

Salute

L'indagine Più «fondi di garanzia» al posto di assicurazioni troppo care

Danni da errore medico Ti risarcisce la Regione

Controversie

Formule diverse a tutela delle legittime richieste dei malati

Raccogliere i dati sulle richieste di risarcimento da parte di cittadini danneggiati per presunti errori medici è importante per capire perché si è verificato l'incidente e mettere in atto misure di prevenzione.

Le Regioni sono tenute a comunicare le informazioni sulle denunce dei sinistri al Simes — Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, istituito presso il Ministero della Salute.

A monitorare i sistemi regionali di gestione di sinistri e polizze assicurative nel periodo 2012-2013 c'è un'indagine realizzata dall'Agenzia nazionale dei Servizi

regionali sanitari, in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente. Ebbene, nella Provincia autonoma di Trento e in sei Regioni — Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana — c'è un sistema di gestione dei sinistri che opera già a regime; in Sicilia e in Veneto il sistema è in fase sperimentale, mentre le altre Regioni non lo hanno ancora predisposto o lo stanno avviando.

«Il monitoraggio della gestione del rischio clinico — spiega una delle curatrici del rapporto, Barbara Labella, della sezione "Qualità e accreditamento" di Agenas — serve a promuovere la sicurezza dei pazienti. La comunicazione dei dati al Simes rientrerà a breve tra gli adempimenti previsti per il "mantenimento dei Lea" (Livelli essenziali di assistenza, cioè le prestazioni da garantire a tutti i cittadini, ndr), che le Regioni devono rispettare per poter accedere ai finanziamenti integrativi, nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale».

L'indagine di Agenas ha preso in esame i modelli organizzativi che alcune Regioni stanno adottando per far fronte a polizze assicurative sempre più care o alle disdette dalle compagnie, per cui i pazienti che hanno subito un danno rischiano di non essere risarciti.

«Stanno aumentando le Regioni che optano per una gestione diretta dei sinistri, istituendo un proprio fondo assicurativo — riferisce la dottoressa Labella —. Toscana e Liguria hanno ormai adottato un sistema di gestione diretta; altre tre Regioni — Basilicata, Puglia ed Emilia Romagna — lo stanno sperimentando: quest'ultima prevede il ricorso alla polizza assicurativa per i risarcimenti elevati, e anche il Piemonte ha adottato un modello misto. Nelle Marche la sperimentazione della gestione diretta è stata avviata in un'Asl. In altri casi, come in Campania, qualche Azienda sanitaria vi fa ricorso perché non è riuscita a stipulare polizze assicurative».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli eventi avversi vanno monitorati per poterli prevenire



assistenza sanitaria

«Meno ricoveri e cure inutili» Il ministero promuove 9 Regioni

**Nel report 2011
sui Livelli essenziali
di assistenza (Lea)
Liguria, Lazio, Sicilia
e Molise ottengono
risultati positivi
Ancora male Puglia,
Calabria e Campania
Vaccini agli anziani:
maglia nera per tutti**

DA ROMA

Le Regioni zoppicano ancora, soprattutto sul fronte vaccinazioni, ma nel complesso il quadro comincia a girare in positivo visto che nel 2011 diventano 9 – circa la metà – quelle “promosse” nell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero di tutte quelle prestazioni che dovrebbero essere garantite in modo omogeneo su tutto il territorio. A entrare nel gruppo di testa, tra le Regioni a statuto ordinario, la Liguria, che tra 2010 e 2011 ha fatto bene i suoi “compiti” secondo il monitoraggio Lea del ministero della Salute, uno degli adempimenti cui sono tenute le Regioni e che consente, tra l’altro, di accedere a un 3% in più di finanziamento premiale dal fondo sanitario nazionale.

Ma a dare segni incoraggianti sono anche altri tre territori alle prese con i conti in rosso della sanità, Lazio, Sicilia e Molise, anche in virtù, si osserva nel report, del buon esito dei piani di rientro. Ancora non si parla di sufficienza piena, quel disco verde che hanno anche Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia e Basilicata, ma si cominciano a vedere indicatori di inversione di tendenza: tutte e tre le Regioni dovranno comunque ancora impegnarsi in parti-

colare su vaccini, assistenza residenziale e ospedaliera e sui programmi di screening cui in generale ancora una percentuale troppo bassa di italiani aderisce. Nella fotografia scattata dal report restano tra le “bocciate” invece Campania, Puglia e Calabria, che presentano valori critici o comunque non ancora sufficienti per tutti i 21 criteri analizzati (Griglia Lea).

Tra le buone performance registrate nel 2011 si annoverano soprattutto un calo dei ricoveri, insieme a un aumento dell’appropriatezza, cioè meno cure inutili per i pazienti (erogate peraltro a carico del pubblico). Quindi meno inefficienza, una delle parole chiave anche per guardare al nuovo Patto per la Salute, ancora in via di definizione. Ma la corretta erogazione dei Lea ha e avrà un ruolo anche nella definizione dei costi standard, visto che si tratta di uno degli adempimenti indispensabili per poter essere annoverate tra le Regioni benchmark.

Resta comunque una grande variabilità territoriale, anche all’interno della stessa Regione, nelle cure che vengono garantite ai cittadini. E tra le note negative in prima fila resta il numero eccessivo di parti cesarei. Maglia nera invece alle vaccinazioni anti-influenza per gli anziani, in cui nessuna Regione guadagna la piena sufficienza, mentre si continuano a registrare percentuali «stabilmente basse» di pazienti con frattura del femore operati entro tre giorni. Per la prima volta nel report – anche se formalmente non sono sottoposte all’adempimento – si è scelto di focalizzare l’attenzione anche sui risultati del triennio 2009-2011 di Valle D’Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Trento e Bolzano che, si osserva, «non presentano comportamenti e tendenze sostanzialmente diversi da quelli osservati nelle Regioni sottoposte a verifica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, il Tesoro anticipa i tagli subito 1 miliardo

►Dopo lo stop della Ue, Saccomanni punta sulla spending review per ridurre il deficit

ROMA Dopo i rilievi della Ue, il ministero dell'Economia ha deciso di anticipare i tagli: la spending review punta a reperire in tempi brevi, cioè già dal 2014, 1-1,5 miliardi di euro per ridurre il deficit. Il settore sul quale si potrà agire immediatamente è quello sanitario, dove si punta a razionalizzazioni senza però incidere sulle prestazioni. Le Regioni insieme al ministero stanno lavorando al nuovo Patto per la Salute.

Sanità, anticipato il taglio dei costi: nel 2014 risparmi per un miliardo

►Dopo il verdetto europeo Letta punta sulla spending review
Ipotesi di creare macro regioni per ridurre la spesa sanitaria

ROMA Ancora ventiquattro ore. Poi il commissario alla spending review, Carlo Cottarelli, alzerà il velo sul suo piano di riduzione della spesa pubblica. Un piano atteso con sempre maggiori aspettative, soprattutto dopo la bocciatura della manovra italiana da parte della Commissione europea. Il lavoro di Cottarelli è guardato con interesse da Bruxelles ed è l'ultima carta rimasta

nella manica di Enrico Letta e **Luigi Saccomanni** per trovare nuove risorse per il prossimo anno. L'obiettivo è di recuperare almeno 2-3 miliardi di euro immediatamente. E il lavoro più avanzato sul quale si potrà agire immediatamente riguarda il settore sanitario, dove si punta a razionalizzazioni che permettano almeno 1-1,5 miliardi di risparmi senza incidere sulle prestazioni.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Le Regioni insieme al ministero stanno lavorando al nuovo patto per la Salute, di cui uno degli elementi fondamentali saranno i costi standard. Le cinque Regioni «benchmark», quelle che faranno da modello, sono già state scelte (Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto). Tra queste dovrebbero esserne ora selezionate tre. Le Regioni comunque, hanno deciso di far partire il meccanismo. Nei giorni scorsi il ministro della salute, Beatrice Lorenzin, si è detta pronta a compiere tutti gli atti necessari per rendere operativa la riforma. La legge di Stabilità potrebbe essere un contenitore adatto.

GLI ACQUISTI

I costi standard e il Patto per la salute potrebbero portare ad una razionalizzazione importante della spesa sanitaria nel tempo. Ma Cottarelli, che nei giorni scorsi avrebbe incontrato anche il Ragioniere generale dello Stato, **Daniela Franco**, avrebbe sul tavolo anche altre opzioni. Come per esempio, la messa a punto di un sistema centrale di controllo della spesa sanitaria. Un passaggio questo delicato e da declinare con attenzione per evitare di finire nella tagliola della Corte Costituzionale, visto che la sanità è una materia di loro competenza. Non solo. La voce «aggridebile», quella degli acquisti dei beni e servizi, è stata già più volte sforbiciata negli ultimi anni. I consumi intermedi ormai sono sotto i 30 miliardi di euro. I corrispettivi sono stati tagliati del 5% ed è stato introdotto l'obbligo di rinegoziare i contratti con i fornitori quando i prezzi unitari sono superiori al 20% di quelli individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici.

Quello di riuscire in qualche modo a centralizzare la spesa della Sanità, è anche uno degli obiettivi del relatore alla manovra per il Pdl (nella scissione è rimasto nella pattuglia dei governisti), Antonio D'Alì, che ha presentato un emendamento per assegnare la gestione del servizio sanitario a delle Macroregioni. Si tratterebbe in pratica di realizzare delle economie di scala facendo massa critica.

La Sanità sarebbe gestita da enti con un bacino di cittadini-utenti di 6-13 milioni di persone. Una proposta che costituirebbe un primo passo verso una maggiore centralizzazione della spesa sanitaria. Obiettivo che potrebbe

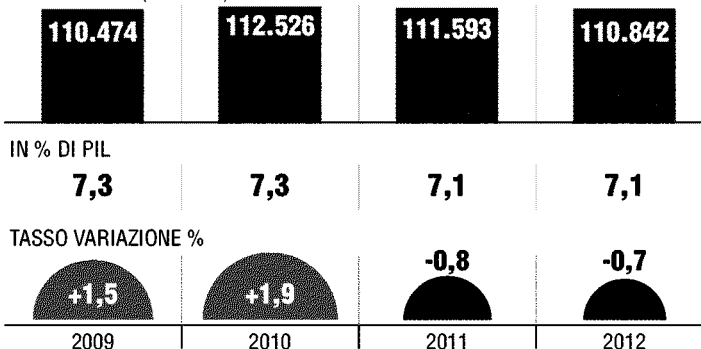
trovare orecchie attente in Cottarelli.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa sanitaria

CIFRA TOTALE (mln euro)



COSÌ NEL 2013 **111.108** Cifra totale (mln euro) **+0,2%** Variazione sul 2012

centimetri

**DOMANI
IL COMMISSARIO
STRAORDINARIO
COTTARELLI
ILLUSTRERÀ
IL SUO PROGRAMMA**

Salute

Il numero

L'accesso alle cure palliative è ancora troppo difficile

«Le cure palliative sono un diritto tutelato dalla legge 38 del 2010, ma non sono ancora una realtà per molti cittadini malati». È l'allarme lanciato dalla Federazione cure palliative che, per il 14° anno, ha celebrato la Giornata di San Martino (richiamando il "pallium" latino, il mantello, che copre, avvolge, protegge), l'11 novembre scorso. «Un'occasione — si spiega — in cui a livello nazionale è la società civile a mobilitarsi per le cure palliative, a testimonianza di un terzo settore capace di esprimere solidarietà ai cittadini malati e di partecipare attivamente allo sviluppo dei servizi di cura».

Fino a fine anno sarà possibile sottoscrivere il manifesto della campagna "Lo sapevi?", presso le 74 associazioni di volontariato aderenti alla Federazione e in occasione di decine di iniziative. Ai cittadini sarà distribuito un opuscolo informativo sulle cure, su «come accedere ai servizi e per fare chiarezza sui molti pregiudizi che ancora esistono sui **farmaci** contro il dolore». È possibile firmare il manifesto e stampare l'opuscolo anche online dal sito della Federazione.

55.242

È il numero dei malati in fase terminale assistiti a domicilio nel 2011. Gli hospice censiti nello stesso anno sono stati 217, per un totale di 2.219 posti letto



Salute

Contro i rischi Pazienti «sentinelle»Come ricevere
cure in sicurezza

Ruolo attivo

Bisogna verificare
(e pretendere)
il rispetto
delle procedure
di prevenzione

Misure per prevenire le ulcere da pressione e per evitare le infezioni da cateteri venosi o urinari, o da ventilazione meccanica; igiene delle mani; check list prima di un intervento chirurgico. E ancora: non usare abbreviazioni quando si prescrivono farmaci o esami, profilassi tromboembolica in chirurgia per scongiurare la comparsa di emboli o trombosi, uso di "barriere" per la sicurezza (come, per esempio, guanti sterili o l'ecografia per posizionare correttamente un catetere). Tutte "strategie" da mettere in atto per evitare danni prevenibili o ridurre l'impatto negativo, raccomandate da uno studio pubblicato sulla rivista *Annals of Internal Medicine*, che ha passato in rassegna ricerche internazionali sul tema.

«Si tratta di pratiche cliniche, basate sull'evidenza scientifica, che tutti gli ospedali dovrebbero seguire — sottolinea Riccardo Tartaglia, coordinatore nazionale del Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza delle cure —. Se correttamente applicate, queste strategie servono a evitare incidenti ed eventi avversi, e a salvare vite umane». Secondo lo studio, per garantire la sicurezza dei pazienti vanno poi adottati interventi per prevenire le cadute in ospedale e

eventi avversi da farmaci, va prevista la formazione non solo del singolo medico ma del gruppo di professionisti, va introdotto in ospedale un team "a risposta rapida" in caso di arresto cardiaco, e va utilizzata la cartella clinica elettronica.

«Molte di queste strategie sono già contenute in Raccomandazioni ministeriali e Linee guida — ricorda Tartaglia —. È necessario, però, che anche gli assistiti le conoscano e pretendano la loro applicazione». Suggestioni su come pazienti possano esercitare un ruolo attivo per incrementare la sicurezza delle cure sono contenute anche nel libro "Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica", che sarà presentato a fine mese al "Forum risk management in sanità" di Arezzo. La pubblicazione, curata da Tartaglia e Andrea Vannucci dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, ha coinvolto alcuni dei maggiori esperti nazionali e internazionali in materia. «Occorre innanzitutto fornire ai medici informazioni complete sul proprio stato di salute: a volte si trascurano particolari che sembrano irrilevanti — consiglia Tartaglia —. Va controllato anche il rispetto di precauzioni come il lavaggio delle mani o l'uso dei guanti e, se bisogna sottoporsi a un intervento chirurgico, va chiesto se è utilizzata la check list in sala operatoria». E poi agli operatori sanitari vanno chieste spiegazioni esaurienti e, se necessario, bisogna farsi ripetere ciò che non si è ben compreso: è un diritto del paziente.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MALARIA: OMS PUNTA A VACCINO PER RIDURRE CASI 75% ENTRO 2030

(ANSA) - ROMA, 16 NOV - Avere vaccini che riducano del 75% i casi di malaria e siano capaci di eliminare questa malattia entro il 2030: e' questo l'obiettivo della 'Malaria Vaccine Technology Roadmap' presentata dall'Organizzazione mondiale della sanita' (Oms) nella conferenza annuale della Societa' americana di igiene e medicina tropicale e sulla rivista The Lancet. La strategia aggiorna quella del 2006, il cui fine era di avere un vaccino contro la forma piu' letale di malaria per i bambini sotto i 5 anni dell'Africa Sub-Sahariana entro il 2015.

'Vaccini sicuri, efficaci e a buon mercato possono avere un ruolo fondamentale nello sconfiggere la malaria'', spiega Robert Newman, direttore del programma Malaria dell'Oms. 'Nonostante tutti i recenti progressi - ha aggiunto - e le importanti innovazioni diagnostiche, i farmaci e il controllo dei vettori, il peso globale della malaria rimane eccessivamente alto'. Le cifre piu' recenti dell'Oms indicano che le morti causate da questa malattia sono 660mila ogni anno e 219 milioni i casi di malattia. Con le misure raccomandate dall'Oms si e' avuto un calo del 26% del tasso di mortalita' negli ultimi dieci anni. I risultati finale dello studio di fase III del vaccino RTS,S/AS01, che e' quello ad uno stadio piu' avanzato, saranno disponibili entro il 2015. A seconda di questi esiti e della revisione dell'autorita' regolatoria europea, l'Oms decidera' se raccomandarne l'uso. La nuova roadmap punta anche allo sviluppo di una seconda generazione di vaccini contro la malaria, che abbiano come bersaglio sia il Plasmodium falciparum che il Plasmodium vivax species. Complessivamente sono 27 i vaccini antimalarici ora oggetto di sperimentazioni, molti dei quali in fase iniziale di studio.(ANSA).

Salute

L'impresa In Giappone creata un «germoglio» che si è poi sviluppato

Strada segnata verso il fegato «staminale»

L'esperimento è stato possibile grazie alla tecnica per cui Shinya Yamanaka ha ricevuto il premio Nobel nel 2012

La prospettiva

Una nuova frontiera per gli di organi da trapiantare

di MARIO STRAZZABOSCO* e RICCARDO RENZI

T

ra le tante promesse scaturite dalla scoperta e dallo sviluppo delle conoscenze sulle cellule staminali, la più affascinante è stata la previsione di poter un giorno costruire in laboratorio grazie ad esse interi organi umani, tali da risolvere il drammatico problema della carenza di organi da trapiantare. Dopo i primi futuristici annunci, che risalgono agli Anni 80, è iniziato il lento lavoro dello studio delle tecniche di rigenerazione e di "ingegnerizzazione" dei diversi tessuti umani, dai più semplici, come la pelle, ai più complessi, come quello cerebrale. E dopo tanti anni i primi risultati sono arrivati. Due mesi fa ha suscitato clamore la notizia che ricercatori austriaci e inglesi, avevano creato in laboratorio un "cervello umano". In realtà si trattava di mini frammenti (al massimo quattro millimetri) di corteccia cerebrale. Un risultato straordinario, più utile però come modello sperimentale che, per ora, a fini terapeutici. Sempre quest'anno, con meno attenzione da parte dei

media, è stato compiuto un altro importante passo avanti: per la prima volta è stato creato in laboratorio un fegato, o meglio il suo cosiddetto "germoglio", dal quale può svilupparsi un organo funzionante. Questa clamorosa realizzazione, come molti altri sviluppi di queste tecniche di frontiera, trae la prima spinta da una scoperta fatta in Giappone sette anni fa, quando Shinya Yamanaka e Jun Takahashi dell'Università di Kyoto, dimostrarono che è possibile creare cellule staminali pluripotenti "forzando" cellule adulte del tessuto connettivo (fibroblasti) a esprimere quattro geni tipici delle cellule dell'embrione. In pratica i due ricercatori misero a punto un metodo che permetteva di "riprogrammare" cellule adulte già differenziate, in staminali con caratteristiche simili a quelle embrionali, cioè con la capacità di proliferare e differenziarsi in molti tipi cellulari diversi. Con il vantaggio che tali cellule potevano essere prese da un paziente, con una piccola biopsia o un prelievo di sangue, ed essere quindi totalmente compatibili con il donatore. Veniva così smantellato il dogma che le cellule adulte fossero irrimediabilmente differenziate (che non si potesse cioè "tornare indietro"). Questa rivoluzionaria scoperta, che valse a Yamanaka il premio Nobel per la Medicina, faceva intravedere la possibilità di generare, da cellule adulte, illimitate quantità di cellule pluripotenti utilizzabili per molteplici applicazioni mediche, incluso, un giorno lontano, la produzione di organi come il fegato. La disponibilità di organi così prodotti potrebbe risolvere definitivamente alcune delle barriere che limitano l'utilizzo del trapianto nella terapia della insufficienza terminale d'organo e del tumore

epatico. In Italia per esempio si effettuano solo poco più di mille trapianti di fegato l'anno, a fronte di una mortalità per epatopatie pari a circa 19 mila persone l'anno.

A

ncora sette anni fa l'obiettivo di produrre organi da cellule pluripotenti riprogrammate sembrava irraggiungibile. Ma in questo periodo, mentre in tutto il mondo una serie di laboratori si dedicavano a risolvere i problemi tecnici connessi alla riprogrammazione cellulare, ricerche compiute in altri centri consentivano di approfondire alcuni essenziali aspetti dello sviluppo embrionario del fegato. In particolare veniva compreso che la formazione del "germoglio epatico", dal quale si svilupperà l'intero organo, richiede istruzioni provenienti da tre tipi di cellule: le cellule *endodermiche* (da cui si differenzieranno le cellule epatiche propriamente dette), le cellule *staminali mesenchimali* (che costituiranno l'impalcatura dell'organo) e le cellule *endoteliali* (che costituiranno i vasi sanguigni).

La scena si sposta quindi nuovamente in Giappone, all'Università di Yokohama, dove all'inizio del 2013, Takanori Takebe e Hideki Taniguchi provano a mescolare nella piastra di coltura, sotto opportune condizioni, cellule endodermiche pluripotenti ottenute secondo la tecnica di Yamanaka, con cellule staminali mesenchimali e cellule endoteliali.



Come per magia, i tre tipi cellulari si auto-organizzano in una struttura tridimensionale che ha le caratteristiche micro-anatomiche e molecolari della gemma epatica. Takebe e Taniguchi dimostrano anche che queste strutture, una volta trapiantate in un topo compatibile, si sviluppano ulteriormente e cominciano a mostrare funzioni specifiche del

fegato. E la scoperta, pubblicata su *Nature* nel luglio di quest'anno, che le cellule possiedono intrinsecamente la capacità di auto-organizzare strutture tridimensionali, è la prova che è possibile costruire i rudimenti di un organo partendo da fibroblasti riprogrammati. Le implicazioni e le possibili ricadute mediche dell'esperimento di Takebe e Taniguchi sono enormi. Grandi sfide e difficoltà restano da risolvere prima di poter produrre un organo trapiantabile in un individuo e capace di sostenere le necessità metaboliche, nonché di accomodare un adeguato flusso sanguigno. Tuttavia colpisce che il viaggio da cellula del tessuto connettivo a rudimento di organo epatico funzionante sia stato compiuto in soli sette anni. Ciò fa ben sperare sui tempi necessari per arrivare al sogno di creare un vero e proprio fegato trapiantabile.

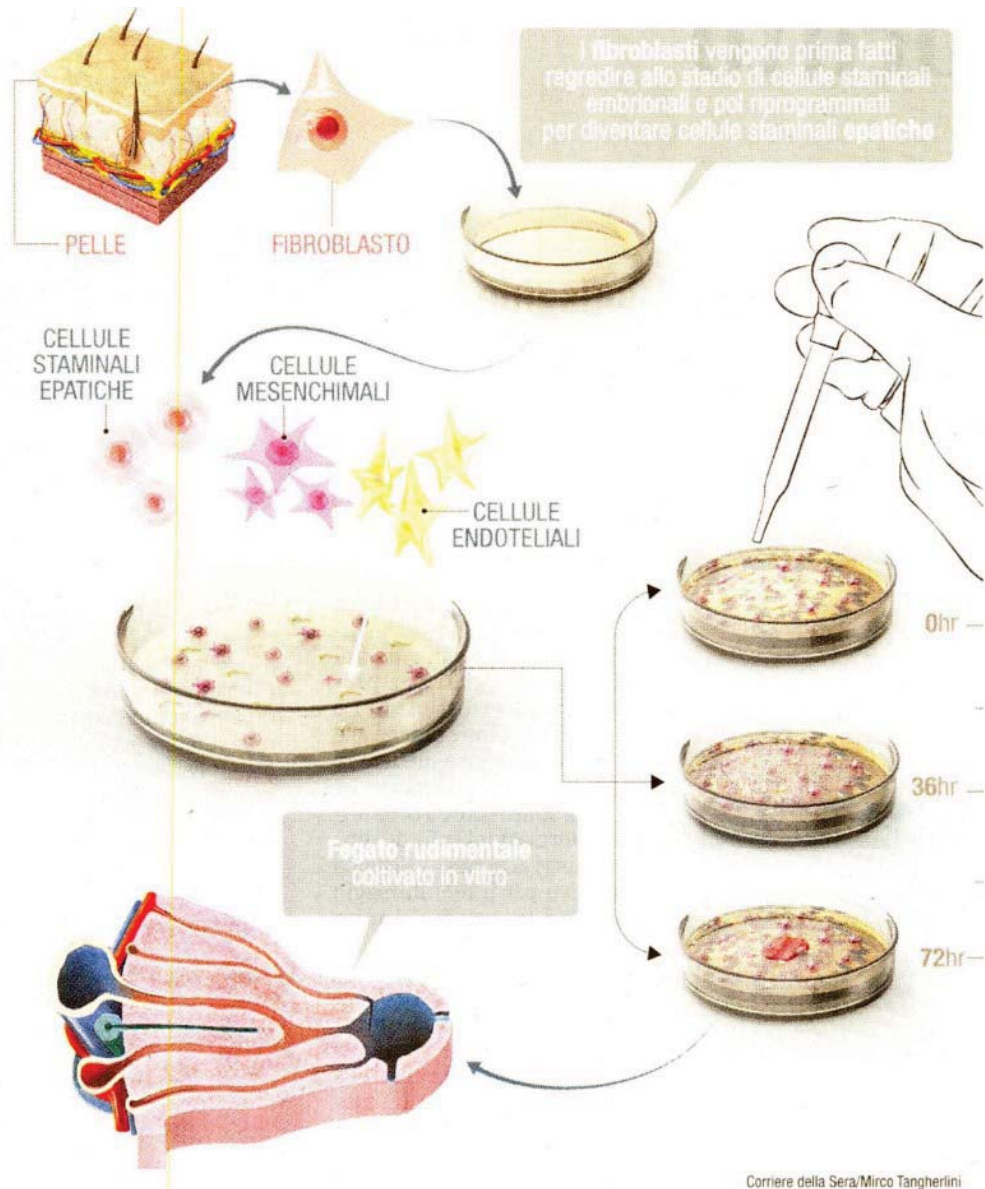
*Gastroenterologia Università Milano Bicocca, Università di Yale

**Gastroenterologia Università Milano Bicocca, Università di Yale*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Diversi tipi

Le cellule staminali si possono replicare all'infinito e possono differenziarsi in 200 tipi di cellule nell'organismo. Le cellule staminali vengono distinte in diversi tipi. Le *totipotenti* sono in grado di sviluppare un intero organismo e anche tessuti extraembrionali come la placenta. Le *pluripotenti* possono differenziarsi in tutti i tipi di cellule di un individuo adulto tranne che nelle cellule extra-embionali. Le *multipotenti* hanno possibilità di differenziarsi, ma in un ambito molto più ristretto. Tali sono quelle da cui originano sia i vasi sanguigni, sia i precursori delle tante cellule del sangue (nel midollo osseo, accanto alle staminali che producono le cellule del sangue, ci sono le *mesenchimali*, che si differenziano in cellule dell'osso, della cartilagine e adipose). Le *unipotenti* si possono differenziare in un solo tipo di cellula.



Corriere della Sera/Mirco Tangherlini

stampa | chiudi

LA STORIA

La malattia «curata» dal tocco del Re

Per la scrofolosi, considerata inguaribile, la terapia era il contatto della mano destra nuda del sovrano

NOTIZIE CORRELATE

Un semplice tocco della mano del re e ogni disturbo poteva scomparire. È la misteriosa storia della scrofolosi, forma di tubercolosi dei gangli linfatici del collo, molto diffusa in tempi ormai lontani e molto grave (anche se non sempre mortale), ma che, per le tumefazioni purulente e le lesioni maleodoranti di cui era responsabile, era motivo di mortificante emarginazione sociale. Unica possibilità di guarigione per una malattia considerata incurabile dalla medicina ufficiale era il “tocco regale”: un contatto della mano destra nuda del Re sulle piaghe dello scrofoloso. Le cerimonie di “guarigione” erano pubbliche, alla presenza di migliaia di persone. A esercitare questo vero e proprio potere taumaturgico erano soprattutto i re di Francia e d’Inghilterra, e la scrofolosi per secoli fu nota come Mal de Roi o The King’s evil, ovvero il «male del re».

La storia ebbe inizio nel Medioevo. I primi sovrani che iniziarono l’attività di cura della scrofolosi furono, in Francia, Roberto II il Pio e, in Inghilterra, Edoardo il Confessore. In Italia, alla fine del XIII secolo, si cimentò con successo nella singolare cura anche Carlo I d’Angiò, re di Sicilia e di Gerusalemme. «Questa malattia - afferma Gilberto Anglico, apprezzato medico medioevale nel suo *Compendium medicinae*, manuale della prima metà del secolo XIII - è chiamata scrofole, ma anche malattia regia in quanto la curano i re» Singolare la testimonianza, sulle misteriose guarigioni, di Gilberto, abate di Nogent-sous-Coucy, noto cronista del tempo, che, riferendosi al re di Francia Luigi VI, scrive: «...ho veduto con i miei occhi dei malati sofferenti di scrofole nel collo o in altre parti del corpo accorrere in gran folla per farsi toccare da lui, al quale tocco aggiungeva un segno di croce...».

Elemento essenziale del rito è il contatto della mano destra nuda del monarca sulla piaga infetta dell’ammalato: «...poi con la mano destra tocca i malati». Senza questo contatto o “tocco” la guarigione non era ritenuta possibile. Ogni paziente toccato riceveva dal sovrano una “moneta del tocco” in segno di benevolenza, raggiungendo cifre che per lo storico francese Marc Bloch (1886-1944), uno dei maggiori studiosi dell’argomento, «nel loro insieme, sono imponenti».

Il detentore del record del tocco regale della scrofolosi, secondo le ricerche di Bloch, fu Edoardo I d’Inghilterra che nel ventottesimo anno del suo regno riuscì a toccare 983 persone, 1.219 nel trentaduesimo e 1.776 nel diciottesimo. Un funzionario di corte di Filippo IV il Bello, Renaud de Roye, annotò le spese di palazzo tra il 18 gennaio e il 28 giugno 1307 e dal 1° luglio al 30 dicembre 1308, indicando nome e luogo di provenienza dell’infermo cui veniva elargita l’elemosina.

Presenti a corte, durante questo periodo, sedici italiani affetti da scrofolosi, tra i quali alcuni milanesi, emiliani di Parma e Piacenza, un Johannes da Verona, quattro veneziani, un toscano, romagnoli, una donna urbinata e un frate agostiniano di Perugia. In Francia con Luigi XIV, il Re Sole, la pratica del tocco regale fu ampiamente diffusa, tanto che nella sola giornata di Sabato Santo del 1666 il sovrano toccò ben 800 persone affette da scrofolosi. «Il re - afferma il duca di Saint-Simon, autore delle famose Mémoires , ambientate alla corte del Re Sole - si comunicava... cinque volte l'anno, il Sabato Santo (nella Parrocchia, gli altri giorni nella Cappella), la vigilia di Pentecoste, il giorno dell'Assunzione, quando la confessione era seguita da una gran messa, la vigilia di Ognissanti e la vigilia di Natale... e ogni volta toccava gli ammalati...». Le cerimonie erano sempre precedute da un'ampia informazione ufficiale, da parte delle autorità religiose locali, alla popolazione.

Quando, nella Pasqua del 1698, un episodio particolarmente doloroso di gotta - malattia che per anni afflisse il Re Sole - gli impedì di svolgere il rito, nella successiva Pentecoste si presentarono 3.000 pazienti affetti da scrofolosi; mentre in occasione della solennità della Santissima Trinità, il 22 maggio 1710, nei giardini reali di Versailles si riversarono 2.400 malati, nella speranza - destinata a non concretizzarsi per tutti - di essere toccati dal Re. Il sabato 8 giugno 1715, alla vigilia della festività di Pentecoste, soltanto tre mesi prima di morire, quando il sovrano toccò per l'ultima volta i malati, gli affetti da scrofolosi in attesa (per alcuni vana) del tocco "magico" del re erano all'incirca, 1.700.

Anche gli altri sovrani francesi, nonostante il mutato contesto politico, non furono da meno nel loro impegno taumaturgico. Luigi XVI , marito di Maria Antonietta d'Austria, ultimo re prima della rivoluzione, toccò ben 2.400 ammalati di scrofolosi, con tanto di certificati medici che attestavano in diversi casi la guarigione a seguito del tocco reale. La sua attività fu fermata dalla rivoluzione che lo condannò alla ghigliottina.

La singolare modalità di cura, dunque, nei secoli successivi al Medioevo godette di un ampio consenso anche da parte dei medici che, nei loro trattati, indicavano il tocco reale come efficace rimedio contro la scrofolosi. La strana pratica terapeutica continuò così, con la stessa incredibile partecipazione di popolo, per tutto il '700. Ebbe termine solo quando in Francia, Carlo X, travolto dalla nuova ondata rivoluzionaria del 25 luglio del 1830, decise di non rinnovare più il misterioso rito regale della guarigione di massa.

stampa | chiudi

Salute

La differenza Come si forma I tanti tasselli della personalità

**Insieme di qualità
«di alto livello»
che comprendono
anche gli
«stati emozionali»**

Per poter comprendere appieno che cosa sono gli stili emozionali individuati da Davidson, è opportuno distinguerli da altre definizioni che indicano i modi di essere. «L'unità emotiva più piccola e sfuggente è uno *stato emozionale*», dice il ricercatore. «In genere ha una durata di pochi secondi e tende a essere innescato da un'esperienza: la gioia che provate di fronte al collage che vostro figlio ha preparato per la festa della mamma, il senso di realizzazione che avvertite quando portate a termine un importante progetto professionale, la rabbia che vi assale perché sarete costretti a lavorare nel fine settimana, la tristezza che vi coglie quando vostra figlia è l'unica della sua classe a non essere stata invitata a una festa. Gli stati emozionali possono anche nascere da un'attività puramente mentale, come sognare a occhi aperti, guardare dentro se stessi o immaginare il futuro. Ma indipendentemente dal fatto che siano attivati da esperienze reali o mentali, gli stati emozionali tendono a svanire per lasciare spazio agli stati che sorgeranno in seguito». Possono invece durare minuti, ore e anche fino ad alcuni giorni gli *stati d'animo*, che alle volte sono indicati anche con il termine *umore*. Un

cattivo umore può perdurare per giorni, anche quando ormai è trascorso molto tempo dall'evento che può averlo indotto. Il gruppo di ricerca di Davidson descrive poi con il termine *tratto emozionale*, un tratto permanente del modo di essere, come quando una persona è costantemente scontrosa o irascibile, a prescindere da quelli che sono gli eventi della sua vita. «Ad esempio consideriamo scontroso qualcuno che sembra perennemente irritato», dice Davidson, «e irascibile qualcuno che ce l'ha sempre col mondo intero».

Secondo il ricercatore americano, gli stili emozionali da lui individuati sono anche decisamente diversi da quella che viene definita *personalità*. «Questo termine è un modo molto più familiare di descrivere le persone», chiarisce, «ma non ha un ruolo basilare come gli stili emozionali, né ha un fondamento in meccanismi neurologici identificabili. La personalità è costituita da un insieme di qualità di alto livello che comprendono stati e stili emozionali specifici». Quindi, ad esempio, una persona definita amabile avrà tratti emozionali che la rendono premurosa, amichevole e generosa, ciascuno dei quali è a sua volta il prodotto dei diversi aspetti di stili emozionali che possono essere ricondotti a precise "firme" di carattere neurofisiologico.

D. D. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il caso, le storie Nasce una diversa classe lavorativa, professionisti chiamati a prestazione e utilizzati a cottimo

Camici bianchi, l'insostenibile vita da precari

le **inchieste**
del **Mattino**

Giovani medici dopo 5 anni solo l'1% ha un lavoro stabile

**Blocco delle assunzioni
in Campania, da cinque anni
aumentano i medici emigrati**

Il veterano impossibile
Luigi Orsini: aggiornarsi
lavoro senza
al Cardarelli posto fisso

Al primo posto ci sono i medici emigrati dalla Campania. In seconda posizione quelli che lavorano con la partita Iva. Seguono i professionisti con contratto a tempo determinato. 481 nomi, in totale, di cui 200 femminili. Compongono la lista nera della precarietà in camice bianco, ossia l'elenco dei giovani che a Napoli hanno conseguito la specializzazione negli ultimi 5 anni. I dati inediti che pubblica *Il Mattino* descrivono il dramma che segna un'intera generazione: neppure l'1%, solo tre su 481 intervistati hanno ottenuto l'agognato posto fisso nella propria regione; mentre 87 sono stati assunti altrove con contratto a tempo indeterminato. Sospira Alessandro Compagna, 35 anni, specializzato sia in gastroenterologia che in anestesia e rianimazione: «Otto anni a studiare, con la speranza di avere più chance di restare a Napoli. Tutto inutile. Ora lavoro in ospedale a Rimini. Eppure, le carenze in organico ci sono anche da noi, solo che vengono colmate utilizzando i dipendenti già in servizio che, per coprire i turni extra, vengono pagati 60 euro l'ora».

Come Alessandro, 130 hanno avuto un contratto a termine fuori regione, 61 in Campania. E 185 su 481, la maggioranza concentrati tra Napoli e provincia, hanno aperto partita Iva. Per poter sopravvivere. Racconta Claudia Cirillo, 36 anni, specialista in chirurgia generale: «Più della metà di quanto incasso ne se va tra tasse, contributi e spese auto. In più, pago 3600 euro l'anno di assicurazione professionale. E se mi ammalo non guadagno nulla. Resto ottimista solo perché faccio il lavoro che mi piace».

L'indagine sui camici bianchi che hanno conseguito la specializzazione negli ultimi 5 anni è ancora in corso, è realizzata dallo sportello giovani dell'Ordine dei medici Napoli. «Ma il trend è già chiaro». Certifica il consigliere Pierino di Silverio, che tra l'altro è il più giovane degli eletti in Italia, classe 1977: «Per la prima volta, il numero di professionisti che sono emigrati per lavorare sembra aver sorpassato quello dei coetanei

che sono rimasti, a causa del blocco del turn-over. Ed è nata una diversa classe lavorativa, i medici chiamati a prestazione. Utilizzati a cottimo. Senza garanzie. In pratica, è stata stravolta l'originale idea di flessibilità introdotta con la legge Biagi, anche perché i professionisti inquadrati con contrattuali atipiche non sono conteggiati dall'Aran, l'ente che calcola gli iscritti ai vari sindacati. Ciò significa che sono una sorta di «entità fantasma».

Luigi Di Marino, dello sportello giovani, aggiunge: «Per dare concreto sostegno al nuovo popolo delle partite Iva, abbiamo attivato un servizio di consulenza gratuito con un commercialista, una volta a settimana nella sede della Torretta, e anche realizzato un manuale denominato "La bussola"». Sorride. Come a dire: fare quadrato, è il solo modo per evitare di naufragio.

Impossibile sottovalutare la portata del fenomeno. Per il presidente dell'Ordine dei medici, Bruno Zuccarelli, «questa regione sta cancellando il proprio futuro, e non per sua scelta. Se giovani vanno via per necessità, il grande rischio è non costruire una generazione medica. Già oggi i maestri non hanno più a chi insegnare, l'età media dei professionisti in servizio è di 59 anni e destinata ad aumentare». E ancora: «Un collega, nel settore della medicina generale, qui deve attendere 10 anni per iniziare a lavorare».

Sono evidenti le conseguenze del blocco del turn-over, imposto nell'ambito del piano di rientro dal debito della sanità: la spesa per il per-

sonale in Campania si è ridotta del 3,4% nel biennio (2010-2012), la variazione in assoluto più alta registrata in Italia. Lo sa bene anche il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che ha promesso in tv: «È un problema serio che tratteremo nel Patto della salute».

Questioni che si intrecciano con altre problematiche. Come l'assistenza per i detenuti a Napoli: «Viene assicurata - spiega Francesco Napoleone, sindacalista della Fimmg per la medicina penitenziaria - attraverso incarichi mensili, che non garantiscono né continuità di lavoro ai giovani né continuità delle cure ai pazienti. Contratti così brevi dipendono dall'assenza di linee di indirizzo regionali».

Non ultimo dato da valutare: i precari della sanità hanno anche i capelli brizzolati. Il dirigente medico Luigi Orsini, 50 anni, è un «veterano»: dal 2005, salvo una breve parentesi, lavora al Cardarelli, l'ospedale che ha il maggior numero di contrattisti. E Orsini è anche il segretario regionale della Società italiana di endoscopia (Sied): un professionista affermato nella comunità scientifica. Del posto fisso, ragiona, «mi manca l'opportunità di fare aggiornamento professionale restando per 2-3 mesi all'estero, anche a mie spese. Come precario non posso neppure partecipare a missioni umanitarie».

Secondo il principale sindacato dei medici ospedalieri, si contano 343



medici nel servizio sanitario regionale con contratti di tipo flessibile, i settori più in sofferenza sono l'emergenza, ma anche la pediatria. E le «super-specializzazioni» come l'oncologia e i trapianti.

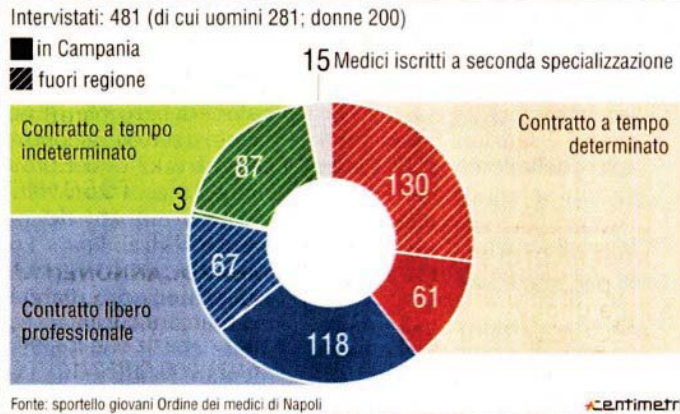
Un esempio sono Andrea Petraio e Fabio Ursomando, 35 e 36 anni, cardiocirurghi specializzati nei trapianti di cuore, lavorano all'ospedale Monaldi. «Il sorriso dei bimbi ci sprona ad andare avanti, nonostante l'incertezza di domani». Interviene Vincenzo Boccia, nel direttivo nazionale dell'Anaa-Assomed, per sottolineare il duplice risvolto: «Questi precari sono "salvavita", cioè rendono possibile cure essenziali, altrimenti in tanti ospedali si fermerebbero reparti e camere operatorie, ma la situazione è densa di implicazioni... sulla loro vita privata. Non avere certezza del domani significa rinunciare a qualunque progetto, dal mutuo per la casa alle vacanze con la famiglia. Ancora più complicata la condizione femminile». Includendo nel calcolo tutto il personale, dirigenza e comparto, risultano nella regione 1293 precari nelle Asl e negli ospedali. Tutti sono d'accordo su un punto: «Serve patto istituzionale, trasversale, per sbloccare le assunzioni. E quindi per far sì che i giovani non vadano via. Di una razionalizzazione c'era e c'è bisogno, non di un razionamento», sintetizza Zuccarelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati



Medici specializzati negli ultimi 5 anni



La coppia

Andrea Petraio e Fabio Ursomando, 35 e 36 anni, cardiocirurghi specializzati nei trapianti di cuore, lavorano al Monaldi. Entrambi i medici sono precari, inquadrati da 7 anni con un contratto di avviso pubblico.

La partita Iva

Claudia Cirillo, 36 anni, specialista in chirurgia generale, al lavoro con la partita Iva in una clinica privata: «Più della metà di quanto incasso ne se va tra tasse, contributi e spese auto. In più, pago 3600 euro l'anno di assicurazione professionale.

L'emigrante

Alessandro Compagna, 35 anni, specialista in gastroenterologia e in anestesia e rianimazione: «Ho conseguito il doppio titolo di studi con la speranza di avere qualche chance in più per restare a Napoli. È stato tutti inutile. Ora lavoro in ospedale a Rimini»

quotidianosanita.it

Lunedì 16 NOVEMBRE 2013

Terapie intensive pediatriche. In Italia 26 reparti, solo 4 quelli al Sud

Ogni anno vengono ricoverati in TIP oltre 8500 bambini critici. Da un'analisi è emerso che questa popolazione rappresenta solo il 50% dei bambini realmente ricoverati. Un grosso numero è ricoverato in strutture dell'adulto. E' quanto emerso nel secondo report sull'attività della rete Tipnet presentato nel corso del 13° Congresso Sarnepi a Roma.

In Italia continua a registrarsi una distribuzione disomogenea dei centri dotati di terapia intensiva pediatrica lungo la penisola con una buona presenza al centro nord ed una presenza insufficiente al sud e sulle isole. Su 26 terapie intensive pediatriche, 13 sono al nord, 9 al centro, 4 al sud. Non sono aumentati negli anni i letti dedicati alle cure intensive, in controtendenza con quanto è accaduto in altri paesi europei e nord America. Ogni anno in Italia vengono ricoverati in Terapia Intensiva Pediatrica oltre 8500 bambini critici di età compresa tra 0 e 18 anni per cure intensive mediche, post chirurgiche e traumi. Da un'analisi effettuata comparando i dati nazionali Icss sui ricoveri ospedalieri italiani dei bambini sottoposti a ventilazione meccanica è emerso che questa popolazione rappresenta solo il 50% dei bambini realmente ricoverati in ospedale e ancora oggi un grosso numero di bambini è ricoverato in strutture dell'adulto.

Questi alcuni dei dati emersi nel secondo report sulla attività delle Rete delle Terapie Intensive Pediatriche Italiane (rete Tipnet) presentato al 13° Congresso Sarnepi che si chiude oggi a Roma.

Compito del network nazionale Tipnet è di raccogliere in modo omogeneo e standardizzato la casistica dei diversi reparti di TIP per consentire analisi epidemiologiche quantitative e qualitative, valutazioni comparative (benchmarking), stesura di protocolli clinici e di ricerca comuni. Ad oggi esistono al mondo solo cinque grossi network pediatrici tra cui quello italiano. Tipnet, promosso dalla Sarnepi nel 2010, è stato sviluppato insieme al consorzio interuniversitario Cineca. E' un sistema web-based dotato di tutte le certificazioni per la conservazione e la protezione dei dati oltre che del rispetto della normativa sulla privacy. I dati raccolti riguardano le caratteristiche del paziente all'ingresso in terapia intensiva, la gravità attraverso il calcolo del rischio di morte con un punteggio dedicato il Pediatric Index of Mortality (PIM), le procedure eseguite durante il ricovero e l'esito alla dimissione dalla terapia intensiva.

Al network partecipano 17 rianimazioni e ad oggi sono stati raccolti i dati di circa 10000 pazienti pediatrici critici. I bambini ricoverati in terapia intensiva pediatrica sono prevalentemente di sesso maschile (56.6%) nella fascia di età 0-4 anni (70.0%), ricoverati per il 50% per motivi medici, per il 45% per cure post chirurgiche e per il 5% per trauma comprendendo anche gli incidenti quali ingestioni accidentali, ustioni, annegamenti ecc. Il motivo più frequente di ricovero tra i pazienti medici è l'insufficienza respiratoria: circa un bambino su due entra in TIP per necessità di assistenza ventilatoria. La mortalità nelle TIP è 4.3%, in linea con la mortalità riportata nelle TIP di altri paesi occidentali e soprattutto molto più bassa della mortalità riportata nei bambini ricoverati impropriamente nelle terapie intensive per adulti. Se standardizziamo la mortalità osservata per quella attesa stimata dal punteggio di gravità all'ingresso (le condizioni del bambino nella prima ora di ricovero in terapia intensiva) otteniamo un rapporto di 0.91 cioè muoiono meno bambini di quelli stimati dal punteggio di gravità.

L'altro dato rilevante che risulta dal confronto dei dati nei vari anni riguarda il costante aumento dei ricoveri di bambini con grave malattia cronica.

Ad oggi, circa il 49% dei bambini ricoverati presenta una patologia cronica di cui oltre la metà è rappresentata da malattie neuromuscolari, un quinto da patologia respiratoria, 10% da malattia oncoematologica. Molte di queste malattie sono esiti in grave prematurità alla nascita, neonati sopravvissuti ma con gravi danni neurologici. I bambini con malattia cronica severa sono bambini che hanno spesso necessità di ricoveri ripetuti nel tempo, gravati da mortalità più alta rispetto a bambini sani con malattie acute (6.5% vs 2.8% rispettivamente per il cronico e l'acuto sano). Questo aspetto riveste grossa importanza in un'ottica di programmazione sanitaria sia per quanto riguarda la disponibilità di posti letto che per quanto riguarda i costi. Questi bambini infatti hanno in media una degenza in terapia intensiva che è molto più lunga dei bambini acuti senza patologia cronica (8 vs 5 giorni) e sono bambini che ricevono più procedure durante il ricovero e per più tempo: basti pensare che la ventilazione meccanica nei bambini cronici ha una durata media di 7 giorni contro i 3.5 giorni degli altri.

Nella conclusione i relatori del report hanno sostenuto che la programmazione sanitaria non può non tener conto delle problematiche del bambino in condizioni gravi. Anche per le aree critiche va prevista una offerta omogenea su tutto il territorio nazionale, i bambini e gli adolescenti vanno ricoverati in reparti intensivi pediatrici, vanno individuati e sostenuti Centri di III livello pediatrici, create Reti regionali con Hub e Spoke, va limitata la mobilità interregionale e sostenute sistemi di trasporto adeguati per i bambini.