



Rassegna Stampa



Rassegna Stampa realizzata da SIFA Srl
Servizi Integrati Finalizzati alle Aziende
20123 Milano – Via Mameli, 11
Tel. 0243990431 – Fax 0245409587

Rassegna del

AZIENDA OSPEDALIERA DI LECCO

<i>Giornale Di Lecco</i>	1, 3	LITI IN CORSIA: UN PRIMARIO SE NE VA		3
<i>Giornale Di Lecco</i>	4	SPORTELLI ANTISTALKING: ECCO LE PRIME STATISTICHE		4
<i>Giornale Di Lecco</i>	7	CEDIAMO SANGUE ANCHE A CAGLIARI	<i>A. De Servi</i>	5
<i>Giornale Di Lecco</i>	7	AVIS: "NESSUNO FIRMA PER LA VENDITA"		6
<i>Giornale Di Lecco</i>	11	"IL MALATO ONCOLOGICO: TERAPIE E DIRITTI" IN UN CONVEGNO		7

STRUTTURE SANITARIE LOMBARDE

<i>Il Giornale Di Brescia</i>	17	ALL'ASL PRESENTAZIONE "RAPPORTO SANITÀ 2011"		8
-------------------------------	----	--	--	---

LEGISLAZ. & POLITICA SANITARIA

<i>Il Sole 24ore</i>	17	"MENO FONDI ALLE REGIONI CHE NON SONO IN REGOLA"	<i>Mar. B.</i>	9
<i>Il Sole 24ore</i>	17	LOTTA AL DOLORE, ITALIA DIVISA	<i>M. Bartoloni</i>	10
<i>Affari&finanza</i>	65	LA SANITÀ "GRANDE MALATA" DELL'ECONOMIA REGIONALE	<i>Carlo Picozza</i>	12

MEDICINA & FARMACOLOGIA

<i>Corriere Della Sera</i>	25	I CEROTTI D'ORO CHE RIPARANO IL CUORE		13
<i>Qn</i>	34, 3	IL RITORNO DELLA TUBERCOLOSI	<i>Alessandro Malpelo</i>	14

OSPEDALE La direttrice sanitaria Monti: «Le discussioni all'interno dei reparti sono normali»

Liti in corsia: un primario se ne va?

Edgardo Bonacina sarebbe pronto a tornare al Niguarda, per contrasti con la sua equipe

LECCO Tensioni in corsia e un primario sarebbe pronto a rassegnare le dimissioni. **Edgardo Bonacina**, a meno di un anno dal suo insediamen-

to, potrebbe rifare le valigie e tornare al Niguarda, da dove arrivava prima di dirigere il reparto di Anatomia patologica al Manzoni di Lecco. I bene informati parlano di

contrasti insanabili tra Bonacina e l'equipe di medici che collabora con lui; disaccordi che in almeno due circostanze sarebbero stati anche messi nero su bianco,

con diagnosi in contrasto con quelle dei suoi collaboratori. «Le discussioni sono normali», minimizza la direttrice sanitaria **Patrizia Monti**.

Ospedale Manzoni

Tensioni in corsia: Bonacina lascia Lecco?

A meno di un anno dal suo arrivo, il primario del reparto di Anatomia Patologica potrebbe far ritorno al Niguarda. La causa potrebbe essere imputabile a contrasti insanabili con la sua equipe

(dsr) **Edgardo Bonacina** potrebbe lasciare la direzione del reparto di Anatomia patologica.

A meno di un anno dal suo insediamento, il primario arrivato in sostituzione di **Paolo Tricomi**, potrebbe fare ritorno al Niguarda. Lo conferma la direttrice sanitaria dell'ospedale Manzoni **Patrizia Monti**, interpellata a proposito di voci insistenti circa contrasti tra il primario e l'equipe di medici che collabora con lui. «Per ora è un'ipotesi non ancora formalizzata. Ma c'è la probabilità che il dottor Bonacina faccia ritorno all'ospedale Niguarda di Milano».

Quanto alle ragioni che starebbero spingendo Bo-

nacina a lasciare l'Azienda ospedaliera lecchese, in particolare in rapporto alle presunte divergenze col suo staff, Monti fa alcune precisazioni. «Le discussioni all'interno di ciascun reparto sono normali. La medicina non è una scienza esatta, per cui non parlerei di conflitti quanto piuttosto di confronti tra medici. Confronti, peraltro, che sono indispensabili all'interno di questo campo».

Sembrirebbe tuttavia che le discussioni tra Bonacina e la sua equipe siano andate un po' oltre il confronto, contribuendo ad accrescere la tensione all'interno del reparto di Anatomia patologica. Al punto che vi sarebbe stato anche un richia-

mo da parte della direzione aziendale, in relazione al clima ben poco disteso che vi regnerebbe. «Escludo che vi sia stato alcun richiamo da parte della direzione», replica tuttavia la direttrice sanitaria.

E quanto alla tensione in reparto? «E' chiaro che ciascun medico sostiene la propria analisi e la propria diagnosi. Può capitare che talvolta ci si arroccchi sulle proprie posizioni e che questo atteggiamento possa rendere più difficile il dialogo, in questo caso tra medici di uno stesso reparto».

Ma nel caso del reparto di Anatomia patologica, le divergenze non sarebbero state solo verbali, ma anche messe per iscritto. Bonaci-

na, infatti, avrebbe in almeno due circostanze messo nero su bianco una diagnosi in contrasto con quella dei suoi medici, per poi dover convenire, esaminate alla mano, circa la bontà delle tesi formulate dai colleghi di reparto. Questo, oltre ad accentuare le tensioni, starebbe contribuendo a creare un clima di incertezza anche con i reparti più strettamente legati a quello di Anatomia Patologica, con particolare riferimento a Chirurgia e Ginecologia. Tutto questo starebbe alla base della scelta di Bonacina di fare ritorno al Niguarda? «Le ragioni saranno da chiedere direttamente a lui, laddove formalizzasse le sue dimissioni», conclude Monti.



OSPEDALE 81 i casi registrati dal 15 novembre del 2010 ad oggi: l'86% sono donne

Sportello antistalking: ecco le prime statistiche



(dsr) 81 casi dal 15 novembre dell'anno scorso al 15 settembre del 2011. Di questi le vittime risultano essere per l'86% donne e per il 14% uomini; le vittime sono per il 51% di età compresa tra i 25 e i 45 anni d'età, mentre per il 35% di età compresa tra il 45 e i 65 anni, mentre sono l'1% quelle di età inferiore ai 18 anni.

Sono solo alcuni dei dati illustrati venerdì scorso all'ospedale Manzoni durante la conferenza stampa - alla presenza tra gli altri del direttore generale **Mauro Lovisari** e dell'assessore regionale alla Famiglia **Giulio Boscagli** - che ha fatto il bilancio dell'attività dello sportello Anti-Stalking, aper-

to all'interno dell'azienda ospedaliera lecchese da 10 mesi. Dati che hanno messo in evidenza il rilievo che ha a livello sociale questo fenomeno, perseguibile penalmente dal 2009. «Sono statistiche che mettono in evidenza la gravità del fenomeno», precisa **Stefania Bertocetti**, fondatrice di Telefono Donna, sodalizio che ha promosso l'installazione dello sportello sia a Lecco che al Niguarda di Milano. Numeri ai quali dovrebbe essere aggiunto il «sommerso», difficilmente accertabile, come hanno specificato il comandante dei Carabinieri, colonnello **Marco Riscaldati**, e il vice questore

vicario **Filippo Guglielmino**.

Così lo stato civile delle vittime, uomini e donne, risulta per il 40% coniugato, mentre per il 30% divorziato o separato. Il 22% sono nubili o celibi, mentre per il 4% vedovo o convivente. Nella massima parte dei casi (65%), la vittima, sia esso maschio o femmina, è impiegato, mentre nel 93% dei casi è italiana. Il dato viene confermato tuttavia anche per quanto riguarda l'aggressore: nel 92% dei casi accertati questi è di origine italiana, mentre per il 4% o americano o africano. Dal punto di vista della relazione tra vittima e aggressore, invece, più della metà dei casi

(55%) ha visto come aggressore l'ex partner, mentre per il 26% un conoscente. Lo stesso stalker risulta per il 62% occupato e per il 28% disoccupato (4% pensionati e 6% studenti). Il 47% dei casi segnalati, inoltre, ha denunciato l'uso della forza fisica, con percosse; mentre il 24% ciascuno la minaccia di morte o gravi minacce a familiari e amici.



Cediamo sangue anche a Cagliari

Non solo il San Raffaele: le unità di sangue donate all'ospedale di Lecco finiscono in tre ospedali. Il «ricavo» annuo supera i 2 milioni di euro

(dsr) Che fine fa il sangue dei donatori lecchesi?

A domandarselo sono stati diversi soci dell'Avis, curiosi di sapere se il loro sangue finisce in altre Aziende ospedaliere, dopo il caso dell'insolvente San Raffaele di **don Verzè** (di cui abbiamo riferito la scorsa settimana). La risposta, va subito detto, è positiva: tra i destinatari delle unità di sangue prelevate nell'azienda ospedaliera di Lecco, infatti, vi sono anche l'ospedale di Monza e, in virtù di una convenzione ultratrentennale, quello di Cagliari.

Ecco qualche numero per cercare di rendere più chiara la situazione. Nel 2010 il quantitativo di sangue raccolto si è aggirato attorno alle 31mila unità, mentre la previsione di raccolta sangue per il 2011 si aggira attorno alle 32mila unità. Di queste unità di sangue, ne verranno cedute 9mila al San Raffaele, 3mila e 500 all'ospedale di Monza e 2mila 200 a quello di Cagliari. In litri

di sangue, significa che il San Raffaele ne riceverà circa 2mila e 700 litri **dall'ospedale di Lecco**; il San Gerardo di Monza circa mille e 50 litri, mentre quello di Cagliari 660 litri. Considerando che il prezzo di cessione delle unità di sangue fissato per legge ammonta a 158 euro per unità, **l'ospedale di Lecco** guadagnerà poco più di 2 milioni e 300mila euro. A questa cifra devono in realtà essere detratti i costi di trattamento del sangue donato, che non ci sono stati tuttavia comunicati dall'Azienda ospedaliera.

Ma come si è arrivati a questi numeri? Va detto in primo luogo che Lecco è uno dei Dmte (Dipartimento di medicina trasfusionale ed ematologico) della Regione Lombardia. Alla fine di ogni anno i coordinatori dei Dmte lombardi, con i responsabili dell'Areu (Azienda regionale emergenza urgenza), si riuniscono all'interno del Centro coordinamento, per decidere, sulla base del quan-

titativo di sangue donato e di quello utilizzato dall'ospedale, le unità di sangue da cedere in compensazione ad altre aziende ospedaliere, sia in regione sia extraregionali. Per il 2011 il Centro ha stabilito lo spostamento di 65mila unità di sangue all'interno della regione Lombardia e di 9mila unità al di fuori di essa (in particolare in Sicilia, Lazio e appunto Sardegna). **L'ospedale di Lecco** risulta tra i più virtuosi dal punto di vista delle donazioni, disponendo di un quantitativo di sangue donato pari al doppio di quello necessario all'interno della struttura ospedaliera. Concorre così al raggiungimento dell'autosufficienza delle altre aziende ospedaliere. Per questa ragione Lecco risulta tra gli ospedali che cedono più sangue. A questo proposito, oltre a cederlo agli ospedali convenzionati, il Manzoni è anche uno dei centri che dispone di una scorta strategica di sangue in caso di calamità.

Alessandro De Servi



Avis «Nessuno firma per la vendita»

(dsr) «Il nostro donatore dona il proprio sangue ma non sa se questo verrà utilizzato all'interno della struttura ospedaliera di Lecco o in un'altra. In tal senso cioè non firma alcuna carta, nella quale sia in qualche modo specificata la possibilità che il suo sangue possa essere mandato altrove». Sono le parole del presidente dell'Avis di Lecco **Bruno Gandolfi**, che tuttavia aggiunge altri elementi per meglio chiarire il profilo informativo del quale dispongono i donatori. «L'ospedale di Lecco, dal punto di vista anche della quantità di sangue donato, è sicuramente una struttura d'eccellenza. Per questa ragione, nelle nostre lezioni di presentazione - per esempio quelle che teniamo nelle scuole - in merito a cosa significhi diventare un donatore ed entrare a far parte dell'Avis, precisiamo la possibilità che il proprio sangue donato possa essere ceduto dalla struttura ospedaliera ad altre aziende». Anche se Gandolfi precisa di non avere a disposizione i dati relativi alle cessioni di sangue: «Li abbiamo chiesti in passato, ma sino ad ora non ci sono stati ancora comunicati».



SABATO 1 OTTOBRE**«Il malato oncologico: terapie e diritti» in un convegno**

(pia) «Il malato oncologico: terapie e diritti». È in programma per sabato 1 ottobre un importante convegno, organizzato dal Tribunale per i diritti del malato, in collaborazione con Comune di Lecco, Regione Lombardia, Inail, Ordine dei medici di Lecco, azienda ospedaliera della provincia di Lecco, Cittadinanzattiva e Aipa. L'appuntamento è dalle 9 alle 13 nell'aula magna dell'ospedale Manzoni di Lecco. Saranno presenti alcuni luminari del campo che, dopo i saluti del dottor **Mauro Lovisari** (direttore generale del Manzoni), illustreranno il tema proposto. Per ulteriori informazioni è possibile contattare il Tribunale per i diritti del malato di Lecco, che ha sede in via Ghislanzoni 26, telefono 0341489348.



All'Asl presentazione «Rapporto Sanità 2011»

■ Verrà presentato, oggi, a partire dalle 17.30 nella sede dell'Asl di via Duca degli Abruzzi 15 (salone di rappresentanza), il «Rapporto Sanità 2011: il rapporto dinamico tra ospedale e territorio», volume edito dal Mulino per la Fondazione Smith Kline e curato da Gian Franco Gensini, Anna Lisa Nicelli, Marco Trabucchi e Francesca Vanara. Un'occasione di confronto su un tema di estrema attualità, dal momento che l'interes-

se di assistenza e di cura si sposta sempre più dall'ospedale al territorio. L'incontro sarà presieduto da Gian Franco Gensini, preside della facoltà di Medicina dell'Università di Firenze; interverranno Maurizio Amigoni (direttore dipartimento Pac dell'Asl di Milano); Francesco Auxilia (ordinario di Igiene all'Università di Milano); Carmelo Scarcella (direttore generale Asl di Brescia); Marco Trabuc-

chi (responsabile sezione Politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline) e Umberto Valentini (responsabile reparto di Diabetologia dell'Ospedale Civile di Brescia). Gli interventi saranno coordinati dalla giornalista Anna Della Moretta.

Durante la presentazione verrà consegnata a tutti i partecipanti una copia del volume. La partecipazione è libera ed è aperta a tutti.



INTERVISTA | Ignazio Marino | Senatore Pd

«Meno fondi alle Regioni che non sono in regola»

«Abbiamo in programma di effettuare sopralluoghi mirati nelle strutture»

«Questa indagine è molto preziosa perché il Governo può utilizzarla per pungolare le Regioni e gli ospedali in ritardo a mettersi in regola in tempi brevissimi altrimenti dovranno scattare le sanzioni previste dalla stessa legge e cioè meno fondi a disposizione». Il senatore Ignazio Marino, presidente della commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario, si dice «molto soddisfatto» per questa inchiesta dei Nas di cui «Il Sole 24 Ore» è venuto in possesso. «Era giusto capire dopo oltre un anno dall'entrata in vigore di questa legge quale fosse la situazione. E devo dire - spiega il senatore del Pd - che è meno negativa di quello che immaginassi, visto che si può dire che il 70% dei 244 ospedali visti dai Nas è più o meno in regola con le norme, anche se ci sono gravissimi ritardi soprattutto in alcune aree del Paese».

Qual è il dato più negativo?

Credo che il più eclatante riguardi il consumo di oppioidi. Magari i dati raccolti saranno un po' grossolani ma è evidente che qualcosa non va se al Nord sono stati prescritti il 68% di questi farmaci contro il 6% del Sud. Un dato, questo, che si può solo in parte spiegare con la migrazione dei pazienti meridionali, soprattutto quelli oncologici, verso il settentrione.

E poi?

Ci sono ritardi imbarazzanti nell'adeguamento alle altre misure della legge in alcune Regioni. Non solo del Sud. A esempio al Nord la Liguria è in ritardo, come l'Umbria e la Sardegna al Centro. Mentre al contrario la Basilicata è tra le Regioni più virtuose. È comunque inaccettabile che alcuni ospedali non abbiano adottato neanche una misura di questa legge.

Di chi è la responsabilità?

Sia delle Regioni che di chi dirige le strutture sanitarie. Sono certo che il ministro della Salute Ferruccio Fazio, che crede molto in questa legge, farà il possibile per convincere chi è in ritardo a mettersi subi-

to in regola.

Come?

La legge, al suo articolo 3, mette a disposizione una sanzione importante che può essere molto efficace. Per le Regioni inadempienti è previsto il mancato accesso ai fondi integrativi del Ssn. Ecco, per chi continuerà a violare la legge dovrà scattare questa sanzione.

Anche tra i medici non continua a resistere un tabù nel fare ricorso a queste terapie?

Sì, soprattutto per chi come me ha studiato medicina negli anni settanta e ottanta quando l'impiego degli oppioidi era considerato una *extrema ratio* da impiegare solo per i malati terminali. E invece vanno utilizzati per ogni tipo di dolore acuto. Durante le mie esperienze di medico in Inghilterra e negli Usa rimasi stupefatto dall'attenzione che ci mettevano nel controllo del dolore.

Perché questa legge è importante?

Perché uno degli obiettivi principali di ogni medico dovrebbe essere quello di sollevare il paziente dalle sofferen-

ze inutili. Curare il dolore è un dovere.

Non è che queste norme sono troppo all'avanguardia per il nostro Paese?

Questa legge, soprattutto nei principi, è una delle migliori in Europa. Siamo gli unici, a esempio, a prevedere delle norme per curare il dolore pediatrico. Resta il fatto che i fondi a disposizione sono assolutamente insufficienti. Per la cura del dolore sul territorio, dopo cioè la dimissione del paziente dall'ospedale, c'è un milione di euro a disposizione per quest'anno. In Germania ne hanno stanziati 150 per le stesse finalità. Qualcuno deve aver fatto male i conti.

Quali saranno i prossimi passi della commissione d'inchiesta che presiede?

Abbiamo in mente di effettuare dei sopralluoghi mirati negli ospedali con i risultati migliori e con quelli peggiori per capire cosa si può fare perché la lotta al dolore sia combattuta allo stesso in modo in un ospedale di Nuoro o di Milano.

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità. Verifica dei Nas in 244 ospedali con almeno 120 posti letto sull'attuazione della legge 38/2010

Lotta al dolore, Italia divisa

Diritto garantito al Nord e al Centro, mentre il Sud è in forte ritardo

Marzio Bartoloni

Ospedali e medici di mezza Italia ignorano o applicano poco la legge sul dolore approvata un anno e mezzo fa con voto bipartisan all'unanimità tra gli applausi di tutto il Parlamento. Il diritto a non soffrire per milioni di italiani viene garantito sostanzialmente solo al Nord e in parte al Centro, mentre il Sud è molto in ritardo. Ancora al palo, da Roma in giù, l'uso degli oppioidi i preziosi farmaci necessari per lenire il dolore di chi soffre di patologie gravi o incurabili: da quando la legge 38/2010 ha autorizzato i medici a usare il normale ricettario per prescriberli, il loro consumo è cresciuto poco (+7% in un anno), rispetto alle già pochissime confezioni vendute nel passato che fanno dell'Italia uno dei fanalini di coda dell'Europa.

A verificare lo stato di attuazione di questa legge tra le più all'avanguardia al mondo che, oltre a semplificare la prescrizione degli op-

pioidi, obbliga gli ospedali a monitorare nella cartella clinica anche il livello di dolore di tutti i pazienti, è stata un'operazione a tappeto dei Nas su ben 244 ospedali di tutta Italia con almeno 120 posti letto. Il blitz a sorpresa ha impegnato circa 500 militari dei nuclei antisofisticazioni dell'arma dei carabinieri che per 5 giorni (dal 19 al 23 luglio) hanno acquistato documenti sanitari e interrogato manager e medici. L'ordine di avviare il blitz i cui risultati sono stati tenuti finora riservatissimi (una versione più ampia dell'indagine è pubblicata su «Il Sole 24 Ore Sanità» n. 36/2011) è arrivato dalla commissione parlamentare d'inchiesta sul Ssn che può avviare indagini "con gli stessi poteri" dell'autorità giudiziaria.

Le carte parlano chiaro: nonostante il pressing degli ultimi mesi del ministero della Salute oggi la lotta al dolore spacca in due il Paese. Al Sud si sono adeguate alle prescrizioni più importanti della legge, in vigore dal marzo del 2010, cir-

cametò delle strutture messe sotto inchiesta (53%): «Con un range - scrivono i Nas nella relazione inviata alla commissione d'inchiesta del Senato - compreso tra l'83% della Basilicata, seguita dalla Sicilia al 61% e al 41% della Puglia». Va un po' meglio al centro (75%) - dal 96-97% di Emilia e Toscana al 33% della Sardegna - e soprattutto al Nord dove la percentuale media di adeguamento alla legge raggiunge l'88% delle strutture finite nel mirino dei Nas, con «punte massime del 91-93% per le Regioni Veneto, Lombardia e Piemonte».

Più nel dettaglio il 23% degli ospedali ancora non ha un comitato e un progetto ospedale senza dolore: due strumenti, questi, introdotti addirittura nel 2001 dall'allora ministro Umberto Veronesi e necessari per diffondere le terapie palliative in corsia. Solo il 63% delle strutture si sono dotate di Unità operative di cure palliative e terapia antalgica. Mentre ancora il 20% degli ospedali non rispetta l'obbl-

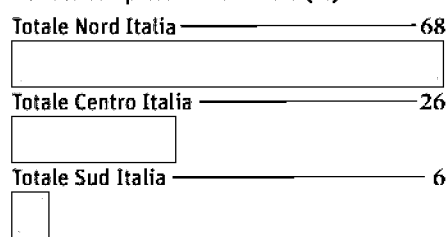
go di riportare nella cartella clinica dei pazienti, accanto a pressione e temperatura, la scala di rilevazione del dolore. Oltre il 75% delle strutture assicura la necessaria continuità terapeutica dopo la dimissione dei propri ricoverati, intrattenendo anche rapporti con i medici di famiglia. L'82% dei presidi assicura inoltre la formazione del personale, mentre solo il 55% divulga informa i cittadini sull'opportunità di queste terapie.

Infine resiste tra i camici bianchi il tabù sui farmaci oppioidi: se nei primi sei mesi del 2010 - quando è stata approvata la legge - sono state prescritte 985.763 confezioni di "analgesici maggiori" nei 244 ospedali monitorati, un anno dopo erano 1.057.668 (+7%). Con una aggravante: il 68% di questi medicinali sono stati prescritti al Nord e il 26% al Centro. Al Sud (con solo il 6% di confezioni) curare il dolore sembra ancora un'eccezione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

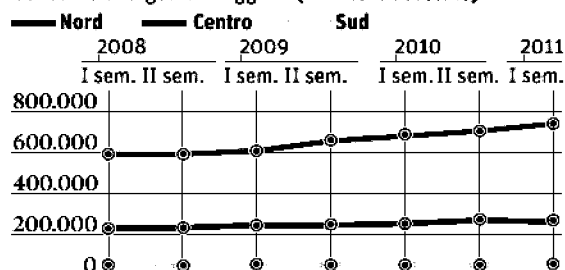
I CONSUMI DI ANALGESICI

Consumi di farmaci analgesici rispetto al dato complessivo nazionale (%)



IL TREND

Consumo analgesici maggiori (in valore assoluto)



Attuazione a rilento

Il grado di recepimento della legge sul dolore nelle regioni e la diffusione del consumo di farmaci analgesici

Percentuale media di adeguamento (legge 38/2010)

Campania
Molise
Puglia
Sardegna
Umbria
DA 76 AL 100%
Abruzzo
Calabria
Lazio
Liguria
Sicilia
Basilicata
Emilia Romagna
Friuli Venezia Giulia
Lombardia
Marche
Piemonte
Toscana
Trentino Alto Adige
Valle d'Aosta
Veneto



La sanità "grande malata" dell'economia regionale

Carlo Picozza

LA PREVISIONE DELLA GIUNTA SAREBBE QUELLA DI CHIUDERE IL 2011 CON UN DEFICIT DI 760 MILIONI MA IL GOVERNO STIMA UN "BUOC" SUPERIORE AL MILIARDO: SIRISCHIA UNA CHIUSURA IN MASSA DI OSPEDALI E PRESIDI SANITARI

I conti della sanità mettono alle corde i contribuenti del Lazio, già sul podio dei più tartassati d'Italia. Con dieci miliardi di debito e un deficit che naviga, da un decennio in qua, oltre il miliardo all'anno (760 milioni sarebbe la previsione per il 2011 ma tutti i segnali indicano che verrà ampiamente sforata), l'assistenza sanitaria trasforma la regione della capitale nella Grecia d'Italia.

«Non sono stati aggrediti i nodi all'origine dei costi», dice l'economista Marcello Degni, estensore del primo Piano di rientro dal deficit sanitario. «L'hanno fatta da padrone», spiega, «gli sprechi, la bassa produttività dei centri sanitari pubblici e privati, l'assenza di sistemi di controllo di gestione». «Di impegni», argomenta Degni, «la commissaria-governatrice Renata Polverini ne ha sbandierati tanti, ma la rotta non è stata invertita, anzi: il carico fiscale dovuto agli obiettivi mancati è destinato a inasprirsi».

Così, i cittadini del Lazio, i più spre-

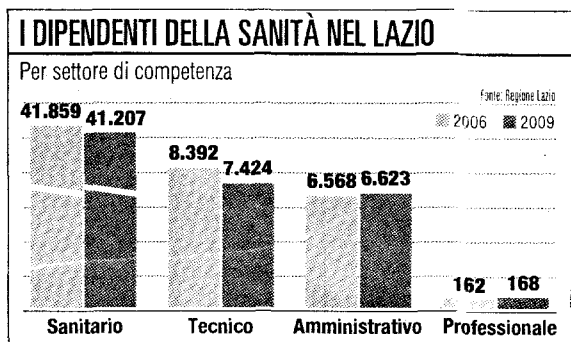
muti d'Italia con un'addizionale Irpef alle stelle e un'aliquota Irap al livello massimo, dovranno tirare la cinghia anche per l'anno prossimo. Gli annunci e le assicurazioni della commissaria di governo, Polverini, di un abbassamento delle imposte si infrangono sui conti dei ministeri dell'Economia e della Salute, che sono tornati a stratonare la Regione per le «inadempienze» sul fronte del rientro dal deficit sanitario che naviga ancora molto al di sopra di quello atteso. Precisamente, di 284 milioni. È il differenziale tra il disavanzo tendenziale, stimato dall'esecutivo nazionale per il 2011 a un miliardo e 44 milioni, e quello che i «programmi operativi» della Regione fissano a 760 milioni. E il gettito fiscale degli aumenti di Irpef e Irap (787,5 milioni) non assicurerà la copertura necessaria di 257 milioni.

Così, il trasferimento agognato dei 600 milioni alla sanità del Lazio è rimasto al palo mentre qualche settimana fa il Consiglio dei ministri ha dato il via libera ai fondi per l'Abruzzo. Per i cittadini e le imprese del Lazio, il mancato contenimento del deficit terrà alta la pressione fiscale, con l'addizionale Irpef all'1,7% e l'aliquota Irap al 4,92. Sfumano, insomma, gli annunci della commissaria di veder

ridotte le imposte rispettivamente all'1,4 e al 4,87. Per credere, bisognerebbe leggere il verbale (segreto) stesso dai dirigenti dei ministeri dell'Economia e della Salute con i quali, il 20 luglio scorso, si sono incontrati, la governatrice Polverini e il subcommissario Giuseppe Spada. «Si chiede», questa la prescrizione del governo, «di adottare tutti i provvedimenti per riportare la gestione dell'anno 2011 entro la cornice finanziaria programmata». E si intimano «l'adozione e l'invio di tutti gli atti necessari». «Altrimenti», è la minaccia, «saranno respinti dal sistema documentale».

Spendacciona, indebitata e in deficit, la sanità pubblica del Lazio non soddisfa neanche il fabbisogno di salute dei suoi cittadini. Per il 57,4% dei quali (quasi 6 su 10) è inadeguata. Parola dell'istituto di ricerche Eures e della onlus «Il diritto alla salute» che, intervistati al telefono oltre 2 mila laziali, hanno redatto un rapporto con pollice verso sul Lazio dell'assistenza. E i tagli della manovra del governo, prevede Degni, «aggraveranno il quadro della sanità pubblica laziale terribile negli anni di saccheggi e scorribande». Intanto, ospedali gloriosi come il San Gallicano a Trastevere o il Santa Lucia sull'Ardeatina, rischiano di dover chiudere entro pochi mesi.

Sono più di venti gli ospedali del Lazio, anche prestigiosi come il San Gallicano o il Santa Lucia, a rischio di chiusura



SALUTE**I cerotti d'oro
che riparano il cuore**

I ricercatori del Mit e del Children's Hospital di Boston, hanno pubblicato uno studio su dei cerotti che riparano il cuore colpito da infarto grazie a filamenti d'oro, che migliorano la trasmissione dell'impulso elettrico e fanno contrarre le cellule cardiache in modo sincrono e ordinato. Presto i cerotti saranno testati sugli animali.



Igiene

LE GRANDI EPIDEMIE



SORVEGLIANZA

Mario Raviglione è il direttore del programma Stop TB dell'Oms ed è la massima autorità in tema di politiche di prevenzione

5.000 **NUMERO MEDIO DI CASI** di Tbc diagnosticati in un anno in Italia
 Una sfida aperta per il professor Luca Richeldi, coordinatore della ricerca sulla tubercolosi latente e studioso della fibrosi polmonare idiopatica



FISIOPATOLOGIA

Giovanni Rezza, ISS: «Positivo ai test non significa avere la malattia in forma attiva»

IL RITORNO DELLA TUBERCOLOSI

Un'impresa sradicare i ceppi resistenti agli antibiotici

La tubercolosi non è mai sparita, in questi anni l'immigrazione e i deficit immunologici hanno riaperto i focolai. Oggi la malattia è più resistente e richiede sorveglianza

Alessandro Malpelo

IL RETAGGIO del sanatorio, le impronte di sangue sul fazzoletto ad ogni colpo di tosse, ed ecco lo spettro della tubercolosi, tornato prepotentemente sull'onda dei contagi al Gemelli. Un'infermiera ammalata, oltre cento bambini contagiati, l'inchiesta dalla procura di Roma e la sensazione che qualcosa, nel sistema dei controlli non ha funzionato. «La positività ai test non significa malattia attiva — avverte Giovanni Rezza, direttore del dipartimento malattie in-

fettive dell'Istituto superiore di Sanità — da parte sua il ministero sta varando linee guida più stringenti in tema di sorveglianza». Prudente il professor Leonardo M. Fabbri, past president della Società europea di malattie respiratorie: «Occorre mantenere un livello di attenzione. L'immigrazione e i deficit immunologici sono all'origine della riaccensione dei focolai, le più frequenti forme di Tbc che vediamo oggi». Già, ma come cautelarsi?

NEL QUARTIER generale Oms di Ginevra, il direttore del programma Stop TB, l'italiano Mario Raviglione, è la massima autorità in tema di politiche di prevenzione: «Da qualche tempo abbiamo una forma di tubercolosi super resistente che non risponde ai farmaci di prima e seconda linea — afferma l'esperto — con percentuali di guarigione che crollano al

20% e ci fanno ritornare al passato. La malattia non si è estinta e per un Paese come l'Italia, dove molte funzioni sono state demandate alle regioni, si impone una rete di sorveglianza efficace. E un'azione sui gruppi vulnerabili, a rischio, che favorisca i controlli sull'immigrato, il recluso, il siero-

LA PROGRESSIONE

Raviglione (Oms): «Un dato emergente, i micobatteri che non rispondono ai farmaci»

positivo, in modo da evitare che infettino altri. Da parte sua il medico curante deve preoccuparsi della tosse cronica o della febbri-cola del suo paziente».

In carcere come nei centri di accoglienza, nelle scuole o davanti agli sportelli, il personale dei servizi di pubblica utilità è esposto in pri-

ma persona, e il timore di infettarsi si fa sentire. Luca Richeldi, pneumologo e professore universitario a Modena, coordinatore del gruppo di ricerca italiano sulla diagnosi della tubercolosi latente, mette in guardia: «L'incidenza della Tbc non è mai calata negli ultimi venti anni — avverte Ri-

cheldi —. Cinquemila casi in Italia forse non fanno notizia».

SONO LE FORME resistenti a tutti gli antibiotici il nuovo nemico da affrontare: «Non vedo all'orizzonte nuove molecole, e preoccupano i casi che vediamo arrivare in Italia dall'Est europeo, dove un

uso dei farmaci poco razionale ha portato allo sviluppo di ceppi che non rispondono alle terapie attualmente a disposizione». Come arginare le nuove ondate epidemiche di tubercolosi? L'ultimo vaccino sviluppato negli Usa può contribuire? Il dibattito è aperto.

alessandro.malpeo@quotidiano.net

GLOSSARIO

Pneumotorace

Tecnica sviluppata in passato, in assenza di farmaci efficaci, per collassare un polmone infetto e farlo riposare in modo da agevolare la guarigione delle lesioni



Sanatorio

Centro ospedaliero situato in zone climatiche favorevoli e attrezzato per la cura di malattie croniche respiratorie a lunga degenza. In Europa si sviluppò nell'Ottocento

Dispensario

Struttura provvista di personale sanitario e ambulatori, storicamente adibita alla prevenzione di malattie sociali di tipo epidemico. Negli ultimi

anni era caduto in disuso



Lobo medio

Presenta forma di un cuneo ed è situato tra il lobo superiore ed inferiore del polmone destro. È maggiormente soggetto alle infezioni come la tubercolosi

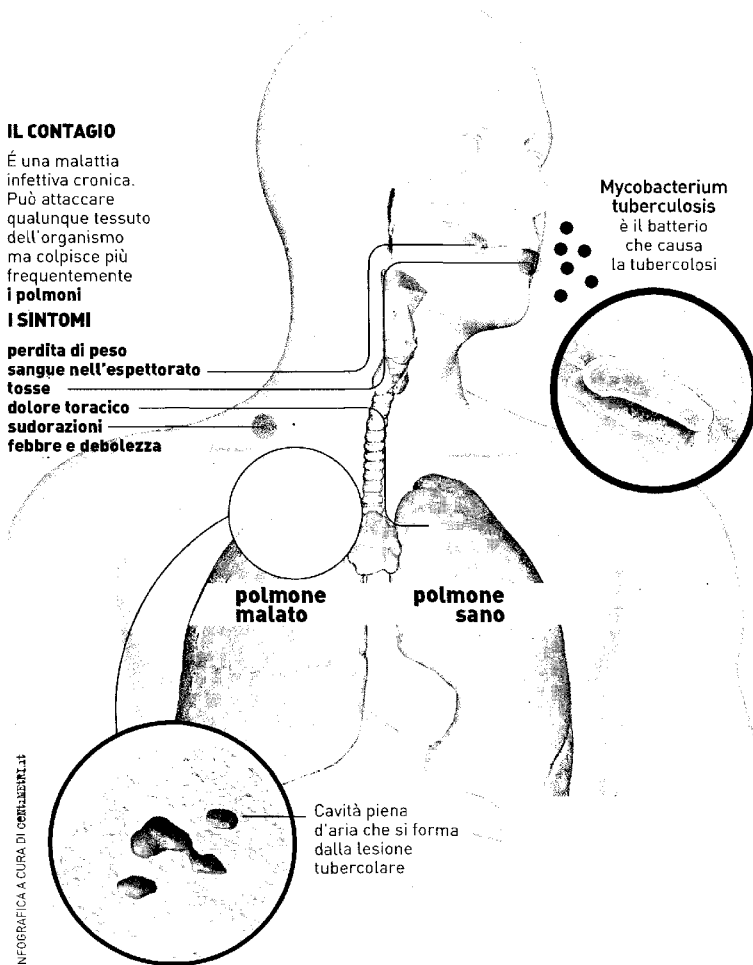
IL CONTAGIO

È una malattia infettiva cronica. Può attaccare qualunque tessuto dell'organismo ma colpisce più frequentemente i polmoni

I SINTOMI

perdita di peso
sangue nell'espettorato
tosse
dolore toracico
sudorazioni
febbre e debolezza

Mycobacterium tuberculosis è il batterio che causa la tubercolosi



L'INCIDENZA DELLA TBC NON È MAI CALATA IN QUESTI ANNI, OGGI NUOVE FORME RESISTENTI AGLI ANTIBIOTICI CREANO APPRENSIONI, MENTRE SI ASPETTA IL NUOVO VACCINO DAGLI USA

INFOGRAFICA A CURA DI CONTRASTO

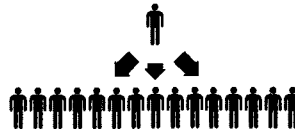
TRASMISSIONE

Per via aerea, con le goccioline di saliva e di muco espulse dal malato con tosse o starnuti.

Non tutte le persone contagiate si ammalano subito. Infatti, il **sistema immunitario** può reagire all'infezione e il batterio può rimanere quiescente per anni fino al primo **abbassamento delle difese** immunitarie



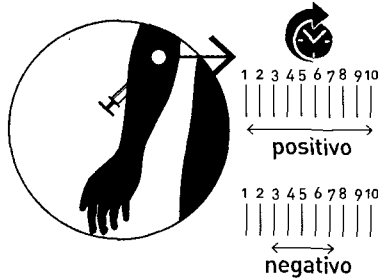
Un malato non sottoposto a cure adeguate può infettare **10-15 persone l'anno**



Per trasmettere la malattia non basta essere positivi al **test di Mantoux**, bisogna essere affetti da Tbc polmonare bacillifera

TEST DI MANTOUX

Usato per verificare l'infezione



Se in 48-72 ore si sviluppa un rigonfiamento di almeno 10 mm di diametro il test è **positivo**: il sistema immunitario è già venuto a contatto con il batterio

Se il test risulta positivo si esegue una **radiografia toracica** per verificare la presenza della malattia a livello polmonare e si conduce un **esame diretto dell'espettorato**



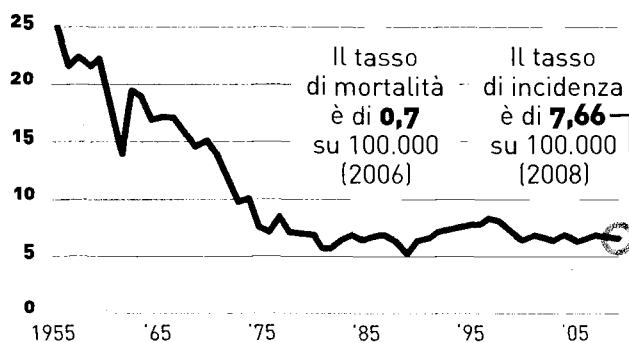
TERAPIA

Somministrazione di antibiotici e chemioterapici

La terapia può durare da **6 mesi a 18-24 mesi**. Va condotta scrupolosamente per evitare il protrarsi della malattia e l'adattamento dei batteri ai farmaci con conseguente **resistenza** agli antibiotici

EPIDEMIOLOGIA

Incidenza di Tbc ogni 100.000 abitanti dal 1955 al 2008



La **popolazione immigrata** ha ancora un rischio relativo di andare incontro a Tbc **superiore di 10-15 volte** rispetto alla popolazione italiana

PREVENZIONE

La malattia è stata storicamente combattuta grazie a migliori **misure igieniche** e a **regimi alimentari adeguati**.

Uno stato di malnutrizione e cattive condizioni generali di salute possono infatti contribuire all'abbassamento delle difese immunitarie, che favorisce il contagio della Tbc

CORSA AL VACCINO

Gli sviluppi della ricerca e la speranza dagli Stati Uniti

Ricercatori della Yeshiva University annunciano su Nature Medicine di aver sperimentato un super vaccino ancora più valido di quelli attuali per debellare la tubercolosi



Dal Ministero della Salute l'invito a prendere precauzioni

Vaccinazione antiTbc per i sanitari, come l'infermiera che lavorava al Gemelli: l'obbligo sancito dal ministero è di fatto solo sulla carta. Allo studio linee guida più severe per il futuro

