

Rassegna del 19/11/2010

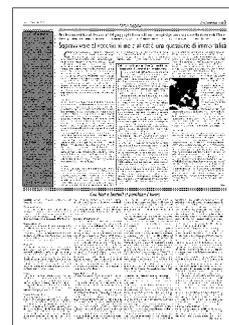
VOCE REPUBBLICANA - Violenze a Milano - ...	1
MESSAGGERO - Il Papa: "Eutanasia e procreazione assistita sono delle ferite" - ...	2

il Paese

VIOLENZE A MILANO

Uno stupro al giorno. E' quanto emerge dal report "Violenza sessuale e domestica" stilato dalla clinica Mangiagalli e presentato a Milano durante l'84° congresso della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo). Dal 1° gennaio al 31 ottobre 2010, al Soccorso Violenza Sessuale (Svs) di via Commenda 12 sono arrivate 314 donne. Un numero in aumento rispetto all'anno scorso: in tutto il 2009 i casi sono stati infatti 333. Il centro, fondato nel 1996 dalla ginecologa Alessandra Kustermann, è il termometro degli abusi sessuali compiuti a Milano. Ma ci sono più donne che denunciano o più stupri in città? Difficile stabilirlo, anche se i dati rielaborati dalla Sigo sulle denunce alla Questura e ai carabinieri arrivano a parlare addirittura di 480 violenze, solo a Milano, nel 2009. Una cosa è, comunque, certa: le statistiche della Mangiagalli rovesciano il luogo comune degli stranieri che violentano le italiane. "In realtà, la metà delle vittime sono donne straniere stuprate, nel 23% dei casi, da italiani", spiega Kustermann, autrice della relazione con la collega

Marina Ruspa. La violenza sessuale colpisce nel 45% dei casi donne separate o divorziate. Rincarano la dose gli esperti della Sigo: "Milano detiene il primato nazionale degli stupri". Ci sono, poi, gli abusi che si consumano tra le mura domestiche: 142 quelli seguiti nei primi 10 mesi dell'anno dal Soccorso di Violenza Domestica sempre della Mangiagalli. Ma è scontro sui dati. "La sicurezza è migliorata da molti punti di vista, compreso quello degli stupri. E' il risultato di una politica fortemente orientata alla tutela delle donne con maggiori presidi sul territorio e potenziamento della videosorveglianza", assicura il vicesindaco Riccardo De Corato che - ovviamente - contesta i dati. "Conosco Roberto Saviano, e lo stimo, per questo sono rimasto sorpreso da lui: Saviano dovrebbe essere al mio fianco, non dovremmo litigare, per questo mi sono arrabbiato. Ma l'arrabbiatura ora è passata e vorrei dirgli di deporre le armi che lui ha imbracciato contro di me". Lo ha detto il ministro dell'Interno Roberto Maroni nel corso della trasmissione "Matrix". Ma in fondo che senso hanno tali litigi? Facciano presto pace.



Il Papa: «Eutanasia e procreazione assistita sono delle ferite»

CITTA' DEL VATICANO - No ai tagli alla Sanità. Il pontefice difende il concetto di giustizia sanitaria e rammenta che dovrebbe essere una priorità assoluta per tutti i governi. «La salute è un bene prezioso per la collettività da promuovere, conservare e tutelare, dedicando mezzi, risorse ed energie necessarie affinché più persone possano usufruirne». Tuttavia un sistema sanitario, aggiunge, si può dire davvero equo se non porta avanti progetti di eutanasia, né promuove tecniche abortive. La vita umana, ripete Benedetto XVI, è una priorità assoluta dall'inizio del suo

sorgere, fino alla fine. «Purtroppo però accanto a risultati positivi ed incoraggianti, vi sono opinioni e linee di pensiero che la feriscono». In un messaggio inviato al Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria il pontefice elenca le "ferite". Innanzitutto la distruzione di embrioni, l'eutanasia legalizzata, l'aborto, la distri-

buzione negli ospedali della pillola del giorno dopo. I cristiani che siedono in Parlamento dovrebbero essere sempre i primi a difendere a spada tratta i cosiddetti valori irrinunciabili, anche a costo di «andare controcorrente» poiché i valori etici fondamentali sono patrimonio comune della moralità universale che «è base della convivenza democratica». Il messaggio è stato accolto positivamente dal ministro della Salute, Fazio (presente al convegno sulla salute in Vaticano dedicato alla «cura della salute equa e umana») e dal ministro del Lavoro, Sacconi. Più tardi è intervenuto anche il sottosegretario Roccella: «L'intervento del Papa arriva in un momento in cui nella Tv di Stato in prima serata si fa campagna pro eutanasia senza nemmeno avere la limpidezza di chiamare le cose col loro nome».

Fr.Gia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I dati parlano di un salto indietro nelle donazioni, da cuore al fegato ai reni, sia in Italia sia all'estero. Tra le cause individuate ci sono la minore mortalità dei giovani e l'opposizione dei parenti

Organi artificiali e staminali la scienza va oltre i trapianti

In Spagna, Usa e Gran Bretagna si esplora la possibilità della "catena"

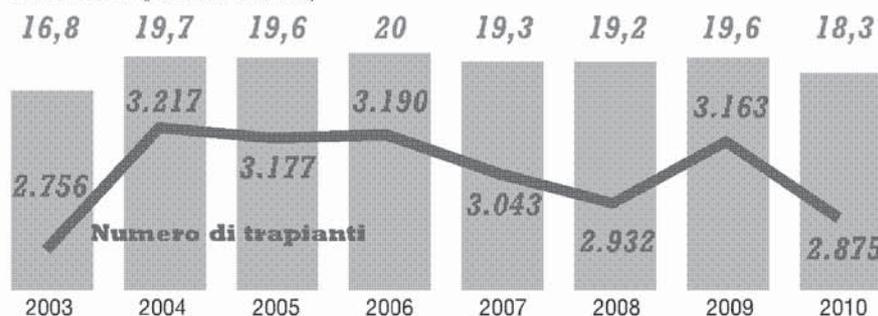
MICHELE BOCCI

Un salto indietro che fa venire le vertigini: 17 anni. In Italia nel 2010 si trapianteranno meno cuori che nel 1994. L'organo simbolo della capacità dei medici di usare il corpo umano per curare, oggi diventa la spia più eclatante delle difficoltà del sistema delle donazioni. Difficoltà che costringono a scommettere sempre di più su tecniche alternative come gli organi artificiali o le terapie farmacologiche o a base di staminali, in grado di ritardare il trapianto o addirittura renderlo inutile. Ma c'è un altro fattore su cui si lavora, quello delle opposizioni. Circa il

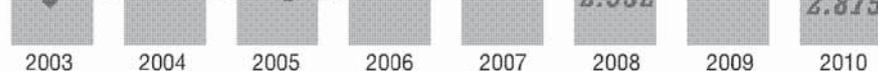
30% delle persone che vedono morire un parente in rianimazione non danno il consenso all'espanto. Il Centro nazionale trapiantista avviando corsi di formazione per medici e infermieri perché siano in grado di convincere chi si trova in un momento drammatico a fare un gesto che può salvare la vita di altre persone. Il 2010 rischia di essere l'anno nero dei trapianti: anche per reni e fegato c'è un calo, in questo caso torniamo ai numeri del 2003. In totale, secondo le proiezioni dei primi nove mesi di quest'anno, saranno fatti in tutto 2.875 trapianti, contro i 3.163 dell'anno scorso.

Cosa sta succedendo? Soprattutto due cose: i donatori sono sempre meno e sempre più anziani. Questa seconda caratteristica provoca il calo dei trapianti di cuore (afine anno saranno 278, nel '94 furono 302, l'anno scorso 355). Quell'organo si può prelevare al massimo a persone di 50-55 anni, mentre il fegato, ad esempio, viene espantato fino a 80 anni e i reni fino a 70. «C'è un dato di fatto, che accogliamo con soddisfazione: nelle rianimazioni muoiono sempre meno giovani per trauma cranico. Quest'anno abbiamo il 7% in meno di donatori». A parlare è il di-

Donatori (per milioni di abitanti)



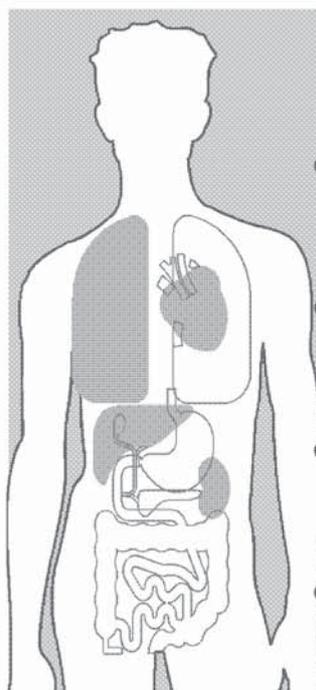
Numero di trapianti



rettore del Centro nazionale trapianti, Alessandro Nanni Costa. La crisi lo ha spinto ad invitare le Regioni a riformare insieme alla sua struttura tutto il sistema. «Per far crescere il numero dei trapianti di cuore è necessario impegnarsi per trovare tecniche che migliorino l'idoneità dei donatori anziani. E poi bisogna migliorare i trattamenti farmacologici di chi va verso il trapianto, per ritardarlo. Proprio per il cuore questo è successo, un tempo le persone sopravvivevano molto meno a lungo in lista di attesa. Inoltre il cuore artificiale, che si utilizza come ponte prima del trapianto, è uno strumento sempre più utile. Bisogna lavorare per migliorarlo.

Danno risultati meno soddisfacenti, per ora, altri organi artificiali come il fegato e i reni».

L'Italia non è l'unico paese europeo che vede un calo dei trapianti, anche altri si trovano con dati piuttosto preoccupanti, ad esempio la Spagna, un tempo leader del settore. Proprio in questo paese, ma anche in Usa, Gran Bretagna e Olanda, hanno avviato il trapianto da vivente "a catena". Si parte da una persona che vorrebbe donare un organo a un parente con cui non è compatibile e lo mette a disposizione per un altro malato, che magari è nella stessa situazione. Iniziano così una serie di incroci basati su una "mutualità differita". «È un sistema che possiamo usare anche



I trapianti in Italia

Fonte: Centro Nazionale Trapianti

Cuore

● 278
il numero più basso dal 2003 (229)

Polmone

● 107
112 nel 2009
94 nel 2008

Fegato

● 996
il numero più basso dal 2003 (867)

Rene

● 1508
il numero più basso dal 2003 (1487)

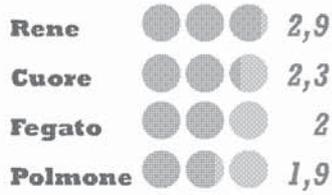
noi—dice Nanni Costa—Può essere importante per il singolo malato ma non risolve il problema». Un po' come i "samaritani", cioè coloro che mettono a disposizione un rene per motivi solidaristici, senza che ne abbia bisogno un parente. Da quando, dopo una lunga discussione, in Italia è stato dato il via libera a questa donazione, delle 12 persone che hanno chiesto di donare nessuna è stata giudicata idonea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le liste di attesa

tempo medio di attesa (anni)



Il futuro



I SUPPORTI

I sistemi sostitutivi (organi artificiali) supportano o sostituiscono le funzioni vitali degli organi



LE CELLULE

Le terapie a base di cellule staminali interessano molti organi: sono in grado di ritardare il trapianto o evitarlo

MALASANITÀ

Rapporto del Tribunale del malato: aumentano le segnalazioni per terapie non corrette ed infezioni. Il ministro Fazio: «Meno errori che in altri paesi»

«Ecografia all'addome? Ripassati tra 340 giorni»

Crescono i tempi d'attesa, i più penalizzati i malati di tumore

di CARLA MASSI

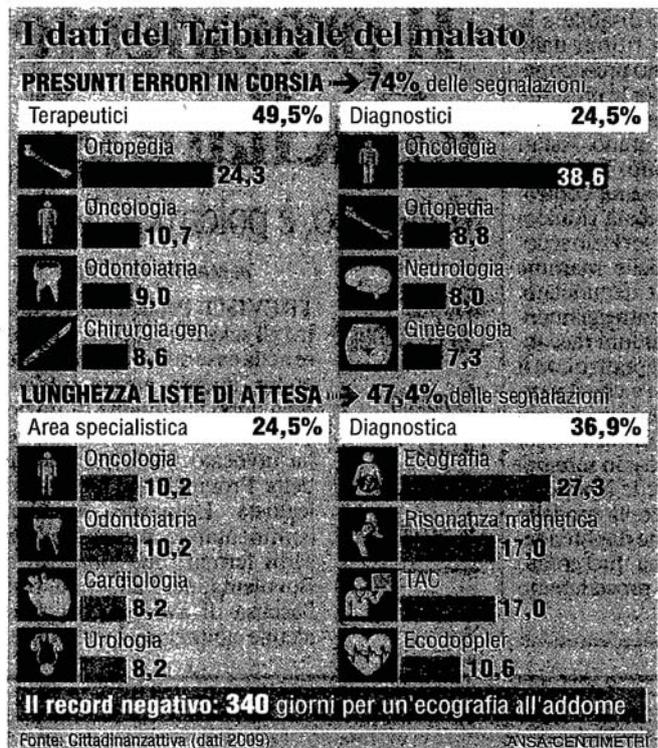
ROMA - Un'ecografia all'addome? Bisogna tornare dopo 340 giorni. Una Tac? Servono 220 giorni di attesa. Un intervento ortopedico? Bisogna aspettare un anno e mezzo. E' lungo l'elenco che, anche quest'anno, presenta il Rapporto Pit Salute 2010 di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato. Esami di routine, analisi, operazioni che richiedono anche pochi giorni di degenza: sono diventati, in molte realtà, delle vere "missioni impossibili". Chimere sanitarie.

Crescono ovunque le liste d'attesa, tempi record per l'oncologia. Il Rapporto disegna, appunto, uno scenario che penalizza soprattutto chi è colpito da tumore. Una novità, rispetto agli ultimi anni. L'ecografia, in particolare quella dell'addome è l'esame per il quale si deve aspettare fino a poco meno di un anno. Nel 2009 ha rappresentato il 27,3% delle segnalazioni arrivate al centralino (rispetto al 2008 sono cresciute del 3,9%). Anche per la Tac le liste d'attesa si sono allungate a dismisura. Fino a 220 giorni. «Ci allarma avere la sensazione - si legge nel Rapporto - che il tumore possa attendere anche più di un anno per una visita di controllo dopo la diagnosi di melanoma». Di una pacata diminuzione dei tempi d'attesa si può parlare per le risonanze magnetiche, le mammografie e gli ecodoppler. Ginecologia e ostetricia cominciano ad essere, dopo or-

topedia, i servizi in cui si aspetta di più. «Un aumento preoccupante - spiegano al Tribunale dei diritti del malato - che, nell'ultimo anno, si è più che triplicato. Specchio delle segnalazioni soprattutto delle future mamme impossibilitate ad accedere in tempi utili a visite di controllo presso il servizio pubblico».

Crescono anche le segnalazioni di diagnosi sbagliate, terapie inadeguate per i malati di tumore e le infezioni ospedaliere. Secondo il rapporto l'area dell'oncologia è al primo posto nella classifica dei presunti errori diagnostici e al quarto nella lista dei presunti errori terapeutici. Di tutte le segnalazioni arrivate al Pit Salute la denuncia di errori rappresenta il 74%. Commenta il ministro **Ferruccio Fazio**: «E' giusto e assolutamente corretto che i cittadini si sentano in diritto di comunicare e denunciare. Va comunque ricordato che il nostro Paese registra meno errori in campo sanitario a livello internazionale. E quando si vede il moltiplicarsi di denunce, temo che i cittadini non possano avere la visione corretta della buona sanità di cui dispongono». Giovanni Monchiero, presidente Fiaso, la Federazione delle aziende sanitarie, ricorda che «questo non è un rapporto basato su dati, bensì sulle denunce dei cittadini e che il Tribunale non svolge un'attività statistica bensì di stimolo e assistenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Medicine innovative per tutti Servizi in farmacia: al traguardo le nuove regole

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

Poker del ministero della Salute con le regioni. Il ministro Ferruccio Fazio ha incassato ieri il via libera a quattro provvedimenti attesissimi: le nuove regole di massima trasparenza per la libera professione intramoenia dei medici; la riforma in tre decreti che fa decollare la "farmacia dei servizi"; l'accordo che consente l'immediata erogazione a tutti i cittadini dei farmaci innovativi; infine il sì dei governatori alla proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013 (anticipato da «Il Sole-24 Ore» del 16 novembre), che andrà ora, prima al Consiglio dei ministri poi al via libera definitivo della stato-regioni.

Sulla libera professione dei medici pubblici arrivano paletti più rigidi per evitare surplus di libera professione a pagamento a danno delle prestazioni istituzionali gratuite. Senza spese aggiuntive a carico di Asl e ospedali per le attività autorizzate al di fuori delle proprie strutture. E garantendo ai cittadini la massima trasparenza di gestione e la partecipazione con i sindacati alle commissioni incaricate di verificare che le ore di intramoenia non superino quelle dedicate all'attività istituzionale e senza conflitti di interesse.

Via libera anche ai decreti che trasformano le farmacie convenzionate in front office del Ssn, sui cui contenuti iniziali c'era stata la contestazione regionale. L'ossatura resta inalterata: le farmacie potranno prenotare visite, incassare ticket, consegnare referi, eseguire analisi di prima istanza, gestire infermieri e fisioterapisti, ma il tutto resta fortemente subordinato al tornaconto delle Regio-

ni. Per far partire i nuovi servizi serviranno accordi locali da subordinare alla realizzazione di un evidente risparmio per il Ssn, mentre una norma di cedevolezza concordata in extremis privilegia la normativa regionale già vigente in materia a svantaggio dei nuovi decreti.

L'accordo sui farmaci innovativi rimuove uno dei più laceranti effetti del federalismo farmaceutico prevedendo - come ha spiegato Fazio - l'accesso immediato negli ospedali di tutte le regioni al trattamento coi farmaci innovativi ammessi a rim-

LA STRETTA

Paletti alla libera professione intramoenia dei medici per evitare di penalizzare le prestazioni pubbliche

borso Ssn, anche senza il loro formale inserimento nei prontuari ospedalieri regionali, cui le Regioni dovranno comunque provvedere 30 giorni. L'indicazione vale per tutti i medicinali che siano stati riconosciuti come una innovazione terapeutica importante dalla commissione tecnico-scientifica dell'Aifa, ovvero posseggano i requisiti per l'ammissione condizionata alla rimborsabilità in quanto dotati di "innovatività terapeutica potenziale". Il documento prevede anche la creazione presso l'Aifa di un tavolo permanente di monitoraggio per l'omogeneizzazione e l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri regionali.

.COM www.sanita.ilssole24ore.com
I testi dei provvedimenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DUBBI SUL NUOVO PIANO

LE SCOMMESSE
DELLA SANITÀ

di SERGIO HARARI

È stato approvato mercoledì sera il piano socio-sanitario 2011-2015 della Regione Lombardia, tra qualche soffocato mugugno che non ha avuto la forza di diventare vera contestazione. Le nuove linee di sviluppo pianificano strategie sulle quali non tutti sono d'accordo, anche all'interno della maggioranza; tra queste, per esempio, il potenziamento della rete delle strutture per le cure intermedie. La Regione prevede infatti oltre 1.100 nuovi posti letto per pazienti in fase di convalescenza, a bassa intensità di cure e con un costo ospedaliero limitato (circa 170 euro al giorno), letti che dovrebbero fare fronte alle necessità di quei malati post-acuti, non ancora dimmissibili a domicilio ma che non necessitano più delle attenzioni della fase acuta. In teoria dovrebbe trattarsi di un completamento del percorso di cura del paziente, in pratica bisognerà verificare se questo consentirà davvero un alleggerimento dei reparti per acuti. Il paziente riterrà infatti di essere ancora a tutti gli effetti ospedalizzato ma nei reparti di cure intermedie

troverà un'assistenza medica e infermieristica molto meno intensiva, con minori possibilità di interventi diagnostici e terapeutici.

L'altro aspetto che emerge dal piano è una drastica riduzione dei letti di degenza per la riabilitazione post-acuta, forse accreditati un po' in eccesso in passato e non sempre utilizzati in modo del tutto appropriato, ma oltre il 50 per cento di letti in meno sembra davvero

troppo. La riconversione in attività ambulatoriali delle riabilitazioni, anche se in alcuni settori percorribile, non sarà così indolore per molti malati.

È anche previsto un importante coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta attraverso il potenziamento della continuità assistenziale e della territorialità, con l'obiettivo di ottenere una riduzione degli accessi inappropriati ai Pronto soccorso ospedalieri, spesso ridotti a grandi ambulatori. È un primo passo ma il problema è anche culturale e la soluzione non è dietro l'angolo.

Aspetti di particolare e meritoria attenzione sono poi riservati alle patologie psichiatriche e all'housing sociale; specifi-

che iniziative sono infine dedicate alle famiglie con anziani non autosufficienti o disabili gravi.

Nel nuovo piano socio-sanitario non vengono invece affrontati i grandi temi nodali della nostra regione, ad esempio la riorganizzazione della rete ospedaliera con il riordino della attività in base a criteri di qualità e ai volumi di attività dei centri; è deficitaria anche la pianificazione delle attività di alta specialità per evitare sterili concorrenzialità. Mancano, insomma, quegli aspetti innovativi che in passato hanno caratterizzato la politica sanitaria lombarda, e quegli slanci strategici che l'hanno resa grande. Peccato, forse davvero tempi e contingenze finanziarie e politiche non consentivano altro.

sharari@hotmail.it



Il Pontefice**«Prioritaria
la giustizia
sanitaria»**

CITTÀ DEL VATICANO — «Nella nostra epoca si assiste da una parte ad un'attenzione alla salute che rischia di trasformarsi in consumismo farmacologico, medico e chirurgico, diventando quasi un culto per il corpo, e dall'altra alla difficoltà di milioni di persone ad accedere a condizioni di sussistenza minimali e a farmaci indispensabili per curarsi». Benedetto XVI chiede che nel mondo ci sia «una vera giustizia distributiva» anche in campo sanitario, esorta a dedicare «mezzi, risorse ed energie» perché le «cure adeguate» vengano garantite a tutti, «il diritto alla salute sia effettivo». E torna ancora una volta a condannare, come «ferite» alla «giustizia sanitaria», sia le «tecniche artificiali di procreazione» che comportano «distruzione di embrioni» sia l'«eutanasia legalizzata» e l'aborto: la «tutela della vita dal suo concepimento al termine naturale» e «il rispetto della dignità di ogni essere umano» vanno «sostenuti anche controcorrente», perché i «valori etici fondamentali» sono un «patrimonio comune» universale e «base della convivenza democratica», scrive il Papa nel messaggio che il cardinale Tarcisio Bertone ha letto ieri alla conferenza internazionale sulla «salute equa e umana», riunita in Vaticano. «La giustizia sanitaria dev'essere fra le priorità nell'agenda dei governi e delle istituzioni internazionali», ha aggiunto il pontefice: «Il mondo della salute non può sottrarsi alle regole morali che devono governarlo affinché non diventi disumano».

G. G. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Usiamoli con cautela

ANTIBIOTICI La nuova campagna di sensibilizzazione

■ Il **ministero della Salute** ha presentato l'altro ieri "Antibiotici, difendi la tua difesa. Usali con cautela" la nuova campagna volta a sensibilizzare i cittadini sull'uso corretto degli antibiotici e sul fenomeno dell'antibiotico-resistenza. La Campagna patrocinata dal ministero è stata realizzata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'iniziativa è stata presentata dal **ministro della Salute Ferruccio Eazio**, dal direttore generale dell'Aifa Guido Rasi e dal presidente dell'Istituto Superiore di Sanità Enrico Garaci. Nel corso della presentazione sono stati illustrati anche i dati relativi allo

studio dell'Agenzia Italiana del Farmaco sull'eccesso di spesa evitabile legato a consumi e costi non appropriati degli antibiotici, dati sulle reazioni avverse, sulle sperimentazioni cliniche relative a questa classe di farmaci e sull'antibiotico-resistenza. La Campagna nasce dalla consapevolezza che lo sviluppo dell'antibiotico-resistenza in Italia e in tutti i Paesi europei, legato all'incremento e all'uso inappropriato degli antibiotici, costituisce un problema di particolare rilievo per la tutela della salute dei cittadini. L'Italia, infatti, è tra i Paesi dell'Unione Europea che registrano il più alto consumo di antibiotici e tasso di antibiotico-resistenza.



Ok dalla Stato-Regioni anche all'intramoenia

In farmacia le analisi e il ritiro di referti

In farmacia come dal medico o all'ospedale. Sarà possibile prenotare nelle farmacie pubbliche e private prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pagare il relativo ticket, nonché ritirare i referti relativi alle prestazioni; eseguire prestazioni analitiche di prima istanza quali il controllo della glicemia, del colesterolo, dei trigliceridi. Al via anche la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici, la preparazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, la distribuzione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci nonché la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per l'effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta. Sono stati approvati ieri dalla Conferenza Stato-Regioni gli Accordi sull'attività libero professionale intramuraria e alle nuove prestazioni erogabili dalle farmacie

territoriali. L'Accordo relativo alla libera professione intramuraria prevede la definizione annuale, in sede di contrattazione dei budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, dei volumi di attività istituzionale dovuti, la definizione di risorse aggiuntive destinate all'attività istituzionale e/o libero professionale a favore dell'azienda, anche con modalità di remunerazione diverse da quelle orarie; l'affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni libero-professionali, da eseguire con modalità distinte rispetto a quelle istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni medesime; la definizione delle tariffe per l'attività libero-professionale, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa. L'Accordo affida alle Regioni e Province autonome il compito di monitorare lo svolgimento dell'attività libero professionale.



ROMA

Il ministro Fazio "lo combatto i medici in malafede"

● "Sta diventando operativo il nuovo Piano nazionale per le liste di attesa". Un progetto che promuove "un percorso specifico e privilegiato per i tumori e le malattie cardiovascolari". Di fronte agli allarmi sui disservizi negli ospedali circa i tempi che i pazienti sono costretti ad attendere prima di intervento o di un esame specialistico, il **ministro della Salute**, Ferruccio Fazio (Pdl), contrattacca. Poi, citando il caso di una donna morta dopo un parto, deceduta però per un embolia polmonare, il ministro esorta la stampa a "distinguere i casi di errori da quelli che non lo sono". "Quello che va pesantemente combattuto - conclude - è la malafede del medico: queste sono cose veramente odiose". (Cm)



DUBBI SUL NUOVO PIANO

LE SCOMMESSE
DELLA SANITÀ

di SERGIO HARARI

È stato approvato mercoledì sera il piano socio-sanitario 2011-2015 della Regione Lombardia, tra qualche soffocato mugugno che non ha avuto la forza di diventare vera contestazione. Le nuove linee di sviluppo pianificano strategie sulle quali non tutti sono d'accordo, anche all'interno della maggioranza; tra queste, per esempio, il potenziamento della rete delle strutture per le cure intermedie. La Regione prevede infatti oltre 1.100 nuovi posti letto per pazienti in fase di convalescenza, a bassa intensità di cure e con un costo ospedaliero limitato (circa 170 euro al giorno), letti che dovrebbero fare fronte alle necessità di quei malati post-acuti, non ancora dimmissibili a domicilio ma che non necessitano più delle attenzioni della fase acuta. In teoria dovrebbe trattarsi di un completamento del percorso di cura del paziente, in pratica bisognerà verificare se questo consentirà davvero un alleggerimento dei reparti per acuti. Il paziente riterrà infatti di essere ancora a tutti gli effetti ospedalizzato ma nei reparti di cure intermedie

troverà un'assistenza medica e infermieristica molto meno intensiva, con minori possibilità di interventi diagnostici e terapeutici.

L'altro aspetto che emerge dal piano è una drastica riduzione dei letti di degenza per la riabilitazione post-acuta, forse accreditati un po' in eccesso in passato e non sempre utilizzati in modo del tutto appropriato, ma oltre il 50 per cento di letti in meno sembra davvero

troppo. La riconversione in attività ambulatoriali delle riabilitazioni, anche se in alcuni settori percorribile, non sarà così indolore per molti malati.

È anche previsto un importante coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta attraverso il potenziamento della continuità assistenziale e della territorialità, con l'obiettivo di ottenere una riduzione degli accessi inappropriati ai Pronto soccorso ospedalieri, spesso ridotti a grandi ambulatori. È un primo passo ma il problema è anche culturale e la soluzione non è dietro l'angolo.

Aspetti di particolare e meritoria attenzione sono poi riservati alle patologie psichiatriche e all'housing sociale; specifi-

che iniziative sono infine dedicate alle famiglie con anziani non autosufficienti o disabili gravi.

Nel nuovo piano socio-sanitario non vengono invece affrontati i grandi temi nodali della nostra regione, ad esempio la riorganizzazione della rete ospedaliera con il riordino della attività in base a criteri di qualità e ai volumi di attività dei centri; è deficitaria anche la pianificazione delle attività di alta specialità per evitare sterili concorrenzialità. Mancano, insomma, quegli aspetti innovativi che in passato hanno caratterizzato la politica sanitaria lombarda, e quegli slanci strategici che l'hanno resa grande. Peccato, forse davvero tempi e contingenze finanziarie e politiche non consentivano altro.

sharari@hotmail.it



Il Pontefice**«Prioritaria
la giustizia
sanitaria»**

CITTÀ DEL VATICANO — «Nella nostra epoca si assiste da una parte ad un'attenzione alla salute che rischia di trasformarsi in consumismo farmacologico, medico e chirurgico, diventando quasi un culto per il corpo, e dall'altra alla difficoltà di milioni di persone ad accedere a condizioni di sussistenza minimali e a farmaci indispensabili per curarsi». Benedetto XVI chiede che nel mondo ci sia «una vera giustizia distributiva» anche in campo sanitario, esorta a dedicare «mezzi, risorse ed energie» perché le «cure adeguate» vengano garantite a tutti, «il diritto alla salute sia effettivo». E torna ancora una volta a condannare, come «ferite» alla «giustizia sanitaria», sia le «tecniche artificiali di procreazione» che comportano «distruzione di embrioni» sia l'«eutanasia legalizzata» e l'aborto: la «tutela della vita dal suo concepimento al termine naturale» e «il rispetto della dignità di ogni essere umano» vanno «sostenuti anche controcorrente», perché i «valori etici fondamentali» sono un «patrimonio comune» universale e «base della convivenza democratica», scrive il Papa nel messaggio che il cardinale Tarcisio Bertone ha letto ieri alla conferenza internazionale sulla «salute equa e umana», riunita in Vaticano. «La giustizia sanitaria dev'essere fra le priorità nell'agenda dei governi e delle istituzioni internazionali», ha aggiunto il pontefice: «Il mondo della salute non può sottrarsi alle regole morali che devono governarlo affinché non diventi disumano».

G. G. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEDICI

**Il pericolo
dell'eccessivo
carico di lavoro**

■ Ho letto sul numero di domenica 7 novembre 2010 gli articoli sugli «Spedali Civili» di Brescia e sul D.G., dott. C. Coppini.

Voglio esprimere il plauso del sindacato Umi per il lavoro svolto dal dott. Coppini anche considerando che il momento è molto difficile ed auguragli di potere continuare la sua attività.

Sono certo che non si potesse fare di meglio.

Restano comunque aperte molte situazioni di grave sofferenza ed in alcuni casi anche rilevanti per gli effetti sull'assistenza.

Molte di queste situazioni sono determinate da un carenza di personale ed in particolare di medici che è ormai cronica perché sviluppatosi dalla fine degli anni novanta.

Anche il Piano di assunzioni a tempo indeterminato 2010 recentemente approvato dalla Regione Lombardia è assolutamente insufficiente a colmare le gravi carenze organiche di medici. D'altra parte lo stesso Piano di assunzioni parla chiaramente: le assunzioni autorizzate sono volte ad assicurare, prevalentemente, il turn-over sulla base del personale cessato negli anni 2008/2009 e a riconoscere il personale necessario per attivare nuovi servizi (per il Civile complessivamente 42+4=46 unità mediche). Una cifra totale assolutamente lontana dalle ne-

cessità. Un recente studio dell'Umi, presentato anche in Commissione Regionale III - Presidente Peroni) aveva quantificato la carenza di medici negli ospedali pubblici lombardi in circa 3.000 di cui solo 100 agli Spedali Civili di Brescia (compresi i presidi esterni, ma escluse le sostituzioni del personale cessato e i nuovi servizi). Come vede siamo molto lontani dalle necessità individuate dal sindacato (avvalorate dai dati del Ministero della salute che indica la Regione Lombardia come una delle poche in Italia in carenza d'organico).

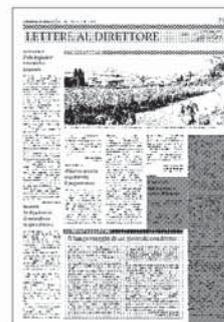
Una cifra di medici mancanti molto importante che trova soluzione nella disponibilità dei medici in servizio a prestare orario supplementare solo in minima parte remunerato.

In altri termini l'esubero di orario per la copertura delle necessità orarie non è retribuito.

Tale situazione non potrà evidentemente durare a lungo e la carenza organica avrà in futuro sempre maggiori conseguenze negative sull'assistenza e ciò indipendentemente dalle capacità organizzative della Direzione aziendale.

Un aspetto molto negativo è quello del rischio di errore medico che aumenta esponenzialmente con l'aumento delle ore lavorate. Già ora, in alcuni settori chirurgici, i medici operano avendo sulle spalle 24 ore e più di servizio continuativo senza riposo. Queste situazioni sono state più volte segnalate alla Direzione aziendale, alle autorità competenti e la Stampa senza che siano stati presi i conseguenti correttivi.

Dott. Francesco Falsetti
Presidente Unione Medici Italiani
Brescia



Scacco matto al melanoma

I nei sospetti ora possono essere analizzati con un raggio laser indolore. E se il test scopre un tumore aggressivo c'è una terapia che rende l'organismo più forte e combattivo

Il super microscopio

Con il melanoma non si scherza. Così se il medico non è certo della natura di un neo, preferisce toglierlo e procedere con la biopsia. Che poi, in 19 casi su 20, non trova cellule maligne. Ora c'è una bella novità che evita interventi e patemi. È il microscopio laser confocale che permette di ottenere risultati simili a quelli della biopsia. Con il vantaggio, non indifferente, di non lasciare segni sulla pelle. «L'apparecchio si appoggia sul neo sospetto» spiega Giovanni Pellacani, responsabile della microscopia confocale del Policlinico universitario di Modena. «Il microscopio ingrandisce di 700 volte la lesione. E, grazie al laser, è possibile avere immagini strato per strato della pelle, analizzare le cellule cutanee ed evidenziare così quelle maligne». Il nuovo test viene utilizzato quando la dermatoscopia, cioè l'esame con il microscopio tradizionale, ha lasciato dubbi. Per ora viene eseguito solo in otto centri, tra cui il Policlinico universitario di Modena, **tel. 0594224265** e l'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma, **tel. 0652661**. Per informazioni: **pellacani.giovanni@unimore.it**.

Il farmaco innovativo

Per il melanoma in stadio avanzato finora l'unica soluzione era la chemioterapia. Che, però, non sempre riusciva a sconfiggere la malattia. Adesso c'è un nuovo principio attivo, l'ipilimumab, che viene somministrato per infusione circa ogni tre settimane e funziona anche in questi casi. «È il primo contro questo tumore della pelle e ha un meccanismo rivoluzionario» spiega Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di oncologia medica e terapie innovative dell'Istituto Pascale di Napoli, tra i primi a studiare il farmaco. «Oggi sappiamo che il melanoma si forma e cresce a causa di veri e propri blocchi che impediscono al sistema immunitario di reagire. Il farmaco agisce sui meccanismi che creano questi ostacoli e li elimina. L'organismo diventa così più forte e, oltre a far regredire o addirittura sparire il melanoma inoperabile, si previene la formazione delle metastasi». I risultati parlano da soli: la sopravvivenza a un anno dei pazienti è quasi raddoppiata. Il farmaco è già disponibile negli istituti per la cura dei tumori e viene prescritto quando la chemioterapia non è efficace. Per avere gli indirizzi dei centri cliccare su **www.airc.it**.

Il mese della prevenzione

Donna Moderna dedica novembre alla sinusite. L'équipe del reparto di otorinolaringoiatria dell'ospedale San Matteo di Pavia risponde alle lettrici lunedì, mercoledì e venerdì dalle 14 alle 17 al numero 3398310690. Oppure si può inviare un'email a: **meseprevenzione@gmail.com**.



MEDICINA RIGENERATIVA

NUOVE SCOPERTE

Le donne hanno davvero più cuore

«**S**ino a una ventina di anni fa si riteneva che il muscolo cardiaco avesse un ricambio di cellule bassissimo. Poi il dogma è stato infranto: il cuore è capace di ripararsi da sé perché ha una riserva di cellule progenitrici dei cardiomiociti, quelle che lo fanno pulsare. Ora, analizzando il cuore di donne e uomini, abbiamo visto che, nell'arco della vita, quello femminile viene rigenerato 15 volte, quello maschile 11». A raccontare i dati della sua ultima ricerca, presentata al meeting dell'American heart association di Chicago e in uscita su *Circulation Research*, è Piero Anversa, 72 anni, di Parma, direttore del Centro di medicina rigenerativa al

Il muscolo cardiaco femminile si rigenera con maggiore efficienza. E questo lo protegge. A raccontarlo è uno dei protagonisti della terapia con cellule staminali.

DI GIANNA MILANO



Brigham and Women's hospital, Harvard medical school di Boston. È il primo scienziato al mondo ad avere individuato cellule staminali residenti nel cuore umano in grado di generare sia vasi sia cardiomiociti e a sostenere che, come altri organi, può rigenerarsi.

Ad Anversa *Panorama* ha chiesto di tracciare il confine, nella medicina rigenerativa del cuore, fra attese e stato dell'arte.

Le donne hanno più cuore?

In realtà è un vantaggio garantito loro dalla diversa biologia. In ogni caso si basa sul turnover dei cardiomiociti garantito dalle staminali presenti nel cuore. In quello delle donne il pool di queste cellule è superiore. E funzionano meglio. Uno dei mo-

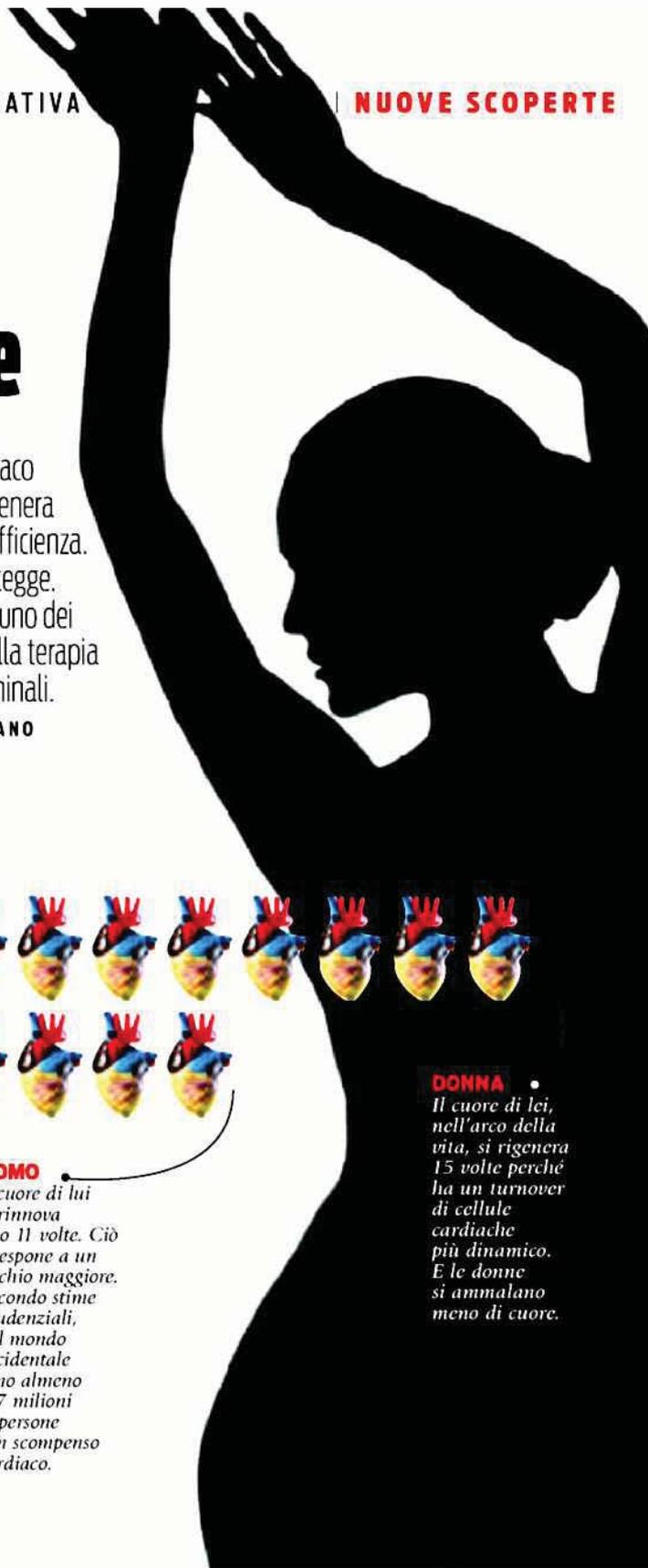
MARCO TANGHERLINI

UOMO

Il cuore di lui si rinnova solo 11 volte. Ciò lo espone a un rischio maggiore. Secondo stime prudenziali, nel mondo occidentale sono almeno 5,7 milioni le persone con scompenso cardiaco.

DONNA

Il cuore di lei, nell'arco della vita, si rigenera 15 volte perché ha un turnover di cellule cardiache più dinamico. E le donne si ammalano meno di cuore.



MEDICINA | NUOVE SCOPERTE

tivi per cui le donne vivono più a lungo.

Per ripristinare la funzione del cuore si sono provati tanti tipi di staminali.

Risultati?

Stiamo parlando di staminali adulte, già con un destino, non indifferenziate, che sono comunque molto plastiche. Le prime sperimentazioni risalgono a una decina di anni fa, furono condotte con progenitori ottenuti dal midollo osseo per formare nuovi vasi. Si sono usati anche progenitori di mioblasti, le cellule del tessuto muscolare scheletrico (Daniel Menascé le iniettò per primo nel cuore durante interventi di bypass coronarico), ma hanno causato aritmie e non sono più utilizzate.

Troppa fretta nel passare dagli animali all'uomo?

Nel 2001 un mio studio su *Nature* concluse che staminali ematopoietiche del midollo erano in grado, iniettate nel cuore di topi infartuati, di rigenerare il miocardio. Poi una serie di articoli contestò i miei dati, ma di fatto la funzione cardiaca aumentava in modo evidente. Io avevo usato staminali ematopoietiche con uno specifico marcatore, le mie cellule erano quindi scelte e non un mix. Fretta? Anche un clinico scrupoloso che si confronta ogni giorno con pazienti che muoiono tenta di tutto.

Sapete dove cercare le staminali presenti nel cuore?

Le abbiamo caratterizzate all'infinito e sappiamo ormai di esse dall'a alla z. Ne esistono nicchie nel cuore. Nell'estate del 2009 è partito uno studio di fase uno per verificare la sicurezza, non ancora l'efficacia, di queste cellule. Responsabile dello studio è Roberto Bolli, di



Protagonista

Piero Anversa, 72 anni: lavora alla Harvard medical school di Boston.

Perugia, che lavora all'ospedale di Louisville nel Kentucky. Contiamo di trattare 20 pazienti con malattia ischemica cronica per verificare se producono altre cellule e se svolgono bene il loro mestiere. Al meeting abbiamo presentato i primi dati di un trial

clinico, nato dalla collaborazione tra il mio laboratorio dove le cellule vengono preparate e Bolli che le inietta nei pazienti. I primi risultati hanno superato di gran lunga le aspettative.

Come vengono isolate queste cellule?

Durante l'intervento di bypass, spesso multiplo, da questi malati che già hanno subito un infarto viene ricavato un pezzetto dell'auricola destra, in cui sappiamo esserci nicchie di staminali. Una volta estratte, sono espanse e poi reinfuse per via intracoronarica, come nell'angiografia. Un milione le cellule che l'Fda ci ha permesso di iniettare nei pazienti che saranno seguiti per almeno due anni. Siccome sono ricavate dal malato stesso, non si corre rischio di rigetto.

Altri filoni di ricerca?

Trovare molecole che attivino le staminali nel cuore dei malati stessi, senza doverle isolare e reinfondere. Poi identificare il marcatore per scovare in ognuno la supercellula staminale, quella con più capacità di rigenerare il tessuto. Uno studio su una trentina di pazienti (tutti candidati a un bypass) da noi presentato all'American heart dice che in tutti i casi, indipendentemente da sesso, età, tipo di malattia cardiaca, si può ottenere un numero adeguato di staminali cardiache per l'uso clinico. ■

SUL PODIO, THOMAS A. FARLEY, COMMISSARIO ALLA SALUTE DI NEW YORK. ACCANTO A LUI, IL SINDACO MICHAEL BLOOMBERG



L'UOMO CHE HA MESSO A DIETA **NEW YORK**

CON IL SUO LIBRO «RICETTA PER UNA NAZIONA SANA» CONQUISTÒ BLOOMBERG. DA ALLORA **THOMAS A. FARLEY** HA DICHIARATO GUERRA AL FUMO, AI CIBI GRASSI, AL SALE E ALLA SODA... RITRATTO DI UN PASDARAN DEL SALUTISMO

dal nostro inviato **ANGELO AQUARO**

NEW YORK. Il dottor Thomas A. Farley è magro come un chiodo e duro come un martello: forse anche per questo rischiava prima o poi di battere la testa contro il muro. Il dottor Thomas A. Farley è l'uomo più odiato di New York. Il dottor Thomas A. Farley sarebbe il commissario alla salute: se non fosse

a tutti gli effetti un dittatore. Il sindaco Michael Bloomberg lo aveva scelto per combattere la sua battaglia salutista: il dottore è andato giù con la bomba atomica. A New York già non potevi fumare al chiuso: il dottore vuole proibire il fumo all'aperto. A New York già i fast food devono indicare sul menu le calorie: il dottore ora vuole diminuire il sale. Ma l'ultima mossa ha fatto infuriare anche i salutisti doc: vuole vietare ai poveri che fanno la spesa

con i buoni dello Stato di acquistare bibite gasate. Ma non è un po' troppo e un po' classista? Il dottore sorride con quel faccino di chi ha visto ben altri uragani all'orizzonte: e infatti insegnava già a New Orleans quando venne giù il mondo con Katrina. A chi lo accusa di essere un talebano della salute, a chi gli rinfaccia di togliere ai poveri cittadini non diciamo il piacere di una sigaretta, ma anche la gioia di un pizzico di sale, di un frizzo di soda, il dottore, 54 anni

e neppure un filo di grasso, risponde gelido: «Io non provo nessun piacere a vedere tanta gente che a 45 anni deve combattere con obesità, diabete e ipertensione: costretta a prendere cinque pillole al giorno». Certo, da bravo uomo di scienza, sa che anche la natura, nel suo piccolo, conta: «E forse i miei geni» ha confessato al *New York Times* «sono più sani di quelli di altri». Ma il dottore più che alla natura crede alla cultura: se vuoi cambiare le abitudini alimentari di qualcuno devi cambiare l'ambiente in cui vive. Per questo ha trasformato New York in un campo di battaglia salutista: dove tutti sono costretti ad adeguarsi. Il suo pensiero è riassunto in un libro dal titolo che è un programma: *Ricetta per una nazione sana*. È la ricetta che gli è valsa la chiamata da New Orleans a New York: un po' un ritorno a casa per lui, originario del New Jersey. Peccato che - come tanti rivoluzionari - il dottor Farley sia anche un sostenitore del terrore. I suoi spot antifumo hanno fatto gridare all'orrore: cervelli devastati, polmoni rinsecchiti, cuori spaccati. E quelle scritte minacciose: ecco la fine che fa un fumatore. Una norma del Comune prevede che i tabaccai le debbano esporre vicino alla cassa: e quelli - spalleggiati da Big Tobacco - hanno fatto causa appellandosi, nientedimeno, al Primo emendamento sulla libertà d'espressione. Ma il dottore non si arrende mai. O meglio: successe solo una volta. New Orleans, 2008. Aveva deciso di correre la maratona malgrado la febbre: la spossatezza ebbe la meglio sulla sua volontà di ferro. «Mi arresi proprio mentre passavo davanti a casa. Bussai ai campanello e crollai davanti a mia moglie: io mi fermo qua». Gioconda gli fu la sosta, ma breve: la corsa è già ricominciata. E i newyorchesi, poveretti, costretti a stargli dietro chissà ancora per quanto. ■■