

## Rassegna del 18/10/2010

---

TIRRENO - Più fedeli al partner le donne over 30 - Berti Gian Ugo

1

SESSO

## Più fedeli al partner le donne over 30

**FIRENZE.** Lo spartiacque per le donne toscane in tema di sesso e fedeltà è intorno ai trent'anni: passato questo limite si dichiarano abbastanza soddisfatte sessualmente, piuttosto fedeli e privilegiano il rapporto di coppia abituinario.

Sostanzialmente il contrario, invece, nelle giovani. Comunque, in complesso, davanti a un rapporto occasionale esprimono la medesima cautela e 7 su 10, mediamente, rinunciano se non protette.

Cresce in ogni modo il livello d'informazione sanitaria: quasi tutte, infatti, conoscono cosa sia l'ansia prestazionale, indicandola però come fenomeno prettamente maschile.

È questo l'identikit della donna toscana, come emerso da un'indagine presentata a Firenze al congresso della Società italiana della contraccezione e della Federazione italiana di sessuologia scientifica.

Sono intervenuti al congresso i professori Salvatore Caruso e Gianfranco Scarselli, presidenti delle due società scietifiche e Vincenzina Bruni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi.

**Gian Ugo Berti**



INTERVISTA AL **MINISTRO DELLA SALUTE FAZIO**

«Vi spiego come curerò gli italiani»



MASTRANTONIO ■ Alle pagine 2 e 3

# L'INTERVISTA: **FERRUCCIO FAZIO** ECCO IL MIO PIANO SALVA SALUTE

«Più nascite naturali e visite in ospedale. Nuove regole sulle cause ai medici»

UNA CIRCOLARE PER RIDURRE I CESAREI E AUMENTARE LA SICUREZZA

Parti, un decalogo per tagliare il bisturi

**PARTI SICURI.** Il **Ministero della Salute** vuole mettere ordine per evitare che si ripetano episodi drammatici o che si moltiplichino, oltre ogni logica, i tagli cesarei. Così è stata preparata una circolare, di prossima emanazione, che fissa dieci punti sostanziali di intervento. Il documento arriverà a regioni e province (forse la prossima settimana) e ha l'intento di avviare un percorso virtuoso e armonioso su tutto il territorio nazionale. Perché nascere sicuri si può e si deve.

- UNO** Misure di politica sanitaria e di accreditamento finalizzate alla riduzione dei tagli cesarei
- DUE** Sviluppo di indicazioni guida sul taglio cesareo da parte del servizio sanitario nazionale
- TRE** Messa a punto delle procedure analgesiche
- QUATTRO** Incremento dell'informazione sulla materia a livello locale
- CINQUE** Diffusione delle raccomandazioni per la sicurezza del percorso nascita
- SEI** Promozione dell'integrazione territorio-ospedale
- SETTE** Verifica delle attività
- OTTO** Formazione degli operatori
- NOVE** Carta dei servizi per il percorso nascita
- DIECI** Creazione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita

LA MEDIA MONDIALE DEI CESAREI È AL 20%, IN ITALIA SIAMO AL 38%

DIVIDEREMO I PAZIENTI IN TRE CLASSI PER RIDURRE I COSTI E ALZARE I SERVIZI

LA CURA ZAMBONI PER LA SCLEROSI MULTIPLA? STIAMO VALUTANDOLA

di **SILVIA MASTRANTONIO**

— ROMA —

**PUNTUALE** ed elegante, il professore. Occhiali sul naso e sguardo diretto, così come le parole d'esordio: «Cos'è la salute? Non assenza di malattie ma benessere». E' quello che recita una targa posta all'ingresso del ministero. «Però devo farla correggere. La risoluzione dell'Organizzazione mondiale della sanità è diversa». La recita in francese: «C'è un errore».

Appassionato di fotografia, immersioni subacquee e bicicletta a 66 anni — due figli grandi e una

riservatissima moglie — **Ferruccio Fazio** è il **ministro della Salute**. Un dicastero in prima linea.

**Partiamo dall'attualità: le morti in sala parto. Ha annunciato una strategia, che vuol dire?**

«Significa che abbiamo messo a punto un piano. Tre provvedimenti: uno che contiene le linee-guida sui cesarei; una raccomandazione girata alla Conferenza Stato-Regioni per procedere in accordo con gli enti locali; la creazione di un tavolo sulla formazione specialistica per gli ostetrici, i neonatologi e gli anestesisti che inter-





vengono sul parto indolore».

#### Con un «tetto» ai cesarei?

«Non è che vogliamo mettere un tetto ma i dati Ocse parlano chiaro: la media mondiale dei parti cesarei è sotto il 20%, in Italia arriviamo al 38%. Abbiamo situazioni limite come il 62% in Campa-

### LISTE D'ATTESA

#### «Gli esami più semplici si faranno direttamente dal farmacista di fiducia»

nia, il 53% in Sicilia mentre il Friuli si ferma al 23%. Occorre uniformare la situazione».

#### E' un problema di armonizzazione non di malasanità. Lei ha sempre difeso i nostri medici...

«Non li difendo soltanto io. Le ricerche Censis ma anche di altre società, dimostrano che gli italiani hanno fiducia nelle strutture e mostrano un alto gradimento per farmacie e medici di base».

#### Esagerazioni giornalistiche?

«La sanità è un settore che sta particolarmente a cuore ai cittadini, è importante parlarne. Non critico gli organi di informazione ma i dati dimostrano che gli italiani non sono preoccupati per la sani-

tà. Un conto è occuparsi, un altro preoccuparsi».

#### C'è anche una certa propensione a denunciare i medici...

«E' un modello importato dagli Usa ma quel che accade da noi non è accettabile. Ogni causa va avanti, di media, 7 anni e solo il 30% si chiude in modo favorevole al denunciante. E' una materia che va assolutamente regolata».

#### Come?

«E' al Senato un disegno di legge sul rischio clinico. Quattro punti in tutto: vengono fissate regole univoche su franchigie e tariffe per evitare che ogni Asl e ogni assicurazione abbia metri autonomi; si offre la possibilità di chiudere il contenzioso in via extragiudiziale entro 90 giorni; si crea un comitato di esperti; si introduce l'obbligo di definizione del rischio clinico negli ospedali».

#### Intramoenia?

«La legge esiste, magari qualche volta non viene applicata. Pensiamo di legare l'attività extraospedaliera non più solo al numero delle ore ma anche al volume delle prestazioni e dei carichi di lavoro. Significa che non si potranno fare più visite private di quelle fatte per il pubblico. Credo che queste novità potranno facilitare lo snellimento delle liste di attesa».

#### Che sono un male del nostro sistema. C'è altro in cantiere?

«C'è molto altro: un piano ora alla Conferenza Stato-Regioni che dovrebbe essere licenziato verso la fine del mese. Si prevede la divisione dei pazienti in tre categorie: urgen-

ti fino a 72 ore; brevi fino a 10 giorni e programmati fino a 30 giorni. Inoltre per i malati oncologici e cardiologici sono previsti percorsi specifici».

#### Vuol dire corsie preferenziali?

«Nell'ambito di percorsi specifici, sì, diciamo così».

#### Non è poco visto quel che accade oggi con appuntamenti magari a sei mesi o a un anno. Qualche aiuto anche dal-

### INFLUENZA

#### «Mi vaccino per motivi d'età. Quest'anno siamo coperti anche per la pandemia»

#### le nuove funzioni delle farmacie?

«Abbiamo già firmato 3 dei 4 decreti attuativi e ora sono alla Conferenza Stato-Regioni. Il testo dovrebbe essere approvato entro il 28 ottobre. Si potranno prenotare esami diagnostici e radiologici dal farmacista di fiducia. In queste strutture potranno esserci fisioterapisti e infermieri e saranno praticate le automedicazioni: la

misurazione del glucosio per i diabetici o spirometrie ed elettrocardiogrammi in telemedicina».

#### C'è stata qualche polemica sulle nuove terapie per la sclerosi multipla e in particolare sul metodo Zamboni, dal nome del chirurgo vascolare che ha cominciato a studiare

#### L'intervento di angioplastica. Il Ministero che posizione ha?

«Due giorni fa c'è stata una riunione del Consiglio superiore di sanità dedicata a questo tema. E' stato ribadito che per l'associazione tra CCSVI e la sclerosi occorrono ancora dimostrazioni. Prima di dare speranze ai malati dobbiamo andare a vedere bene. Mi hanno fatto molto piacere le dichiarazioni del dottor Zamboni estremamente serie e responsabili».

#### Si avvicina l'inverno e torna l'influenza. Lei si vaccinerà?

«Solo per questioni anagrafiche».

#### E l'influenza A H1N1 che tanto ci ha preoccupato?

«E' in tutti i vaccini di quest'anno. Comprendono anche il ceppo pandemico».

#### Sono stati utilizzati i vaccini stoccati l'anno scorso?

«No, sono nuovi. Quelli restano conservati per un'eventuale pandemia».

#### Fu un allarme eccessivo?

«Ci siamo comportati in maniera corretta; contrariamente a quanto raccomandato dall'Oms non abbiamo vaccinato tutti ma solo il 30% della popolazione, ossia le categorie a rischio. All'inizio questa influenza fece molti morti in Messico, Canada, Usa. Poi ha perso virulenza ma, secondo il principio della precauzione, è giusto pronosticare gli scenari peggiori. Abbiamo agito con misura e abbiamo limitato le scorte spendendo meno di altre nazioni anche per l'opzione su una sola iniezione invece di due. Siamo stati un modello».



NICOLA ROSATO \*

# Sei regole d'oro per la sanità

**L**a legge regionale n. 23 del 2008 non è stata sufficiente a raddrizzare il servizio sanitario regionale. È mancato il coordinamento delle aziende sanitarie nella redazione dei piani attuativi locali e l'informazione sulle risorse certe per la gestione corrente e gli investimenti di ciascuna azienda. La vera causa del piano di rientro sta nella sostanziale inefficacia di quel tentativo di programmazione. I costanti deficit annuali e l'accumulo crescente di debito, nonostante la trasfusione di fondi propri regionali, l'aumento di tasse per lavoratori e imprese, la dismissione (decisa e, per fortuna non attuata) di parte del patrimonio disponibile di asl e ospedali, obbligano la regione a rientrare nei vincoli finanziari del fondo sanitario e del patto di stabilità dei conti pubblici, e ad adeguarsi, sotto l'aspetto della garanzia di tutela della salute dei cittadini, al Piano sanitario nazionale, come vuole il decreto legislativo n. 502 del 1992.

Piano sanitario della legge n. 23 e piano di rientro, dunque, coincidono; il secondo è una opportunità, non una minaccia, per la politica di riqualificazione e di risanamento economico del servizio sanitario regionale, al quale una fetta cospicua di cittadini pugliesi continua a preferire le strutture del centro e nord Italia.

I punti focali della riqualificazione si possono riassumere nei seguenti:

1. Accorpate le funzioni per l'acuzie in ospedali che abbiano caratteristiche logistiche, completezza e integrazione delle discipline, tecnologie e professionalità, procedure di governo clinico e dimensione accreditabili secondo gli standard internazionali a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori, del più alto livello di specializzazione e delle economie di scala per avere bilanci in pareggio.

2. Realizzare effettivamente la rete dei servizi territoriali per le prestazioni che possono essere rese ai cittadini con continuità e puntualità in prossimità della loro residenza, in ambulatorio, in ospedali di comunità, in residenze assistenziali socio sanitarie, negli studi associati dei medici di famiglia; integrare questi percorsi di cura con quelli ospedalieri ottimizzando l'impiego delle risorse professionali e tecnologiche.

3. Governare la domanda di prestazioni responsabilizzando i medici di famiglia su obiettivi di salute e correlati vincoli economici non dissimili da quelli imposti agli ospedali e ai servizi territoriali; favorire lo sviluppo delle forme associative della loro professione come presidio principale, insieme al 118, della medicina territoriale, fermo restando che il distretto deve garantire ad essi i servizi infermieristici, specialistici medici, riabilitativi, diagnostici con tempi di accesso certi secondo puntuali protocolli di assistenza.

4. Delineare obiettivi di integrazione socio sanitaria, cui

devono attenersi i Comuni nella redazione dei piani di zona dell'assistenza sociale.

5. Assicurare completi servizi di sanità pubblica, sia per i riflessi sulla salute collettiva, sia per la qualità delle attività imprenditoriali agricole, industriali e dei servizi.

6. Assegnare i finanziamenti disponibili per gli investimenti necessari all'ammodernamento strutturale e all'innovazione tecnologica; integrare i fondi statali con risorse private attraverso il project financing; valorizzare il patrimonio delle aziende sanitarie in modo che sia salvaguardata l'antica volontà dei benefattori di costituire rendite che potessero concorrere al mantenimento degli ospedali.

L'esito del piano dipenderà da strategie, obiettivi operativi, piani di azione, strumenti di monitoraggio e indicatori di risultato che ciascuna azienda sanitaria adotterà per ciascuno dei predetti punti focali. Sarà la qualità della programmazione attuativa locale a prospettare ai cittadini e alle associazioni che ne tutelano gli interessi, agli operatori e ai loro sindacati, alle imprese fornitrici di beni e servizi, a coloro che vorrebbero entrare nelle professioni sanitarie, alle università che si occupano di didattica e di ricerca, ai Comuni chiamati a partecipare alla programmazione e a verificare i risultati delle aziende sanitarie, una visione concreta di come sarà in futuro il servizio sanitario della Puglia.

Aleggia su tutto, però, la mancanza della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie, cui la regione è obbligata dal Patto per la salute sottoscritto il 3 dicembre 2009. I deficit annuali e lo stock di debito del Servizio sanitario regionale possono, quindi, risultare effettivamente maggiori di quelli alla base del piano in discussione col Governo.

È opportuno che i programmi attuativi locali tengano conto dei deficit effettivi, per evitare che il piano ai primi controlli imponga nuove correzioni che disorienterebbero l'opinione pubblica.

\* Ex Direttore amministrativo del Policlinico di Bari



## Farmacisti: «La distribuzione dei medicinali deve restare sul territorio»

■ «È significativo che tra i temi che si affrontano oggi vi sia quello della distribuzione ausiliaria del farmaco, cioè la distribuzione diretta attraverso Asl e farmacie ospedaliere». Lo ha dichiarato Maurizio Pace, segretario della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani, al convegno «Filiera del farmaco: impatto della recente manovra. Tra politiche pubbliche e strategie dell'industria farmaceutica», organizzato a Roma dalla Luiss Business School e al quale ha partecipato anche Francesco Rastrelli, presidente dell'Ordine dei farmacisti di Brescia. «Una dimostrazione - ha aggiunto Pace - che è venuto il momento di ripensare la Legge 405 che ha introdotto questa modalità distributiva che, negli anni, ha mostrato non poche debolezze, a cominciare dalla minore trasparenza riguardo alla spesa ef-

fettivamente sostenuta dai servizi sanitari regionali». «Ma non si tratta soltanto di questo - ha proseguito - si sono registrati disagi per i cittadini che sono costretti a spostamenti spesso difficili per ottenere il farmaco prescritto, per i medici di medicina generale, che in molti casi restano estranei al processo di prescrizione dei farmaci innovativi ai loro pazienti. In effetti, vista la grande varietà di metodologie adottate nelle Regioni, si è compromessa l'uniformità di accesso al farmaco da parte di tutti i cittadini, facendo venire meno nel contempo l'obiettivo del risparmio. D'altra parte se si deve privilegiare l'assistenza sul territorio, coerentemente alla politica del ministero della Salute, è irrazionale sottrarre alla rete delle farmacie di comunità proprio la dispensazione del farmaco».





L'iniziativa Professionisti e docenti coinvolti nel progetto «Salva-Gente per il cuore»

# Atenei e scuole: accademici in cattedra per la prevenzione

Lezioni sull'utilizzo dei macchinari per il primo soccorso

**Carlo Porcaro**

Professionisti ed accademici impegnati in prima linea per l'educazione ai giovani. È questo il senso dell'iniziativa del gruppo partenopeo dei Rotary di Napoli, partita dal Rotary Castel dell'Ovo presieduto dal notaio Dino Falconio. È stato presentato lunedì scorso il progetto «Salva-Gente per il cuore», alla scuola media Tito Livio di Napoli, volto ad insegnare ai ragazzi d'età compresa tra la terza media e le prime classi superiori il giusto comportamento per situazioni di emergenza. Quaranta istituti in tutto, con l'impegno di dieci club Rotary. «Cerchiamo di infondere nei ragazzi, protagonisti o spettatori di una emergenza sanitaria, - spiega Falconio - la capacità di prestare soccorso per aiutare la vittima dell'infortunio. Vogliamo sviluppare e diffondere una cultura dell'attenzione all'emergenza sanitaria, divulgando e mettendo in pratica le corrette procedure e le manovre d'intervento. Basti pensare che a Roma un ragazzo ha salvato un 46enne col defibrillatore».

Il progetto prevede che ogni club rotariano adotti da due a quattro scuole napoletane per una campagna formativa ed infor-

mativa. Il coordinatore distrettuale del progetto, nonché ideatore, è il professore universitario Nello Ascione. È prevista la cooperazione con il Fatebenefratelli. Il corso ha contemplato il riconoscimento dell'emergenza medica (perdita di conoscenza, arresto respiratorio, trauma, soffocamento) e la spiegazione delle manovre di primo soccorso e di rianimazione cardio-polmonare; a seguire, la fase di familiarizzazione con i mezzi di soccorso, l'esercitazione pratica di rianimazione al manichino e l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico. Erano presenti alla presentazione i delegati dei club Rotary del gruppo partenopeo, Luigi Stadio Rc Napoli (presidente Sergio Pepe), Nello Ascione Rc Napoli Castel dell'Ovo (presidente Dino Falconio), Antonio Ruocco Rc Napoli Castel Sant'Elmo (presidente Biagio Vallefucio), Amedeo Messina Rc Napoli Est (presidente Calogero Bellia), Giorgio Esposito Rc Napoli Flegreo (presidente Pier Francesco Valentini), Pierluigi Izzo Rc Napoli Nord (presidente Pier Luigi Izzo), Sandro Zarrilli Rc Napoli Nord Est (presidente Fabio Azzi), Carlo Grifasi Rc Napoli Nord Ovest (Lucio Zarrilli), Raffaele Scarpa Rc Napoli Posillipo (Carlo Ruosi), Riccardo Arienzo Rc Napoli Sud Ovest (Eduardo Sabbatino).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Indagine** Scarsamente applicate le raccomandazioni per evitare errori.

# Ancora molte «leggerezze» con i farmaci in corsia

*Alta probabilità di scambi e di dosaggi sbagliati*

Farmaci con nome o confezioni simili che possono essere scambiati, data di scadenza non sempre riportata su tutti i flaconi aperti o ricostituiti, mancati controlli sull'effettiva assunzione della terapia da parte del paziente. Sviste, disattenzioni o abitudini sbagliate che potrebbero mettere a rischio la sicurezza dei cittadini ricoverati. Le ha evidenziate una recente indagine realizzata dal ministero della Salute e dalla Società italiana farmacie ospedaliere (Sifo) in 94 ospedali di 17 regioni.

Sebbene il ministero della Salute abbia emanato raccomandazioni mirate a evitare possibili errori nelle terapie farmacologiche, un ospedale su 5 ancora non ha attivato strumenti di prevenzione a riguardo. Così, capita che la registrazione del medicinale in cartella clinica avvenga in modo generico senza specificare dose e intervallo di somministrazione, o che non sia annotata la terapia "al bisogno", soprattutto nei reparti di chirurgia e ortopedia. In 4 dei reparti oggetto dell'indagine non risulta vengano registrate nemmeno le eventuali allergie ai farmaci dei ricoverati (vedi box a destra).

«Per ridurre gli errori — commenta Alessandro Ghirardini, della Direzione generale programmazione sanitaria del ministero della Salute — occorre innanzitutto un maggiore coinvolgimento delle di-

rezioni ospedaliere. Puntiamo anche sul "farmacista di dipartimento", già realtà in altri Paesi, come Stati Uniti e Germania. A giugno è partita la sperimentazione in 5 ospedali (Torino, Padova, Ancona, Bari, Messina) e sono al lavoro i primi farmacisti in corsia, al fianco dei medici, per monitorare l'uso dei farmaci oncologici».

Aggiunge Laura Fabrizio, presidente della Sifo: «Gli studi hanno dimostrato che nei reparti dove c'è il farmacista in corsia gli incidenti dovuti a un errato utilizzo dei farmaci diminuiscono del 70% e si realizza un risparmio della spesa farmaceutica del 40%. Auspichiamo anche una maggiore diffusione di strumenti come la cartella clinica elettronica, il carrello automatizzato e gli armadi informatizzati, che permetterebbero di sorvegliare costantemente la correttezza di prescrizione, somministrazione e distribuzione dei medicinali».

Punta poi a una maggiore formazione dei farmacisti (non solo ospedalieri) il manuale *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: la qualità dell'assistenza farmaceutica*, frutto della collaborazione tra ministero della Salute, Federazione degli ordini dei farmacisti e Sifo.

**Maria Giovanna Faiella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Cosa non va**

**77%**

Le farmacie ospedaliere prive dell'elenco di farmaci che possono essere scambiati con altri per somiglianza del nome o della confezione

**56%**

Gli ospedali senza lista di simboli e abbreviazioni standardizzati dei medicinali (per es. "U" per "unità")

**40%**

I reparti in cui si lasciano farmaci sul comodino del paziente assente temporaneamente, senza controllare l'effettiva assunzione

**39%**

Le farmacie senza l'elenco dei farmaci "ad alto livello di attenzione", per potenziale tossicità o alta possibilità di interazioni (dati indagine ministero Salute - Sifo 2010)

REGIONE

# La Polverini incalza le imprese: «Sostenete il mio piano sanitario»

di MAURO EVANGELISTI

Perché gli imprenditori non mi sostengono? In modo neanche troppo velato la presidente della Regione, Renata Polverini, incalza le aziende del Lazio perché non si sono schierate a sostegno del suo piano di riordino della rete ospedaliera. Ieri era a Prato ed è intervenuta al forum delle piccole e medie imprese organizzato da Confindustria. Non è stata diplomatica. Ha detto: «Nella politica bisogna fare nomi e cognomi. Non ho sentito nessuno nella mia regione sostenere l'azione che il Lazio sta facendo nel campo della sanità e questo non fa bene». Ancora: «Il nostro sistema sanitario è fatto di sprechi, di logiche che vanno contrastate. Ma il nostro è anche un sistema che può dare delle opportunità alle nostre imprese».

La Polverini ha portato un esempio sui possibili effetti dell'azione di riorganizzazione della sanità del Lazio di cui potrebbero beneficiare anche le imprese. «Prendiamo prodotti come le garze. Bene, vengono acquistate dall'estero. Ho lanciato una sfida: se voi mi accompagnate, le imprese del Lazio possono entrare in questo sistema. Perché dobbiamo acquistare all'estero quello che possiamo fare qui? Ovviamente sempre nell'ambito del mercato della concorrenza».

Ma contro i tagli del piano di riordino della rete ospedaliera ieri si è alzata un'altra voce. La denuncia parte da medici e operatori sanitari della Neuropsichiatria infantile, del Policlinico Umberto I, dove è stata avviata una raccolta firme. Spiegano: «A seguito della politica di tagli indiscriminati effettuati dalla giunta regionale l'assistenza sanitaria pubblica che offriamo ai nostri giovani utenti e alle loro famiglie per patologie neuropsichiatriche, sarà quasi del tutto annullata, senza nessuna alternativa sul territorio. Non possiamo accettare, nè far passare sotto silenzio questo attacco al diritto alla salute. Il piano Polverini taglia drasticamente i posti letto per la neuropsichiatria infantile: dagli attuali 14 per ricovero a 10, dagli attuali 21 posti letto diurni a 2». Replica della Polverini: «Non capisco perché questi medici non alzino il telefono e non mi chiamino invece di scatenare una raccolta di firme. Inoltre, operano all'interno di un policlinico universitario, sanno che quello è il frutto di un accordo fanno con il rettore».

**PROTESTA ALL' UMBERTO I**  
*«Neuropsichiatria infantile sarà tagliata, un grave errore»*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Neurologia** Un'indagine dice che la riduzione della mobilità è considerata il problema più grave dai pazienti, ma non dai medici

# Per la sclerosi multipla cure in movimento

*Nuovi farmaci, terapie combinate e interventi precoci per arginare gli effetti della malattia*

Prendere un libro dallo scaffale. Camminare fino alla fermata dell'autobus. Salire le scale. Gestì semplici, ma che, per chi soffre di sclerosi multipla, possono diventare impossibili. Secondo i pazienti le difficoltà di movimento sono fra le conseguenze più temute e disabilitanti della malattia, ma non tutti i medici ne sono consapevoli: lo rivela un'indagine internazionale presentata a Göteborg (Svezia), durante il congresso dell'European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, condotta su oltre 600 fra malati, medici e infermieri.

I dottori, ad esempio, in un caso su due non discutono i problemi correlati alla riduzione della mobilità, o lo fanno solo raramente; eppure, stando alle dichiarazioni dei malati, le difficoltà motorie rendono impossibile lavorare, riducono i guadagni, li allontanano dagli amici, in oltre un terzo dei casi, spingono a pensare al suicidio. «Quando nella vita di una persona irrompe la malattia, l'impatto va molto al di là dei disturbi oggettivi: alla diagnosi i pazienti sono di solito giovani, nel pieno dei loro progetti di vita. La prospettiva di finire su una sedia a rotelle nel giro di 15, 20 anni atterrisce» sottolinea Giancarlo Comi, direttore della Divisione di Neurologia dell'ospedale San Raffaele di Milano.

Allontanare lo spettro della disabilità è però possibile, a patto di intervenire presto

con riabilitazione, attività fisica (meno ci si muove, più diventa difficile farlo), farmaci: una ricerca internazionale coordinata dal San Raffaele, ha appena dimostrato che prima ci si cura, meglio è. «Oggi in media si cominciano le terapie dopo il terzo "attacco" della malattia, quindi un paio di anni dopo la diagnosi — spiega Comi —. I nostri dati dimostrano, su 500 pazienti seguiti per 5 anni, che iniziare le cure subito dopo la prima manifestazione della sclerosi multipla riduce l'estensione dei danni al cervello e raddoppia

il tempo che passa prima che si verifichi un secondo attacco. La sclerosi multipla ci "allerta" con una prima "crisi" dopo la quale, di solito, i danni permanenti sono ancora leggeri, ma è possibile avere la certezza della diagnosi: per evitare la degenerazione successiva non possiamo perdere tempo». Cure tempestive, quindi, da scegliere in un arsenale di armi in aumento: sono in arrivo i farmaci da prendere per via orale, che renderanno le terapie meno fastidiose per i malati pur garantendo un'ottima efficacia, e nuovi principi attivi che attaccano la malattia su fronti diversi rispetto a interferone e glatiramer, i medicinali considerati di prima linea perché ben tollerati da tutti i malati. Alcuni studi hanno dimostrato, ad esempio, che l'efficacia dei due medicinali standard è potenziata se si associano a farmaci immunomodulanti di nuova generazione.

«Le combinazioni di farmaci si stanno rivelando molto

utili — dice Comi —. La sclerosi multipla è una malattia complessa, per cui verosimilmente in futuro dovremo individuare l'associazione di farmaci vincente per ogni paziente, tenendo conto del suo

rischio di andare incontro o meno a una disabilità grave. Di certo oggi, rispetto a dieci anni fa, abbiamo maggiori possibilità di modificare il decorso della malattia».

Non mancano neppure gli studi sulle cellule staminali adulte: sembrano infatti capaci di proteggere le cellule cerebrali riducendo allo stesso tempo l'entità della reazione autoimmune che sostiene la malattia. Per verificarne sicurezza ed efficacia è in partenza una sperimentazione internazionale che coinvolgerà anche alcuni centri italiani.

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Lo studio

I dottori in un caso su due non discutono i problemi correlati alla riduzione della mobilità, o lo fanno solo di rado

**61** mila  
Le persone affette in Italia dalla sclerosi multipla

**85%**  
La quota di malati che ha problemi di mobilità



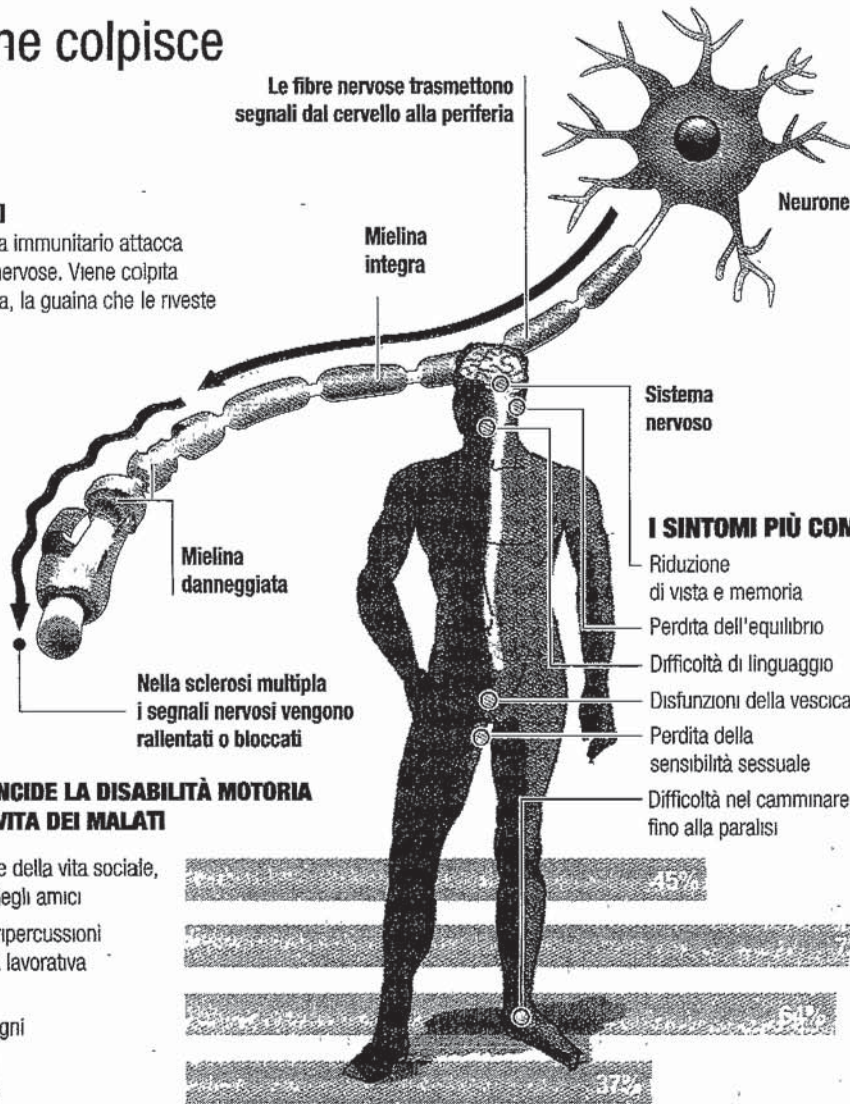


# Come colpisce

## I DANNI

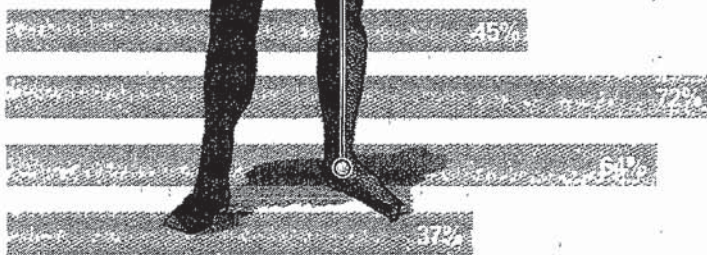
Il sistema immunitario attacca le fibre nervose. Viene colpita la mielina, la guaina che le riveste

Le fibre nervose trasmettono segnali dal cervello alla periferia



## COME INCIDE LA DISABILITÀ MOTORIA SULLA VITA DEI MALATI

- Riduzione della vita sociale, perdita degli amici
- Pesanti ripercussioni sulla vita lavorativa
- Perdita di guadagni
- Pensieri suicidari



EMANUELE LAMEDICA

## Cautele

# Il timore degli effetti collaterali

Le nuove terapie sono "pericolose"? La paura degli effetti collaterali è una delle più sentite dai pazienti. «Quanto più un farmaco è potente, tanto più saranno probabili eventi avversi», sintetizza Giancarlo Comi. Un esempio è *natalizumab*, approvato negli Usa nel 2004 e poi ritirato per un anno perché si erano verificati casi di *leucoencefalopatia multifocale progressiva*, una malattia grave provocata da un virus. Può capitare a uno su mille (su 70 mila pazienti, i casi sono una sessantina) e sono a buon punto test per identificare chi è più a rischio. Ma la paura c'è stata. «A fronte di questo, *natalizumab* è molto efficace: riduce del 70-80 per cento la frequenza degli attacchi e dà il meglio di sé quando la malattia è più severa — prosegue il professor Comi —. La sua storia ci insegna che nel decidere la terapia dobbiamo valutare bene il rapporto rischio-beneficio, soprattutto avendo molti farmaci a disposizione. Attraverso esami come la risonanza magnetica o i potenziali evocati, ma anche valutando le caratteristiche del primo attacco e il tempo che passa prima del secondo, possiamo stimare la probabilità che il paziente vada incontro a un peggioramento veloce o meno: in chi è destinato a una disabilità precoce avrà perciò senso usare un farmaco più potente, anche a fronte di possibili effetti collaterali; nei pazienti meno a rischio si potrà scegliere invece una strada più "tranquilla"».

**E. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giornata mondiale È una patologia che attrae poca attenzione, sebbene per diffusione sia seconda soltanto ai disturbi cardiovascolari

# L'osteoporosi non si vede ma c'è, eccome

Sotto-stimata, sotto-trattata, sotto-finanziata: l'osteoporosi non è una malattia che attrae l'attenzione, nonostante, per diffusione, sia seconda soltanto ai disturbi cardiovascolari, nella classifica dell'Oms.

I pazienti, di solito, la scoprono quando d'improvviso si rompono un braccio o una vertebra, senza un motivo apparente. I medici non si preoccupano molto della prevenzione perché non adeguatamente formati durante il corso di laurea. Gli ospedalieri gestiscono le fratture come un fatto meccanico e non cercano di capirne l'origine (almeno così la pensano gli esperti in materia che si sono appena riuniti a Brescia per il congresso nazionale della Siomms, la società italiana dell'osteoporosi).

Eppure ogni anno in Italia si contano novantamila fratture da osteoporosi che costano, al sistema sanitario nazionale, un miliardo di euro, soltanto per il ricovero ospedaliero: le stime sono ufficiali e arrivano dall'Aifa, l'agenzia nazionale del farmaco.

Gli italiani affetti da osteoporosi sono cinque milioni (in particolare donne dopo la menopausa) e il numero è in costante crescita, colpa del progressivo invecchiamento della popolazione. Per le persone più anziane una frattura ossea rappresenta una "frattura" anche della vita perché riduce l'autonomia e, non di rado determina la comparsa di un disturbo del tono dell'umore: ecco per-

ché gli esperti chiamano questa situazione "catastrophic disability".

Le fratture del femore sono quelle che comportano le conseguenze più pesanti: mortalità nel 15-25 per cento dei casi e problemi motori per almeno metà dei pazienti nell'anno successivo alla frattura; soltanto il 30-40 per cento delle persone può riprendere autonomamente le attività quotidiane. I dati, in Europa, mostrano che il numero di fratture del femore, previste nelle donne, passerà da oltre le 300 mila nel 2000 a quasi 800 mila nel 2050.

Ecco perché la malattia non va sottovalutata e la prevenzione è indispensabile. Con una dieta adeguata, l'esercizio fisico e l'abolizione del fumo, con i farmaci giusti (anche se costosi) e, perché no, anche attraverso una maggiore informazione, sia al pubblico che ai medici. Così Onda, l'Osservatorio nazionale per la salute della donna presieduto da Francesca Merzagora e la Fondazione Firmo organizzano, per il prossimo 20 ottobre, un incontro (che si terrà a Milano nella Sala Buzzati del Corriere della Sera, in via Balzan, alle ore 18) dedicato proprio al tema dell'informazione per la prevenzione delle fratture, in occasione della giornata Mondiale dell'Osteoporosi.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Quando avremo il vero anti-cancro?

di Umberto Veronesi\*

**A** conclusione di ogni grande congresso sul cancro, come quello della Società europea di oncologia medica (Esmo) che a Milano nei giorni scorsi ha visto riuniti oltre 15 mila specialisti di 115 paesi, ci si chiede a che punto è arrivata la cura dei tumori e si pone una domanda piena di speranza e d'impazienza: «Quand'è che si arriverà a trovare la cura definitiva?» È la domanda che tutti gli oncologi si sentono rivolgere, e la prima cosa che tutti rispondiamo è che non esiste la cura, bensì le cure contro i tumori. Molte hanno funzionato e stanno funzionando. Quando entrai, giovane medico, all'Istituto nazionale dei Tumori di Milano si respirava invece un clima di rassegnazione: i malati morivano, e la scienza medica riusciva solo a ritardare questa fine.

Ma alla domanda piena di speranza e d'impazienza prima di tutto bisogna rispondere che per curare i tumori occorre capire che cos'è il cancro. La realtà è che i problemi del cancro e quelli della vita sono intimamente legati tra loro. Il cancro ispira le ricerche più approfondite della biologia moderna, e in cambio i progressi della biologia portano a un continuo progredire delle nostre conoscenze sul cancro. Così oggi i ricercatori di oncogenetica (la genetica applicata all'oncologia) possiedono già una lista di geni le cui anomalie predispongono a vari tipi di tumore, a volte molto rari, altre volte frequenti, come quelli del seno e del colon.

Questa conoscenza offre la possibilità d'identificare i soggetti a rischio. La genetica applicata ai tumori permette una diagnosi più raffinata. Per esempio, se sappiamo che a causa di una mutazione genetica un certo tipo di cancro risponde male a una terapia, possiamo fin dall'inizio affrontarlo con sistemi più adeguati. Fino ad arrivare - e io credo che questa svolta sia vicina - a una terapia "personalizzata", pensata su misura per il "profilo" genetico del tumore da curare. Grazie alla conoscenza del genoma umano si moltiplicano i trattamenti mirati, in grado d'intervenire sui geni coinvolti nel processo tumorale senza danneggiare la cellula. Di qui la nascita di farmaci meno tossici e più selettivi. Come per l'Aids, la nuova strada che la medicina sta tracciando è quella di rendere il cancro - quando non è possibile guarirlo - una malattia cronica per la quale ci si cura tutta la vita, come succede per il diabete o l'ipertensione.

Convertire la malattia mortale in una malattia cronica è una tappa culturalmente importante. Se i nuovi farmaci creati dalle conoscenze della genetica ci aiuteranno a progredire su questa strada, sarà anche una svolta importante a livello psicologico e sociale, perché l'intero capitolo del cancro perderebbe la sua congenita angoscia.

Se si diffonde l'idea che il cancro può essere sconfitto, ma che in alternativa può anche essere tollerato per anni, allora la sua diagnosi diventerà meno sconvolgen-

**Salute**

**Donne sull'orlo di una crisi di nervi**  
Sindrome premenstruale: come gestirla ed evitarla  
Camminate e il cervello resterà in forma a lungo

**PONTIFIX**  
Il papa e il mondo  
Arianna Falacci



**te e i pazienti possono affrontare le cure con più fiducia.**

**\*Direttore scientifico Ieo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# “Viene dalle mummie la verità sul cancro”

Poche le vittime antiche, una malattia moltiplicata dall'uomo moderno

## La storia

ANDREA MALAGUTI  
CORRISPONDENTE DA LONDRA

**L'**Università di Manchester è l'unico posto al mondo dove esiste una laurea in «studio delle mummie» e la professoressa Rosalie David, prima professoressa di egittologia nella storia della Gran Bretagna, è la sacerdotessa dell'Ateneo.

Una celebrità nel suo campo, tanto che nel 2002 le hanno consegnato una specie di Oscar della professione chiamato «Obe» (Order of the British Empire) e la Regina ha preteso di consegnarle la medaglia a Buckingham Palace. In ogni caso la David, assieme a un gruppo di ricercatori inglesi e americani, si è presa la briga di analizzare i tessuti di 1700 mummie provenienti dall'Egitto e dal Sud America e ha cercato di farsi un'idea più precisa del tipo di malattie che circolavano 3 mila anni fa. Alla fine dello studio si è accorta che la scoperta più importante non era legata alle patologie esistenti, piuttosto a quelle inesistenti, o co-

munque talmente rare da non essere statisticamente significative. Su tutte il tumore. «Nelle società industriali il cancro è la seconda causa di decesso dopo le malattie cardiovascolari e 3 mila anni fa era praticamente inesistente, questo ci aiuta a capire la storia della malattia». Nei campioni rilevati solo cinque avevano un tumore. E in quattro casi era benigno. Morale? «Mi viene da dire che si tratti di una malattia prodotta dall'uomo, magari a causa dell'inquinamento, delle diete o dello stile di vita, comunque un riflesso della vita moderna».

Lo studio è stato pubblicato dalla rivista «Nature Review Cancer» e la dottoressa Rachel Thompson, lunimare del World Cancer Research Found, l'ha definita: «Decisamente interessante. D'altra parte gli scienziati sono concordi sul fatto che una dieta regolare, unita a una attività fisica che consenta di mantenere un peso standard, riduce di un terzo il rischio dei tumori più comuni». Lo stile di

vita, allora, violentato poco dopo la metà del Settecento dalla rivoluzione industriale. Tremila anni fa gli egiziani si occupavano di agricoltura, artigianato e grandi opere, vivevano in case spartane con sedie ripiegabili e senza schienale da destinare agli ospiti e mangiavano per terra. La dieta era fatta di cipolle, datteri e pesci di fiume. I più poveri bevevano birra, i più ricchi vino. Vita semplice, ma non senza problemi. Il ricorso alla farmacia era sviluppato ed esistevano oltre 2 mila rimedi contro le malattie. Cefalee, gobba, tubercolosi, lebbra, poliometite e obesità le più fre-

quenti. I pericoli arrivavano dall'acqua infetta e dalla sabbia che se inalata causava guai respiratori, se masticata assieme agli alimenti provocava problemi alle gengive. La vita era più corta, 25 anni per le classi meno abbienti, 50 per i signori. «Ma immaginare che la durata dell'esistenza condizionasse lo sviluppo delle malattie non è corretto. Gli egiziani avevano anche esistenze abbastanza lunghe, tanto che su molti di loro sono stati trovati i segni di indurimenti alle arterie e artriti», sottolinea Michael Zimmerman, professore della Villanova University che ha eseguito





le analisi di una mummia egiziana rinvenuta nell'oasi di Dakleh. «E' la società industriale che cambia radicalmente l'impatto della malattia e il fatto che i tumori alla fine del Settecento colpiscano tanti bambini è un'altra dimostrazione che non c'è nesso tra la diffusione del cancro e la lunghezza della vita». Perfetto. Ma i cinque casi registrati? Zimmerman stacca la sua ultima sentenza. «Il tumore è frutto dell'attività umana e dunque un problema che possiamo affrontare e le tracce del mistero erano nascoste in un sarcofago». Fine del giallo, giura.



Un sarcofago egizio

### ANALISI A TAPPETO

Lo studio dell'università di Manchester è stato condotto su 1700 corpi

### LA SCOPERTA

«Solo in cinque campioni c'è traccia di tumore e quattro sono benigni»



# «Sotto accusa cibo, stress e smog»

7

domande  
aDomenico Palli  
epidemiologo

VALENTINA ARCOVIO

Non sappiamo quando il tumore ha fatto la sua prima comparsa, ciò che sappiamo è che solo con l'arrivo della modernità si è registrato un significativo aumento dei casi di cancro». A parlare è Domenico Palli, direttore dell'Unità Operativa di Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale all'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (Ispo) di Firenze.

**In che modo la modernità ha contribuito ad aumentare i casi di tumore?**

«Con la rivoluzione industriale l'ambiente è cambiato. Da una parte è aumentata l'esposizione a sostanze chimiche che prima erano poco diffuse e che oggi vengono utilizzate nei processi industriali, dall'altra parte abbiamo iniziato a bruciare carbone e derivati del petrolio che sappiamo essere responsabili dell'aumento dell'inquinamento atmosferico».

**E' quindi anche una questione di aria?**

«Solo in parte. Ha contribuito all'aumento dei casi di tumore anche la presenza di sostanze cancerogene sui luoghi di lavoro, fattori di rischio che di volta in volta la legge ha regolamentato, abbassando i rischi.

Ma a dare un contributo determinante all'aumento del tasso di incidenza del tumore è stato un cambiamento più profondo».

**E cioè?**

«E' cambiata la società. Lo stile di vita moderno pesa sull'incidenza dei tumori, a mio avviso, molto più degli altri fattori ambientali. Il progresso, da un lato ci ha portato a un miglioramento della qualità della vita, dall'altro ci ha esposto a una serie di rischi che, nonostante documentati, continuano a essere ignorati».

**Quali?**

«Lo stile di vita moderno è sedentario e ha inciso sul tasso di obesità. E questo sappiamo essere collegato a diverse malattie, tra cui il cancro. Poi c'è la diffusione delle sigarette: in passato il tabacco era un lusso di pochi».

**Che cos'altro è cambiato?**

«Le abitudini alimentari. Si consuma meno frutta e verdura e una dieta poco sana incide sul cancro al colon retto e anche alla mammella».

**In che modo?**

«Una dieta troppo grassa ha anticipato l'arrivo del primo ciclo mestruale. Prima il menarca arrivava a 13-14 anni, oggi a 11-12 anni. Visto che la menopausa arriva intorno ai 50 anni, le donne sono così esposte per molti anni alla produzione di ormoni sessuali».

**E la componente genetica?**

«Conta, certo, ma un cattivo stile di vita può trasformare in tumore quella che prima poteva essere solo una predisposizione».

