

Rassegna del 07/12/2010

GIORNO - Lettera - Una corretta contraccezione - Bovicelli Alessandro	1
GAZZETTA DI MANTOVA - A Pieve il parto naturale senza dolore - Oliani Giancarlo	2

Una corretta contraccezione

■ ■ ■ Almeno sui valori importanti credo ci sia bisogno di consapevolezza. Ecco quindi che un rapporto d'amore diventa un atto da vivere nel contempo con la massima serenità ma anche con coscienza. Se si desidera un figlio si è già fatta una scelta. Se il rapporto è, per il momento, l'espressione di una passione è quanto mai necessario proteggerlo con terapie sicure, tradizionali. Assisto, perplesso, come ginecologo sempre di più a scelte disinvoltate da parte di molte donne che si affidano alla contraccezione d'emergenza fino a farla diventare un costume sociale. Sarebbe necessario invece educare i giovani ad un'appropriata terapia contraccettiva già dalle scuole istituzionalizzando questa tematica come fanno in gran parte del mondo.

Alessandro Bovicelli
ginecologo e ricercatore



NUOVE TECNICHE IN OSPEDALE

A Pieve il parto naturale senza dolore

Da febbraio uno staff di medici pronto a introdurre la tecnica dell'anestesia locale

di Giancarlo Oliani

PIEVE DI CORIANO. Nuovo e importante servizio all'ospedale di Pieve di Coriano. A partire da febbraio, infatti, uno selezionato staff di mediche infermieri praticherà l'analgnesia nel travaglio di parto, in parole povere il parto senza dolore con la pratica dell'anestesia epidurale. Un

primo incontro informativo è previsto per martedì 14 dicembre alle 14.45 nella sala riunioni del presidio ospedaliero. Un'autentica svolta per la struttura sanitaria del Destra Secchia che prevede di effettuare, con l'innovativa tecnica, almeno 150 parti all'anno.

Il dolore del parto - osservano gli estensori del progetto - può rappresentare un evento destabilizzante per la donna sia da un punto di vista fisico e emotivo. «L'analgnesia peridurale - chiarisce il primario del reparto di Rianimazione dell'ospedale di Pieve - consente di controllare efficacemente il dolore, non interferendo però con la naturalità del parto spontaneo. Il servizio - aggiunge Sgarioto - verrà gradualmente introdotto a partire dai primi di febbraio del 2011, dal lunedì al venerdì, dalle otto alle venti». La notte sarà esclusa fino a quando l'organico non sarà adeguato alle necessità. Un'equipe seguirà la partoriente dalle ultime settimane di gravidanza fino al parto. Considerando il bacino d'utenza e stimato un totale di 750 parti all'anno, di cui un trenta per cento di cesarei, si ipotizza una richiesta di parto senza dolore del trenta per cento delle donne, vale a

dire 100-150 all'anno.

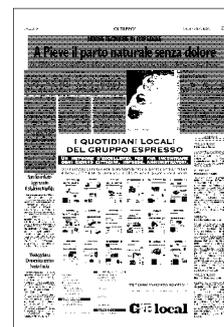
Il servizio prevede un'informativa continua durante il corso pre-maternità e una visita anestesologica alla 37ma settimana di gravidanza. Il programma dell'incontro di martedì 14 dicembre prevede come relatori la dottoressa dal Santo, dirigente medico della Rianimazione dell'ospedale di Mantova, il dottor Maffiolini, primario del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Pieve di Coriano e il dottor Vesentini della Rianimazione pievese.

A coordinare l'iniziativa Vincenzo Sgarioto, 56 anni, primario del reparto di Rianimazione dal 1 gennaio 2010. Ha preso il posto di Renzo Miglioranzani che è andato in pensione. La Rianimazione dell'ospedale di Pieve di Coriano, lo ricordiamo, è stata aperta nel 2000. Più precisamente il 1 febbraio. Ha perciò dieci anni di vita.

■ EPIDURALE

Contrazioni naturali

L'anestesia epidurale ha lo scopo di ridurre il dolore. Produce una migliore ventilazione materna e quindi una migliore ossigenazione fetale. Si effettua introducendo farmaci nella zona della colonna vertebrale. All'inizio del travaglio la paziente viene stesa su un fianco o si mette seduta. Viene incanalata una vena periferica e si misura la pressione arteriosa del sangue. L'anestesista inietta poi l'anestetico locale nella cute e nel sottocute. da questo momento la paziente potrà avvertire una sensazione di leggera pressione dovuta all'introduzione dell'ago da peridurale che poi viene rimosso e di un tubicino. La paziente potrà muoversi liberamente. L'anestesia peridurale toglie il dolore della contrazione, pur permettendo alla paziente di collocare attivamente con le spinte nel periodo espulsivo del parto. Chi vuole sottoporsi ad analgesia epidurale dev'essere prima visitato dall'anestesista.



Rapporto Censis: cala il welfare, cure in mano a famiglie e volontari

Con il calo delle prestazioni e l'arretramento generale del welfare cresce la delega alle famiglie sempre più costrette al fai-da-te nelle cure: soprattutto nella disabilità e nell'assistenza ai non autosufficienti. Sempre più cruciale anche il ruolo del volontariato che vede coinvolto un italiano su quattro. (Servizi a pag. 2-3)

RAPPORTO CENSIS 2010/ Con il calo delle prestazioni cresce la delega alle famiglie

Meno welfare, più cure fai-da-te

Cruciale il ruolo del volontariato che vede coinvolto un italiano su quattro

«Il problema è che il ruolo di supplenza che di fatto, oltre alle famiglie, viene svolto dal volontariato, dal non profit e dall'associazionismo, rispetto ai tanti bisogni non coperti, rischia di non bastare più, vista la dinamica crescente del disagio sociale accelerata anche dalla crisi».

Per il nuovo rapporto Censis 2010 sulla situazione sociale del Paese, presentato venerdì scorso a Roma, l'arretramento continuo del Welfare, tra tagli di prestazioni e risorse sempre più con il contagocce, comincia a non essere più sopportabile per le "eroiche" famiglie italiane che «in molti casi - aggiungono ancora dall'osservatorio del Censis - sono già oltre la rassegnazione».

Famiglie più sole. Di fronte a un welfare sempre più povero e in difficoltà le «strategie individuali e familiari si trovano schiacciate sul fronte sempre più esplicito della delega totale alla famiglia»: nel mirino finiscono soprattutto le situazioni più gravi legate alla disabilità e alla non autosufficienza su cui ormai vige il principio assoluto del fai-da-te. In questo senso a esempio il ricorso alla badante è emblematico: si tratta della soluzione a cui tutte le famiglie pensano praticamente in automatico nel momento in cui sono chiamate a far fronte alle situazioni più complesse di perdita della autosufficienza; inoltre, tutte le indagini più recenti dimostrano che, «nonostante gli interventi di molte Regioni in materia di formazione e strutturazione della rete di assistenza informale - spiega il Censis -, nella stragrande maggioranza dei casi il reperimento della badante, e dunque anche le sue competenze professionali, rimangono affidate all'aleatorietà del passaparola informale». Senza dimenticare un particolare non di poco conto: in almeno 8 casi su 10 a pagare è lo stesso

malato o la famiglia.

Insomma l'arretramento delle politiche sociali ha determinato «in non pochi casi una situazione di vera e propria solitudine delle famiglie con problemi, rispetto alla quale anche l'azione del volontariato ritorna a essere l'unica risposta presente soprattutto in certe situazioni e in certe zone del Paese».

Il pilastro del volontariato.

Più di un italiano su quattro fa volontariato (oltre il 26%) «all'interno di realtà organizzate o in modo spontaneo, informale». La scelta di fare volontariato è molto più radicata tra i giovani (più del 34%), rimane elevata tra i 30-44enni (più del 29%), per poi calare al 23% tra i 45-64enni e al 20,3% tra

gli anziani. È all'interno di realtà organizzate che circa tre quarti dei volontari svolgono il proprio impegno, e di questi la maggioranza (54,5%) lo fa all'interno di una specifica organizzazione, mentre poco meno del 10% lo fa in più di una organizzazione. Riguardo alle motivazioni, oltre il 38% dei volontari intervistati dal Censis dichiara di fare il volontario «perché vuole fare qualcosa per gli altri», mentre il 27,3% richiama «ragioni etiche, ideali». Un plebiscitario 97% valuta positivamente l'attività di volontariato in cui è impegnato, il 59% perché fa una cosa alla quale «crede nel profondo e che è gratificante», il 38% perché è convinto di «incidere positivamente sulla vita delle persone». I tre settori in cui i cittadini registrano una maggiore presenza di volontari sono: ospedali, case di cura, strutture sanitarie in generale (69%). E poi: case di riposo, comunità alloggio, presidi socio-assistenziali di vario tipo (54,3%) e infine le varie forme di assistenza a domicilio per anziani e non autosufficienti (39,9 per cento).

Farmaci: decolla la spesa privata.

Il trend negli anni è chiaro: costante aumento dei consumi complessivi in termini di dosi e confezioni, a fronte di un aumento molto contenuto della spesa territoriale totale. Ma all'interno della stessa spesa territoriale, quella a carico del Ssn (convenzionata) e quella privata (a carico dei cittadini) marcano in due direzioni opposte: dal 2001 la spesa convenzionata è rimasta sostanzialmente stabile, mentre la spesa privata «fa osservare un aumento continuo». Le politiche di contenimento mostrano quindi la loro efficacia, ma solo sulla spesa a carico del Ssn, mentre i cittadini hanno pagato in questi anni sempre di più, sia per l'aumento dei ticket sia per l'aumento dei prezzi dei farmaci non rimborsabili.

Nell'anno in cui la crisi ha fatto sentire i suoi effetti sulle famiglie italiane, circa il 50% ha dichiarato che la spesa per la salute è molto (11,4%), abbastanza (28,2%) o un po' (8,3%) aumentata, mentre oltre la metà degli italiani (il 53,3%) ha indicato di aver intensificato nel 2009 il ricorso ai farmaci generici con l'obiettivo del risparmio.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Motivazioni che hanno spinto al volontariato (%)

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 e oltre	Tot.
Fare qualcosa per gli altri	34,1	39,5	32,5	48,1	38,4
Ragioni ideali, etiche	38,7	28,0	25,3	19,4	27,3
Casualità	13,2	24,6	21,1	16,0	19,5
Aiutare ad affrontare problemi, disagi specifici	21,8	16,6	11,8	20,2	17,0
Stimolazione di familiari, amici, altre persone	16,3	18,2	14,0	15,8	16,1
A seguito di una esperienza di sofferenza	16,9	8,5	21,1	13,4	14,9
Era una cosa importante per se stesso	13,1	9,7	8,2	22,7	12,9
Mettere a disposizione le proprie competenze	9,5	11,9	9,9	12,3	11,0
Essere parte di una realtà collettiva	13,3	13,0	5,5	8,1	9,7
Tempo a disposizione da impiegare	-	-	6,4	11,6	4,5
Avere più opportunità di relazione con altre persone	5,0	5,9	2,4	3,3	4,1
È un'occasione per accedere a opportunità di lavoro	4,7	3,5	2,6	3,0	3,3
Curiosità, voglia di scoprire e fare cose nuove	3,7	3,6	2,0	0,6	2,5
È una opportunità per acquisire competenze ed esperienze	3,3	1,4	3,0	0,4	2,0

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2010

Spesa familiare per la salute nell'ultimo anno (%)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto aumentata	13,9	7,0	13,5	10,5	11,4
Abbastanza aumentata	25,5	30,9	27,5	29,0	28,2
Poco aumentata	11,9	3,5	9,6	7,5	8,3
Rimasta stabile	47,7	52,7	46,0	51,8	49,6
Diminuita	1,0	5,9	3,4	1,2	2,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2009

Strategie di contenimento della spesa familiare (%)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Ha ridotto l'acquisto di farmaci pagati di tasca propria nel corso dell'ultimo anno					
Si	18,4	20,5	20,8	23,4	21,0
No	81,6	79,5	79,2	76,6	79,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ha usato di più i farmaci generici rispetto ai branded nel corso dell'ultimo anno					
Si	58,5	59,0	50,0	48,0	53,3
No	41,5	41,0	50,0	52,0	46,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2009

Andamento e composizione della spesa farmaceutica territoriale (milioni di euro e valore %)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Convenzionata	mln €	11.661	11.723	11.095	11.980	11.848	12.327	11.493	11.386	11.193
	val. %	67,9	66,5	61,7	64,0	62,8	64,6	61,2	59,9	58,4
Totale privata	mln €	5.506	5.896	6.887	6.733	7.014	6.750	7.285	7.627	7.964
	val. %	32,1	33,5	38,3	36,0	37,2	35,4	38,8	40,1	41,6
<i>di cui:</i>										
Classe C con prescrizione	mln €	2.734	2.738	3.108	3.035	3.061	3.057	3.084	3.106	3.171
	val. %	15,9	15,5	17,3	16,2	16,2	16,0	16,4	16,3	16,6
Sop, Otc	mln €	1.879	1.897	2.067	2.040	2.154	2.094	2.198	2.180	2.237
	val. %	10,9	10,8	11,5	10,9	11,4	11,0	11,7	11,5	11,7
Classe A acquisto privato	mln €	703	569	674	619	831	663	828	928	893
	val. %	4,1	3,2	3,7	3,3	4,4	3,5	4,4	4,9	4,7
Ticket regionali	mln €	13	337	642	602	515	414	539	651	862
	val. %	0,1	1,9	3,6	3,2	2,7	2,2	2,9	3,4	4,5
Spesa farmaceutica territoriale totale	mln €	17.167	17.619	17.982	18.713	18.862	19.078	18.778	19.013	19.158
	val. %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

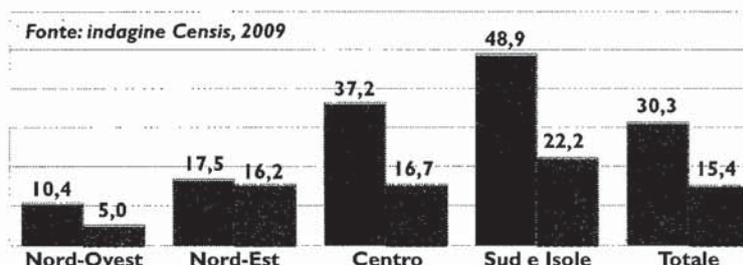
Fonte: elaborazione Censis su dati Farmindustria

26%

degli italiani svolge attività di volontariato all'interno di realtà organizzate o in modo spontaneo e informale

Aspettative ed esperienze di casi di malasanità (valori %)

Fonte: indagine Censis, 2009



■ Ritengono molto o abbastanza probabile che un paziente ricoverato in ospedale possa subire un grave errore medico

■ Hanno subito personalmente, o qualcuno della loro famiglia ha subito, un grave errore medico in ospedale

GIORNATA MONDIALE AIDS/ L'epidemia arretra ma il test è poco diffuso e le diagnosi tardive

Se il sieropositivo ignora l'Hiv

Nuova campagna della Salute - Oms: difendere il diritto alle cure nei Pvs

DI ROSANNA MAGNANO

L'Aids è un pericolo «rimosso» dal senso comune e il test dell'Hiv non è mai diventato un'abitudine diffusa. Le categorie a rischio sono sempre più sfumate e il soggetto maggiormente esposto coincide sempre di più con l'uomo qualunque, che a scelte di prevenzione consapevoli preferisce nascondere la testa sotto la sabbia. Lo dimostra il fatto che nonostante la malattia stia effettivamente arretrando - secondo gli ultimi dati del Centro osservazione Aids (Coa) dell'Iss, diffusi in occasione della giornata mondiale contro l'Aids, il primo dicembre scorso - la diagnosi è sempre più «tardiva». Nel 2009, sottolinea il Coa, quasi il 60% dei nuovi casi di Aids ha scoperto di essere sieropositivo molto tardi, in concomitanza con la diagnosi di Aids; questa proporzione è aumentata progressivamente negli ultimi 15 anni. Come conseguenza di queste diagnosi tardive, ben due terzi delle persone diagnosticate con Aids dal 1996 a oggi non hanno usufruito dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi. Un sieropositivo su quattro infatti non sa di esserlo.

Alla luce di questi dati il ministero della Salute ha lanciato una nuova campagna educativa che durerà fino a metà gennaio per diffondere l'abitudine a effettuare il test.

Nel nostro Paese, sono attualmente presenti tra 143.000 e 165.000 persone Hiv positive viventi, di cui più di 22.000 in Aids. Rispetto a venti anni fa, oggi si infetta un minor numero di persone (circa 4.000 all'anno), ma è molto più elevato il numero dei sieropositivi viventi per effetto della maggiore sopravvivenza legata alle terapie più efficaci. La principale via di trasmissione è rappresentata dai contatti sessuali non protetti, che tuttavia non vengono sufficientemente percepiti come a rischio, in particolare dalle persone di età matura.

Dall'inizio dell'epidemia nel 1982 a oggi sono stati segnalati circa 63.000 casi, di cui quasi 40.000 deceduti. I nuovi casi di Aids per anno continuano a diminuire principalmente per effetto delle terapie antiretrovirali combinate (introdotte nel nostro Paese nel 1996).

Negativi invece i dati comunitari. In Europa nel 2009 sono stati identificati ancora 30.000 nuovi casi e «circa un terzo delle persone sieropositive ignorano di essere state infettate». Nell'Ue, in generale,

il numero di contagi da Hiv è aumentato in 16 Stati membri, mentre è diminuito negli altri dodici. In particolare, i contagi

sono più che triplicati in Bulgaria, Islanda e Slovacchia, mentre sono aumentati più del 50% in Ungheria e in Slovenia. Il contagio è invece diminuito di oltre il 20% in Italia, Danimarca, Estonia, Lussemburgo e Romania.

A livello globale, a 30 anni dalla comparsa dell'Aids, la comunità internazionale, come afferma il segretario generale delle Nazioni unite, **Ban Ki-moon** si pone un nuovo obiettivo: la "realizzazione dei tre zeri". Zero nuove infezioni da Hiv, zero discriminazione e zero decessi per Hiv. Il traguardo è ancora lontano anche se si segnano progressi positivi. Dal 1999 a oggi le nuove contaminazioni sono diminuite di un quinto (il 19%) raggiungendo i 2,6 milioni nel 2009 secondo l'agenzia Onusida (l'agenzia Onu che si occupa della malattia) e questo calo testimonierebbe l'efficacia delle nuove cure e dei sistemi di prevenzione.

L'anno scorso, dicono sempre i dati dell'agenzia, l'Aids ha ucciso circa 2 milioni di persone in tutto il mondo. A fronte di questa cifra, ancora altissima, l'accesso alle cure si è ampliato e oltre 5,2 milioni di abitanti dei Paesi in via di sviluppo hanno avuto accesso alle cure retrovirali nel 2009 contro le 700.000 del 2004. **Michel Sidibé**, direttore esecutivo dell'agenzia, stima tuttavia che «le persone ancora in attesa di cure sono oltre 10 milioni».

Ed è proprio l'accesso alle cure lo snodo che segnerà il futuro della lotta alla malattia. Il rischio è che i migliori farmaci disponibili, coperti da protezione brevettuale, restino un'esclusiva dei Paesi ricchi e dei malati ricchi, tagliando fuori migliaia di adulti e bambini dei Paesi più poveri. L'allarme è stato lanciato da Medici senza frontiere (Msf) nelle settimane in cui l'Unione europea ha ripreso i negoziati per gli accordi di libero scambio (Fta) con l'India, che ridurrebbero drasticamente l'accesso agli economici farmaci generici prodotti nel Paese: «Msf dipende dall'accesso ai farmaci generici a prezzi accessibili - come quelli prodotti in India - per il trattamento di tutti i tipi di malattie. Noi compriamo l'80% dei nostri farmaci contro l'Aids in India, farmaci che oggi curano 160.000 persone», afferma il presidente internazionale di Msf, **Unni Karunakara**. Il diritto alla salute è infatti la questione centrale per risolvere il problema Aids: secondo l'Oms l'accesso ai farmaci antiretrovirali è possibile solo a un terzo delle persone che ne avrebbero bisogno e nonostante l'espansione dei programmi per prevenire la trasmissione madre-figlio, nel 2009

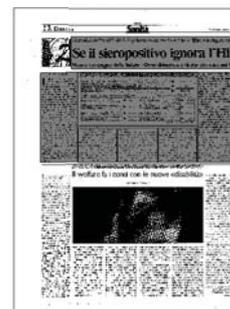
solo il 53% delle donne sieropositive in gravidanza ha avuto la possibilità di assumere i farmaci necessari a impedire che i propri bambini fossero infettati.

Intanto gli indispensabili aiuti internazionali scaseggiano e l'Italia latita in modo evidente. Dopo esserne stata, al G8 di Genova del 2000, la promotrice, il nostro

Paese infatti perderà probabilmente il seggio nel consiglio di amministrazione del Fondo globale per la lotta contro l'Hiv-Aids, la tubercolosi e la malaria. La notizia non è ancora ufficiale ma è stata confermata dal funzionario della Farnesina **Francesco Cannito**, intervenuto alla presentazione del rapporto Actionaid «Ogni promessa è debito: l'Italia e la lotta all'Aids».

«Poiché per avere un seggio nel board dei donatori del Fondo Globale per la lotta all'Hiv-Aids è necessario donare una quota pari al 15% dei finanziamenti, e l'Italia oggi sta a meno del 3% - ha spiegato Cannito - è chiaro che già alla prossima riunione di Sofia perderemo questa posizione. È una sorta di declassamento automatico». Con i mancati pagamenti dell'ultimo biennio, il nostro paese è passato, come evidenzia il rapporto di Actionaid, dal terzo al settimo donatore del Fondo, dopo Giappone, Germania e Regno Unito. La mancata promessa ammonta infatti a 280 milioni di euro, ossia le quote 2009 e 2010. L'Italia è l'unico tra i paesi donatori a non aver versato neanche un euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le cifre dell'Aids in Italia dall'inizio dell'epidemia nel 1982 a oggi			
Totale casi di Aids dall'inizio dell'epidemia		circa 63.000	
Totale decessi provocati dall'Aids dall'inizio dell'epidemia		circa 39.700	
Percentuale di donne		circa 27%	
1995 (anno in cui si è registrato il picco dell'epidemia)		2010 (dati stimati)	
Nuovi casi Aids/anno	5.655	Nuovi casi Aids/anno	~1.200
Principale modalità di trasmissione: uso iniettivo di droghe	62,5%	Principale modalità di trasmissione: contatti etero/omosessuali	~69%
Età mediana alla diagnosi	35 anni	Età mediana alla diagnosi	43 anni
Percentuale di stranieri	4,7%	Percentuale di stranieri	~24%

Fonte: Coa, notiziario Iss, 2010

IL PERCORSO DELLE REGIONI VERSO L'ISTITUZIONE DI CENTRI AD HOC

Terapie contro il dolore, prove di assistenza

La legge 38/2010 è quasi una rivoluzione in campo sanitario per quel che riguarda il dolore. Per la prima volta la terapia del dolore diventa un «diritto di ogni cittadino» che è «tutelato e garantito» affinché possa avere accesso alle cure (articolo 1).

Nell'articolo 2 si riconosce il dolore come malattia e non solo come sintomo di altro, e in questo stesso articolo si sancisce la differenza tra terapia del dolore e cure palliative. Tale differenza non è di poco conto perché sino a oggi si è trascurata però la nutrita categoria dei pazienti con dolori forti e invalidanti, anche se non associati a patologie a rapido e infausto decorso.

Se si pensa che in Europa il 5 per cento della popolazione con più di 18 anni è affetto da patologia dolorosa importante, si capisce come il problema del dolore cronico grave coinvolga un numero assai significativo di persone. Secondo stime abbastanza accurate si tratterebbe di un numero superiore a 11 milioni. Quindi si tratta in primo luogo di un problema sociale, che comporta la perdita di milioni di ore di lavoro ogni anno, con risvolti economici evidenti. La cura dei dolori invalidanti consente in tutto o in parte la diminuzione di tale carico. Ne consegue che la spesa per tali cure può essere ben collocata nella giusta prospettiva di un risparmio per la società. Senza mai dimenticare il beneficio soggettivo che possono trarre molti cittadini e la rilevanza che la questione riveste in ambito medico.

Sempre nell'articolo 2 della legge 38 si individua la figura del terapeuta del dolore, togliendola da quell'ambito di volontarismo che sino a ora ha caratterizzato l'approccio al problema di medici personalmente portati a curare il dolore.

Tale figura, che nella fase di transizione comprenderà in modo evidente quanti si sono sino a ora dedicati al trattamento del dolore cronico, avrà un preciso inquadramento. L'articolo 8 della legge, al comma 1, recita: «Si individuano i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici... in materia di... terapia del dolore connesso alle patologie croniche e degenerative...».

Si riporta quindi a livello di legge la necessità che i medici che si dedicano alla cura del dolore abbiano una conoscenza

specialistica che vada oltre le proprie personali capacità e che venga certificata con l'acquisizione di master specifici. La gestione della terapia del dolore cronico, proprio per la sua caratteristica di cronicità, necessita di una continuità assistenziale che non può e non deve dipendere dalla maggiore o minore adesione delle varie Regioni al progetto di cura. Il paziente con dolore ha pari dignità dovunque egli abiti e la preoccupazione del legislatore è ben sottolineata all'articolo 3, comma 3, che afferma: «L'attuazione dei principi della presente legge in conformità con le linee guida... costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn...». Il che significa che le Regioni che non intendono adeguarsi vanno incontro a un taglio dei finanziamenti.

La continuità assistenziale inoltre non può essere rinchiusa nelle mura di un ospedale o di un centro, ma si deve allargare al territorio. I medici di medicina generale sono i «gestori» sul territorio dei pazienti affetti da dolore cronico, e proprio le loro organizzazioni hanno dato piena disponibilità ad aderire al programma, procedendo all'organizzazione di corsi base. Per l'organizzazione dei centri in cui effettuare diagnostiche più sofisticate e trattamenti più invasivi, l'articolo 5, comma 3 della legge 38/2010 recita: «Sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento... con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi».

Proprio in questi giorni si vanno stabilendo i requisiti della legge. Tali requisiti, insieme a tutti i decreti applicativi, saranno presentati alla Conferenza Stato-Regioni entro poco tempo. A seguito dell'approvazione, le Regioni dovranno adeguarsi alle precise indicazioni legislative centrali.

Dato certo è che nei centri specialistici la diagnostica e il trattamento del dolore dovranno essere effettuati con una disponibilità di personale e attrezzature tali da consentire un corretto inquadramento dei pazienti e un programma di cure idoneo alle esigenze degli stessi. Quali i problemi? Innanzitutto i tempi. Non si può nascondere che l'applicazione ubiquitaria di una legge nazionale abbia una diversa velo-

cià di accoglimento nelle diverse Regioni, come già accaduto in altri campi. L'applicazione di tagli ai finanziamenti dovrà agire da deterrente. Si presume che in alcune Regioni la distribuzione dei Centri secondo le nuove regole sia attuabile in tempi relativamente brevi, grazie alla pre-

senza di professionalità già consolidate, anche se sarà necessario potenziare il meccanismo di rete. Per altre situazioni probabilmente sarà necessario un periodo di rodaggio più lungo, ma è fondamentale puntare all'applicazione, su tutto il territorio nazionale, in tempi ragionevoli.

Il costo della nuova organizzazione deve necessariamente essere mantenuto entro i limiti di spesa che la situazione economica impone. Come già accennato, la manovra non è da considerarsi un puro esborso in quanto entrano in gioco elementi di risparmio quali:

- diminuzione di ore-lavoro perse;
- minor ricorso al Pronto soccorso, che dedica una notevole percentuale di ore-lavoro a pazienti sofferenti di dolore cronico;
- diminuzione del numero di ospedalizzazioni, che risulta essere triplo nei pazienti con dolori cronici rispetto al resto della popolazione.

Tali valutazioni economiche devono necessariamente essere controllate da organismi regionali o centrali, non potendo essere lasciate alla valutazione delle diverse strutture sanitarie, e devono essere valutate su periodi più lunghi rispetto ai bilanci delle singole aziende. In sintesi si tratta di rendere una situazione eticamente indispensabile anche una situazione economicamente vantaggiosa.

Sandro Sottili
Scuola di Anestesia
Università di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Allarme della Sicp: per i malati terminali attese troppo lunghe

Liste di attesa anche per accedere alle cure dell'ultimo tratto dell'esistenza: è quanto emerge da una ricerca della Società italiana di cure palliative (Sicp) presentata nel corso del ventisettesimo congresso della Società che si è svolto a Roma la settimana scorsa.

Secondo questa indagine un malato terminale su 10 deve aspettare anche oltre 3 giorni prima di accedere alla rete di assistenza. In realtà non dovrebbero passare più di 72 ore dalla segnalazione di un pazien-

te all'accesso alla rete. Per l'11% dei centri, però, c'è da aspettare di più. Stando ai dati della Sicp che ha monitorato 203 centri, il 32% dei pazienti in carico nel 2008 è stato assistito entro 24 ore dalla segnalazione, il 38% tra 24 e 48 ore, il 20% tra 48 e 72 ore e il 10% oltre 72 ore dalla segnalazione. Prosegue intanto l'iter di applicazione della legge 38 sulla terapia del dolore e le cure palliative. Il ministro della Salute Ferruccio Fazio ha annunciato, durante il congresso Sicp, i prossimi step.

Il prossimo 16 dicembre le Regioni dovrebbero approvare le linee guida. Il secondo passo è quello del progetto «Ospedale-territorio senza dolore», capitolo sul quale sono stati stanziati 2,5 milioni. Il terzo step riguarda il protocollo d'intesa per lo sviluppo di un sistema informativo per il monitoraggio delle reti di cure palliative. A questo passaggio segue un protocollo d'intesa sui requisiti minimi per l'accreditamento delle reti. E infine gli ultimi step riguarderanno la formazione del personale e dei volontari.

Roma

I pm indagano i medici picchiati dai familiari

ROMA — Dopo i pugni e i calci da parte dei familiari inferociti per la morte del loro congiunto, adesso anche gli avvisi di garanzia. Sono stati iscritti nel registro degli indagati per omicidio colposo tre medici dell'ospedale San Filippo Neri, aggrediti sabato scorso insieme ad un infermiere, dopo aver comunicato ai parenti in attesa la morte di Mauro Ponticelli, 29 anni, poco dopo l'inizio di un intervento. L'inchiesta potrebbe allargarsi ad altri dell'equipe. Un atto dovuto, per la Procura, che consentirà ai medici di nominare consulenti in vista dell'autopsia, alla quale saranno presenti un tossicologo e un anatomopatologo. Il giovane, infatti, soffriva di una malattia del sangue, forse causa della morte. E un fascicolo sta per essere aperto anche sull'aggressione. Stizzite le reazioni dei camici bianchi. «Clima intimidatorio inaudito — accusa Donato Antonellis, di Anaa Assomed Lazio —. Giovedì terremo un'assemblea». Mario Falconi, presidente dell'Ordine di Roma: «Il ministro Fazio dica in tv che la scienza non è infallibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CLIMA AVVELENATO IN CORSIA FACCIAMO TUTTI UN PASSO INDIETRO

 L'aggressione fisica ad alcuni medici e operatori sanitari avvenuta al San Filippo di Neri di Roma non deve stupire più di tanto, c'era quasi da aspettarselo, prima o poi. Hanno sbagliato e causato la morte di un ragazzo? A questo risponderà la magistratura, a noi spetta riflettere sul clima che si è venuto a creare. Lo dico da medico: la situazione è difficile.

Tutti i giorni medici e infermieri devono andare nelle corsie e comunicare notizie drammatiche: malattie incurabili, giovani inesorabilmente condannati, condizioni disperate. Non è un compito facile che si affronta con disinvoltura. A volte, quando si torna a casa e si ripensa alla giornata, alcuni di noi si fanno questa domanda: «Ma perché mi sono scelto questo mestiere?». Ci ripagano i tanti pazienti con storie finite bene, le grandi soddisfazioni che tuttora riserva la medicina a chi decide di sposarla.

Dall'altra parte c'è il dubbio, la sfiducia perennemente in agguato. Talvolta comprensibilmente, non sempre. Eppure la sanità del nostro Paese è in gran parte di alto livello, ma non può bastare

a rispondere alle attese quasi miracolistiche alimentate dagli entusiastici ottimismi di alcuni dottori, amplificati dalla stampa e dai media. Continuiamo ad abbeverare la gente al nuovo sapere, come se ogni giorno scopriremmo davvero una nuova cura, come se davvero non si morisse più di cancro, di cuore o semplicemente di vecchiaia. E allora se un anziano padre con molti acciacchi scompare improvvisamente a quasi novant'anni sembra assurdo. Se un nostro caro muore di polmonite o di infarto sembra intollerabile anche se in tutto il mondo si muore così. *E appare l'ombra, il dubbio.* Così partono le denunce, spesso gratuite, spesso tanto dolorose per chi le riceve quanto per chi le formula, espressione di una grande e irrisolvibile sofferenza interiore.

È necessario un profondo ripensamento generale: in primis noi medici, spesso troppo pronti a facili trionfalismi, poi i media, i cittadini e chi, senza scrupoli e senza scusanti, specula su questa situazione.

Sergio Harari

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La proposta

E i camici bianchi ora chiedono veri operatori di umanità in corsia

Enza Cusmai

■ Medici che si scazzottano davanti alle partorienti, medici presi a schiaffoni da parenti disperati. Gli ospedali stanno diventando dei ring in cui vince chi ha più muscoli. E spesso passano in secondo piano le storie pietose, di pazienti che soffrono su un letto, in cerca di un sorriso o di una stretta di mano che li rassicuri. Il rapporto dell'associazione «Cittadinanzattiva» rileva uno spaccato inquietante della realtà ospedaliera italiana. Non fatta solo di malasanità ma anche di cinismo estremo. E cresce l'esercito dei pazienti che denunciano comportamenti sgarbati e irrispettosi di medici e infermieri. Non a caso, l'8-9% delle circa 16 mila segnalazioni di «disservizi» che giungono ogni anno rilevano proprio casi di noncuranza oppure di incuria: ricoverati che non vengono lavati e cambiati in modo adeguato, o che non trovano un aiuto per alzarsi dal letto. Racconta il figlio di un malato terminale: «Ho sentito dire dal primario di pneumologia quando ha visitato mio padre: "Chi l'ha mandato questo?". E a mia mamma che voleva notizie



ASCOLTO

Un buon rapporto tra medico e paziente è fondamentale

peggiora anche il comportamento di infermieri e medici di famiglia. Vittime più frequenti: anziani e disabili spesso vittime dell'indifferenza e di una mancata umanizzazione.

La cortesia e l'educazione, del resto, dovrebbe essere un dovere professionale, come prevedono i Codici deontologici. Lo sanno bene alcuni medici in prima linea che hanno avvertito il problema diligente e lanciano una proposta al ministro della Sanità, Ferruccio Eazio. «Sarebbe necessario istituire una nuova figura professionale all'interno degli ospedali - spiega Raffaella Bertoglio, medico di medicina generale - che si potrebbe chiamare operatore di umanità. Questa figura dovrebbe tutelare in reparto sia l'ammalato, sia la sua famiglia e verificare che il rapporto con medici e ospedalieri sia corretto». E Bertoglio precisa: «Questa persona deve vigilare, ma dev'essere messa in grado di intervenire». Dunque, niente volontari in corsia che hanno le armi spuntate.

Ma solo un nuovo dipendente che viene formato per svolgere questo delicato compito. Dove? «Noi abbiamo costituito da pochi mesi l'associazione Neith-Gregg, che sarebbe disponibile a tenere dei corsi per formare la nuova figura professionale». Bertoglio ha esperienza nel settore ed elenca dettagli che in un ospedale non si vorrebbero vedere. «Dopo aver subito un intervento non sarebbe utile che chi ti assiste usi il silenzio e non porte sbattute? Non sarebbe meglio se invece di dire, sbuffando, "che c'è?", usasse la gentilezza e un tono cordiale? Se un paziente, appena uscito dalla rianimazione, ritorna in reparto con un sondino naso-gastrico e la flebo, pare corretto presentargli il menù come a tutti gli altri? Sembra una presa in giro. Trascuratezza e malavoglia... ecco quello ormai troppo spesso si trova in corsia».

ALLARME L'associazione

«Cittadinanzattiva»: ogni anno

16 mila segnalazioni di disservizi.

Il 9% si riferiscono all'incuria

ha risposto seccato: "Ma non lo vede come sta?". Un altro paziente, di Roma si lamenta: «Quando il dentista si è accorto che ho applicato per errore il gel adesivo sulle gengive, è andato su tutte le furie, urlandomi: "Proprio come tutti i vecchi rincoglioni che mi tocca curare...».

I protagonisti degli episodi negativi sono soprattutto i medici ospedalieri, ma



“Medici e infermieri bravi e gentili”
Ecco i risultati del Rapporto Aiop

Cosa chiedono i malati d'Italia

La struttura sanitaria che gli italiani preferiscono è quella che offre medici e infermieri più bravi e gentili, che magari non è troppo lontana da casa ed è dotata di buone attrezzature tecnologiche. È quanto emerge dall'ottavo Rapporto “Ospedali & Salute” promosso dall'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) e realizzato da Ermeneia — Studi & Strategie di sistema. L'indagine effettuata in 15 regioni rileva la capacità di attrarre pazienti della Lombardia e dell'Emilia Romagna. Il livello di soddisfazione è buono, tra i motivi competenza e cortesia del personale. Si sceglie il pubblico per la vicinanza o per un particolare specialista; il

**Il privato
a volte viene
preferito
per ridurre
i tempi di attesa**

privato accreditato per tagliare i tempi di attesa.

Nel 2009 si sono curate 14,3 milioni di persone: il 79,3% lo ha fatto in ospedali pubblici, il 19,6

in ospedali privati accreditati, infine un 5,1% in clinica privata, pagando di tasca propria. Secondo l'indagine gli ospedali pubblici sperperano il 27,4% dei finanziamenti (9 miliardi di euro l'anno). «Bisognerebbe introdurre criteri uniformi di valutazione dei costi e di controllo — sottolinea Enzo Paolini, presidente Aiop — in molte realtà del paese pubblico e privato collaborano da tempo dimostrando un miglioramento dell'offerta sanitaria».

(mariapaola salmi)

Allarme virus

Arriva la nuova ondata di influenza Già isolato il primo caso a Milano

■ Influenza in arrivo a Milano. Dopo l'ondata di ottobre, che ha già messo ko centinaia di persone in concomitanza con il primo freddo, torna il virus e si prevede che intorno a Natale si raggiungerà il picco di influenzati a letto. Sono stati isolati i primi due virus influenzali della stagione. In particolare, l'università di Milano segnala l'isolamento di virus di tipo A, sottotipo H1N1v, da un campione prelevato da una donna di 37 anni non vaccinata e l'università di Perugia ha comunicato l'identificazione di un virus influenzale di tipo A non ancora sottotipizzato.

Contro il virus AH1N1 sono a disposizione i vaccini antinfluenzali 2010-2011: ce ne sono scorte nelle farmacie ed l'iniezione viene erogata gratuitamente da Asl e medici di famiglia alle categorie a rischio: persone dai 65 anni di età, bambini e adulti con malattie croniche, donne che nel periodo epidemico abbiano superato il terzo mese di gravidanza, personale dei servizi pubblici di emergenza, operatori sanitari. «La vaccinazione - si legge in una nota del ministero - è il mezzo più

efficace e sicuro per prevenire l'influenza e ridurne le complicanze». Poiché i virus dell'influenza cambiano spesso, la vaccinazione va ripetuta ogni anno. Un sistema di sorveglianza mondiale, cui partecipa anche l'Italia, individua ogni anno le modifiche a cui vanno incontro i virus influenzali. Su questi dati si basa la «composizione» del nuovo vaccino stagionale trivalente. Come raccomandato nella Circolare annuale del **Ministero della Salute**, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani) possono giocare un ruolo nel limitare la diffusione dell'influenza».

L'Asl di Milano ha pubblicizzato la campagna antinfluenzale e fino al 26 novembre ha messo a disposizione il vaccino gratuitamente in tutti gli ambulatori: il mese di novembre infatti è stato indicato come il periodo ideale per vaccinarsi. Con una novità: quest'anno è arrivata la micro iniezione sottopelle per i sessantenni.





STRATEGIE

Aifa-Farindustria ai tavoli

● Incontro strategico tra i massimi vertici dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e di Farindustria la settimana scorsa, a Roma,

su temi cruciali per il comparto: innovazione, accesso alle terapie, introduzione dello Scientific Advice (strumento di consultazione tra l'Agenzia e le imprese del farmaco per facilitare gli iter procedurali) e accordi di programma.

L'Aifa ha, in particolare, illustrato i progressi sulle procedure per le Aic e le eventuali variazioni, con la riduzione - e l'azzeramento nel caso dei certificati di libera vendita - delle pratiche arretrate.

Sono state, inoltre, esaminate le tematiche relative alle tariffe a carico delle aziende e a una loro eventuale rimodulazione in funzione dei servizi offerti. Aifa e Farindustria hanno infine deciso di proseguire il confronto con incontri biennali preceduti da riunioni tecniche trimestrali. Nelle prossime settimane saranno avviati tavoli sulle tematiche di reciproco interesse.



Leucemia, mortalità ridotta dal 4 all' 1%

Si è ridotta dal 4% all'1%, la mortalità dei pazienti malati di leucemia che vengono trattati con una nuova terapia. Lo afferma lo studio di ricercatori, coordinato dal professor Carlo Gambacorti Passerini, facenti capo al dipartimento di Medicina clinica della Bicocca di Milano e all'unità di Ematologia dell'Ospedale San Gerardo di Monza. «La ricerca ha arruolato 502 pazienti in tutto il mondo - ha spiegato il professor Passerini - e i risultati sono stati sorprendenti. La ricrescita del midollo osseo normale si è verificata nel 79 per cento dei pazienti trattati con bosutinib contro il 75 per cento di quelli trattati con imatinib. Inoltre, bosutinib ha ottenuto una diminuzione più profonda del numero di cellule leucemiche residue, con quasi metà (47 per cento) dei pazienti trattati che hanno ottenuto una risposta molecolare maggiore (che significa la presenza di meno di una cellula leucemica su mille), rispetto a solo un terzo (32 per cento) dei pazienti trattati con imatinib». Oltre al calo della mortalità passata dal 4 all'1 per cento è calata anche la percentuale di casi in cui la malattia è progredita, passati dal 10 al 2,8 per cento.

