



RASSEGNA STAMPA

18 NOVEMBRE 2014

L'addetto stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

CASO AL CERVELLO-VILLA SOFIA

La protesta dei medici ospedalieri "No ai professori-primari"

Lunedì 17 Novembre 2014 - 14:35 di Felice Cavallaro

Articolo letto 3.952 volte

Il segretario nazionale della Federazione medici ospedalieri (Fesmed) chiede di bloccare alcune nomine. A cominciare da quella di Ginecologia al Cervello-Villa Sofia di Palermo

PALERMO - Una grana per la Sanità in Sicilia il tentativo di incrociare attività e carriere di clinici universitari e medici ospedalieri. Con questi ultimi che parlano di "padrini" e "amici degli amici", come fa il segretario nazionale della Federazione medici ospedalieri (Fesmed), il ginecologo Carmine Gigli, chiedendo da Gorizia di bloccare alcune nomine. A cominciare da quella del Cervello-Villa Sofia di Palermo dove alla guida di Ginecologia e ostetricia, da tempo guidata dal facente funzioni Vincenzo Lo Bue, dovrebbe subentrare il professore Antonino Perino proveniente dal Policlinico.

Un'altra grana per Lucia Borsellino, l'assessore alla Salute, alla quale Gigli ricorda la posizione della sua categoria: "Contrari da sempre a questo tipo di inciuci. Come società scientifica contrastiamo questo da dieci anni, da quando accadde a Pistoia. Con immediati ricorsi al Consiglio di Stato che ci diede ragione. Lo stesso a Salerno dove si stava verificando una situazione analoga. Adesso Palermo. Stessi rischi e stessi ricorsi contro direttori generali imposti dal mondo politico, pronti a cogliere l'occasione per piazzare senza concorso negli ospedali primari designati da padrini universitari".

Posizione durissima che sorprende ed irrita il direttore generale Gervasio Venuti, pronto ad evocare una storia di collaborazioni scientifiche fra l'ateneo e il Cervello, ricordando i tempi di luminari come i professori Pagliaro, Geraci, Cittadini: "Puntiamo a scelte di natura altamente professionale, nell'alveo di una tradizione aziendale. Altro che piazzare 'amici degli amici'. E' ridicolo, fuori luogo...".

Dibattito aperto. Con Carmine Gigli preoccupato dal "caso Palermo" a lui esposto dal segretario siciliano della Fesmed, Giuseppe Canzone, direttore di Ostetricia a Termini Imerese: "Preferiscono non fare i concorsi". E Gigli rilancia allarmato: "Non è possibile che l'università continui a cannibalizzare gli ospedali. Eccessivo il mio linguaggio? Ma loro cercano di appropriarsi indebitamente di ruoli di dirigente di struttura complessa ospedaliera. Negli ultimi 5 anni sono scomparsi 1.500 posti in tutto il Servizio sanitario nazionale. Posti che non ci sono più. Se l'università si appropria di quelli rimasti, quale sarà lo sbocco professionale del medico ospedaliero?".

Quesito che rimbalza sul direttore sanitario di Villa Sofia, Giovanni Bavetta, a sua volta deciso a placare l'insofferenza dei suoi colleghi: "Si tratta di competenze separate. Didattica e governance ospedaliera possono incrociarsi. Come a Perugia dove il professore proveniente dall'università ha quattro posti letto per le gravidanze a rischio, per l'addestramento degli specializzandi, mentre il resto è attività e gestione ospedaliera. Ecco il tema di un protocollo d'intesa che inquieta perché ancora non è noto".

È il protocollo sul quale ha lavorato Venuti: "Frutto dell'attuazione del decreto legge 517 del 1999 che prevede collaborazione e protocolli fra regioni e università, convenzioni volute dalla legge per una integrazione organica fra didattica e attività assistenziale".

No. I medici ospedalieri guidati da Gigli non ci stanno: "I professori si tengano gli insegnamenti e lascino che gli specializzandi vengano a fare pratica in sala operatoria con noi. D'altronde, quando arrivano gli specializzandi, dobbiamo cominciare da capo la pratica...".

La questione è nazionale, ma il primo pesante braccio di ferro si consuma in un ospedale palermitano in continua fibrillazione, ancora segnato da furiose polemiche attorno all'incarico di primario di chirurgia plastica attribuito a Matteo Tutino, medico personale di Rosario Crocetta, una medaglia al valore per lui, simbolo di una discutibile scelta per altri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ultima modifica: 17 Novembre ore 20:24

Edizioni:

Palermo

Catania

Trapani

Agrigento

Messina

Caltanissetta

Enna

Ragusa

La Regione

PER SAPERNE DI PIÙ
 pt.regione.sicilia.it
 www.ars.sicilia.it

Altri otto ospedali condannati a sparire

Entro il 2016 niente posti letto a Ribera, Mazzarino, Giarre, Leonforte, Barcellona Pozzo di Gotto, Scicli, Noto, Salemi. Il piano imposto dal ministero prevede la trasformazione in presidi "di comunità" per l'assistenza ai malati cronici

GIUSI SPICA

NELLA nuova mappa della Sanità in Sicilia spariscono otto piccoli ospedali di provincia. Svuotati di tutti i 23 reparti oggi attivi e di 258 posti letto per le emergenze. Delle vecchie strutture resterà solo il nome affisso sui cartelli di benvenuto. «Ospedali» sì, ma «di comunità»: un nuovo modello già sperimentato in altre regioni per pazienti che soffrono di malattie croniche e non hanno bisogno del ricovero. È il compromesso trovato dalla Regione nelle pieghe della nuova rete ospedaliera varata dalla giunta a fine ottobre per scongiurare la chiusura totale dei piccoli e insicuri presidi di periferia. Il taglio imposto dai nuovi standard nazionali prevede anche la riconversione dei costosi e remunerativi posti per acuti in lungodegenza e riabilitazione e la cancellazione di 500 tra primari e assistenti medici.

A trasformarsi saranno gli ospedali di Ribera, Mazzarino, Giarre, Leonforte, Barcellona Pozzo di Gotto, Scicli, Noto e Salemi. L'azzeramento dei reparti

L'assessore Borsellino riferisce oggi all'Ars. La commissione Sanità chiede tre deroghe

e dei posti letto per le emergenze negli otto presidi è una delle sorprese della seconda bozza del piano, riscritto dall'assessorato alla luce delle nuove direttive del ministero varate ad agosto. Il documento sarà discusso oggi all'Ars, in commissione Sanità, per il parere obbligatorio. Egli annuncia un braccio di ferro tra i deputati per salvare gli ospedali che ricadono nel loro bacino elettorale.

Il primo ad alzare la voce è stato Santi Formica (Lista Musumeci) che ha chiesto di bloccare la chiusura dell'ospedale di Barcellona Pozzo di Gotto, dove salteranno sette reparti (Cardiologia, Chirurgia generale, Malattie infettive, Medicina generale, Neurologia, Psichiatria e Pediatria). È un'eccezione alla chiusura i membri della commissione chiederanno anche per Scicli

(dove salteranno Cardiologia e Chirurgia generale) e per Ribera (Chirurgia generale, Cardiologia, Medicina generale e Dermatologia).

Da piazza Ottavio Ziino nessuna retromarcia: «C'erano 27 ospedali in queste condizioni — spiega l'assessore Lucia Borsellino — e siamo riusciti a salvarne diciannove adottando il modello degli "ospedali riuniti". Per gli altri otto l'unica strada percorribile era l'ospedale di comunità, che prevede posti letto ponte tra ospedale e territorio». Anche sulle modifiche l'assessore taglia corto: «Salvare alcuni reparti per le emergenze in una struttura significa chiuderne altri in un altro ospedale. Il tetto ministeriale non è contrattabile e

IRISULTATI

Elezioni in tre comuni: avanti il centrosinistra. Bologna sindaco a Isola, ballottaggio a Misilmeri

UN BALLOTTAGGIO, due sindaci eletti al primo turno. Questi i risultati del voto in tre comuni reduci dallo scioglimento per mafia. A Misilmeri si sfideranno al secondo turno, il 30 novembre, Rosalia Stadarrelli del Pd (37 per cento) e Giovanni Lo Franco, giovane esponente della società civile (22 per cento). Tra gli esclusi l'ex sindaco Gaspare Di Spezio e il candidato grillino Giuseppe Farinella, entrambi sotto il 10 per cento. A Isola delle Femmine eletto Stefano Bologna, ex sindaco del centrosinistra: con il 58 per cento ha sconfitto Antonino Rubino e il grillino Massimiliano Adelfio, fermo al 5 per cento. Spoglio thrilling a Campobello di Mazara: testa a testa fra Giuseppe Castiglione, del centrosinistra, e Gianvito Greco, appoggiato da tre liste civiche dell'area di centrodestra: avanti fino a notte il primo, con il secondo a poca distanza.

prevede per la Sicilia 2,92 posti ogni mille abitanti».

Ma cosa sono gli ospedali di comunità? E quali servizi prevedono? Entro il 2016 nelle otto strutture non esisteranno più i Pronto soccorso, le Chirurgie generali, le Medicine, le Ortopedie, le Cardiologie e tutte le specialità ospedaliere. Rimarranno solo alcuni posti letto «territoriali» dove l'assistenza sarà assicurata dai medici di famiglia, dai pediatri e da medici pubblici. Si faranno ricoveri brevi (al massimo venti giorni) di pazienti che hanno bisogno di un'assistenza infermieristica continua. Di più, per ora, non si sa. «Aspettiamo direttive dal ministero — dice Lucia Borsellino — e abbiamo formato una commissione regio-

nale che lavorerà parallelamente. Prevediamo inoltre trasferite conoscitive nelle regioni come l'Emilia-Romagna dove queste strutture esistono da anni».

Oggi l'assessore riferirà sui risultati dell'ultimo incontro con il ministero. E in molti la aspettano con l'elmetto. «L'ospedale — attacca Gino Ioppolo, della Lista Musumeci — è per definizione un luogo in cui si curano i malati. Nell'idea confusa del governo questo nuovo modello è invece poco più che un ambulatorio gestito da medici di famiglia. Praticamente una casa di riposo per anziani. Siamo contrari a questa formula ipocrita che nasconde la scelta di lasciare interi territori senza presidi sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IPUNTI

LA TRASFORMAZIONE

Entro il 2016 otto ospedali minori di provincia diventeranno "di comunità" perdendo quasi del tutto i posti letto di degenza



L'ASSISTENZA

Il piano stilato dall'assessore Lucia Borsellino (nella foto) su indicazione del ministero prevede che i presidi servano ad assistere i malati cronici

IL TAGLIO

Negli "ospedali di comunità" non ci saranno più reparti di Chirurgia generale, Medicina, Ortopedia, Cardiologia, Pronto soccorso

LE DEROGHE

La commissione Sanità dell'Ars chiede che vengano esentati dalla trasformazione gli ospedali di Ribera, Scicli e Barcellona Pozzo di Gotto



IN BREVE

● Sanità

Terapia del dolore Approvato piano di organizzazione

●●● È stato definito il «Nuovo piano di organizzazione e sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana». Consentirà a chi ha necessità di accedere ai servizi della Rete di terapia del dolore di rivolgersi direttamente al proprio medico di famiglia. La Rete regionale di terapia del dolore è articolata in 2 Centri Hub ospedalieri, Centri Spoke ospedalieri e Centri Spoke territoriali ed anche ambulatori di medici di medicina generale. Il provvedimento è stato firmato dall'assessore alla Sanità Lucia Borsellino (nella foto).



9a7fe3e2b793e57eb19263e6460b7891df53043e3320374e849b1a5f11-645c4610dfc5e7e204772e95c2a3792356e98f5a7c0997

LA SICILIA Palermo

titolo - degli articoli e di quant'altro pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque controversia il Foro competente è quello di Catania

e provincia

sabato 15 novembre 2014



Terapia del dolore il Centro del Civico punta a diventare unità di riferimento

Il Centro "Spoke" ospedaliero della Terapia del dolore dell'azienda Arnas Civico, diretta da Sebastiano Adamo, punta a diventare un'unità di rilievo con un proprio budget e soprattutto in grado di offrire prestazioni non solo di emergenza ma anche di tipo diagnostico. Nel 2013 ha chiuso con 9.300 prestazioni, mentre il 2014 quasi certamente si chiuderà con oltre 10mila prestazioni. Insomma un Centro sempre più in espansione e che rappresenta uno dei fiori all'occhiello della sanità palermitana e siciliana.

Questo si inserisce nel quadro del "Nuovo piano di organizzazione e sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana" predisposto dall'assessorato regionale alla Salute. La Rete è articolata in 2 Centri Hub ospedalieri (Taormina e Villa Sofia Palermo), Centri Spoke ospedalieri (Civico di Palermo) e Centri Spoke territoriali (fino a quello di Bagheria) ed anche ambulatori di medici di medicina generale. La funzionalità di questo modello organizzativo farà riferimento ad ambiti provinciali individuati come "Reti Provinciali di terapia del dolore" e tutta l'attività sarà accompagnata per la sua realizzazione dal "Coordinamento regionale della Rete" che avvierà una specifica attività di verifica e monitoraggio della presenza dei requisiti di accreditamento, del rispetto degli indicatori stabiliti. Inoltre, saranno realizzati percorsi formativi per il personale operante nella rete e campagne informative rivolte alla popolazione oltre a procedure per la valutazione della qualità percepita dal paziente.

A. F.

LA FRASE SHOCK DELL'ONCOLOGO IN UN SUO LIBRO CHE ESCE OGGI

di Delia Parrinello

LE PAROLE DI VERONESI «SE ESISTE IL CANCRO VUOL DIRE CHE NON ESISTE DIO»



Ha trascorso una vita a combattere il cancro e oggi rappresenta il simbolo della speranza di vittoria contro questa malattia, una forza per migliaia di malati della sua lunga carriera scientifica. Ma Umberto Veronesi scende in un lampo tutta la sua vita professionale e oggi la conclude con un atto di scoraggiamento e di negazione della fede: «Allo stesso modo di Auschwitz, per me il cancro è diventato la prova della non esistenza di Dio». Una frase da agnostico, dopo un inizio molto religioso: «Come puoi credere nella Provvidenza o nell'amore divino quando vedi un bambino invaso da cellule maligne che lo consumano giorno dopo giorno davanti ai tuoi occhi? Ci sono parole in qualche libro sacro del mondo, ci sono verità rivelate che possano lenire il dolore dei suoi genitori? Io credo di no, e preferisco il silenzio, o il susurro del non so».

Il più noto oncologo italiano, direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia, scrive *Il mestiere di uomo*, in uscita oggi per Einaudi, e racconta come nel corso degli anni nonostante l'infanzia da «inappuntabile chierichetto» si sia consolidata la sua convinzione agnostica. «Non saprei dire qual è stato il mio primo giorno senza Dio. Sicuramente dopo l'esperienza della guerra non misi mai più piede in una chiesa, ma il tramonto della fede era iniziato molto prima. Durante il liceo fui bocciato due volte, ero un discolo in senso letterale: non andavo bene a scuola. Di fatto sono sempre stato anticonformista, ribelle ai luoghi comuni e alle convenzioni accettate acriticamente, e questa mia natura mal si conciliava con l'integralismo della dottrina cattolica che era stata il fondamento della mia educazione di bambino».

A incrinare il rapporto di Veronesi con la fede è la guerra: «Oltre alle stragi dei combattimenti, ho toccato con mano anche la follia del nazismo e non ho potuto non chiedermi, come fece Hannah Arendt prima e Benedetto XVI molti anni dopo: "Dov'era Dio ad Auschwitz?"».

Poi la decisione di intraprendere la carriera medica: «La scelta di fare il medico è profondamente legata in me alla ricerca dell'origine di quel male che il concetto di Dio non poteva spiegare. Da principio volevo fare lo psichiatra per capire in quale punto della mente nascesse la follia gratuita che poteva causare gli orrori di cui ero stato testimone. Avvicinandomi alla medicina, però, incappai in un male ancora più inspiegabile della guerra, il cancro». Che rapporto c'è, secondo Veronesi, tra dolore e fede? Il dolore diventa tangibile, assume sembianze reali, ed è in quella circostanza che «diventa molto difficile identificarlo come una manifesta-

zione del volere di Dio. Ho pensato spesso che il chirurgo, e soprattutto il chirurgo oncologo, abbia in effetti un rapporto speciale con il male. Il bisturi che affonda nel corpo di un uomo o di una donna lo ritiene lontano dalla metafisica del dolore. In sala operatoria, quando il paziente si addormenta, è a te che affida la sua vita. L'ultimo sguardo di paura o di fiducia è per te. E tu, chirurgo, non puoi pensare che un angelo custode guidi la tua mano quando incidi e inizi l'operazione, quando in pochi istanti devo decidere cosa fare, quando aspettare, come fermare un'emorragia. Ci sei solo tu in quei momenti, solo con la tua capacità, la tua concen-

trazione, la tua lucidità, la tua esperienza, i tuoi studi, il tuo amore o anche la tua carità per la persona malata».

Classe 1925, Veronesi ha vissuto la realtà italiana dalla seconda guerra mondiale a oggi. «Ho scelto la medicina per capire l'origine di quel male che la religione non poteva spiegare», racconta i suoi incontri con migliaia di pazienti, il suo rapporto con il dolore. Le sue riflessioni con la perdita della fede cristiana ma con un'incrollabile fede scientifica nella vittoria prima o poi dell'uomo sul cancro: se è stato vinto il male di Auschwitz, sarà vinto anche il cancro: «Anche se cinquant'anni fa si ammalava di tumore un italiano su 30, e oggi si ammalava uno su 3 e in un futuro prossimo ne resterà colpito uno su 2, dei 20 milioni di italiani che oggi sviluppano un tumore nel corso della loro vita, il 70% dei casi - circa 14 milioni - potrebbero essere salvati con la prevenzione».

Resta la posizione del Dio passivo di fronte al tumore che non salva nemmeno i bambini, ma si potrebbe allargare all'infinito l'inerzia divina, il Dio che non muove una mano per salvare un pullman pieno di bambini che scivola nel burrone, un Dio pieno di «disimpegno» in tante altre occasioni.

«Legittima la posizione del professor Veronesi sul nascondimento di Dio e sulla sua assenza dalla scena del dolore - afferma dalla Facoltà teologica della Sicilia il preside, professor Rino La Delfa - e ne apprezza la portata. La fede è manifestata sia nella forma di una dichiarazione di abbandono, il credo, come nel caso del cosiddetto credente, sia nella forma di invocazione, una domanda che impegna radicalmente chi la pone, come nel caso del cosiddetto miscredente o agnostico. In entrambi i casi è una manifestazione di fede».

Per il teologo, «il cristiano tesse la sua fede a partire da un evento contraddittorio: la Croce di Cristo, ovvero un caso di sofferenza. Una sofferenza in cui Dio non interviene per liberare il condannato, ma per convivere la medesima condizione. La Croce da cui ogni uomo è raggiunto come attraverso un ponte, per Cristo in effetti non è stata la conclusione ma la meta, la fase decisiva e culminante della sua vita e della sua azione».

Il professor La Delfa aggiunge che «nel Vangelo di Marco, Gesù muore nell'abbandono, e nessun intervento consolatore del Padre viene a interrompere l'esperienza del silenzio di Dio. Gesù ha vissuto la sua morte nel senso dell'assenza di Dio. Certamente Dio interverrà, ma non per procurare a Gesù un lieto fine».

«POSIZIONE LEGITTIMA», COMMENTA IL TEOLOGO, «MA LA FEDE DEL CRISTIANO PARTE PROPRIO DALLA CROCE PORTATA DA CRISTO»



1 Il professor Umberto Veronesi. 2 Dalla serie televisiva «Braccialetti rossi» che trattava di casi di adolescenti colpiti dal tumore. 3 Il professor Rino La Delfa, preside della Facoltà teologica di Sicilia



PAROLE & FATTI

I DATI SMENTISCONO I TIMORI DI UN LETTORE DI GDS.IT SECONDO CUI L'ISOLA SAREBBE AI PRIMI POSTI PER LA MALATTIA

TUMORI, SICILIA SOTTO LA MEDIA NAZIONALE

Qui sotto un commento pubblicato sul nostro sito gds.it che si riferisce alla notizia «Trivellazioni in Sicilia, Crocetta: daranno lavoro e soldi». Abbiamo chiesto una risposta al nostro esperto Carmelo Nicolosi.

A proposito di petrolio e trivellazioni. Statisticamente la Sicilia è la regione che «vanta» il maggior numero di casi di tumore. Chissà come mai?

FLIRROUGE

Ogni anno, in Sicilia, secondo le rilevazioni dell'Osservatorio epidemiologico dell'assessorato della Salute della Regione Siciliana, vengono diagnosticati, in media, 21.929 casi di tumore. Di questi, 11.895 (54,2%) riguardano gli uomini e 10.034 (45,8%) le

donne. Questi dati collocano l'Isola, per entrambi i sessi, al di sotto delle linee di tendenza del resto d'Italia. In media, il tasso di incidenza siciliano, per il totale dei tumori maschili, è inferiore di oltre il 27% a quello delle aree del Nord, del 16 del Centro e del 9 del resto del Sud. Per i tumori della popolazione femminile, la differenza percentuale si restringe: è inferiore del 23%, rispetto al Nord, del 4 nel confronto col Centro e dell'1 per il Sud. Di fatto, si nota uno scostamento minore, con le altre aree del Paese, rispetto al sesso maschile. Nelle donne, soprattutto fino alla fascia d'età 50-54 anni, l'incidenza tumorale risulta elevata a causa del tumore della mammella, mentre si ha un'inversione di tendenza, a sfavore degli uomini, nelle fasce di età più avanzate a causa del tumore della prostata e del polmone.



Trivellazioni per la ricerca di petrolio al largo delle coste siciliane

In merito alla mortalità, questa si mantiene, in Sicilia, al di sotto della media nazionale. Ogni anno, 12.186 persone muoiono a causa di una patologia oncologica. Il 58% dei decessi per tumori maligni si osserva negli uomini e il 42 nelle donne.

Le cause principali di mortalità tumorale nell'Isola, sono rappresentate, nell'uomo, dal tumore polmonare che rappresenta oltre un quarto dei decessi per neoplasia nei maschi (27,2%) e, nella donna, dalla neoplasia della mammella (18,1%). In entrambi i sessi, si evidenziano i tumori del colon e del retto (uomini 11,4%, donne 13,8%), del fegato (uomini 8,4%, donne 9,2) e sempre nella popolazione maschile, della prostata (terza causa di decesso con il 10,4%).

A livello distrettuale, si osserva un particolare impatto cancro nelle tre aree metropolitane di Catania, Messina e Palermo, coerentemente alle numerose evidenze degli effetti dell'urbanizzazione sulla patologia oncologica. (Cv)

CARMELO NICOLOSI

VIRUS KILLER. L'ospedale di Freetown in quarantena. Caso sospetto a bordo di un mercantile greco dove un marinaio ha i sintomi tipici e febbre emorragica

Stati Uniti, secondo medico morto per Ebola

● Il chirurgo Martin Salia, 44 anni, è deceduto due giorni dopo essere rientrato dalla Sierra Leone dove si era ammalato

La commissione europea ha stanziato altri 29 milioni di euro. Una nota di speranza viene dal ministro della Salute Lorenzin che ha ricordato come «entro metà 2015 si giungerà allo sblocco dei vaccini».

Nicoletta Nencioli
WASHINGTON

●●● Shock e dolore negli Stati Uniti ed in Sierra Leone per la morte del chirurgo Martin Salia, 44 anni, deceduto all'alba al Nebraska Medical Center dove era giunto solo due giorni fa, nella speranza di salvarsi la vita dopo aver contratto l'ebola nel paese africano.

«Abbiamo fatto tutto il possibile ma era troppo tardi, il paziente era giunto in condizioni estremamente gravi - hanno detto i medici della speciale divisione di biocontenimento del centro di Omaha - impareremo anche da questo caso che conferma come la diagnosi precoce sia fondamentale».

Salia - medico di religione metodista che si considerava «inviato dal Signore» in Africa - era infatti risultato negativo al test sulla febbre emorragica intorno al 6 novembre, nonostante avesse febbre e sintomi sospetti. Ma la conferma della malattia letale arrivò una settimana dopo, da una seconda analisi del sangue.

«Bisogna sconfiggere l'ebola alla fonte, in prima linea», ha ricordato in



Il chirurgo Martin Salia, 44 anni, deceduto per avere contratto l'ebola

una nota la Casa Bianca, esprimendo condoglianze per la perdita del medico, la cui famiglia - moglie e due figli - vive nel Maryland. Salia è il decimo malato di ebola trattato negli Usa, solo il secondo a morire dopo il cittadino li-

beriano Tomas Eric Duncan. E gli Usa da oggi hanno fatto partire i controlli agli aeroporti anche per i passeggeri provenienti dal Mali, colpito da un nuovo focolaio dell'epidemia.

Intanto, mentre in Sierra Leone

l'ospedale di Freetown dove lavorava Salia è stato sbarrato e molti dei suoi colleghi sono stati messi in quarantena, si teme anche per un caso sospetto a bordo di un mercantile greco.

Un marinaio filippino sta esibendo sintomi tipici della febbre emorragica e la nave - in navigazione dalla Guinea all'Ucraina - è stata dirottata verso il porto del Pireo dove le autorità sanitarie attendono di esaminare il malato.

Da Bruxelles, è giunto l'appello di Vytenis Andriukaitis, Commissario alla salute di ritorno da una missione nei paesi colpiti, che ha sollecitato l'Unione europea ad aumentare gli aiuti.

«Noi non molleremo la lotta sino a che avremo sconfitto il virus - ha detto il commissario - ma nel nostro viaggio abbiamo visto che non ci sono abbastanza dottori, medicine, acqua e così via. Faccio appello a tutti ministri della Salute Ue perchè mandino nuovi aiuti».

La commissione ieri ha stanziato altri 29 milioni di euro. I finanziamenti dell'Europa per l'ebola sono arrivati a 1,1 miliardi di euro.

Una nota di speranza è venuta dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin che ha ricordato ieri come «entro metà 2015 si dovrebbe giungere ad uno sblocco dei vaccini» per la malattia, per i quali è in corso una ricerca mondiale che include studiosi italiani.

DA VIA LA LOGGIA A VIA DEL VESPRO
Trasferiti al Policlinico
laboratori di Neurologia

«Sono stati trasferiti i servizi e i laboratori della Neurofisiopatologia, continuando così il processo di riunificazione delle attività dell'unità operativa di Neurologia, diretta da Brigida Fierro, da via La Loggia a via del Vespro, all'interno del Policlinico universitario Paolo Giaccone». È quanto si legge in una nota. «Sarà possibile, pertanto, eseguire le prestazioni di elettromiografia, elettroencefalografia, potenziali evocati e dei servizi ambulatoriali collegati, presso i locali di via del Vespro».



Auto System

Via Aci, 6 Palermo - Tel. 091 206000

Scopri di più ▶

Home > Vita > Malattie del cuore, le donne i soggetti più a rischio

Vita

SPECIE IN MENOPAUSA

Malattie del cuore, le donne i soggetti più a rischio

17 Novembre 2014

Le stime sono dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e dell'Istituto Superiore di Sanità



ROMA. In Italia una donna su due è a rischio di una patologia cardiovascolare, soprattutto dopo la menopausa. Le malattie del cuore colpiscono ogni anno circa 150 mila donne, anche se in età più avanzata degli uomini: tra i 50 e i 60 anni per lei, tra i 40 e 50 anni per lui. Non solo. Dopo i 60 anni il 30% dei casi di infarto riguarda una donna e la percentuale cresce con l'aumentare dell'età. Le stime sono dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e dell'Istituto Superiore di Sanità: tra il 2008 e il 2012 circa il 97% delle donne in Italia ha manifestato un rischio cardiovascolare a 10 anni del 10% a fronte del 74% degli uomini. Le cause? Stress, vita sedentaria, fumo, troppo lavoro, dieta ipercalorica e pressione alta. Uomini e donne in questo si assomigliano.

Eppure molte considerano l'infarto, e il mal di cuore, roba da maschi, trascurando così i rischi che corre il loro cuore, soprattutto dopo la menopausa a causa di diabete, obesità e ipertensione. La parola chiave rimane ancora una volta

L'utilizzo dei cookie su questo sito serve a migliorare l'esperienza di navigazione.

Sono d'accordo

Leggi tutto

er sensibilizzare l'universo femminile su questi temi, entro gratuito "Donne, proteggete il vostro cuore: dal alle 17.30, nella Parrocchia San Ponziano, nel quartiere Talento (via Nicola Testa, 30) a Roma. Sarà Antonio Rebuzzi, professore di Cardiologia presso l'Università Cattolica, intervistato da Livia Azzariti, a puntare i riflettori sul cuore delle donne, a rispondere alle domande, a illustrare come fare prevenzione dall'adolescenza alla menopausa, a indicare consigli sulla dieta, l'esercizio fisico, il controllo dello stress. Ma si parlerà anche dei benefici della protezione ormonale in età fertile, dei rischi della pillola contraccettiva e degli effetti devastanti causati dalla cocaina. «**La maggioranza delle donne teme di morire per un tumore al seno ma i veri "big killer" sono infarto e ictus - spiega Rebuzzi -. Resta perciò da migliorare la percezione del rischio. Per prima cosa mai sottovalutare lo stress: le donne stressate fumano di più e mangiano male, sono più sedentarie e si curano meno rispetto agli uomini**».

L'incontro fa parte di una serie di convegni aperti al pubblico organizzati in diversi quartieri della Capitale, in particolare periferie e zone con alta densità abitativa. Obiettivo di Atena Donna, l'associazione della Fondazione Atena di Giulio Maira, professore di Neurochirurgia presso l'Humanitas di Milano e Campus Bio Medico di Roma, è avvicinarsi a quelle donne poco preparate che più di tutte hanno bisogno di aiuto, molte delle quali per colpa delle crisi economica non possono permettersi visite specialistiche e cure costose, spiegare loro in modo molto semplice come tutelare la salute, cancellando anche false credenze e paure.

TAG: cuore, donne, menopausa, stress

Contribuisci alla notizia:

INVI
FOTO O VIDEOSCRIVI
ALLA REDAZIONE

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

17 novembre 2014

PATTO/ Personale, «Vergognosa degradazione dei medici», le critiche di Omceo e Aaroi-Emac

Non piacciono all'Ordine dei medici (Omceo) di Milano due novità del disegno di legge che riforma l'accesso dei medici al Servizio sanitario nazionale, presentato dal ministero della Salute e pronto per essere girato a quello dell'Istruzione. Riguardano la carriera del medico ospedaliero distinta in professionale e manageriale, e la possibilità di essere assunti negli ospedali con lo stipendio della caposala senza avere il titolo di specialista. «Ritengo vergognoso questo fatto - afferma **Roberto Carlo Rossi**, presidente Omceo Milano - Che c'entra lo stipendio della caposala? Sono medici, infatti, con tutte le responsabilità annesse e connesse. Trovo inoltre semplicemente folle che un medico venga discriminato a seconda del ruolo di manager e di professionista». Secondo Rossi, «la verità è che a causa dell'imminente uscita dalla professione di molti medici, per una scarsa programmazione dei posti in scuola di specialità e soprattutto per una scarsa volontà di investire nel personale medico, si trova più comodo degradare gli ufficiali a sottufficiali per pagarli di meno. Mantenendogli peraltro le stesse responsabilità». «Con l'aggravante - conclude - che il paziente che si ritiene danneggiato potrà sostenere anche di essere stato curato da un non specialista, facendo così lievitare la cosiddetta medicina difensiva».

Critiche dall'Aaroi-Emac

«L'accesso del personale medico al Servizio sanitario nazionale con inquadramento in una categoria non dirigenziale appare un maldestro tentativo di riordinare la formazione specialistica». È quanto afferma il presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani-Emergenza area critica (Aaroi-Emac), **Alessandro Vergallo**, che non risparmia critiche alla bozza di Ddl delega ex articolo 22 del Patto della Salute su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn. «È innegabile - sottolinea in una nota Vergallo - che nel nostro Paese molti ospedali partecipino attivamente, insieme alle Università, alla rete formativa dei medici specializzandi, ma la creazione di un percorso formativo specialistico ospedaliero "minore", così concepito, aggiungerebbe al nostro Ssn ulteriori squilibri e rischi, sia professionali che assistenziali, a quelli già esistenti». «Infatti - aggiunge - per quanto concerne specificatamente la disciplina di anestesia e rianimazione, per esempio, tutte le attività di diagnosi e cura sui pazienti sono esercitate personalmente e direttamente da ogni singolo medico anestesista rianimatore, e non da un'equipe: pertanto, è impensabile che tali attività siano poste in capo a medici neolaureati, le cui prestazioni professionali in tal caso si configurerebbero tutte come sostitutive e non integrative di quelle del personale specialista di ruolo». Un altro aspetto della bozza che non convince Vergallo è quello relativo allo «sdoppiamento della carriera professionale dei medici in distinti percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale, che lascia intravedere una pericolosa e delegittimante scissione delle loro competenze integrate di clinical governance, di cui non si comprendono le finalità, a meno di non dover sospettare un loro progressivo e definitivo confinamento ad un ruolo amministrativo o, alternativamente e più probabilmente, a un ruolo esclusivamente tecnico, a beneficio di altre figure non mediche».

Secondo il presidente dell'Aaroi-Emac, il percorso da seguire dovrebbe invece partire «dai fabbisogni reali di specialisti negli ospedali rispetto alle eventuali carenze di posti nelle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, prevedendo, per coprire tali carenze, di concerto con ospedali e Università, l'implementazione dei posti necessari e/o una formazione specialistica in "ospedali di formazione", retribuita ad hoc». Sulla carriera professionale dei medici la soluzione di Vergallo è addirittura più semplice: «Dato che i medici con qualifica di direttore e/o di responsabile di Unità operativa, sia ospedaliera che universitaria, non possono oggi esimersi, per evidenti ragioni di natura organizzativa, funzionale, e contrattuale, dalle coesistenti competenze gestionali e cliniche connesse al loro ruolo, se qualcuno di essi non ritiene di esserne all'altezza - conclude - torni alla sottostante qualifica di dirigente medico, come il vigente contratto nazionale consente, e lasci il suo posto ad altro collega più in grado di assumerselo entrambe, e forse più motivato».

17 novembre 2014

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | Chiudi

17 novembre 2017

Cassazione: le colpe del primario «non informato»

di Paola Ferrari

Il primario ospedaliero risponde del danno derivato da deficit organizzativo della struttura da lui diretta, se non riesce a dimostrare di avere adempiuto tutti gli obblighi imposti dalla legge (Dpr 27 marzo 1969, n. 128, articolo 7). Ogni primario deve essere informato sulle condizioni dei malati, deve avere impartito le necessarie istruzioni al personale, e predisposto le direttive per eventuali emergenze. Con questa motivazione la terza sezione della Cassazione (sentenza n. 22338 del 22 ottobre), ha rinviato per nuova valutazione quella della Corte d'appello di Messina che mandò assolto il sanitario. Nella fattispecie, il sanitario fu chiamato a rispondere della negligenza dei medici del reparto, che non rilevarono i dati pelvimetrici della gestante e non eseguirono il necessario parto cesareo. Durante le manovre i medici del reparto provocarono la lesione del plesso brachiale al neonato. I giudici di merito rilevarono la disorganizzazione del reparto per poi escludere la responsabilità del primario per quanto accaduto.

Motivazione ritenuta contraddittoria e laconica, tanto da convincere i giudici a rispedirla al mittente per un nuovo riesame imponendo un vero e proprio decalogo: accertare se e in che misura i deficit organizzativi della struttura sanitaria fossero imputabili anche al primario; accertare se e in che misura il primario si fosse attivato per prevenirli o attenuarne le conseguenze; accertare se vi fosse la concreta possibilità di trasferimento della paziente in altra struttura; esaminare analiticamente le censure mosse dai genitori del bambino.

In base al Dpr 128/1969, il primario risponde dei deficit organizzativi del reparto, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale e in scarse istruzioni. Il primario ospedaliero deve avere, afferma la legge, «puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza». Di conseguenza, afferma la sentenza, è in colpa il medico che tiene una condotta difforme da quella che nelle medesime circostanze avrebbe tenuto un professionista diligente, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, comma 2, e un primario "diligente" non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, né avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico.

17 novembre 2017

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Interruzione di gravidanza. Diminuisce il numero totale
I ginecologi: liste d'attesa, pochi spazi, tum over bloccati, difficile applicare la legge. E il Papa
sostiene chi si rifiuta. La proposta: "Ricompense e promozioni per chi non si tira indietro"

INTERRUZIONI
VOLONTARIE
DI GRAVIDANZE
IN ITALIA

NEL 2012
107mila

NEL 2013
103mila

DI CUI
35mila
DONNE STRANIERE

Aborto, pillole, obiettori È allarme clandestinità

ELVIRA NASELLI

DAUN lato i dati dell'ultima relazione del ministro della Salute sull'attuazione della legge 194. Dall'altro i ginecologi non obiettori di coscienza, da poco riunitisi a Napoli per il congresso Laiga, che lamentano accessi difficili all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), organici striminziti e tempi lunghi di attesa per le donne, costrette a cambiare regione o a rifugiarsi addirittura nella clandestinità. Nel 2012, secondo le stime dell'Istituto superiore di sanità, gli aborti clandestini sarebbero stati tra 10 e 15.000, un numero sbalorditivo se si pensa che c'è una legge per poterlo fare legalmente.

Secondo la relazione del ministro, inoltre, i medici non obiettori sono sufficienti ma l'organizzazione territoriale non è adeguata: la stima è che un medico non obiettore faccia 1,4 Ivg a settimana, con un minimo di 0,4 in Valle D'Aosta e 4,2 nel Lazio. Numeri, però, che mal si conciliano con le cifre iperboliche dell'obiezione di coscienza che domenica ha avuto il sostegno anche di papa Francesco: nel 2012 media del 69,6%, con il Sud che supera l'80. Arrivando al 90,3% in Molise, l'89,4 in Basilicata, l'84,5% in Sicilia, l'81,9 del Lazio. Dove, però, con un decreto regionale, il governatore Zingaretti ha posto dei limiti all'obiezione di coscienza nei consultori, che potrà riguardare soltanto l'intervento vero e proprio ma non la prescrizione di contraccettivi, pillola del giorno dopo e spirali compresse, o il rilascio della certificazione richiesta per poter abortire.

Detto questo, le Ivg in Italia continuano a diminuire: i dati 2013 hanno fatto registrare un 4,2% rispetto all'anno precedente. Dei 102.644 casi del 2013, l'8,5% è stato un aborto farmacologico, con la RU486.

Ancora poco diffusa la Ru486 per il ritardo con cui le donne arrivano nei centri pubblici

Percentuale che però sale al 25,2% in Liguria al 19 del Piemonte. Il problema della media Ivg per ginecologo non obiettore però resta. «Forse hanno compreso nel calcolo anche i ginecologi ambulatoriali»

Pillola abortiva

(MIFEPRSTONE + PROSTAGLANDINA)

COS'È

Mifepristone (RU486)
È uno steroide sintetico che induce l'aborto chimico

Prostaglandina (Misoprosolo)
Intensifica l'attività contrattile del miometrio

COME SI ASSUME



COME AGISCE

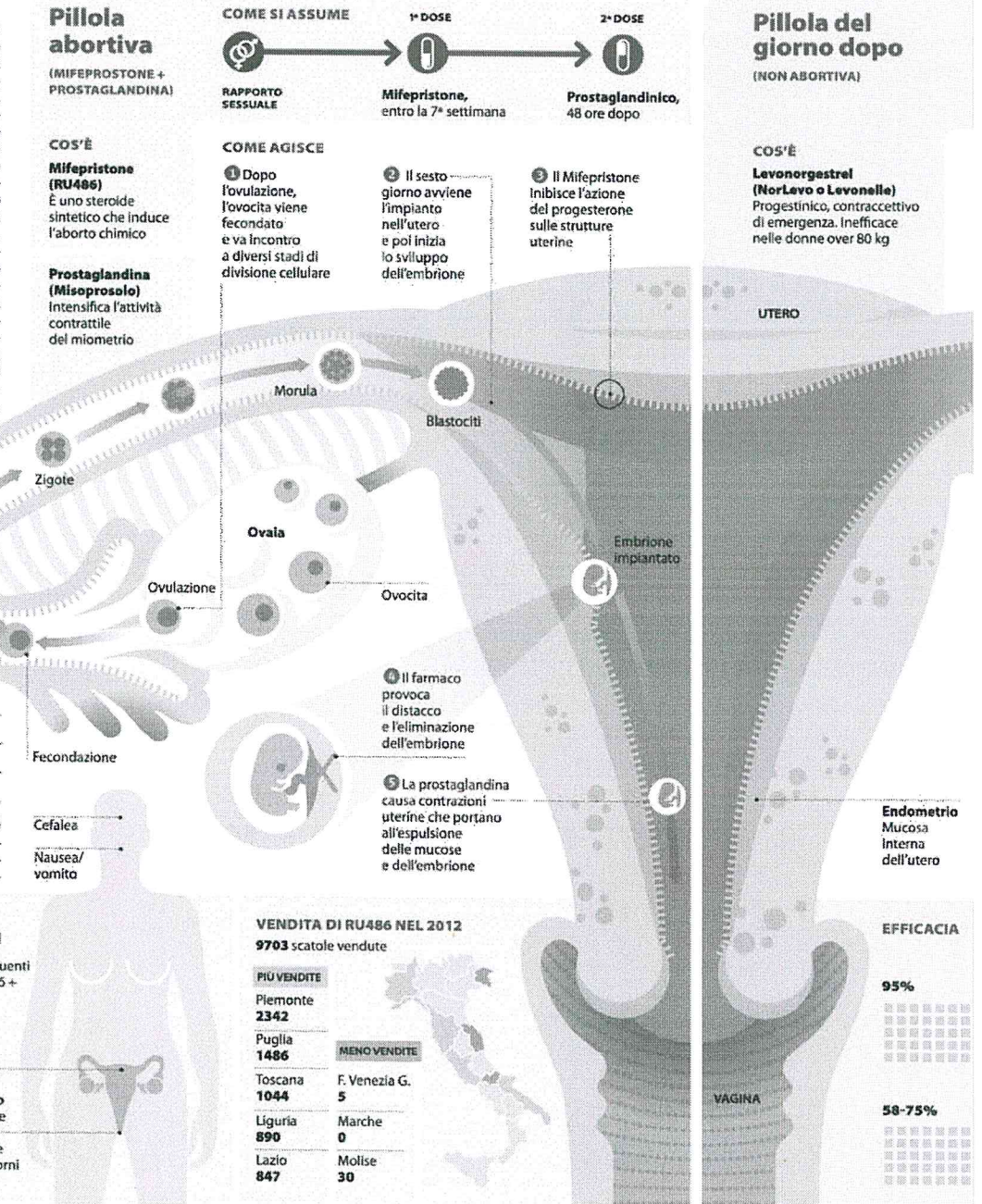
- 1 Dopo l'ovulazione, l'ovocita viene fecondato e va incontro a diversi stadi di divisione cellulare
- 2 Il sesto giorno avviene l'impianto nell'utero e poi inizia lo sviluppo dell'embrione
- 3 Il Mifepristone inibisce l'azione del progesterone sulle strutture uterine
- 4 Il farmaco provoca il distacco e l'eliminazione dell'embrione
- 5 La prostaglandina causa contrazioni uterine che portano all'espulsione delle mucose e dell'embrione

Pillola del giorno dopo

(NON ABORTIVA)

COS'È

Levonorgestrel (NorLevo o Levonelle)
Progesterinico, contraccettivo di emergenza. Inefficace nelle donne over 80 kg



IN CIFRE

7855 IVG* con RU486

l'8,5% di tutte le IVG

* Interruzioni Volontarie di Gravidanza in Italia nel 2012

EFFICACIA

95% dei casi se usati entrambi farmaci abortivi

EFFETTI COLLATERALI

Disturbi più frequenti dell'uso di RU486 + Misoprosolo

Dolore addominale

Sanguinamento Massimo durante l'espulsione. Perdite ematiche per almeno 7 giorni

Cefalea
Nausea/vomito

VENDITA DI RU486 NEL 2012

9703 scatole vendute

PIÙ VENDITE

Piemonte **2342**
Puglia **1486**
Toscana **1044**
Liguria **890**
Lazio **847**

MENO VENDITE

F. Venezia G. **5**
Marche **0**
Molise **30**

EFFICACIA

95%

58-75%

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA SALUTE / ETTISSA ROSETTA PAPA, DIRETTORE UNITÀ COMPLESSA SALUTE DONNA NAPOLI / ADUC, ASSOCIAZIONE PER I DIRITTI DEGLI UTENTI E CONSUMATORI / AIFA / MINISTERO DELLA SALUTE, 2013

ragiona Massimo Srebot, direttore Ostetricia e Ginecologia e responsabile area materno-infantile della Usl 5 di Pisa - che non possono fare interruzioni di gravidanza. In ogni caso allungare le liste d'attesa è un'azione ai limiti del reato perché si favorisce l'aborto clandestino». Qualche soluzione Srebot ce l'ha... «Sfidare l'obiezione di comodo per cominciare. Con incentivi economici, come quelli riconosciuti alle cliniche convenzionate per l'Ivg. Ma anche con progressi di carriera, come la direzione di una struttura semplice a un non obiettore. C'è poi un discorso culturale. Il percorso dell'Ivg fa parte della fisiologia della vita della donna, anche se non è un percorso felice, e allora perché deve occuparsi un

medico? L'ostetrica potrebbe fare l'80% del percorso, dall'accoglienza della donna, alla spiegazione dell'iter fino alla firma del consenso. E da noi lo fa, con tanti vantaggi: è più vicina alla donna, ha appropriatezza e costa meno di un medico».

Meno felice la situazione pugliese. «La metà degli aborti si fa nel privato convenzionato - attacca Antonio Belpiede, primario di Ginecologia e ostetricia, ospedale di Bari - ma nel pubblico ci sono infinite criticità che, nonostante la sensibilità dichiarata dal governo regionale, non sono state risolte. Non ci sono spazi specifici e dignitosi per le donne, esiste una quota di obiezione di comodo e non c'è ricambio di medici non obiettori. Noi abbiamo circa 400 abor-



In video

Aborto e obiettori anche su Rnews (ore 13,45 e 19,45) su Repubblica.it, canale 50 del digitale terrestre e 139 di Sky.

ti farmacologici a fronte di 150 chirurgici, perché le donne arrivano in tempo utile per l'uso del farmaco. L'intervento è appannaggio delle meno informate e svantaggiate. Detto questo, ci sentiamo abbandonati: non abbiamo ostetriche neanche per i parti e non riusciamo a fare counselling contraccettivo».

Non va meglio nel Lazio. «I non obiettori sono dei garibaldini - racconta Elisabetta Canitano, medico 194 per la Asl Roma D e presidente di «Vita di donna» - ci sono operatori assunti solo per la 194 che lavorano in cinque ospedali diversi. E quando sono malati o in ferie l'attività si blocca. Inoltre ci sono gli ospedali laici che non fanno interruzioni di gravidanza, nel Lazio sono almeno dieci. Un altro tipo di

OBIEZIONE DI COSCIENZA IN ITALIA

Media dei medici obiettori nel 2012



AL SUD



più dell'80% dei medici

**LA TESTIMONIANZA.
"Ipocrita e immorale lavarsene le mani lo aiuto queste donne fino a 24 settimane"**

GIUSEPPE DEL BELLO

DA UN LATO orgogliosa dei risultati del «nostro centro in cui in una sola settimana ci si prenota e si abortisce», dall'altro furibonda per le «incongruenze della 194 che andrebbero assolutamente cambiate». Carla Ciccone lavora da 35 anni nella divisione di Ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino. Un'isola felice in una regione — la Campania — che, in linea con tutto il Sud, è al top per numero

di medici obiettori di coscienza.

Incongruenze di che tipo?
«Come quella che permette a un obiettore di coscienza di scaricare una donna appena arrivata la diagnosi di malformazione fetale. Da quel momento il collega se ne lava le mani, soltanto perché la paziente sarà affidata ad altri per interrompere la gravidanza e lui si sente esentato da qualsiasi compito assistenziale. È fuori da qualsiasi etica professionale».

Lei contesta l'impalcatura della 194?
«Senta, io mi interessò di aborti terapeutici: le infermiere

e tutto lo staff sono impeccabili e, al massimo entro 48 ore, una donna viene avviata all'Ivg, ma è proprio l'obiezione di coscienza che dovrebbe essere abolita dalla legge. Ipocritia da cancellare».

Ma non è un'ipocritia per il medico-obiettore?

«Eh no, invece è proprio così. Perché chi ha le tasche piene di soldi, anche se è trascorso il termine fissato, può comunque permettersi l'aborto. Tre giorni fa è arrivata da noi una donna alla 25esima settimana con una seria alterazione cromosomica fetale. Ebbene, lei non rientrava nei protocolli e lo gliel'ho detto. Non ha replicato nulla, aveva il danaro e se n'è andata in Grecia dove se ne fregano dei tempi di gestazione. Eppure io fino alla 24esima settimana do la mia disponibilità all'aborto».

Ma il limite di legge scarta prima, lei non lo rispetta?

«Alt. La legge dice che entro 90 giorni è possibile abortire volontariamente, mentre 22 settimane e tre giorni sono il limite per l'aborto terapeutico».

Appunto, lei invece va avanti per altre due settimane.

«Certo, perché questo limite se l'è dato la comunità scientifica, non l'impone la legge. Io accetto entro e non oltre le 24 settimane, una soglia decisa con il Comitato etico».

Quanti obiettori ci sono nel suo ospedale?

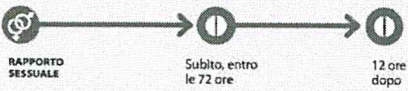
«La percentuale è equilibrata, 50 a 50. E anche lo staff anestesista fa registrare lo stesso trend, mentre tra le ostetriche,

"Non vado contro i tempi stabiliti dalla normativa"

due su sei sono obiettrici. L'anno scorso sono stati fatti 130 aborti terapeutici (dalla 13esima alla 24esima settimana); mentre quelli spontanei, entro i tre mesi, hanno toccato quota 700. E qui arrivano non solo donne da tutta la Campania, ma anche dal basso Lazio, da Foggia e dal Molise».

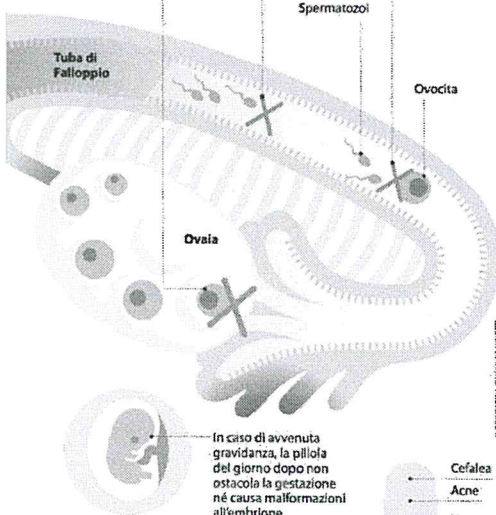
di RICCARDO DIETZ/ANSA

COME SI ASSUME



COME AGISCE

- 1 Il farmaco blocca l'ovulazione se questa non è ancora avvenuta
- 2 È anche in grado di ostacolare il passaggio degli spermatozoi verso l'utero e le tube
- 3 In caso di un ovulo già rilasciato ne impedisce la fecondazione



ASSUNZIONE

Entro le 24 ore dal rapporto

Entro le 72 ore dal rapporto

EFFETTI COLLATERALI

Principali disturbi dell'utilizzo di Levonorgestrel

Alterazioni del flusso mestruale

Ipermenorrea, polimenorrea, spotting intermestruale, leucorrea



SHHH! DORMONO TUTTI.



ARMONIA

è disponibile in tre formulazioni:

- **ORO:** compresse sublinguali ad assorbimento rapido
- **RETARD:** compresse a rilascio controllato
- **FAST:** compresse e gocce a rilascio immediato

ARMONIA ORO, RETARD O FAST. PERCHÉ NON ABBIAMO TUTTI LO STESSO SONNO.

Per ognuno di noi esiste un diverso ritmo del sonno e Nathura lo sa. Per questo ha creato Armonia, un'ampia gamma di integratori alimentari, a base di melatonina di purezza certificata. Tre formulazioni, Oro, Retard, Fast per offrire a ciascuno un sonno di qualità. Addormentarsi facilmente e dormire senza interruzioni rappresentano, infatti, i primi passi per affrontare gli impegni quotidiani con il piede giusto. Perché se dormi bene, vivi meglio. La linea Armonia è senza glutine. In farmacia.

NATHURA.COM

Segui Nathura su



problema è quello dell'aborto terapeutico perché parliamo di donne che volevano un bambino ma hanno scoperto gravi malformazioni con la diagnostica. Al congresso di Napoli, Kypros Nicolaides, specialista di medicina fetale del King's College di Londra, ha insistito sulla necessità di anticipare quanto più possibile i tempi della diagnostica. Entro il primo trimestre si deve arrivare a fare una valutazione precoce delle malformazioni, e quantificare il rischio di parto precoce. Se riusciamo a farlo, possiamo concentrarci sulle gravidanze a rischio con consulenze e interventi in utero. I medici non obiettori non sono pro aborto ma pro scelta della donna, quale che sia».

di RICCARDO DIETZ/ANSA

Ginocchio. L'intervento che minimizza l'invasività chirurgica, ottimizza la precisione, velocizza i tempi di ripresa, evita errori umani. Si può utilizzare solamente nei casi di una degenerazione circoscritta. Ritorno pieno in attività dopo alcune settimane

Una protesi in 40 minuti con il robot salva-artrosi

FABIO LODISPOTO*

PROTESI di ginocchio più piccole e impianto guidato dal robot invece che dal chirurgo. Una recente opportunità per chi soffre di artrosi del ginocchio che minimizza l'invasività chirurgica, ottimizza la precisione con cui si applica la protesi e velocizza la convalescenza, ma soprattutto riduce la possibilità di errore umano. Si tratta della protesi monocompartimentale associata ad un sofisticato sistema chirurgico robotizzato. Candidati ottimali a questa chirurgia quanti soffrono di artrosi circoscritta a metà ginocchio, monocompartimentale per l'appunto, come accade in caso di ginocchio varo artrosico (a cavallerizzo) e valgo artrosico (a X). Una condizione in cui l'articolazione perde il suo normale allineamento e comincia a cedere su un lato incurvandosi progressivamente. Può accadere a seguito di una frattura della tibia o del femore, a causa di un intervento che ha sacrificato un menisco o semplicemente dell'età che ha usurato la cartilagine. Si tratta di condizioni frequenti, alcuni studi epidemiologici americani riportano che l'artrosi monocompartimentale è presente in circa il 21% degli uomini ed il 12% delle donne prima dei 65 anni. I risultati di questa recente chirurgia robotizzata sono molto soddisfacenti: negli studi con follow-up a lungo termine circa 85% dei pazienti si ritiene soddisfatto. Uno studio del 2013 mostra un dato su cui riflettere: circa 80% dei pazienti, con età media di 60 anni, torna al livello di attività sportiva precedente l'intervento chirurgico.

Lo specialista visionando Rx e Rmnsi accerta che esista in tutte le condizioni per poter candidare il paziente a questa nuova applicazione della chirurgia protesica: artrosi circoscritta a metà ginocchio, con il resto dell'articolazione sana, ginocchio esente da lesione dei ligamenti, assenza di gravi limita-

Chirurgia robotica

PRIMA

Artrosi parziale
Colpisce soltanto uno dei tre compartimenti:

FEMORO-ROTULEA
LATERALE
MEDIALE
Tibia

DOPO

La protesi
È più piccola di quella totale, risulta meno invasiva

Femore
Tibia

Femore

Fresa a palla
Asporta l'osso artrosico e prepara la sede per la componente femorale della protesi

Cartilagine articolare

COMPONENTI DELLA PROTESI

Componente femorale
Inserto plastico
Componente tibiale

40'
DURATA MEDIA DELLA CHIRURGIA

Asportazione dell'osso del piatto tibiale mediale

zioni nel movimento di flessione ed estensione. Poi una Tac del ginocchio permette di acquisire ulteriori informazioni anatomiche e di creare un modello in 3D dell'articolazione da operare. I dati acquisiti, vengono poi caricati ed elaborati in un software in modo che il chirurgo possa programmare il tipo di intervento da eseguire in sala operatoria. Durante l'intervento vengono registrati facilmente alcuni punti anatomici del paziente. Infine l'intervento: i tagli pre-selezionati vengono completamente eseguiti dal braccio meccanico del robot in ba-

se al planning preoperatorio riducendo enormemente la possibilità di errore umano, con risultati vicini alla perfezione. Di qui anche un altro importante vantaggio: la durata della protesi si allunga considerevolmente, perché un impianto ben fatto riduce lo stress meccanico sulle componenti e quindi anche l'usura e il rischio di precoci cedimenti. L'intervento viene generalmente compiuto in anestesia periferica (solo l'arto interessato) e dura circa quaranta minuti. Un piccolo drenaggio, per evitare che si formi un raccolte di sangue nel ginocchio, completa l'intervento e

verrà rimosso nel giro di 24/36 ore. Il paziente operato può camminare e caricare il suo peso sulla parte operata già il giorno successivo. I dolori post operatori sono modesti. Il ritorno progressivo a tutte le attività fisiche e lavorative richiede tuttavia alcune settimane. La protesi monocompartimentale con il sistema robotizzato risulta così conservativa dell'osso che il ginocchio si potrà rioperare come fosse la prima volta.

**Spec. Ortopedia e Traumatologia, Medicina dello Sport*

PLANNING PRECHIRURGIA

Viene creato un modello 3D del ginocchio malato su cui si programma l'intervento da eseguire in sala operatoria

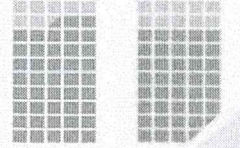


IL BRACCIO ROBOTICO

Esegue con alta precisione i tagli prefissati dal software, riducendo la possibilità dell'errore umano

FOLLOW UP
SODDISFAZIONE
85% dei casi

RITORNO ALLO SPORT
80% dei casi



GLI SPORT ■ A BASSO RISCHIO ■ SCONSIGLIATI

Bicicletta	Nuoto	Ballo da sala	Tiro	Camminata	Golf	Vela	Corsa	Calcio	Calcetto	Pallacanestro	Pallavolo	Sport di contrasto

Epatite C. Fegato, al convegno Usa si riparla dei nuovi farmaci in combinazione. Guariti in 3 mesi ma basta saltare un solo giorno di cura e il malato è spacciato

La multi-terapia killer del virus Ma mai saltarla

DAL NOSTRO INVIATO ARNALDO D'AMICO

BASTA saltare un solo giorno nei tre mesi di cura e il malato è spacciato. È l'altra faccia della medaglia dei nuovi super-farmaci anti epatite C. Il virus Hcv che ne è la causa replica alla velocità di mille miliardi di nuove unità ogni 24 ore e basta allentare il bombardamento farmacologico per un giorno e i mutanti insensibili alla cura prendono il sopravvento. E diventano invulnerabili a tutti i nuovi farmaci, la guarigione torna difficile.

Il virus Hcv è stato tra i protagonisti dell'American Association for the Study of Liver Diseases (malattie del fegato) che ha riunito di recente a Boston 9 mila specialisti da tutto il mondo. Al centro dell'attenzione la capacità inusuale di questo parente stretto del virus dell'Aids di mutare. E la sua storia. «Le origini dell'Hcv non sono chiare, sembra provenga dall'Africa - spiega Savino Bruno, Fatebenefratelli di Milano - Dilaga nel genere umano per colpa della medicina moderna a partire dagli anni 50. Trasfusioni e soprattutto

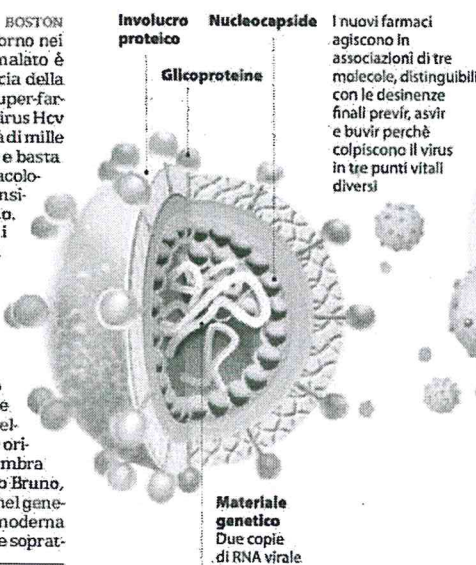
È la fine di un incubo dall'orizzonte scompare la morte per cirrosi o cancro

tutto gli aghi delle siringhe di vetro riusati dopo bollitura passano da individuo a individuo il virus. Ma allora non si sapeva».

Negli anni 80 si scopre l'Hcv, e così si aprtono i test per scovarlo nel sangue e si vede che resiste più di altri virus al calore. Servono almeno 20 minuti di bollitura o tre ore di forno a 180 gradi per ucciderlo. Per il resto è un virus poco aggressivo e contagioso e senza quegli aghi infetti non sarebbe mai riuscito a contagiare gli attuali 1,5 milioni di italiani. Per via sessuale infatti si trasmette poco, per nulla dal respiro. Purtroppo muta così rapidamente che il sistema immunitario non riesce ad eliminarlo. «Resiste uno stigma contro questi malati - osserva Antonio Craxi, ordinario di Gastroenterologia all'università di Palermo - È ancora diffusa la convinzione che l'epatite C, come l'Aids, venga da comportamenti "dissennati". Invece il 70% dei malati sono i bambini rimasti vittime dell'ignoranza di allora. Oggi i nuovi casi sono circa duemila l'anno, da aghi dei tatuaggi non monouso, pochi per via sessuale».

Per quanto riguarda le cure, da quelle in sperimentazione a quelle già in vendita negli Usa, a Boston la conferma che tre molecole che attaccano il virus in tre punti strategici date insieme guariscono il 100% dei malati contro il 15% delle vecchie cure. E senza effetti collaterali. È la "pallottola magica" agognata dalla medicina da sempre: una pillola che distrugge il nemico senza scalfire l'organismo. Dall'orizzonte svanisce la morte per cirrosi e/o cancro. E l'angoscia di trasmettere l'infezione a qualche familiare, anche se si sa che è raro, perché il virus scompare dal sangue. Ma le "pallottole magiche" hanno costi insostenibili. In questi giorni trattano aziende e governi anche

STRUTTURA DEL VIRUS HCV



IL CONTAGIO

Avviene per contatto con sangue infetto. I principali fattori di rischio sono:

Contagio intrafamiliare (scambio di spazzolini, rasoi, ecc)

Interventi e trattamenti eseguiti senza garanzie igieniche sanitarie:

Trattamenti estetici

Trattamenti odontoiatrici

Interventi chirurgici, endoscopie, emodialisi

Tatuaggi/piercing

Emotrasfusioni e uso di droghe endovenose

Rapporti sessuali senza profilattico

L'INFEZIONE

Il virus si diffonde nelle cellule epatiche dove si moltiplicano sino a distruggerle. Nel 85% dei casi non ci sono sintomi

IN CIFRE

Al momento in Italia abbiamo solo stime dei soggetti infetti e di quelli che hanno già l'epatite C. I dati riportati possono variare molto in più o in meno

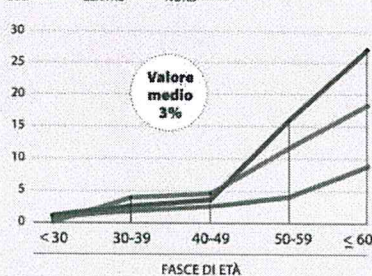
Fonte: RIELABORAZIONI DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

PREVALENZA IN ITALIA

Infettati da HCV nella popolazione, % per fasce di età

LEGENDA

SUD CENTRO NORD



IN EUROPA

Prevalenza in percentuali nella popolazione generale

< 0,5

0,5 - < 1

1 - < 2

2 - < 4

4 - < 6

6 - < 8

≤ 8

senza dati



IL CASO.

Costi e scelte drammatiche chi far guarire e a che prezzo L'Egitto docet

C'è chi ha già rotto uno dei principi etici alla base della convivenza civile: la vita umana non ha prezzo. L'Egitto sta guarendo solo i malati di epatite C. Quelli già in cirrosi e altre complicazioni, no. Anchesela Gilead, proprietaria del Sovaldi, il primo farmaco di nuova generazione, lo dà a 900 dollari al ciclo contro gli 85 mila del mercato Usa. Ma l'Egitto ha il record mondiale di infetti, 18 milioni, un abitante su 5. I malati di cirrosi non riceveranno neanche le cure di fine vita, costerebbero troppo. Buttati a mare per scelta governativa. È la rottura di un argine, oggi per i malati di epatite C: e domani?

In Italia si sta decidendo, ancora nulla di ufficiale. Ogni giorno muoiono della malattia 20 persone. Gli altri numeri, i costi e i malati sono invece ancora troppo vaghi per capire cosa ci aspetta. Indiscrizioni dal Sovaldi ai 27 mila euro al ciclo

maci necessari, strapperà un rimborso maggiore?

Quanti devono essere guariti? Abbiamo il record europeo, 1,5 milioni di infetti di cui 800 mila in fase di epatite. Guarire questi ultimi costerebbe 21,6 miliardi (circa 25 la spesa farmaceutica complessiva nel 2013). Curare quelli più vicini alla cirrosi o al cancro del fegato costerebbe

Con il record europeo di infetti siamo in difficoltà Ipotesi e problemi etici

2,5 miliardi euro. Che, a meno di tagliare cure ad altre patologie, andrebbero repperti fuori dal bilancio della Sanità, ma farebbero risparmiare il doppio in pochi anni. Invece sembra che si inizi dal migliaia di trapiantati di fegato reinfettati dal-

il nostro. Sul tavolo il prezzo. E a chi dare la "pallottola magica".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stampa Articolo

Ma ha bisogno di altri farmaci per funzionare che fanno aumentare i costi. Il tritico di Abbie, in una sola pillola i tre far-

Hiv e dai trapiantandi. Lasciando che il male avanzi negli altri. (a.d.a.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nutrizione. Si apre domani a Milano il congresso dell'associazione di dietetica Adi che si proietta verso l'Expo 2015. Al centro le domande della gente, le carenze dei Centri ospedalieri, la mancanza di prevenzione sul mix diabete-obesità

I vagabondi delle diete e l'allarme "diabesità"

EUGENIO DELTOMA

LA SCELTA di tenere a Milano il XXI Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI), come evento collegato all'EXPO 2015, è in sintonia con l'accattivante titolo di presentazione: "Dalle criticità alle strategie nutrizionali. Conoscere il cibo per prevenire e curare le malattie. Il Manifesto Italiano".

La più antica Società di Dietologia, fondata a Roma nel 1950 e già promotrice dell'Obesity Day, propone ora, alle consorelle interessate nel tema della Nutrizione umana, una discussione su un canovaccio, a cui hanno già dato adesione 13 università e 20 For-



Congresso

Da domani al 22 il congresso Adi, associazione di dietetica. Sede: Atahotel Expo Fiera, Pero (Milano).

dazioni Società scientifiche, per concordare una linea operativa nei confronti delle troppe "criticità" di cui soffre la ricerca, la prevenzione e perfino la nutrizione clinica in Italia.

In particolare, preoccupa la criticità dei Centri Ospedalieri, impoveriti di personale e quindi inadeguati ai compiti che provengono dall'accresciuta trasversalità della dietologia nella moderna medicina e dalle richieste di una popolazione in cerca di consigli e soluzioni dietetiche che non siano soltanto consumistiche ma anche apportatrici di salute e benessere. Il progressivo decadimento dei servizi dietetici ospedalieri e universitari privati cittadini di un riferimento pubblico di eccellenza e che costringe a rivolgersi solo all'assistenza privata e talvolta a "nutrizionisti" non

diplomati.

Le difficoltà economiche del nostro Sistema Sanitario non legittimano l'abbandono autolesionista della prevenzione, se non altro perché il fatto contrasterebbe paradossalmente con i moniti dell'Oms che profetizza, in carenza di interventi specifici, l'impossibilità di gestire la pandemia di "diabesità" (diabete+obesità) ormai dilagante anche nei Paesi in via di sviluppo. Rinunciare alla prevenzione e limitarsi a curare le complicanze dell'obesità o di un diabete conclamato ha un costo che nel giro di pochi decenni diventerà insostenibile per la comunità ma, come in altri campi (difesa del territorio, progresso sostenibile, ecc.), la prevenzione non rientra nelle attuali priorità sanitarie e purtroppo si trasformerà in una cambiale a carico delle future generazioni.

Il Presidente uscente dell'Adi, professor Lucio Lucchin, e il Comitato scientifico hanno anche voluto dedicare sessioni sull'accertamento e terapia dei dismetabolismi, gli stili di vita e la sedentarietà o la valutazione dello stato nutrizionale e della correlata sarcopenia (ovvero la perdita di massa magra che caratterizza una precoce senilità ma anche il deperimento muscolare causato da diete carenti e inadeguate). Il Congresso affronterà il problema della corretta comunicazione e dei mass media che convalidano pregiudizi e promozioni antiscientifiche di metodi di dimagrimento o di pseudo farmaci per presunte o mal diagnosticate diagnosi di carenze o

MELATONINA ACT

MELATONINA ACT
INTEGRATORE ALIMENTARE



150 COMPRESSE

120 COMPRESSE

90 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

60 COMPRESSE

MELATONINA ACT GOCCE
INTEGRATORE ALIMENTARE



NOVITA'
Da oggi anche
in gocce

IL BUON
SONNO

A SOLI

€ 9.90

IN FARMACIA

DIETA SANA SALVA VITE

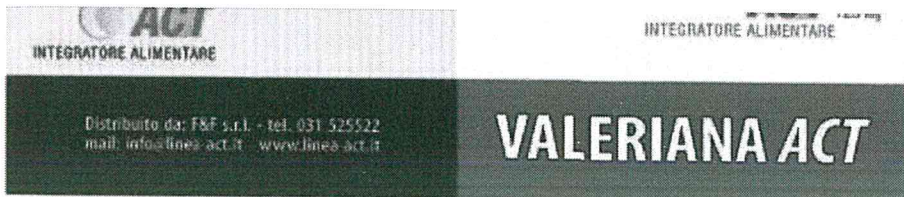
Le raccomandazioni dell'OMS

1.	2.	3.	4.
SALE Meno di 5g al di	ZUCCHERI 5% del delle calorie della giornata	GRASSI SATURI 5% delle calorie al di	IMC Indice di massa corporea 18,5-25

Fonte: EURO.WHO.INT.NUTRITION

di intolleranze.

Il Congresso ADI non si limita a un rituale "carnet di doléance" (al riguardo basterebbe citare che si straparla di obesità ma in Italia si contano sulle dita di una sola mano le strutture in grado di accogliere per il tempo necessario e con personale specializzato i grandi obesi!). Si vuol promuovere, invece, un realistico e approfondito confronto di idee da condensare nel Manifesto finale la cui divulgazione coinciderà presumibilmente con l'apertura dell'EXPO. Al termine di alcune sessioni è prevista anche una sorta di sintesi del dibattito. Il "take home message" degli an-



The image shows a banner for Valeriana Act. On the left, there is a logo with the letters 'ACT' in a stylized font, with 'INTEGRATORE ALIMENTARE' written below it. To the right of the logo, the text 'Distribuito da: F&F s.r.l. - tel. 031 525522 mail: info@linea-act.it www.linea-act.it' is displayed. On the far right of the banner, the brand name 'VALERIANA ACT' is written in large, bold, white capital letters on a dark background.

...e un nome che ha un
glosassoni, ovvero cosa mi porto a casa di con-
creto al termine di un Congresso che non sarà
l'ennesimo inno promozionale alla dieta me-
diterranea ma una panoramica scientifica
sull'inesauribile tema della nutrizione uma-
na.

edeltoma@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA