

Rassegna del 16/11/2010

SOLE 24 ORE SANITA' - "La medicina restituisca valore al femminile" - Vittori Giorgio - Graziottini Alessandra	1
SOLE 24 ORE SANITA' - Medicina e cure al femminile - L'odissea delle donne medico - Lippi Donatella	2
SOLE 24 ORE SANITA' - Se la disuguaglianza minaccia la salute "rosa" - Perrone Manuela	4
GIORNO - CARLINO - NAZIONE - In breve - I ginecologi promuovono la pillola - ...	6
SECOLO XIX - Sorpresa la pillola fa bene - I tira e molla della medicina, ora la pillola fa bene - Mereta Federico	7

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



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 librarie 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 salernitanæ, 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", detentrica 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

scientifico 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 librerie 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 librerie in posses-

so 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 librerie, 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

RAPPORTO ONU**Se la disuguaglianza minaccia la salute "rosa"**

DI MANUELA PERRONE

Le donne nascono con un "vantaggio naturale": in tutto il pianeta sono destinate a vivere più a lungo degli uomini. Ma fattori sociali, culturali ed economici, in primis la violenza, rischiano di minare questa fortuna. Di annullare il beneficio. Di trasformare il surplus di anni sulla carta in un surplus di sofferenza e di dolore. Il rapporto "Donne del mondo 2010", sfornato dall'Onu il 20 ottobre scorso, in occasione della prima Giornata mondiale della statistica, è esplicito: in molti settori, compresi istruzione e salute, le donne hanno compiuto progressi importanti. Ma il gap di genere nella vita pubblica e nella politica, appesantito dalle discriminazioni e alle violenze, è lungi dall'essere colmato.

Più sane e longeve. Nel mondo gli uomini sono circa 57 milioni più delle donne. L'Europa va in senso contrario, con una popolazione femminile più numerosa, mentre soffrono di una carenza di donne molti Paesi popolosissimi, come la Cina e l'India. La fotografia della salute al femminile è rassicurante, almeno per il Nord del mondo, dove l'aspettativa di vita alla nascita per le donne è di 83 anni, contro i 78 degli uomini. La situazione precipita in Sudafrica e nell'Africa subshariana, dove l'aspettativa di vita per le donne è rispettivamente di 52 anni (51 per gli uomini) e di 57 anni (54 per gli uomini), complice l'epidemia di Aids. Nessuna differenza di genere nelle principali cause di morte: al primo posto ci sono le malattie cardiovascolari, nel 2004 responsabili del 32% dei decessi femminili e del 27% di quelli maschili. Seguono le malattie infettive, che coprono il 17% delle morti, e i tumori. L'Africa fa eccezione, con una quota sproporzionata di decessi legati a infezioni e a malattie respiratorie.

Migliora la salute riproduttiva. Dalla metà degli anni Novanta è cresciuta la percentuale di donne che riceve cure prenatali almeno una volta durante la gravidanza: l'aumento è particolarmente evidente nel Sud dell'Asia, dove la quota è passata dal 19% al 68% del 2000-2008. Se è migliora-

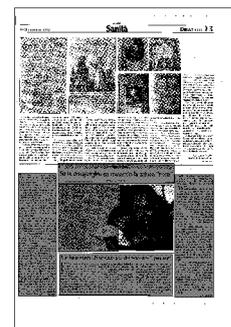
to anche l'accesso all'assistenza ostetrica, resta molto da lavorare sul fronte della mortalità materna (ridurla è il quinto degli Obiettivi del millennio), molto elevata nei Paesi poveri.

Il virus della violenza. Non c'è progresso che tenga: la violenza contro le donne «è un fenomeno universale». E un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi di uguaglianza, sviluppo e pace. "Misurare" la violenza è però arduo per la mancanza di standard internazionali e per la difficoltà stessa di rilevare il fenomeno. Non può non stupire, allora, che la proporzione di donne esposte alla violenza fisica almeno una volta nella vita varia dal 12% in Cina a oltre il 50% in Australia, Repubblica ceca e Zambia. Ma un dato certo c'è: la violenza, sessuale ma non solo, è diffusissima dappertutto. E spesso i carnefici sono i partner.

Lavoro e politica "distanti". Nonostante gli enormi passi avanti nella partecipazione femminile al mercato del lavoro, arrivata al 52% nel 2010, persistono grandi squilibri. Da un lato le donne continuano a guadagnare meno dei colleghi maschi e a ricoprire meno spesso posizioni di potere. Dall'altro, continuano ad accollarsi la maggior parte del lavoro dentro le pareti domestiche e a prendersi cura di figli, familiari malati e anziani. In tutto il mondo, le donne spendono almeno il doppio del tempo, rispetto agli uomini, per eseguire lavoro domestico non pagato.

Le donne sono sottorappresentate in tutti i Parlamenti nazionali, dove in media appena il 17% dei seggi è "rosa". Identica la quota di donne ministro. E soltanto 7 dei 150 capi di Stato del mondo sono donne (quando il rapporto è stato pubblicato mancava all'appello la neoletta presidentessa brasiliana, **Dilma Rousseff**), soltanto 11 su 192 sono capi di Governo. Il tetto di cristallo opera ovunque: dove si prendono le decisioni che contano, le donne non ci sono. L'uguaglianza, nel 21° secolo, è ancora un miraggio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



E in Italia nasce «Filomena» per dar voce alle “spaesate”

L'ennesima scoperta dell'acqua calda risale alla scorsa settimana, quando l'Istat ha diffuso i dati di uno studio sulla divisione dei ruoli delle coppie italiane. Nel 2008-2009 il 76,2% del lavoro familiare delle coppie (casa, cura, acquisti) è ancora a carico delle donne. Dal 2002 l'asimmetria è rimasta stabile nelle coppie in cui la donna non lavora (83,2%), mentre è calata di soli due punti percentuali nelle coppie in cui lei è occupata (71,4%). Il calo è più marcato quando ci sono due o più figli (dal 75% si è ridotto al 72,2%). Magra consolazione, però. Come ha

sottolineato il presidente dell'Istat, **Enrico Giovannini**, «la donna è ancora schiacciata da tanti compiti. Un sovraccarico familiare ancora più forte sulle donne lavoratrici».

Non stupisce che il malessere delle italiane cresca ogni giorno di più. Che si moltiplichino iniziative e gruppi per dar voce alle donne reali, abbattere i soffitti di cristallo, promuovere opportunità davvero pari. «Ci siamo trovate tutto d'un tratto spaesate», dicono le fondatrici di «Filomena, la rete delle donne», un network che il 18 novembre alle ore 18.30 festeggia la

sua prima uscita pubblica alla libreria Flexi di Roma. «Spaesamento - spiega **Nicoletta Dentico** - è il sentimento che indica la distanza tra la l'Italia femminile reale e l'Italia femminile descritta dall'immagine corrente e dai linguaggi più diffusi in uso nella pubblicità, nel giornalismo, nella politica. Spaesamento è la condizione da cui vogliamo ripartire per capire chi sono le donne italiane oggi, e per formulare insieme, donne e uomini, un nuovo alfabeto di una cultura di genere e una nuova grammatica del sentire». In bocca al lupo. (M.Per.)

- Le donne vivono più degli uomini in tutto il pianeta
- I due quinti di tutte le morti maschili e femminili in Africa sono ancora causate da infezioni e malattie parassitarie
- Le donne muoiono meno degli uomini per malattie cardiovascolari, soprattutto in Europa
- Il tumore al seno nelle donne (e quello al polmone negli uomini) sono in cima alla classifica globale dei nuovi casi di cancro
- La quota di donne incinte che ricevono cure prenatali è in aumento in molte aree del pianeta
- Le donne rappresentano la maggioranza di tutti gli adulti sieropositivi dell'Africa sub-sahariana, del Nordafrica e del Medio Oriente
- Nonostante gli sforzi, l'Africa resta la regione con il più alto tasso di mortalità infantile
- I dati non rivelano disparità significative nella proporzione di ragazze e ragazzi sottopeso
- Il tasso di donne che subiscono violenza fisica almeno una volta nella vita variano dal 12% a più del 59%

IN BREVE

I ginecologi promuovono la pillola

LA PILLOLA contraccettiva è promossa dal 73% dei ginecologi italiani. Secondo gli esperti, riuniti al Congresso nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) di Milano, è un'alleata di salute, scelta da 2,5 milioni di italiane. Tra i vantaggi, chi la assume adotta stili di vita più salutari, sia rispetto al fumo (89%) che all'attività fisica (67%), al sovrappeso (56%) e alle malattie sessualmente trasmissibili (44%). Inoltre la pillola migliora, assicurano gli esperti, la fertilità (71%). Per il futuro, si attendono formulazioni con progestinici di quarta generazione o l'estrogeno naturale.



IL CASO

**SORPRESA
LA PILLOLA FA BENE**

CROLLI E RIABILITAZIONI: DALLA TALIDOMIDE AL VIAGRA

**I tira e molla
della medicina,
ora la pillola fa bene**

«Si vive più a lungo». Smentiti i vecchi test

FEDERICO MERETA

IGINECOLOGI italiani dicono sì alla pillola contraccettiva. Quasi tre su quattro sono convinti che sia un alleato di salute per la donna. A sostenere scientificamente i risultati di questo sondaggio, condotto su un campione di 350 specialisti e presentato ieri al Congresso della Società italiana di ginecologia e ostetricia in corso a Milano sono i risultati di una ricerca pubblicata recentemente sul *British Medical Journal*.

Lo studio ha seguito circa 46 mila donne per 40 anni e ha dimostrato come, nel lungo termine, quelle che hanno usato contraccettivi orali registrino una minore mortalità complessiva e godano di una migliore salute.

Dopo tante polemiche sui rischi correlati all'uso del contraccettivo orale, quindi, pare essere arrivato il sereno. «È importante ricordare che questa ricerca ha interessato pillole "vecchie" che oggi sono sostituite da formulazioni più "leggere" e quindi ci sentiamo più sicuri», spiega Francesco Maria Primiero, dell'Università La Sapienza di Roma.

Tutto bene, insomma: ma il rischio di tumore alla mammella emerso qualche anno fa fra le donne che prendono la pillola?

«Uno studio aveva fatto balenare questo pericolo con un incremento del rischio di modesta entità, ma altri sono giunti alla conclusione opposta. E non bisogna dimenticare che comunque la contraccezione orale ha dimostrato di proteggere dai tumori dell'endometrio, dell'ovaio e del colon-retto».

Se la pillola sembra avere passato gli esami, è ancora in discussione la reale utilità della terapia ormonale sostitutiva in menopausa, "pompatà" dai media qualche anno fa e attaccata pesantemente da una grande ricerca che ne paventava i pericoli. «In questo caso siamo in una sorta di "paralisi" scientifica - fa notare Primiero. Quando è uscito lo studio WHI, che dimostrava un maggior rischio di malattie cardiovascolari per le donne in trattamento, si è molto rallentato. Oggi si prescrive il trattamento alle donne nei primi periodi della menopausa, quando hanno sintomi particolarmente pesanti e abbiamo visto che il rischio cardiovascolare si alza quando questa cura viene iniziata dopo i 60 anni».

La sensazione è quella di essere su



STUDIO IMPONENTE
Sono state seguite 46.000 donne per 40 anni

un ottovolante con notizie che a distanza di mesi, sembrano contraddire quelle precedenti ad ogni nuova ricerca che emerge. Il motivo? La scienza va avanti, crescono le conoscenze. Il

caso più classico è quello della talidomide, il farmaco antiinfluenzale poi divenuto un vendutissimo anti-insonnia grazie a potenti campagne di marketing, che ha causato gravissime malformazioni fetali alle donne che lo assumevano in gravidanza. Oggi la talidomide è stata "riabilitata": può aiutare nella cura di una grave malattia tumorale, il mieloma multiplo. Qualcosa di simile è accaduto per il vaccino preventivo per il morbillo. Uno studio negli anni '90 aveva messo in allarme genitori e pediatri: l'impiego del vaccino aumentava il rischio per i piccoli di andare incontro ad autismo. «Poi sono state condotte numerose ricerche, che sono giunte sempre alla conclusione opposta, e qualche mese fa il ricercatore inglese che aveva lanciato questa ipotesi ha affermato pubblicamente che i dati pubblicati erano falsi», spiega Giancarlo Icardi, docente di Igiene e Medicina Preventiva all'Università di Genova. «Ma anche questa lezione è servita perché abbiamo studiato meglio il vaccino e ne abbiamo visto i vantaggi in prevenzione nelle gravi complicanze del morbillo».

Ultima curiosità. A volte si arriva ad un farmaco per serendipity, ovvero per casualità. Pensate al Viagra, studiato per la cura dell'angina pectoris e diventato un "big" per un suo effetto collaterale emerso nei primi studi ed utilissimo per i maschi in difficoltà.

FEDERICO MERETA

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PRO

- Vita più lunga
- Meno problemi di salute
- Protegge da tumori dell'ovaio e del colonretto



CONTRO

- Rischi di tumore alla mammella
- Problemi cardiovascolari
- Dubbi sulle terapie ormonali in menopausa

IL RITORNO LA TALIDOMIDE

LA TALIDOMIDE è stata tolta dal mercato per le gravi malformazioni fetali che induceva negli anni '60, quando veniva usata per l'insonnia. Ora si è scoperta utile per curare gravi malattie come il mieloma o la lebbra

IL VACCINO L'ANTIMORBILLO

ATTACCATO qualche anno fa per una potenziale correlazione tra il suo impiego e il maggior rischio di autismo nei piccoli vaccinati, oggi il vaccino antimorbillo è stato riabilitato dagli studi scientifici

LA RETROMARCIA LA PILLOLA

CONTRO la pillola, negli anni scorsi sono emersi diversi studi che correlavano l'impiego del contraccettivo orale con un maggior rischio di tumore della mammella, ma ora gli aspetti positivi sono di gran lunga superiori

LA TERAPIA MENOPAUSA

UNO STUDIO ha dimostrato un maggior rischio di patologie cardiache nelle donne in trattamento ormonale prolungato durante la menopausa. Attualmente si scelgono con grande cura le pazienti da trattare

LA SORPRESA IL VIAGRA

IL SILDENAFIL è il principio attivo del Viagra. Studiato per il trattamento dell'angina pectoris il farmaco aveva dimostrato un effetto collaterale, lo stimolo all'erezione che si è rivelato la sua fortuna

Oltre 16 milioni di italiani cercano informazioni sanitarie su Internet

Ma di questi, una percentuale sempre più alta lo fa in modo compulsivo e si convince di avere qualche patologia: **un'emicrania si trasforma in un tumore, il male al braccio in un infarto**. Ecco come evitare di cadere nella Rete

Ipocondria.it

Il sintomo è virtuale I nuovi malati immaginari

In Gran Bretagna uno studio mette in luce che sei adulti su dieci si rivolgono al web anziché al proprio dottore quando avvertono un qualsiasi disturbo



ANNA RITA CILLIS

Dottor Internet riceve sempre. Ogni volta che si desidera lui è lì pronto a fornire risposte. Su qualsiasi argomento di tipo medico: dai tumori agli attacchi di panico alle diete per contrastare il colesterolo sino alle malattie più rare. Siti, chat, forum, blog, in un moltiplicarsi di informazioni senza confini su patologie le più disparate. L'eden per gli ipocondriaci. Anzi per i cybercondriaci come sono stati ribattezzati i navigatori compulsivi in cerca di notizie e rassicurazioni su malesseri e relativi sintomi. In Italia il popolo dei cacciatori di informazioni sanitarie conta in tutto 16,6 milioni di persone. A metterlo in evidenza è il Censis che rivela anche: il 34% di chi si connette in rete, su 23 milioni di utenti, lo fa per trovare dati di tipo medico. Non solo: per il 18% degli italiani il web rappresenta la prima fonte in questo campo.

Ma per Claudio Cricelli, presidente della Simg, la Società italiana di medicina generale «un conto è chi cerca notizie su una malattia di cui soffre lui o un familiare, un altro è chi si connette perché ogni sintomo anche il più piccolo, genera ansia. Questi ultimi sono una minoranza, e non si tratta di ipocondriaci ma di persone affette da un disturbo maniacale che va oltre il mezzo attraverso il quale si manifesta». Per il presidente della Simg una minoranza che non raggiunge l'uno per cento dei navigatori.

E a dar ragione a Cricelli ci sarebbe anche Google Statistiche e ricerca, il nuovo strumento che offre un'ampia panoramica di cosa cliccano gli italiani. Un barometro dal quale si scopre che nell'ultimo

mese, per esempio, tra le parole più cercate sono state il tumore in generale, quello al seno e al colon. Alessio Cimmino dell'ufficio comunicazione di Google Italia racconta che «i risultati mostrano una chiara correlazione tra web e la vita di tutti i giorni. Con oltre un miliardo di ricerche sul nostro motore in tutto il mondo abbiamo riscontrato come alcune tipologie di ricerche tendono a ripetersi in determinati periodi dell'anno nel campo della salute — dice — ad esempio nei periodi di diffusione dell'influenza». Uno spunto dal quale è nato un "flu trends" un neonato strumento Google «per ora disponibile solo all'estero», aggiunge Cimmino, «in grado di offrire informazioni in tempo reale sulla diffusione di influenze e pandemie. Flu trends analizza i dati delle ricerche su Google per termini legati a influenze e malattie e li confronta con quelli forniti dagli enti pubblici che partecipano al progetto».

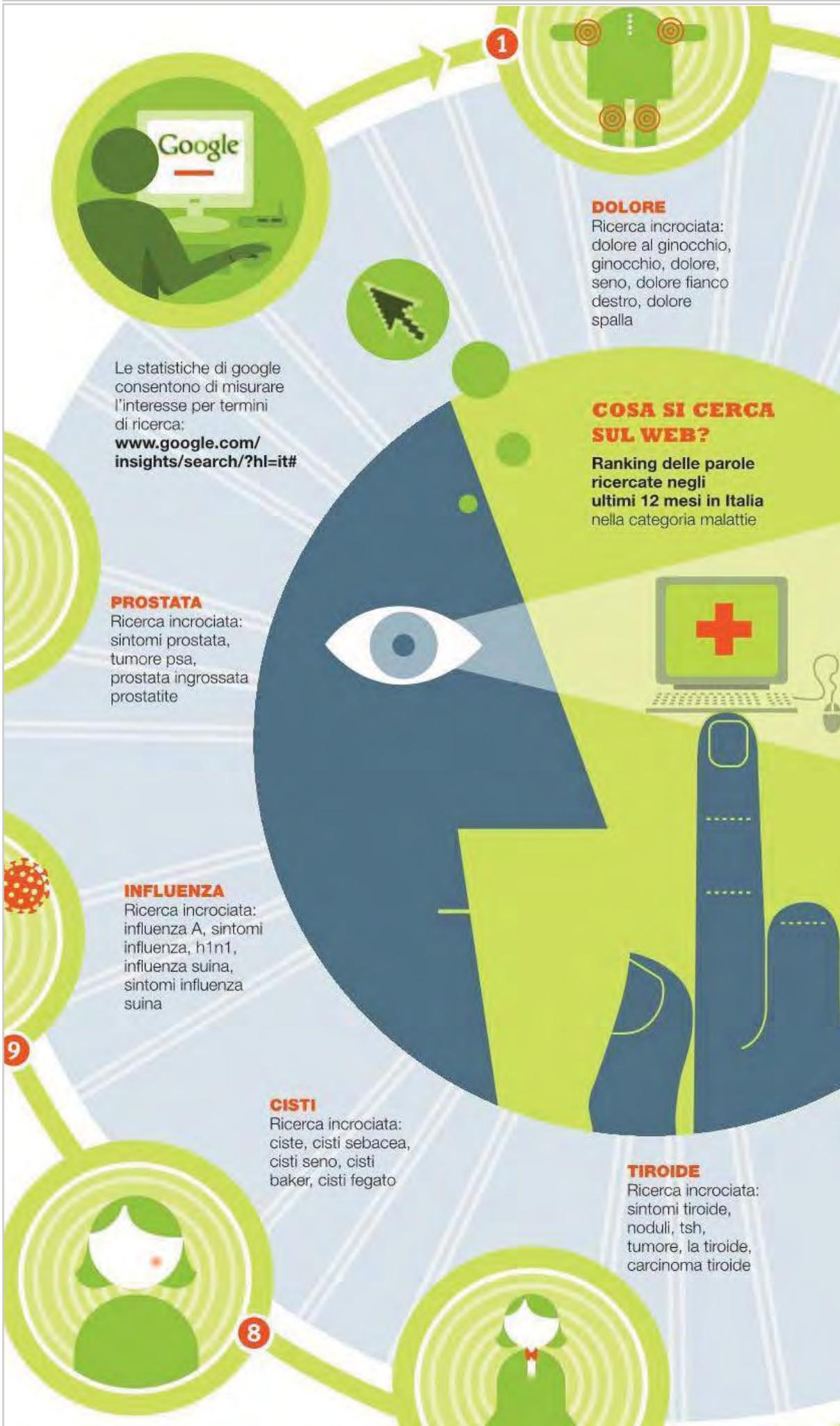
Ma il popolo degli ipocondriaci.net sta prendendo sempre più piede: in Gran Bretagna, ad

esempio, un recentissimo studio della società Engage Mutual mette in luce che sei adulti su dieci si rivolgono al web anziché al proprio medico quando avvertono un disturbo. E la metà si convince di essere gravemente ammalata. Secondo Giuseppe Lavenia, docente di psicologia dinamica dell'università di Urbino, esperto in dipendenze, «l'attenzione maniacale al benessere del corpo e l'avvento di Internet non ha fatto altro che predisporre all'ipocondria di massa. Centinaia e centinaia di informazioni reperibili nei siti che non rassicurano il web-ipocondriaco ma lo portano a ricercare in maniera compulsiva nuove informazioni. Siamo alle prese con un disturbo vecchio — dice lo

psicoterapeuta — ma che in Internet aveva già un antenato, *l'information overloading*, ovvero il sovraccarico-cognitivo, un fenomeno che si verifica quando si ricevono troppe informazioni per riuscire a prendere una decisione o sceglierne una sulla quale focalizzare l'attenzione. Quella sul web — rimarca — non si può definire ipocondria classica: siamo di fronte a una nuova forma. Internet può essere l'amplificatore di un disturbo

pregresso e in alcuni casi può generare una forma psicopatologica con tratti ossessivo-compulsivi».

Insomma, va bene la ricerca ma senza esagerare: a sottolinearlo anche Microsoft, che ha condotto uno studio delle ansie prodotte dalle ricerche web in tema di salute. La sintesi dell'analisi? Spesso gli utenti si fermano alle prime pagine trovate, e dopo aver letto il materiale enfatizzano il malessere: un'emicrania si trasforma in un tumore, il male al braccio in un infarto e così via. Non sottovalutare i sintomi va bene: ma il medico resta l'unico in grado di fare diagnosi.



RANKING DELLE RICERCHE EMERGENTI

Negli ultimi 12 mesi in Italia, nella categoria malattie

1 Setticemia

+120%

2 Pressione minima alta

+60%

3 Tosse secca

+60%

4 Cistite sintomi

+40%

5 Gastrite sintomi

+40%

6 Prostata sintomi

+40%

ALTRE RICERCHE EMERGENTI nell'ultimo mese in Italia

+850% Febbre dengue

+250% Sepsi

+70% Tunnel carpale

FONTE: GOOGLE

2



SENO

Ricerca incrociata: tumore al seno, dolore al seno, cancro, nodulo seno, cisti seno, sintomi tumore al seno

3



CANCRO

Ricerca incrociata: sintomi, cancro seno, cancro colon, cancro polmoni, cancro stomaco, cura cancro

4



COLON

Ricerca incrociata: colon irritabile, tumore colon, sintomi colon irritabile, dieta colon, dolore colon, colon retto

EMORROIDI

Ricerca incrociata: cura emorroidi, emorroidi esterne, sintomi emorroidi, emorroidi rimedi, emorroidi sanguinanti, ragadi

5



FEGATO

Ricerca incrociata: tumore fegato, dolore fegato, il fegato, fegato metastasi, fegato ingrossato

6



Alla ricerca del virus nascosto

GIUSEPPE DEL BELLO

VIENNA

Medici che sottova-
lutano e pazienti
poco informati. Il
capitolo delle

epatiti virali, in particolare la B e la C, è sotto sorveglianza: nel mondo ci sono 400 milioni di portatori del virus B e 200 di quello C. Malattie infettive dalle conseguenze drammatiche per infezioni croniche, dalla cirrosi al tumore del fe-

gato. Eppure ci si preoccupa più dell'Aids (nel mondo 32 milioni di portatori) che delle epatiti. L'allarme, anche se l'incidenza è in calo, e l'annuncio di nuove terapie con innovativi kit diagnostici (entro due anni), arriva da Vienna dove si

è tenuto il simposio internazionale organizzato dalla Roche.

E in Italia? Un milione e mezzo le persone infettate dal virus C e 10 mila nuovi casi di tumore epatico, di cui nel 60-80 % sono responsabili i virus

B e C. Il rischio è rappresentato dall'aumento di portatori di virus B resistente agli antivirali e il mancato monitoraggio degli immigrati provenienti da aree in cui le epatiti sono endemiche. Fondamentale la diagnosi, sottolinea il professor Giovanni Raimondo, direttore di Epatologia clinica al Policlinico di Messina, che oggi è «possibile in fase precoce grazie a tecniche all'avanguardia». Un compito a cui sono chiamati i medici di famiglia: «dovrebbero sottoporre alla ricerca del virus tutti i pazienti a rischio, con valori alterati delle transaminasi ed epatomegalia. Molti colleghi si sono laureati quando non esisteva ancora la terapia, mentre da soli 10 anni siamo in grado di curare con successo la B e la C». Purtroppo, recentissimi studi, rivela Raimondo, hanno dimostrato che spesso

la negatività dell'antigene di superficie HBsAg del virus non dà certezza di assenza di infezione: in molti casi quella da HBV c'è ma non compare con i test tradizionali e perciò la si definisce "occulta". Per individuarla si ricorre al riscontro di genomi virali nel fegato o, più raramente, nel siero grazie a tecniche di amplificazione del Dna». Occulto, quindi nascosto, certamente insidioso, il virus B in queste situazioni è una minaccia per la sua potenziale oncogenicità a livello epatico. Tra l'altro,

rammenta lo specialista, nei soggetti sottoposti a immunosoppressione, la «riaccensione di un'infezione occulta è pericolosissima per una possibile epatite fulminante». Alle difficoltà diagnostiche risponde la ricerca mettendo a punto strumenti e test ad hoc spesso sviluppati in sintonia con la farmaceutica. L'obiettivo è ottenere, rivela Paolo Scala direttore del Roche professional laboratory «farmaci da somministrare subito dopo un test diagnostico in maniera personalizzata». Gli antivirali di nuova generazione efficaci contro il virus C, aggiunge Raimondo, «saranno disponibili dal 2012 e tra questi *telaprevir* e *boceprevir* che saranno prescrivibili in combinazione con l'interferone *pegilato* e la *ribavirina*. Il limite è che la terapia antivirale C non potrà essere utilizzata nei pazienti con cirrosi in fase avanzata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Monitoraggio
degli immigrati
provenienti da zone
in cui la malattia
è endemica**



Epatiti

Da Vienna l'allarme: per B e C

sottovalutati rischi e diagnosi precoce

Ma ecco i kit per test e farmaci mirati

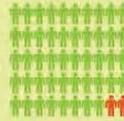
Epatite A

2 casi
ogni 100mila
abitanti l'anno



Epatite B

2 casi ogni
100mila abitanti
2% degli italiani
ha avuto l'infezione
ed è contagiosa



Epatite C

5 casi ogni
100mila
abitanti l'anno
3% della popolazione
ha avuto l'infezione
ed è contagiosa



Le più diffuse

EPATITE A

Contagio: avviene per ingestione di acqua o alimenti contaminati da materiale fecale (ad esempio frutti di mare allevati in prossimità di scarichi fognari)

EPATITE B

Contagio: altamente contagiosa, si diffonde per contatto sangue-sangue, (piccole ferite rapporti sessuali, ecc.)

EPATITE C

Sintomi: virus poco contagioso, Sintomi: scarsi, spesso l'infezione si scopre per caso o anni dopo per le complicazioni



INIZIO
DI CIRROSI

L'ITALIA CHE FUNZIONA

Trapianti, vaccini, staminali: la ricerca all'avanguardia

Mereta ▶ pag. 20, commento ▶ pag. 16

Punta avanzata. Il nostro paese è in grado di fornire in campo medico risposte innovative ai bisogni di salute dei cittadini

Sulla frontiera della medicina

Trapianti record, staminali e vaccini: ecco le avanguardie della nostra ricerca

GLI ESEMPI

San Gerardo di Monza al top nelle sostituzioni degli arti. Nuove speranze dal vaccino anti-Aids messo a punto dall'Istituto di Sanità
Federico Mereta

Una grave infezione nel 2007. Per fermarla non si può far altro che amputare piedi e mani. Poi le enormi difficoltà ad accettare le protesi bidigitali prensili che operano come una pinza sostituendo al meglio possibile l'azione della mano e delle dita, la lunga attesa in lista dal 2008. Nello scorso ottobre, presso l'Ospedale San Gerardo di Monza, il trapianto di entrambe le mani, primo ad essere eseguito in Italia. E così, una casalinga di 52 anni di Busto Arsizio entra nella storia delle sostituzioni d'organo, visto che è stata sottoposta dopo pochi mesi allo stesso, avveniristico intervento eseguito negli Usa, che ha segnato anche un'epoca nell'impiego dei social media, visto che l'operazione è stata seguita passo passo via Twitter. Sono passati solo dodici anni da primo trapianto di mano al mondo, eseguito in Francia nel 1998, che aveva visto protagonista nell'equipe operatoria anche un italiano, Marco Lanzetta.

È solo l'ultimo esempio dell'eccellenza che il nostro Paese sa raggiungere in campo medico e di come alcuni centri siano in grado di offrire risposte innovative ai bisogni di salute delle persone. Sempre per rimanere nell'area dei trapianti, è di poche settimane fa il trapianto multiorgano eseguito dal team di Antonio Pinna, direttore dell'unità operativa Trapianti di fegato e multiorgano del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di

Bologna. I chirurghi sono riusciti a sostituire fegato, stomaco, pancreas, duodeno, intestino e colon, praticamente tutti i principali organi addominali esclusi i reni, per un sedicenne marchigiano vittima di un grave incidente stradale. Solo qualche giorno prima, peraltro, un altro record era stato battuto all'Ospedale Bambin Gesù di Roma, che ha ospitato una "Destination therapy", ovvero una sostituzione definitiva di un cuore (l'organo naturale rimane al suo posto, ma le sue funzioni vengono assicurate da una macchina miniaturizzata). A un ragazzo di quindici anni che non poteva attendere a lungo un cuore nuovo gli specialisti del nosocomio pediatrico romano sono riusciti a dare un organo artificiale, che per la prima volta al mondo almeno per quanto riguarda gli adolescenti. Non bastavano i farmaci, non c'era tempo per attendere un trapianto e quindi si è impiegata un "pompa rotatoria idraulica" che come una turbina spinge il sangue nell'aorta, l'arteria che parte proprio dal ventricolo sinistro. Grazie alla sua attività non solo il sangue viene sospinto verso l'aorta, ma viene anche "aspirato" dall'atrio sinistro con una sola "turbina" impiantata nel punto centrale dell'attività cardiaca, appunto il ventricolo sinistro, quindi, si è riusciti a ristabilire una circolazione del sangue del tutto accettabile. Il cuore viene ricaricato quotidianamente grazie ad un "filo" che va a terminare dietro l'orecchio.

L'ultima buona notizia nella ricerca di base viene dai primi risultati pubblicati su PloS ONE del vaccino terapeutico per il trattamento dell'infezione da virus Hiv, che agisce sulla proteina

Tat ed è stato messo a punto presso l'Istituto Superiore di Sanità. Grazie alla vaccinazione, somministrata in associazione ai farmaci antivirali, si ottiene non solo l'auspicata risposta in termine di produzione di anticorpi specifici nei confronti della proteina Tat e quindi verso il virus, ma anche un miglioramento dei parametri immunologici e quindi dell'attività del sistema difensivo dell'organismo. Ai due fratelli Lorenzo e Alessandro Moretta, il primo direttore scientifico dell'Istituto Gaslini di Genova il secondo docente all'ateneo genovese, si deve una ricerca realizzata con il loro team che ha spiegato come alcune cellule riescano a governare il rapporto tra feto e madre evitando un "rigetto" a prescindere dalle oggettive differenze genetiche dei due organismi. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista Proceedings of the National Academy of Science (Pnas). Ormai vicine alla sperimentazione clinica sono infine le ricerche sulle cellule staminali adulte condotte da Angelo Vescovi, direttore scientifico dell'Istituto di genetica Mendel di Roma e dell'Istituto Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, che ha recentemente annunciato il via della prossima ricerca sull'uomo: nel 2011 dovrebbe decollare lo studio su pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica, che prevede il trapianto delle staminali cerebrali nel midollo spinale. Nell'attesa ovviamente che altre ricerche offrano prospettive per malattie ancora in cerca di soluzioni efficaci, c'è sicuramente di che essere orgogliosi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I luminari della sanità

Marco Lanzetta

Istituto della mano di Monza



È uno dei massimi esperti mondiali della salute delle mani, direttore dell'Istituto italiano di chirurgia della Mano di Monza. Nel 1998, a Lione, faceva parte del gruppo guidato da Jean-Michel Dubernard che eseguì il primo trapianto di mano. Nello scorso ottobre al San Gerardo di Monza il primo trapianto di entrambe le mani in Italia

Angelo Vescovi

Istituto Mendel di Roma



Vicine alla sperimentazione clinica le ricerche sulle cellule staminali adulte condotte da Angelo Vescovi, direttore scientifico dell'Istituto di genetica Mendel di Roma. Nel 2011 dovrebbe decollare lo studio su pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica che prevede il trapianto delle staminali nel midollo osseo

Lorenzo Moretta

Istituto Gaslini di Genova



A Lorenzo Moretta, con il fratello Alessandro, si deve una ricerca realizzata con i loro team che ha spiegato come alcune cellule riescano a governare il rapporto tra feto e madre evitando un "rigetto" a prescindere dalle oggettive differenze genetiche dei due organismi

Alessandro Moretta

Docente università di Genova



Da più di dieci anni ricerca l'identificazione di nuove molecole funzionali espresse sulla membrana delle cellule linfoidi umane. Ha scoperto e caratterizzato dal punto di vista molecolare e funzionale una serie di recettori espressi dalle cellule NK che sono in grado di inibirne o di attivarne la funzione

Antonio Pinna

Policlinico Sant'Orsola di Bologna



È di poche settimane fa il trapianto multiorgano eseguito dal team di Antonio Pinna: i chirurghi sono riusciti a sostituire fegato, stomaco, pancreas, duodeno, intestino e colon, praticamente tutti i principali organi addominali esclusi i reni, a un sedicenne marchigiano vittima di un grave incidente stradale

IL NODO DELLA FORMAZIONE**Solo il 4% dei camici bianchi conosce la palliazione**

Le carenze nei corsi universitari **Offerta formativa molto variabile**

Un recentissimo studio pubblicato dal «The New England Journal of Medicine» e commentato con grande interesse dalla stampa Usa fa intravedere suggestivi risultati ottenibili con un'applicazione più ampia dell'approccio palliativistico. Lo studio dimostra che tutti i pazienti che ricevono anche un trattamento palliativistico, sin dall'inizio della diagnosi di malattia, conducono una vita più felice, meno soggetta a crisi depressive, e hanno una aspettativa di vita che va dai 2 ai 7 mesi in più rispetto agli altri pazienti curati solo con i soli trattamenti causali.

In Italia, le cure palliative si sono diffuse negli anni Ottanta grazie al contributo fornito da alcune associazioni di volontariato pioniere di un modello di assistenza ai malati terminali caratterizzato da professionalità, motivazione ed entusiasmo. Solo dal 1999 le cure palliative sono state ufficialmente inserite nel Ssn. Da allora, si è assistito a un progressivo fiorire di strutture e servizi dedicati all'assistenza dei pazienti terminali con un conseguente incremento nel numero di operatori coinvolti. Oggi, la nuova legge n. 38/20101 identifica con chiarezza i principi ispiratori delle cure palliative e tutela il diritto e la libertà di accesso a tali cure. Essa rappresenta un importante traguardo per i tanti malati terminali (oltre 250mila nuovi casi l'anno) gravati da una limitata aspettativa di vita. Per realizzare un'assistenza globale, personalizzata, multi professionale, rivolta al paziente e alla sua famiglia che migliori la qualità di vita e che possa proseguire nel periodo di elaborazione del lutto non è possibile improvvisare. La complessità dei bisogni di cura di tali pazienti richiede inter-

venti appropriati che non possono prescindere da una specifica formazione; un'assistenza di qualità ha bisogno di personale adeguatamente preparato ad affrontare una sfida in cui anche la presenza della morte non è un'occasionale esperienza ma una costante giornaliera. È da tener presente che l'espansione delle Cp, la diffusione di patologie neurologiche croniche come l'Alzheimer e il prolungamento delle prognosi, hanno fatto sì che la possibilità di assistere un malato in fase avanzata di

malattia, sia ormai frequente anche in molti reparti ospedalieri per cui tutti gli operatori dovrebbero possedere competenze nelle cure di fine vita.

In occasione del recente seminario «Cure palliative e hospice: condivideremo le cure» organizzato da Antea per

celebrare il 6° «World hospice & palliative care day» sono stati presentati i primi dati italiani sul bisogno formativo degli studenti (medici e infermieri) in questo ambito specifico: il 3,8% degli studenti di discipline sanitarie ha seguito un corso in cure palliative, il 36% non ne ha mai sentito parlare e il 29% ne ha avuto solo una vaga nozione. Questi dati sono impressionanti (fonte: Antea Formad - in fase di pubblicazione) se pensiamo che il 76% degli studenti di discipline sanitarie ha avuto a che fare con esperienze di lutto durante il proprio percorso formativo e circa il 50% è stata esposta personalmente e professionalmente al contatto con un malato terminale. Tutto questo senza nessuna preparazione specifica per affrontare l'evento sia da un punto di vista professionale che da un punto di vista prettamente umano.

Quali sono allora i problemi attuali sul versante formativo? Quello fondamentale è che gli studenti di medicina e infermieristica non ricevono una specifica formazione di base in cure palliative nei rispettivi corsi di laurea. Inoltre, anche se esistono numerosi corsi di formazione post base (master universitari e diverse tipologie di aggiornamento), nessuno è riconosciuto vincolante per poter operare in un ambito palliativo e di conseguenza anche i diversi livelli di formazione non corrispondono al riconoscimento di competenze differenziate. I contenuti dei master e dei corsi di perfezionamento variano di volta in volta per mancanza di un core curriculum di riferimento per la progettazione dei corsi. Spesso, i formatori stessi, non hanno competenze specifiche e consolidate nel campo delle cure palliative. È pertanto indispen-

sabile che i lavori della Commissione cure palliative e terapia del dolore del ministero della Salute e la Commissione con il Miur costituita ad hoc, inizino ad affrontare queste problematiche. L'esperienza decennale di Antea Formad nel campo della formazione in cure palliative suggerisce una serie di spunti di riflessione:

- inserire la formazione in cure palliative sia nei programmi dei corsi di laurea di base sia come aggiornamento post base;
- prevedere una formazione specialistica per coloro i quali già operano in contesti di cure palliative;
- attivare una formazione di II° livello orientata al management e alla ricerca per coloro i quali rivestono ruoli apicali all'interno di setting palliativistici;
- valorizzare all'interno dei percorsi formativi il rilevante patrimonio di competenze acquisite dalle associazioni di volontariato che in Italia sono state pioniere dell'assistenza palliativistica;
- favorire l'integrazione tra luogo di cure e centro di formazione pianificando programmi formativi strutturati tra teoria e pratica, che garantiscano una forte partnership tra aula e contesti assistenziali;
- raggiungere una tipologia di assistenza basata sul lavoro di squadra che parta proprio dal formare "insieme" medici, infermieri, volontari, fisioterapisti, psicologi dando fin dall'inizio un esempio concreto di multidisciplinarietà.

Chiara Mastroianni

Presidente Antea Formad

Giuseppe Casale

Coordinatore Sanitario Centro Antea



Dall'Estate di S. Martino nuovi sforzi contro la burocrazia

Una firma per agevolare il lavoro di chi lotta contro il dolore. A partire dallo scorso giovedì 11 novembre, in occasione dell'«Estate di San Martino», la Federazione cure palliative ha attivato in tutta Italia una petizione civile, per superare lungaggini burocratiche che ogni giorno intralciano il lavoro di molti medici impegnati nella cura e nell'assistenza dei malati inguaribili. Nel mirino il fatto che i medici delle Organizzazioni non profit (Onp), elemento essenziale nella rete delle cure palliative, in alcune Regioni non possono prescrivere gli oppioidi sul ricettario del Ssn. La soluzione di questo problema burocratico che obbliga a una doppia prescrizione (medico Onp + medico di base) aiuterebbe l'Italia ad allinearsi con i Paesi europei più avanzati.

La petizione si può firmare anche sul web cliccan-

do su «firma online la petizione» nell'home page del sito della Federazione cure palliative (www.fedcp.org), oppure con l'invio di mail alla Federazione - fedcp@tin.it - con nome e cognome e la frase «Condivido l'iniziativa della Fcp». La data dell'11 novembre è stata scelta, ormai da 11 anni nel ricordo di Martino, giovane soldato di Pannonia autore di un gesto di spontanea generosità. Martino aiutò un vecchio sfinito dalla pioggia e dal freddo coprendolo con metà del suo mantello, dopo averlo tagliato con la spada. La leggenda vuole che il cielo in quel momento si schiarisse e l'aria si facesse improvvisamente mite: di qui l'«Estate di San Martino». E non a caso il termine palliativo viene dal latino pallium (mantello). Le cure palliative, come un mantello coprono, avvolgono, proteggono i malati inguaribili.

Al Forum di Meridiano Sanità i nodi da sciogliere per una politica orientata alla crescita

Meno tagli e più investimenti

La Sanità non è un costo ma un settore ad alto tasso di innovazione

Il Paese dovrebbe smetterla di riferirsi alla Sanità come a un costo da tagliare ma dovrebbe iniziare a vederla come un'area di investimento, e a ragionare sul lungo termine, perché così facendo si possono anche creare posti di lavoro in settori delicati come quello femminile e giovanile». È la proposta lanciata da **Valerio De Molli**, dello European House-Ambrosetti, a Cernobbio, nel corso della V edizione del Forum «Meridiano Sanità», la piattaforma creata da European House Ambrosetti nel 2005 con l'obiettivo di proporre, in chiave indipendente, idee e soluzioni per un nuovo approccio alla Sanità in Italia.

I dati emersi nel corso della manifestazione sul contributo del settore farmaceutico allo sviluppo del sistema Italia sono chiari: investire 100 euro in Sanità equivale ad attivare 183 euro nel sistema economico; due nuovi occupati nel settore della Sanità creano circa altri 3 nuovi posti di lavoro anche extra settore. E un investimento in prevenzione di circa un miliardo di euro porterebbe un beneficio in 10 anni di più di 3,4 miliardi.

Considerando l'evoluzione della domanda di salute degli italiani nei prossimi 40 anni, il Forum ha identificato alcuni punti su cui investigare e investire in futuro: il nodo dei brevetti, la riorganizzazione del sistema distributivo e scelte di politica industriale.

Il fenomeno più rilevante con cui fare i conti è l'invecchiamento demografico. Entro il 2050 la popolazione sarà composta per un terzo da over 65 contro il 20,2% del 2009, che già oggi assorbe oltre il 46,2% della spesa sanitaria

pubblica – che in Italia copre il 7% del Pil – determinando un incremento della spesa di oltre 153 miliardi. In questo ambito emerge l'importanza che il settore farmaceutico possa mantenere un forte impulso innovativo, che può essere sostenuto solo da investimenti in ricerca, innovazione e politiche industriali mirate.

«Oggi in prevenzione spendiamo lo 0,8% della spesa sanitaria pubblica che è in totale pari a 110 miliardi - ha detto De Molli -. La Spagna spende il doppio, la Francia il triplo, il Canada dieci volte tanto. Sono i tre Paesi che hanno fatto meglio sul fronte della ricerca, dello sviluppo e della prevenzione». Lo 0,8% dell'Italia è pari a circa un miliardo; raddoppiando quindi l'investimento, si inizierebbe fin da subito a risparmiare sulla spesa. Uno sforzo, dice De Molli, «fattibilissimo, ma serve una politica diversa».

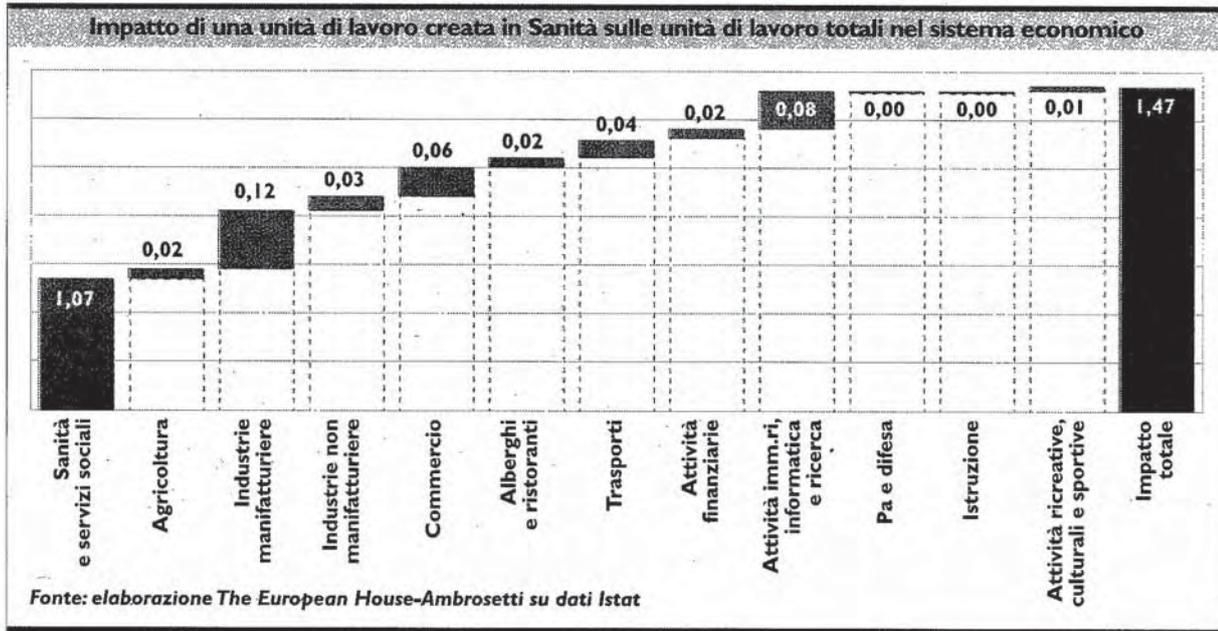
Quello che Meridiano Sanità propone, in sintesi, è una nuova politica per la protezione della proprietà intellettuale, che «rappresenta uno dei requisiti essenziali per la ricerca e l'innovazione in campo farmaceutico», ma anche una riorganizzazione del sistema distributivo e scelte di politica industriale stabili nel tempo.

«L'incertezza normativa e l'organizzazione del sistema distributivo – spiega una nota – insieme ai dibattiti sulla definizione del prezzo e sulla rimborsabilità dei farmaci mettono a rischio i piani di sviluppo di lungo periodo».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





L'allarme di **ADMO** Donatori in calo

L'Associazione Donatori Midollo Osseo (ADMO) ha come scopo principale quello di informare la popolazione italiana sulla possibilità di combattere le leucemie, i linfomi, il mieloma e le altre neoplasie del sangue attraverso la donazione e il trapianto di midollo osseo e Cellule Staminali emopoietiche (CSE).

Sono molte le persone che ogni anno in Italia necessitano di trapianto, ma purtroppo la compatibilità genetica è un fattore molto raro, che ha maggiori probabilità di verificarsi tra consanguinei. Per chi non può disporre di un donatore consanguineo, la speranza di trovare un midollo compatibile per il trapianto è legata all'esistenza del maggior numero possibile di donatori volontari tipizzati, dei quali cioè sono già note le caratteristiche genetiche, registrate nella banca dati nazionale (IBMDR).

Si valuta che in Italia siano necessari circa 1.000 nuovi donatori all'anno. Una stima che è destinata a subire un notevole aumento - se si tiene

conto del fatto che il trapianto delle cellule staminali presenti nel midollo osseo è attualmente al centro sia di ricerche anche nel campo dei tumori solidi e sia per applicarli a un numero sempre maggiore di neoplasie ematologiche - mentre stanno diventando di routine alcune applicazioni in campo genetico, come nel caso delle talassemie.

Purtroppo, mentre da un lato aumentano e migliorano le modalità di prelievo e le potenzialità terapeutiche legate al trapianto di cellule staminali emopoietiche, dall'altro stanno diminuendo anno per anno in modo preoccupante le persone disponibili a donare.

Se nel 2001 i nuovi iscritti erano 13.489, nel 2009 sono invece stati 7.168, circa 6.300 in meno. Di contro sono au-

mentati coloro che, per raggiunto limite di età o per altri motivi, sono stati dimessi dal Registro: nel 2001 erano 1.828, mentre nel 2009, 7.168, circa 5.300 in più.

Oggi, dunque, il bilancio è in negativo e le previsioni non sono incoraggianti: usciranno dal Registro per sopraggiunti limiti di età (55 anni), circa 7.500 persone nel 2011, circa 8.000 nel 2012, circa 8.700 nel 2013 e più di 9.000 nel 2014.

Per questo, più che mai si avverte la necessità, nell'interesse di tutti, di comunicare di più e meglio di una volta l'importanza della cultura della donazione di midollo osseo.

Per informazioni o per conoscere i centri nei quali effettuare l'iscrizione al Registro Italiano Donatori di Midollo Osseo è possibile contattare la sede dell'Associazione ADMO Regione Lombardia. (www.admo-lombardia.org.)



La paralisi politica e i suoi imprevedibili esiti mettono a rischio una serie di provvedimenti

La salute ai tempi della crisi

In bilico le misure su intramoenia, farmacie, Lea, parti e i Ddl in Parlamento

In cima a tutto c'è il federalismo fiscale e la manovra che in questi giorni è al rush finale. Ma a valle scorre in mille rivoli un fiume di misure, intese, disegni di legge e decreti che in questi ultimi mesi hanno segnato la Sanità e che ora, in pieno stallo politico e con il fantasma di una crisi di Governo alle porte, potrebbe essere condannato a non sfociare mai da nessuna parte. Rischiamo di far finire su di un binario morto difficili e faticosi compromessi: è il caso, a esempio, dell'ultimo documento sull'intramoenia presentato da Fazio e che le Regioni dovrebbero discutere proprio in questi giorni. Stesso destino potrebbe riguardare la riorganizzazione dei punti nascita, da poco consegnato ai governatori, con la quale Fazio, per evitare nuovi clamorosi casi di malasanità in sala parto, punta a chiudere tutte quelle strutture che contano meno di 500 nati all'anno. Anche il nuovo Piano sanitario nazionale 2011-2013 appena inviato dal ministero alle Regioni potrebbe finire strangolato nella culla. Mentre la rivoluzione tanto sbandierata della farmacia dei servizi potrebbe non vedere mai la luce: finora Palazzo Chigi ha varato tre dei quattro decreti annunciati. Ma tutto, alla fine di questa paralisi politica, potrebbe essere rimesso in discussione. Compresi i tanto attesi livelli essenziali di assistenza vero "convitato di pietra" del federalismo fiscale. I nuovi Lea, già approvati dai tecnici regionali, sono fermi da un anno al ministero dell'Economia.

In Parlamento, invece, sul fronte sanitario da mesi non si registrano scatti in avanti, ma un sostanziale congelamento dei principali provvedimenti. Dal testamento biologico alle professioni sanitarie, dal governo clinico alla responsabilità professionale (v. tabella). Praticamente tutti i Ddl sono fermi nelle commissioni di merito dall'inizio dell'estate, nonostante alla ripresa di settembre si puntasse a stringere al massimo i tempi sulla governance e sui provvedimenti sul parto, sulla riforma della psichiatria e sul riordino del servizio farmaceutico. E alla lunga lista di attesa alle Camere si è aggiunto di recente il Ddl omnibus messo a punto dal ministro Fazio che disegna nuove regole per sperimentazione, Ordini professionali, fascicolo sanitario elettronico. Una priorità quest'ultimo per Salute e Innovazione che rischia ora di restare a lungo nei cassetti parlamentari.

pagine a cura di
Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In sospenso tra Governo, Regioni e Parlamento

Provvedimento	Stato
Governo-Regioni	
Federalismo e costi standard	Il Dlgs è stato approvato dal Cdm
Lea	Fermi al ministero dell'Economia
Intramoenia	In attesa dell'intesa Stato-Regioni
Piano sanitario 2011-2013	Trasmesso dal ministero alle Regioni
Farmacia dei servizi	Il Cdm ha approvato 3 di 4 Dlgs
Riorganizzazione punti nascita	Trasmesso dal ministero alle Regioni
Parlamento	
Legge di stabilità	C. 3778 Camera, commissione Bilancio
Governo clinico	C. 799 e abb. Camera, commissione Affari sociali
Testamento biologico	C. 2350 Camera, commissione Giustizia
Responsabilità professionale e rischio clinico	S. 50 e abb. Senato, commissione Igiene e Sanità
Professioni sanitarie	S. 573 e S. 1142 Senato, commissione Bilancio
Psichiatria	C. 2065 Camera, commissione Affari sociali
Riordino serv. farmaceutico	S. 863 Senato, commissione Igiene e Sanità
Ricerca e farmaci orfani	A. 718 Senato, commissione Igiene e Sanità
Consenso informato	C. 2350 Camera, commissione Affari sociali
Protesi mammarie	C. 3703 Camera, commissione Affari sociali
Parto e diritti partoriente	C. 918 e abb. Camera, commissione Affari sociali
Medicine non convenzionali	S. 145 Senato, commissione Igiene e Sanità
Sperimentazione e Ordini	Ddl approvato in Cdm, da assegnare

Sanità. Nel piano sanitario nazionale 2011-2013 la possibilità per i medici di base di gestire ambulatori aperti 24 ore al giorno

Piccoli ospedali da riconvertire

Diventeranno strutture sul territorio specializzate per categorie di pazienti

CARENZA DI PERSONALE

Per il futuro previsto un deficit di «camici bianchi»: nel periodo dal 2012 al 2018 mancheranno 18mila unità

Marzio Bartoloni

■ Piccoli ospedali riconvertiti in strutture ponte tra l'ospedale e i medici di famiglia. Che a loro volta potranno gestire ambulatori aperti 24 ore al giorno per trattare i casi meno gravi ed evitare così inutili affollamenti al pronto soccorso. E poi ancora: strutture ospedaliere in «rete» per favorire sinergie, percorsi di riabilitazione «individuali» per i 2,8 milioni di disabili costretti oggi a «cure spezzatino» e infine tanta prevenzione - dagli stili di vita all'ambiente - per evitare agli italiani, per quanto possibile, micidiali malattie killer che costano caro anche ai conti del Ssn.

La Sanità ai tempi del federalismo non cambia parola d'ordine: meno corsie ospedaliere e più servizi vicini al cittadino, sul «territorio», come dice lo slogan di un Servizio sanitario che da anni sta tentando di cambiare pelle. Guardando sempre di meno all'ospedale. A provare a dettare le strategie uguali per tutti del futuro della nostra sanità federale è l'ultimissimo Piano sanitario nazionale 2011-2013, anticipato su «Il Sole 24 Ore Sanità» n. 43/2010. Un documento cruciale di programmazione (l'ultimo risale al triennio 2006-2008) di 114 pagine che il [ministro della Salute, Ferruccio Fazio](#), ha consegnato alle Regio-

ni nei giorni scorsi per avere il loro via libera. Un appuntamento fisso, questo del Piano, che diventa un'occasione per provare a tracciare nuove rotte, sperimentazioni, ma anche linee comuni per tutto il Ssn. Tanto che il nuovo documento si autodefinisce come «l'elemento di garanzia dell'uniforme applicazione degli obiettivi», ma anche dei Lea: i livelli essenziali di assistenza, le cure cioè che vanno garantite a tutti «a livello nazionale». Sul piatto ci sono circa 1,5 miliardi all'anno da ripartire tra le Regioni a cui spetterà il compito finale di dare concretezza a queste strategie.

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 differenziato. Con un nuovo campanello d'allarme: la carenza di medici nel Ssn, calcolata in 18mila unità dal 2012 al 2018 e di circa 22mila dal 2014 al

2018. Come a dire che anche il vecchio luogo comune dell'Italia «Paese dei camici bianchi» è ormai quasi sfatato.

La bozza di Psn 2011-2013 propone dodici azioni e approfondisce alcune tematiche di sistema: dalla ricerca alle nuove tecnologie, dalla sicurezza delle cure alla farmaceutica, fino all'accreditamento delle strutture. Ma uno degli snodi principali è ovviamente il restyling delle reti ospedaliere che devono essere «riqualificate» anche con la «riconversione degli ospedali di piccole dimensioni e la loro trasformazione nei nuovi modelli di offerta territoriale». Per diventare magari centri per l'assistenza ai malati cronici o per i tanti anziani non autosufficienti. Oggi i piccoli ospedali - se ne contano circa 300 in Italia - non sono certo in grado di curare patologie complesse e rischiano il paradosso di essere poco sicuri per i pazienti stessi. Da qui l'esigenza di trasformarli - non di chiuderli - in modo da salvaguardare così «il patrimonio culturale e imprenditoriale che essi rappresentano per le rispettive comunità locali».



Il piano di riconversione

GLI OBIETTIVI

Prevenzione

■ Potenziare l'attività informativa ed educativa dei medici di famiglia per l'adozione di corretti stili di vita

Cure primarie

■ Dovranno essere definiti "accordi attuativi aziendali" con sistemi di valutazione e studi aggregati dei medici di famiglia aperti 24 ore al giorno con la consulenza degli specialisti e

ampliate assistenza domiciliare e cure palliative per i pazienti oncologici e terminali

Reti ospedaliere

■ Piccoli ospedali da riconvertire secondo nuovi modelli di assistenza territoriale per garantire continuità delle cure. La programmazione dei posti letto si farà per "reti geografiche" e dovrà avere massima diffusione il triage nelle emergenze con percorsi

alternativi al pronto soccorso per i "codici a bassa complessità"

Riabilitazione

■ Predisposizione di percorsi terapeutici individuali appropriati per le diverse disabilità

Investimenti

■ Piani triennali nelle regioni per l'ammodernamento strutturale e l'acquisizione di tecnologie innovative e beni mobili

I MINI-OSPEDALI

Strutture con meno di novanta posti letto

	Strutture	Posti letto totali
Piemonte	19	1.115
Valle d'Aosta	0	0
Lombardia	29	1.676
Bolzano	2	121
Trento	8	555
Veneto	14	722
Friuli Venezia Giulia	4	148
Liguria	4	205
Emilia Romagna	21	1.032
Toscana	21	1.238
Umbria	15	615
Marche	17	869
Lazio	32	1.427
Abruzzo	6	347
Molise	0	0
Campania	22	1.049
Puglia	23	1.233
Basilicata	6	430
Calabria	22	1.267
Sicilia	18	867
Sardegna	13	663
ITALIA	296	15.579

Fonte: elaborazione Il Sole 24 Ore Sanità su dati 2007, ministero del Welfare agosto 2009