

Rassegna del 09/03/2010

REPUBBLICA SALUTE - Identità sessuale - De Luca Maria Novella

1

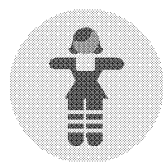
Identità sessuale

Sotto il segno dell'ambiguità è la generazione "bi-curious"

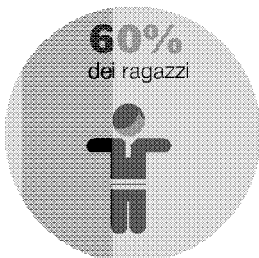
ESPERIENZE OMOSESSUALI

Vengono sperimentate tra gli 11 e 16 anni nel

35%
delle ragazze



60%
dei ragazzi



FONTE: ISTITUTO DI ORTOFONOLOGIA
DI ROMA - BIANCHI DI CASTELBIANCO

MARIA NOVELLA DE LUCA

M

utano, si nascondono, giocano con l'ambiguità. Ragazzi nell'età incerta, che scoprono se stessi, la sessualità, il corpo che cambia, e sperimentano sempre più territori di confine. Non solo "etero" dunque, ma anche "omo" e soprattutto "bisex". Hanno tra i quattordici e i diciotto anni e fanno parte di un movimento *young-adult* che in tutto il mondo ha fatto dell'ambiguità il proprio modo di amare. Le ragazze camminano mano nella mano, provano baci e carezze, imaschi si fermano ad abbracci più virili ma niù espliciti di un tempo: niù che bisex

molto si definiscono *bi-curious*, curiosi doppiamente, si vestono con stile androgino, si ispirano all'inquieto movimento "Emo", si incontrano e si confidano in una galassia di siti e blog dove raccontano la loro ambiguità.

Un fenomeno così vasto e dichiarato, un *outing* così collettivo, che ormai da diversi mesi psicologi, sociologi, medici (ma anche cacciatori di tendenze) hanno messo il fenomeno dei teenager bisex sotto la lente di ingrandimento. Per capire se qualcosa è davvero cambiato nella sessualità dei giovani. O se invece gli adolescenti non abbiano semplicemente

smesso di nascondere la loro indefinitezza sessuale. In una recente ricerca dell'Istituto di ortofonologia di Roma, è stato calcolato che tra gli undici e i sedici anni il 35 per cento delle ragazze, e addirittura il 60 per cento dei ragazzi, si è avvicinato o ha prova-

to l'esperienza omosessuale.

Ma, al di là dei numeri, per Francesca Sartori, docente di Sociologia del genere all'università di Trento, tutto questo è la spia di un «forte cambiamento culturale». «L'adolescenza è l'età dell'onnipotenza, del voler provare tutto. La novità è che questa generazione sembra voler fa-

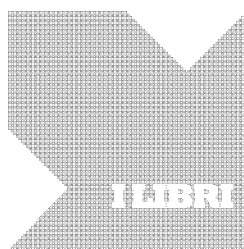
“La bisessualità nell'adolescenza è sempre esistita, solo che ora non è più un tabù”

re della propria ambiguità un modo di essere, una bandiera. Del resto questi teenager sono i figli di una società dove i ruoli tradizionali sono caduti, dove la confusione è forte, dove la moda, proprio sfruttando queste tendenze giovanili, propone immagini efebiche di maschi glabri e femmine senza seno, quasi indistinguibili. A mio parere però — aggiunge Sartori — è un azzardo parlare di gioventù bisex, perché è soltanto un'avanguardia trasgressiva che gioca con questi ruoli. E tra qualche anno capiremo se si tratta di "effetto età" o di un vero cambiamento. È certo, però, che gli adolescenti sperimentano una nuova libertà, ma anche un nuovo modo di non definirsi».

L'ultimo rapporto della Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia,

segnala che gli adolescenti hanno le loro prime esperienze sessuali tra i quattordici e i sedici anni. Ed è in quel momento che la sperimentazione sessuale abbraccia più strade e più forme. E dove la scuola funge da terreno di conoscenza. Un tema a cui Federico Batini, ricercatore di Pedagogia all'università di Perugia, ha dedicato *L'identità sessuale a scuola*. «La bisessualità nell'adolescenza è sempre esistita, ma adesso non è più un tabù. Però il vero problema è che ai ragazzi mancano gli strumenti per decodificare ciò che gli accade, della sessualità sanno ciò che scoprono su Internet, spesso in modo grossolano e non selezionato. In famiglia il discorso non viene affrontato e a scuola non se ne parla affatto. La verità — conclude — è che non esiste per i giovani una *alfabetizzazione sessuale*».

Legge invece il diffondersi della bisessualità tra gli adolescenti come un problema legato al riconoscimento di sé. Simonetta Putti, psicologa e psicoterapeuta, curatrice di un saggio a più voci dal titolo: *Chirone, dinamiche dell'identità di genere*. «Il disagio esistenziale è oggi un dato diffuso anche tra adolescenti e ragazzi. E se la sessualità non costituisce più un'area di divieto da parte dei genitori, è l'area dell'affettività e del sentimento ad essere in difficoltà, e sempre più "tecnomediata" da Internet, mail, sms. E infatti, dietro questa crisi dell'identità di genere, c'è a mio parere la forte crisi di identità di questa generazione».



L'IDENTITÀ SESSUALE A SCUOLA

a cura di F. Batini e B. Santoboni
340 pagine
27,90 euro
Liguori Editore



CHIRONE IDENTITÀ DI GENERE

a cura di Simonetta Putti Postfazione di Bruno Callieri
172 pagine
14 euro
Alpes Edizioni



PSICOTERAPIA E OMOSESSUALITÀ

di Margherita Graglia
144 pagine
17,40 euro
Carocci Edizioni

ADOLESCENTI E SESSUALITÀ



14-16

anni è l'età del primo rapporto sessuale

55%

usa il preservativo (SICO 2010)

70%

degli adolescenti afferma di usare la parola "gay" come un insulto

32%

dei teenager omosessuali ha pensato di uccidersi almeno una volta perché discriminato

Barbie ispirata alla popstar Lady Gaga



LE ICONE E LA MUSICA

- La scrittrice Malinda Lo col suo libro "Ash", una rivisitazione della favola di Cenerentola
- La popstar bisex Lady Gaga
- My chemical romance
- Tokio Hotel
- Fall Out Boy
- Black Eyed
- Yellowcard
- A Static Lullaby
- Alkaline Trio

L'ENDOCRINOLOGO

DALLE RICERCHE L'ALLARME SULLE SOSTANZE CHE DISTURBANO GLI ORMONI SESSUALI "MA IN REALTÀ LA CONFUSIONE DEI RAGAZZI DIPENDE DALLE SOFFERENZE PSICOLOGICHE"

Adolescenti confusi, è colpa degli ormoni? La domanda spunta dalle ultime ricerche che stanno scoprendo anche nella specie umana le influenze sulla fertilità, sui caratteri sessuali ma anche sul comportamento, osservati da tempo nel mondo animale. Sono causati dalla diffusione nell'ambiente di una particolare categoria di sostanze — su cui la Food and Drug Administration americana la scorsa settimana ha lanciato l'allarme — che interferiscono negli equilibri degli ormoni sessuali. Dai pesci di un fiume del Colorado in cui aumenta la percentuale di femmine passando dalle sorgenti alla foce, dove l'acqua è piena di scarichi industriali, alle rane di un lago africano in estinzione perché i maschi rimangono castrati chimicamente da un fitofarmaco diffuso nell'acqua. Sino alla ricerca di due settimane che ha scoperto una tendenza androgina su adolescenti maschi del nord Italia: riduzione delle dimensioni medie di pene e testicoli, aumento dei casi di "micropene", distribuzione del grasso tendente a quella di tipo femminile ed aumento di statura dovuto soprattutto ad allungamento delle gambe.

«Scoperta che non sorprende — dice il responsabile della Uo di Endocrinologia dell'Età evolutiva dell'ospedale Cervello di Palermo, Piernicola Garofalo, presidente dell'Associazione medici endocrinologi, Ame — ci voleva solo più tempo perché gli effetti visti sugli animali si scoprissero anche nella specie umana: queste sostanze agiscono già in dosi minime, ma con tempi lunghi, di decenni. Si chiamano "interferenti endocrini" proprio perché, pur se nati con scopi diversi, come additivi delle plastiche, pesticidi, fitofarmaci, ecc., casualmente hanno la capacità di bloccare l'azione

degli ormoni, in particolare gli androgeni, una volta nel corpo».

Quando agiscono e che effetto hanno?

«Agiscono durante lo sviluppo sessuale che inizia nel grembo materno e si conclude intorno ai venti anni, con fasi più o meno intense. In questo periodo gli organi riproduttivi si differenziano in maschili e femminili e poi maturano. Si acquisiscono i caratteri sessuali esterni corrispondenti, distribuzione dei peli, del grasso corporeo, tono della voce e dimensioni degli organi sessuali. Il tutto è scritto nei geni che plasmano il corpo in senso maschile o femminile attraverso gli ormoni sessuali. Ma gli interferenti endocrini, contrastando l'azione degli ormoni sessuali, frenano tutto il processo di sviluppo sessuale». Influenzano anche il comportamento?

«Certo, il carattere maschile e femminile sono determinati dall'azione dei rispettivi ormoni sessuali sul cervello, soprattutto nelle prime fasi di sviluppo quando maggiore è la neuroplasticità».

Quindi le confusioni sulla identità sessuale degli adolescenti possono dipendere da squilibri ormonali?

«Il teoria si, perché in animali di laboratorio si può arrivare ad "invertire" l'aspetto sessuale con dosi massicce di ormoni del sesso opposto a quello dei geni. In pratica no, per due motivi. Primo, gli interferenti endocrini riducono i caratteri sessuali maschili e basta, non stimolano quelli femminili. E' il fenomeno della androginia. Secondo, gli adolescenti che stanno a disagio nel proprio sesso hanno profili ormonali e tutto il resto perfetti 9 volte su 10. La causa sta in sofferenze psicologiche e esistenziali che si focalizzano sulla identità sessuale, che pertanto è solo un bersaglio. Parola di endocrinologo».

(arnaldo d'amico)



ESPERTO
Piernicola Garofalo, presidente Associazione medici endocrinologi

L'EMO STILE

Gli Emo hanno un look molto ben definito: l'acconciatura, l'abbigliamento e gli accessori sono simboli della loro ambiguità: si definiscono come bisex e bi-curious

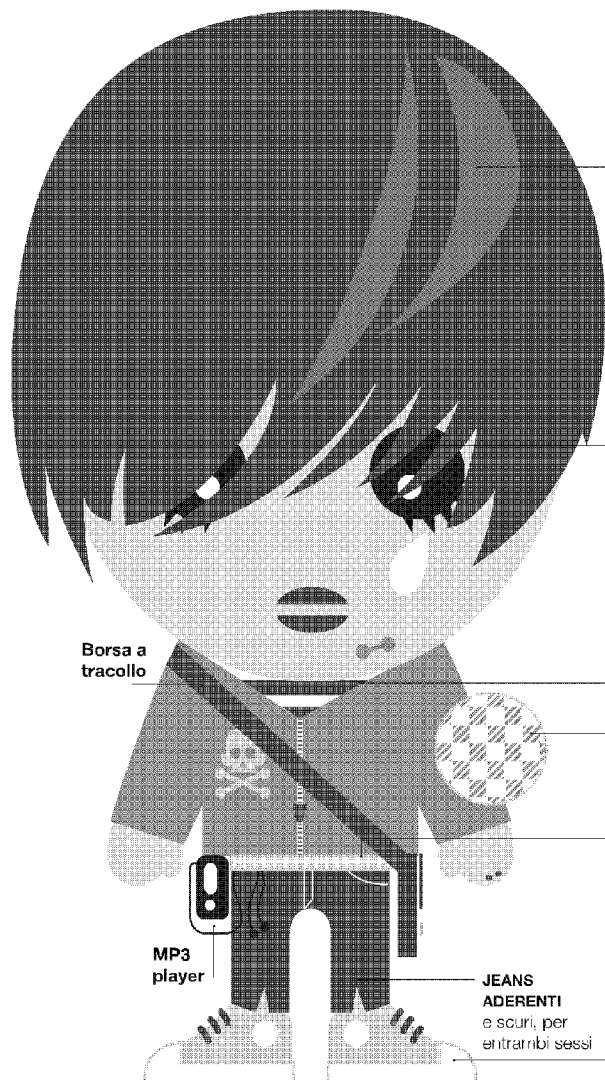
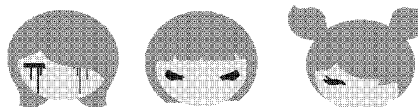
L'ACCONCIATURA

I capelli sono lisci, caratterizzati da una frangia asimmetrica che copre un occhio e/o parte del viso

LUI



LEI



COLORE DEI CAPELLI
Il nero è predominante, ma si usano anche riflessi colorati

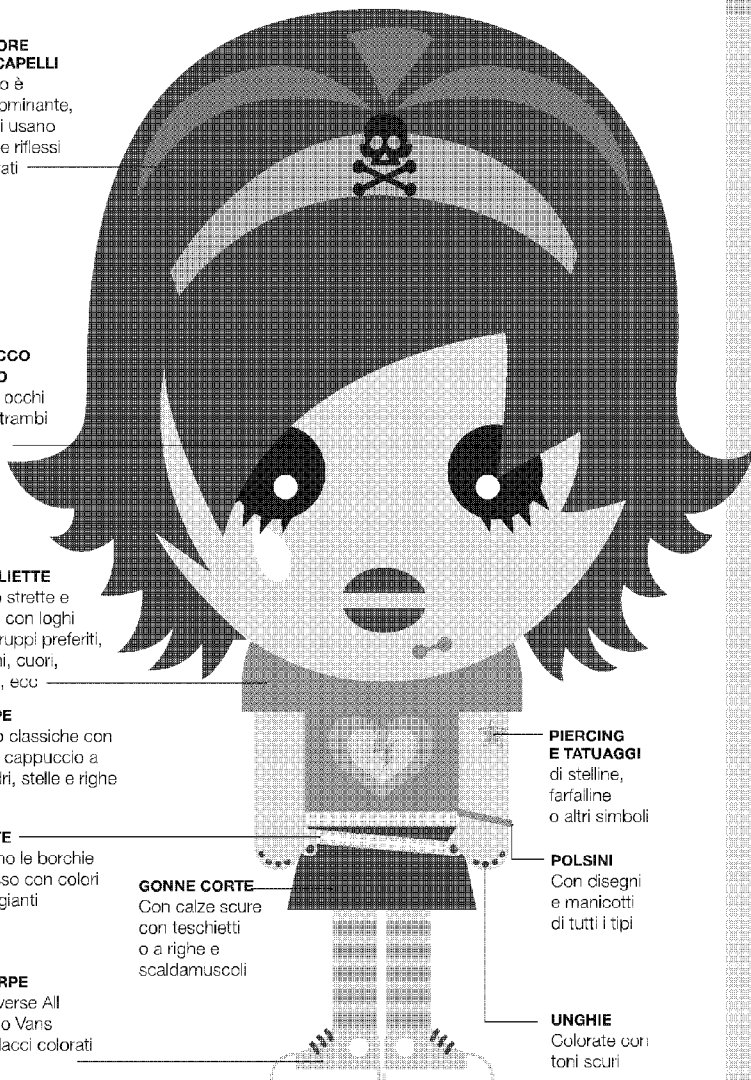
TRUCCO NERO
degli occhi in entrambi i sessi

MAGLIETTE
Sono strette e corte con loghi dei gruppi preferiti, teschi, cuori, stelle, ecc.

FELPE
Sono classiche con zip e cappuccio a quadri, stelle e righe

CINTE
Hanno le borchie spesso con colori sgargianti

SCARPE
Converse All Star o Vans con lacci colorati



GONNE CORTE
Con calze scure con teschi o a righe e scaldamuscoli

PIERCING E TATUAGGI
di stelline, farfalline o altri simboli

POLSINI
Con disegni e manicotti di tutti i tipi

UNGHIE
Colorate con toni scuri

Borsa a tracollo

MP3 player

JEANS ADERENTI
e scuri, per entrambi i sessi

LE ORIGINI DEL FENOMENO

1985

Nasce come fenomeno musicale underground negli Stati Uniti, attorno all'area di Washington DC, come variante sperimentale e non violenta dell'hardcore punk americano

1994

Le principali major americane cominciano ad interessarsi agli emo per la loro popolarità. Alla fine degli anni Novanta il movimento diventa di rilevanza nazionale

2000

All'inizio del 2000 il movimento emo è quasi scomparso dalla scena underground e raggiunge grande popolarità e successo commerciale negli Usa e in Europa

FONTI: RELAZIONE DATI LA RE "LIBRO LA SALUTE"

2010

Oggi l'emo comprende numerose band, molte delle quali hanno poco in comune col movimento originale; il fenomeno si è massificato tra gli adolescenti su scala mondiale

Sempre più adolescenti sperimentano l'omosessualità e esplorano orgogliosamente territori di confine. Lontani da scuola e famiglia, le loro confidenze viaggiano su Internet. E ora gli specialisti si chiedono: specchio dei tempi o semplice moda

FOTOGRAFIA PALLA SIRONETTI

MASCHIO O FEMMINA?

Test a cura della psicologa
Brunella Gasperini (lgasperini@sinopia.it)

Accanto ad ogni aggettivo
barrare la M se lo si ritiene
più tipico di un maschio,
la F se si ritiene più
caratteristico di una femmina

- | | | | |
|----|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Aggressivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Emotivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Competitivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Accomodante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Dominante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Affettuoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Indipendente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Vanitoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Autorevole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Empatico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Individualista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Geloso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Autosufficiente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Chiacchierone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Analitico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Delicato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Riservato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Comprensivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Razionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Comunicativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Deciso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Curioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quello che avete svolto è un test sui principali stereotipi dominanti nella nostra cultura riguardo l'essere maschio e l'essere femmina. I tratti tipici dello stereotipo maschile sono espressi nelle domande dispari, quelli femminili nelle pari. Più alta è la corrispondenza tra aggettivi e stereotipo sessuale più questi modelli saranno utilizzati nel nostro modo di esprimerci e di rapportarci agli altri e influenzerà le nostre relazioni educative. Il test è un pretesto per riflettere su quanto gli stereotipi culturali fanno parte di noi e soprattutto su come questi abbiano un ruolo importante nell'influenzare l'acquisizione dell'identità di genere.



Cure palliative Legge ostaggio dello scontro in Parlamento

di **MARGHERITA DE BAC** A PAGINA 24
commento di **A. Balzanetti** A PAGINA 17

Sanità Il Pdl accusa l'ostruzionismo del Pd. La replica: cinici

Scontro alla Camera, bloccata la legge sulle cure palliative

Era all'ultimo passaggio. Effetto del decreto salva liste

ROMA — Avrebbe dovuto passare domani all'unanimità, spinta da un sostanziale accordo tra destra e sinistra. Invece la legge sulle cure palliative, atto di civiltà atteso da almeno 250 mila famiglie italiane con malati gravi, slitta ancora. A chissà quando. L'hanno fermata, proprio sul traguardo, le furiose polemiche legate al «salvaliste». Nella zuffa ci è andato di mezzo un provvedimento che non risponde a nessun partito. Norme che avrebbero permesso la creazione di una rete assistenziale uniforme, definita e sostenuta da un finanziamento specifico. E che per la prima volta avrebbero colmato un grande vuoto: le cure pediatriche.

La legge era al terzo punto dell'ordine del giorno di ieri alla Camera per l'approvazione finale. Si prevedeva la discussione generale e, entro domani, un voto finale dall'esito scontato. Le polemiche di questi giorni e l'ostruzionismo dell'opposizione hanno invece mandato all'aria tutti i programmi della presidenza, che aveva dato la possibilità di anticipare l'esame rispetto agli altri argomenti in calen-

dario questa settimana.

Dure le accuse di Domenico Di Virgilio, Pdl, relatore del testo già passato a Montecitorio una prima volta e poi licenziato dal Senato a fine gennaio con alcune modifi-

che che hanno determinato un nuovo passaggio in Parlamento: «Tutti devono sapere che a causa dell'ostruzionismo in Aula l'entrata in vigore della legge ritarderà ulteriormente con grande danno per quanti soffrono di gravi patologie». Il deputato ricor-

da di aver insistito perché il via libera decisivo venisse dato il mese scorso in sede legislativa dalla Commissione Affari sociali, proprio per evitare imprevisti e accelerare i tempi. Invece l'opposizione ha preferito mandarlo in Aula. «Un modo per sottolineare l'alto valore» spiega Livia Turco, che si è battuta strenuamente fin dall'inizio per portarla avanti con adeguati finanziamenti che la rendessero attuabile.

È lei che difende la strategia dell'ostruzionismo dei Democratici: «La maggioranza mostra un comportamento cinico e di bassissimo profilo.

Fa un uso ignobile del tema delle cure palliative — spiega — per nascondere il vulnus inferto alla nostra democrazia con la legge salva liste. Un golpe. Inaccettabile. Vogliamo dare un segnale chiaro e forte agli elettori». Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione Affari sociali della Camera, Pdl, ribatte secco: «L'opposizione dovrebbe compiere una seria autocritica. Prima ha negato la sede legislativa, oggi ha scelto l'ostruzionismo, come manovra tattica che riguarda altre cose e nuoce a chi lotta per sconfiggere il dolore e la perdita di dignità nella fase finale della vita».

Commenta con amarezza la deputata dell'Udc Paola Binetti: «Quando la politica diventa cieca di fronte ai bisogni concreti della gente significa che ha perso di vista il suo obiettivo più alto e non è in grado di esprimere al meglio la sua funzione di servizio. In Italia c'è un bipolarismo malato».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

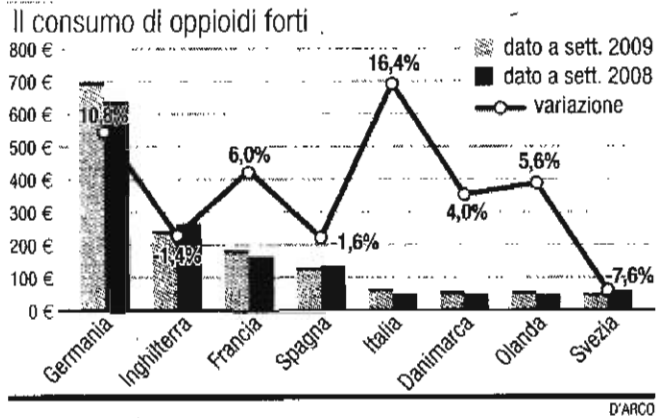
© RIPRODUZIONE: HSH-HVA I A

250.000

Le famiglie

con malati gravi che sono in attesa del via libera alla legge sulle cure palliative. Avrebbe dovuto passare domani all'unanimità, invece è slittata ancora





La normativa



La terapia come diritto

Le cure palliative per i malati terminali e le cure antidolore per i cronici diventano un diritto per tutti. È stato creato un fondo che complessivamente può disporre di 150 milioni di euro al quale possono accedere le Regioni per attuare gli interventi



I centri specializzati

Vengono create sul territorio due reti di centri specifici (reparti ospedalieri e hospice) per le cure palliative e la terapia del dolore con figure professionali ad hoc. Le cure palliative nelle strutture pubbliche o convenzionate avranno un costo omogeneo in tutte le Regioni



L'attenzione ai bambini

Per la prima volta nascono centri pediatrici dedicati, con operatori appositamente formati, per le cure palliative per i bambini. Sono 11 mila in Italia i minori malati terminali che potrebbero accedere così alle cure, un terzo dei quali è affetto da tumore



La prescrizione dei farmaci

Diventa più semplice la prescrizione da parte dei medici di farmaci oppiacei: non servirà più il ricettario speciale, ma il farmacista dovrà conservare copia della ricetta. Vengono inseriti nell'elenco dei farmaci alcuni derivati della cannabis, utili per malattie come la Sla

Per una Moc 545 giorni a Bologna, 522 a Genova, 300 a Bari. Dieci mesi per un'ecografia a Sassari, otto a Roma e Milano. Mammografia dopo 459 giorni a Genova, 240 a Napoli. E le visite specialistiche? Possono aspettare anche un anno
L'ottava indagine di "Salute-La Repubblica" su 12 città. Ecco i risultati. Pessimi

Liste d'attesa

L'esame? Tra cinquecento giorni

Attese record a Genova per una mammografia, 459 giorni, ma per una densitometria ossea (Moc) se ne aspettano anche 522, mentre a Bari "solo" 300. A Roma per una visita specialistica si può attendere in alcune strutture fino a un anno, per un'ecografia tra i 129 e 260 giorni. La "fotografia" di *Salute-La Repubblica* in 12 città sulle liste d'attesa per esami e visite specialistiche (vedi tabelle, ndr) è disarmante. E non si discosta dai precedenti sette anni.

Torino

Da ottobre ampliati gli orari degli ambulatori e più personale per 10 specialità (esclusa la reumatologia) e 8 servizi di diagnostica (ecografia e Ecg da sforzo compresi). «Dove dobbiamo migliorare è la programmazione ordinaria — sottolinea Eleonora Artesio, assessore alla Sanità — ed è necessario lavorare ancora sull'adeguatezza delle prestazioni».

Genova

Per ottenere una densitometria ossea si aspetta 2 giorni nella Asl e 522 all'ospedale Galliera; per una mammografia 2 giorni nella Asl, 459 all'ospedale Villa Scassi. Perché queste grandi differenze? «Per il richiamo esercitato sugli utenti dallo specialista più qualificato», sostiene Franco Bonanni, direttore dell'Agenzia sanitaria. Il rimedio? «Lo specialista formi i colleghi del territorio e coordini le visite».

Milano

Se la struttura prescelta è un ospedale o un polo d'eccellenza (Istituto Tumori, Besta o Pini) i tempi d'attesa si fanno molto lunghi. Medici di base e pediatri hanno lo strumento del "bollino" di priorità per garantire prestazioni entro 72 ore. Previsti dalla Regione nuovi finanziamenti a "premio" (ma solo a risultato ottenuto) per ridurre ulteriormente i tempi d'attesa.

Attivato un monitoraggio set-

timanale su 50 strutture campione. L'aumento delle attese forse è legato alla crisi economica, come avverte lo studio del Forum per la ricerca biomedica e del Censis: nell'ultimo anno, il 35% degli italiani ha accettato liste di attesa più lunghe pur di risparmiare, mentre il 18% ha rinviato visite specialistiche private e cure odontoiatriche.

Padova

Al cittadino la scelta di privilegiare il tempo o la vicinanza. Per sopravvivere ai lunghi tempi di attesa, l'ospedale e i distretti di Padova hanno deciso di fare sistema. Il Cup di Padova (840000664) fa sinergia con altre aziende sanitarie e permette tempi ridotti. Esistono codici di priorità fino a "non oltre 180 giorni".

Bologna

Uno degli esami per cui bisogna aspettare di più è la mammografia: servono 88 giorni per poterla eseguire. Esteso però lo screening alle donne dai 45 ai 49 anni e a quelle dai 70 ai 74 anni. Spiega Massimo Annicchiarico, Asl di Bologna: «La mammografia non è un esame innocuo e a volte è prescritta in modo inappropriato, questo spiega le lunghe attese. Come del resto per la densitometria ossea, per cui l'agenda di attesa di un anno e mezzo è saturata». Il consulente del Cup, snodo di tutte le liste d'attesa, è al centro del caso Delbono, il sindaco dimissionario: era intestato a lui il bancomat da

cui la ex fidanzata di Delbono e segretaria in Regione prelevava ogni mese cifre fino a mille euro.

Firenze

Male la Moc (l'esame per la densitometria ossea). Una delibera regionale prevede che si possa prescrivere solo per determinate patologie. Accordo, invece, con alcuni privati per l'esame a costo contenuto (36,15 euro). Si riscontrano problemi nella risonanza (domanda in crescita dell'8% l'anno, attese di almeno quattro mesi).

Roma

Migliora la situazione al policlinico Gemelli (Cup 0630157000). Per l'ecografia tempi biblici dappertutto: al San Giovanni si può prenotare da fine novembre, al San Filippo Neri da fine agosto, e al Tor Vergata il Cup (803333) dice che le liste sono chiuse.

Napoli

Antonio Stellato, direttore sanitario della Asl1 centro, parla di progressi: «Gli unici punti critici sono rappresentati dalle consulenze chirurgica, gastroenterologica e reumatologica». Per l'assessore regionale alla Sanità Mario Santangelo le cose «miglioreranno col rafforzamento della medicina territoriale».

Sassari

Sanità commissariata e scorporo di alcuni ospedali dalle Asl. Così la giunta Cappellacci (centrodestra). A regime l'unificazione del Cup (1533). Attese co-

munque lunghe: per un'ecografia al Civile occorrono sette mesi, trecento giorni nelle cliniche universitarie. Tempi lunghi anche per le visite dal reumatologo, dal gastroenterologo, dal chirurgo e per la Moc.

Bari

Persistono punti critici. Effetti positivi dallo screening mammografico, avviato nel 2008. A tutti gli utenti il Centro prenotazioni del Policlinico, per tutte le prestazioni, fornisce sempre un'alternativa con minore attesa presso l'ospedale più vicino. Attivo il numero verde regionale 800345477.

Reggio Calabria

Al Bianchi-Melacrino-Morelli tempi lunghi: il piano di rientro dal debito imposto dal Governo alla Regione, si fa sentire sui servizi. Per una mammografia 156 giorni, male reumatologia, molte liste sospese. Alla base delle difficoltà, dice il direttore dell'azienda ospedaliera, Domenico Mannino, «c'è il blocco delle assunzioni e il ridimensionamento di alcuni settori».

Palermo

Avviata la "cura" dell'assessore Massimo Russo: parametri e attese massime garantite. Restano, però le "liste chiuse o mirate". L'assessore punta agli ambulatori territoriali con strumentazione diagnostica: devono garantire aperture per 12 ore nella settimana e 6 ore il sabato.

Per saperne di più

Il piano**MINISTRO E REGIONI
LA SFIDA DEI TEMPI**


«**D**ue anni per eliminare le liste d'attesa: con le Regioni abbiamo deciso la strategia», parola dell'allora ministro della Salute, Girolamo Sirchia. Era il febbraio 2004. Sono passati più di cinque anni e la situazione è immutata. L'indagine a campione, svolta fra il 22 e il 26 febbraio, e che *Salute-La Repubblica* conduce su dodici città ormai da otto anni, testimonia tutte le difficoltà e le contraddizioni legate alla soluzione di uno dei più sentiti problemi della sanità italiana. Ora è l'attuale ministro, **Ferruccio Fazio** che ha elaborato il "Piano nazionale di governo delle liste d'attesa" per un'intesa con le Regioni: migliorare le performance e individuare piani regionali (entro 3 mesi) con tempi massimi di attesa (per il 90% dei pazienti) ribassando quelli concordati (15-30-90 giorni). Cinquantotto le prestazioni sotto osservazione

(tra le quali 14 visite specialistiche e 29 prestazioni strumentali, comprese ecografie, Tac, risonanza...), con "vie preferenziali" in oncologia, cardiologia, ortopedia; riorganizzazione dei Cup (Centri unici di prenotazione) a livello regionale e online (progetto e-gov 2012) e un marcato impulso alla informatizzazione a tutti i livelli. Ma il voto regionale imminente frena l'intera operazione.

Emerge comunque il nodo centrale della questione: il ruolo della medicina del territorio e del medico di famiglia, le richieste di esami esagerate e poco appropriate. Con un paradosso: più c'è offerta e più si amplia la richiesta. In più c'è la voglia (il diritto?) di scegliere il centro più affidabile o specializzato, con i record di macroscopiche attese nei centri d'eccellenza del Nord. Da segnalare che, soprattutto nel Meridione, le liste d'attesa vengono chiuse, rendendo quindi impossibile un reale confronto. Anche il dato della mammografia va depurato dagli screening basati sulla popolazione a rischio

(maurizio paganelli)

SE ANCHE IL DOLORE DEI MALATI DIVENTA UN CAPITULO DEL «PASTICCIO»

 Lo scontro politico in atto sul «pasticcio» delle liste elettorali si arricchisce ogni giorno di novità e colpi di scena. Accuse molto pesanti tra maggioranza e opposizione continuano a riempire giornali e televisioni, fino alla decisione, più che legittima, del Partito Democratico di bloccare per protesta l'attività parlamentare.

«Da oggi faremo ostruzionismo totale, faremo saltare il decreto legge del governo che è all'esame della Camera — spiega il vicesegretario del Pd Enrico Letta —, l'ostruzionismo è la giusta reazione che il governo merita dopo il decreto salvaliste». Una decisione legittima che, però, va a colpire una legge attesissima che dopo un lungo e tormentato iter era arrivata al traguardo finale: quella sull'introduzione delle cure palliative. Un provvedimento che interessa almeno 250 mila famiglie con malati cronici e, grazie a un emendamento sull'età pediatrica, 11 mila bambini e ragazzi fino a 17 anni colpiti da malattie incurabili.

In un Paese «normale» questo effetto collaterale sarebbe stato eliminato senza discussioni, magari con un immediato ac-

cordo bipartisan per la creazione di una corsia preferenziale. E, invece, l'ostruzionismo del Pd (ripetiamo: assolutamente legittimo) è stato subito strumentalizzato. Ha iniziato il vicepresidente della Camera Domenico Di Virgilio (Pdl): «I cittadini devono sapere che a causa dell'ostruzionismo in aula a Montecitorio l'entrata in vigore della proposta di legge sulle cure palliative e sulla terapia del dolore ritarderà ulteriormente con grave danno di quanti soffrono importanti patologie».

«Il Pdl — ha risposto l'ex ministro della Salute Livia Turco — sta facendo in queste ore un uso ignobile del tema delle cure palliative per nascondere il vulnus inferto alla nostra democrazia e contro il quale vogliamo dare un segnale forte e chiaro ai cittadini».

Un'altra brutta pagina per il Parlamento e soprattutto una vicenda molto difficile da spiegare a quelle 250 mila famiglie che ogni giorno combattono in silenzio e con dignità una battaglia ben più importante di quella sull'ennesimo pasticcio della politica italiana.

Andrea Balzanetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVENTO

Ma il piano voluto da Fazio non frenerà i pellegrinaggi

FRANCESCA MOCCIA*

Le lunghe liste di attesa sembrano un problema che non si riesce in alcun modo a risolvere. O forse, non si vuole. L'inchiesta di *Repubblica-Salute* evidenzia ancora una volta come la situazione, nonostante piani, promesse e leggi, stenti davvero a mutare. E, come sempre, è il cittadino quello che paga il conto più salato, in termini di diritto alla salute non rispettato, ma anche in termini di costi "indiretti". Tutto questo si traduce spesso in ricerche spasmodiche, fatte di telefonate nel migliore dei casi, ma spesso e volentieri in veri e propri pellegrinaggi di Asl in Asl o di struttura in struttura. A cui si aggiungono, spesso, anche gli spostamenti da regione a regione, soprattutto sulla direttrice Sud-Nord.

Sono costi che gravano direttamente sul cittadino, in termini di tempo impiegato, nervosismo e ansie, che davvero sembrano non interessare nessuno. Eppure, non sono pochi gli esempi di buona amministrazione che in questi anni sono stati registrati, come la centralizzazione delle prenotazioni, che però non è ancora omogeneamente diffusa o che non integra davvero tutti i presidi presenti sul territorio. Negli ultimi anni abbiamo anche registrato un crescente ricorso al proprio portafogli per potersi pagare prestazioni che non venivano erogate in tempi accettabili. Come già denunciato in

diverse occasioni, questo espone il cittadino a rischi economici, e il sistema a ulteriori difficoltà. Infatti, a causa della crescente crisi, in quest'ultimo anno molti non si sono più potuti permettere di pagare, e questo ha causato un ulteriore ingolfamento delle liste di attesa. Quello che ci chiediamo è perché nel nostro Paese non viga il principio delle responsabilità. Sono numerosissime infatti le Regioni che ancora non rispettano le norme che impongono la pubblicazione dei tempi medi di attesa, così come troppe le strutture (in particolare nel Sud) che impongono liste chiuse, divisioni in cui il libro delle prenotazioni è gestito direttamente dai primari o ospedali che non comunicano o non si collegano con i centri unici di prenotazione regionali. Siamo ora in attesa del nuovo piano annunciato dal ministro Fazio, in cui si intravedono a nostro parere alcuni limiti. Anzitutto un federalismo ancora più acuito, poiché i tempi non saranno fissati a livello nazionale, ma dalle singole Regioni, con il rischio di aumentare ulteriormente le disparità territoriali. Inoltre, dalle 100 prestazioni obiettivo del precedente piano, si passa ora a 58, e restano escluse dal tetto dei tempi massimi quelle relative ai pazienti affetti da patologie croniche.

* Coord. naz. Tribunale diritti del malato-Cittadinanzattiva

Emoglobina, ma senza eccessi la correzione è a piccole dosi

GIUSEPPE DEL BELLO

Correggere l'anemia renale senza eccessi. Con una terapia studiata caso per caso e cucita addosso a ogni singolo paziente. Il messaggio arriva da uno studio effettuato su 4038 nefropatici recentemente pubblicato sul *New England Journal of Medicine*. Sarà questo uno dei punti di forza della campagna di prevenzione indetta in occasione della "Giornata mondiale del rene", in programma per dopodomani anche in Italia.

Le terapie utilizzate finora — rivela la ricerca — per contrastare l'anemia, rappresentata da un valore di emoglobina nel sangue enormemente ridotto, sono state massicce. Troppo. Prevedevano, infatti, un dosaggio elevato in grado di far risalire l'emoglobina fino a 13 g/dl. Cioè, agli stessi livelli di un individuo sano. Oggi, lo studio

Camper nelle piazze d'Italia Negli ospedali, reparti aperti per visite gratuite

conferma: è un errore correggere completamente l'anemia (causata da una ridotta produzione di eritropoietina, l'ormone prodotto dai reni normali, ndr) perché fa correre un rischio, eventuale ed aggiuntivo, di ictus e trombosi. Vittorio Emanuele Andreucci, professore di nefrologia della Federico II di Napoli, vicepresidente della Fondazione italiana rene (Fir) e organizzatore delle manifestazioni a livello nazionale, è perentorio: «In questi pazienti l'e-

moglobina (Hb) non va portata oltre i 12 g/dl, anzi meglio tenerla intorno a 11. Il protocollo vale per gli uremici cronici, per i soggetti già in dialisi e, anche, per coloro che ancora non sono in trattamento dialitico. Il primo segno di malattia renale è la proteinuria (perdita di proteine con l'urina): oggi è possibile ridurla con farmaci antiipertensivi che sono anche nefroprotettivi. Non va dimenticato che la pressione arteriosa alta danneggia i reni: tenerla sotto controllo significa prevenire l'insufficienza renale cronica che, altrimenti a lungo andare, sfocia nella dialisi».

La prevenzione della Giornata 2010 si avvarrà, aggiunge il docente, di due progetti. Il primo, denominato "camper", prevede la sosta in una piazza di intenso traffico di molte città italiane di un ambulatorio mobile adeguatamente attrezzato. Qui sarà possibile sottoporsi gratuitamente al controllo della pressione arteriosa e all'esame dell'urina per scoprire i primi segni della malattia renale. Analoga iniziativa sarà svolta, nella stessa giornata, in varie scuole superiori (informazioni su www.fondazioneitalianadelrene.org) dove saranno valutati gli stessi parametri tra gli studenti. «I soggetti i cui valori risulteranno alterati», conclude Andreucci, «saranno invitati a venire negli ambulatori di nefrologia per sottoporsi a ulteriori accertamenti, come l'ecografia». In più la Fir, presieduta da Diego Brancaccio, ordinario dell'università di Milano, in sinergia con la Società italiana di nefrologia, ha invitato le strutture operanti a livello nazionale a tenere aperte le porte giovedì prossimo per tutta la giornata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

SOS DIALISI IL PUBBLICO AL SUD È PENALIZZATO

Dialisi, pubblico penalizzato al Sud. Basta dare un'occhiata alle cifre: al Nord l'80 per cento dei trattamenti dialitici viene assicurato in Asl e ospedali, mentre da Roma in giù il rapporto risulta invertito, con appena il 20 per cento appannaggio delle strutture del Ssn pubblico. Caso emblematico, la Campania. Qui, l'insufficienza renale colpisce oltre 600mila abitanti, con cinquemila dializzati assistiti, nell'82 per cento dei casi, nel privato. In Lombardia, all'iniziativa imprenditoriale è riservato solo il 15 per cento degli oltre settemila dializzati. Il divario si riflette negativamente sulla possibilità di tenere sotto controllo i pazienti critici. «Per questa fascia di nefropatici», osserva Raffaele Genuardo, specialista della Asl Napoli 1, «sarebbe necessario invece un monitoraggio completo che consenta di prevenire e curare le complicanze più frequenti. Mi riferisco ai danni al sistema cardiovascolare e neurologico, conseguenza delle calcificazioni presenti sulla parete interna delle arterie. Se questi malati fossero seguiti in maniera globale e costante, migliorerebbe la loro qualità di vita».

(g. d. b.)

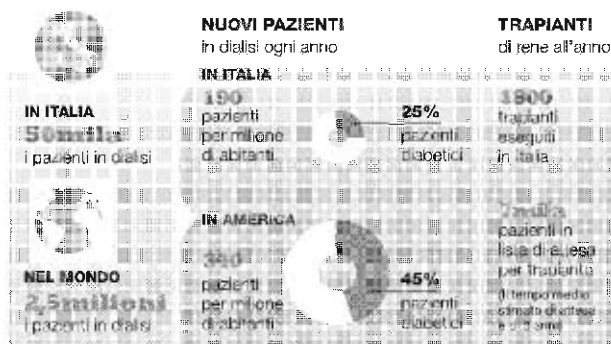
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giornata del rene

Un nuovo studio su quattromila nefropatici corregge vecchie abitudini terapeutiche

Il oppi rischi di letus, meglio la cura su misura

I NEFROPATICI



NEFRONE

L'INSUFFICIENZA RENALE

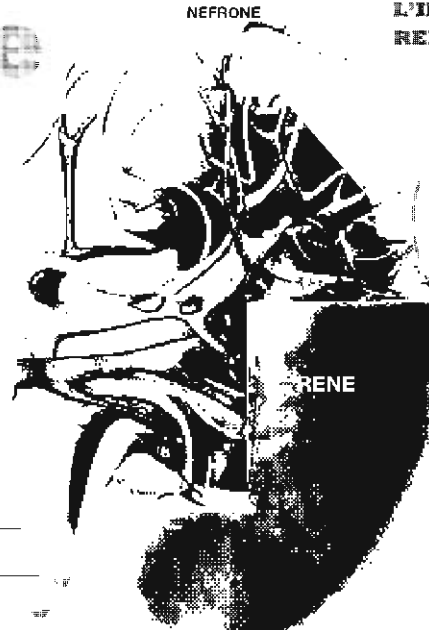
Capillari Tubuli

Vena renale
Uscita del sangue purificato

Arteria renale
Entrata del sangue da filtrare

Uretra

Urina diretta alla vescica



RENE

I nefroni non riescono più a filtrare le sostanze tossiche ed il rene va in necrosi (progressiva morte dei tessuti)

Quando viene colpito il 75% dei nefroni si hanno i segni clinici della malattia

INFORGRAFICO: PALLA SKI/GETTY

Osteoporosi

Primitiva e secondaria ecco le nuove Linee guida

La Siomms (Società italiana dell'osteoporosi, metabolismo minerale e malattie dello scheletro) rende note le nuove Linee guida per la diagnosi, prevenzione e terapia dell'osteoporosi. Il documento sottolinea l'importanza di una diagnosi accurata che distingua l'osteoporosi primitiva e secondaria attraverso un esame clinico e una serie di semplici indagini biochimiche destinate a escludere le osteoporosi secondarie, ribadendo l'inutilità di ulteriori indagini a volte costose e non utili. Le Linee guida dedicano ampio spazio alla diagnosi strumentale attraverso la densitometria ossea, definendo le indagini che valutano la salute dell'osso (ultrasonografia e tomografia computerizzata). Spazio anche per la capacità predittiva del rischio osteoporosi delle varie metodiche e sul loro ruolo nella diagnosi e nel monitoraggio terapeutico.

Ampio spazio sia alla prevenzione e al trattamento non farmacologico che alla terapia con farmaci dell'osteoporosi, con particolare riferimento allo stile di vita (dieta congrua, attività fisica, adeguato apporto di calcio e vitamina D e/o correzione dei fattori di rischio modificabili come fumo e abuso di alcol). Nell'ambito della terapia farmacologica (che viene esaminata dettagliatamente) si ribadisce l'importanza di sottoporre a trattamento soggetti già osteoporotici, con o senza fratture preesistenti, comunque a rischio di prima o ulteriori fratture.

Tumore al seno

Dopo l'intervento come vivere bene oltre il protocollo

MARIAPAOLA SALMI

Il tumore della mammella è il più frequente nelle donne: ne colpisce una su otto. Rappresenta la prima causa di morte sotto i 55 anni. Nel mondo ogni anno vengono diagnosticati un milione e più di nuovi casi, mezzo milione i decessi. In Italia si contano 40 mila nuovi casi l'anno. Una diagnosi di tumore al seno ogni quindici minuti. E l'aumento dell'incidenza registrato negli ultimi vent'anni sembra mostrare flessioni modeste. «La frenata, se reale, si vedrà tra dieci anni. Per ora c'è solo la sensazione che un po' più colpite siano le donne giovani, invece è diminuita la mortalità», afferma Giovanna Gatti, senologa all'Istituto europeo oncologico (Ieo) di Milano.

Si allungano i tempi di sopravvivenza libera dalla malattia. «Merito di diagnosi precoci, terapie meno tossiche e sempre più mirate a tenere sotto controllo il tumore», sottolinea Enrico Vizza, direttore della ginecologia oncologica all'Istituto Regina Elena di Roma.

Il tumore al seno ha una storia assai complessa. L'età è il maggior fattore di rischio: il picco massimo si riscontra tra i 50 e i 65 anni. Tuttavia una donna può ammalarsi a 30 come a 80 anni. Altri fattori di rischio sono il menarca precoce, la mancanza di figli o una gravidanza tardiva, non allattare, una dieta ipercalorica e ricca di grassi, terapie ormonali prolungate, e infine i geni. Il dieci per cento

delle donne con tumore al seno ha una madre o una sorella colpita dalla stessa malattia. «Eppure il 70 per cento dei tumori mammari viene a donne che non hanno fattori di rischio», precisa Giovanna Gatti,

che ricorda di non abbandonare mai mammografia ed ecografia.

È noto che le donne meglio protette sotto il profilo assistenziale vivono di più e meglio. Os-

serva Riccardo Masetti, direttore del Centro di senologia del Gemelli di Roma: «Dal momento che oggi possiamo programmare le terapie prima e dopo l'intervento, diventa strategico far partecipare la donna alle decisioni e non affidarsi solo al protocollo, orientato a perseguire più la riduzione di ricaduta che una sostenibile qualità di vita». Almeno 500 studi hanno valutato quanto è come un tumore al seno cambi la vita della donna. Le conclusioni? «L'impatto è devastante. Alla fine chi reagisce meglio vive di più», afferma Fausto Roila che dirige l'oncologia medica all'ospedale S. Maria di Terni.

L'aiuto psicologico è fondamentale. «Non esiste un piccolo o un grande tumore, nella mente della donna esiste "il tumore" che angoscia, che fa avvertire il senso della preca-

rietà». A parlare è Florence Didier dell'Unità di psico-oncologia dello Ico di Milano: «La donna va aiutata a integrare il trauma e a riappacificarsi con la vita e con se stessa».

Quanto agli effetti collaterali provocati dalle terapie, andrebbero prevenuti. «Quelli acuti (dolore, vomito, nausea, inappetenza, singhiozzo, stanchezza, pelle secca, stomatiti, braccio gonfio), eccetto la caduta dei capelli che ricrescono in fretta, si correggono con farmaci di supporto che non interferiscano farmacologicamente, e con qualche accorgimento» spiega il dottor Roila, «e l'oncologo deve riservare grande attenzione agli effetti collaterali cronici (disturbi della sfera sessuale, menopausa precoce, depressione, insonnia, mancanza di concentrazione, disturbi cardiaci legati a terapie tossiche per il cuore, rischio di trombosi)». L'alimentazione aiuta: legumi, pesce azzurro, tè verde e spezie. L'attività fisica migliora l'umore e riduce le recidive. È dimostrato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Non esiste un piccolo o grande tumore: nella mente della donna esiste il suo tumore”

LE INIZIATIVE

Tra libri e make-up piccoli stratagemmi per sentirsi meglio

La qualità della vita delle donne colpite da tumore passa anche per un corso di trucco in ospedale, un supporto psicologico o un massaggio shatsu, una sosta in una libreria dell'anima o un percorso spirituale. Può, in una parola, affiancare la terapia. Per questo motivo tre grandi istituti italiani, la Fondazione Pascale di Napoli, l'Istituto europeo di oncologia di Milano e il Gemelli di Roma, lavorano già da tempo per offrire alle pazienti oncologiche un approccio alla malattia che tocchi però anche altre corde. Alcuni tumori, come quello alla mammella o il carcinoma ovarico, possono avere ripercussioni psicologiche profonde perché toccano la donna nella sua femminilità. «E sono particolarmente "difficili" — ha precisato Nicoletta Colombo dello Ico —

perché investono l'essenza della personalità femminile e minacciano la possibilità riproduttiva».

Così allo Ico si organizzano percorsi di coppia e lezioni di trucco tenute da professionisti volontari, al Pascale di Napoli funziona una ludoteca per far giocare i bambini vicini alle mamme, alla libreria dell'anima del Policlinico Gemelli le donne possono ascoltare musica o leggere un libro in un ambiente sereno e rilassato. «Il nostro obiettivo — conclude Giovanni Scambia, direttore del dipartimento per la Tutela della salute della donna e della vita nascente del Gemelli e uno dei più appassionati sostenitori della libreria — è riuscire ad aiutare la donna come persona e non soltanto come malata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una donna ogni otto si ammala di cancro alla mammella, in Italia sono 40 mila i nuovi casi all'anno. La mortalità diminuisce grazie alla diagnosi precoce. Ma, una volta subito il trauma dell'operazione, farmacologia, aiuto psicologico e alimentazione diventano fondamentali



9

TRATTAMENTI POST-OPERATORIO

Dopo l'asportazione si eseguono i seguenti trattamenti:



NESSUNO

TERAPIA ORMONALE
(5 anni)CHEMIOTERAPIA
(4-6 mesi)UN MIX DI:
• terapia ormonale
• chemioterapia e/o
• radioterapia
(durante 4-6 settimane)

10

CONTROLLI

Si devono fare dopo il trattamento post-operatorio:

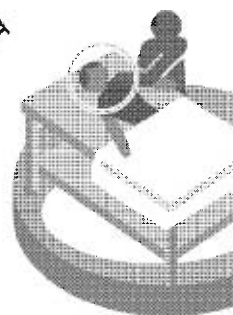
1° ANNO Ogni 4 mesi

2°-5° ANNO Ogni 6 mesi

5° ANNO IN POI Ogni anno
(come altre donne)

ESAMI DA ESEGUIRE

In presenza di tumore

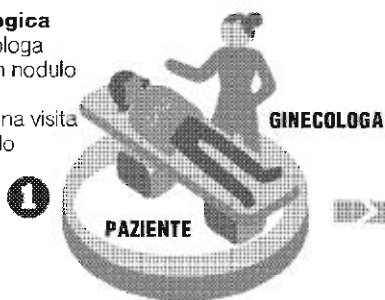


DALLA DIAGNOSI ALLA CURA

Passo dopo passo, valutando le diverse possibilità di questo percorso diagnostico

SCOPERTA DI UN NODULO

Visita ginecologica
La ginecologa scopre un nodulo sospetto durante una visita di controllo



RICHIESTE DELLO SPECIALISTA

STORIA FAMILIARE
Altri casi in famiglia/ precedenti fibroadenomi?

Gli esami da fare:

ECOGRAFIA e/o MAMMOGRAFIA e/o AGGASPIRATO



NODULO MALIGNO
Si fanno altri esami



NODULO BENIGNO
Si eseguono le cure del caso e si prescrivono controlli periodici

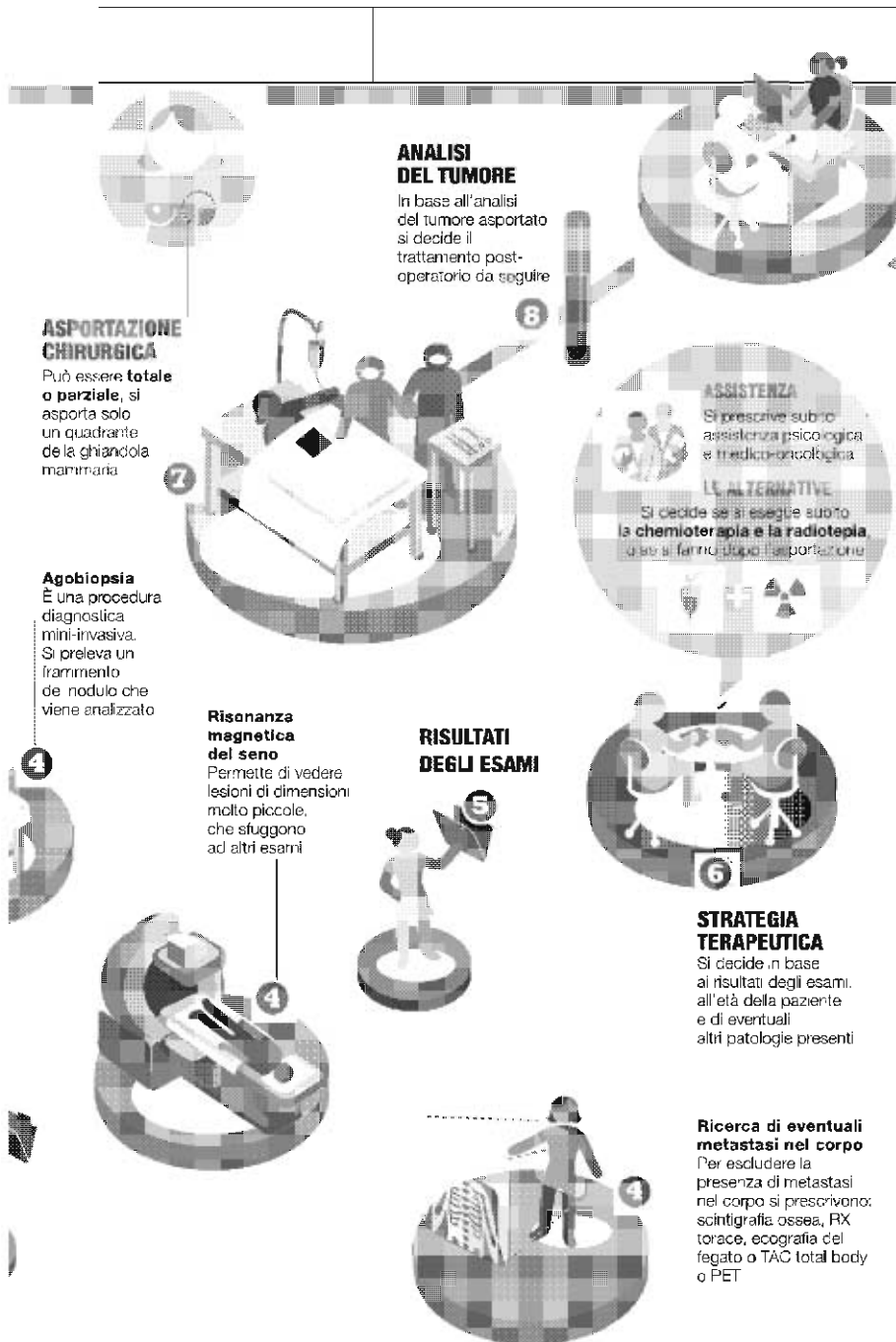
Autopalpazione
Si scopre da sola un nodulo nel seno



Mammografia di controllo
Questo esame rivela un nodulo sospetto



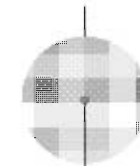
SPECIALISTA
Un senologo, un ginecologo o un chirurgo esegue la visita e richiede gli esami da fare per scoprire la natura del nodulo



LA SITUAZIONE

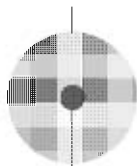
È il cancro più diffuso tra le donne, e la quinta causa di morte più comune per cancro nel mondo. I rischi aumentano dopo i 50 anni. Dati annuali

NEL MONDO
1,3 MILIONI
NUOVI CASI



500 MILA DECESSI

IN ITALIA
39 MILA
NUOVI CASI



7.800 DECESSI

139 MALATI
ogni 10mila abitanti

L'Italia ha il record europeo, la Spagna è l'ultima con la metà dei casi italiani



Ogni 15 minuti si fa in Italia una nuova diagnosi di tumore alla mammella

LO SCREENING

Per ogni fascia di età si consiglia un esame specifico:



30-40 ANNI
Ecografia di controllo annuale



40-50 ANNI
Ecografia annuale con mammografia ogni due anni



50-69 ANNI
I rischi aumentano: mammografia e una ecografia ogni anno

INFOGRAFICA PAOLA SIKIENETI

FORNITORE: RELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

L'ASSISTENZA

LA PAROLA D'ORDINE È "PERSONALIZZARE"
E IN OSPEDALE RICOVERI SEMPRE PIÙ BREVI

L'oncologia italiana conferma le eccellenze e potenzia le zone d'ombra. Negli ultimi sei anni gli hospice sono più che raddoppiati, disponibili nel 45 per cento delle strutture oncologico-sanitarie. Presenti nel 42 per cento delle oncologie i servizi di riabilitazione, contro il 4,6 per cento del 2001.

La gran parte delle oncologie ha attivato l'assistenza domiciliare, il 33 per cento dispensa i farmaci direttamente a casa del malato. Ogni centro oncologico dispone in media di sei medici contro i quattro del 2001 e, di questi, cinque sono oncologi medici; aumentati gli infermieri professionali, circa tredici per centro.

I dati, presentati nei giorni scorsi al ministero della Salute, riguardano l'annuale censimento che Aiom, l'associazione degli oncologi medici, realizza per delineare la mappa aggiornata sulla qualità delle cure dei tumori nel nostro Paese. Quest'anno per la prima volta la quarta edizione del Libro Bianco, disponibile sul sito www.aiom.it, è arricchita da una Carta dei Servizi, vero e proprio annuario regione per regione dell'assistenza in 230 oncologie del Paese, inoltre un volume a parte illustra le Linee guida aggiornate di ventidue patologie neoplastiche.

«La parola d'ordine è *appropriatezza*, che significa anzitutto garanzia ma anche diritto del cittadino alla migliore cura disponibile», sottolinea Carmelo Iacono, presidente Aiom. Certo i costi volano.

In media ogni centro oncologico spende in farmaci 2.270.000 euro l'anno (nel 2002 la spesa era di 919.000 euro). In calo i posti letto: 13 contro i 14 del 2005; in picchiata i ricoveri: 627 per centro contro i 931 del 2004; in crescita le visite ambulatoriali, 5mila nel 2008, e le prestazioni in day hospital, 5.700.

L'oncologia italiana è pronta per l'emergenza tumori. Nel 2008 le nuove diagnosi di neoplasia sono state 254mila. Le persone che convivono con la malattia superano i 2 milioni. Aumentano il tumore al polmone tra le donne, per le quali si registra una seppur lieve tendenza alla stabilizzazione del tumore dello stomaco; in crescita le neoplasie del sangue e della tiroide. Il tumore del colon retto è il più frequente tra gli uomini insieme a quello della prostata, e il secondo nelle donne.

C'è di buono che i tumori si scoprono prima, con riduzione della mortalità e crescita esponenziale della sopravvivenza per tutti, esclusi quelli della pelle.

(mp. s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TEST CLINICI IN CORSO A GENOVA

Prostata, prove tecniche di vaccino

DI GILBERTO FILICI *, FRANCESCO INDIVERI ** E PAOLO TRAVERSO ***

È appena partita al S. Martino di Genova una sperimentazione clinica di fase I per la valutazione degli effetti di un nuovo protocollo di vaccinazione terapeutica in pazienti affetti da carcinoma della prostata o del rene in stadio avanzato. L'Istituto Superiore di Sanità ha infatti recentemente approvato il protocollo e autorizzato la sperimentazione di un nuovo vaccino antitumorale.

Tale vaccino dovrebbe indurre nei pazienti affetti da tumore una risposta immunitaria capace di riconoscere le cellule maligne e di ucciderle. Il vaccino si fonda sull'impiego di frammenti di una molecola, chiamata telomerasi, che è molto concentrata nelle cellule tumorali, in quanto necessaria per la loro sopravvivenza, ma che generalmente non è presente nelle cellule sane. Pertanto, grazie al vaccino, i linfociti dei pazienti impareranno a riconoscere la telomerasi e a uccidere le cellule che la posseggono: quelle tumorali. Essendo la telomerasi presente in tutti i tumori, il vaccino potenzialmente può essere applicabile al trattamento di ogni tipo di malattia neoplastica. Peraltro, in questa prima fase la sperimentazione sarà limitata ai pazienti affetti da tumore della prostata o da tumore del rene in stadio molto avanzato.

Il tumore della prostata ha un'alta incidenza e un lungo periodo di latenza, sia nello sviluppo che nella progressione della malattia. In Italia, il tumore della prostata è il primo tumore che colpisce l'uomo, con un'incidenza del 12%, superando il tumore del polmone che arriva circa al 10 per cento.

Ogni anno in Italia si registrano 42.804 tumori con 9.070 decessi. Il tumore del rene rappresenta il 2-3% di tutte le neoplasie maligne. Circa 30mila nuovi casi vengono diagnosticati ogni anno negli Stati Uniti e 27mila in Europa. In Italia, il tumore del rene colpisce ogni anno circa 4mila persone. La terapia del carcinoma renale è basata sulla chirurgia radicale della malattia volta alla rimozione di tutto il tessuto neoplastico, che in casi di piccole lesioni può permettere anche il risparmio del rene interessato. La chemioterapia e l'immunoterapia sono a oggi armi solo parzialmente efficaci.

La relativa scarsa disponibilità di armi terapeuti-

che, eccettuata la chirurgia, sprona alla ideazione e sperimentazione di nuove soluzioni strategiche quali a esempio i vaccini terapeutici.

Questo originale protocollo di vaccinazione antitumorale, messo a punto grazie all'importante supporto finanziario della Compagnia di San Paolo di Torino, è il risultato di una stretta ed efficace collaborazione fra: 1) un gruppo di ricercatori afferenti al Centro di eccellenza per le ricerche biomediche (Cebr) dell'Università di Genova; 2) una piccola compagnia biotecnologica presente nel Bioindustry Park del Canavese denominata Genovax; 3) alcuni ricercatori della Clinica urologica dell'Università di Genova.

Lo studio, già cominciato qualche settimana fa con la somministrazione del vaccino al primo paziente, è condotto presso l'Università di Genova nell'Azienda ospedaliero-universitaria S. Martino. A nostra conoscenza si tratta di un evento che non ha molti esempi nella storia recente delle aziende Ospedale-Università e che permetterà alla Università genovese e all'Azienda S. Martino di entrare nel novero dei pochi centri nazionali che rappresentano un punto di riferimento per il trasferimento di terapie innovative dal campo strettamente sperimentale a quello umano, aprendo nuove vie al trattamento di malattie altrimenti non curabili. In tal senso tale progetto rappresenta la realizzazione di un modello di ricerca traslazionale capace di trasferire dati di laboratorio nella pratica clinica, concretizzando uno dei principali obiettivi delle istituzioni scientifiche ed educative che si adeguano ai più aggiornati standard internazionali.

Raggiungere questo scopo ha una valenza al tempo stesso scientifica e formativa che attesta la capacità dell'Ateneo e dell'Azienda ospedaliera convenzionata di generare prodotti appetibili per il mondo delle imprese, con ricadute sul territorio, e nuove conoscenze in grado di attirare gli studenti verso un polo di eccellenza.

* Professore associato di Medicina interna

** Professore ordinario di Medicina interna

*** Ricercatore



A BARI IL PUNTO DEGLI ESPERTI

Quando la neoplasia è ereditaria

DI ANGELO PARADISO * E FRANCO MUGGIA **

«**D**ottore, ora che io ho avuto un tumore alla mammella, cosa significa per mia figlia? Che probabilità ha di vivere lo stesso dramma? C'è un modo per saperlo? Possiamo fare qualcosa per prevenirlo?». Domande frequenti per un oncologo alle quali possiamo rispondere con tante informazioni ma anche con tanti "non sappiamo". Proprio queste domande sono state al centro lo scorso settembre di due giorni di lavori che hanno visto i più importanti ricercatori statunitensi, europei e italiani confrontarsi a Bari sul tema «tumori mammari e ovarici ereditari».

Circa il 15-20% dei nuovi casi viene diagnosticato in famiglie che hanno già vissuto questa esperienza. Il cancro è una malattia molto frequente e quindi più casi per famiglia, probabilisticamente parlando, ci possono stare, anche solo per casualità. Ma nel 5-8% dei casi questa evenienza non viene ritenuta casuale e addirittura si ritiene che possa basarsi su una specifica alterazione genetica trasmissibile mendelianamente (di generazione in generazione). Per alcuni si riesce anche a individuare il gene "malato" tra i 100mila del genoma e addirittura il suo singolo nucleotide "sbagliato". Per i casi in cui l'alterazione genetica proprio non si riesce a identificare, i ricercatori ritengono che dipenda solo dai nostri attuali limiti tecnici. **Antonis Antoniou** dell'Università di Cambridge, Uk, ritiene che in futuro l'uso di chip per lo studio dell'intero genoma risolverà il problema.

In particolari famiglie, il rischio di avere un tumore alla mammella è anche associato a quello del tumore all'ovaio; questi due tumori, quando insorti su base ereditaria, risultano spesso associati ad alterazioni genetiche simili. Si possono così individuare i "cancer ereditari della mammella/ovaio" che in una percentuale di casi risultano direttamente legati alle alterazioni dei geni BRCA1 o 2. Mamma con gene BRCA alterato e figlia con la stessa mutazione significa per la figlia una probabilità di contrarre la malattia durante la sua vita del 50-70%.

Ma allora possiamo identificare sorelle e figlie che hanno "elevato rischio" di contrarre questa forma ereditaria di malattia? E cosa facciamo in questi casi? **Ellen Warner** del Sunnybrook Health Science Centre di Toronto (Canada) ha confermato con i suoi dati

che la risonanza magnetica può essere realmente utile per una "sorveglianza intensiva" di queste donne che bisogna seguire ben prima dei 40-50 anni.

Possiamo addirittura prevenire questi tumori ereditari della mammella e dell'ovaio? Con **Oreste Gentilini** dell'Ieo di Milano abbiamo dimostrato che l'elevatissimo rischio di avere un secondo tumore nella mammella controlaterale (in circa il 25% dei casi) per queste donne, dopo il primo intervento chirurgico, può giustificare l'esecuzione di una mastectomia profilattica controlaterale ma il reale vantaggio di questo approccio chirurgico preventivo rimane da dimostrare rispetto all'uso della Rmn. **Lynda Roman** del Woman and Children Hospital di Los Angeles non sembra invece avere dubbi sull'utilità di una ovariectomia preventiva che, oltre a eliminare la probabilità di contrarre un tumore ovarico, ha anche un effetto preventivo sulla cancerogenesi mammaria.

Quale alternativa alla chirurgia preventiva, cioè in donne sane? Al momento poche, oltre la sorveglianza intensiva. E comunque oggi già proponibile alle donne sane di partecipare a uno studio di prevenzione farmacologica con anticestrogeni, antiaromatasi, retinoidi, tutte sostanze che in modelli animali, ma non solo, hanno già dimostrato di poter essere di grande utilità nel prevenire la cancerogenesi mammaria, alla sua base; cioè non far sviluppare il tumore e non solo diagnosticarlo in anticipo, quando ormai insorto.

Gordon McVie dell'Ieo di Milano ha tratto le conclusioni in una tavola rotonda: maggiori programmi collaborativi internazionali e attenzione verso abitudini volutarie e alimentari tra le iniziative future auspicate. Da questo punto di vista, abbiamo ricordato che «Alleanza contro il cancro» con il suo Progetto Intef (coordinato da **Paolo Radice** dell'Istituto tumori di Milano) tiene le fila di un coordinamento nazionale fra i vari gruppi di ricercatori mentre alcune Regioni tra cui la Puglia, sono in fase di organizzazione di piattaforme regionali. Prossimo appuntamento a marzo 2011 a New York.

* Direttore scientifico Istituto tumori, Irccs, Bari

** Director Department Medical Oncology
New York University, New York

A PAG. 16-17**Oncologia**

La mappa delle cure anti-tumore nel nuovo «Libro bianco» presentato dall'Aiom

ONCOLOGIA/ Nella quarta edizione del «Libro bianco» degli oncologi Aiom la mappa dell'assistenza oncologica in Italia

Contro i tumori meno letti e più farmaci

Ricoveri in calo ma vola la spesa farmaceutica - Tecnologie: il Sud recupera

Riabilitazione «superstar»

DI MANUELA PERRONE

Diminuiscono i posti letto, aumentano l'assistenza a domicilio e le cure palliative, vola la spesa farmaceutica, si riduce la forbice tra Nord e Sud. E intanto avanzano i "nuovi" servizi, come quelli di riabilitazione, a riprova della trasformazione del cancro da "male incurabile" a patologia cronica.

La mappa delle cure anti-tumore in Italia arriva dalla quarta edizione del Libro bianco realizzato dagli oncologi Aiom con il sostegno di Novartis e presentato il 3 marzo al ministero della Salute. Un'enorme mole di dati che, confrontati con le indagini passate (la prima, pilota, risale al 2000), dicono molto sulla strada intrapresa dall'oncologia negli ultimi anni. «Un documento prezioso», ha commentato il ministro Ferruccio Fazio, ricordando che «siamo tra i Paesi più avanzati per diagnosi, terapie e ricerca». Tanto che il dicastero sta lavorando alla costruzione di una «rete delle eccellenze».

Il Libro bianco, che contiene anche un'utile Carta dei servizi con l'identikit delle 230 strutture censite, non è l'unica novità: l'Aiom, attraverso un gruppo di lavoro coor-

dinato da Evaristo Maiello, ha prodotto e stampato le «Linee guida dell'oncologia italiana», che contengono le guidelines per 22 tipi di tumore.

Meno ospedale, più casa. Nelle oncologie diminuiscono i posti letto (sono in media 13 per struttura, contro i 17 del 2001) nonché numero e durata dei ricoveri ordinari: nel 2008 sono stati 627 in media, contro i 931 del 2004. Di contro, crescono ancora gli accessi al day hospital (5.700 contro 5.200) e aumenta il ricorso alle cure a domicilio. Il "file F", che agevola l'erogazione di farmaci per trattare a casa il paziente, nel 2009 era attivo in 3 centri su 4 (era in uno su due nel 2004). Ogni struttura, delle 77 che hanno risposto su questo tema, cura a domicilio 166 persone. E non c'è differenza tra Nord e Sud. L'assistenza domiciliare è comunque attiva nell'87% dei centri, a fronte del 18% di otto anni fa.

Tecnologie: il gap migliora ma non scompare. Dove lo squilibrio geografico ancora si fa sentire è nelle tecnologie. Però le dotazioni sono cresciute ovunque: le Pet sono triplicate e oggi sono disponibili nel 30% dei centri; scintigrafie

e risonanze magnetiche sono quasi raddoppiate passando al 61 e al 90%. Il tasto dolente rimangono le radioterapie: al Sud sono presenti in meno della metà delle strutture, al Nord nel 56,7% e al Centro nel 73,7%. Le apparecchiature sono 32 nel Mezzogiorno e nelle Isole, 45 al Centro e 59 nel Settentrione.

Spesa in espansione. Cambiano le strategie anti-cancro ma la corsa della spesa non si ferma. Se quella per il personale galoppa (1,15 milioni di euro per centro, +30% rispetto al 2004), quella farmaceutica esplose: nel 2008 è stata di 2,2 milioni di euro per struttura, cresciuta del 90% rispetto al 2004. «È un dato che ci aspettavamo - ha detto Fazio - ed è legato soprattutto ai farmaci innovativi. Per rendere sostenibili questi costi abbiamo da-

vanti due strategie: da una parte mettere a punto nuovi markers e migliorare la specificità di queste terapie, che oggi è soltanto del 20%; dall'altra parte rendere omogenei i pronuari regionali con quelli Aifa attraverso meccanismi di cui parleremo nel Patto per la salute».

Il malato al centro. Che l'ottica sia cambiata - non più la malat-

gia al centro, ma la persona - lo dimostrano i dati sulle cure palliative, la riabilitazione e l'assistenza psicologica. Tutti in netta crescita. Non solo: nell'80% dei casi i reparti collaborano con associazioni di volontariato e in oltre la metà delle strutture è ormai presente uno spazio informativo dedicato ai pazienti. Segni inequivocabili della rivoluzione copernicana in corso.



Day hospital: pazienti e accessi totali 2008

Numero medio per struttura		Numero pazienti acceduti in Dh	Accessi totali in Dh
Nord	805,41	6.340,16	
Centro	1.006,75	5.363,83	
Sud e Isole	790,49	5.020,15	
Italia	856,31	5.665,33	

Degenza ordinaria: ricoveri 2008

Numero medio per struttura		Numero pazienti ricoverati	Numero totale ricoveri
Nord	304,35	670,50	
Centro	254,92	500,08	
Sud e Isole	319,09	675,00	
Italia	295,72	627,50	

Psicologi (n. medio x struttura)

Nord	1,44
Centro	1,45
Sud e Isole	0,98
Italia	1,33

	Posti letto disponibili		Totale
	Si	No	
	Day	hospital	
Italia	226	4	230
% sul totale	98,26	1,74	100,00
	Ricoveri	ordinari	
Italia	158	72	230
% sul totale	68,70	31,30	100,00

Spesa farmaceutica 2008 in euro

Macroregione	Numero strutture	Mediana
Nord	41	1.944.764,00
Centro	16	2.550.000,00
Sud e Isole	15	2.211.067,18
Italia	72	2.207.278,00

Spesa per personale 2008 in euro

Macroregione	Numero strutture	Mediana
Nord	30	1.056.281,00
Centro	8	1.090.852,28
Sud e Isole	15	1.537.024,74
Italia	53	1.152.422,56

Data manager (media x struttura)

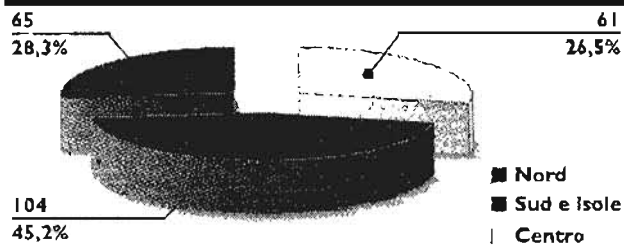
Nord	2,36
Centro	1,42
Sud e Isole	1,50
Italia	1,94

Le attrezzature

	Tac	Tac spirale	Rm	Pet
Nord	95 (91,35)	99 (95,19)	95 (91,35)	38 (36,54)
Centro	53 (86,89)	59 (96,72)	58 (95,08)	18 (29,51)
Sud e Isole	53 (81,54)	58 (89,23)	53 (81,54)	17 (26,15)
Totale	201 (87,39)	216 (93,91)	206 (89,57)	73 (31,74)

In parentesi la % entro reg.

Strutture censite per macroregione



La struttura è inserita in un Dipartimento?

Numero strutture e percentuale entro Regione		
Nord	92 (88,5)	12 (11,5)
Centro	56 (91,8)	5 (8,2)
Sud e Isole	46 (70,7)	19 (29,2)
Iscalia	194 (84,3)	36 (15,7)
■ Si ■ No		

LE REGIONI DEL CENSIMENTO

«Per essere appropriati bisogna conoscere»

Una visione dell'oncologia a 360°, resa possibile dalla presenza di tutte le componenti che operano nella disciplina - prevenzione, ricerca, cura e assistenza - e in tutte le fasi della malattia compresa quella terminale. È questo il più ricco capitale che la nostra Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) mette a disposizione dei malati.

Il paziente oncologico, vero fulcro del problema, ha necessità di prestazioni di alto livello assistenziale con la tempestiva traslazione dei risultati della ricerca più attuale nella pratica clinica, ma ha anche bisogno di tutto quanto ruota attorno alla problematica relativa alla patologia dal punto di vista psicologico, sociale e riabilitativo.

Il tutto potrebbe essere letto come una banale e ovvia enunciazione di concetti demagogicamente espressi ma non è stato e non è così per l'Aiom. Il sostegno alla ricerca e l'aggiornamento dei soci sono i primi obiettivi statutari dell'Aiom, ma il rapporto e la collaborazione con i pazienti e le istituzioni rappresentano altri scopi associativi primari.

La stretta collaborazione con Aifa ha consentito di attivare il registro dei nuovi farmaci oncologici, strumento invidiato e

DI CARMELO IACONO *

copiato da altre Nazioni, che ha permesso l'immediata utilizzazione dei nuovi farmaci biologici e la sperimentazione di modelli di rimborsabilità parametrati alla reale efficacia dimostrata nella pratica clinica dalle molecole utilizzate.

La collaborazione con altre società scientifiche, come la Società italiana di anatomia patologica e citologia diagnostica (Siapec) con il supporto delle aziende farmaceutiche, ha consentito la creazione di un network di laboratori che supportano in tutta Italia l'esecuzione di esami di biologia molecolare indispensabili quali fattori predittivi di risposta, a tutto vantaggio del paziente in cura e della sostenibilità della spesa da parte del sistema.

Appropriatezza è la parola d'ordine dell'Aiom: nell'appropriatezza dell'assistenza oncologica risiedono la garanzia e il diritto del cittadino alla migliore cura disponibile, la tutela del professionista oncologo che eroga la prestazione e per il sistema la garanzia dell'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili. L'appropriatezza riguarda quindi da una parte la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di di-

mostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente (appropriatezza clinica), dall'altra l'appropriatezza organizzativa che concerne, in primo luogo, l'ambito strutturale e procedurale nel quale sono erogati gli interventi, e che incide in modo rilevante sull'ottimizzazione dell'uso delle risorse. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Per essere appropriati bisogna sapere e conoscere. Su questo si sviluppa il doppio binario percorso dall'Aiom: uno in senso scientifico e uno in senso organizzativo-gestionale. Prodotto di questo percorso oggi sono le Linee guida dell'oncologia italiana che riguardano la corretta diagnosi e cura di 22 patologie oncologiche riviste e aggiornate al dicembre 2009 e la Carta dei servizi dell'oncologia italiana - contenuta nella IV edizione del Libro bianco - che censisce 230 strutture di oncologia medica ricavandone informazioni strutturali e operative e fornisce ai pazienti uno strumento certificato facilmente consultabile per dare risposte pratiche ai loro problemi.

* Presidente Aiom



ISTUD

Alle cure servono organizzazioni «evolute»

DI MARIA GIULIA MARINI *

Evolvere significa semplificare, rendere uniti e coesi processi complicati da un'ipertrofia delle strutture. Questo il campo semantico individuato dagli autori del volume «Le organizzazioni evolute in Sanità», che hanno voluto lavorare attorno al concetto di evoluzione applicata all'ambito sanitario e in particolare alle organizzazioni che lo costituiscono, tracciando delle proposte di sviluppo, o meglio di evoluzione, del sistema. Il primo esempio a cui tendere - spiegano gli autori del libro che verrà presentato a Milano venerdì 12 marzo dalla Fondazione Istud - è quello del tentativo di semplificazione attraverso l'accorpamento del ministero della Salute nel ministero del Welfare, unione che ha avuto una logica di fondamentale importanza: unire sotto la stessa istituzione le competenze che si occupano di persone ammalate, di persone con disagio sociale e di questioni di lavoro: sono così separabili da dover richiedere una moltitudine di ministeri, anziché costituire una "équipe multidisciplinare"? Il Welfare nasce come ministero del "benessere", letteralmente il "buon viaggio" del cittadino nella sua esistenza. E noi pensiamo che in una società evoluta, compatibilmente con le diverse responsabilità economiche, la centralizzazione delle competenze e degli orientamenti che da qui devono scaturire possano essere centralizzati. Soprattutto in virtù dei cambiamenti alla demografia del nostro Paese dove oggi un cittadino su cinque ha più di 65 anni, nel 2020, uno su 4 avrà più di 65 anni e nel 2050 una persona su due sarà definibile come anziana. Un'organizzazione che offre Sanità evoluta è quella che tiene conto dei reali cambiamenti sanitari e sociali e dei nuovi bisogni della popolazione che andrà incontro a malattie lunghe e invalidanti, in condizioni di famiglia enucleata, in cui gli anziani potranno vivere da soli rispetto ai loro figli. La lucida presa di coscienza della realtà sociale e dei suoi mutamenti può e deve fare da guida al ripensamento delle cure in Sanità. Per realizzare questo, per primi gli assessorati assieme alle direzioni generali di aziende sanitarie pubbliche e private devono comunicare e mettersi in una posizione di ascolto autentico, e non sovra-filtrato attraverso interessi individuali e appartenenze partitiche che generano forti dipendenze e vincoli e che

soverchiano la possibilità di compiere scelte utili e desiderate dalla cittadinanza: in Uk, Francia e Germania le direzioni

generali non solo non sono appartenenti ai partiti, ma addirittura a loro è richiesta l'indipendenza politica per poter scegliere liberamente nella tutela dei cittadini, pazienti e professionisti sociali e sanitari. Quali forti vincoli ci possono essere dietro al dato di realtà contemporanea che malgrado l'87% dei cittadini italiani desideri essere curato a casa, le cure domiciliari decollano a fatica - tranne in qualche realtà splendida e isolata -, continuando a investire finanziamenti in centri di cura ospedalieri o poliambulatoriali?

Evoluzione non significa solo compiere bene un intervento chirurgico di cui è "dubbia" l'appropriatezza terapeutica, ma significa compiere le azioni adeguate e desiderate, in modo trasparente. Certamente il medico e, in senso più allargato, l'équipe multidisciplinare, deve orientare il percorso di cura: ma questo può accadere nel massimo contenimento possibile dell'asimmetria informativa e nel rispetto della libertà di scelta della persona

- il principio di autodeterminazione delle cure. Un buon ascolto, dunque, sia a livello personalizzato, della relazione "curante" - "paziente" attraverso l'applicazione delle metodologie della medicina narrativa - o meglio delle cure basate sulla narrazione da parte dei pazienti - sia a livello di programmazione, attraverso la raccolta delle idee, opinioni, contributi, progettazione partecipata e valutazioni della cittadinanza. In questa fase, soprattutto, non per generare consensi attraverso una eterna promessa di salute e giovinezza, ma per rendere realmente armonici e collegati gli interventi dei diversi professionisti. Il consenso che scaturirà sarà più duraturo perché poggerà su organizzazioni più ragionevoli, semplificate e misurabili. Evolute per l'appunto.

* Responsabile Area Sanità e Salute
Fondazione Istud

(Introduzione al libro *Le organizzazioni evolute in Sanità*, a cura di Maria Giulia Marini, Alessandra Casso, Nicola Castelli e Luigi Reale, edito da Il Sole-24 Ore nella collana *Management&Società*)



■ ■ **Medicina** In arrivo in Italia un farmaco biologico per chi non risponde alle terapie tradizionali

Psoriasi sotto assedio

Ustekinumab si somministra quattro volte all'anno attraverso un'iniezione

di **Elena Correggia**

È appena arrivata in Italia una nuova arma biologica per combattere la psoriasi, una malattia cronica autoimmune trasmessa geneticamente che, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, colpisce in Italia circa 2 milioni e mezzo di persone. Si tratta di ustekinumab (Stelara) sviluppato da Janssen-Cilag e rivolto al trattamento della forme moderate-severe di psoriasi cronica a placche, ossia la psoriasi più comune, che riguarda circa l'80% delle diagnosi. La cura è indicata per i pazienti adulti che non hanno risposto ad altri trattamenti o sono intolleranti o infine presentano controindicazioni all'utilizzo di terapie sistemiche tradizionali. «Questo anticorpo monoclonale apre la strada a una nuova classe di farmaci biologici», spiega il professor Gianfranco Altomare, responsabile dermatologia e direttore del centro Psocare dell'Ircs Istituto ortopedico Galeazzi di Milano, «poiché agisce su due bersagli nuovi e precisamente l'interleuchina 12 e 23. Si tratta di due citochine, cioè due proteine coinvolte nella regolazione delle risposte immunitarie, ritenute fattori chiave nello sviluppo di disturbi infiammatori immunomediati come la psoriasi». Se

l'efficacia al momento è comparabile a quella dei farmaci biologici in uso, ustekinumab presenta però il vantaggio di seguire un nuovo meccanismo d'azione e di conseguenza potrebbe costituire una valida alternativa terapeutica per i soggetti che non rispondono più ad altri farmaci biologici come, per esempio, gli anti-tnf alfa. Si tratta di un aspetto rilevante, specie in considerazione della terapia prolungata, anche di 5-6 anni, a cui vengono sottoposti i pazienti. Ustekinumab presenta inoltre un comodo regime di somministrazione che prevede quattro iniezioni all'anno, una ogni tre mesi. «In generale i farmaci



biologici costituiscono un importante passo avanti nella cura di forme moderate e severe di psoriasi», prosegue Altomare. «Rispetto ai farmaci tradizionali hanno innanzitutto il vantaggio di non produrre effetti collaterali su reni e fegato e non interferiscono con altre terapie come quelle per il controllo del diabete o dei valori pressori. Grazie alla loro azione mirata su specifici fattori coinvolti nel processo infiammatorio contribuiscono poi a rallentare la progressione della malattia, contrastando le comorbidità associate alla psoriasi». Questa patologia sistemica, pur manifestandosi con la comparsa di chiazze rossastre squamose che possono prudere e sanguinare, non colpisce infatti solo la pelle ma è spesso associata a disturbi quali artrite, malattie infiammatorie intestinali e patologie metaboliche. Per le forme di psoriasi più lievi è previsto il trattamento locale con cortisonici o derivati della vitamina D3, passando successivamente alla fototerapia. In particolare l'esposizione ai raggi UVB a banda stretta ha lo scopo di inibire l'azione delle cellule immunitarie che stimolano un'eccessiva moltiplicazione delle cellule dell'epidermide, producendo così un beneficio locale senza effetti collaterali a livello sistemico. Fra le terapie sistemiche tradizionali si annoverano invece un retinoide derivato della vitamina A, la ciclosporina e il metotressato. Pur non essendo una malattia contagiosa la psoriasi produce un forte impatto emotivo, che può condizionare pesantemente la qualità della vita. Al fine quindi di rafforzare le capacità di diagnosi tempestiva e di controllo della malattia è stato avviato D-Dive, dermatology disease immersive virtual experience, un progetto di formazione Ecm per circa 200 dermatologi italiani. I corsi si svolgeranno presso il QbGroup di Padova, il primo centro per la formazione esperienziale in Italia. L'ambiente didattico composto da schermi touch screen e set virtuali consente una simulazione interattiva e multimediale mediante esercitazioni simulate dei casi clinici. (riproduzione riservata)