

Rassegna del 09/12/2010

VANITY FAIR - Posso usare il condom? Sì, no, nì - Fiengo Laura	1
VANITY FAIR - Intervista a Pietro Giulio Signorile - Donne, lamentatevi - Mazzitelli Isabella	2

NEWS

LO «STRUSCIO»

A Budapest, per la Giornata mondiale contro l'Aids, il 1° dicembre, il passeggio si fa lungo un condom di 25 metri. Della serie: le misure contano.



L'ORA DI RELIGIONE

POSSO USARE IL CONDOM? SÌ, NO, NÌ

Dopo la «mezza apertura» di Ratzinger sul preservativo, siamo andati a controllare la posizione, ufficiale e no, delle altre Chiese (anche su aborto e gay). Con qualche sorpresa **di Laura Fiengo**

CHIESA CATTOLICA

(51 milioni di fedeli in Italia)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE:

NO. Gli unici metodi ammessi sono quelli naturali (Ogino-Knaus, Billings).

ABORTO: NO. Equivale all'omicidio ed è considerato peccato mortale.

OMOSESSUALITÀ: NO.

CHIESE PROTESTANTI (700 mila)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE: SÌ. «Un pozzo per l'acqua, un profilattico contro l'Aids, un sorriso alla vita» era lo slogan della campagna del 2007 dei valdesi (30 mila in Italia).

ABORTO: NO.

OMOSESSUALITÀ: NÌ. È peccato solo per alcune Chiese. L'arcivescovo di Canterbury e primate d'Inghilterra, Rowan Williams, si è di recente espresso anche sui vescovi gay: «Nessun problema nel nominare vescovi omosessuali, purché rispettino il celibato».

ISLAM (820 mila)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE:

NÌ. Bisogna accogliere i figli come doni divini, ma lo scopo del sesso non è solo la procreazione, anche il piacere è importante.

ABORTO: NO. A meno che la gravidanza non

metta in pericolo la madre, in casi di stupro.

OMOSESSUALITÀ: NO. È peccato mortale.

EBRAISMO (45 mila)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE: NO.

Eccezione: rischi per la salute della donna sposata.

ABORTO: NO. Solo in casi eccezionali è ammesso nelle prime 4 settimane di gravidanza, per esempio se la madre è in pericolo di vita.

OMOSESSUALITÀ: NO. La Torah proibisce i rapporti gay. Ma l'argomento è oggetto di dibattito tra i moderni movimenti ebraici.

CHIESA ORTODOSSA (1 milione)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE: SÌ. Libertà di coscienza per i singoli fedeli.

ABORTO: NO. Da sempre contraria.

OMOSESSUALITÀ: NO. L'orientamento omosessuale non a scopo di procreazione deve essere «curato» con l'aiuto di Dio.

INDUISMO (150 mila)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE: SÌ. Permessi e incoraggiati per arginare la crescita demografica.

ABORTO: NÌ. Nelle centinaia di correnti la regola è il no. Ma con «elasticità» da quando

si può conoscere il sesso del nascituro: la religione indù attribuisce maggior importanza ai maschi.

OMOSESSUALITÀ: NÌ. Da una parte, l'omosessualità è presente negli antichi testi religiosi, dall'altra l'induismo propone delle regole per controllarla. Non è comunque citata esplicitamente nei testi fondatori.

BUDDISMO

(oltre 100 mila, in diverse unioni)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE: SÌ.

Non comporta atti di crudeltà verso i viventi.

ABORTO: NO. Vietato da quasi tutti i testi perché atto violento nei confronti di un essere vivente. Ma il Dalai Lama invita a valutare «caso per caso», scegliendo «il male minore».

OMOSESSUALITÀ: NÌ. È considerata comportamento sessuale non appropriato. Il buddismo tibetano, però, non si preoccupa storicamente dell'attività sessuale e dell'oggetto del desiderio dei credenti.

TESTIMONI DI GEOVA (300 mila)

PRESERVATIVO E CONTRACCEZIONE: SÌ.

Nessun divieto.

ABORTO: NO.

OMOSESSUALITÀ: NO. I rapporti gay sono vietati e condannati.

ENDOMETRIOSI

DONNE, LAMENTATEVI

È una malattia, difficile da scovare, che colpisce tre milioni di italiane. Un esperto spiega come curarla **di Isabella Mazzitelli**

«**S**e ne soffrissero i maschi, verrebbe giù il mondo: sa come sono gli uomini, che per un mal di testa diventano insopportabili...». Se a dirlo è un uomo – il professor Pietro Giulio Signorile, 57 anni, ginecologo – non si può che registrare con qualche soddisfazione un piccolo cambio di rotta, a proposito del dolore mestruale. Il fatto è che, anche se in pochi lo sanno, potrebbe essere il campanello d'allarme per l'endometriosi, patologia infida della quale soffrono 150 milioni di donne nel mondo, 3 milioni in Italia (età media 32 anni, giornate perse di lavoro ogni mese 2,1, e 6 miliardi di euro l'impatto economico in termini di costi sanitari e sociali).

Per questo Signorile, che si occupa di questa malattia misconosciuta da 20 anni, ed è il presidente della Fondazione italiana endometriosi (www.endometriosi.it), vuole lanciare un appello: «Mamme, non sottovalutate i mal di pancia

delle vostre figlie, non consideratele deboli o lagnose, ma tenete d'occhio la questione. In media, la malattia viene diagnosticata con 9 anni di ritardo».

Quanto è pericolosa l'endometriosi?

«È una patologia cronica e progressiva, con ripercussioni sulla fertilità e spesso associata a menopausa precoce».

Come si scopre, e come si cura?

«Al momento l'unico modo efficace per trattarla è la chirurgia. La nostra ipotesi è che potrebbe trattarsi di una malattia congenita: il prossimo passo dovrebbe essere la ricerca di una terapia farmacologica selettiva, fondi alla ricerca permettendo».

logica selettiva, fondi alla ricerca permettendo».

Perché non arrivano?

«Perché colpisce solo una parte dell'umanità – le donne – considerata la meno importante e più debole economicamente. Negli Usa la ricerca sull'endometriosi ha finanziamenti pro capite di 90 centesimi di dollaro per paziente all'anno, l'Alzheimer di 200 dollari».

Fondazione Italiana Endometriosi
Campagna Nazionale
2011-2012

ENDOMETRIOSI
La Malattia delle Donne

Dopo 40 anni
siamo ancora
in campo.
Ora basta e basta
di più.

Metti un **4509** al numero
45509

Una campagna di raccolta
fondi per la ricerca
sull'endometriosi.

Terzo mese di sperimentazione del preparato messo a punto dal cosentino Arnaldo Caruso: i 36 pazienti sottoposti alla somministrazione rispondono bene

Vaccino contro l'Aids, nessun effetto collaterale

«Le prime risposte arriveranno tra 180 giorni, ma solo nel 2012 sapremo se funziona davvero»



Il microbiologo cosentino Arnaldo Caruso ha messo a punto il vaccino "sosia" per combattere il virus dell'Aids

Mauro Cucè MESSINA

Sono trascorsi oltre due mesi di sperimentazione e nessuna delle trentasei persone sottoposte alla somministrazione del vaccino AT20 ha manifestato effetti collaterali. «E questa è già una buona notizia» commenta con un sorriso Arnaldo Caruso, il microbiologo cosentino dell'Università di Brescia che potrebbe passare alla storia come il protagonista della rivoluzione copernicana per quanto riguarda la battaglia contro la malattia del secolo, l'Aids.

La sperimentazione di un vaccino "terapeutico" capace di rallentare la replicazione del virus dell'Hiv e prolungare lo stato asintomatico del paziente è partita lo scorso 23 settembre. «Siamo a quasi tre mesi – commenta Caruso – ma gli esiti li conosceremo solo nei primi mesi del 2012. Certo tra sei mesi potremmo avere le prime indicazioni, ma è chiaro che non verranno comunicate perché si rischierebbe di ingenerare delle attese enormi che poi potrebbero essere deluse».

– Ma che cos'è il vaccino sosia che lei ha inventato?

«Si tratta di un preparato sosia della proteina p17 prodotta dal virus stesso, ottenuto con un gioco di ingegneria genetica. La

proteina p17 viene liberata dalle cellule infettate dal virus e a sua volta rende altre cellule vulnerabili all'aggressione dell'Hiv. Bloccarla significa rendere le cellule meno aggredibili dal virus e potenziare le difese immunitarie dell'organismo. È chiaro che stiamo parlando di un vaccino curativo, cioè che viene somministrato a chi ha già la malattia. A un vaccino preventivo per quanto mi riguarda non si arriverà mai. Il nostro vaccino ha il ruolo di inoculare nel paziente già infetto dall'HIV la sola porzione attiva della "p17" resa immunogenica, cioè in grado di promuovere la formazione di specifici anticorpi, attraverso il legame con una proteina trasportatrice. La presenza degli anticorpi diretti verso la porzione funzionale della "p17" bloccherà l'attività biologica della proteina. Il risultato finale atteso – chiarisce il prof. Caruso – è quello di rallentare enormemente la capacità del virus di replicare e diffondersi nel nostro organismo. L'obiettivo finale della vaccinazione terapeutica è quindi la convivenza del nostro organismo con il virus dell'Aids, promuovendo quella condizione clinica, non nuova ad altre infezioni virali, che permette di definire il paziente con il termine di portatore sano».

– Una sperimentazione che

potrebbe cambiare la storia della medicina moderna. Ma a che punto è la ricerca sull'Aids?

«Diciamo che in questi anni abbiamo dovuto capovolgere l'approccio. Per molti anni si è lavorato in una direzione dando forse troppe cose per scontato. Adesso si stanno rivalutando tutta una serie di informazioni che possono essere utili per individuare delle soluzioni».

– Nato a Cosenza nel '57. Oggi uno dei microbiologi più famosi in Italia e nel Mondo. Ma la sua Calabria resta sempre nel cuore.

«Non solo nel cuore. Non perdo occasione per tornarci. Tutte le feste comandate le trascorro nella mia città, così come l'estate. Non potrei fare a meno della mia terra, del mio mare».



Gli anni giovanili dello scienziato in erba sono divisi tra impegni scolastici (liceo scientifico "Scorza") e una serie di hobby culturali quali pittura, pianoforte, storia antica e archeologia, alternati a varie pratiche sportive, con in testa la pesca subacquea. Il mare ha imparato ad amarlo fin dall'infanzia nelle estati di Guardia Piemontese. A diciotto anni Caruso lascia la terra d'origine.

«Vado a studiare a Perugia – racconta – e per parecchi anni lavoro in laboratorio con profitto. Ma non mi fanno mai fare il salto di qualità. Un giorno mi chiama un professore e mi dice: sai Arnaldo tu sei un bravissimo studente, ma io qui ho il figlio del primario, la figlia di questo e il nipote di quello. Tu mi contami l'ambiente... Resto a bocca aperta. Dopo qualche mese mi trasferisco a Milano».

Animato da una spiccata curiosità, concentra allora la propria attenzione sull'universo dei microrganismi ed in particolare sullo studio dei virus. Dopo la laurea eccolo varcare l'Oceano senza tentennamenti per approdare negli Stati Uniti, per un periodo di formazione al celebre "National Institutes of Health di Bethesda", tempio americano della ricerca medica. Qui ha la preziosa opportunità di interagire con i più autorevoli scienziati del mondo ed entusiasmare, così, il suo già inesauribile amore per la ricerca, perfezionare il suo rigore professionale, alimentare il suo spirito di autocritica. Decisivo è l'incontro con Robert Gallo, lo scienziato americano che proprio in quegli anni

(siamo nel 1984) aveva scoperto ed isolato il virus causa di una gravissima e allora ancora sconosciuta malattia, chiamata Aids.

– Arnaldo Caruso è prima di tutto un ricercatore. Cosa pensa della protesta dei ricercatori degli atenei italiani e più in generale del Decreto Gelmini?

«È un momento importante di crescita per l'Università italiana. Diciamo che l'impianto legislativo del provvedimento mi convince, anche se è passibile di miglioramenti. Ma c'è un problema di base: non credo ci siano i fondi sufficienti per fare tutto quello che è previsto. E senza investimenti la ricerca non va avanti. Lo dimostra quello che è accaduto negli ultimi anni».

Caruso nei giorni scorsi è stato a Messina per individuare un percorso di collaborazione con la Fondazione Bonino-Pulejo che consenta alle ricerche del professionista cosentino di avere delle ricadute pratiche su Calabria e Sicilia e sulle strutture ospedaliere delle due regioni. *

Il vaccino "sosia"

Si tratta di un preparato sosia della proteina p17 prodotta dal virus stesso, ottenuto con un gioco di ingegneria genetica. La proteina p17 viene liberata dalle cellule infettate dal virus e a sua volta rende altre cellule vulnerabili all'aggressione dell'Hiv. Bloccarla significa rendere le cellule meno aggredibili dal virus e potenziare le difese immunitarie.

La valutazione sperimentale del personale Ssn

I medici passano l'esame Brunetta

di Roberto Turno

Altro che fannulloni o macellai. Messi alla prova (sperimentale) della riforma Brunetta sulla valutazione delle performance per incassare i premi di produttività, i medici e il personale sanitario pubblico conquistano pagelle da primato. L'86% dei camici bianchi è promosso a pieni voti, la metà addirittura con giudizi tra «ottimo» e «molto buono», e il 14% precipita nella «fascia bassa» che lascerebbe a secco di premi. Anche meglio i dottori under35: 92% promossi e 8% bocciati, più in su anche di infermieri, tecnici e amministrativi che vantano l'89% di promossi e l'11% di respinti. In totale, i dipendenti Ssn sono promossi all'85% e bocciati al 15 per cento.

Capacità tecnico-scientifiche e organizzative, innovazione, doti di relazione con i colleghi e, quel che più conta, disponibilità verso i pazienti. Questi i criteri della sperimentazione della valutazione promossa dal ministero dell'Innovazione e condotta da Fiaso (direttori generali di Asl e ospedali), Formez e Agenas (agenzia dei servizi sanitari). Un check su 22 Asl e 4mila operatori per il primo gradino di valutazione: i dirigenti che propongono le pagelle, che passeranno alla seconda ratifica di un organismo di valutatori indipendenti.

Ebbene, qualcuno resterà sorpreso - «soddisfatto» Brunetta, mentre per il Tribunale dei diritti del malato la situazione descritta dai cittadini è diversa - ma al primo test individuale di valutazione del loro agire, i dipendenti del Ssn ne escono a testa alta. Anche se i sindacati contestano il test e la legge stessa (Dlgs 150/2009), che le regioni dovrebbero tradurre in linee locali entro fine anno.

Da gennaio si dovrebbe partire a regime: tutto il personale Ssn valutato con tanto di pagelle, che magari finiranno su internet. E chi vince conquista il premio di produttività. Non più a pioggia, è la promessa, ma legato solo ai risultati: metà del montepremi al 25% del personale più meritevole, il 50% restante agli altri promossi. Niente bonus a chi ha voti cattivi in pagella, ma non solo.

Stando ai risultati della sperimentazione - contesta tra l'altro il segretario dell'Anaa, Costantino Troise - il 21% dei medici con performance elevate finirebbe nella fascia inferiore dei premi. Per non dire del metodo in sé «rigido, grossolano» e «burocratico», lamentano anche Cimo, Cgil e Cisl. La strada maestra? Seguire i criteri di valutazione dei contratti e coinvolgere in pieno i sindacati per stabilire i meccanismi di premialità. Nel segno della «specificità» della professione medica, rivendica la categoria.

Che il "diamante" della sperimentazione sia grezzo, non sfugge a nessuno. Ma la sperimentazione costituisce a questo punto un terreno fertile per la prossima tappa della programmazione regionale di un «sistema praticabile», s'è detto sicuro il ministro Brunetta, che ieri ha traslasciato le accuse ai «fannulloni». Convinto, il ministro, «del buon accoglimento della riforma» da parte dei dipendenti pubblici. Come dire: quella è la strada da seguire. Nel segno del lavoro d'equipe che deve caratterizzare sempre di più una sanità pubblica in cui la produttività sarà una parte sempre più importante dei salari, sostiene il presidente dei manager Ssn di Fiaso, Giovanni Monchiero: «Se il lavoro di squadra è l'arma vincente per migliorare qualità ed efficienza, la valutazione di performance individuale, che si somma alla performance organizzativa, non può che arricchirlo e completarlo». Come? Puntando a mettere il salario di produttività al centro del prossimo contratto di lavoro. Che intanto però è bloccato per tre anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE PAGELLE

L'86% dei camici bianchi ottiene il massimo dei voti mentre solo il 14% rimarrebbe a secco di premi di produttività

La prova

1 La legge base

Secondo la "legge Brunetta" (decreto legislativo 150/2009) i premi di produttività andranno per la metà al 25% del personale «più meritevole», l'altra metà al 50% a chi ha performance intermedie. Niente premi agli altri

2 Il primo test

La sperimentazione del sistema di valutazione è stata promossa dal ministero dell'Innovazione e condotta da Fiaso, Formez e Agenas: coinvolte 22 aziende sanitarie pubbliche e valutati oltre 4mila dipendenti del Ssn

3 Risultati buoni

La performance di medici e dirigenti del Ssn ha visto il 46% dei dipendenti in fascia alta con giudizi tra ottimo e molto buono, il 40% con giudizi buoni o più che sufficienti, il 14% "respinto"

4 Infermieri e tecnici

Performance migliori per gli infermieri, i tecnici e gli amministrativi del Ssn: il 45% con i voti più alti, il 44% promosso ma un gradino più in basso, l'11% con voti insufficienti



La valutazione del personale sanitario Miracolo in Sicilia: sono tutti da premiare

di **SERGIO RIZZO**

Come si valuta il personale sanitario in Sicilia? Chi deve essere premiato per la qualità del lavoro che svolge? La sperimentazione condotta in 22 aziende sanitarie con 4 mila dipendenti, ci dice che non il 75% del personale avrebbe diritto alla gratifica, bensì l'86%. «Un po' tutti, insomma».

A PAGINA 23

Il caso

Le pagelle di Brunetta: valutazioni fatte da soggetti legati alle Asl

Miracolo sanità in Sicilia Premi a quasi tutti i medici

L'86% dei promossi nella regione del record dei decessi

ROMA — Avevamo sbagliato tutto. Ma proprio tutto. Condizionati evidentemente dal pregiudizio, eravamo convinti che la sanità siciliana non fosse messa proprio benissimo. Un errore nel quale doveva essere scivolata anche una delle due Commissioni parlamentari d'inchiesta sul servizio sanitario nazionale, quella della Camera presieduta da Leoluca Orlando. La quale, a ottobre di quest'anno, aveva tracciato un quadro sconcertante, secondo il quale in 503 giorni si sarebbero verificati nel nostro Paese ben 242 casi di malasanità. E indovinate quali Regioni ne avrebbero il poco invidiabile primato? La Calabria e la Sicilia, che avrebbero assommato da sole quasi metà dei casi di malasanità con il 54% dei morti. Rispettivamente 64 episodi con 50 decessi in Calabria e 52 episodi con 38 decessi in Sicilia. Dati che hanno fatto letteralmente imbestialire l'assessore siciliano alla sanità, l'ex pubblico ministero Massimo Russo, autore di una smentita categorica: «I casi sentinella non sono 52 ma 31 e i decessi non 38 ma 8!». E adesso un'altra implicita smentita arriva dai risultati della sperimentazione prevista dalla legge del ministro dell'Innovazione Renato Brunetta per verificare la qualità

professionale del personale sanitario. Si tratta della qualità «individuale», in base alla quale ripartire i premi destinati a chi si dimostra più bravo dei suoi colleghi. Un meccanismo che dovrebbe far penetrare la meritocrazia fino in profondità in un sistema tradizionale preda degli artigiani della politica. Anche se gli esperti del ramo lo giudicano un po' approssimativo, visto che si dovrebbe procedere per quote stabilite a priori: metà al 25%, ovvero a quelli considerati i più bravi e l'altra metà al 50%, ovvero a quelli giudicati così così. Al restante 25%, vale a dire le schiappe, zero carbonella.

E il fatto che a essere premiati dovrebbero essere soltanto i tre quarti della platea, già pone un bel problema. Perché la sperimentazione Brunetta, condotta in 22 aziende sanitarie siciliane con 4 mila addetti, ci dice che non il 75% del personale sanitario avrebbe diritto alla gratifica per la qualità individuale, bensì l'86%. E che i bravissimi che dovrebbero avere la supergratifica non sono il 25%, ma addirittura il 46%. Un risultato che suscita un dilemma. Forse erano ingenerose le critiche al sistema con cui si facevano le valutazioni dei dipendenti pubblici alla Regione Siciliana, do-

ve era in voga «l'autoreferito»: i dirigenti si davano il voto da soli, con il risultato che tutti avevano diritto alla retribuzione variabile massima. Oppure in questa sperimentazione c'è qualcosa che non va. Forse non soltanto un metodo eccessivamente «rozzo», per usare una definizione cara a molti, sindacati compresi. Ma anche i soggetti che sono stati incaricati di fare l'esperimento (chiamato ambiziosamente progetto «Valutare salute») per giudicare la qualità individuale del personale medico. Chi sono? C'è il For-



mez, centro pubblico per la formazione vigilato dal ministero di Brunetta. Poi c'è il Cefpas: il Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio Sanitario diretto da Rosa Giuseppe Frazzica, titolare di una beauty farm a Caltanissetta. È una struttura privata «unica nel suo genere in Italia», informa il sito internet, che sorge anch'essa «alla periferia della città di Caltanissetta, in prossimità dell'Ospedale S. Elia». Organizza corsi di formazione riconosciuti dal ministero della Salute: praticamente, è un consulente delle Asl. Quindi c'è l'Agenas, ovvero l'Agenzia nazionale per i servizi sa-

La supergratifica

A meritare la supergratifica non è il 25% come prevederebbero le quote prestabilite, ma il 46%

nitari regionali. Chiude questa «cordata» di sperimentatori la Flaso, associazione che riunisce i direttori delle Asl e delle strutture ospedaliere. Essendo quasi tutti soggetti non esattamente «terzi», a nessuno è venuto il dubbio che non fossero proprio i più adatti?

Perché, inoltre, scegliere per la sperimentazione la Sicilia, che fra tutte le regioni italiane è quella forse più anomala dal punto di vista sanitario, visto l'altissimo numero di strutture private convenzionate con il pubblico? Mistero. E che dire delle materie d'esame utilizzate per stabilire la bravura individuale del personale sanitario? Le ha descritte così mercoledì sul «Sole 24ore» Roberto Turno: «Capacità tecnico scientifiche e organizzative, innovazione, doti di relazione con i colleghi e, quel che più conta, disponibilità verso i pazienti». Commento di Giuseppe Garraffo, della Cisl medici: «Con tutto il rispetto, non mi sembra che una cosa del genere possa aiutare a migliorare la qualità del nostro sistema sanitario».

Sergio Rizzo

Il caso

Messina
 Il 13 settembre Laura Salpietro partorisce al Policlinico. Il bimbo ha due arresti cardiaci e alla mamma viene asportato l'utero. Il padre, Matteo Molonia (foto), denuncia: «C'è stata una lite tra i medici»

52 I casi di malasanità registrati in Sicilia tra l'aprile 2009 e il settembre 2010

38 I decessi dovuti a episodi di presunta malasanità in Sicilia. Il totale in Italia è di 163 morti

La pillola che fa vivere a lungo così l'Aspirina allontana il cancro

Una al giorno per 5 anni: la mortalità si riduce in media del 20%

ELENA DUSI

ROMA — Siamo abituati agli allarmi per le sostanze che favoriscono il cancro. Questa volta i medici ci parlano di una pillola che lo tiene a distanza. Un'Aspirina al giorno per almeno 5 anni riduce il rischio di morire di tumore del 20%, rivela uno studio dell'università di Oxford. Analizzando le singole forme di cancro, la ricerca precisa che la mortalità si abbassa del 35% per l'apparato gastrointestinale, del 10% per la prostata, del 30% per il polmone,

Risultati positivi su tumori a polmone, colon ed esofago. "Ma un cibo sano ha gli stessi effetti"

del 40% per il colon-retto e del 60% per l'esofago.

L'azione preventiva dell'Aspirina era stata osservata da tempo. Il cancro infatti si trova a proprio agio nei tessuti infiammati, dove avvengono molte reazioni chimiche. Dall'oro tumulto si può innescare il meccanismo che porta alla malattia. L'azione anti-infiammatoria dell'Aspirina al contrario aiuta a mantenere ordine fra le cellule. Ma dati così limpidi come quelli ottenuti dai ricercatori di Oxford e pubblicati su *Lancet* sono innovativi, anche perché si riferiscono a un campione molto esteso: 25 mila persone che hanno usato quotidianamente Aspirina per una media di 6 anni.

Lo stesso capo équipe, Peter Rothwell, ha assunto una pillola al giorno per 4 anni. Nonostante i risultati dello studio oggi però raccomanda: «Questo non vuol

dire che tutti debbano iniziare a prendere Aspirina. Non dimentichiamo che a questo farmaco è associato un aumento delle emorragie». Tra i dati pubblicati da Rothwell su *Lancet* in effetti

compare anche l'altra faccia della medaglia. La diminuzione delle morti per tumore va bilanciata con l'aumento di quelle per emorragia, soprattutto addominale e cerebrale, e anche con una maggiore incidenza dei problemi di cuore nel primo anno dopo l'interruzione della pillola quotidiana. «La mortalità generale, considerate tutte le possibili cause, risulta alla fine diminuita del 10% durante la cura e del 4% 20 anni dopo il suo inizio» spiega Franco Berrino, direttore del dipartimento di medicina preven-

tiva e predittiva dell'Istituto nazionale tumori di Milano. «Il guadagno alla fine è piuttosto magro. Ma da questo studio arriva l'importante conferma che fra infiammazioni e tumori esiste una relazione pericolosa».

Per ottenere i vantaggi dell'Aspirina senza i suoi lati oscuri, Berrino punta l'attenzione sull'alimentazione: «L'acido salicilico e il suo metabolita sono abbondanti in molti vegetali, in particolare frutti di bosco, frutta secca, spezie, cereali integrali. Non c'è bisogno di assumere quoti-

dianamente Aspirina se consumiamo regolarmente cibo vegetale». Riguardo ai rischi del farmaco per lo stomaco, Raffaele Landolfi, che insegna medicina interna all'università Cattolica di Roma, spiega che molto dipende dalle dosi: «Quando prendiamo un'Aspirina contro il dolore o per abbassare la febbre assumiamo in genere una pillola da 500 milligrammi. Nell'uso quotidiano invece si usano dosi da 75 o 81 milligrammi, troppo basse per far male allo stomaco».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La storia

1897

Il chimico Felix Hoffmann brevetta per la Bayer nel 1897 la formula dell'acido acetil salicilico



1899

Dopo due anni di test, il farmaco arriva nelle farmacie nel 1899, e viene venduto come analgesico, antipiretico

1906

Il marchio viene registrato nel 1906 e così inizia la distribuzione di massa dell'aspirina in tutto il mondo

1953

Il Mississippi Valley Medical Journal nel 1953 ipotizza che prendere l'aspirina possa ridurre i rischi di infarto

1971

La conferma arriva nel 1971: l'aspirina ostacola la coagulazione del sangue e così diventa ufficialmente anti-infarto

Le dosi

75mg

la dose quotidiana usata nelle malattie di cuore

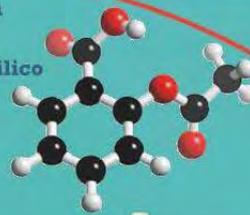
500 mg

per abbassare la febbre o attenuare i dolori



La formula chimica dell'acido acetilsalicilico

$C_9H_8O_4$



Come funziona

L'estratto della corteccia di salice ha un effetto

- anti-infiammatorio
- anti-piretico
- anti-dolorifico

- In più fluidifica il sangue e per questo riduce il rischio di infarto

ASPIR

Dalla riunione del Consiglio Giustizia e affari interni novità importanti per la cooperazione

Disabilità, un codice di condotta

La Ue va verso l'implementazione della Convenzione Onu

PAGINA A CURA
DI PAOLO BOZZACCHI

Novità importanti per la cooperazione giudiziaria europea. Giovedì e venerdì scorso si è tenuta infatti la riunione del Consiglio Ue Giustizia e affari interni, che anzitutto ha deciso di adottare un codice di condotta tra gli stati membri, la Commissione e lo stesso Consiglio, che stabilisce accordi interni per l'implementazione da parte dell'Ue della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. Una decisione attesa da tempo dalle organizzazioni del Terzo settore, che apre la strada in tempi brevi a una storica ratifica Ue della Convenzione Onu sulla disabilità. La Convenzione contiene norme che mirano a proteggere, promuovere e garantire il pieno rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali di tutte le persone disabili. Ora in materia di disabilità la palla passa alla presidenza Ue di turno belga (entro fine anno) o quella ungherese (da gennaio), chiamate a depositare la Convenzione presso l'Onu a New York.

Tra le altre novità più importanti emerse dal Consiglio Giustizia e affari interni, l'avvio di un negoziato per accordi sullo scambio di dati personali relativi ai passeggeri di voli tra l'Unione europea e l'Australia, il Canada e gli Stati Uniti. Questo lasciapassare del Consiglio Gai consentirà alla Commissione europea di avviare un negoziato in piena autonomia, che sarà anche

l'abbrivio per ulteriori accordi di cooperazione in materia di lotta comune al terrorismo con Usa, Australia e Canada. I ministri della giustizia hanno anche adottato delle conclusioni sulla prevenzione e lotta al crimine organizzato cosiddetto «itinerante», e un piano d'azione

per combattere il traffico illegale di armi pesanti. Durante la sessione del Consiglio Ue giustizia affari interni dedicata ad asilo e immigrazione, i ministri hanno dibattuto i progressi in termini di cooperazione giudiziaria degli ultimi sei mesi, concentrando il dibattito sul piano d'azione nazionale della Grecia sulla riforma dell'asilo e della gestione delle migrazioni. E rilanciando il completamento del Sistema unico Ue per l'asilo, che nei piani del Consiglio dovrebbe essere completato

entro il 2012. Su asilo e immigrazione sono state identificate quattro priorità: le direttive sui residenti di lungo periodo e i Regolamenti «Dublino II» ed «Eurodac». Sui residenti di lungo periodo è stato già raggiunto un accordo di massima con l'Europarlamento, mentre sulle altre due direttive la Commissione intende proporre delle novità nel 2011. In materia di diritti civili, il Consiglio ha adottato, l'armonizzazione delle norme sulla legge applicabile al divorzio e alla separazione legale tra coniugi di paesi membri diversi, che è il primo esempio nella storia dell'Ue di cooperazione rafforzata tra un gruppo ristretto (14 paesi membri). In materia di cooperazione giudiziaria sulla protezione dei dati personali, il Consiglio ha adottato un mandato di negoziazione per un accordo con gli Stati Uniti e la Commissione ha presentato la sua comunicazione sulla protezione dei dati, in vista di una proposta legislativa per aggiornare la legislazione in vigore, datata

ormai 1995. I ministri hanno poi confermato l'accordo raggiunto su una serie di norme minime comuni in materia di traffico di esseri umani. E se tutto andasse come previsto, le norme dovrebbero essere adottate da Consiglio ed Europarlamento (in prima lettura), nelle prossime settimane. Riguardo altre materie, il Consiglio ha raggiunto un accordo per un approccio comune che porterà a una trattativa diretta con Strasburgo su due direttive: la prima sulla lotta

contro lo sfruttamento sessuale dei minori, e la seconda sul diritto di informazione degli accusati nei procedimenti penali, che prevedrebbe la lettura di una serie di diritti che dovrebbero essere garantiti a tutti gli imputati sul territorio dell'Unione europea. Per ulteriori informazioni sul Consiglio Gai e per consultare il testo integrale delle conclusioni della riunione tenuta in settimana, è possibile consultare il sito Internet <http://www.consilium.europa.eu/ueDocs>.

— © Riproduzione riservata —



ATTUALITÀ *— qualcosa su cui pensare*

di Sara Peggion

Trapianti di midollo osseo: un atto d'amore può salvare una vita

Migliaia di malati di leucemia aspettano un piccolo gesto di generosità che può cambiare il loro destino. Ma i donatori sono in calo, soprattutto tra i giovani. Per paura. Ignoranza. Indifferenza. Eppure basta un semplice prelievo, poco doloroso e senza rischi, per cambiare la sorte di una persona condannata. Come dimostrano queste storie

«La donazione di midollo osseo non compromette la salute ma può salvare tanti giovani, adulti e bambini malati di leucemia». «Se io sono viva, è grazie alla generosità di un'altra persona: perché avete pubblicato quell'articolo?». Sono tante le lettrici come Lisa e Valeria che ci hanno scritto, colpite dalle parole di Raffaele Morelli. Sul numero 41 il "nostro" psichiatra ha commentato (e non ha condannato) il rifiuto di una donna di Padova di sottoporsi al prelievo di midollo osseo per aiutare la sorella malata.

Il caso citato da Morelli ha fatto scalpore, ma purtroppo accade. Così come accade che in Italia, ai primi posti nel mondo per iscritti al registro dei donatori di midollo osseo (quasi 400 mila) e di trapianti (1.500 l'anno), le iscrizioni siano in calo, soprattutto tra i giovani. Se nel 2001 i nuovi volontari erano 13.489, nel 2009 sono scesi a 8.492. Le cause? Paura. Scarsa informazione («il midollo osseo non è il midollo spinale, come molti pensano» ci scrive Lisa). E indifferenza. «L'indifferenza uccide, e tanti non trovano un donatore tra i familiari perché la probabilità di compatibilità è solo del 25-30 per cento» scrive Valeria. Gli altri malati devono trovare un donatore "esterno", ma solo uno su 100mila è compatibile con chi aspetta un trapianto. Se le statistiche rendono appena l'idea, molto di più possono fare le parole di chi vive o ha vissuto in attesa di trovare un angelo che gli regalasse una seconda possibilità. Ecco le storie di Lisa, Barbara, Giovanni. E di Fabrizio, angelo molto speciale.

Come si dona

Alla vista è come il sangue e contiene cellule staminali che aiutano a produrre globuli rossi, globuli bianchi e piastrine. Ecco cos'è il midollo osseo. Il prelievo non fa male, non è rischioso, non paralizza. È un gesto volontario, anonimo e gratuito. «Possono donare tutte le persone dai 18 ai 35-40 anni senza malattie infettive, cardiache o allergie» dice Nicoletta Sacchi, direttrice del Registro italiano donatori di midollo osseo presso l'ospedale Galliera di Genova (è collegato con altri 70 Paesi nel mondo per un totale di 16 milioni di donatori). «Si rimane iscritti al Registro fino ai 55 anni e all'inizio basta un esame del sangue per la "tipizzazione HLA": è un test genetico che consente di verificare la compatibilità tra donatore e paziente, in genere una su 100mila. In caso positivo, si richiedono esami più approfonditi: il prelievo avviene poi tramite una puntura alle ossa del bacino, sotto anestesia, o tramite un prelievo di sangue periferico». Il trapianto viene effettuato con una trasfusione: i pazienti candidati sono affetti da leucemia, linfomi, mielomi, patologie congenite. Il 30 per cento sono bambini. Per informazioni: www.admo.it, www.admor.org, www.ibmdr.galliera.it.



Lisa Peroni è guarita grazie a chemio e trasfusioni

«Guardavo fuori dalla finestra dell'ospedale e vedevo il mondo che andava avanti lo stesso, mentre dentro la gente moriva, soffriva. Era una sensazione tremenda: nessuno si accorgeva di noi». È lunedì sera e Lisa Peroni è appena uscita dal laboratorio di microbiologia di Verona dove lavora. È stanca, ma questa bella ragazza di 26 anni che a 20 si è sentita condannare da una leucemia acuta che ha infestato il suo sangue con l'80 per cento di cellule tumorali, non rinuncia alla sua "missione": vuole parlare, battersi affinché si diffonda l'importanza di un gesto di altruismo come la donazione. Lisa è infatti consigliera Admor, l'Associazione donatori midollo osseo e ricerca di Verona e provincia, ed è una delle lettrici che ci hanno scritto in risposta a Raffaele Morelli. «Sono stata ricoverata l'estate dopo la maturità: avevo emorragie dal naso e dalla gola, lividi, un ciclo perenne, infezioni. Non mi reggevo in piedi. Dopo sei mesi di chemioterapia, di cateteri ovunque, di morfina contro il dolore che mi faceva delirare, di orrore a guardarmi allo specchio, il mio corpo ha lentamente ripreso a funzionare: non sono arrivata al trapianto, il mio midollo era troppo stressato, ma ho avuto molto bisogno di trasfusioni e di piastrine donate da altri». Se oggi è qui, dice Lisa, è perché deve dare un senso al dolore di chi non c'è più: delle persone ricoverate con lei nel 2003, è tra le poche sopravvissute. «È per Vincenzo, un caro amico scomparso tre anni dopo il trapianto, che oggi vado nelle scuole e alle fiere: parlo ai ragazzi, spiego che il midollo osseo non è quello spinale, che a donare non ci si perde ma ci si guadagna, perché si restituisce la vita a chi una vita davanti non ce l'ha».



Barbara Saraceno dopo il trapianto è diventata mamma

«Ho fatto il test di gravidanza dopo due mesi e mezzo, non avrei mai immaginato di poter rimanere incinta: quando la leucemia bussava alla tua porta a 14 anni, è molto difficile diventare madre, la chemioterapia blocca il ciclo e compromette quasi sempre la fertilità. Invece, 18 mesi fa, è nata la mia bambina, Elisa. La prima persona che ha saputo della gravidanza non è stato mio marito: ho chiamato la mia ematologa talmente ero incredula». Barbara Saraceno ha 36 anni, vive a Genova ed è uno dei rari casi di donne che dopo il trapianto di midollo osseo sono riuscite a diventare madri naturalmente. «Ho scoperto di essere malata nel 1989. Avevo appena finito la terza media e tornata dalle vacanze avevo il corpo pieno di ecchimosi: la mia dottoressa mi ha portata subito in ospedale. Ho fatto due cicli di chemioterapia, ero semiparalizzata a letto, pesavo 35 chili e l'unica speranza per me era il trapianto immediato: sono stata fortunata, mio fratello di 12 anni è risultato compatibile. Allora il Registro donatori era appena all'inizio, non ce l'avrei fatta a cercare fuori dalla cerchia familiare, non avevo tempo. Ricordo che la notte del trapianto non ho chiuso occhio fino a quando non ho visto scendere l'ultima goccia di midollo nella mia vena: l'ansia, la depressione, la paura di morire sono scomparse all'improvviso. Mio fratello ha perso qualche giorno di scuola, io ho riavuto la mia vita». Oggi Barbara guarda la sua bambina e non ha parole, sembra un miracolo, dice. «Elisa è nata prematura, pesava 1 chilo e 900 grammi, la mia placenta ha subito alcune ischemie e lei non è stata nutrita bene. Ma non ha fatto un solo giorno di incubatrice: è forte, è una lottatrice. Come me».

ATTUALITÀ *qualcosa su cui pensare*

(segue da pagina 45)



Fabrizio Frizzi ha donato il midollo osseo

«Ogni tanto, guardandomi indietro, provo ammirazione per il Fabrizio di allora, per il coraggio e la forza che ha avuto. Donare è uno dei gesti più incredibili della vita, ti regala una gioia immensa, ti avvicina per poco anche a Dio: io l'ho fatto in un momento di superlavoro, era il 20 maggio del 2000, avevo due programmi in corso, molti impegni. Ma la mia "sorellina di sangue" Valeria, che ho conosciuto solo nel 2006 e che allora aveva solo 12 anni, non poteva aspettare. Sono stato ricoverato al San Camillo di Roma e tre giorni dopo ero già in campo a presentare *La partita del cuore* allo stadio Olimpico. Se ce l'ho fatta io, ce la possono fare tutti: il prelievo avviene in anestesia tramite una puntura alle ossa del bacino, ti senti un po' indolenzito, nulla di più». Parla con modestia Fabrizio Frizzi, ma il suo gesto dice molto di più: è stata la stessa Valeria a raccontarcelo, in una bella mail arrivata in redazione. Fabrizio le ha ridato la vita dopo 15 cicli di chemioterapia e una diagnosi di leucemia mieloide acuta. «Sono diventato donatore nel 1996, ma già nel 1994 avevo prestato il mio "faccione" come testimonial Admo, l'Associazione donatori di midollo osseo» racconta Frizzi. «E nel 1990, avevo ospitato alla prima puntata de *I fatti vostri* uno dei fondatori dell'associazione, Mario Bella. Un uomo eccezionale con una storia toccante: poco prima di morire di leucemia, il figlio Rossano gli aveva scritto una lettera-testamento chiedendogli di impegnarsi per la donazione di midollo osseo, affinché la sua morte non fosse vana. Così è stato: oggi, grazie all'Admo e alle tante campagne di informazione, salviamo molti ragazzi da una condanna certa. Rossano ne sarebbe fiero».



Giovanni Spitale è in attesa di un donatore

«Nella vita davanti a un disastro hai la possibilità di abbatterti: ma se lo fai, subisci un danno doppio. Ecco perché è meglio reagire». Un po' filosofo (è la materia in cui si sta laureando) un po' "forza della natura", il 23enne Giovanni Spitale detto Spit da Solagna, Vicenza, è di certo un ragazzo fuori dal comune. Solo un anno fa, il 2 novembre 2009, riceve la diagnosi di aplasia midollare idiopatica, una malattia rara che svuota il midollo osseo del 98 per cento delle sue cellule. Serve il ricovero, una terapia immunosoppressiva e soprattutto un trapianto. Ma tra i familiari non c'è compatibilità e così Spit si attiva: tramite amici, Facebook, il suo blog, convince 400 persone a farsi "tipizzare" all'ospedale di Vicenza dove è ricoverato. «Da allora, anche se devo prendere farmaci tutti i giorni e dovrei evitare i luoghi affollati, organizzo eventi per reclutare donatori. A gennaio sono uscito dall'ospedale che a fatica camminavo, a marzo ero già con le ciaspole in montagna, a Pasqua sulle Dolomiti in arrampicata, la mia grande passione. I medici non sarebbero d'accordo ma io voglio vivere con un'idea di normalità: le persone che si sono arrese non ce l'hanno fatta. Sono capo scout, l'estate prima di ammalarmi ero in montagna con un gruppo di ragazzi: una sera abbiamo fatto un'attività spirituale in cui si dovevano elencare le cose da fare prima di morire. Io ho scritto: "Salvare la vita a qualcuno". Una volta a casa, ho pensato che avrei potuto farlo diventando donatore di sangue e di midollo, ma pochi giorni dopo ho iniziato a stare male. Così ora penso: se non mi fossi ammalato, nel registro donatori ci sarebbe solo una persona in più, io. Oggi, grazie alla malattia e al mio impegno, ce ne sono molti, molti di più».

>brevetti>business>farmaci biologici

L'Ema fissa le regole sui biosimilari

● Erano attese da mesi, e finalmente ● la European medicines agency (Ema) le ha rese note; ora i produttori di farmaci biosimilari dovranno at-tenervisi scrupolosamente e dimostrare, per ogni molecola, la non inferiorità terapeutica. Nei prossimi anni sono in scadenza diversi brevetti di alcuni dei farmaci biologici oggi più venduti (soprattutto nella cura del cancro e di alcune malattie autoimmunitarie), per un business che vale 130 miliardi di dollari all'anno; sul mercato si affacceranno quindi sostanze analoghe anche se, a differenza di quanto avviene per i generici dei farmaci tradizionali, mai del tutto identiche ai progenitori. I biologici, infatti (per lo più anticorpi monoclonali), sono prodotti in sistemi cellulari complessi e non per semplice sintesi chimica, e possono non essere la copia esatta del farmaco d'origine. L'Ema ha perciò stabilito che per ogni biologico venga dimostrata l'efficacia in appositi trial clinici, e che tale efficacia debba essere non inferiore a quella del progenitore. Ha però anche concesso che un biosimilare, una volta mostratosi attivo per una certa patologia, possa ricevere l'indicazione anche per un'altra malattia, se questo è già accaduto per il farmaco brand. È il caso, per esempio, del



Biosimilari. Le autorità regolatorie europee hanno rilasciato le Linee guida che dovranno indirizzare lo sviluppo clinico e il processo di sviluppo e registrazione dei biosimilari di anticorpi monoclonali.

rituxan, monoclonale indicato per i linfomi non Hodgkin e per l'artrite reumatoide, il cui brevetto è in scadenza nel 2012. Teva, uno dei principali produttori mondiali di biosimilari, ha già iniziato da tempo gli studi clinici con il suo monoclonale, e conta perciò di battere gli altri sul tempo per un prodotto che nell'ultimo anno ha fruttato a Roche oltre 6,1 miliardi di dollari. Un altro blockbuster Roche avrà probabilmente un destino simile: il trastuzumab, monoclonale che ha cambiato il destino di molte donne colpite da tumore al seno positivo per la proteina Her2. Negli stessi giorni,

poi, la Ue ha emanato altre importanti linee guida sulla pubblicità dei farmaci. Restano vietate tutte le forme di advertising sui media, ma sono concesse informazioni non promozionali ai pazienti, simili a quelle contenute nei foglietti illustrativi in versione semplificata, e sempre approvate in via preventiva dalle autorità sanitarie nazionali. I malati avranno il diritto di chiedere delucidazioni ai produttori, mentre i medici dovranno sempre denunciare eventuali conflitti di interesse prima di prescrivere.

Agnese Codignola

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A PAG. 26**Oncologia**

**Tra le terapie
anche la
comunicazione
con i pazienti:
il ruolo dei
familiari e
degli specialisti**

Convegno MerckSerono-Il Sole-24 Ore sugli elementi critici e i margini di miglioramento

Oncologia da comunicare

L'informazione è supporto alla terapia - Il ruolo essenziale della famiglia

Pazienti e cittadini preferiscono non chiamarlo "cancro": meglio tumore, è "meno violento". E definirlo "male incurabile" genera tensione e ansia nella popolazione più che nei malati. La comunicazione in Oncologia è essenziale purché corretta, ma il 40% della popolazione ha dubbi che lo sia, contro il 56% di chi si fida di Tv, radio e giornali. Sono i risultati di un sondaggio che la Favo, Federazione delle associazioni di volontariato in Oncologia, ha condotto su circa mille pazienti, illustrati dal presidente **Francesco De Lorenzo** al convegno «Paziente oncologico e qualità della comunicazione: elementi critici e margini di miglioramento», organizzato a Roma da Merck Serono e Il Sole-24 Ore.

Ma se la fiducia di cittadini e pazienti nell'informazione è alta (le critiche maggiori - v. tabella - sono per i medici che dedicano poco tempo a "informare" i pazienti) i problemi non mancano. Primo tra tutti, ha spiegato il presidente della commissione Affari sociali della Camera **Giuseppe Palumbo**, la scarsa applicazione a livello locale di leggi come quella su dolore e cure palliative, legata a una cattiva informazione sulle possibilità che offre ai malati. Secondo **Giuseppe Casale**, coordinatore sanitario di Antea Onlus e membro della commissione ministeriale sulla terapia del dolore «l'hospice non è in realtà una struttura, ma un gruppo di persone che operano in squadra e le cure palliative non accelerano né ritardano la morte, ma affermano la vita e considerano la morte come un evento naturale e con il controllo del dolore e degli altri sintomi riducono i problemi psicologici, sociali e anche spirituali e garantiscono la migliore qualità di vita per pazienti e famiglia: il problema è farlo capire ai pazienti». Che la terapia del dolore sia un approccio essenziale lo ha testimoniato **Maurizio Evangelista**, docente di Terapia del dolore alla Cattolica di Roma e consultore del Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute del Vaticano, ricordando che fin dagli anni '50 Pio XII ha

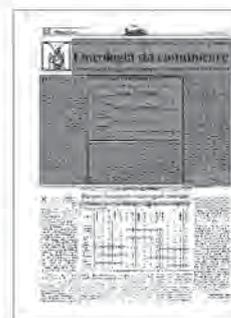
indicato come compito prioritario del medico quello di alleviare il più possibile le sofferenze dei malati.

Comunicare in Oncologia, ha affermato **Paolo**

Marchetti, ordinario di Oncologia medica al Sant'Andrea di Roma e consulente oncologo dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata di Roma, è una necessità non solo per il paziente, ma è uno strumento "terapeutico" per il medico. La comunicazione ha molti aspetti: con i pazienti (diagnosi, prognosi, scelte terapeutiche, anche cattive notizie), i medici (collegi di reparto o di altri reparti, primario, direzione), i giornalisti (interviste radiofoniche, televisive e sulla carta stampata), il pubblico dei congressi scientifici e i lettori degli articoli scientifici. Con precise conseguenze: aumenta la soddisfazione del paziente, promuove il consenso informato e l'arruolamento negli studi clinici, aumenta la compliance e riduce le controversie medico-legali, aumenta la fiducia nel medico e migliora il lavoro di équipe, riduce il burn out in

condizioni di risorse limitate, ma soprattutto il paziente si sente supportato nei momenti di crisi.

Aspetto essenziale da comunicare al paziente è quello delle nuove frontiere dell'Oncologia, legate soprattutto ai farmaci personalizzati. Che secondo **Carmelo Iacono**, presidente dell'Aiom, associazione italiana di Oncologia medica, hanno come elementi positivi le possibilità terapeutiche, l'incremento della sopravvivenza, la possibilità di cura per patologie prima "orfane", la giusta cura al giusto paziente. «Alcuni farmaci biologici mantengono una aspecificità di azione - ha detto - altri, a esempio il cetuximab indicato nel carcinoma del colon, agisce solo nei pazienti con Kras wilde type e rappresenta il paradigma dei trattamenti con farmaci biologici, al centro di un processo virtuoso attivato dall'Aiom e



dall'azienda produttrice». Ma non mancano alcune necessità da affrontare e risolvere come rendere compatibili le risorse (le terapie personalizzate costano anche oltre 10mila volte di più di quelle di una volta), omogenea l'assistenza sul territorio e investire in laboratori di biologia molecolare.

Il problema economico, secondo **Michele Saccomanno** (Pdl) e **Daniele Bosone** (Pd) della commissione Igiene e Sanità del Senato è legato a quello della generale scarsità di risorse e solo abbattendo l'inefficienza a livello locale sono recuperabili fondi da investire nelle cure innovative per garantire prevenzione e salute dei pazienti.

Per quanto riguarda gli approcci alla comunicazione, quello multidisciplinare, secondo **Fortunato Ciardiello**, professore di Oncologia medica alla seconda Università di Napoli, deve coinvolgere in prima istanza chirurgo, oncologo, specialista nell'area colpita e medico coordinatore dell'équipe e parallelamente staff infermieristico, patologo clinico e radiologo. E c'è l'approccio della famiglia. Secondo **Antonio Mafuro**, professore di Sociologia della salute all'Università di Bologna, questa adempie diverse funzioni: supporto emotivo, accompagnamento pratico, fonte informativa. Ma può essere sovraccaricata di compiti e per questo si possono immaginare tre tipi di aiuto: informativo, pratico, emotivo. Ma tutte e tre le modalità si riverberano sugli aspetti psicologici e per questo secondo **Roberta Tancredi**, psicologa e psicoterapeuta dell'Aimac è essenziale che nell'équipe multidisciplinare lo psicologo entri a pieno titolo e non solo come eventuale consulenza di supporto. I risultati di una corretta comunicazione si vedono: all'Istituto europeo di Oncologia, ha spiegato **Giovanna Gatti**, assistente alla divisione di Senologia, è una priorità, tanto da essere inserita tra gli obiettivi legati a carriera e risultati dei medici: se il paziente ha difficoltà sono i dottori a "pagare" in prima persona.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Qualità dell'informazione percepita dai pazienti

Tempo speso dagli oncologi	Nessuno o poco	Abbastanza	Molto	Totale	
				%	N.
Quando sei stato informato della diagnosi, l'oncologo ha usato parole comprensibili con te?					
Non soddisfacente *	50,0	42,9	7,1	100	14
Soddisfacente	7,9	66,9	25,2	100	139
Molto soddisfacente	-	40,1	59,9	100	147
L'oncologo ha risposto a tutte le domande sulla terapia?					
Non soddisfacente *	42,9	50,0	7,1	100	14
Soddisfacente	6,5	66,2	27,3	100	139
Molto soddisfacente	0,7	25,9	73,5	100	147
In generale, ritieni soddisfacenti le informazioni sulla malattia che ti sono state fornite nel reparto?					
Non soddisfacente *	71,4	28,6	-	100	14
Soddisfacente	5,7	76,3	18,0	100	139
Molto soddisfacente	0,7	24,5	74,8	100	147

* Non soddisfacente: per nulla + poco soddisfacente

Fonte: indagine Favo



intervista

Palliative, vertice in rosa



«**L**e cure palliative sono ormai una realtà consolidata nel Paese.

Non siamo più alla fase pionieristica, quando questo tipo di medicina doveva ancora crescere. Oggi siamo invece in un momento centrale dello sviluppo non solo in

ambito medico, ma anche nella società». Adriana Turriziani è una delle poche donne elette ai vertici di una Società scientifica. Lavora all'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma ed è la neo presidente della Società italiana di cure palliative.

Non è un caso che in questo momento sia stata eletta una donna. La medicina palliativa alcuni la definiscono una «medicina materna».

«Se con questo termine vogliamo parlare di medicina della cura, senza dubbio è così. È evidente che la possono praticare donne e uomini, medici, infermieri, psicologici, assistenti spirituali, tutta la cosiddetta équipe multidisciplinare. Ma se è vero che la medicina palliativa moderna nasce dalle intuizioni di una donna, Cicely Saunders, di certo è a questo tipo di sensibilità che occorre guardare per farla crescere».

Crescita, ecco, non è questa la parola giusta per le cure palliative in Italia?

Adriana Turriziani, tra le poche donne elette ai vertici di un ente scientifico, è la neo presidente della Società italiana cure palliative

«Penso proprio di sì: il traguardo della legge 38, approvata quest'anno è importantissimo, ma, perché non rimanga un'affermazione di principio, occorre che la legge abbia un'anima non solo dal punto di vista prettamente tecnico, ma nel lavoro che migliaia di professionisti fanno ogni giorno in questo campo. Occorre che gli standard di ogni unità operativa di cure palliative, gli hospice e le équipes di cure palliative domiciliari, abbiano standard di qualità omogenei su tutto il territorio nazionale, che possano essere garantite nelle 24 ore».

Eppure una recente ricerca evidenzia come a domicilio le cure palliative siano ancora un miraggio per il 60% degli italiani.

«Questa rilevazione, la prima in Italia, è stata importante proprio perché ci ha consentito di scattare una fotografia molto precisa della situazione e per questo ci spinge a operare sempre di più nella direzione del miglioramento di questo tipo di assistenza: l'hospice, da solo, non è sufficiente a garantire al malato e alla sua famiglia il luogo dove desidera

vivere gli ultimi giorni nel modo migliore possibile».

Le cure palliative sono una medicina che ha uno sguardo globale sulla persona che sta vivendo la fase finale della vita. Che cosa vuol dire?

«Vuol dire dare significato a ogni cosa che si fa negli ultimi giorni. Vuol dire, una volta alleviati il dolore e la sofferenza fisica, consentire di vivere fino in fondo: riconciliarsi con aspetti lasciati in sospenso della propria vita. Vuol dire, insomma, darle senso».

di Francesca Lozito



Lo sapevi che?

L'addio al fumo migliora l'umore

Non soltanto è salutare per l'organismo: smettere di fumare migliora anche l'umore. A sostenerlo è uno studio pubblicato sulla rivista «Nicotine&Tobacco Research» da un team di ricercatori della Brown University e della University of Southern California guidati da Christopher Kahler: nonostante chi ha il vizio del fumo tenda ad accendere una sigaretta ogni volta che deve «scaricare» l'ansia e il nervosismo - dicono gli studiosi - gli effetti benefici per l'umore arriverebbero invece proprio dal comportamento contrario, cioè dall'interrompere il consumo delle «bionde». I ricercatori hanno monitorato i sintomi della depressione in 236 persone che cercavano di dire basta alle sigarette e hanno scoperto - a sorpresa - che il momento di massima felicità si raggiungeva proprio quando chiudevano definitivamente con il fumo. Questa significativa variazione dello stato d'animo - ha sottolineato Kahler - «è stata misurata anche negli individui che sono riusciti a smettere soltanto per un breve periodo».



Panorama

INTERNAZIONALE

ALLARME DELL'OCSE

Un europeo su due sovrappeso

In 20 anni il tasso di persone sovrappeso o obese in Europa è più che raddoppiato, e ormai più di metà di tutti gli adulti è *oversize*. Sono i dati resi noti dall'Ocse e dalla Commissione europea. I paesi con il più alto tasso di obesità sono Gran Bretagna (il 24,5% degli adulti sono obesi), Irlanda (23%), Malta e Lussemburgo. Tra i più «magri» c'è l'Italia, al terzo posto tra i cinque paesi col tasso più basso (9,9% di adulti obesi), preceduta solo da Romania (7,9%) e Svizzera (8,1%).



Circolare Brunetta: ne hanno diritto i parenti entro il secondo grado

P.a., giro di vite sui permessi per assistere familiari disabili

DI ANTONIO G. PALADINO

Indipendenti pubblici che vogliono prestare assistenza a un familiare o a un proprio affine, usufruendo dei permessi ex legge n. 104/92, devono esserne legati con un rapporto di parentela o di affinità entro il secondo grado e non più entro il terzo grado. Tali permessi, tranne nel caso di assistenza al figlio in situazione di handicap grave, possono essere accordati a un unico lavoratore per l'assistenza alla stessa persona. Inoltre, l'avvicinamento che si può ottenere con il trasferimento della sede di servizio non sarà più verso il domicilio del lavoratore che presta assistenza, piuttosto verso il domicilio del soggetto da assistere. Questo spostamento può essere impedito solo dalla mancanza del posto corrispondente nella dotazione organica della sede scelta, ma in nessun modo da valutazioni discrezionali o di opportunità fatte valere dall'amministrazione. Infine, presto sarà attivata una banca dati per il controllo sulla legittimità dei permessi. Queste alcune delle indicazioni che è possibile trarre dalla lettura della circolare della funzione pubblica n. 13 del 6 dicembre scorso, con cui si è intervenuto a evidenziare le principali novità in materia di permessi ex legge n. 104/92, alla luce delle modifiche operate dal legislatore con la legge n. 183/2010.

I lavori legittimati. È la principale novità contenuta nel testo della legge di riforma. In linea generale, si legge nel testo del documento firmato da Renato Brunetta, la legittimazione a fruire dei permessi per assistere una personale con handicap grave spetta al coniuge e ai parenti (o affini) entro il secondo grado. Regola generale che però, non sussiste in caso in cui i genitori o il coniuge della persona da assistere abbiano compiuto 65 anni oppure anch'essi siano affetti da patologie invalidanti (cfr. [ministero della salute](#), sono le patologie acute o croniche che determinano temporanea o perma-

nente perdita dell'autonomia personale). In talicasi, com'era previsto sino a poco tempo fa, si estende la titolarità dell'assistenza anche al terzo grado di parentela.

Il referente unico. La nuova normativa elimina il precedente riferimento ai requisiti della continuità e dell'esclusività dell'assistenza. È pur vero che, però, lo stesso legislatore ha stabilito che il diritto a fruire dei permessi «non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona». Quindi, nasce il referente unico quale soggetto «che si pone quale punto di riferimento della gestione generale dell'intervento, curando la costante rispondenza ai bisogni dell'assistito». In effetti, si legge nel testo di palazzo Vidoni, la tutela nei confronti del disabile è più efficace quando vi è chi si presta in maniera esclusiva e che la «fruizione di permessi in maniera cumulativa in capo allo stesso lavoratore crea disagio all'amministrazione per la possibilità di assenze frequenti dello stesso lavoratore». Queste disposizioni, però, non valgono nel caso di assistenza ai figli disabili. Pertanto, fermo restando il limite complessivo di tre giorni mensili, i permessi giornalieri possono essere utilizzati sia dal lavoratore padre che dalla lavoratrice madre e, novità, anche dai genitori di un minore di tre anni.

Il trasferimento. Da oggi, l'avvicinamento alla sede di servizio che si può ottenere mediante il trasferimento, non sarà più verso il domicilio del lavoratore, bensì verso il domicilio della persona da assistere, nell'ottica di una «più agevole assistenza del disabile». Questo è un diritto che può essere mitigato solo da circostanze impeditive, quali la mancanza del posto nella dotazione organica, ma in nessun caso da valutazioni discrezionali.

La banca dati. La circolare informa che presso la funzione pubblica sarà presto attivata una banca dati di monitoraggio e controllo sulla legittimità relativa alla fruizione dei permessi.

