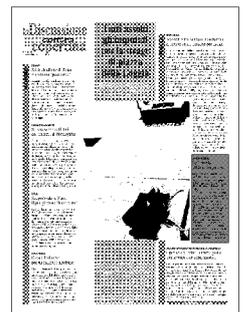


Rassegna del 17/11/2010

LA DISCUSSIONE - La "pillola" elisir di lunga vita - ...	1
UNITA' - Stupri, Milano da incubo E' la città con più denuncie - Tedeschi Marco	2

MEDICINALa "pillola"
elisir di lunga vita

La pillola anticoncezionale può definirsi un vero elisir di lunga vita: è ciò che emerge dal Congresso Nazionale della Sigo (Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia) in corso a Milano. Secondo un sondaggio, il 73 per cento dei ginecologi italiani ritiene che chi assume la pillola contraccettiva presta più attenzione allo stile di vita: l'89 per cento di queste donne non fuma o smette di fumare, svolge attività fisica nel 67 per cento dei casi, tiene il peso sotto controllo, nel 56 per cento dei casi, ed è maggiormente attenta alle malattie trasmesse sessualmente, anche se per prevenire quest'ultime, insistono gli specialisti, occorre sempre utilizzare il preservativo.



→ **I dati** del congresso dei ginecologi e degli ostetrici. Nel 69% dei casi il violentatore è il partner
 → **Il trenta** per cento delle storie di abuso domestico delle donne inizia con la gravidanza

Stupri, Milano da incubo È la città con più denunce

Paura e vergogna

Solo l'8,4 %
delle vittime
chiede aiuto

Spetta a Milano il triste primato di città con più violenze sessuali denunciate d'Italia: ben 480 nel solo 2009, più di una al giorno. E il 30 per cento delle violenze domestiche comincia con la gravidanza.

MARCO TEDESCHI

MILANO
cronaca@unita.it

Più di uno stupro al giorno: 480 donne violate solo nel 2009. Con queste cifre, è Milano la capitale italiana delle violenze sessuali denunciate.

A sostenerlo sono i medici dell'Aogoi, l'Associazione ginecologi ospedalieri, e quelli della Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia, riuniti in convegno nel capoluogo lombardo. Gli esperti hanno presentato dati e statistiche dalle quali emergono storie di violenza metropolitana che vedono sempre più coinvolte donne separate o divorziate e con una laurea (45% dei casi), violate nella maggior parte dei casi (69,7%) dal partner o dall'ex fidanzato (55,5%), e solo in minima parte da estranei (6,2%). A chiedere aiuto e denunciare gli abusi sono le vittime che vivono al Centro-Nord (64%) e prevalentemente in aree metropolitane (42%). Agghiacciante scoprire che il trenta per cento di queste storie cominci con una violenza in gravidanza: un colpo a tradimento, in un momento che dovrebbe essere il più felice per una coppia: l'attesa di un figlio.

ICEBERG

I dati presentati lasciano intravedere solo la minima parte di un problema enorme, sostengono i ginecologi che evidenziano come solo l'8,4 per cento degli abusi venga denunciato. Mentre un terzo delle donne, dicono, ha subito una qualche forma di sopraffazione nel corso della vita: «Un'emergenza che riteniamo fra le massime priorità» commenta Valeria Dubini, vice-presidente Aogoi. Anche perché, come è noto, le conseguenze di una violenza sono devastanti: «L'81 per cento delle protagoniste di atti di suicidio ha alle spalle episodi di abuso - sottolinea Alessandra Graziottin, direttore della ginecologia al San Raffaele Resnati di Milano e co-presidente del congresso - Diffusissima è anche la sindrome post traumatica da stress, ma anche i disturbi dell'alimentazione e del sonno, l'isolamento sociale, senza contare il rischio di aver contratto malattie sessualmente trasmissibili o di gravidanze indesiderate».

Vite compromesse, insomma, che hanno bisogno di cure e strutture adeguate per recuperare. E se il numero di denunce sotto la Madonna è alto, «è anche perché da anni esiste una rete efficiente di servizi per il sostegno alle vittime di violenza sessuale che contribuisce a far uscire dall'ombra questi episodi», precisa Mario Buscaglia, direttore della ginecologia della struttura e co-presidente del congresso. Un esempio è il "Soccorso Rosa", l'ambulatorio attivo all'ospedale San Carlo di Milano dal 2007, un altro è la clinica Mangiagalli, che ospita il pronto soccorso ostetrico ginecologico Svs (Soccorso violenza sessuale e domestica), fra i primi nati in Italia insieme a quello di Firenze. ❖



Rassegna del 17/11/2010

NAZIONE PISTOIA - Sesso e identità, tutto in un gioco - ...	1
TIRRENO PISTOIA - La sessualità s'impara giocando - ...	2

IL PROGETTO DOMANDE-QUIZ PER CAPIRE E ANALIZZARE ANATOMIA E COMPORTAMENTI

Sesso e identità, tutto in un gioco

Sperimentato un nuovo modello educativo, coinvolti tremila giovani

UN GIOCO da tavolo, in stile Trivial, per spiegare ai ragazzi delle scuole della provincia di Pistoia temi che vanno dall'identità di genere, alla sessualità fino alla gravidanza. E' l'iniziativa dello «Spazio Giovani» dei consultori di Pistoia che finora ha coinvolto quasi tremila studenti, in particolare quelli delle prime e seconde classi, per un totale di 11 scuole superiori. «L'idea è nata dalla necessità di superare il modello educativo tradizionale — spiega la dottoressa Paola Marini dell'Unità funzionale consultoriale della Valdinevole — in cui l'esperto, ginecologo, psicologo od ostetrica, viene chiamato ad impartire lezioni frontali esclusivamente nozionistiche. In questo caso, invece, i ragazzi partecipano in modo attivo e con divertimento e la percentuale dei messaggi appresi e realmente recepiti risulta essere più alta». In pratica ai ragazzi e alle ragazze viene chiesto di partecipare ad un gioco di carte, appositamente studiato per il target, che è sul modello del famoso gioco di società Trivial e un po' Gioco dell'Oca. Lo svolgimento del gioco avviene in aula suddividendo ciascuna classe in squadre o sottogruppi e con la supervisione di un sanitario e degli operatori dell'unità operati-

va educazione promozione della salute. Le carte da gioco propongono domande-quiz che trattano temi che riguardano gli aspetti relazionali, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato riproduttivo, la contraccezione, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e i comportamenti a rischio. Vengono inoltre date informazioni sui servizi consultoriali del nostro territorio e in particolare sui Consultori giovani di Montecatini in viale Amendola 41 e di Pistoia in piazza S. Bartolomeo. «L'approccio con i ragazzi attraverso una forma ludica e di partecipazione — prosegue la dottoressa Paola Marini — aiuta un apprendimento più efficace, lo scambio di informazioni è facilitato e possono anche essere modificati atteggiamenti e comportamenti errati». L'iniziativa è stata realizzata dalla unità operativa educazione e promozione alla salute diretta dal dottor Corrado Catalani e dall'unità funzionale consultoriale della Valdinevole, in collaborazione con i dirigenti e i docenti che hanno accolto con entusiasmo l'idea. Fondamentale il finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia che ha sostenuto economicamente tutto il progetto.

I VANTAGGI

«In questo modo i ragazzi partecipano in modo attivo e recepiscono di più»



Dalla gravidanza alla contraccezione, i consultori giovani dell'Asl sbarcano nelle classi

La sessualità s'impura giocando

Come nel "Trivial" i ragazzi apprendono attraverso le carte con i quiz

PISTOIA. Un gioco da tavolo, in stile Trivial, per spiegare ai ragazzi delle scuole della provincia temi che vanno dall'identità di genere, alla sessualità, fino alla gravidanza. E' l'iniziativa dello "Spazio Giovani" dei consultori di Pistoia, che finora ha coinvolto quasi 3.000 studenti.

Coinvolte, in particolare, le prime e seconde classi di 11 scuole superiori.

L'iniziativa è stata realizzata dalla unità operativa Educazione e promozione alla salute, diretta dal dottor Corrado Catalani, e dall'unità funzionale consultoriale della Valdinevole, diretta dalla dottoressa Paola Marini, in collaborazione con i dirigenti e i docenti delle scuole, che hanno accolto con entusiasmo l'idea.

Fondamentale il finanziamento della Fondazione Cassa di risparmio di Pistoia e Pescia, alla quale l'Asl ha rivolto un pubblico ringraziamento per aver ancora una volta sostenuto economicamente un progetto dell'azienda sanitaria.

«L'idea è nata dalla necessità di superare il modello educativo tradizionale - spiega la dottoressa Marini - in cui l'esperto, ginecologo, psicologo od ostetrica viene chiamato ad impartire lezioni frontali esclusivamente nozionistiche. In questo caso, invece, i ragazzi partecipano in modo attivo e con divertimento - sostiene la dottoressa - e la percentuale dei messaggi appresi e realmente recepiti risulta essere più alta».

In pratica ai ragazzi e alle ragazze viene chiesto di partecipare ad un gioco di carte, appositamente studiato per il target, che è sul modello del famoso gioco di società Trivial, con un po' an-

che del Gioco dell'Oca.

Lo svolgimento del gioco avviene in aula, suddividendo ciascuna classe in squadre o sottogruppi. Con la supervisione di un sanitario e degli operatori dell'unità operativa Educazione promozione della salute, il gioco viene condotto da animatori esperti della cooperativa Selva di Buggiano, che da anni collabora con la Società della salute della Valdinevole e la Provincia in progetti di politiche giovanili.

«L'approccio con i ragazzi attraverso una forma ludica e di partecipazione - prosegue la dottoressa Marini - aiuta un apprendimento più efficace. Lo scambio di informazioni è facilitato e possono anche essere modificati atteggiamenti e comportamenti errati».

Le carte da gioco propongono domande-quiz che trattano temi che riguardano gli aspetti relazionali, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato riproduttivo, la contraccezione, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e i comportamenti a rischio.

Vengono inoltre date informazioni sui servizi consultoriali del nostro territorio, ed in particolare sui "Consultori Giovani", che si trovano in piazza San Bartolomeo, a Pistoia, e in viale Amendola 41, a Montecatini.

Il successo dell'iniziativa è dimostrato anche dal fatto che molti giovani, tra cui numerosi maschi, spesso restii a frequentare questo tipo di servizio, considerato erroneamente solo per donne, si sono rivolti al consultorio per risolvere dubbi o problemi dopo l'esperienza di "Spazio giovani a scuola".

Ecco le scuole che hanno aderito. A Pistoia: Istituto tecnico per Geometri E. Fermi; Liceo Artistico P. Petrocchi; Istituto professionale Agrario De Franceschi; Istituto scolastico Suore Mantellate. In Valdinevole: Liceo scientifico C. Salutati; Istituto C. Lorenzini; Istituto agrario D. Anzillotti; istituto professionale statale Sismondi-Pacinotti; Istituto tecnico commerciale F. Marchi; Istituto tecnico per il turismo F. Forti; Istituto professionale Alberghiero F. Martini.



Rassegna del 17/11/2010

MEDICINAE DOCTOR - Giornata mondiale della contraccezione - ...

1

Monitor

Giornata mondiale della contraccezione

La Giornata Mondiale della Contraccezione, che si celebra ormai da quattro anni, nasce per sensibilizzare soprattutto i giovani alla sessualità consapevole e protetta, obiettivi che la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) persegue da tempo con il progetto "Scegli tu" (www.sceglitu.it), un vero e proprio portale con esperti a disposizione, e con il "numero verde della contraccezione" (800.555.323).

Una corretta educazione sessuale è infatti determinante non solo per la prevenzione di gravidanze indesiderate (in tutto il mondo ogni anno sono 15 milioni le teenager che diventano madri), ma per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili ed è fondamentale per educare al rispetto di sé e dell'altro e abbattere fenomeni di bullismo, abuso di sostanze e violenza.

■ Per approfondire il tema in www.mdwebtv.it sono disponibili le interviste alla Prof.ssa Alessandra Graziottin (San Raffaele Resnati di Milano) e al Dott. Emilio Arisi (direttivo nazionale SIGO).

Le cifre De Corato: violenze di strada in calo, non confonderle con quelle in famiglia

Milano, uno stupro al giorno A rischio separate e divorziate

I ginecologi: otto suicidi su dieci provocati da abusi sessuali

Uno stupro al giorno. È quanto emerge dal report *Violenza sessuale e domestica* stilato dalla clinica Mangiagalli e presentato ieri 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. È 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 contesta i dati: «I casi di violenze sessuali "di strada" da 61 nel 2007 (ovvero 5 al mese) sono scesi a 13 nel 2010, quindi poco più di uno al mese».

Va oltre le polemiche il ginecologo Mauro Buscaglia, primario del San Carlo: «La sfida è far emergere il sommerso per intervenire anche sui tanti, prolungati, abusi che avvengono in famiglia e non solo». Sono violenze devastanti: «L'81% delle protagoniste di atti di suicidio ha alle spalle episodi di

abuso», avverte Alessandra Graziottin, alla guida del Centro di Ginecologia e Sessuologia del San Raffaele Resnati di Milano. Insomma: in strada oppure tra le mura domestiche le violenze contro le donne restano un'emergenza. Una piaga che vede, in una città come Milano, violentate — soltanto tra gennaio e il 31 ottobre — 130 ragazze tra i 14 e i 17 anni, e picchiate a sangue dal partner altre 70 donne.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE PROIBITA

La protesta

Libro contro Cl, si incatena in Regione



Enrico De Alessandri — il dipendente della Regione autore del libro «Comunione e Liberazione, assalto al potere in Lombardia» e sospeso per un mese lo scorso anno — si è incatenato ieri mattina davanti al Pirellone per ribadire le proprie ragioni e per chiedere al governatore Roberto Formigoni di «togliere il suo avallo all'atto di sospensione». A sostenere De Alessandri il consigliere pd Giuseppe Civati e l'ex consigliere Carlo Monguzzi. «Siamo qui per affermare la laicità delle istituzioni e la libertà di parola», ha spiegato Civati. In una nota, la Regione aveva già precisato che la sospensione si doveva «a precise violazioni del contratto collettivo nazionale di lavoro»

VISITA A GENOVA

Dal ministro Fazio sì al nuovo Galliera e alla fusione Ist

PACE tra i rimbrotti con i consiglieri del Pdl che contestavano la politica sanitaria.

COSTANTE >> 10

VISITA DEL MINISTRO A GENOVA E INCONTRO CON IL CARDINALE BAGNASCO

Fazio, via libera al nuovo Galliera

Sì anche alla fusione dei poli oncologici di Ist e San Martino: «Servono solo alcune modifiche»

ALESSANDRA COSTANTE

GENOVA. La fusione di Ist e San Martino «concettualmente ci può andare bene, ma così com'è ha aspetti formali che non sono accettabili» così il ministero della Salute mette a disposizione della Liguria il suo direttore generale per la Ricerca scientifica, Massimo Casciello: sarà udito dalla commissione regionale che sta esaminando il disegno di legge. Il progetto del Nuovo Galliera è necessario perché «costa molto meno una costruzione ex novo di un rifacimento». È istituzionale e pragmatico il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**. La sua giornata genovese comincia presto con un giro di calumet della pace con i consiglieri regionali del Pdl, prosegue al Galliera dove è ospite (per la terza volta da giugno) dell'arcivescovo Angelo Bagnasco con cui ha comunque il tempo di ritagliarsi un breve incontro privato, e si conclude con secondo incontro diradatore di nebbia con i consiglieri del suo stesso colore politico che si erano sentiti snobbati.

La carne al fuoco è tanta sullo sfondo della "Giornata della ricerca" celebrata dal Galliera. C'è la fusione tra Ist e San Martino, che Fazio ha benedetto inizialmente spiazando i consiglieri regionale del Pdl; l'interazione del nuovo polo oncologico regionale con il Galliera che verrà e che il Comitato per Carignano, spalleggiato da Legambiente, osteggia con

tutte le sue forze; e la situazione generale della sanità ligure, che si avvia a chiudere il 2010 con un deficit (150 milioni di euro) e a combattere per una divisione del Fondo sanitario nazionale che rispetti il maggior peso che gli anziani hanno sulla spesa sanitaria.

Manca una manciata di minuti alle nove quando Fazio varca l'ingresso principale del Galliera sotto gli striscioni di protesta dei Comitati. Ma lui è un tecnico e come tale risponde: «In tutto il mondo si tende a costruire ospedali nuovi. Gli ospedali devono garantire cure ad altissimi livelli, i livelli di assistenza di un ospedale tecnologico non sono gli stessi di una struttura generalista». E quando prende la parola al convegno per la presentazione dell'attività di ricerca del Galliera, il ministro è altrettanto chiaro e spiccio: «Soprattutto in Liguria, dove c'è il 26% di ultrasessantacinquenni, la cura deve spostarsi dall'ospedale al territorio».

Nell'aria aleggia la questione sull'unificazione di Ist e San Martino. La Regione ne parla da luglio ed ora vorrebbe chiudere l'operazione al più presto, temendo di non avere più Fazio come interlocutore, mentre dopo le audizioni in commissione Cgil-Cisl e Uil negano di aver dato il via libera. La tesi dei detrattori è che dall'accorpamento l'unico ad avere vantaggi sarà il Galliera. Tocca ancora al ministro: «Un solo grosso centro tumori a Genova attrae meno

gente di due». Così come sulla quota pesata degli anziani: «Ci sono due interessi contrapposti: la Liguria che è la regione più anziana chiede che la quota capitaria degli anziani vada oltre il 30%; e la Campania, la regione più giovane, che la vuole azzerare. Il governo deve mediare». Ma un alleato di peso per la Liguria c'è ed è il presidente della Cei Angelo Bagnasco e padrone di casa al Galliera. Promette impegno con i modi dovuti e nelle circostanze opportune.

Ed è facile che oltre del Galliera - attende dal governo 44 milioni di euro nei pochi minuti di incontro a tu per tu con Fazio, Bagnasco abbia parlato anche di anziani, «aspetto che naturalmente mi sta a cuore perché riguarda il bene integrale delle persone, soprattutto nel momento delicato della malattia».

Con Burlando è un duetto a di-



stanza. Fazio parla di due centri oncologici e il presidente della Regione Liguria, anch'egli ospite del cardinale, a proposito del Nuovo Galliera ribadisce che «sembra difficile contestare che un ospedale che nasce nei prossimi anni non si occupi anche di cure oncologiche». Ma prima ancora servono soldi. Burlando lancia la sfida: « Chi ha tanti anziani come la Liguria ha bisogno che vengano riconosciuti i maggiori costi che ne derivano: se avverrà manterremo i conti in ordine, altrimenti dovremo fare pagare le tasse ai liguri».

costante@ilsecoloxix.it
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

LA GIORNATA



L'incontro tra il ministro Ferruccio Fazio e l'arcivescovo di Genova, il cardinale Angelo Bagnasco



Due chiacchiere del ministro e il Presidente della Regione Burlando e l'assessore alla Salute Montaldo



Il ministro Fazio ha preso parte alla giornata della ricerca indetta ieri dall'ospedale Galliera



Il progetto del nuovo ospedale

1 Parcheggio interrato: 400 posti

2 Pronto soccorso, degenze di alta specializzazione e sale operatorie (2 piani)

3 Piastra ambulatoriale

4 3 piani di degenza, radiologia, servizi, parcheggio interrato da 80 posti

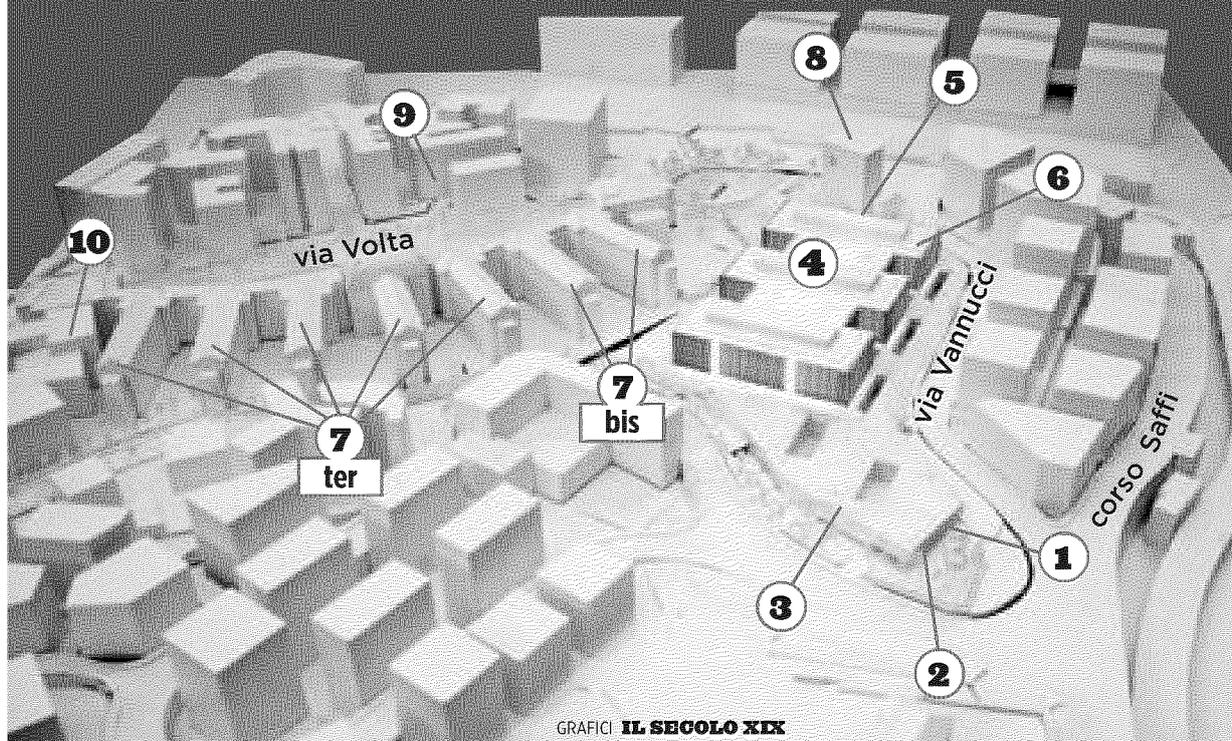
5 Ingresso principale

6 Area bar, edicola, due negozi di materiale sanitario; due spazi per associazioni di volontariato, cappella

7 "Dente": uffici amministrativi (7bis), attività di ricerca, attività sanitarie, Rsa, auditorium (7ter)

8 9 10 Aree destinate a costruzione di residenze da mettere in vendita dopo variante al piano regolatore, in corso di approvazione: Via totale 22.000 metri quadrati

Totale posti letto: 560



GRAFICI **IL SECOLO XIX**

Regione, mille posti letto in centri di assistenza a bassa intensità

Sanità, malati non gravi curati fuori dagli ospedali

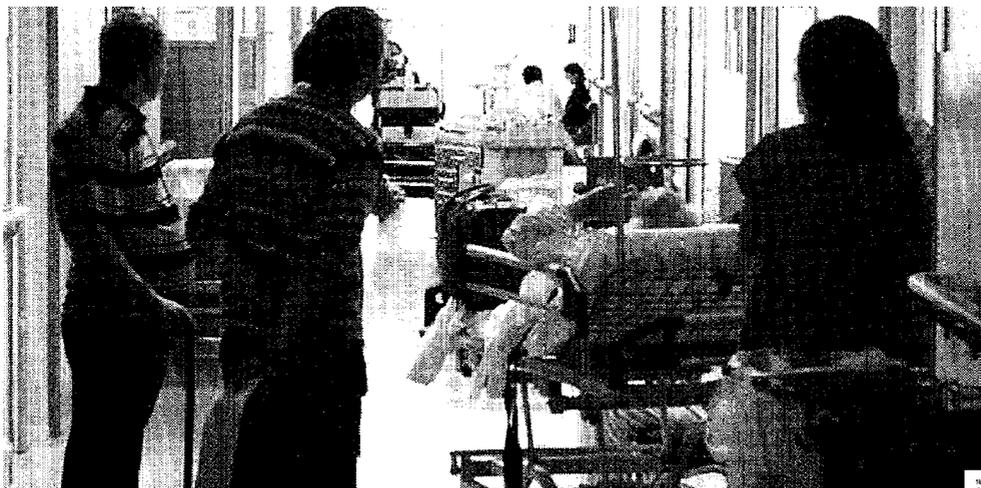
Via dagli ospedali i malati non gravi. È quanto prevede il nuovo Piano socio sanitario che la Regione sta mettendo a punto. Il documento, con i diktat che i manager della sanità dovranno seguire da qui al 2015, è approvato ieri in Consiglio regionale. Il punto chiave delle linee guida è la creazione di 1.107 letti per pazienti non acuti da curare prevalentemente fuori dalle mura ospedaliere. Il Pirellone potenzierà, infatti, l'accoglienza degli istituti dedicati alle cure intermedie — come la Don Gnocchi e la Mauge-ri — non sempre finora pienamente sfruttati.

A PAGINA 4 Ravizza

L'alternativa Previsti oltre mille posti letto in istituti di cure intermedie per i pazienti cronici, anziani nel 40 per cento dei casi

«Fuori dagli ospedali i malati non gravi»

Piano della Regione. Reparti e pronto soccorso al collasso, un ricovero costa 800 euro al giorno



In corsia Le nuove misure della Regione libereranno posti in ospedale dimettendo i malati cronici

La sperimentazione

A Milano, Cremona, Pavia, Brescia e Varese si sta già sperimentando l'assistenza sanitaria non ospedaliera come auspicato dal governo

Via dagli ospedali i malati non gravi. È quanto prevede il nuovo Piano socio sanitario. Il documento, con i diktat che i manager della sanità dovranno seguire da qui al 2015, è approvato ieri in Consiglio regionale. Il punto chiave del-



le linee guida è la creazione di 1.107 letti per pazienti non acuti da curare prevalentemente fuori dalle mura ospedaliere. Il Pirellone potenzierà, infatti, l'accoglienza degli istituti dedicati alle cure inter-

medie — come la Don Gnocchi e la Maugeri — non sempre finora pienamente sfruttati.

La strada scelta dall'assessorato guidato da Luciano Bresciani mira a raggiungere soprattutto due obiettivi. Il primo è liberare posti per i ricoveri d'urgenza dal momento che oggi i Pronto soccorso sono spesso intasati: con i reparti di Medicina pieni, i pazienti non riescono a essere smistati in tempo utile. C'è, poi, l'esigenza di ridurre i costi. Anche se la scure della Finanziaria non s'è abbattuta sui conti della sanità, il risparmio s'impone: le risorse sono le stesse (16,5 miliardi di euro l'anno), mentre crescono i bisogni della popolazione sempre più anziana. La tariffa di rimborso (Drg) per un giorno d'ospedale va dai 600 agli 800 euro, contro i 170 euro di un letto in una struttura a bassa intensità di cura.

Così, a pagina 31, il Piano socio sanitario prevede il potenziamento degli istituti per le cure *low care* dedicati soprattutto ai pazienti cronici, che possono essere dimessi dai reparti per acuti, ma non ancora nelle condizioni di andare a casa. Oggi 4 ricoveri su 10 sono di anziani oltre i 65 anni,

spesso difficili da seguire a domicilio, ma non talmente gravi da restare in ospedale. Alcuni posti saranno ricavati, con ogni probabilità, anche dalla riconversione dei piccoli ospedali il cui ruolo principale diventerà quello di raccordo con le strutture dedicate ai malati gravi. «Per la realizzazione delle nuove unità — si legge nel documento — dovranno essere definiti i requisiti strutturali, organizzativi e di accreditamento (*l'iter che permette alle strutture di erogare prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale,*

ndr)». Il Pirellone, insomma, dovrà stabilire i parametri per evitare che i pazienti non ven-

gano curati adeguatamente.

Sperimentazioni in questa direzione sono partite già a Milano, Cremona, Pavia, Brescia e Varese. La Lombardia anticipa di fatto quanto indi-

cato domenica dal ministro alla Salute, Ferruccio Fazio, durante un convegno a Roma sulla prevenzione. Del resto, il rischio è che, come riporta la rivista online *Doctor News* 33, nel 2050 gli ospedali non siano più in grado di sostenere l'impennata di ricoveri: tra 40 anni, infatti, gli over 65 saranno il 37% della popolazione, contro l'attuale 20%. «In futuro sarà necessario avere meno ospedali e più strutture di assistenza territoriali — dice Fazio. Altrimenti non ci saranno letti a sufficienza per curare i giovani».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1.107

i posti letto

previsti per pazienti non acuti da curare prevalentemente fuori dalle mura ospedaliere, potenziando gli istituti dedicati alle cure intermedie

16,5

i miliardi

a disposizione della Regione Lombardia per le spese sanitarie. Le risorse sono stabili, ma è in crescita il tasso di popolazione anziana bisognosa di cure

170

il costo

al giorno in euro di un posto letto in una struttura a bassa intensità di cure. Un posto letto in ospedale, al contrario, costa alla Regione fino a 800 euro al giorno, oltre il quadruplo

Manca il sangue in Toscana Ed è scontro tra i donatori

Deficit di 5mila sacche nel 2010. Scintille tra Avis e Fratres

di SANDRO BENNUCCI

— FIRENZE —

RACCOLTA sangue: la Toscana, da sempre all'avanguardia grazie a legioni di volontari, ha perso l'autosufficienza. Soprattutto perché è cresciuto moltissimo il fabbisogno. Si sussurra che potrebbe perfino accadere che pazienti di altre regioni, in trasferta a Firenze per farsi operare, possano essere costretti a procurarsi adeguata scorta di plasma prima di presentarsi al chirurgo. Secondo dati del consiglio regionale, viene stimato un saldo negativo, a fine 2010, oscillante fra 3.500 e 5 mila sacche di sangue. E in futuro potrebbe andare peggio: mancherà il 5-6% del fabbisogno annuo.

Rimedi? Finora, in caso di necessità, si sarebbe potuto ricorrere al soccorso dell'Emilia Romagna, della Lombardia e del Trentino, che avevano sostanziose eccedenze. Ma dal 2011 anche quei generosi «rubinetti» sono destinati a chiudersi per sopraggiunte esigenze interne. L'alternativa è il mercato. A caro prezzo: ogni sacca da meno di mezzo litro (400/450 cc) costa 150 euro. Careggi consuma 30 mila sacche l'anno e calcola di dover spendere quasi un milione di euro.

Il deficit arriva dalle necessità crescenti, dalle richieste di chi ha bisogno di trasfusioni per trapianti o, soprattutto, per cure oncologiche. Ma dietro la facciata si nasconderebbe anche uno scontro fra colossi della raccolta. Da una parte l'Avis, con oltre 100mila donazioni l'anno; dall'altra i gruppi Fratres delle Misericordie con 70mila. Uno «scontro» venuto fuori ieri, in Consiglio regionale, attraverso un'interrogazione urgente di Marco Carraresi (Udc) che ha richiamato immediatamente l'attenzione dell'assessore alla sanità, Da-

niela Scaramuccia, e, si dice, dello stesso governatore (e per 10 anni assessore) Enrico Rossi. Carraresi chiede «che la Regione ristabilisca un rapporto paritario e corretto con le associazioni che si occupano della donazione del sangue, attraverso un supporto efficace alle loro iniziative di promozione, dando la precedenza a realtà esistenti sul territorio da decenni, invece di favorire la nascita di soggetti nuovi. Col rischio di far passare un messaggio fuorviante: che manchi un associazionismo di promozione della raccolta, viceversa ben presente da tanti anni».

MA CHE COSA si nasconde fra queste righe in parte sibilline? Basta scorrere l'interrogazione e si trova la risposta. Lo stesso Carraresi parla di «commistione» fra la Regione e l'Avis, indicando un dirigente dell'organizzazione come «una figura fissa negli uffici del centro regionale sangue di via Alderotti, tanto da far supporre l'esistenza di un rapporto di consulenza con la Regione stessa». Viceversa, denuncia ancora Carraresi, la Regione ha fermato alcune autoemoteche Fratres perché «fuori norma», ma in condizioni di continuare la raccolta «con una semplice proroga». Problema serio domenica scorsa in provincia di Prato: i donatori di Iolo e Seano sono dovuti andare a Narnali perché l'autoemoteca di riferimento era stata messa fuorilegge. Ora in Regione è bufera. Ma urge riportare la «pace» e aumentare la raccolta.

sandro.bennucci@lanazione.net

**L'INTERROGAZIONE
CARRARESI (UDC) CHIEDE
ALLA REGIONE «RAPPORTI
PARITARI TRA ASSOCIAZIONI»**

**I RISCHI
L'ALTERNATIVA E' IL MERCATO
SOLO PER CAREGGI UNA SPESA
DA OLTRE UN MILIONE DI EURO**



REGIONE ANEMICA

5mila
donazioni in meno
nel 2010 in Toscana
rispetto al 2009

**MESE
PEGGIORE
MARZO**

1.092
donazioni
in meno



ogni sacca di sangue
è di 450 cc
e costa 150 euro

AVIS

Toscana **100mila**
donazioni l'anno



70 mila donazioni

Solo l'azienda
ospedaliera
di Careggi
consuma 30mila
sacche di sangue
ogni anno

Cure palliative e hospice Lombardia in prima linea

Centri specializzati nell'assistenza ai malati terminali, saranno 229 entro il 31 dicembre 2010 con previsioni in crescita (256) entro i prossimi anni. Si tratta di un aumento costante e progressivo ma inferiore rispetto alle previsioni formulate dalle Regioni

ROMA - Nel male si può riconoscere il bene. Quel "bene" - purtroppo - che aiuta i malati terminali e i loro familiari a rendere - non solo logisticamente - meno difficile l'assistenza. Strutture nate apposta per questo. E per questo - seppure nelle difficili circostanze - è buona notizia che queste strutture crescano sul territorio. Saranno, ben 229 entro il 31 dicembre 2010 con previsioni in crescita (256) entro i prossimi anni. Si tratta di un aumento costante e progressivo ma inferiore rispetto alle previsioni formulate dal-

le regioni in base alla programmazione dichiarata nel 2006 che prevedevano, entro il 2008, 206 strutture attive, 188 delle quali finanziate con i fondi della Legge 39/99.

Questo il quadro emerso dalla seconda Rilevazione ufficiale sugli hospice in Italia realizzata nell'ambito del progetto Rete degli Hospice Italiani (Italiana Hospice Network) in partnership con la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seragnoli e Fondazione Floriani. L'opera è curata da **Furio Zucco**.

LOMBARDIA SEMPRE AVANTI

In Lombardia al 30 giugno 2009 risultano operativi 51 hospice, di cui 25 pubblici, 2 privati, 18 gestiti da organizzazioni del Terzo Settore e 6 a gestione mista per un totale di 610 posti letto complessivi (0,63 posti letto per 10.000 abitanti). La Lombardia da sola raggiunge quasi un terzo di tutti gli hospice operativi in Italia. Nell'ambito della programmazione regionale è previ-

sta l'attivazione di ulteriori 7 hospice, che potrebbero diventare operativi entro la fine del 2010 e che garantiranno 78 nuovi posti letto. Da un'analisi della normativa regionale, la regione Lombardia ha apportato notevoli interventi nel sistema delle cure palliative locale (Piano Socio - Sanitario 2007-2009), esplicitando l'intenzione di promuovere la ricerca e la formazione collegandola alla struttura dell'hospice. Annualmente la Regione Lombardia definisce all'interno di una Delibera Quadro, ("Delibera delle regole") gli aspetti programmatici ed economici del servizio sanitario e socio sanitario per l'anno successivo. In particolare vengono definiti all'interno di queste delibere gli aspetti tariffari, organizzativo-gestionali, dei percorsi assistenziali, dei progetti sperimentali, dell'organizzazione di rete e delle attività formative. Negli ultimi 5 anni sono sempre stati presenti ri-



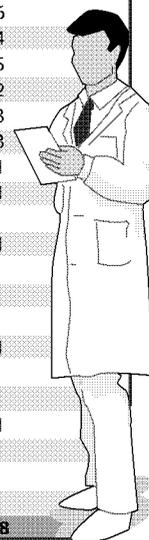
ferimenti normativi relativi alle cure palliative. Inoltre, con la delibera del 2009 la regione ha incrementato il numero di Unità di Cure Palliative ammesse alla sperimentazione, portandole a 32. Da sottolineare che nel 2010 la regione con dgr VIII/11085 del 27 gennaio 2010 ha definito gli aspetti programmatori e formativi relativi alle cure palliative pediatriche regionali.

NEL RESTO DEL PAESE

Nella classifica degli hospice operativi in Italia, si confermano ai primi posti della graduatoria la Lombardia (0,59 posti letto attivati per 10.000 abitanti) e l'Emilia-Romagna (0,50 posti letto attivati per 10.000 abitanti). Da segnalare inoltre che in Basilicata, regione che conta meno di 600.000 residenti, è bastata l'attivazione di 2 nuovi hospice oltre ai 2 già operativi nel 2006, per aumentare l'offerta a ben 0,75 posti letto ogni 10.000 abitanti. Inoltre, si distingue anche il Molise, regione nella quale nell'unico hospice operativo sono stati attivati 5 nuovi posti letto di degenza incrementando gli 11 già operativi nel 2006 e portando così l'offerta regionale a 0,50 posti letto disponibili ogni 10.000 abitanti.

Presentata la seconda Rilevazione ufficiale in Italia realizzata nell'ambito del progetto Rete degli Hospice Italiani. Le strutture lombarde occupano da sole un terzo del totale a livello nazionale

Regione	Hospice operativi a giugno 2009	Tipo di gestione			
		Pubblica	Privata	3° settore	Mista
Lombardia	51	24	2	19	6
Emilia-Romagna	18	11		3	4
Veneto	17	10		2	5
Lazio	15	2	9	2	2
Toscana	12	9			3
Piemonte	11	6		2	3
Puglia	6	2		3	1
Liguria	5	3		1	1
Marche	5	5			
Sicilia	5	4			1
Basilicata	4	4			
Friuli Venezia Giulia	4	2	1	1	
Sardegna	3	2		1	
Calabria	2	1			1
Campania	2	2			
Trentino Alto Adige	2	1		1	
Umbria	2	1			1
Molise	1	1			
Valle d'Aosta					
Abruzzo					
TOTALE ITALIA	165	90	12	35	28



Diminuisce il rischio del 40%

Quattro caffè al giorno per battere il cancro

■■■ EDOARDO CAVADINI

■■■■ Un caffè ben fatto è ancora uno dei (pochi) piaceri della vita, se però sono quattro fanno addirittura bene al fisico perché aiutano a prevenire i tumori della gola. La singolare scoperta è valso un premio importante – il “Giulio Alfredo Maccacaro”, dedicato alle promesse della ricerca italiana – alla dottoressa Carlotta Galeone, impegnata nel Dipartimento di epidemiologia dell’Istituto “Mario Negri” e in quello di Medicina del Lavoro dell’Università di Milano.

Il lavoro, intitolato “Consumo di caffè e tè e rischio di tumore alla testa e collo: una pooled analysis di

studi del consorzio Inhance (The International Head and Neck Cancer Epidemiology) ha analizzato nove studi condotti in Europa e America, per un totale di 5.139 casi e 9.028 controlli, dimostrando che i soggetti che consumavano quattro o più tazze di caffè al giorno avevano un rischio di tumore del cavo orale e faringe ridotto del 39% rispetto ai non bevitori di caffè. Questo tipo di tumori rappresenta il 10% delle neoplasie maligne negli uomini e il 4% nelle donne, e colpisce soprattutto i fumatori e i forti bevitori.

Buone notizie quindi per malati di espresso, che magari avranno qualche problema di ipertensione in più ma – almeno – una preoccupazione in meno.



Il caso

“Farmaco italiano per il boia, intervenga il governo”

ROMA — L'ipotesi che da gennaio nelle vene dei condannati a morte possa scorrere una sostanza prodotta a due passi da Milano fa rabbrivire gli abrogazionisti italiani. Riccardo Noury, portavoce di Amnesty, si rivolge alla Hospira: «Fino a stamattina forse milioni di italiani non conoscevano il nome dell'azienda. Immagino che ai responsabili non faccia piacere una notorietà per prodotti destinati a uccidere esseri umani». Per i radicali di *Nessuno tocchi Caino* «è paradossale che il

nostro Paese, che ha abolito la pena di morte e si batte all'Onu per la Moratoria delle esecuzioni, aiuti gli Usa per l'iniezione letale», sottolinea Sergio D'Elia, mentre Elisabetta Zamparutti ha chiesto l'intervento del governo in un'interrogazione urgente. L'amministratore delegato della Hospira, Giuseppe Riva, replica che «l'anestetico non nasce come farmaco per le esecuzioni capitali», precisando che «le regole saranno seguite come impone il codice etico aziendale».



Medicina e cure al femminile

C'è un filo rosso che lega Trotula a Rita Levi Montalcini: la fatica di essere scienziate, di affermarsi in un mondo, quello della medicina, che dall'XI secolo ai giorni nostri è ancora declinato al maschile, nonostante la progressiva femminilizzazione della professione.

Per dare visibilità alle poche donne la cui attività in campo medico è documentata da fonti librerie la Biblioteca Biomedica dell'Università di Firenze propone una mostra ad hoc. Che accende i riflettori sulle curatrici (dottoresse, ostetriche, guaritrici, "streghe") ma anche sulle pazienti, in particolare nei momenti topici della

gravidanza e del parto.

E un appello affinché la medicina restituisca valore al "femminile" arriva dai ginecologi Sigo e Aogoi, riuniti a congresso a Milano. Convinti che per la rete ostetrica italiana sia davvero giunto il momento di una "manutenzione". Intanto, dall'Onu, arriva un messaggio di speranza: le donne del mondo stanno meglio. Ma le discriminazioni e le violenze rischiano di annullare i progressi. Le disuguaglianze fanno male anche alla salute. (M.Per.)

A PAG. 12-13

Le immagini di curatrici e pazienti in mostra alla Biblioteca Biomedica dell'Università di Firenze

L'odissea delle donne medico

Da Trotula a Rita Levi Montalcini: storie di lotte, discriminazioni e successi

DI DONATELLA LIPPI *

Correva l'anno 1847, quando al Geneva Medical College dello Stato di New York, il preside chiese agli studenti cosa ne pensassero di ammettere alla facoltà una studentessa, una donna: la proposta, contrariamente alle aspettative, riscosse grande successo e fu così che **Elizabeth Blackwell** poté intraprendere gli studi medici, inaugurando una storia, che scorre come un fiume carsico rispetto alla medicina ufficiale, concretizzandosi in figure di donne che si sono confrontate con un contesto sociale e culturale in cui solo raramente sono riuscite a inserirsi.

Se nel mondo antico egiziano, infatti, è attestata la presenza di Pesehet, ispettrice delle donne medico, che lascia pensare a una vera e propria gerarchia femminile, la vicenda della greca Agnodice, costretta a travestirsi da uomo per poter esercitare la medicina, propone una lettura completamente diversa e, per certi versi, esemplare.

Ostetriche, rizotomiste, custodi di una cultura spesso costruita sull'esperienza individuale: in questo percorso, fatto di piccoli successi e di grandi sconfitte, la tradizione colloca la figura di Trotula e delle mulieres salemitanæ, che la storiografia ha cercato spesso di oscurare, trasformando il nome di Trotula in Trottus o attribuendo la sua opera a un autore di sesso maschile.

In questa vera e propria medici-

na "alternativa", detentrici di un patrimonio, che si è accumulato attraverso i secoli, summa di sapienza popolare, costruita sull'osservazione e l'empiria, si disegna anche la lotta sostenuta dalle classi più povere in difesa della salute: la salute della donna, in particolare della donna che vive nell'anonimato delle classi subalterne, concepita a lungo come esclusivamente finalizzata alla garanzia della procreazione, è stata da sempre appannaggio esclusivo delle levatrici, consultate sia per il parto, sia per tutte quelle affezioni che erano spiccatamente femminili.

E se in un mondo in cui la medicina ufficiale era caratterizzata da uno statuto teorico e diretta solo alla classe dirigente, la figura della guaritrice acquista un ruolo "eroico", la sua familiarità con i momenti topici dell'esistenza, con l'evento della nascita o della morte, la ha resa vulnerabile, soprattutto nei contesti in cui la marginalità sociale costituiva un presupposto estremamente rischioso, sublimando questo "accanimento misogino" nei roghi della caccia alle streghe.

In realtà, questa grande distanza delle donne non si misurava solo sul piano del sapere medico e scientifico e sulla liceità dell'esercizio della medicina, quanto sul piano della conoscenza *tout court*: è il dibattito sull'opportunità dell'istruzione femminile e sulle sue eventuali modalità, che attraverso la riflessione del secondo Rinascimento, quando la rivoluzione

scientifica aprì la strada alle "dame di scienza".

Per quanto potesse sembrare, allora, un ambito traguardo, questa denominazione influi in modo molto negativo sul ruolo delle donne nella comunità scientifica, negli anni a venire, creando una dicotomia profonda tra due presunte circostanze: il professionismo maschile e il dilettantismo femminile.

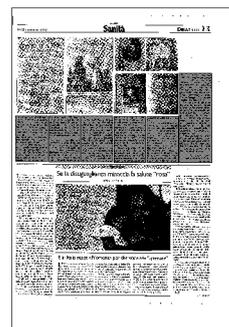
Ambroise Paré e **Louyse Bourgeois**: un chirurgo e la sua assistente nella Francia del XVI secolo. L'esempio di questa ostetrica, autrice di un trattato di ostetricia, in cui rimarcava l'importanza che la scena del parto rimanesse appannaggio delle donne contro la medicalizzazione maschile,

fu seguito da altre, soprattutto in Germania: non è un caso che **Anna Morandi Manzolini**, ceroplasta come il marito, abbia rappresentato lui nell'atto di sezionare un cuore umano, ma abbia figurato se stessa nell'atto di sezionare un cervello, simbolo della nuova scienza dei Lumi, segno della consapevolezza del nuovo ruolo delle donne nel mondo scientifico (R. Messbarger).

Sarà il Settecento illuminista e rivoluzionario, che porterà alla "scoperta" di nuove categorie di "cittadini", i bambini e le donne, obiettivi di una "polizia medica" che utilizzerà i primi criteri del metodo statistico per la salvaguardia della loro salute, gettando le basi per la formulazione di una

medicina sociale che trovò nella fondazione delle Scuole di ostetricia il punto di riferimento per la costituzione di un sapere ufficiale, e aprendo la strada anche a una riflessione più globale sulle problematiche legate alla salute e alla non-salute femminile.

La ricerca identitaria delle donne in medicina percorre quindi la strada della liceità e della formazione, della liberalizzazione degli accessi accademici e, successivamente, della emancipazione professionale, in un crescendo inar-



Le immagini delle opere librarie sono riferite alla mostra «Il mondo delle donne nei libri della Biblioteca biomedica dell'Università degli Studi di Firenze». Le cere sono rispettivamente "Anna Morandi, Autoritratto, cera, XVIII secolo" e "Anna Morandi, Ritratto di Giovanni Manzolini, cera, XVIII secolo" esposte al museo di Palazzo Poggi di Bologna.

stabile, annunciato dai numeri, che confermano come, in Italia, nel 2024, secondo le previsioni basate sulle iscrizioni alla facoltà di Medicina, almeno 183.000 professionisti andranno in pensione e saranno sostituiti da nuovi medici, prevalentemente di sesso femminile.

E ancora, dopo **Rita Levi Montalcini**, il premio Nobel per la Medicina è andato, nel 2009, oltre che a **Jack W. Szostak**, anche a due donne, **Elizabeth H. Blackburn** e **Carol W. Greider**: salgono, così, a 15 le donne che hanno ottenuto questo riconoscimento, delle quali otto per la medicina.

«Women will have to adapt as they become the majority, and so will the Nhs»: con questa constatazione, si apriva, sul *British medical journal*, un recente editoriale, dedicato al futuro delle donne medico e al futuro di una medicina, che, come suggerisce **Giovanna Vicarelli** nei suoi splendidi saggi su questo tema, potrebbe essere veramente diversa.

In realtà, è stato dimostrato (W. Levinson e N. Lurie) che le donne portano nella professione medica un valore aggiunto di sensibilità e intelligenza gender-specific, che si traduce in una maggiore attenzione verso la persona malata e le sue risorse: lo stile di leadership femminile, la preferenza delle donne per attività sanitarie di primary care e la loro tendenza a conciliare lavoro professionale e familiare, attraverso la responsabilizzazione del coniuge, le rende forse le potenziali interlocutrici di un nuovo contratto sociale con gli stati nazionali o sovranazionali (G. Vicarelli).

Questa interpretazione e le conseguenze della femminilizzazione della medicina non appaiono, però, ancora sufficientemente analizzate e, di conseguenza, comprese, in particolare per quanto riguarda

la cosiddetta "indirect discrimination".

D'altra parte, il processo è ancora in fieri e solo su una più lunga distanza sarà possibile, in futuro, comprendere quale sarà il ruolo delle donne medico: una visione retrospettiva di questo faticoso percorso è stata, invece, proposta dalla Biblioteca biomedica dell'Università di Firenze, con la mostra "Il mondo delle donne nei libri della Biblioteca biomedica dell'Università degli Studi di Firenze", dedicata alla figura della donna soggetto attivo di cura e assistenza, così come emerge dalle testimonianze librarie in possesso della Biblioteca, ma anche alla donna come oggetto, destinataria di cura e assistenza, soprattutto in relazione alla gravidanza e al parto: **Trotula**, **Cleopatra**, **Justine Siegemund**, ostetrica di corte a Brandemburgo, **Joanna Stephens**, e poi le fondatrici del nursing, **Florence Nightingale** e **Isabel Adams Hampton**, **M. Adelaide Nutting** e **Lavinia L. Dock**...

Per dare visibilità alle poche donne la cui esistenza e attività nel campo della medicina è direttamente o indirettamente testimoniata dalle fonti librarie, o, almeno, per rallentare il processo di oblio, la mostra propone questa serie di opere, che rappresenta una originale e inedita chiave di lettura della presenza femminile nella formazione medica a Firenze, tra il XVII secolo e la nostra esperienza di oggi.

A tutte quelle donne, che nell'anonimato e nell'oscurità, nel quotidiano domestico o professionale hanno dedicato il loro sapere, il loro saper fare e il loro saper essere alla medicina, a loro la mostra è idealmente dedicata.

* Storia della Medicina
facoltà di Medicina, Firenze

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GINECOLOGI SIGO E AOGOI A CONGRESSO

«La medicina restituisca valore al femminile»

DI GIORGIO VITTORI * E ALESSANDRA GRAZIOTTIN **

L'86° congresso nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) e il 51° dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi), che si svolge a Milano dal 14 al 17 novembre, è dedicato a «Identità donna: nuove sfide in ginecologia». Un appuntamento che giunge dopo mesi particolarmente intensi, in cui la ginecologia italiana è stata sotto i riflettori e dopo un percorso particolarmente serrato e di confronto con le istituzioni.

Oggi la donna si pone come interlocutore esigente e critico nei confronti della medicina. Ci chiede di uscire dai limiti tradizionali, per offrirle risposte rigorose dal punto di vista clinico, ma anche di essere attenti ai vissuti personali e alle implicazioni psicosociali. Il percorso nascita è il terreno principale su cui si gioca questa sfida, per coniugare umanizzazione, competenze e attitudini e ridare valore al "femminile", in tutte le sue specificità. Il nostro Paese è fra i migliori al mondo: la mortalità infantile è del 3,3 per mille, quella neonatale del 2,35 per mille (è il 5,3% in Gran Bretagna, 6,7% negli Usa). È necessario rassicurare la popolazione, senza negare le criticità, che esistono. L'invecchiamento dei punti nascita è infatti evidente ma noi dobbiamo reagire in modo moderno e "imprenditoriale".

La rete ostetrico-ginecologica italiana è stata concepita negli anni '60, quando i parti superavano il milione l'anno. Oggi sono meno della metà, ma è aumentata la complessità, per l'innalzamento dell'età alla gravidanza. Servono quindi meno strutture, ma meglio attrezzate. Occorre una disponibilità 24 ore su 24 con guardia ostetrica, neonatologo e un'anestesista per usufruire dell'analgia epidurale. Poi è essenziale anche risolvere il problema dei costi intervenendo sui rimborsi. Basti pensare che il Drg per un'artroscopia vale circa 2.500 euro, quello di un parto normale varia dai 1.200 ai 2.000 euro. Se le prestazioni che riguardano l'ostetricia e la ginecologia, l'assistenza neonatale non vengono rivalutate, per far quadrare i conti ci si troverà costretti a limitarle controllandone la quantità e diminuendo la qualità. Questo è un problema clinico, etico, deontologico su cui occorre intervenire. In collaborazione con le istituzioni, in particolare il ministero della Salute, stiamo lavorando per la definizione delle azioni necessarie al rilancio di questo settore. Un'attività forte di ammodernamento e ottimizzazione attraverso molteplici interventi a "costo zero", o comunque rien-

tranti negli attuali Lea, per offrire ai cittadini un servizio di assistenza materno-infantile moderno ed efficiente, in grado di rispondere ai nuovi e più selezionati bisogni.

Un altro tema centrale su cui la Sigo è impegnata da tempo è l'informazione ai giovani sui temi della salute sessuale e riproduttiva. Le coppie, alle prese con le difficoltà economiche e sociali, non sono sufficientemente informate sulla pianificazione familiare. Il risultato è sotto i nostri occhi: il tasso di fecondità del nostro Paese rischia di non essere compati-

le con il futuro della nostra civiltà e vi è scarsa percezione di questo fenomeno. In parallelo vi è il problema della sicurezza, per proteggere le donne da gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili, in crescita soprattutto nelle fasce più vulnerabili della popolazione: le giovanissime e le donne immigrate. Su quest'ultimo tema, abbiamo il progetto informativo www.sceglitu.it, che ha raggiunto in questi anni dimensioni e risultati importanti. Il congresso sarà l'occasione per un bilancio e anche per celebrare, alla presenza dei massimi esperti italiani, i 50 anni della pillola contraccettiva, la "rivoluzione" che ha aperto la strada a un concetto moderno di maternità consapevole e che rappresenta per milioni di donne un strumento di consapevolezza, benessere e un vero e proprio investimento di salute.

Una terza forte priorità da sottolineare è l'impegno dei ginecologi italiani per migliorare diagnosi e cura del dolore in ostetricia e ginecologica. La vulvodinia (dolore costante o intermittente, riferito alla regione vulvare, di durata superiore ai tre o ai sei mesi) interessa circa il 15% delle donne: è quindi rilevante per la salute ed è indispensabile conoscerla nella pratica clinica. Il dolore pelvico cronico (Cp) costituisce un problema grave per la paziente, una sfida diagnostica e terapeutica per il medico, un tema di grave rilevanza sociale per i costi, quantizzabili e non quantizzabili, che comporta. E ancora dobbiamo potenziare la chirurgia conservativa e mini-invasiva, più rispettosa dell'integrità genitale femminile. La laparoscopia si pone oggi come via di accesso preferenziale alla chirurgia dell'utero. Si tratti di patologia benigna o maligna, può essere utilizzata nella chirurgia conservativa o demolitiva in percentuali vicine al 100 per cento.

L'ambizione di questo nostro appuntamento scientifico è quindi stimolare una riflessione deontologica, professionale ed etica su una ginecologia

e un'ostetricia realmente al servizio e al fianco della donna, dall'adolescenza alla vecchiaia, con attenzione alle ripercussioni sul bambino e sulla coppia. Una "tre giorni" che catalizzi una maggiore professionalità e responsabilità, non solo per una ginecologia ostetrica migliore, ma anche per avere specialisti più gratificati e valorizzati.

* Presidente Sigo

** Presidente del congresso

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Presentata alle Regioni la bozza di Psn 2011-2013 che punta a sostenibilità del Ssn e rispetto dei Lea

Fazio: piano sanitario in 12 mosse

Gli assi cardinali sono la prevenzione, l'assistenza primaria e il riordino degli ospedali

Ultimissima versione del Piano sanitario nazionale 2011-2013 consegnata dal ministro della Salute **Fernando Fazio** la scorsa settimana alle Regioni. Dodici azioni che vanno dalla prevenzione agli investimenti per l'ammodernamento e che gettano le basi della programmazione per ristrutturare le reti ospedaliere e la medicina del territorio. Il Psn è definito «l'elemento di garanzia» per l'applicazione uniforme dei Lea e dà indicazioni precise anche sugli obiettivi di salute, dalla nascita all'età senile mettendo sotto la lente le «dieci patologie rilevanti» su cui concentrare le cure.

A PAG. 2-5

PSN 2011-2013/ Presentata alle Regioni la bozza messa a punto dal ministero

Piano sanitario custode dei Lea

Dalle cure primarie all'Hta ecco le dodici azioni per rilanciare il Ssn

Ecce il Piano sanitario nazionale ai tempi del federalismo e dei costi standard. L'ultimissima versione di 114 pagine, che il ministero ha appena consegnato alle Regioni, si autodefinisce come «l'elemento di garanzia dell'uniforme applicazione degli obiettivi e dei Lea a livello nazionale», la «cornice di sintesi» che definisce le macrolinee d'indirizzo della programmazione sanitaria.

Le sfide sono note: domanda di salute crescente, invecchiamento della popolazione, aumento dei malati cronici, risorse scarse. In una parola: sostenibilità. Che va garantita «attraverso un sistema di governance multilivello (nazionale, regionale e aziendale) capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti». E di recuperare efficienza, soprattutto nelle Regioni in rosso.

Le criticità sono evidenziate con chiarezza: l'inappropriatezza di alcune prestazioni ospedaliere, legate all'«organizzazione ancora insufficiente della medicina generale» e del livello territoriale; le lunghe liste d'attesa; l'ingiustificato livello di spesa **farmaceutica** per abitante di alcune Regioni; un livello qualitativo dei servizi molto differenzia-

to. Con un nuovo campanello d'allarme: dopo quella «storica» di infermieri, la carenza di medici dirigenti Ssn, calcolata in 18mila unità dal 2012 al 2018 e di circa 22mila dal 2014 al 2018.

La bozza di Psn 2011-2013 propone quindi dodici azioni per lo sviluppo del Ssn, sintetizzate in questa pagina, nonché specifici interventi per il monitoraggio dei Lea. E approfondisce alcune tematiche di sistema, dalla ricerca alle nuove tecnologie, dalla sicurezza delle cure alla **farmaceutica**, fino all'accreditamento, per il quale si auspica una forte semplificazione e la creazione di un «core comune minimo» di riferimento valido per tutte le strutture operanti sul territorio nazionale.

Da ultimo, il Piano prevede gli strumenti per un'attenta valutazione delle strategie e degli obiettivi perseguiti (si veda anche la tabella in alto a destra). Valutazione che non potrà non riguardare anche il livello regionale. Perché, oggi più che mai, diventa imprescindibile misurare la capacità di miglioramento dei sistemi nazionale e regionali in termini di qualità, appropriatezza, efficienza, sostenibilità economica e outcome. Ma anche la riduzione di variabilità della performance, relativamente

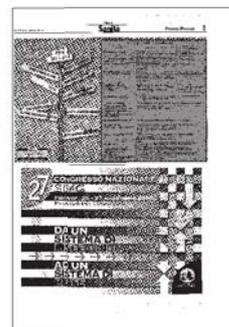
a ciascun obiettivo, tra le Regioni e all'interno di ciascuna Regione. Siamo sempre lì: federalismo sì, disuguaglianza no. Almeno nelle intenzioni.

Un'attenzione particolare è per la prevenzione: la filosofia che il nuovo Psn fa sua è quella Oms della «salute in tutte le politiche». E della guerra aperta a quei pochi fattori di rischio colpevoli di scatenare la maggior parte delle malattie croniche: fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, obesità e inattività fisica. La bozza riprende, ampliandola, i contenuti del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012.

La bozza del nuovo piano sanitario 2011-2013 riconosce poi la centralità delle cure primarie. E affida loro sei obiettivi: promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità; prendere in carico i pazienti in modo globale e completo; favorire la continuità assistenziale; concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del medico di famiglia; valutare gli esiti di salute generata; favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di cura.

Altro capitolo quello della medicina di laboratorio, componente fondamentale dei processi assistenziali che determina il 60-70% delle decisioni cliniche. Secondo la bozza di Psn è una variabile organizzativa che influenza il corretto

Obiettivo: recupero dell'efficienza



utilizzo delle risorse diagnostiche e terapeutiche e il ricorso ai ricoveri. Le indicazioni delle linee di indirizzo 2009 dell'Agenas fanno da guida per la riorganizzazione in rete, promuovendo la qualità attraverso l'orientamento dei servizi ai bisogni assistenziali. Il tutto dovrà essere codificato in Accordi Stato-Regioni.

Anche la riabilitazione ha un rilievo particolare tra le "azioni" per la programmazione. E prevede un percorso unico riabilitativo con la presa in carico del paziente garantendogli la continuità delle cure. E con un dipartimento per la riabilitazione a cui affidare la regia di tutta l'assistenza fuori e dentro l'ospedale. Per dimenticare le "cure spezzatine"

che spesso hanno segnato questo fronte delle cure del Ssn che riguarda oggi almeno 2,8 milioni di italiani disabili il nuovo Piano sanitario nazionale inviato alle Regioni punta su di «un modello di accesso al sistema welfare chiaro e definito, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato».

Altro capitolo chiave l'ospedale: ammodernare e investire nella rete ospedaliera si può e si deve. Ma prima di tutto bisogna scoprire «le criticità» presenti

nel territorio. Per questo la bozza di Psn invita ogni realtà regionale a sfruttare l'occasione del documento programmatico previsto in ogni accordo di programma per intervenire su più fronti: dalla frammentazione dell'offerta «in molti piccoli ospedali» fino alla «persistenza, all'interno dei presidi deputati a garantire le prestazioni per acuti di alta specialità/alta complessità, di una quota di ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatazza». La razionalizzazione incrociata delle reti dei servizi di territorio e

ospedale per evitare duplicazioni, clinical governance in base a bisogni ed epidemiologia, investimenti in tecnologia e impianti a elevata specializzazione, economie di scala con la concentrazione di alcune

funzioni gestionali, benchmarking tra strutture e benchmarking per la formazione per migliorare i processi gestionali, finanziari e qualitativi. Sono le chiavi di revisione delle reti ospedaliere su cui dovrà muovere la programmazione di tutte le Regioni, non solo di quelle con piani di rientro.

Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PREVENZIONE&SICUREZZA

I Psn riprende i contenuti del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, aggiungendo alcuni temi: salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per migliorare l'efficacia degli interventi e lo sviluppo della programmazione tra istituzioni; Sanità pubblica veterinaria e benessere animale, seguendo la nuova strategia Ue per la salute degli animali, secondo cui i controlli devono essere distribuiti lungo tutto il processo di produzione; sicurezza degli alimenti e nutrizione, per completare la categorizzazione dei rischi connessi alle diverse filiere produttive.

Il Psn prevede inoltre azioni specifiche per il controllo dei determinanti ambientali. Obiettivo: promuovere norme settoriali su aria, acqua, rifiuti e suolo, cambiamenti climatici, sicurezza alimentare, inquinanti chimici, e adottare una politica integrata dei prodotti (eliminando le emissioni o l'uso di sostanze pericolose). Intimamente collegate sono le azioni di «health impact assessment» (Hia), o valutazione d'impatto sulla salute, che permettono di determinare gli effetti sul benessere della collettività derivanti da una modifica dei determinanti di salute: inquinamento atmosferico, trasporto urbano, stili di vita, politiche economiche, relazioni sociali, piani di sviluppo urbano e di housing, politiche dell'istruzione e di promozione culturale.

RIABILITAZIONE

Ecco dunque diventare cruciale il «progetto riabilitativo individuale» che è «unico per ciascuna persona», stabilito dal medico specialista in riabilitazione in «condivisione con gli altri professionisti in conformità ai parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International classification of function (Icf)».

Un progetto, questo, che deve essere anche «condiviso con il paziente quando possibile, con la famiglia e i caregiver», per stabilire le caratteristiche di «congruità e appropriatezza dei diversi interventi - aggiunge la bozza di Psn - e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti».

Secondo il Piano sanitario le

Regioni dovranno predisporre appositi percorsi appropriati per le diverse disabilità «anche in considerazione della propria rete riabilitativa, nonché potranno prevedere compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la parte non sanitaria».

In più dovranno affrontare la fase della riabilitazione intensiva con l'attivazione di strutture dedicate, «ospedaliere pubbliche o private accreditate o strutture extraospedaliere territoriali».

Mentre per la fase di riabilitazione estensiva dovranno procedere a un profondo restyling degli attuali setting «spesso articolati in maniera sovrapposta a quelli di inclusione sociale».

CURE PRIMARIE

La funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali. Per migliorare la qualità dell'assistenza primaria il Piano propone due leve: di governance (strumenti di programmazione territoriale e distrettuale, come Pal e Pat, accordi con la medicina convenzionata, valutazione e miglioramento continuo) e di gestione (forme organizzative come le aggregazioni funzionali, sistema di monitoraggio, processi d'integrazione e formazione continua).

Per la continuità assistenziale, target cruciale per il Ssn, si prevede la diffusione dei Punti unici d'accesso (Pua) e l'attenzione ai pazienti più bisognosi di un'offerta "continua": i post-acuti appena dimessi dall'ospedale e i cronici. Telemedicina e tele-

assistenza sono strumenti da sfruttare, ma lo scopo cui tendere dev'essere soprattutto quello di implementare la rete assistenziale chiarendone i nodi e le interrelazioni e individuando quale professionista fa cosa. Il distretto è indicato ancora come l'area che deve garantire coordinamento e integrazione. Molteplici le soluzioni di cui può avvalersi la rete assistenziale territoriale: dall'attivazione di posti letto territoriali gestiti dal Mmg e dal personale infermieristico a team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti, passando per strutture rivolte a non autosufficienti. Distinte in Unità di cure residenziali intensive, Unità di cure residenziali estensive, Nuclei Alzheimer e Unità di cure residenziali di mantenimento.

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E PER IMMAGINI

Per i laboratori di analisi cliniche gli indirizzi sono: integrazione dipartimentale delle attività specialistiche, compreso il servizio trasfusionale (presso le strutture competenti per disciplina); procedere secondo il metodo della funzionalità in rete per l'equilibrio tra laboratori generali anche con settori specialistici e laboratori specializzati autonomi, con bacini di utenza anche sovra-aziendali o regionali. Il rapporto tra pubblico e privato va inquadrato nel riordino, partendo dal presupposto che il sistema nel suo complesso ha l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Per la diagnostica per immagini le iniziative regionali devono puntare a: omogeneità dei servizi; interoperabilità dei sistemi su scala regionale e infraregionale (telemedicina, second opinion, distribuzione e utilizzo della reportistica e delle immagini digitali); coordinamento delle procedure di definizione, condivisione e revisione dei cataloghi/nomenclatori; supporto tecnologico e di conoscenza alle strutture per l'anagrafe unica regionale e adeguamento dei sistemi di comunicazione in rete; condivisione di sistemi informatizzati di gestione delle immagini soprattutto per sicurezza dei dati, conservazione legale delle immagini e dei referti (privacy).

TECNOLOGIE E INVESTIMENTI

Il Piano comunque mette in fila una serie di criticità «presenti nelle regioni in maniera difforme»: si parte dalla carenza di posti letto per post-acuti a quella per comi e stati vegetativi; c'è poi la mancanza di strutture per mielo-lesioni e la quasi assenza in alcune realtà di posti letto per hospice fino ai più "tradizionali" letti nelle Rsa.

Per quanto riguarda le tecnologie il Psn traccia alcune «linee di indirizzo». E cioè: mantenere in sicurezza ed efficienza il patrimonio tecnologico esistente; innovare i processi sanitari, i protocolli clinici e le tecnologie; perseguire i progetti regionali sovra-aziendali su alcune linee di innovazione; ampliare e aggiornare il parco tecnologico, in particolare delle nuove strutture sanitarie. Con l'Hta (l'Health technology assessment) a giocare un ruolo cruciale nella «valutazione complessiva e sistematica delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate dalle tecnologie sanitarie». «Appare necessario - avverte però il Psn - prevedere un intervento normativo in merito al governo dell'innovazione tecnologica a livello nazionale» per definire con chiarezza compiti e responsabilità.

RETI OSPEDALIERE

Tre le azioni mirate da mettere in campo. Al primo posto nella riorganizzazione della rete c'è la trasformazione dei piccoli ospedali. Grazie al programma di investimenti in Sanità dovranno cambiare faccia ed essere dedicati a nuovi modelli di offerta territoriale sviluppati dalle Regioni tenendo conto delle indicazioni nazionali: continuità assistenziale nel lungo periodo, appropriatezza dei regimi assistenziali (residenzialità, semiresidenzialità, domicilio ecc.), decentramento della risposta per lasciare il più possibile il paziente nel suo ambito sociale, integrazione socio-sanitaria.

Secondo punto la riorganizzazione delle reti: per definirne una "coerente" è necessario stabilire il fabbisogno di prestazioni per specialità e per area geografica, il relati-

vo numero di posti letto e di strutture organizzative e prevedere il disegno delle organizzazioni dei singoli presidi in base a parametri condivisi.

Terzo aspetto la rete dell'emergenza-urgenza. Tre gli aspetti che riguardano l'ospedale: promuovere la diffusione del triage ospedaliero, individuando un modello nazionale e sistemi di informazione sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); percorsi alternativi al pronto soccorso con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da Mmg per la non emergenza-urgenza possibilmente h24 e con consulenze specialistiche in tempo reale; attivazione dell'osservazione breve limitata alle 24 ore dalla presa in carico, per ridurre ricoveri e dimissioni improprie.

A ogni "azione" la sua valutazione		
Azione	Obiettivo di processo	Modalità e fonte di misurazione
Rilanciare la prevenzione	Potenziare l'attività informativa ed educativa dei medici di famiglia per l'adozione di corretti stili di vita	<ul style="list-style-type: none"> ● Progetto Passi ● % di cittadini informati dai medici di famiglia
Controllo delle determinanti ambientali	Attivazione di protocolli di collaborazione tra le diverse agenzie competenti sul territorio	<ul style="list-style-type: none"> ● Flusso specifico
Health impact assessment	Svolgere percorsi formativi e costituire task force multidisciplinari per l'integrazione delle competenze	<ul style="list-style-type: none"> ● Flusso specifico
Centralità delle Cure primarie e delle strutture territoriali	Definizione di accordi attuativi aziendali per le Cure primarie, attivazione sistema di valutazione performance cure primarie, ampliamento percentuale di Mmg aggregati in forme organizzative evolute	<ul style="list-style-type: none"> ● Flusso specifico ● Tasso ospedalizzazione evitabile patologie croniche
Continuità delle cure e integrazione ospedale e territorio	Definizione a livello regionale e locale di una rete assistenziale in cui siano ben identificati i nodi, i ruoli e i percorsi assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> ● Flusso specifico ● % re ricoveri 30-180 giorni post primo ricovero ● % ricoveri superiori a 30 gg
Assistenza domiciliare	Ampliamento assistenza domiciliare e cure palliative per pazienti oncologici e terminali	<ul style="list-style-type: none"> ● % pazienti seguiti in Adi
Strutture territoriali	Utilizzo temporaneo e reinserimento a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> ● % utenti reins. a domicilio
Riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagine	Integrazione dipartimentale delle strutture nella rete aziendale, sovra aziendale e regionale	Riduzione numero laboratori
Reti ospedaliere		
Problematica dei piccoli osp.li	Riconfigurazione dell'offerta dei piccoli ospedali	Flussi ministeriali
Riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali	Programmazione posti letto e definizione ruoli delle strutture ospedaliere nelle reti geografiche per erogare prestazioni di ricoveri appropriate	Flussi ministeriali
Rete dell'emergenza urgenza	Diffusione metodologia del triage, previsione percorsi alternativi al Ps per codici a bassa complessità, attivazione osservazione breve intensiva	Flussi ministeriali
Riabilitazione	Predisposizione percorsi appropriati per le diverse disabilità da parte delle Regioni	Flusso specifico
Valutazione delle nuove tecnologie sanitarie	Consolidamento Rete collaborativa Interregionale per l'hta, diffusione della metodologia I-hta	Flusso specifico
Investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del Ssn	Predisposizione da parte delle Regioni di un piano triennale per gli investimenti e l'acquisizione di tecnologie e beni mobili	Flusso ministeriale

INDAGINE AISM

I rapporti tra sclerosi e malformazioni venose

Sotto osservazione 2mila soggetti **L'efficacia dell'angioplastica**

Con un ampio studio multicentrico, il più vasto oggi in atto, che vede il coinvolgimento di 30 centri clinici neurologici distribuiti su tutto il territorio nazionale e l'inclusione di 2.000 persone (1.200 persone con Sclerosi multipla, 400 soggetti sani e 400 con altre patologie neurodegenerative), un percorso di formazione per medici sonologi, il coinvolgimento di massimi esperti italiani e internazionali e con un investimento pari a 900mila euro, l'Associazione italiana sclerosi multipla (Aism) con la sua Fondazione sono oggi in campo per verificare la eventuale correlazione tra sclerosi multipla e insufficienza venosa cerebrospinale (Cesvi). Un tema da mesi al centro dell'attenzione per il mondo della Sclerosi multipla (Sm), che è stato anche occasione di confronto e verifiche tra gli scienziati e gli esperti di tutto il mondo durante i lavori dell'Ectrim, il più importante congresso annuale in Europa sulla ricerca e il trattamento sulla Sm, che si è concluso nei giorni scorsi a Göteborg, in Svezia.

Ripercorriamo la storia. Studi preliminari di **Paolo Zamboni** e dei suoi collaboratori presso l'azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara e successivamente parzialmente confermati dallo studio di **Robert Zivadinov** dell'Università di Buffalo (Usa), hanno suggerito che la Cesvi possa essere associata alla Sm e ipotizzato che possa contribuire alla formazione dei danni del sistema nervoso centrale che caratterizzano la malattia. La Cesvi

descrive un'anomalia del flusso di sangue in cui il sistema venoso, a causa di malformazioni che determinano un restringimento delle principali vene di deflusso del sistema nervoso centrale a livello del collo, del torace e della colonna vertebrale, potrebbe concorrere al danno dei tessuti

nella malattia. La Cesvi quando causa stenosi può essere trattata attraverso angioplastica dilatativa. L'intervento consiste nel praticare una puntura endovenosa attraverso la quale viene fatto navigare fino a queste vene un catetere guidato da un radiologo e si dilata gonfiando un palloncino.

Interesse, aspettative e speranze sono sorti all'interno del mondo della Sm soprattutto nelle persone colpite dalla malattia e nei loro familiari che attendono oggi risposte certe e sicure.

A Göteborg i principali esponenti degli studi finora realizzati hanno esposto i risultati ottenuti dalle loro sperimentazioni cercando di rispondere alle domande tuttora ancora aperte su questo argomento e che dividono la comunità scientifica: esiste la Cesvi? è la Cesvi una forma patologica indipendente? si deve trattarla chirurgicamente? è una delle cause o un fenomeno che scaturisce dalla Sm? è presente solo nella Sm o anche in altre malattie neurologiche o addirittura in persone sane? qual è il migliore test diagnostico per rilevare la presenza della Cesvi?

I risultati presentati hanno dato una svolta significativa verso un accordo comune della comunità scientifica portando tutti gli esperti a concludere innanzitutto che, allo stato delle ricerche oggi disponibili, la Cesvi non è la causa della Sm.

Inoltre in base agli studi oggi disponibili i ricercatori hanno affermato che la Cesvi è presente in almeno il 25% dei sani, oltre a essere presente anche in altre patologie neurologiche. Durante il congresso una ricerca italiana (**Baracchini et al.**), di cui sono stati anticipati i risultati, non ha evidenziato Cesvi nelle Cis (sindromi clinicamente isolate), le forme iniziali di sclerosi multipla e nei controlli sani. La variabilità riportata nella percentuale di prevalenza della Cesvi nella Sm ha portato tutti gli esperti a concludere sulla necessità di definire delle linee guida sull'applicazione delle diverse tecniche diagnostiche (tra le altre la risonanza magnetica e la venografia) oltre alla tecnica di ecodoppler. Durante l'incontro di Göteborg la comunità scientifica ha concordato

che per arrivare a risultati certi sulla prevalenza e sul significato della Cesvi è necessario realizzare studi su campioni di popolazione, sana e con Sm, molto più ampi di quelli utilizzati fino a oggi e, soprattutto, di disporre dei risultati di questi studi prima di proporre il trattamento endovascolare. Il trattamento deve, infine, essere limitato all'interno di studi controllati.

In quest'ambito si evidenzia l'importanza dello studio epidemiologico multicentrico che l'Aism ha finanziato e promosso in Italia e che sta portando avanti con impegno.

Lo studio infatti si concluderà tra un anno e permetterà di individuare l'eventuale sottogruppo di persone Sm in cui venga accertata la presenza di Cesvi. L'Aism e la sua Fondazione, da sempre impegnate sia in campo assistenziale che scientifico nell'interesse delle persone con Sm si sono attivate su altri fronti offrendo anche la propria disponibilità a contribuire al finanziamento dello studio clinico controllato promosso dalla Regione Emilia Romagna. Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'intervento di angioplastica nelle persone con Sm che presentano l'associazione con Cesvi. Oggi si sa che l'angioplastica non è la cura della disabilità, ma è importante stabilire se e in quali persone con Sm può migliorare la qualità della vita. In quest'ottica sono stati anche avviati ulteriori studi per dare una risposta sull'efficacia e sicurezza dell'intervento terapeutico di allargamento dei vasi venosi, elementi essenziali per poter far decidere al servizio pubblico di inserire questo approccio tra i trattamenti offerti dal Ssn. E nel frattempo le persone con Sm non devono interrompere le terapie seguite sino a oggi. E soprattutto non sot-

toporsi a interventi ricorrendo al privato a pagamento fino a che l'efficacia e i rischi del trattamento non saranno definiti.

Mario A. Battaglia
Presidente della Fondazione italiana sclerosi multipla

© RIPRODUZIONE RISERVATA



R2

L'origine delle invenzioni il genio è un social-network Dal telescopio al computer così tanti cervelli cambiano il futuro

Due studiosi svelano i meccanismi delle scoperte
Non è il genio solitario a trovare le grandi idee

RICCARDO STAGLIANÒ

LE IDEE sono, dirottando una definizione antica, animali sociali. Deperiscono in solitudine, prosperano in compagnia. Quelle nuove, soprattutto, si sviluppano nella promiscuità, nel passaggio di mano, nello scambio ricombinante. Il «genio solitario» è un mito per i nostalgici. Archiviandolo quindi allegramente.

Come sostengono in due libri appena usciti negli Stati Uniti, Kevin Kelly e Steven Johnson, tra i più interessanti tecnologi in circolazione. E già la parabola editoriale — due generazioni diverse con argomenti così simili arrivati in libreria negli stessi giorni — finisce per asseverare la tesi di partenza. Ovvero che la storia dell'innovazione è lastricata di questi sincronismi perché il nuovo, a un certo punto, è come il frutto maturo sugli alberi e capita che più persone allungano la mano per coglierlo. Come insegnano i sostanziali ex aequo di Bell e Meucci sul traguardo del telefono, i veleni tra Marconi, Edison e Tesla intorno alla radio, i nove padri del telescopio, e così via.

Anzi, per dirla con Johnson, che struttura il suo *Where Good Ideas Come From: The Natural History of Innovation* (Riverhead, 326 pagine, 26,95 dollari) in sette capitoli e altrettante modalità in cui si manifesta il salto quantico dell'innovazione, la coincidenza dei volumi è la riprova dell'«adiacente possibile». Il concetto, preso a prestito dal biologo teoretico Stuart Kauffman, è un richiamo alla propedeuticità nelle invenzioni. Solo quando tutti i limiti della tecnologia attuale sono stati esperiti si può pensare di passare alla successiva. La «macchina analitica» che Charles Babbage aveva concepito nel 1830 era, concettualmente, già la ricetta per il computer moderno. Ma gli ingredienti ancora non erano pronti e non lo sarebbero stati per un altro secolo. Lo stesso vale per ciò che oggi chiamiamo web. A metà anni Sessanta, Ted Nelson concepisce il Progetto Xanadu, il prototipo di un ipertesto multimediale, ma al risultato reale arriva un quarto di secolo dopo il fisico Tim Berners Lee, posando le fondamenta dell'html. «Il suo è stato un mezzo passo avanti rispetto a quel che si conosceva sin lì, mentre il design più elegante di Nelson avrebbe richiesto da parte di tutti

cinque passi in un colpo solo».

Tra le strade che il nuovo sceglie per avanzare c'è anche l'*exattamento*, vale a dire l'utilizzazione alternativa di qualcosa che si era evoluto per altri scopi, come la pressa per l'uva essenziale nel realizzare la stampatrice di Gutenberg. O le piume per gli uccelli, spuntate per scaldare ma servite poi a volare. Le analogie con gli organismi viventi affollano anche *What Technology Wants* (Viking, 416 pagine, 27,95 dollari). Kelly va oltre, attribuendo alla tecnologia una sorta di autonoma capacità senziente. Ciò che battezza *technium* è il «sistema globale di tecnologia massicciamente interconnesso che vibra intorno a noi». Non solo macchine ma tutti «i frutti della creatività umana», dalla filosofia al codice informatico. La buona notizia è che questo golem digitale non sta preparando una sedizione contro gli umani: «I suoi desideri meccanici non sono vere deliberazioni ma piuttosto tendenze». Quelle, comuni a ogni forma di vita, di evolversi, espandersi, crescere di



complessità. Kelly sa che il prezzo da pagare a questa moltiplicazione è, tra l'altro, l'aumento esponenziale della robaccia che intasa le arterie del web. Ma anche lo scarto ha una funzione: «Per creare qualcosa di veramente grande devi avere la possibilità di fare anche un sacco di schifezze». Vale per la tv («mediocre prima di YouTube perché era troppo costoso osare»), vale per l'uso di Internet, esploso creativamente con il crollo dei prezzi della banda larga. Viene in mente l'amonimento di Samuel Beckett: «Prova ancora, sbaglia ancora, sbaglia meglio». Possibilmente in squadra, perché come dimostra un vecchio studio del sociologo Kevin Dunbar (diventato poi celebre per aver dato il suo nome al numero massimo di amici gestibili: 150) su vari biologi molecolari, le scoperte più importanti avvengono in gruppo, nella discussione più che al microscopio. Parte di quell'interazione si è spostata in Rete. Twitter, per Johnson, è un habitat propizio per intercettare e manipolare i flussi di novità. Piuttosto i *retweets*, specifica Kelly, ovvero il riprendere e rilanciare le segnalazioni altrui. Anche in quel pagliaio di narcisismo esistono aghi di saggezza. Se non proprio il *genius*, almeno lo *scenius* che, nel neologismo di Brian Eno, indica i protagonisti appassionati e interconnessi nella scena sociale. Tutti insieme intelligentemente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dietro le invenzioni ci sono spesso molti padri: la radio era contesa tra Tesla e Marconi
A metà degli anni '60 Ted Nelson concepì il prototipo dell'ipertesto, ma il web arrivò più tardi

I casi

TERMOMETRO

Tra il XVI e il XVII secolo, fu attribuito a Drebbel, Fludd, Galilei o Santorio

TELEFONO

Un prototipo è inventato nel 1854 da Meucci, ma la paternità va a Bell

RADIO

Guglielmo Marconi inventa la radio nel 1885. Il primo a brevettarla però è Nikola Tesla, nel 1943



I LIBRI

A sinistra, "Where Good Ideas Come From: The Natural History of Innovation" di Steven Johnson (Riverhead, pagg. 326, 26,95 dollari); a destra, "What Technology Wants" di Kevin Kelly (Viking, pagg. 416, 27,95 dollari)