

Corpo e cuore

La salute dalla parte delle donne

di Alessandra Graziottin, Centro di Ginecologia e Sessuologia medica, San Raffaele Resnati, Milano



Come reagire se la pubertà è troppo precoce?

«Mia figlia Chiara ha otto anni e mezzo. Quest'anno è cresciuta molto, ha un po' di peluria e il seno ha cominciato ad aumentare. Il pediatra ha prescritto alcuni test. Risultato: è già iniziato il percorso della pubertà, per cui potrebbe avere le mestruazioni entro un anno. Il medico dice che si potrebbe bloccare il processo con delle iniezioni di ormoni... Noi siamo preoccupati!».

Claudia F., Pescara

Le dico subito che io sono favorevole a riportare l'età della pubertà a un'età più adatta per la vostra bambina. Non abbia paura degli ormoni: non si tratta del diavolo! **Parliamo di farmaci che, se usati bene, sono alleati preziosissimi della nostra salute.** Nello specifico, verrebbero impiegati i cosiddetti «analoghi del GnRH»: non

estrogeni, ma molecole che **temporaneamente silenziano l'orologio biologico cerebrale** che fa scattare la pubertà, e che ha suonato troppo presto per Chiara. L'effetto dura finché si seguono le cure (iniezioni mensili o trimestrali). Sono terapie benissimo tollerate, e che non danno in genere ef-

fetti collaterali. Sospese le iniezioni, tutto riparte. Nel frattempo, però, la sua bimba ha avuto modo di crescere normalmente, dal punto di vista sia fisico, sia emotivo, e di arrivare alla pubertà almeno a 11 anni. Con indiscussi vantaggi. Infatti, **la mestruazione che compare così presto può costituire un disagio**

notevolissimo, anche perché la bambina sarebbe l'unica della sua classe ad averle, senza il conforto del confronto con le amiche. Altri due anni di crescita senza flusso le consentirebbero un'indispensabile maturazione emotiva.

Non si faccia condizionare dai pregiudizi nei confronti di tali cure. Naturalmente, tutto andrà spiegato a sua figlia con parole semplici e affettuose, per prepararla con serenità a quanto le sta succedendo. Ma attenzione: il rallentamento ottenibile varia molto da caso a caso, in relazione allo stadio maturativo già raggiunto ora dalla bimba. Più si aspetta e meno probabile è la possibilità di inibire il processo. ❖

prevenire&curare

Poche dritte per... crescere sani

● Alcuni studi suggeriscono che la pubertà tende ad arrivare prima nelle bambine sovrappeso od obese; che seguono un'alimentazione ricca di carni «trattate» (con «xenoestrogeni», sostanze usate per far

crescere i vitelli); che stanno troppe ore davanti alla tv (per un eccesso di stimoli visivi, implicitamente o esplicitamente di tipo sessuale, che vanno a colpire il cervello). È quindi saggio:

● curare che i nostri

figli siano di peso normale fin da piccoli;

- incentivare il movimento fisico;
- moderare il consumo della carne;
- limitare le ore davanti alla tv: un'ora-due al giorno sono fin troppe!

❖ Le lettere vanno indirizzate a: Alessandra Graziottin, «Oggi», via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. O collegandosi a www.oggi.it oppure a www.alessandragraziottin.it

Il caso Resi noti i dati sulla diffusione del farmaco nel nostro Paese. Numeri bassi per colpa dei protocolli delle Regioni

Ostruzionismo sulla Ru486

Ad occupare gli ultimi posti della classifica Lazio, Umbria, Calabria, Abruzzo e Marche. Il Piemonte e la Toscana sono le più attive

Marco Incagnola

In alcune regioni italiane, in particolare nel centro sud, la diffusione della pillola abortiva Ru486 stenta a decollare. Colpa anche dei diversi protocolli di impiego, stabiliti dalle Regioni, che di fatto non consentono a tutti gli ospedali di poter offrire questo servizio. Ad occupare gli ultimi posti della classifica delle Regioni che fanno uso del farmaco ci sono il Lazio, l'Umbria, la Calabria, l'Abruzzo e, fanalino di coda, le Marche. Il Piemonte (1203 confezioni) e la Toscana (563) sono, invece, le più attive per numero di ordini effettuati. Da quando è partita la commercializzazione in Italia, poco più di nove mesi fa, sono state distribuite negli ospedali della penisola 4.317 confezioni di Ru486.

I dati sono stati diffusi dalla "Nordic Pharma", l'azienda distributrice del farmaco nel nostro Paese, che ha condotto un'analisi sull'andamento delle richieste della pillola abortiva regione per regione.

Un quadro, dunque, che evi-

denza una distribuzione disomogenea del farmaco sul territorio nazionale. Una sperequazione causata anche dalle posizioni ideologiche assunte da alcune regioni. È il caso della Regione Lazio. Le linee guida dettate da Renata Polverini prevedono infatti il ricovero ospedaliero obbligatorio, con appositi posti letto riservati, per le donne che intendono utilizzare la Ru486. Un ricovero che nei fatti diventa quasi impossibile a causa del taglio ai posti letto della sanità laziale previsto dal Piano di riordino della rete ospedaliera.

Un impedimento che spinge molte donne a rivolgersi agli ospedali di altre regioni o all'estero, dando luogo a un nuovo e singolarissimo fenomeno migratorio legato al tema del diritto alla salute.

«Ci hanno chiamato molte donne dal Lazio – racconta Silvio Viale, ginecologo dell'ospedale Sant'Anna di Torino – proprio per le difficoltà che registrano nella loro regione. Noi abbiamo deciso di praticare l'aborto farmacologico solo alle residenti in Piemonte, però, per via della carenza di personale e il gran numero di richieste».

Altre mete di questi viaggi interregionali sono, ad esempio, l'Emilia Romagna e la Toscana. «Ho dovuto mandare diverse pazienti a Bologna - spiega

Mirella Parachini del S. Filippo Neri di Roma -. Il mio ospedale, pur essendo certificato come in grado di assicurare il percorso di privacy richiesto dal protocollo regionale, di fatto non ha lo spazio per una sezione dedicata all'aborto farmacologico». Non manca poi chi decide di andare all'estero. «So che moltissime donne – aggiunge Viale - dal Lazio e altre regioni vanno in Francia, dove possono usufruire dell'aborto farmacologico al costo di 350 euro, e in Svizzera, nel Canton Ticino, dove spendono circa 500 euro». E comunque, secondo i ginecologi, non è difficile capire perché sono ancora poche le strutture dove si usa la Ru486. «Per i medici – spiega ancora Viale - significa avere grane e vedersi triplicare il lavoro». Senza contare le difficoltà imposte dai Protocolli, conclude Parachini: «Che rendono impossibile praticare l'aborto farmacologico anche ai medici che sono disponibili a farlo». ■



Medicina Il vaccino è consigliato anche ora. Ma non protegge del tutto

L'influenza verso il picco Due milioni già ammalati

Più colpiti i bambini. Record in Marche e Campania

MILANO — L'influenza ha già messo a letto quasi due milioni di persone da quando ha fatto la sua comparsa all'inizio del dicembre scorso: sono 350 mila i nuovi ammalati di questa settimana e il numero è in crescita costante. Tutto, però, è nella norma, assicurano gli esperti.

«E' la fase di ascesa dell'epidemia stagionale — commenta Alessandro Zanetti, direttore dell'Istituto di Igiene dell'università di Milano e del Centro di riferimento per l'influenza della Regione Lombardia — ma siamo abbastanza in linea con gli anni passati. Il picco si raggiungerà nelle prossime settimane, all'inizio, metà febbraio».

Le regioni più colpite sono le Marche e la Campania. La Lombardia arriva dopo, con 50 mila persone a letto per l'influenza e altrettante con le cosiddette Ari, malattie respiratorie acute, sempre provocate da virus, ma diversi da quelli influenzali.

I più colpiti dall'influenza? I bambini sotto i quattro anni, innanzitutto, e i giovani adulti, mentre gli anziani sono abbastanza al sicuro, sia perché hanno sviluppato un'immunità naturale, essendo nel corso della vita già venuti a contatto diverse volte con i virus, sia perché molti si sono vaccinati.

Nonostante, poi, la cronaca registri alcuni decessi (l'ultimo riguarda un uomo di 47 anni, affetto da patologie cardiovascolari, morto a Foggia, il quarto nella Regione Pu-

glia dall'inizio dell'anno), anche il loro numero rientra nella media: i più a rischio sono, come al solito, le persone che soffrono di malattie croniche o hanno un sistema immunitario alterato.

I virus responsabili? Soprattutto l'AH1N1/v: quello «suino» pandemico, che l'anno scorso ha creato tanto allarme. «Almeno il 75 per cento dei virus isolati — continua Zanetti — è di questo tipo. Il resto è rappresentato dai virus B, tipo Brisbane e da qualche virus A H3N2, questi ultimi due virus tipici stagionali. E questa è una buona notizia perché sono i tre virus presenti nel vaccino che è stato finora somministrato alla popolazione».

I medici di famiglia, nonostante l'epidemia sia in atto, consigliano di farsi vaccinare anche adesso: il vaccino comincia a funzionare dopo 10-15 giorni dalla sua somministrazione, ma può ancora «creare» una buona difesa in previsione del picco di fine gennaio-metà febbraio e delle code dell'epidemia che si spingeranno fino a marzo.

E soprattutto può essere utile a prevenire le complicanze. Che, come si era già verificato l'anno scorso, sono più frequenti non soltanto nelle persone con uno stato di salute compromesso (pazienti affetti da malattie croniche, come diabete, malattie cardiovascolari, tumori), ma anche nelle donne in gravidanza (cui si raccomanda il vaccino).

Ma. C'è però un ma. Ci sono persone che si sono vaccinate e che si sono ammalate lo stesso. Perché il vaccino non funziona? «Le spiegazioni posso-

no essere tre — dice Zanetti —. La prima è che il vaccino difende da tre tipi di virus, ma questi virus possono andare incontro a piccole modificazioni e, di conseguenza, non vengono più riconosciuti dal sistema immunitario della persona vaccinata. La seconda è che l'influenza può non essere influenza, ma una sindrome respiratoria acuta (Ari): si presenta, più o meno, con gli stessi sintomi, ma non è provocata da «veri» virus influenzali. Terzo: i vaccini (tutti i vaccini) non sono mai efficaci nel 100 per cento dei casi, per ragioni varie. Così una persona vaccinata può ammalarsi lo stesso».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

Una vittima a Foggia

L'ultimo caso letale in Italia: un uomo di 47 anni affetto da cardiopatia

350

Mila i nuovi ammalati di questa settimana. L'influenza ha già messo a letto in Italia quasi due milioni di persone da quando è comparsa all'inizio del dicembre scorso

50

Mila persone a letto per l'influenza e per malattie respiratorie in Lombardia, al terzo posto tra le regioni più colpite dopo le Marche e la Campania

10-15

I giorni che devono trascorrere prima che il vaccino inizi a «funzionare» a partire dalla sua somministrazione

Scheda

Protezione

Il vaccino antinfluenzale comprende anche il virus AH1N1.

Efficacia

Si rileva in circa il 70% dei casi, il restante 30% se colpito avrà sintomi più lievi. La protezione dura 6-8 mesi. Quest'anno c'è anche a microiniezione intradermica, senza adiuvanti





”

Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio:
«Ci auguriamo che il concetto
di utilità della vaccinazione venga
recepito da sempre più persone»

Domande & Risposte

Non sempre è influenza

Come sapere di che infezione si tratta?

I sintomi classici dell'influenza sono febbre improvvisa sopra i 38 gradi per più di tre giorni, un sintomo respiratorio (raffreddore, mal di gola, tosse, difficoltà di respiro) e un disturbo generale (mal di testa, dolori muscolari, spossatezza). Le Ari (Acute respiratory syndromes) possono assomigliare all'influenza nei sintomi, ma sono meno gravi.

La cura

Come affrontare la malattia?

La terapia è più o meno la stessa per influenza e sindromi respiratorie: antinfiammatori, antipiretici (NO agli antibiotici, inefficaci contro i virus, a meno che non vi siano complicanze batteriche), riposo, dieta leggera. La complicanza più grave è la polmonite. Un peggioramento dei sintomi respiratori deve far ricorrere al medico o al pronto soccorso.

Farmaci

Sono utili gli antivirali?

Oggi l'efficacia dei farmaci antivirali (tipo oseltamivir), per quanto riguarda la riduzione di sintomi e complicanze, è stata messa in discussione da più parti. Rivolgersi al medico prima di assumerli: possono avere effetti collaterali importanti e indurre resistenza al virus.

Vaccino

C'è ancora tempo? E chi lo deve fare?

I medici raccomandano ancora il vaccino. Perché funzioni contro il virus occorrono 10-15 giorni, ma somministrato ora può aiutare ad

affrontare il picco dell'epidemia previsto a inizio-metà febbraio. Non solo: il vaccino è utile a contrastare le complicanze soprattutto nei soggetti giovani più a rischio (con malattie croniche, come cardiopatie, malattie respiratorie, tumori).

Efficacia

Il vaccino è sempre efficace?

Il vaccino antivirale AH1N1-v, il suino-pandemico apparso l'anno scorso, è efficace attorno al 70%. Non sempre, quindi, chi si vaccina è al sicuro (dipende dai virus che possono essere un po' diversi rispetto a quelli del vaccino o dalla risposta immunitaria).

Prevenzione

Come si evita il contagio?

Lavarsi le mani è molto utile. Indispensabile evitare il più possibile gli ambienti affollati (la principale via di contagio, infatti, è quella aerea: uno starnuto «infetto» può raggiungere una persona a un metro di distanza). Uno studio dell'università di Nottingham dimostra che il rischio di ammalarsi aumenta 6 volte sui mezzi pubblici.

Contagiosità

Per quanto tempo si resta contagiosi?

Si è contagiosi da un giorno prima della comparsa dei sintomi fino a 4 giorni dopo. Per alcuni il virus AH1N1 può essere contagioso fino a una settimana dalla scomparsa di febbre e tosse. E una mamma ammalata con il neonato come deve comportarsi con il proprio figlio? Secondo gli esperti può anche allattare.

A.Baz.

abazzi@corriere.it



Sanità. Salite a 11 le vittime del virus A - Fazio: nessun allarme Con l'influenza 1,7 milioni

MILANO

Sono già 1,7 milioni gli italiani a letto con l'influenza. Mentre il virus viaggia verso il picco stagionale, previsto a cavallo tra gennaio e febbraio, nella seconda settimana dell'anno si sono registrati 5,82 casi per mille abitanti, pari a circa 350mila casi totali.

Intanto il virus H1N1 ha già provocato la morte di 11 persone in Italia, l'ultima quella di un 47enne a Foggia, affetto però anche da altre patologie. Gli ultimi dati sull'incidenza sono stati forniti da Influnet, la Rete italiana di sorveglianza dell'influenza coordinata dal ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, che li ha ricevuti da 863 medici "sentinella". «Tutto nella norma, nessun allarme» secondo il ministro Fazio.

Le regioni più colpite dall'influenza in questa settimana sono le Marche (12,58 casi ogni 1000 abitanti), la Campania (9,85 casi), la Provincia Autonoma di Bolzano (8,96), il Molise (7,99) e l'Abruzzo (7,90). E dei 144 campioni positivi ai virus,

113 (il 78%) sono risultati positivi all'H1N1. Intanto ieri è stata intanto registrata l'11esima vittima, la quarta in Puglia, della nuova influenza. Si tratta di un uomo di 47 anni, affetto da importanti patologie cardio-polmonari, morto nel reparto di rianimazione dell'ospedale di Foggia dopo aver contratto il virus. Migliorano invece le condizioni di salute di una ragazza ventunenne ricoverata nel reparto di rianimazione dell'ospedale di Barletta.

Tra le raccomandazioni per prevenire l'influenza, oltre alla vaccinazione per le varie categorie a rischio, soprattutto l'igiene delle mani, come consiglia ai medici. Secondo uno studio dell'università di Nottingham, chi prende autobus o tram ha un rischio sei volte maggiore di finire dal dottore con un'infezione respiratoria acuta, come raffreddore, faringite, influenza, bronchite e polmonite. Tuttavia chi usa i trasporti pubblici ogni giorno è meglio protetto rispetto a chi li utilizza occasionalmente.

R. E.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1,7 milioni

A letto con l'influenza

Secondo le stime della rete di medici del ministero della Salute, in queste ore sono quasi due milioni gli italiani a letto con l'influenza. Si tratta del picco massimo stagionale.

11

Le vittime

In aumento anche le vittime della nuova influenza, quella da virus H1N1. L'ultimo decesso si è verificato ieri a Foggia, dove a perdere la vita è stato un 47enne che però era già affetto da una forte cardiopatia.

12

I casi ogni mille abitanti

Con 12,58 casi ogni mille abitanti le Marche sono tra le regioni italiane più colpite dall'influenza. Al secondo posto la Campania.



DIRETTIVA APPROVATA**Più facile
curarsi in altri
paesi Ue**

Le cure all'estero più facili nella Ue. Dopo anni di negoziati, il Parlamento europeo ha dato il via a nuove norme che consentiranno di scegliere liberamente di farsi curare in un altro paese Ue. La direttiva comunitaria sulle cure transfrontaliere fa chiarezza su una questione che finora ha visto molti ricorsi alla Corte di giustizia europea, soprattutto per ottenere il rimborso dall'assistenza sanitaria nazionale per cure all'estero. Grazie alle nuove regole (che ora dovranno essere recepite negli ordinamenti nazionali) ogni cittadino che voglia farsi curare in un altro paese Ue potrà farlo senza autorizzazione preventiva, a meno che non abbia bisogno di un ricovero ospedaliero. La prestazione sanitaria dovrà essere pagata, ma si potrà poi richiedere il rimborso. L'autorizzazione dal sistema sanitario del proprio paese sarà invece necessaria se, ad esempio, un cittadino italiano vuole andare all'estero per un'assistenza «altamente specializzata» o particolarmente costosa. L'autorità sanitaria nazionale potrà anche dire di no, ma solo dimostrando che il paziente, trasferendosi all'estero, potrebbe correre un rischio o che quella stessa cura può essere offerta in tempo utile anche nel paese di residenza.



IL CONFRONTO PUBBLICO-PRIVATO

NUOVO SISTEMA
PER LA SANITÀ

di RENATO BOTTI

Qualche giorno fa, su queste pagine, Alberto Scanni ha evidenziato come gli ospedali pubblici siano penalizzati perché «devono sottostare a regole di gestione che il privato non è tenuto a seguire». Quest'affermazione è condivisibile solo in parte. Se da un lato, infatti, sarebbe ora di avere il coraggio di modificare il sistema delle garanzie e dei controlli nei pubblici servizi, dall'altro lato mi sembra riduttivo sostenere che le difficoltà degli ospedali pubblici siano dovute solo a «orpelli legislativi», che pure esistono, o a scarsità di risorse, dato di fatto comune a tutto il sistema. E soprattutto ritenere il privato privilegiato solo perché più libero di scegliere un fornitore. La questione è più complessa.

Il sistema sanitario lombardo si basa su un principio molto semplice: la scelta su dove fare un esame o ricoverarsi è del paziente. Quindi, strutture pubbliche e private concorrono a offrire servizi accessibili a tutti, mentre la Regione ha il compito di finanziare secondo una programmazione e controllare qualità e appropriatezza delle prestazioni. Questo è un sistema riconosciuto tra i migliori d'Italia per qualità (la Lombardia è la regione italiana che attrae il maggior

numero di pazienti da fuori regione) e per efficienza dei conti (il costo pro capite è inferiore alla media nazionale). Non è vero che i bilanci regionali privilegino il privato, tutt'altro: i finanziamenti al privato sono erogati solo per le prestazioni effettuate, e in nessun caso coprono eventuali perdite di gestione o investimenti, come invece accade nel pubblico. Facciamo qualche esempio.

Se un ospedale pubblico spende più di quanto ricava, le sue perdite sono ugualmente coperte dalla Regione, che ne è l'unico azionista. Al privato non è concesso: se non si è efficienti, la perdita di gestione (che comprende gli ammortamenti degli investimenti in strutture e attrezzature) deve essere sostenuta dagli azionisti. Se un privato vuole acquistare una nuova Tac o aprire un laboratorio di ricerca ha sì meno vincoli burocratici ma deve tirare fuori i soldi di tasca propria (sebbene stia investendo per migliorare un servizio pubblico). L'attività di un privato — profit o non profit, di piccole o grandi dimensioni — implica un «rischio» d'impresa, non può permettersi inefficienze e nello stesso tempo, in un sistema competitivo e controllato come quello lombardo, deve mantenere alta la qualità. Non a caso la Lombardia è la prima regione italiana (e forse ancora l'unica) in cui si sia concluso l'accreditamento istituzionale

e in cui si stanno diffondendo gli accreditamenti volontari all'eccellenza (attraverso la Joint Commission).

Allora cosa fare? La proposta del coordinamento della sanità privata lombarda è di superare le reciproche diffidenze e lavorare insieme per un costruire un sistema sempre migliore. Chiediamo alle istituzioni di dare eguali opportunità agli erogatori (anche riducendo gli «orpelli» burocratici), valorizzando non tanto la natura giuridica di chi offre un servizio (al paziente non interessa) ma i risultati, rendendoli trasparenti al cittadino, e ai nostri manager, pubblici o privati che siano, di mostrare senso di responsabilità e impegno nella gestione di una delle attività più complesse che esistano e che sempre più deve concepirsi in un sistema europeo.

Presidente
Confindustria
Lombardia
Sanità Servizi



Vaiolo

Conserviamo il virus: ci salverà dal bioterrorismo

La malattia è scomparsa nel 1980 grazie al vaccino, ma restano alcuni ceppi in laboratori russi e americani. C'è chi, come l'Oms, vorrebbe distruggerli. E chi ribatte: no, possono ancora essere utili all'umanità

DAL NOSTRO INVIATO
ANGELO AQUARO

È NEW YORK l'unica malattia al mondo che l'uomo è riuscito a sradicare grazie alla vaccinazione. Ma adesso che il vaiolo potrebbe essere definitivamente cancellato dalla faccia della Terra gli americani e i russi si sono stretti in un'alleanza assai poco santa per tenere in vita gli ultimi ceppi: le poche centinaia di ampole custodite da un lato all'altro dell'Oceano che l'Organizzazione mondiale della sanità vorrebbe distruggere per sempre.

Sembra il prologo di un fantathriller degno di Michael Crichton. E invece è lo scenario disegnato dal funzionario russo dell'Oms, Vladimir Starodubov. Bisogna tenere in vita il virus, dice, per la ricerca: e per farlo siamo pronti a sostenere la richiesta dei colleghi americani. E che ricerca c'è ancora da fare se il virus è sconfitto? La paura vera è un'altra: il bioterrorismo.

Sono dovuti passare due secoli dalla prima vaccinazione di Edward Jenner allo spettacolare annuncio della scomparsa del virus nel 1980. Un traguardo dell'umanità. Perché il vaiolo ha cambiato addirittura il corso della storia. È stato Derek Jamond a spiegarlo nell'ormai classico "Armi, acciaio e malattie". Fu per esempio il virus — agli Incas sconosciuto — a uccidere l'imperatore Huayna Capac: scatenando la rivalità per il trono tra Huascar e il mitico Atahualpa che indebolì l'impero e consentì nel 1532 l'avanzata dei conquistadores di Francisco Pizarro.

Ora quell'incubo potrebbe ritorcersi però contro l'Occidente. Dice l'esperto Kenneth Bernard — consulente alla Casa Bianca per Bill Clinton e George W. Bush — che la distruzione del virus "non sarebbe un atto di buona politica". Alcuni ceppi potrebbero già esse-

re finiti nelle mani di qualche Stranamore del terrore. E poi bisogna continuare a studiarlo per carpirne il segreto: la sua capacità di colpire il sistema immunitario dell'uomo.

L'Oms aveva deciso la distruzione delle scorte già 15 anni fa. Ma poi la paura del bioterrorismo — confermata dall'orrore dell'11 settembre — ha prevalso: peccato che quando gli yankees rivoltarono come tasche gli arsenali di Saddam Hussein non trovarono traccia neppure di quegli stock di vaiolo di cui parlavano "credibili fonti di intelligence". Ieri un comitato ristretto è tornato a riunirsi a Washington. Ma l'ultima parola spetterà all'assemblea generale dell'Oms di maggio. Per la verità non si conosce finora nessuno che sia riuscito nell'impresa in laboratorio, dice al Wall Street Journal Craig Venter, lo scienziato imprenditore del progetto Genoma, anche se i terroristi potrebbero benissimo già avere imparato a farlo.

Non mancano i trafficanti che promettono lo smercio di vaiolo su Internet: incubo o bufala? Gli Usa ci credono così tanto da aver appena speso altri 34 milioni di dollari per assicurarsi un nuovo vaccino da un'industria giapponese. Così le loro scorte sono adesso in grado di coprire tutta la popolazione.

Certo chi del vaiolo si è liberato da poco non crede alla scusa del bioterrorismo. Il virologo indiano Kalyan Banerjee accusa americani e russi di agire "con la stessa logica per cui continuano a detenere le atomiche: la verità è che il vaiolo per loro è la superarma del ricatto reciproco".

Non sembrerebbe dunque così fuori luogo il compromesso proposto dall'esperto Jonathan B. Tucker. Oggi gli Usa custodiscono 451 ampole nei laboratori di Atlanta. I

russi conservano 120 ceppi a Novosibirsk. Facciamo una specie di Start: un tratto di devaiolizzazione.

Come si fa con le testate nucleari: teniamone solo dieci a testa. Bella idea: sopportarne una modica quantità. In fondo non è così che funzionano i vaccini?

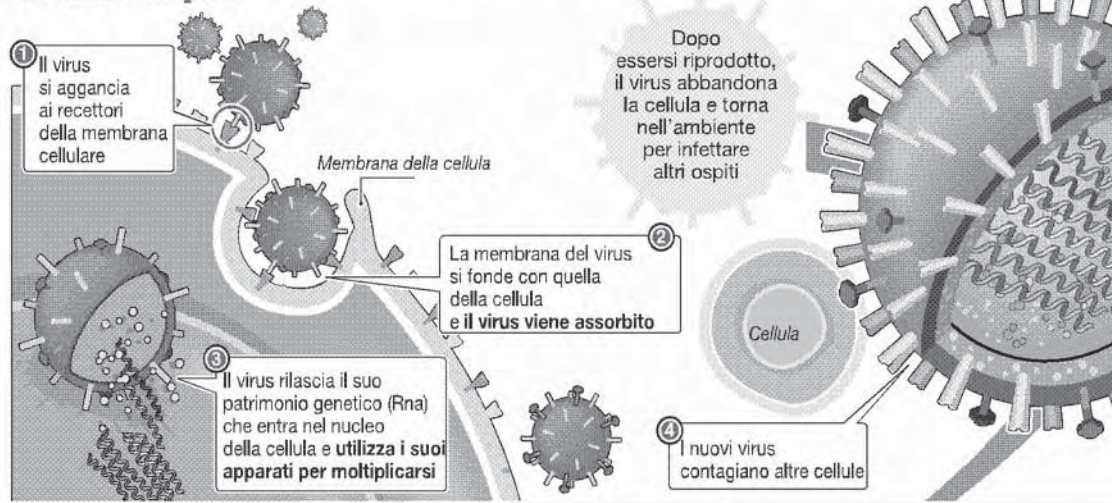
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cos'è un virus

- È uno dei microrganismi più piccoli e semplici che esistano
- Da molti non è considerato neanche un essere vivente perché **non è capace di riprodursi da solo**
- Tra il 1940 e il 2008 sono state registrate nell'uomo 335 nuove malattie virali
- Nel 60% dei casi il virus aveva avuto origine in un animale ed era poi passato all'uomo

Come si moltiplica



SUPERANTICORPI

Vaccino universale

Il santo Graal della lotta ai virus influenzali potrebbe essere più accessibile del previsto, grazie alla pandemia di suina del 2010 data dal virus H1N1. Coloro che l'hanno superata, infatti, hanno sviluppato superanticorpi dai quali ricavare vaccini per contrastare moltissimi ceppi. A sperarlo sono i ricercatori della Emory University, che hanno analizzato il corredo anticorpale di 9 pazienti, scoprendo che gli anticorpi presenti erano in grado di sconfiggere virtualmente tutti i ceppi degli ultimi 10 anni più quello responsabile della Spagnola del 1918 e quello dell'aviarina, noto come H5N1. Da qui, come hanno raccontato sul «Journal of

Experimental Medicine», hanno sviluppato un totale di 86 anticorpi, cinque dei quali attivi contro più ceppi, e ne hanno confermato la potenza su topi. Gli anticorpi più attivi hanno molte similitudini con altri vaccini proposti negli ultimi anni e sviluppati non contro la parte sferica dell'emoagglutinina, ma contro la parte a forma di stelo, più protetta e meno variabile. Al momento sono già in corso trial sull'uomo. (a. cod.)



ATTUALITÀ **SCIENZA&TECNOLOGIA**

SCRIVERE A SCIENZA@FAMIGLIACRISTIANA.IT

L'ospedale a impatto zero

Parte da Forlì un progetto che punta a rendere più verdi le strutture sanitarie, a partire dalla gestione dei rifiuti.

Per comprendere il concetto di "ospedale a impatto zero", abbiamo visitato la ditta Mengozzi di Forlì, che smaltisce il 25 per cento di tutti gli scarti sanitari d'Italia. Qui hanno brevettato un sistema di smaltimento privo di pericoli, malgrado i rischi batteriologici che tali rifiuti comportano. Il brevetto è stato perfino studiato dall'Epa, l'agenzia americana per l'ambiente. **L'aspetto insolito della vicenda sta nel fatto che chi detiene il brevetto lancia l'iniziativa dell'"ospedale a impatto zero" non per espandersi, ma per essere imitato.** La Mengozzi brucia già ogni anno 32 mila tonnellate di rifiuti ma, piuttosto che puntare a espandersi per poterne trattare maggiori quantità, la società vorrebbe invece far crescere la cultura del differenziato in tutti gli ospedali.

Dice la presidente, **Milena Mugnai**: «Che io sappia, oggi nessuno smaltisce il rifiuto ospedaliero in modo illegale. Ma è urgentissimo che tutti s'impari a farlo meglio». Succede infatti che qualcuno agisca al limite della sicurezza igienica utilizzando, per esempio, contenitori di cartone monouso che potrebbero provocare sversamenti di sostanze infette.



SOPRA: GLI IMPIANTI DELLA MENGOZZI, L'AZIENDA LEADER IN ITALIA NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI PROVENIENTI DA ATTIVITÀ OSPEDALIERE.



Nelle speranze della presidente, tutti i nosocomi dovrebbero aspirare al marchio di "ospedale a impatto zero", da loro proposto. **Avrà quel marchio chi opererà con un sistema integrato in cui tutti i rifiuti - dagli aghi alle garze, fino ai residui di sala operatoria, ben distinti dagli altri rifiuti - siano raccolti in contenitori rigidi che non presentino pericoli di fuoriuscita, sempre identificabili tramite un sistema di codici a barre.**

Alla Mengozzi i contenitori di polietilene, che a loro volta custodiscono i sacchi chiusi ermeticamente, vengono riutilizzati dodici volte, quindi triturati e fusi con materiale plastico nuovo. Da Forlì i bidoni ripuliti vengono distribuiti agli ospedali (fra i clienti ci sono le Molinette di Torino e il San Raffaele di Milano) e poi ritirati pieni per essere bruciati nel termovalorizzatore della stessa fabbrica, che produce anche l'elettricità necessaria allo stabilimento.

IDA MOLINARI

I dati del Recup

Dimezzati i tempi per le liste d'attesa

Ma per le mammografie c'è ancora tanto da aspettare

MARCELLO VIAGGIO

■■■ Liste d'attesa, si abbassano i tempi per ecografie, Tac, risonanze. I dati del Recup, il Centro unico di prenotazione regionale, nel mese di dicembre 2010 mostrano nel Lazio per la prima volta un'inversione di tendenza. Ecco la situazione per le analisi più critiche.

Per l'Eco-doppler dei tronchi sovra-aortici, al Policlinico Casilino (il più affollato per questa prestazione, 8-900 prenotazioni al mese) a ottobre bisognava aspettare 158 giorni. Oltre cinque mesi. Ora di giorni ne bastano 101. Buone notizie anche per l'Ecografia dell'addome completo: al poliambulatorio di piazza Gentile da Fabriano si è scesi da 158 a 116 giorni; a via Mozart da 235 a 61. All'ospedale di Alatri, Frosinone, da 269 a 143 giorni: si aspetta la metà.

Stesso discorso per la Risonanza magnetica nucleare della colonna. Al Policlinico Casilino l'attesa è ora di 159 giorni. Sempre troppo, ma molto meno in confronto ai 291 giorni di ottobre. Le liste si accorciano anche per visite di routine. Al Pertini, ad esempio, si scende da 40 a 33 giorni per la visita gastroentero-

logica; per quella dermatologica a via Mozart da 46 a 37. In questo quadro confortante, l'unica vera eccezione è rappresentato dalla

Mammografia. In alcuni casi i tempi, anzi, si sono addirittura dilatati. I numeri parlano chiaro. Servono ben 163 giorni d'attesa al poliambulatorio di S. Anna, 153 all'ospedale di Tivoli. Al Pertini le prenotazioni sono schizzate da 8 a 117 giorni. A Sora (Frosinone) occorre aspettare addirittura 299 giorni (a ottobre 256). Eppure si tratta di una prestazione che le donne oltre i 40 anni di età dovrebbero effettuare ogni anno.

Ein futuro? La presidente della Regione Renata Polverini lo ha promesso: le liste saranno abbattute. I primi passi sembrano quelli giusti. Dal 12 gennaio gli

ambulatori al S. Giovanni, S. Camillo e Sant'Andrea sono aperti di sabato e domenica per Tac, ecografie, risonanze. In programma c'è anche l'apertura delle agende del Recup agli ospedali accreditati, l'invio di sms per ricordare gli appuntamenti. E' al via il progetto Nuovo Dottor Cup, con un numero verde a disposizione dei medici di famiglia per analisi urgenti entro le 72 ore.

Non resta che vedere i risultati.



Sanità L'allarme degli specialisti in emergenza. Ciocchetti: problema da risolvere presto

In barella 500 malati al giorno aspettano un letto libero

Bartoletti: i medici di base pronti a dare una mano

19 Ore La durata media, secondo il sindacato Spes, dell'attesa nel pronto soccorso a Roma

Malati per giorni aspettano nel pronto soccorso che si liberi un letto, soprattutto nei reparti di medicina dove il numero dei posti è stato drasticamente ridotto dal piano antideficit della Regione. E ogni giorno decine di ambulanze restano bloccate negli ospedali capitolini perché non si riesce a liberare le barelle occupate dai pazienti: solo ieri per una ventina di ambulanze c'è stato questo problema per ore. A lanciare l'allarme è Massimo Magnanti, medico e segretario dello «Spes» (Sindacato professionisti emergenza sanitaria), che l'anno scorso, per rendere pubblico questo disagio, ha organizzato il «Barella day».

Dalla giunta Polverini, il vicepresidente e assessore all'Urbanistica, Luciano Ciocchetti (Udc) replica: «Il blocco delle ambulanze, un problema reale che esiste da molti anni, deve essere assolutamente affrontato e risolto al più presto, senza naturalmente cadere in facili strumentalizzazioni. È impensabile che le ambulanze rimangano bloccate per ore negli ospedali». E Pier Luigi Bartoletti, segretario regionale dei medici di famiglia (Fimmg), suggerisce di «aprire a rotazione gli studi dei medici di base per 12 ore al giorno, compresi sabato e

domenica. Noi siamo pronti, ma da mesi aspettiamo il via libera dalla Regione». Inoltre «si potrebbero potenziare i servizi sul territorio — aggiunge Bartoletti — attraverso l'apertura delle "Unità di cure primarie (Ucp)", destinate soprattutto ai malati cronici». Un esempio significativo, secondo la Fimmg, è la «Ucp» di piazza Istria, aperta anche sabato e domenica che nei primi 15 giorni di gennaio ha effettuato 203 accessi e ha ricevuto oltre 250 telefonate di cittadini in difficoltà. «Se si aprisse un centro così in ogni quartiere — sottolinea Bartoletti — si potrebbero alleggerire molto gli ospedali e curare meglio i malati».

«Ogni giorno circa 500 pazienti rimangono sulle barelle in attesa del posto letto — sostiene Magnanti —. Una vera e propria emergenza che coinvolge tutti gli ospedali più grandi della Capitale, dove l'attesa media in barella è di circa 19 ore». Magnanti, dopo avere ricordato nel Lazio il taglio di 4 mila letti negli ultimi 2-3 anni, auspica «il potenziamento della medicina del territorio, con il coinvolgimento dei medici di famiglia».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arrivano le «pagelle» delle Asl. Napoli e Salerno non raggiungono gli obiettivi. Meglio Caserta, Benevento e Avellino

Sanità in rosso, bocciati i commissari

Dossier di Zuccatelli: fallito il piano di risanamento. **Farmaceutica** e personale i punti più critici

Bocciati i sette commissari delle Asl. Il loro lavoro è «non coerente alle previsioni»: questo il giudizio del sub-commissario Giuseppe Zuccatelli nelle relazioni istruttorie trasmesse al presidente della Regione, Stefano Caldoro, che contengono le valutazioni sugli atti prodotti rispetto agli obiettivi assegnati dalla giunta il 5 agosto 2010, data delle nomine. I rilievi riguardano il personale, la farmaceutica, l'accorpamento o l'eliminazione dei doppioni, il piano ospedaliero. La verifica dice che Avellino, Benevento e Caserta segnano qualche punto in più rispetto a Napoli e Salerno ma nel complesso non si può dire che gli obiettivi siano stati raggiunti. Su personale e **farmaceutica**, scrive Zuccatelli, «in più casi non appare evidente il raggiungimento dell'obiettivo». Invece i piani attuativi «elaborati da tutti i commissari non sono coerenti con le previsioni» del piano ospedaliero. Poi, una per una, l'analisi sulle Asl.

> Mainiero a pag. 31

Il dossier, le pagelle

Tagli alla sanità, bocciati i commissari delle Asl

La relazione di Zuccatelli: non raggiunti gli obiettivi del risanamento. Punti critici: piano ospedaliero e **farmaceutica**

Paolo Mainiero

«Non coerente alle previsioni». Utilizza questa espressione il sub-commissario Giuseppe Zuccatelli per giudicare il lavoro svolto dai sette commissari delle Asl. Le relazioni istruttorie trasmesse al presidente della Regione Stefano Caldoro contengono le valutazioni sugli atti prodotti rispetto agli obiettivi assegnati dalla giunta il 5 agosto 2010, data della nomine. Le valutazioni riguardano il personale, la **farmaceutica**, l'accorpamento o l'eliminazione dei doppioni, il piano ospedaliero. La verifica dice che Avellino, Benevento e Caserta segnano qualche punto in più rispetto a Napoli e Salerno ma nel complesso non si può dire che gli obiettivi siano stati raggiunti. Su personale e **farmaceutica**, scrive Zuccatelli, «in più casi non appare evidente il raggiungimento dell'obiettivo». Invece i piani attuativi «elaborati da tutti i commissari non sono coerenti con le previsioni»

del piano ospedaliero.

Asl Napoli 1

Per la **farmaceutica** si «evidenzia il corretto adempimento dei provvedimenti emanati, dal punto di vista prettamente formale». Ma «non si è in grado di valutare l'impatto economico in termini di razionalizzazione della spesa». La relazione evidenzia il lavoro fatto per «la definizione dei tetti di spesa per singolo medico e per il monitoraggio dell'andamento prescrittivi». Circa il personale, «nella documentazione aziendale pervenuta si riferisce che la complessità organizzativa in cui è strutturata l'azienda, articolata e frazionata in una pluralità di strutture, non rende agevole una raccolta dati sistematica per definire l'attuale stato di gestione del personale». Sul piano ospedaliero risultano varie incoerenze: manca il cronoprogramma relativo alla disattivazione dei presidi ospedalieri che confluiscono nell'Ospedale del Mare; manca la riorganizzazione dei presidi Loreto

Mare, Elena d'Aosta e Corso Vittorio Emanuele; manca il piano di ridistribuzione del personale a seguito di accorpamenti e dismissioni.

Asl Napoli 2

Nella **farmaceutica** «si evidenzia il corretto adempimento dei provvedimenti emananti» ma «non si è in grado di valutare l'impatto economico» circa la razionalizzazione della spesa. Tutto sommato positivo il giudizio sul personale: «si evince una sostanziale osservanza delle disposizioni regionali» anche se non



mancano criticità (molti contratti a tempo determinato) che non rendono agevole il raggiungimento degli obiettivi. Quanto al piano ospedaliero, la relazione segnala incoerenze nella riqualificazione dell'ospedale di Pozzuoli, nella distinzione tra posti letto ordinari e posti letto in day hospital.

Asl Napoli 3

Per il personale «si rileva la sostanziale osservanza delle disposizioni» ma «non si evincono elementi certi sulla riduzione della spesa». Sulla **farmaceutica** valgono le stesse valutazioni della Asl Napoli 2. I ritardi sul piano ospedaliero riguardano la mancata riconversione degli ospedali di Pollena Trocchia e Torre del Greco in strutture di riabilitazione; il mantenimento a Torre del Greco dei posti letto per acuti; il mancato trasferimento all'ospedale di Pollena Trocchia delle attività di ricovero a ciclo diurno del presidio di Nola; l'assenza del piano di ridistribuzione del personale.

Asl Salerno

Tutto sommato positivo il lavoro sulla **farmaceutica** che registra un calo del 6 per cento sulla spesa ospedaliera. Sul personale si evidenzia «la rigorosa applicazione del turn over» ma non emergono elementi «per valutare la riduzione della spesa, se non dati che prevedono un aumento del detto costo». Per «l'eliminazione delle strutture complesse centrali triplicate risulta solo avviato ma non completato il procedimento». Per quanto riguarda il piano ospedaliero si segnalano incoerenze, tra l'altro, per l'inserimento dei presidi nella rete dell'emergenza cardiologica e dello stroke; per la mancata riduzione delle strut-

ture complesse.

Asl Caserta

Per la **farmaceutica** valgono le stesse valutazioni espresse per le altre Asl. Positiva l'attività sul personale, «con riduzione del costo complessivo nei limiti degli obiettivi». Bene anche la soppressione delle principali strutture duplicate. Incoerenze sul piano ospedaliero relativamente all'accorpamento dei presidi di Maddaloni e Marcianise; alla riconversione degli ospedali di Teano e San Felice a Cancellò; alla rimodulazione dei posti letto.

Asl Avellino

Ridotti i costi del personale, in linea con le altre Asl la valutazione sulla **farmaceutica**. Circa il piano ospedaliero, si segnalano ritardi nella riforma dei presidi di Solofra e Ariano Irpino, nel piano di ridistribuzione del personale, nell'individuazione delle strutture semplici.

Asl Benevento.

La **farmaceutica** è in linea con le altre Asl. «Rigorosa» l'applicazione delle direttive sul personale con «effettiva riduzione» della spesa. Molto avviato il lavoro di soppressione dei doppioni. Quanto al piano ospedaliero, si segnalano la mancata rimodulazione dei posti letto e la mancata riduzione delle strutture complesse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Eccezioni

Risultati positivi ma parziali solo a Caserta Benevento e Avellino



raggiungimento
dell'obiettivo



performance
negativa

ASL NAPOLI 1

ASL NAPOLI 2

ASL NAPOLI 3

ASL SALERNO

ASL AVELLINO

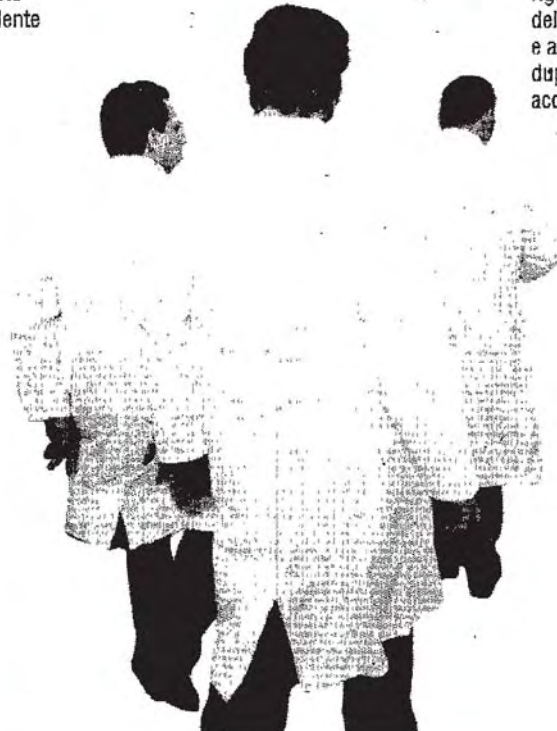
ASL BENEVENTO

ASL CASERTA

PERSONALE

L'obiettivo prefissato
è la riduzione del costo
del personale dipendente

La valutazione dei commissari Asl



ACCORPAMENTI

L'obiettivo indicato
riguarda il taglio
delle funzioni (sanitarie
e amministrative)
duplicata a seguito degli
accorpamenti di reparti

FARMACEUTICA

L'obiettivo indicato
è la riduzione delle spesa
per la farmaceutica
territoriale e per quella
territoriale

Per le immigrate sei volte più tumori all'utero rispetto alle italiane, diseguaglianze anche tra nord e sud

Quando la discriminazione è donna

A Verona il convegno annuale dell'Osservatorio nazionale screening, rivela differenze significative tra la popolazione di sesso femminile. Netta chiusura a un test generalizzato per il tumore alla prostata. Le nuove proposte e esperienze per aumentare la prevenzione dei tumori

Tra le immigrate dal Sudamerica e, in misura minore ma sempre preoccupante, tra le donne provenienti dall'Est europeo, si riscontrano tumori invasivi dell'utero molto più frequentemente rispetto alle donne italiane. Lo rivela una ricerca (pubblicata nei mesi scorsi sul *Journal of Medical Screening*) presentata al nono convegno annuale dell'Osservatorio nazionale screening (con l'Istituto oncologico veneto) a Verona il 14 e 15 dicembre. Infatti, se tra le italiane il tasso di tumori invasivi si attesta intorno a 9,5 per 100 mila, in quelle dell'Est Europa si giunge a 38,3 per 100mila, mentre nelle donne centro-americane addirittura a

60,5 per 100mila. Non sono state invece rilevate differenze nelle donne provenienti dalle altre aree del mondo rispetto alle donne italiane. Il convegno dell'Osservatorio nazionale screening ha ricordato che sono quasi nove milioni gli inviti inviati agli italiani per i tre programmi di screening: quello per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto. Inviti cui hanno fatto seguito quasi quattro milioni e duecentomila esami.

Regioni diseguali

Questa opportunità di diagnosi precoce, tuttavia, non si distri-



buisce nella stessa maniera tra le Regioni italiane: se per la mammografia si va dal 90% al Nord, l'83% al Centro e solo il 37% al Sud, per lo screening del tumore del colon retto, che riguarda uomini e donne, si passa da quasi il 70% per il Nord a meno del 10% per il Sud. Per quanto riguarda il Pap test, infine, per la diagnosi precoce del tumore dell'utero, il record spetta al Centro Italia, che supera l'80%. In questo caso il Sud si difende con una percentuale intorno al 60%. Nella sua introduzione, il direttore dell'Osservatorio, Marco Zappa ha parlato delle nuove iniziative che si stanno sviluppando "per raggiungere quelle

donne, per condizione sociale o culturale, hanno più difficoltà ad aderire ai programmi di screening. Un esempio - ha ricordato Zappa - è l'intervento per il test citologico e mammografico all'interno del carcere di Rebibbia a Roma. O la possibilità di recuperare le donne che non rispondono al primo invito offrendo il self sampling, un test di autoprelievo per l'Hpv (il papilloma virus) che consente di effettuare lo screening sui campioni raccolti a casa propria e rispediti ai laboratori". Parere negativo, invece, viene dall'Osservatorio sulla possibilità, da parte del Servizio Sanitario Nazionale, di inserire l'esame del Psa per la prostata negli screening offerti per la prevenzione del tumore. Si ritiene infatti che il bilancio rischi/benefici sia negativo.

L'iniziativa nel carcere di Rebibbia

«Il target di questo carcere è particolare - spiega Marialuisa Mangia, direttore dell'uni-

tà complessa Programmi di prevenzione e screening del dipartimento di Prevenzione della Asl Roma B - E' alta la presenza di extracomunitarie che da una parte iniziano l'attività sessuale più precocemente rispetto alla popolazione italiana, dall'altra non hanno mai avuto un approccio alla prevenzione. Per questo abbiamo scelto una linea di offerta del test leggermente diversa da quella tradizionale. Il Pap test è stato offerto alle donne con più di 18 anni, la mammografia a quelle con 40 anni o più. La risposta delle donne è stata ottima: 109 donne su 122 si sono sottoposte al Pap test e 71 su 72 alla mammografia».

Il self sampling

«Il dispositivo è molto semplice da utilizzare - spiega Paolo Giorgi Rossi, dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio - Consiste in una sorta di lavanda vaginale che può essere fatta a casa. Il liquido, recuperato, viene rispedito per posta ai programmi screening che poi effettuano in un secondo momento il test dell'Hpv». Per verificare se questo approccio funziona l'Azienda Usl 10 Firenze, l'Asl Roma C e l'Asl di Teramo hanno condotto uno studio randomizzato, coordinato dall'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio, che ha visto la partecipazione di circa 2500 donne tra i 35 e i 64 anni. I risultati sono stati molto incoraggianti.

Lo screening della prostata

Netta chiusura rispetto a una offerta generalizzata di test per la Psa. Un gruppo di professionisti degli screening coordinato

dall'Ons ha prodotto un documento sottoscritto da numerose società scientifiche e associazioni, che si esprime in questo senso. Il problema è complesso: da una parte infatti, è senz'altro vero che il test porta a una diagnosi precoce del tumore, ma dall'altra vengono trovati molti tumori che non sarebbero mai comparsi nella storia della persona. "Non solo – spiega Marco Zappa - dal momento che oggi non siamo in grado di riconoscere quali tumori sono aggressivi e quali no, si è costretti a trattarli tutti, o con la chirurgia o con la radioterapia. E gli effetti di questi trattamenti possono essere molto pesanti: incontinenza e impotenza sono quelli più comuni, ma in alcuni casi si può arrivare fino la morte".