

Il caso Varate le linee guida regionali che stabiliscono i criteri di ammissione all'assunzione del farmaco. L'interruzione volontaria di gravidanza avverrà in day hospital, salvo complicazioni

Pillola abortiva Ru486 la rivoluzione umbra

Federico Tulli

Chiare, semplici, lineari. Coerenti con le indicazioni della comunità medico-scientifica e le esigenze dell'utenza finale. Ma soprattutto depurate di qualsiasi riferimento ideologico e/o politico. Le linee guida sulla pillola abortiva Ru486 adottate dalla Regione Umbria per indicare il "percorso" terapeutico da seguire in caso di scelta dell'interruzione volontaria di gravidanza per via farmacologica, sono una perla rara nell'Italia di oggi. Abituati come siamo alle ingerenze della politica in ogni ordine di decisione che riguarderebbe esclusivamente la sfera individuale di ciascun cittadino.

Ecceles in sintesi. Come accade praticamente ovunque, la somministrazione della Ru486 - definito essenziale dall'Organizzazione mondiale della sanità e ritenuto il più efficace da tutte le principali istituzioni medico-ginecologiche del pianeta - verrà di norma effettuata in day hospital. La durata della degenza deve essere di almeno tre ore dopo la somministrazione. Il terzo giorno, salvo complicazioni, sono previste l'assunzione di Misoprostolo per via orale (previa acquisizione del consenso informato), la valutazione con la donna della necessità del trattamento antidolorifico, l'immunoprofilassi per chi ne ha bisogno e l'osservazione della paziente per un tempo non inferiore a 4 ore. Il 14esimo giorno, infine, si svolgono la visita di controllo e l'ecografia per verificare la completezza dell'aborto. Ovviamente

condizioni cliniche particolari o difficoltà logistiche di accesso alla struttura sanitaria prevedono il regime di ricovero ordinario.

Dunque, le linee guida umbre sono totalmente diverse da quelle elaborate lo scorso anno dal ministero della Salute, che invece si fondano sul ricovero obbligatorio (con tutto ciò che ne consegue in termini di occupazione continuativa di posti letto per la mera somministrazione di una pillola, a scapito di chi del ricovero ha bisogno per davvero). Ma non poteva essere altrimenti. Su proposta della presidente regionale Catiuscia Marini, il documento è stato predisposto dal Comitato tecnico scientifico in seguito a un approfondito confronto avviato a novembre 2010 con le società scientifiche, le associazioni di utenti e gli organismi di pari opportunità. Insomma, in Umbria è accaduto quello che in qualsiasi Paese civile accade. Laddove c'è bisogno del parere della scienza per prendere una decisione, la politica non mette bocca, lascia parlare chi se ne intende e si occupa unicamente di fornire gli strumenti necessari al cittadino per usufruire delle migliori tecniche possibili. Come peraltro prevede la legge 194/78 sull'interruzione volontaria di gravidanza. ■



Il caso Verso la sepoltura comunale a Caserta

Feti abortiti sì al cimitero: è polemica

Foggia

Violenze sui bambini, arrestate tre maestre

Umiliazioni morali, maltrattamenti, punizioni con schiaffi, ingiurie e offese. Avrebbe dovuto essere una casa accogliente per ritrovare un po' di serenità per bambini già provati da storie difficili, e invece si è trasformato in un ulteriore luogo di violenza e disagio un centro di recupero di Rodi Garganico, «il

Melograno». La polizia ha arrestato tre educatrici responsabili, secondo l'accusa, di maltrattamento di minori affidati alle loro cure, di sequestro di persona, lesioni aggravate per aver agito per motivi futili, crudeli ed abietti. Le educatrici arrestate (ai domiciliari) sono Antonia Silvestri, di 54 anni di

Vieste, direttrice; Anna Maria Tozzi, 50 anni di Ischitella, coordinatrice; e Antonietta Silvestri, 31 anni di Foggia, nipote della direttrice, educatrice. Secondo gli investigatori, le vessazioni contro i bambini, tra i 4 e i 7 anni, erano varie e crudeli, protratte dal luglio 2009 al febbraio 2011.

Le reazioni

È scontro
I medici Cgil:
«Si aumentano
i sensi di colpa
delle donne»
Roccella:
«Atto di civiltà»

**Protocollo tra l'ospedale
e «Difendere la vita per Maria»
C'è anche l'ok della Chiesa**

Lorenzo Calò

CASERTA. È giusto dare sepoltura a un feto - dopo un aborto - o questo viola il diritto della donna di scegliere, liberamente? Tutto ha avuto inizio con un convegno, salutato con favore anche dal vescovo Pietro Farina, poi, qualche giorno fa, la sigla di un protocollo d'intesa: l'azienda ospedaliera di Caserta «Sant'Anna e San Sebastiano» e l'associazione «Difendere la vita con Maria» firmano l'accordo per concedere «giusta sepoltura» ai bambini non nati cui anche il sindaco Pio Del Gaudio ha assicurato di garantire «adeguato spazio» nel cimitero comunale. «Una violenza psicologica sulle don-

ne, che va assolutamente fermata: la sepoltura potrebbe accrescere eventuali sensi di colpa, con il rischio di disturbi psichici post-aborto», tuona la Fp-Cgil Medici che chiede l'intervento del presidente della Regione Campania Stefano Caldoro. «Un atto di civiltà» risponde il sottosegretario alla Salute **Eugenia Roccella**.

Il protocollo - è il timore del sindacato - potrebbe estendersi ad altri ospedali secondo la volontà espressa da don Maurizio Gagliardini, presidente dell'associazione (sede a Novara), di volerlo utilizzare come una sorta di testimonial o spin-off da adottare in tutto il Mezzogiorno. E la sepoltura dei bambini mal nati è proprio l'obiettivo dell'associazione che richiama uno specifico documento elaborato dalla Congregazione per la Dottrina della Fede, («Donum vitae») datato 1987, secondo il quale «i cadaveri degli embrioni e dei feti umani volontariamente abortiti o non, debbano essere rispettati come le spoglie degli altri esseri umani». «Mi pare un'iniziativa di umanità - ribadisce Roccella - dal momento che, altrimenti, questi feti andreb-



bero a finire nei cosiddetti "rifiuti speciali", e non credo che il sentimento di una donna che decide di abortire vada in questa direzione. Se la donna richiede la sepoltura del feto abortito - aggiunge - non vedo dove sia il problema. Ma è chiaro che non può essere un'imposizione».

Una pratica, peraltro, già sperimentata in Lombardia dove, dal 2007, è in vigore un regolamento che impone alle Direzioni sanitarie di informare i genitori della possibilità di richiedere la sepoltura anche per i feti di età inferiore a 20 settimane: in assenza di richiesta la normativa regionale prevede comunque la sepoltura come avviene per le «parti anatomiche riconoscibili» in un'area riservata dei cimiteri. Tanto è bastato perché, a maggio dello scorso anno, a Cremona si celebrasse addirittura il primo funerale per feti abortiti. Le spese - per quelle famiglie che non hanno inteso farsene carico - sono state sostenute dall'associazione in forza di un accordo siglato, anche qui, con l'Ospedale Maggiore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Polemica Sopra, un feto; a sinistra il vescovo Farina, a destra [Eugenia Roccella](#)

POLEMICA IN CAMPANIA**Tombe per i bimbi abortiti
Scontro tra Chiesa e medici**

■ Un protocollo ospedaliero a Caserta per la sepoltura «dei bambini non nati», ovvero dei feti abortiti. A puntare i riflettori sulla vicenda è la Fp-Cgil medici, che chiede uno stop al governatore della Campania, Caldoro, affermando che si è dinanzi ad una «violenza psicologica sulle donne» avallata dalla Chiesa. Ma l'iniziativa raccoglie l'approvazione del sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella: «È una scelta di civiltà e umanità». Sotto accusa da parte del sindacato il protocollo d'intesa, approvato tra l'Azienda ospedaliera S. Anna e San Sebastiano di Caserta e l'Associazione «Difendere la vita con Maria» per promuovere il seppellimento dei feti in un apposito spazio nel cimitero.



Sanità

Sui ticket vertice fra Governo e Regioni

■ Improvviso vertice tra Governo e Regioni questa mattina sul caso-superticket, preceduto da un dibattito all'interno del Governo in Consiglio dei ministri. A far riesplodere una partita apertissima e duramente contestata dagli italiani, è un decreto (per il testo www.24oresanita.com) già pronto, concertato tra Salute e Ragioneria generale che, in sostanza, ripartisce il gettito che ogni Regione dovrebbe realizzare sul balzello da 10 euro su visite e analisi specialistiche nel 2011 (381,5 milioni) e poi nel 2012 (834 milioni).

Un calcolo, contestano i governatori, che cambia le carte in tavola facendo lievitare le somme a loro carico in alcune Regioni (a partire da Emilia e Veneto, oltretutto Bolzano e Valle d'Aosta), e abbassandole altrove (prime Umbria, Campania e Calabria). Tutto questo considerando solo la «produzione» di prestazioni specialistiche in ospedale e calcolando solo in via presuntiva il numero di esenti o non dal pagamento del balzello, sui dati di Lombardia ed Emilia. È «allarme», affermano i

governatori, e la situazione rischia di diventare «ingovernabile» fino a rendere «inapplicabile» la misura, mettendo tra l'altro spalle al muro quelle Regioni che non hanno ancora deliberato né l'applicazione del superticket, né una rimodulazione, o di usare somme dei propri bilanci per evitare il balzello, ma col «visto» dell'Economia.

Stamane le Regioni faranno una conferenza «straordinaria», proprio mentre la questione sarà affrontata in Consiglio dei ministri su proposta di Fitto e anche di Fazio. In tarda mattinata ci sarà poi il vertice pure «straordinario» col Governo, assente però con ogni probabilità il ministro dell'Economia, Giulio Tremonti. «È allarme rosso», dicono intanto le Regioni. Che, forse anche dopo un incontro dei governatori di centrodestra con Berlusconi, sperano in una qualche forma di retromarcia da parte del Governo: evitare il superticket per il 2011, usando i fondi dell'edilizia sanitaria, e intanto attivare un confronto tecnico per il prossimo anno.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sui ticket ogni Regione va per conto suo

Al balzello da 10 euro molti preferiscono un prelievo graduale basato sull'intervento

Oggi l'incontro con il ministro Fazio pronto a rivedere le nuove regole

PAOLO RUSSO
ROMA

È una babele dei ticket, sempre più diversi da Regione a Regione, quella con cui da agosto dovranno imparare a fare i conti gli assistiti della sanità federalista. Regioni e Governo si incontreranno oggi per ridiscutere la questione e il ministro Fazio ha ribadito la disponibilità a rimodulare il balzello di 10 euro introdotto dalla manovra su visite e analisi. Ma intanto proprio il ministero della Salute mette in mora le Regioni con un decreto attuativo dei ticket che contiene gli importi che ciascuna deve garantire con i 10 euro o con altre misure. Importi per alcune regioni, tra cui Emilia e Piemonte (24 milioni in più), ampiamente superiori al previsto, tanto da creare il panico nell'iniziale fronte regionale del no, che aveva già iniziato a fare di conto e a mettere a punto i ticket in salsa regionale. A cominciare dal Piemonte, che sta stu-

diando un ticket di costo proporzionale al valore delle prestazioni. Principio adottato anche da Emilia Romagna, Toscana e Marche, mentre la stessa Emilia, l'Umbria e la Sardegna sono pronte a mettere un ticket tra i 2 e i 4 euro sui farmaci, garantendo però la gratuità degli equivalenti generici. «La scelta del governo sui ticket è sbagliata, iniqua e dannosa», ha ribadito il Presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani, che chiede una copertura economica diversa dal balzello, che intanto ciascuno sta cercando di rimodulare. A resistere sono per ora Trento, Bolzano e Valle d'Aosta (che possono però provvedere con risorse proprie), Abruzzo, Molise e Veneto. Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna, che fino ad oggi hanno aderito al fronte del no stanno invece mettendo a punto la loro contromanovra sanitaria. Vediamo come.

La Giunta piemontese ha messo a punto una delibera che introduce un ticket proporzionale al costo della prescrizione su visite e analisi che deve passare oggi il vaglio dell'Economia. Si parte da un ticket di 1 euro per le prestazioni di costo entro i 5 euro e si sale via, via che aumenta il costo degli accertamenti. Ma i ticket, assicurano dalla Regione, saranno più leggeri per le prestazioni di uso più comune, dove in media si pagherà meno di 10 euro.

Anche in Emilia Romagna si sta mettendo a punto un ticket «progressivo» su specialistica e diagnostica. Per le prestazioni di costo inferiore a 18 euro non si pagherà nulla. «Per evitare fughe verso il privato», spiega l'assessore alla salute Carlo Lusenti. Poi si pagherà un ticket di 5 euro aggiuntivo alla franchigia di 36 euro, fino ad arrivare a un esborso complessivo massimo di 60 euro per tac, risonanze e altre prestazioni super costose. Se la prescrizione è spalmata su più ricette la franchigia complessiva non potrà superare i 46 euro. Ticket di 2 euro a confezione farmaceutica fino a un massimo di 4 euro ma generici gratuiti. Passa da 50 a 60 euro la franchigia per le cure termali. «Ticket progressivo» su specialistica e diagnostica anche in Toscana. «Ma tuteleremo le fasce deboli - assicura l'assessore Daniela Scaramuccia - estendendo l'esenzione anche alla fascia di età compresa tra i 4 e i 65 anni con redditi bassi».

In Umbria si va verso un ticket di 2 euro a prescrizione farmaceutica fino a un massimo di 4 euro. Gratuiti i generici. Il resto verrà da aggiustamenti di bilancio. Per ora nelle Marche resta in vigore il ticket da 10 euro, ma a breve anche qui si passerà al ticket «progressivo» su visite e analisi. Infine la Sardegna: qui con due terzi di esenti i ticket rischiano di fare il solletico al bilancio della regione che comunque pensa di limitarsi a un miniticket di 1 o 2 euro su ogni confezione farmaceutica.

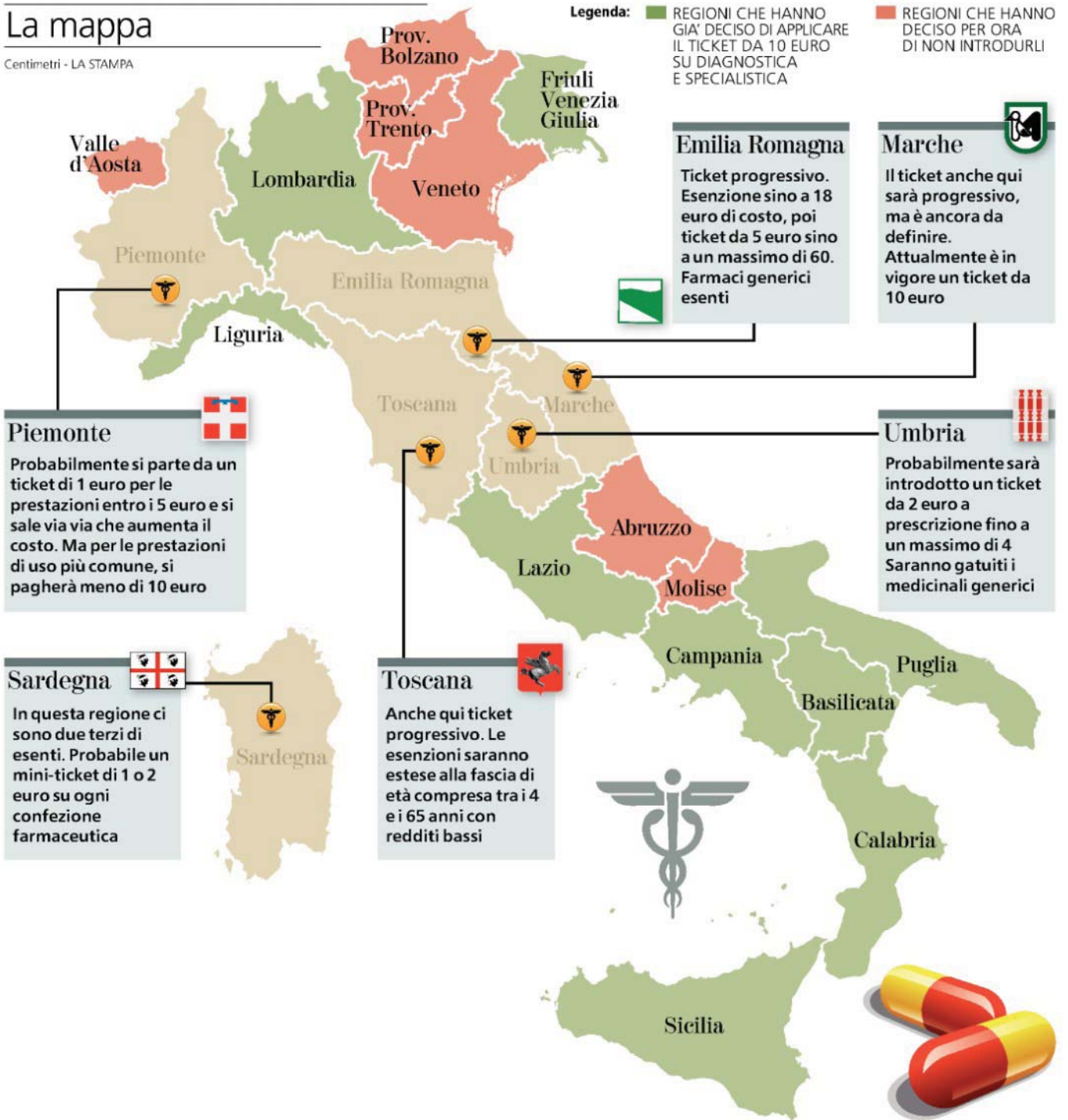


La mappa

Centimetri - LA STAMPA

Legenda: ■ REGIONI CHE HANNO GIÀ DECISO DI APPLICARE IL TICKET DA 10 EURO SU DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA

■ REGIONI CHE HANNO DECISO PER ORA DI NON INTRODURLI



Sprechi, insorgono le Regioni

No al decreto che manda a casa chi chiude i conti in rosso



Vasco Errani

*Fazio apre
sui ticket:
troviamo
una soluzione*

di GIUSY FRANZESE

ROMA - La sanità è sempre più terreno di scontro tra regioni e governo. Se sui ticket arriva la disponibilità a «trovare una soluzione politica» da parte dei ministri Fazio e Fitto (oggi c'è un incontro), è il decreto «premi e sanzioni» - che ha ricevuto l'ok ieri dalla Bicamerale e che oggi sarà al Consiglio dei Ministri - a rendere il clima decisamente incandescente. «E' incostituzionale» sibila il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, al termine della riunione con tutti i presidenti delle Regioni e delle province autonome che ha messo nero su bianco in un documento il malcontento degli amministratori locali. E aggiunge: «Il disposto combinato di queste norme con la manovra renderà difficile, se non impossibile, a molte Regioni l'equilibrio di bilancio. Il federalismo fiscale è oggettivamente e sostanzialmente inapplicabile». Sulla stessa linea l'Anci, l'associazione dei comuni, e l'Unione delle province.

Non la pensano così né i leghisti che da sempre si battono per il federalismo, né il Pdl e

nemmeno l'Idv, che hanno votato sì in Bicamerale. Pd e Terzo Polo si sono astenuti. Per Enrico La Loggia (Pdl) relatore del provvedimento, finalmente «il quadro del federalismo fiscale si completa». Il decreto - che è l'ottavo in attuazione della legge delega 42/09 - prevede misure molto dure per gli amministratori (governatori, sindaci e presidenti di Provincia) che lasciano i bilanci in rosso: la decadenza dall'incarico, ma anche l'impossibilità a ricandidarsi per dieci anni in tutte le cariche pubbliche elettive o a entrare nelle giunte. In caso di sfioramento non molto elevato sarà nominato un commissario ad acta. A decidere la decadenza dall'incarico è il governo dopo il voto a maggioranza di due terzi della Bicamerale per gli Affari regionali. Per La Loggia si tratta di un meccanismo «garantista», non sono d'accordo opposizioni e diretti interessati. L'Udc critica la «mancanza di un sistema di controllo imparziale». E così il Pd: «E' un provvedimento molto demagogico e nasconde le vere responsabilità».

La stretta - decadenza dall'incarico e divieto a candidarsi per 10 anni - riguarda anche i manager del servizio sanitario regionale. Il provvedimento introduce poi l'obbligo per Regioni, Province e Comuni con più di 5.000 abitanti di presentare

una relazione di fine mandato sullo stato della finanza dell'ente.

Anche senza arrivare alla decadenza dall'incarico, non rispettare il Patto di Stabilità interno può costare caro all'amministratore: stipendi e gettoni di presenza di presidenti, sindaci e assessori verranno tagliati obbligatoriamente del 30%. Il mancato rispetto del Patto comporta poi la riduzione degli stanziamenti per comuni e province da parte del Tesoro, a valere sul fondo sperimentale di riequilibrio e sul fondo perequativo. Il tutto scatta già dai conti 2010.

Se chi amministra male viene punito, i virtuosi invece vengono premiati. Lo schema di decreto prevede, tra l'altro, meccanismi di partecipazione ai proventi della lotta all'evasione fiscale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Via i governatori con la sanità in deficit

Gli enti locali bocciano il decreto sul federalismo. Ticket, cede anche il fronte del no

Previsto nel provvedimento il "fallimento politico" di sindaci e presidenti di Regioni e Province. Premi e sanzioni. Il Pd si è astenuto. Idv a favore

ROBERTO PETRINI

ROMA — Sulla testa di governatori di Regioni, presidenti di province e sindaci ora pende il rischio del «fallimento politico». Il decreto, l'ottavo e ultimo del pacchetto sul federalismo fiscale, è stato approvato ieri con l'astensione del Pd e il voto favorevole dell'Italia dei valori. Ma ha già provocato la rivolta delle Regioni, dell'Anci e dell'Upi che contestano duramente il provvedimento e parlano di «in-costituzionalità».

Il nuovo meccanismo di «premi e sanzioni» sembra una taglia severa e inesorabile per la classe politica locale. Sindaci e presidenti di Province che provocheranno il «dissesto finanziario» (una fattispecie già prevista dalla legge e che è un vero e proprio default in conseguenza del quale non si pagano i creditori) saranno portati in giudizio dalla Corte dei Conti. Se la magistratura contabile individuerà «dolo o colpa grave» la sanzione sarà ineligibilità per dieci anni a tutti i livelli, da consigliere comunale a parlamentare europeo.

Diversa, ma ugualmente pesante, la procedura prevista per il «fallimento politico» dei presidenti di Regioni: la rimozione scatta nel momento in cui il governatore non riesce a rispettare «immotivamente» il piano di rientro dal deficit sanitario nonostante abbia portato l'addizionale Irpef al livello massimo del 3 per cento e l'abbia mantenuta tale per due anni. In questo caso la sanzione non è rimandata alla successiva «legislatura» ma è immediata: dopo un primo passo che consiste nell'arrivo di un commissario esterno, il governo centrale «denuncia» il dissesto al presidente della Repubblica che può «licen-

ziare» seduta stante il governatore.

Il decreto prevede anche l'introduzione della pratica dell'«inventario di fine mandato»: gli enti locali saranno obbligati a pubblicare in prossimità delle elezioni sul proprio sito Internet un bilancio certificato. «La campagna elettorale non si farà sugli slogan ma sui numeri», ha osservato Luca Antonini, presidente della Copaff, la commissione per il federalismo fiscale.

Le Regioni, i Comuni e le Province sono sul piede di guerra. «Siamo per i premi e le sanzioni ma il modo in cui si vogliono applicare, senza reciprocità, è in-costituzionale», ha tuonato Vasco Errani, il presidente della Conferenza delle Regioni. Critici anche i Comuni: «Il vero problema resta il patto di stabilità che impedisce ai Comuni di agire, mentre premi e sanzioni si espongono alla in-costituzionalità», ha detto Graziano Delrio dell'Anci. Giudizio negativo anche da parte di Giuseppe Castiglione dell'Upi (Unione province).

Resta alta la tensione anche sul fronte dei ticket sanitari: i margini di legge per le Regioni che nei giorni scorsi si sono opposte all'applicazione sono scarsi e dunque il fronte del «no ticket» si sta sgretolando. Oggi il ministro della Sanità Ferruccio Fazio incontrerà i governatori: l'unica strada possibile, per tentare di evitare il balzello, sarebbe quella di consentire alle Regioni di finanziare l'esenzione con altre risorse proprie. In questo modo si manterrebbe l'esenzione su specialistica e diagnostica che si protrae dal 2007 alla prima metà di quest'anno. Ma le Regioni, già sottoposte a dolorosi tagli, difficilmente potranno accettare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tagli alle spese

a regime nel 2014- milioni di euro

Fonte: Cgia

COMUNI

● Servizi generali	1.360
● Territorio e ambiente	891
● Viabilità e trasporti	615
● Assistenza sociale	602
● Istruzione	429

PROVINCE

● Servizi generali	339
● Territorio	276
● Istruzione	242
● Trasporti	153
● Sviluppo economico	117

REGIONI ORDINARIE

● Servizi generali	1.030
● Trasporto su strada	783
● Trasporto ferroviario	533
● Assistenza sociale	504
● Orientamento e formazione professionale	372
● Industria ed energia	337
● Opere pubbliche	272
● Agricoltura e zootecnia	258

REGIONE E PROVINCE A STATUTO SPECIALE

● Servizi generali	539
● Finanza locale	513
● Istruzione	264
● Assistenza sociale	199
● Agricoltura e zootecnia	174
● Trasporto su strada	136
● Cultura	124



BILANCIO WEB

Gli enti locali dovranno pubblicare sul proprio sito un bilancio certificato di fine mandato



Fazio: «I debiti dell'Istituto San Raffaele derivano da attività extra-sanitarie»

Il ministro al Senato:
disponibili a cambiare
le regole. E Profiti
rassicura i dipendenti

MILANO. «Le origini dell'indebitamento dell'ospedale San Raffaele di Milano appaiono estranee ai settori della ricerca e dell'assistenza sanitaria». Lo ha detto il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, nel corso dell'informativa di ieri al Senato sulla crisi del San Raffaele di Milano, specificando che il ministero ha richiesto all'Istituto e alla Regione Lombardia un dettagliato rapporto: «La stabilità finanziaria – ha spiegato – è una delle condizioni per garantire il corretto svolgimento delle attività di ricerca di assistenza e didattica, nonché il corretto uso dei finanziamenti per la ricerca erogati a favore degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che non possono essere utilizzati per altri fini». Per Fazio, che ha elogiato le eccellenze dell'ospedale, c'è «la totale disponibilità» del governo a «modificare le regole - anche nelle fondazioni - nella direzione della trasparenza». Quanto alla vicenda in sé, ha concluso Fazio, è «la magistratura che ha il compito di farvi luce». Intanto, il nuovo vicepresidente Giuseppe Profiti, ha incontrato manager e medici del gruppo. Ha ammesso che il nuovo cda ha trovato una situazione finanziaria confusa e difficile ma «non drammatica» e si è detto fiducioso di rispettare i termini fissati dal Tribunale fallimentare (15 settembre) per il piano di salvataggio.





Medicina

Nuovi farmaci per le epatiti
Nel mondo sono 450 milioni le persone malate

RUGGIERO A PAGINA 12

GIORNATA MONDIALE

Chi ha un'infezione cronica deve stare attento ad altri fattori aggiuntivi di rischio (come l'obesità,

il consumo alcolico e il mancato controllo del diabete), che aggravano il decorso della malattia

In arrivo nuovi farmaci contro le epatiti B e C

L'Oms: emergenza globale, 450 milioni di malati



Antonio Ascione

L'epatologo Ascione: i contagi sono cresciuti in silenzio per decenni perché non se ne sapevano le cause

DA ROMA GIOVANNI RUGGIERO

Oggi, 28 luglio, la gente potrà chiedersi: «Sono io il numero 12?». Si calcola infatti che una persona su 12 nel mondo è affetta da epatite B o C. «Am I number 12?», è l'interrogativo che pone la quarta giornata mondiale delle epatiti, la *World Hepatitis Day*, indetta dalla *World Hepatitis Alliance*, un'organizzazione non governativa sorta per dare voce a circa 450 milioni di persone affette da uno di questi virus. La giornata è sostenuta dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che ha dichiarato le epatiti una emergenza sanitaria globale. Quest'anno la giornata non è soltanto simbolica, ma porta

con sé una buona notizia per gli ammalati: la scoperta di nuovi farmaci capaci di rallentare la replicazione del virus. I farmaci, che sono stati già approvati dalla Food and Drug Administration americana e dalla Commissione europea del farmaco, presto saranno introdotti anche in Italia. Parliamo di tutto questo con Antonio Ascione, epatologo di fama internazionale, tra i fondatori della *Association Mediterranean for Study of liver*, e responsabile del centro per le malattie del fegato dell'Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli.

Professore, perché una giornata per le epatiti?

È nata per la forte pressione da parte delle organizzazioni dei pazienti che ritengono si parli poco, a livello mondiale, di epatite, quando invece il virus B è cinquanta volte più infettivo dell'Hiv. La giornata serve a far capire che le epatiti sono un problema serio, medico e anche economico per la società. La



giornata è utile anche per sollecitare le autorità. L'Oms solo l'anno scorso ha dichiarato che questo è un problema di grande rilevanza. Si è calcolato infatti che i malati nel mondo sono più di 450 milioni, e sono due miliardi le persone al mondo che hanno avuto contatto con il virus.

È possibile quantificare questa infezione?

I numeri della diffusione delle epatiti sono enormi. Solo per l'epatite B si calcola che ogni anno muoiono in tutto il mondo tra 500mila e 700mila persone. Per l'epatite C si contano tra i 180 e i 250 milioni le persone infettate. In Italia, il 3 per cento della popolazione è infetta del virus C; l'epatite B invece è sofferta dall'1,5 per cento della popolazione, proprio perché negli anni si è ridotta moltissimo.

A cosa è dovuta la diminuzione di questo virus Hbv nel nostro Paese?

Si è ridotto per due ragioni. Prima di tutto perché la gente ha preso più coscienza; c'è del resto una maggiore conoscenza anche scientifica.

Il virus B è stato scoperto molti anni prima dell'epatite C e dunque anche dal punto di vista clinico l'esperienza è maggiore. L'eliminazione delle siringhe di vetro è poi stata determinata: erano tra i principali veicoli di trasmissione.

Perché queste malattie sono tanto diffuse?

Sono andate avanti per decenni senza che se ne conoscessero le cause. Il primo virus è stato scoperto dal Nobel Blumberg soltanto nel 1968, relativamente da poco, e il virus della C addirittura nel 1989. Parliamo dunque dell'altro ieri. Quindi per decenni le persone si sono infettate senza saperlo. Soprattutto nella fascia di età compresa tra i 40 e i 60 anni il numero di persone infettate è molto elevato. Nei giovani, invece, si è ridotto il passaggio del virus.

Quando fare degli esami per sapere se si è contratta l'infezione?

Il problema è complesso perché da un lato le organizzazioni governative devono fare i conti con i loro bilanci, poi sulla reale utilità di fare screening a tappeto c'è molto da discutere. Noi medici suggeriamo uno screening mirato. Per l'epatite B che si trasmette in maniera

facilissima, è chiaro che se in famiglia c'è una persona già infettata è utile che tutti si sottopongano a test e a vaccinazione, perché il vaccino esiste. Vanno vaccinati tutti i neonati. L'Italia è stato il primo Paese la mondo, nel 1991, a rendere obbligatoria la vaccinazione a tutti i neonati e ai bambini che erano all'epoca in età scolare. Ovvio che devono sottoporsi a esame clinico coloro che hanno comportamenti sessuali a rischio. Il contagio sessuale nelle epatiti B è enorme, mentre nelle epatiti C sul piano epidemiologico è quasi trascurabile.

Come si trasmette l'epatite C?

L'epatite C si trasmette prevalentemente con strumenti infetti, come la siringa di vetro di una volta, o quelli chirurgici. Infatti, si suggerisce a tutti quelli che hanno subito interventi chirurgici o trasfusioni prima del 1990 di fare lo screening, perché i sistemi per sterilizzare dell'epoca non erano sufficienti per distruggere questo virus.

In che modo è possibile curarsi?

Sono stati fatti passi avanti enormi. A parte l'interferone per le due epatiti, abbiamo adesso due **farmaci** nuovissimi ed efficaci, l'entecavir e il tenofovir per le epatiti B che somministriamo anche a pazienti che hanno una malattia avanzata, perché bloccare la replicazione virale significa talvolta togliere dalla lista d'attesa per il trapianto di fegato. Per l'epatite C, proprio pochi giorni fa sono stati approvati dalla Fda americana e dalla Commissione per i **farmaci** europea due principi di nuova generazione che agiscono direttamente sulla replicazione virale, il boceprevir e il telaprevir. Ovviamente funzionano meglio se la malattia non è già in stato avanzato.

Una persona infetta è soggetta a un particolare stile di vita?

Una persona che ha una infezione cronica deve stare attenta ad altri fattori aggiuntivi di rischio, come l'obesità, il consumo alcolico e il non controllo di una malattia metabolica molto diffusa come il diabete. Sono fattori di rischio, specie l'alcol, che aggiunti al virus ne potenziano in maniera determinante il decorso. Tra una persona infetta che beve e una infetta che non beve, la prima corre un rischio dieci volte maggiore di sviluppare una cirrosi epatica. Preoccupano molto l'aumento di consumo di alcol tra i giovani e l'obesità sempre più diffusa. Noi medici registriamo un aumento di steatosi epatica, cioè di accumulo di grasso nel fegato. La steatosi è destinata a diventare nel tempo la prossima epidemia.

Quei sintomi sfuggenti

I sintomi.

Non sono differenti nelle due epatiti B e C. Una persona può avere nausea, vomito e inappetenza per un certo periodo di tempo, ma le epatiti possono essere anche asintomatiche. Spesso è il colore delle urine che cambia. Questi sono i sintomi classici. Altri hanno difficoltà a concentrarsi o ansia e dolori muscolari per cui non sono in grado di svolgere la loro normale attività. Capita spesso che nelle due epatiti il quadro d'esordio sia simile e confondibile con l'influenza. I sintomi classici sono stanchezza e astenia che passano in po-

chi giorni, per cui si può ritenere che si sia trattato soltanto di una banale influenza. Il paziente ha la sensazione di essere guarito, mentre invece il virus si è installato nell'organismo. In presenza di questi sintomi, se sono preceduti da un comportamento a rischio, meglio rivolgersi al medico ed effettuare le analisi.

Evoluzione. L'epatite C può non evolvere in tutta la vita del paziente oppure, in organismi immunologicamente sani che non presentano malattie del sistema di difesa, possono trasformarsi in cirrosi epatica nell'arco di 20-30 anni. Le

persone affette da epatite C che sviluppa cirrosi non superano il 10-12%. I test invece indicano il 25%, ma il numero comprende anche cirrosi da alcol o dovute all'aggiunta di altri fattori di rischio. Per l'epatite B la via verso la cirrosi è molto più breve. L'altra evoluzione delle due infezioni è il tumore epatico, ma l'incidenza non supera il 3-4% per anno. Basta una semplice ecografia ogni sei mesi per individuare il tumore e intervenire in tempo, perché le lesioni piccole possono essere affrontate senza ricorrere necessariamente al trapianto epatico. (G. Rugg.)

Statistiche Il 26% degli italiani soffre di dolore cronico non oncologico

Regioni Migliori: Lazio, Piemonte, Sicilia, Emilia Romagna, Veneto, Lombardia e Friuli

Cura del dolore, fare di più

L'Italia ha una legge all'avanguardia, ma va applicata meglio

Donne e anziani

Sono i più soggetti

al dolore, fino al

40% tra gli over 65

Lapo Sermonti

■ Stimolare un approccio sempre più multidisciplinare alla gestione del dolore, incrementare nei clinici l'impiego di farmaci oppioidi e, al tempo stesso, prevedere un monitoraggio più stringente della qualità dell'assistenza erogata, grazie anche a uno strumento concreto come il nuovo "Cruscotto" messo a punto dal **Ministero della Salute**. Sono questi alcuni dei temi chiave emersi dal workshop 'IMPACT 2011' appena conclusosi a Firenze, un vero e proprio summit interdisciplinare che ha coinvolto **Ministero della Salute**, Agenzia Italiana del Farmaco, Regioni e oltre 65 Società Scientifiche, Associazioni e Fondazioni per fare il punto sull'attuazione della Legge 38/2010, che tutela il diritto dei cittadini ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Numerose le osservazioni e le proposte finalizzate a favorire un reale processo di continuità assistenziale sul territorio e a promuovere un'uniforme applicazione della normativa nell'intero Paese. Obiettivo stimolare l'operato delle Regioni affinché recepiscano in tempi brevi la Legge 38 e impieghino al me-

glio i fondi disponibili, implementare percorsi formativi per il personale sanitario, puntare a una migliore appropriatezza terapeutica nel controllo del dolore, attraverso l'impiego di farmaci oppioidi.

L'opinione del farmacologo.

"Una cosa è certa - commenta Alessandro Mugelli, farmacologo alla facoltà di medicina all'Università di Firenze - i farmaci oppiacei nel nostro paese vengono usati meno e in maniera non uniforme rispetto ad altri, mentre non c'è alcuna evidenza che da noi il dolore sia un problema di dimensioni minori. Le ragioni sono tantissime, e forse anche i farmacologi hanno una qualche responsabilità: perché questi farmaci vengono insegnati all'Università parlandone più dei rischi che dei benefici che offrono. Certo sono farmaci che devono essere usati bene e se si conoscono se ne minimizzano anche i rischi. E poi ovviamente ci sono i problemi culturali, sociali, il fatto che la morfina è vista dalla popolazione come il farmaco che segna l'ultima fase del malato terminale... e così via. Oggi con la legge 38 naturalmente cambia la prospettiva, il paziente sa che il suo dolore dev'essere trattato e misurato. E per quanto riguarda noi farmacologi ci deve portare a

una riflessione particolare su come potremo e dovremmo insegnare questo capitolo della medicina ai nostri studenti: credo sia importante che la Società Italiana di Farmacologia intervenga emanando delle forti linee guida per l'insegnamento di questi temi. Un altro tema importantissimo, affrontato anche da IMPACT, è quello al centro dei lavori del 'working group geriatrico' dell'Aifa che affronta il problema del dolore nel paziente anziano, soprattutto nel paziente 'fragile' che ha più patologie e che è costretto ad assumere molti farmaci e che quindi ha un più elevato rischio di reazioni avverse. E poi la legge 38 richiede che in ogni paziente, in particolare in quello oncologico, venga valutato il dolore, che venga trattato e rivalutato per vedere l'effetto del trattamento che ha ricevuto. Tutto questo non deve essere lasciato alla decisione del singolo medico secondo le sue personali abitudini o quelle del suo reparto, ma dovrebbe essere ben definito nell'ambito del protocollo della clinica stessa".



Medici, abilitazione mentre ci si laurea

Mentre ci si laurea, si ottiene anche l'abilitazione alla professione medica. E negli stessi anni si effettua pure il tirocinio obbligatorio. Se a questo si aggiunge anche una riduzione del periodo di specializzazione, per tagliare il traguardo della professione medica si risparmierebbero almeno due anni. Partirà da queste tre principali modifiche il restyling al percorso di studi universitario delle facoltà di medicina e chirurgia messo a punto dai ministri dell'istruzione e della salute, rispettivamente Mariastella Gelmini e Ferruccio Fazio che oggi lo presenteranno in via ufficiale a Palazzo Chigi. Un provvedimento nell'aria già da diverse settimane quando, i titolari dei due dicasteri, avevano annunciato una riduzione del corso di studi con l'ipotesi di incorporare nell'ambito dei sei anni anche l'esame di Stato. La strada scelta invece secondo quanto risulta a *ItaliaOggi* potrebbe essere quella di effettuare l'esame abilitante contestualmente a quello di laurea così come avviene per alcune professioni sanitarie. In sostanza in sede di esame sarà presente non solo la rappresentanza del corpo accademico ma anche quella del mondo delle professioni. Un provvedimento che se confermato ridurrebbe di un anno il tempo che intercorre tra la laurea e accesso alle scuole di specializzazione. La seconda modifica, invece, andrà a impattare sul tirocinio obbligatorio di tre mesi (un mese in un reparto chirurgico, un mese in un reparto di medicina e un mese presso l'ambulatorio di un medico di base) che sarà effettuato durante i sei anni di studio e non alla conclusione come avvenuto fino ad ora. Novità in arrivo anche per le scuole di specializzazione: l'obiettivo è quello di portare a quattro anni le specializzazioni che ora sono di cinque, importando il modello europeo e rimanendo così nei suoi limiti. In pratica, dove in Europa le specializzazioni sono inferiori ai cinque anni lo saranno anche in Italia. Sul taglio ci sarebbe un accordo di massima: quattro anni per le scuole di specializzazione mediche, cinque per quelle chirurgiche. Il tandem Fazio-Gelmini punta anche a prevedere scuole di specializzazione con contratti a termine da parte delle Regioni agli specializzandi, almeno negli ultimi due anni. Un sistema per liberare risorse e consentire di accrescere il numero di specializzandi. L'obiettivo è anche quello di puntare a una maggiore integrazione tra Servizio sanitario nazionale e università nella formazione degli specializzandi.

Benedetta Pacelli



Il ministro

Fazio: «L'ospedale è un successo italiano Il deficit generato dalle attività all'estero»

MILANO — «Strutture sanitarie all'estero e attività sempre più variegata ed eterogenee rispetto all'iniziativa originaria». È in questi impegni che va ricercata la ragione dell'indebitamento che rischia di far fallire l'ospedale San Raffaele di Milano. Lo ha spiegato il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, nella sua informativa al Senato sulla struttura milanese, dopo quanto è emerso sulla situazione finanziaria

della Fondazione Monte Tabor e dopo il suicidio dell'ex vicepresidente, Mario Cal. I debiti, in sostanza, non dipendono dalla ricerca e dall'assistenza sanitaria, ma sono legati alle attività extra sanitarie ed estere del gruppo fondato da don Luigi Verzé, che — ha spiegato il ministro — «ha messo in piedi una struttura diventata un grande successo italiano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

