

Assistenza. Cgil critica l'impianto della riforma decisa dalla regione: «La liberalizzazione svuota il ruolo di queste strutture»

# Consultori alla svolta

di **Elena Lattuada**

I consultori sono stati istituiti come strutture per assicurare e quindi garantire assistenza e informazione per una maternità e paternità consapevole, per tutelare la salute della donna e del concepito, nel rispetto delle "finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti".

Da un lato si prevede un approccio altamente integrato e multidisciplinare, con la contestuale presenza delle competenze sanitarie con altre professionalità sociali, dall'altra garantendo il pieno rispetto delle persone, delle loro scelte, delle loro convinzioni.

Libera scelta, non alla lombarda come scelta della struttura, ma libera scelta della propria vita. Appare ovvio che è diritto della donna quello di poter accedere ad una struttura per avere supporto e informazione, ad esempio sulla procreazione, senza venir giudicata, ma anzi per poter essere supportata nelle proprie libere scelte.

Cosa è successo in questi anni in Lombardia? È solo il caso di ricordare che nel recente rapporto del **ministero della Salute** sullo stato dei consultori pubblici in Italia, del novembre 2010, Regione Lombardia ha scelto di non rispondere alle rilevazioni chieste.

I consultori sono strutture socio-sanitarie, "unità di offerta" nel linguaggio del mercato dei servizi lombardo, di cui è stato liberalizzato l'accreditamento in funzione della mitizzata libertà di scelta del cittadino.

Le conseguenze fondamentali sono: lo sganciamento del riferimento al distretto, luogo di integrazione e confronto interistituzionale, con conseguente dere-

sponsabilizzazione dei Comuni, delle loro funzioni di monitoraggio del bisogno e di risposta programmatica di intervento sociale; l'esternalizzazione obbligatoria, viste le funzioni date alle Asl in Lombardia di solo programmazione, acquisto, controllo (PAC); riduzione sostanziale delle risorse per i consultori pubblici esistenti, che si trovano nelle condizioni di veder ridotta a poche ore, se non azzerata, la presenza di figure professionali essenziali, tanto da dover restringere gli orari di apertura con evidenti ricadute

Veneto con un rapporto 1/38.970 abitanti, 1/9.078 donne). Ciò significa, che la Lombardia non ha raggiunto la dimensione ottimale prevista dalla legge (1 ogni 20mila abitanti in zona urbana e 1 ogni 10mila in zona rurale) ma anche che è la Regione con maggior presenza di consultori privati (59 contro 151 pubblici che erano 156 solo nel 2007).

La Lombardia dichiara in questi giorni di voler riformare i consultori, sommessamente e non platealmente come è avvenuto in Lazio (forse anche a seguito della bocciatura da parte del Consiglio di Stato delle linee guida regionali sulla 194 a seguito del ricorso della Cgil Lombardia).

Il nuovo piano socio-sanitario 2010-2014 preordina una nuova funzione dei consultori, quali punti di accesso e di integrazione per i servizi alla famiglia. Un primo problema sta già nella individuazione dell'utente/famiglia: quale famiglia, quando questa Regione ha la più forte presenza di single, di anziani, di famiglie monoparentali o difamiglie di fatto?

Infine la Giunta regionale ha istituito, nel luglio 2010, il Fondo Nasko: 4.500 euro in 18 mesi per le donne che rinunciano ad abortire utilizzando, per il progetto, fondi stanziati dal Fondo nazionale per la famiglia, utili al rafforzamento dei consultori. Nasko vorrebbe sostenere le donne che, per motivi economici, ricorrono all'aborto: a parte l'impronta svalutativa delle donne come soggetti non in grado di decidere, nonché l'approccio ragionieristico del rapporto donne/maternità, la Regione istituzionalizza la presenza dei Centri Aiuto alla Vita attribuendo compiti che la legge 194, e la stessa legge 405, attribuiscono ai consultori e al medico di base.

Segreteria Cgil Lombardia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

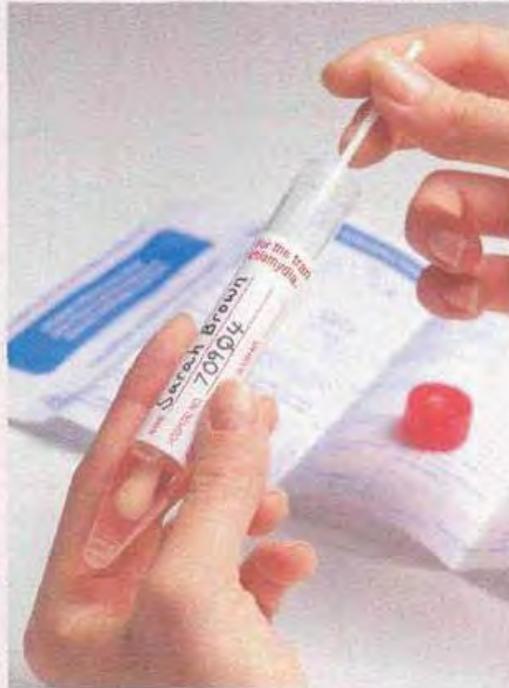


sull'accessibilità dei servizi, così come l'impossibilità di continuare o avviare percorsi progettuali, quali quelli di educazione alla sessualità nelle scuole o di educazione alla legalità per la prevenzione del consumo di alcol o droghe; consultori privati accreditati, a chiara vocazione professionale, con tutte le conseguenze che questo comporta: sono proprio i consultori privati quelli che sempre più svolgono attività di educazione sessuale nelle scuole e interventi di sostegno alla genitorialità.

I consultori pubblici in Lombardia sono 151. Il ministero indica il rapporto consultorio pubblico/popolazione come il più basso in assoluto: uno ogni 63.857 abitanti, uno ogni 14.750 donne tra i 15 e i 49 anni (la Regione che segue è il

# PAP TEST: QUANDO IL RISULTATO CREA ANSIA

✉ *Gentile dottore ho effettuato qualche giorno fa il pap test e quando ho ritirato il risultato ho trovato scritto "reperto infiammatorio". Ho 29 anni, un figlio di due e, da qualche tempo, dopo la separazione da mio marito, ho iniziato una nuova relazione che, spero, sfocerà presto in una convivenza e, chissà, magari anche in una nuova maternità. Sono*



*in attesa di portare il risultato al mio ginecologo, ma le confesso di avere molta paura: mi può per favore dire se ho davvero ragione di preoccuparmi? Aspetto con ansia la sua risposta.*

*Alice A., via e-mail*

Il pap test, così chiamato da Papanicolau, il nome dello specialista che lo mise a punto, è l'esame più utilizzato per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero (o cervice). Consiste nel prelievo dalla cervice e dalla vagina di una piccola quantità di cellule desquamate e nella loro successiva analisi al microscopio. Se tutto va bene, nel referto si trova scritto: "normale".

Un risultato come il suo, gentile lettrice, non è però preoccupante visto che sta solo a indicare la presenza di un'infezione in atto (per esempio, di una vaginite). Se l'esito riporta, invece, la scritta "SIL (squamos intraepithelial lesion) di basso grado" significa che è stata rilevata un'alterazione iniziale delle cellule e che, quindi, l'esame deve essere ripetuto dopo sei mesi. La dicitura "SIL di alto grado", che rappresenta il quarto risultato possibile, indica invece un'importante alterazione delle cellule interessate che richiede ulteriori indagini di approfondimento, tra le quali la biopsia del collo dell'utero. In genere il pap test dovrebbe essere effettuato ogni anno a partire dall'inizio dell'attività sessuale e deve essere ripetuto allo stesso intervallo di tempo fino ai 60 anni di età circa, epoca della vita in cui il rischio di tumore della cervice diminuisce sensibilmente.



TERAPIE

RECORD DI CASI A NAPOLI, POOL DI SPECIALISTI PER SCONFIGGERE LA MALATTIA

# Tumore al seno, task force al Policlinico

Sono oltre 28.000 le donne campane che hanno ricevuto una diagnosi di tumore al seno. Con oltre 3.200 nuovi casi ogni anno, la regione Campania è al primo posto nel Meridione per incidenza e prevalenza di malattia e al secondo posto in Italia, dopo la Lombardia, per numero di decessi, che superano gli 800 l'anno. La Breast Unit del Federico II è in prima linea nella lotta al tumore al seno: la presenza di un team multidisciplinare dedicato in modo specifico alla patologia mammaria, il confronto tra diverse professionalità e l'accesso alle cure più innovative fanno della Breast Unit napoletana un Centro di eccellenza nazionale. E la fiducia è l'elemento fondamentale di "I trust you - Mi fido di voi", un progetto sostenuto da Roche per promuovere il costante e quotidiano impegno dei clinici e dei principali Centri oncologici del nostro Paese nel trattamento del tumore al seno, in tutte le sue fasi, dalla diagnosi alla terapia che approda al Policlinico Federico II. «L'approccio innovativo della Breast Unit - sostiene Giovanni Canfora, manager del Policlinico - consente non

solo di promuovere un dialogo interdisciplinare tra specialisti, ma anche di instaurare un efficiente percorso di condivisione con i soggetti e le strutture sanitarie impegnate sul territorio campano». Vengono utilizzate le strategie terapeutiche più evolute, come l'utilizzo di trastuzumab, un anticorpo monoclonale che colpisce in modo mirato le cellule tumorali. «La terapia ha cambiato la storia naturale della malattia, riducendo di oltre il 40% il rischio proporzionale annuale di recidiva», dice Sabino De Placido, direttore dell'Oncologia Medica. «Nel corso dell'anno 2009-2010 sono stati eseguiti 360 interventi su tumori maligni della mammella - illustra il professor Giovanni Persico, Preside della Facoltà di Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli e Direttore della Breast Unit - dei quali l'80% sono stati trattati con tecniche di Chirurgia conservativa». Presso gli ambulatori dell'Oncologia Medica sono seguite circa 300 donne l'anno e sono praticate mediamente 20 chemioterapie infusionali.

**Mariavittoria Mancini**



**La proposta**

«Roma capitale della ricerca anti-ogm»

ROMA — Fare di Roma la capitale della ricerca nel campo delle biotecnologie. Un ponte strategico verso i Paesi del Sud per trasferire all'estero, e rendere applicabili, le conoscenze scientifiche alternative agli Ogm, gli organismi geneticamente modificati. Il progetto, quinquennale, nasce dalla Fondazione diritti genetici presieduta da Mario Capanna, leader del partito trasversale che avversa lo sviluppo di piante non tradizionali. Il futuro di queste metodologie applicate all'agroalimentare in Italia è sempre più ristretto tanto che recentemente Monsanto, ai primi posti mondiali nella

produzione di mais transgenico, consapevole dell'ostilità italiana, ha deciso di chiudere la rappresentanza al di qua delle Alpi. Ma Capanna non si ferma e, alla presenza del sottosegretario Gianni Letta, del governatore della Puglia Nichi Vendola e del presidente Coop Vincenzo Tassinari, lancia «un progetto di ricerca all'avanguardia nell'area euro mediterranea basato sulla partecipazione di società e istituzioni con l'obiettivo di proporre alternative soft agli Ogm». La sede sarà il Castello di Monteroni, a Ladispoli, vicino Roma. Secondo Capanna si può contare su fondi pari a 20 milioni di euro. Coinvolge sette ministeri oltre alle Regioni Lazio e Puglia che portano avanti politiche di incentivazione della nostra agricoltura. «Un'idea nuova — la giudica Letta — affidata non a un ente ma a un'organizzazione no profit. Una sfida moderna e intelligente».

**Margherita De Bac**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PUGLIA UN UOMO DI FOGGIA E UNA DONNA DI BARLETTA

# Altri due morti da influenza A

«Vaccinati pochi malati cronici»

SERVIZIO A PAGINA 12 >>

## L'EPIDEMIA

AUMENTANO I DECESSI

## I MORTI SALGONO A OTTO

La persona spentasi nel capoluogo dauno era afflitta, come tutte le altre, da gravi patologie pregresse

# Influenza, muoiono altri due pugliesi

Una vittima a Foggia, è un uomo di 52 anni

● **FOGGIA.** Stavolta il sospetto rode più della certezza: quella che nel Foggiano possa esserci un'altra vittima del virus H1N1. Il dubbio è d'obbligo dopo che per il decesso di sabato scorso era giunta la smentita dell'istituto epidemiologico che si era affrettato a sancire: il paziente di San Severo morto in malattie infettive non era morto per influenza A ma a seguito di patologie grave e pregresse. Escluso il virus, dunque.

Ora si attendono gli esiti del tampone faringeo: all'Asl non si sbilanciano in attesa delle conferme da parte dell'osservatorio epidemiologico che potrebbe anche non ascrivere questa morte avvenuta presso l'ospedale D'Avanzo, il presidio foggiano di trincea delle malattie respiratorie. La vittima un uomo di 52 anni di Foggia, affetto da patologie pregresse, e ricoverato da qualche giorno presso l'Utic, ossia l'unità di terapia intensiva respiratoria presso il bronco-pneumo-tisiologico di viale Ofanto. «Siamo in attesa di certezze da parte dell'osservatorio di Bari», spiegavano ieri mattina all'Asl Foggiana, sede dell'unità di crisi permanente sull'influenza A. Del resto allarmare non serve e già in altri casi si era incorsi in smentite e dietrofront: era già successo in occasione di un

uomo ricoverato a San Giovanni Rotondo insieme al fratello, due soggetti originari di Cagnano Varano. Uno morì e si attribuì in un primo momento la morte al virus H1N1, poi da

Bari si accertò che il decesso non era riconducibile alle complicanze influenzali su un soggetto già con patologie pregresse. Il dietrofront si era ripetuto domenica quando nel reparto malattie infettive si era spento un sanseverese di 61 anni positivo al virus. Ma l'osservatorio epidemiologico si era affrettato poco dopo a smentire che il decesso fosse causa del virus o delle sue complicanze.

Così i decessi almeno per il momento rimangono tre in Capitanata: il bracciante di Zapponeta, Biagio Riordino, il pensionato foggiano dell'Aqp Mario Pedone e il disoccupato originario di Vico del Gargano. Più forse quest'ultimo.



VARICELLA, ANTIPNEUMOCOCCO, ANTIMENINGOCOCCO E HPV

## Il nuovo piano nazionale raccomanda alle Regioni altre quattro vaccinazioni

● **ROMA.** Varicella, antipneumococco, antimeningococco e Hpv: sono le quattro nuove vaccinazioni raccomandate dal nuovo Piano nazionale vaccini 2010-2012. Attualmente all'esame delle regioni, il Piano colma un vuoto di tre anni (l'ultimo risale al triennio 2005-2007), con l'obiettivo di uniformare tra le varie regioni il calendario vaccinale.

Le regioni, in fatto di vaccini, hanno infatti continuato a decidere in ordine sparso su modalità organizzative, calendari e oneri per i cittadini. Di qui la necessità di garantire un'offerta omogenea inserendo il piano, nei livelli essenziali d'assistenza, di raggiungere standard di copertura adeguati, e di attivare un sistema di valutazione continua basato sull'Health technology as-

essment e sulla completa informatizzazione sulle anagrafi vaccinali. Il Pnv assume come base di riferimento il calendario già in uso: si conferma la presenza degli antidoti contro difterite, tetano, poliomielite ed epatite B (obbligatori), pertosse, influenza B (disponibili nel complesso in formulazione esavalente); morbillo, rosolia e parotite (vaccino combinato trivalente, consigliato). Nel calendario trovano anche posto l'antipneumococcico coniugato, l'antimeningococco C e il vaccino contro il papillomavirus (Hpv) nel dodicesimo anno di vita. Introdotti, infine, il vaccino contro l'influenza per gruppi a rischio e la vaccinazione universale contro la varicella, offerta anche a tutti gli adolescenti anamnesticamente negativi.

## L'infettivologo Angarano I malati cronici non vaccinati tallone d'Achille della Puglia

■ Il numero più alto di decessi dovuti al virus A/H1N1 dell'influenza registrati in Puglia, rispetto alle altre regioni italiane, si spiega probabilmente con il fatto che in questa Regione il virus ha trovato «terreno fertile» facendo leva su una categoria ben precisa, ovvero quella dei malati cronici non vaccinati. Ad affermarlo è l'infettivologo e direttore della Clinica di Malattie infettive dell'Università di Bari, **Gioacchino Angarano**.

I soggetti deceduti in Puglia per influenza A, infatti, ha affermato l'esperto, avevano tutti patologie pregresse. Ma come spie-

gare il numero concentrato di decessi nella Regione? Lo scorso anno, ha rilevato Angarano, «in Puglia la mortalità per influenza A ha fatto registrare livelli bassissimi rispetto al resto d'Italia; per questo motivo, probabilmente molte persone a rischio perché sofferenti di patologie croniche o gravi non si sono vaccinate, e probabilmente le stesse persone non si sono vaccinate neppure quest'anno». Ma quest'anno, ha affermato l'infettivologo, il virus A/H1N1 «che nel

2010 aveva colpito soprattutto soggetti giovani, ha invece trovato proprio in questa categoria dei malati cronici, non vaccinati, un terreno fertile su cui colpire, una sorta di Tallone d'Achille». Al contrario, ha concluso Angarano, «quest'anno il virus A/H1N1 sta colpendo i giovani in misura molto ridotta. Questo perché, con il contagio diffuso dello scorso anno, la maggioranza dei giovani risultava probabilmente già immunizzata».

ERA STATA TRASFERITA ALLE «MOLINETTE» A CAUSA DELLE GRAVISSIME CONDIZIONI

# Una 62enne di Barletta stroncata dal virus a Torino

● L'uomo morto a Foggia non è l'unica vittima pugliese di ieri. È morta nel pomeriggio alle Molinette di Torino per influenza A una donna di 62 anni proveniente da Barletta e aviotrasportata nel nosocomio torinese il 13 gennaio. Con gli ultimi due decessi, salgono a otto i pugliesi stroncati dal virus A/H1N1.

Sempre alle Molinette, uno dei cinque grandi centri italiani di trattamento del virus A/H1N1, sono arrivati ieri altri due pazienti con sintomi di influenza A. Si tratta di una donna di 62 anni, che era stata ricoverata negli ultimi due giorni nel reparto di gastroenterologia dello stesso ospedale, e che presenta problemi epatici, e di un uomo, sempre di 62 anni, proveniente dal reparto di rianimazione del Mauriziano di Torino. Mentre nel primo caso i medici hanno deciso di non effettuare la respirazione extracorporea, nel secondo tale trattamento si è reso necessario a causa dei particolari problemi del paziente: obesità e patologie cardiache e polmonari.

Si è invece spento in Campania, Luigi Caruso, il disoccupato 37enne di Grazzanise affetto da influenza A, che era stato ricoverato nel centro di rianimazione dell'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia in condizioni già disperate, con una insufficienza respiratoria grave. «Purtroppo - spiega il direttore del centro, Aniello De Nicola - tutti i nostri sforzi non sono riusciti a salvare il paziente, nonostante la sua giovane età, e nessuna patologia pregressa. Sono sopravvenuti tre arresti cardiaci, conseguenti al sovraccarico respiratorio». Il paziente era stato supportato con farmaci e una macchina per la ventilazione automatica all'avanguardia. Caruso era un gran fumatore e da qualche anno assumeva antidepressivi. Anche per il prof. De Nicola il decesso del disoccupato è stato inaspettato in quanto non veniva considerato un soggetto a rischio. Il prof. De Nicola come consiglio raccomanda di lavare spesso le mani e di evitare luoghi chiusi non ventilati e sovraffol-

lati, unica prevenzione possibile. Sempre in Campania, il picco di influenza ha costretto anche i medici del pronto soccorso dell'ospedale pediatrico Santobono a ricoverare i pazienti in barella.

Secondo quanto riporta Giuseppe Mele, presidente nazionale della Federazione medici pediatri (Fimp) sei bambini su dieci sono già a letto con l'influenza: è quindi stato raggiunto il picco di contagi. «Siamo nel picco massimo dell'influenza - ha detto Mele - ormai il 60% dei bimbi sono a letto». E i problemi dell'anno scorso, quando il ceppo dell'influenza A era considerato pandemico, «hanno influito negativamente, perché si è registrata nei nostri ambulatori un calo dell'attenzione verso la pratica vaccinale. L'utilità della vaccinazione viene messa in discussione da chi ci vede un pericolo, e denigra e distrugge quello che cerchiamo di fare. Il vaccino è un dono di Dio - ha concluso - e come tale dobbiamo prenderlo».

# Influenza, bimbi ko. «Vaccino snobbato»

*Siamo al picco, tra i più piccoli sei su dieci a letto. I medici: virus sottovalutato*

— ROMA —

**ALTRI** due morti per l'influenza A H1N1 mentre sembra vedere la luce il nuovo piano nazionale vaccini (Pnv) 2010-2012, destinato a colmare un vuoto lungo tre anni. L'epidemia legata al virus influenzale è vicina al picco o nel bel mezzo — come assicurano i pediatri che calcolano il 60% dei bimbi a letto proprio in queste ore — aumentano i casi gravi. Con qualche preoccupazione in più per le vaccinazioni che non sono state all'altezza delle aspettative, probabilmente anche a causa della intensa campagna dell'anno scorso. Per questo, nell'ordine, le preoccupazioni degli operatori della sanità riguardano le categorie a rischio che non hanno pensato a premunirsi (ma che ancora potrebbero farlo) con una semplice iniezione; la capacità dei medici di base di affrontare l'emergenza senza scaricare sugli ospedali il peso dell'influenza con conseguente intasamento dei reparti.

Ieri si sono contati due decessi: una donna di Barletta trasferita da giorni alle Molinette di Torino (afetta da patologie pregresse) e un uomo di 37 anni di Grazzanise, nel Napoletano. Nonostante la giovane età e l'assenza di gravi patologie importanti e preesistenti, i medici non sono riusciti a salvarlo. «Rispetto all'anno scorso — ha spiegato Aniello De Nicola, direttore della Rianimazione — questa influenza è stata sottovalutata». Posizione condivisa dal direttore del dipartimento Malattie infettive dell'Istituto superiore di Sanità, Gianni Rezza che ha espresso grande preoccupazione per il basso numero delle vaccinazioni causato anche dalle ingiustificate accuse di allarmismo dello scorso anno. Per il resto, l'Iss tranquillizza: «Aumentando globalmente il numero dei casi, aumenta anche l'incidenza di quelli con esito fatale, ma sono una minoranza». Per la grandissima maggioranza degli italiani tutto si risolve con un paio di giorni a letto.

**GIUSEPPE MELE**, presidente

della Federazione italiana medici pediatri (Fimp) esterna il proprio rammarico: «Quest'anno la vaccinazione non ha avuto l'effetto sperato; il ricorso all'immunizzazione tra i bambini si è ulteriormente ridotto». Frutto, anche, di informazioni scorrette e di preoccupazioni infondate. Inoltre Mele auspica, a breve, la possibilità che siano gli stessi pediatri, nei loro studi, a vaccinare i piccoli pazienti, come accade già in Piemonte e in Puglia. Ma ogni regione procede a modo proprio. Di qui la necessità di varare il Piano nazionale vaccini che ora è all'attenzione degli enti locali. L'intento è creare linee comuni nell'uso dei vaccini e una valutazione globale di costo-efficacia della prevenzione.

s. m.

## EFFETTO BOOMERANG

**Meno ricorso alla prevenzione**  
Gli esperti: «L'anno scorso troppe accuse di allarmismo»

## VITTIME

**20**

**Decessi in Italia**

**Le persone decedute a causa del virus H1N1. Ieri sono morti una donna di 62 anni già malata e un 37enne senza altre patologie**

## INFETTATI

**60%**

**Bambini a letto**

**Secondo i medici il picco dell'influenza è già arrivato nonostante altre previsioni lo diano per febbraio. Sei bambini su 10 sono a letto col virus**



Ignazio Marino: "Sempre meno letti  
ci salveranno solo i medici di base"

La ricetta di Ignazio Marino, chirurgo e presidente della commissione d'inchiesta sul servizio sanitario

# "Meno posti, ma mancano alternative solo i medici di base possono salvarci"

GIUSEPPE FILETTO

«È IN atto una politica nazionale che porta ad individuare come negativo tutto ciò che fa parte della sanità pubblica — afferma Ignazio Marino — è un percorso disegnato scientificamente, che fa dire che il pubblico è inefficiente e perciò occorre rivolgersi ai privati». Non ha dubbi il chirurgo genovese, che per 20 anni ha conosciuto la sanità inglese, a Cambridge, poi negli Stati Uniti, a Pittsburgh e Philadelphia.

**T**ornato in Italia nel '98 per fondare l'Istituto Mediterraneo dei Trapianti e delle Terapie ad alta Specializzazione di Palermo. Da qualche anno medico prestato alla politica.

**Lei che è senatore del Pd e presidente della Commissione d'Inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale, che idea si è fatto della sanità ligure?**

«Sulla Liguria occorre fare una riflessione più ampia e rigorosa: da una parte dobbiamo avviarci verso una diminuzione di posti letto a bassa tecnologia, dall'altra ad un aumento ad alta tecnologia, come sono i reparti di rianimazione e le terapie intensive».

**La cura dimagrante dei posti letto, unita all'assalto agli ospedali da parte dei pazienti, determina l'ingolfamento del pronto soccorso e dei reparti.**

«In questi giorni a Genova assistiamo ad un aumento

improvviso, ma prevedibile, delle persone che richiedono assistenza al pronto soccorso e un posto letto di ricovero. Occorre invece sviluppare un forte investimento di risorse umane e di assistenza sul territorio. Tutto ciò accade perché manca un'organizzazione dove i medici di famiglia possono assistere i loro pazienti, sette giorni su sette. Questo percorso deve essere incentivato».

**Nel paese delle meraviglie?**

«Senza andare molto lontano, questo accade già in alcune realtà del nostro Paese».

**Dove?**

«Recentemente sono stato a Fiorenzuola d'Arda, in provincia di Piacenza: qui i medici di famiglia si sono organizzati in una struttura messa a disposizione del comune, aperta tutta la settimana. Dove chiunque, che si senta poco bene, può andare e trovare una segretaria che raccoglie le prime notizie ed una infermiera che può misurare la pressione e praticare una iniezione; ma anche un medico presente 12 ore al giorno, che può fare un'ecografia semplice».

**È la formula magica per svuotare gli ospedali? Basterebbe solo questo?**

«Se anche in Liguria avessimo queste strutture, unite al-



l'assistenza territoriale, allora chi si ammala in casa potrebbe ricevere la visita di un'infermiera due volte al giorno, o di un medico. Questo modello serve a regolare gli accessi in ospedale: al pronto soccorso vadano le persone che hanno reale necessità. Se, invece, si diminuiscono i posti letto, ma non si offrono altre possibilità, allora gli ospedali inevitabilmente vanno in tilt».

**L'Emilia, però, non ha la stessa percentuale di popolazione anziana e fragile come la Liguria...**

«Se all'anziano si dà l'assistenza domiciliare, questo preferirà rimanere nella sua casa, piuttosto che andare in ospedale ed essere ricoverato in una stanza con quattro posti letto occupati da altrettanti sconosciuti. Occorre fare tutto questo, per l'equilibrio economico di una sanità che diventa sofisticata».

**A livello regionale, dunque, manca una politica sanitaria?**

«La Liguria, come tante altre regioni, soffre i tagli imposti dalla Finanziaria del 2010, che ha tolto molte risorse destinate al territorio, alle provincie ed alle regioni: diventa più complicato realizzare ciò che ho detto. Ripeto: la politica sanitaria nazionale porta allo smantellamento di tutto ciò che è pubblico e alla promozione del privato».

*(g.fil)*

**“Non bisogna andare lontano, in Emilia hanno già trovato una soluzione”**



**IL MEDICO POLITICO**

Ignazio Marino, chirurgo prestatario alla politica, si è candidato anche alla segreteria del Partito Democratico

Concorrenza. Confindustria e la nuova legge: «Servono garanzie di sicurezza e affidabilità»

## Sì alla farmacia «tuttofare» solo se rispetta gli standard

di **Giuseppe Fraizzoli**

Un recente provvedimento del ministero della Salute, approvato dalla Conferenza Stato Regioni e in corso di verifica di applicabilità da parte delle singole Regioni, ha previsto la possibilità che le farmacie forniscano alcuni servizi sanitari. In pratica, all'interno della farmacia si potranno prenotare visite ed esami - e fin qui non c'è nulla da eccepire - ma sarà anche possibile sottoporsi ad esami diagnostico-instrumentali e attivare inoltre interventi di fisioterapia e di assistenza infermieristica.

Bisogna a questo punto chiedersi: all'interno delle farmacie saranno garantiti gli stessi requisiti di sicurezza e qualità a cui oggi devono attenersi tutti i poliambulatori già presenti sul territorio? Gli oltre 1.100 poliambulatori e punti prelievo pubblici e privati già presenti in modo capillare nella regione Lombardia devono infatti garantire il rispetto di norme molto precise per l'avvio e il mantenimento dell'attività.

Per fare qualche esempio concreto, pensiamo a cosa succede oggi in un semplice punto prelievo: deve disporre di un'area di attesa dedicata, di bagni per i disabili, di spazi per la raccolta dei campioni ad uso esclusivo e così via.

Anche il più piccolo centro deve inoltre garantire il possesso di requisiti previsti dalle norme antisismiche, antincendio, antinfortunistica, di protezione acustica. Se poi si passa a considerare gli strumenti in dotazione, la prospettiva è che per gli esami ematochimici, anche quelli più complessi, si utilizzino apparecchiature automatizzate sulla cui affidabilità - in termini di esiti attendibili - sono presenti per la verità ancora molti dubbi.

Un altro aspetto importante, di cui si dovrà tenere conto nel

prossimo futuro, è rappresentato dall'informazione al paziente: i medici di laboratorio svolgono costantemente questo compito per chiarire il significato delle analisi e per informare gli stessi su eventuali interazioni con i farmaci.

Inoltre, la corretta interpretazione dell'esito di un esame può essere decisiva per l'inquadramento terapeutico o anche solo per gestire la preoccupazione dei pazienti per un risultato dubbio.

Venendo poi alle prestazioni ambulatoriali, nei poliambulatori è necessario prevedere anche la presenza costante di un medico e di un infermiere che sia responsabile del corretto svolgimento dell'attività clinica. Devono inoltre essere sempre garantiti adeguati percorsi di formazione e aggiornamento per il personale, bisogna essere pronti con mezzi e persone a gestire interventi di primo soccorso o emergenze. Si tratta di norme giuste e corrette, che garantiscono qualità e sicurezza nei confronti dei pazienti, ma che proprio per questo motivo devono, a maggior ragione, valere per tutti.

C'è poi un fattore economico non indifferente. Posto che tutti gli erogatori di servizi sanitari devono rispettare un budget e attenersi a tetti di spesa concordati con le istituzioni, cosa accadrà con l'estensione di questi servizi alle farmacie? Anche loro avranno un budget? E con quali fondi sarà stabilito? In un periodo, come quello attuale, di tagli e ridimensionamenti l'applicazione di questo provvedimento non sembra quindi un percorso realistico.

In conclusione più servizi sul territorio, ma regole certe e uguali per tutti, a tutela dei pazienti e senza aggravio di costi.

*Anisap Lombardia*

*Confindustria Lombardia Sanità Servizi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## **I pediatri «Le giornate a piedi fanno bene ai bimbi»**

**I pediatri dicono sì alle domeniche a piedi per ripulire l'aria. Perché «anche se i blocchi del traffico possono essere considerati interventi spot, tutto quello che può ridurre i livelli di inquinanti contribuisce a diminuire i rischi per la salute». Ed è un passo avanti verso l'obiettivo finale: «Creare un ambiente sempre più a misura di bimbo». Questo il messaggio di Giuseppe Mele, presidente della Federazione italiana medici pediatri. «Complice anche il freddo di questi giorni, quindi la scarsa circolazione dell'aria, lo smog aggrava le infezioni respiratorie nei bimbi» spiega l'esperto nella sede del Consiglio regionale lombardo, rispondendo ai giornalisti a margine della presentazione di una mozione Udc per la promozione attiva della vaccinazione anti-meningite.**



La ricerca

# Scoperta del Tigem, retinite pigmentosa verso la sconfitta

Studio degli scienziati napoletani: corretto il difetto genetico alla base della malattia della vista

**Valentina Arcovio**

Per qualsiasi genetista è un obiettivo ambizioso riuscire a creare una soluzione unica per correggere un difetto genetico che può presentarsi in diverse forme. Un traguardo arduo, ma non impossibile. A riuscirci è stato un gruppo di ricercatori del Telethon Institute of Genetics and Medicine di Napoli (Tigem) in uno studio pubblicato sulla rivista *Embo Molecular Medicine*. Oltre al valore puramente scientifico, i risultati raggiunti dagli scienziati napoletani hanno acceso un barlume di speranza a quanti sono costretti a vivere nel buio per colpa di una grave malattia che porta alla cecità. In pratica, i ricercatori sono riusciti a correggere il difetto genetico alla base della retinite pigmentosa, una delle più diffuse patologie ereditarie della vista che colpisce una persona su 3mila. Guidati da Maria Surace, il gruppo di ricercatori si è concentrato su quelle forme in cui basta ricevere il gene difettoso da uno dei genitori per sviluppare la malattia.

«Le malattie di questo tipo, dette a trasmissione autosomica dominante, sono molto difficili da curare con la terapia genica - spiega Surace - perché il difetto genetico determina non l'assenza di una proteina, ma la presenza di una proteina anomala e quindi tossica per l'organismo. Non serve a nulla, quindi, fornire al paziente una copia del gene sano: bisogna invece cercare di spegnere quello difettoso e questo è molto più difficile».

Da circa dieci anni scienziati di tutto il mondo stanno provando a «mettere a tacere» geni difettosi come questi. Ma fino ad oggi la strategia predominante è stata quella di disegnare proteine artificiali, capaci di agire in mo-

do specifico i geni alterati. Nel caso della retinite pigmentosa la difficoltà sta nel realizzare una proteina specifica valida per ogni errore genetico. Una strategia troppo complicata perché «le forme dominanti della retinite pigmentosa - dice Surace - sono circa il 35% e riguardano frequentemente il gene della rodopsina, che può presentare almeno 150 diversi errori nella sua sequenza che si traducono poi in un difetto della vista». Per Surace «è impensabile e troppo oneroso costruire altrettanti interruttori proteici ad hoc».

L'idea dei ricercatori del Tigem è stata quella di costruire un interruttore universale per il gene della rodopsina, capace di spegnere sia quello sano sia quello alterato, indipendentemente dal tipo di errore genetico. «Grazie a questa tecnologia - evidenzia il ricercatore - basata su proteine artificiali che legano il Dna, siamo riusciti per la prima volta a rendere inattivo il gene alterato della rodopsina nelle cellule della retina nel modello animale: il passaggio successivo sarà fornire, insieme all'interruttore per lo spegnimento di rodopsina, anche la versione sana del gene».

Ora i ricercatori del Tigem contano ora di proseguire su questa strada e di aprire quindi le porte della terapia genica anche alle malattie a ereditarietà dominante che possono coinvolgere altri organi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La svolta**  
Nell'istituto finanziato da Telethon «spento» l'interruttore sulle cellule animali



# Lunghe liste d'attesa e il malato va altrove

Lisa Zancaner

UDINE

La salute viene prima di tutto eppure, nonostante sia una priorità, c'è chi desiste rinunciando a sottoporsi ad un intervento. Secondo i dati forniti dalla Direzione centrale della salute riferiti ai primi tre trimestri del 2010 (i dati relativi al quarto trimestre non sono ancora disponibili), sono stati 71 gli utenti che hanno rinunciato ad un'operazione a causa delle liste d'attesa nell'area vasta udinese, quella che fa riferimento alle strutture dell'Ass4 Medio Friuli.

Solamente nel terzo trimestre

le rinunce sono state 33, poco meno delle 38 registrate nello stesso periodo del 2009, nonostante il programma regionale sul contenimento delle liste d'attesa.

D'altra parte se per un'artroprotesi d'anca ci vogliono fino a 334 giorni di santa pazienza, qualcuno la pazienza la perde strada facendo e decide di rivolgersi ad altre strutture, anche fuori regione. Per questo specifico intervento gli utenti in lista al terzo trimestre 2010 erano 245; non va meglio a chi soffre di cataratta, che rimane la nota dolente delle strutture ospedaliere: 2887 utenti in lista nelle due strutture del Santa Maria del-

la Misericordia, clinica e struttura operativa complessa di oculistica, e 260 giorni di attesa.

Il dato più preoccupante però è quello riferito alle rinunce alle asportazioni di neoplasie che, se non trattate correttamente, possono trasformarsi in tumore. Nei primi 9 mesi dell'anno passato 8 utenti si sono tirate indietro per l'asportazione di neoplasia alla mammella, 4 per neoplasia alla prostata, 4 per le neoplasie al rene, 2 per il colon retto e 4 per la vescica. In tutto le rinunce per questo tipo d'intervento hanno toccato quota 22, circa il 30% sul totale di 71 utenti che si sono tolti dalle agende degli ospedali.

Agende che risultano sempre piene anche per le coronarografie: nel reparto di cardiologia dell'ospedale di Udine con un tempo medio d'attesa di 80 giorni, in 7 hanno preferito dire no solo nel terzo trimestre, mentre un solo paziente ha rinunciato ad un intervento di protesi valvolare sui 57 utenti in attesa. Il risultato di questi numeri determina anche le cosiddette fughe extraregionali che concorrono ad appesantire le spese del sistema sanitario. Va comunque precisato che nessuno di questi interventi ricopre carattere d'urgenza e che il monitoraggio riguarda solo prestazioni di ricovero programmabili.

**SANITÀ**



**Il fenomeno delle rinunce confermato dai dati più recenti relativi alla provincia**





Individuati i più importanti fattori di rischio per questo tipo di neoplasia: il sole e le lampade solari

# Melanoma, la forza dell'immunoterapia

*Importanti studi vengono condotti tra Napoli e gli Usa: si allunga l'aspettativa di vita*

**N**asce un ponte tra Napoli e gli Stati Uniti per lo studio e la ricerca sul melanoma. Grazie alla capacità di attrarre "cervelli" dell'Istituto nazionale tumori Fondazione "G. Pascale", più di 150 esperti da tutto il mondo si sono ritrovati nel convegno internazionale "Melanoma Research: a bridge Naples-Usa", per fare il punto sulle ultime terapie per sconfiggere uno dei tumori più aggressivi. Ogni anno nel nostro Paese si registrano 7000 nuove diagnosi e 1500 decessi per melanoma. «L'incidenza di questa neoplasia - afferma il professore Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Medica e Terapie Innovative del "Pascale" - è cresciuta ad un ritmo superiore a qualsiasi altra (negli ultimi 10 anni infatti si è registrato un incremento di circa il 30%), ad eccezione di quelle maligne del polmone nelle donne. E l'età dei malati si sta abbassando progressivamente. Le cause sono da ricondurre ad abitudini sbagliate nell'esporsi al sole, agli eritemi accumulati durante l'infanzia e all'uso delle lampade abbronzanti, equiparate al fumo sigaretta per rischio cancerogeno». Anche negli Stati Uniti, dove ogni anno si registrano circa 68 mila nuove diagnosi, questo tumore è uno tra i più frequenti nelle persone di età compresa tra i 15 e i 29 anni. Tra i relatori del convegno, il professor Francesco Marincola, direttore della Sezione malattie immunogenetiche e infettive presso il National Institutes of Health di Bethesda (Usa), il secondo scienziato più citato al mondo per le sue ricerche sul melanoma con oltre 350 pubblicazioni. «Per la prima volta dopo 30 anni - spiega Marincola - nel 2010 abbiamo assistito a una svolta nella lotta contro questa forma di cancro grazie alla dimostrazione, da parte di ampi studi di Fase III, che l'immunoterapia

è efficace nel migliorare la sopravvivenza. È necessario ricorrere alla combinazione di terapie che possano attaccare la malattia da diversi fronti. La sfida da vincere è quella di cronicizzare la neoplasia, così come avvenuto in passato con l'HIV e con altre patologie infettive come la tubercolosi. Le difficoltà che affrontiamo sono rappresentate da una incompleta e frammentata comprensione del tumore e della sua biologia immunitaria».

Il "Pascale" è uno dei centri che ha guidato la sperimentazione in Italia di ipilimumab, un anticorpo monoclonale che ha una modalità d'azione rivoluzionaria (attualmente utilizzato solo per uso compassionevole e in attesa di registrazione). «La molecola - spiega il professor Ascierto - agisce al livello delle cellule del sistema immunitario, attraverso un meccanismo target che rimuove i "blocchi" della risposta immunitaria antitumorale. A un anno sopravvive solo il 25% dei pazienti, con ipilimumab questa stessa percentuale è viva dopo 24 mesi. Un risultato straordinario».

## L'immunoterapia

L'immunoterapia si unisce alla chirurgia, alla radioterapia e alla chemioterapia quale importante opzione terapeutica per i pazienti affetti da tumore. Diversi studi hanno valutato agenti immunoterapici nel trattamento di vari tipi di neoplasia, tra cui per lo più il tumore del rene e il melanoma, ma anche il tumore della prostata e del polmone. Anche se non tutti i pazienti rispondono all'immunoterapia, studi clinici evidenziano una riduzione di lunga durata della massa tumorale ed un aumento della sopravviven-

**INFO SALUTE**

**Melanoma, la forza dell'immunoterapia**

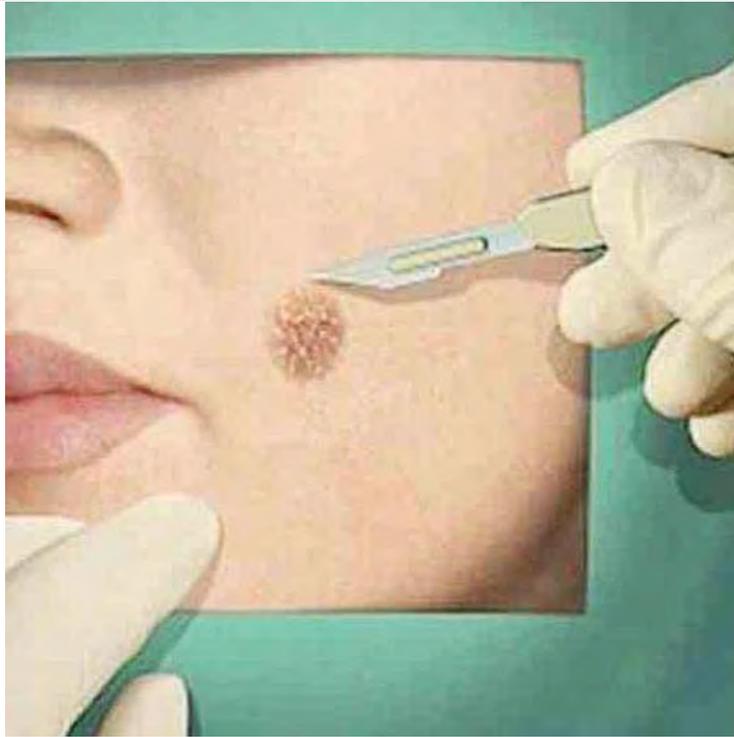


Il tumore che non lascia scampo. Ma la precisione finisce sempre

Ecco perché le emozioni alterano le nostre scelte

za che possono essere superiori a quanto generalmente ottenuto dalla chemioterapia quando questa risulta efficace. Il melanoma metastatico rappresenta un campo in cui le necessità mediche non sono ancora soddisfatte e in cui le opzioni terapeutiche disponibili sono limitate. Le proprietà immunogeniche del melanoma maligno e la sua abilità a indurre una risposta reattiva delle cellule T al tumore fanno sì che sia considerato un buon candidato per l'immunoterapia. Gli approcci immunoterapici, da soli o in combinazione con i trattamenti standard, possono rappresentare opzioni più efficaci per una malattia altamente poco responsiva.

Quando il sistema immunitario in-



dividua la presenza dei virus, batteri o tumori non presenti nelle condizioni di salute normali, il corpo attiva una risposta immunitaria colpendo le molecole presenti sulla superficie di questi elementi patogeni o delle cellule tumorali. Una componente importante di questa risposta è l'attivazione e produzione delle cellule T che sono una sottopopolazione di globuli bianchi in grado di eliminare o neutralizzare una cellula estranea o un agente infettivo. Le immunoterapie funzionano stimolando le cellule del sistema immunitario a combattere la malattia, per esempio alcuni anticorpi colpiscono componenti specifici che regolano il sistema immunitario del paziente.

## LA SCHEDA

Allo stadio iniziale si può intervenire agevolmente. Osservati speciali: i nei

## Un tumore che non lascia scampo Ma la prevenzione funziona sempre

Il melanoma è un tumore della pelle che ha origine nei melanociti, le cellule dell'epidermide che producono e contengono un pigmento noto come melanina. Lo stadio metastatico o avanzato del melanoma, caratterizzato dalla diffusione del tumore ad altri organi come ad esempio i linfonodi, il polmone e l'encefalo, rappresenta la fase a prognosi peggiore della malattia. Il melanoma costituisce il 4% dei tumori della pelle ma è responsabile dell'80% dei decessi per cancro della cute. Un paziente su cinque sviluppa la forma aggressiva e avanzata della malattia. È particolarmente difficile da curare quando si è diffuso oltre la lesione primaria, e per le persone che presentano metastasi a distanza la prognosi è infausta: solo il 10% dei pazienti con melanoma maligno sopravvive 5 anni (in questi casi la sopravvivenza mediana è di 6-9 mesi). In una meta-analisi di 42 studi di Fase II su 2.100 pazienti, il tasso di sopravvivenza a 12 mesi è stato del 25,5% con una sopravvivenza mediana di 6,2 mesi. Il trattamento del melanoma avanzato rappresenta un campo in cui le necessità della medicina non sono ancora state soddisfatte: nessun nuovo trattamento è stato approvato negli ultimi 10 anni.

I più importanti fattori di rischio del melanoma sono i seguenti: storia familiare; numerosi nei benigni; nei atipici; precedente melanoma. Ulteriori fattori di rischio includono: esposizione ai raggi UV artificiali; sensibilità al sole (capelli biondi, occhi e pelle chiari); immunosoppressione.

Diversi studi sulla correlazione tra intensa esposizione al sole e scottature durante l'infanzia e l'adolescenza hanno mostrato un rischio più che doppio di sviluppare il tumore in presenza di scottature in giovane età, mentre il nesso è meno chiaro in caso di ustioni dovute all'esposizione al

sole in età più avanzata. È importante calcolare il proprio fototipo prima di esporsi al sole. Fra i fattori di rischio ricordiamo anche l'utilizzo delle lampade artificiali: sono particolarmente pericolose e dovrebbe essere vietate ai minori di 18 anni. Uno studio importante dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) ha evidenziato che l'esposizione alle lampade abbronzanti, se avviene in età inferiore ai 30 anni, aumenta il rischio di melanoma del 75%. Ciò ha fatto sì che le radiazioni UV, nell'agosto 2009, siano state inserite nella classe I dei cancerogeni, quella di massimo rischio, come il fumo di sigaretta. Le creme ad alta protezione garantiscono protezione dalle scottature, mediata soprattutto dall'azione dei raggi UV, e impediscono l'insorgenza del carcinoma a cellule squamose. Ma la fotoprotezione, permettendo una più lunga esposizione al sole, aumenta il rischio di melanoma.

Come per altri tumori, la classificazione del melanoma prevede 4 stadi, che dipendono dalla dimensione e dallo spessore del tumore, dal fatto che si sia diffuso ai linfonodi e da quanto lontano si sia propagato rispetto alla sede di partenza, vale a dire la cute.

Esistono segnali di allarme che possono essere utili nell'identificazione del melanoma. Qualsiasi neo, con le caratteristiche di seguito riportate e riassunte nell'acronimo ABCDE, dovrebbe essere controllato da un medico: A come asimmetria; B come Bordi irregolari e indistinti; C, come Colore variabile, che può comprendere sfumature bianche diverse all'interno del neo stesso; D come Dimensione in aumento sia in larghezza che in spessore (diametro maggiore di 6 mm); E come Evoluzione, vale a dire cambiamento del neo nel tempo.



Policlinico da sette mesi senza una guida certa  
Ancora manca l'accordo Regione-Sapienza

**I NODI DELLA SANITÀ**

Montino accusa: direttore sanitario coinvolto  
in un'inchiesta. L'avvocato: «Sarà prosciolto»

# Umberto I, bufera sui dirigenti

Il Pd attacca: «Ai vertici chi fu arrestato per Lady Asl». Il Pdl: «Giustizialisti»

di MAURO EVANGELISTI

Il Policlinico Umberto I è ancora senza una guida. L'azienda ospedaliera San Camillo rischia di esserlo da lunedì, quando scadrà il mandato del commissario straordinario Massimo Martelli. E anche per l'azienda ospedaliera Sant'Andrea per ora il timone è in mano a un facente funzioni. Si sta complicando la vicenda dei grandi ospedali romani per i quali ancora non è stato scelto un direttore generale.

Il rettore Luigi Frati, a cui spetta l'indicazione del direttore generale del Policlinico Umberto I d'accordo con la presidente della Regione Renata Polverini, due settimane fa aveva assicurato che «entro la fine del mese» il nome del nuovo direttore generale sarebbe stato fatto. Ieri però da Pd, ha attaccato il capogruppo, Esterino Montino: «L'Umberto I è attualmente diretto dal direttore sanitario Carmine Cavallotti che in virtù di questo ruolo, ha assunto, come prevede la legge, le funzioni di direttore generale. Il fatto è che la sua nomina a direttore sanitario è scaduta lo scorso 20 gennaio e dunque da quasi una settimana non ha più il titolo né l'incarico in base al quale svolgere provvisoriamente le attuali mansioni. Risulta però che ancora dirige l'ospedale. Lo stesso Cavallotti ha nominato, lo scorso 17 dicembre, un direttore sanitario facente funzioni che svolgesse il suo precedente compito. Da qui la decisione di scegliere un dirigente arrestato dopo mesi di latitanza per lo scandalo di Lady Asl. Si tratta di Francesco Vaia rientrato in servizio come direttore di presidio dopo le vicende giudiziarie

replicato Stefano Bortone, l'avvocato di Vaia: «Vaia ha assunto l'incarico ad interim, fino a quando non interverrà la nomina del nuovo direttore. Trattandosi di una supplenza imposta ope legis e resa necessaria dall'ineludibile esigenza di garantire la continuità nella erogazione del servizio offerto dall'azienda, la stessa viene prestata senza alcun emolumento aggiuntivo e/o integrativo; quanto poi ai riferimenti alle vicende giudiziarie, occorre precisare che l'unico procedimento penale nel quale Vaia è coinvolto è tuttora in attesa di una decisione di primo grado che con ogni probabilità interverrà a breve determinando il proscioglimento dell'imputato». Attacca però anche Sinistra ecologia e Libertà, Luigi Nieri: «La Giunta Polverini ritiene la vicenda giudiziaria di Lady Asl del tutto irrilevante? Ne prendiamo atto. La decisione di nominare Francesco Vaia direttore di presidio all'Umberto I, infatti, non è illegittima, ma decisamente inopportuna». Dal Pdl la pensa diversamente Donato Robilotta: «Montino non avendo niente da dire nel merito dell'attuale gestione ha usato parole da perfetto giustizialista che ha in spregio le più elementari regole del diritto». Resta un dato: il 2010, dal punto di vista programmatico, è stato un anno perso per l'Umberto I. Il precedente direttore generale, Ubaldo Montaguti, è stato in carica per il primo semestre, ma sapeva che il suo contratto stava per scadere. Domenico Cosi, per alcuni mesi commissario, ovviamente non poteva che occuparsi di ordinaria amministrazione. Oggi il Policlinico Umberto I ancora attende una guida perché non si trova un'intesa fra Frati e Polverini.

E il San Camillo? Martelli spiega: «Aspetto notizie, il mio mandato scade lunedì. Francamente penso che accetterei di fare ancora il commissario solo se fosse senza una data di scadenza, altrimenti è impossibile programmare o decidere dei cambiamenti».



**IL CASO DEL SAN CAMILLO**

*Da lunedì scade anche il mandato di Martelli*

che lo hanno coinvolto». Ha



© RIPRODUZIONE RISERVATA