

Melanoma, immunoterapia in otto centri

MILANO - L'immunoterapia contro il melanoma si mette alla prova in Italia con ipilimumab, capostipite e, per ora, unico rappresentante di una classe di molecole destinata a entrare nei protocolli di trattamento di alcune neoplasie big killer, come prostata e polmone. La ricerca, NIBIT M1 condotta in otto centri coordinati da Siena (U. di Immunoterapia oncologica, A.O. Universitaria senese, direttore Michele Maio), durerà tre anni. Presentata a Milano, sta già arruolando gli 84 pazienti previsti, tutti con melanoma metastatico, mai trattati prima, o che si sono sottoposti a una sola terapia. Includerà anche soggetti con metastasi cerebrali,

vale a dire con il quadro meno trattabile in assoluto e che, peraltro, caratterizza il 30 per cento dei casi all'esordio della malattia metastatica. Ipilimumab, di casa Bristol Myers Squibb, è il primo agente antitumorale innovativo ad affacciarsi alla terapia del melanoma in 30 anni ed è il primo con il quale è stato dimostrato un effettivo aumento della sopravvivenza, dal 25 al 46 per cento a un anno (dati presentati all'ASCO, Chicago giugno 2010). Nel trial NIBIT M1 verrà somministrato insieme a fotemustina (chemioterapico standard nella terapia del melanoma) ed è questa la prima volta al mondo che si studiano gli effetti dell'associazio-

ne. «Il chemioterapico permette di scoprire i bersagli contro cui si dirige la risposta immunitaria del paziente, stimolata da ipilimumab», sintetizza Giorgio Parmiani, direttore dell'Unità di Immuno-bioterapia del melanoma e tumori solidi del San Raffaele di Milano. «Il nostro traguardo è aumentare la sopravvivenza a 5 anni, portandola al 25 per cento, laddove oggi è solo del 10 per cento. Nei prossimi anni, in base ai risultati ottenuti da NIBIT M1, il trial si aprirà a diramazioni internazionali». Il melanoma, senz'altro raro (4 per cento dei tumori della pelle) è però il più letale (80 per cento di tutti i decessi per ca della cute).



IL POLO IFOM-IEO

È di moda il quadrilatero della bioscienza

Viaggio a Milano nel campus della ricerca oncologica dove le fonderie hanno lasciato il posto ai laboratori e alla sperimentazione clinica. Un acquario con 40 mila pesci zebra per capire i tumori

di **Edoardo Stucchi**

Nell'acquario ci sono fino a 40.000 piccoli pesci zebra, ignari dell'importanza del loro destino. Non sanno di far parte di un progetto di ricerca che si prefigge di capire i meccanismi di sviluppo del cancro. Il loro Dna è simile a quello dell'uomo. Ciò vuol dire che gli zebrafish si ammalano di cancro come gli essere umani e il decorso della malattia e la risposta ai farmaci sono simili. Siamo nella zona sud-est di Milano, nel quadrilatero grande non più di un chilometro, fra le vie Orles, Quaranta, Adamello e Lorenzini. Qui capannoni e fonderie hanno lasciato il posto a istituti di ricerca biomedica, dando vita a un luogo che trova uguali soltanto a Boston, città simbolo dell'innovazione scientifica, dove però i laboratori sono distribuiti su un'area di 30 chilometri. Il nucleo di questa Medical Valley milanese è costituito da 5 istituti di ricerca, che da soli muovono un migliaio di ricercatori impegnati nella oncologia molecolare e nella cura delle malattie del secolo, dal cancro alla più comune ipertensione, fino all'Alzheimer. Una parte di questi istituti si occupa anche di alimentazione, sia sul fronte di piante che resistono a climi forzati, sia di piante che producono alimenti integrati per la salute, non Ogm, ovviamente.

L'acquario è uno dei service condiviso fra le due strutture che insieme compongono il campus Ifom-Ieo «e sono complementari — spiega il direttore scientifico dell'Ifom, Marco Foiani —. Insieme a biologi, fisici, chimici, medici, ingegneri, farmacologi e informatici cerchiamo di scoprire i meccanismi della trasformazione delle cellule e perché a un certo punto sorge il cancro». L'altra peculiarità del campus è l'integrazione fra ricerca di laboratorio e ricerca clinica. «Dipendendo da un ospedale — dice Giuseppe Pelicci, direttore

del dipartimento sperimentale dell'Ieo — possiamo testare direttamente i farmaci bypassando le case farmaceutiche ».

A poche centinaia di metri spicca invece la sede della Fondazione Filarete, voluta da Mario Zanone Poma, ex presidente di Mediocredito che con

l'Università di Milano e soci privati ha voluto creare un supporto per le imprese che volevano dedicarsi alla ricerca per il benessere dell'uomo. Al centro della Fondazione 9 piattaforme tecnologiche impegnate in progetti di ricerca legati all'Università degli Studi di Milano, su modelli cellulari, animali, vegetali, utilizzabili anche da esterni (vedi box). In particolare, Kos Genetic, che era fra le aziende italiane all'Expo di Shanghai per l'innovazione, è impegnata nello studio della correlazione fra i geni, il fenotipo e l'ambiente sia sugli animali sia sull'uomo.

L'internazionalità dei progetti è dimostrata dal fatto che la Comunità

europea finanzia con circa 20 milioni di euro i progetti Hipergenes del professor Daniele Cusi, direttore della scuola di specialità di nefrologia all'università degli Studi di Milano all'ospedale San Paolo, Pocemon di Fabio Macciardi, professore di genetica medica, e Quantomix del professor

MOLECOLE

Campus Ifom-Ieo

Centro di ricerche costituito dall'Istituto Firc di oncologia molecolare e dall'Istituto di oncologia sperimentale dell'Ieo, Istituto europeo di oncologia. Su un'area di 25.000 metri quadrati, 600 ricercatori indagano sui meccanismi molecolari che inducono il cancro per cercare terapie specifiche.

Fondazione Filarete

Istituzione dell'Università degli Studi di Milano con sponsor privati (Fondazione Cariplo, Banca Intesa Sanpaolo e Camera di Commercio) per consentire alle imprese di fare ricerche nell'ambito delle scienze della vita. Nove piattaforme tecnologiche e possibilità per le istituzioni e le imprese di far parte dell'Istituto con progetti propri.

Fleming Research

Laboratorio di diagnostica avanzata per indagini su sangue e materiale biologico di test tossicologici, microbiologici, di immunologia, isto-patologia e biologia molecolare.

Clonit

Azienda specializzata nella realizzazione di kit diagnostici innovativi per la biologia molecolare.



Alessandro Bagnato, veterinario. Poco più in là altre due strutture, Fleming Research e Clonit. Fleming, oltre all'attività di ricerca per metodiche di laboratorio innovative, è punto di riferimento nazionale per esami di alta specializzazione. Clonit, che è una costola di Fleming, si occupa di ricerca di nuovi kit diagnostici e quest'anno, in collaborazione con STMicroelectronics, ha prodotto un test miniaturizzato e veloce per la diagnosi del cancro e delle malattie del fegato.

Nel quadrilatero hanno scelto la loro sede anche tre case chimico-farmaceutiche (Boeinger Ingelheim, Mipharm e Indena), mentre intorno,



sempre nel quadrante sud-est, insistono gli ospedali Monzino (cardiologia), San Donato (policlinico), Ieo (oncologia), Humanitas (medicina generale e centro di studio dei meccanismi infiammatori alla base dei tumori, delle malattie intestinali e di quelle cardiovascolari come ictus e infarto, diretto dal professor Alberto Mantovani) e l'ospedale San Paolo, sede del corso di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. E quando sarà pronto il Cergas, il complesso clinico che sorgerà accanto all'Ieo per le specialità cardiache e neurologiche, la cittadella della salute a sud di Milano sarà completata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tecnologia Sopra, un operatore davanti a due schermi del microscopio confocale all'Ifo-m-leo che permette di osservare i cambiamenti all'interno della cellula. Accanto, l'acquario con gli zebra fish, piccoli pesci tropicali d'acqua dolce, utilizzati per osservare le alterazioni dei geni che si presentano anche nella maggior parte dei tumori. Sotto, il campus (foto di Ivan Taborni)

FILO DIRETTO**Il dottor Maio
e la bioterapia
dei tumori****IL DIRETTORE**
Michele Maio

RIFLETTORI puntati sulla bioterapia dei tumori, con il dottor Michele Maio, direttore del primo reparto italiano dedicato all'Immunoterapia Oncologica. Sarà infatti il dottor Maio il protagonista del 'filo diretto' de La Nazione in programma per domani: l'illustre medico risponderà alle telefonate dalle ore 10.30 alle 11.30.

Il reparto di Immunoterapia oncologica è stato attivato alla fine del 2004 ed oggi è struttura fortemente attrattiva a livello nazionale. Negli ultimi cinque anni sono stati attivati numerosi e innovativi studi clinici in differenti neoplasie, con particolare riguardo a melanoma, cancro al polmone, carcinoma renale, mesotelioma pleurico, cancro alla mammella e cancro del colon-retto. In particolare sul melanoma sono attive ben nove diverse sperimentazioni. Proprio Siena inoltre coordina il primo studio al mondo su una nuova prospettiva di cura per combattere il melanoma. Si chiama 'Nabit M1' ed è uno studio che coinvolge 8 centri italiani, coordinati dalla Unità di Immunoterapia Oncologica dell'Azienda

ospedaliera universitaria senese, che è parte dell'Istituto Toscano Tumori.



Falini, il «Terminator» dei tumori

La rivista dell'Airc dedica la copertina al celebre oncoematologo perugino

— PERUGIA —

L'AIRC (Associazione italiana per la ricerca sul cancro) gli ha dato una ribalta concessa a pochi straordinari luminari: la copertina della rivista scientifica semestrale e il servizio di punta dell'ultimo numero. Un privilegio riservato solo ai migliori scienziati italiani, categoria alla quale del resto il professor Brunangelo Falini, l'ematologo oncologo italiano più citato al mondo, appartiene a pieno titolo da molto tempo. Ordinario di ematologia all'Università di Perugia, in servizio all'ospedale Santa Maria della Misericordia, Falini va a caccia di geni alterati nelle leucemie per migliorare la diagnosi (la tempestività è fondamentale) e produrre cure mirate. Il suo contributo alla classificazione di linfomi e leucemie utilizzata dall'Organizzazione mondiale della sanità, è stato fondamentale. Per i suoi studi sugli anticorpi monoclonali Falini è stato insignito anche con il José Carreras Award, uno dei più prestigiosi riconoscimenti scientifici consegnatogli nel giugno scorso a Barcellona nel corso del XV Congresso della Società Europea di Ematologia. «Uno dei premi cui tengo di più — confida il celebre ricercatore perugino — insieme ai Sigilli della città di Perugia consegnatimi

IDEE CHIARE

«A nove anni avevo già deciso che avrei studiato come curare le leucemie»

nel 2003. La copertina dedicatami dall'Airc? Una cosa che mi fa molto piacere ovviamente. Del resto quell'articolo sulla mia vita di studioso, sui miei collaboratori, sulla mia famiglia e la città in cui vivo, accendono i riflettori su di una realtà importante che va salvaguardata e sostenuta».

Ma qual è la situazione oggi

nel nostro Paese?

«Senza dubbio fare ricerca in Italia è molto più faticoso che altrove. Ma per fortuna la mia passione per il lavoro è stata più forte di ogni cosa. E il messaggio che dò ai miei collaboratori e alle mie figlie è proprio quello di convertire un problema in un'opportunità di crescita».

Detto da lei, che ha raggiunto traguardi così straordinari sembra possibile.

«Io mi sono sempre concentrato sull'obiettivo e i risultati sono arrivati. Oggi siamo in grado di diagnosticare in maniera estrema-



mente sofisticata e rapida i linfomi e le leucemie e, sulla base di questa informazione, di stabilire il miglior trattamento terapeutico da seguire».

Nell'articolo pubblicato dalla prestigiosa rivista scientifica lei ripercorre la sua storia, a cominciare da quel bisnonno, Undino Bindocci, farmacista col pallino della ricerca che nel 1908 ricevette un premio, il Grand Prix de Paris, per la produzione di un lassativo Citrina Rouget!

«E' vero, la farmacia di quel mio antenato esiste ancora, la gestisce mio fratello Claudio».

Insomma, la ricerca come tratto distintivo della famiglia...

«Chissà. Di certo io a nove anni avevo già deciso che avrei studiato il cancro. La motivazione? La ferma convinzione di dover riportare l'ordine nel disordine. E la necessità di vedere i risultati di questa operazione sugli esseri umani è stata alla base della mia scelta per la facoltà di medicina. Sono stato libero di decidere. E la stessa libertà ora intendo dare alle mie figlie, Lorenza, al secondo anno di medicina e Eugenia al primo anno di ingegneria».

Studio, ricerca ma anche sport (tennis, nuoto e sci) nella sua vita («quando meno te lo aspetti ti può venire un'idea geniale da sviluppare poi in laboratorio») e un solido legame con Gabriella, sua moglie.

«E' sempre stata la mia più grande sostenitrice, fin dai primi anni in cui cominciai a lavorare in Inghilterra, all'Università di Oxford. Insieme al mio maestro, il professor Martelli che mi convinse prima a partire e poi a rientrare per mettere a disposizione del mio Paese le mie competenze». E la storia di Brunangelo Falini, per la speranza di milioni di malati nel mondo, continua...

Donatella Miliani

CONVEGNO DATI PRESENTATI DALL'AZIENDA - OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

Tumore al seno, una donna su cinque lascia il lavoro

Di Blasio del Maggiore: «Oggi i medici curano maggiormente il disagio psicologico»

Vittorio Rotolo

Una volta clinicamente guarite, per le donne che hanno lottato contro il tumore al seno comincia una fase altrettanto delicata che riguarda il reinserimento sociale e lavorativo. Un lento ritorno alla normalità, che investe pure la sfera degli affetti familiari, condizionato da una evidente fragilità interiore.

E se i segni lasciati dall'intervento chirurgico costringono le pazienti a fare i conti con una nuova immagine del proprio essere femminile, a prevalere è soprattutto il terrore che la malattia si ripresenti. Dalla voglia di scoprire cosa succede alle donne, terminato il ciclo di terapie, ha preso spunto un convegno organizzato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Un'occasione utile per ribadire l'importanza della diagnosi precoce ma anche



per presentare i risultati di un questionario condotto su un campione di 103 pazienti, dell'età media di 58 anni, seguite nell'unità operativa di Oncologia medica del «Maggiore» diretta da Andrea Ardizzoni. Nella nostra città emerge come una donna su cinque, colpita da tumore al seno, abbia abbandonato il lavoro con la malattia che lascia strascichi pure sul rapporto di

coppia determinando, nel 10% dei casi, persino un allontanamento del partner. Il 34% delle intervistate riscontra un peggioramento della vita sessuale, mentre il 42% dichiara di aver subito una riduzione delle capacità cognitive legate a memoria ed attenzione. E se per il 27% delle donne il rapporto con il proprio corpo diventa problematico, malgrado la guarigione la com-

ponente ansiosa resta elevata nel 30% dei casi. «Negli ultimi decenni l'efficacia delle cure ha fatto registrare un aumento delle guarigioni - afferma Beatrice Di Blasio, coordinatrice del Percorso diagnostico terapeutico del tumore alla mammella dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria - : oggi i medici s'interessano maggiormente al disagio psicologico e sociale che investe la donna dopo il percorso terapeutico. Chi ha affrontato questa patologia fa fatica a manifestare certe problematiche personali, a cominciare dalla fertilità visto che la chemioterapia può anticipare l'entrata in menopausa. Compito del medico - conclude la Di Blasio - è rasserenare la donna con una disponibilità al dialogo che non si misura solo chiedendo alla paziente come si senta fisicamente, ma cercando pure di individuare i dubbi che l'affliggono». ♦



Il nuovo metodo "Fluorescente Long Dna" consentirà la diagnosi precoce e non invasiva Tumore al colon, all'Irst un test rivoluzionario

MELDOLA - Rivoluzionari test per la diagnosi precoce e non invasiva del tumore del colon-retto. Sul mercato sta per essere immesso il test "Fluorescente long dna" studiato all'Irst di Meldola. Tra i tumori, quelli al colon rappresentano la seconda causa di morte; la sopravvivenza a 5 anni è al 65%; al 90% se il rilevamento è a uno stadio iniziale; è quindi fondamentale una diagnosi precoce. Il test del sangue occulto nelle feci (Fobt), in grado di ridurre la mortalità del 13-33%, a oggi è la procedura non invasiva più utilizzata per la diagnosi precoce del carcinoma del colon; ma lascia troppi spazi di indeterminazione per cui si ricorre ancora a indagini diagnostiche invasive come la colonscopia. Il nuovo test molecolare ha valore predittivo molto elevato; analizza il dna delle cellule di esfoliazione della mucosa del colon presenti nelle feci, e non è soggetto alle variazioni di risultato dipendenti dall'intermittenza del sanguinamento delle lesioni tumorali;

identifica meglio le forme più precoci della malattia e riduce i casi falsamente negativi. E' quanto emerge da studi su pazienti fobt positivi reclutati per lo screening all'U.O. Prevenzione del Morgagni da un gruppo di ricercatori che opera nei Laboratori Irst, il cui direttore professor Amadori dichiara: "Il test consentirà di individuare con più accuratezza diagnostica i soggetti a rischio di presenza del tumore, riducendo la quota di indagini invasive inappropriate. L'applicazione routinaria del test molecolare, ora preclusa per il costo eccessivo del PreGene Plus che è l'unico kit commerciale disponibile, è possibile: il nostro gruppo ha conseguito a livello europeo il brevetto di un kit che sarà in grado di abbattere di 7 volte il costo del kit americano". Spiega Fabio Biondi (Diatech Pharma): "L'ingegnerizzazione del test diagnostico, ideato dal ricercatore biologo Daniele Calistri dell'Irst, ne ottimizzerà i costi di produzione consentendone l'utilizzo

routinario. L'obiettivo è di affiancare o sostituire le metodiche ora in uso per i tumori del colon-retto. Con possibilità di identificare lesioni tumorali prima che diventino sintomatiche e/o siano diagnosticate a stadi troppo avanzati". Come si «pesa» il dna? Il nuovo screening si effet-

tua grazie a una macchina innovativa, il "Rotor-Gene Q", una "bilancia" speciale di cui si avvalgono i più sofisticati laboratori di biologia molecolare. Attraverso il metodo "real-time Pcr" si amplifica e quantifica il dna estratto per individuarne eventuali alterazioni genetiche.

**Amadori: "Il test
costerà 7 volte meno
di quello americano,
diventerà routinario"**

**L'Irst di Meldola
Istituto Scientifico
Romagnolo per lo Studio
e la Cura dei Tumori**



Nuovi attacchi al cancro al seno

ROMA – Non una ma circa una quarantina di diverse malattie, con peculiari caratteristiche biologiche e cliniche: così come la terapia l'inquadramento dei casi di tumore al seno è in continua evoluzione. Ne abbiamo parlato con l'oncologo Pier Franco Conte, che ha diretto i lavori della Modena International Breast Cancer Conference, evento scientifico appositamente disegnato per presentare e discutere le principali novità in materia.

A PAGINA 8



Modena International Breast Cancer Conference, le opportunità terapeutiche al vaglio degli specialisti

I lati deboli del tumore al seno

Non una ma tante malattie da trattare in modo mirato

Modena - FABIO FIORAVANTI

Le statistiche sono confortanti. Una donna che nel 2010 riceve una diagnosi di tumore della mammella ha il 90 per cento di probabilità di guarire. E all'orizzonte, grazie agli indubbi progressi registrati nella comprensione della biologia della malattia, si profila la possibilità di applicare nella pratica clinica una nuova serie di terapie a bersaglio molecolare. Con quali prospettive? Questi argomenti sono stati al centro della Modena International Breast Cancer Conference, evento organizzato dall'Accademia Nazionale di Medicina in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e in particolare con la Struttura complessa di oncologia diretta da Pier Franco Conte.

«I nuovi dati – spiega lo specialista – riguardano le attuali possibilità di caratterizzazione molecolare di questi tumori. In realtà, abbiamo imparato che, con il termine tradizionale di cancro al seno, ci riferiamo in realtà a un insieme di diverse malattie, con diverse alterazioni molecolari e diversi comportamenti clinici, che ora iniziamo a riconoscere».

Nuovi bersagli per le terapie, la strada sembra tracciata.

«Sì, ma a patto che si metta a punto una strategia che agevoli la ricerca su questi farmaci. Il metodo tradizionale è improponibile. Adesso noi ci troviamo nella situazione di dover sviluppare farmaci

specifici per malattie tumorali presenti in un numero ristretto di donne. In passato, si facevano studi su migliaia di donne, adesso possiamo arruolare al massimo poche decine di pazienti portatrici di quella caratteristica molecolare. Bisogna aumentare la collaborazione tra i gruppi di ricerca per avere un numero adeguato di pazienti rendendo disponibili a tutti le tecnologie per la caratterizzazione molecolare. Spetta anche alle autorità regolatorie trovare una soluzione. Anche perché, su questi numeri, le differenze del nuovo trattamento rispetto alla terapia standard non possono raggiungere le dimensioni che potevamo attenderci in passato».

Con il trastuzumab, capostipite della targeted therapy contro il tumore al seno, i risultati sono arrivati.

«Gli studi sul trastuzumab sono stati condotti su migliaia di donne. Oggi siamo andati ancora oltre: possiamo riconoscere una quarantina di sottotipi diversi di tumore della mammella. Stiamo parlando di malattie rare, e quindi le ricerche sui farmaci specifici devono essere fatte diversamente. Anche nel caso di trastuzumab, ora sappiamo che il bersaglio molecolare, cioè l'HER2 presente in circa il 15% dei tumori al seno, si presenta in diversi sottotipi: questo spiega il motivo per cui trastuzumab non guarisce tutte le donne».

Anche al congresso di Modena si è discusso molto sugli

inibitori della Parp: possiamo parlare della prossima grande novità in via di realizzazione contro il tumore al seno?

«I dati preliminari sono molto interessanti. Gli studi di caratterizzazione molecolare hanno dimostrato che alcuni tumori della mammella hanno difetti dei sistemi di riparazione del Dna. Questi tumori per sopravvivere sono obbligati ad utilizzare la Parp, un altro sistema di riparazione del Dna. In questi casi, se noi inibiamo la Parp il tumore, a differenza delle cellule sane o di altri tipi di cellule tumorali, non è in grado di ripararsi. Non hanno scelte, o la Parp o la morte cellulare. In più, va sottolineato che gli inibitori

della Parp non danneggiano le cellule sane che possono continuare ad autoripararsi utilizzando altri sistemi. La tossicità è contenuta».

Di che tipo di tumori si tratta?

«Due tipi di tumore. I tumori ereditari della mammella e dell'ovaio, cioè quelli con mutazioni dei geni Brca. E i cosiddetti tumori triplo-negativi, che non

hanno nè Her2 nè i recettori per estrogeni e progestinici. Si tratta di tumori estremamente aggressivi che non possono essere trattati con i farmaci diretti contro HER2 e i recettori ormonali. E' evidente che sviluppare un farmaco attivo contro queste forme sarebbe un importante



passo in avanti».

E per quanto riguarda le cellule staminali tumorali a che punto siamo?

«Circa l'1-2 per cento delle cellule che compongono i tumori sono costituiti da staminali, in grado di dividersi indefinitamente. E' chiaro che se riuscissimo a sviluppare farmaci diretti in modo specifico contro le staminali, potremmo almeno, se non guarire il paziente, tenere sotto controllo la malattia. Oggi cominciano ad apparire le prime metodiche che permettono, sulla base delle caratteristiche genetiche e dei recettori di membrana, di individuare le staminali dei tumori: in questo modo sarà possibile studiare l'effetto delle terapie su queste cellule, che è quello che a noi interes-

sa. Per adesso comunque non ci sono ricadute cliniche, ma io credo che i risultati arriveranno».

A fronte di questi progressi, è possibile che il ricorso alla chemioterapia si riduca in futuro?

«Per ora la chemio resta importante ma penso che in futuro possa subire un ridimensionamento. Attualmente si ricorre alla chemio prima o dopo la chirurgia o nei tumori che non rispondono alla terapia ormonale. Ma anche nei tumori che, pur possedendo i recettori ormonali, hanno particolari caratteristiche che rendono la terapia ormonale non sufficiente. E si pratica

anche nei tumori Her2 positivi. Il criterio principe per sapere qual è il rischio di ripresa della malattia è la positività dei linfonodi: in questi casi la chemio è sicuramente necessaria».

E' in corso un dibattito sull'opportunità di praticarla anche nelle donne con linfonodi negativi. Qual è il motivo del contendere alla base del dibattito?

«Grazie allo screening aumenta la percentuale di pazienti che vengono avviate precocemente alla chirurgia. Ormai parliamo del 60 per cento delle nuove diagnosi con linfonodi negativi. Sappiamo però che anche alcune donne con linfonodi negativi sono a rischio di ripresa di malattia. Alcuni oncologi ritengono che, poiché il rischio di ripresa è basso, si possano adottare terapie meno pesanti, regimi blandi. Ma questo è sbagliato. Come ha detto Angel Martin, durante il convegno, la domanda giusta è: *devo trattare questa paziente o no? Se individuo il razionale per trattarla, lo devo fare nel modo migliore. Se invece il rischio è talmente basso che ritengo non sia opportuno trattarla, non faccio nulla. Non c'è una via di mezzo. Purtroppo, però, come rilevato da Martin, spesso i trattamenti effettuati nelle donne linfonodo-negative non sono i migliori trattamenti che abbiamo a disposizione».*



Parlamento

di Francesca Lozito

Cure palliative, arriva il tavolo tecnico



Il ministro Fazio

Un tavolo tecnico per la definizione degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e terapie del dolore. L'ha

annunciato il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, rispondendo ieri nell'ambito del *question time* alla Camera a un'interrogazione in materia di cure palliative e terapie del dolore. Un passaggio importante e atteso da chi lavora in questo ambito. L'istituzione di questo tavolo tecnico «è indispensabile - dice il presidente della Sisp, la Società italiana di cure palliative, Giovanni Zaninetta - per completare il percorso della legge 38». La legge, approvata nello scorso aprile in modo unanime da Camera e Senato, prevede infatti all'articolo 8 specifici percorsi formativi per chi lavora nell'ambito delle cure palliative, non esistendo ancora in Italia una specializzazione post-laurea in questa materia, come invece succede in altri Paesi.

«**Q**uesto passaggio importante - prosegue Zaninetta - si aggiunge agli altri aspetti organizzativi in merito alla legge, aspetti di cui si sta occupando un apposito tavolo tecnico al **Ministero della Salute** ed è indispensabile completare il qua-

dro che si viene a comporre con la legge». Fazio ieri ha colto l'occasione per fare il punto proprio di quanto si sta facendo al ministero: in seguito all'insediamento della commissione prevista dalla legge, di cui fanno parte esponenti del mondo delle cure palliative e della terapia del dolore, essendo la legge dedicata a entrambe (istituisce due apposite reti dedicate, ndr) sono stati compiuti una serie di interventi, dall'approvazione del Consiglio superiore di sanità del documento (ora al vaglio del Ministero dell'Economia) relativo alle linee guida per lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali, fino alla firma il 7 settembre di un protocollo d'intesa per il monitoraggio delle reti delle cure palliative e delle terapie del dolore e all'istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata in hospice.

Riguardo poi al progetto ospedale e territorio senza dolore Fazio ha detto che «è stata elaborata e attualmente è al vaglio della Conferenza Stato-Regioni la proposta di accordo con cui si ripartiscono i 2milioni 450mila euro per progetti a carattere formativo». «È stata inoltre effettuata - ha ricordato il ministro - la ricollocazione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, consentendone la prescrizione con il ricettario del Servizio sanitario nazionale, allineando l'Italia agli altri Paesi europei».



La salute di Milano

di **SERGIO HARARI**

Quella presenza discreta nelle corsie degli ospedali

Se avete occasioni a vario titolo di frequentare gli ospedali milanesi molto probabilmente li avrete notati: discreti, attenti, sensibili, aiutano i malati a sopportare le difficoltà della degenza ospedaliera e della malattia, sono i volontari dell'Associazione Volontari Ospedalieri (Avo). L'associazione è nata oltre 30 anni fa, nel 1975, da un'idea di un noto medico milanese, allora primario all'ospedale di Sesto San Giovanni, il professore Erminio Longhini, un distinto signore dagli intelligenti occhi azzurri.

Oggi l'Avo è presente a Milano con mille volontari divisi in dodici ospedali, è poi attiva in tutto il Paese con 217 sedi e 30 mila persone che vi si dedicano, gente di ogni età che appartiene alle più diverse classi sociali.

Chi decide di donare parte del suo tempo all'altro deve sostenere un colloquio di ammissione, seguire un ciclo completo di incontri di formazione, impegnarsi in un tirocinio in ospedale affiancato da un volontario di maggiore esperienza, offrire la propria disponibilità di almeno un turno di due o tre ore settimanali in un giorno concordato, impegnarsi a partecipare alle periodiche riunioni di gruppo. Tutto questo sforzo garantisce però un livello di sensibilità molto elevato che si integra ottimamente con il lavoro del personale medico e infermieristico, supportandolo e integrandolo negli aspetti relazionali più umani.

La giornata

Sabato la giornata nazionale dell'Avo con la premiazione dei volontari

Ai volontari dell'Avo viene insegnato il valore dell'ascolto dell'altro, ad accettare i silenzi che spesso nascondono un bisogno di condivisione, a cogliere i bisogni di chi attraversa momenti difficili. Gli scopi dell'associazione sono semplici e ambiziosi: umanizzare la vita in ospedale, testimoniare la solidarietà della comunità, offrire ai ricoverati sostegno nella solitudine e nelle difficoltà, obiettivi tutti efficacemente raggiunti in questi anni di presenza ospedaliera. L'Avo dedica inoltre particolare attenzione ai volontari giovani, di età compresa tra i 18 e i 35 anni, con incontri e progetti a loro dedicati. Sabato 23 ottobre si svolgerà la seconda giornata nazionale organizzata da Avo Milano, con l'adesione del Presidente della Repubblica, con un concerto sinfonico e la premiazione dei volontari che hanno prestato 10, 15 e 20 anni di servizio nei nostri ospedali. Per informazioni www.avomilano.org oppure 02-48024215.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'influenza arriverà prima nelle scuole

Le raccomandazioni per la campagna vaccinale contro l'influenza per la stagione 2010-2011 non possono non tener conto di quanto occorso a partire dalla fine di aprile 2009, in seguito al riscontro dell'emergenza di un nuovo tipo di virus influenzale, il famoso A/H1N1 che ha portato l'Organizzazione Mondiale della Sanità a dichiarare, l'11 giugno 2009, il passaggio alla Fase 6 del Livello di allerta pandemica. In Italia, l'evoluzione della situazione per la prossima stagione, dipenderà da una serie di fattori legati principalmente alla proporzione di soggetti ancora suscettibili all'influenza pandemica. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il modo più efficace per prevenire l'influenza e per limitare le complicanze ad essa correlate specialmente nei bambini particolarmente a rischio. Il **ministero della Salute** ha reso note le "Raccomandazioni sulla prevenzione e controllo dell'influenza per la prossima stagione e in particolare suggeriva di iniziare la campagna di vaccinazione stagionale entro questo mese di ottobre e di completarla il più rapidamente possibile, con l'intento di precedere l'eventuale periodo di maggior diffusione del virus pandemico. Infatti, sui banchi di scuola il picco dell'influenza precederà di due settimane quello nazionale e saranno circa ventimila i piccoli a rischio, soprattutto tra i soggetti con patologie croniche come cardiopatie, malattie renali, fibrosi cistica, asma, tumori e malattie ematologiche. Più vulnerabili al contagio e allo stesso tempo principali veicoli della diffusione, è importante quindi cercare di seguire i suggerimenti per far passare ai piccoli un inverno senza febbre, come quelli forniti online dall'ospedale pediatrico "Bambino Gesù", che ha realizzato un focus con le indicazioni degli esperti.



SANITÀ

Esami e visite
ora si prenotano
in parafarmacia



Siglato un accordo tra Anpi e Ausl. Otto i centri abilitati, quattro in città. Servizio gratuito

Mele a pagina 8

ACCORDO FRA ANPI E AUSL

Esami e visite specialistiche: ora si prenotano anche in otto parafarmacie

GLI ESAMI clinici o le visite specialistiche adesso si prenotano gratuitamente anche in parafarmacia. Da giugno scorso questo nuovo servizio è in funzione in otto delle 27 parafarmacie distribuite tra Bologna e i Comuni della provincia. Tutte e otto sono socie di Anpi (Associazione nazionale parafarmacie italiane), l'associazione di categoria aderente a Confesercenti, che in tutta la provincia raduna ben 13 negozi di questo settore. Il servizio è stato avviato grazie ad una convenzione con l'Azienda Usl, siglata all'inizio dell'anno e che scadrà a fine 2012. Dopo quattro mesi di rodaggio adesso queste parafarmacie sono in grado di assicurare a quanti varcano la loro soglia la prenotazione degli esami del sangue o delle urine, la prenotazione delle visite specialistiche, la riscossione del ticket, la cancellazione delle prenotazioni e la consegna anche dei referti. «Per poter attivare questo servizio — spiega Patrizia Bertaglia, presidente Anpi Bologna — i nostri otto soci hanno dovuto sostenere un corso di 60 ore organizzato da Cup 2000. Il servizio è gratis, come

quando misurano la pressione o eseguono le autoanalisi della glicemia, dei trigliceridi o del colesterolo».

E Luca Baldino, direttore amministrativo di Ausl Bologna, aggiunge: «Queste otto postazioni si vanno ad aggiungere alle 250 e passa già operanti in città e provincia nei nostri punti di prenotazione e in quelli delle farmacie». «Con questa convenzione — sottolinea Giuliano Barigazzi, assessore provinciale alla Sanità — si continua sulla strada della semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e alla sburocratizzazione di questi entro il 2011».

In città le parafarmacie abilitate alle prenotazioni Cup sono: Alimento Puro (via Righi 7/A), Maria Rizzato (via del Lavoro 48/F), Farma Express (via Misa 20/A), Meraville (via Carnacini 65). In provincia quelle di Albertini (viale Amendola 330 a Crevalcore), Simona Di Stefano (via Camera 188 a Funo di Argelato), Moussavi (viale Carducci 5 a Bazzano) ed Herba Salus (via Gramsci 302/F a Castel Maggiore).

Nicodemo Mele



Regione Gli imprenditori: il piano è un diktat, serve concertazione. La governatrice: no a ruoli impropri
Sanità, braccio di ferro Polverini-Confindustria

Il Piano antideficit «è un autentico diktat imposto dal governo nazionale alla Regione: serve concertazione». «Ma quale diktat: abbiamo presentato un Piano sanitario che non solo rimette al centro il diritto alla salute, ma pone anche le basi per rimettere in riga i conti e la spesa». Si fa sempre più rovente il braccio di ferro tra Confindustria Lazio e Renata Polverini sul piano antideficit. Ieri l'associazione che raggruppa gli imprenditori regionali ha chiesto senza mezzi termini «la concertazione» dei provvedimenti di riordino del sistema sanitario soprattutto per quanto concerne la programmazione e l'attuazione degli interventi. La governatrice, però, accusa gli imprenditori di interpretare un ruolo «improprio» perché loro «sanno bene in quale situazione ci troviamo, e non mi pare nei mesi scorsi di aver sentito grida di allarme sull'aumento delle tasse perché già da tempo in questa regione hanno raggiunto quasi il livello massimo di incremento». La Polverini ricorda anche che il doppio ruolo di presidente e commissario per la sanità, che «è stato apprezzato insieme ai provvedimenti contenuti nel Piano stesso, dalle agenzie di rating che proprio per questo hanno impedito che la nostra regione subisse anche il declassamento. Come peraltro ci era stato detto al nostro insediamento».

Come si ricorderà il riordino della rete ospedaliera, presentato dalla governatrice ai ministeri del Tesoro e della Salute per cercare di arginare il devastante disavanzo sanitario (pari a circa un miliardo e 400 milioni solo nel 2010), prevede tra l'altro la chiusura e la riconversione di 24 piccoli ospedali e di 2.865 posti letto. Secondo Confindustria Lazio, però, i tagli causerebbero almeno, in base a recenti studi, 3.600 licenziamenti oltre a quelli che deriverebbero dall'indotto. «La complessità del sistema sanitario regionale — sostenuto da Confindustria — impone necessariamente alla Regione un percorso condiviso nella individuazione delle soluzioni più appropriate per rendere efficiente ed efficace la spesa sanitaria e riportare il sistema su un sentiero di sostenibilità finanziaria». L'associazione imprenditoriale inoltre fa notare, a proposito di tasse, che «ulteriori eventuali inasprimenti dell'Irap sarebbero esiziali per molte aziende e assolutamente insostenibili». E dall'opposizione Esterino Montino (Pd) attacca: «I tagli della Polverini causeranno oltre 7 mila disoccupati e un calo del Pil di circa 300 milioni di euro». Critiche anche da Vincenzo Maruccio (Idv): «Che la Regione sia immobile se ne rendono conto tutti».

F. D. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Regione La governatrice Renata Polverini



IL CONVEGNO PARTICOLARI INTERVENTI PER SOSTITUIRE LA VALVOLA AORTICA

Cardiologia all'avanguardia, nuove tecnologie al Sant'Orsola

UNO STUDIO chiarisce subito la portata del fenomeno: a San Giovanni in Persiceto, su 23mila abitanti, quasi 2mila soffrono di stenosi valvolare aortica. Una malattia che colpisce oltre il 40% dei pazienti valvolari anziani e, se non trattata, porta a uno stato di completa disabilità. Tecnicamente, la stenosi della valvola aortica è una calcificazione dei lembi della valvola che non permettono al sangue di passare dal ventricolo sinistro all'aorta. «Un problema sociale grandissimo», spiega il professor Roberto Di Bartolomeo, direttore dell'unità operativa di Cardiologia al Sant'Orsola-Malpighi. L'unica soluzione è l'intervento chirurgico, leggi l'asportazione della valvola calcifica e sostituzione con una protesi.

PROPRIO per affrontare questo problema e capire quali sono le opzioni di intervento per i pazienti, si è tenuto in città un convegno che ha visto la presenza di specialisti di fama. «Il trattamento della stenosi valvolare aortica ha avuto un incredibile sviluppo ed è tuttora in evoluzione — spiega Di Bartolomeo —. La tecnologia e le conoscenze attuali ci consentono di offrire un'ampia gamma di alternative terapeutiche e interventistiche, tanto da rendere difficile, in alcuni casi, la scelta giusta per il paziente». L'intervento di sostituzione valvolare aortica, pur rappresentando il trattamento di 'elezione', nei pazienti in età più avanzata e con altre patologie è spesso gravato da un elevato rischio operatorio. «Da qualche anno, per questi pazienti, è disponibile un nuovo approccio terapeutico che consiste nell'impianto transcatetrale o transapicale di una bioprotesi valvolare — spiega Di Bartolomeo —. Non c'è quindi bisogno di intervenire in circolazione extracorporea (fermando cioè

il cuore e attivando la circolazione grazie alle macchine, intervento molto 'pesante' per una persona già provata, ndr) ma con una modalità molto meno invasiva». Una vera manna per gli anziani o i malati con insufficienze renali o respiratorie o problemi a rene e fegato. Però per potere usufruire di questa tecnologia innovativa c'è bisogno di una sala operatoria con particolari attrezzature (*hybrid operation room*). Al Sant'Orsola-Malpighi, grazie all'impegno di Fondazione Carisbo, Fondazione del Monte e direzione generale dell'ospedale, nella cardiologia esiste questa struttura. Oltre a queste nuove tecnologie è possibile sostituire la valvola aortica con vari tipi di protesi: «Per i pazienti più giovani utilizziamo valvole meccaniche in carbonio pirolitico che durano di più nel tempo». Ma questi devono seguire una terapia anticoagulante.

PER I PIÙ anziani «si usano valvole biologiche, a volte la quella mitralica dei maiali, a volte pericardio bovino» che non prevedono l'uso dell'anticoagulazione. Ultimo ritrovato, la valvola *sutureless*, una valvola biologica di maiale che necessita di un intervento cardiologico molto breve in quanto unisce all'impianto tradizionale la tecnologia prima descritta. «Tutto questo pone il centro di cardiologia di Bologna insieme all'istituto di cardiologia all'avanguardia nel trattamento di questa patologia dalla grande ricaduta sociale», chiude Di Bartolomeo.

Valerio Baroncini

DATI ALLARMANTI
A San Giovanni in Persiceto problemi di stenosi per 2mila abitanti su 26mila



box

**«Sessualità e procreazione»:
congresso a Roma del Cnr**

Si tiene a Roma il 21 e 22 ottobre, presso la sala convegni di piazzale Aldo Moro 7, il congresso su «Persona sessualità procreazione», organizzato dal Consiglio nazionale delle ricerche. Interverranno, tra gli altri, Francesco D'Agostino, Gianpiero Gamaleri, Pierfrancesco Grossi, Gian Piero Milano, Gonzalo Miranda, Angelo Maria Petroni e Walter Ricciardi e il sottosegretario al ministero della Salute Eugenia Roccella. Tra gli argomenti che saranno affrontati: le malattie sessualmente trasmissibili, i disordini dello sviluppo sessuale, ruolo e identità di genere, il riassegnamento del sesso dal punto di vista legale, fertilità e infertilità e procreazione medicalmente assistita.



LA VITA È BELLA: NON PERDIAMOLA MAI DI VISTA

«Ho convinto di recente un amico che guidava tutti i giorni a farsi visitare da un oculista. È saltato fuori che aveva tre decimi di vista. Ovviamente l'oculista gli ha proibito di continuare a guidare senza occhiali». **Giuseppe Castronovo**, presidente dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-lapb Italia onlus racconta quest'aneddoto per far capire quanto poco gli italiani siano attenti a ciò che Aristotele definiva "il senso che amiamo di più": la vista. «Basti dire che il 45 per cento dei cittadini non ha mai fatto una visita oculistica», continua l'avvocato, «anche se dalle nostre ricerche risulta che sono circa un milione gli italiani

Gli italiani ipovedenti sono circa un milione. La maggior parte di loro non si sarebbe ridotta così con un'adeguata prevenzione.

di EUGENIO ARCIDIACONO

ipovedenti, quelli cioè che hanno una vista compresa fra uno e tre decimi. La maggior parte di loro non si sarebbe ridotta così con un'adeguata prevenzione». Tornando ai patentati, Castronovo aggiunge: «Chi guida deve avere una vista perfetta e invece spesso non ci si rende conto di non percepire bene particolari come una buca o un ostacolo in mezzo alla strada, con conseguenze facilmente immaginabili. Eppure la visita per rinnovare la patente non viene eseguita da un oculista, come in altri Paesi, ma da un medico generico. Sembra incredibile, ma è così e come lapb Italia ci stiamo battendo per cambiare questa normativa assurda».

Un altro fronte su cui lapb è attiva è la riduzione delle liste d'attesa nelle Asl e negli ospedali: spesso, infatti, sono proprio i tempi biblici necessari per ottenere un appuntamento con un oculista, uniti ai costi elevati per una visita da un privato, a far desistere molti dall'idea di farsi controllare gli occhi. «Su nostra richiesta, il [ministro della Salute Ferruccio Eazio](#) ha istituito una Commissione nazionale per la prevenzione della cecità che ha il compito proprio di monitorare le liste d'attesa nelle varie Regioni con l'obiettivo di ridurle e di promuovere delle indagini epidemiologiche di cui il nostro Paese è carente. Intanto, fino alla fine del mese, è possibile prenotare una delle 3 mila visite gratuite messe a disposizione dagli oculisti che hanno aderito alla Giornata mondiale della vista del 17 ottobre, attraverso il numero verde **800.973.489** (attivo fino al 29 ottobre). Stiamo inoltre cercando di convincere quanti più oculisti possibile a dedicare 1 o 2 giorni al mese a visite gratuite». La sezione italiana della lapb svolge la sua opera di sensibilizzazione e di prevenzione anche attraverso 14 mila unità mobili oftalmiche che garantiscono visite gratuite nei



L'AVVOCATO
GIUSEPPE
CASTRONOVO

quartieri degradati delle grandi città o nei piccoli centri dove non ci sono studi oculistici. «Spesso vengono da noi anche molti stranieri che magari svolgono lavori pericolosi ma non sono mai stati da un oculista». Un altro importante strumento della lapb è il numero verde 800.068.506, attivo dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 13. «Tre oculisti forniscono consigli su come risolvere piccoli disturbi o indirizzano agli ospedali più accreditati nei casi più seri. Alcune persone ci chiamano perché sono rimaste deluse dopo aver subito un intervento con il laser per correggere un difetto visivo: c'è chi dopo qualche anno è tornato a vedere come o peggio di prima, ma abbiamo avuto anche casi di gente che ha perso per sempre l'uso di un occhio. È un business in forte crescita, ma noi in genere sconsigliamo questo tipo di interventi perché il gioco non vale la candela». Il presidente Castronovo ha perso la vista quando aveva appena nove anni a causa di un ordigno bellico: «Io non ci vedo e vorrei con tutto il cuore che nessuno si trovasse nella mia condizione: per questo il mio è un forte impegno sociale per preservare la vista di tutti».

E.Arc.

Influenza, vaccini dall'inizio di novembre

■ Tutto pronto per il nuovo vaccino antinfluenzale. Ad annunciarlo è Clara Mottinelli, presidente Atf Federfarma Brescia e presidente dei Farmacisti rurali di Federfarma Lombardia.

«Le farmacie sono pronte ad affrontare la nuova ondata influenzale invernale - ha detto la Mottinelli -. Già da alcune settimane notiamo un aumento di raffreddori e mal di gola».

Riprendendo anche le parole del ministro alla Salute, Ferruccio Fazio, la vaccinazione antinfluenzale «resta il mezzo più efficace e sicuro per prevenire l'influenza di stagione e le sue complicanze».

Per quanto riguarda il territorio che fa capo all'Asl di Brescia sarà possibile vaccinarsi dal 3 al 26 novembre, mentre per ciò che riguarda l'Asl Vallecamonica-Sebino dal 2 novembre fino a fine mese.

La campagna di vaccinazione è rivolta in particolar modo ai soggetti a rischio di complicanze severe e alle persone non a rischio ma che svolgono attività di valenza sociale. In ogni caso, chiunque può decidere di vaccinarsi per prevenire l'influenza.

Il vaccino è disponibile e può essere acquistato direttamente in tutte le farmacie bresciane dietro presentazione di ricetta medica.



Emergenza Ogni giorno 73 ricoveri nei pronto soccorso per malattie legate allo smog

Bosco del respiro ai Navigli

«Fumo vietato sotto gli alberi»

Gli pneumologi donano 50 alberi al Parco Baden Powell



Il primario

Stefano Centanni:
«Si a misure come la chiusura del centro storico e l'apertura alle moto delle corsie preferenziali»

Nasce sui Navigli il Bosco del respiro. È un'iniziativa dei medici pneumologi che regalano a Milano 50 alberi da mettere a dimora all'interno del parco Robert Baden Powell. Le piante, che in questi giorni adornano il Milano Convention Centre di via Gattamelata dov'è in corso fino a sabato l'11° congresso nazionale di Pneumologia, saranno trasferite tra via Argelati e via Carlo Torre il 2 novembre.

Melograni, querce rosse, acacie di Costantinopoli, biancospini, liriodendri, robinie, tigli selvatici. Gli alberi saranno piantati uno vicino all'altro per costruire un percorso simbolico salvapolmoni. «L'obiettivo è ricordare a Milano che il respiro è l'essenza della vita — spiega Stefano Centanni, presidente della Società italiana di Medicina respiratoria (Simer) e primario del San Paolo —. Chiederemo al Comune di vietare il fumo e trasformare il boschetto in un'area no smoking».

Saranno esposti anche cartelli con scritte del tipo: «L'aria e l'ambiente sono patrimonio di tutti noi. Conser-

vare l'integrità dell'apparato respiratorio (bronchi e polmoni) è garanzia di buona salute. Il fumo di tabacco e la sedentarietà sono grandi nemici dell'uomo contemporaneo. Le piante e la buona conservazione dell'ambiente sono ottimi investimenti per il futuro». I due architetti che curano il progetto sono Monica Mariani e Claudio Lopasso. Per realizzarlo la Simer, con l'aiuto dell'azienda farmaceutica GlaxoSmithKline, ha investito 20 mila euro.

Quello dei pneumologi è (anche) un gesto simbolico contro lo smog che attanaglia Milano, dove ogni giorno ci sono 73 richieste d'aiuto nei Pronto soccorso per disturbi «potenzialmente correlabili all'inquinamento». I dati, emersi dalla studio Poemi condotto in cinque ospedali (San Carlo, San Paolo, Niguarda, Policlinico) da gennaio 2007 a dicembre 2008, ancora ieri hanno fatto da sfondo al grido d'allarme dei medici: «Tosse, asma, bronchiti, polmoniti, attacchi di cuore, ictus. I danni dello smog sono molteplici — ribadisce Centanni —. Per combatterli servono misure forti come la chiusura del centro storico e l'apertura massiccia delle corsie preferenziali alle moto».

Tra i maggiori killer, insie-

me con il Pm10, c'è il benzene che nei giorni di picco fa aumentare il rischio di finire in ospedale per gravi disturbi respiratori soprattutto tra i giovani. Di qui l'importanza di adottare tutte le misure possibili anti-inquinamento: dalla riduzione del traffico all'ammodernamento del parco auto fino alla promozione delle caldaie a metano e all'aumento, per l'appunto, del verde pubblico.

Nella battaglia salvapolmoni, però, contano anche i comportamenti individuali: «Nelle camminate lungo strade trafficate è meglio tenere i bambini in braccio per evitare di far loro respirare veleni — consigliano gli esperti —. È preferibile, poi, evitare attività sportive all'aperto nelle ore di picco degli inquinanti atmosferici da traffico». Scontato, ma non meno importante, il divieto di fumo.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FAZIO RASSICURA

Il ministro: non c'è pericolo di infezioni

ROMA. La situazione rifiuti in Campania dal punto di vista della salute è sotto controllo e «attualmente non ci sono aumenti delle infezioni o segnali preoccupanti che vengono dai monitoraggi effettuati». Lo afferma il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, a margine del suo intervento alla commissione Sanità del Senato, commentando la situazione di allarme paventata dal sindaco di Napoli, Rosa Russo Iervolino. Fazio ha poi sottolineato che il ministero si sta occupando della questione, sulla quale bisogna comunque avere «la massima attenzione», e a tale proposito ha annunciato che per oggi «è convocata una riunione al ministero» per fare il punto sulla situazione. Il titolare del dicastero è quindi tornato sulla vicenda dopo le sollecitazioni della Iervolino. Già lunedì infatti si era espresso dicendo che «L'attenzione è alta abbiamo un sistema di monitoraggio costante a cura dell'ufficio di prevenzione». «Al momento - aveva aggiunto il ministro - non ci sono motivi di preoccupazione». Ancora un lieve scontro, insomma, con il primo cittadino di Napoli che sta cercando in tutti i modi di risolvere la questione della nuova emergenza rifiuti sorta dopo le forti tensioni di Terzigno. In tutti i casi **Ferruccio Fazio** ha informato che terrà alta l'attenzione e che nei prossimi giorni terrà una riunione proprio per valutare la questione Campania.



Question time Il ministro ha ribadito la scadenza per le correzioni

Piano di rientro, Fazio conferma: c'è tempo fino al 15 dicembre

Centrosinistra polemico

Franceschini (Pd): «Il governo ritarda la firma del Piano per motivi politici, usando due pesi e due misure rispetto ad altre regioni, come il Piemonte, con conseguenze gravi per i pugliesi»

BARI — Il piano di rientro sanitario della Puglia ha bisogno di correttivi e la Regione potrebbe avere altro tempo, non oltre il 15 dicembre, per apportarli. Questa, in estrema sintesi, la risposta del governo, attraverso il ministro alla Salute, Ferruccio Fazio, alla interrogazione rivolta dai parlamentari pugliesi durante il question time alla Camera. Risposta «insoddisfacente e rivelatrice», secondo il centrosinistra barese. Risposta che dimostra «un disegno solo politico nello stop al piano», secondo i parlamentari interroganti, tra i quali firma Dario Franceschini.

Il nodo, per il governo, è sempre relativo alle procedure di stabilizzazione del personale. «Lo scorso agosto - ha spiegato in aula Fazio - i ministri interessati si sono detti disponibili al differimento al 15 ottobre della firma, a condizione che la Regione, in riferimento a due leggi regionali oggetto di impugnativa di fronte alla Corte Costituzionale, sospendesse entro il 6 agosto i procedimenti amministrativi e sospendesse queste leggi entro il 30 settembre, non emanasse ulteriori provvedimenti legislativi sulla medesima materia e integrasse il piano con le necessarie misure compensative sul piano finanziario nel caso di pronuncia della Consulta favorevole alla Regione». Poi ci sono stati altri due incontri, il 28 settembre e il 12 ottobre. «Dalle riunioni tecniche - ha con-

cluso il ministro - è emerso che pur in presenza di una sostanziale coerenza degli interventi sanitari proposti non è stato risolto il problema connesso alle avviate procedure di stabilizzazione del personale». Così il gruppo tecnico interministeriale ha ribadito la «non conformità».

Intanto, dal punto di vista politico, si valuta la nuova proroga (dopo quella al 15 ottobre): il 15 dicembre. «Il governo ritarda la firma del piano per motivi politici, usando due pesi e due misure rispetto ad altre regioni come il Piemonte, con conseguenze che ricadranno sui cittadini pugliesi», ha osservato il primo firmatario dell'interrogazione, il capogruppo pd Franceschini. «Il ministro - commentano i deputati pugliesi - ha replicato alla nostra interrogazione in modo burocratico, senza dare una motivazione credibile della scelta del governo. Per gli accordi sin qui sottoscritti, con Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia, i ministeri interessati non hanno richiesto l'inserimento di clausole vessatorie o prescrizioni come quella pressante e inserite per la Puglia. Nonostante la Puglia sia l'unica, con la Basilicata, a ripianare con mezzi propri». Per Antonio Decaro, capogruppo pd in Regione: «Dietro ai rinvii c'è la volontà del governo di fare la guerra ai pugliesi».

Adriana Logroscino



FORMAZIONE AL VIA UN MASTER UNIVERSITARIO. FAZIO: INIZIATIVA IMPORTANTE

Medici di famiglia, arrivano gli specialisti contro il calo di vocazioni

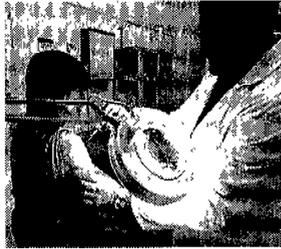
Roma — Arrivano anche in Italia i medici di famiglia con il 'bollino blu', con una formazione universitaria specialistica ad hoc. Partirà infatti a breve il primo master universitario di II livello in medicina generale promosso dalla facoltà di Medicina e chirurgia e dalla scuola di formazione continua dell'università Campus Bio-Medico di Roma, oltre che dal Centro di formazione regionale per la medicina generale. Un progetto pilota a cui collabora la Società italiana di medicina generale (Simg). Si tratta di «un'iniziativa importante», dice il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**. La formazione potrebbe essere riconosciuta con punteggi «che consentono poi l'accesso alla professione», dice il ministro. L'arrivo degli specialisti potrebbe motivare i giovani a intraprendere una professione che accusa un calo di vocazioni: si stima che nel 2025 circa 11 milioni di italiani potrebbero restare senza medico di base.



Più formazione per i medici di base

DA ROMA PAOLA SIMONETTI

Non più solo un «dispensatore di prescrizioni», ma un medico di prossimità autorevole e specializzato. A scalfire un pregiudizio culturale e un'anomalia tutta italiana che nel nostro paese penalizza i medici di medicina generale, ci prova il primo Master Universitario di II livello in Medicina Generale, promosso dal Campus Bio-Medico di Roma, oltre che dal Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale. Un progetto pilota presentato ieri che, ha annunciato il ministro della Salute Ferruccio Fazio, si pone come primo passo di un intendimento più ampio: «istituzionalizzare una formazione universitaria nazionale a favore di medici fondamentali per i cittadini e per la continuità assistenziale extra ospedaliera». Nella speranza che altri atenei italiani copino la buona prassi del Campus sfornando medici con «bollino blu», i



promotori precisano che l'iniziativa non si pone in competizione con le Regioni, le sole presso le quali è oggi possibile accedere al triennio di studi per il rilascio del diploma di formazione specifico: «Il master sarà un di più - ha spiegato Paolo Arullani, presidente del Campus -, si aggiungerà al triennio regionale, dando la possibilità così anche ai medici già formati e operanti di acquisire una certificazione universitaria». La svolta, secondo il ministro Fazio, è quella di rendere più autorevole e dunque più appetibile la qualifica di medico di medicina generale, spingendo i giovani a non snobarlo; un incentivo potrebbe arrivare dal riconoscimento del master, assieme alla formazione regionale, in termini di punteggio nelle graduatorie per l'accesso alla professione. L'investimento sul futuro appare necessario, stando ai dati resi noti dall'Ordine dei medici: tra il 2015 e il 2025 mancheranno 25mila medici di base, lasciando senza dottore di famiglia almeno 11 milioni di italiani, specie nelle zone rurali e più isolate del paese.

Avviato al Campus Biomedico di Roma il primo master universitario di secondo livello in medicina generale



L'ALLARME

Tumori, più 10% in 10 anni «Colpa di fumo e alimenti»

Roma — «Nel 2010, in Italia si sono registrati 270mila nuovi casi di tumore, il 10% in più rispetto a 10 anni fa e le cause sono l'aumento dell'età media della popolazione e la crescita dei fattori di rischio come fumo o cibo poco sano». Lo denuncia la Lit, Lega italiana per la lotta contro i tumori.





Con le staminali adulte all'attacco del diabete

di **Alessandra Turchetti**

La terapia cellulare potrebbe portare alla cura del diabete: dagli Stati Uniti Camillo Ricordi, direttore del Diabetes Research Institute and Cell Transplant Center di Miami, ha recentemente annunciato gli avanzamenti della sua strategia innovativa basata sul trapianto di cellule del pancreas per una malattia che affligge 240 milioni di persone al mondo. Presidente della «Stacy Joy Goodman», l'importante fondazione americana che si occupa di diabete giovanile, è fra i massimi esperti in questo settore.

Si parla di terapia cellulare come strategia innovativa per il trattamento del diabete. In che cosa consiste esattamente?

«Questa strategia si basa per ora sull'estrazione e purificazione delle cosiddette "isole di Langerhans", i grappoli di cellule endocrine che contengono le cellule beta produttrici di insulina, dal pancreas umano, generalmente da un donatore multiorgano deceduto. Le isole vengono trapiantate nel fegato del ricevente inducendo così il fegato a diventare un doppio organo nella funzione. Questi trapianti sono tuttora sperimentali e sono l'oggetto di indagini approvate dalla Fda, l'ente governativo statunitense che si occupa della sicurezza, per l'eventuale consenso finale che permette il rimborso da parte del sistema sanitario. I lavori sono sponsorizzati, inoltre, dal Dipartimento della salute (Nih) in Nord America ed Europa e dovrebbero essere completati nel giro di un anno e mezzo. Ma ci sono ancora grossi limiti da superare».

Quali?

«Il problema è che tuttora questi trapianti sono limitati ai casi più gravi di diabete perché richiedono il trattamento dei pazienti con farmaci anti-rigetto che comportano rischi ed effetti collaterali da valutare con attenzione rispetto ai benefici del trapianto stesso. Ma il trapianto di isole pancreatiche rimane il prototipo di terapia cellulare per il diabete e la base per future terapie cellulari con cellule che producano insulina derivate da staminali o tramite riprogrammazione cellulare».

Come avanza la ricerca?

«Stiamo studiando metodi per fare a meno dei farmaci anti-rigetto: appena queste tecniche diventeranno realtà sarà necessario disporre di una fonte illimitata di cellule che producano insulina perché quelle ottenibili

da donatori multiorgano deceduti copriranno soltanto una piccolissima parte della richiesta. Per questo stiamo esaminando altre fonti, ad esempio il sangue del cordone ombelicale, e più recentemente il tessuto adiposo che rappresenta un'ottima fonte di staminali nell'adulto. Il vantaggio di riprogrammare cellule staminali provenienti dal proprio tessuto adiposo per farle diventare insulino-secerenti sta proprio nel fatto che ogni paziente potrebbe diventare la fonte stessa della propria cura. Essendo le proprie cellule, se si riesce ad evitare la ricorrenza della malattia autoimmune che ha provocato il diabete inizialmente (in questo caso di tipo 1), non occorrerebbe più effettuare terapia anti-rigetto».

Dunque entra in gioco anche la riprogrammazione delle cellule adulte?

«Convertire cellule mature a una sorta di staminalità embrionale per poi ri-dirigerle verso una cellula nuovamente differenziata specializzata, per esempio nella produzione di insulina per il trattamento del diabete, è un passaggio fondamentale. La ragione per cui stiamo studiando con molta attenzione altre fonti come il cordone ombelicale e il tessuto adiposo sta proprio nel fatto che lì ci so-

no già cellule staminali e quindi si parte già col vantaggio di una cellula progenitrice che potrebbe essere più facile convertire al tipo differenziato desiderato».

Realisticamente, quali nuovi scenari apre la terapia cellulare?

«Le terapie cellulari per il diabete offrono un'alternativa alle terapie farmacologiche perché hanno l'obiettivo di curare e risolvere la condizione e non semplicemente trattarla in senso migliorativo senza avere un impatto sulla frequenza di una patologia ormai ad andamento epidemico in tutto il mondo. Non ho dubbi che il futuro del trattamento del diabete richiederà una terapia cellulare o una strategia di medicina rigenerativa perché i trapianti rappresentano soltanto una pri-

ma fase a cui, eventualmente, seguiranno strategie di rigenerazione cellulare a partire da precursori già presenti nei tessuti dei pazienti stessi. Vedo il futuro dei trapianti come l'eliminazione della necessità del trapianto stesso, mediante prevenzione del danno permanente alla funzione di un organo

o grazie alla rigenerazione della funzione compromessa».



L'eurodeputata Ronzulli



«Un passo avanti anche per chi ha bimbi disabili»

MILANO — Lo scorso 22 settembre la sua foto con la mano alzata nell'emiciclo di Strasburgo e la figlia Vittoria di 42 giorni stretta al petto nel marsupio ha fatto il giro del mondo. Così, coerentemente con la scelta di essere mamma senza rinunciare alla carriera, Licia Ronzulli (nella foto) 35 anni, eurodeputata del Pdl-Ppe, è stata tra le sostenitrici più accanite della direttiva approvata ieri dall'Europarlamento. «Non vogliamo più donne costrette a scegliere tra famiglia e lavoro, ma donne libere — dice Ronzulli —. Ora devono impegnarsi i vari Stati affinché le misure votate possano essere attuate senza ulteriori ritardi. Anche in periodi di crisi la politica deve investire sulla famiglia». Per il momento, comunque, l'eurodeputata è soddisfatta: «È stata accettata anche la mia proposta di un congedo extra di 8 settimane per le madri di bimbi disabili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



principi attivi

di Francesca Cerati



DOLORE INUTILE

Anomalie fin dalla nascita. L'Italia - a detta di Giorgio Capogna, coordinatore nazionale per il parto senza dolore della Siaarti - è all'avanguardia in ambito di analgesia epidurale. Nel senso che il nostro è il primo paese in Europa ad aver introdotto la nuova tecnica Pieb (Programmed intermittent epidural boluses, somministrazione a boli intermittenti programmati) associata alla Pcea (Analgesia epidurale controllata dalla partoriente) con cui si ottiene un'analgesia costante e personalizzata in base alle esigenze. Però, l'analgesia epidurale, secondo alcune stime, è offerta solo dal 16% delle strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate italiane. Eppure nelle strutture che offrono questo servizio, in modo gratuito e continuativo, in media il 90% delle partorienti ne fa richiesta. A questo si aggiunge che da noi i parti cesarei sono in costante aumento (nel 2007 hanno raggiunto il 38% delle nascite) portando l'Italia ai vertici (negativi) della classifica europea. Solo Bolzano (20%) si avvicina ai valori raccomandati dall'Oms (15%) e dal nostro ministero della Salute (20%). Un parto "difficile" quello del nostro sistema sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I dati della Lilt

I tumori aumentati del 10%

- ◊ Negli ultimi 10 anni, in Italia, moltiplicati i casi di neoplasie
- ◊ Causa frequente, cattive abitudini di vita e alimentari {Italia}

Aumentano i tumori Lilt: "Colpa del cibo"

ROMA Nel periodo 2000-2010, l'insorgenza dei tumori in Italia è aumentata del 10%. E i motivi principali per cui ci si ammala di queste patologie sono da ricercare nel fumo e nella cattiva alimentazione. Quest'ultima, soprattutto, causa «il 35% dei tumori mentre il 30% è legato al tabagismo e il restante 35% è collegato a motivi ambientali come le radiazioni e l'inquinamento, ad esempio», sostiene il presidente della Lilt (Lega italiana per la lotta contro i tumori) Francesco Schittulli. Da dieci anni in Italia, di cancro, ci si ammala di più quindi. In più, nel nostro Paese, nel 2011 la Lilt prevede 270mila nuovi casi. Anche se la mortalità per patologie oncologiche in questo primo decennio del millennio, è scesa, come registra l'associazione che si occupa molto di prevenzione. «Dei 270mila casi previsti, 140mila porteranno al decesso: prima, però, il trend era sui 150-160mila morti», conclude Schittulli sottolineando, poi, che il numero di tumori causati dal fumo è in diminuzione negli uomini ma in aumento nelle donne.

◉ JACOPO D'ANDREA



► Fumo, alcol e alimentazione tra i fattori che causano il tumore.

Quello che fa bene

► **Roma** Secondo la Lilt per prevenire i tumori è consigliabile l'attività fisica anche moderata e la cosiddetta dieta mediterranea perché ricca di fibre e antiossidanti. Importante, poi, è il controllo della circonferenza vita. Infatti, avere un giro vita sopra i 94 cm per l'uomo e sopra gli 80 cm per le donne, è un fattore di rischio elevato che può divenire anche "molto elevato" se esso supera negli uomini i 102 cm e nelle donne gli 88 cm.

Quello che fa male

► **Roma** La Lilt ha definito più volte i comportamenti che favoriscono l'insorgenza di patologie tumorali. A parte il fumo, importante fattore di rischio, è da evitare il consumo eccessivo di alcool perché può portare, ad esempio, a tumori alla bocca, all'esofago (rischio potenziato se associato al fumo) al fegato, al colon e alla mammella. Molto sconsigliata, poi, è seguire una dieta ricca di grassi e con dosi eccessive di carboidrati.



Un'interruzione di gravidanza su tre con il nuovo farmaco

Pillola abortiva la Liguria ai vertici San Martino in coda

IL SERVIZIO A PAGINA V

L'exploit della pillola abortiva una su tre sceglie la Ru486

Liguria in vetta, San Martino in ritardo

GIUSEPPE FILETTO

UNA donna ligure su tre, fra quelle che decidono di interrompere la gravidanza entro la settima settimana, sceglie la pillola abortiva. Infatti, sono state 90 quelle che tra il 15 di aprile (data in cui la commercializzazione è diventata operativa), e il 15 di luglio scorsi hanno optato per la Ru486. Tanto che nella classifica nazionale sulla base delle ordinazioni (329) la Liguria si piazza al quarto posto, dietro soltanto a Piemonte, Lombardia ed Emilia. «Nella nostra regione si è fatto il possibile perché non fosse negato l'uso della pillola abortiva», ripete Claudio Montaldo, assessore regionale alla Sa-

nale alla Sanità, disegnano uno spaccato ancora più interessante. In alcuni ospedali liguri l'aborto farmacologico è "negato", in altri poco diffuso. Basti leggere alcuni dati riguardanti il periodo di osservazione: a La Spezia sono state somministrate 31 pillole ad altrettante donne; a Villa Scassi di Sampierdarena 21, quattordici al San Paolo di Savona, undici al San Martino, cinque all'Evangelico, quattro a Sarzana, tre al San Carlo di Voltri, soltanto una a Sanremo, zero a Imperia e Chiavari. Pare evidente che a condizionare queste cifre siano le scelte politiche e la presenza di ginecologi obiettori. In certe strutture la pillola non è entrata a pieno regime soprattutto per la carenza di informazioni, in altre non è gradita, tanto è vero che nel dato dell'Evangelico è compreso il numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza dirottate dal "Galliera", ospedale della Chiesa che non pratica l'aborto e rifiuta il farmaco abortivo.

In Liguria nel 2009 sono state praticate 3219 interruzioni di gravidanza, in calo rispetto agli anni precedenti: nel 2008 erano 3336, mentre nel 2007 se ne sono contate 3526. Stando a quanto spiega Enrica Orsi, le 329 ordinazioni, fatte ad aprile scorso, si basavano su alcuni dati del passato. Mentre Emilia e Toscana hanno ragionato sulla sperimentazione che era già in atto, la Liguria ha dovuto fare i conti con dati teorici: il numero di Ivgr praticate negli anni precedenti con il metodo chirurgico entro la settima settimana di gravidanza. Stando ai numeri riscontrati nel primo tri-

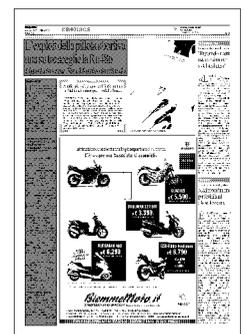
mestre di somministrazione, in Liguria l'aborto farmacologico è destinato a sostituire quello chirurgico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Imperia e Chiavari in controtendenza a quota zero. Decisiva la presenza più consistente di medici obiettori

nità. Con ogni probabilità, percentualmente, la Liguria è la prima regione italiana ad utilizzare la Ru486 rispetto al numero dei suoi abitanti. «Sia per motivi di ordine informativo ed organizzativo - spiega Enrica Orsi, funzionario regionale del coordinamento delle reti ginecologiche liguri - ma anche per ragioni socio-culturali e politiche della popolazione di riferimento».

Le cifre fornite dal **Ministero della Salute** e incrociate con quelle raccolte dall'assessorato regio-



“Sanità, con il piano Polverini 7 mila disoccupati”

Il pd Montino: “Posto a rischio per il doppio dei dipendenti di Alitalia”

Tsunami sociale

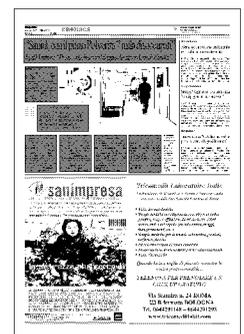
In termini di Pil il Lazio perderà quasi 300 milioni. L'onda lunga di tagli decisi a tavolino sta per trasformarsi in uno tsunami sociale, per cui a pagare saranno ancora i cittadini

CHIARA RIGHETTI

«**S**ETTEMILA disoccupati, più del doppio di quelli prodotti dalla crisi Alitalia». È l'impatto sul Lazio del piano sanitario targato Polverini secondo Esterino Montino, capogruppo in Regione del Pd. Ma le sue cifre non sono frutto di valutazioni politiche: «I dati — spiega — sono di Confindustria Lazio, e confermano le nostre più fosche previsioni». Sono 3.600, precisa infatti Riccardo Fatarella, che degli industriali laziali presiede la Consulta Sanità, i lavoratori della regione destinati ad essere “espulsi” dalle aziende private in conseguenza del taglio, previsto dal piano entro il 31 dicembre prossimo, di 2.074 posti letto tra riabilitazione e lungodegenza. Il conto è così preciso che «potrei citarle anche i settori», aggiunge l'esponente degli industriali. E spiega che, considerando anche l'indotto (altrettanti posti di lavoro) la perdita per l'economia regionale sarà di quasi 300 milioni, lo 0,21% del Pil. Questo «in assenza di un serio sforzo per riconvertire e potenziare la rete dell'assistenza». Ecco perché, aggiunge, Confindustria è al lavoro «da giugno per una proposta che consenta di ottenere gli stessi risultati del piano, ma con minore impatto sociale. Altrimenti saranno solo “lacrime e sangue”».

Per Montino, «l'ondalunga di un piano deciso senza ascoltare nessuno rischia di trasformarsi in uno tsunami. E a pagare scelte fatte nelle stanze presidenziali, con l'attenzione rivolta solo agli interessi degli amici, sarà chi non ha santi in paradiso: lavoratori e cittadini». Il fatto più grave, per il capogruppo Pd, è l'assenza di dialogo: «Ad oggi non c'è nessun tavolo per cercare vie di fuga, la commissione Sanità, il Consiglio pure, sindacati e imprese stanno fuori dalla porta». E se dal Pdl il capogruppo Fiorito dà a Montino del “Nostradamus” che gode «a creare allarme», la governatrice ha perso letteralmente la voce a furia di dirsi «fiduciosa» sull'appuntamento decisivo col ministero dell'Economia, fissato a martedì. «Questo è un buon piano — ripete — il migliore che potessimo mettere in campo». Arrivando ad azzardare che «in tema di sanità, vogliamo rendere il Lazio una Regione-benchmark (modello, ndr). Sarebbe un miracolo, ma sono convinta sia possibile». Ma per l'Idv Giulia Rodano «l'unico miracolo della Polverini di cui abbiamo per ora notizia è quello di aver messo d'accordo Confindustria e sindacati sul no al piano di riordino ospedaliero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Consultori, nel Lazio una riforma a ostacoli

La strada per la riforma dei consultori nel Lazio continua il suo iter. E apre al dibattito. La proposta di legge presentata da Olimpia Tarzia è stata infatti scelta come testo base da sottoporre all'esame della Commissione politiche sociali per l'approvazione. Il testo di riforma che era stato presentato invece da Giulia Rodano dell'Idv è stato bocciato. Intanto si va avanti con le audizioni: le associazioni avranno la possibilità di valutare l'articolato e suggerire modifiche. Ma l'opposizione prepara battaglia e tenta la via dell'ostruzionismo per ritardare il varo del testo, che infatti potrà seguire il percorso nel Consiglio regionale solo dopo che sarà approvato dalla prima Commissione.

La novità più eclatante prevista da questa proposta di legge, che è stata sottoscritta da tutta la maggioranza (Pdl, lista Polverini, Destra, Udc) riguarda non tanto le competenze dei consultori, che sono comunque definite dalla Legge quadro nazionale, quanto alcune specificità che hanno come obiettivo quello di «rimuovere le cause che inducono all'aborto». Ecco allora che nel testo elaborato da Tarzia, si stabiliscono due fasi distinte: un primo percorso sarà dedicato all'accoglienza e alla messa in atto delle possibili alternative all'aborto (sono previsti anche aiuti economici per le mamme in difficoltà), e si chiuderà con la accettazione o il rifiuto della donna alle proposte di aiuto. Se la donna decide di interrompere la gravidanza, si seguirà il consueto iter previsto finora per l'Igv.

La seconda novità di rilievo riguarda la riclassificazione dei consultori: anche quelli

promossi dall'associazionismo familiare, dalle diocesi, o dal volontariato, e già esistenti sul territorio, potranno essere equiparati a quelli pubblici. Una vera e propria rivoluzione culturale, dunque, che però tra dibattiti e prese di posizione più o meno tardive, non trova l'opposizione d'accordo. «Prima di presentare questa riforma - spiega Tarzia - l'ho fatta firmare sia alla maggioranza che a colleghi dell'opposizione. Ho ricevuto inizialmente tre firme dell'Idv, ma il giorno dopo sono state ritirate. C'è stata una direttiva molto chiara». Stesso dietrofront anche da parte di 4 consiglieri del Pd, dell'ex area Margherita, che a maggio avevano firmato il testo. «Hanno resistito fino a settembre - prosegue Tarzia -, tra l'altro in campagna elettorale avevano firmato il documento del Forum delle associazioni familiari. Poi sono scesi in campo i leader nazionali del Pd, per cui a settembre hanno ritirato la firma, motivandola col fatto che non erano più d'accordo perché, nell'assemblamento, la maggioranza non aveva previsto abbastanza fondi».

A scatenare i timori dell'opposizione, Bonino in testa, il possibile effetto a catena che questa proposta di legge si ripercuoterà da nord a sud. «Il nostro è il testo base su cui sta lavorando la Commissione welfare del Forum nazionale», precisa Tarzia. In sostanza, visto che la riforma di legge dei consultori è di competenza regionale, le diverse federazioni del Forum, attraverso i consiglieri regionali, potranno proporre questo stesso testo nelle varie Regioni.

Tante le critiche che vengono mosse alla nuova proposta dall'opposizione. A partire dall'accusa di presunta incostituzionalità, al fatto che si vogliono privatizzare i consultori, o addirittura li si trasformi in servizi da destinare soltanto alle coppie sposate, al tentativo di voler «pagare» le donne per non farle abortire e mettere così a repentaglio la loro autodeterminazione, alla mancanza di copertura necessaria, tanto per citare le più ricorrenti. Per tutti Tarzia chiarisce: «Quanto alla presunta incostituzionalità, tale tesi non ha alcun fondamento giuridico». La riforma, inoltre, prevedendo «il riconoscimento delle realtà nate dal non profit», «si inserisce in una normativa nazionale e anche regionale diffusissima, che è quella della sussidiarietà». Nessuna preclusione poi per le coppie non sposate. Nell'articolo 1 è indicato «il quadro nel quale si situa il disegno di legge», ossia «il riconoscimento della famiglia quale società naturale fondata sul matrimonio», e si fa riferimento quindi alla Costituzione italiana, alla Legge regionale 32 del 2001 e allo Statuto regionale. Ma «è evidente che - precisa - i servizi del consultorio saranno sempre garantiti gratuitamente a chiunque vi si rivolga».

E ancora: «Vogliamo garantire alla donna la libertà di non abortire perché oggi di fronte a una maternità difficile l'unica via che in linea di massima viene proposta è l'aborto». Quanto ai fondi necessari per portare a termine il progetto di



riforma, assicura: «Il Lazio vive difficoltà economiche sanitarie che abbiamo ereditato e sulle quali bisognerà lavorare. Però ciò non toglie che la distribuzione delle risorse nasce da una volontà politica». La copertura, dunque, ci sarà.

Tra le polemiche avanza la proposta di legge di Olimpia Tarzia, che mira a rimuovere le cause dell'aborto

Lo studio di Intesa Sanpaolo. Investimenti nel settore verso il raddoppio

Le banche rilanciano sulla sanità

ROMA

Dai fondi integrativi al project financing, dalla costruzione di nuovi ospedali alla diffusione capillare dell'innovazione. Alla vigilia del federalismo fiscale e della scommessa che sta per investire la sanità, le banche sono pronte a raddoppiare gli investimenti nel grande business della salute. «Il nostro gruppo può svolgere un ruolo molto importante», ha annunciato ieri Corrado Passera, ad di Intesa Sanpaolo.

Sullo sfondo delle attenzioni del mondo della finanza e del

credito, lo studio del gruppo bancario (anticipato mercoledì scorso dal Sole-24 Ore) che mette in luce gli scenari e i grandi cambiamenti cui va incontro il settore della sanità. «La salute è un pezzo importante dell'economia italiana, ma se non facciamo nulla - prevede Passera - rischia di diventare la voce numero uno dei conti pubblici; e questo lo dico con preoccupazione».

A far tremare sono le proiezioni di spesa di asl e ospedali, che indicano al 2050 un rapporto col Pil che raddoppierebbe e

uscite totali, pubbliche e private, che toccherebbero 400 miliardi dai 150 di oggi. Anche per questo la transizione al federalismo sarà ancora più delicata, per la necessità di colmare i gap infrastrutturali, oltretutto di servizi e di qualità dell'assistenza, che affliggono l'Italia da Roma in giù. Problemi che in prospettiva anche ravvicinata riguardano il modello di finanziamento attuale davanti a spese che cresceranno esponenzialmente per via dell'invecchiamento della popolazione e dei costi di produzione sempre più alti,

con tecnologie mediche e possibilità di cura sempre più sofisticate, dunque più costose.

Eliminare gli sprechi, dunque, non basterebbe. E per «salvare la coesione sociale», secondo Passera, servirebbe un sistema multipilastro come nella previdenza. Fondi integrativi, che le banche si candidano a gestire anche con forme innovative ma con differenti leve e agevolazioni fiscali. E ancora con una più forte collaborazione tra pubblico e privato, anche no profit, puntando sul project financing, sullo sviluppo della rete dell'Ict, sulla ricerca e sui servizi alla persona e alle famiglie.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Formazione

Bollino blu per il medico di famiglia

■ Arrivano anche in Italia i medici di famiglia con il «bollino blu», cioè con una formazione universitaria specialistica ad hoc. Partirà infatti a breve il primo master universitario di II livello in medicina generale promosso dalla facoltà di medicina e chirurgia e dalla scuola di formazione continua del Campus Bio-Medico, oltre che dal Centro di formazione regionale per la medicina generale. Un progetto-pilota presentato ieri, al quale collabora la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Si tratta di «una iniziativa importante», ha sottolineato il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, ed è «probabile e auspicabile - ha aggiunto - che altre Università seguano l'esempio del Campus Bio-Medico, tanto più se la partecipazione ai master, che si somma alla formazione garantita dalle Regioni, verrà riconosciuta da queste stesse in termini di punteggio nelle graduatorie che consentono poi l'accesso alla professione». L'arrivo dei medici di famiglia specialisti potrebbe avere anche l'obiettivo di motivare i giovani ad intraprendere una professione che accusa un preoccupante calo di vocazioni, tanto che si stima che al 2025 circa 11 milioni di italiani potrebbero restare senza un medico di base.

