I**l 5-10% dei circa 108 miliardi del Fondo sanitario nazionale vanno sprecati».

È una valutazione "personale" e "fatta a braccio" ma di peso quella che il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** ha fatto esplodere davanti al denso e variegato parterre dei partecipanti al convegno su «Legalità ed efficienza: le risorse della buona salute», organizzato martedì scorso da **Farmindustria**. «Il 5% circa è rappresentato dal deficit delle Regioni oggetto di piani di rientro, mentre un altro 5% si può essere ulteriormente recuperato dalle Regioni virtuose».

Sarà stata pure "a braccio" la stima fatta dal ministro, ma coincide curiosamente con la stima - econometricamente circostanziata - dei risparmi che si potrebbero realizzare se tutte le Regioni italiane si allineassero ai livelli più efficienti effettuata dal **Cerm** (Competitività regolazione mercati) (cfr. pagina 16).

«Si potrebbero recuperare ben 11 miliardi di euro l'anno», ha annunciato il direttore **Fabio Pammolli**, convinto che la Sanità sia «il vero banco di prova del federalismo non solo perché conta per circa il 75-80% dei bilanci delle Regioni ma anche perché, per completare la governance federalista della Sanità, è necessario affrontare e sciogliere tutti i nodi riguardanti, da un lato, le nuove relazioni istituzionali tra Stato, Regioni ed Enti locali e, dall'altro, i nuovi strumenti di politica economica».

Un motivo in più per la nuova crociata anti-sprechi lanciata dal presidente **Farmindustria**, **Sergio Dompé**: «L'industria farmaceutica è pronta a condividere un patto di solidarietà, con regole stabili e chiare e modalità e tempi da definire, tra Governo, Regioni e tutti i fornitori del Ssn per accompagnare le realtà territoriali con pesanti deficit verso l'uscita dall'emergenza», ha garantito.

In cambio però le aziende chiedono di beneficiare

alla pari degli altri del momento di tregua che il Paese rischia di disperdere: «Con tre anni senza elezioni davanti, la Sanità, il Servizio sanitario nazionale e le eccellenze che vivono dentro di esso possono diventare un volano per il nostro Paese. Questo è il modello di lavorare tutti insieme studiando modelli che funzionino».

Ancora una volta **Dompé** ha lanciato l'invito a non identificare la spesa farmaceutica come «fonte privilegiata per la copertura dei disavanzi altrui, come è accaduto negli ultimi 15 anni. E nemmeno come l'origine della crescita della spesa sanitaria». E una volta tanto i fatti sembrano dare ragione alle imprese. Almeno stando ai dati riferiti da Nas e Fiamme Gialle, primi paladini della guerra a truffe, sperperi e latrocinii che quotidianamente affliggono la Sanità pubblica.

«Nel biennio 2008-2009 - ha riferito il comandante del Nas, **Cosimo Piccinno** - i Carabinieri del Nucleo anti-soffisticazione hanno effettuato 44mila ispezioni, rilevando 7.800 infrazioni amministrative e 22.500 infrazioni penali. In tutto sono stati sequestrati 4,8 milioni di confezioni di medicinali irregolari e anche falsificati».

La buona notizia è che in Italia «non esistono medicinali "falsi" nei canali tradizionali», ma internet



preoccupa: «Ci sono siti - ha spiegato ancora Piccin-

Finanza e Nas: stanate frodi milionarie ai danni dell'Erario

no - dove vengono messi a disposizione camici bianchi on line che possono effettuare, a pagamento, una prescrizione virtuale con cui acquistare prodotti che nella maggior parte dei casi non contengono il principio attivo o lo contengono in quantità minime o anche eccessive».

Notizie pesanti anche dal fronte delle Fiamme Gialle: «Nel biennio 2008/2009 - ha riferito Saverio Capolupo, Comandante della Scuola di Polizia tributaria della Gdf - la Guardia di Finanza ha registrato frodi per oltre 154 milioni di euro ai danni del Ssn, a fronte di 3.500 interventi effettuati con oltre 5mila persone denunciate». Nello stesso biennio sono stati calcolati danni erariali, sempre provenienti dal settore sanitario, per 770 milioni di euro con quasi mille soggetti deferiti alla Corte dei conti.

E se il Pg Mario Ristuccia conferma le preoccupazioni già espresse in passato per le armi spuntate concesse alla magistratura contabile dalla legge Brunetta (i rilievi della Corte possono essere infatti superati con un decreto motivato che riporta la questione a livello politico, rendendo di fatto impossibile un intervento su quanto è già in itinere), l'invito di Capolupo a individuare interventi fondati sulla trasparenza resta incontestabile. «La Sanità va governata, non occupata» lo slogan utilizzato dal comandante Gdf per ricordare che le sole regole contabili non bastano a garantire un uso corretto delle risorse.

La soluzione tirando le fila del dibattito prova a fornirla Fazio. Dopo gli indicatori di appropriatezza ed efficienza del sistema, forniti alle Regioni e alla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, che consentono un'analisi concreta del fenomeno, in dirittura d'arrivo c'è anche un nuovo modello di accreditamento "bifase", basato su valutazioni ex-post ed ex-ante che considererà "rivedibili" le strutture anno dopo anno.

Un esame di qualità periodico e a maglie strette, perché gli esami a chi deve gestire e garantire il buon esercizio del Ssn non finiscano mai. Su una cosa però Fazio glissa e non è per gioco: le manovre future. Il tavolo sulla **farmaceutica** produrrà quasi certamente una manovra da mettere in pista a giugno. Ma di questo se ne occuperà l'Economia. E le ansie degli industriali delle pillole restano tutte in piedi.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GUARDIA DI FINANZA

Risorse sufficienti senza le truffe

Risultati di servizio		
	2008	2009
Frodi al Servizio sanitario nazionale		
Interventi effettuati (n.)	1.683	1.827
Soggetti denunciati (n.)	1.799	3.459
Frode accertata (milioni di euro)	55,6	98,7
Danni erariali		
Soggetti deferiti alla Corte dei conti (n.)	521	427
Danni erariali segnalati (milioni di euro)	55	715

L'Italia viaggia ormai a passi veloci verso il federalismo, ma il Paese appare sempre più spaccato in due: da un lato il Nord, più efficiente nella spesa e nell'offerta di salute; dall'altro il Sud, dove il sistema sanitario è stato lasciato, in gran parte, all'iniziativa speculativa di privati che si sono semplicemente sostituiti a un comparto pubblico carente, confuso, mal gestito e peggio indirizzato.

Perché ci sono in media, per Asl, 14 ambulatori e laboratori privati convenzionati al Nord e 55 nel Mezzogiorno? E se le donne del Sud possono confermare, anno dopo anno, il record mondiale di ecografie prenatali a pagamento non dipende forse anche dal fatto che strumentazioni come Eco e Tac si concentrano al Sud fuori dagli ospedali in misura almeno doppia rispetto al Nord?

Ma al di là degli illeciti va citata anche la cosiddetta gestione "allegra". I costi lievitano anche in virtù di un malinteso welfare sociale: i dipendenti hanno incassato, per anni, prebende ingiustificate - a esempio l'indennità infettivi - elargita a persone che non entreranno mai a contatto con i malati. Ci sono Asl che pagano a tutti i dipendenti compensi accessori doppi della media regionale.

Occorre intervenire per cercare non soltanto di arginare i debiti delle Regioni ma anche con verifiche sul campo, per moralizzare l'ambiente che ruota intorno al mondo

della Sanità, che spesso si presta a ogni sorta di affari. Il fenomeno delle frodi a danno del Ssn può ritenersi uno dei più gravi aspetti delle inefficienze della spesa di settore.

Vaste aree di inefficienza della spesa possono "nascondere" frodi non scoperte. Da qualche anno il settore sanitario è tra le aree di particolare interesse per la criminalità organizzata, perché caratterizzato da ingenti flussi di finanziamento e interventi economici, nonché da un elevatissimo tasso di redditività.

La Guardia di Finanza si sta impegnando per conoscere, in maniera approfondita, tutte le problematiche del settore, utilizzando personale altamente qualificato, capace di fornire idoneo supporto collaborativo agli enti che ne avessero esigenza. Nell'azione di contrasto alle frodi bisogna considerare che nella Sanità a problematiche di interesse generale corrispondono comportamenti da riportare alla grande platea dei soggetti coinvolti. È questo il caso dei falsi esenti da ticket o dei medici remunerati anche su pazienti residenti all'estero o deceduti. Al riguardo, ricordo uno specifico controllo operato da un comando della Guardia di finanza sulle prescrizioni effettuate nelle strutture sanitarie pubbliche a favore di oltre 10mila utenti: il 7% aveva firmato sul retro l'impegnativa dichiarando di avere un reddito in-

feriore ai circa 8mila euro annui, soglia media di esenzione nel pagamento del ticket, pur guadagnando molto di più. Il caso limite è stato un imprenditore, che non ha pagato il ticket per una radiografia, dimenticando di aver guadagnato un milione e 170mila euro nell'ultimo anno.

Ritengo che la Sanità non sia una materia per contabili. La vita e il benessere dei cittadini non possono soggiacere a logiche di risparmio. Partendo da queste considerazioni, è evidente che i finanziamenti sono più che sufficienti. Basterebbe non sprecarli, applicando il principio: la Sanità va governata e non occupata.

In sostanza, va garantito il rispetto delle regole sotto ogni profilo, assicurando una corretta competizione tra strutture. Non basta evocare che bisogna razionalizzare la spesa: bisogna intervenire in maniera forte e decisa sulla frequente e ingiustificata alterazione dei costi; i bilanci delle Asl e delle Ao vanno redatti in conformità alle disposizioni regionali che devono essere rispettose dei principi del Codice civile e andrebbero resi pubblici nelle forme adeguate. In questo modo si fornirebbero dati omogenei per tutte le aziende, rendendo possibile valutare la performance di ciascuna di esse.

Si tratta, in buona sostanza, di applicare anche al pubblico il rigore che si pretende dal privato, per

poter poi riflettere serenamente sulle scelte da compiere.

Riassumendo, le tipologie di violazioni e frodi al Ssn più ricorrenti sono: false autocertificazioni di esenzione; false attestazioni di ricovero o di tipo di ricovero; fraudolento frazionamento dei periodi di lungodegenza; finti ricoveri in regime d'emergenza; medici di base rimborsati per assistiti inesistenti; iper-prescrizione di farmaci.

Le truffe ai danni del Ssn sono diffuse su tutto il territorio nazionale, ma si può riscontrare una "specificità meridionale". I dati tratti dalle operazioni della Guardia di finanza confermano anche per gli anni 2008 e 2009 tra i settori maggiormente a rischio quello relativo al funzionamento delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie e, a seguire, gli appalti di beni e servizi, dove si rilevano frequentemente acquisti a prezzi superiori rispetto a quelli di mercato o acquisizioni di strutture e macchinari inutilizzati.

Dal VI rapporto Sanità 2008 del Ceis-Tor Vergata emerge una serie di distorsioni nella spesa sanitaria delle Regioni. Una delle più rilevanti è l'aumento della spesa per il personale che non riguarda i medici bensì il personale amministrativo. In alcune realtà regionali, il rapporto tra posti letto e personale impiegato è fuori da ogni compatibilità gestionale. Non si tratta di errori di valutazione sul fabbisogno di organico amministrativo, ma di un carico di assunzioni scaricate sugli ospedali. I casi limite sono nel Sud: ricomporre queste distorsioni

False esenzioni, gestione "allegra" dei bilanci, interessi della criminalità



di assetto del sistema è impresa ardua, ma non vi sono alternative.

I minori rischi che sembrano emergere con riferimento all'area della spesa **farmaceutica** potranno peraltro essere ulteriormente contenuti con la completa implementazione del sistema di monitoraggio globale assicurato dalla tessera sanitaria e dal sistema di tracciabilità del farmaco, soprattutto per le forniture ospedaliere e la distribuzione diretta.

Trovo metodologicamente corretta la richiesta da tempo avanzata da **Farmindustria** di controlli, per garantire la massima trasparenza, ma analogo impegno e risorse

Servono norme e procedimenti amministrativi più trasparenti

vanno rivolti alle altre voci della spesa sanitaria, che superano di gran lunga le risorse pubbliche destinate alla **farmaceutica**.

I controlli repressivi non sono sufficienti: è necessaria anche un'azione efficace di controlli pre-

ventivi basati, sempre più, su sistemi informatizzati.

Confindustria ha più volte dichiarato che la spesa sanitaria è uno dei problemi più gravi della Pa e ha calcolato che un intervento organico e innovativo potrebbe procurare un risparmio del 9-13% sull'attuale spesa sanitaria pubblica: un importo pari a circa 10 miliardi l'anno.

Le norme esistono, ma spesso la burocrazia le vanifica. È sintomatico l'utilizzo del bollino farmaceutico di sicurezza che le aziende applicano ormai da anni su tutte le confezioni immesse sul mercato italiano. Allo stesso modo la tracciatura dei dispositivi medici, per lo meno

quelli oltre un certo valore, unitamente al livello dei costi uniformi su cui il ministero della Salute sta lavorando, comporterebbe anche maggiore trasparenza nella loro gestione e nei relativi appalti di fornitura.

Servono insomma norme chiare e procedimenti amministrativi trasparenti, ricordando sempre che in Sanità tutela della salute e tutela dei conti pubblici devono e possono coesistere.

Saverio Capolupo

Comandante Scuola di polizia tributaria Gdf
(simesi dell'intervento)

Dafne fa volare l'acquisto

A proposito di ottimizzazione delle risorse e di garanzie sull'ottimizzazione del processo di distribuzione del farmaco una menzione a parte se la merita il consorzio Dafne: una comunità B2B la cui missione è creare e sviluppare una partnership all'interno della filiera **farmaceutica** per l'ottimizzazione dei processi distributivi e della correlata gestione amministrativa.

Organismo di filiera, costituito da aziende **farmaceutiche** e aziende di distribuzione intermedia, Dafne, attivo dal 1992, oggi coinvolge operatori che rappresentano circa il 90% delle quote di mercato del farmaco etico.

Sui collegamenti telematici diretti e grazie agli standard condivisi per un linguaggio comune - ha spiegato il presidente, Luciano Bodini - viaggiano ordini e fatture riferiti a 650 presidi ospedalieri, 139 distributori (99% del mercato), 58 aziende **farmaceutiche** (95%) per un totale transato di 25 miliardi di euro, 750mila ordini e 280mila confezioni movimentate.

Principali attività realizzate, la trasmissione di ordini ospedalieri, i buoni d'acquisto telematici per i prodotti stupefacenti, il sistema di fatturazione elettronica, operativo dall'aprile 2009. I vantaggi: digitalizzazione e conservazione delle fatture emesse a clienti e gli accordi tra fornitori e clienti per lo scambio delle fatture generate di tutti gli altri documenti.

Il meccanismo - finito sotto la lente dell'Osservatorio B2B del Politecnico di Milano, di cui il Consorzio Dafne è partner - ha dato risultati importanti: la conservazione sostitutiva genera 1-2 euro di risparmio a ciclo; lo scambio elettronico può valere fino a 5,5-8,5 euro a ciclo di minore spesa; lo scambio elettronico strutturato di tutti i documenti del ciclo tra tutti gli attori vale addirittura da 24 a 65 euro di minore spesa.

Per i 10 milioni l'anno di cicli stimati si tratterebbe di qualcosa come 240 milioni di risparmio. Senza nulla togliere (anzi qualificando e garantendo) al servizio.



Ministero apripista della rivoluzione "paperless" - Brunetta: «Un modello per la Pa»

Certificati on line: si parte

Cominciata la fase sperimentale dell'invio all'Inps da parte dei medici

Numeri e vantaggi dell'operazione	
100.000.000	È il numero dei certificati di malattia che ogni anno i lavoratori dipendenti, pubblici e privati, inviano ai propri datori di lavoro e dei relativi attestati di malattia (50 milioni ciascuno) e anche il numero del risparmio di certificati e attestati cartacei non più prodotti con la dematerializzazione
10 euro	Costo medio per la collettività dovuto al ciclo dei certificati di malattia per ogni pratica
500	Il numero di operatori in più che l'Inps ha previsto per l'avvio dei certificati del settore privato
500.000.000 euro	Il risparmio annuo previsto per l'abbattimento dei costi di gestione dei flussi cartacei
5.000.000.000 euro	Il risparmio previsto con le ricette elettroniche
Vantaggi per il lavoratore	Eviterà di sostenere il costo dell'invio della raccomandata con ricevuta di ritorno. Il lavoratore potrà inoltre accedere al sistema Inps per visualizzare il proprio attestato di malattia e chiedere al medico copia cartacea del certificato e dell'attestato di malattia, ovvero chiedergli di inviare copia degli stessi alla propria casella di posta elettronica o Pec

Addio alla carta. Tra certificazioni e ricette che viaggiano sul web, cartelle elettroniche, fascicoli sanitari e Cup il ministero della Salute si è aggiudicato la palma di prima amministrazione pubblica pronta a diventare "paperless". «Il migliore esempio di Pa in Italia», ha sentenziato il ministro della Funzione pubblica, **Renato Brunetta**, durante la visita condotta il 14 aprile con il collega **Ferruccio Fazio** per verificare lo stato di avanzamento del sistema informativo della Salute. «Ormai - ha detto Fazio - lavoriamo con materiale elettronico il 98% dei documenti».

La rivoluzione alla volta della «dematerializzazione» è cominciata da tempo (si veda anche Il Sole-24 Ore Sanità della scorsa settimana). Ma il primo banco di prova di peso è appena partito: l'invio on line all'Inps dei certificati malattia dei dipendenti pubblici e privati da parte dei medici, come previsto dal Dlgs 150/2009. La sperimentazione è decollata proprio la scorsa settimana, ma entro la metà di luglio la trasmissione via web diventerà obbligatoria. Grandi le aspettative: per i due ministri la novità dovrebbe produrre risparmi per 500 milioni di euro sui costi di gestione (considerando una spesa attuale di 10 euro a pratica) e l'eliminazione di quasi 100 milioni di fogli di carta.

Senza considerare i benefici "intangibili" che ne deriveranno ai lavoratori, che non dovranno più inviare tramite raccomandata il loro certificato entro due giorni lavorativi (sarà l'Inps a trasmetterle al datore di lavoro) ma potranno accedere al sistema informatico dell'Istituto previdenziale per visualizzare l'attestato, oltre che chiederne copia al medico. Per il quale, in caso di inadempimento, sono previste sanzioni che in casi estremi possono arrivare fino al licenziamento o

alla perdita della convenzione con il Ssn.

La novità ha creato più di un malumore tra i medici. Si è svolto il 13 aprile il secondo appuntamento tra la FiomCeO e i rappresentanti dei ministeri di Salute e Funzione pubblica (si veda Il Sole-24 Ore n. 12/2010) per sciogliere i punti più oscuri dal punto di vista organizzativo. In cima alla lista delle preoccupazioni c'è il dovere di certificare anche le assenze brevi, inferiori a tre giorni, in base a dati clinici «direttamente constatati e oggettivamente documentabili». Ma vanno sciolti anche altri nodi. «A esempio - ha riferito **Guido Marinoni**, componente del comitato centrale Fiom - le responsabilità del medico, qualora si trovi a rilasciare il certificato di un paziente in un luogo diverso dalla sua residenza; inoltre la connettività a Internet va fornita dalle Asl e nel caso di dimissioni ospedaliere, deve essere il medico della struttura a compilare e rilasciare il certificato. Vanno inoltre forniti i Pii ai medici non convenzionati che sostituiscono i medici di base quando non ci sono e informatizzate le postazioni delle guardie mediche, al momento quasi del tutto sprovviste».

Le risposte a molti dubbi dovrebbero arrivare presto con un'altra circolare di Brunetta. Ma una parte del mondo sindacale continua a essere ostile. Snam e Smi, i due sindacati dei medici di medicina generale contrari alla nuova convenzione che hanno manifestato a Roma il 15 aprile, hanno evidenziato l'inadeguatezza del Paese verso «salti al buio nell'informatica» (**Angelo Testa**, Snam) e il «metodo brutale e autoritario» utilizzato (**Salvo Cali**, Smi). Ma la replica del ministero per la Funzione pubblica non si è fatta attendere. Si tratta di critiche «del tutto infondate» per il portavoce di Brunetta, secondo cui «è purtroppo fisiologico che le

grandi rivoluzioni organizzative che comportano efficienza, trasparenza, rapidità, capacità di controlli rigorosi e soprattutto un considerevole risparmio economico suscitino alcune resistenze».

Intanto si scaldano i motori per l'altra grande rivoluzione alle porte, che i ministri sperano di attuare entro la fine dell'anno: la ricetta elettronica, spedita dai medici on line al ministero dell'Economia, che potrebbe valere altri 5 miliardi di risparmi l'anno. E centrare anche altri obiettivi, come ha spiegato il segretario della Fimmg, il maggior sindacato dei medici di famiglia, **Giacomo Milillo**: «Avere a disposizione i dati per valutare i casi di appropriatezza e per facilitare l'individuazione di truffe o abusi. Senza creare alcun inconveniente al cittadino, per cui non cambierà nulla».

Non ha obiezioni **Sergio Dompè**, presidente di Farmindustria: «Ogni misura che va nella direzione dell'efficienza e della lotta agli sprechi in Sanità non può che essere valutata positivamente dalle imprese farmaceutiche. Confermo però l'assoluta necessità di combattere ogni diseconomia anche nelle altre aree della Sanità. La spesa farmaceutica convenzionata è, infatti, già ampiamente sotto controllo».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Senza assicurazione non ha diritto ai farmaci, appello via email ai nostri ospedali L'Italia e il paziente che l'America non cura

LE CURE IN ITALIA

Un viaggio della speranza dall'America

di GIUSEPPE REMUZZI

In questi giorni a uno dei nostri ospedali è arrivato per email dagli Stati Uniti questo messaggio: «Cerco un dottore che mi aiuti per la malattia di mio fratello. Ha 33 anni e una sindrome rarissima. Lo curano all'Hershey Medical Center in Pennsylvania, gli stanno facendo scambi di plasma ma la pressione del sangue continua ad aumentare, sta perdendo la vista e i suoi reni non funzionano quasi più, il numero delle piastrine nel sangue diminuisce giorno dopo giorno e anche i globuli rossi». «Credo non ci sia più tempo da perdere. La mia impressione è che di questa malattia in quell'ospedale ne sappiano pochino. Forse c'è una medicina che potrebbe salvarlo, almeno così mi è sembrato di capire, ma a lui non la danno, è una questione di assicurazione: i suoi datori di lavoro gliel'hanno cancellata. Chiamatemi per favore in qualunque momento» (e c'è un numero di telefono).
Ma possibile che a un giovane che si ammalava venga tolta l'assicurazione e non lo si possa più curare? Non c'è la riforma della Sanità adesso negli Stati Uniti?
La riforma c'è, o meglio ci sarà. Per adesso — salvo avere un'assicurazione privata — per quasi 180 milioni di americani le cure le paga l'assicurazione del datore di lavoro. Il governo paga per i poveri, i disabili e gli anziani ma almeno 40 milioni non sono assicurati «abbastanza» e altri 46 milioni non hanno accesso alle cure incluse quelle più necessarie.
Di questi, 32 milioni saranno assicurati dalla riforma di

Obama, ma solo a partire dal 2014. Comunque la riforma non prevede una copertura per tutti, tanti — forse 20 milioni — resteranno fuori. Le persone giovani per esempio, quelli che hanno appena incominciato a lavorare come il fratello della ragazza della lettera. Il datore di lavoro non li assicura ma loro il lavoro ce l'hanno, e così non possono accedere all'assicurazione del governo per i poveri (Medicaid) e sono troppo giovani per aver accesso a Medicare, la forma attraverso cui il governo cura gli anziani. «Obama ha aperto una strada — scrive in questi giorni il *British Medical Journal* in un editoriale — ma resta ancora moltissimo da fare». Cosa si potrà fare di più? Un progetto ci sarebbe. È stato pubblicato qualche anno fa sul giornale dell'Associazione dei Medici Americani ed è condiviso da ottomila dottori (tra loro c'è Marcia Angell, già direttore del *New England Journal of Medicine*). Partono dall'idea che la salute è un diritto per tutti, non solo per chi ha un buon impiego, e che va garantito dalla società. «E poi — dicono — è l'ammalato che deve prendere le decisioni sulla propria cura, insieme al suo medico. Non le assicurazioni o l'industria del farmaco, che decidono le cure a seconda di quello che gli conviene». Questi medici vorrebbero una «National



Farmaco prodotto a Boston. Ma sarà il nostro ospedale a somministrarlo

Health Insurance» — un po' come il nostro servizio sanitario, insomma — sostenuta dalle tasse. E che fosse per tutti, per tutte le fasce d'età, per le emergenze mediche e per le malattie croniche, incluse malattie mentali e cura dei denti. Così ci sarebbe anche in America il diritto alla salute. Aumenterebbero le tasse, ma solo per i redditi più alti. Gli altri pagherebbero una tassa in più per la salute ma non si dovrebbero occupare più dell'assicurazione. Certo, per avere buone cure con una spesa ragionevole bisognerà prima stabilire cosa serve davvero ed escludere dai rimborsi le cure non necessarie e non efficaci. Il ragazzo della lettera verrà da noi. Forse guarirà o forse no, dipende anche dalla nube, e se arriverà in tempo. Il farmaco che gli serve l'hanno inventato negli Stati Uniti e lo fabbricano a Smithfield, vicino a Boston. Ma a lui adesso non lo possono dare. E non l'avrebbe nemmeno se la riforma di Obama fosse in vigore già oggi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'appello via email ai nostri ospedali: niente medicine senza assicurazione



CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**TROPPI GIOCHI SULLA SANITÀ
LA VITTIMA È SEMPRE IL PAZIENTE**

Ricordate Santa Rita, la clinica degli orrori di Milano? Disprezzo per la vita umana e del malato, da "usare" finché risulta conveniente. L'economicismo perde ogni briciola d'umanità: la faccia peggiore della privatizzazione sanitaria. Orari e trasferimenti interni, per un servizio efficiente. Il manager ci prova, ma si ritira impaurito. I sindacati minacciano, ricattano, si fronteggiano. Chi difende i medici attacca gli infermieri. Chi tutela gli universitari, attacca gli aziendali e viceversa. Decine di sigle: chi ha strumenti di ricatto, guadagna iscritti e esserati paganti. Su tutto un enorme "chi se ne frega" per malati e familiari. La faccia (feccia) peggiore della sanità pubblica fa venir voglia di privatizzare, licenziare pelandroni e ricattatori. La maggioranza silenziosa tace e, come dice Guglielmo Pepe, è un po' vigliacca se c'è da affrontare temi spinosi. La nostra salute dipende ormai da partiti, sindacati e medici ignavi. Sulla sanità si giocano unità di Stato e federalismo. Ma anche sviluppo economico e sociale. Speriamo se ne accorgano.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PREMIO MERCK SERONO

Medicina e letteratura sullo stesso binario

Dopo Roma, Milano e Torino, istituti di tutta Italia aderiscono al Concorso per studenti

MISSIONE Un nuovo modo per divulgare la scienza e creare entusiasmo nei giovani

DA OTTO ANNI Premiato il miglior romanzo che utilizza concetti scientifici per sviluppare una storia

Marco Morello

■ Il concetto sullo sfondo è che cultura e scienza debbano incontrarsi e dialogare, possano sostenersi e rafforzarsi a vicenda. «Con risultati sorprendenti, inaspettati», come assicura Paolo Grillo, direttore delle relazioni istituzionali di Merck Serono (nella foto). L'azienda è diventata una specie di autorità in materia: sono 10 anni che porta avanti un programma ben articolato, in cui medicina e letteratura percorrono lo stesso binario, escono dal chiuso di laboratori e università per sposare un linguaggio comune, che è divulgativo senza sviliti. Che, insomma, diventa comprensibile a tutti, a partire dai giovani. «Nell'anno scolastico 2006-2007 - spiega Grillo - abbiamo lanciato anche il concorso «La scienza narrata». Facciamo seguire i ragazzi da una squadra di esperti e li invitiamo a scrivere un racconto breve a sfondo scientifico. I lavori sono davvero pregevoli, intensi, sono la prova che gli studenti hanno soltanto bisogno di essere indirizzati». Partita dal liceo Tasso di Roma, l'iniziativa è stata progressivamente estesa alle scuole superiori della capitale, poi a quelle di Milano e Torino. «L'obiettivo è aggiungere due cabalozzhi di re-

gione ogni anno, fino a renderla nazionale». La spinta viene dall'entusiasmo con cui l'esperimento è stato accolto. Ad una logica identica ubbidisce il «Premio letterario Merck Serono», che ha già raggiunto il traguardo dell'ottava edizione. «La sua forza è la sua originalità, la sua unicità», sintetizza Grillo, che poi aggiunge: «Premiamo il miglior romanzo che utilizza concetti scientifici per sviluppare la storia, mentre un'altra sezione è dedicata alla divulgazione scientifica. I temi spaziano a 360 gradi, non bisogna per forza concentrarsi su una patologia in particolare». La giuria è di primissimo livello (scienziati e giornalisti), i vincitori saranno svelati il mese prossimo, mentre la cerimonia di premiazione si svolgerà a luglio, a Roma, a Villa Miani. In passato il riconoscimento è andato sia a nomi illustri che a belle scoperte, tra cui Paolo Giordano, che con «La solitudine dei numeri primi» si è poi assicurato lo Strega. «Così si rendono accessibili ai meno esperti argomenti di grande attualità spesso trattati in modo troppo specialistico, come la genetica o le biotecnologie». L'impegno di Merck Serono non si ferma qui: da 10 anni è attiva l'«Accademia delle biotecnologie», che organizza convegni e giornate di formazione.



GRILLO

La forza del nostro Premio è la sua originalità e l'unicità. Tra i numerosi vincitori figura anche Paolo Giordano che, con la «Solitudine dei numeri primi», si è poi aggiudicato anche lo Strega



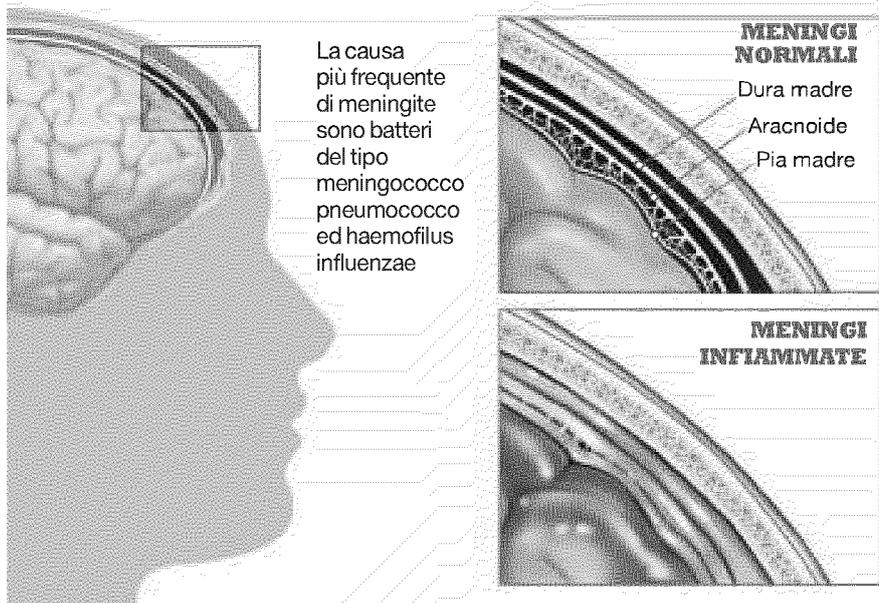
Meningite

Il 24 Giornata mondiale. Gli antibiotici funzionano ma solo nel caso in cui la malattia è diagnostica subito

Un quadrivalente per il meningococco

Ceppi "emergenti" in arrivo dall'estero Pronti nuovi vaccini

DOVE COLPISCE L'INFEZIONE



La causa più frequente di meningite sono batteri del tipo meningococco pneumococco ed haemophilus influenzae

MENINGI NORMALI

Dura madre
Aracnoide
Pia madre

MENINGI INFIAMMATE

MARIAPAOLA SALMI

Ogni anno nel mondo sono oltre mezzo milione i casi di meningite. Le più gravi epidemie si verificano periodicamente nei paesi della cosiddetta fascia del Sahel, dal Senegal all'Etiopia. Sebbene rara, questa grave malattia infettiva fa ancora paura anche nei paesi

industrializzati.

L'Oms considera le meningiti, in particolare quella da meningococco *Neisseria meningitidis*, "emergenza sanitaria". L'infezione predilige i bambini sotto i 5 anni, gli immunodepressi e gli anziani, può complicarsi rapidamente in setticemia e gravi emorragie. Il microrganismo è trasmesso per via aerea con starnuti, tosse e saliva ma non resiste nell'ambiente.

Alla prevenzione, obiettivo primario di salute pubblica, è dedicato il 24 aprile il "World meningitis day 2010". In Italia si verificano circa 900 casi l'anno (un terzo da meningococco) con una mortalità del 14 per cento (dati Iss), ed è per questo motivo che il prossimo 28 aprile l'Osservatorio sanità e salute, con il sostegno di Novartis, solleverà il problema all'attenzione delle istituzioni

con un convegno in Senato.

Accesso ai vaccini e conoscenza della malattia sono essenziali soprattutto per i cambiamenti

In Italia, 900 casi l'anno con il 1,5% di mortalità. Colpisce bambini, anziani e immunodepressi

sociali in atto. «La meningite non ritorna con gli immigrati - spiega Aldo Morrone, direttore generale dell'Istituto nazionale promozione della salute popolazioni migranti - ma movimenti migratori e cambiamenti climatici sono i responsabili dell'arrivo nel nostro paese di ceppi cosiddetti "emergenti" della meningite meningococcica, confinati fino ad alcuni anni fa in altri continenti. È il caso del ceppo A, diffuso negli Stati Uniti, e dei ceppi Y e W135 presenti in Africa e Australia».

Responsabili della meningite sono diversi batteri. «Le forme classiche, però, sono causate da meningococco, pneumococco ed haemophilus influenzae - sottolinea Giovanni Rezza, direttore dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, - e il meningococco si distingue in vari sierogruppi: B e C presenti in

Italia, A, Y, W135 nel resto del mondo. Gli antibiotici funzionano se la malattia è diagnosticata subito, in caso contrario la mortalità è elevata».

Efficaci i vaccini raccomandati contro haemophilus influenzae B (Hib), pneumococco e per meningococco di tipo C, tuttavia l'offerta sul territorio nazionale è disomogenea al punto che la copertura vaccinale non arriva al 50 per cento. Intanto i ceppi batterici si riorganizzano e cresce l'antibioticoresistenza.

«Di recente è stato registrato dalla Fda americana e dall'Emea, ente europeo del farmaco, il primo vaccino coniugato quadrivalente (A, C, Y, W135) per adolescenti e adulti, atteso in Italia nei prossimi mesi, realizzato con la tecnica della coniugazione, ossia legando un antigene polisaccaridico, quello che scatena la reazione, ad una proteina di trasporto (carrier) che aumenta la risposta immunitaria dell'organismo», spiega Mariagrazia Pizzi ricercatrice di Novartis Vaccines and Diagnostics. In studio c'è un altro vaccino per il ceppo B, ultima tappa nella prevenzione di tutte le meningiti da meningococco.

© RIPRODUZIONE RISERVATA