

Rassegna del 29/11/2010

SETTIMANALE DIPIÙ - Lettera - La pillola non fa ingrassare - Rossi Marco

1



del sessuologo
Marco Rossi

La pillola non fa ingrassare

Purtroppo, ho la tendenza a ingrassare facilmente e, perciò, evito di prendere la pillola. Il problema è che

questo mi impedisce di vivere serenamente l'intesa poiché sono sempre preoccupata di correre il rischio di una gravidanza. Secondo lei, sbaglio? E che cosa mi consiglia invece?

Tiffany

Prima di tutto, la invito a cercare di comprendere quanto è importante che lei viva la propria intimità con tranquillità, senza il timore di rischiare una gravidanza unicamente perché pensa che la pillola faccia ingrassare.

• *Purtroppo, però*, lei non è la sola a pensare che la pillola abbia come effetto collaterale l'aumento di peso. Infatti, recentemente, la rivista *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, la pubblicazione ufficiale dell'Associazione internazionale di ginecologia e ostetricia, ha rivelato che metà delle donne tra i diciotto e i quarantacinque anni riteneva che prendere la pillola faceva ingrassare e una su cinque aveva smesso di prenderla proprio

per il suo stesso motivo. Ma è un falso mito, legato soprattutto alle pillole di prima generazione. Infatti uno studio promosso dall'organizzazione Family Health International (*si legge famili elt internescional*), che si occupa di salute a livello internazionale, ha riscontrato che l'aumento di peso conseguente all'assunzione di contraccettivi orali di ultima generazione sostanzialmente non esiste. Sicuramente, la pillola agisce sui livelli ormonali e, quindi, può fare ingrassare il seno e aumentare leggermente la ritenzione idrica, ma si tratta di "gonfiore" e non di un aumento della "massa grassa".

• *Le consiglio, dunque*, di sottoporsi senza timore alle analisi specifiche per sapere quale pillola è adatta a lei. In ogni caso, le raccomando di adottare sempre un metodo contraccettivo.

• *Quindi, se proprio* non gradisce assumere la pillola o gli altri contraccettivi ormonali, come il cerotto o l'anello, usi il preservativo, che la proteggerà anche dal rischio di malattie sessualmente trasmissibili.

Le Guide

TOSCANA

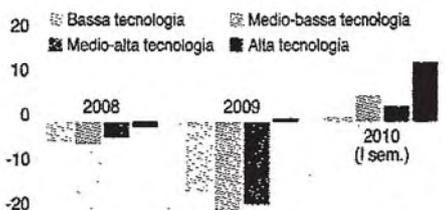
Sanità, il piano di investimenti non si ferma davanti ai tagli statali

Si lavora per ridurre i costi senza dover sacrificare i servizi importanti. Per far fronte alla frenata dei finanziamenti centrali l'idea di elaborare un redditometro in base al quale incrementare in proporzione i contributi a chi guadagna di più

Le spese per il personale e quelle per la tecnologia non si possono abbattere

La produzione hi-tech in Toscana

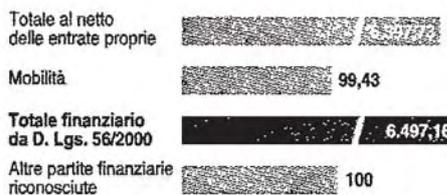
Variazioni % tendenziali



Fonte: Unioncamere Toscana

Il fabbisogno sanitario riconosciuto

In milioni di euro, 2010



Fonte: Documento di programmazione economica Regione Toscana

I processi riorganizzativi delle Asl rendono più efficienti le strutture

MICHELE BOCCI

Firenze

Mantenere il bilancio in pareggio malgrado i tagli di Roma, per non chiedere tasse ai cittadini. E' la sfida del presidente toscano Enrico Rossi e passa principalmente dalla sanità, la voce che pesa di più sui conti regionali. In assessorato si lavora per ridurre le spese delle Asl e delle aziende ospedaliere senza tagliare i servizi. L'impresa non è facile: il Fondo sanitario regionale ha subito una contrazione di 35 milioni per il 2010 e quella stimata per l'anno prossimo è di 70. Inoltre lo stato ha ridotto di 27 milioni di euro la sua quota di partecipazione al fondo per la non autosufficienza dal 2011 in poi. Le risorse calano ma anche se fossero identiche a quelle degli anni passati non basterebbe: il trend di crescita della spesa sanitaria negli ultimi anni, si è infatti attestato intorno al 3 per cento annuo. Ci sono aumenti, come quelli della spesa per il personale o della tecnologia che non si possono abbattere.

Malgrado il quadro, Rossi non ha intenzione di mettere le tasse. «Ma i tagli del governo», dice, «sono pesanti e prima di togliere servizi importanti potremo chiedere un contributo maggiore a chi guadagna di più, in modo da concentrare le risorse a disposizione sulle famiglie e i soggetti più deboli». L'idea è quella di introdurre un redditometro toscano che sostituirà l'Isee, cioè lo strumento utilizzato fino ad ora per misurare i mezzi economici delle famiglie e determinare di conseguenza le tariffe di accesso a varie prestazio-

ni, dagli asili alle case di riposo, o il grado di esenzione sanitaria. Il redditometro è considerato uno strumento migliore dell'Isee per misurare la ricchezza dei cittadini, che consente una maggiore equità perché tiene conto anche delle spese sostenute per i figli piccoli o per gli anziani non autosufficienti. Inoltre considera redditi non tassabili, che oggi non rientrano nell'Isee. Il nuovo strumento dovrebbe essere approvato entro fine anno ed essere utilizzato già nel 2011.

Mentre si prepara l'arrivo del nuovo strumento, il sistema sanitario lavora per il pareggio. «Malgrado i tagli, i rilevanti processi di riorganizzazione avviati in tutte le aziende sanitarie toscane consentiranno alle direzioni generali di chiudere i bilanci di quest'anno in pareggio e di prevedere analoghi risultati per il 2011», spiega l'assessore alla salute Daniela Scaramuccia. Non dovrebbe farsballare i conti nemmeno il caso della Asl di Massa, che di recente si è scoperto essere in rosso di decine di milioni malgrado le certificazioni del pareggio dei bilanci degli anni scorsi fatte da società di consulenza e dagli stessi dirigenti aziendali.

Una delle strategie principali dell'assessorato è quella di non razionalizzare e basta ma di investire in tecnologie, strutture e ricerca. «Confermiamo gli investimenti triennali in sanità in una misura di 100 milioni annui - dice Scaramuccia - al netto del patto di stabilità».

Per quanto riguarda il controllo

della spesa, intanto si investe sul potenziamento dei servizi territoriali e dell'assistenza domiciliare. Prendere in carico presto chi ha malattie croniche, oltre a permettere una cura migliore riduce le spese per ricoveri, esami, interventi eccetera. Inoltre è in corso una riorganizzazione della rete ospedaliera, che passa principalmente dalla costruzione di quattro nuovi ospedali a Prato, Pistoia, Lucca e tra Massa e Carrara. Si sta intervenendo anche sulla spesa farmaceutica, da anni sotto controllo in Toscana, per ridurla ulteriormente. I professionisti delle varie discipline vengono coinvolti per scrivere linee guida sul trattamento farmacologico per problemi molto diffusi (ipertensione, colesterolo alto eccetera) perché i medici specialisti e quelli di famiglia prescrivano sempre il farmaco più economico ovviamente a parità di risultato terapeutico.

Tutte le Asl toscane sono impegnate a ridurre le spese generali di funzionamento del 5 per cento, come richiesto dalla Regione. Vengono tagliati i costi delle campagne di comunicazione o delle consulenze esterne. Certe aziende hanno ridotto il parco macchine del 20 per cento, altre lavorano per abbassare la spesa farmaceutica ospedaliera. L'assessore non ha invece intenzione di tagliare la spesa per la formazione. «Vorremmo magari aumentarne l'efficacia, a parità di risorse», spiega ancora Scaramuccia. Malgrado i tagli al

fondo per la non autosufficienza, che finanzia ad esempio le quote pubbliche delle rette delle Residenze sanitarie degli anziani, Scaramuccia assicura che sarà la Regione a finanziarlo perché non scenda sotto gli attuali 80 milioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

Farmaci, meno ricerca e niente concorrenza



Qualche nostro lettore ricorderà la campagna condotta alcuni anni orsono, al fine di liberalizzare l'apertura delle farmacie a tutti i laureati nella disciplina abolendo il numero chiuso vigente. Trattandosi di un'aspirazione liberista, la lobby corporativa trasversale ebbe la meglio e ancora oggi vi sono 18.000 farmacisti titolari del proprio esercizio e 79.000 che, pur professionalmente abilitati, non hanno la possibilità di accedervi. L'inserzione di una minima pressione concorrenziale si è avuta con l'apertura di circa 3300 parafarmacie e punti vendita per prodotti da banco, sanitari senza obbligo di prescrizione e similari che hanno portato a 7000 posti di lavoro, una riduzione dei prezzi di vendita con un risparmio nel 2009 di 24 milioni a favore dei consumatori e nessun onere per lo Stato.

Il valore dell'esperienza induce a proseguire nella strada intrapresa. Se ne torna a parlare nell'ultimo rapporto di Antonio Catricalà rivolto alla Commissione Sanità del Senato, dove sono in discussione ben dieci disegni di legge sul riordino dell'esercizio farmaceutico. È sintomatico che questo "grand commis" non solo ribadisca gli argomenti a favore della liberalizzazione ma denunci come in molti disegni di legge presentati si tenda invece ad ampliare le esclusive, aumentando il potere di mercato delle farmacie, senza vantaggi per i consumatori. Per contro "consentire l'accesso alla titolarità di farmacia ai farmacisti abilitati, senza l'attuale limite numerico, aprirebbe spazi importanti per promuovere l'iniziativa economica".

Catricalà si sforza altresì di rispondere al principale degli argomenti del protezionismo corporativo secondo cui senza un numero chiuso e una rete obbligatoria di siti autorizzati, sussisterebbe il pericolo che le zone a scarso sviluppo economico o troppo isolate, finiscano senza copertura. La risposta è a un tempo storica ed economica: «All'origine il sistema era concepito —

e si giustificava — per consentire, in un Paese essenzialmente agricolo e poco sviluppato, la presenza capillare sul territorio delle farmacie. La garanzia legale di una sicura fonte di reddito per il titolare era funzionale a che il servizio di distribuzione dei farmaci potesse essere effettivamente prestato. Oggi tutto ciò non appare giustificato con riferimento alla maggior parte del territorio «mentre nelle zone residuali il problema potrebbe essere risolto sussidiando le sedi periferiche con un fondo alimentato da risorse provenienti dalle imprese operanti in regime di concorrenza. Il rapporto di Catricalà affronta poi per la prima volta alcuni risvolti negativi che si stanno rivelando col ricorso troppo spinto a favore dei generici (i farmaci non più coperti da brevetto venduti a prezzo più basso di quelli «firmati» con un netto risparmio per il Ssn).

Se è vero che il sistema si sta estendendo nel mondo a causa dei deficit di bilancio del sistema sanitario, esso sta anche allontanando le grandi aziende dalla ricerca farmacologica soprattutto nelle patologie ad alta mortalità. In Italia già si assiste alla chiusura di centri di ricerca di grandi gruppi internazionali e alla contrazione delle ricerche nei gruppi minori. «Il tema della costituzione di un clima favorevole alla ricerca», sostiene Catricalà, impone, quindi, «una nuova regolazione dei margini di settore» (un prolungamento del periodo coperto da brevetto?) che permettano di remunerare gli ingenti costi della ricerca attuata dai produttori originari. Inoltre la cosiddetta «bioequivalenza» tra prodotti generici e originali, contenenti lo stesso principio attivo non significa affatto «equivalenza terapeutica». È infatti ammessa una soglia dall'80% in meno al 125% in più di «intervallo di equivalenza», il che può portare a seri inconvenienti terapeutici. Solo il medico dovrebbe, quindi, essere autorizzato alla prescrizione. Il protezionismo colpisce anche dove meno te lo aspetti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il boom dei farmaci falsi

Affari per 70 miliardi in un mercato inquietante

Fusco a pagina 26

Viaggia in rete il farmaco "taroccato"

Settanta miliardi di dollari l'anno nel mondo e 2 miliardi di euro in Italia: si allarga rapidamente il mercato dei medicinali contraffatti, per la maggior parte venduti via web, dai falsi veri e propri a prodotti di incerta origine importati illegalmente

ILARIA FUSCO

Settanta miliardi di dollari il giro d'affari mondiale, 2 miliardi di euro quello italiano: sono le cifre-shock dei farmaci contraffatti, l'aspetto più inquietante del mercato dei falsi, dalla pelletteria agli orologi. I farmaci taroccati si vendono quasi esclusivamente almeno in Italia via Internet, mezzo che più di ogni altro si presta a rimanere fuori controllo, e presenta una preponderanza in un settore particolare: i farmaci contro la disfunzione erettile. Viagra, Cialis, e persino il principio attivo *sildenafil*, risultano fra i più falsificati. Persino i generici, insomma, hanno i loro imitatori. E con una precisione sconcertante, tanto da rendere quasi impossibile la distinzione, almeno visuale. Quanto agli effetti, ovviamente, è tutto un altro discorso. Fortunatamente come si diceva la rete di distribuzione farmaceutica italiana è una delle più sicure, basata esclusivamente su rivenditori autorizzati come farmacie e parafarmacie e tracciabile grazie al bollino ottico che consente il monitoraggio del prodotto dalla produzione fino all'ingresso in farmacia. Ma il pericolo di venire a contatto con medicinali contraffatti è quotidiano: basta dare uno sguardo alla posta elettronica per essere attratti da messaggi promozionali ingannevoli. Rilevante è il mercato dei cosiddetti farmaci mascherati: integratori, vitaminici, dimagranti, che si presentano come alimentari o cosmetici, e perciò trovabili presso palestre, centri estetici e sexy shop, ma che contengono principi attivi propri dei medicinali. La frode può

riguardare non solo il principio attivo ma gli eccipienti, la fabbricazione ed il confezionamento.

Del problema si è discusso a Milano nella tavola rotonda della casa farmaceutica Mipharm "Le minacce alla qualità del farmaco". I medicinali contraffatti venduti nel mondo arrivano al 10% del totale: la diffusione è alta nei paesi in via di sviluppo per i salvavita (antibiotici,

antimalarici) ma il fenomeno è in crescita in occidente relativamente ai prodotti *lifestyle* (steroidi, anoressizzanti, psicotropici, antidepressivi, ormonali, contro l'impotenza). I casi sono i più disparati: ci sono pomate a base di anti-infiammatori cortisonici usate dalle popolazioni africane per schiarire la pelle. Alcune ditte europee ufficiali producono questi farmaci solo per l'export, senonché a volte rientrano illegalmente in Italia e venduti negli etno-shop. Fin qui non ci sarebbe il falso "chimico", ma spesso con questi rientrano anche prodotti falsi (vedi foto). Casi di contraffazione riguardano poi le materie prime: nel 2008 i produttori cinesi di eparina avrebbero, secondo indagini del Congresso, messo in circolo grandi quantità di principio attivo contraffatto arrivato nella filiera legale Usa. In sede europea si parla di un necessario rinforzo dei controlli (revisione della direttiva 2001/83) per i prodotti che arrivano dall'Asia alla luce delle previsioni del Chemical Pharmaceutical Generic Association che stimano in aumento le vendite cinesi (9,9 miliardi di dollari nell'anno in corso) e indiane (4,8 miliardi). «Il costo delle materie prime impatta in modo decisivo sul prezzo del medicinale - spiega Giorgio Foresti, presidente Assogenerici - e se questo scende in modo eccessivo il produttore è costretto a fornirsi di matrici più convenienti a scapito della qualità».

L'Aifa in collaborazione con l'Oms ha lanciato l'operazione Impact con una *task-force* che coinvolge l'Istituto Superiore di Sanità, i Carabinieri dei Nas, l'Agenzia delle Dogane, i ministeri della Salute, dell'Interno e dello Sviluppo Economico, allo scopo di garantire la sicurezza degli acquisti sul territorio e soprattutto online. Dice il senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, segretario della commissione Sanità: «Occorre un coordinamento delle attività investigative, una campagna informativa e una serie di certificazioni per garantire la corretta attività dell'e-commerce». Il 99% delle web-pharma non rispetterebbe gli standard di legge e il 50% dei medicinali venduti in rete sarebbe contraffatto, secondo il servizio di verifica statunitense Legiscrypt. In Ita-

lia, l'operazione Pangea III ha portato al sequestro di 10.000 prodotti importati illegalmente. «Per inserirsi sul mercato bisogna seguire una serie di pratiche garantiste che

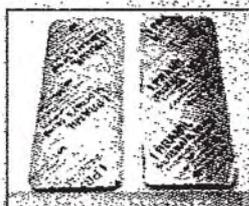
molti eludono piazzando la merce pericolosa tramite reti di vendita facile come i *cybershop*», commenta Rosario Broccoli, responsabile e-commerce di Servitel. «I prodotti della nostra vetrina web prima di essere offerti al pubblico, devono essere controllati dalla Polizia Sanitaria presso la Dogana e notificati al ministero della Salute: ben venga una campagna legislativa di certificazioni per Internet: oscurare chi non rispetta le regole giova agli operatori che lavorano nella legalità, e garantisce acquisti sicuri».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

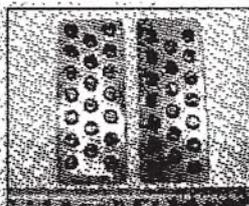
I CASI



LE POMATE
Un prodotto cortisonico vietato in Italia, importato illegalmente e scoperto dai carabinieri dei Nas



IL VIAGRA
Due blister del principio attivo del Viagra, che comincia ad essere venduto come generico, solo che è falso



IL GENERICO
I Pramil sequestrati dall'Agenzia delle dogane, altro generico del Viagra. L'illecito sta nel fatto che è autorizzato solo in Brasile



Creata una task-force con i carabinieri dei Nas e le autorità sanitarie

Milano nella tavola rotonda della casa farmaceutica Mipharm "Le minacce alla qualità del farmaco". I medicinali contraffatti venduti nel mondo arrivano al 10% del totale: la diffusione è alta nei paesi in via di sviluppo per i salvavita (antibiotici,

Né camera da letto né ospedale arrivano le case della maternità

Si diffondono in Italia i "birth center" americani, dove si danno alla luce i figli in un ambiente familiare. Niente camici bianchi e pratiche mediche: anche la Francia ora punta sulle strutture per il parto naturale

ANAIS GINORI

Né a casa, né in ospedale. Gli americani li chiamano "birth center", i tedeschi "geburtshäuser", i francesi "maison de naissance". Le case maternità sono la nuova frontiera per le donne che cercano un luogo più intimo e familiare dell'ospedale ma non se la sentono di partorire da sole tra le mura domestiche. Mentre negli Stati Uniti, queste strutture esistono da decenni (il primo "birth center" fu aperto a New York nel 1975) in Europa sono diffuse solo da qualche anno. Il Paese pioniere è stato la Germania, ma altri centri esistono già in Svizzera, Belgio, Gran Bretagna. Ora è la nazione a più alta natalità del continente, la Francia, a lanciarsi nella sperimentazione di un parto meno medicalizzato e più naturale.

Il governo francese ha infatti autorizzato l'apertura di queste nuove strutture, gestite da ostetriche e collegate a un ospedale in caso di emergenza. I numeri sono ancora minimi. Meno dello 0,5% delle mamme partorisce fuori da un ospedale, ma la tendenza è in aumento. «C'è una nuova sensibilità femminile al riguardo ed è giusto cercare di soddisfarla con ogni garanzia sanitaria» conferma l'ex ministro della Salute, Roselyne Bachelot, portavoce del progetto. Oltre a offrire un servizio alle neomamme, il governo di Parigi ha stimato che favorire il parto extraospedaliero comporterà un risparmio per il pubblico di cir-

ca 7 milioni di euro all'anno.

«La gravidanza non è una malattia». Vianella Gnan è un'ostetrica di 44 anni. Ne ha passati oltre quindici in ospedale, da due lavoro in un bel casolare circondato dal verde e dal silenzio nel quartiere Navile di Bologna. L'associazione "Il Nido" è una delle cinque case maternità italiane. Le mamme qui vengono seguite da due ostetriche, dalla prima ecografia fino al travaglio. «Si crea un rapporto di fiducia e conoscenza — racconta Gnan —. La donna non rischia mai di trovarsi in mano a sconosciuti come può capitare in ospedale». Il padre è reso partecipe di tutte le fasi della gravidanza e, alla nascita, il neonato è lasciato vicino ai genitori. La struttura bolognese ha due camere da letto, bagno, cucina: come una normale casa. «Non abbiamo nessuna apparecchiatura medica. In caso di complicanze — spiega Gnan — l'ospedale Maggiore è a meno di tre minuti di macchina». L'Emilia-Romagna, come le regioni Piemonte, Marche e le province di Trento e Bolzano, è tra i pochi enti locali che versa un contributo a chi si rivolge a questi centri. «Ben vengano le case maternità, ma solo se inserite in un sistema di garanzia a tutela di madre e bambino — commenta Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia — Sono favorevole all'umanizzazione del parto fisiologico. Per fortuna, molte delle proposte del ministro Fazio per la riforma dei punti nascita vanno in questo senso e do-

vrebbero permettere di incoraggiare esperienze come quelle di alcune case maternità che già esistono in Italia».

«Purtroppo siamo ancora molto lontani dall'esempio francese, o da realtà consolidate come la Germania dove le case maternità sono più di 60» commenta Lidia Magistrati, tra le responsabili della "Via Lattea" di Milano, inaugurata nel 1990. In questo appartamento della zona San Siro nascono ogni anno un trentina di bambini. L'atmosfera è proprio quella di una famiglia allargata, con le ostetriche, le educatrici, i padri che seguono i corsi di puerperio, le mamme più anziane che guidano quelle più giovani. Nella casa rimane solo poche ore dopo il parto, ma molti genitori tornano per controlli pediatrici e per partecipare ad altre attività, come le tecniche di massaggio per neonati. «Da noi i casi di depressione postpartum sono rarissimi proprio perché le donne non vengono mai lasciate sole». Anche questa struttura è collegata a un ospedale, il Buzzi, che dista meno di 20 minuti. Non vengono ammessi i



casi di gravidanza gemellare, oppure quelli in cui la donna ha già avuto un cesareo o il feto è in posizione podalica. Per molti rimane comunque un lusso inaccessibile. Il costo, tra i 2 e i 3 mila euro, è a carico della famiglia. «Una forma di rimborso pubblico servirebbe anche a fare cambiare le mentalità» racconta Elisabetta Malvagna, autrice di "Partorire senza paura". Molti gli ostacoli burocratici. «Alcune, come quelle di Ostia o di Ragusa, rischiano di chiudere» aggiunge Malvagna che ha partorito in casa nel 1997. «Allora ho avuto solo commenti negativi — ricorda —. Oggi avverto una piccola rivoluzione». Sul web ci sono sempre più blog e forum nei quali scambiarsi esperienze, consigli e paure. Qualcosa sta cambiando, forse, anche in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il parto in Italia



Il parto a domicilio



0,4% di tutti i parti italiani

2,0% è la media europea

32,0% è la media nei Paesi Bassi

Le case della maternità



Strutture gestite da ostetriche e collegate a un ospedale

Inaugurate negli Usa nel 1975

Dove sono



In Francia è stata approvata la sperimentazione delle case di maternità a partire dal 2011

5 case della maternità in Italia:

- Milano • Bologna
- Merone (Co) • Vittoria (Rg)
- Induno Olona (Va)

Emilia-Romagna, Piemonte, Marche e le province di Trento e Bolzano prevedono un rimborso per le donne che scelgono il parto extraospedaliero

a Torino e a Firenze esistono reparti ospedalieri di maternità gestiti solo da ostetriche

Le realtà presenti da noi per ora sono cinque, scelte da chi vuole essere aiutato solo dalle ostetriche

“Qui le depressioni post partum sono rare. Le mamme sono seguite anche nei mesi successivi”

Rivoluzione negli uffici inglesi le donne allattano al lavoro

LE MAMME di neonati saranno autorizzate ad allattare i loro bebè sul posto di lavoro, in base a nuove norme introdotte in Gran Bretagna. Aziende pubbliche e private dovranno allestire stanze speciali in cui le impiegate potranno assentarsi dal lavoro e allattare i loro bambini in condizioni di privacy. La decisione segue un voto del parlamento europeo per la futura introduzione di “pause obbligatorie per allattamento” in tutti i paesi Ue. Ma l’iniziativa britannica anticipa i tempi. Così le donne potranno tornare al lavoro prima del previsto. In concomitanza, verrà permesso ai padri di prendersi dei periodi di “paternità” in cui occuparsi dei figli mentre le mogli lavorano. Il *Mail on Sunday* scrive che le aziende dovranno mettere in conto, oltre alla spesa per allestire camere adatte, una perdita di ore di lavoro in cui le mamme allatteranno i figli.

(e.f.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Aveva soccorso uno degli immigrati in protesta sulla torre di una fabbrica. Nel mirino le procedure di dimissione

Milano, medico cura un clandestino rischia l'accusa di favoreggiamento

**TIZIANA DE GIORGIO
MASSIMO PISA**

MILANO — Lo avevano lasciato su un letto dell'ospedale San Paolo, viola di freddo e con dolori al petto, con in tasca un invito a comparire in questura a metà settimana e il tacito accordo che non lo avrebbero piantonato, ma solo «vigilato». Ieri mattina, quando gli agenti della digos sono andati in ospedale a verificare le sue condizioni, hanno trovato la sorpresa. Mahmoud, l'immigrato egiziano 23enne sceso da una ciminiera di via Imbonati dopo 23 giorni di protesta per ottenere il permesso di soggiorno, non c'era più. Dimesso alle 7.42 dal dottor Andrea Crosignani, lo stesso che lo aveva convinto a venire giù dalla torre, abbandonando gli altri due compagni di lotta perché il freddo e la fame avevano presentato il conto. Ricoverato in codice giallo, con l'assicurazione verbale alla polizia che il ragazzo sarebbe rimasto in corsia per tutto il giorno, Mahmoud si è invece volatilizzato. E la questura non l'ha presa bene, annunciando provvedimenti attraverso un inusuale comunicato: «Sono in corso indagini per accertare la correttezza delle procedure adottate, essendo emersi da parte del medico curante e di altre persone estranee alla struttura sanitaria comporta-

menti che configurano l'ipotesi di reato di favoreggiamento all'immigrazione clandestina».

Nel mirino non ci sono tanto Crosignani («Ho semplicemente fatto il mio lavoro», spiega) e nemmeno la direzione sanitaria del San Paolo, che ha ribadito nel pomeriggio in una nota («Non c'erano motivi per trattenerlo») la correttezza delle procedure, quanto «altre persone — aggiungono da via Fatebenefratelli — non appartenenti alla struttura sanitaria, che avrebbero aiutato lo straniero a lasciare l'ospedale, al momento della sua dimissione, eludendo anche la sorveglianza degli organi di polizia». La vivono come una beffa in questura, dov'erano ancora in corso accertamenti sull'identità di Mahmoud, sui suoi eventuali precedenti, alias e istanza di permesso, essendo il ragazzo privo di passaporto al momento del ricovero. «Denuncia sconcertante, violenza senza precedenti», lamenta il presidente dei Verdi, Angelo Bonelli, che annuncia esposto in procura e alla Corte Europea: «Evidentemente l'immigrato curato non era il nipote di Mubarak». Sulla torre, in via Imbonati, restano un argentino e un marocchino a protestare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Regione: così ridurremo le code e avremo un risparmio di 50 milioni di euro «Entro un anno solo ricette online»

di SIMONA RAVIZZA

Ricetta di carta addio, dal farmacista senza più fogli «rossi» in mano (magari pure scritti male).

Entro il 2011 le prescrizioni di farmaci in Lombardia saranno online: il medico indicherà la medicina sul suo pc, i farmacisti leggeranno la ricetta e il nome del paziente direttamente sui loro computer con appositi codici. È la promessa fatta ieri dal governatore Roberto Formigoni alla convention di Federfarma, la federazione nazionale dei titolari di farmacia italiani.

Una sfida che il Pirellone ha messo nero su bianco anche nelle regole sanitarie del prossimo anno, ma che rischia di scontrarsi ancora una volta con le difficoltà di funzionamento del sistema informativo socio-sanitario (Siss), il progetto di e-government avviato già nel 1999: «La rete telematica s'intasa troppo facilmente — lamenta Roberto Carlo Rossi, presidente dell'associazione di categoria Snam (tremila medici in Lombardia) —. Ce ne accorgiamo tutti i giorni con la trasmissione online all'Inps dei certificati malattia (resa obbligatoria dal mini-

stro Renato Brunetta col decreto del 26 febbraio 2010, ndr)».

Almeno le intenzioni, però, sono buone. «Sostituzione della prescrizione cartacea con quella elettronica», si legge nel documento di programmazione sanitaria 2011. La rivoluzione è destinata a tagliare le code dei pazienti fuori dagli ambulatori, perché non bisognerà più ritirare nulla. Non solo: il Pirellone stima un risparmio in carta e in tempo di un euro a ricetta, per un totale di 50 milioni. A patto, però, che il Siss non vada in tilt.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricerca Un importante passo avanti da parte di un'equipe di studiosi italiani

E arrivano farmaci «miratissimi»

Colpiscono i geni responsabili dell'aumento pressorio

L'ipertensione arteriosa è una delle condizioni che mettono maggiormente a rischio la nostra sopravvivenza e causano anche un invecchiamento accelerato.

Sono ormai moltissime le persone al di sopra dei sessant'anni di età che fanno uso della «pillola per la pressione», cioè di uno dei diversi farmaci, molto poco specifici, che servono a tenere bassa la pressione del sangue agendo su una varietà di meccanismi diversi.

Ma contro questo spauracchio tanto diffuso non abbiamo, per il momento, un repertorio di difese davvero specifiche ed efficaci.

E questo a causa della natura stessa dell'ipertensione.

Quest'ultima, infatti, ha una base genetica — in certe famiglie è, non certo a caso, molto più frequente che in altre — ma per così dire «ingarbugliata», o come preferiscono dire i genetisti, «multifattoriale», come nel caso dell'asma bronchiale, delle malattie cardio-vascolari, di quelle neurodegenerative e anche della predisposizione a sviluppare determinati tipi di tumore.

L'ipertensione non dipende, cioè, dalla disfunzione di un singolo gene, ma di molti, ed anche da una varietà di condizioni ambientali.

Diventa facile, quindi, capire perché sia difficilissima da studiare.

Un grosso passo avanti in questo campo sembra però che sia stato ora compiuto da un'equipe di medici e biologi dell'Istituto San Raffaele di Milano, guidati da Giuseppe Bianchi, che ha pubblicato, in collaborazione con altri Istituti di ricerca nazionali e internazionali, due articoli affiancati sulla prestigiosa rivista scientifica americana *Science*, sezione *Translational Medicine* («Medicina Translazionale»).

Questi ricercatori stanno studiando da anni un ceppo di ratti costituzionalmente ipertesi e hanno progressiva-

mente chiarito il meccanismo della loro condizione.

In questi animali esistono infatti due geni che non fanno bene il loro dovere, e precisamente quello che produce una proteina detta «alfa-adducina» e quello che controlla la concentrazione di un'altra proteina, chiamata «uabina interna».

Si tratta di risultati molto validi in sé, ma che si rivelerebbero ancora più importanti se potessero illuminarci su almeno uno dei meccanismi che causano l'ipertensione arteriosa negli umani.

Questo è quello che dimostrano ora, in una maniera piuttosto indiretta ma estremamente promettente.

Esiste infatti una molecola, la «rostafurossina», che contrasta e corregge queste disfunzioni a livello cellulare.

Ebbene, questa molecola risulta efficace anche in un selezionato gruppo di pazienti umani.

La scoperta ha importanti risvolti pratici e teorici.

Sul piano pratico permette di trattare in maniera «mirata» quei pazienti nei quali la pressione alta è dovuta proprio ai due meccanismi descritti.

Poiché questi meccanismi possono essere saggiati con un test di laboratorio, per tali pazienti è stata così trovata una cura specifica e soddisfacente, riducendo la necessità di «sovraccaricare» questi ipertesi con trattamenti di scarsissima utilità.

Sul piano teorico si apre con questa ricerca una prospettiva nuova e molto promettente per lo studio delle malattie multifattoriali in generale.

Queste non sono perniciose come quelle — dette «monofattoriali» — che dipendono dalla disfunzione di un singolo gene, ma interessano un numero infinitamente più vasto di individui.

Si tratta di una strategia simile a quella adottata nel leggendario combattimento fra Orazi e Curiazi: si affronta un

nemico per volta, nella speranza di poterli poi individuare e annientare tutti.

Fuor di metafora, cioè, si annulla l'effetto di un gene dannoso per volta, allo scopo di completare il più velocemente possibile l'inventario di tutti i geni che possono essere implicati in quella specifica malattia multifattoriale.

Edoardo Boncinelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Multifattoriale

L'ipertensione è provocata dal cattivo funzionamento di diversi geni

Strategia

La scoperta dei meccanismi molecolari permetterà terapie efficaci per i singoli casi



DUE INFEZIONI PARALLELE: HIV E HCV

L'epatite C è una vera emergenza sanitaria: colpisce oltre un milione e 700mila italiani

Luisa Romagnoni

■ Due virus, quello dell'aids (Hiv) e quello dell'epatite C (Hcv), due storie parallele, tante analogie, ma una grande differenza: se per l'Aids in Italia si stimano 170-180mila sieropositivi, per l'epatite C i malati sono un milione e 700mila. Sufficiente questo dato per spiegare come le infezioni da Hcv stiano rapidamente avanzando nel nostro Paese. Decretando una vera e propria emergenza sanitaria che però oggi, in primo luogo nella gestione terapeutica, può contare sull'esperienza dell'Aids. Il tema è stato al centro del dibattito in un convegno di virologia, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss).

«Fortunatamente con l'epatite C non dobbiamo ripartire da zero», spiega Stefano Vella, direttore del dipartimento del farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) e chairman della Conferenza mondiale sull'Aids

che si terrà l'anno prossimo a Roma. «Anzi possiamo partire proprio da quello che abbiamo imparato con l'Aids. Stanno arrivando, si stima entro il 2011, farmaci specifici, per il trattamento dell'epatite C, gli inibitori della proteasi, utilizzati per il trattamento dell'infezione da Hiv».

Fino ad oggi per l'epatite C i pa-

RICERCA Entro il 2011 si potranno impiegare terapie innovative che colpiscono il virus

zienti potevano contare solo sull'interferone e la ribavirina, due armi importantissime, ma con dei grandi limiti. «Gli inibitori della proteasi sono in grado di arrivare dritti al virus Hcv: è veramente una rivoluzione. Quando arrivarono per l'Aids abbiamo impiegato tempo per capire come gestirli bene, come combinarli, quando iniziare le terapie.

Una lezione preziosa che non ci farà perdere tempo con l'Hcv ma che soprattutto ci eviterà le resistenze». Su questa base l'Iss sta costruendo una grande piattaforma italiana (coinvolgerà infettivologi ed epatologi) dello studio dell'epatite C a livello terapeutico. «Si cercherà di capire come impiegare al meglio queste terapie, il costo-beneficio, proprio come abbiamo fatto per l'Hiv, coinvolgendo magari in partnership anche le aziende», aggiunge Vella.

In campo farmacologico la ricerca avanza. «Il virus non è sconfitto - sottolinea Stefano Vella - ma lo stiamo mettendo alle corde: grazie alle terapie che abbiamo a disposizione, dagli inibitori della proteasi, a quelli del virus nella cellula. Oggi possiamo parlare di eradicazione e presto di cura». Per contrastare l'Hiv, si prevedono tre scenari chiave: migliore terapia, l'immunologia con un vaccino e l'eradicazione del virus.



LA RICERCA

Scoperti i meccanismi per i quali una sostanza abbassa la pressione in alcuni pazienti mentre in altri fallisce. Gli uomini più a rischio, sale sotto accusa

Ipertensione, dal "segreto" dei geni nuovo farmaco italiano per curarla

La malattia colpisce 15 milioni di persone: solo uno su 5 prende le medicine giuste

di CARLA MASSI

ROMA - Arriva dalla "lettura" dei geni l'ultima terapia per l'ipertensione. E' l'identificazione di particolari meccanismi genetico-molecolari che fa sperare nella nuova cura di una malattia che, in Italia, colpisce circa quindici milioni persone. Uno strumento in grado di "parlare" con i meccanismi che determinano l'ipertensione senza interferire con i processi fisiologici che regolano la pressione arteriosa. Lo studio, firmato da Passis (Gruppo Sigma Tau) e istituto San Raffaele di Milano, è stato pubblicato sulla rivista scientifica "Science Translation Medicine".

Perché una nuova strada per una patologia che ha già a disposizione sul mercato oltre ottanta farmaci? Perché, spiegano i ricercatori, nonostante l'alto numero di terapie capaci di ridurre la pressione, solo un paziente su cinque è curato nel modo corretto. Oltretutto, alcune sostanze si dimostrano eccellenti per alcune persone mentre per altre risultano degli autentici fallimenti. Risposte diverse, con stessi farmaci e stessa patologia. «La ragione dell'insuccesso - aggiungono i ricercatori - sta nella complessità della malattia che si sviluppa attraverso il mix di vari fattori. Sia genetici, sia ambientali che diversamente modulano le funzioni cardiache, renali

del sistema nervoso e ormonale nei vari pazienti». Gli studi sperimentali, coordinati da Giuseppe Bianchi, professore all'università San Raffaele di Milano e direttore del laboratorio di ricerca scientifica Prassis, hanno

visto come protagonisti pazienti ipertesi mai trattati prima. «E' stata verificata - spiegano ancora i ricercatori - la capacità delle varianti geniche di predire la risposta a rostafoxin. Abbiamo visto che il profilo dei geni responsabili delle alterazioni si è dimostrato in grado di influenzare la risposta pressoria al farmaco ma non ad altre sostanze con meccanismi diversi». Questo significa che è

possibile identificare, proprio attraverso l'esame genetico-molecolare, i pazienti che risponderanno in modo efficace alla terapia e quelli che, invece, non ne avranno benefici. Proprio perché quel difetto genico impedisce l'attività di cura.

«Non sempre è sufficiente un solo farmaco - fanno sapere alla Società italiana di ipertensione - per ottenere un buon controllo pressorio. Spesso si deve ricorrere ad una terapia di associazione, che prevede l'assunzione di uno o più prodotti. Va ricordato che solo in un paziente su venti, più colpiti gli uomini, è possibile individuare una causa specifica dell'ipertensione. Nella

grande maggioranza dei casi gli accertamenti non evidenziano alcuna malattia. Il rialzo è verosimilmente provocato dal funzionamento difettoso dei meccanismi che hanno il compito di mantenere in equilibrio i valori pressori». Un dato è certo: quando la pressione massima è uguale o supera i 140 o la minima è 90, concordano gli specialisti mondiali, si parla di ipertensione. «Ogni

italiano consuma mediamente 10-15 grammi di sale al giorno - ricordano alla Società italiana dell'ipertensione -. Si tratta di una quantità da due a tre volte superiore a quanto suggerito dall'Organizzazione mondiale della sanità».

RIPRODUZIONE RISERVATA



Malasanità**Un anziano su due
non ha cure adeguate**

■ **MILANO** Con l'aumentare dell'età, nonostante crescano di pari passo le malattie, diminuiscono drasticamente le prescrizioni di farmaci e visite agli anziani. Tanto che oltre la metà di questi è a rischio per cure inadeguate, con risultati drammatici per la loro sopravvivenza. Sono i dati diffusi dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg). Dai dati è emerso che il 70% degli anziani (8,4 milioni sui circa 12 milioni totali) soffre di almeno una patologia cronica tra quelle più comuni. Metà di questi, 4,2 milioni, non riceve cure adeguate.



Malanni di stagione Nella metà dei casi si tratta soltanto di forti «raffreddori»

Come si capisce se è vera influenza

I tre sintomi che svelano la reale identità dell'infezione

I casi finora non sono molti, ma già dai prossimi giorni le vittime dell'influenza stagionale dovrebbero aumentare. Le proiezioni parlano di una stagione di media intensità, in cui finiranno a letto dai 2 ai 5 milioni di italiani.

E la domanda, come tutti gli anni, è la stessa: come si distingue l'influenza da un banale raffreddore?

«I segni tipici sono tre e perché sia vera influenza è necessario che siano presenti tutti assieme: febbre improvvisa oltre i 38 gradi, sintomi generali (dolori muscolari, una grande stanchezza, debolezza) e sintomi respiratori (tosse, naso che cola) — spiega Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università di Milano —. La febbre alta e improvvisa è il segno più tipico, spesso il primo a comparire: soltanto negli anziani e nei bimbi al di sotto di un anno l'influenza può manifestarsi con febbre non molto elevata. In realtà, in un caso su due chi crede di aver preso l'influenza è stato contagiato da uno dei tantissimi virus parainfluenzali che circolano in inverno». I virus del raffreddore e, più in generale, delle infezioni delle prime vie respiratorie, sono centinaia, anch'essi danno tosse, mal di gola, naso che cola; di solito però la febbre è scarsa o non c'è per niente, stanchezza e dolori muscolari sono meno marcati. «Tra questo minimo di sintomatologia al massimo dei disturbi della vera influenza c'è una miriade di condizioni intermedie possibili — dice Pregliasco —. La cura però è sempre la stessa: farmaci da banco per alleviare i fastidi, rivolgendosi al

medico se dopo 4 o 5 giorni il problema non si è risolto». Sia che si tratti di influenza, sia si tratti di "raffreddore", quindi, possono essere utili antinfiammatori e antipiretici per ridurre i dolori muscolari e la febbre quando sale oltre i 38 gradi, decongestionanti in spray per il naso chiuso o antistaminici per il naso gocciolante, collutori disinfettanti per il mal di gola, sedativi per la tosse se è secca e fluidificanti o mucolitici se la tosse è grassa. Gli antibiotici non servono, a meno che non ci sia anche un'infezione batterica oltre a quella virale. «In caso di influenza, però, bisogna restare a casa e riposare, per evitare di spargere il contagio e per riprendersi in fretta» osserva Pregliasco.

La prevenzione, invece, è diversa. Dal raffreddore ci si protegge solo con la prudenza, evitando gli sbalzi di temperatura, coprendo naso e bocca quando si è all'aperto, lavando spesso le mani e seguendo un'alimentazione ricca di frutta e verdura.

L'influenza si può evitare con il vaccino, efficace all'80 per cento e in grado, se ci si ammala lo stesso, di ridurre i giorni di malattia. «Le vaccinazioni sono iniziate ai primi di ottobre, ma non è ancora troppo tardi per vaccinarsi: occorrono però dieci giorni prima di avere una copertura completa, per cui chi si vaccina adesso può non essere ancora protetto quando il virus comincerà a circolare con maggior vigore» informa il virologo.

E i bambini, vaccinarli o no? La raccomandazione della vaccinazione per tutti è controversa: mancano dati solidi. Un po'

di chiarezza in più potrebbe venire da una sperimentazione avviata a Milano, che vuole verificare l'efficacia del vaccino antinfluenzale nei bambini da 6 mesi a 3 anni.

Ma intanto? «I bambini a rischio, ad esempio perché asmatici o diabetici, dovrebbero vaccinarsi, ma solo il 15 per cento lo fa — risponde Pregliasco —. Nel caso dei bimbi non a rischio non ci sono raccomandazioni specifiche: si può optare per il vaccino, per esempio, se in casa ci sono anziani che potrebbero essere contagiati dai piccoli, ma anche per ridurre le assenze da scuola o per limitare il rischio di ricoveri, più alto fra 1 e 5 anni. Attenzione, però: l'influenza è colpevole del 20-30 per cento delle infezioni respiratorie nei bambini. Il resto è dovuto a sindromi simil-influenzali, da cui il vaccino non protegge» conclude il virologo.

Elena Meli

DI RIPRODUZIONE RISERVATA

Protezione

Dopo la vaccinazione anti-influenza occorrono 10 giorni prima di avere una copertura completa



Il confronto

Qui sotto le differenze tra influenza e sindromi parainfluenzali o "raffreddamenti"

	INFLUENZA	SINDROMI PARAINFLUENZALI
 Sintomi classici	Febbre improvvisa e alta (oltre 38 gradi), grande stanchezza, dolori muscolari, mal di testa; dopo qualche ora naso che cola, mal di gola, tosse	Naso che cola, mal di gola, tosse; febbre scarsa o assente, lieve stanchezza
 Causa	Il virus dell'influenza A o B in circolazione; non ci si può ammalare due volte di influenza nel corso dell'anno, perché una volta contratto il virus il sistema immunitario lo riconosce e ci protegge da nuove infezioni	Uno dei molti virus responsabili del raffreddore e delle infezioni delle prime vie respiratorie; causano 2-4 episodi all'anno negli adulti, 4-8 all'anno nei bambini
 Gravità	Può aggravarsi, soprattutto in chi è anziano o ha malattie cardiache croniche	Non sono gravi
 Prevenzione	Vaccinarsi; la vaccinazione è consigliata soprattutto agli over 65 e ai pazienti con patologie croniche	Evitare sbalzi di temperatura, lavare spesso le mani, seguire un'alimentazione ricca di frutta e verdura
 Si può lavorare?	No, finché i sintomi non sono passati: si rischia di non guarire completamente e di diffondere il contagio	Di solito sì, cercando di non trasmettere il contagio agli altri
 Gli antibiotici servono?	No, a meno che non ci sia un'infezione batterica	No, a meno che non ci sia un'infezione batterica



«Poche le cure palliative in casa»

Il 60% degli italiani non dispone di questi trattamenti a domicilio e arriva a spendere fino a 3mila euro al mese per garantirsi l'assistenza

DA MILANO **FRANCESCA LOZITO**

Le cure palliative domiciliari sono ancora una conquista per più della metà del Paese. È questo il dato che emerge dalla ricerca «Le cure palliative domiciliari in Italia», realizzata da Società italiana di cure palliative (Sicp), Società italiana di Medicina generale (Simg) e Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Presentata a Firenze, nell'ambito del congresso dei medici di famiglia, è la prima rilevazione di questo genere in Italia. Dalla ricerca emerge che il 60% degli italiani non ha servizi dedicati per le cure palliative a casa. E questo vuol dire, inoltre, che le famiglie sono costrette a provvedere a proprie spese a infermieri e altre figure necessarie, con un costo che può raggiungere i 3mila euro mensili in assenza di organizzazione e supporti. E il paradosso è che sarebbero sufficienti 8 euro della quota capitolaria che lo Stato destina a ogni cittadino (1.700 euro l'anno) per assicurare figure professionali specializzate per assistere il malato a casa fino agli ultimi giorni.

«Attenendosi ai dati – afferma Giovanni Zaninetta, presidente Sicp – risulterebbe che nel 59% delle Asl è attiva una rete di cure palliative ma, purtroppo, sappiamo che la realtà italiana non è ancora a un livello così alto. Dunque occorre fare chiarezza definendo nei fatti che cosa si intenda con questo termine. Questa ricerca è un ottimo punto di partenza per riuscirci». Sulla stessa lunghezza d'onda il direttore dell'Agenas, Fulvio Moirano: «Questo rapporto mi sembra particolarmente utile in questo momento, in cui è in fase avanzata la discussione sul provvedimento di definizione dei Livelli essenziali di assi-

stenza (Lea), che tratta anche delle cure palliative domiciliari alle persone in fase terminale della vita».

Andando a guardare quanto è già presente sul territorio, il 53% dell'assistenza domiciliare in cure palliative garantisce una continuità assistenziale sulle 24 ore e il 45% una pronta disponibilità medico-infermieristica. «Il problema è organizzativo – afferma Pierangelo Lora Aprile, responsabile Simg dell'area cure palliative – e richiede il potenziamento immediato dei servizi di assistenza domiciliare già esistenti e funzionanti con personale infermieristico e medico specializzato». «Noi siamo di fatto – aggiunge Lora Aprile –, in alcune realtà del Paese, l'unico baluardo che sta affrontando il problema dell'assistenza ai malati in fase terminale a livello capillare sul territorio».

«Lo scorso anno – spiega Gian Lorenzo Scaccabarozzi, primario del Dipartimento della Fragilità dell'ospedale di Lecco e curatore della ricerca – palliativisti, infermieri e medici di medicina generale hanno firmato un documento di consenso. Dieci punti che affermano, tra l'altro, il valore e l'importanza dell'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, riconoscendo la necessità che la responsabilità clinica sia definita dal piano assistenziale individuale. Questa collaborazione, ormai una realtà concreta in molte Regioni, si rafforzerà di certo grazie ai decreti relativi alla legge 38 che ha come punto di riferimento la centralità del malato e della sua famiglia». Una collaborazione quella tra palliativisti e medici di famiglia che continua a rinsaldarsi: «Il 93% dei medici di famiglia è pronto a gestire il paziente in fase terminale a casa, ma chiede di poter essere aiutato da un'équipe formata» ha affermato il presidente della Simg Claudio Cricelli.

LE REGIONI

UNA SITUAZIONE A MACCHIA DI LEOPARDO

L'accesso alle cure palliative è riconosciuto fin dal 2001 tra i Livelli essenziali di assistenza (Lea) e questo diritto è fortemente ribadito dalla legge 38 approvata pochi mesi fa. Da questo fondamentale principio nasce l'esigenza di organizzare in tutto il territorio nazionale, accanto agli hospice che sono ormai numerosi, servizi di cure domiciliari che assicurino cure palliative anche a casa. Molte Regioni hanno già prodotto normative in questa direzione, ma il quadro generale a livello domiciliare è ancora assai eterogeneo: gli ostacoli a una piena realizzazione di questo progetto sono numerosi e solo in parte legati alla dimensione sanitaria. In questa rete il medico di famiglia ricopre un ruolo essenziale durante il percorso di malattia del paziente, da quando vive la diagnosi di patologia cronica evolutiva, a quando deve accettare una prognosi limitata, fino a quando entra nella fase terminale. La fase terminale, tuttavia, richiede un apporto multidisciplinare e multiprofessionale che può essere garantito solo da un lavoro d'équipe strutturato e organizzato, esteso a tutto il territorio nazionale, operativo 7 giorni su 7 per 24 ore: solo così sarà realistico sperare che un malato terminale possa veramente scegliere dove concludere la propria vita. **(F.Lo.)**



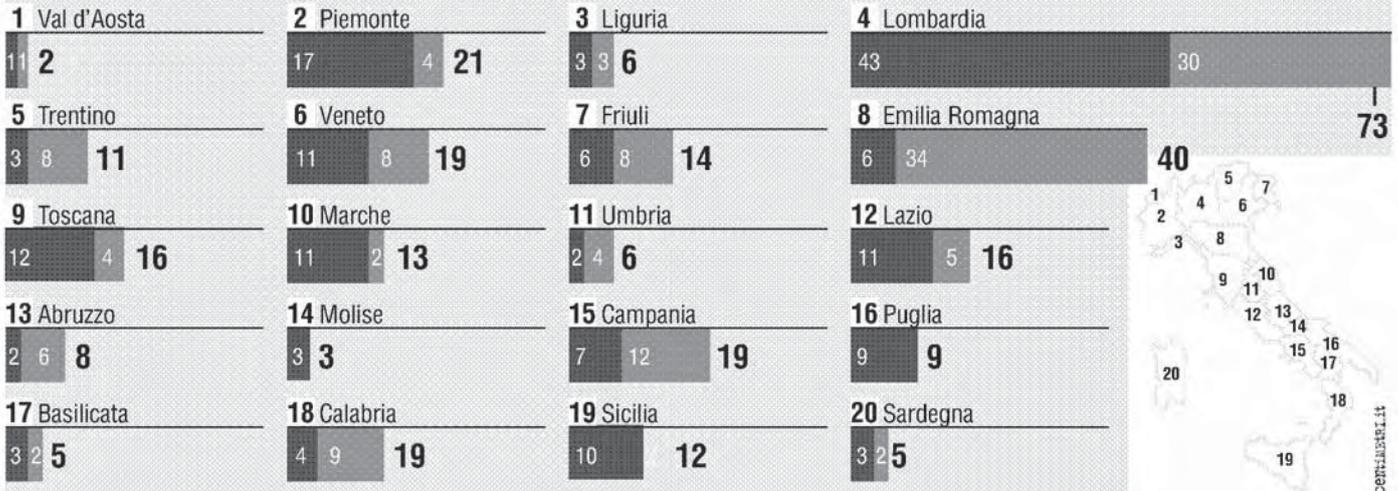
Le cure palliative domiciliari in Italia

7° Supplemento al numero 26 2010 di Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

■ Centri dedicati

■ Centri non dedicati

Totale centri



UNO STUDIO FRANCESE

L'allarme dei nutrizionisti: «Le diete fanno ingrassare»

*Esaminati i quindici regimi alimentari più seguiti al mondo
E tutti sono finiti sotto accusa: «Provocano rischi per la salute»*

Manila Alfano

■ Rinunce e sacrifici per giorni, settimane. Mesi. Tutte le mattine sulla bilancia a sbirciare con la coda dell'occhio: dita dei piedi arricciate per sembrare più leggeri e fiato sospeso. Così, quando l'asticella segna impercettibilmente un grammo in meno è fatta. Seifelice, ripagato di ogni sforzo, impegno e fatica. Ore di palestra a sbuffare e a maledire quel giorno che qualcuno è arrivato e ti ha detto che devi dimagrire. Questione di salute, ancora prima che di estetica. Ti convincono con scenari ottimistici, «Vuoi mettere, con cinque chili di meno voli, il cuore fatica meno, passano i problemi con il colesterolo, quelli della pressione». Come se si dovesse spalancare la via del paradiso.

Ma arrivarci è dura. Soprattutto quando vedi dolci dappertutto, sai che non li puoi mangiare e loro spuntano come funghi. Nelle pubblicità, nelle vetrine dei negozi. Ovunque. La sera è il momento più pericoloso. Sul divano pensi che sì, in fondo in fondo, un cucchiaino minuscolo di Nutella non si noterà. E invece. Tutto conta. Lo sanno i dietologi che, come militari alle prese con aspiranti marines, controllano, indottrinano, spaventano. «Un solo cioccolatino potrebbe rovinare il lavoro di mesi». E intanto, al solo pensiero, scende già per la gola. Lo sapeva bene Fantozzi, alle prese con il dietologo nazista, il professor Birkermeier dell'università di Jena.

Oggi però qualcosa nello scenario mondiale delle diete è

cambiato. Un rapporto dell'Agence de sécurité alimentaire in Francia (Anses) lancia

l'allarme: ci sono grossi rischi per la salute, qualunque tipo di dieta si faccia. Una conclusione che spaventa, che fa riflettere. Subito vengono in mente le diete suggerite dalle amiche, quelle che si leggono sui giornali, quelle che per tutto un giorno devi bere solo succo d'acero, quella del limone, quella sgonfiante, la depurativa, la drenante. Ma il problema è serio. Quelle del fai-da-te i nutrizionisti non le considerano nemmeno. Si sa che fanno male, lo danno già per scontato. No, loro si riferiscono proprio a quelle ufficiali, quelle dei medici. Hanno passato al setaccio una quindicina di regimi alimentari tra i più seguiti e sono arrivati a un giudizio senza appello: rischi reali legati all'eccesso di proteine o di lipidi, o alla carenza di vitamine e fibre. E addirittura nel 95% dei casi si riprende peso subito dopo, anzi anche più di prima. Avvilente. E moltissimi pazienti rischiano di sviluppare disturbi nel comportamento alimentare. Nel rapporto pubblicato ieri dall'Anses si evidenziano soprattutto i rischi legati agli squilibri nutrizionali dovuti a digiuni rigorosi o carenze di certi alimenti. E tutte le diete sono sotto accusa, anche quelle più diffuse e giudicate efficaci come la Atkins, la Dukan, la Montignac, la californiana, la Weight Watchers. E nell'80% delle diete esaminate, l'assunzione di proteine è superiore all'apporto consigliato, fino agli eccessi del noto regime protei-

nato Dukan, molto caro ai francesi. Forse allora meglio tornare alla vecchia dieta mediterranea. Sarà anche per questo che l'Unesco l'ha appena proclamata patrimonio dell'umanità.

SQUILIBRI Nell'80 per cento delle cure esaminate ci sono troppe proteine

BOCCIATI

Metodo Atkins

È una dieta bassa in glucidi, iperlipidica e ipocalorica. L'assenza di fibre può sviluppare tumori al colon.

Metodo Dukan

È una dieta iperproteica e ipocalorica. L'eccesso di sodio comporta un aumento della pressione e rischi di malattie cardiovascolari

Metodo Montignac

Prevede l'assunzione di «glucidi cattivi» per due mesi. Crea una carenza di ferro per le donne, di fibre, calcio, e vitamina D



Panorama

INTERNAZIONALE

STIME

Il fumo passivo fa 600mila vittime

Il fumo passivo uccide oltre 600mila persone ogni anno, più di un terzo delle quali bambini. Lo rivela una ricerca dell'Organizzazione mondiale della sanità pubblicata sulla rivista Lancet, che è il primo studio globale sugli effetti del fenomeno. Lo studio, effettuato in 192 paesi, ha scoperto che il fumo passivo è particolarmente nocivo per i bambini, i quali sono a più alto rischio di sindrome da morte improvvisa del lattante, polmonite e asma. I bambini risultano esposti al fumo passivo principalmente nelle loro case.



Roma

“Il figlio che porta in grembo è morto” non era vero, donna denuncia l'ospedale

ROMA — Le dissero che il bambino che aveva in grembo era morto e che doveva sottoporsi ad un raschiamento. Il giorno dopo, invece, il suo ginecologo le spiegò che il figlio che aspettava era sano e che la gravidanza procedeva bene. Lo denuncia Francesca Vancheri, 35 anni, che il 19 ottobre scorso andò al pronto soccorso dell'ospedale Pertini di Roma perché si era sentita male. L'avvocato della donna ha presentato una diffida e valuterà insieme alla sua assistita se sporgere denuncia.



Martedì Zaia all'inaugurazione: 32 sale operatorie, terapie intensive e reparti di degenza

A Verona nasce il più grande polo chirurgico d'Italia

VERONA - Entra in attività il più grande Polo Chirurgico d'Italia, realizzato all'Ospedale Borgo Trento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona con un investimento di 212 milioni di euro.

L'imponente struttura, dotata di 32 sale operatorie, terapie intensive e reparti di degenza, sarà inaugurata dal Presidente della Regione del Veneto **Luca Zaia** martedì

alle 15, alla presenza di numerose autorità nazionali, regionali e locali.

Si tratta di un'opera pressoché unica nel suo genere, che accorpa in un solo monoblocco ben 24 diverse specialità di area chirurgica, compresi i trapianti, con tecnologie di assoluta avanguardia e con una potenzialità operativa di circa 120 interventi chirurgici al giorno.

Il nuovo Polo di Verona

costituisce un'eccellenza che si rivolge non solo ai pazienti veronesi e veneti, ma di tutta Italia, stante che già ora circa il 20% degli assistiti proviene da altre Regioni.

In Europa solo un paio di altre strutture sanitarie presentano caratteristiche assimilabili a queste.



Luca Zaia



ESAMI E LASTRE SUL TABLET

La rivoluzione del Niguarda:
cartelle cliniche su iPad

di EDOARDO CAVADINI

Cartelle cliniche addio. Al Niguarda, tutte le informazioni cartacee sui pazienti verranno caricate sulle tavolette iPad.

a pagina 55

Rivoluzione in corsia

Il Niguarda è digitale: cartella clinica su iPad

Addio a carta e penna. Partono anche le visite a distanza

EDUARDO CAVADINI

La rivoluzione digitale si fa in corsia. L'ospedale Niguarda, secondo l'obiettivo del direttore generale Pasquale Cannatelli, vuol diventare «il primo ospedale italiano senza cartelle cliniche».

Basta carta e penna, sostituite da una batteria di iPad con i quali il personale medico potrà interfacciarsi immediatamente con la storia clinica del paziente, guardare lastre ed esiti degli esami con un paio di "ditate" sul touch screen della mela. In particolare l'iPad permetterà di aggiornare in tempo reale il diario clinico del paziente, direttamente al capezzale durante le visite, oppure a distanza, dopo un consulto. Inoltre tutte le modifiche saranno visibili al personale e ciascuna sarà certificata dalla firma digitale del medico.

Tutto questo è possibile grazie al portale clinico dell'ospedale - la banca dati delle storie cliniche completamente digitalizzata che sino a oggi si poteva consultare solo da postazioni fisse installate a ogni piano - cui si è affiancata l'applicazione dedicata, chiamata I-Clinic, sviluppata dopo due anni di ricerche dalla italiana Connexa. Regione Lombardia ha dato il suo sostegno con una delibera di giunta da 650mila eu-

ro a sostegno del progetto della durata di nove mesi. La sperimen-

mentazione, per i primi tre, prevede solo cinque i-Pad, che nella seconda fase cresceranno a 70, così da coprire tutti il nuovo Blocco Sud (450 letti).

Il presidente della regione Roberto Formigoni, durante la presentazione, ha sottolineato come «il nostro modello di sanità passa dalla tecnologia al servizio della cura per abbattere i costi del sistema e fare medicina preventiva, non più solo terapeutica».

Niguarda ospiterà infatti anche la prima sperimentazione di e-health, la possibilità di sfruttare il collegamento internet a banda ultra-larga applicato alla medicina preventiva, cosa che l'assessore alla Sanità Luciano Bresciani ha definito «l'obiettivo del piano socio-sanitario appena approvato, soprattutto per le cronicità». Grazie al supporto di Cisco Systems, leader tra le aziende informatiche, e Fastweb, il diparti-

mento di cardiologia monitorerà a distanza 80 dipendenti volontari di Cisco Italia. Un'infermeria dell'azienda sarà collegata con il Niguarda attraverso un sistema di videoconferenza ad altissima definizione (Cisco HealthPresence) che consentirà al medico in ospedale di guidarla a distanza

per eseguire gli esami di routine: elettrocardiogramma, ecoscopia, pressione.

I dati arrivano in tempo reale alla postazione del Niguarda, dove il medico può anche auscultare il cuore del paziente attraverso le cuffie collegate al sistema. È chiaro che l'attuale digital device restringe l'accesso a pochi eletti, ma Formigoni ha promesso che «entro il 2012 non ci sarà nemmeno un bricco lombardo senza la connessione a banda larga».

