

**pillole di medicina**

**Sudafrica  
Il governo non compra i farmaci per l'Aids**

Nuovo capitolo nella vicenda del Sudafrica. Dopo aver vinto la battaglia contro le grandi industrie farmaceutiche che non volevano concedere al governo sudafricano di acquistare i farmaci contro l'Hiv da paesi che li producono a prezzi più bassi, ora il ministro della sanità Manto Tshabalala-Msimang, afferma che il governo non ha intenzione di comperare i farmaci antiretrovirali. La compagnia indiana Cipla aveva offerto i farmaci ad un costo di 250 dollari a testa all'anno (nell'occidente il costo è di 10.000 dollari), ma il Sudafrica non può permettersi neanche questo, ha affermato il ministro, inoltre il paese non avrebbe le strutture e il personale per garantire una distribuzione sicura dei medicinali. Il governo, ha aggiunto, può solo cercare di ottenere a basso costo gli antibiotici per curare la tubercolosi e le altre malattie infettive che uccidono le persone il cui sistema immunitario è colpito dall'Hiv.

**Trapianti  
Un nuovo pancreas (solo per scimmie) con una terapia antirigetto di pochi giorni**

Per la prima volta al mondo ricercatori dell'Università dell'Alabama a Birmingham sono riusciti a realizzare un'impresa che tutti gli esperti di trapianti inseguono da decenni: prevenire il rigetto dopo un trapianto d'organo con una terapia di sole due settimane, invece che a vita. I risultati dell'esperimento, effettuato per ora solo su primati, verranno pubblicati sul numero di giugno della rivista Diabetes. Afferma Judith Thomas, che ha diretto il gruppo di ricercatori: «Abbiamo somministrato ai primati trapiantati di pancreas due farmaci, uno per ridurre le cellule immunitarie T e un antinfiammatorio, per sole due settimane a partire dal giorno del trapianto. Nell'anno successivo gli animali non hanno avuto bisogno di terapie immunosoppressive. Speriamo su sperimentazioni simili nell'uomo».



**Da «New Scientist»  
Bando al silicone: le protesi mammarie diventano naturali (solo per i topi)**

Un ricercatore australiano ha annunciato alla rivista New Scientist di aver messo a punto una «via naturale» alla protesi del seno, che potrebbe presto permettere di rinunciare alle tradizionali protesi sintetiche. Kevin Cronin, specialista in ingegneria dei tessuti all'Istituto di microchirurgia Bernard O'Brien di Melbourne, ha messo a punto su topi, ratti e conigli un sistema per innescare la crescita naturale di nuovo tessuto adiposo. I metodi analoghi impiegati in passato (sempre sugli animali) prevedono la coltura in laboratorio di tessuti da reimpiantare, con un procedimento complesso. La nuova tecnica prevede invece di introdurre nella zona un'armatura sagomata in un materiale biodegradabile capace di stimolare la formazione di nuovi vasi sanguigni e nuove cellule prima di disintegrarsi gradualmente. Questa soluzione non espone a rischi di rigetto, anche se occasionalmente si sono verificate infezioni attorno all'armatura.

**Oms  
Basterebbe poco per dimezzare i morti di Tbc**

La tubercolosi potrebbe essere messa sotto controllo in tutto il mondo con una spesa aggiuntiva rispetto ad oggi di 400 milioni di dollari all'anno. Con quella cifra, sostengono gli esperti dell'Oms, si potrebbe curare il 70% degli 8 milioni e mezzo di persone infettate, mentre oggi il trattamento raggiunge a mala pena il 23% dei malati. La Tbc, che uccide due milioni di persone ogni anno in particolare nei paesi in via di sviluppo, sta diventando sempre più pericolosa perché stanno emergendo ceppi di batteri resistenti agli antibiotici. Con il piano d'intervento proposto dall'Oms le morti verrebbero tagliate del 50% nel 2010, mentre senza interventi raggiungerebbero quota 4 milioni nel 2010. Purtroppo, però, mentre venivano diffusi i risultati dello studio, Bush, ha deciso di tagliare del 3% i finanziamenti degli Stati Uniti all'Oms.

# Obiettivo: liberare dal dolore inutile

*Il ministro Veronesi propone la Giornata del Sollievo per combattere la sofferenza*

Federico Ungaro

In questo momento, un malato su tre fra quelli ricoverati in ospedale soffre inutilmente. Lo dicono i dati di una ricerca condotta in Liguria e presentata da Vittorio Ventafredda, uno dei massimi esperti italiani di cure palliative (le cure cioè che combattono il dolore), ad un convegno tenuto ieri a Roma. Convegno nel corso del quale, il ministro della Sanità Umberto Veronesi ha lanciato l'idea di una «Giornata nazionale del Sollievo», da tenersi ogni anno l'ultima domenica di maggio.

«Una proposta che punta a sensibilizzare e informare la popolazione sul problema delle cure palliative e della lotta al dolore», spiega il ministro che nel pomeriggio di ieri è anche salito al Quirinale, per spiegare al Capo dello Stato Carlo Azeglio Ciampi in che cosa consista l'iniziativa e chiedere il suo aiuto per metterla in pratica.

«Spero inoltre - ha aggiunto l'oncologo milanese - che la Giornata nazionale del Sollievo possa avere una madrina di eccezione nella consorte del Presidente della Repubblica, Franca Ciampi».

La Giornata, che, una volta approvata dal Consiglio dei ministri dovrebbe diventare una realtà a partire dal maggio del prossimo anno, è un po' il suggello all'attività svolta in questi ultimi mesi dal ministero della Sanità per promuovere anche in Italia la lotta al dolore non necessario.

Proprio per questo, il ministro ha anche annunciato la prossima istituzione di un Osservatorio nazionale che avrà il duplice compito di informare medici, pazienti e cittadini sullo stato delle cure palliative e monitorare l'attuazione delle normative e dei progetti messi in cantiere in questo ultimo anno.

«È un passo necessario - commenta Veronesi - perché in Italia spesso si fanno grandi progetti, ma poi non si presta sufficiente attenzione alla loro realizzazione».

E di progetti ne sono stati iniziati molti.

«Siamo partiti da quanto raccomandato dall'Organizzazione mondiale della Sanità - dice Carlo Calveruso, membro della commissione ministeriale

**dove andare** **Curare il dolore sì, ma dove? Una domanda alla quale è difficile rispondere, visto che fino ad oggi, le cure palliative sono sempre state lasciate in secondo piano dalle strutture ospedaliere italiane. In attesa che i 50 hospice (strutture di accoglienza per malati destinati alle cure palliative di pochi giorni) finanziati dal ministero con 400 miliardi vengano realizzate, una mappa dei centri italiani destinati a queste cure si può trovare al sito [www.sportelodolore.net](http://www.sportelodolore.net). La mappa è frutto di una ricerca condotta da Fulvia Vignotto dell'azienda ospedaliera San Giovanni di Torino, in collaborazione con il comitato nazionale «Gigi Ghirotti» di Roma, un'associazione che si occupa di promuovere le cure palliative. I dati dicono che in Italia ci sono circa 492 centri che si occupano in varie forme di terapia del dolore. Di questi, 323 sono afferenti al Servizio sanitario nazionale e 169 sono associazioni private no profit. «La distribuzione territoriale di questi centri evidenzia una grande disparità tra Nord e Sud - spiega Vignotto - Tutte le regioni del Nord, tranne il Trentino Alto Adige, più Toscana Umbria e Marche sono al di sopra della media nazionale, mentre dal Lazio in giù il numero di strutture è al di sotto della media nazionale. «Altri tre dati devono essere evidenziati. Il primo è relativo alle tecniche utilizzate, per le quali solo 223 centri si rifanno ad un approccio multidisciplinare in grado di affrontare i casi di dolore più complesso. Il secondo riguarda l'assistenza domiciliare - molto importante per i malati terminali che spesso rimangono a casa - che è offerta solo dai due terzi dei centri. Il terzo è che il 40 per cento dei centri svolge 4 ore di servizio al giorno e il 30 per cento dalle 2 alle quattro ore, concentrate soprattutto di mattina. Il pomeriggio, invece, non è coperto che da pochi punti di assistenza».**

steriale sulle cure palliative - che indica nella lotta al dolore una delle sei grandi priorità in campo sanitario. Abbiamo inserito questa priorità nel piano sanitario per sviluppare una rete di assistenza sul territorio, l'educazione e formazione del personale, la valorizzazione delle risorse rappresentate dalle famiglie e la formazione dei dirigenti delle strutture di accoglienza».

Un altro caposaldo della strategia del ministero è il programma «Ospedale senza dolore», volto a aumentare l'attenzione del personale sanitario per mettere in atto tutte le cure possibili contro il dolore non necessario.

«È la strada da percorrere è ancora lunga - spiega Ventafredda - visto che i nostri studi ci dicono che almeno il 30 per cento dei pazienti di un ospedale soffre senza motivo e che la percentuale aumenta, sfiorando il 43 per cento per i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici». Più dif-

ficile, invece, stimare il numero di malati che ogni anno in Italia necessita di cure palliative. Probabilmente, si aggira sulle 300.000 unità.

«Per fare in modo che l'ospedale non sia più un luogo di dolore - continua Ventafredda - abbiamo progettato di creare in ogni struttura un Comitato di lotta al dolore, costituito da rappresentanti del personale infermieristico e medico e composto da un numero variabile di persone (da 3 a 15)». Questo comitato avrà il compito di far conoscere la problematica del dolore al personale curante, coordinare i programmi di cure palliative, garantire la formazione continua del personale e verificare periodicamente lo stato della lotta al dolore nella struttura di appartenenza.

Il momento forse più importante di questa strategia è stato quello della legge sugli oppiacei approvata nel gennaio di quest'anno e diventata operativa a partire dal mese succes-



Un disegno di Michelangelo Pace

sivo.

«La legge - dice Dino Amadori del dipartimento della Farmacovigilanza del ministero - consente di snellire le procedure burocratiche relative alla somministrazione dei farmaci derivati dall'oppio. Abbiamo cercato di allargare l'arsenale farmaceutico a disposizione dei medici e di rendere più facile la prescrizione di farmaci a base d'oppio».

«Abbiamo poi preso un provvedimento di grande civiltà medica - riprende Veronesi - permettendo ai medici di curare a domicilio i malati terminali con gli oppiacei. Fino a questa legge, infatti, un medico che accorresse al capezzale di un malato per garantire un po' di sollievo con un farmaco a base d'oppio e venisse

per caso sottoposto ad un controllo di polizia finiva direttamente in galera».

C'è anche però il rovescio della medaglia.

«Questa legge è sicuramente un passo in avanti - spiega in un'intervista telefonica Michele Gallucci, direttore della Scuola italiana cure palliative - ma ci sono ancora alcuni punti oscuri. Mi riferisco, in particolare, al fatto che sia vietata la cura a domicilio dei tossicodipendenti. E se ho un paziente tossicodipendente colpito da un tumore? Che cosa faccio, lo lascio soffrire?».

«Poi - riprende Gallucci - non si deve dimenticare che gli ostacoli maggiori alle cure palliative sono di carattere culturale. La mentalità

- clicka su**
- [www.fedcp.org/pres.html](http://www.fedcp.org/pres.html)
  - [www.fondazioneffloriani.org/](http://www.fondazioneffloriani.org/)
  - [www.sicp.it/sicphome.htm](http://www.sicp.it/sicphome.htm)
  - [www.rpinformatica.com/ghirotti/](http://www.rpinformatica.com/ghirotti/)

Dal progetto del ministro della Sanità e dell'architetto Piano ai luoghi di cura già esistenti in Europa, la struttura sanitaria rimette al centro le necessità dei degenti

## Cinema, negozi e spazi per l'ozio. Ecco l'ospedale a misura di malato

Fabio Veronica

«Se hai bisogno chiama tranquillamente, non farti problemi. Noi siamo qui per te». La scritta campeggia sui vassoi da letto, ma non siamo in un hotel a cinque stelle. Siamo alla Mayo Clinic, struttura ospedaliera privata, no profit, degli Stati Uniti. Un livello d'accoglienza alto, non c'è che dire. Poco a che vedere con la maggior parte dei nostri ospedali, dove cioè che conta non è tanto il malato, quanto la sua malattia. Eppure, oggi si fa strada anche qui da noi un nuovo modello di medicina che, oltre ad essere attento alla malattia «organica», tenga conto delle necessi-

tà e delle aspettative del paziente. È un vero e proprio salto culturale che consente di passare da una medicina centrata sulla patologia ad una medicina cosiddetta ecologica, centrata sul paziente.

Quest'esigenza di cambiamento si riflette anche nella progettazione delle strutture che quei pazienti devono accogliere e curare. A testimonianza di ciò c'è il nuovo modello di ospedale presentato a Roma due mesi fa dal ministro della sanità Umberto Veronesi e dalla commissione ministeriale presieduta da Renzo Piano, incaricata del progetto. Fin da fuori, il «nuovo ospedale» dovrebbe dirci molto: il progetto lo vuole infatti completamente immerso nel ver-

de, tecnologicamente all'avanguardia con edifici non più alti di quattro piani e ricchi di vetrate a sottolineare la continuità della struttura con l'esterno. Eccoli quindi, rappresentare un luogo non più solo di cura ma anche di vita, dove è possibile usufruire di ristoranti, alberghi, eliporti, scale mobili, tapis roulant e perfino negozi. Un ospedale pensato e disegnato intorno al paziente. Un «ospedale aperto» a livello architettonico, con una struttura non isolata, ma perfettamente inserita nel territorio. Un ospedale in cui uno degli aspetti chiave è il comfort ambientale, a cominciare dall'utilizzo di particolari colori per la progettazione degli interni.

In fondo, niente di straordinariamente nuovo rispetto a quel che già si può vedere anche in Europa: ad Amsterdam, per fare un esempio, esiste da una dozzina di anni un ospedale con piazze interne che prevedono tutti i servizi di un normale centro commerciale, cinema incluso. Sarà per questo che c'è chi si mostra molto perplesso di fronte all'idea di una struttura ospedaliera venduta come un albergo a cinque stelle. È il caso di Roberto Palombo, preside della Facoltà di architettura de La Sapienza, a Roma: «In Italia si costruiscono già decine e decine di ospedali di quel tipo, non trovo quindi particolari elementi innovativi nel progetto ministeriale». Per Franco

Sala, direttore generale dell'ospedale San Paolo di Milano, invece occorre guardare al modello francese, «come all'esperienza di Lione, ad esempio: ospedali ricchi di spazi ideati per il tempo libero dei degenti». Per avere quella che Sala definisce una «degenza umanizzata», è importante, infatti, poter offrire al paziente degli spazi di ritrovo e accoglienza dove poter colloquiare con i propri cari e dove svolgere attività ricreative e culturali che aiutino a vivere e non a subire il tempo della malattia.

In fatto di comfort ospedaliero, infine, non si può non guardare all'America. Certo non quella del servizio pubblico, ma quella superefficiente del privato sostenuto

dalle grandi assicurazioni. O quella della Mayo Clinic. «Alla Mayo - spiega Fiorenza Bassoli, vice presidente del consiglio regionale della Lombardia che recentemente ha visitato le principali strutture ospedaliere degli Usa - le stanze sono tutte ovviamente singole, con un letto in più per consentire ad un parente di potersi fermare giorno e notte senza limiti d'orario». Ma il comfort si sposa con l'efficienza: fin dal momento del ricovero, tutte le analisi e la diagnostica sono immesse nel circuito Intranet, che le rende immediatamente disponibili a tutti i monitor dell'ospedale in modo che qualunque specialista possa consultarle.

**IL DIRITTO DI MORIRE CON DIGNITÀ**  
Giovanni Berlinguer

Fr a le decisioni sulla propria sorte deve essere laicamente inclusa anche quella di poter scegliere se continuare o no a essere curato, se vivere o morire. Questa volontà può essere espressa anche nella forma di «direttive anticipate» o del «testamento di vita», che è stato adottato in diversi paesi, in cui il soggetto indica quali decisioni dovranno essere prese nel caso in cui egli non sia più in grado di esprimersi. Questa soluzione è abbastanza largamente condivisa e può essere considerata una libera scelta, mentre l'idea di consentire ai medici la somministrazione di sostanze che siano deliberatamente indirizzate a provocare il decesso incontra (credo giustamente) molte resistenze.

Nella stragrande maggioranza dei casi, tuttavia, il desiderio dei «malati terminali» non è quello di ottenere l'eutanasia attiva o passiva, bensì quella di essere assistiti, di avere conforto e compagnia, di veder leniti i propri dolori, di non essere oggetto di inutili e crudeli trattamenti. In sostanza, la prima libertà è quella di poter morire con il minimo di dolore e col massimo di dignità. Aggiungo che il mondo è popolato soprattutto di persone che vogliono morire il più tardi possibile, e perciò sul piano demografico, sociale e morale il fenomeno più rilevante è la diffusa esistenza e persistenza, malgrado i progressi della medicina, di quelle che potrebbero essere definite cacotanasie: cattive morti, sia per il modo in cui avvengono, sia perché sono morti premature e precoci, che avrebbero potuto essere evitate o molto ritardate con una prevenzione adeguata o con cure efficaci e tempestive.

È vero quel che scrive Leopardi, che la morte in generale «serve alla vita» in quanto «l'ordine naturale è un cerchio di distruzione, e alla riproduzione, e di cambiamenti regolari e costanti quanto al tutto», e che quanto alle parti, cioè agli individui, essi ne sono coinvolti «accidentalmente». L'accidentale, il caso, difficilmente possono essere oggetto di valutazione morale. Il tempo del morire ai nostri giorni è però determinato, oltre e più che dal caso, da altri fattori che sono conoscibili e controllabili. Uno dei dati più drammatici, per l'entità delle cifre e perché associa la morte alla creazione della vita, è che nel mondo, con le punte più alte in Africa e in Asia, 600 mila donne muoiono ogni anno e 18 milioni vengono rese inabili o cronicamente malate come conseguenza della gravidanza e del parto. Nei paesi sviluppati, da qualche tempo, queste cifre sono sempre più vicine allo zero. Il pluralismo e l'equità implicano anche la creazione di pari o simili opportunità di vivere, quando ciò rientra nella possibilità delle azioni umane.

(da «Bioetica Quotidiana», Giunti)