

L'influenza colpirà 4 milioni di italiani

La previsione degli esperti che consigliano di aderire alla campagna di vaccinazione

Milano. Saranno in totale circa quattro milioni gli italiani che, a partire dagli inizi di novembre, verranno colpiti dall'influenza. Non dovrebbe trattarsi di una forma aggressiva, i virus sono tutti americani (H1N1 California, H3N2 Massachusetts e B Texas), noti e previsti nel vaccino, ma come in ogni stagione influenzale la racco-

mandazione è non abbassare la guardia, anche perché tra le persone colpite potrebbero esserci, soprattutto nel momento di «fiammata» subito dopo il periodo natalizio, soggetti fragili e a rischio di sviluppare complicanze, come gli anziani e in generale tutte le persone affette da malattie cardiache o respiratorie. Questo il quadro trac-

ciato da Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università degli studi di Milano e sovrintendente sanitario dell'Istituto Galeazzi. «La vaccinazione è un'opportunità per tutti, che va valutata in funzione delle condizioni di salute personali», spiega l'esperto, evidenziando che la stagione vaccinale sarà inaugurata verso la fine di ottobre.

Sclerosi multipla, i malati perdono il lavoro



Roma. Perdere il lavoro quando si hanno in media 30-40 anni con pochissime speranze di poterlo riavere e con costi indiretti altissimi per l'intera società. È il pesante fardello che in molti casi si abbatte - oltre alle difficoltà fisiche - sulle persone affette da Sclerosi multipla (Sm), tanto che solo il 50% dei pazienti risulta ancora impegnato in

un'attività lavorativa a 10 anni dalla diagnosi. A puntare i riflettori sulle pesanti conseguenze sociali che ancora accompagnano questa malattia, che in Italia colpisce circa 72mila persone, sono neurologi e specialisti riuniti a Boston per il Congresso mondiale sulla Sm. Si tratta di un dato generale sicuramente poco incoraggiante, anche se

la situazione in Italia ha registrato un miglioramento significativo negli ultimi 30 anni: nel 1984, infatti, i pazienti con Sm che riuscivano a conservare il proprio impiego non superavano la soglia del 20%. Oggi, quindi, le prospettive sono più promettenti, anche al fine di riuscire a conservare un impiego a fronte di una malattia debilitante.

Partenza lenta

L'attivismo delle Regioni si scontra con una serie di ostacoli per ora insormontabili: le strutture pubbliche non dispongono di ovociti adatti agli impianti. E non è neppure possibile acquistarli all'estero

VIVIANA DALOISO
EMANUELA VINAI

La fecondazione eterologa è davvero ai blocchi di partenza? Gli interrogativi sul tappeto sono troppi per riuscire a dare risposte certe. Certo invece che nei nostri ospedali pubblici sia in atto una vera e propria "emergenza gameti", nel senso che mancano ovociti e spermatozoi da donatori "non profit". In Toscana la banca regionale del seme è vuota: «Ci stiamo preparando, credo che possiamo essere pronti per la prossima primavera», ha dichiarato pochi giorni fa il direttore Mario Maggi. E anche altrove non va meglio se il Policlinico Sant'Orsola di Bologna ha dovuto rinviare a data da destinarsi le coppie in lista d'attesa per cronica assenza di cellule riproduttive fruibili. L'indisponibilità nasce da diversi elementi. Da un lato tutti i gameti donati prima della sentenza della Consulta e conservati nei vari centri non sono utilizzabili per almeno altri sei mesi, perché non sono stati sottoposti ai test di sicurezza per accertare varie patologie, tra cui l'Hiv. Finora l'unica pratica di fecondazione ammessa dalla legge era quella omologa e, di conseguenza, non erano previste una serie di analisi di profilassi che invece sono obbligatorie quando si introducono gameti "esterni" alla coppia. Il materiale genetico già presente e stoccato nei laboratori non risulta quindi di immediata disponibilità. Per quanto riguarda invece l'egg sharing, ovvero l'utilizzo di ovociti crioconservati a seguito di prelievo da donne che già si sono sottoposte alla Pma, si pone il problema della qualità. Per la



Gran pasticcio eterologa Dietro l'annuncio il nulla

maggiore parte infatti, sono provenienti da donne la cui età non è più considerata ottimale per ottenere una gravidanza. Fattore essenziale, tant'è che nelle cosiddette "linee guida" delle Regioni l'età delle potenziali donatrici è fissata a un massimo di 35 anni. Risulta quindi quantomeno improbabile che chi si sottopone a fecondazione eterologa scelga ovociti poco "produttivi". A questo si aggiunge che, come evidenziato dallo stesso documento della Conferenza delle Regioni nel sottolineare i rischi del caso, effettuare "prelievi a fresco"

**Rischi difficili da valutare
I gameti da tempo
congelati non offrono
garanzie né di sicurezza
né di affidabilità**

da donatrici è una procedura invasiva che prevede lunghe stimolazioni ormonali, sincronizzazione dei tempi con la ricevente e, conseguentemente, periodi di riposo. Quanti donatori, volontariamente e gratuitamente, si avventurano in questi giorni di ferie per accettare di sottoporsi a queste procedure? Ma le coppie, si sa, hanno fretta, e allora l'unica via per ovviare al problema è quella che passa per l'importazione dei gameti dall'estero, ma anche qui il percorso è piuttosto stretto. Anzitutto per i costi: il prezzo di un singolo ovocita sul mercato oscilla tra i mille e i

duemila euro. A fronte di questa spesa, che va moltiplicata esponenzialmente perché è irrealistico assicurare la fecondazione con un solo tentativo, le probabilità di ottenere una gravidanza restano molto basse e analoghe a quelle da fecondazione omologa: si parla del 30-35% a seconda della qualità dell'ovocita utilizzato. Nel rapporto costi/benefici, quale struttura pubblica può sostenere questi costi vivi? Il pagamento di un ticket copre una parte delle spese, ma il resto resta a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Per rendere l'idea, prendendo come esempio solo l'O-

spedale Careggi di Firenze con duecento coppie in lista d'attesa e ipotizzando tre cicli di trattamento, calcolatrice alla mano è facile arrivare a cifre in grado di destabilizzare qualunque budget sanitario in tempi di spending review. Inoltre, a norma di legge, la possibilità di acquisto all'estero è percorribile solo se viene effettuata da un Paese in cui la donazione dei gameti è gratuita salvo rimborso, come la Francia o la Spagna, mentre non è possibile importarli per esempio dall'Ucraina o da altri Paesi dell'Europa orientale. Tanto meno da zone più lontane e non ancora minori garanzie sanitarie. Nel già citato testo regionale condiviso non è prevista alcuna sanzione per chi disattende, così è evidente che questo mercato si presta a infinite scorciatoie in cui l'illegalità va di pari passo con l'insicurezza su tracciabilità e pagamenti. Infine, altro capitolo ancora tutto da esplorare è quello relativo alle autorizzazioni: ogni Regione dovrebbe emanarne una ad hoc per i centri individuati. I parametri da usare sono tutt'altro che secondari.

Legge 40. Da tribunali e Corti europee dieci anni di attacchi e sentenze a sfavore

L'intervento della Corte Costituzionale che il 9 aprile scorso ha dichiarato incostituzionale il divieto di fecondazione eterologa è solo l'ultimo in ordine di tempo di una serie di interventi della magistratura che dal 2004 a oggi hanno scardinato la Legge 40. Già nel luglio del 2005 il tribunale di Cagliari solleva questione di legittimità costituzionale dell'articolo 13 nel caso di mancata diagnosi preimpianto a una portatrice sana di beta-talassemia. A novembre 2006 la Consulta con l'ordinanza n. 369 ne dichiara la "manifesta inammissibilità". Settembre 2007: il tribunale di Cagliari consente la diagnosi preimpianto, mentre nel gennaio 2008 il Tar del Lazio annulla le linee guida per l'applicazione della legge per "eccesso di potere" e solleva questione di costituzionalità delle norme. In agosto il tribunale di Firenze ricorre contro il limite della creazione di soli tre embrioni e formula una richiesta per ampliare la possibilità di crioconservazione degli embrioni sovranumerari. La Corte, con sentenza 151/2009, "deroga" al divieto di crioconservazione e, dichiarando incostituzionale una parte del comma 2 dell'articolo 14, abroga il limite della produzione di 3 embrioni da trasferire con un unico impianto permanendo il divieto di distruzione degli embrioni sovranumerari. Norma confermata con l'ordinanza 97/2010 che ritiene manifestamente inammissibili le questioni sollevate dal tri-

bunale di Milano sul ricorso di due coppie che chiedevano la diagnosi preimpianto perché portatori di malattie genetiche. Gennaio 2010: il tribunale di Salerno autorizza la DGP per una coppia fertile portatrice di malattia ereditaria. Maggio 2012, la Corte Costituzionale si pronuncia sul divieto di fecondazione eterologa previsto dall'articolo 4, comma 3. Nel rinviare gli atti ai tribunali di Firenze, Catania e Milano, li invitano a considerare la sentenza della Grande Chambre della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo che nel novembre 2011 che nel novembre 2011, ribaltando in appello la sentenza di primo grado, ha stabilito la legittimità del divieto di fecondazione eterologa: non vi è violazione dell'articolo 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare) della Convenzione europea, e i singoli Stati hanno piena autonomia su questioni fondamentali relative alla vita privata e ai diritti umani. Il 28 agosto del 2012, la Corte europea ha bocciato il divieto di diagnosi preimpianto per le coppie fertili portatrici di malattie genetiche, dichiarando "incoerente" la legge 40. Nell'aprile 2013, nuovo rinvio alla Consulta sul divieto di fecondazione eterologa da parte dei giudici dei Tribunali di Firenze, Milano e Catania. Infine, nel 2014 la Consulta ha definito incostituzionale il divieto di fecondazione eterologa aprendo così una serie di questioni etiche e procedurali che devono ora essere risolte e regolate. (E.V.)

**La decisione della
Consulta del 19
aprile scorso è solo
l'ultimo tentativo di
svuotare la norma
Nel 2005 avevano
cominciato i giudici
di Cagliari**

Regioni, avanti in ordine sparso

I numeri

2.000

IL COSTO DI UN SINGOLO OVOCITA SUL MERCATO INTERNAZIONALE

4

LE REGIONI CHE FINORA HANNO APPROVATO LE LINEE GUIDA «CONDIVISE»

Linee guida «condivise» per Emilia Romagna, Liguria, Marche e Veneto. La Toscana fa da sé. E in Lombardia si litiga

L'Emilia Romagna ha reso operative le cosiddette "linee guida" regionali sulla fecondazione eterologa. La giunta regionale ha infatti adottato ieri il documento presentato la scorsa settimana dall'assessore alle politiche per la salute Carlo Lusenti che recepisce il documento di indirizzo approvato dalla conferenza delle Regioni a inizio settembre. Il testo definisce le modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali e i criteri di autorizzazione delle strutture sanitarie regionali. Il limite massimo di età per le donne riceventi è fissato a 43 anni per un numero massimo di tre cicli effettuabili nelle strutture. La compartecipazione alla spesa da parte del cittadino è prevista solo per esami diagnostici e valutazione dell'idoneità, ma, come già per la fecondazione omologa, anche per l'eterologa i costi sono a carico del servizio sanitario regionale. Si conferma la gratuità e la volontarietà della donazione e il range di

età per i donatori: tra i 18 e i 40 anni per gli uomini e tra i 20 e i 35 anni per le donne. In Emilia Romagna sono 21 i centri autorizzati (10 pubblici e 11 privati) per le tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma). L'Emilia Romagna segue il Veneto, le Marche e la Liguria nell'adozione di una normativa atta a garantire l'accesso alla fecondazione eterologa secondo criteri condivisi. La Liguria è stata la prima ad adottare il documento d'indirizzo votato all'unanimità dai Governatori: la delibera è stata adottata il giorno immediatamente successivo, ovvero il 5 settembre. Secondo la Giunta ligure potranno usufruire dell'eterologa tutti coloro che hanno una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità, devono essere coniugi o conviventi di sesso diverso, maggiorenni in età potenzialmente fertile e le donne non dovranno avere più di 43 anni. Anche in questo caso il problema è quello del reclutamento dei donatori cui viene garantito l'anonimato. Il provvedimento delle Marche regola i requisiti delle coppie che possono usufruire della donazione dei gameti, le indicazioni cliniche, la selezione dei donatori, i test e gli screening per il controllo delle donatrici di ovociti. Partiranno il 1 ottobre i 36 centri individuati dalla delibera del Veneto dove la prestazione avverrà

in day service, senza ricovero. Mentre in Lombardia il dibattito non accenna a placarsi, lunedì 15 toccherà al Piemonte, dove l'assessore alla sanità Antonio Saitta porterà all'esame della Giunta la delibera di recepimento dell'intesa. Sarà comunque compito del Comitato scientifico, presieduto dal nuovo direttore regionale della Sanità Fulvio Moirano e composto dai direttori sanitari e dai responsabili dei tre centri pubblici individuati, sciogliere i nodi ancora irrisolti e fornire le indicazioni operative necessarie. I tempi tecnici, si avvisa, non saranno brevi. Non risulta che la direttiva condivisa sia stata finora adottata dalla Toscana, che da apripista a fine luglio, quindi continua ad operare secondo la propria delibera approvata per prima. Nel testo si prevede la "compatibilità genetica" relativamente a "razza e gruppo sanguigno" tra donatori e riceventi e non è indicato un numero massimo di bambini concepiti. Stante la possibilità per i cittadini di poter effettuare questo tipo di intervento laddove si voglia, senza limiti territoriali, il nodo principale resta per tutti quello legato ai costi. Allo studio l'ipotesi di uniformare il prezzo della prestazione: se ne discuterà di nuovo il 26 settembre a Roma.

Emanuela Vinai