Rassegna del 15/11/2010

MESSAGGERO - Parti, chiusura per una sala su tre: poche nascite in troppi ospedali - Massi Carla	1
GIORNO - CARLINO - NAZIONE - "Punti nascita, 158 a rischio di stop" - Barbetta Donatella	3
MATTINO - A rischio chiusura il 30 per cento delle sale parto - Massi Carla	5

Diffusione: 202.257

da pag. 11

Direttore: Roberto Napoletano

L'ALLARME DEI GINECOLOGI

Lettori: 1.346.000

Dopo gli scandali per le liti tra medici un documento "rivoluziona" l'ostetricia

Parti, chiusura per una sala su tre: poche nascite in troppi ospedali

Il Ministero: sarà in regola chi conterà 1000 interventi l'anno

di CARLA MASSI

ROMA - Potrebbe essere vicina la chiusura per almeno 158 sale parto su 559 che se ne contano in Italia.. In queste, infatti, nascono pochi bambini ogni anno: meno di 500. Si parla, in un documento appena redatto dal ministero della Salute, di accorpamenti per almeno altre duecento sale che contano tra gli 800 e i mille interventi. Le liti tra ginecologi, gli effetti di una generale disorganizzazione sui bambini e l'alto numero di tagli cesarei hanno accelerato un processo di revisione di questi servizi «dimenticati da tempo» come denuncia la Società italiana di ginecologia e ostetricia in questi giorni riunita a Milano per il suo congresso. Proprio qui, si sta disegnando la nuova strategia di nascita alla luce di questo piano di riordino. Presentato, alcuni giorni fa, dal governo alla conferenza Stato-Regioni.

Tre le indicazioni base: i piccoli centri confluiranno in quelli più grandi (con più di mille parti all'anno), si prevedono incentivi economici per alzare il numero delle nascite naturali e, a tutte le donne, verrà garantita l'epidurale

(anestesia dal bacino in giù). Questo è sulla carta. E i tempi non sembrano essere brevissimi. Come spiega lo stesso ministro Ferruccio Fazio: «C'è bisogno di razionalizzare progressivamente i punti nascita. Ma non è che si chiude dall'oggi al

domani. Comunque, chi continuerà a mantenere strutture con vecchi parametri entrerà in una situazione formale dinappropriatezza». «Ricordiamo che i centri con meno di 500 parti sono generalmente privi di copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologica e medico-pediatrica attiva 24 ore su 24 - aggiunge il ministro - E sono ancora il 30% del tota-

le». Un numeancora troppo basso anche per le terapie intensive neonatali. Entro la fine di novembre la Regioni dovrebbero darela loro risposta. E, di conseguenza, cóminciare usare le forbici. Un caso che preoccupa è il Molise. Qui, infatti,

tutti e cinque i suoi punti nascita sono sotto i mille parti all'anno. L'indicazione di Fazio: ac-

corpare come è già stato fatto in Abruzzo e in altre parti d'Italia. Dovranno lavorare parecchio in Campania dove le sale parto a rischio chiusura sono 51. E poi 62 in Sicilia (ben 38 sotto i 500 parti l'anno) e 28 nel Lazio. Mentre se ne contano 10 in Toscana e in Abruzzo, 5 in Piemonte e 3 in Umbria. I ginecologi parlano di una «rivoluzione copernicana». Di un «sistema più moderno e più adatto alle esigenze delle madri di oggi, garantendo un più alto standard qualitativo»

Capitolo centrale quello riferito ai parti cesarei. Troppi, secondo il ministero: il 38,4% dei parti considerati, come si legge nel documento "un valore ben al di sopra di quello raccomandato". Da notare che proprio dove ci sono meno nascite vengono effettuati più cesarei, soprattutto nel Sud e nelle isole. Una differenza tra tutte: 23,1% nel Friuli Venezia Giulia e il 61% in Campania. "Non vi sono dati a favore della tesi che questo più che diffuso ricorso al taglio cesareo - è scritto ancora nel piano - sia in qualche modo associato a miglioramenti significativi. Anzi, i numeri disponibili ci dicono proprio il contrario: la mortalità neonatale è più alta nelle regioni meridionali-insulari, dove più elevata è la percentuale di tagli cesarei».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



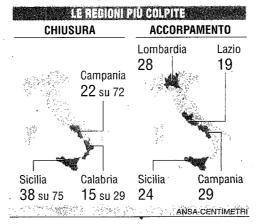
Diffusione: 202.257 Lettori: 1.346.000 Direttore: Roberto Napoletano da pag. 11

I tagli ai reparti maternità

Le novità se dovesse andare in porto la riforma del ministro della Salute Ferruccio Fazio

Meno di 500 parti l'anno Chiusura del punto nascita Meno di 1.000 parti l'anno Accorpamento del punto nascita

Chiusura di 158 punti nascita e accorpamento di 190 sui 559 totali in Italia



LA PAROLA CHIAVE TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

L'incubatrice ricrea l'ambiente ideale per un bambino nato prematuramente. Un ventilatore meccanico aiuta nella respirazione. Le incubatrici sono dotate di monitor che controllano, appunto, il respiro, l'attività cardiaca e l'ossigenazione del piccolo. Il ricovero è riservato anche a bambini che hanno subito un intervento operatorio e necessitano monitoraggio intensivo per le ore successive all'operazione.

Diffusione: n.d. Lettori: n.d. Direttore: Pierluigi Visci da pag. 14

SANITÀ I FAZIO: NON SARANNO CHIUSI SUBITO, MA SONO REPARTI INADEGUATI

«Punti nascita, 158 a rischio di stop»

QUALITÀ PIÙ ELEVATA Nel mirino le maternità con meno di 500 parti all'anno I ginecologi sono d'accordo

DISCO ROSSO per il 30% dei reparti di maternità in Italia: potrebbero chiudere se andrà in porto la riforma del ministro della Salute Ferruccio Fazio. E' previsto, infatti, lo stop dei punti nascita con meno di 500 parti all'anno e l'accorpamento di quelli con meno di mille nascite l'anno. Si profila, quindi, la fine dell'attività per 158 punti nascita su 559. Dopo un'estate costellata da drammi in sala parto Fazio ha deciso «di far diventare questo tema una priorità». Con il documento presentato dal ministro alla Conferenza Stato-Regioni, i piccoli centri confluiranno in quelli più grandi, con più di mille parti l'anno e assistenza 24 ore su 24. Inoltre, è prevista l'incentivazione, anche economica, del parto naturale, oltre a garantire l'epidurale. Tagli più pesanti al Sud. À rischio chiusura 38 punti nascita su 75 in Sicilia, 22 su 72 in Campania, 15 su 29 in Calabria. Minore l'impatto al Nord, con 8 punti nascita su 75 sotto i 500 parti l'anno in Lombardia, 3 su 23 in Emilia Romagna e nessuno in Piemonte e Veneto. Quella che ieri è stata definita «una rivoluzione copernicana» da Giorgio

Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia, al congresso nazionale a Milano, è stata accettata dalla Sigo perché garantisce «un più alto standard qualitativo», ha detto Vittori. Oltre ai 158 reparti, a rischio chiusura anche altri 190 per accorpamenti o potenziamenti.

FAZIO a Milano, dove si svolgeva anche il congresso dell'Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri (Aogoi), ha ribadito il «bisogno di andare progressivamente a razionalizzare il problema dei parti in Italia. Ma non è che si chiude dall'oggi al domani. Però, chi manterrà strutture di questo genere entrerà in una situazione formale di inappropriatezza». Poi, Fazio si è augurato che il suo documento «venga licenziato dalla Conferenza Stato-Regioni non il 18, ma nell'appuntamento successivo, in modo che diventi un impegno delle Regioni e del governo portarlo

Donatella Barbetta



Diffusione: n.d. Lettori: n.d. Direttore: Pierluigi Visci da pag. 14

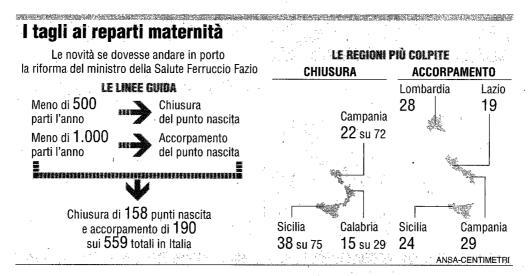


Diffusione: 75.971 Lettori: 789.000 Direttore: Virman Cusenza

da pag. 12

Sanità La riforma del ministro Fazio prevede la dismissione di 158 punti nascita su 559

A rischio chiusura il 30 per cento delle sale parto



Il piano di riordino: abolizione delle strutture con meno di 500 interventi annui. 22 in Campania

Carla Massi

ROMA. Potrebbe essere vicina la chiusura per almeno 158 sale parto su 559 che se ne contano in Italia. In queste, infatti, nascono pochi bambini ogni anno: meno di 500. Si parla, in un documento appena redatto dal ministero della Salute, di accorpamenti per almeno altre 200 sale che contano tra gli 800 e i mille interventi. Le liti tra ginecologi, gli effetti di una generale disorganizzazione sui bambini e l'alto numero di tagli cesarei hanno accelerato un processo di revisione di questi servizi «dimenticati da tempo» come denuncia la Società italiana di ginecologia e ostetricia in questi giorni riunita a Milano per il suo congresso. Proprio qui si sta disegnando la nuova strategia di nascita alla luce di questo piano di riordino. Presentato, alcuni giornifa, dal governo alla conferenza Stato-Regioni.

Tre le indicazioni base: i piccoli centri confluiranno in quelli più grandi (con più di mille parti al-l'anno), si prevedono incentivi economici per alzare il numero delle nascite naturali e, a tutte le donne, verrà garantita l'epidurale (anestesia dal bacino in giù). Questo è sulla carta. Ei tempi non sembrano essere brevissimi. Come spiega lo stesso ministro Ferruccio Fazio: «C'è bisogno di razionalizzare i punti na-

scita. Manonè che si chiude dall'oggi al domani. Comunque, chi continuerà a mantenere strutture con vecchi parametri entrerà in una situazione formale di inappropriatezza». «Ricordiamo che i centri con meno di 500 parti sono generalmente pri-

vi di copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologica e medico-pediatrica attiva 24 ore su 24 - aggiunge il ministro -. E

sono ancora il 30% del totale». Un numero ancora troppo basso anche per le terapie intensive neonatali. Entro la fine di novembre la Regioni dovrebbero dare la loro risposta. Un caso che preoccupa è il Molise. Qui, infatti, tutti e 5 i suoi punti nascita sono sotto i mille parti all'anno. L'indicazione di Fazio: accorpare come è già stato fatto in Abruzzo e in altre parti d'Italia. Dovranno lavorare parecchio in Campania, dove le sale parto arischio chiusura sono 51. Epoi 62 in Sicilia (ben 38 sotto i 500 partil'anno) e 28 nel Lazio. Mentre se ne contano 10 in Toscana e in Abruzzo, 5 in Piemonte e 3 in Umbria. I ginecologi parlano di una «rivoluzione copernicana». Di un «sistema più moderno e più adatto alle esigenze delle madri di oggi».

Capitolo centrale quello riferito ai parti cesarei. Troppi: il 38,4% dei parti considerati, come si legge nel documento: «un valore ben al disopra di quello raccomandato». Da notare che proprio dove ci sono meno nascite vengono effettuati più cesarei, soprattutto nel Sud e nelle isole.

Una differenza tra tutte: 23,1% nel Friuli Venezia Giulia e il 61% in Campania. «Non vi sono dati a favore della tesi che questo più che diffuso ricorso al taglio cesareo sia in qualche modo associato a miglioramenti significativi. Anzi, i numeri disponibili ci dicono proprio il contrario: la mortalità neonatale è più alta nelle regioni meridionali-insulari, dove più elevata è la percentuale di tagli cesarei».



Lettori: n.d.

Direttore: Ferruccio de Bortoli

da pag. 29

La ricerca II «think tank di Barilla» ha scoperto i meriti ecologici della nostra alimentazione tradizionale

Sostenibilità Il cibo sano? Fa bene al pianeta

La dieta mediterranea è salutare anche per l'ambiente: richiede meno consumo di terra ed energia Ma il deficit nutrizionale vale anche per l'Italia: ognuno di noi brucia 4,2 ettari e ne produce uno

D! ROBERTA SCAGLIARINI

na tazza di latte, cinque fette biscottate e un frutto: 3 metri quadrati. Un piatto di spaghetti, una porzione di coniglio alle olive e un'insalata: 21 metri quadri. Un vasetto di yogurt: 2 metri quadri. Gli ingredienti sono quelli tipici della cucina mediterranea ma il loro equivalente non è espresso in calorie come in tutte le diete bensì in spazio verde consumato. Boschi, prati, fiumi, pascoli, che servono per produrre ciascuno dei pasti proposti nell'originale menù ecologi-

Immagine

A prima vista potrebbe sembrare una dieta nuova, alternativa a quelle tipicamente salutiste incubo dei golosi, ma approfondendo l'argomento si scopre che non è così: quello che fa bene al pianeta fa bene anche alla salute. Lo studio è del Barilla Center for Food and Nutrition, il laboratorio sulla nutrizione del gruppo emiliano primo produttore mondiale di pasta, che lo ha elaborato a partire dalle conoscenze scientifiche sulla dieta mediterranea. Il risultato è sintetizzato nell'immagine della doppia piramide: una a testa in su, l'altra a testa in giù. Da una parte la classica piramide alimentare, quella che ha cominciato a circolare vent'anni fa a partire dagli studi del dietologo americano Ancel Keys, per far capire in modo semplice e chiaro le funzioni nutritive dei vari alimenti e le quantità in cui è consigliabile consumarli. In sostanza quel triangolo a strisce colorate con i disegnini della frutta e della verdura in basso e la carne e i dolci al vertice che siamo abituati a vedere nelle farmacie, negli ambulatori o nelle mense. Gli alcolici non sono previsti nella dieta mediterranea perché non hanno valore nutritivo.

Ma la novita e il contributo del Barilla Center e nell'altro disegno, la priamide rovesciata a testa in giù che mette in fila gli alimenti secondo la scala delle loro tracce ambientali ed

evidenzia la relazione diretta con i benefici per l'organismo. Per arrivare ad elaborare questo disegno-bussola gli esperti del think tank di Parma si sono ispirati da un lato ad una serie di studi e pubblicazioni scientifiche, dall'altro al contributo dell'austriaco Mathias Wackernagel, presidente del Global Footprint Network, la rete di istituti di ricerca, scienziati e associazioni ambientaliste che ha elaborato il concetto di impronta (footprint) ambientale e che ogni anno misura la salute del pianeta. «Ogni allevatore sa quanto pascolo è necessario per sostenere i capi del suo bestiame - spiega Wackernagel -. Come l'allevatore anche noi dobbiamo chiederci quanta bio-capacità abbiamo, cioè quanto terreno biologicamente produttivo è disponibile per sostenere le nostre economie. La maggior parte dei paesi consuma risorse più rapidamente di quanto il proprio ecosistema riesca a ricostruirne».

Anche l'Italia, secondo il docente, rientra in pieno in questo contesto di paesi consumatori: la penisola ha un impronta ecologica pro capite di 4,2 ettari globali, ma ha una bio capacità che è solo di un ettaro pro capite. «Il che significa prosegue Wackernagel - che siccome ciascun italiano consuma più di 40 mila metri di terreno per produrre fibre e cibo e per assorbire i propri rifiuti si porta dietro un deficit energetico di 30 mila ettari quadrati».

La sostenibilità, secondo il leader del Footprint Network, «sta diventando la sfida principale per assicurare le vite produttive su questo pianeta, anche se ancora non ha un ruolo centrale nelle decisioni collettive». A raccomandare per prima che la scelta dei cibi tenga conto della sostenibilità è stata, nel 2009, la presidenza svedese di turno dell'Unione Europea.

Sfida

E il think tank Barilla ha dato il suo contributo a questa tendenza elaborando la sua piramide rovesciata. dove ogni livello corrisponde ad un impatto ambientale, cioè ad una impronta ecologica, misurata scientificamente. Vicini al vertice gli alimenti più naturali come la frutta che lascia un impronta di soli 3 metri quadri al chilo, gli ortaggi, il pane le pa-tate. e poi sopra l'olio la pasta le uova, fino alla base rovesciata che fa da cima dove invece c'è la carne rossa bovina che consuma, prima di arrivare sui nostri piatti, fino a 105 metri quadri di ambiente tra terreno dal coltivare, pascoli, energia, fertilizzanti etc.

Le due piramidi, una a fianco all'altra, mostrano che gli alimenti tipici della dieta mediterranea sono anche quelli meno invasivi per l'ambiente. E, con buona pace dei golosi, il menu settimanale proposto dal Barilla center, che prevede un impronta ambientale giornaliera di un massimo di una quarantina di metri, non abbonda in grassi e zuccheri e non supera le 2.300 calorie al giorno.



Corrier conomia

Diffusione: n.d. Lettori: n.d. Direttore: Ferruccio de Bortoli da



da pag. 28

La salute, lo studio

C'è troppo sale a tavola: allarme in Campania

Record nazionale: il consumo è di 13 grammi al giorno L'Oms: non bisogna superare i 5

Emanuela Sorrentino

È degli uomini campani il triste primato di assidui consumatori di sale. Secondo uno studio effettuato su oltre mille soggetti adulti, il consumo di sale è di 13 grammi al giorno contro i 10/12 della media, seppur elevata, registrata a livello nazionale. In Campania la saliera a tavola non manca mai. Che si mangi a casa o fuori la situazione non cambia. Anzi. E allora non si fa fatica a capire perché la più classica immagine di Napoli, il profilo del Vesuvio ma realizzato di sale, faccia bella mostra sul sito www.menosalepiusalute.it con la frase «'O sale mio» che campeggia in home page. Pochi mesi fa la prestigiosa rivista «British Medical Journal» riportava i dati di uno studio condotto da due centri di eccel-

I rischi Sono in aumento i casi di ictus e patologie cardiovascolari Il ruolo della prevenzione lenza della Società Europea di Ipertensione: quello di Napoli coordinato dal professor Pasquale Strazzullo presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università Federico II e quello attivo all'Università di Warwick, in Gran Bretagna. In pratica attraverso le

analisi realizzate in Europa, Asia e Stati Uniti è emersa una associazione diretta tra elevato consumo di sale e rischio di ictus e patologie cardiovascolari. In Italia la situazione è preoccupante: in media si consumano 10/12 grammi di sale al giorno e solo le donne riescono a fermarsi a 9

grammi. A Napoli e in Campania, secondo i dati in possesso dei centri di ricerca, si va ben oltre questo consumo. Lo slogan «Meno sale più salute» è quindi una raccomandazione di specialisti e medici di famiglia. L'associazione Arfacid Onlus, che si occupa di promozione degli studi sul cancro, invecchiamento e malattie degenerative organizza per domani a partire dalle ore 15 nell'aula magna della Federico II in via Partenope un convegno finalizzato alla riduzione del consumo di sale in Campania, con gli interventi di docenti, medici e addetti ai lavori che discuteranno delle ricadute dell'abuso alimentare di sale sulla salute umana. Interverranno, oltre ai professori Pasquale Strazzullo e Bruno Trimarco responsabili del centro di eccellenza partenopeo, il professor Ferruccio Galletti, presidente della sezione campana della Società di Ipertensione, e il professor Donato Greco, epidemiologo dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma. Si parlerà di sodio negli alimenti con gli interventi del professor Luca Scalfi e della dottoressa Annunziata Salvati, responsabile della qualità della Sodexo. Su pane e sale discuteranno il dottor Saverio Petrocelli e il dottor Claudio Conti, presidente dell'Associazione Nazionale dei Panificatori. Spazio poi alle erbe aromatiche in una cucina di «qualità» a basso contenuto di sale, con l'intervento della dietologa Elena Ponzi e

La lotta al consumo di sale ha però imboccato con decisione la strada. Tra le iniziative prese dalle associazioni di categoria come i panificatori c'è il protocollo di intesa con il Ministero secondo cui ci sarà una riduzione graduale del sale nel pane e nei prodotti da forno. Entro il 2011 si punta ad ottenere una diminuzione del 10-15% che dovrà essere certificata.

la visita all'esposizione delle varietà più

usate nella dieta mediterranea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Le cifre



CONSUMO MEDIO DI SALE IN ITALIA

10-12 grammi al giorno



SALE UOMINI. IN CAMPANIA

13 grammi al giorno (studio effettuato su oltre 1.000 soggetti)



PARAMETRI DELL'ORGANIZZAZIONE **MONDIALE SANITÀ**

non superare i 5 grammi al giorno



DANNI **DELL'IPERTENSIONE** (DATO NAZIONALE)



62% infarti



49% malattie coronariche



INIZIATIVE **FUTURE**

diminuzione del sale nel pane e nei prodotti da forno (-10,15% entro il 2011)

Centimetri.it

Diffusione: 300.578 Lettori: 1.908.000 Direttore: Mario Calabresi

Londra in guerra contro l'obesità: McDonald's, aiutaci

I governi si mobilitano per la salute dei cittadini

I CASO
ELENALISA
TORINO

iffusa e pericolosa. E spesso banalizzata. Chi ha qualche chilo in più, e si aggira tra gli scaffali di un supermercato, anziché preoccupare fa sorridere. Invece l'obesità è l'epidemia del terzo millennio, e i governi, ognuno a suo modo, tentano di combatterla.

Racconta il Guardian che in Inghilterra si discute sulla scelta del dipartimento della Salute di «stimolare» a un'inversione di rotta le multinadell'alimentazione zionali «fast», quelle accusate di ingolosire e fare ingrassare: McDonald's, Kellogg's, Pepsi e «Kfc», una catena che non sforna hamburger, ma pollo fritto all'istante. Ciò che il governo britannico pretende è che queste macroaziende s'impegnino a produrre pietanze sane, gustose quanto e più quelle cariche di grassi e zuccheri, e allo stesso tempo garantiscano un prezzo equo, concorrenziale ad hamburger con salsa, patatine, bibite gassate e fiocchi di riso ricoperti di glassa. I «duri e puri», messi a tutela della salute, ritengono addirittura sia giunta l'ora di introdurre il «terror-monito»: «questo alimento nuoce gravemente alla salute».

Già, perché l'obesità o sindrome metabolica, è sì sinonimo di «patologia», ma, gli Stati, non senza cinismo, valutano soprattutto quanto questa incida nella spesa sanitaria pubblica. Secondo l'Osm, l'organizzazione mondiale di sanità, ci sono Paesi - in Europa, la Spagna e l'Italia sono in te-

sta - in cui le malattie legate all'obesità rappresentano l'1% del Pil e il 6% dei costi sanitari diretti per la cura di ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, e problemi respiratori. A questi si aggiungono i costi indiretti: meno giorni al lavoro, poca resa a scuola, difficoltà di relazione, depressione e ansia. E in

Italia che si fa per batterla? Domenico Brisigotti, direttore dei prodotti a marchio Coop

dice: «Le azioni per prevenire la sindrome metabolica esistono, e molte sono efficaci, anche se non tutte coordinate. Noi, ad esempio, una rivoluzione sull'etichetta la stiamo

già facendo. Sulle confezioni scriviamo i valori nutrizionali e quanto movimento serva per smaltire le calorie». Mangi una barretta di cioccolato? Per una settimana scale a piedi. Cento grammi di spaghetti? Prepara-

ti a venti minuti di corsa. Un modo per acquistare consapevolezza su ciò che ingurgitiamo e, perche no, sugli

effetti che un'alimentazione senza regole ha sui bilanci delle casse regionali.

Alexis Malavazos, nutrizionista, è a capo del progetto Eat
(educazione alimentare teenager) promosso dall'ospedale
San Donato, a Milano, e spiega:
«La collaborazione con il ministero della Salute è buona, il nostro compito è parlare con i ragazzi, informarli. Ciò che da noi
manca, però, è una spinta ulteriore: perché ad
esempio non pensiamo a lezioni di
educazione ali-

mentare che prevedano un voto in pagella?».

Gli studenti potrebbero coinvolgere i genitori e creare così, a casa, un circuito virtuoso. Non a caso l'impegno della First Lady americana è rivolto soprattutto alle nuove generazioni: Michelle Obama gira per le scuole e spiega loro i danni provocati da una vita sedentaria a base di cibo spazzatura. Nella patria della «dieta mediterranea» pare che ad aver bisogno di spiegazioni siano so-

prattutto gli adulti: «Bisogna fare di più - dice Agostino Macri dell'Associazione nazionale consumatori - i gran-

di nemmeno sanno a cosa corrispondono le calorie: si nutrono di barrette light senza sapere che mangiarne due è come pranzare con un piatto di pasta abbondante e ben condito».

«NUOCE ALLA SALUTE»

I duri e puri invocano etichette d'allarme copiate dalle sigarette

L'OMS DENUNCIA

Il sovrappeso incide sul 6% dei costi sanitari in Spagna e in Italia

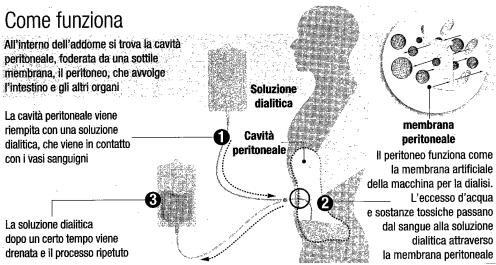


Diffusione: 539.224 Lettori: 2.725.000 Direttore: Ferruccio de Bortoli da pag. 54

Insufficienza renale L'alternativa all'emodialisi ospedaliera dà più autonomia e costa meno

Dialisi: a casa la fanno in pochi

Troppo carente l'informazione sull'opzione «peritoneale»



A prima vista la scelta sembra ovvia: piuttosto che andare tre volte la settimana in ospedale e restare legati per 4 ore a una macchina che depura il sangue da tutte le scorie che vi si sono accumulate, meglio fare la dialisi a casa propria, sfruttando le capacità di filtro del peritoneo. Invece, pur informati di questa opportunità, la maggior parte di chi ha un'insufficienza renale cronica preferisce sempre più la dialisi «tradizionale».

Lo dice un'indagine americana pubblicata su Archives of Internal Medicine: a 6 malati su 10 di quelli intervistati era stata prospettata, nel momento in cui i loro reni avevano smesso di funzionare a dovere, l'opzione della dialisi peritoneale, ma alla fine solo il 10,9% di questi l'ha praticata. Una frazione in netta discesa rispetto ai primi anni Ottanta, quando, sempre negli Usa, la utilizzava il 17% dei dializzati, per quanto quelli a cui allora veniva proposta fossero, in proporzione, meno della metà rispetto ad oggi.

«Ripetere la procedura 4 volte al giorno può essere complicato, soprattutto per gli anziani, che spesso sono diabetici e hanno anche problemi di vista» spiega Giuseppe Remuzzi, primario dell' Unità operativa di nefrologia e dialisi degli Ospedali Riuniti di Bergamo. «La versione automatizzata, che effettua gli scambi durante la notte, ri-

chiede una macchina accanto al letto, che talvolta può disturbare il sonno. I più giovani, poi, accettano malvolentieri la presenza fissa di un tubicino nella pancia».

Dal punto di vista medico, secondo un altro studio, l'emodialisi in ospedale e la dialisi peritoneale a casa propria sarebbero però ugualmente sicure ed efficaci. «I risultati possono essere falsati dal fatto che la dialisi peritoneale è di solito scelta per i malati più giovani e in migliori condizioni generali — pre-cisa Remuzzi —. L'esperienza clinica invece mostra che, in realtà, la procedura provoca spesso peritoniti, blocchi intestinali e infezioni anche letali». D'altra parte questo tipo di cura, che comunque non si può proseguire per più di 5 o 6 anni, presenta però anche parecchi vantaggi: consente ai più giovani di continuare a lavorare regolarmente, permette agli anziani di non dover uscire da casa propria.

«È vero che occorre un certo grado di autonomia o la collaborazione dei familiari, ma anche una badante può essere addestrata» interviene Claudio Ronco, responsabile della Divisione di nefrologia, dialisi e trapianto renale di Vicenza, il cui Centro di dialisi peritoneale, con un centinaio di pazienti seguiti a casa loro, è il maggiore di Italia e di Europa. «Se nel nostro centro il

tasso dei dializzati a casa e del 40% significa che i pazienti, se si sentono sostenuti da una struttura organizzata e competente, scelgono volentieri la deospedalizzazione».

La dialisi peritoneale costa anche molto meno: «Un'Asl che riuscisse ad applicarla su 20 malati risparmiarebbe circa 500 mila euro l'anno» sostiene l'esperto vicentino, che assicura: «Le vere controindicazioni sono pochissime, per esempio il fatto di aver subito in passato importanti interventi chirurgici all'addome. Per il resto, si tratta di individuare le difficoltà logistiche e cercare di superarle».

A Vicenza aiuta la sicurezza di poter ricevere assistenza in qualunque momento, 24 ore su 24, ogni giorno, da parte di un centro dedicato. «Sta per partire poi un progetto di telemedicina — aggiunge Ronco - per controllare a distanza che la procedura seguita sia quella giusta o che l'uscita del catetere non si stia infettando». «In ogni ca-so è fondamentale che il malato sia informato e, quando ce ne sono le condizioni cliniche, che sia messo in condizione di poter scegliere» conclude Remuzzi

Roberta Villa

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Diffusione: 184.776 Lettori: 705.000 Direttore: Alessandro Sallusti da pag. 35

MOLTI I BIMBI

Oltre tre milioni di italiani sono colpiti da forme asmatiche

Luisa Romagnoni

Aumentano le malattie respiratorie, aumentano i casi di asma sempre più tra le persone anziane, ma soprattutto tra i bambini. Basti pensare che nel 2020, un bimbo su due soffrirà di rinite allergica (il maggior fattore predittivo della patologia asmatica). Adesso la malattia che provoca il respiro corto (e che in Italia riguarda circa 3milioni di persone), nella sua forma lieve e moderata, coinvolgerebbe anche una nuova generazione di pazienti: quella dei trenta-quarantenni. Pazienti che, secondo una survey di Doxapharma, nella grande maggioranza dei casi, si curano solo al bisogno e si aspettano da un farmaco un aiuto nel conciliare le esigenze di una terapia, con quelle di un ritmo di vita sempre più incalzante. Una ri-

chiesta, quest' ultima che oggi trova rispostain una molecola, il mometasone furoato in un nuovo erogatore, disponibile in Italia, prescrivibile dal medico di medicina generale e rimborsabile dal SSN.

«La nuova veste dimometasone furoato, in monosomministrazione con il nuovo erogatore - afferma Giorgio Walter Canonica, direttore della clinica di malattie infettive dell'apparato respiratorio e allergologia dell'università di Genova-

è una grande novità perché si uniscono l'efficacia e la sicurezza, ormai comprovata di questo steroide inalatorio, con una serie di strumenti ed accorgimenti che consentono maggiore aderenza alla terapia».

Grazie al sapore che permette al paziente di avere la certezza dell'assunzione della dose, al contatore che rende possibile tenere sotto controllo la quantità di farmaco ancora a disposizione, non richiedendo né il distanziatore né altri strumenti diversi da quelli già forniti nella confezione, il farmaco anti-asma di Schering-Plough -Msd è comodo ed ha semplicità d'uso: in sostanza il paziente deve svitare il tappo, inalare e riavvitarlo.

«Piùil device è semplice, minori saranno gli errori nell'assunzione del farmaco», afferma Canonica, precisando che: «l'aderenza alla terapia è il grande ostacolo che i pazienti innalzano davanti a sé senza rendersene conto. Tendono a saltare la dose, a dimenticarsene più volte al giorno. L'asma è una malattia infiammatoria delle vie aeree e come tutte le infiammazioni può crescere se si cura solo il sintomo». Questa molecola ha un ulteriore vantaggio rispetto a molecole analoghe. «Rimane in circolo solo una scarsa quantità di principio attivo e quindigli effetti collaterali sono effettivamente molto bassi», ricorda Germano Bettoncelli, medico di medicina generale a Brescia.



Diffusione: 539.224 Lettori: 2.725.000 Direttore: Ferruccio de Bortoli da pag. 53

Bravi medici e decisioni difficili

di Giuseppe Remuzzi

ei dottori degli ospedali si parla se fanno qualcosa di straordinario o se sbagliano. Quasi mai per quello che succede tutti i giorni. E meno ancora per quello che succede nelle unità di cura intensiva.

Lo ha fatto la rivista medica britannica The Lancet con una serie di articoli. E con un editoriale fin troppo esplicito: «Dove stiamo andando? Cerchiamo di occuparcene — di chi ha bisogno di cure intensive — e di farlo presto se no questi ammalati da noi faranno saltare il budget per la salute e nei Paesi emergenti non ci sarà più posto nei cimiteri». Ci vorrebbero competenze particolari (ma non ci sono scuole che formino dottori di cure intensive, da nessuna parte). E ci si deve organizzare in modo da riconoscere chi avrà bisogno di cure intensive e occuparsene per tempo, prima che sia tardi. È un forte richiamo a cambiare l'organizzazione degli ospedali, dappertutto e anche da noi.

Di quello che succede nelle nostre terapie intensive un po' c'è nel saggio "Scelte sulla vita" di Guido Bertolini. «Ci sono delle volte che vado via sfatto da questo posto; cerco di non pensarci, ma me lo trascino dietro: non riesco a parlarne a casa, ogni sabato sera che sono di turno, ogni 118 che esce, penso sempre che sia mio figlio che viene qua». Il libro è pieno di numeri: quanti si ricoverano, quanti guariscono, quanti muoiono, quando e perché si sospendono le cure e chi decide, e se sono coinvolti i familiari. E di storie: storie di tante notti, di quando si è troppo stanchi, di quando c'è troppo silenzio e hai paura di decidere. «Vorrei tornare studente, con qualcuno che decide per me». Certe volte è più facile non decidere. Ma non decidere in terapia intensiva è come decidere di non trattare quello che viene dopo, una bambina con la meningite o un ragazzo che ha avuto un incidente in moto, per esempio. Le disposizioni di fine vita ce le hanno in pochi, per gli altri decidono i familiari, o il medico. «Cerchiamo di garantire una fine dignitosa, ma a volte garantiamo una cattiva fine». E i familiari il più delle volte non capiscono che cosa sta succedendo.

Succede tutto troppo in fretta «noi cerchiamo di far partecipare i familiari, però non si vorrebbe neanche caricarli di cose che in quel momento non sono in grado di affrontare». Ma non è sempre così. Michael De Bakey ha insegnato a tutti i cardiochirurghi del mondo a riparare l'aorta se si rompe. Quando è successo a lui — a 97 anni — non si trovava nessuno che volesse operarlo.

Senza chirurgia De Bakey sarebbe morto. Chiedono al comitato etico, ma quelli non sanno che pesci prendere. Così nessuno decide. Ma la moglie insiste. Alla fine un chirurgo si trova. «Sono felice che l'abbiano fatto» ha detto poi a proposito dei chirurghi che alla fine hanno accettato di operarlo. Il bello è che nemmeno si ricordava di aver firmato il foglio con scritto «niente rianimazione se mi capita di essere in coma». Medici bravi e buon senso delle volte fanno meglio del testamento biologico.

B RIPRODUZIONE RISERVATA



Quotidiano Milano

Diffusione: 539.224

CORRIERE DELLA SERA

14-NOV-2010 Direttore: Ferruccio de Bortoli Lettori: 2.725.000

Sanità

Farmaci non più solo ospedalieri

Molti farmaci, finora di uso ospedaliero, potranno essere dispensati anche attraverso le farmacie territoriali. L'Aifa ha individuato, tra i medicinali di fascia H, quelli che per le loro caratteristiche possono essere assunti in ambulatorio o al domicilio (per esempio, antitumorali per via orale). Il provvedimento ridurrà il disagio di tanti assistiti con malattie gravi, costretti a recarsi in ospedale per ritirare le terapie prescritte.



da pag. 59

Medicina e filosofia

Pensare la salute e la malattia

di Mauro Dorato

nsieme al tradizionale orientamento culturale che fa coincidere il compito del filosofo della scienza nell'indagine intorno a concetti che - come teoria, spiegazione, riduzione - riguardano tutte le scienze, dobbiamo registrare anche un'altra tendenza, sempre più marcata nel recente panorama filosofico, che lascia da parte il termine "scienza" al singolare e lo declina al plurale. All'interno del grande alveo della filosofia della scienza sono quindi sorte nuove figure di studiosi, quali quelle del filosofo della matematica, della fisica, della biologia, della psicologia, dell'economia eccetera, che lavorano con metodi e linguaggi che sono molto più vicini a quelli utilizzati dagli scienziati.

Il pregevole Filosofia della medicina curato da Alessandro Pagnini si situa decisamente in questa secondatradizione, dato che intende offrire una panoramica assai ampia sui problemi fondamentali della filosofia della medicina contemporanea, che coinvolgono non solo l'etica e il diritto, ma anche la metodologia e l'epistemologia.

Le questioni filosofiche principali sollevate dalla medicina sono infatti sia teoriche sia pratiche, come è messo in luce in modo chiaro nell'esauriente introduzione del curatore, che mette giustamente in discussione la trita differenza tra spiegare (attraverso leggi) e comprendere (il singolo caso clinico) come criterio di netta separazione tra scienze naturali e scienze umane, una separazione che l'esistenza stessa della medicina sembra confutare.

Ed è proprio a causa del fatto che la medicina è al tempo stesso scienza e sapere pratico che il suo statuto filosofico è così interessante. Se le questioni etico/pratiche sono facilmente intuibili (la medicina utilizza le conoscenze scientifiche subordinandole a uno scopo fondamentale, che è il benessere fisico-psichico del paziente) meno noti sono i problemi filosofici sollevati dalla medicina che invece possiedono una dimensione teorica. Uno dei pregi di questo volume sta proprio nell'insistere su quest'ultima dimensione, che nella filosofia della medicina è altrettanto importante della prima, e che investe, per esempio, (I) l'incerto confine tra salute e malattia e i modi per tracciarlo (saggi di Federspil-Giaretta-Oprandi, e Scandellari), (II) la relazione tra i sintomi e i metodi più efficaci per generare ipotesi sulle loro cause (Benzi-Campaner) (III) la natura della diagnosi clinica (Federspil), (IV) l'universalizzabilità di singoli casi clinici (Gabbani, Campaner-Cavanna), (V) il ruolo imprescindibile (ma spesso trascurato) della statistica nella diagnosi e nella decisione medica, caratterizzate da un'inevitabile margine di incertezza (Crupi-Festa), (VI) la centralità delle nozioni di funzione e buon funzionamento nelle scienze biomediche (Marraffa), nozioni che, rimandando al concetto di norma, sono cartine al tornasole per separare i viventi dai non viventi. È quindi interessante che le questioni che riguardano la bioetica (trattate da Magni e Massarenti), la responsabilità del medico (Pelliccioli e Rabitti) e la sua deontologia (Ricciardi), non dominano in modo incontrastato tutto il volume, come spesso accade nei testi di filosofia della medicina, ma occupano solo l'ultima parte del libro (la quarta).

Nella prima parte troviamo invece riflessioni interessanti sia sullo statuto ontologico della malattia, vista come «costrutto teorico» da Federspil-Giaretta-Orlandi, sia sulla riducibilità della medicina alle scienze bio-psicologiche (Canali). Poiché la salute psicofisica è di fatto correlata positivamente al grado di benessere e di sviluppo economico, ogni tentativo di ridurre le malattie alle loro componenti molecolari/genetiche è destinato a fallire, dato che ci fa dimenticare «l'importanza di fattori ambientali, le abitudini e gli stili di vita». Il saggio di Canali mette anche in luce il fatto che la medicina risente del mutare dei paradigmi biologici: il pensiero popolazionale, che di contro all'essenzialismo sottolinea la storicità e l'unicità dei viventi, conduce naturalmente alla tesi che ogni malattia è un unicum, ovvero qualche cosa di irripetibile e variabile da individuo a individuo.

I successivi saggi di Festa-Crupi-Giaretta, e quello di Campaner-Cavanna, rispondono proprio alla sfida dell'unicità del caso clinico, mettendo in luce rispettivamente il ruolo delle inferenze e delle generalizzazioni nelle scienze biomediche, nonché la funzione essenziale degli esperimenti a doppio cieco nello smascherare "effetti placebo", spesso utilizzati per spiegare la presunta efficacia di farmaci non convenzionali (da questo punto di vista, forse un saggio esclusi-

vamente dedicato alle questioni metodologiche sollevate dalle medicine alternative sarebbe stato opportuno).

Nella seconda sezione del libro troviamo saggi di Scandellari, di Federspil sul concetto di diagnosi e, di grande interesse, un saggio di Delvecchio e Cherubini sull'errore in medicina, visto anche come conseguenza di pregiudizi di natura cognitiva, ora al centro anche della filosofia dell'economia.

La terza parte, infine, affronta opportunamente e concretamente molti dei problemi sin qui menzionati partendo dal caso della malattia mentale, con saggi di Civita (sul concetto di malattia mentale), di Di Francesco e Meini sulle patologie della coscienza nelle loro interazioni con l'identità personale e di Aragona sulla storia della psichiatria moderna (quest'ultimo saggio, con quello di Canali, ha un taglio più storico). Il lettore può immaginare come il riduzionismo debba superare un test decisivo proprio trattando la malattia mentale.

In una parola, in questo testo non c'è solo, come scherzosamente afferma Pagnini, tutto quel che avremmo voluto sapere di filosofia della medicina ma non abbiamo mai osato chiedere (15); in più, troviamo anche una conferma del fatto che la filosofia raggiunge i suoi migliori risultati quando si confronta con le singole scienze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

• «Filosofia della medicina», a cura di Alessandro Pagnini, Carocci, Roma, pagg. 584, € 42,50.



Diffusione: 539.224 Lettori: 2.725.000 Direttore: Ferruccio de Bortoli da pag. 56

Al posto dei farmaci

La ginnastica rimedio contro il male al collo

Radiografie, risonanze magnetiche, Tac. Poi antinfiammatori come se piovesse, perfino analgesici oppiacei in quantità. Tutto per venire a capo del mal di collo cronico, problema comune e fastidioso, per il quale tanti non riescono a trovare sollievo. Secondo una ricerca dell'Università del North Carolina, però, esami e farmaci sono spesso prescritti e usati a sproposito; al contrario, gli esercizi, noti per la loro efficacia, sono consigliati solo a un paziente su due.

I ricercatori, che pubblicano i loro dati su Arthritis Care and Research, hanno intervistato oltre 5300 persone, valutando gli interventi adottati per diagnosticare e curare il loro dolore cronico al collo: un dolore con limitazione della funzionalità che si era manifestato quasi ogni giorno per tre mesi, o con almeno 24 episodi gravi all'anno, che avevano comportato ogni volta uno o più giorni di limitazione delle attività.

Stando ai dati raccolti, i casi più difficili riguardano circa il 2 per cento del totale della popolazione: persone che in media soffrono di dolori da 7 anni, che hanno visto almeno 5 diversi specialisti e si sono sobbarcate oltre venti visite ambulatoriali. Tutti hanno fatto in media un paio di esami: il 45% è stato sottoposto a radiografie, uno su tre ha fatto la risonanza magnetica, uno su quattro la Tac; nell'anno precedente all'indagine, molti avevano fatto almeno un paio di radiografie senza che incidessero in maniera significativa nelle decisioni terapeutiche. «In effetti, un po' su richiesta dei pazienti, un po' per cautela dei medici, si prescrivono molti esami a chi soffre

Riabilitazione

La ginnastica è efficace, ma deve essere fatta bene e con regolarità di dolori al collo — ammette Feliciantonio Di Domenica, direttore del Dipartimento di medicina fisica e riabilitazione dell'Istituto Gaetano Pini, di Milano —. In realtà, per una corretta diagnosi, la prima cosa è una buona visita. Già così, senza esami, si può

capire se il dolore è muscolare, posturale, se dipende da una radicolite da ernia, o da altro». Lo studio americano rivela anche che la maggior parte dei pazienti fa largo uso, spesso ingiustificato, dei farmaci: il 56% prende abitualmente antinfiammatori, uno su tre utilizza regolarmente perfino gli oppioidi. Gli esercizi di riabilitazione, invece, sono proposti soltanto a metà dei pazienti, sebbene siano riconosciuti come efficaci in molte situazioni cliniche. «L'unica differenza tra il trattamento dei pazienti italiani e quello che emerge dai dati americani può riguardare l'uso di analgesici oppioidi, da noi sicuramente inferiore rispetto agli Stati Uniti — dice Di Domenica —. Per il resto tutto corrisponde: c'è un certo abuso di farmaci, spesso per iniziativa dei pazienti stessi: molti arrivano alla prima visita dopo aver già tentato di risolvere il problema da soli con un antinfiammatorio. Ed è anche vero che la ginnastica riabilitativa, molto utile soprattutto se l'origine dei dolori è muscolare o posturale, e che per questo dovrebbe essere la prima scelta, è poco praticata. Purtroppo molti preferiscono risolvere i problemi con una pastiglia, piuttosto che con l'esercizio costante: la ginnastica è efficace, ma va fatta bene e con regolarità. Anche noi abbiamo verificato che nel giro di un paio di anni solo la metà dei pazienti coinvolti in un programma di esercizi posturali e di riabilitazione per il mal di schiena continua a praticarli con regolarità».

Carlo Sartorio

@ RIPRODUZIONE RISERVATA



Diffusione: 75.971

Lettori: 789.000 Direttore: Virman Cuser

da pag. 14

Roma Dalla sperimentazione risultati confortanti

Aids, supervaccino made in Italy contro il virus Hiv

Rigenera il sistema immunitario ma i fondi pubblici sono finiti Il ministro: «Troveremo i soldi»

Emanuele Perugini

SEMBRANO essere incoraggianti i risultati del vaccino terapeutico contro l'Aids messo a punto da un gruppo di ricercatori italiani dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss). La cautela è d'obbligo anche se i primi risultati parziali pubblicati ieri notte sulla rivista Plos One inducono un certo ottimismo. Il vaccino messo a punto dal gruppo guidato da Barbara Ensoli sembra favorire la completa rigenerazione del sistema immunitario che è invece aggredito e distrutto dal virus Hiv.

La sperimentazione è in corso in 11 centri ed è stata finanziata con 13 milioni. Frutto di una ricerca che ha portato finora a 10 brevetti da parte di una struttura pubblica come l'Iss, il vaccino terapeutico agisce colpendo la proteina Tat, all'interno del virus Hiv: è il motore che gli permette di replicarsi e diffondersi nell'organismo. «Abbiamo visto che il vaccino arriva dove i farmaci si fermano», ha spiegato la ricercatrice. I farmaci antiretrovirali riducono infatti il numero delle particelle di virus in circola-

zione, ma non riescono ad azzerarle. Il virus continua ad essere presente e si rifugia in «santuari», costringendo il sistema immunitario ad un continuo stato di allerta. Il risultato è una vera e propria sindrome dando problemi cardiovascolari, epatici, renali. «Il vaccino - ha detto ancora Ensoli - sembra riportare il sistema immunitario verso uno stato di equilibrio».

L'obiettivo è arrivare a vaccinare 160 volontari. Al momento i risultati sono stati ricavati da un campione di 87 pazienti con età compresa tra i 18 e i 58 anni che sono sottoposti alla normale terapia antiretrovirale. «Abbiamo deciso di pubblicare adesso perchè abbiamo ottenuto in tempi molto rapidi risultati statisticamente significativi: vederli è stata un'emozione» ha detto Ensoli. «A 48 settimane dalla somministrazione del vaccino i parametri continuano a migliorare, sembra che riusciamo a bloccare il danno».

Per il presidente dell'Iss, Enrico Garaci, i risultati appena pubblicati «ci danno ragione degli sforzi compiuti» e «confermano il modello di ricerca dal bancone del laboratorio al letto del paziente». Per completare la sperimentazione servono adesso altri fondi e l'appello è rivolto tanto al pubblico quanto a strutture private. Il ministro della Salute Fernuccio Fazio si è detto certo: i soldi, ha detto, «in un modo o nell'altro si troveranno».

Sono oltre tredici anni che Barbara Ensoli insegue questo obiettivo ora, forse, a portata di mano. La sua intuizione è stata quella di lavorare su una specifica proteina, la Tat. Una scelta un po' controcorrente, che lo stesso Robert Gallo, lo scienziato che ha isolato per primo il virus dell'Hiv, aveva spiegato di consi-

derare poco efficace. «Ora invece – ha spiegato Ensoli – anche negli Stati Uniti si sono convinti a lavorare su questa strada». Ad invitare alla cautela, l'immunologo Ferdinando Aiuti. «Raccomando estrema cautela sull'interpretazione dei risultati preliminari che sembrerebbero indicare effetti indiretti sul sistema immunitario», ha detto Aiuti.

Lo staff
L'Istituto
superiore
della Sanità
ha in cura
87 pazienti
con ottimi



da pag. 14

Diffusione: 75.971 Lettori: 789.000 Direttore: Virman Cusenza

Come funziona il vaccino anti-Aids

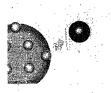


LE TAT

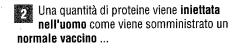
Il virus dell'Hiv contiene delle proteine, chiamate TAT (Trans-Activating Transduction)

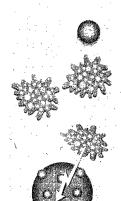


Quando il virus si prepara ad **entrare in una cellula** per infettarla, le TAT **aprono la strada** paralizzando le **cellule immunitarie** e impedendo all'organismo di difendersi



IL VACCINO
In laboratorio le TAT vengono estratte dal virus:
in piccole dosi sono in grado di scatenare la difesa
immunitaria dell'organismo in cui vengono iniettate





... e, proprio come gli altri vaccini, le proteine inducono nel sangue la formazione di anticorpi

In un soggetto vaccinato e successivamente contagiato, l'organismo riconosce subito le proteine e la sua risposta immunitaria è più efficace e può sconfiggere l'Hiv

ANSA-CENTIMETRI

Diffusione: 291.405

Lettori: 1.085.000

da pag. 33

Ricerca. Sistema immunitario rigenerato

Vaccino anti-Aids, l'Italia fa centro

Manuela Perrone

Rigenera il sistema immunitario dei sieropositivi e lo riporta verso la normalità, rafforzando l'effetto delle terapie antiretrovirali. Sono promettenti i risultati del vaccino terapeutico anti-Aids messo a punto dal team di Barbara Ensoli all'Istituto superiore di sanità. Uno studio appena pubblicato sulla rivista Plos One illustra i primi esiti della sperimentazione di fase 2 ottenuti su 87 pazienti a 48 settimane dalla somministrazione del vaccino. Il test si concluderà quando tutti i 160 soggetti previsti saranno arruolati. «Ma i risultati sono stati talmente rapidi ed entusiasmanti - spiega Ensoli da spingerci a pubblicare i dati».

Il vaccino - "nato" da quasi 15 anni e in corso di sperimentazione in 11 centri clinici di sei regioni, tra cui il San Raffaele di Milano e il San Gallicano di Roma agisce contro la proteina Tat, centrale nella replicazione del virus Hiv, ed è stato inoculato mensilmente per via intradermica a due dosaggi (7,5 o 30 microgrammi) per tre o cinque volte in pazienti curati efficacemente con terapia antiretrovirale. «I farmaci non bloccano l'immunoattivazione, lo stato di allarme continuo del sistema immunitario, perché Tat continua a essere prodotto e quindi non riescono a ristabilire l'omeostasi del sistema immunitario», dice Ensoli. «Per questo i pazienti finiscono per manifestare problemi cardiovascolari, renali e cerebrali in un quadro di invecchiamento precoce». Il segreto del vaccino sta qui: bloccando l'azione di Tat, «arriva dove i farmaci non arrivano». Lo dimostra il confronto tra gli 87 pazienti vaccinati e 88 persone curate con la sola terapia antiretrovirale. I primi stanno meglio: hanno presentato un significativo aumento delle cellule TCD4+e dei linfociti B, componenti essenziali del sistema immunitario.

È comunque presto per il trionfalismo. La sperimentazione ha provato che il vaccino è sicuro e che aiuta i farmaci a funzionare meglio. Ma non sappiamo se in futuro potrà diventare sostitutivo della terapia né se può avere un effetto preventivo neisani. «Per ora è urgente completare la fase 2, passando dagli attuali 128 pazienti arruolati a 160», osserva Ensoli. «E bisogna trovare i fondi: abbiamo ricevuto dal ministero della Salute 13 milioni sui 21 necessari». Mani tese dal ministro Ferruccio Fazio, fiero del «risultato tutto italiano»: «In un modo o nell'altro i finanziamenti si troveranno,

LE REAZIONI

Fazio: «Risultato importante troveremo i finanziamenti nell'interesse dei malati» Per l'immunologo Aiuti serve estrema cautela

nell'interesse dei malati». Voce fuori dal coro l'immunologo Fernando Aiuti, che raccomanda invece «estrema cautela», anche nell'investimento.

Il vaccino Tat ha però un valore aggiunto. «È un modello perfetto di ricerca traslazionale pubblica, cominciata dal laboratorio per arrivare al letto del paziente», afferma Enrico Garaci, presidente Iss. «L'Istituto ha protetto la proprietà intellettuale registrando dieci brevetti». Ciò non esclude la futura partecipazione dell'industria, anzi. «Siamo aperti a ogni collaborazione», precisa Ensoli: «L'ideale sarebbe lavorare tutti insieme».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

福福科学学院的高级研究的思维的 I PIÙ LETTI

www.ilsole24ore.com

- Apple Tv sbarca in Italia
- L'energia solare in Vaticano
- L'email avvisa l'automobilista



Diffusione: 184.776

13-NOV-2010 da pag. 19

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Un vaccino tutto italiano capace di combattere l'Aids

Trovata una terapia in grado di colpire al cuore l'infezione. Gli scienziati: «Sembra proprio che riusciamo a bloccare il danno»

Ècominciata 13 anni fa la ricerca sul vaccino terapeutico italiano contro l'Aids guidata dall'Istituto Superiore di Sanità. Findall'inizio i ricercatori, coordinati da Barbara Ensoli, hanno scelto di colpire il virus Hiv al cuore, mirando alla proteina chiamata Tat, che è il motore della replicazione. Adesso, ha detto la ricercatrice, «sembra che riusciamo a bloccare il danno». I risultati appena pubblicati sulla rivista *Plos One* riguardano la seconda fase della sperimentazione, non ancora conclusa. Coinvolgono 87 pazienti, dei 128 inizialmente previsti nello studio e ora aumentati a 160. Sono stati reclutati in 11 centri di sei regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Puglia); alcuni di essi hanno ricevuto il vaccino tre volte in un mese e altri cinque volte, alcuni a dosi di 7,5 microgrammi e altri di 30. «Abbiamo deciso di pubblicare ora perché i risultati sono stati così rapidi e sono tutti statisticamente significativi già con numeri bassi», ha detto Ensoli. «È stata un'emozione», ha aggiunto. Il via libera alla pubblicazione è arrivato dai tre comitati internazionali che supervisionano il programma. Un risultato che per il presidente dell'Iss, Enrico Garaci, è un passo verso la medicina traslazionale, ossia nella capacità di trasferire i risultati dal bancone del laboratorio al letto del paziente. Sono una garanzia in questo senso anche i 10 brevetti registrati dall'Istituto fin dall'inizio della ricerca. La fase 2 della sperimentazione è costata 13 miliardi (su 21 promessi) in tre anni: «sono tutti fondi pubblici, assegnati dal ministero della <u>Salute</u>», ha osservato Garaci, ed oggi il ministro del-<u>la Salute, Ferruccio Fazio,</u> non ha escluso la possibilità di ulteriori finanziamenti. «Abbiamo visto che il vaccino arriva dove i farmaci si fermano», ha spiegato Ensoli. I far-

maci antiretrovirali riducono infatti il numero delle particelle di virus in circolazione, ma non riescono ad azzerarle. Il virus continua ad essere presente e si rifugia in «santuari», costringendo il sistema immunitario ad un continuo stato di allerta. In questo modo si induce uno stato chiamato «immunostimolazione», che comporta problemi a sistema cardiovascolare, fegato e reni. «Il vaccino sembra riportare il sistema immunitario verso l'equilibrio». Per l'infettivologo Adriano Lazzarin, del San Raffaele di Milano (uno degli 11 centri coinvolti nella sperimentazione) «la guerra nucleare al virus Hiv è cominciata adesso perché soltanto ora il virus integrale è diventato un bersaglio», ha osservato riferendosi al fatto che la proteina Tatè «il bersaglio scelto per controllare l'infezione». Per Ensoli lo testimonia il fatto che gli Stati Uniti hanno deciso di stanziare 54 mi-

lioni di dollari per la ricerca sui geni regolatori del virus Hiv e che «il 90 per cento di questi fondi sono destinati alla ricerca sulla proteina Tat». Per Lazzarin non c'è dubbio che «l'obiettivo finale è sostituire la terapia antiretrovirale Haart con il vaccino, anche se questo non accadrà certamente domani». «Accogliamo con soddisfazione la notizia del successo della sperimentazione del vaccino terapeutico anti Aids», italiano e pubblico. Lo dice Massimiliano Dona, segretario generale dell'Unione nazionale consumatori (Unc), commentando i risultati positivi. «È un notevole passo avanti nella lotta al virus dell'Hiv -prosegue Donache ci inorgoglisce maggiormente perché, oltre ad essere un successo italiano, è il risultato di uno sforzo tutto pubblico compiuto dagli esperti dell'Istituto superiore di Sanità con il sostegno del ministero della Salute».



Diffusione: 75.971

Lettori: 789.000 Direttore: Virman Cuse

da pag. 15

Sicurezza Scattata dalla mezzanotte la legge: 1200 euro di multa a chi non si adegua

Etilometro, obbligo nei locali

Chi chiude prima delle 24 o non vende alcolici è esentato dall'acquisto

Luciano Pignataro

L'etilometro dall'auto al locale pubblico. Quello che alcuni avevano già introdotto come forma di cortesia al cliente è obbligatorio per legge dalla scorsa mezzanotte.

Infatti i titolari di esercizi pubblici e locali di intrattenimento di tutta Italia che restano aperti oltre la mezzanotte dovranno dotarsi, all'uscita, di un apparecchio di rilevazione del tasso alcolemico per i clienti che vogliono conoscere il proprio stato di idoneità alla guida ed esporre le tabelle illustrative. Si tratta di uno strumento che si chiama «precursore», ed è una sorta di minietilometro. Ce ne sono di due tipi: uno chimico usa-e-getta e uno elettronico, più simile a un etilometro vero e proprio. Verso quest'ultimo tipo si stanno prevalentemente indirizzando i gestori di bar e ristoranti: costa circa sessanta euro ma ha una capacità di fare migliaia di test. Inoltre, il precursore chimico ha una possibilità di errore del 10 per cento.

Accanto a questi strumenti, i gestori di bar e ristoranti dovranno esporre in triplice copia (all'ingresso, all'uscita e all'interno del locale) due tabelle: una raffigura i livelli di alcolemia raggiungibili dopo l'assunzione di una bevanda alcolica; l'altra descrive i principali sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica. Tabelle e precursori, dice la Fipe, la Federazione dei pubblici esercizi, «consentono al cliente di affrontare più serenamente la guida e di evitare, in caso di fermo da parte delle Forze dell'Ordine, di incorrere nelle sanzioni previste per la guida in stato d'ebbrezza». Il provvedimento è stato introdotto dal nuovo codice della strada e interessa bar, ristoranti, pub, pizzerie, osterie, agriturismi, discoteche e alberghi.

Sono esclusi solo quegli esercizi che chiudono prima delle 24 e le strutture ricettive dove non vengono sommini-

strate bevande e alimenti. In caso di controllo da parte delle forze dell'ordine, chi non rispetta l'orario di chiusura rischia una multa, mentre i locali trovati privi dell'etilometro dovranno pagare una sanzione che varia da 300 a 1200 euro. Il limite di legge da non superare per potersi mettere al volante della propria auto e non incorrere in forti ammende, in caso di controllo da parte delle forze dell'ordine, è quello di 0,5 grammi per litro di tasso alcolemico:

multa di 1200 euro e ritiro della patente. Nel caso in cui il consumatore supera il livello di 1,5 è prevista la confisca dell'auto. In città è facile organizzarsi con i taxi, ma per il fuoriporta, dove spesso ci sono i locali dell'alta ristorazione stellati, il problema incide nella scelta e se ne sta risentendo, complice la crisi economica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rischio
Multe salate
quando
si supera 0,5
Previsto
il sequestro
dell'auto
oltre 1,5



IL MATTINO

Diffusione: 75.971 Lettori: 789.000 Direttore: Virman Cusenza da pag. 15

Le tabelle per i locali

A stomaco pieno	Gradaz. alcolica	Quantità (cc.)	Donne Livelli teorici di alcolemia Peso corporeo (Kg)		Uomint Livelli teorici di alcolemia Peso corporeo (Kg)		del limite
· .	(Vol. %)	servita	<i>55</i>	<i>65</i>	7 0	80	del livello di alcolemia
Birra normale	5,0	330	0,26	0,22	0,16	0,14	CHARLEST HER CONTRACTOR
Birra doppio malto	10,0	330	0.53	0,45	0,32	0,28	(0,5 grammi
∇ino	12,0	125	0,24	0,20	0,15	0,13	per litro)
Vini liquorosi-aperitivi	18,0	80	0,23	0,20	0,14	0,12	
m Digestivi	30,0	. 40	0,19	0,16	0,12	0,10	
■ Superalcolici	45,0	40 .	0,29	0,24	0,17	0,15	
Champagne/spumante	11,0	. 100	0,18	0,15	0,11	0,09	

	A stomaco vuoto	Gradaz. alcolica (Vol. %)	Quantilà (cc.) servita	Don Livelli teorici Peso corp		Uomini Livelli teorici di alcolemia Peso corporeo (Kg)	
				55 ,	65	<i>70</i>	80
900	Birra normale	5,0	330	0,46	0,39	0,28	0,24
88	Birra doppio malto	10,0	330	0.92	20773	19.55	0,49
	Vino	12,0	125	0,42	0,35	0,25	0,22
	Vini liquorosi-aperitivi	18,0	80	0,40	0,34	0,24	0,21
5	n Digestivi	30,0	40	0,32	0,27	0,19	0,18
2	Superalcolici	45,0	. 40	0,47	0,40	0,29	0,25
200	Champagne/spumante	11.0	100	0.31	0,26	0,18	0,16

Fonte: Ministero della Salute - FIPE ANSA-CENTIMETRI

Diffusione: n.d.

 $cronaca\mathbf{R}_{oma}$

da pag. 2

San Raffaele

«Pronti ad accogliere i pazienti fantasma»

L'istituto San Raffaele Pisana è disponibile ad accogliere gli otto malati in stato vegetativo e in «stato di minima coscienza» ricoverati nella clinica San Giuseppe al Trionfale. I familiari dei pazienti hanno denunciato sul Corriere i



gravissimi problemi dei loro congiunti, bisognosi di cure intensive, ma di fatto abbandonati al loro destino in una casa di cura che dal 1° gennaio si è trasformata in una Residenza sanitaria assistenziali. E sul caso dei malati fantasma il senatore Stefano Pedica (Idv) ha annunciato un'interrogazione parlamentare: «Impossibile non trovare su 2.800 letti che verranno tagliati nel Lazio 8 posti». **F. D. F.**

© HIPRODUZIONE RISERVATA



13-NOV-2010

Diffusione: n.d. Lettori: n.d. Direttore: Ezio Mauro da pag. 11

Tagli al Policlinico, in un anno 5 mila ricoveri in meno

La Regione ha eliminato 105 posti letto. Blocco del tour over dei medici in emergenza

GABRIELE ISMAN

♦INQUEMILA pazienti in meno in un anno all'Umberto I: sono i ricoveri che non si faranno, visto la Regione hatagliato 105 postiletto del Policlinico. I conti sono presto fatti, cinquemila malati dovranno andare altrove a farsi curare. I calcoli sono fatti in base a quello cheimedicichiamano"indicedi rotazione": ogni letto serve una media di circa 50 persone l'anno, e moltiplicando questo valore per il numero dei posti tagliati si arriva a cinquemila pazienti. Per avere un'idea dei numeri, basta pensare che in media al dipartimento emergenze del Policlinico ci sono una decina di pazienti con traumi che hanno una prognosi di almeno 15 giorni.

Ma non è l'unico aspetto su cui vanno a impattare i tagli regionali: nello stesso dipartimento, per un mese, il numero dei chirurghi di turno notturno è sceso da quattro a tre, con un taglio del 25 per cento. Ovvero: se c'è un incidente con quattro feriti da operare, bisogna richiamare i chirurghi in reperibilità. «Abbiamo ragionato e capito — dice il professor Claudio Modini, direttore del dipartimento di

Emergenza dell'Umberto I — che è rischioso per i pazienti ridurre il numero dei chirurghi di notte, e quindi torniamo al modulo precedente, ma questo, a causa delle carenze di organico e del blocco del turn over, comporterà carichi di lavoro insopportabili per gli operatori. Serve una soluzione immediata».

Per gli stessi motivi legati al budget è stato deciso di ridurre il numero dei medici di turno notturno al pronto soccorso medico, da tre a due. Modini aggiunge:«Èevidente che un modo certo per risparmiare è quello di ridurrela quantità di cure erogate. I tagli? Anche se si ritiene necessario eliminare posti letto, bisogna però mantenere la dotazione organica perché altrimenti si riduce di fatto l'assistenza». E per chi lavora nel reparto di emergenza le condizioni sono sempre più difficili: negli ultimi dieci giorni sono state due le aggressioni ai danni di medici e infermieri da parte di pazienti in attesa. Una fase complicata, proprio nel momento in cui gli ospedali più importanti devono rinnovare iloro piani perlegrandi emergenze: sono scaduti e vanno rivisti.



Diffusione: n.d.

13-NOV-2010

da pag. 27

Appello alla governatrice del Lazio per consentire la terapia nel centro di via Sbricoli

E autistica. Cure negate

Dalla coop Assistenza interrotta con una lettera alla mamma



Lettori: n.d.

Felicetta I figli non sono budget da gestire



Antonietta Adesso non siamo più invisibili

Giuseppe Grifeo

🖿 È autistica. Ma resta senza cure. A negarle è il Consorzio di Cooperative Ri.Rei. «Adesso tocca al presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, verificare lo stato degli assistiti e come un'amministratrice possa decidere così del destino di un malato», spiega Angelamaria Contona, presidente di Agud, l'associazione genitori utenti disabili, nel suo appello lanciato ieri dalla sede del IV Municipio di piazza Sempione, assieme al presidente Bonelli, l'assessore municipale Filini e Andrea Antonini di CasaPound.

Il tutto dopo il blitz di otto famiglie appoggiate da militanti di CasaPound al centro diurno di terapia riabilitativa intensiva disabili di via Sbricoli. All'interno, i loro figli in totale abbandono, chi buttato a terra e chiuso a chiave in una stanza, altri a dormire in mezzo alla polvere o lasciati correre come folli in giardino, chi con graffi, lividi o intontito da farmaci. Un manicomio vecchia maniera. Tutto immortalato dalle telecamere: questa domenica un servizio giornalistico dovrebbe andare in onda su «Report» di Rai

Intanto, il quattro novembre Rossana Varrone, amministratore di Ri.Rei ha mandato a una di queste mamme, Lorella Pettinelli,

una sorta di lettera di licenziamento adattata alla bisogna, per comunicarle che la figlia Francesca non sarà più assistita da dicembre, per «assoluta incompatibilità di continuare a svolgere da parte del nostro personale, attività clinica riabilitativa... in aperto conflitto con la stessa genitrice».

Peccato che ogni giorno, dalle 7,30 del mattino, Francesca, autistica, debba passare ben tre ore nel pulmino che la preleva sotto la sua abitazione prima di poter giungere nella struttura e iniziare la terapia. Altrettanto al ritorno. «Il mezzo, per ottimizzare i costi della corsa, fa un lunghissimo giro - dice mamma Lorella - Così accade anche al ritorno. Ma alla Ri.Rei quelle ore vengono pagate dalla Regione per la terapia di mia figlia».

Già il 3 aprile 2009 l'Agenzia di Sanità Pubblica, aveya redatto un rapporto sulla Ri.Rei rilevando «carenze significative soprattutto per la sede di via Sbricoli e di Santa Severa... le criticità maggiori» sui progetti riabilitativi e la documentazione su attività, loro esiti e qualità, «frammentaria, talvolta assente o insufficiente».

Così ieri Lorella e altre mamme, Antonietta Bianchi e Felicetta Fittipaldi, hanno chiesto dignità per i loro figli: «Non sono un budget da gestire - hanno detto -Adesso parliamo, abbiamo smesso di essere invisibili».



Diffusione: 1.986







Cancro: rischio che le giuste cure siano condizionate da motivi economici per risparmiare.

"Il diritto del paziente malato di cancro – ha detto, al Congresso nazionale dell'Associazione italiana oncologi medici, il presidente prof. Carmelo Iacono – non deve essere compromesso in nome del risparmio ad ogni costo che ne mina sicurezza ed efficacia. Si controllino, piuttosto, le varie componenti del sistema e si veda che, dei 25 miliardi di euro spesi per la cura, solo il 25% viene rimborsato dalle case farmaceutiche alle aziende ospedaliere".

In Italia, per il 2010, stimati 254.979 nuovi casi, più 1,1% rispetto al 2005 (previsto, per il 2020 aumento del 12%). Ma, per i maschi, l'incidenza è diminuita di 1,3%; aumentata per le donne (più 3,8%). In totale, 760mila ricoveri per tumore e 370.000 per chemioterapia con una spesa totale 5.287 milioni di euro (Puglia 298; Basilicata 45). La sopravvivenza a 5 anni da diagnosi di tumore maligno è, in Italia, del 52% (media Europa 52,7%).

Il costo socio-economico annuale dei nuovi casi, nel 2009, è stato di oltre 8,3 miliardi di euro con un costo complessivo, per paziente, di 25,8mila di euro. (0,6% del PIL). L'osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici riferendo tali dati nel "Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici", ha esaminato la situazione nelle varie Regioni. Per la Puglia ha concluso "i malati di tumore hanno motivi oggettivi per preoccuparsi e temere differenze di trattamento rispetto a quelli della maggior parte delle altre Regioni".

La Basilicata "eccede, rispetto alla media, nazionale per l'assistenza ai malati terminali in hospice ed a domicilio, valore così elevato da finire fuori scala".

