

Rassegna del 15/03/2011

REPUBBLICA SALUTE - Nuovi contraccettivi dal condom per lei allo stick sottopelle -
Naselli Elvira

Nuovi contraccettivi dal condom per lei allo stick sottopelle

Sesso sicuro

In arrivo anche in Italia gli ultimi metodi per evitare gravidanze indesiderate. Per le giovanissime si parla di doppia protezione: preservativo contro patologie sessuali e pillola anti-concezionale

ELVIRA NASELLI

L'

ultimissima novità, almeno per l'Italia, è attesa in questi giorni ed è il dispositivo che si impianta sottocute e garantisce efficacia contraccettiva per tre anni. Quattro centimetri di lunghezza per un paio di millimetri di spessore, rilascia progestinico lentamente e, saltando il passaggio del fegato, è anche meno invadente dei farmaci presi per bocca. «Si inserisce con un ago, dopo aver utilizzato un po' di anestetico locale — spiega il presidente della Sigo (società italiana di ginecologia e ostetricia), Nicola Surico — ma bisogna stare attenti a piazzarlo sottocute e non più in profondità, perché potrebbe dare effetti collaterali. È palpabile dall'esterno ma non è visibile ad occhio nudo. Deve essere inserito dal ginecologo e si rimuove con una incisione di qualche millimetro senza punti di sutura».

In arrivo anche un altro dispositivo, non nuovo all'estero ma poco noto da noi: il preservativo femminile. È una guaina che si inserisce in vagina prima del rapporto e ha il vantaggio di proteggere anche i genitali esterni femminili, risultando così efficace non soltanto contro gravidanze non desiderate ma contro le malattie sessualmente trasmesse. Soprattutto alle giovani e giovanissime, "bersaglio" della Sigo (in distribuzione un opuscolo) viene consigliata la cosiddetta doppia protezione: profilattico e pillola.

«Il condom da solo non basta come efficacia contraccettiva — spiega Marina Toschi, segretaria dell'Agite (associazione ginecologi territoriali) — perché non è così raro che si rompa o che venga indossato male. Ma è fondamentale per proteggersi dalle malattie sessualmente trasmesse. Per la contraccezione occorre invece uno strumento più sicuro, come la pillola, che può avere per le giovani anche vantaggi extra-contraccettivi, come la regolazione del ciclo o il miglioramento dell'acne. Le nuove pillole, inoltre, si prendono ogni giorno per evitare dimenticanze, e, nei consultori, cerchiamo di favorire l'acquisto di confezioni multiple da sei cicli, per dare l'idea di continuità».

La maggior parte delle linee guida non obbliga a degli esami prima della somministrazione della pillola ma, precisa il presidente Sigo, «personalmente prescrivo analisi per la funzionalità epatica (transaminasi e bilirubina), emocromo, azotemia, creatinemia, proteina C ed S e, se ci sono fattori familiari, test per studiare il metabolismo lipidico. Le nuove pillole che usano drospirenone hanno un impatto vascolare minore, ma occorre sempre prudenza».

Un altro strumento contraccettivo è l'anello vaginale. «Si mette facilmente da sole una volta al mese — continua la dottoressa Toschi — ha un dosaggio ormonale molto basso e pochi effetti collaterali. Si acquista con prescrizione medica e costa circa 17 euro. Del resto anche i profilattici non costano poco e le pillole da noi sono più care che in altri paesi d'Europa». Non ha sfondato, invece, il cerotto transdermico. «All'estero è più usato — continua il professor Surico — ma da noi non attecchisce. Si posiziona anche questo sulla parte esterna del braccio ma talvolta ci sono reazioni soggettive o, soprattutto d'estate con la sudorazione aumentata, un rilascio più discontinuo di ormone».

Poco utilizzato anche il diaframma e la spirale, sia quella medicata con progesterone che quella al rame. «Intanto è indicata solo per chi ha già avuto figli — precisa la dottoressa Toschi — e poi bisogna considerare l'invasività del procedimento. Nelle donne più anziane o con cicli abbondanti diventa un presidio terapeutico e riduce il numero di isterectomie. Il panorama contraccettivo nella vita di una donna è molto lungo e va diversificato, è giusto cambiare nel corso della vita». Migliorati, ma con una sicurezza contraccettiva ancora piuttosto bassa, anche i "metodi naturali", che prevedono l'ovulazione. Infine, c'è la cosiddetta pillola del giorno dopo, che non è quella abortiva, la RU486. «Mai utilizzarla come contraccezione regolare — conclude Toschi — ma il momento della prescrizione è l'occasione per proporre una contraccezione sicura».

La prevenzione/1

Allarme degli infettivologi per l'esplosione di sifilide e gonorrea tra i giovani

Boom di malattie sessuali

“Usate sempre il profilattico”

Enzo, lo chiameremo così, è un nonnino di 83 anni e vive a Bologna. Si è presentato in un ambulatorio di infettivologia per effettuare il test dell'Aids ed è risultato positivo. Agli operatori, per niente spaventato, ha dichiarato di fare ancora sesso e di non aver mai usato in vita sua il preservativo. Solo un caso preso ad esempio dai microbiologi italiani che da Rimini lanciano l'allarme sulla diffusione delle malattie

scarsa, i giovani sono poco attenti e le malattie sessualmente trasmesse, mai messe veramente sotto controllo, sono in deciso aumento nella fascia giovanile con gravi rischi per la salute, soprattutto delle donne».

In Italia sono triplicati in meno di dieci anni i casi di sifilide e quelli di gonorrea sono aumentati di quasi il 30%. Una ragazza su quattro sotto i 20 anni è positiva alle clamidie, piccoli batteri di forma tondeggianti, immobili, che vivono all'interno delle cellule animali.

«È impressionante — prosegue Landini — il numero di persone infette e la scarsa informazione sul tema». Le donne e, di conseguenza, sempre più spesso anche i neonati, sono i soggetti più a rischio. Lo sa bene Angela (nome fittizio), una ragazza di 26 anni, al termine della sua prima gravidanza e sposata da un anno. Durante il primo trimestre di gravidanza ha scoperto di essere infetta da Hiv. La ragazza chiede al marito di sottoporsi alle analisi che risultano positive. Qualche anno prima ad una festa si era iniettato una sostanza stupefacente da una siringa usata più volte anche da altre persone.

(*letizia magnani*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le donne sono più a rischio

Una ragazza su quattro under 20 è positiva alle clamidie

“Troppo scarsa l'informazione”

sessualmente trasmissibili. Non solo l'Aids, perché si stanno diffondendo, soprattutto fra i giovani, anche malattie che parevano scomparse, come sifilide e gonorrea, o numericamente non preoccupanti, come le clamidie.

«Purtroppo — spiega Maria Paola Landini, direttore dell'unità operativa di microbiologia del Sant'Orsola-Malpigi di Bologna — l'informazione è

La prevenzione/2

Visite andrologiche gratuite dal 19 al 25 marzo in 23 città italiane

Sterilità maschile in aumento al via la campagna di controlli

La sterilità continua ad avanzare tra i maschi italiani.

Attualmente, la metà delle coppie affronta il pesante e costoso percorso della fecondazione artificiale per rimediare a problemi di fertilità dell'uomo. Del tutto sterile invece risulta circa il 15% della popolazione maschile tra i 13 e i 55 anni. Ma le ultime ricerche, svolte dalla Società Italiana di Andrologia e Medicina della

Amico Andrologo, lanciano una iniziativa di prevenzione nazionale, il Progetto Androlife. Dal 19 marzo, il giorno di San Giuseppe, e festa del papà, sino al 25 marzo sarà possibile farsi visitare gratuitamente negli ambulatori pubblici di 23 città italiane. Nelle piazze delle stesse città saranno disponibili camper attrezzati con medici specialisti pronti a rispondere a quesiti clinici e a fornire suggerimenti per non incorrere in questa patologia. A disposizione della popolazione ci saranno opuscoli informativi. Info www.androlife.it. Per prenotare le visite andrologiche gratuite chiamare il numero verde 800.100.122 che sarà attivo da domani.

«Proprio perché c'è ancora molto da capire sulle cause dell'infertilità maschile — spiega Carlo Foresta, presidente della Siams — l'informazione della popolazione diventa uno strumento di prevenzione primaria poiché un precoce intervento di rimozione di fattori di rischio può evitare o ridurre la possibilità che si instauri un danno irreversibile alla produzione di spermatozoi».

**I ventenni sono risultati in media meno fertili dei quarantenni
Da domani le prenotazioni al numero verde 800100122**

Sessualità (Siams) e dalla Fondazione per Benessere in Andrologia — Amico Andrologo Onlus, sui giovani (che risultano meno fertili dei quarantenni) portano a stimare il rischio di infertilità per ben 1 maschio su 3.

Proprio per i risultati di queste ricerche, che vengono divulgati oggi alle 12 al Ministero della Salute, Lungotevere Ripa 1, Roma, la Siams e

Sanità. Il report del Centro nazionale

Nel 2010 in Italia i trapianti sono diminuiti del 9%

IL QUADRO

Meno organi a disposizione nelle rianimazioni. In aumento le opposizioni a donare

Barbara Gobbi

ROMA

Donatori più anziani, meno decessi per cerebrolesioni nelle rianimazioni e una sostanziale stabilità dei "no" a donare. Sono questi gli elementi alla base del calo del 9,1% dei trapianti realizzati in Italia, dai 3.163 del 2009 ai 2.874 del 2010.

La flessione è registrata dal Report annuale del Centro nazionale trapianti (Cnt), che viene anticipato nel numero in distribuzione da oggi del settimanale «Il Sole 24 Ore Sanità». La buona notizia, in sintesi, è che sempre meno giovani muoiono per trauma; la cattiva è che ci sono sempre meno organi trapiantabili disponibili nelle rianimazioni, primo anello nella catena del processo di donazione. «Il punto - spiega Alessandro Nanni Costa, direttore del Cnt - è che negli ultimi anni si sta modificando l'epidemiologia nelle rianimazioni: diminuiscono dell'8,7% le morti di pazienti cerebrolesi e, in generale, calano del 14,9% i decessi al di sotto dei 40 anni». Ciò significa che i potenziali donatori sono sempre di meno e sempre più anziani, con tutto ciò che questo comporta in termini di reale possibilità di impiego dell'organo: i donatori effettivamente utilizzati sono il 6,2% in meno rispetto al 2009.

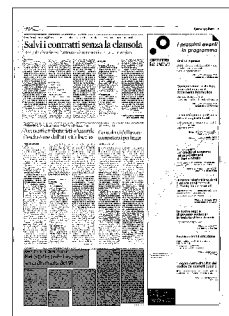
Eppure, tengono a precisare dal Cnt, la qualità del sistema tiene. «La rete nazionale trapianti è stata in grado di contenere l'impatto della minore disponibilità di organi limitando all'1% la riduzione degli accertamenti di morte cerebrale. Una popolazione di do-

natori potenziali più ristretti, insomma», è stata trattata in modo più efficiente».

Resta il fatto che la diminuzione di organi disponibili, combinata con le opposizioni a donare (cresciute dal 30,4 del 2009 al 31,5% del 2010), rende critica la possibilità di sviluppo del sistema ed esige contromosse. A partire da un'analisi di processo, già in atto, che dovrà investire le rianimazioni italiane per aumentare gli accertamenti di morte cerebrale. Il secondo obiettivo è contrastare il rifiuto a donare. Con campagne di comunicazione ai cittadini ma soprattutto con la formazione adeguata del personale che, nelle rianimazioni, è deputato a interagire con le famiglie dei potenziali donatori. Quello delle opposizioni è un problema comune a tutta l'Europa: la Spagna, prima nella Ue per numero di interventi, ha la stessa difficoltà dell'Italia a superare il muro delle opposizioni.

Vanno poi sviluppati programmi che sfruttino al massimo le potenzialità dei donatori anziani, la cui età media è passata da 50 a 55 anni. Un dato che spiegherebbe il crollo dei trapianti di cuore - organo per cui 55 anni sono proprio l'età limite di trapiantabilità - da 355 a 273 interventi tra 2009 e 2010. Altra risorsa cui guardare sono i trapianti di rene da vivente, cui si sta lavorando particolarmente a Padova e a Bologna.

C'è poi un ampio bacino cui attingere: le grandi regioni del Sud, che stanno progressivamente riducendo l'ampia forbice che le separa dalle migliori performance realizzate al centro-nord (in Toscana come in Piemonte). Lazio, Sicilia e Campania sono le realtà su cui il Centro nazionale trapianti mira a investire maggiormente in termini di implementazione di standard di attività e di efficienza.



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

IL SUD CHE NON HA SOLDI PER I DENTI

Come stanno gli italiani? Dall'ultimo rapporto Osservazione salute risulta che cattivi comportamenti alimentari, sedentarietà e alcol influiscono sempre più negativamente sulle condizioni generali di benessere psico-fisico: l'Italia di oggi è più grassa, vecchia e pigra. Ma, andando oltre, si scoprono aspetti negativi che non derivano da scelte sbagliate, bensì dalla condizione sociale. Uno riguarda le prestazioni odontoiatriche, negate al 10 per cento della popolazione che ne ha bisogno. Proprio sulla salute della bocca si confermano così le differenze socio-economiche, le disuguaglianze esistenti, perché quella odontoiatrica è una spesa che va quasi sempre a carico dei bilanci familiari. Tra chi non è potuto andare dal dentista, il record spetta ai cittadini della Basilicata (16,1%) e di tutte le altre regioni del Sud. Al contrario, in Val d'Aosta siamo ad appena il 3,5 per cento. Non è un problema di «cattive abitudini» e di difficoltà di «accesso ai servizi sanitari»: nel Ssn non ci sono né le strutture né i dentisti. I quali, per oltre il 90%, esercitano privatamente. Al dunque, curarsi i denti è sempre di più un privilegio. Altro che bocca sana...

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Omeopatia & Co.

Inaugurato a Pitigliano il primo ospedale italiano mentre si diffondono ambulatori che affrontano patologie più o meno gravi affiancando il medico tradizionale con agopuntore, omeopata o fitoterapista. **Tutte le novità da Palermo a Bologna**

Cure integrate, la mini rivoluzione

VALERIA PINI

In gravidanza, nella cura delle malattie dell'apparato respiratorio, nelle terapie del dolore o per smettere di fumare. La medicina complementare si affianca sempre più spesso a quella tradizionale. Ora in Toscana, a Pitigliano, è nato il primo ospedale di medicina integrata in Italia. «Nei reparti, accanto al medico tradizionale, lavorano agopuntore, omeopata o fitoterapista. È un nuovo approccio per la cura di importanti patologie o per contrastarne gli effetti. Inoltre, una volta dimessi, i pazienti sono seguiti dagli specialisti anche negli ambulatori», spiega Cristina Buriani, responsabile dello staff direzione aziendale della Asl9 della Provincia. «Per la prima volta in Europa nei reparti si studia un nuovo modello di cura. Dopo un ictus, ad esempio, si può applicare il protocollo di medicina tradizionale, insieme alle risorse che offre l'omeopatia o l'agopun-

Dalla ginecologia all'oncologia le possibilità e le opzioni per i pazienti

tura — dice Simonetta Bernardini, a capo del progetto — Nell'o-

spedale c'è un centro di oncologia integrata, dove curare sintomi come la stanchezza o il vomito, dopo la chemioterapia. Tutto questo è monitorato da un comitato scientifico internazionale». (info 0564483500)

C'è chi le chiama complementari o non convenzionali. Comunque sia in Italia ricorre a queste cure tra il 18% e il 23% della popolazione. Per fare chiarezza su una disciplina che attrae sempre di più, a Palermo l'Aiot (Associazione medica italiana di omeopatia) ha diffuso un opuscolo nelle farmacie. Sempre l'Aiot, in occasione della Giornata internazionale della medicina omeopatica, l'11 aprile, aprirà le porte per un check-up gratuito (Per informazioni 800385014).

Crescono intanto gli ambulatori che offrono servizi di medicina complementare. A partire dal mese di aprile, la Fondazione Ant Italia Onlus offrirà agli assistiti della provincia di Bologna la possibilità di usufruire gratuitamente di trattamenti di agopuntura come supporto alle tradizionali terapie oncologiche. All'ospedale Luigi Sacco di Milano, il trattamento omeopatico viene utilizzato ai pazienti con patologie intestinali. «Nell'ambulatorio di medicina cinese Fior di Prugna di Firenze si utilizza l'agopuntura nei dolori, nei

problemi ginecologici e i disturbi psichici — dice Sonia Baccetti, responsabile del centro e a capo della Rete Toscana di Medicina integrata — Ma questa tecnica, associata all'omeopatia è utilizzata anche per trattare gli effetti avversi della terapia oncologica e nella promozione del parto». Con l'auricoloterapia, agopuntura auricolare, si combattono inoltre insonnia e dipendenze. A Torino il servizio di agopuntura in ginecologia del Sant'Anna è specializzato nelle cefalee e nei disturbi in gravidanza. «L'agopuntura è efficace per il rivolgimento fetale — dice Giovanni Battista Allais, responsabile del servizio — ma anche nei casi di disturbi del ciclo o in menopausa». Secondo una recente ricerca dell'Università di Torino e di Modena, pubblicato sul *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, tra l'altro l'agopuntura ha effetti positivi sulla produzione di latte nelle puerpere. «Abbiamo trattato pazienti che avevano difficoltà ad allattare spontaneamente — spiega Allais, che ha partecipato allo studio —. Un primo gruppo di pazienti è stato curato con l'agopuntura, mentre il secondo senza. Alla fine fra quelle del primo abbiamo avuto il 38% risultati positivi in più».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

Gli italiani che fanno uso di medicine non convenzionali sono pari al 18,5% della popolazione, 11.100.000 persone (stima Eurispes in base ad un sondaggio del 2010)

LE TERAPIE

La più diffusa tra le complementari è l'omeopatia (7%), seguita da osteopatia e chiropratica (6,4%), fitoterapia (3,7%) agopuntura (1,8%) (dati Istat)

IL BOOM

Nel nostro paese negli ultimi 15 anni, il numero di pazienti che si affida all'omeopatia è cresciuto del 65 per cento (rapporto Eurispes del 2010)

LA DIFFUSIONE

Le Mnc sono più diffuse nel Nord (21,9% nel Nordest e 17,9% nel Nordovest); nel Sud invece solo il 5,4% (stime Eurispes 2010)

LA GIORNATA

Nella giornata della medicina omeopatica, l'11 aprile, l'Aiot (omeopatia) aprirà le porte degli studi per check-up gratuiti (800385014)

Dalle medicine “riviste” in 3D le nuove cure

Usando la realtà virtuale a Milano si sta scoprendo che molecole usate da tempo contro altre malattie funzionano nel cancro

ELENA DUSI

Con l'industria farmaceutica in crisi di creatività, è la ricerca di base a fornire nuove idee. Strade innovative per arrivare a curare il cancro arrivano oggi da due importanti studi italiani. Su *Nature* un'équipe degli istituti milanesi Ifom e Istituto europeo di oncologia spiega come alcuni vecchi farmaci, usati da tempo per malattie diverse dai tumori, possano essere sfruttati anche nella lotta contro il cancro. «Abbiamo preso dei medicinali già noti e utilizzati sull'uomo. Poi li abbiamo sottoposti ad analisi genetica in sistemi biologici semplici» spiega Marco Foiani, direttore di un'unità di ricerca nell'Istituto Firc di oncologia molecolare (Ifom) e professore di biologia molecolare all'università di Milano. L'obiettivo di questa ricerca pubblicata su *Nature* è sfruttare la conoscenza del Dna delle cellule tumorali, e in particolare dei loro difetti che sono alla base della malattia, per rivolgere contro il cancro dei prodotti che sono già da tempo presenti negli armadietti dei medici-

Effetti sulle cellule cancerose scoperti in sostanze usate sia nell'epilessia che nei trapianti

nali.

Non è molto diversa la strategia seguita da Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori di Milano. Che per ac-

coppiare il farmaco giusto alla particolare forma di malattia di ciascun paziente ha chiesto aiuto al computer. Ricostruendo su uno schermo la cellula malata e i recettori impazziti che si trovano sulla sua superficie, Pierotti e i suoi colleghi sono in grado di selezionare un farmaco e simulare la sua azione. Sempre nella realtà virtuale, i medici possono anticipare le mutazioni che la cellula potrà subire, e che possono renderla resistente alla terapia. Quest'altro importante studio italiano, sempre finanziato dall'Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro), è apparso su *Nature Reviews in Clinical Oncology*.

Pierotti è partito dall'analisi di due recettori sulla superficie di una cellula malata (chiamati Kit e Pdgfr-A). Normalmente, il loro lavoro consiste nel dare il ritmo alla replicazione della cellula. Ma in caso di tumore, i due recettori impazziscono e danno vita a una proliferazione sfrenata. Alcuni farmaci sono composti da molecole con una forma ben precisa: combaciano talmente bene con la forma del recettore che si incastrano al suo interno e non ne escono più, di fatto bloccandone l'attività. Ma secondo le leggi dell'evoluzione, i recettori mutano forma con il tempo e le molecole dei farmaci a volte perdono la loro efficacia. «Ma sulla base di regole fisiche e biologiche - spiega Pierotti - possiamo prevedere tutte le eventuali mutazioni dei tumori e disegnarne dei modelli in tre dimensioni nella realtà virtuale. Il nostro obiettivo è mettere ciascu-

na mutazione a confronto con le molecole dei farmaci esistenti, fino a trovare quelle che si “incastrano” perfettamente». Per mettere insieme i “muscoli” necessari a effettuare calcoli così complessi, l'Istituto dei tumori di Milano ha unito le sue forze con l'università di Trieste e il suo centro di calcolo.

Foiani e i colleghi dell'Ifom e dell'Istituto europeo di oncologia hanno usato come arma contro il cancro un vecchio farmaco contro l'epilessia (l'acido valproico) e la rapamicina, una sostanza impiegata nei trapianti d'organo perché capace di sopprimere le funzioni del sistema immunitario. Della rapamicina due anni fa, in una sperimentazione sui topi, vennero scoperte anche altre sorprendenti proprietà. Questo farmaco individuato nel terreno dell'isola di Pasqua (Rapa Nui) si è dimostrato capace di allungare la vita delle cavie di laboratorio di circa un terzo (l'esperimento è stato pubblicato su *Nature* nel luglio 2009). E poiché si sapeva che alcuni geni cosiddetti “della longevità” hanno anche a che fare con il ritmo della replicazione cellulare, la triangolazione si è chiusa di fronte agli occhi dei ricercatori. Alcuni processi di sviluppo di un cancro non sono altro che normali processi biologici “rapiti” e “dirottati” dalla malattia. L'utilità dei vecchi farmaci per il cancro dovrà ora essere sottoposta a numerosi test. Mai ricercatori italiani hanno dimostrato che le vie per i medicinali anti cancro sono molto più numerose di quanto si pensasse.

La storia

Ariela prendeva 14 pillole al giorno contro la demenza senile, è passata agli spinelli. I medici: ha ripreso a parlare. Lei: così sto bene

L'ospizio che fa fumare marijuana ai pazienti

Israele, primo caso al mondo. E negli ospedali lecca-lecca alla cannabis ai bambini

DAL NOSTRO INVIATO

KIBBUTZ NAAN (Israele) — Ariela urlava sempre. Non faceva che urlare. Si svegliava urlando e urlando s'addormentava, se s'addormentava, com'è per la demenza senile. Settantasei anni cancellati. Mai una parola. Solo urla: «I familiari, noi infermieri, una fatica. E per lei una sofferenza. Si sgolava, si scarnificava. Le davamo 14 pillole al giorno: antipsicotici, antidepressivi, antidolorifici, antitutto...».

Alla mezza, Ariela entra nella fumeria su una carrozzella, occhi al soffitto. La seconda dose è già sminuzzata in una scatoletta. Zero cinque grammi di cannabis. La fiammella s'accende, il fumo va in un sacchetto di plastica. Ariela ci si tuffa, naso e bocca. Inspira. Prima ansimando, poi lentamente. Servono minuti: i muscoli del viso si distendono, s'aprono i pugni. «Non sapevamo niente di lei. Ora dice qualcosa in francese. L'altro giorno è uscito un ricordo di cose che leggeva». Ariela non urla più. Gli occhi suoi guardano negli occhi nostri. La bocca si muove in un mezzo sorriso: «Sì, così sto bene!...».

Li curano con le canne. Nel cuore d'Israele. Nel mezzo di 650 ettari coltivati e d'un kibbutz, il Naan, famoso tra gli agronomi per un suo sistema d'irrigazione. Da dieci mesi, qui si sperimenta un nuovo modo d'assistere gli anziani «problematici».

Parkinson, Alzheimer avanzati. Tutti i dementi che di solito campano a cocktail di farmaci, sorvegliati senza sosta, talvolta legati, comunque persi nei loro labirinti di tremi, di grida, di smemoratezza. Il primo ospizio al mondo che somministra marijuana. Origine controllata del tipo «Erez», foglia grande. Trentasei pazienti. Tre volte al giorno. Un protocollo autorizzato da governo e fami-

Il kibbutz

L'esperimento è iniziato dieci mesi fa in un kibbutz famoso perché ha insegnato al mondo come s'irriga

glie: «Cercavamo una via per dare qualità alla fine della vita — dice la geriatra Inbal Sikorin —. Sapevamo come farli sopravvivere, non come farli vivere in modo dignitoso. La morfina, i farmaci danno sempre un sacco di problemi: vomito, costipazioni, spesso peggiorano il quadro complessivo. Non credevamo che un semplice spinello li cambiasse in questo modo».

Vecchietti e bambini, malati terminali e agonie interminabili. In Israele, l'uso medico della cannabis lo studiano dal '64. Ora è prassi. C'è un elenco di malattie per le quali il ministero autorizza la prescrizione. E in alcuni ospedali, da Tel Hashomer all'Hadassah, mescolata nei lecca-lecca o nei biscottini della merenda, la marijuana viene testata anche su un campione di 480 piccoli malati di cancro, dai 2 ai 12 anni: «La usiamo sui bambini per ridurre gli effetti della chemioterapia, i conati, la perdita di capelli — spiega il professor Raphael Meshulam della Hebrew University —. Finora ricorrevamo soprattutto all'olio di cannabis, sotto la lingua del paziente. Ma in categorie particolari, giovanissimi e anziani, è più efficace farla mangiare o fumare». L'erba ai pazienti in erba: e il rischio d'assuefazione? «La sperimentazione su di loro da tempo, non ho mai avuto nessuna controindicazione. L'unico problema è vincere lo scetticismo e il pregiudizio».

La cannabis non guarisce. Lenisce. E la sperimentazione non è senza rete. La società che rifornisce gli ospedali si chiama Tikun Olam, «l'aggiustamondo»: serra in Galilea, spaccio in una farmacia di Tel Aviv, dov'è sempre fila di clienti. Non mancano i controlli: «Ogni tanto i poliziotti si fingono pazienti — racconta Tuby Zolotov —, perché la «maria» la vendiamo per molti usi, dalla cosmesi alla cura dell'osteoporosi, ma è pur sempre droga...».

Nel kibbutz, le dosi stanno in cassaforte: «Non c'è nessun costo per il paziente — spiega la dottoressa Sikorin —, perché il risparmio sui medicinali è grande. Questo è un grande dono della terra. E le case farmaceutiche non gradiscono...». C'è anche un problema etico: non è troppo facile zittire i

malati drogandoli? «Ah sì? E meglio farli fumare o siringarli d'insulina? Chieda a questi anziani...». Nel fumoir c'è Moshe, pittore-scrittore di 78 anni, sopravvissuto alla Shoah, convivente del Parkinson. «Tremava, straparlava...». Da sei mesi ha ripreso a disegnare con la china, legge libri.

Controlli

L'erba viene coltivata in Galilea e tenuta in cassaforte. Viene distribuita anche in farmacia sotto il controllo della polizia

«Non riuscirci nemmeno a prendere un bicchiere d'acqua», si ricorda: «Ora mi danzano le mani, le gambe, la testa! E parlo!». Sogna d'espore i quadri di questa sua nuova stagione: «Sa che mi rado da solo? Non lo facevo da anni!». Non vivrà molto, vivrà meglio: «Viva il fumo!».

Francesco Battistini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'indagine Observa

Boom della scienza cliccata sul web

di FEDERICO NERESINI*

Li 2009 ha visto un aumento, rispetto all'anno precedente, della presenza nei media di tematiche riguardanti la scienza e la tecnologia: sono infatti passati dall'11% al 13% gli articoli con un significativo contenuto tecnoscientifico pubblicati dai principali quotidiani online italiani. Nello stesso tempo, è cresciuto il numero delle persone che li legge — dal 65% al 78% — e quello di chi consulta pagine web dedicate alla scienza e alla tecnologia (dal 30% del 2009 al 50% del 2010). E' ovviamente troppo presto per poter parlare di una tendenza consolidata, ma si tratta pur sempre di un segnale interessante. Questo balzo in avanti del web si spiega solo in parte con la generale espansione della ricerca di notizie via Internet a cui stiamo assistendo. Come emerge dall'Annuario Scienza e Società 2011 di Observa, il pubblico apprezza soprattutto il contatto diretto con gli scienziati, la possibilità di interagire con loro. Non a caso, per quasi otto italiani su dieci, la fonte più credibile rispetto a questioni che coinvolgono la scienza erano lo scorso anno gli incontri pubblici con i

ricercatori, ma hanno acquisito grande importanza i blog gestiti dagli scienziati e i siti web degli istituti di ricerca (in entrambi i casi più 20% rispetto al 2008). La televisione è l'unico media che perde terreno. D'altro canto, da un lato i media si alimentano dei fatti controversi che riguardano la scienza e la tecnologia, mentre, dall'altro, ne restituiscono

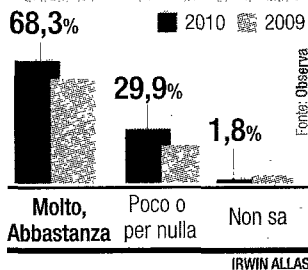
in riferimento alla conferenza di Copenaghen. L'attenzione è stata catalizzata da presunte manipolazioni di dati scientifici, dai faccia a faccia tra scienziati ambientalisti e scienziati scettici, oltre che dalle difficoltà incontrate nei negoziati. La maggior parte degli articoli ha infatti parlato del vertice di Copenaghen in termini negativi, pur non mancando quelli positivi. Il dibattito sul cambiamento climatico, al pari delle dispute sulle biotecnologie degli anni Novanta, è apparso quindi come una controversia globale in cui sono coinvolti non solo esperti e organismi internazionali, ma anche Ong, gruppi di attivisti, governi, partiti politici e imprese, oltre ai cittadini. Non può sorprendere, di conseguenza, che l'opinione pubblica nutra nei confronti della scienza un atteggiamento ambivalente: per un verso sembrano prevalere i giudizi favorevoli, ma dall'altro sono altrettanto forti quelli più critici. Così, mentre la maggior parte degli italiani pensa che la scienza e la tecnologia siano i principali responsabili del degrado ambientale (64%), per un altro 68% i benefici che esse producono sono maggiori dei possibili effetti negativi. Forse però più che di ambivalenza si tratta di un atteggiamento equilibrato, che non attribuisce alla scienza più di quello che possiamo realisticamente aspettarci.

* Università di Padova - Observa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sondaggio

Chi è d'accordo che i benefici della scienza sono maggiori degli effetti negativi



un'immagine segnata da contrasti di crescente intensità. Nel corso del 2009, per esempio, la stampa italiana si è focalizzata sul problema dei mutamenti climatici, specie



LE ULTIME FRONTIERE DELLA MALATTIA MENTALE

Schizofrenia, com'è difficile distinguere la follia dalla normalità

di MASSIMO AMMANITI

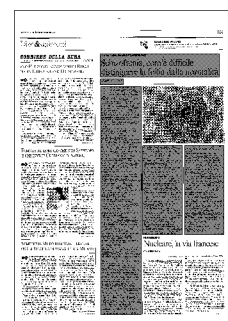
La storia del matematico John Nash, a cui fu assegnato nel 1994 il premio Nobel per i suoi studi di matematica applicata alla teoria dei giochi, ci fa vedere come genialità e schizofrenia possano convivere, anche se nei periodi in cui Nash era tormentato dalle sue idee deliranti si isolava dal mondo e aveva serie difficoltà nel proseguire i suoi studi. Nel film *Beautiful mind* che ricostruisce la storia di Nash si vedono le continue interferenze nella sua mente legate al disturbo psichico, come ad esempio idee angosciose, di essere vittima di messaggi criptati provenienti da extraterrestri che rendevano difficile la sua applicazione agli studi come anche la vita sociale.

Ancora oggi ci si chiede quale sia l'origine di questo complesso disturbo del pensiero, che riguarda circa lo 0,5-1% della popolazione. Circa un secolo fa Freud pubblicò il saggio *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia* che cercava di esplorare l'origine di questa grave patologia mentale, che sarebbe stata definita schizofrenia. Nonostante il terreno preferito da Freud fosse quello delle nevrosi, che rappresentavano una patologia meno grave, il grande Maestro ebbe «l'occasione — come lui stesso scrive — di spingere lo sguardo nelle strutture profonde della paranoia». Lo stimolo gli era stato offerto dal libro *Memorie di un malato di nervi* (Adelphi, 1974), un'autobiografia scritta dal presidente della Corte d'appello di Dresda, Daniel Paul Schreber, sulla propria malattia mentale, che aveva comportato ripetuti ricoveri in ospedale. Come racconta Freud, il giudice Schreber viveva in un mondo delirante in cui si sentiva chiamato a redimere l'umanità dopo la sua trasformazione in donna, «un dovere» a cui non si poteva sottrarre perché

era iscritto nell'Ordine del Mondo. L'interpretazione di Freud sull'origine della paranoia nella mente del giudice è esclusivamente psicologica, si sarebbe trattato di «un assalto di libido omosessuale» che il giudice Schreber provava verso il professor Flechsig, lo psichiatra che lo aveva in cura, ma dietro cui si sarebbe celata l'immagine del padre. E queste pulsioni omosessuali erano inaccettabili per la rigida moralità del giudice, anche se poi sarebbero riemerse nelle sue idee deliranti.

Con l'affermarsi della psichiatria sociale negli anni 60 vengono temporaneamente accantonati gli studi per scoprire le cause della schizofrenia e l'attenzione si sposta sulle condizioni di vita dei malati mentali, vittime di pregiudizi e discriminazioni prima all'interno della famiglia e poi a livello sociale. Anche in Italia lo psichiatra Franco Basaglia punta il dito sulle condizioni degli ospedali psichiatrici, luoghi di reclusione e non di cura dove il destino dei malati mentali è definitivamente segnato.

Tuttavia l'enigma della schizofrenia rimane irrisolto: perché durante l'adolescenza o l'età giovanile compaiono allucinazioni, disturbi deliranti e perdita di motivazione e di partecipazione alla vita sociale? Attorno alla schizofrenia vi è uno stigma ingiustificato, dal momento che la violenza non ne rappresenta un sintomo specifico e solo in misura limitatissima i malati sono autori di omicidi, a cui tuttavia i media danno un rilievo spropositato creando una falsa percezione della loro pericolosità. È indubbio che molti pregiudizi possono essere sfatati se la ricerca in questo campo può far luce nel mondo della schizofrenia e aiutarci a comprendere l'esperienza complessa e contraddittoria di chi va incontro a questo disturbo. Nonostante l'avvento di nuovi metodi di indagine, come ad esempio le tecniche di visualizzazione del cervello, la schizofrenia rimane ancora



oggi una sfida per i clinici e per i ricercatori. Uno degli ultimi fascicoli della prestigiosa rivista scientifica *Nature*, dedicato a questo tema, ha un titolo emblematico «Combating schizophrenia» (Combattendo la schizofrenia) che mette in luce le scoraggianti complessità della ricerca in questo campo.

E quali sono le nuove scoperte della ricerca nel campo della schizofrenia? Un dato sottolineato da clinici e ricercatori è il fatto che questo disturbo compare perlopiù durante l'adolescenza, anche se non è facile riconoscerlo, perché i profondi cambiamenti cognitivi, emotivi e comportamentali che compaiono in questo periodo possono mascherare l'insorgere di questo disturbo che si manifesta inizialmente con una crisi di identità. Vale la pena ricordare che i cambiamenti in adolescenza riguardano anche il cervello che va incontro ad una maturazione con una potatura di alcuni circuiti cerebrali, per cui quelli meno usati vengono tagliati via mentre i circuiti più usati si rafforzano ed acquisiscono maggiore funzionalità. Fra i ricercatori sta emergendo l'ipotesi che questo processo di rimodellamento del cervello non risponda, negli adolescenti che svilupperanno la schizofrenia, ad un piano coordinato e funzionale ma avvenga in modo irregolare e contraddittorio. Non è molto diverso da quanto viene sostenuto dallo psichiatra americano Robert Freedman nel suo libro *The madness within us* (La pazzia dentro di noi; Oxford University Press, 2010, pp. 198). Per Freedman la schizofrenia sarebbe legata a un'incapacità a regolare sul piano cerebrale l'attenzione, ad esempio indirizzare il focus dell'interesse per una persona oppure per un oggetto o una pagina di un libro, ignorando gli altri stimoli ritenuti non rilevanti. Le persone affette da questo disturbo sono catturate da ogni stimolo dell'ambiente e l'unico modo per difendersi dal bombardamento di stimoli è quello di isolarsi e non rispondere a quello che

succede intorno oppure di inserire questi stimoli nelle allucinazioni e nei pensieri deliranti.

Questo è ben documentato nel film *Beautiful mind* in cui John Nash, non riesce a concentrarsi sui problemi matematici perché ostacolato da immagini visive di persone non presenti, che probabilmente condensavano la molteplicità di stimoli a cui era sottoposto. Non si tratta solo di una teoria che riguarda il cervello, è anche psicologica, perché alcuni sintomi tipici della schizofrenia possono rappresentare una strategia per difendersi da una tensione insopportabile, come può succedere ad ognuno di noi quando ci si allontana dalla realtà rifugiandosi nelle proprie fantasie. Si tratterebbe di una vulnerabilità genetica complessa, che nella forma più completa si esprime nella schizofrenia, ma che può comparire in forme anche parziali contribuendo alla grande varietà del funzionamento mentale, che rende le interazioni umane più ricche e contraddittorie rispetto alla vita sociale di altre specie. Forse è proprio quest'ultima considerazione che ha spinto Freedman a intitolare il suo libro *La pazzia dentro di noi*, essendo difficile distinguere nettamente la follia dalla normalità, come nel romanzo *Fratelli* di Carmelo Samonà ripubblicato recentemente da Sellerio in cui il fratello normale e quello malato si inseguono e si rispecchiano vicendevolmente: «La nostra storia è tutta in queste violazioni di territorio, che si susseguono da una parte e dall'altra sino a confondere i nomi e i volti».

La protesta Il 28 e 29 marzo niente certificati digitali

Due giorni di sciopero online per i medici di famiglia

In Lombardia i certificati di malattia online raggiungono ormai quota un milione e 700 mila, il numero più alto in Italia: ma le polemiche non sono ancora finite. I medici di famiglia che aderiscono al sindacato Snam iudicano uno «sciopero digitale» per il 28 e il 29 marzo. «Il sistema informativo sociosanitario di Lombardia Informatica non funziona (Siss) — denuncia Roberto Carlo Rossi, presidente dello Snam lombardo —. Il tutto penalizza i cittadini, che devono aspettare un certificato di malattia anche 20 minuti». Di qui la decisione di astenersi per due giorni dall'uso del Siss: «Ed è solo l'inizio — incalza Rossi —. Se i problemi non saranno risolti siamo pronti a sospendere l'uso ad oltranza».

Il decreto del ministro Renato Brunetta che prevede l'invio telematico dei fogli malattia all'Inps entra in vigore

lo scorso 18 giugno. Le sanzioni sono attive, invece, dal 1° febbraio. Per i medici di famiglia che non raggiungono l'80% di certificati spediti online il rischio è di vedersi detrarre 400 euro al mese dalla busta paga. È la stima dello Snam calcolata sui rimborsi per l'uso del Siss e sulla trattenuta prevista dell'1,15% sullo stipendio. «Non possono rimetterci i medici per inefficienze altrui», ribadisce Rossi.

La decisione di indire lo sciopero digitale è di ieri. Lunedì. Non è un caso. È proprio l'inizio della settimana, infatti, il momento più diffi-

Denuncia dello Snam

«Il sistema non funziona, così i cittadini devono aspettare un certificato anche 20 minuti»

le per inviare i fogli di malattia con il Siss. Con 400 mila cittadini lombardi che si recano negli ambulatori, il 90% dei medici di famiglia lamenta blocchi del sistema informatico. È il risultato di un sondaggio del sindacato Fimmg che ammette: «Soprattutto il lunedì è impossibile trasmettere i fogli di malattia. Così siamo costretti a ricorrere alla certificazione cartacea per evitare inutili attese agli assistiti». Al momento, però, la Fimmg non prevede forme di protesta. «I vertici dell'assessorato alla Sanità ci hanno rassicurato — spiega Fiorenzo Corti, segretario regionale Fimmg della Lombardia —. In caso di problemi del sistema informatico non ci saranno sanzioni». Tutti, comunque, sono d'accordo su un punto: il Siss s'inceppa ancora troppo spesso.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TUMORE AL SENO, CIÒ CHE NON SAPPIAMO (E CHE INVECE CREDIAMO DI SAPERE)

 Pensavamo che il tumore al seno fosse una malattia arcinota, che ormai le donne conoscessero bene i fattori di rischio, che le cure fossero accessibili a tutti, senza problemi. Non è così. Un'indagine, promossa da Europa Donna (l'associazione che riunisce le persone operate al seno, presieduta da Rossana D'Antona) e presentata a Milano, parla chiaro: gli italiani (uomini e donne) sono convinti, per esempio, che il fumo abbia un ruolo determinante nella nascita di questo tumore e, invece, sono più importanti l'obesità, la sedentarietà o l'aver figli in età avanzata. Ancora: otto su dieci ritengono che è indispensabile avere «fortuna» per essere curati bene (meglio ammalarsi al Nord che al Sud) e molti non saprebbero come muoversi di fronte a una diagnosi di malattia. Sconsolante. Tutto questo significa che le campagne di informazione non hanno raggiunto appieno gli obiettivi (anche se l'Italia rimane uno dei Paesi dove questa malattia è curata meglio), che non sempre le strutture dove si fanno gli screening mammografici sono preparate a gestire i casi positivi, che le istituzioni nazionali (è ancora un risultato



dell'indagine) non si impegnano a sufficienza. Stupisce anche un altro dato: dei 40 mila nuovi casi di tumore al seno registrati ogni anno in Italia, soltanto 6 mila vengono intercettati con lo screening mammografico (lo screening è un'indagine «offerta» alla popolazione femminile, generalmente dalle Regioni, su chiamata); gli altri sono identificati da esami che una donna esegue spontaneamente o su suggerimento del suo medico.

Ecco allora una prima considerazione: forse i programmi di screening andrebbero rivisti, perché richiedono un grande sforzo, anche economico, e non sembrano portare a grandi risultati. Secondo: un migliore dialogo fra medici, ricercatori, associazioni

di pazienti e istituzioni potrebbe stimolare la nascita di *Breast Unit*, strutture multidisciplinari «certificate» dove una donna è seguita da quando si sospetta un tumore, fino a quando (e i casi stanno aumentando) non è guarita. Anche perché l'Unione Europea dice che un centro, per curare bene, deve gestire, all'anno, almeno 150 malate di tumore al seno.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cure integrate, la mini rivoluzione

Omeopatia & Co.

Inaugurato a Pitigliano il primo ospedale italiano mentre si diffondono ambulatori che affrontano patologie più o meno gravi affiancando il medico tradizionale con agopuntore, omeopata o fitoterapista. **Tutte le novità da Palermo a Bologna**

VALERIA PINI

In gravidanza, nella cura delle malattie dell'apparato respiratorio, nelle terapie del dolore o per smettere di fumare. La medicina complementare si affianca sempre più spesso a quella tradizionale. Ora in Toscana, a Pitigliano, è nato il primo ospedale di medicina integrata in Italia. «Nei reparti, accanto al medico tradizionale, lavorano agopuntore, omeopata o fitoterapista. È un nuovo approccio per la cura di importanti patologie o per contrastarne gli effetti. Inoltre, una volta dimessi, i pazienti sono seguiti dagli specialisti anche negli ambulatori», spiega Cristina Buriani, responsabile dello staff direzione aziendale della Asl9 della Provincia. «Per la prima volta in Europa nei reparti si studia un nuovo modello di cura. Dopo un ictus, ad esempio, si può applicare il protocollo di medicina tradizionale, insieme alle risorse che offre l'omeopatia o l'agopun-

Dalla ginecologia all'oncologia le possibilità e le opzioni per i pazienti

tura — dice Simonetta Bernardini, a capo del progetto — Nell'ospedale c'è un centro di oncologia integrata, dove curare sintomi come la stanchezza o il vomito, dopo la chemioterapia. Tutto questo è monitorato da un comitato scientifico internazionale». (info 0564483500)

C'è chi le chiama complemen-

tari o non convenzionali. Comunque sia in Italia ricorre a queste cure tra il 18% e il 23% della popolazione. Per fare chiarezza su una disciplina che attrae sempre di più, a Palermo l'Aiot (Associazione medica italiana di omeopatia) ha diffuso un opuscolo nelle farmacie. Sempre l'Aiot, in occasione della Giornata internazionale della medicina omeopatica, l'11 aprile, aprirà le porte per un check-up gratuito (Per informazioni 800385014).

Crescono intanto gli ambulatori che offrono servizi di medicina complementare. A partire dal mese di aprile, la Fondazione Ant Italia Onlus offrirà agli assistiti della provincia di Bologna la possibilità di usufruire gratuitamente di trattamenti di agopuntura come supporto alle tradizionali terapie on-

cologiche. All'ospedale Luigi Sacco di Milano, il trattamento omeopatico viene utilizzato ai pazienti con patologie intestinali. «Nell'ambulatorio di medicina cinese Fior di Prugna di Firenze si utilizza l'agopuntura nei dolori, nei problemi ginecologici e i disturbi psichici — dice Sonia Baccetti, responsabile del centro e a capo della Rete Toscana di Medicina inte-

grata — Ma questa tecnica, associata all'omeopatia è utilizzata anche per trattare gli effetti avversi della terapia oncologica e nella promozione del parto». Con l'auricoloterapia, agopuntura auricolare, si combattono inoltre insonnia e dipendenze. A Torino il servizio di agopuntura in ginecologia del Sant'Anna è specializzato nelle cefalee e nei disturbi in gravi-

danza. «L'agopuntura è efficace per il rivolgimento fetale — dice Giovanni Battista Allais, responsabile del servizio — ma anche nei casi di disturbi del ciclo o in menopausa». Secondo una recente ricerca dell'Università di Torino e di Modena, pubblicato sul *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, tra l'altro l'agopuntura ha effetti positivi sulla

produzione di latte nelle puerpere. «Abbiamo trattato pazienti che avevano difficoltà ad allattare spontaneamente — spiega Allais, che ha partecipato allo studio —. Un primo gruppo di pazienti è stato curato con l'agopuntura, mentre il secondo senza. Alla fine fra quelle del primo abbiamo avuto il 38% risultati positivi in più».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**LA
SCHEDA****I NUMERI**

Gli italiani che fanno uso di medicine non convenzionali sono pari al 18,5% della popolazione, 11.100.000 persone (stima Eurispes in base ad un sondaggio del 2010)

**LE TERAPIE**

La più diffusa tra le complementari è l'omeopatia (7%), seguita da osteopatia e chiropratica (6,4%), fitoterapia (3,7%) agopuntura (1,8%) (dati Istat)

**IL BOOM**

Nel nostro paese negli ultimi 15 anni, il numero di pazienti che si affida all'omeopatia è cresciuto del 65 per cento (rapporto Eurispes del 2010)

**LA DIFFUSIONE**

Le Mnc sono più diffuse nel Nord (21,9% nel Nordest e 17,9% nel Nordovest); nel Sud invece solo il 5,4% (stime Eurispes 2010)

**LA GIORNATA**

Nella giornata della medicina omeopatica, l'11 aprile, l'Aiot (omotossicologia) aprirà le porte degli studi per check-up gratuiti (800385014)

Cronicità

SENO, HIV, REUMATISMI MAGGIORE PREVENZIONE

Dieci proposte alle istituzioni per non abbassare l'attenzione sulle tre principali malattie cronico-degenerative nel nostro paese: tumore mammario, patologie reumatiche, Hiv/Aids. A presentarle, in un documento approvato all'unanimità, Antonio Tomassini (presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato)

I punti salienti: riavviare campagne di informazione, incentivare studi di economia sanitaria, monitorare i consumi dei farmaci, allargare le età degli screening, favorire lo sviluppo di nuove molecole e affrontare il tema della medicina di genere. Le malattie croniche negli ultimi dieci anni sono aumentate del 50 per cento (mp. s.)


Oncoepatia & Co.
 L'azienda italiana che ha inventato il primo integratore alimentare a base di estratti vegetali per la prevenzione e il trattamento delle malattie oncologiche.


Cure integrate, la mini rivoluzione


INTEGRALE DI OLEAVITIN
Oncoepatia & Co.

**SANITÀ
AL BIVIO**

L'agitazione iniziata oggi
verrà replicata dal 9 al 14
maggio. Sul sito della
Consociazione Nazionale

che riunisce le associazioni
di categoria è possibile
sottoscrivere un
comunicato di denuncia

Protesta degli infermieri: senza di noi niente futuro

Sironi (Cnai): assistenza domiciliare in alto mare

il fatto

Mentre negli ospedali cresce il numero di operatori non professionali e i tempi di ricovero si riducono, restano i problemi dei pazienti che una volta dimessi avrebbero bisogno di servizi di vicinanza territoriale tuttora carenti

Fino a domenica sul taschino dei camici uno slogan per far conoscere ai cittadini l'importanza di un lavoro che si ritiene non valorizzato a sufficienza. «Ci sono potenzialità sprecate»

DA MILANO NICOLETTA MARTINELLI

Sono come un fiume carsico che scorre sotterraneo: c'è sempre ma lo si nota solo quando - e se - emerge, quando sale alla ribalta per un breve tratto. L'invisibilità è il destino degli infermieri e della loro professione, relegati al mondo dell'indistinto dal ruolo gregario che da sempre viene loro attribuito, condannati a non avere a livello sociale la stima che meriterebbero: tutti ricordano il nome del medico che li ha curati, chi sa elencare quelli degli infermieri che lo accudivano in reparto? Eppure sono questi professionisti - da anni, il lavoro richiede una laurea - che rendono accettabile la vita del paziente ospedalizzato, che lo accudiscono nei bisogni quotidiani mettendo le loro mani al servizio di chi è incapace di compiere gesti banali in salute ma inarrivabili nella malattia. Gli infermieri con passione e compassione sono a fianco del malato: non lo curano, se ne prendono cura. Confinati a fare da spal-

la ai medici - laureati ben più illustri nell'immaginario collettivo - dovrebbero esserne a tutti gli effetti partner alla pari, nel rispetto delle competenze di ciascuno. Non è così. Anzi, le cose sono andate via via peggiorando nel corso degli ultimi anni: per rispondere all'ormai cronica carenza di infermieri, le amministrazioni ospedaliere hanno introdotto nelle corsie figure non professionali - operatori socio-sanitari e operatori tecnico-assistenziali, spesso con istruzioni disomogenee - che non sono in grado di rispondere ai complessi bisogni dei pazienti. Perché non sono infermieri ma - basta un camice bianco - come tali vengono percepiti dagli utenti. E la confusione impera.

Ma «Senza infermieri non c'è futuro»: se la appunteranno sul petto la protesta - gli infermieri - e sfoggeranno sul taschino per tutta la settimana, fino al 20 marzo (e, poi, dal 9 al 14 maggio), un cartellino con una frase che ha la sintesi dello slogan e la forza della verità. La mobilitazione parte dal Cnai, la Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri, che invita a partecipare tutti gli infermieri ma anche i cittadini e le loro associazioni, le associazioni del volontariato e tutte le Ong e le Onlus coinvolte nei servizi alla persona. Sul sito del Cnai (www.cnai.info) si possono stampare il cartellino e locandine da esporre ma anche sottoscrivere un comunicato di denuncia.

In pratica, il fiume carsico ha deciso di emergere e lo fa protestando ma anche - e soprattutto - proponendo: «Gli infermieri possono fare realmente la differenza nella vita delle persone, in ospedale cer-

tamente ma anche e soprattutto fuori dalle corsie, sul territorio. Il nostro scopo è informare i cittadini - spiega Cecilia Sironi, consigliera nazionale del Cnai - non solo su chi sono e che cosa fanno gli infermieri che operano ogni giorno nelle strutture sanitarie pubbliche e private del nostro Paese ma anche e soprattutto cosa potrebbero fare e non viene consentito loro di farlo».

I temi sul tavolo sono parecchi: «La popolazione sta invecchiando a vista d'occhio e la percentuale di anziani in Italia è destinata a una crescita continua - spiega Sironi - con un conseguente aumento delle persone affette da patologie multiple, della prevalenza di malattie croniche. Ma queste caratteristiche di anzianità e cronicità richiederebbero innanzitutto interventi di assistenza infermieristica domiciliare. Al contrario, la scelta cade quasi sempre sull'ospedalizzazione». E qui il serpente comincia a mordersi la coda... «La necessità di controllare i costi - prosegue l'infermiera, trent'anni di professione alle spalle - riduce i tempi di ricovero e si finisce per dimettere persone con un elevato numero di problemi che richiederebbero un'assistenza specializzata». Ma un problema considerato troppo lieve per un ricovero non è mai altrettanto lieve per chi lo vive sulla propria pelle: l'incontinenza o le lesioni da



decubito, una ridotta mobilità ti cambiano la vita. «La necessità di percorrere la strada della dimissione precoce dovrebbe spingere a organizzare servizi di vicinanza territoriale ai cittadini. Da anni - prosegue Cecilia Sironi - si parla di medicina di comunità, di infermiere di famiglia, di assistenza domiciliare ma i servizi effettivamente presenti e funzionanti risultano assolutamente disomogenei sul territorio nazionale. In certe zone sono previsti, in altre totalmente sconosciuti. Alcuni sono efficienti, altri carenti».

È innegabile la fiducia che gli infermieri sanno suscitare nei confronti dei tanti cittadini che si trovano a dover ricorrere al servizio sanitario in qualche momento - prima o poi tocca a tutti... - della loro vita. A questa fiducia adesso fanno appello gli infermieri: «Vogliamo che tutti siano consapevoli dei rischi a cui andiamo incontro. Noi siamo parte della soluzione del problema - conclude Sironi - perché gli infermieri possono realmente fare la differenza nella vita delle persone».

IL RAPPORTO

Secondo i calcoli Ocse mancano almeno 100mila professionisti

MILANO. L'ultimo rapporto Ocse conferma che nel nostro Paese prosegue il sottodimensionamento degli infermieri: mancano all'appello tra i centomila e i centodiecimila professionisti perché l'Italia possa considerarsi in linea con gli altri Paesi occidentali. I dati pubblicati sul sito dell'Ocse ci vedono ancora agli ultimi posti nella classifica, seguiti da Slovacchia, Ungheria, Polonia, Portogallo. In compenso continua a crescere il numero dei medici, loro sì in sovrappiù: per riequilibrare il rapporto medici/infermieri e portarlo a livello della media degli altri Paesi membri dell'Ocse, in Italia ci dovrebbero essere tre infermieri per ogni medico. Invece non ce ne sono neppure due (la media è 1,9). La professione non riesce ad attirare i giovani anche se in tempi in cui la crisi economica si fa sentire e le assunzioni crollano in picchiata, il settore resta l'unico a garantire un lavoro sicuro subito dopo la laurea. Le facoltà di Infermieristica fanno il pieno di iscrizioni e ci sono persino molti più candidati che posti a disposizione ma si tratta spesso di una seconda o di una terza scelta, un ripiego per non restare senza un posto nel caso non si passassero le selezioni nella facoltà d'elezione. Tra chi frequenta i corsi - i dati arrivano dalla Federazione Ipasvi, la Federazione dei Collegi degli infermieri - meno di due studenti su tre arrivano alla laurea: il tasso di conseguimento è stimato non superiore al 62-65%. A questi ritmi bisognerebbe aspettare il 2022 per vedere il colmato il gap con gli altri Paesi occidentali. **(N.M.)**

«Uno in ogni farmacia come negli Usa»

le proposte

In Italia è più semplice venir ricoverati per un trapianto di fegato che trovare chi possa curare una piaga da decubito andando a casa del malato. E poi c'è la prevenzione

DA MILANO

Il 2 ottobre 2009 un decreto legislativo licenziato dal Consiglio dei ministri puntava a trasformare le farmacie in presidi sanitari e centri di primo soccorso - dove si sarebbero potuti, tra l'altro, prenotare esami diagnostici e ritirare i referti, che avrebbero dovuto impegnarsi in servizi di educazione sanitaria e in campagne di prevenzione - con la presenza fissa di un infermiere destinato alle attività al domicilio del paziente, che avrebbe operato solo sulla base delle prescrizioni di un medico. Un progetto che in Italia non è mai andato in porto ma che negli Stati Uniti è da anni una realtà. Che funziona: «Le

grandi catene di farmacie statunitensi - spiega Cecilia Sironi, consigliera del Cnai, la Consociazione nazionale delle associazioni infermieri - prevedono la presenza dell'infermiere che si occupa di fare la diagnosi per le patologie più comuni e prescrive i farmaci che vengono consegnati subito al paziente. Anche in Italia si rivelerebbero cruciali». Soprattutto, sarebbero fondamentali per gli anziani, di cui il nostro Paese è sempre più popolato: «L'anziano non è malato ma prende tante medicine e spesso non le assume correttamente. Il pronto soccorso sono pieni di persone che hanno sbagliato le dosi, gli orari, le associazioni dei farmaci. A loro basterebbe qualcuno che

li seguisse con costanza. Ma un sopralluogo domiciliare - prosegue Sironi - sarebbe fondamentale anche per stabilire la vivibilità dell'ambiente. L'infermiere saprebbe consigliare piccoli accorgimenti che cambiano la vita. Trasformare la vasca in una doccia con il sedile, rialzare il sedile del water, aggiungere maniglioni al muro per camminare senza difficoltà, togliere i tappeti, indicare gli strumenti adatti per facilitare alcune operazioni. Per un anziano con poca mobilità anche infilarsi le calze diventa un problema. E si sforza senza sapere che esistono presidi pensati proprio per questa manovra». Convincere chi fatica a camminare a usare il deambulatore almeno in casa, può evitare la frattura de

femore. Risparmiando tanto dolore all'interessato e spese consistenti alla sanità. La vecchiaia - insegnava Seneca - è una malattia incurabile. Ma - giocoforza - le persone anziane necessitano di cure e accudimento e in un Paese come l'Italia che invecchia a vista d'occhio le esigenze di una popolazione sempre più avanti con gli anni rischiano di diventare un'emergenza. Le politiche sanitarie hanno ormai da tempo attribuito agli ospedali la gestione della sola fase acuta della malattia, con il risultato che, paradossalmente, in Italia è più semplice venir ricoverati per un trapianto di fegato che trovare chi possa curare una piaga da decubito a domicilio. «La figura dell'infermiere di distretto o dell'infermiere di famiglia potrebbe venir utilmente impiegata negli interventi mirati ma anche nella prevenzione, nell'educazione alla salute e in quella alimentare. E nel caso dei malati terminali consentirebbero di curare a casa persone destinate a morire male in ospedale, sostenendo al contempo la famiglia ed aiutandola nell'elaborazione del lutto. Le Regioni - conclude Sironi - dovrebbero indicare agli organizzatori dei master quali specializzazioni servono in base alle esigenze dei cittadini e del territorio».

Nicoletta Martinelli



«Il mio biotestamento»

Dopo tanto parlare, dopo tanti infuocati dibattiti e scontri. E soprattutto dopo Eluana Englaro è venuto spontaneo chiedersi: ma io come lo scriverei il mio biotestamento? Una domanda difficile, scomoda che ci piacerebbe mettere da parte, ma che una volta approvata la legge sulle «Dichiarazioni anticipate di trattamento» non sarà più facilmente evitabile. Questa domanda l'abbiamo provata a rivolgere a chi in prima persona si occupa di Sanità, medicina e di cure di fine vita. Ma anche a chi, in Parlamento, ne discute difendendo spesso con convinzione e determinazione le proprie posizioni. Non tutti ci

hanno risposto. Diversi, tra politici e uomini della Sanità, ci hanno detto di no: chi per questioni di opportunità e chi per rispettabilissime motivazioni personali magari velate da qualche scaramanzia. Il risultato di quelli che sono arrivati è comunque molto interessante. Si tratta di un piccolo esperimento, i veri biotestamenti sono e saranno di altro tipo con forme e solennità diverse. Ma dopo la lettura di queste prime prove di «Dat» un tema così difficile e ostico diventa subito più chiaro e comprensibile. (mar.b.)

A PAG. 14-15

Le «Dichiarazioni anticipate di trattamento» di alcuni protagonisti del dibattito sul fine vita

Biotestamento, io lo scrivo così

Prove di «Dat» tra fiducia al medico, sostegni vitali e cure palliative

Dopo tanto parlare, dopo tanti infuocati dibattiti e scontri tra presunti partiti della vita e della morte. E soprattutto dopo Eluana Englaro è venuto spontaneo chiedersi: ma io come lo scriverei il mio biotestamento? Una domanda difficile, scomoda che ci piacerebbe mettere da parte, ma che una volta approvata la legge sulle «Dichiarazioni anticipate di trattamento» (se sarà approvata perché questo ancora non è sicuro) non sarà più facilmente evitabile. Questa domanda l'ab-

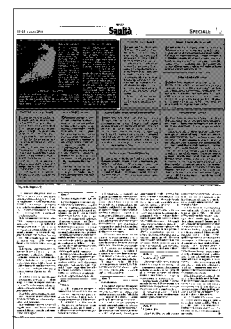
biamo provata a rivolgere a chi in prima persona si occupa di Sanità, medicina e di temi vicini a questo terreno minato delle cure di fine vita. Ma anche a chi, in Parlamento, ne discute difendendo spesso con convinzione e determinazione le proprie posizioni. Ci hanno risposto in quattordici. Diversi, tra politici e uomini della Sanità, ci hanno detto di no: chi per questioni di opportunità e chi per rispettabilissime motivazioni personali magari velate da qualche scaramanzia. Il risultato di quelli

che sono arrivati, dopo la nostra sollecitazione, è comunque molto interessante. Non solo per la pura curiosità di sapere cosa ha deciso "tizio o caio". Ma perché in poche righe così dense e importanti nelle quali si decidono questioni cruciali come le terapie che si accettano o quelle che si rifiutano, se "staccare la spina" o rimanere idratati e alimentati da un sondino, si capisce in quali valori e principi si crede. Si tratta di un piccolo esperimento, i veri biotestamenti sono e saranno di altro tipo con

forme e solennità diverse. Ma dopo la lettura di queste prime prove di «Dichiarazioni anticipate di trattamento» un tema così difficile e ostico diventa subito più chiaro e comprensibile. La parola poi spetta al Parlamento, e in particolare alla Camera che dopo aver finito la scorsa settimana la discussione generale, voterà ad aprile.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovanni Zaninetta (Presidente Società italiana cure palliative)

Amo la vita e ho imparato che la morte ne fa parte: se arriverà improvvisa cercherò di essere pronto, se sarà attesa cercherò di prepararmi, se in questa attesa diventassi incapace di decidere, mi affido alle persone che amo e che mi amano, perché si facciano carico del mio vivere ultimo, senza ostinazioni e senza abbandoni. Credo che nessuno viva solo per sé: sono certo che le persone con cui e per cui avrò vissuto sapranno rispettare la mia biografia e la mia finitezza. Ho fiducia nella medicina, non sempre nella sensibilità etica di chi la pratica: nel caso fossi incapace di decidere, invito i miei colleghi a riflettere non solo su cosa fanno ma anche su chi è il soggetto del loro fare, non un caso clinico ma una persona che, anche se fragile, si aspetta attenzione e condivisione di una comune umana natura.

Massimo Cozza (Fp Cglt medici)

Io sottoscritto Massimo Cozza, chiedo, in caso di malattia allo stato terminale o di malattia o di gravi lesioni cerebrali, irreversibili e invalidanti tali da impedirmi una normale vita di relazione, di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico a esclusione di quelli atti ad alleviare le mie sofferenze. Chiedo inoltre, nei casi sopra menzionati, di non essere costretto a qualsiasi forma di idratazione o nutrizione artificiale. Ai fini dell'attuazione delle mie volontà sopra espresse nomino mia moglie Marilena come rappresentante fiduciario.

Riccardo Cassi (Cimo Asmd)

Io sottoscritto Riccardo Cassi, nel caso in cui dovessi essere privo della possibilità di decidere autonomamente, desidero che mi vengano assicurate tutte le cure disponibili, alla luce dei progressi fatti dalla medicina. Nomino come fiduciari mia moglie Annabrana e i miei figli Paola e Francesco. Essi in caso di mia malattia in fase terminale senza possibilità di guarigione, o lesione cerebrale irreversibile nell'impossibilità che io sottoscritto possa prendere autonome decisioni, decideranno d'accordo con i medici che mi avranno in cura, ai quali fin da ora esprimo la mia piena fiducia, il trattamento terapeutico che riterranno più opportuno, evitando sia l'accanimento terapeutico, che l'eutanasia.

Angelo Testa (Snami)

Io sottoscritto Angelo Testa, nel pieno possesso delle mie facoltà mentali chiedo che la mia fine non sia affrettata in alcun modo e che mi siano sempre prestate le cure adeguate. Qualora io divenga incapace di intendere e di volere in modo permanente e fossi affetto da una malattia allo stadio terminale o da una malattia o lesione cerebrale invalidante e irreversibile mi affido, per ogni eventuale decisione sulla scelta delle terapie, al medico curante. Voglio essere sottoposto a interventi di sostegno vitale quali alimentazione, idratazione e ventilazione artificiale. Nomino fiduciari i miei genitori, perché possano, in alleanza con il medico, scegliere per il mio bene. Al momento della mia morte voglio l'assistenza religiosa. Resta inteso che questa mia dichiarazione di volontà, purché mi trovi nella pienezza delle facoltà mentali e fisiche, potrà essere da me revocata e modificata in ogni momento.

Salvo Cali (Sindacato medici italiani)

Affido alla cura dei miei familiari, mia moglie Patrizia e dei miei figli, Dario e Lucrezia, confortati dal giudizio clinico del caro amico medico di famiglia, la decisione di sospendere, in caso di malattia terminale o danno cerebrale senza possibilità di guarigione, qualsiasi trattamento tendente a mantenere funzioni vitali meramente vegetative. Lascio questa decisione alla sensibilità della mia famiglia che è a conoscenza della mia storia e dei miei desideri, qualora non fossi in grado di decidere autonomamente. Tanto i miei familiari quanto il mio medico di famiglia sanno perfettamente che non accetterei nessuna interferenza su questa decisione a essi delegata.

Armando Masucci (Uil medici)

Io sottoscritto, Armando Masucci, nel pieno delle mie facoltà mentali e in totale libertà nomino il mio medico curante come fiduciario, in qualità di garante della mia volontà. In caso di malattia o lesione cerebrale irreversibile e invalidante, o di malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico né a idratazione e alimentazione forzate in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente.

Pietro Forestieri (Collegio chirurghi)

Io sottoscritto Pietro Forestieri, nel pieno delle mie facoltà mentali e in completa, informata e consapevole libertà di scelta, chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico o di sostegno che prolunghi artificialmente la mia vita nel caso in cui sia affetto da una patologia invalidante e irreversibile che mi impedisca di manifestare direttamente il mio indispensabile consenso e il mio esplicito dissenso.

Delego, per il rispetto delle mie volontà, mia moglie e le mie figlie. Nel caso in cui dovessero intervenire delle scoperte scientifiche a oggi impensabili, delego le suddette, insieme con i miei medici curanti, a valutare la possibilità di iniziare o proseguire un trattamento terapeutico e di sostegno purché vi sia una ragionevole possibilità di cura e purché sia rispettata la dignità della mia morte, alla quale tengo altrettanto, se non di più, che a quella della mia vita.

Maurizio Mori (Consulta bioetica)

Pienamente consapevole e capace di decidere, io, Maurizio Mori, dispongo che, ove perdessi la capacità decisionale e non potessi recuperare condizioni tali da consentirmi una vita adeguata, sia sospeso ogni forma di sostegno vitale, e che ove entrassi in stato vegetativo permanente le mie vestigia corporali siano usate per esperimenti scientifici, evitando sofferenze animali.

Dispongo che Mariella I., che conosce bene i miei piani di vita, decida al mio posto sulle varie questioni e provveda a garantire il rispetto puntuale della mia volontà.

Ove Mariella per qualsiasi ragione non potesse assolvere il compito nomino l'amico Mario R. con cui ho lungamente discusso la questione.

Alberto Zanella (Associazione medici cattolici italiani)

Io sottoscritto Alberto Zanella, nel pieno della mia consapevolezza esprimo il desiderio che nel caso mi trovassi nella impossibilità di decidere autonomamente, mi vengano prestati i supporti terapeutici essenziali quali idratazione e alimentazione ritenendo la vita un dono di Dio da conservare nel rispetto della dignità della persona, evitando misure terapeutiche inutili o sproporzionate. Nomino come fiduciario mia moglie Maria Bruna o, in alternativa, i miei figli Emilio, Lucia e Guido che decideranno per il meglio confidando nella professionalità e sensibilità dei colleghi curanti e provvederanno a che mi venga amministrato il sacramento degli infermi. (Vicepresidente Amci Milano)

Silvio Garattini (Direttore istituto Mario Negri)

Io sottoscritto Silvio Garattini, nel pieno delle mie facoltà mentali e in totale libertà, nomino mia moglie Anny e in sua indisponibilità mio figlio Enrico come fiduciari. In caso di malattia terminale o di lesione cerebrale irreversibile, non potendo prendere autonome decisioni, chiedo di non essere sottoposto ad accanimento terapeutico a meno che ciò non avvenga per ragioni di ricerca scientifica.

Paola Binetti (Udc - Camera)

Io, Paola Binetti, faccio le mie dichiarazioni anticipate di trattamento serenamente, pienamente consapevole che verranno interpretate ed eseguite nel rispetto dei valori e delle convinzioni che hanno sempre animato la mia vita.

Desidero che, alla luce dei progressi fatti dalla scienza in quel momento, mi vengano assicurate tutte le cure disponibili nel caso in cui dovessi essere priva dalla possibilità di decidere autonomamente, senza creare però situazioni di inutile accanimento terapeutico. Nomino come fiduciario mia sorella Stefania, ricordandole che considero la vita un dono prezioso da custodire con il massimo rispetto, per cui non vorrei che si facesse nulla per accorciarla, anche nel caso che potesse sembrare ormai del tutto priva di senso e di significato. Nel momento in cui apparirà chiaramente che è giunto il momento di morire vorrei ricevere il sacramento degli infermi e vorrei che mia sorella valutasse la possibilità e l'opportunità di una mia donazione degli organi. Desidero inoltre che nella misura del possibile Lei, come mio fiduciario, scelga tra i miei numerosi amici medici quelli che si prenderanno cura di me fino al termine della mia vita.

Emma Bonino (Pd - Senato)

Io sottoscritta Emma Bonino, nata il 9 marzo 1948 a Bra (Cn), nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo che in caso di malattia allo stadio terminale, o di lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o di malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza considerata irreversibile dai medici: siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita; non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica né essere idratata o nutrita artificialmente.

Nomino mia fiduciaria Domenica Bonino, o, se non fosse in grado di esercitare la sua funzione, Giovanni Bonino.

Gaetano Quagliariello (Pdl - Senato)

Io sottoscritto Gaetano Quagliariello desidero che se dovessi trovarmi in stato di incoscienza mi siano assicurati i sostegni vitali e le cure che la scienza dei medici e l'affetto dei miei cari riterranno in quel momento adeguati. Nomino mio fiduciario Raffaele Calabrò, perché mi fido della sua esperienza di medico e di uomo, e perché il dialogo avuto con lui sul significato della vita potrà consentirgli di interpretare la mia volontà anche se io non dovessi essere in grado di esprimerla.

Raffaele Calabrò (Pdl - Senato)

Io, Raffaele Calabrò, nomino come fiduciaria mia moglie Giovanna da oltre trent'anni al mio fianco. Sono tranquillo e certo che saprà interpretare a pieno le mie dichiarazioni di volontà. Chiedo che mi siano applicate tutte le cure messe a disposizione dalla scienza e dalla medicina qualora mi trovassi in stato di incoscienza, con la totale fiducia nei confronti dei colleghi medici, che sanno quando desistere per non sconfinare nell'accanimento terapeutico. Metto a disposizione il mio corpo per la somministrazione di cure sperimentali, nella speranza che altri pazienti possano trarne beneficio.

**CONTENUTI E PALETTI**

Il cittadino può esprimere il proprio orientamento su terapie e trattamenti di fine vita in previsione di una perdita della propria capacità di intendere e volere. Ma non può inserire indicazioni finalizzate all'eutanasia. L'alimentazione e l'idratazione artificiali sono forme di sostegno vitale e non possono mai essere sospese, se non in casi eccezionali

IL MEDICO NON È VINCOLATO

Le Dichiarazioni anticipate di trattamento non sono vincolanti per il medico. Le volontà espresse dal paziente sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno

IL RUOLO DEL FIDUCIARIO

Nella Dat il dichiarante può nominare un fiduciario, maggiorenne, capace di intendere e di volere, il quale accetta la nomina sottoscrivendo la dichiarazione. Il fiduciario si impegna ad agire nell'esclusivo e migliore interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto nelle dichiarazioni anticipate. In assenza della nomina di un fiduciario, la Dat prevede che i compiti previsti dallo stesso fiduciario «saranno adempiuti dai familiari indicati dal codice civile». Nel caso di controversia tra fiduciario e medico curante, la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio di medici composto da un medico legale, un anestesista-rianimatore e un neurologo, sentito il medico curante e il medico specialista della patologia. Il parere del collegio non è però vincolante per il medico

OSSERVASALUTE 2010/ Le performance economiche di fronte alle sfide del federalismo

Le quattro criticità del Ssn

Spesa più alta sul Pil - Tetti mancati - Nord-Sud spaccati - Puzzle di risultati

L'Italia perde punti nel ranking Oms Tre condizioni per l'efficienza

L'avvicinamento al federalismo, unito alle difficili condizioni dell'economia mondiale in generale e della finanza pubblica italiana in particolare, ha generato crescente attenzione verso l'equilibrio economico-finanziario della Sanità pubblica.

Al riguardo, va innanzi tutto osservato come i conti del Ssn non siano sempre pienamente attendibili, per limiti variamente attribuibili alle normative contabili nazionali e regionali, all'articolazione del sistema dei controlli interni ed esterni, alle procedure di rilevazione aziendali, alla natura "politicamente sensibile" dei dati. Proprio l'attendibilità e la confrontabilità dei bilanci rappresentano una condizione essenziale per l'effettiva attuazione del federalismo.

Ciò premesso, l'analisi delle performance economico-finanziarie del Ssn evidenzia almeno quattro criticità di cui dà conto il rapporto Osservasalute 2010.

Primo, la Sanità italiana ha quasi completamente eroso quel "vantaggio di costo" che l'ha tradizionalmente caratterizzata e che aveva contribuito, nel 2000, al suo posizionamento quale secondo miglior sistema sanitario al mondo nel ranking Oms. Nel 1995, per esempio, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil era 5,1% in Italia contro 6,7% dell'Ue a 15. Tale divario si è poi progressivamente assottigliato (0,6 punti percentuali nel 2000, 0,2 nel 2005). Nel 2008, addirittura, il dato italiano è stato superiore all'Ue a 15 (7,0% contro 6,7 per cento).

Secondo, si conferma l'incapacità

del Ssn di rispettare i tetti di spesa. In proporzione al Pil, le risorse destinate al finanziamento del Ssn sono aumentate ogni anno, raggiungendo il 7% nel 2009. Si tratta di un

ammontare molto rilevante e sostanzialmente inatteso all'inizio del decennio: l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 aveva fissato al 6% il valore da raggiungere in un "arco temporale ragionevole". Ogni anno, tuttavia, la spesa è stata superiore al finanziamento. Complessivamente, nel periodo 2001-2009, il disavanzo accumulato dalle Regioni è stato di circa 35,8 miliardi. Di qui la necessità di reintrodurre, a partire dalla legge finanziaria 2005, i ripiani a carico

del bilancio dello Stato, che all'inizio del decennio si era pensato di poter eliminare. Tutto ciò trova un'inevitabile corrispondenza a livello aziendale: nel periodo 2002-2008, le aziende con risultati economici negativi sono state mediamente il 72 per cento. Certo, la spesa sanitaria in Italia resta allineata a quella europea. Sarebbe quindi improprio affermare che la prassi dei soft budget constraint (ipotesi di contenimento ex ante, aspettative di ripiano in itinere, effettivi ripiani ex post) abbia causato l'esplosione della spesa stessa. Indubbiamente, però, ne risente la programmazione e quindi, in molti casi, l'efficacia e l'efficienza della gestione.

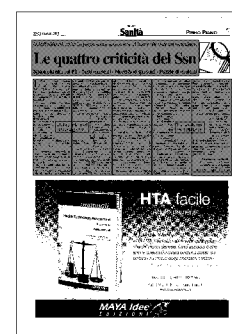
Terzo, dietro le medie nazionali si cela una frattura molto forte tra Regioni del Centro-Nord e del Centro-Sud. Tre regioni da sole (Lazio, Campania e Sicilia) hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal Ssn nel periodo 2001-09. Le poche

Regioni che da qualche anno chiudono i conti in sostanziale equilibrio sono tutte situate al Centro-Nord; alcune peraltro ci riescono solo ricorrendo a risorse regionali extra-fondo. Di qui il carattere di fatto asimmetrico del federalismo sanitario italiano. In linea di principio, tutte le Regioni godono di ampia autonomia; nei fat-

ti, moltissime sono state private almeno temporaneamente di tale autonomia tramite l'assoggettamento ai piani di rientro e, in alcuni casi, il commissariamento. Negli ultimi anni, peraltro, forse proprio per effetto dei piani di rientro e, più in generale, della maggiore attenzione agli equilibri economico-finanziari nei rapporti tra Stato e Regioni, i differenziali tra le due aree del Paese, in termini di spesa e di disavanzi pro capite, pare abbiano cominciato a restringersi.

Quarto, l'eterogeneità dei risultati economici si manifesta malgrado il forte impatto perequativo delle regole di riparto. L'attuazione del federalismo comporterà dunque forti tensioni: alle Regioni del Centro-Sud si chiederanno ulteriori sacrifici per proseguire nel percorso di rientro dai disavanzi; le Regioni del Centro-Nord continueranno a poter destinare al proprio Ssr una quota di risorse (misurata, per esempio, dal rapporto tra spesa e Pil regionale) inferiore a quella di aree europee analoghe per ricchezza e sviluppo economico.

In prospettiva, sarà necessario da un lato recuperare efficienza, sfruttando tutti i margini che proprio l'etero-



genicità interregionale evidenzia; dall'altro governare le dotazioni infrastrutturali, l'evoluzione tecnologica e la long-term care, da cui primariamente dipende l'evoluzione della spesa nel medio-lungo periodo. A tal fine paiono essenziali almeno tre condizioni: (i) regole di finanziamento stabili, eque e trasparenti; (ii) volontà politica, da incentivare tramite opportuni meccanismi di premi e sanzioni sia per le collettività amministrare, sia più direttamente per gli amministratori; (iii) capacità gestionali, da sviluppare tramite meccanismi di knowledge transfer tra le Regioni, uno spostamento di attenzione dalle fasi di programmazione del rientro a quelle di effettiva implementazione e, più in generale, una nuova fase di sviluppo del management sanitario, di selezione e crescita di una classe dirigente competente e preparata rispetto ai problemi emergenti.

Eugenio Anessi Pessina

*Professore ordinario di Economia
aziendale, facoltà di Economia
Università Cattolica*

Segreteria scientifica Osservasalute

Al via il tavolo tecnico della Salute con Economia, Regioni, Aifa, Iss, Cns e **Farmindustria**

Super-tavolo agli emoderivati

Confronto su master file e prezzi - Decreti anti-monopolio in arrivo

CONCERTAZIONE

Mentre sono ormai in dirittura d'arrivo i decreti della Salute che daranno attuazione alle norme del Dlgs 219/2005, ponendo fine al un monopolio della famiglia Marcucci (Kedrion) e aprendo a tutte le aziende dotate di stabilimenti nell'Ue la possibilità di frazionare il sangue italiano, per le aziende produttrici di emoderivati è tempo di confronti.

Ha preso infatti il via la settimana scorsa il tavolo tecnico per gli emoderivati istituito presso il ministero della Salute, con la partecipazione di Economia, Regioni, Aifa, Iss, Cns e **Farmindustria**. «Al tavolo, avviato proprio su richiesta delle aziende sono già approdati quattro tra i temi più scottanti per il settore: la gestione delle carenze periodiche, gli aspetti procedurali, il prezzo base d'asta, le tempistiche», spiega **Silvio Gherardi**, presidente del Gruppo emoderivati **Farmindustria**.

Il settore - che vive di una materia prima estremamente limitata a fronte di una domanda in progressivo aumento, con periodiche riduzioni delle scorte - è sottoposto a regole rigorosissime e costosissime: «Non esistono altri prodotti dove è necessario fare cinque inattivazioni virali: dall'acquisizione di un litro di sangue

(150 euro sul mercato globale) alla somministrabilità del prodotto passano circa 18 mesi tra verifiche e controlli», spiega Gherardi. E in Italia tutti questi passaggi sono gestiti da quattro enti diversi - Salute, Iss, Aifa e Centro nazionale sangue - con l'intervento di Economia e Regioni. Abbiamo chiesto un tavolo dedicato per mettere tutti a confronto e facilitare gestione e procedure». L'obiettivo? «Rendere un sistema complicato come giustamente deve essere più fluido e accessibile a tutti».

Tra i nodi peculiari, quello del *plasma master file*, documento registrativo che nel caso degli emoderivati è forzatamente dinamico, per il rapido aggiornamento dei test di inattivazione virale o per piccole variazioni del processo produttivo: «Ogni

volta serve l'approvazione dell'Aifa» indispensabile anche in caso di approvazione europea. Infine la questione del «prezzo base d'asta»: «Per le gare sui farmaci le Regioni adottano il prezzo massimo di cessione al Ssn contrattato dall'Aifa; per gli emoderivati spesso Regioni si arrogano il diritto di partire da prezzi più bassi».

Almeno su questo i produttori vorrebbero essere trattati alla pari di tutti gli altri.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NON AUTOSUFFICIENZA/ Per il ministro Sacconi gli stanziamenti riservati sono inutili

«Il Fondo anziani non serve»

La strada maestra è il federalismo - Gli assessori al Welfare: troppi tagli

Le Regioni studiano i "livelli minimi" delle prestazioni sociali

Prima prova generale di Leps: gli ancora ignoti «livelli essenziali di prestazioni sociali». Che al contrario dei Lea sanitari che già esistono, almeno nella versione del 2001, non hanno ancora visto la luce. Ma ora, con il federalismo fiscale che ne chiede la definizione, il tempo stringe. E le Regioni si sono messe al lavoro con un tavolo ad hoc presso la Conferenza Sta-

to-Regioni che riunisce gli assessori alla Sanità e quelli al Welfare.

Per ora siamo alle fasi iniziali, ma l'idea è quella di riuscire almeno a definire le prestazioni minime con definizioni uguali per tutti: visto che c'è disomogeneità anche nella terminologia. Intanto si parte dall'individuazione di quattro macro-livelli per ognuna delle quali si definiscono i livelli essen-

ziali di servizio, le prestazioni, i target di riferimento e gli indicatori. Si va dai «servizi per l'accesso e la presa in carico della rete assistenziale» ai «servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio» fino ai «servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia» e ai «servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità».

«**S**ono contrario alla ricostituzione, di un fondo separato per la non autosufficienza. Penso piuttosto che da un lato devono essere utilizzati gli obiettivi di piano, cioè i progetti specifici complementari al funzionamento ordinario dei servizi regionali, e dall'altro le grandi risorse che già ci sono per la non autosufficienza». Così il ministro del Welfare, **Maurizio Sacconi** - durante il convegno della scorsa settimana di Federsanità-Anci e Ageing society «Osservatorio Terza età» - chiude la porta a una corsia preferenziale per i non autosufficienti e al rifinanziamento mancato per 400 milioni del Fondo per la non autosufficienza.

«Quello che conta non è lavorare su 400 milioni, ma sui 30 miliardi spesi per la non autosufficienza nell'ambito dei servizi socio-sanitari assistenziali, o lavorare sui 16 miliardi di prestazioni monetarie che diamo all'invalidità, perché il modo giusto di spendere le grandi risorse della non autosufficienza si determina quando si razionalizza l'ospedalità e si integrano le funzioni sanitarie con quelle sociali e assistenziali». E la via maestra da imboc-

care per Sacconi è quella del federalismo guardando «all'Italia che funziona» e senza annacquamenti dei costi standard, come l'indice di deprivazione «che non è scientifico ed è solo un criterio di furbizia».

Sulla stessa scia il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**: «Le risorse risparmiate in campo sanitario dai tagli alla spesa e agli ospedali non sempre vengono trasferite sul territorio. Bisognerebbe pensare a meccanismi di pianificazione discendente delle risorse che non possono essere trasferite sic et simpliciter alle Regioni». Insomma le risorse per la non autosuf-

ficienza vanno trovate tra le pieghe degli sprechi e delle inefficienze. Ne è convinto anche **Sergio Dompé**: «Nella Sanità vi sono ancora delle aree di inappropriatazza e sprechi. Dopo tante chiacchiere siamo però finalmente vicini a un risultato vero con il federalismo». Per il presidente di Farmindustria bisogna fare «i controlli e le verifiche in modo che i costi standard previsti dal federalismo siano applicati da tutti». E il Sud va aiutato non tanto con fondi in più, «ma sostenendolo nel recupero del gap infrastrutturale», avverte **Angelo Lino**

Del Favero, presidente di Federsanità Ancì. Che punta il dito soprattutto contro il «deficit di assistenza domiciliare».

Critico il senatore **Ignazio Marino** (Pd), presidente della commissione d'inchiesta sul Ssn: «I ministri Fazio e Sacconi dicono che è necessario investire nell'assistenza sul territorio che è più efficace e costa meno ma poi fanno il contrario di quanto affermano. Il fondo per le persone non autosufficienti, a esempio, era di 400 milioni con il governo Prodi e oggi è stato ridotto a zero». Per il senatore, per recuperare risorse, «si dovrebbe intervenire su ricoveri inappropriati, sulla gestione dei posti letto e sulla permanenza dei pazienti in ospedale».

Dalle Regioni arriva, infine, un disperato grido di allarme: «Con gli ultimi tagli ci sentiamo praticamente a mani nude - avverte **Lorena Rambaudi**, coordinatore degli assessori al Welfare delle Regioni -, siamo pronti a riorganizzare i servizi anche alla luce della sfida dei costi standard, ma una transizione così importante non si può fare con risorse al lumicino».

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cresce il deficit e aumentano i timori
avviata un'indagine amministrativa
Sanità, buco da 144 milioni
da colmare entro maggio
"Rischio commissariamento"

PAOLO RUSSO A PAGINA VII

Sanità, nuovo buco da 144 milioni

Da colmare entro maggio. Fiore: "Rischio commissariamento"



600 MILIONI

A tanto, secondo quanto ammesso dall'assessore alla salute, Tommaso Fiore, è arrivato il debito delle Asl pugliesi. Un risultato allarmante, che potrebbe portare al commissariamento



216 MILIONI

È la somma che il governo regionale è riuscito a recuperare nelle pieghe del bilancio per ripianare i debiti della sanità. Evidentemente, però, non basta



384 MILIONI

È la cifra che rimane scoperta e che il governo regionale dovrà ripianare perché, superando di 50 milioni il 5 per cento del fondo sanitario regionale, spalanca le porte al commissario



86 MILIONI

A tanto ammonta la minore entrata per il bilancio regionale che arriverà dall'Irap: a sbagliare le previsioni, in questo caso, è stato il ministero dell'Economia



144 MILIONI

È l'ulteriore deficit che è stato accumulato negli ultimi mesi, rispetto alla cifra massima pattuita nella conferenza Stato-Regioni



129 MILIONI

È il deficit accumulato dalla Asl più grande della Puglia, ossia la Asl di Bari. L'altra azienda barese, il Policlinico, ha accumulato un deficit di 88 milioni

PAOLO RUSSO

SELA Regione non trova entro maggio 144 milioni di euro per colmare il buco della sanità il commissariamento sarà inevitabile. È un bilancio più fosco del previsto quello presentato ieri dall'assessore alla Salute Tommaso Fiore ai consiglieri regionali riuniti in terza

Seicento milioni il debito totale. Sarà istituito un organo d'indagine sugli sprechi

commissione.

Il deficit delle Asl pugliesi è arrivato alla cifra record di 600 milioni di euro. Tra le pieghe del bilancio la Regione è riuscita a ra-

cimolarne meno della metà lasciando scoperti 384 milioni di euro. Un risultato già di per sé estremamente negativo perché la cifra supera di 50 milioni la quota del 5 per cento del fondo sanitario regionale (337 milioni di euro), oltre la quale scatta il commissariamento. Ma a peggiorare i conti della sanità pugliese è stata una brutta tegola che si è abbattuta sulla Puglia nei giorni scorsi. Per coprire lo sbilanciamento dei conti sanitari l'assessore al Bilancio Michele Pelillo dovrà contare su 86 milioni di euro in meno. È la quota di Irap su cui la Regione aveva fatto affidamento in base alle stime del ministero dell'Economia. Ma le previsioni di Tremonti si sono rivelate a dir poco ottimistiche. Così tirando le somme i tecnici dell'assessorato alla Sanità si sono resi conto che il debito della sanità pugliese

che la Regione non è in grado di coprire è arrivato a 470 milioni di euro, ben 144 milioni oltre il limite massimo pattuito dalla conferenza Stato-Regioni nel 2009. Oltre questa soglia c'è solo il commissariamento.

«Il rischio è concreto - ha spiegato ieri Fiore - parteciperemo al tavolo Massicci che sarà convocato entro la fine di marzo. Poi, se i nostri conti dovessero essere confermati avremmo due mesi di tempo per tentare di coprire il deficit che supera la quota del cinque per cento». Ma, per l'assessorato alla Salute si preannuncia una missione molto difficile. Sui conti 2010 non si tratta di ospedali da chiudere o posti letto da tagliare. I soldi servono subito e non possono arrivare da risparmi futuri. La speranza della Regione è che l'impatto dell'Irap calcolata in eccesso dal ministero dell'Economia possa es-

sere spalmato in più anni. Ma anche questo non basterebbe.

«La situazione è grave, soprattutto in considerazione della possibilità non tanto remota, che possa arrivare un commissariamento per la sanità», ha commentato il presidente della commissione Dino Marino del Pd. Il Pdl con Rocco Palese ha chiesto un maggiore rigore e una programmazione seria: «Nessuna norma di controllo e di contenimento della spesa è stata in-



trodotta e quindi questi numeri sono purtroppo destinati ad aumentare» ha detto il coordinatore dell'opposizione. La maggioranza ha espresso piena fiducia nell'assessore Fiore ma insieme al centrodestra ha deciso l'istituzione di una sottocommissione d'indagine sugli sprechi della sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA