

# *Pillola dei 5 giorni all'esame dell'Aifa*

È UFFICIALMENTE partito l'iter da parte dell'agenzia del farmaco Aifa alla pillola dei 5 giorni dopo per decidere se il farmaco sarà disponibile in Italia senza la prescrizione medica, così come succede per i farmaci da banco. Sono già 11 i paesi europei che si sono espressi criticamente rispetto a questa opportunità, ha precisato il direttore dell'Aifa Luca Pani, e 6 i paesi che avevano precedentemente già imposto l'obbligo di prescrizione, e fra



questi, appunto, il nostro paese. L'esame non sarà affatto un mero passaggio formale. La commissione tecnico scientifica dell'Aifa procederà prima con alcune audizioni.



# Pillola dei 5 giorni, critici 11 Paesi Ue

**P**ossibile interazione con altri farmaci, dubbi sul reale meccanismo di funzionamento e soprattutto incompatibilità assoluta con la vita del feto, motivo per cui nel nostro Paese (e in altri 6 in Europa) oltre che la prescrizione di un medico, la pillola dei 5 giorni dopo EllaOne richiede anche un test di gravidanza negativo. Sono molte le nubi che si addensano sulla decisione choc dell'Agenzia del farmaco europea (l'EMA) di dare il via libera alla vendita del farmaco senza ricetta. Lo ha sottolineato il direttore dell'Aifa Luca Pani, rivelando che «quella europea è stata una decisione molto combattuta, con 11 Paesi, inclusa l'Italia, che hanno votato contro la trasformazione della pillola EllaOne in prodotto senza obbligo di prescrizione medica». Motivo per cui, ha precisato Pani, «non ci si deve stupire se la questione ora deve essere approfondita».

## L'Agenzia del farmaco avvia l'iter per decidere se vendere il farmaco senza ricetta: «In molti perplessi»

Ecco perché ieri è ufficialmente partito l'iter da parte dell'Agenzia del farmaco per decidere sulla questione: «L'esame non sarà affatto un mero passaggio formale, prima si riunirà la commissione tecnico scientifica e poi procederemo con alcune audizioni», ha precisato Pani. Fra i problemi da esaminare dagli esperti dell'Aifa, in particolare, c'è quello della normativa che riguarda i contraccettivi in generale: per questi serve la prescrizione del medico, ma l'accettazione

dell'indicazione europea porterebbe a trattare questo «contraccettivo di emergenza» (in realtà considerato da numerosi medici e farmacisti come un vero e proprio abortivo) con un trattamento di favore rispetto agli altri. «Aspettiamo anche il parere della Consiglio Superiore di Sanità», ha concluso poi Pani. Per quest'ultimo, tuttavia, ci vorrà del tempo. Un precedente parere era stato espresso nel 2011, quando per gli esperti del massimo organo consultivo del ministero della Salute alla commercializzazione della EllaOne andava posto un paletto: il farmaco, cioè, poteva essere dispensato come «contraccettivo d'emergenza» purché la donna non fosse incinta (cioè dopo un test negativo). Un parere condiviso in Europa da Germania, Polonia, Grecia, Croazia e Ungheria. Proprio quest'ultima, tra l'altro, ha già deciso di non accettare la decisione dell'EMA. (V.D.)



# Pillola dei 5 giorni, critici 11 Paesi Ue

**L'Agenzia del farmaco avvia l'iter per decidere se vendere il farmaco senza ricetta: «In molti perplessi»**

**P**ossibile interazione con altri farmaci, dubbi sul reale meccanismo di funzionamento e soprattutto incompatibilità assoluta con la vita del feto, motivo per cui nel nostro Paese (e in altri 6 in Europa) oltre che la prescrizione di un medico, la pillola dei 5 giorni dopo EllaOne richiede anche un test di gravidanza negativo. Sono molte le nubi che si addensano sulla decisione choc dell'Agenzia del farmaco europea (l'Ema) di dare il via libera alla vendita del farmaco senza ricetta. Lo ha sottolineato il direttore dell'Aifa Luca Pani, rivelando che «quella europea è stata una decisione molto combattuta, con 11 Paesi, inclusa l'Italia, che hanno votato contro la trasformazione della pillola EllaOne in prodotto senza obbligo di prescrizione medica». Motivo per cui, ha precisato Pani, «non ci si deve stupire se la questione ora deve essere approfondita». Ecco perché ieri è ufficialmente partito l'iter da parte dell'Agenzia del farmaco per decidere sulla questione: «L'esame non sarà affatto un mero passaggio formale, prima si riunirà la commissione tecnico scientifica e poi procederemo con alcune audizioni», ha precisato Pani.

Fra i problemi da esaminare dagli esperti dell'Aifa, in particolare, c'è quello della normativa che riguarda i contraccettivi in generale: per questi serve la prescrizione del medico, ma l'accettazione dell'indicazione europea porterebbe a trattare questo "contraccettivo di emergenza" (in realtà considerato da numerosi medici e farmacisti come un vero e proprio abortivo) con un trattamento di favore rispetto agli altri. «Aspettiamo anche il parere della Consiglio Superiore di Sanità», ha concluso poi Pani. Per quest'ultimo, tuttavia, ci vorrà del tempo. Un precedente parere era stato espresso nel 2011, quando per gli esperti del massimo organo consultivo del [ministero della Salute](#) alla commercializzazione della EllaOne andava posto un paletto: il farmaco, cioè, poteva essere dispensato come "contraccettivo d'emergenza" purché la donna non fosse incinta (cioè dopo un test negativo). Un parere condiviso in Europa da Germania, Polonia, Grecia, Croazia e Ungheria. Proprio quest'ultima, tra l'altro, ha già deciso di non accettare la decisione dell'Ema. (V.D.)



[www.adnkronos.com/salute](http://www.adnkronos.com/salute)

## **Le staminali riparano i bronchi, a Milano il primo caso Riparato il tessuto bronchiale di un giovane malato di tumore al polmone**



Cellule staminali per aggiustare organi e tessuti malati: la speranza della medicina rigenerativa, che a Milano è diventata realtà. L'università degli Studi e l'Istituto europeo di oncologia del capoluogo lombardo annunciano oggi una prima italiana: in un quarantenne colpito da un tumore polmonare è stata ottenuta la completa guarigione di una fistola bronchiale. Lo studio, pubblicato sul 'New England Journal of Medicine', è stato condotto dall'Istituto con l'ateneo Statale e la Cell Factory della Fondazione Policlinico del capoluogo lombardo. Si tratta del "primo caso mai realizzato di riparazione del tessuto bronchiale con staminali - spiegano i medici - che decreta in modo definitivo il passaggio dal laboratorio alla clinica di queste cellule studiate ovunque nel mondo per il loro potere di rigenerarsi nei tessuti in cui sono trasferite".

La tecnica è stata sviluppata da Francesco Petrella, vicedirettore della Divisione di Chirurgia toracica dell'Istituto, diretta da Lorenzo Spaggiari, docente al Dipartimento di Scienze della salute della Statale meneghina. Un lavoro svolto in collaborazione con la Cell Factory del Policlinico e con Fabio Acocella, del Dipartimento di Scienze veterinarie per la salute, la produzione animale e la sicurezza alimentare dell'università degli Studi, che ha sviluppato la fase di ricerca preclinica su modello animale.

"Abbiamo prelevato cellule staminali adulte mesenchimali dal midollo osseo del paziente - illustra Petrella - un giovane di 42 anni sottoposto all'asportazione del polmone destro per mesotelioma pleurico", tumore noto alle cronache per i suoi legami con l'esposizione alle fibre d'amianto. "Le abbiamo espanse e poi inoculate tramite una metodica miniminvasiva, la broncoscopia flessibile, nell'area del bronco dove si era creata una fistola post-chirurgica, una sorta di 'ferita aperta' tra il bronco e il cavo pleurico, dovuta alla mancata cicatrizzazione fisiologica che normalmente avviene dopo la chirurgia. La metodica si è rivelata efficace nello stimolare la cicatrizzazione del bronco, evitando così altri interventi invalidanti. Oggi, a 8 mesi dal trapianto di staminali, il paziente sta bene e non ha avuto recidive".

"Per quanto a oggi conosciamo sulle cellule staminali mesenchimali - continua Petrella - sappiamo che sono in grado di migrare ed attecchire nelle aree di infiammazione e di danno ai tessuti. Una volta impiantate nel sito bersaglio da curare, nel nostro caso la fistola bronchiale, le staminali mesenchimali hanno la capacità di instaurare un contatto con il microambiente cellulare circostante, fenomeno definito in termini tecnici 'cross-talk', che consente un processo di riparazione e/o rigenerazione, con graduale ripristino delle funzioni danneggiate".

"Da decine di anni - osserva Spaggiari - la letteratura mondiale propone soluzioni invasive per risolvere il grave difetto di cicatrizzazione chiamato fistola post-chirurgica, che si produce in circa l'8% dei casi di pneumonectomia e nel 3% dei casi di lobectomia, e può essere letale. Fino ad oggi noi chirurghi siamo stati costretti ad intervenire su malati già provati dalla chirurgia, con metodiche di salvataggio invalidanti, che possono richiedere medicazioni quotidiane anche per anni. Per questo siamo entusiasti di aver dimostrato clinicamente che le staminali adulte possono indurre una riparazione 'naturale', contribuendo ulteriormente allo sviluppo delle tecniche del trapianto del bronco e anche della trachea. Il trapianto con staminali infatti non crea rigetto".

La metodica clinica sviluppata allo IEO è l'esito di un precedente studio sperimentale condotto dall'Istituto fondato da Umberto Veronesi e dall'università Statale di Milano, pubblicato l'anno scorso sugli 'Annals of Thoracic Surgery'. Il gruppo, si precisa in una nota, ha seguito tutte le procedure di autorizzazione richieste dall'Agenzia italiana del farmaco per l'utilizzo delle staminali nell'uomo. "Ora - conclude Spaggiari - creeremo un protocollo di studio e inizieremo una ricerca clinica di fase I per poter diffondere la nostra metodica alla pratica clinica. Sono necessari approfondimenti, studi e protocolli sia clinici che sperimentali prima che possa diventare standard. In futuro pensiamo di estendere i risultati ottenuti oggi sulle vie aeree anche ad altri distretti anatomici".

**STAMINALI  
RIPARANO  
IL BRONCO**

Una grave complicazione post operatoria risolta non con un ennesimo intervento come si faceva sinora, ma con un impianto di staminali del paziente stesso. Il tutto allo IEO di Milano. Il caso, uomo di 42 anni con asportazione di un polmone per mesotelioma pleurico, è descritto sulla edizione online del *New England Journal of Medicine* di ieri, una fra le più autorevoli riviste mediche internazionali. La tecnica è stata sviluppata da Francesco Petrella, vice direttore della Divisione di Chirurgia Toracica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, in collaborazione con la Cell Factory del Policlinico di Milano e il Dipartimento di Scienze veterinarie per la salute, la produzione animale e la sicurezza alimentare dell'Università Statale, che ha sviluppato la fase di ricerca pre-clinica su modello animale. «Abbiamo prelevato le staminali dal midollo osseo del paziente, sottoposto all'asportazione del polmone destro per mesotelioma pleurico - spiega Petrella - Le abbiamo espanse e poi inoculate nell'area del bronco dove si era creata una fistola post-chirurgica, una sorta di "ferita aperta" tra il bronco e il cavo pleurico, dovuta alla mancata cicatrizzazione che normalmente segue la chirurgia. La

metodica si è rivelata efficace nello stimolare la cicatrizzazione del bronco, evitando così altri interventi invalidanti. Oggi, a otto mesi dal trapianto di staminali, il paziente sta bene e non ha avuto recidive».



# Staminali «riparano» i bronchi A Milano primo caso al mondo

**VITO SALINARO**  
MILANO

**È** opera di ricercatori italiani la prima procedura al mondo «di riparazione del tessuto bronchiale con cellule staminali» concluso con successo. La tecnica, eseguita all'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano, ha riguardato un paziente di 42 anni alle prese con le conseguenze dell'asportazione del polmone destro a causa di un mesotelioma pleurico, un tumore molto aggressivo e noto per i suoi legami con l'esposizione alle fibre dell'amianto. I medici, per guarirlo da una piccola fistola bronchiale e ripristinare così le funzioni danneggiate dall'intervento, hanno prelevato le cellule staminali adulte mesenchimali dal suo midollo osseo. Le cellule sono state lasciate moltiplicare in laboratorio e quindi reiniettate tramite una procedura miniminvasiva nell'area del bronco dove si era creata una fistola post-chirurgica, «una sorta di "ferita aperta" – affermano i medici – tra il bronco e il cavo pleurico, dovuta alla mancata cicatrizzazione fisiologica che normalmente avviene dopo la chirurgia».

Il risultato è stato pubblicato dal *New England Journal of Medicine*. «La metodica – dichiarano gli specialisti – si è rivelata efficace nello stimolare la cicatrizzazione del bronco, evitando così altri interventi invalidanti. Oggi, a otto mesi dal trapianto di staminali, il paziente sta bene e non ha avuto recidive». La

tecnica è stata sviluppata da Francesco Petrella, vice direttore della Divisione di Chirurgia toracica dell'Ieo, diretta da Lorenzo Spaggiari, docente al Dipartimento di Scienze della salute all'Università di Milano, in collaborazione con la Cell Factory della Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano e con Fabio Accocella, del Dipartimento di Scienze veterinarie per la salute della stessa università milanese, che ha sviluppato la fase di ricerca pre-clinica su modello animale.

La scoperta, spiegano gli autori, «decreta in modo definitivo il passaggio dal laboratorio alla clinica» delle cellule staminali capaci di realizzare la riparazione di tessuti e organi. «Le staminali mesenchimali – dice Petrella – sono in grado di migrare ed attecchire nelle aree di infiammazione e di danno ai tessuti. Una volta impiantate nel sito bersaglio da curare, hanno la capacità di instaurare un contatto con il microambiente cellulare circostante, che consente un processo di riparazione e/o rigenerazione, con graduale ripristino delle funzioni danneggiate».

«Siamo entusiasti – osserva Spaggiari – di aver dimostrato clinicamente che le staminali adulte possono indurre una riparazione "naturale", che, quindi, «non crea rigetto. Creeremo un protocollo di studio e inizieremo una ricerca clinica di fase uno per poter diffondere la nostra metodica alla pratica clinica». Inoltre, «pensiamo di estendere i risultati ottenuti oggi sulle vie aeree anche ad altri distretti anatomici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Le staminali usate per rigenerare un polmone

## Primo intervento allo Ieo. Cellule trapiantate nel bronco di un malato di tumore

### Il caso

Una «ferita aperta» guarita con un'iniezione di staminali. Una fistola, la chiamano i medici, che si era formata nel bronco di un paziente, operato per un mesotelioma alla pleura, e che i ricercatori milanesi dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), in collaborazione con i colleghi della Cell Factory dell'Università statale di Milano, hanno curato con ottimi risultati. Sono passati otto mesi dal trapianto e il malato sta bene. È la prima volta che le staminali (quelle mesenchimali, che vengono prelevate dal paziente stesso, moltiplicate in laboratorio e trapiantate, senza rischio di rigetto) vengono utilizzate per riparare i tessuti delle vie aeree. In questo caso i bronchi.

«Abbiamo prelevato le cellule staminali dal midollo osseo del malato, un uomo di 42 anni, al quale era stato asportato il polmone destro per un mesotelioma pleurico — precisa Francesco Petrella, chirurgo toracico allo Ieo —. Le abbiamo espanse (cioè moltiplicate in laboratorio, ndr) e poi le abbiamo trapiantate nel bronco del paziente. Con successo».

Questa è una bella notizia perché racconta che la ricerca sulle staminali sta andando avanti, ma soprattutto è una notizia certificata da una fonte autorevole: il *New England Journal of Medicine* dove è stato descritto l'intervento. La cura di una fistola può sembrare cosa poco importante (certo, non per quelle otto persone su cento che ne soffrono dopo l'asportazione di un polmone: e sono comunque tante perché oggi il tumore polmonare è in cima alle classifiche delle neoplasie più diffuse come pure il mesotelioma, tumore legato all'esposizione all'amianto). Ma la letteratura scientifica ci sta anche raccontando le possibilità offerte dalle staminali per il trattamento di malattie che hanno una diffusione molto più ampia: quelle dell'occhio

(malattie della cornea, patologie come la degenerazione maculare senile o disturbi della retina) o della pelle (ustioni in primo piano). E poi l'infarto e lo scompenso di cuore.

In questo momento ci stanno lavorando molto i ricercatori francesi, guidati da Philippe Menasché dell'Ospedale Georges Pompidou di Parigi, che hanno programmato una sperimentazione su sei malati affetti da queste patologie (il trattamento prevede l'uso di staminali embrionali). Uno dei malati ha avuto il trapianto tre mesi fa e al momento sta bene. Lo dicono i giornali francesi, ma lo certificano anche i rapporti scientifici.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Cosa sono

● Le staminali mesenchimali sono cellule adulte e indifferenziate. Si trovano soprattutto nel midollo osseo

● Hanno un ruolo rigenerativo dei tessuti e quelle neofornate possono sostituirsi alle altre guarendo ferite aperte



# Le staminali usate per rigenerare un polmone

## Primo intervento allo Ieo. Cellule trapiantate nel bronco di un malato di tumore

### Il caso

Una «ferita aperta» guarita con un'iniezione di staminali. Una fistola, la chiamano i medici, che si era formata nel bronco di un paziente, operato per un mesotelioma alla pleura, e che i ricercatori milanesi dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), in collaborazione con i colleghi della Cell Factory dell'Università statale di Milano, hanno curato con ottimi risultati. Sono passati otto mesi dal trapianto e il malato sta bene. È la prima volta che le staminali (quelle mesenchimali, che vengono prelevate dal paziente stesso, moltiplicate in laboratorio e trapiantate, senza rischio di rigetto) vengono utilizzate per riparare i tessuti delle vie aeree. In questo caso i bronchi.

«Abbiamo prelevato le cellule staminali dal midollo osseo del malato, un uomo di 42 anni, al quale era stato asportato il polmone destro per un mesotelioma pleurico — precisa Francesco Petrella, chirurgo toracico allo Ieo —. Le abbiamo espanse (cioè moltiplicate in laboratorio, ndr) e poi le abbiamo trapiantate nel bronco del paziente. Con successo».

Questa è una bella notizia perché racconta che la ricerca sulle staminali sta andando avanti, ma soprattutto è una notizia certificata da una fonte autorevole: il *New England Journal of Medicine* dove è sta-

### Cosa sono

- Le staminali mesenchimali sono cellule adulte e indifferenziate. Si trovano soprattutto nel midollo osseo
- Hanno un ruolo rigenerativo dei tessuti e quelle neoformate possono sostituirsi alle altre guarendo ferite aperte

to descritto l'intervento. La cura di una fistola può sembrare cosa poco importante (certo, non per quelle otto persone su cento che ne soffrono dopo l'asportazione di un polmone: e sono comunque tante perché oggi il tumore polmonare è in cima alle classifiche delle neoplasie più diffuse come pure il mesotelioma, tumore legato all'esposizione all'amianto). Ma la letteratura scientifica ci sta anche raccontando le possibilità offerte dalle staminali per il trattamento di malattie che hanno una diffusione molto più ampia: quelle dell'occhio (malattie della cornea, patologie come la degenerazione maculare senile o disturbi della retina) o della pelle (ustioni in primo piano). E poi l'infarto e lo scompenso di cuore.

In questo momento ci stanno lavorando molto i ricercatori francesi, guidati da Philippe Menasché dell'Ospedale Georges Pompidou di Parigi, che hanno programmato una sperimentazione su sei malati affetti da queste patologie (il trattamento prevede l'uso di staminali embrionali). Uno dei malati ha avuto il trapianto tre mesi fa e al momento sta bene. Lo dicono i giornali francesi, ma lo certificano anche i rapporti scientifici.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it  
© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.lastampa.it/>

## Londra, primo trapianto con organi da un neonato

Fegato e reni sono stati prelevati da una bambina nata morta. L'intervento presso l'Hammersmith Hospital. Anche il ricevente era un paziente in tenera età



**DANIELE BANFI**

MILANO

Una notizia destinata, almeno nel Regno Unito, ad entrare nella storia. Per la prima volta infatti si è concluso con successo un intervento di trapianto d'organo avente come donatore un neonato. Una situazione assai rara che non rappresenta però una novità. Nel resto d'Europa, in particolare grazie ai pionieri di Francia e Belgio, questa possibilità è già realtà. Una notizia, commenta il professor Jean De Ville De Goyet, direttore del Dipartimento Chirurgico del Bambino Gesù di Roma, che non deve distogliere l'attenzione dall'emergenza donazioni. «Oggi - spiega l'esperto - i trapianti da neonati rappresentano una realtà marginale e non sempre di successo. Ciò che si deve incentivare è la donazione adulta».

### **Il caso inglese**

A dare notizia del primo trapianto su suolo inglese è stata la rivista Archives of Disease in Childhood appartenente al gruppo del British Medical Journal. Avvenuto presso l'Hammersmith Hospital di Londra, la vicenda ha come protagonista una piccola donatrice nata purtroppo senza vita. Alla base del decesso una carenza di ossigeno, iniziata alcune settimane prima del parto, che ha compromesso irreversibilmente l'attività cerebrale. Una triste vicenda che, come sempre accade per i trapianti, ha consentito di aprire le porte alla vita ad un altro bambino. Di comune

accordo con i genitori della piccola è stata presa la decisione del prelievo degli organi e in particolare, ad essere trapiantanti, sono stati reni e fegato.

### **Le difficoltà che limitano l'utilizzo degli organi**

Pur essendo avvenuto con successo, l'utilizzo di organi provenienti da neonati lascia gli scienziati ancora dubbiosi. In altri stati ciò avviene già da diversi anni ma le difficoltà sono molte. Come spiega De Ville De Goyet: «I problemi che limitano l'utilizzo sono essenzialmente tre: i neonati rappresentano una fonte marginale in quanto gli organi sono ancora molto piccoli. Il successo di un trapianto è dipendente anche dalla massa dell'organo trapiantato. Più sono piccoli e più è difficile. Non solo, sotto i tre mesi vi sono evidenti problemi a livello vascolare. Le suture dei vasi che vengono effettuate sono di dimensioni molto piccole e il rischio di trombosi, che compromette l'organo, è elevato. Infine, non meno importante, c'è il problema della maturazione: alcuni organi, come fegato e intestino, alla nascita non hanno ancora completato la maturazione».

Ecco perché nonostante il miglioramento nelle tecniche di trapianto l'utilizzo di organi da neonati non decolla.

### **Incentivare la donazione**

Pur rappresentando una fonte possibile -seppur limitata-, la notizia del caso inglese non deve però far dimenticare che i migliori donatori rimangono gli individui adulti e che è su di loro che si devono concentrare gli sforzi. Nonostante si siano fatti passi da gigante, secondo le ultime stime ancora oltre il 30% delle persone non è disposta a scegliere la donazione. «Un donatore adulto spesso è in grado di salvare dalle 5 alle 7 vite. Se si riuscissero a convincere anche i contrari, ogni anno potremmo avere oltre mille trapianti in più di quelli che vengono effettuati. Un numero assolutamente non paragonabile a quello derivante dagli organi dei neonati. In questo caso, anche se venissero incentivate le donazioni, il numero di casi non supererebbe le 10 unità» conclude l'esperto.

# Chemioterapia, un progetto contro la caduta dei capelli

Un «casco» da utilizzare durante la terapia farmacologica per raffreddare il cuoio capelluto

La caduta dei capelli causata dalla chemioterapia - un dramma soprattutto per molte donne che vivono la difficile esperienza del tumore - può essere ridotta o, in alcuni casi, evitata grazie ad alcune apparecchiature che sfruttano i benefici del raffreddamento controllato del cuoio capelluto durante l'infusione dei farmaci anti cancro. L'Unità operativa di Oncologia dell'ospedale Fatebenefratelli di Benevento è impegnata attivamente nella raccolta di fondi destinati ad acquisire questa tecnologia, una sorta di "casco", da utilizzare per i pazienti. Per sostenere questo progetto è possibile fare una donazione. Come sottolineano all'ospedale «la verità è che la perdita dei capelli rappresenta

forse uno dei più grandi problemi che i malati di tumore devono affrontare perché perdere i capelli può contribuire a far perdere la stima di se stessi e può compromettere le relazioni con le persone e il mondo che ci circonda». «Combattere contro il cancro - si evidenzia - significa pertanto combattere anche contro la caduta dei capelli».

L'"umanizzazione" nelle strutture di oncologia è importante quanto la chemioterapia. Sulla base di questa considerazione, espressa dal dottor Antonio Febbraro, dirigente dell'Unità operativa di Oncologia del Fatebenefratelli di Benevento, si sta portando avanti nel nosocomio il progetto per l'installazione del casco in grado di ridurre o eliminare la caduta dei capelli: "Grazie alla tecnologia - afferma l'oncologo - si può dare, specie dal punto di vista psicologico, un forte sostegno delle donne malate di tumore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ONCOLOGIA/** Le terapie integrate e personalizzate per sconfiggere i «big killers»

# Tumori, integrare per guarire

**Farmacogenomica e nutrizione, così si stimola il sistema immunitario**

**L**a terapia del cancro si sta evolvendo, soprattutto la consapevolezza del valore aggiunto delle terapie integrate. Di questo si è discusso durante il sesto congresso Artoi (Associazione Ricerca terapie oncologiche integrate) che si è svolto a Roma qualche settimana fa.

Un focus speciale dell'incontro internazionale è stato dedicato ai tre big killer per i pazienti, i tumori alla mammella, al colon e al polmone.

Il tumore della mammella ha una prognosi che nel tempo è andata migliorando. Purtroppo, però, i nuovi casi di neoplasia sono in aumento.

**Terapie personalizzate.** Non possiamo considerare questo dato solo come risultato di una migliore tecnica diagnostica, ma ciò è anche frutto di un'influenza negativa da parte dell'ambiente sul nostro organismo. Il trattamento integrato parte proprio da una vera prevenzione e protezione con atteggiamenti alimentari e stili di vita da cambiare. Nel caso di patologia neoplastica, il nostro approccio è diretto alla persona: perché la prima cosa da fare è la personalizzazione della terapia. La strategia comprende: farmacogenomica per scegliere la chemioterapia adeguata; uso di sostanze naturali per aumentare la risposta della chemioterapia; sostanze naturali per lo stimolo del sistema immunitario; nutrigenomica per utilizzare l'alimentazione come aiuto alla chemioterapia; sostanze naturali per la prevenzione vera.

**Prevenire.** Il tumore polmonare rappresenta da vari decenni l'esempio più tipico di neoplasia passibile di prevenzione. La possibilità di prevenzione è legata all'evidenza del fumo di sigaretta come fattore di rischio determinante e, se pure in minor misura, all'inalazione di inquinanti, in parte ambientali e in parte da esposizione professionale. La dimostrazione dell'efficacia della prevenzione sta nella curva di incidenza della neoplasia degli ultimi decenni, che mostra una tendenza al decre-

mento per il sesso maschile a fronte tuttora di un aumento nel sesso femminile. La spiegazione è ancora appunto l'esposizione al fumo.

Oltre alla modificazione delle abitudini di vita a questo riguardo, la ricerca va indagando quali altri fattori preventivi possano esistere. Oltre a quelli comunemente citati come adiuvanti immunitari nella logica di pensiero Pnei (esercizio costante, gestione dello stress, quindi tecniche di rilassamento e di equilibrio mente-corpo), un ruolo importante è rappresentato dai costituenti dietetici. Anche in questo campo, oltre a quelli classici (ridotto consumo di zucchero, di carne rossa, di latticini e grassi animali in genere; uso basilare nella dieta di cereali, frutta e verdura stagionale), la letteratura offre una serie di studi sull'integrazione con costituenti aggiuntivi: citiamo i carotenoidi, il selenio, sostanze a effetto antiossidante e immunoadiuvante come la curcuma, la papaya, il tè verde, gli antociani, il resveratrolo e altri.

**Integrare.** Un altro capitolo importante è quello della possibilità di terapie integrate in presenza di malattia durante terapia medica. In questa situazione, tradizionalmente considerata a cattiva prognosi, l'integrazione terapia medica-radioterapia-chirurgia ha creato di per sé un aumento delle risposte terapeutiche e delle possibilità di lunga sopravvivenza. Nella fase terapeutica la letteratura complementare individua alcune sostanze in grado di ridurre gli effetti tossici e quindi di contribuire a una miglior qualità di vita e perfino a una maggior praticabilità della chemioterapia. Tra quelle maggiormente studiate possiamo citare il *Viscum album*, i funghi come *Shitake* e *Maitake*.

Vanno aggiunte, infine, come interventi terapeutici potenzialmente utili in fase di terapia medica o radioterapica alcune terapie non farmacologiche: citiamo tra le varie l'agopuntura, l'ipertermia, le terapie artistiche, lo yoga, il thai chi, l'euritmia, la meditazione, il sostegno psicologico

e spirituale in generale. Nel tumore polmonare, dunque, come in altri tipi di neoplasia, si pone come sostegno al paziente far sì che il periodo di terapia sia il più possibile un tempo vivibile, in cui elaborare senso e motivazioni al cambiamento.

**Nutrire.** Anche per il paziente affetto da neoplasia al colon lo stato nutrizionale influenza il decorso clinico e la prognosi del tumore. La malnutrizione si associa, infatti, a ridotta qualità di vita, maggiore incidenza di reazioni avverse legate alla terapia, ridotta risposta alla terapia da parte del tumore, ridotta sopravvivenza.

L'approccio del medico dovrebbe essere orientato al ripristino della capacità, avvalendosi di strumenti diagnostici come la farmacogenomica per lo studio della compatibilità ai chemioterapici, la nutrigenomica come guida nutrizionale, sia durante la malattia che come prevenzione delle recidive. La terapia integrata con principi attivi fitoterapici anti tumorali durante la malattia e la terapia. La chemio prevenzione sempre con fitoterapia specifica durante il follow up e probabilmente per tutta la vita. Nei pazienti malnutriti sono più frequenti l'interruzione, temporanea o definitiva, dei cicli di chemioterapia, e l'insorgenza di tossicità dose-correlata più severa.

**Massimo Bonucci**  
presidente Artoi

**Walter Legnani**

spec. oncologia medica - Clinica  
Madonnina - Membro Sima, Milano

**Giuseppe Di Fede**

direttore scientifico e sanitario -  
Istituto di Medicina biologica, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A PAG. 12-13

Geriatrics

**Gli ospedali si adeguano ai nuovi bisogni degli anziani: la dignità matura in corsia**

LETTURE/ L'evoluzione delle strutture ospedaliere verso i nuovi bisogni del paziente

# Ospedali a misura di anziani

Non solo tecnologie: prioritario anche creare una «casa della speranza»

DI MARCO TRABUCCHI \*

**L'**invecchiamento della popolazione e dei singoli individui pone in discussione l'organizzazione sociale a molti, diversi livelli. Tra questi non si può certo escludere l'organizzazione sanitaria, e in particolare l'ospedale, che in pochi anni ha visto cambiare radicalmente l'oggetto del proprio operare.

Di seguito vengono schematicamente indicate alcune caratteristiche della vita ospedaliera che permettono di rispondere adeguatamente alle nuove forme di bisogno; è un mondo in evoluzione, che ha la necessità di continui miglioramenti, conseguenza anche delle sperimentazioni che devono accompagnare l'organizzazione delle attività di cura nell'ospedale. Gli spunti per gli articoli in questa pagina sono ricavati dal volume "Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale" curato da **Enrico Brizioli** e **Marco Trabucchi** per il Network Non Autosufficienza, in collaborazione con Inrca, pubblicato da Maggioli Editore.

La prima caratteristica è la condivisione di un'idea attorno alla dignità e alla libertà della persona, in particolare se anziana e se resa sofferente e fragile dalla malattia. Sembra un'affermazione scontata, ma in molte circostanze pratiche il posizionare la persona debole al centro dei processi decisionali, superando problematiche economiche, conflittualità organizzative, lentezze burocratiche, generosità/egoismi degli operatori, non è facile.

Per questo nell'ospedale - che è per definizione un concentratore di fragilità - la premessa del rispetto dei

diritti e della dignità non è inutile. D'altra parte, l'evoluzione epidemiologica ha trasformato l'ospedale, non più luogo di attese e di parcheggi più o meno simulati, ma ambito di interventi, spesso complessi e incisivi, che si rivolgono a persone in condizione di grave bisogno.

Tra gli strumenti per garantire la dignità del paziente in ambito ospedaliero vi è l'impegno nella definizione e nella ricerca dei risultati, perché la finalizzazione verso questi è la dimostrazione migliore che la struttura non è autoreferenziale e auto-giustificante, e quindi sostanzialmente irrispettosa di chi fruisce i suoi servizi, ma ricerca il bene salute per le persone che vi accedono, con tanta maggiore attenzione tanto più rilevante è la fragilità.

Sulla stessa lunghezza d'onda si collocano i comportamenti personali degli operatori ospedalieri: una risposta pronta, attenta e cortese alle richieste di pazienti e parenti è la dimostrazione più efficace che il lavoro di corsia con le persone fragili e non autosufficienti non si caratterizza come la "gestione di un fallimento", ma come un impegno forte perché le condizioni di salute possano migliorare, pur nell'ambito di confini ristretti.

Un'ulteriore considerazione sulla dignità-libertà del degente anziano è correlata con il ruolo dei famigliari. Questi sono mediamente in grado di interpretare al meglio i desideri del paziente. Si deve però constatare che l'ambito è governato da leggi e regolamenti inadeguati; mancano regole per gestire concretamente le decisioni, in particolare quando il paziente non è competente (quante inutili firme di consenso si raccolgono negli



ospedali!) o quando sorgono conflitti all'interno della famiglia.

Questi aspetti decisionali assumono grande rilevanza nelle attività ospedaliere; peraltro, la coscienza che la cura nell'ospedale è rivolta alla diade paziente-parente induce a mantenere le corsie aperte, a costruire un continuo coinvolgimento attivo dei caregiver, ad atteggiamenti positivi nei momenti critici; ciò ha ricadute anche sulla salute, e garantisce un'atmosfera di collaborazione e di serenità, indispensabile per una buona conduzione del reparto. L'ospedale deve essere sempre la casa dell'hospitalitas, come era insito nel nome tradizionale.

Una seconda condizione perché l'ospedale possa operare efficacemente è l'orgoglio da parte degli operatori per la propria professione e per la capacità - attraverso questa - di costruire percorsi positivi per riconquistare la salute delle persone ammalate. Non è facile nella concretezza della vita ospedaliera di oggi tener vivo l'orgoglio per la propria professionalità. Lunghi periodi di guida incerta e di obiettivi indicati in modo non adeguato hanno fatto perdere a molti operatori la coscienza di rappresentare il principale strumento per far funzionare la macchina ospedale nella sua complessità. È invece necessario che l'orgoglio professionale, e quindi il senso di appartenenza, vengano compresi anche da parte degli ammalati, perché possano percepire di essere all'interno di un'impresa condivisa, di "una casa amata e valorizzata" da parte di chi vi lavora. Attenzione deve essere data a creare condizioni per le quali l'orgoglio

non è fondato su mere conoscenze di tipo gestionale, ma su approfondite, moderne e concrete nozioni attorno alle funzioni di cura. In questa logica l'attenzione verso le condizioni di maggiore fragilità biologica e clinica deve essere vissuta come una sfida che coinvolge tutto lo staff; il vecchio ammalato non è un obiettivo marginale nel lavoro ospedaliero, ma un punto di maggiore focalizzazione dell'impegno teorico e pratico.

Spesso gli insegnamenti scolastici e universitari trascurano l'aspetto della formazione alla relazione, come se questa competenza fosse giudicata una abilità marginale. Fra i pochi suggerimenti che ricevono, i futuri professionisti vengono invitati ad assumere un "atteggiamento di distacco" e di "neutralità". Chi si occupa dei pazienti anziani fragili riceve scarse gratificazioni, o qualche altra forma di restituzione per l'impegno che profonde, poiché i pazienti non guariscono. La fatica psicologica e il pericolo di usura sottostante vanno affrontati esplicitamente con determinazione e serietà, senza indicazioni banalizzanti.

Infine, e non è aspetto secondario, è necessario essere consapevoli che la formazione induce alla gentilezza, perché se ne comprende l'effetto positivo; la cura dell'anziano in ospedale comporta contatti frequenti con l'ammalato e con la sua famiglia, la cui qualità dà il tono complessivo al reparto, che così cambia da luogo di tensioni, e talvolta di malcelata aggressività, a luogo di serena collaborazione per il benessere del paziente.

Un ultimo criterio di rilievo, che riassume quelli sopra indicati, rispet-

to alle condizioni di lavoro in ospedale, è il riconoscimento che la struttura ha compiti di salute, che si raggiungono attraverso l'applicazione di tecniche e tecnologie (direttamente o attraverso le conoscenze che da esse derivano), ma anche di relazioni. È importante affermare che la vita della persona ammalata, a tutte le età, soprattutto quando si percepisce indifesa, è fatta di paure, di speranze, di gioie, di attese. Non sono condizioni "separate", alle quali far fronte con supposti processi di "umanizzazione", ma momenti strutturali dell'atto clinico-assistenziale.

La cultura alla quale si ispira la vita ospedaliera deve essere indotta a considerare che il raggiungimento degli obiettivi di salute non è solo condizionato dall'adozione delle tecnologie, ma anche dalla costruzione di un ambiente che tenga in conto la dimensione relazionale e spirituale (nel senso più ampio), rispettoso nel profondo dell'umanità dolente che frequenta i luoghi delle cure. In questo modo l'ospedale diviene "la casa della speranza", anche quando le condizioni cliniche dell'ammalato sono difficili; non per creare illusioni, ma per costruire un'atmosfera che valorizza le potenzialità di una medicina scientificamente fondata anche nei riguardi di pazienti anziani, che sono gli utenti più numerosi, ma che con più facilità rischiano di essere trascurati.

\* Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Roma Tor Vergata Gruppo di Ricerca geriatrica, Brescia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Alcune caratteristiche dell'ospedale "amico"

- **I pazienti con patologie acute hanno accesso ai servizi ospedalieri indipendentemente dall'età e dalla residenza (a esempio le case di riposo);** dove non vi è un'adeguata assistenza territoriale, il ricorso all'ospedale è legittimo sul piano civile e doveroso sul piano clinico per qualsiasi categoria di cittadini. **Più i pazienti sono fragili e maggiori devono essere le attenzioni rivolte a loro;** la malattia acuta deve essere curata in modo adeguato, senza pregiudizi indotti dalle condizioni precedenti all'instaurarsi della stessa
- **La continuità assistenziale nell'ospedale rappresenta la norma e i pazienti non devono essere trasferiti di letto se non per esigenze cliniche.** Nel trasferimento ad altra équipe è prioritario attuare un'adeguata presa in carico, attraverso il passaggio di dati informatizzati e il contatto diretto fra gli staff. In ogni reparto vi deve essere un team medico stabile, focalizzato sulla assistenza complessiva del paziente. **L'accesso alla assistenza specialistica è assicurato a tutti i pazienti**

e deve essere coordinato da un unico professionista chiaramente identificabile, in particolare quando coinvolge anziani affetti da comorbidità. La **valutazione multidimensionale geriatrica** rappresenta lo strumento operativo primario

- **I livelli assistenziali disponibili in ospedale devono tener conto dell'urgenza e della complessità della patologia;** il rapporto letti/infermieri deve essere dimensionato tenendo conto di tali fattori e delle caratteristiche del paziente (in particolare quelli affetti da difficoltà cognitive o altre fragilità, che richiedono maggiore attenzione, anche nelle normali pratiche assistenziali)
- **Le competenze e le capacità del team medico devono essere disponibili per tutti i pazienti ospedalizzati,** anche quelli nei reparti chirurgici, perché molto spesso affetti da più malattie, oltre a quelle che hanno determinato il ricovero, le quali - a causa delle particolari condizioni di salute e ambientali - possono facilmente scompensarsi

- **L'ospedale deve porre attenzione a offrire alternative ai ricoveri urgenti attraverso la realizzazione di ambulatori nell'area dell'emergenza, dove siano disponibili anche consulenze specialistiche.** In casi selezionati i reparti di Osservazione breve intensiva geriatrica permettono di rispondere al bisogno senza incorrere nei rischi che l'ospedalizzazione prolungata può indurre nella persona anziana fragile

- **È indispensabile focalizzare sulla pianificazione dell'assistenza post ospedaliera una parte rilevante del lavoro clinico e organizzativo durante la degenza,** al fine di ottimizzare le dimissioni delle persone che non sono in condizioni di affrontare un periodo, anche breve, di non "copertura" clinico-assistenziale. **I servizi sociali e sanitari del territorio** devono essere organizzati in modo da accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale **con tempestività,** e quindi con capacità di operare 7 giorni alla settimana

RSALUTE

**Ginocchio.** Ora c'è un software che assiste il chirurgo per le valutazioni: individua dove fissare e quanto tendere il nuovo crociato. Quasi a zero gli errori

# Il computer che ripara il legamento

**Per la ricostruzione meglio usare una parte di tendine presa dallo stesso paziente**

FABIO LODISPOTO\*

**R**ICOSTRUIRE il legamento (anche chiamato ligamento) crociato anteriore del ginocchio in chirurgia computer-assistita con rischio di errore umano quasi zero. Ora c'è un software dedicato, che individua nel ginocchio e nella tibia dove fissare il neo-legamento. Inoltre, il programma calcola la giusta tensione da dare al nuovo crociato e valuta a fine intervento la stabilità ottenuta del ginocchio. Il chirurgo si può basare su dati numerici oggettivi, molto più affidabili della sensazione manuale e dell'occhio anche di un operatore esperto. Una conquista a totale beneficio di quel 10-20% di pazienti, secondo alcune autorevoli statistiche americane, che andrebbero incontro a fallimento dopo l'intervento classico.

Rimane delicata la realizzazione dei due tunnel ossei nei quali si fissa il nuovo legamento trapiantato. Un lavoro sinora fatto con puntatori meccanici guidati dalla mano del chirurgo e una fresa. Si tratta di creare l'alloggiamento del legamento in modo che la sua tensione risulti ottimale (posizione isometrica), durante tutto l'arco di movimento di flessione e di estensione del ginocchio, come normalmente avviene in una articolazione sana camminando, correndo e facendo sport. Sedopo l'intervento il legamento risulta troppo lento o troppo teso o urta o sfrega contro l'osso del femore, il fallimento meccanico dell'intervento è certo e si dovrà prevedere un nuovo intervento, che come scritto sopra, avviene nel 20% di tutti gli operati. Si comprende

così l'importanza di un software che continuamente informi il chirurgo sulla correttezza delle manovre che sta compiendo, un feed-back simile a quello ottenuto dalla check-list introdotta sui voli aerei. Da quando è stata adottata, i disastri da errore umano sono drasticamente diminuiti.

La ricostruzione del legamento anteriore del ginocchio può essere eseguita con tre diversi tipi di tessuto. Il più utilizzato è il legamento biologico autologo, ricavato da parte di tendini del paziente. È il trapianto più sicuro: essendo tessuto vitale e del paziente stesso, il neo legamento si integra prima, e non può generare reazioni avverse o trasmettere virus.

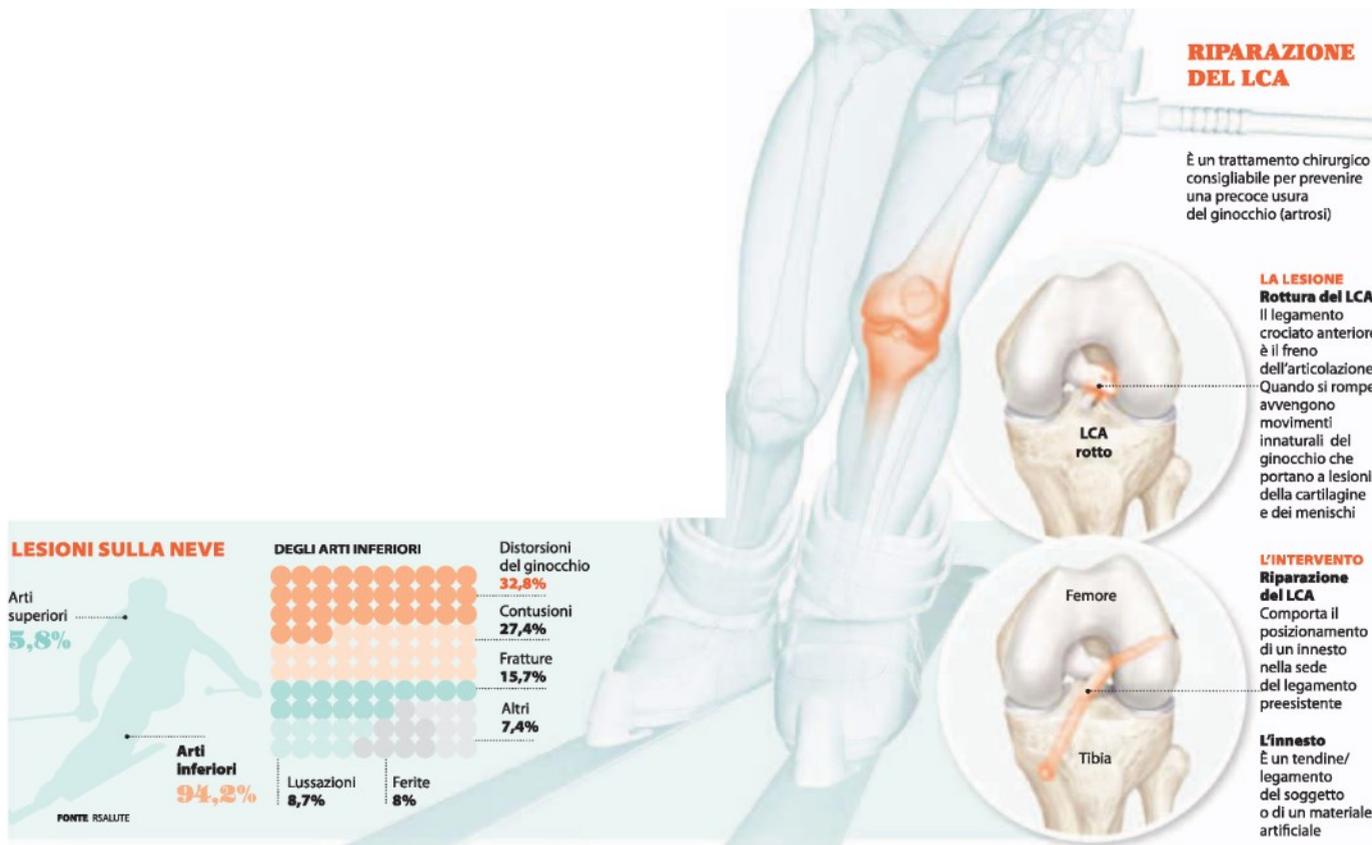
Talvolta tuttavia, si preferisce impiantare un tendine di banca, prelevato da cadavere, congelato, devitalizzato e sterilizzato con raggi gamma. La procedura ha un rischio teorico così basso di trasmettere virus, (un caso ogni tre milioni di trapianti), da risultare, nei fatti, sicura. Attecchimento e integrazione sono più lenti essendo tessuto non vitale, un impalcatura di collagene che viene pian piano riabilitata dalle cellule dell'ospite e che deve sviluppare una nuova rete capillare di circolazione del sangue per sopravvivere. Il grande vantaggio del trapianto da banca è l'assenza di invasività chirurgica sul ginocchio infortunato, causata dal prelievo e sacrificio dei tendini necessari alla sostituzione del crociato.

Infine il legamento artificiale: riservato agli sportivi over 55 o ai campioni di livello elevatissimo infortunati a ridosso di un appuntamento sportivo di vitale importanza per la loro carriera agonistica, insomma, una soluzione temporanea. Il legamento artificiale benché realizzato con materiali ad altissima resistenza, dopo alcuni milioni di cicli è destinato al cedimento.

\* *Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Specialista in Medicina dello Sport, Roma*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**LA SCHEDA**

**Incidenti**

La rottura dei legamenti del ginocchio avviene sciando quando, a causa di una rovinosa caduta (77,1% dei casi senza contrasto, 11,3% per contrasto con un altro sciatore), il ginocchio ruota, superando la resistenza meccanica dei legamenti stessi. Colpa dell'alta velocità soprattutto, dell'inesperienza, di attrezzature inadeguate, ma anche del consumo di alcol che riduce il controllo

neuromuscolare. Più a rischio i giovani sotto i 45 anni, maschi (80% degli infortunati). Il 78,7% degli infortuni avviene sugli sci, il 17,5% sullo snowboard, meno praticato. Più colpiti negli incidenti sono gli arti inferiori che nell'impatto sono coinvolti nel 94,2% dei casi. Tra questi, il 32,8% sono distorsioni del ginocchio con potenziale rottura del legamento crociato anteriore. Meno frequenti contusioni 27,4%, fratture 15,7%, lussazioni 8,7% e ferite 8%.

(f. lod.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RSALUTE

**Migrazione.** Quasi otto ricoveri ogni cento avvengono fuori dalla Regione di residenza. Saldo attivo per Lombardia, Emilia, Toscana e Lazio. I bilanci negativi

# Speranze di cura sempre di più in fuga dal Sud

**Un forte calo in Sicilia dopo le limitazioni. Molto male Campania, Calabria e Puglia**

MARIAPAOLA SALMI

**L**ASCIANO la propria Regione perché le liste d'attesa sono lunghe, per strutture assistenziali inadeguate, o per sfiducia verso i professionisti e i servizi sanitari locali. O perché non sanno cosa c'è dietro casa. Sta di fatto che gli italiani detengono il primato Ue delle migrazioni per la salute. Non tanto, come in passato, verso paesi stranieri quanto verso Regioni diverse da quella di residenza.

In Italia il 7,5% dei ricoveri ordinari avviene fuori dalla propria Regione. Nel 2012, sono stati 800 mila gli italiani andati a curarsi lontano da casa. In un anno sono stati mobilitati per le cure extra-regione quasi 4 miliardi di euro (spesa generata tra il dare e l'avere tra Regioni) risorse quasi tutte spostate dal Sud verso il Nord con un aumento della spesa del 6% (250 milioni di euro). La geografia della mobilità sanitaria interregionale cambia: è il Sud delle fasce sociali abbienti a spostarsi per interventi di media-alta specialità. «I flussi migratori ci sono sempre stati ma gli ultimi dati ci dicono che sono in aumento e che si va rafforzando la migrazione dalle regioni meridionali verso Roma e da quelle del Centro verso il Nord — dice Giovanni Fattore, direttore del Dipartimento di analisi delle politiche e management pubblico, CERGAS-università Bocconi di Milano — l'unica eccezione è la Sicilia, in piano di rientro, che nell'ultimo biennio ha visto una flessione della mobilità (dal 16,4% al 6,7%) con l'introduzione di un regime di autorizzazione per i ricoveri fuori regione». Il Nord assorbe il 55,1% della mobilità attiva: in Lombardia sono stati 143 mila gli ingressi extra-regione con un saldo positivo di 76.367 pazienti; l'Emilia Romagna ha curato 111 mila pazienti di altre regioni con un saldo positivo di 67.194 assistiti. Il 27,1% della mobilità attiva si distribuisce al Centro, prime tra tutte Toscana con 70.000 assistiti e Lazio con 90.000. Al Sud tutte le regioni hanno un saldo negativo: dalla Campania sono fuggiti 82.000 pazienti, dalla Calabria 50.000, dalla Puglia 58.000, dalla Sicilia 49.000.

Meno drammatica la mobilità transfrontaliera: nel biennio 2012-2013 sono stati autorizzati 10.000 ricoveri, e i pazienti che vanno a farsi curare all'estero (Svizzera, Francia, Germania, Stati Uniti) sono più numerosi di quelli che arrivano da oltre confine. In euro, 157 milioni in uscita a fronte di 53 milioni in entrata. E la Direttiva europea che allenta i paletti della mobilità transfrontaliera, si presume, darà un notevole ulteriore impulso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## PAZIENTI CHE SI CURANO FUORI REGIONE

Mobilità ospedaliera interregionale.  
Attività per acuti in regime ordinario, 2010

### IN CIFRE

7,5%

dei ricoveri ordinari avviene fuori dalla propria regione

800 mila

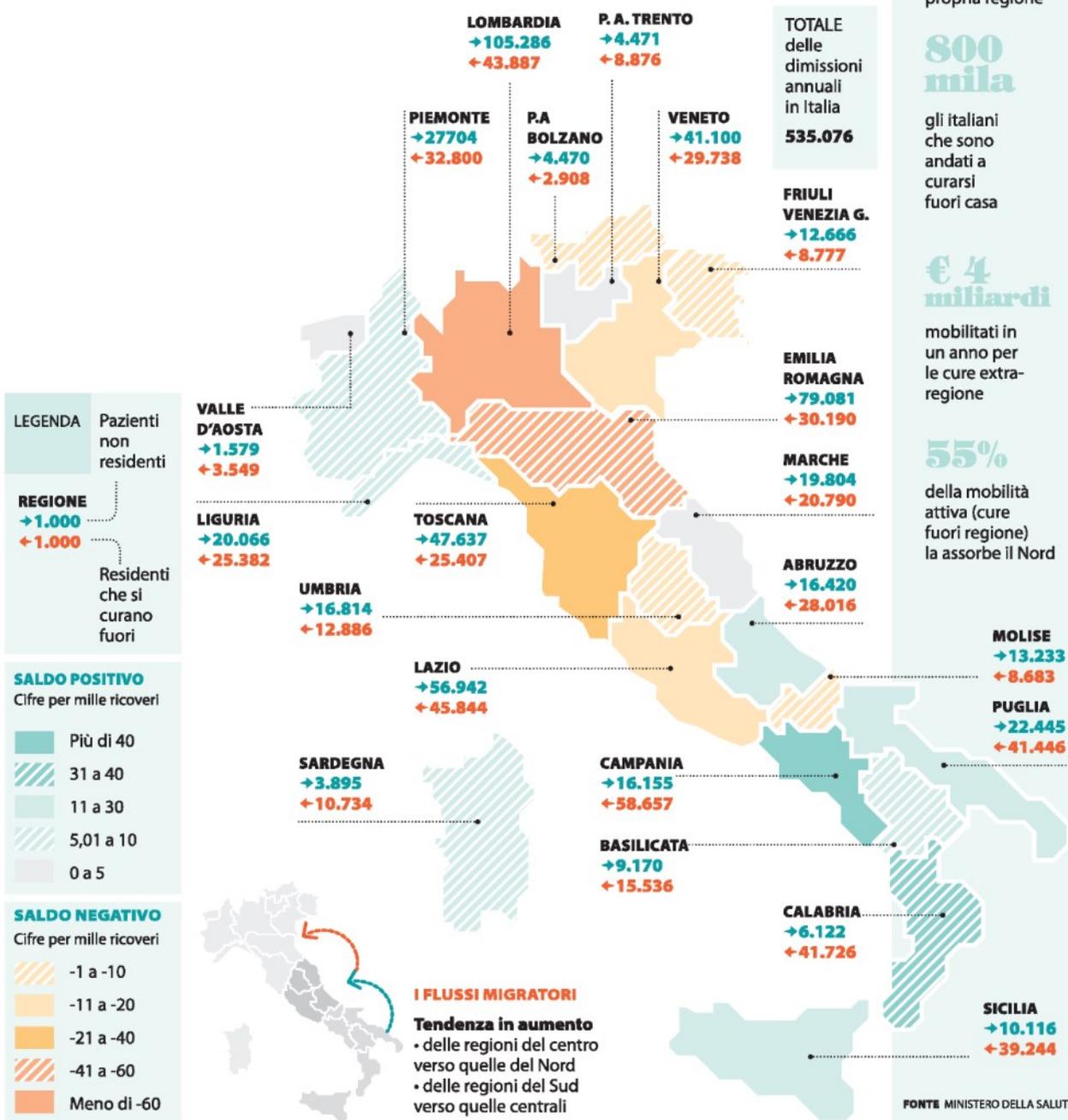
gli italiani che sono andati a curarsi fuori casa

€ 4 miliardi

mobilitati in un anno per le cure extra-regione

55%

della mobilità attiva (cure fuori regione) la assorbe il Nord



**DECRETO AL VARO****Specializzazioni al riordino***Si del Ccs al testo del Miur che promette più borse*

**C**inquanta scuole in tutto e per trenta la durata dei corsi sarà ridotta di un anno. Alla riforma delle specializzazioni mediche, arrivato il disco verde del Consiglio superiore di sanità, mancano solo le firme delle titolari della Salute e del Miur.

BARTOLONI A PAG. 17

*Via libera del Consiglio superiore di Sanità al decreto di riordino messo a punto dal Miur*

# Specializzandi, sì alla riforma

**Il ministro Giannini promette: «Aumenteremo le borse di studio»**

**Presto il varo,  
Calabrò (Ncd):  
«Non si tocchino  
fondi del Ssn»**

**C**inquanta scuole in tutto e per trenta la durata dei corsi sarà ridotta di un anno. La riforma delle specializzazioni mediche ormai è a un passo dal varo finale. Mercoledì scorso è arrivato il sì del Consiglio superiore della Sanità, l'ultima tappa per l'emanazione del decreto ministeriale a cui ora mancano le firme dei ministri della Salute **Beatrice Lorenzin**, e dell'Istruzione, Università e Ricerca **Stefania Giannini**. Una formalità che dovrebbe concretizzarsi in questi giorni. Una partita che si chiude dunque, mentre il dibattito sulla riforma della formazione medica contenuto nella bozza del Ddl delega ex art. 22 del Patto della Salute è ancora apertissimo.

Con il sì del dicastero guidato da **Beatrice Lorenzin** il riordino delle scuole - che vengono ridotte a 50 dalle attuali 58 (anche se quelle veramente operative sono 56) - può entrare in vigore già nel prossimo anno accademico. La riforma appena sarà a regime porterà anche dei risparmi che, come prevede il Dl 90/2014 che ha fissato la scadenza del riordino a fine anno, dovranno essere reinvestiti per finanziare nuovi contratti di specializzazione: secondo le prime stime 700-800 specializzandi in più potranno entrare nelle scuole in aggiunta ai circa 5.500 previsti oggi. È stata lo stesso ministro Giannini ad annunciare che le borse saranno aumentate «in modo diretto con uno sforzo economico del Miur e indiretto con un'intesa con il **ministero della Salute**, nel quadro del Patto per la salute». «In questo secondo caso - ha spiegato il ministro - saranno finanziate dalle Regioni». Un'ipotesi questa che preoccupa tra gli altri **Raffaello Calabrò (Ncd)** che dice «sì a borse di specializzazioni finanziate con fondi regionali, ma certo non con il fondo sanitario regionale». Dopo l'entrata in vigore del decreto di riforma chi sogna di diventare chirurgo, endocrinologo o psichiatra aspetterà un anno in meno

per esercitare la professione. Già dal prossimo anno sarà infatti accorciata la durata dei corsi di specializzazione medica che saranno ridotti a 4 anni in media, contro i cinque di oggi che sono più lunghi rispetto agli standard europei stabiliti dalla direttiva Ue 36 del 2005. In particolare il percorso di formazione post laurea di questi camici bianchi sarà abbreviato per 30 scuole di specializzazione. Per gli specializzandi che stanno già frequentando i corsi ci sarà la possibilità di optare per i nuovi ordinamenti, chi è invece all'ultimo anno dovrà seguire quello vecchio.

La riforma prevede anche la revisione degli ordinamenti, forse la parte più delicata, delineando le regole per accorpamenti (a esempio farmacologia, tossicologia e malattie infettive), classi e aree, obiettivi formativi, tronco comune e attività professionalizzanti. Queste ultime in particolare si concretizzeranno con una maggiore pratica al letto del paziente e tirocini in corsia assorbendo almeno il 70% delle attività formative. E potranno essere svolte oltre che nei Policlinici universitari anche nelle aziende ospedaliere. Anche se saranno gli atenei a mantenere la regia di questi corsi. La riforma prevede anche una serie di verifiche dell'accreditamento delle scuole e inoltre è prevista l'istituzione di un esame nazionale per ogni singola specializzazione. Una novità «che consentirà di avere un termine di paragone tra la formazione degli specializzandi che vengono da diverse scuole creando quella sana competizione tra gli istituti che aiuta a far crescere la qualità degli insegnamenti», spiega **Andrea Lenzi**, presidente del Cun e capo della task force di esperti che ha lavorato alla riforma delle specializzazioni mediche per il Miur.

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**A BOLOGNA IL PUNTO SULLA LIBERA PROFESSIONE****Infermieri: accelerare sui nuovi processi di cura**

**G**li infermieri Ipasvi in un fronte unico con ostetriche, tecnici di radiologia e Conaps spingono l'acceleratore sull'applicazione della legge di Stabilità 2015 e chiedono in una lettera a Governo e Regioni di far partire subito l'iter di riorganizzazione del lavoro per i processi di cura e assistenza.

Per **Annalisa Silvestro** (senatrice Pd), presidente nazionale Ipasvi, il comma 566 avrebbe finalmente sancito che «il processo diagnostico-terapeutico è di competenza del medico, mentre quello assistenziale è di competenza dell'infermiere. Si tratta anche di un'importante occasione per una riorganizzazione del lavoro nelle strutture pubbliche dove il dispiegamento delle potenzialità delle diverse professioni, a cominciare proprio da quella infermieristica, può consentire di recuperare efficienza e appropriatezza nella risposta "socio-sanitaria"». Dunque un'ottima notizia per la categoria. D'altro canto l'accordo per le professioni infermieristiche ha già avuto il via libera dalle rappresentanze professionali e sindacali dei profili interessati ed è stato approvato dalla Commissione Salute delle Regioni e dal **ministro alla Salute**, che ha avviato le procedure per l'invio alla Conferenza Stato-Regioni.

Intanto l'Ipasvi fa il punto sui nuovi confini della professione, che sempre più si spingono verso la libera attività. Secondo un'indagine del Censis presentata a Bologna nel corso della terza Conferenza nazionale sulla libera professione infermieristica, 1,4 mln di italiani nel 2012 hanno fatto ricorso a un infermiere privato per cure continuative e 1,6 mln per prestazioni una tantum. Il

valore monetario di queste prestazioni è stato di oltre 850 milioni. Il boom è legato soprattutto alle richieste dei malati oncologici. Questo significa che la sanità pubblica fa sempre meno assistenza domiciliare gratuita e convenzionata. Il report specifica che 287 milioni sono stati spesi da 958mila pazienti oncologici, con una diagnosi da meno di cinque anni.

È in un Paese inesorabilmente vecchio e malato come il nostro, quale professionista può sbocciare più del professionista sanitario?

Del resto, poiché sappiamo bene che è la domanda che crea l'offerta, tra le strette al turn over negli ospedali pubblici e le note difficoltà nel reperimento di un posto di lavoro a tempo indeterminato, gli infermieri fanno di necessità virtù e si reinventano liberi professionisti. Sono già oltre 39mila - su 422mila infermieri iscritti alla Federazione Ipasvi, e contribuenti all'ente previdenziale della categoria Enpapi - i professionisti che svolgono attività libero-professionali, di cui 1.411 pensionati e 12.708 stranieri. Secondo i dati Enpapi, l'esercizio libero professionale prevale in Lombardia, seguito da Lazio, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Campania. Sempre secondo Enpapi, i redditi da libera professione sono pari a 364 milioni circa per un volume di affari di circa 410 milioni. Il reddito medio di un libero professionista è di 22.122 euro l'anno, per un volume di affari che sempre in media è di 24.995 euro.

**Rosanna Magnano  
Lucilla Vazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Tutti in trincea contro l'influenza «Attenti alla variante della suina»

*Un milione e mezzo i malati. Timori per il nuovo ceppo dagli Usa*

## PICCO IN ARRIVO

**Due pazienti su tre contagiati dall'H1N1: sessanta i casi gravi**

**Stefano Grassi**

■ ROMA

**OLTRE** un milione e mezzo di italiani a letto con la febbre. Una sessantina i casi gravi che hanno richiesto il ricovero in terapia intensiva e per i quali è stato necessario ricorrere alla ventilazione assistita attraverso l'apparecchiatura Ecmo, almeno due segnalazioni di decessi per complicanze, un anziano ad Aosta e un bambino a Lecce. In due casi su tre a colpire è stato il virus A-H1N1, l'influenza suina, ormai di casa dal 2009. Ma il picco stagionale è atteso a metà febbraio.

**FIN QUI** siamo nella norma. Qualche timore è, invece, legato a una nuova variante della suina che si

sta già diffondendo in Usa e nord Europa, l'A-H3N2. «Ci si attendeva l'arrivo di un ceppo virale nuovo ed eventualmente più virulento - rileva Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità - ma al momento il ceppo che continua a circolare maggiormente è ancora l'H1N1, già noto e già ricompreso nella composizione del vaccino».

Ciò «è solo la riprova della 'efficienza' del virus, che non si è lasciato 'sostituire', almeno finora, da altri virus emergenti nuovi». Il ceppo virale che si sta diffondendo in Usa e nord Europa, ma non ancora in Italia, è invece una variante non ricompresa nel vaccino. Questa forma influenzale, afferma Salmaso, «potrebbe arrivare anche da noi, ma bisogna vedere, nel caso, in che termini e portata. Insomma, è una spia rossa che si accende, ma non è detto che a ciò corrisponderà poi un reale pe-

ricolo». Dello stesso parere Fabrizio Pregliasco, ricercatore del dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Milano: «Su 266 casi di influenza isolati per la sorveglianza campionaria in Italia, 190 sono dovuti al virus A-H1N1, pari al 71%. Questo dato, però, non allarma. Infatti, il virus della suina è quasi diventato un virus stagionale».

**ANCHE** per Pregliasco, qualche timore «potrebbe legarsi al virus emergente H3N2: se arrivasse, potrebbe allargarsi il numero di persone colpite ma - tranquillizza - non si tratta di un virus di marcata gravità». A pesare sul bilancio finale dell'influenza stagionale in termini di numero di casi e decessi, invece, potrebbe essere il calo che si è registrato quest'anno nelle vaccinazioni a seguito della vicenda del vaccino Fluad - poi 'scagionato' dal legame con alcuni decessi sospetti tra anziani - stimato in circa il 15-20%.



## 20 per cento

La stima del calo stagionale delle vaccinazioni a seguito della vicenda del vaccino Fluad, inizialmente finito nel mirino e poi del tutto scagionato dal legame con alcuni decessi sospetti negli anziani

## 8.000

Le persone che lo scorso anno sono morte in Italia «per complicanze legate all'influenza - ha detto il ministro **Beatrice Lorenzin** - e per questo sono d'accordo con il prolungamento della campagna vaccinale»

## 2009

È l'anno in cui è comparso per la prima volta il virus A-H1N1, quello della cosiddetta influenza suina. Allora destò preoccupazione, ma oggi, dice il virologo Pregliasco, «è diventato un virus stagionale»

## Vaccinazione al rush finale «Non è tardi per gli over 65»

Carlo Signorelli, presidente della Società italiana di Igiene: «Per le categorie a rischio, come gli over 65, non è mai troppo tardi per le vaccinazioni»

