

La commissione Sanità dell'Ars ottiene la modifica del decreto dell'assessore Russo

Punti nascita, c'è una tregua sui tagli tra un anno il via alle prime chiusure

Soddisfazione di Lombardo Cracolici: "Risultato voluto dal Pd"

GIUSI SPICA

LA COMMISSIONE Sanità all'Ars modifica il decreto che "taglia" in Sicilia 23 punti nascita: prima si potenzieranno i reparti di Ostetricia e ginecologia che resteranno attivi, poi si chiuderanno quelli che non raggiungono i 500 parti all'anno. Il provvedimento, firmato dall'assessore Massimo Russo meno di un mese fa, aveva sollevato un vespaio di proteste tra cittadini e sindaci, dalle isole minori alle Madonie, e aperto uno strappo anche nella maggioranza. Per questo era stato "congelato" per un mese dal presidente della commissione Giuseppe Laccoto. Ieri è arrivata la decisione di prorogare l'avvio della nuova rete di altri tre mesi, da luglio a ottobre 2012.

Così il braccio di ferro tra sindaci e cittadini da una parte e Russo dall'altra si chiude in pareggio. Almeno per adesso. «Dopo un'ampia discussione - spiega Laccoto - il governo e la commissione hanno concordato la modifica, prevedendo un graduale percorso attuativo da realizzarsi entro un anno e valutando successivamente le eventuali deroghe necessarie per i punti nascita da disattivare». La linea "attendista" sembra soddisfare l'assessore Russo, che da subito ha puntato i piedi in difesa del decreto. «Era importante comprendere e far comprendere ai cittadini che il piano di riconversione dei punti nascita, frutto di un lavoro approfondito portato avanti dagli esperti del settore, è stato adottato sulla base di evi-

denze scientifiche e per garantire la massima sicurezza delle mamme e dei loro figli».

Anche il governatore Raffaele Lombardo gradisce il "compromesso" faticosamente raggiunto: «La tutela della salute delle mamme e dei bambini è sempre stata primaria per il governo. Dar vita ad una nuova finestra temporale per garantire, allo stesso tempo, la sicurezza sanitaria, le esigenze del territorio e l'equilibrio finanziario del sistema dimostra come l'intero piano sanitario sia gestito con coscienza ed attenzione».

Passa, dunque, la linea dell'adeguamento ai parametri ministeriali (che prevedono che restino attivi solo le strutture a quota mille parti all'anno), ma si apre uno spiraglio per quei punti nascita collocati in zone "disagiate" e falciati di netto nella prima stesura. Il decreto emendato prevedeva la chiusura di reparti come quelli di Lipari, Pantelleria e Petralia Sottana, ma manteneva in vita reparti con medie ben al di sotto dei 500 parti previsti dalla legge, come Santo Stefano di Quisquina (153), Bronte (371 parti), Corleone (229), Mussomeli e Nicosia. La proroga di tre mesi rimette tutto in discussione. Secondo il capogruppo del Pd a sala d'Ercole, Antonello Cracolici, tra i primi a scendere in trincea a difesa del reparto dell'ospedale di Petralia, «è un buon risultato voluto dal Pd: in questo modo non si creano disparità e c'è il tempo di organizzarsi e verificare con la dovuta attenzione la reale capacità attrattiva delle singole strutture ospedaliere». Soddisfatti anche i cuffariani Rudy Maira e Totò Cascio: «Ora abbiamo davanti un anno per operare anche attraverso le deroghe e garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini siciliani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Policlinico Gemelli**Tbc, carenze
igieniche
delle strutture**

Tbc al Policlinico Gemelli: mentre i consumatori del Codacons propongono il sequestro dell'intero ospedale — contro un batterio non si sa bene quanto a lungo «covato» — in Procura emergono ulteriori dettagli. È certo, a questo punto, che l'infermiera e la bambina di 5 mesi contagiata si ammalarono dello stesso ceppo virale di Tbc. E se non è ancora chiaro dove e come l'infermiera di Neonatologia (mai controllata negli ultimi 6 anni) abbia contratto il virus, per la neonata non ci sarebbe alcun dubbio: le fu trasmesso dalla dipendente dell'ospedale. Altre conferme di una condotta negligente da parte della direzione ospedaliera verrebbero dal versante della normativa di sicurezza. Anche le regole più banali circa l'igiene degli impianti e le norme logistiche che eviterebbero contaminazioni, sarebbero state violate. Questioni non secondarie per il procuratore aggiunto Leonardo Frisani e il pm Alberto Pioletti che, per i 122 bimbi positivi al batterio della Tbc, hanno già formulato l'ipotesi di epidemia colposa nei confronti di cinque dipendenti del Policlinico. La partita però è ancora aperta. Nella consulenza acquisita dai magistrati si rileva che fra positività al batterio e malattia c'è differenza. Ma, fanno notare dalla Procura «la profilassi sui neonati è ancora in corso». Dunque bisognerà attendere i risultati per capire se le cure sono state davvero risolutive oppure no.

Il. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SHE

Aborto, è allarme obiettori

**La 194 rischia
di essere
vanificata
per la scelta
di molti
giovani medici**

FRANCA
FOSSATI

Il cittadino cinese Chen Guangcheng era stato condannato a 4 anni e tre mesi di prigione per aver denunciato 130 mila aborti e sterilizzazioni forzate nello Shandong, nonostante che la legge nazionale li vieti. Scontata la pena ora è agli arresti domiciliari. Ma su Internet sono decine gli autoritratti fotografici che solidarizzano con lui. Tutti volti con gli occhi coperti da occhiali scuri. Chen infatti è cieco. La sua storia è su **lettera 43.it** raccontata da Cecilia Attanasio Grezzi.

In Italia la legge 194 rischia di essere vanificata: i medici obiettori sono oramai il 70,7 per cento. Tra i pochi non obiettori molti sono vicini alla pensione, mentre i nuovi assunti optano per l'obiezione. Anche per non essere costretti a turni massacranti e per non trovarsi penalizzati nella carriera. È Maria Novella De Luca a lanciare l'allarme su **Repubblica** (20 ottobre) e a far notare che, mentre cala-

no le interruzioni di gravidanza entro le 12 settimane, cresce, anche se di poco, il numero degli aborti terapeutici (sono

circa il 3 per cento). Quelli più difficili e

drammatici per le donne e per gli stessi ginecologi, perché si tratta di interventi effettuati oltre la ventesima settimana, in seguito a diagnosi di malformazioni del feto. Sono aborti "eugenetici" come sostiene Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione medici cattolici (*Repubblica*, 20 ottobre)? Una questione che meriterebbe un'approfondita inchiesta e una riflessione che tenga conto di quello che De Luca definisce il «business della medicina prenatale». Riaprire il dibattito toccherebbe alle donne, perché c'è un sapere che è solo loro. Sanno che la maternità è un processo che avviene nel loro corpo, è il divenire di una relazione e non un principio, neutro e falsamente universale. Ma riparlare seriamente di aborto è reso impossibile da chi non perde occasioni per farne una bandiera identitaria. Come Giuliano Ferrara che su **Il Foglio** (22 ottobre) se la prende con la chiesa cattolica che non ha voluto enfatizzare la sentenza della Corte di giustizia europea che vieta la commercializzazione della ricerca sugli embrioni umani. Secondo Ferrara quella sentenza «autorizza la comparazione morale e giuridica tra un embrione, da salvaguardare quando gli scopi siano di ricerca, e un feto o bambino non nato, ma già nutrito e accudito, da sacrificare quando l'orizzonte sia quello della libertà femminile e maschile di controllare la riproduzione». Fino a che gli aborti forzati in Cina, gli embrioni congelati nei laboratori e le interruzioni di gravidanza scelte liberamente dalle donne saranno racchiusi nell'unica definizione di «omicidi seriali» c'è niente da discutere e da confrontarsi.



L'abbronzatura artificiale è sotto accusa

Il sole in cabina fa venire il cancro

Per la prima volta una ricerca scientifica in grande stile conferma il rischio di tumore alla pelle per chi si sottopone all'abbronzatura artificiale. Al decimo congresso internazionale dell'Associazione americana contro il cancro è stato presentato uno studio, condotto dal servizio di dermatologia del Massachusetts General Hospital tra il 1989 e il 2009, su circa 73.500 infermiere che hanno frequentato le cabine abbronzanti fino ai 35 anni di età.

I risultati confermano che il rischio di cancro è più elevato man mano che aumenta l'esposizione ai raggi Uv. Il pericolo cresce del 15% ogni volta che ci si sottopone a quattro sedute all'anno per il carcinoma baso-cellulare e per quello spinocellulare, men-

tre sale dell'11% nel caso del melanoma. A rischiare di più sono gli adolescenti rispetto a chi si trova nella fascia dei 25-35 anni.

Claudine Blanchet-Bardon, medico, vicepresidente nazionale francese dei dermatologi, sconsiglia di farsi la tintarella in questo modo. E dà un consiglio agli irriducibili: al massimo dieci sedute all'anno.

Di tutt'altro avviso **Marc Boutet**, presidente del sindacato dei professionisti del settore: non sono i raggi Uv a essere dannosi ma un eccesso all'esposizione. Inoltre i medici mettono l'accento esclusivamente sui lati negativi dell'abbronzatura e non parlano mai dei benefici. Il comparto, in Francia, registra annualmente un giro d'affari di 240 milioni di euro.

— © Riproduzione riservata —



Vietato fumare fino a 18 anni

Si alza l'età prevista per le sigarette, oggi consentite ai sedicenni
Lo chiede una proposta di legge che punta su prevenzione e scuola

Il ddl presentato dal senatore Ignazio Marino abolirebbe il fumo anche negli spazi all'aperto e nei luoghi di riunione scolastici dove ci sono minorenni

ROMA - Stretta di vite nella lotta al fumo nelle scuole italiane. Il divieto, verrà infatti esteso anche negli spazi all'aperto, informazione e formazione, soprattutto nei luoghi maggiormente frequentati da giovanissimi, proprio per tutelarli dai danni provocati dalle sigarette. Giovanissimi che vedranno innalzato il divieto di fumo a 18 anni, dagli attuali 16. Ma non solo: aumenteranno anche i costi relativi ai pacchetti delle "bionde" che saranno dotate di un bugiardinio. Sono sostanzialmente questi i punti chiave del disegno di legge "Disposizioni per la tutela della salute e per la prevenzione dei danni derivanti dal consumo dei prodotti del tabacco", presentato il 29 aprile 2008 dal senatore Ignazio Marino, il quale sta lavorando per tramutarlo in legge. «Insisto molto sulla formazione e l'informazione, così come afferma l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) per diminuire il consumo di tabacco - ha affermato Marino - perché solo attraverso questi due elementi, si può spiegare ai nostri bambini quanto sia dannoso il fumo e quali siano le gravi malattie causate da esso; c'è anche un'altra importante prospettiva: la possibilità di inserire nei Lea (livelli essenziali di assistenza, tutte le terapie

che si sono dimostrate efficaci per la disassuefazione dal fumo di sigaretta - quali cerotti, gomme o compresse a base di nicotina - in modo tale da offrire a chi già è un grande fumatore, tutta l'assistenza sanitaria, necessaria per farlo smettere. Se si riuscisse a realizzare tutto ciò, il risparmio del Servizio Sanitario Nazionale aumenterebbe non poco».

Ma quali sono nel dettaglio i punti del Ddl?

Minori

Il divieto di fumo, oggi valido per i minori di sedici anni nei soli luoghi pubblici, viene aumentato a 18 anni, così come l'età anagrafica minima per l'acquisto e il consumo dei prodotti del tabacco; quindi occorrerà esibire un documento e anche i distributori automatici dovranno essere adeguati, con un sistema di rilevamento dell'età.

Scuole

Viene previsto il divieto tassativo di fumare nelle scuole, riducendo così il rischio di subire il fumo passivo.

Prevenzione

Viene istituito presso il ministero della Salute un Fondo per la prevenzione e la riduzione dei danni del tabagismo alimentato dalle sanzioni per le violazioni alla legge, dall'aumento delle aliquote di base dell'imposta di consumo di sigari e del tabacco da fumo, e dai contributi di soggetti pubblici e privati: tale fondo servirà a finanziare campagne d'informazione, corsi per i medici, agevolazioni per l'acquisto di farmaci sostitutivi della nicotina.

Bugiardinio

Per quanto riguarda i contenu-

ti di prodotti derivati dalla lavorazione del tabacco (catrame, nicotina, monossido di carbonio), il Ddl prevede che le modalità di misurazione stabilite per le sigarette si applichino anche agli altri prodotti. I produttori saranno quindi obbligati a riportare nome e possibili effetti delle sostanze sul foglietto illustrativo all'interno dei pacchetti.

5) Fisco. Il Ddl prevede l'armonizzazione del trattamento dei diversi prodotti del tabacco. Le aliquote di base dell'imposta di consumo dei sigari e sigaretti naturali, del tabacco da fumo trinciato fino per arrotolare le sigarette ed altro tabacco da fumo e del tabacco da fiuto divengono pari a quella delle sigarette.

6) Ricerca. Per favorire lo sviluppo di prodotti del tabacco sempre meno nocivi alla salute, il ministro della Salute stabilisce le caratteristiche dei prodotti «idonee a ridurre sensibilmente una o più patologie legate al tabagismo e le modalità con cui i produttori e importatori che possiedono tali caratteristiche possono offrire informazioni al pubblico su questi nuovi prodotti».

Questi produttori e gli importatori autorizzati dal ministero sono tenuti ad eseguire studi per verificare gli effetti dei prodotti sui consumatori, in vista di possibili agevolazioni fiscali.



SANTÀ LOMBARDA E DOMANDA NAZIONALE

I PAZIENTI
«FORESTIERI»

di GIUSEPPE REMUZZI

Da anni i direttori dei grandi ospedali — e vale anche di più per le strutture private — della Lombardia incoraggiano i loro medici a ricoverare ammalati di altre regioni. Convieni in teoria, le prestazioni dovrebbero essere pagate per intero, senza decurtazioni. E col sistema «porte aperte a chi viene da fuori» capita persino che un ammalato di Messina abbia più attenzioni di uno di Milano. Ma un sistema così è come le bugie: ha le gambe corte. Perché i soldi vengono sempre da Tremonti: quindi se la Lombardia si arricchisce a scapito di Lazio, Puglia e Campania significa che là ci saranno meno risorse (pertanto in prospettiva anche meno competenze); quindi presto o tardi dovrà intervenire il governo; quindi alla fine ci saranno meno soldi per tutti. Adesso si cambia.

Le Regioni pagano con grande ritardo — fino a 400 giorni, fa sapere il direttore generale Carlo Lucchina — e siamo arrivati a 760 milioni di euro all'anno di fatture contestate. Il che vuol dire altro tempo da aggiungere e altri costi da sostenere. E non basta.

Dal 28 luglio c'è il tariffario nazionale e così gli ospedali a parità di prestazione riceveranno meno soldi per chi viene da fuori che per un ammalato della Lombardia. Vuol dire che a Milano si dovrà venire solo per cose che a Roma, a Napoli o a Palermo non si possono fare, fa capire l'assessore regionale. Giusto, giustissimo avrebbe dovuto essere così fin dall'inizio.

Ma se un ammalato di Roma viene a farsi curare a Milano non dovrebbe essere un vanto per la nostra regione? Certo, ed è una dimostrazione di efficienza. Ma dobbiamo anche essere efficaci, sempre.

Salvatore è un imprenditore della Sicilia, una bella famiglia, tanti nipoti. Va in ospedale perché da qualche settimana il suo modo di scrivere è cambiato, anche la firma non gli viene più come prima. Gli trovano un tumore al cervello, inoperabile. Chiede un altro parere, nemmeno a Palermo lo vogliono operare. «Possibile che non ci sia qualcuno che può fare qualcosa, perché non proviamo a Milano?».

A Milano lo operano. Dopo quaranta giorni torna in Sicilia, non parla quasi più e sta molto peggio di quando è partito. Muore dopo pochi mesi. Chissà, forse non lo si sarebbe dovuto operare nemmeno a Milano. Quante ce ne sono di storie così tra quelle dei 15mila siciliani e di tutti gli altri che vengono da noi ogni anno a farsi curare?

I medici della Lombardia fanno molto bene che certe volte la protesi dell'anca conviene non farla (ed è così per certa chirurgia coronarica e per altri interventi). Dovremmo dirle queste cose, anche agli ammalati che vengono dal Sud. E anche a quelli che vengono da Roma convinti — con qualche buona ragione — che da loro non si riesce a fare niente e da noi invece funziona tutto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Negli Stati Uniti sono sempre di più le star che correggono la rotta e dicono no alla sala operatoria. E anche in Italia gli interventi di rinoplastica diminuiscono rispetto a tutti gli altri di chirurgia estetica

Nasi

I pentiti del bisturi meglio imperfetti che con il ritocco

“I pazienti ci chiedono di migliorare l'aspetto senza che gli altri lo capiscano”

MICHELE BOCCI

Controordine in sala operatoria: bastano i rifatti. Finisce l'era delle facce tutte uguali a seconda del periodo in cui i loro proprietari le hanno portate dal chirurgo plastico. Punte alla francese, gobbe alla greca, setti corti alla hollywoodiana sono un ricordo. In clinica ci si entra meno e soprattutto si esce senza darlo a vedere. Oggi nel nostro paese, concordano i medici, va il naso “naturale”, cioè molto simile all'originale. Le persone chiedono correzioni non eclatanti, che magari attutiscono i difetti ma non li cancellano. Così quando si guardano allo specchio non si trovano troppo cambiate. I motivi? Stiamo seguendo l'onda che arriva dagli Stati Uniti, dove gli interventi diminuiscono perché molte star sfoggiano in mezzo al viso nasi piuttosto importanti. Tra il 2001 e il 2010 si è passati da 177 mila a 133 mila rinoplastiche all'anno. Cambiano i canoni di bellezza, i vip “rifatti” non sono più un obiettivo da raggiungere. Sembra un primo passo vittorioso della campagna lanciata quest'e-

state da Kate Winslet contro i ritocchi estetici che impediscono di invecchiare.

Anche da noi si inizia a vedere una flessione tra le donne degli interventi di rinoplastica, che costano tra 4 e 10 mila euro. Non è facile avere un dato preciso, perché non esiste un registro per questo tipo di operazioni, che sarebbero circa 55 mila all'anno, ma la tendenza è a un calo rispetto ad altri lavori dei chirurghi estetici, 2.500 professionisti, come le protesi alla mammella, che sembrano non conoscere crisi. I nasi rifatti nel 2009 erano il 17% del totale, l'anno scorso sarebbero scesi al 15%. I pazienti hanno cioè preferito altri interventi.

Al di là dei dati c'è anche la tendenza a quella che alcuni medici non esitano a chiamare “chirurgia segreta”. «Ci chiedono di migliorare l'aspetto ma senza che gli altri capiscano perché», spiega dalla Società italiana di chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica Francesco D'Andrea, ordinario alla Seconda Università di Napoli. «Del resto il naso è tridimensionale — prosegue — avanza rispetto agli altri elementi del viso e non è possibile creare artifici che lo riguardano senza essere scoperti». Il mercato negli ultimi anni è cambiato e i professionisti lo stanno seguendo. «Un tempo c'erano colleghi bravissimi nella rinoplastica — prosegue

D'Andrea — ma che facevano sempre la stessa punta, lo stesso naso a tutti. Oggi chi viene nei nostri studi vuole di più: non perdere le proprie caratteristiche, mantenere la naturalezza». Non dipende tutto dalla domanda, anche i medici rivendicano la loro parte. «Abbiamo contribuito ad allontanarle da una chirurgia artefatta — dice il medico — Purtroppo continuano a bussare ai nostri studi molti ragazzini, ma se sei un professionista serio non li operi, li mandi via».

Negli Usa il calo della rinoplastica è una tendenza ormai accertata. Rispetto ad un settore che non sente la crisi anche in Italia gli interventi al naso stanno frenando. La Cliniqué è una società che mette a disposizione chirurghi plastici a prezzi concorrenziali in una trentina di strutture private in Italia. Propone tariffe già rateizzate e ha un sistema di sconti per i “last minute”. Il punto di osservazione è piuttosto privilegiato perché i casi trattati ogni anno sono tanti. Le rinoplastiche arrivano a 7-800. «La richiesta di questo intervento da parte delle donne è in calo — dice Omar Fogliadini, ad de la Cliniqué Italia — Tra gli uomini questa tendenza si apprezza meno». Anche chi si rivolge a questa azienda ha le idee chiare, vuole un naso “naturale”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La chirurgia estetica

55 mila
Le rinoplastiche fatte in un anno in Italia

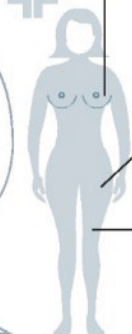
-2%
Dal 17% del totale degli interventi estetici nel 2009, la rinoplastica è passata al 15% l'anno scorso

4-10 mila euro
Il costo di un intervento al naso



2.500
I chirurghi estetici in Italia

40%
I pazienti uomini



50 mila
Le protesi al seno fatte ogni anno

58 mila
Gli interventi di liposuzione

360 mila
Il totale degli interventi estetici

+10%
L'aumento degli interventi estetici tra il 2009 e il 2010

fonte: cifre stimate società italiana di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica

in Usa

numero di procedure



fonte per il grafico di prima: American Society for Aesthetic Plastic Surgery

L'intervista

Il professor Marco Klinger illustra gli stereotipi degli ultimi decenni

“Quelle facce tutte uguali oggi nessuno le vuole più”

Il professor Marco Klinger in 25 anni di lavoro ha visto nasi di tutti i tipi e ne ha operati migliaia. Direttore della cattedra di chirurgia plastica all'Humanitas di Milano è uno dei professionisti più richiesti del nostro paese.

Quali rinoplastiche venivano fatte un tempo?

«Intanto c'erano i nasi anni Sessanta. I perscavati e con le punte pinzate, come se la paziente fosse stata da poco morsa da un cane. Tutto sommato non stavano male quando venivano messi su una bella ragazza. Il problema arrivava quando quelle signore invecchiavano. L'effetto diventava tragico».

Le è capitato di rioperare donne non soddisfatte di quegli interventi?

«Qualche volta sì, ma visto che il naso era stato molto tagliato non era facile».

E gli anni Ottanta?

«C'erano degli stereotipi. A tutte veniva fatto un dorso nasale concavo, una punta piccolina e un po' all'insù. In più doveva essere corto. Non erano brutti ma tutti uguali, le persone avevano scritto sulla fronte che si erano rifatte il naso».

E com'era a quei tempi il rapporto con i pazienti?

«Sicuramente più sportivo, ora chi arriva da noi è diventato molto esigente. Una volta si fidavano di più del chirurgo plastico, oggi sono tutti preparati, magari male. Resta comunque un dato: la rinoplastica è l'intervento estetico con il più basso indice di contenzioso. I pazienti difficilmente si lamentano dei risultati».

E i nasi rifatti oggi?

«Naturali. Lo dico sempre alle mie pazienti. Azzecchiamo il risultato quando dopo la mia operazione si sentono dire: "Come stai bene, ti sei tagliata i capelli? Hai fatto un bel viaggio?". La chirurgia non si deve vedere».

(m.l.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nella flora batterica i segreti dei farmaci

Che effetto farebbe sentirvi dire che il 90% delle cellule nel nostro corpo non sono nostre? Eppure è così. Il tubo digerente, infatti, è popolato da una vastissima (sia per quantità che per composizione) flora batterica intestinale, composta da un numero di microrganismi pari a circa 10 volte il numero di cellule del corpo. Questa flora è coinvolta nei processi legati alla digestione, come ci accorgiamo dopo una cura di antibiotici: i nostri ospiti, infatti, ci aiutano a digerire i polisaccaridi e a sintetizzare vitamine. Con la loro presenza, inoltre, stimolano il sistema immunitario e agiscono come barriera protettiva contro i patogeni.

Ma, al di là di questi aspetti, il ruolo della flora intestinale è ancora in gran parte inesplorato. Descriverlo significa spalancare prospettive del tutto nuove: un team dell'EMBL, specializzato in biologia computazionale e strutturale e diretto da Peer Bork, tenta di mappare e classificare il genoma dei batteri, con l'obiettivo di analizzarne caratteristiche ed effetti. Il processo è lungo, ma i primi risultati sono confortanti. Se si sapeva che la mappa genica del microbioma di persone con specifiche malattie (come il morbo di Crohn) è diversa da quella di chi è sano, ora si punta ad andare oltre: un obiettivo è correlare alla composizione della flora intestinale il metabolismo dell'assunzione dei farmaci. Così si potrebbero fare decisivi passi avanti verso la «medicina personalizzata».

Ma un altro tema è quello della dieta, studiando i rapporti tra i microrganismi che ci colonizzano e il «processamento» dei cibi. (U. F.)



I supermicroscopi indagano le cellule

La microscopia è una delle tecniche fondamentali della ricerca, soprattutto per biologia e biochimica. Si va dal millimetro alle centinaia di nanometri per la versione ottica e dal decimo di millimetro all'Angstrom (un decimo di nanometro e, quindi, quasi la scala atomica) per gli strumenti elettronici in trasmissione.

La microscopia ottica si usa spesso in accoppiamento alle tecniche di fluorescenza. Specifiche molecole vengono legate alle «aree» da studiare: irradiate con radiazioni elettromagnetiche, emettono un segnale luminoso, permettendo così di analizzare il comportamento delle cellule vive. La microscopia elettronica, dal canto suo, prevede l'applicazione di tecniche tomografiche, che attraverso sofisticati sistemi di calcolo permettono una visione tridimensionale delle cellule stesse.

Combinare le due tecniche microscopiche, com'è facile immaginare, permetterebbe una sorta di quadratura del cerchio: è ciò che stanno tentando di fare gli scienziati dei due laboratori di microscopia ottica e di microscopia elettronica dell'EMBL, sviluppando tecniche di «microscopia correlativa». L'idea di partenza è marcare alcuni punti specifici della cellula con molecole fluorescenti e poi «immobilizzarla» nel momento in cui si verifica l'evento che si vuole analizzare.

Passando dal microscopio ottico a quello elettronico, e intrecciando le osservazioni, si sono quindi osservati eventi cellulari rari e strutture finora sconosciute nel dettaglio, oltre che processi altamente dinamici. E questo, naturalmente, è solo l'inizio. [U. F.]



La storia

Presto in Puglia una super clinica per i pazienti in stato vegetativo

Il nuovo centro aprirà a breve a Capurso. Una struttura di eccellenza con super macchinari. Ne sono previsti tre

Nasce la prima clinica dei risvegli “Accanto ai nostri cari in stato vegetativo”

“Solo chi vive al fianco dei propri parenti sa se ogni giorno vengono fatti progressi”

GABRIELLA DE MATTEIS

«PRIMA c'è era il vuoto, la disperazione». Ora c'è un piccolo risultato. Un passo in più. Domenica Uva è una donna combattiva. Parla per sé e per le altre famiglie. «Abbiamo combattuto tanto, fatto lo sciopero della fame, protestato. Speriamo di farcela». Farcela significa avere anche in Puglia una struttura specializzata, un Centro Risvegli, un obiettivo ora più vicino. Domenica, da 12 anni, è accanto al figlio Leo. Aveva 22 anni quando un giorno, mentre andava al lavoro, è stato investito con la sua auto da un camion. E da quel giorno non ha più ripreso conoscenza.

Domenica, ORA, è alla guida dell'associazione “Uniti per i Risvegli” che riunisce le famiglie di altri pazienti, molti sono giovani, in stato vegetativi. «Eravamo stanchi dei viaggi all'estero, stanchi di non avere una struttura di riferimento nella nostra regione» racconta Domenica. Ecco allora l'idea, il progetto, la sfida, cominciata quasi con un esperimento. Pazienti e loro familiari hanno cominciato a testare, «provare», macchinari installati nella residenza sanitaria “Giovanni Paolo II” a Capurso.

GABRIELLA DE MATTEIS

«PRATICAMENTE i genitori hanno offerto la propria consulenza» racconta Maria Teresa Angelillo, neuropsicologa e presidente della Fondazione “Risvegli”. Hanno cercato di portare qui, in Puglia, l'esperienza maturata all'estero, in centri altamente spe-

cializzati. E nella équipe della dottoressa Angelillo, che ha lavorato al fianco del professor Leopold Saltuari della clinica di Innsbruck, struttura austriaca all'avanguardia, hanno trovato una sponda. La disponibilità della residenza sanitaria assistita di Capurso ha fatto il resto. Ecco allora i macchinari, arrivati dall'America, apparecchiature simili a robot, usati per stimolare semplici movimenti, come l'uso della mano, testati dai pazienti. Come Erminio, 42 anni, originario di un paese della provincia di Bari, che dopo un incidente sul lavoro in America e tre anni di coma, ha ripreso a camminare. Attaccato al macchinario, per far capire che il funzionamento era corretto, ha mimato l'ok con il dito. «Ci fatto sorridere - dice la dottoressa Angelillo - sembrava un astronauta». E accenna un sorriso anche la signora Uva: «Siamo vicini ad un importante traguardo».

La commissione Sanità della Regione Puglia, il 17 ottobre scorso, ha approvato le linee guida per la definizione del “Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in stato vegetativo e stato di minima coscienza”. Un regolamento che porterà in Puglia alla nascita di tre strutture (in provincia di Bari, nel Salento e in provincia di Foggia), le prime nella regione, dove poter assistere con personale e apparecchiature adeguate i pazienti che non si sono più risvegliati dopo traumi. «Al momento non ci sono strutture di questo tipo, ma solo residenze sanitarie dove gli ammalati vengono ricoverati, ma non si tratta di ospedali specializzati, piuttosto di centri destinati agli anziani» dice Domenica Uva. Domani la giunta regionale darà il definitivo via libera al regolamento, passaggio necessario per l'accreditamento

delle strutture, come quella appunto di Capurso. Per le rette di ogni singolo ammalato, la Regione erogherà un contributo giornaliero di 500 euro e i centri dovranno essere in grado di ospitare i pazienti e loro famiglie anche per un periodo di 18 mesi. «Solo chi vive al fianco dei propri parenti sa se ogni giorno vengono compiuti dei progressi o no. Solo così l'ammalato può fare passi avanti» racconta Domenica che, da dodici anni, tra un viaggio e l'altro, assiste il figlio nella sua casa di Bari. Ma non tutti possono farlo. E comunque la degenza domiciliare non è neanche da un punto di vista medico la soluzione migliore. Lucrezia, 28 anni, ad esempio, da un anno, ha perso conoscenza, dopo il parto per dare alla luce la sua bambina che ora ha un anno, è entrata in coma. E suo marito da mesi fa la spola da Bari a Lecce dove la donna è ricoverata. Ma la prospettiva è quella di assistere la moglie nella sua abitazione. «Ci sono molte storie come queste. In Puglia la media è di 25 casi nuovi all'anno» dice la dottoressa Angelillo che con l'associazione ha lavorato fianco a fianco con l'assessore regionale alla Salute Tommaso Fiore. «Noi lavoriamo per un risveglio in più - dice Domenica - Ci battiamo per questo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



→ Il congresso dei medici internisti della Simi

Le polmoniti si contraggono in ospedale

■ **ROMA** Il congresso Simi ha affrontato il problema delle polmoniti. Uno studio condotto su circa 2 mila pazienti di 55 reparti di Medicina Interna d'Italia, dimostra che quasi il 50% viene contratto in ospedale (polmonite nosocomiale) o in strutture sanitarie come day hospital, istituti di riabilitazione o per malati cronici anziani, con un tasso di mortalità del 18%, molto più alto di quello relativo a chi si ammala di polmonite «in comunità» ovvero fuori dall'ospedale: il 7%. «Dovremmo tutti capire che rimanere in ospedale a lungo è pericoloso, perché è un ricettacolo di batteri - commenta Francesco Violi, presidente SIMI, direttore della I Clinica Medica al Policlinico Umberto I e professore ordinario di Medicina Interna all'Università La Sapienza. I ricoveri più lunghi del dovuto possono complicare le degenze con malattie e infezioni che portano in alcuni casi fino alla morte. È meglio frequentare l'ospedale meno possibile. Dovremo cercare di orientarci sempre più verso le cure domiciliari».



ISTITUTO INCO

Un reparto a misura di obeso

Un reparto con dodici nuovi posti letto e a misura di obeso. È stato inaugurato ieri l'Istituto nazionale per la chirurgia dell'obesità (Inco). Il Centro altamente specializzato dedicato alla chirurgia bariatrica per i pazienti affetti da obesità grave ha l'obiettivo di effettuare nel 2012 circa 650 interventi, a fronte di una previsione di circa 2.500 visite diagnostiche. La popolazione italiana è tra quelle in Europa ad avere la più alta incidenza di obesità. Sono oltre 20 milioni le persone con problemi legati al peso, e di queste circa il 10% possono essere definiti obese. «Nonostante lo scenario sia così allarmante - spiega Giancarlo Micheletto, responsabile scientifico dell'Inco - non sempre le strutture sanitarie risultano adeguate. Solo lo 0,4% degli obesi patologici ha accesso a strutture in grado di intervenire anche a livello chirurgico nell'ambito di un approccio multidisciplinare».

Nel nuovo Inco l'equipe chirurgica è in grado di eseguire tutte le tipologie di intervento, avvalendosi di strumentazione all'avanguardia. Gli specialisti hanno effettuato 220 interventi nel 2010. Alla fine del 2011 l'attività è salita a 500 interventi. Sul totale degli interventi, nel 41% dei casi si è trattato di by pass gastrico, nel 33% di bendaggio, nel 15% di sleeve gastrectomy e nell'11% dei casi si è proceduto con palloncino endogastrico.



Cure Al via un'équipe multidisciplinare Chirurgia e psicologi Reparto anti obesità al «Sant' Ambrogio»



Attrezzature Nuova sala chirurgica nel centro del Sant' Ambrogio

Inaugurato ieri, all'interno dell'ospedale Sant' Ambrogio, l'Istituto nazionale per la chirurgia dell'obeso (Inco), diretto da Alessandro Giovannelli.

È un reparto con 12 posti letto accreditati con il servizio sanitario nazionale, dotato di radiologia e di Tac specializzate per le indagini su pazienti super obesi. Lo staff medico è multidisciplinare, con dietista e psicologo perché l'obesità — legata allo stile di vita — richiede un approccio clinico che tenga conto anche degli aspetti psicologici.

Il nuovo centro si propone di effettuare nel 2012 650 interventi e 2.500 visite diagnostiche, con il 30 per cento dei pazienti che provengono da fuori Lombardia. Il percorso del paziente all'interno dell'Inco prevede un pre ricovero dove vengono effettuati tutti gli esami necessari per verificare la corretta indicazione all'intervento. Le tipologie di intervento previste, all'interno della

chirurgia definita *bariatrica*, sono il bypass gastrico, il bendaggio, la *sleeve gastrectomy* e l'uso del palloncino endogastro, a seconda del tipo di paziente obeso. «Con il bendaggio e il palloncino si aiuta il paziente a controllare la quantità di alimenti introdotta, mentre con gli altri due si modifica l'assetto metabolico del paziente, sostenendo il calo di peso e le malattie associate — spiega il responsabile dell'Istituto nazionale per la chirurgia dell'obeso, Alessandro Giovannelli —. Più della metà dei pazienti obesi è esposta a rischio di diabete di tipo 2 e con il calo di peso associato alle variazioni metaboliche si ottiene il controllo o la guarigione dal diabete stesso».

Il centro coordina una rete nazionale di strutture affiliate per assicurare su tutto il territorio nazionale la continuità assistenziale.

S. Rav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tuttifrutti

di Gian Antonio Stella



La lotta ai falsi invalidi penalizza quelli veri



La scoperta di una quota di truffatori viene usata per ridurre i fondi ai disabili

«**U**n dovere morale: aiutare chi è rimasto indietro», diceva uno degli immensi manifesti della campagna elettorale che portò il Cavaliere a vincere nel 2001. Dieci anni dopo, però, pare essere rimasto poco di quell'impegno. Il disegno di legge delega sulla riforma assistenziale, accusa Pietro Barbieri, presidente della Federazione italiana per il superamento dell'handicap, è disastroso «nei contenuti, nella forma, nelle finalità e nei metodi». Per capirci: «Grazie ai tagli agli enti locali una persona su tre perderà i servizi sociali. E grazie alla riforma assistenziale un'altra su tre perderà l'indennità di accompagnamento». Tutta colpa della scoperta di falsi ciechi che guidano l'automobile e dell'antico adagio che «per colpa di qualcuno non si fa credito a nessuno»? Mettiamola così: la scoperta di una certa quota di truffatori (da colpire con durezza, sia chiaro) viene usata per tagliare drasticamente gli aiuti ai disabili veri.

Di quanti soldi parliamo? Al momento le persone gravate da handicap e non autosufficienti, spiega l'architetto Vincenzo Gallo, già assessore alla disabilità del Comune di Cosenza e padre di un figlio disabile, «percepiscono una pensione di invalidità di poco più di 250 euro mensili, se hanno un reddito personale annuo inferiore a 15 mila euro. In più le persone non autosufficienti con grave disabilità godono di una indennità di accompagnamento, pari a poco più di 450 euro mensili, senza limiti di reddito, e di alcune detrazioni fiscali (per ausili, per la badante, per le famiglie con figli disabili, ecc).

Questi sostegni, benché coprano solo in piccola parte il costo sostenuto dalle famiglie che assistono persone con grave disabilità, sono ora a rischio». Cecilia Carmassi, responsabile per le Politiche sociali del Pd, va oltre. E attaccando la scelta del governo di ridurre

gli aiuti agli «autenticamente bisognosi», definizione che, tolti di mezzo di truffatori, è piuttosto impalpabile, si spinge a dire che «non è concepibile una riforma che ha l'obiettivo di tagliare il 40 per cento delle risorse per l'assistenza. O è una provocazione oppure è istigazione al suicidio».

La polemica contro il governo non è nuova. Già tre anni fa un gruppo di padri e madri di ragazzi disabili, i «Genitori tosti», invitarono a indagare meglio sui veri sprechi. A cominciare da certi appalti firmati dalle Asl: «Un paio di scarpe su misura 32, con forti rigidi e plantari, viene pagato dal servizio sanitario 860 euro, una follia! Dei tutori per posizionare in maniera corretta le gambe o i piedi di un bambino con tetraparesi vengono pagati 700 euro l'uno». E gli spreconi, concludevano, sarebbero i genitori? C'è una tabella, però, che taglia la testa al toro. L'ha pubblicata il Sole 24 Ore. Dice che (dati Eurostat) l'Italia spende rispetto alla media europea molto di più per le pensioni, più o meno lo stesso per il totale del welfare ma molto meno per i non autosufficienti: l'1,6 contro il 2,1 per cento. Ma davvero avranno il coraggio di tagliare ancora lì senza aver prima tagliato l'assistenza integrativa ai deputati, ai senatori e ai loro familiari?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

