

Rassegna del 26/01/2010

STARBENE - Accendi l'eros mangiando - ...	2
STARBENE - Intimo benessere - Briganti Rossella	3
COSMOPOLITAN - Riattiva le tue difese - ...	5
AVVENIRE - Pillola dei cinque giorni dopo. Chiesto il via libera alla vendita - Contraccettivi&aborto. Inganni vecchi e nuovi - Negrotti Enrico	6
REPUBBLICA - Arriva in Italia la pillola dei cinque giorni dopo - Bocci Michele	8
CORRIERE DELLA SERA - Arriva la pillola dei cinque giorni dopo - ...	9
REPUBBLICA - Scelta epidurale. Parto spontaneo ma senza dolore. Un diritto negato - Del Bello Giuseppe	10
REPUBBLICA - Dal consultorio al travaglio se la mamma è protagonista - g.d.b.	14
GIORNO - CARLINO - NAZIONE - La pillola dei cinque giorni dopo arriverà anche in Italia - ...	15

A San Valentino (e non solo) dai un aiutino alla passione con i piatti consigliati dalla Società italiana dei ginecologi ospedalieri: cibi e spezie doc per aumentare il desiderio sessuale, sciogliere i freni inibitori e regalarvi un'infuocata notte d'amore

ACCENDI L'EROS MANGIANDO



Cortis

Calo del desiderio? «Tra le strategie più efficaci per imparare a controllare l'ansia e a recuperare soddisfazione nel rapporto vi sono il movimento fisico regolare e un'alimentazione equilibrata», affermano i medici dell'Associazione italiana di ginecologia e ostetricia, che hanno dedicato un opuscolo al tema *Cibo e sesso*. «Mangiare sano aiuta a sentirsi in forma, più belle, attraenti, ricche di energia», continuano gli esperti. «Il cibo può essere un grande alleato dell'amore. In particolare esistono alimenti da sempre ritenuti afrodisiaci, cioè in grado di migliorare le prestazioni sessuali». Come l'aglio, un tempo proibito ai monaci per le sue proprietà eccitanti, o la cipolla rossa di Tropea, che contiene ossido nitroso, usato nei farmaci contro l'impotenza. Se però non vuoi rovinarti l'alito, punta su queste alternative.

● **Banana** Simbolo fallico per eccellenza, secondo alcuni esperti deve il suo potere afrodisiaco a un alcaloide (la butoferina) contenuto nella buccia.

● **Cioccolato** Contiene caffeina e teobromina (stimolanti) e feniletilamina (antidepressiva). Contribuisce a rendere più disinibiti, allegri e eccitati.

● **Chiodi di garofano** Sono fra i più potenti afrodisiaci naturali. Ricchi di eugenolo e pinene, hanno un effetto eccitante. In più combattono la stanchezza fisica e mentale.

● **Caviale e ostriche** Sono ricchi di zinco, essenziale per la formazione dello sperma. Inoltre, essendo particolarmente pregiati, sono l'ideale per celebrare un'occasione speciale.

● **Peperoncino** Stimola la vasodilatazione aumentando l'afflusso di sangue agli organi genitali. Contribuisce inoltre a scaldare l'atmosfera.

● **Zafferano** Spezia pregiatissima, possiede proprietà stimolanti delle zone erogene.

● **Zenzero** Nei Paesi asiatici viene usato per curare il mal d'amore. Riattiva la circolazione.

Afrodisiaci sono poi anche l'avocado, il miele, gli asparagi, le mandorle, i molluschi. Trovi l'elenco completo (più 30 ricette) in www.sceglitu.it

TESTO: ROSSELLA BRIGANTI • CONSULENZA: PROFESSOR ANTONIO CHIANTERA, GINECOLOGO



Intimo benessere

L'insufficiente lubrificazione vaginale è un problema più diffuso di quanto non si creda, specie tra le "over 40". Ecco le novità per combattere secchezza e bruciori

Gli anglosassoni, che trovano una parola per tutto, parlano di "discomfort" vaginale. È quella sensazione di secchezza delle mucose genitali che causa un sottile fastidio, un disagio continuo. Come se la scarsa idratazione delle parti intime, normalmente lubrificate, fosse la spia di un "microcosmo" segreto non più in equilibrio. E in effetti lo è. La *secchezza vaginale* è una vera e propria malattia che s'instaura spesso gradualmente, nel corso degli anni, passando da una sensazione soggettiva di disagio a un quadro di sintomi ben più fastidiosi: bruciore, prurito, difficoltà e dolore durante i rapporti sessuali (la cosiddetta *dispareunia*).

E se è vero che molte donne, vittime dell'imbarazzo, faticano a parlare dei propri disturbi al ginecologo, è altrettanto vero che sul problema, oggi, si è fatta luce. Secondo i dati presentati nel corso

del cinquantunesimo congresso dell'Aogo, l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani, **soffrono di scarsa lubrificazione vaginale il 40 per cento delle donne tra i 40 e i 49 anni**. Ma anche le donne giovani possono incorrere in questo problema (leggi le risposte nella pagina che segue). Il perché è presto detto: nel periodo che annuncia la fine dell'età fertile, si assiste a una netta e progressiva riduzione della sintesi di estrogeni, gli ormoni che regalano giovinezza e

COLOSTRO, IL NUOVO LUBRIFICANTE

Chi ha allattato lo sa bene: nelle prime 24 ore dopo il parto la neomamma comincia a secernere dal seno il colostro, il precursore del latte materno ricchissimo di nutrienti. Ebbene: dal colostro di mucca è nata una nuova crema per il trattamento della secchezza vaginale. Sperimentata su sessanta donne da diversi ricercatori italiani, ha dato prova di ridurre, in pochi giorni (meno di un mese), tutti i sintomi della secchezza. Ben l'86,7 per cento delle partecipanti allo studio hanno infatti registrato un netto miglioramento della lubrificazione. Il suo segreto? Proteine, vitamine, anticorpi ed altre sostanze che fanno del colostro un vero "nutraceutico"



Antonio Chiantera, docente di patologie ginecologiche alla seconda

Università di Napoli e segretario Aogo. Domande? Chiamalo il 4 febbraio dalle 14 alle 16 al numero: 02.70300159.

DUE RISPOSTE PER CAPIRE MEGLIO

Ho sentito dire che alcune pillole anticoncezionali possono causare secchezza vaginale. Volendo prenderne una, quali dovrei scartare?

Maria, 31 anni

Le consiglio di farsi prescrivere una pillola che non contenga, come progestinico, derivati del *nortestosterone*. Neutralizzano, infatti, l'azione lubrificante degli estrogeni ad essi associati.



È vero che la secchezza vaginale può colpire anche le ragazze giovani?

Adele, 24 anni

Purtroppo sì. Il caso più tipico è quello della ragazzina che si mette a dieta ferrea, sul filo dell'anoressia. Fatto che si traduce nella mancanza del ciclo mestruale (*amenorrea*) e in un deficit cronico di *estrogeni*, la principale causa della secchezza.

benessere alle mucose vaginali. Sono loro, infatti, a tenere in equilibrio il microsistema vaginale, mantenendo un pH acido (da 4 a 4,5) e assicurando il buon funzionamento delle *Ghiandole di Bartolino* (sitate nelle grandi labbra) e di quelle di *Skene* (vicino al meato uretrale), che hanno il compito di secernere piccole quantità di liquidi con funzione umettante e lubrificante. Nel periodo che precede e segue la menopausa, la carenza di estrogeni fa sì che questi equilibri si rompano, provocando una *atrofia* delle mucose vaginali, che si assottigliano, divenendo fragili e poco elastiche. Fatto che spiana la strada a bruciori e infiammazioni.

Fortunatamente, oggi è possibile compensare le carenze ormonali con terapie studiate su misura dal ginecologo. Il ventaglio di scelte è ampio: si va dalla *terapia ormonale sostitutiva*, in compresse o cerotto, a cure prescritte localmente, a livello dell'habitat vaginale, per contrastare l'insolito clima di aridità. Agendo a livello sistemico, la prima è però controindicata alle donne che hanno una predisposizione familiare al cancro al seno o che sono a rischio di tromboflebiti e di tromboembolie. In questo caso, è preferibile farsi prescrivere dei farmaci per uso topico, che agiscono in modo mirato solo là dove serve, e vengono assorbiti in circolo in quantità irrisoria. Si tratta di creme, compresse, ovuli o capsule molli a base di *estrogeni*, che nutrono e rivitalizzano le mucose: si sciolgono in vagina e vanno utilizzati ogni mese, a cicli di 6-12 giorni. Raccomandabili anche le compresse endovaginali che abbinano 30 microgrammi di *estriolo* (l'ormone di sintesi simile a quello naturale) ai *lattobacilli acidofili*, in forma liofilizzata, che riacidificano il pH vaginale riportandolo in equilibrio.

Chi ama le cure naturali, o ha delle precise controindicazioni ad assumere ormoni chimici, può optare per preparati farmaceutici a base di fitoestrogeni, da usare sempre localmente. I più efficaci sono gli ovuli o le capsule che rilasciano "ormoni verdi" estratti da piante quali la *soia*, il *trifoglio rosso*, il *cipresso* e la *ci-*



micifuga racemosa. Usati regolarmente, combattono la secchezza vaginale. Infine, è bene sottolineare che **a nulla valgono le strategie antiseccchezza se poi, nell'igiene quotidiana, si fanno degli errori.** Come usare le comuni saponette alcaline o gel schiumogeni aggressivi, adatti per il corpo ma non per le zone intime. Il detergente ideale? Quello che apporta un calibrato mix di *acido lattico*, *vitamina E*, sostanze emollienti (*malva* o *camomilla*) e *probiotici*, che normalizzano la flora batterica vaginale. Come quelli estratti dai *semi di pompelmo*.

COSÌ PUOI "OLIARE" GLI INGRANAGGI EROTICI

● **Per chi soffre di secchezza vaginale fare l'amore diventa da piacere ma un problema:** la scarsa lubrificazione delle mucose rende infatti difficoltosa la penetrazione, mentre i movimenti tipici dell'amplesso possono provocare delle vere e proprie microabrasioni. Dolorose al punto tale da indurre inconsapevolmente la donna a contrarre i muscoli vaginali in un riflesso di difesa. Risultato? Il corpo si irrigidisce sempre di più e si fa strada la *dispareunia*, il rapporto doloroso.

● **Un aiutino veloce da acquistare in farmacia? I lubrificanti vaginali da usare prima di un rapporto sessuale.** A differenza dei farmaci, non curano la secchezza all'origine ma si limitano a lubrificare le pareti interne della vagina. I più gettonati sono i gel a base acquosa, contenenti olio di mandorle, vaselina, glicerina, vitamina E e acido caprilico, un ottimo "umidificatore". Attenzione però: se lui usa il preservativo, chiedi al farmacista se gli ingredienti non lo danneggiano.

COSMO  sotto/sotto

Riattiva le tue difese

Le risposte a 4 dubbi sulle infezioni intime. Per prevenire o guarire prima

Sono un disagio che può capitare a qualsiasi donna sessualmente attiva. «Le vaginiti possono essere favorite da una cura con antibiotici, da errori alimentari o da un abuso di lavande che ha modificato il pH vaginale, impoverendo le difese locali che proteggono dai germi nocivi», spiega il ginecologo Giancarlo Balzano, che risponde alle domande più frequenti.

Si trasmettono con i rapporti non protetti?

Tranne la candida, il fungo già presente sulle mucose che diviene aggressivo se le difese si abbassano, le altre infezioni si trasmettono per via sessuale (di rado con gli asciugamani o in piscina). Bruciori, pruriti e perdite si manifestano solo se i germi trovano le condizioni ideali. Consiglio Limita skinny jeans e collant: ostacolano la traspirazione e possono modificare il pH. Prevenzione: 1 lavaggio esterno con 3 gocce di Tea tree oil in acqua.

Se durante la cura ho le mestruazioni, posso usare i tamponi interni?

Meglio di no: il tampone può assorbire parte del farmaco. Al contrario, il flusso non elimina creme o ovuli. Consiglio Scegli assorbenti esterni in cotone naturale: sono più traspiranti e non peggiorano l'irritazione.

Posso avere rapporti sessuali?

Sì, ma con il condom. E senza lubrificanti o altri prodotti che interferiscano con i rimedi locali che applichi. Consiglio Se i bruciori peggiorano durante il rapporto, alleviali con l'omeopatico Apis mellifica e il macerato glicerico di Ribes nigrum: 50 gocce in mezzo litro d'acqua da bere 2 volte al giorno.

Si può fare sesso orale se uno dei due partner ha l'herpes labiale?

Se hai l'herpes, durante i baci intimi proteggi il tuo compagno con il profilattico. Se, invece, è lui ad averlo, ti conviene aspettare che sia completamente guarito prima di ricevere sesso orale.

Consiglio Ai primi sintomi, tampona l'herpes labiale con il cotone inumidito nella tintura madre di propoli. O applica un cerotto invisibile a base di idrocolloide.

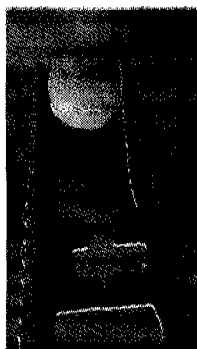
Il testosterone rende gentili

Sorpresa: non è vero che il testosterone renda le donne più aggressive e amanti del rischio. Al contrario, questo ormone tipicamente maschile, secreto in piccole quantità anche dall'organismo femminile per regolare l'attività dell'apparato genitale, la lubrificazione vaginale e il desiderio sessuale, favorirebbe gentilezza, fair play e complicità. Lo sostengono i ricercatori dell'Università di Zurigo, autori di uno studio sulle giovani donne pubblicato sulla rivista scientifica *Nature*. «Per mantenere alta la produzione di quest'ormone è importante coltivare una sana e regolare attività sessuale, inserire nell'allenamento sport anaerobici (come i pesi in palestra) e competitivi e seguire per brevi periodi una dieta leggermente sbilanciata a favore delle proteine animali, preferendo latticini magri, pesce e carne bianca», consiglia Ascanio Polimeni, medico esperto di psiconeuroendocrinoimmunologia.



DOMANDA ALL'AIFA

**Pillola
dei cinque
giorni dopo
Chiesto
il via libera
alla vendita**



NEGROTTI A PAGINA **15**

**Contraccettivi&aborto
Inganni vecchi e nuovi**

In arrivo la pillola dei cinque giorni dopo

Lazienda produttrice, la francese Hra Pharma, conferma di avere fatto all'Aifa la richiesta di prezzo per la commercializzazione del prodotto in Italia

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

Si chiama aborto e lo definiscono contraccezione d'emergenza. È in base a questa manipolazione linguistica che è possibile ormai far passare quasi inosservato l'ennesimo passo verso la privatizzazione assoluta dell'aborto, seppure precocissimo. Potrebbe infatti arrivare anche nel nostro Paese la cosiddetta «pillola dei cinque giorni dopo», vale a dire il farmaco che ha efficacia per evitare la gravidanza fino a 120 ore dal rapporto potenzialmente fecondo. La nuova pillola (che contiene la molecola ulipristal acetato, nome commerciale EllaOne) «appartiene allo stesso gruppo farmaceutico della Ru486, la pillola abortiva»

sottolinea Lucio Romano, ginecologo dell'Università di Napoli «Federico II» e copresidente dell'associazione «Scienza&Vita».

«È molto preoccupante dal punto di vista etico-antropologico e procedurale-culturale - sottolinea - far passare un metodo abortivo per contraccezione». La pillola in questione infatti «è un antiprogestinico sintetico di seconda generazione» e «svolge una spiccata azione selettiva e antagonista per i recettori del progesterone». La farmacodinamica dell'ulipristal acetato «è pressoché simile a quella del mifepristone (Ru486)». «L'azione del progesterone è fondamentale per lo sviluppo dell'embrione e in particolare prepara l'utero ad accoglierlo per l'annidamento» scrive Romano nell'ultima newsletter di «Scienza&Vita». La nuova pillola «si

lega ai recettori del progesterone e ne inibisce l'azione. Quindi impedisce, tra l'altro, l'annidamento dell'embrione svolgendo un'azione intercettiva-abortiva. È importante ricordare che i primi studi sono stati realizzati proprio confrontando l'azione con quella della Ru486». Della pillola a base di ulipristal acetato ha il brevetto l'azienda francese Hra Pharma (che produce anche la pillola del giorno dopo): un dirigente della filiale italiana, Alberto Aiuto, ha detto ieri che c'è «l'intenzione di commercializzare il farmaco anche in Italia» e che «la richiesta di prezzo è già stata fatta all'Aifa». Anche quando nel 2000 fu introdotta in commercio la pillola del giorno dopo si sostenne che si trattava di un «contraccettivo di emergenza» perché blocca l'ovulazione, ma - se questa è già avvenuta - l'azione del farmaco si esplica bloccando l'annidamento dell'embrione: non si tratta di aborto - fu detto - perché la gravidanza, secondo quanto sostenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità, comincia con l'impianto dell'embrione in utero. «Ma questa definizione - obietta Lucio Romano - è solo una convenzione, non corrispondente ai dati della fisiologia e perciò sbagliata dal punto di vista scientifico: è ben noto che tra l'embrione e la madre un fitto scambio di segnali biochimici inizia subito dopo il concepimento. E poi altrettanto evidente che, non sapendo quando è avvenuta l'ovulazione, la finalità dell'assunzione di queste pillole è di

ordine abortivo».

Dopo Francia, Gran Bretagna e Germania, l'ulipristal acetato potrebbe presto sbarcare anche negli Stati Uniti: è stato pubblicato sul Journal of Obstetrics and Gynecology uno studio su 1241 donne statunitensi che ne ha rivelato un'efficacia del 97,9% nell'impedire il prosieguo di una gravidanza.

**Romano (Scienza&Vita):
appartiene allo stesso
gruppo farmaceutico
del mifepristone, la Ru 486**



UN FARMACO ABORTIVO SPACCIATO PER ANTICONCEZIONALE

Cos'è

EllaOne è un farmaco realizzato dall'azienda francese Hra Pharma, che produce la "pillola del giorno dopo" (il Norlevo), già commercializzata nel nostro Paese



Come funziona

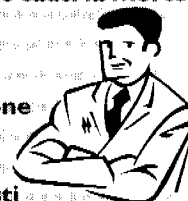
Come la "pillola del giorno dopo", impedisce l'annidamento dell'embrione nell'utero, se il concepimento è già avvenuto. Ma a differenza di quest'ultima, che limita la sua azione alle 72 ore successive al rapporto, EllaOne agisce fino a 120 ore. Per questo è stata ribattezzata "pillola dei cinque giorni"

Anticoncezionale o abortivo?

Il nuovo farmaco, basato sulla molecola Ulipristal (Cdb-2914), può avere un effetto abortivo sebbene venga definito "contraccettivo d'emergenza". È indiscutibile infatti che causi la morte dell'embrione rendendogli impossibile l'impianto in utero

L'effetto

Il principio attivo di EllaOne è stato studiato per agire come antagonista del recettore del progesterone, ormone indispensabile per la maturazione dell'endometrio uterino e l'impianto dell'embrione



L'obiezione

Essendo un farmaco potenzialmente abortivo, sia i medici sia i farmacisti possono esercitare il diritto all'obiezione di coscienza riconosciuto dalla legge 194

Arriva in Italia la pillola dei cinque giorni dopo

MICHELE BOCCI

ROMA—Arriva la pillola dei cinque giorni dopo. Una casa farmaceutica francese ha chiesto di vendere nel nostro Paese un farmaco anticoncezionale, dunque non un abortivo, che avrebbe un'efficacia più lunga di quelli oggi disponibili. La Hra Pharma ha avviato la procedura presso l'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, per inserire nel prontuario la sua pillola ElleOne. «Le procedure si stanno rivelando più lunghe del previsto, non abbiamo idea di quando termineranno ma siamo fiduciosi», dice il dirigente della fi-



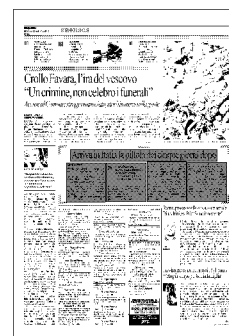
È un farmaco anticoncezionale, non abortivo, commercializzato da ditta francese

liale italiana di Hra Pharma Alberto Aiuto. Il timore, non esplicitato, è che i tempi dell'autorizzazione si allungino come è avvenuto per la Ru486, la cui approvazione è arrivata oltre 700 giorni dopo la domanda. Un record.

I due medicinali sono però molto differenti. La Ru486 è un farmaco abortivo, che dunque interrompe la gravidanza, che dunque interrompe la gravidanza. La pillola dei cinque giorni dopo resta un anticoncezionale: se la fecondazione dell'ovulo è già avvenuta non ha alcun effetto. In questo è uguale a quella del giorno dopo, per la quale si ritiene che medici e farmacisti non possano fare obiezione quando si tratta di prescrivere o consegnarla. ElleOne può avere efficacia fino a cinque giorni, contro i tre dei farmaci attualmente in commercio, ma non è detto che in quel periodo di tempo la gravidanza non inizi comunque, vanificando i suoi effetti. Il farmaco «ha ricevuto l'ok dall'autorità farmacologica europea (Ema) a marzo 2009 ed è già disponibile in Gran Bretagna, Francia Germania e Spagna», segnala sempre Aiuto.

Riguardo alla Ru486, ieri Massimo Srebot, ginecologo di Pontedera, ha spiegato che il farmaco approvato a dicembre dall'Aifa arriverà tra alcune settimane nel nostro Paese. La ditta produttrice, la francese Exelgyn, sta preparando i fogli illustrativi in italiano. Srebot era tra coloro che importavano la pillola abortiva dalla Francia caso per caso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Roma

Arriva la pillola dei cinque giorni dopo

La pillola per la contraccezione d'emergenza che funziona fino a cinque giorni dal rapporto a rischio (due in più rispetto a quella ora in uso in Italia), potrebbe arrivare anche nel nostro Paese. L'azienda che detiene il brevetto, la francese Hra Pharma, ha infatti già chiesto all'Agenzia italiana del farmaco il via libera per il farmaco ElleOne. La pillola «dei cinque giorni dopo», che ha ricevuto l'autorizzazione dall'autorità farmaceutica europea a marzo dello scorso anno, è già disponibile in Gran Bretagna, Francia e Germania e «di recente — spiega Alberto Aiuto della filiale italiana di Hra Pharma — è stata approvata in Spagna». L'ipotesi di commercializzazione potrebbe rianimare il dibattito, così come l'arrivo negli ospedali della pillola Ru486. Proprio ieri il cardinal Angelo Bagnasco ha chiesto di «circoscrivere più possibile la diffusione della RU486». Cauti, intanto, il parere della comunità scientifica. «Non vorrei che l'effetto annuncio superasse la reale efficacia del farmaco», ha detto il ginecologo Silvio Viale.



Scelta epidurale

Parto spontaneo ma senza dolore Un diritto negato

GIUSEPPE DEL BELLO

Il parto spontaneo per rispettare la fisiologia, l'anestesia epidurale per evitare il dolore. Poco praticato il primo, scarsamente diffusa la seconda, in Italia vige ancora il principio, quasi la condanna, secondo cui la nascita debba passare attraverso la sofferenza. Inevitabilmente. E per chi non ne vuole sapere c'è sempre il "cesareo". Che non si nega a nessuna donna.

Eppure l'epidurale è una tecnica consolidata che, eseguita da mani esperte, garantisce un parto indolore e, soprattutto, "partecipato" dalla futura mamma. Ma in Italia la procedura non decolla: è ancora affidata all'iniziativa individuale di regioni e ospedali. E così, anche se in molte strutture la si pratica, solo in poche è quasi routine. Come in Lombardia che, dal 2005, registra un aumento di parti con epidurale del 70 per cento grazie all'attribuzione di fondi ad hoc. O in Emilia Romagna che (senza finanziamenti specifici) nelle linee guida ha previsto per ogni provincia un punto nascita con analgesia epidurale.

Solo tre anni fa, Livia Turco aveva inserito l'epidurale nei Lea, i livelli minimi di assistenza. Ma l'iniziativa, come ricorda oggi l'ex ministro della Salute, è stata subito stroncata: «Il governo

Berlusconi revocò il provvedimento che noi avevamo approvato alla vigilia della campagna elettorale. Adesso andrebbe ripreso, ma pensano più ad accanirsi sulla Ru 486 che a tutelare la donna che partorisce».

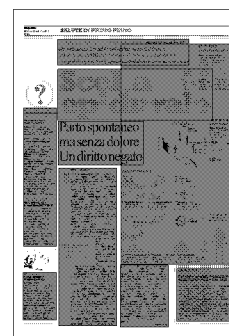
D'altro canto, il "cesareo" continua a raccogliere il consenso di quella parte di donne, cioè la maggioranza, determinata a rifiutare il dolore. Il frequente ricorso al parto cesareo, argomenta Walter Ricciardi, ordinario di Igiene alla Cattolica di Roma, sarebbe conseguenza della «disorganizzazione di quelle strutture non in grado di garantire l'epidurale 24 ore su 24». Al contrario, soltanto la buona volontà di alcuni ginecologi riesce a contrastare il trend al "cesareo" che, come si evince dai dati dell'Osservatorio epidemiologico regionale, soprattutto al Sud detiene la maglia nera. Con la Campania al 60,5 per cento e la Sicilia al 52,4. Isole felici ce ne sono. Per esempio all'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia dove i cesarei al 2008 hanno rappresentato il 16,8 per cento e a Villa dei Platani (Avellino) dove si è registrato il 28,2.

Ma è giusto affidarsi ai "miracoli"? Secondo Giorgio Capogna, primario di rianimazione nella clinica Città di Roma, struttura convenzionata col Ssn che insieme agli ospedali Fatebenefratelli Villa San Pietro e Isola Tiberina

permette a tutte le donne di partorire attraverso analgesia epidurale, «l'ostacolo è rappresentato dai fondi: mancano quelli necessari ad organizzare un servizio con maggior numero di anestesisti, di ostetriche e di personale formato. La scelta è un diritto, tant'è vero che nei rari presidi dove il parto spontaneo avviene sempre attraverso l'epidurale, il picco delle donne che lo richiede supera il 90 per cento».

La metodica, aggiunge lo specialista che il 25 febbraio presiederà nella sala capitolare del

L'ostacolo? Troppo pochi i fondi per un servizio che richiede ostetriche e anestesisti esperti

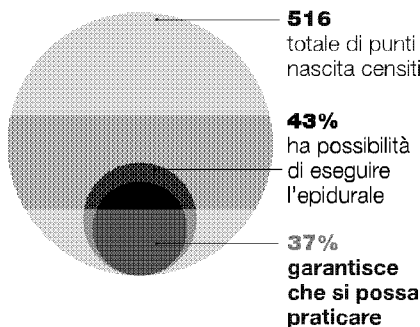


Senato il convegno "Il dolore al femminile. Partorire senza dolore", soddisfa due aspetti fondamentali: «La perdita della sensibilità dolorosa e, contemporaneamente, la conservazione della capacità di "spinta". Vuol dire permettere la partecipazione attiva della donna, sia nella fase del travaglio che in quella espulsiva. Tra l'altro, i farmaci analgesici utilizzati non hanno effetti secondari sulla mamma, sul neonato e sull'allattamento. Anzi, i bimbi possono essere "attaccati" al seno subito dopo il parto».

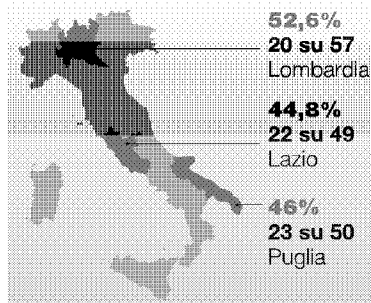
© RIPRODUZIONE RISERVATA

EPIDURALE IN ITALIA

Inchiesta eseguita su 516 punti nascita, dati dal 2006



PUNTI NASCITA CON SERVIZI DI ANALGESIA OSTETRICA



FONTE: MINISTERO DELLE PARI OPPORTUNITÀ, COMMISSIONE MATERNITÀ E PARTO

Mettere al mondo un figlio evitando sofferenze eppure prendendo parte attiva alla nascita. È possibile con l'anelgesia parziale del corpo, una tecnica consolidata ma ancora affidata alla buona volontà di ospedali e regioni. E così, soprattutto al Sud, si ricorre all'anestesia generale

LO STUDIO

CESAREO, NUMERI DA RECORD ECCO TUTTI I RISCHI DEL TAGLIO

Disco verde solo in alcune selezionate situazioni, ma non pratica di routine. E, soprattutto, non più unica "alternativa" sicura al parto vaginale. Taglio cesareo, punto e a capo. Bisogna voltare pagina, ammettono (e avvertono) gli stessi specialisti: oggi si ricorre troppo al bisturi. In Italia più che altrove. E nel Sud con indici da record, nonostante l'Oms raccomandi di non oltrepassare la soglia del 15 per cento. Un recente studio, pubblicato sul *British medical journal*, riporta le più frequenti complicanze e le conseguenze immediate del parto cesareo. La ricerca ha valutato i dati riguardanti più di 94 mila nascite avvenute in 120 strutture sanitarie dell'America latina. Il primo rivela che il taglio cesareo — vero e proprio intervento chirurgico — determina una più lunga

permanenza dei neonati in terapia intensiva. Altrettanto dilatata risulta la degenza della mamma che, non di rado, è costretta a un nuovo ricovero nel periodo successivo al parto. Poche donne lo sanno, ma la mortalità materna è più elevata: a causa di infezioni, per tromboembolia venosa e per complicazioni correlate all'anestesia. Un incremento dei tassi di mortalità e morbilità neonatale è stato messo poi in relazione al parto cesareo, metodica da prediligere solo in presenza di rischi effettivi per mamma e bambino. Tutt'altro che confermata, infine, la teoria di un cesareo necessario a salvaguardare il pavimento pelvico da eventuali problemi urinari.

(g. d. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Persape medipm

Il report

**IN SUD AMERICA
TROPPI CESAREI**

Il recente report dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sulla salute materna e perinatale, segnala un tasso ancora alto dei parti con taglio cesareo. Tra il 2007 e il 2008, in nove paesi asiatici dove si sono verificati oltre 100mila parti, il 27% è avvenuto con cesareo, rispetto al 33% che si registra in America Latina. L'indagine Sigo in Italia segnala una media del 38% dei parti cesarei contro il 20,2% in Francia e il 23% dell'Inghilterra

Gli indirizzi/1

**DA AOSTA A BARI
DOVE È ROUTINE**

Ecco un elenco, seppure incompleto, dei centri italiani dove partorire con l'anestesia epidurale è ormai routine.

- Aosta:** ospedale regionale.
- Torino:** ospedale Maggiore
- Chieri** — osp. Sant'Anna
- Asti:** osp. Cardinal Massaia
- Genova:** azienda ospedaliera universitaria San Martino
- Milano:** ospedale Buzzi
- Milano:** Clinica Mangiagalli
- Milano:** San Raffaele
- Bologna:** ospedale Sant'Orsola
- Massa:** presidio Asl 1 Toscana
- Roma:** Casa di cura convenzionata Città di Roma
- Roma:** Fatebenefratelli Isola Tiberina e Villa S. Pietro
- Roma:** San Giovanni
- Cagliari:** San Giovanni di Dio
- Napoli:** ospedale Cardarelli
- Napoli:** ospedale San Leonardo Castellammare di Stabia
- Napoli:** osp. Villa Betania
- Avellino:** Gruppo Malzoni
- Bari:** Azienda univ. Policlinico

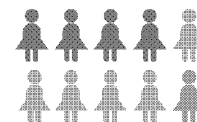
Gli indirizzi/2

**NASCERE IN CASA
IN MASSIMA SICUREZZA**

Nascere in casa e comunque, deospedalizzare il momento del parto: esistono due siti (www.nascereincasa.it e www.partoincasa.it) per le informazioni e diverse associazioni (Iunanuova a Milano, Centro Parto Attivo a Brescia, Scuola di Arte ostetrica a Firenze). A Roma, all'ospedale Grassi di Ostia, è stato avviato il progetto, quasi due anni fa, chiamato "Casa del Parto naturale". Nella Pineta l'ambulatorio ostetrica.

TIPO DI PARTO

In Italia, dati OECD 2007



4 donne su 10 partoriscono con cesareo

Circa 1 donna su 10 partorisce fa il parto naturale con epidurale

(SOCIETÀ ITALIANA DI DIAGNOSI PRENATALE, 2006)



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

IL PARTO SENZA DOLORE

Serenità prima del parto

L'epidurale rassicura la donna; permette di vivere il travaglio in modo sereno e di eseguire gli sforzi espulsivi



È efficace

Le contrazioni uterine vengono percepite ma senza dolore



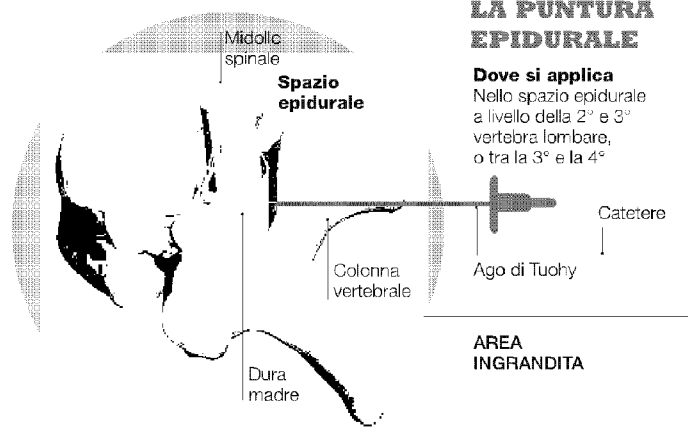
È sicura

Per la madre e il bambino: si usano bassi dosi di farmaco



È flessibile

Permette di regolare la dose a seconda della fase del travaglio



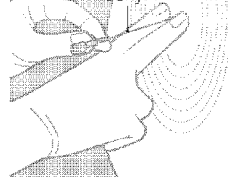
COME SI APPLICA

Detersione con agente sterilizzante



1 Anestetico locale
Si sterilizza la zona e si pratica un'iniezione sottocutanea di farmaco

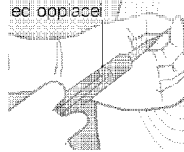
Ago di Tuohy



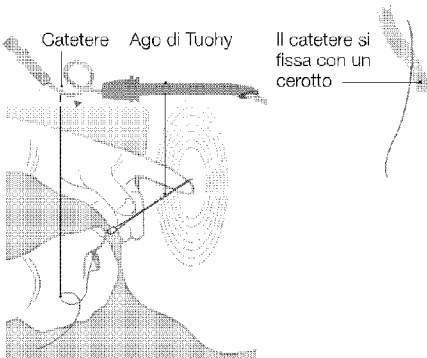
2 Inserimento dell'ago
L'ago di Tuohy si introduce fino a raggiungere lo spazio epidurale

Farmaco

Combinazione di anestetici locali ed oppiacei



3 Test della dose
Si applica una piccola dose di farmaco per testare che l'ago sia correttamente posizionato



4 Inserimento del catetere
Attraverso l'ago si fa passare un catetere di plastica che raggiunge lo spazio epidurale

5 La dose via catetere
Mediante il catetere si somministra l'anestetico a dosi ripetibili

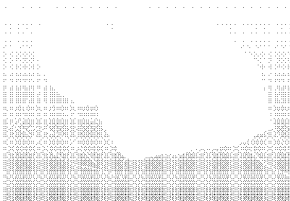


Fa effetto dopo **30 minuti**

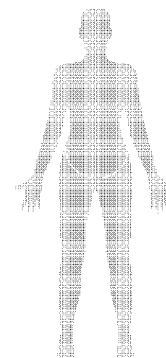


ZONA IN ANALGESIA

La dose per il parto naturale permette di camminare



6 Effetto analgesico
Dopo 30 minuti l'analgia fa effetto e si può procedere con il travaglio oppure con il taglio cesareo



Coinvolgere pienamente le donne in un corretto percorso-maternità
 Gli specialisti: «La legge nazionale troppo spesso è inapplicata»

Dal consultorio al travaglio se la mamma è protagonista

Oggi gli unici attori protagonisti della nascita di un bimbo sono il ginecologo e l'anestesista. Ma è sbagliato: non tocca solo a noi medici decidere il protocollo corretto: Rosetta Papa, direttore dell'area donne del dipartimento materno infantile della Asl Napoli 1 centro, sottolinea la necessità di un'inversione di rotta. «Bisogna rispettare la legge nazionale del "progetto obbiettivo materno-infantile" che prevede il percorso nascita», avverte, «a partire dalla consulenza preconcezionale e fino agli insostituibili corsi di accompagnamento all'evento-parto».

L'iter dovrebbe iniziare con la cosiddetta "presa in carico" della donna nel consultorio familiare, la struttura di riferimento per le gravidanze fisiologiche. «È la tappa fondamentale finalizzata alla prevenzione di malattie congenite, come la rosolia», continua la Papa, «poi, una volta accertata la gravidanza, si entra nella fase del "potenziamento delle com-

procedure proposte». Un modo per evitare esami diagnostici, spesso praticati senza necessità. «Per esempio, vengono prescritte molte, troppe ecografie», denuncia la Papa, «mentre, in realtà, in condizioni fisiologiche non dovrebbero essere più di tre, come riportato dal Nice (National Institute for Clinical Excellence)».

Il percorso-nascita corretto è virtualmente circolare: partito dal consultorio, dovrebbe

passare attraverso il luogo dove si partorisce per poi tornare al consultorio dove la mamma continuerà ad essere assistita nel delicato e spesso ignorato periodo *post partum*. «Tutto questo non accade», conclude la ginecologa, «soprattutto nel Sud, dove l'iter si interrompe subito. Basta pensare alla carenza di ostetriche e al fatto che non viene quasi mai applicata la legge (vigente in tutte le regioni) secondo cui la partoriente, se vuole, può farsi accompagnare in sala travaglio da una persona di famiglia. Anche in questo caso, emergono realtà diverse: in Lombardia usufruisce di

CONTRACCEZIONE

La pillola dei cinque giorni dopo arriverà anche in Italia



NOVITÀ in ambito contraccettivo: arriverà anche in Italia la nuova pillola del giorno che si potrà prendere dopo cinque giorni (pari a 120 ore) dopo il rapporto sessuale e non più dopo le canoniche 72 ore. Il farmaco, secondo le sperimentazioni, avrebbe un tasso di successo del 97,9 per cento, pari a quello della pillola tradizionale, risulterebbe efficace per tutto l'arco di tempo di somministrazione e avrebbe effetti collaterali lievi o moderati come mal di testa, nausea e dolori addominali. Dopo Gran Bretagna, Germania e Francia, anche l'Italia ha chiesto la commercializzazione della

nuova pillola del giorno dopo. Lo ha confermato Alberto Aiuto, un dirigente della filiale italiana della Hra Pharma, l'azienda francese detentrica del brevetto. «L'intenzione di commercializzare il farmaco anche in Italia c'è, la richiesta di prezzo è stata già fatta all'Aifa — spiega Aiuto — attualmente la pillola è già in uso in Gran Bretagna, Francia, Germania e recentemente è stata approvata anche in Spagna. Da noi le procedure si stanno rivelando più lunghe e non abbiamo idea di quando termineranno, ma siamo fiduciosi che venga approvata». 'EllaOne', questo il nome del farmaco, ha ricevuto l'approvazione dall'Emea (l'autorità farmaceutica europea) lo scorso marzo, mentre in Usa si è appena conclusa la sperimentazione che prelude alla messa in commercio.



Rassegna del 26/01/2010

TIRRENO - I bugiardini in francese bloccano l'uso della Ru486 - ...	1
LEGGO - Anticoncezionali, arriva la pillola dei "5 giorni dopo" - Falla Andrea	2

Aborto. Più richieste, ma la pillola non c'è I bugiardini in francese bloccano l'uso della Ru486

Situazione paradossale:
dopo il via libera la ditta
produttrice era in ferie

PONTEDERA. Sembra un paradosso: da quando il 9 dicembre l'Agenzia italiana del farmaco ha dato il via libera alla commercializzazione della Ru486, di fatto gli aborti farmacologici in Toscana sono bloccati, nonostante l'aumento delle richieste. La pillola abortiva tarda a essere disponibile negli ospedali per una banale ragione: l'azienda francese che la produce non ha ancora finito di stampare le scatole e i bugiardini in lingua italiana, essendo chiusa per le vacanze di fine anno quando è giunto il sì alla commercializzazione in Italia. «Siamo bloccati e possiamo solo praticare aborti chirurgici» - dice il dottor Massimo Srebot, uno dei principali sostenitori di questo farmaco.

A PAGINA 11

Pardon, l'aborto con la Ru486 non si fa

Tutto bloccato perché i bugiardini sono solo in francese

PONTEDERA. Sembra un paradosso: da quando, il 9 dicembre l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha dato il via libera alla commercializzazione della Ru486, di fatto gli aborti farmacologici in Toscana sono bloccati, nonostante l'aumento delle richieste. La pillola abortiva tarda a essere disponibile negli ospedali per una banale ragione 'linguistica'. «Il motivo - spiega Massimo Srebot,

direttore di ostetricia e ginecologia dell'Asl 5 di Pisa, tra i primi medici in Italia a utilizzare il farmaco per praticare aborti - è da ricercare nel fatto che l'azienda francese che la produce, la Exelgyn, non ha ancora finito di stampare le scatole e i bugiardini in lingua italiana, essendo chiusa per le vacanze di fine

anno quando è giunto il sì alla commercializzazione in Italia della pillola abortiva. E dunque dal mese di dicem-

bre in cui è arrivato l'okay dall'Aifa, siamo bloccati e possiamo solo praticare aborti chirurgici».

Impossibile anche ricorrere all'escamotage che la Toscana ha utilizzato quando da noi la Ru486 non si trovava, vale a dire richiedere il farmaco in Francia caso per caso: «A dicembre - spiega ancora Srebot - il ministero ha comunicato che non è possibile ordinare la Ru486 con la vecchia procedura, riservata ai medicinali non presenti nei prontuari ospedalieri, proprio perché la pillola abortiva era stata inserita negli stessi prontuari italiani».

Srebot, per la Asl 5 di Pisa, ne ha ordinate 100 scatole, ognuna delle quali contiene 3 pillole.

La pillola abortiva, che a differenza di quella del gior-

no dopo non agisce bloccando l'ovulazione e impedendo l'inizio di una gravidanza, ma permette di interrompere una già in atto per via farmacologica, dovrebbe essere pronta con scatola e bugiardino in italiano per la metà di febbraio. «Staremo a vede-

re - riprende Srebot - e speriamo che non sia l'ennesimo tentativo di prendere tempo, con l'obiettivo di bloccarne l'arrivo in Italia».

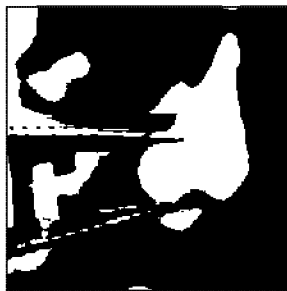
Ma le polemiche sul farmaco non si fermano. Anche ieri è intervenuto il cardinal Angelo Bagnasco, presidente della Cei, il quale ha chiesto a Parlamento, ministero della Salute e Regioni di «circoscrivere quanto è più possibile» la diffusione della pillola abortiva, nonostante il via libera dell'Aifa.

L'intoppo proprio ora che ha avuto il via libera Disagi negli ospedali

I produttori transalpini erano in ferie quando è arrivato il sì definitivo



Chiesto ok all'Aifa



Anticoncezionali arriva la pillola dei "5 giorni dopo"

di Andrea Falla

ElleOne, la pillola dei cinque giorni dopo, presto arriverà in Italia. Il nuovo farmaco anticoncezionale può essere utilizzato fino a 5 giorni dopo il rapporto, due in più della normale pillola. A confermarlo è Alberto Aiuto, dirigente della Hra Pharma, detentrica del brevetto: «Il nostro farmaco ha già ricevuto l'autorizzazione dall'autorità farmacologica europea, l'Emea, ed è già presente in Spagna, Francia e Germania. Abbiamo già chiesto all'Aifa il via libera per mettere in commercio ElleOne, ma mancano ancora alcuni dettagli». Intanto, un'altra pillola tarda ad arrivare negli ospedali. La Ru486, o pillola dell'aborto, non è ancora arrivata in Italia perché non sono state stampate le confezioni in italiano.



I BILANCI DELLA SANITÀ

Fazio: niente sconti alle regioni in deficit

Roberto Turno • pagina 5

Federalismo. Per i costi standard il ministero della Salute proporrà di usare le best practice

La governance. Fondi Ue e risorse ordinarie saranno concentrati su grandi progetti

Fazio: niente sconti sui deficit

Il ministro alle regioni in rosso: sui piani di rientro serve buon governo

«Per chi non mantiene gli impegni spazio a maxi addizionali e fallimento politico»

«Una legge introdurrà trasparenza e controllo nelle nomine di direttori generali e primari»

Roberto Turno
ROMA

Il Sud e tutte le regioni (Lazio in testa) con i conti sanitari in rosso possono farcela a uscire dal tunnel degli extradeficit di asl e ospedali e della cattiva gestione. Ma devono mantenere gli impegni col governo, riqualificare i sistemi, azzerare clientele e sprechi. Altrimenti non ci saranno sconti e saranno risparmiate maxi addizionali Irpef e Irap, altri commissariamenti, fino al fallimento politico della regione previsto dal federalismo fiscale. Parola di **Ferruccio Fazio**, da metà dicembre a capo del rinato ministero della Salute, che spiega le prossime mosse sul crinale scivoloso del sistema-salute. Ai medici (e ai cittadini) annuncia una "riforma liberal" della libera professione. Sull'invadenza della politica in sanità, è realista: decisivi sono «il buon governo» e le regole di trasparenza in arrivo per la scelta di manager e primari. E sui milioni di scorte che crescono di vaccini per l'influenza A si limita a dire: «I conti si fanno solo alla fine. Entro venerdì indicheremo l'utilizzo di parte dei vaccini finora ordinati».

Ministro Fazio, la sua prima sfida è risanare il Sud e le regioni con i piani di rientro. Una missione impossibile?

È una sfida. Ma le sfide si affrontano pensando di farcela.

Sembra un messaggio di ottimismo.

Il motivo del mio ottimismo è dovuto al fatto che le azioni necessarie per rendere virtuose le

regioni che non lo sono, sono state già fatte dagli anni '60-'70-'80 nelle regioni oggi virtuose con la riqualificazione dei piccoli ospedali, il passaggio dai sistemi clientelari all'efficienza, ai controlli. Di più: gli ultimi dati ci dicono che la spesa nel 2009 è cresciuta del 2,8%, contro il +5,5% del 2005. È merito dell'azione di questi anni con i piani di rientro.

L'erba cattiva, però, non muore mai...

La buona sanità costa meno di quella non buona e non è solo problema di conti, ma anche di inefficienza delle strutture. Per questo vanno creati centri di spesa controllati, verificati e certificati, e va riqualificata l'assistenza sul territorio.

Le pesa la tutela dell'Economia sul suo ministero?

Non c'è alcuna tutela. È stato realizzato un giusto assetto, un proficuo concerto preventivo. Se considera che la spesa sanitaria vale l'80% dei bilanci regionali, non può che essere così.

Ma ce la possono fare regioni con i conti da sempre in rosso, un sistema arretrato e un'economia che non gira?

Ce la possono fare. Molto dipende dal tessuto politico della regione. Alcune regioni, perché più piccole o perché più sane, hanno più chance. La difficoltà sta nella volontà e nella mentalità del cambiamento.

Non è poco. E serve tagliare i posti letto...

Sono riconversioni, non tagli o chiusure di strutture. I piccoli ospedali diventeranno centri per disabili e anziani, strutture di riabilitazione, hospice, ambulatori. I posti letto potranno essere addirittura di più, ma non di ricovero. E certamente saranno più utili e meno costosi.

Però nelle regioni inadempienti si rischiano più tasse...

Certo, e gli impegni vanno mantenuti: altrimenti ci sarà senz'altro prima l'aumento del-

le addizionali Irpef e Irap, poi il commissariamento, quindi, col federalismo, il fallimento politico della regione.

Lei condivide?

Absolutamente sì. Le tasse sono propedeutiche al fallimento politico.

Però sarebbe una doppia beffa per cittadini e imprese: non hanno servizi e pagherebbero di più.

Il cittadino deve sapere che se paga più tasse è colpa dei suoi governanti. Anche se è costretto a migrare al Nord in cerca di cure, fenomeno che vogliamo scongiurare.

A proposito di federalismo fiscale, c'è molta attesa per i costi standard. Che modello seguirete?

C'è un tavolo all'Economia. Noi abbiamo un'ipotesi: costruire i costi standard in base alle best practice.

Niente più modelli di base - Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana - calati dall'alto?

Penso a una serie di indicatori da modulare con un metodo più strutturato e sofisticato, non di prendere brutalmente come base due o quattro regioni di riferimento. Vedremo, naturalmente condividendo le scelte con le regioni.

C'è un tema sempre attualissimo: l'invadenza dei partiti e della politica in sanità.

La sanità è l'80% del budget di una regione, la sanità sono i cittadini, è come viene giudicata una regione. Come fa a stare fuori la politica dalla sanità? Io credo che alla fine il buon governo paga. Se la lobby porta spese e clientele senza buona sanità, come avviene in alcune regioni del Sud, il governante perderà la regione. Ma sia chiaro: siamo contro spartizioni e lottizzazioni. Per questo con una legge alla Camera introdurremo criteri di trasparenza e di controllo e verifica nelle nomine di direttori generali e primari.

In quel ddl è allo studio anche la riforma della libera professione dei medici pubblici.

L'intramoenia ha manifestato gravi criticità. Oggi la normativa ha un difetto principale: tende a dire ai medici non già cosa devono fare, ma cosa non devono fare. Nessuno può essere contrario all'ipotesi che se nell'orario di lavoro viene garantito un certo numero di prestazioni codificate, sia per il singolo sia per l'equipe, il medico poi, se vuole lavorare dentro e fuori il Ssn, lo possa fare. Ma monitorando cosa fa anche fuori dell'ospedale.

Quindi, il medico sceglierebbe cosa e come fare fuori dal Ssn salvando l'indennità di esclusiva anche in extramoenia?

Esattamente.

Un'ultima domanda: cosa ne pensa degli ospedali spa?

Non sono nella mia agenda.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, bufera su ticket e tagli Guzzanti: necessari ma non sufficienti

Rossi all'interno

«Deficit, i tagli non bastano Serve un piano ospedaliero»

Guzzanti: la nuova giunta dovrà riorganizzare il sistema

di FABIO ROSSI

I tagli erano necessari, «perché le regioni con la sanità in deficit avevano preso impegni chiari con il governo per il ripianamento dei debiti». Ma non sufficienti: il prossimo passo sarà «il piano ospedaliero, di cui si occuperà la prossima giunta», per raggiungere lo standard di 3,3 posti letto ogni mille abitanti. Elio Guzzanti, commissario *ad acta* della sanità laziale di nomina governativa, commenta così le misure contenute nella «Prosecuzione del piano di rientro 2007/2009 - Programmi operativi per l'anno 2010», pubblicate ieri sul *Messaggero*. «Le norme sono ancora sulla carta - precisa Guzzanti - perché dovranno essere verificate dal Governo, al tavolo tecnico che tornerà a riunirsi il 3 febbraio. Solo dopo l'approvazione del ministero i decreti diventeranno efficaci».

A chi gli chiede conto dei tagli dolorosi ipotizzati nel piano - dai ticket sui farmaci a quelli sul pronto soccorso, al blocco del *turnover* - il commissario risponde citando la relazione della Corte dei conti del 6 ottobre 2009, che parla proprio delle Regioni con debiti nel settore della sanità. «Secondo la Corte il commissario straordinario deve fare il suo dovere, imponendo regole dove non ci sono»: come nel caso del Lazio, è implicito nel discorso di Guzzanti. «Il piano di rientro era già stato predisposto dal precedente commissario - osserva - lo ho dovuto rivederlo, considerato anche che da allora sono arrivati il Patto sulla salute e la nuova Finanziaria».

Nel 2009, secondo un calcolo ancora provvisorio, il disavanzo della sanità regionale è stato di un miliardo e 350 milioni di euro: l'obiettivo è farlo scendere a un disavanzo di 993,9 milioni nel 2010 e di 777,5 nel 2011, fino ad arrivare a 536,3 milioni nel 2012. «Ades-

so andremo a confrontarci su quanto abbiamo fatto e sulle previsioni per il 2010 - spiega Guzzanti - le regioni, con il piano di rientro, hanno assunto impegni precisi, che devono essere rispettati per ottenere i fondi dallo Stato». Gli obiettivi, secondo il commissario succeduto all'ex governatore Piero Marrazzo nel compito di traghettare la sanità laziale verso spiagge più tranquille, devono essere ancora raggiunti. Per questo, sostiene, «dopo il piano di rientro c'è bisogno di quello ospedaliero, che sarà studiato dalla prossima giunta: è necessaria una riorganizzazione complessiva del sistema». C'è da giurarsi che questa, in primavera, sarà la prima spina da affrontare per il futuro presidente della Regione.

Tra le ipotesi allo studio per il piano di rientro 2010, in particolare, c'è l'introduzione di ticket per gli accessi diretti al pronto soccorso, non aventi caratteri di urgenza, «in analogia a ciò che avviene in altre Regioni»,

come sottolinea il sub commissario Mario Morlacco. Il blocco del *turnover*, inoltre, imporrà di non sostituire circa mille dipendenti che andranno in pensione nelle Asl, nel corso del 2010, con un risparmio stimato di 30 milioni. Per tutte le nuove assunzioni, che restano possibili, è invece richiesta l'autorizzazione preventiva della Regione.

L'ipotesi di un nuovo ticket è «inaccettabile»: si tratta di una «forma di vessazione nei confronti di cittadini in difficoltà». A tuonare contro le ipotesi contenute nel piano di rientro approntato dal commissario Elio Guzzanti è Esterino Montino, vice presidente e

attuale «reggente» della Regione. Tanti i punti criticati da Montino: in particolare il vice presidente rimprovera a Guzzanti

«di aver preso decisioni molto drastiche senza consultare nessuno». In particolare, sottolinea Montino, «le norme contro il *turnover* impediranno la stabilizzazione dei lavoratori precari, che avevamo avviato». La conferma del blocco del *turn-over* per il 2010 è definita «inaccettabile» anche da Luigi Canali, presidente della commissione sanità della Regione: «provocherebbe il tracollo del nostro sistema sanitario, aggravando la già cronica carenza di organico». Per Donato Robilotta, anch'egli del Pdl, Guzzanti «ha fatto bene a presentare il piano di rientro entro il 31 dicembre ma ora, durante la campagna elettorale, non prenda più provvedimenti che potrebbero ricadere sulla nuova amministrazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ESTERINO MONTINO vice presidente Regione

«Decisioni drastiche
senza consultare nessuno
Inaccettabile l'ipotesi
di un nuovo ticket»



TOSCANA

Biotech: 18 milioni in R&S

Per la ricerca industriale in Sanità è pronto un piatto da 18 milioni. Si è appena aperta la procedura negoziale con la quale la Regione Toscana è pronta ad assicurare contributi alle imprese e agli organismi di ricerca, tramite i fondi messi a disposizione dal programma operativo Por Fesr 2007-2013 (sulla linea d'intervento 1.1.c), che coinvolge la Direzione generale diritto alla Salute. Complessivamente sono messi a disposizione oltre 18 milioni di euro, provenienti da risorse regionali, nazionali e comunitarie.

«È un altro passo - ha spiegato l'assessore per il diritto alla Salute Enrico Rossi - per consolidare la competitività del sistema produttivo regionale, promuovendo la ricerca, il trasferimento tecnologico, i processi di innovazione e

rafforzando le relazioni tra i settori pubblico e privato». «Per i cittadini - ha aggiunto Rossi - ci saranno le ricadute positive di una Sanità che attinge al meglio della ricerca più avanzata».

Possono proporsi le imprese di piccola, media e grande dimensione con sede operativa in Toscana, che presentano un progetto di ricerca industriale o sviluppo sperimentale nell'ambito della **farmaceutica** e delle biotecnologie, in partenariato con un organismo di ricerca toscano. Quest'ultimo dovrà infatti sostenere almeno il 10% dei costi ammissibili del progetto.

Ciascun progetto di investimento, della durata di 2 anni eventual-

mente prorogabile di un ulteriore anno, deve avere un costo complessivo ammissibile compreso tra 3 milioni e 10 milioni di euro, mentre l'intensità di aiuto massima prevista da parte della Regione varia tra il 40% e l'80% dei costi, in base alla dimensione e alla natura delle imprese. Il contributo concesso non sarà comunque superiore a 3 milioni di euro per singolo progetto.

La procedura prevede che alcuni aspetti del contenuto dei progetti siano oggetto di approfondimento e confronto tra la Regione e i soggetti promotori dell'iniziativa, fino alla formulazione di una proposta definitiva.

Le manifestazioni di interesse possono essere presentate fino alle ore 12 del 4 marzo 2010 sul sito internet: <https://sviluppo.toscana.it/11C/> previo rilascio di

nome utente e password per l'accesso al sistema, e con successivo invio della stampa cartacea della domanda secondo le indicazioni riportate nell'avviso. La procedura informatica è totalmente rinnovata rispetto a quella utilizzata per il precedente bando sempre sulla linea 1.1.c che si è concluso a luglio. Infatti sono presenti un "tool" di aiuto on-line, una chat interattiva che fornisce aiuto agli utenti in tempo reale, form interamente compilabili sul sito, 2 indirizzi di posta elettronica dedicata, uno per i contenuti dell'avviso e uno di supporto informatico. Materiali e informazioni sono visibili sul link <http://www.regione.toscana.it/sst>

**Bando pro imprese
Scadenza il 4 marzo**

Iperensione

Utile per chi non risponde ai farmaci, ma molto costoso. Si chiama Bat, s'impiana nella carotide e agisce sulle terminazioni nervose. Tra le "narrate" contro italiani

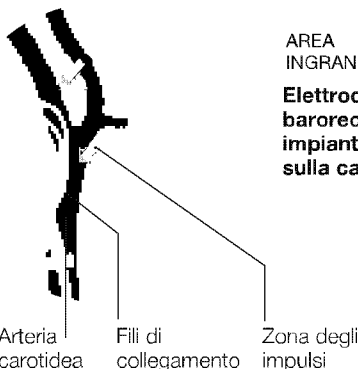
Arriva il pacemaker "abbassa" pressione

COME FUNZIONA

1 L'apparecchio impiantato nel paziente invia gli impulsi elettrici verso i fili di collegamento con la carotide



Generatore di impulsi sottocutaneo



AREA INGRANDITA

Elettrodi barorecettoriali impiantabili sulla carotide



Elettrodi sinistro e destro



2 I fili elettrici conducono l'impulso elettrico ai recettori di pressione della carotide (barocettori)

3 I barocettori inviano i segnali al cervello. I segnali sono interpretati come aumento della pressione del sangue

4 Il cervello invia segnali alle altre parti del corpo riducendo la pressione del sangue: vasi sanguigni, cuore, e reni

FONTE: CVRX PHISIORATIONAL THERAPIES

In libreria

Alimentazione

SVELATI I MISTERI DEGLI ADDITIVI

Conservanti, coloranti, addensanti... Sono usati dalle industrie alimentari ma pochi conoscono i loro effetti sulla salute. Le facili tabelle di questo libro ci insegnano finalmente come fare. (caterina viola)



GLI ADDITIVI ALIMENTARI
Marina Mariani
Stefania Testa
pagg. 178
10,80 euro
Macro Edizioni

Attualità

CHI CI RUBA LA SALUTE

Inchiesta su chi "ruba la nostra salute": dal Terzo mondo, serbatoio d'organi, all'Occidente delle multinazionali del farmaco che "rendono schiavi delle pillole uomini sani e lasciano senza cure i bisognosi". (c. v.)



LA SALUTE RUBATA
Daniela Francese
pagg. 175
13 euro
Edizioni Aracne

SILVIA BAGLIONI

Molto presto un pacemaker per la carotide potrà garantire migliori condizioni di salute e di vita anche ai pazienti ipertesi che non rispondono alle terapie farmacologiche. È quanto si augura un nutrito gruppo di cardiologi, responsabili degli undici Centri ipertensione che operano in Italia, riuniti presso l'Istituto auxologico di Milano in occasione della presentazione del "Rheos Baroreflex Activation Therapy" (Bat).

In Italia ci sono circa 22 milioni di ipertesi e purtroppo oltre due milioni di questi non rispondono alle cure farmacologiche, rimanendo così esposti a un significativo rischio cardiovascolare (infarto miocardico, scompenso cardiaco, ictus cerebrale, demenza aterosclerotica, insufficienza renale, vasculopatie ostruttive periferiche...).

«Scopo della Bat — afferma Gianfranco Parati, primario di cardiologia all'Auxologico e docente di medicina interna all'università di Milano Bicocca — è quello di stimolare elettricamente un punto preciso delle carotidi, all'altezza dei centri di terminazioni nervose coinvolti in uno dei meccanismi più importanti per la regolazione della

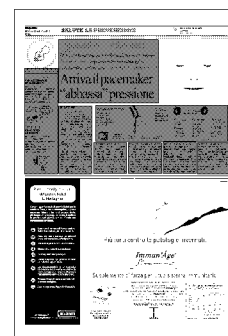
pressione. Una loro stimolazione riduce l'attività nervosa simpatica e determina una vasodilatazione, un rallentamento della frequenza cardiaca, e di conseguenza una riduzione della pressione arteriosa».

L'utilità di stimolare il baroriflesso negli ipertesi è nota da molto tempo. Negli anni Ottanta, proprio a Milano, i gruppi di ricerca (diretti da Zacchetti e Mancina) dimostrarono che il baroriflesso è meno attivo nell'iperteso. Purtroppo, però, i farmaci che hanno questo target presentano molti effetti collaterali.

«Oggi lo stimolatore impiantabile sviluppato negli Usa da CvrX — afferma Alberto Zacchetti, direttore scientifico dell'Istituto auxologico — apre una nuova strada. Il dispositivo è stato già approvato in Europa, su dati clinici Usa; ma riteniamo

necessario condurre ulteriori studi su almeno un centinaio di pazienti italiani (in Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna) che soffrono di ipertensione arteriosa refrattaria (non controllata) da almeno tre farmaci, di cui un diuretico». Prudenza giustificata, non ultimo, dai costi: la terapia Bat si avvicina ai 25 mila euro per paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'oncologo

Morto Ravasi, paladino della lotta contro i tumori

MILANO — È morto Gianni Ravasi, oncologo di fama internazionale, vicepresidente nazionale della Lega italiana per la lotta ai tumori (Lilt) e presidente della Sezione Provinciale di Milano dal 1980. Nel campo dei tumori, Ravasi ha ampliato l'attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione, alla luce dei progressi che l'oncologia ha fatto nel corso degli anni, aumentando le campagne di informazione sanitaria. Per quanto riguarda l'assistenza, ha concentrato la sua attenzione sulla qualità di vita del paziente, potenziandola sia sul piano materiale che su quello psicologico, rivolgendo l'attenzione soprattutto ai malati in fase terminale.



La Salute presenta le sue strategie fino al 2012: prevenzione su tre livelli per combattere i tumori

Decolla il nuovo piano oncologico

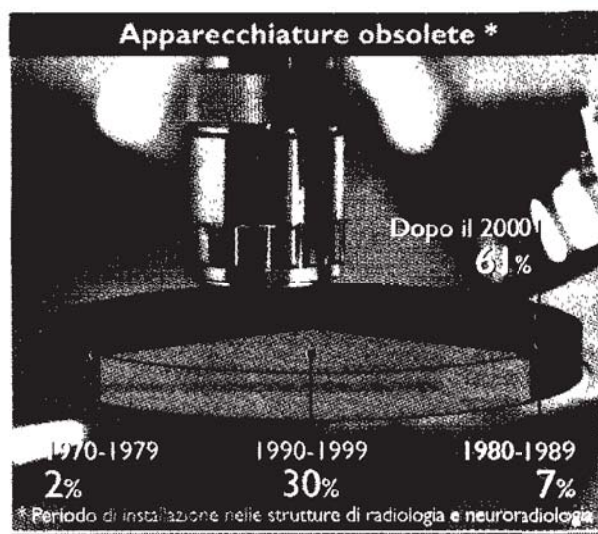
Cure in rete e riabilitazione per i cronici - Tecnologie vecchie e Sud in affanno

Prevenzione, innovazione e rete: sono queste le parole chiave del Piano nazionale per il 2010-2012, appena presentato dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Oltre cento pagine che ridisegnano la lotta al cancro con due obiettivi: frenare l'avanzata senza sosta delle neoplasie (ogni anno le nuove diagnosi sono oltre 250mila) e allo stesso tempo garantire ai malati le cure migliori.

Prioritario, secondo la commissione di 36 esperti che ha lavorato al documento, è ridurre la «migrazione evitabile» dal Sud al Nord. Potenziando l'offerta ospedaliera e assicurando reti omogenee su

tutto il territorio che garantiscano la presa in carico globale del malato. Tutti gli attori del Ssn sono chiamati a raccolta, dai medici di famiglia ai servizi riabilitativi, passando per i centri ospedalieri che vanno collegati secondo il modello "hub&spoke".

Ma il vero salto in avanti deve riguardare le attrezzature. Solo nelle strutture di radiologia e neuroradiologia il 40% delle apparecchiature è stato installato prima del 2000, a volte risalgono agli anni Settanta. Con uno squilibrio tra un Nord con più tecnologie e un Sud spesso troppo sguarnito.



A PAG. 2-3

Pronto il Piano oncologico nazionale 2010-2012 redatto da una commissione di 36 esperti nominati dal ministero - Ogni anno in Italia 254mila diagnosi

Tutti in «rete» per vincere la sfida contro i tumori

Lotta alla «migrazione evitabile» verso il Nord - Sprint ai network e ai dipartimenti - Riabilitazione cruciale per i cronici

Per migliorare la lotta ai tumori nel nostro Paese va ridotto il divario «tecnologico, organizzativo e assistenziale» tra le varie Regioni. Il Piano oncologico nazionale 2010-2012, presentato sabato scorso dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, dichiara guerra ai «viaggi della speranza» e riconosce esplicitamente la necessità di porre rimedio al gap che continua a spaccare l'Italia. Uno squilibrio che si riflette nell'epidemiologia: al Nord ci si ammala di più, ma la mortalità rallenta; al Sud i malati sono di meno ma i decessi aumentano.

Gli scenari disegnati dal Piano - che arriva a distanza di ben nove anni dall'ultimo, approvato nel 2001 dall'allora ministro Umberto Veronesi, e che adesso deve passare al vaglio delle Regioni - sono sostanzialmente quattro: la prevenzione, il percorso del malato oncologico nel Servizio sanitario nazionale, il rinnovo tecnologico delle attrezzature e l'innovazione. Quest'ultima, in realtà, è il filo conduttore del documento, che ripone nelle tecnologie la speranza di potenziare l'efficacia e l'efficienza delle cure. Rintracciando però nel modello organizzativo della «rete» la strada principe per garantire ai malati un'assistenza di qualità.

Tumori in crescita, prevenzione cruciale. L'esigenza di intervenire c'è, anche alla luce dei numeri: nel 2008 i nuovi casi

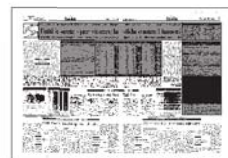
di tumore sono stati circa 254mila, e l'incidenza non accenna a fermarsi, soprattutto per le donne. La mortalità però si è progressivamente ridotta e continuerà a farlo: nel 2006 i decessi sono stati 168mila, nel 2010 si prevede siano circa 122mila. Merito della migliore sopravvivenza dei malati, grazie ai passi avanti delle terapie e della chirurgia: si stima che il 28% degli italiani abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro e si prevede che quest'anno il numero assoluto arrivi a 1,9 milioni, donne al 56%. I big killer sono sempre gli stessi ma le buone notizie non mancano. Il tumore alla mammella è in crescita fin dagli anni Ottanta (complice l'invecchiamento della popolazione),

però uccide sempre meno: circa 20 decessi ogni 100mila donne, contro i quasi 40 del 1990. Il cancro alla prostata è marcatamente in aumento anche grazie alla diffusione del test per il Psa, ma la sopravvivenza a cinque anni è arrivata all'83%. Più preoccupante l'aumento senza tregua dell'incidenza del tumore del colon retto e dell'incidenza e della mortalità del cancro al polmone, specialmente tra le donne.

Non a caso la prevenzione è l'arma ormai considerata prioritaria per frenare l'avanzata delle neoplasie. A tutti e tre i livelli (si veda la tabella a pag. 3), con azioni che vanno dal sistema sanitario al singolo individuo, dalla battaglia contro

gli stili di vita insalubri al rafforzamento dei programmi di screening. Fino alla «public health genomics», che si propone di esplorare la fattibilità di programmi di screening basati su test genetici.

Assistenza: largo alle reti. Il leit motiv del Piano, messo a punto da una commissione di 36 esperti coordinati da Armando Santoro, direttore del Dipartimento di oncologia dell'Istituto clinico Humanitas di Rozzano, è uno: la «presa in carico globale» del malato (*simultaneous care*), attraverso un approccio «multidisciplinare e multidimensionale». Che implica il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema, a partire dai medici di famiglia, in veste di



counsellor e "supervisor" dell'intero percorso di cura. È chiaro che l'ospedale resta lo snodo fondamentale, e quello che rivela le maggiori criticità: nel 2006 i ricoveri per tumore sono stati 761mila (il 9,38% del totale), con un'incidenza maggiore al Centro-Nord. Tolti i viaggi legati a motivi di vicinanza geografica o alla necessità di usufruire di centri di alta specialità, gli altri costituiscono la «migrazione evitabile». Dovuta - si legge nel Piano - a «un'offerta ospedaliera carente sia in termini numerici che di qualità reale o percepita» e all'«inadeguatezza della rete di assistenza primaria». Carenze che bisogna colmare.

Come? La via suggerita è quella già imboccata in Toscana, Piemonte e Lombardia: la rete oncologica secondo il modello "hub&spoke", con i dipartimenti intraospedalieri come centri di primo livello (spoke) e con le strutture di maggiore specializzazione (Ircs ma non solo) come nodi (hub). Il tutto supportato da sistemi centralizzati di prenotazione telefonica (Cup), il più possibile uniformati. Una "rete delle reti" governata dal ministero della Salute dovrà assicurare il coordinamento e l'interfacciabilità.

Il documento riconosce infine per la prima volta la centralità della riabilitazione e della psiconcologia, anche per il crescente numero di lungosopravvissuti, delle cure palliative (che vanno riconosciute come disciplina) e dell'integrazione con no profit e volontariato.

Innovazione a tutto gas. Negli ultimi anni l'oncologia ha cambiato vocabolario: parole come biobanche, medicina molecolare, biofarmaci e terapia cellulare stanno stravolgendo i canoni tradizionali. Il Piano le esamina e le traduce in proposte operative: censire le biobanche entro la fine del 2010, definire un sistema di governance della rete entro il 2012, sviluppare e codificare sotto forma di linee guida una classificazione bio-molecolare delle neoplasie, definire marcatori per l'uso appropriato dei nuovi farmaci, approntare manovre in fase pre e post-marketing per «garantire il miglior farmaco al miglior paziente» e assicurare la sostenibilità del sistema.

Formazione e comunicazione sono gli ultimi due aspetti che il Piano invita a non dimenticare. La carne al fuoco è moltissima. La speranza è che non sia troppa.

**Marzio Bartoloni
Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli obiettivi generali

- Definire standard di qualità telematiche di appropriatezza e di metodiche per la loro valutazione al fine di ridurre la mortalità per cancro a fronte di una riduzione degli sprechi
- Ridurre il divario in mortalità per cancro fra le varie Regioni mediante un più razionale impiego delle risorse disponibili nella lotta contro il cancro
- Ridurre la migrazione sanitaria fra le varie Regioni, favorendo una riduzione del divario tecnologico, organizzativo e assistenziale
- Incrementare la copertura da parte dei Registri tumori del territorio nazionale dal 32% attuale al ≥50%
- Facilitare la creazione di reti telematiche dei Registri tumori
- Sviluppare reti oncologiche con modelli tipo hub&spoke, dedicate in particolare allo sviluppo e all'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico

Gli interventi per la prevenzione

PREVENZIONE PRIMARIA

- combattere il fumo
- promuovere alimentazione salubre e attività fisica
- combattere l'uso dell'alcol
- combattere gli agenti infettivi oncogeni
- combattere l'esposizione a oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro

PREVENZIONE SECONDARIA (SCREENING)

- estendere i programmi di screening organizzati, per cervicite, mammario, colon-retto
- potenziare e migliorare la qualità dei programmi di screening erogati
- definire un programma nazionale, in accordo con le Regioni, per la sperimentazione di innovazioni
- definire criteri di accreditamento del disease management del cancro della prostata ecc.

PREVENZIONE TERZIARIA

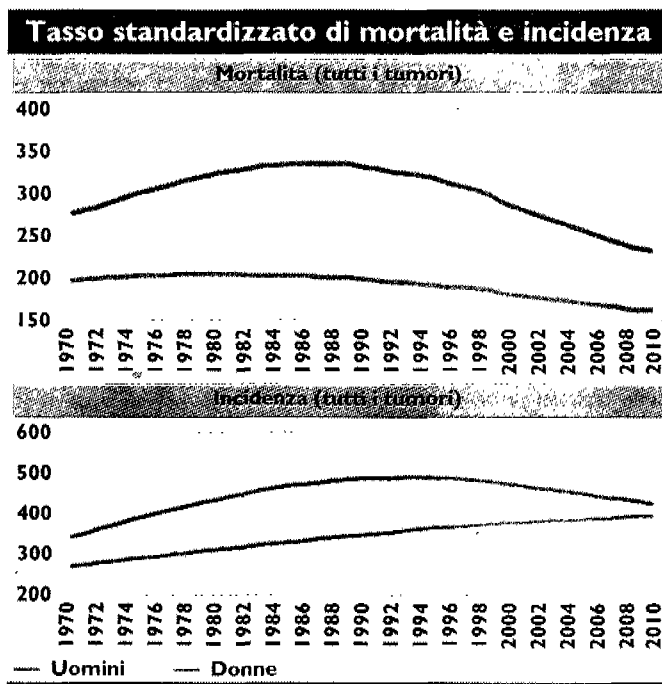
- promuovere l'organizzazione di percorsi sul territorio per la presa in carico dei malati per la prevenzione delle complicanze e delle recidive
- promuovere il miglioramento professionale continuo degli specialisti sui protocolli di follow-up e gestione integrata dei malati oncologici
- promuovere la fruibilità di supporto psico-oncologico
- promuovere la partecipazione delle associazioni di volontari, parenti e familiari nella definizione dei percorsi di supporto ai malati terminali ecc.

La rete oncologica

La rete oncologica sarà organizzata sulla base delle esigenze delle singole Regioni, in dipartimenti oncologici, organizzati territorialmente, in base a basi di utenti, e avrà il compito di:

- definire i percorsi assistenziali programmati per le principali patologie e situazioni cliniche
- assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale
- assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia
- favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica
- promuovere la creazione di infrastrutture finalizzate alla ricerca clinica (a esempio biobanche)
- coordinare le professionalità e le istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, terapia
- garantire equità all'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini
- definire percorsi di cura condivisi per specifiche patologie oncologiche (clinical pathways o Pdta)
- sviluppare modelli organizzativi volti a ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti
- sperimentare sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione di percorsi di cura, piuttosto che sulla singola prestazione
- definire una piattaforma condivisa di informazioni del paziente disponibili alle istituzioni/figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri di patologia ecc.
- valorizzare le risorse dal volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio

Regioni	Stima della mortalità, incidenza e			prevalenza per tutti i tumori - Anno 2008 (val. assoluti)					
	Decessi			Casi incidenti			Casi prevalenti		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	6.307	4.150	10.457	12.096	10.130	22.226	75.081	89.878	164.959
V. d'Aosta	173	113	286	329	286	615	2.171	2.502	4.673
Lombardia	12.556	9.231	21.787	23.349	22.253	45.602	153.913	200.672	354.585
Trentino A.A.	1.152	790	1.942	2.208	1.962	4.170	14.056	16.599	30.655
Veneto	5.602	4.101	9.703	10.527	10.113	20.640	74.407	87.281	161.688
Friuli V.G.	1.682	1.332	3.014	3.091	3.208	6.299	21.161	28.067	49.228
Liguria	2.460	1.651	4.111	4.620	3.915	8.535	29.040	35.815	64.855
Emilia R.	5.458	3.881	9.339	10.319	9.923	20.242	67.872	85.010	152.882
Toscana	4.952	3.273	8.225	9.464	8.036	17.500	58.950	71.458	130.408
Umbria	1.162	786	1.948	2.285	1.944	4.229	13.496	16.433	29.929
Marche	1.974	1.214	3.188	3.876	3.045	6.921	23.146	26.915	50.061
Lazio	6.526	4.609	11.135	12.902	11.683	24.585	78.323	103.844	182.167
Abruzzo	1.586	993	2.579	2.539	2.190	4.729	12.821	15.677	28.498
Molise	429	224	653	704	497	1.201	3.446	3.827	7.273
Campania	7.595	4.311	11.906	12.573	9.935	22.508	59.630	72.210	131.840
Puglia	4.770	2.911	7.681	7.701	6.548	14.249	38.186	48.789	86.975
Basilicata	802	449	1.251	1.326	1.029	2.355	6.058	7.268	13.326
Calabria	2.167	1.310	3.477	3.576	2.989	6.565	17.712	21.923	39.635
Sicilia	5.907	3.846	9.753	8.987	7.004	15.991	41.141	49.564	90.705
Sardegna	2.129	1.331	3.460	3.444	3.037	6.481	17.618	21.162	38.780
Italia	73.355	50.925	124.280	132.141	122.052	254.193	806.103	1.034.920	1.840.923



IL NODO DEL RINNOVO

TECNOLOGICO

Apparecchi vecchi e Sud al palo

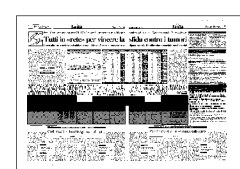
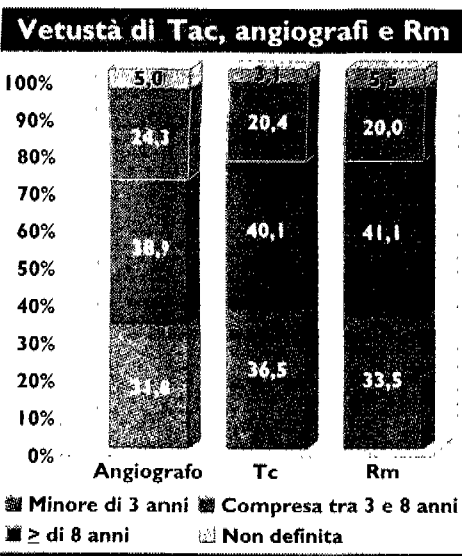
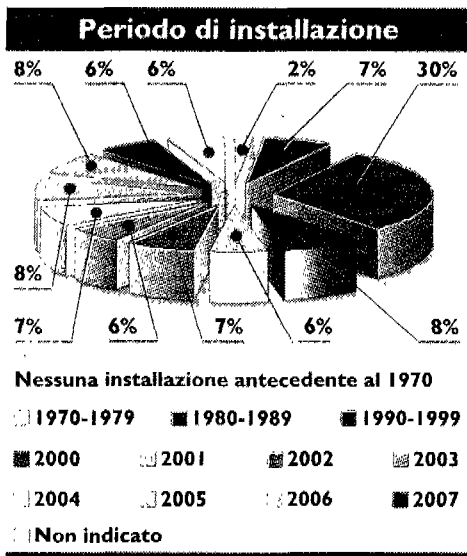
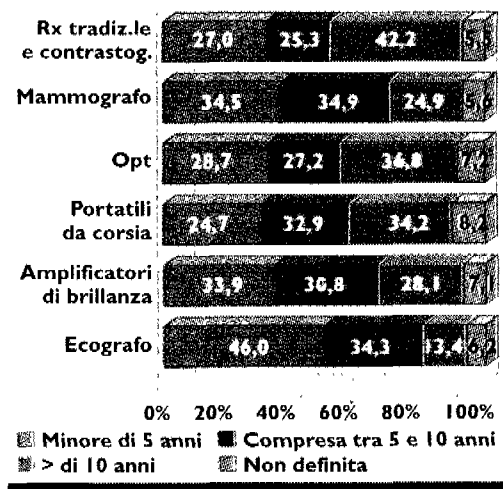
Un parco tecnologico ormai vicino ai limiti del pensionamento, spesso poco sicuro o quanto meno non efficace, che dalla radiologia diagnostica alla medicina nucleare fino alla radioterapia, ha bisogno al più presto di una rottamazione e di un ringiovanimento. Tanto che per il nuovo Piano oncologico nazionale servono al più presto interventi ad hoc perché «di fatto le attrezzature diagnostiche attualmente disponibili sul territorio nazionale - avverte il documento - non sono sufficienti a soddisfare tutti i fabbisogni della popolazione in quanto numericamente e/o tecnicamente inadeguate».

Secondo gli ultimissimi dati sulla diagnostica per immagini, il nostro Paese può contare su circa 12mila apparecchiature di cui l'8% sono Tac, il 4% sono risonanze magnetiche, il 4% angiografi mentre gli apparecchi di radiologia tradizionale (scheletro e torace) e i portatili da corsia rappresentano circa il 46% dell'installato, seguiti dagli ecografi dislocati in radiologia e neuroradiologia (15 per cento). A preoccupare sono soprattutto i dati sul-

l'invecchiamento delle tecnologie: quasi il 40% delle apparecchiature presenti nelle strutture di radiologia e neuroradiologia pubbliche è stato installato prima del 2000. Anche se il 21% è stato installato negli ultimi 3 anni («si ha la percezione - avverte il Pon - che il processo di svecchiamento sia in corso»). In particolare la vetustà è maggiore negli apparecchi di Rx tradizionale (circa il 52% è stato installato prima del 2000), mentre il 20-25% di Tac, Rm, angiografi è stato installato da oltre otto anni.

Per quanto riguarda la medicina nucleare il problema è poi soprattutto legato alla concentrazione di apparecchiature (gamma camere e Pet) soprattutto al Nord contro un Sud più sguarnito. Un divario che «determina una mobilità interregionale elevata». Discorso simile anche per la radioterapia dove c'è una «sperequazione» tra Nord e Sud Italia. «Ciò paradossalmente non è valido - avverte il Piano - per le apparecchiature (molto poche) innovative e molto attrattive che sono invece più presenti al Sud che al Centro Italia».

Vetustà di apparecchi a basso profilo



IL PUNTO DI VISTA DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Così i malati e i loro bisogni sono al centro

DI ELISABETTA IANNELLI *

Il ruolo decisivo dei volontari Avanza anche la **psico-oncologia**

Persona al centro della cura, gira tutto qui, e non è poco, il Piano oncologico nazionale che per Favo (Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia) rappresenta, con orgoglio, il frutto di anni di intenso lavoro.

Il prezioso contributo dei malati di cancro e delle associazioni che li rappresentano federate alla Favo, è stato voluto dai ministri della Sanità che si sono succeduti nel tempo e che hanno ritenuto importante consultare il volontariato oncologico per la stesura di questo documento. Infatti, nessuno meglio della rete dei volontari che assiste i malati e i loro familiari nella quotidiana battaglia contro la malattia - e non di rado contro la mala-burocrazia - conosce i bisogni e le difficoltà della gestione sanitaria, sociale, lavorativa e assistenziale di questo esercito di persone che combatte in prima persona o per il proprio caro contro la malattia e gli ostacoli che essa pone al "normale"

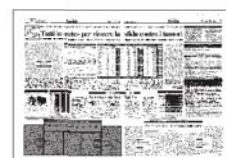
scorrere della vita. A tal proposito, sono state accolte e inserite nella stesura finale del Pon tutte le proposte e le integrazioni indicate da Favo. L'Italia è tra i primi Paesi in Europa a dotarsi di un piano oncologico e costituisce quindi un esempio per tutti, anche per aver incluso tra i redattori del documento gli stessi malati di cancro italiani. Queste linee generali di indirizzo si basano sul principio della centralità della persona intorno alla quale ruota l'intero sistema dei servizi di cura e assistenza forniti dai professionisti sanitari e dal volontariato oncologico in rete.

Favo ha evidenziato le tematiche che stanno molto a cuore alle associazioni dei malati: il malato ha bisogno di essere assistito e sostenuto nel suo percorso di cura in qualsiasi luogo risieda, deve poter trovare un team multiprofessionale integrato che condivida le esigenze di cura diverse da persona a persona, poiché non solo esistono centinaia di tumori di diverso tipo, ma anche le risposte alle cure antineoplastiche sono individuali e le differenze tra un malato e gli altri sono influenzate da molte altre variabili

come a esempio età, altre patologie compresenti o pregresse, esigenze di vita. Ciascun paziente è un caso a sé e solo un sistema centrato sulla persona può rispondere alle necessità di "cura" in senso ampio di quel determinato malato.

Le linee guida del Pon si sviluppano intorno ad alcuni punti cardine voluti con forza dalla Favo: l'importanza di una corretta ed esauriente informazione e di una adeguata comunicazione con i malati e le loro famiglie, per cui è stato previsto nel piano un sistema informativo nazionale; la centralità della psico-oncologia e quindi l'importanza del supporto psicologico come parte integrante della cura; la riabilitazione oncologica come parte integrante e imprescindibile della cura sotto i diversi aspetti fisici, psicologici ma anche sociali, introdotta come servizio per i malati di cancro in seguito alla pubblicazione del Libro bianco sulla riabilitazione oncologica a opera di Favo; l'attenzione per i problemi dei malati anziani; la continuità assistenziale sul territorio; l'ottimizzazione dei percorsi di cura e delle reti oncologiche e il riconoscimento del fondamentale ruolo del servizio dei volontari in **oncologia**.

* Segretario generale Favo
Federazione delle associazioni
di volontariato in **oncologia**



L'ANALISI DEL PRESIDENTE DEGLI ONCOLOGI MEDICI

Continuità di cure soltanto sulla carta

DI CARMELO IACONO *

Il frazionamento non giova a nessuno

Abbiamo ricevuto una copia incompleta della bozza di piano sanitario oncologico soltanto la scorsa settimana. Pur valutando positivamente la proposta di un piano sanitario oncologico per il suo ruolo di indirizzo e riscontrando nel suo contesto elementi positivi quali il riconoscimento del ruolo del volontariato e l'inserimento dell'assistenza psicologica e della riabilitazione, dobbiamo però constatare negativamente il frazionamento della **oncologia** per aree di interesse che, aggiunto al frazionamento del Servizio sanitario nazionale nei sistemi sanitari regionali, contrasta inevitabilmente con il principio dichiarato nello stesso documento di continuità e simultaneità di cura e di omogeneizzazione della prestazione oncologica in ambito nazionale.

Inoltre manca di parti essenziali dell'assistenza oncologica, come **l'oncologia** pediatrica, e presenta una scarsa attenzione alla ricerca clinica che è stata la base fondante dell'oncologia italiana ed è la strada per fare assistenza di alto livello. L'esame della bozza è all'ordine del giorno del consiglio direttivo Aiom del 26 gennaio e le valutazioni e i commenti che ne scaturiranno saranno ufficialmente proposti dall'Aiom al ministro della Salute. Il nostro impegno è infatti quello di collaborare con le istituzioni, con il ministro della Salute in primis che ha già avuto modo di dimostrare attenzione nei nostri confronti intervenendo al congresso Aiom del 2009.

L'Aiom da sempre ha voluto essere interlocutrice delle istituzioni sanitarie nazionali e regionali e ha curato non solo la ricerca clinica e l'aggiornamento scientifico ma anche la comunicazione al paziente, la psiconcologia, la riabilitazione e il reinserimento nella attività lavorativa. E ha particolarmente curato aspetti gestionali organizzativi con

Dimenticata l'area pediatrica

eventi e pubblicazioni che riguardano la clinical governance, i modelli gestionali in **oncologia**, i dipartimenti, i percorsi diagnostico-terapeutici. Per questo sta per essere pubblicata la quarta edizione del Libro bianco che comprenderà anche una Carta dei servizi a disposizione dei pazienti. Abbiamo proceduto alla verifica dell'esistente per capire dove serve intervenire per il raggiungimento di un'ottima oncologia, una delle migliori al mondo. Il tutto è stato ispirato da un solo filo conduttore: le necessità reali del paziente oncologico.

L'oncologo medico è un professionista portatore di una formazione e di un know how idonei a gestire la complessa problematica del paziente. Gli oncologi medici italiani sono tra i primi al mondo per quantità e qualità di ricerca. Hanno evidenziato le problematiche relative all'alto costo dei nuovi farmaci biologici e non hanno esitato a collaborare con l'Aifa per attivare e gestire il registro dei nuovi farmaci oncologici, con risultati tangibili.

L'assistenza oncologica italiana presenta ancora zone d'ombra in alcune aree del Paese e solo un'equa distribuzione delle risorse sul territorio consentirà di ottenere un'assistenza uniforme. Vi sono priorità su cui crediamo vada basata l'azione di potenziamento: l'uniforme distribuzione delle attrezzature, l'individuazione e l'attivazione di modelli gestionali ottimali, l'assistenza e la comunicazione medico-paziente specie nelle fasi di maggior fragilità del paziente, infine la problematica dei pazienti sopravvissuti alla malattia. Aiom è pronta a fare la propria parte di più e meglio che in passato, per una costante crescita **dell'oncologia** medica italiana a tutto vantaggio dei pazienti.

* Presidente Aiom



SENATO/ IGIENE E SANITÀ

Cure palliative, via libera con modifiche

«**E**sprimo piena soddisfazione per l'approvazione del Ddl per disciplinare l'accesso alle cure palliative e terapie del dolore». Così il relatore del Ddl, il senatore del Pdl **Stefano De Lillo**, accoglie il sì della commissione Igiene e Sanità del Senato. Che ha dato il via libera per l'aula di Palazzo Madama al testo licenziato con voto bipartisan a Montecitorio lo scorso settembre dove dovrà tornare visto che sono state approvate alcune modifiche: «Si tratta di un testo giunto già valido dalla Camera - ha spiegato il relatore De Lillo - e che, dopo il lavoro in commissione, agevola ulteriormente e regola ancora meglio quella rete di centri che

la legge stessa istituisce a livello nazionale. Si procede, altresì, alla semplificazione dell'accesso alle terapie da parte delle famiglie del malato. Il tutto, al fine di conferire maggiore dignità alla persona». Tra gli emendamenti approvati si segnala l'introduzione di due «reti» distinte: una per le cure palliative e una per la terapia del dolore. Nel pacchetto delle modifiche (circa una ventina) c'è anche un emendamento che fa sparire le sanzioni per le Regioni che useranno male - o per nulla - gli stanziamenti messi a disposizione (150 milioni in tutto). Nel testo votato dalla Camera era previsto l'arrivo di commissari ad acta per le Regioni "fannullone" sul

fronte delle cure palliative. Ma la norma è sparita.

Nel progetto di legge resta comunque più di una svolta per i tanti malati cronici e quelli terminali costretti spesso a difficili slalom per avere le cure necessarie per lenire sofferenze spesso inutili. Innanzitutto è prevista la sparizione, una volta per tutte, dell'odiato ricettario speciale per la prescrizione degli oppioidi: basterà la semplice ricetta dal medico di famiglia per farsi prescrivere i medicinali. Il livello del dolore sarà, poi, costantemente misurato nelle corsie degli ospedali: medici e infermieri dovranno, infatti, obbligatoriamente riportarlo nella cartella clinica.



Lutto nella Medicina, morto Ravasi Era il padre nobile dell'oncologia

Da vent'anni presiedeva la Lega italiana per la lotta contro i tumori

di ALBINA OLIVATI

— MILANO —

IL PROFESSOR Gianni Ravasi è morto domenica. I funerali saranno celebrati domani alle 14.45, nella chiesa di San Bartolomeo, in via della Moscova 6. Oncologo di fama internazionale ha dedicato gran parte della sua vita a divulgare la cultura della prevenzione. Era presidente della sezione provinciale della Lilt (Lega italiana per la lotta contro i tumori) e vicepresidente nazionale. Dal 1980 era alla guida della sezione milanese. Al di là delle sue capacità, è ricordato anche per due qualità: l'umanità e l'entusiasmo. Avrebbe compiuto 80 anni in otto-

bre, ma continuava a lavorare. Era consulente alla Humanitas e visitava nel suo studio. Instancabile, ha cercato di ampliare l'attività di informazione e sensibilizzazione, in considerazione dei progressi compiuti negli anni, dalla scienza oncologica. Lo ha fatto, seguendo la strada dei suoi predecessori e con la collaborazione del perso-

nale organizzativo della Lega contro i tumori e dei volontari.

«**ATTRAVERSO** il suo programma — dicono alla Lilt — ha potenziato tutte le attività della Lega, agendo in primis nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce, con l'ampliamento delle campagne di informazione sanitaria, e poi con impegno costante nel promuovere l'identificazione del ruolo e dell'immagine dell'associazione portandola a diventare un vero punto di riferimento per la popolazione di Milano e provincia».

IL PROFESSOR Ravasi si è oc-

cupato molto anche della qualità della vita del paziente. E alla Lilt spiegano che ha lavorato in quel senso: «Potenziando e qualificando l'assistenza sia sul piano delle condizioni materiali sia su quello psicologico, con una particolare attenzione in favore dei malati in fase terminale e dei malati itineranti (costretti a spostarsi per trovare le cure adatte, ndr.), puntando a una più radicale professionalità del volontariato».

RAVASI si è laureato nel 1955, mentre nel '64 si è specializzato in chirurgia generale all'Università di Pavia e in chirurgia toracica, nel '68, all'Università di Torino. Nel 1969 è diventato aiuto chirurgo all'Istituto dei Tumori e nel '75 ha ottenuto l'incarico di direttore della Divisione chirurgica toracica, sempre all'Istituto. Ha avuto diverse esperienze didattiche, è stato docente alla Statale, alla scuola di specializzazione in chirurgia generale, e all'Università di Pavia, alla scuola di specializzazione in chirurgia toracica. Nel 1997 è diventato responsabile dell'Unità operativa di chirurgia toracica all'Istituto Humanitas.

La battaglia

Attraverso il suo programma ha ampliato le campagne di prevenzione

Il ricordo

Umanità ed entusiasmo sono le due qualità che hanno contraddistinto il suo operato

GENEROSO
Un punto di riferimento per i pazienti e i loro parenti





**Tumori al colon:
la risposta è nei geni**

In arrivo una novità che potrebbe rivoluzionare la terapia contro i tumori del colon, la seconda neoplasia per incidenza. Secondo i promotori del progetto 'Kras-Aktive', i malati si dovrebbero sottoporre a un test genetico che appurerebbe preventivamente la capacità del malato di sopportare le future terapie.

