

Salerno, altri due genitori-nonni, entrambi medici. Il parto è stato difficile: una delle due piccole ha bisogno di assistenza respiratoria

Diventa mamma di due gemelle a 57 anni

“Una lotta, ma ho realizzato il sogno di una vita”

La storia

STELLA CERVASIO

NAPOLI — Cinquantasette anni e tanta voglia di diventare mamma. Ha avuto due gemelle alle soglie dei 60 una donna medico salernitana di Polla sposata a un medico di origine greca. Il parto-evento è avvenuto all'ospedale di Salerno San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona e ha richiesto una particolare attenzione del reparto "Gravidanze a rischio" diretto dal ginecologo Raffaele Petta e la sua équipe. La signora Silvana Sofia che fa la guardia medica come il marito, ha lavorato anche all'estero e in un reparto di ginecologia in Germania. La coppia ha girato il mondo risolvendo tanti problemi di salute, ma non riusciva ad avere un bambino. Dopo la nascita di Karola Pia (2 chili) e Adriana Cristina (1 chilo e 360) alla vigilia delle dimissioni la neomamma non nasconde la felicità: «Ho coronato il sogno della mia vita lottando con mio marito per avere un figlio e alla fine ce l'abbiamo fatta. In questi giorni bellissimi — ha dichiarato — che hanno completamente cambiato la nostra vita, ringraziamo il Signore per questo splendido dono e siamo certi che ci darà la forza per seguire le nostre bambine. Grazie alle strutture di questo ospedale che non hanno nulla da invidiare ad altre, ci hanno evitato viaggi della speranza». Le gemelline sono in Terapia intensiva neonatale, la più

piccola ha difficoltà respiratorie ma sta bene. La coppia di medici è giunta nello speciale reparto di ginecologia per casi difficili quando la gestazione era alla diciottesima settimana. «La signora aveva l'ipertensione e il diabete e un grosso fibroma all'utero — spiega il ginecologo — Le cose si sono ulteriormente complicate dopo la trentesima settimana: le due placente si sono fuse e il sangue filtrava da una bambina all'altra, comportando la crescita di una a discapito della seconda. Siamo riusciti ad allungare la gravidanza di un altro mese, ma poi abbiamo dovuto far nascere le gemelle». A rendere difficile anche il cesareo, eseguito in anestesia locale il 9 settembre scorso, la forte aderenza delle placente. «Considerata l'età avanzata della madre — dice sempre il dottor Petta — si tratta di un evento straordinario che ha pochissimi riscontri». Ma lo specialista non rivela dove sia avvenuta la donazione di ovociti che ha reso possibile la gravidanza fuori dall'età fertile, vietata in Italia dalla legge 40. Ed è ancora viva la polemica che ha investito, a Torino, la coppia di genitori-nonni ai quali il giudice ha tolto la figlia di un mese per darla in adozione: troppo vecchi, avevano detto i periti del tribunale. Un caso limite che si aggiunge agli ormai numerosi casi di parto tardivo. Resta imbattuto il record di mamma-nonna: nel '94 Rosanna Della Corte di Viterbo ebbe un figlio a 63 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli altri casi



1992, LA PRIMA

In Italia la prima mamma nonna è considerata un'ex-ostetrica di 61 anni, Liliana Cantadori, che partorì nel 1992



1993, IL RECORD

Nel 1993, nacque il figlio di Rosanna Della Corte, 63 anni (record di età in Italia), di Canino, in provincia di Viterbo



2011, LA POLEMICA

Il caso recente che ha fatto più scalpore. Lei 57 anni, lui 70: la figlia è nata un anno fa, i giudici l'hanno data in adozione



**DOMANDE E RISPOSTE
D'ATTUALITÀ****STERILIZZATA,
RESTA INCINTA:
VA RISARCITA?**

A TOLMEZZO UNA DONNA CHE AVEVA SUBITO UNA STERILIZZAZIONE È RIMASTA INCINTA DEL SESTO FIGLIO. E HA OTTENUTO UN RISARCIMENTO DI 150MILA EURO. MA È GIUSTO?

La sentenza che ha condannato l'Asl a risarcire 150mila euro, calcolando un costo mensile pari a 260 euro, è destinata a lasciare il segno. Sul presupposto dell'importanza del consenso informato, cioè della volontà manifestata dalla donna, d'accordo con il marito, al medico a farsi sterilizzare e del



Risponde
**PAOLO
VINCI**

docente di diritto
sanitario e civile
Università
Milano - Bicocca.

conseguente errore concretizzatosi con una tuba mal legata, i giudici hanno pronunciato la sentenza in stretta osservanza del principio dettato dalla Cassazione, per cui la coppia subisce, con la nascita del figlio, "una trasformazione delle prospettive di vita e un sostanziale rovesciamento forzato della propria agenda". A ogni genitore, per effetto dell'inadempimento contrattuale, "viene imposta una vita diversa e peggiore di quella che avrebbe altrimenti condotto". Da qui il risarcimento.



IL CASO Sempre di più i genitori anziani

Partorisce due gemelle a 57 anni Mamme-nonne senza più limiti

La neo madre nel Salernitano: «Era il sogno della mia vita». Il fenomeno dilaga. E con i figli in provetta le nascite gemellari in aumento del 50%

Manila Alfano

■ Le mamme-nonne sono una scoperta tutta italiana. La prima era stata Liliana Cantadori. Aveva 61 anni quando mise al mondo un bel maschietto. Un «miracolo ginecologico» operato dal dottor Flamigni di Bologna grazie all'ovodazione e alla fecondazione in provetta. Era il 1993. Una rivoluzione. L'anno dopo è la volta di Rosanna Della Corte: mamma a 63 anni. Record storico. Un paio d'anni dopo uno studio americano dimostra che queste gravidanze si concludono spesso felicemente. Che ne nascituri ne madri sarebbero a rischio. Ma basta uno studio per risolvere la questione? Oggi è il boom delle mamme-nonne. Da un lato c'è la scienza, la tecnologia che appoggia e sorregge, che garantisce, incoraggia, dall'altro il desiderio di maternità senza limiti di tempo. Il tema divide e fa discutere. Chi è contro si scaglia anche sulle mamme vip, colpevoli di promuovere il mito della fertilità anziana, come Gianna Nannini, madre a 54 anni.

L'ultima mamma-nonna è di Salerno, ha 57 anni e stringe a sé le sue gemelline, Karola Pia e Adriana Cristina. Le bambine stanno bene, ma è stata una gravidanza difficile. «Ho coronato il sogno della mia vita lottando con mio marito per avere un figlio e alla fine ce

l'abbiamo fatta», ha detto lei ancora commossa. La donna, salernitana, medico di professione come il marito, presentava una gravidanza molto difficile perché complicata da ipertensione, diabete e presenza di un grosso fibroma, ma alla fine la loro è una storia a lieto fine.

Ma le mamme-nonne sono sempre di più nel nostro Paese. E non sempre si è pronti ad affrontare la situazione. Il Tribunale per i Minori di Torino ha dichiarato «adottabile» una bimba di un anno e mezzo togliendola ai suoi genitori naturali perché troppo anziani. Il padre ha 70 anni e la madre 57. Troppo vecchi per allevare un bambino? Quarantadue anni, 11 mesi e 29 giorni: è questo il limite d'età che le regioni vogliono porre come soglia di accesso per le donne che intendono sottoporsi a trattamenti di procreazione assistita rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. In pratica, allo scoccare dei 43, una donna sarebbe automaticamente out, fuori target.

Un'iniziativa che si inserisce proprio in un momento in cui si fanno sempre più accese le polemiche per le gravidanze mature, ma che suscita alcune perplessità nei medici. «L'idea è di uniformare i criteri di accesso in tutte le regioni - spiega Stefano Marson, del

coordinamento tecnico interregionale della commissione Salute - perché ora alcune hanno posto dei limiti e altre no». Come dimostra la delibera della regione Veneto che a giugno ha «esteso» la possibilità di fare i trattamenti a carico del sistema nazionale sanitario anche alle donne fino a 50 anni, e per gli uomini fino a 65 anni».

Ma stabilire per legge l'età di accesso alla fecondazione assistita non trova tutti concordi e divide anche i medici. E i genitori maturi sono sempre più numerosi in Italia. È diventata una questione di calcolo, di programmazione, di opportunità. Le coppie giovani aspettano a fare figli. C'è il lavoro a cui pensare, un contratto a tempo determinato che pesa, che crea incertezza, voglia di aspettare il momento giusto, di essere pronti. Poi si arriva alla corsa per un figlio, all'inseminazione artificiale, a tutti i costi. E non è un caso che negli ultimi anni sono praticamente raddoppiati i parti gemellari. Spesso si fugge via dall'Italia, si va in altri Paesi più elastici, con meno restrizioni, come la Spagna, la Romania. È lì che si può sognare di diventare mamma.



→ **Fecondazione e polemiche** Dopo il caso della bimba tolta dai giudici ai genitori «troppo vecchi»

→ **La nuova linea delle Regioni** 42 anni, 11 mesi e 29 giorni il limite imposto per l'accesso al rimborso

Salerno: medico mamma di due gemelline a 57 anni

La gioia di Silvana

«Un sogno che si avvera abbiamo lottato tutta la vita per avere questo»

Mirabello Monferrato

Contestati ai genitori episodi di abbandono della piccola

Dopo il caso della bimba tolta ai genitori e le accuse al tribunale, a Salerno un medico di 57 anni mette al mondo due bimbe nel solco delle polemiche sui nuovi limiti d'età imposti per la fecondazione.

LUCA DE CAROLIS

ROMA
luca_dec@yahoo.it

Mamma di due gemelle, a 57 anni. Un evento, proprio mentre medici e associazioni si dividono sulla coppia "troppo anziana" a cui i giudici di Torino hanno tolto la figlia di 16 mesi, e le Regioni pensano a un limite di età per l'accesso alla fecondazione assistita. Polemiche e discussioni che non potranno intaccare la felicità di Silvana Sofia, 57enne medico di Salerno, sposata con un suo collega. Il 9 settembre scorso, nell'ospedale salernitano San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, ha partorito due gemelline: Karola Pia, di due chili e in ottime condizioni, e Adriana Cristina, un chilo e 300 grammi, ancora sotto assistenza respiratoria. «Vista l'età della signora, è stato un evento straordinario» spiega Raffaele Petta, direttore della sezione gravidanze a rischio del San Giovanni. Messa a dura prova da una gestazione complicatissima. La donna, già affetta da ipertensione e diabete, aveva un fibroma (tumore benigno all'utero) «grande come un'arancia», come spiegano i sanitari.

Nuovi problemi sono arrivati dopo la trentesima settimana di gestazione. Le due placente si erano

fuse, causando una trasfusione di sangue da una gemella all'altra, e quindi una crescita maggiore di una delle due, a fronte di un grave ritardo di sviluppo dell'altra. Dopo 34 settimane di gravidanza, la donna è stata operata in anestesia locale. Un intervento difficile: la placenta era molto aderente e staccarla era complicato, anche per la presenza del fibroma. Ma alla fine è andato tutto per il meglio. E la neo-mamma ora può liberare tutta la sua gioia: «Ho coronato il sogno della mia vita, con mio marito abbiamo lottato tutta la vita per avere un figlio e ce l'abbiamo fatta».

La felicità della mamma da record stride con la disperazione della coppia di Mirabello Monferrato, in provincia di Alessandria, a cui il tribunale dei minori di Torino ha tolto la figlia di un anno e mezzo d'età. La mamma, Gabriella, di 58 anni, e il padre, Luigi Deambrosis, 70 anni, dopo diverse gravidanze interrotte, avevano fatto ricorso alla fecondazione eterologa all'estero. E così avevano avuto una bimba. Ma 15 mesi fa il tribunale dei minori l'ha affidata a un'altra famiglia. «Ce l'hanno tolta perché siamo troppo anziani» accusano i genitori. Il presidente del tribunale, Fulvio Villa, e il procuratore della Repubblica per i minorenni, Anna Maria Baldelli, replicano: «Nessun tribunale, meno che mai quello per i minorenni di Torino, dichiarerebbe adottabile un bambino perché i genitori sono "troppo anziani"». Secondo i giudici, la bimba sarebbe stata dichiarata "adottabile"

per episodi di abbandono da parte dei genitori. In particolare, il padre l'avrebbe lasciata da sola per 40 minuti in auto, piangente, quando la piccola aveva solo un mese. Accusa negata dall'uomo («Stavo scaricando la spesa, non l'ho mai persa di vista»), e che verrà discussa in un processo con inizio nel prossimo febbraio.

REGIONI E FECONDAZIONE

Sullo sfondo di carte bollate e drammi personali, rimane la domanda: è giusto diventare genitori oltre una certa età, facendo ricorso alla fecondazione artificiale? La risposta delle Regioni sembra un chiaro no, che potrebbe diventare norma. Un documento del tavolo interregionale sulla procreazione assistita fissa a 42 anni, 11 mesi e 29 giorni di età il limite per accedere alla fecondazione assistita con rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale. Il limite potrebbe abbassarsi per le donne affette da diabete e per quelle «con un indice corporeo di massa eccessivo o troppo basso»: ossia obese o troppo magre. Parametri che riprendono quelli della legge 40 sulla fecondazione assistita, giustificati con il fatto che gli ormoni della gra-



vidanza «sono diabetogeni», e che le donne con indici corporei imperfetti non hanno ciclo mestruale. «L'idea del documento è quella di uniformare i criteri di accesso in tutte le Regioni, perché alcune li hanno e altre no» spiega Stefano Marson, del coordinamento tecnico interregionale della commissione Salute. Il testo ora passerà all'esame della commissione degli assessori regionali alla Salute. Che dovranno fare i conti anche con il solito, drammatico problema: la mancanza di fondi, per i tagli delle manovre. ♦

Madre di due gemelle a 57 anni: "Il Signore mi aiuterà a crescerle"

Le bambine sono nate a Salerno, una è in terapia intensiva
Gravidanza travagliata e ad alto rischio: cesareo d'urgenza

il caso

ANTONIO SALVATI
SALERNO

Silvana è diventata mamma per la prima volta a 57 anni compiuti da un mese. Dieci giorni fa sono nate Karola Pia e Adriana Cristina al termine di una gestazione particolarmente travagliata. Sarà per questo che dopo aver ringraziato il Signore, non ha voluto dimenticare chi, come lei e il marito, ha tanto lottato per avere un figlio. «Dico a tutte le donne di non arrendersi e di andare avanti». Come ha fatto lei, medico sposata con un medico e originaria di un piccolo paese del Cilento.

Non è stata una gravidanza facile quella di questa donna, guardia medica come suo marito, quest'ultimo di origini greche. Quando ha bussato alla porta dell'ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno era incinta già da 19 settimane in seguito sembra, ad una ovodonazione. Subito è stata presa in cura dall'équipe «Gravidanza a rischio», un vero e proprio reparto speciale interno alla Terapia intensiva neonatale. Unica in tutta la Campania, la «Gravidanza a rischio» è stata istituita due anni fa su specifica indicazione di Attilio Bianchi, direttore generale dell'Azienda ospedaliera salernitana. Qui arrivano da tutta la regione i casi più difficili, le gravidanze più complicate. Come quella di Silvana, resa problematica un po' per l'età ma anche, e soprattutto, a causa di una serie di acciacchi progressivi. La

donna ha dovuto superare durante la gravidanza i problemi provocatigli dall'ipertensione, dal diabete e dalla presenza di un grosso fibroma, dalle dimensioni di un'arancia.

Nel corso della gestazione già erano state registrate due minacce d'aborto quando, alla trentesima settimana, i medici si sono accorti che le due placente delle bambine si erano fuse tra di loro. Un evento che ha comportato una continua trasfusione di sangue da una gemellina all'altra, con una crescita maggiore in una delle due ed un grave difetto di crescita nell'altra. Bisognava intervenire subito.

Così il primario Raffaele Petta e il suo staff (Mario Polichetti, Carlo De Rosa, Carmela Pugliese e l'anestesista Gianluca Apetino) hanno deciso di far partorire la donna alla trentaquattresima settimana di gestazione: un parto cesareo in anestesia locale reso ancora più complesso dal fatto che la placenta era molto aderente e non poche sono state le difficoltà a staccarla anche per la presenza del voluminoso mioma. Dopo la lunga operazione, le bimbe sono nate e affidate alle cure della Terapia intensiva neonatale (i dottori Antonio Criscuolo e Giuseppe Vassallo diretti dalla dottoressa Graziella Corbo). Karola Pia, di due chili circa, è subito apparsa in ottime condizioni mentre Adriana Cristina, di un chilo e 360 grammi, ha ancora bisogno di assistenza respiratoria.

«Considerata l'età avanzata della signora - ha spiegato il primario Raffaele Petta - si tratta di un evento straordinario che ha pochissimi riscontri. L'eccezionalità della gravi-

danza ha richiesto, infatti, particolare assistenza, ma alla fine tutto è andato per il meglio».

«Ho coronato il sogno della mia vita - ha spiegato Silvana - lottando con mio marito per avere un figlio e alla fine ce l'abbiamo fatta». Lei fervente cattolica e lui di fede greco-ortodossa non smettono di ringraziare Dio per il lieto evento («In questi giorni bellissimi che hanno completamente cambiato la nostra vita, ringraziamo il Signore va per questo splendido dono», hanno detto) e i medici che continuano ad assisterli («Gli operatori di queste strutture non hanno nulla da invidiare ad altre strutture anzi forse hanno oltre alla altissima professionalità, tanta umanità. Un ultimo ringraziamento al direttore generale Bianchi ed al direttore sanitario Scafarto che hanno fortemente voluto che a Salerno venisse istituita una struttura di "Gravidanza a rischio" specializzata nel controllare le gravidanze molto difficili e ci hanno evitato viaggi della speranza»). E in tanta gioia non si sottraggono alle polemiche che in questi giorni montano sui genitori troppo avanti negli anni rispetto al tradizionale modello di padre e madre: «Siamo certi che il Signore - spiega la coppia - oltre a questo dono ci darà la forza per seguire le nostre bambine».



PROCREAZIONE ASSISTITA

Calo di fertilità? Colpa del sovrappeso

IN EUROPA quasi la metà della popolazione adulta è obesa o pre-obesa, e in Italia siamo, in particolare, al 42 per cento. E' quanto emerge da una ricerca che mette a confronto i dati aggiornati di obesità e infertilità nei principali paesi europei, presentata al Congresso nazionale di procreazione assistita tenutosi a Desenzano. Questo fattore va

tenuto presente sotto l'aspetto di future gravidanze perché «sovrappeso e obesità possano rendere infertili e interferiscano con il buon esito delle tecniche di procreazione assistita» – ricorda **Andrea Borini**, Program Director del Congresso e Presidente Profert (Società Italiana Conservazione Fertilità).



Il rapporto

Garaci: troppe diagnosi tardive per l'Aids, superano il 60 per cento

di Gloria Sacconi Jotti



Sin dagli inizi dell'epidemia l'Istituto Superiore di Sanità monitora l'andamento dell'infezione da Hiv nel nostro Paese. «I nuovi dati del bollettino del Centro Operativo Aids (COA) confermano che sulla diffusione di questa infezione non bisogna abbassare la guardia», afferma il professor Enrico Garaci, presidente dell'Iss. I dati italiani, infatti, in linea con il trend europeo, indicano che, nonostante i progressi compiuti, l'Italia mostra fra i Paesi dell'Europa occidentale un'incidenza di nuove diagnosi di Hiv medio-alta, con 2.588 nuove diagnosi pervenute nel 2009, per un totale di oltre 45 mila diagnosi di infezione di Hiv negli ultimi 15 anni. La lettura di questi dati nel tempo ci racconta inoltre come è cambiato negli anni il target dell'infezione: non più in maggioranza tossicodipendenti, ma persone che contraggono l'infezione o che sviluppano la malattia in seguito a rapporti sessuali, sia etero che omosessuali. «Un altro problema è quello del ritardo della diagnosi - continua Garaci - soprattutto negli eterosessuali e negli stranieri e ciò spiega come la percezione del rischio, in particolare fra gli eterosessuali, sia ancora bassa. Aumenta inoltre l'età mediana alla diagnosi, che arriva ormai intorno ai 40 anni. Nel 2010 sono stati notificati al COA 1.079 casi di Aids per un totale di poco meno di 63 mila casi di malattia dal 1985 al 2010, la maggior parte dei quali concentrati nella fascia di età 30-49 anni, ma con un aumento della quota di casi nella fascia d'età 40-49 anni, sia tra gli uomini che tra le donne. Un dato che ci spinge ad affrontare l'Aids a 360 gradi, come nella tradizione dell'Iss, sia sul piano della sensibilizzazione e dell'informazione, ancor più, attraverso la ricerca che da sempre portiamo avanti nel campo dei farmaci ed in quello dei vaccini, per conoscere e poter combattere più efficacemente la malattia senza perdere mai di vista l'obiettivo dell'eradicazione dell'infezione. Nel 2010, quasi il 60% dei nuovi casi di Aids ha scoperto di essere sieropositivo molto tardi, in concomitanza con la diagnosi di Aids (pazienti cosiddetti «late presenters»); 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 ad oggi non ha usufruito dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi

gloriasj@unipr.it



Sanità. La rincorsa al riconoscimento

Pronti al decollo

27 nuovi organi

Paolo Del Bufalo

■ Cinque Ordini e 22 Albi nuovi di zecca per altrettante professioni sanitarie non mediche (infermieri, ostetriche, riabilitatori, tecnici sanitari e così via) sono pronti a fare il loro ingresso sulla scena delle categorie professionali. Ma un passo dall'approvazione in aula al Senato del disegno di legge che li istituisce, approvato all'unanimità dalla commissione Igiene e Sanità e pronto per il passaggio alla Camera, è arrivata la doccia fredda dei dubbi dell'Economia e di molti senatori non "sanitari": il provvedimento rischia di essere in contrasto con l'apertura alle liberalizzazioni contenuta nella manovra di Ferragosto.

Inoltre, il testo prevede la possibilità di riscatto ai fini previdenziali degli anni di studio anche non universitari, quelli resi equipollenti alle lauree ma a cui si accedeva senza il titolo di scuola media superiore, esistenti fino al 1990. Lo stop è tuttavia stato formalmente legato solo a una modifica della procedura sanzionatoria dei nuovi Ordini e il Ddl dovrebbe tornare direttamente in aula al Senato per una rapida approvazione: «Gli Ordini evitano abusivismo (ci sarebbero due abusivi per ogni professionista secondo le associazioni di categoria, ndr) e comportamenti scorretti: il Ddl deve andare avanti», ha detto il **ministro della Salute Ferruccio Fazio**.

Così per ora i 583mila operatori sanitari interessati restano alla finestra. La maggioranza

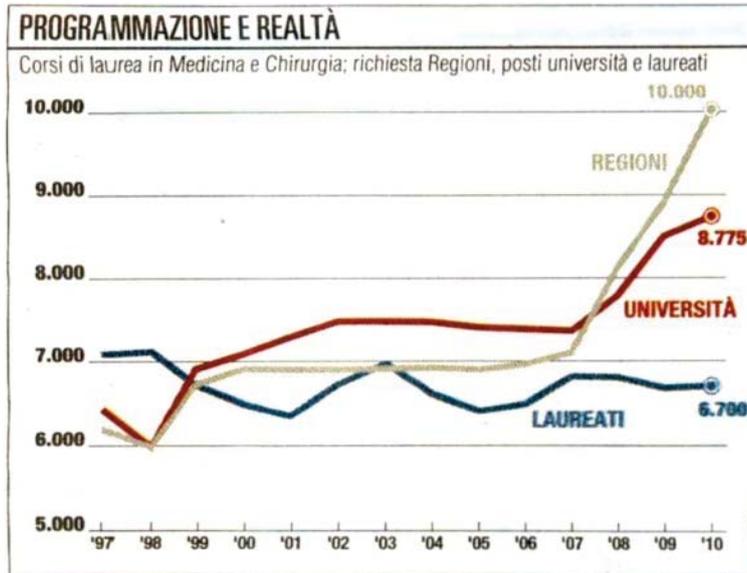
(375mila) sono infermieri (un Ordine e due Albi). Seguono gli Ordini delle ostetriche (17mila), delle professioni della riabilitazione (84mila con otto Albi), dei tecnici di radiologia medica (23.500) e delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione (84mila con dieci Albi). Il Ddl prevede anche la possibilità di costituire altri Ordini oltre i cinque previsti, purché abbiano almeno 20mila iscritti e altrettanti ne restino in quello "residuo".

Sempre di Ordini poi - ma questa volta però già esistenti, come quello di medici e odontoiatri - tratta anche un altro provvedimento su cui la commissione Affari sociali della Camera ha concluso la scorsa settimana l'esame in sede referente e che già oggi è atteso in aula a Montecitorio. È il cosiddetto «omnibus» voluto dal **ministro Fazio** con norme che vanno dalla regolamentazione delle sperimentazioni alla revisione, appunto, degli Ordini per le professioni sanitarie, la cui disciplina risale alla prima metà del secolo scorso. Gli Ordini e le relative federazioni diventeranno enti pubblici non economici istituiti per tutelare i cittadini e gli interessi pubblici e saranno sottoposti alla vigilanza del **ministero della Salute**. Si prevede l'obbligo di iscrizione anche per i pubblici dipendenti, l'individuazione di norme deontologiche per le équipe multiprofessionali e sanzioni di natura economica per gli iscritti in caso di illeciti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici "con" le frontiere sotto accusa il sistema di selezione



1



2

Nelle foto qui sopra, il ministro della Sanità Ferruccio Fazio (1) e il presidente di FNOMCeO Amedeo Bianco (2)

LA PROGRAMMAZIONE DEL MINISTERO, BASATA SU TEST PER ARRIVARE A UN NUMERO CHIUSO DI ISCRITTI ALL'UNIVERSITÀ, SI È DIMOSTRATA SBAGLIATA: L'ORDINE DEI MEDICI PARLA DI UNA CARENZA DI 40 MILA CAMICI BIANCHI NEL PROSSIMO DECCENNO. MA SOTTO ACCUSA È ANCHE IL METODO SCELTO DALL'ITALIA

Valentina Conte

Roma

Gli allarmi ci sono e pure autorevoli. Nei prossimi anni avremo bisogno di più medici, almeno 40 mila nel decennio, dice l'Ordine dei medici, visto che usciranno 115 mila professionisti, oggi tra i 51 e i 59 anni, il 38% della popolazione medica attiva. Lo stesso Piano sanitario nazionale 2011-2013, presentato come bozza lo scorso gennaio, stima in circa 17 mila il numero dei medici che lasceranno il servizio sanitario locale entro il 2015, con un saldo negativo tra pensionamenti e assunzioni già nel 2012.

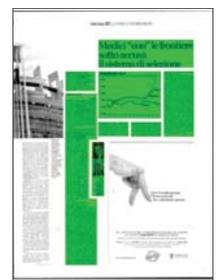
Come mai? Un errore di programmazione? Giusto, allora, che le quaranta facoltà italiane di Medicina e Chirurgia abbiano il numero chiuso? Il tema torna di attualità proprio nelle settimane in cui migliaia di studenti sono alle prese con i test di ingresso. Le domande delle aspiranti matricole que-

st'anno hanno toccato quota 90 mila per 9.501 posti da medico e 860 da odontoiatra. Un rapporto di uno a nove. Il numero chiuso è per moltissimi giovani la prima barriera per accedere a quelle professioni che tutti vogliono liberalizzare, ma che di fatto vivono di regole ancora rigide. A cominciare proprio da medicina. Se vuoi fare il dottore, devi superare un test. Dimostrare di sapere di tutto, come si evince dalle domande, a volte surreali, contenute nei test di settembre - dall'esilio di Anita Garibaldi al contrario dell'aggettivo 'solerte', dalla data dell'Unità d'Italia all'ordine cronologico delle opere di Pirandello, Montale, Verga e Moravia - e poi sperare.

Ma questa barriera è davvero giustificata? E chi la decide? E' ancora utile in un contesto europeo che ci chiede di aprire le professioni per crescere di più? L'asticella è fissata dal ministero dell'Istruzione che tiene conto delle richieste di Regioni, atenei e Ordine dei medici, e pure dei requisiti comunitari sulla reale capacità formativa del Paese, in termini strutturali e di perso-

nale: la disponibilità di aule, docenti, laboratori. Magià qui i conti scricchiano. La richiesta delle Regioni, ad esempio, per il 2011 è di 10.220 posti, più alta dei posti disponibili, a testimoniare un reale bisogno dei territori. Il ministro Fazio, alla fine di luglio, ha ridimensionato l'allarme lanciato dal suo stesso dicastero, tornando a parlare di «pletora» di medici: «Ne abbiamo 4 ogni mille abitanti, a fronte di una media Ocse di 3,3», diceva. Nel 2000 il rapporto era 6 ogni mille, il più alto d'Europa, il doppio di Francia, Germania, Regno Unito. Tuttavia, il problema esiste come pure il numero chiuso.

«E' un numero programmato, non chiuso, che guarda ai bisogni reali del sistema, come in tutti i paesi europei», ribatte Amedeo Bianco, presidente dell'Ordine dei medici. «Negli ultimi 4-5 anni questo numero è salito dai 6 ai 9 mila posti. Andare oltre si tradurrebbe in costi insopportabili e, soprattutto



to, in qualità scadente della formazione. Accogliere 50 mila studenti l'anno, ad esempio, vorrebbe dire avere 300 mila medici dopo sei anni. Follia. Meglio l'ingiustizia della selezione prima, che quella del mercato poi. O preferiamo professionisti pagati 3 euro l'ora che si sbattono per sbarcare il lunario? Al contrario, abbiamo bisogno di medici seri, preparati, competitivi. Certo, i test non sono sufficienti a selezionare le migliori capacità».

Da una parte, il problema di università non in grado di formare così tanti medici. Dall'altra una selezione basata su test inefficaci, che non sondano le attitudini e le motivazioni ad una professione sicuramente delicata. L'idea di alcuni paesi europei di selezionare, ma solo al secondo anno di studi, potrebbe essere una soluzione equa. «Se ne potrebbe parlare, non la escludiamo. Come non escludiamo il servizio di counseling che lo stesso Ordine potrebbe fornire per aiutare i giovani alla scelta più giusta», aggiunge Bianco. Il «macro-problema», come lo definisce Marina Calderone, presidente del Cup (Comitato unitario professioni) è proprio rendere più efficace la selezione e «definire l'assetto dei percorsi universitari». I professionisti «sono raddoppiati in dieci anni, ora siamo due milioni. E noi cosa facciamo? Aboliamo il numero chiuso per aumentare il livello della disoccupazione intellettuale? Meglio programmare in modo intelligente con le università percorsi e posti, aumentandoli quando, come nel caso dei medici, ce ne fosse davvero bisogno».

Tra le sei misure anti-tabacco, l'OMS ha raccomandato l'aumento delle tasse sui pacchetti

Il fumo uccide 5 milioni di persone ogni anno

Tabacco, tra rischi, danni accertati anche economici, lotta, prevenzione, "nuovo" contrabbando, questa volta, ancora povero, sciatto con merce racimolata o contraffatta.

E rispuntano anche i raccoglitori di cicche per farne, con il tabacco residuo, fumabili sigarette. Apprezzati questi ultimi "artigiani del riciclo" perché essi alleviano il pur gravoso problema delle cicche liberamente disperse nell'ambiente.

I PACCHETTI

In molti Paesi (1 miliardo di abitanti), sui pacchetti in vendita ci sono scritte di dissuasione o immagini macabre per impedire o ridurre il fumo.

L'industria del tabacco si rivolge, ora, soprattutto a donne, specie giovani ragazze (in Italia, fumano 22,3% delle donne e 28,9% degli uomini) e le invoglia con invitanti disegni, slogan e personaggi-simbolo. Analoghi ammiccamenti per acquirenti dei Paesi emergenti.

Nel mondo, un miliardo di fumatori abituali e più dell'80% di loro vivono in Paesi a basso-intermedio reddito. Fino a metà di loro morrà di malattia collegata al tabagismo.

Il tabacco è la più elevata causa di morti prevenibili: 6 milioni, quest'anno (tanti quanti ne causano, sommate, tubercolosi, aids, malaria). Di loro, 600.000 non fumatori ma esposti a fumo di altri (passivo).

Il tabagismo è un fattore che contribuisce grandemente all'epidemia di malattie non trasmissibili (cardiovascolopatie, enfisema, cancro) responsabili del 63% delle morti.

CAMPAGNE CONTRO

Due miliardi di persone vivono in Paesi nei quali è in atto una valida campagna contro il fumo; il 94% della popolazione non è protetta da legge che interdice di fumare. Resta molto da fare contro il fumo attivo e passivo che uccide, nel mondo, 5 milioni di persone l'anno, una ogni 6 secondi.

È proibito fumare solo in 22 delle 100 città più popolate del mondo.

LE SUPERTASSE

Tra le sei misure anti-tabacco, l'OMS ha raccomandato l'aumento delle tasse sui pacchetti acquistati. Lo hanno attuato già 27 Paesi che hanno tassato di oltre il 75% il prezzo di vendita (OMS Rapporto 2011). La riduzione del consumo di tabacco, in questi Paesi, si è resa evidente. Ma solo il 10% della popolazione mondiale è protetta da questa misura. L'Europa eccelle in questa politica. Dei 27 Paesi che, nel mondo, supertassano (75% nei più ricchi e 51% negli altri), 22 sono europei.

L'Irlanda tassa di più, il Kazakistan ha il più basso prezzo per le migliori marche e la Repubblica Moldova il più basso per le marche più scadenti.

In Australia, la vendita dei prodotti del tabacco è sottoposta a condizionamenti importanti.

I MEDICI

Negli Usa, in atto una crociata, il fumo equiparato a una droga illegale e, per esempio, a New York, l'acquisto del pacchetto di sigarette diventa un lusso perché troppo alta la tassa da pagare e, d'altra parte, è quasi di disdoro mostrale tra le proprie mani. Garattini propone che "si eviti che i fumatori entrino a lavorare negli ospedali e nel Servizio Sanitario Nazionale (19% dei Paesi proibisce di fumare in ospedali o scuole). Medici ospedalieri che non fumino è la migliore campagna antifumo. Invece il 24% dei medici è fumatore. Il fumo aumenta i loro clienti, li rende essi stessi malati ed uccide 70.000 italiani l'anno".

La norma di allontanarsi dal posto di lavoro comporta perdita di rilevante tempo che, monetizzato, raggiunge una media di 3,33 euro al giorno pro capite.

MERCATO

Le vendite di sigarette si sono ridotte, in Italia, del 2,2%, rispetto al 2009 quando sono stati venduti oltre 106 milioni di pacchetti in meno (quasi 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Dall'entrata in vigore della legge, la diminuzione delle vendite di sigarette è stata del 12% (diminuzione media di 1,7% l'anno).

IL CONTRABBANDO

Negli ultimi tempi si è registrato un ritorno prepotente del contrabbando. L'Italia,

luogo di transito dei tabacchi lavorati esteri di contrabbando destinati ad altri Stati dell'Ue ed introdotti, specie "intraispettivamente" (varchi doganali con documentazione falsa).

Anche fenomeni di contraffazione, vendite via web o cross-border (aumentato dopo l'entrata della Slovenia) ed accelerazione dei flussi di commercio transfrontaliero (per differenze di prezzo sul confine italo-sloveno, tra 2004 e 2008, calo delle vendite legali in Friuli-Venezia Giulia del 34%). Si acquistano prodotti illegali a prezzi molto più convenienti, entrati al di fuori di qualsiasi controllo doganale (mercato unico UE).

DANNO ECONOMICO:

Il fumo è anche danno economico. Da 4 a 100€ è il vero costo di un pacchetto di sigarette.

Ogni pacchetto, secondo uno studio dell'università politecnica di Cartagena (Spagna), può costare 107 € per gli uomini e 75 € per le donne se, nel prezzo, si considerano i costi personali (e non quelli - notevoli - del Servizio Sanitario derivati da malattia e morte prematura. Tra le oltre 4000 sostanze (gas e particolato) contenute nel tabacco che brucia ci sono conservanti, umidificanti collanti (un elenco di 599 voci) e un elemento radioattivo pericoloso come il Polonio. Opportuno, quindi, smettere o non iniziare e, ancor più, non riprendere a fumare.

L'OMS lancia l'allarme: il fumo ucciderà, nel XXI secolo, un miliardo di persone e farà perdere l'equivalente di una finanziaria di un intero continente.

LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

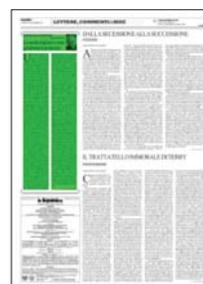
La sanità migliora i conti già pronta la punizione



Una buona notizia o, invece, una notizia ambigua? Interrogativo suggerito da una nota apparsa su *www.lavoce.info* a cura di Vittorio Mapelli, docente di economia sanitaria, accompagnata da due statistiche appena diffuse dall'Oecd Health Data 2011 sui più recenti dati del bilancio medico. Tra i più eclatanti lo scivolamento all'indietro dell'Italia nella classifica per la spesa sanitaria. «Ma la perdita di posizioni non è una cattiva notizia, anzi è ottima perché il nostro Paese dimostra di aver saputo controllare la dinamica della spesa più e meglio degli altri», sostiene *lavoce.info*. Le statistiche sono d'indubbio interesse ma anche foriere di qualche dubbio che per mancanza di dati disaggregati non siamo in grado di sciogliere. L'interrogativo irrisolto riguarda il quesito se il miglioramento contabile tocca o meno la qualità del servizio. Un esempio: l'obiettivo della diminuzione dei posti letto in rapporto alla popolazione rientra addirittura in una direttiva europea e alcune regioni, è il caso del Lazio, sono penalizzate perché, pur avendo provveduto a misure di taglio, sono ancora lontani dagli obiettivi previsti e hanno ancora troppi posti letto. È vero, ma è altrettanto vero che l'intasamento dei ricoverati nei pronti soccorsi dove restano anche dopo la stabilizzazione, impedendo l'afflusso regolare dei pazienti sopravvenienti è dovuto al taglio dei posti letto avvenuto precedentemente nei reparti di degenza. E i letti in soprannumero? Se si fa una ricerca specifica si vedrà che una quota notevole ricade nelle piccole cliniche religiose convenzionate ma del tutto inadeguate ad accudire malati comunque in stato critico. D'altra parte quale forza politica è in grado a Roma di disboscare la pletora delle piccole cliniche religiose? Una volta per impedire una misura in merito si mosse persino il Papa. Altri esempi possono essere portati ma non voglio sottovalutare l'importanza, comunque,

di due classifiche Ocse: la prima riguarda la spesa sanitaria pro-capite (in dollari a parità di potere d'acquisto), la seconda calcola l'incidenza sul Pil della spesa corrente, pubblica e privata, esclusi gli investimenti. Stando alla prima graduatoria, l'Italia con 3.020 dollari nel 2009 è superata non solo dai maggiori Paesi (Usa 7.598 dollari, Canada 4.139, Germania 4.072, Francia 3.872, Regno Unito 3.311), ma anche da piccoli Paesi come Svizzera, Olanda, Norvegia, Danimarca, Austria, Belgio. Oggi l'Italia è sotto la media Ocse. Anche nella classifica legata al Pil l'Italia è scesa al diciottesimo posto con il 9,1%, superata nel 2009 da Portogallo, Grecia, Spagna e Regno Unito e una crescita annua dell'1,6 % in termini reali (depurati dall'inflazione) mentre la media dell'Ocse è del 4%. I maggiori Paesi hanno da tempo superato il 10 per cento: Francia 11,5; Germania 11,2; Stati Uniti 16,6. Poiché l'andamento virtuoso nel controllo della spesa è confermato anche nel decennio precedente si può affermare che questa linea, consolidata dal Patto per la Salute tra governo e Regioni, esce premiata dall'esperienza. Da notare inoltre che l'Italia seguita a detenere il terzo posto assoluto per aspettativa di vita (81,8 anni) dopo Giappone e Svizzera. Va anche ricordato che le condizioni critiche del Ssn sono concentrate in cinque Regioni soggette a piani di rientro sotto commissario (Lazio, Campania, Abruzzo, Molise e Calabria) e che l'Abruzzo ne sta uscendo avendo già nel 2010 realizzato il pareggio della gestione. Ciò detto, ancor meno si giustificano le penalizzazioni della manovra economica per circa 5 miliardi che getterebbero, come si evince dalle dichiarazioni del ministro Fazio e del presidente della Conferenza delle Regioni, Errani, la sanità pubblica in una fase di definanziamento e di progressivo impoverimento di risorse tecnologiche e professionali. Il merito pu-

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. In tre anni le spese legali sono cresciute del 46%

Cause e risarcimenti: per gli ospedali conto da 600 milioni

In aumento il costo delle polizze assicurative
per mettersi al riparo da denunce per errori

**Sara Todaro
Paolo Del Bufalo**

■ Nel 2010 Asl e ospedali hanno speso in cause e risarcimenti il doppio di quanto sono costate tutte le consulenze sanitarie e non, richieste dal Ssn; metà di quanto è servito per pulizie o manutenzione. Il fantasma del leguleio in corsia (o nell'ufficio contabile) ha assorbito quasi 618 milioni di risorse che in assenza di contenzioso avrebbero forse potuto essere destinate alle attività core del servizio pubblico.

A documentare l'ennesima esplosione di spese legali nel Ssn è la relazione sulla finanza regionale della Corte dei conti, presentata in agosto, che segnala nel triennio (2008-2010) un incremento del 45,86%. Ma cos'è a far crescere le fatture "giuridiche" del Ssn?

Lo si scopre prendendo in esame il caso dettagliato dai giudici contabili della Campania: nell'ultimo triennio - spiegano - la Regione ha assorbito tra il 70% e l'80% del totale dei pagamenti. Oltre ai contenziosi medici in continuo aumento, la Regione ha registrato anche un'impennata delle vertenze per i ritardati pagamenti ai fornitori, che - assieme ai contenziosi sugli appalti, anch'essi in aumento - incidono sui bilanci di tutte le Regioni. E se aumentano le spese legali, costa anche sempre di più a medici e strutture sanitarie mettersi al riparo dalle conseguenze del rischio di denunce per *malpractice*: secondo gli ultimi dati aggiornati dell'Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici), nel 2009 l'operazione polizze è costata 485 milioni, di cui circa il 60% versato dalle strutture e il restante 40% dai singoli professionisti. E la cifra non dà conto dell'intero univer-

so: il dato è riferito solo alle compagnie di assicurazione italiane e non registra i premi incassati da società europee, molto attive e in qualche caso specializzate nel settore della responsabilità civile in ambito sanitario. Sempre nel 2009, le denunce di sinistro ricevute dalle assicurazioni sono arrivate a quota 34mila, (+15% rispetto al 2008): in aumento sia quelle contro i singoli professionisti (12.559; +6%) sia quelle contro le Asl (21.476; +21%). E la contrazione dei premi versati dalle Asl (-6,1%) si spiega solo con il ricorso sempre più diffuso a una maggiore ritenzione del rischio (franchigie) o all'autoassicurazione, nel tentativo di contenere l'insostenibile peso delle polizze: basti pensare che i premi versati dai singoli professionisti sono intanto aumentati dell'8,9%, grazie alla periodica rivalutazione dei contratti assicurativi, di cui ormai tutti o quasi i professionisti del settore si sono dotati. A imporre definitivamente l'obbligo di polizza Rc a tutte le categorie professionali è intanto sopraggiunta la manovra bis (Dl 138/2011) pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale di venerdì. Mentre è rimasto affidato a un ordine del giorno l'impegno a individuare con urgenza meccanismi di copertura per il personale del Ssn (circa 700mila persone).

La questione non è di poco conto. Su circa 16mila segnalazioni nel 2009, l'ultimo Rapporto «Pit Salute» del Tribunale dei diritti del malato censisce un 74% di presunti errori (49,5% terapeutici; 24,5% diagnostici).

Poco importa che un'elevata percentuale di queste segnalazioni non si traduca in accertamento di responsabilità e danno da risarcire.



L'errore "presunto" smentito a fine percorso provoca comunque un danno strisciante con cui le casse dello Stato stanno da tempo facendo i conti: la medicina difensiva che induce i professionisti a effettuare anche un gran numero di accertamenti inutili per pararsi le spalle da eventuali successivi rilievi. Un giochetto che secondo stime del ministero della Salute costerebbe alle casse sanitarie tra 9 e 15 miliardi l'anno tra sprechi e omissioni evitabili.

La soluzione? Una polizza Rc obbligatoria a carico delle strutture per tutti i dipendenti, come previsto da un Ddl in gestazione alla Igiene e Sanità del Senato dal 2008.

«La norma inserita nella manovra non risolve il problema: l'esercizio della professione è condizionato dalle attrezzature, dalla rianimazione, dall'infermiere che il Ssn mette a disposizione del professionista», commenta il Relatore, Michele Saccomanno (Pdl). «Uno Stato che capisce quanto può recuperare dall'evasione fiscale dovrebbe capire anche quanto potrebbe risparmiare eliminando le cause della medicina difensiva».

La XII è ancora in attesa del parere della Bilancio sugli emendamenti presentati in aprile. Intanto, in settimana, il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** è atteso nuovamente alla Igiene e Sanità per ragionare sulle sorti del Ddl. «Temo che ci ripeterà quello che già ci ha detto - conclude Saccomanno - che la convergenza c'è, ma che bisognerà trovare il momento adatto perché il Parlamento si occupi di una legge parlamentare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DDL AL SENATO

Rc obbligatoria, si allungano i tempi per l'ok

■ Il testo unificato del Ddl su nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, messo a punto dal relatore Michele Saccomanno a partire da 5 diversi Ddl, è in discussione in commissione Igiene e sanità del Senato da marzo 2009, dopo un iter avviato un anno prima.

La commissione ha concluso la discussione generale su testo ed emendamenti a fine 2009 ed è ancora in attesa del parere della Bilancio. Il provvedimento stabilisce che la responsabilità civile per danni a persona causate da personale sanitario medico e non, è a carico della struttura che per questo avrà l'obbligo di sottoscrivere una polizza per la responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera a vantaggio del personale e di chi usufruisce delle prestazioni sanitarie.

Le Regioni potranno istituire un Fondo di garanzia sostitutivo delle polizze definendo i contenuti minimi con un accordo quadro dastipulare con i sindacati.

Disposta infine la costituzione di un albo nazionale dei consulenti tecnici d'ufficio per le vertenze sulla responsabilità professionale del personale da cui sarà obbligatoria attingere e che dovrà rappresentare tutte le specialità e le professioni sanitarie non mediche.

Asl. Strutture chiamate ad attuare strategie di risk management

Exploit di ricorsi, compagnie in fuga

Fonte di litigi

Si intensifica anche il contenzioso sugli appalti che in molti casi porta al blocco dei lavori

Manuela Perrone

■ L'exploit dei contenziosi in corsia non fa soltanto volare le spese: provoca la fuga delle compagnie assicurative dal settore e costringe i medici, sempre più esasperati, alla medicina difensiva. Lo sanno bene i direttori generali delle Asl, che però invitano a guardare l'altra faccia della medaglia: la conflittualità medico-paziente è anche un pungolo a migliorare i servizi.

«Un conto - spiega Giovanni Monchiero, presidente della Fiaso, la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere - sono le pubblicità criminali di qualche studio legale che dichiara di assumersi il rischio della causa, incitando i cittadini a richieste risarcitorie pretestuose. Un altro è la pressione dell'opinione pubblica sugli eventi avversi, che ha fatto crescere negli ospedali la cultura del risk management e l'attenzione alla qualità».

Concorda Angelo Lino Del Favero, presidente di Federsanità Anci: «Il paziente è sempre più consapevole, dunque le strutture sono costrette a mettere in atto strategie di risk management, controllo dei processi e miglioramento della qualità».

Il nodo resta quello delle polizze. «Sta diventando difficile trovare compagnie che assicurino gli ospedali», dicono i manager. Come reagire? Monchiero illustra la via piemontese, che ha tagliato la testa al toro: via le polizze, largo a un'autoassicurazione con un fondo regionale cui le singole aziende contribuiscono in base alla sinistrosità.

E non c'è soltanto il conflitto medico-paziente. Per Del Favero è preoccupante anche la crescita del contenzioso sugli appalti: «Non c'è ormai quasi più gara che non si concluda con una montagna di ricorsi: è un grave problema, sia per le spese sia per il blocco dei lavori. Il Governo sta studiando una soluzione per limitare i contorni del contenzioso e garantire una corsia prioritaria alle opere importanti».

I medici soffrono di più il peso delle "denunce facili". «Il dato dei 34mila sinistri l'anno - dice però Costantino Troise, segretario dell'Anaa, il maggior sindacato degli ospedalieri - va rapportato al numero di prestazioni che il Ssn eroga: 300 milioni di visite specialistiche, 30 milioni di visite al pronto soccorso, 70 milioni di giornate di degenza. Visto così, è tra gli indici più bassi in Europa». Il problema è un altro: «A fronte del gran parlare i fatti sono scarsi: il Ddl sulla responsabilità sanitaria è bloccato e il livello di sicurezza delle cure rischia di essere travolto dai tagli operati dalle manovre. Perché la sicurezza dipende dagli organici, dai turni, dalle tecnologie. Da un sistema di errori si rischia di passare a un errore di sistema: passa il messaggio che la sanità pubblica è da buttare, mentre bisogna ricordare sempre che la medicina non è una scienza esatta».

Amareggiato Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami, l'associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente: «Siamo arrivati a 20mila iscritti. La categoria non ne può più: siamo sobissati di spot che invitano i cittadini a farci causa. Il medico è preda della medicina difensiva: fa troppo o, quando il rischio è alto, decide di non fare. A scapito della salute, dei conti e di chi sta male davvero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NEW YORK Oggi nel vertice dei capi di Stato

Più prevenzione per la sanità

Nel mondo tre persone su cinque muoiono per malattie non trasmissibili

Luigi Cucchi

■ Attesa per il vertice delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili - cancro, diabete, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche - in programma oggi e domani a New York con la partecipazione dei Capi di Stato. È questo il secondo Summit dedicato alla sanità dopo quello di dieci anni fa sull'Aids. Nel mondo 3 persone su 5, 36 milioni ogni anno, muoiono per malattie non trasmissibili. Di queste, 9 milioni prima dei 60 anni, quasi tutti (il 90%) nei Paesi in via di sviluppo. «Queste malattie - afferma Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione volontari oncologici (Favo) - si possono prevenire, ma per farlo è necessario una strategia a livello mondiale».

Il Summit è dunque la piattaforma da cui partirà una più efficace politica sanitaria mondiale anche in materia di lotta ai tumori. Favo, che da sempre è in prima linea nel sostenere i malati e nella sensibilizzazione internazionale, ha sollecitato e ottenuto un tavolo di lavoro e coordinamento presso la presidenza del Consiglio dei ministri, sotto la responsabilità del sottosegretario Gianni Letta.

«L'Italia - continua il presidente De Lorenzo - essendo all'avanguardia europea per quanto concerne l'assistenza sociale ai malati di cancro, attraverso il [ministero della Salute](#), ha così potuto dare un contributo importante alla stesura della mozione che verrà discussa all'Assemblea generale delle Nazioni Unite». Favo è intervenuta anche a livello europeo presso il presidente della Commissione José Manuel Barroso e l'alto commissario per la salute John Dalli ottenendo buoni risultati. Alla luce di ciò la Federazione è stata invitata a partecipare al vertice quale unica organizzazione di pazienti oncologici, in Italia e in Europa. Francesco De Lorenzo ed Elisabetta Iannelli saranno dunque a New York e affiancheranno la delegazione governativa italiana guidata dal [ministro Fa- zio](#). Un lavoro di squadra che ha dato, at-

traverso il [ministero della Salute](#), un rilevante contributo alla stesura della mozione che verrà discussa all'Assemblea generale. Le più recenti indagini sulla diffusione dei tumori in Italia evidenziano che l'incidenza negli uomini è in diminuzione mentre per le donne è in crescita ovunque, con una tendenza però più accentuata nelle regioni meridionali.

La mortalità per tutti i tumori combinati è in costante riduzione negli ultimi anni sia per i maschi che per le femmine nelle regioni del Centro-Nord. Questa tendenza riflette gli avanzamenti diagnostici e terapeutici raggiunti in molte patologie oncologiche. Inoltre la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi aumenta per tutte le sedi oncologiche analizzate (tumori del polmone, del colon retto, della mammella, dello stomaco, della prostata) ma rimane generalmente inferiore nell'area meridionale rispetto al resto del paese. Il numero dei pazienti colpiti da neoplasie è in rapida crescita: nell'arco di trent'anni tutti i tumori sono quasi quadruplicati passando da circa 470 mila nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007. Questi pazienti, sia pure con bisogni diversi in funzione della progressione della malattia, incidono sulla crescita della domanda sanitaria e dei programmi di assistenza. La dichiarazione in discussione all'Assemblea avrà un grande impatto non soltanto su una rinnovata attenzione ai problemi della salute ma anche sugli aspetti economici e sui diritti umani. Le indicazioni operative più concrete ed immediate sono: un'ulteriore tassazione sul tabacco per ridurre il consumo; la diffusione dei vaccini e degli screening per prevenire il cancro; un facilitato accesso alle cure palliative e alla riabilitazione. La Federazione delle associazioni dei volontari in oncologia (Favo) è stata costituita nel 2003 ed ha riunito oltre 500 associazioni che già erano attive in quest'area. Tra le grandi battaglie di questa Federazione vi è il riconoscimento dei diritti del paziente oncologico soprattutto di quelli misconosciuti sul luogo di lavoro.



È TEMPO DI ANALISI

Prelievi di sangue e ultrasuoni, le spie dell'organismo

PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE
E SONO MOLTE LE POSSIBILITÀ PER FARLO
COME SOTTOPORSI PERIODICAMENTE
AI CONTROLLI E NON DIMENTICARSI
DELLE SCADENZE ANNUALI

SINDROME METABOLICA

Fabrizia Bamonti: «Il 35% della popolazione ha valori sballati ma in pochi se ne occupano»

Tutti dovremmo sottoporci più spesso ai check up. Molti li conosciamo bene, altri sono più insoliti come lo screening dello stress ossidativo che monitora i radicali liberi

Alessandro Malpelo

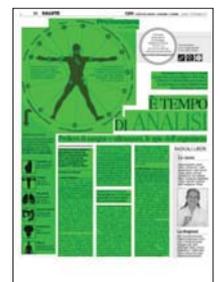
LA PREVENZIONE funziona. Dopo la pausa estiva è tempo di check-up. Ad esempio nelle malattie dell'intestino. «Una singola sigmoidoscopia flessibile, tra i 55 e i 64 anni — dichiara Nereo Segnan del Centro prevenzione oncologica del Piemonte — abbassa del 31% l'incidenza del cancro del colon retto». I risultati sono usciti sul notiziario del *National Cancer Institute* negli Stati Uniti. Allo studio multicentrico hanno contribuito tra gli altri, il Servizio di gastroenterologia delle Molinette di Torino, diretto da Mario Rizzetto, l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, l'Istituto dei Tumori di Genova, l'IRCC di Candiolo, l'ISPO di Firenze. Vari centri clinici, a Biella, Genova, Arezzo, Milano, Rimini, hanno aderito in rete.

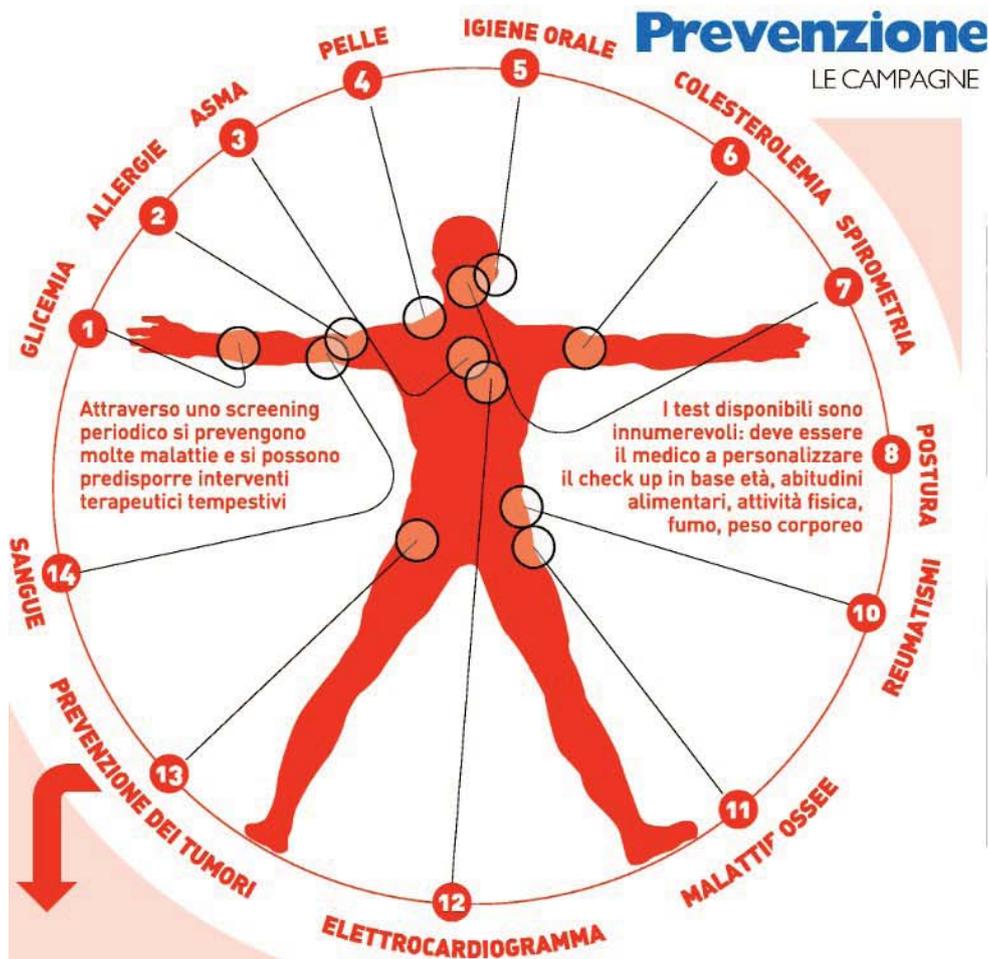
A Modena, sede di un altro screening, l'Ausl brilla per cortesia e perseveranza: il direttore sanitario in persona, Giorgio Lenzotti, scrive a quanti non hanno risposto all'invito a eseguire la ricerca del sangue occulto, l'obiettivo è ar-

rivare al cento per cento di persone controllate per il colon retto. Fa un passo avanti intanto il *Festival della Salute* di Viareggio, che amplia gli spazi dedicati ai check up. Dal 29 settembre al 2 ottobre, presso il Centro Congressi Principe di Piemonte, sarà possibile sottoporsi, gratuitamente, ad alcuni dei principali test in grado di diagnosticare le malattie più diffuse, si potranno fare controlli per la glicemia, le allergie, l'asma, la pelle, i reumatismi, l'igiene orale, il sangue, la postura, le ossa, la corretta alimentazione e altro. Per Fabrizia Bamonti, professore associato di biochimica clinica all'università di Milano, è di fondamentale importanza la raccolta del campione e la qualità del laboratorio. Urine, sangue, un prelievo di routine, offrono una miniera di informazioni, restituiscono un'eloquente fotografia dell'organismo. Un esempio lampante? «Lo screening della sindrome metabolica — spiega la professoressa Bamonti — da vagliare attraverso la glicemia a digiuno, il dosaggio dei trigliceridi e del colesterolo buono, cui si aggiunge la misurazione della pressione e del girovita». Potrebbero essere i medici di famiglia a proporlo, talvolta è un riscontro occasionale. «Il 35 per cento della popolazione ha valori sballati oppure è in sindrome metabolica conclamata, e pochi se ne vogliono occupare». In effetti siamo sollecitati ogni giorno da offerte di screening di ogni tipo, dal melanoma alla tiroide, dai capelli... ai piedi. E non è facile orientarsi tra tutto quello che si dovrebbe tenere a mente.

ALTRO TEMA collegato agli screening riguarda la prescrizione di statine per il colesterolo, e il monitoraggio degli effetti collaterali dopo anni di terapia. Fino alla ricerca delle molecole ossidate dai radicali liberi. E' lo screening dello stress ossidativo, tanti ne parlano, pochi lo misurano. Cristina Vassalle, professoressa della Fondazione Monasterio di Pisa, è una sostenitrice dell'esame del sangue su siero per dosare i ros (specie reattive dell'ossigeno) consigliate per monitorare il rischio ipertensione, aterosclerosi, obesità, diabete. Il valore può alterarsi per perdita della capacità antiossidante, complici fumo o stress, o per un aumento di radicali liberi dovuti a patologie sconosciute, farmaci o scarsa attività fisica.

E terminiamo, ultima ma non meno importante, con l'invito di Maria Luisa Brandi, Società italiana osteoporosi, che porta avanti un ambizioso progetto di educazione ai bambini, *Mister Bone* per il benessere dello scheletro fin dai primi anni di vita. E promuove lo screening nelle piazze, con gli ultrasuoni: «Pensiamo alle donne dopo la menopausa — avverte la professoressa Brandi — raccomandiamo a tutte di misurare la densità minerale, per la prevenzione delle fratture da fragilità».





PRINCIPALI ESAMI

Come per tutti gli altri esami di screening, la prescrizione di indagini approfondite dipende da una eventuale **familiarità** della patologia, dall'**età** e dallo **stile di vita**



MAMMELLA
Mammografia
(50-70 anni)



UTERO
Pap Test
(25-65 anni)



POLMONI
Radiografia del torace
(50-60 anni)



COLON-RETTO
Colonscopia
(50-70 anni)



PROSTATA
Psa
(50-70 anni)



PELLE
Mappatura nei;
epiluminescenza