

Corriere della Sera **Domenica 21 Aprile 2013**

medicina pratica



La vostra opinione
Potete commentare
di questa pagina su
www.corriere.it.

Mi spieghi dottore Ci sono rimedi per la **sindrome premenstruale**

Lo specialista

Rilassamento, calcio e vitamine per i disturbi prima del ciclo

di ANTONELLA SPARVOLI



Nicola Surico

Presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia

Ogni mese milioni di donne avvertono l'arrivo delle mestruazioni con uno stato di malessere che, nel 20-30% dei casi, si connota con quella che viene definita **sindrome premenstruale**, condizione caratterizzata da una grande varietà di sintomi psicologici e fisici. «Alcuni fattori di rischio, sia genetici sia ambientali, sembrerebbero creare un terreno fertile per lo sviluppo della sindrome, che risulta associata alle alterazioni degli ormoni steroidei prodotti dalle ovaie durante la seconda fase del ciclo mestruale — spiega il professor Nicola Surico, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia e direttore della Clinica ginecologica e ostetrica presso l'A. O. Universitaria Maggiore della Carità di Novara —. I fattori coinvolti sarebbero comunque molti. Per esempio, studi recenti hanno evidenziato che chi ne soffre ha un livello basso di magnesio intracellulare nel corso del ciclo».

Quali sono i sintomi più caratteristici?

«Sono diversi da paziente a paziente: possono essere comportamentali/psicologici, come depressione del tono dell'umore, irritabilità, ansia, attacchi d'ira, aumento della fame, difficoltà a concentrarsi, e disturbi fisici come gonfiore e dolore addominale (90% dei casi), tensione e dolore al seno, mal di testa, stanchezza, capogiri, aumento di peso e dolori articolari. Questi sintomi si differenziano dai frequenti fastidi che tutte le donne, normalmente e fisiologicamente, accusano in occasione delle mestruazioni per l'intensità e la ciclicità con cui si presentano, con assenza totale di disturbi nella prima parte del ciclo, l'insorgenza tipica nei 4-5 giorni precedenti la mestruazione e la risoluzione 2-3 giorni dopo l'inizio del flusso mestruale».

Ci sono precisi criteri per la diagnosi?

«Non esistono esami specifici. Occorre appurare che i sintomi caratteristici compaiano per almeno tre cicli consecutivi. I sintomi possono insorgere in qualunque momento della vita della donna dopo la prima mestruazione e, se non trattati, possono persistere per tutta l'età fertile».


Che cosa si può fare?

«Si possono seguire diverse strategie, scegliendo la più adatta al singolo caso, in base all'impatto della sindrome sulla qualità di vita. Per ottenere la remissione dei sintomi nelle forme importanti si può intervenire mettendo a riposo l'attività ovarica. I farmaci migliori in questo senso sono gli agonisti del GnRH e il danazolo che, però, possono comportare l'insorgenza di effetti collaterali simili-menopausali. Il metodo più semplice per bloccare l'ovulazione è l'utilizzo della pillola estroprogestinica. Nei casi più gravi si può ricorrere anche a farmaci antidepressivi. Studi preliminari suggeriscono l'utilità di alcune terapie complementari a base di vitamine o di calcio e magnesio nonché l'utilità di esercizio fisico e tecniche di rilassamento».

© SPOCOZIONE BISSI/RA




I sintomi variano da donna a donna, ma gonfiore e dolore addominale sono presenti nel 90% delle pazienti




La sindrome premenstruale è una condizione caratterizzata da un insieme di sintomi fisici e comportamentali/psicologici che si manifestano nella seconda metà del ciclo ovarico e spesso proseguono nei primi giorni della mestruazione

SINTOMI COMPORTAMENTALI
Stanchezza, insonnia, giramenti di testa, variazioni nella libido, disturbi del comportamento alimentare

SINTOMI FISICI
Mal di testa, tensione e gonfiore mammario, mal di schiena, dolore e gonfiore addominale, aumento di peso, gonfiore delle estremità, ritenzione dei liquidi, nausea, dolori muscolo-scheletrici



75%
Le donne che presentano disturbi premenstruali



20-30%
Le donne che soffrono di una sindrome premenstruale clinicamente rilevata

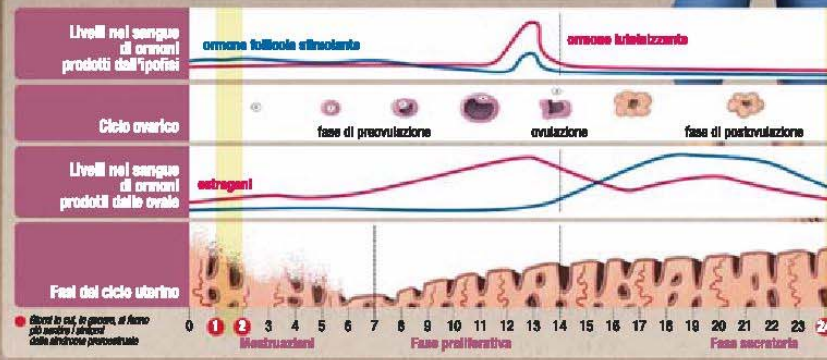
I SINTOMI

I sintomi variano molto da caso a caso

- Insorgono tipicamente negli ultimi 4-5 giorni del ciclo e si risolvono 2-3 giorni dopo l'inizio del flusso mestruale
- L'impatto sulla qualità della vita di questi disturbi può essere notevole, con una riduzione della produttività lavorativa, un aumento dei giorni di assenza dal lavoro e il ricorso a visite mediche ambulatoriali
- Anche le donne che non soffrono di sindrome premenstruale possono avere alcuni fastidi, ma meno pesanti, presenti solo nei due giorni che precedono il flusso e che si risolvono subito dopo l'inizio della mestruazione

LE CAUSE

Le cause della sindrome premenstruale non sono ancora del tutto chiare. Quello che si sa è che, nelle donne suscettibili, la fluttuazione ciclica degli ormoni steroidei prodotti dalle ovaie durante la seconda fase del ciclo (si veda il disegno sotto) influenza i livelli di alcuni neurotrasmettitori, in particolare la serotonina, che, agendo sul sistema nervoso, possono indurre i tipici disturbi della sindrome



Livelli nel sangue di ormoni prodotti dall'ipofisi: ormoni follicolo stimolante, ormoni lutealizzanti

Ciclo ovarico: fase di preovulazione, ovulazione, fase di postovulazione

Livelli nel sangue di ormoni prodotti dalle ovaie: estrogeni

Fasi del ciclo uterino: Mestruazioni, Fase proliferativa, Fase secretoria

I FATTORI DI RISCHIO

- Predisposizione genetica
- Consumo eccessivo di caffè e alcol
- Dieta sbilanciata
- Disturbi d'ansia e depressione
- Vita sedentaria
- Eventi traumatici recenti
- Stress
- Fumo

LA DIAGNOSI

- Non esistono esami specifici, pertanto la diagnosi si basa sui sintomi riferiti dalla paziente prima dell'inizio del flusso mestruale e su un'attenta visita ginecologica per escludere che alcuni dei disturbi siano dovuti ad altre patologie
- Per escludere malattie che possono dare sintomi simili (per esempio disfunzioni della tiroide) può essere utile eseguire anche alcuni esami del sangue. Problemi intestinali come la sindrome da intestino irritabile o patologie come l'emicrania si differenziano dalla sindrome premenstruale per la mancata correlazione dei sintomi con la seconda fase del ciclo
- Per valutare al meglio il quadro, di solito il medico chiede alla paziente di tenere un diario su cui annotare giorno per giorno la presenza e le caratteristiche dei sintomi, per almeno due mesi consecutivi. Si può porre diagnosi di sindrome premenstruale solo se, per ciascuno dei due mesi considerati, ci sono almeno dieci giorni senza la presenza di sintomi

Se i disturbi non sono particolarmente severi a volte è possibile il controllo seguendo alcuni semplici accorgimenti (si veda il riquadro accanto)

Se invece i sintomi sono tali da interferire in modo importante di vita e sulle relazioni familiari e sociali, va preso un approccio terapeutico

Tra le terapie ormonali rientrano l'uso di agonisti del GnRH (rilascio della paracetiprina) e del danazolo, che però possono avere effetti collaterali simili-menopausali perché mettono a riposo l'attività ovarica

Diverse donne hanno benefici dall'utilizzo di alcune pillole estroprogestiniche

Nei casi più gravi si può ricorrere, sotto consiglio di un ginecologo, all'uso di farmaci

Alcuni studi suggeriscono l'utilità di terapie complementari a base di vitamine (per ora è stata dimostrata una certa efficacia a base di calcio e magnesio)

Svolgere una regolare attività fisica

Utilizzare tecniche di rilassamento

Seguire una dieta ricca di vitamine, magnesio e calcio

Evitare cibi particolarmente speziati e pasti abbondanti

Non abusare di alcolici e bevande energetiche

Ricorrere ad antinfiammatori non steroidei per attenuare i sintomi

Verso il futuro. Non rispettate le scadenze della legge Balduzzi

Il riordino resta bloccato

POCHI RISULTATI

Tracciabilità dei pagamenti ancora al palo

In porto le caratteristiche tecniche dell'infrastruttura e la convenzione con gli studi

■ La libera professione dei medici dovrebbe presto cambiare. Ma sarà un'impresa. Anzi: la riforma avrebbe dovuto già essere in campo se si fossero rispettate le scadenze previste dalla legge 189/2012 (cosiddetta «legge Balduzzi»). L'attuale modello di intramoenia negli studi avrebbe dovuto interrompersi alla fine dello scorso anno e già da aprile le Regioni sarebbe dovuta partire una "infrastruttura telematica di rete" a cui affidare il compito di garantire la totale tracciabilità di prenotazioni e pagamenti (con tariffario concordato) delle prestazioni: pagamenti con moneta elettronica e, per la libera professione nello studio privato, ecco gli "studi in rete" in convenzione con le aziende sanitarie e organizzati (a spese del medico) con tutte le apparecchiature necessarie a garantire la tracciabilità.

Di tutto questo le uniche due novità andate in porto sono la predisposizione delle caratteristiche tecniche dell'infrastruttura e lo schema-tipo di convenzione con gli studi. Nulla a confronto di ciò che si sarebbe dovuto mettere a punto entro la primavera. Ed è per questo che i sindacati medici sono già partiti all'attacco: l'Anaa, il maggior sindacato dei medici ospedalieri, ha scritto al ministro della Salute e alle Regioni chiedendo formalmente lo slittamento delle scadenze a fine anno. Un'ulteriore proroga, che ripete il copione degli ultimi dieci anni con proroghe a raffica, a colpi di decreto, per l'assenza di una riforma. Una paralisi che la crisi politica sta ora prolungando nell'ennesima agonia infinita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il diritto alla salute che spacca l'Italia

INTRAMOENIA PRESSOCHÉ NEGATA AL SUD

Il mancato accesso uniforme al diritto costituzionale alla salute ha in Italia mille declinazioni. Di opportunità perdute, di negata qualità dei servizi per tutti, di sprechi, di sperequazione ed evasione fiscale e contributiva. Anche di mancato pagamento dei debiti verso i privati che fanno marciare la sanità pubblica. Un (semi)fallimento che si traduce in quel gap Nord-Sud che pure nella gestione della nostra salute sta spaccando il Paese come una mela. Un gap che investe anche la classe medica e la sua attività, e di conseguenza tutti noi. Come dimostra l'ultima foto di gruppo sulla libera professione intramoenia dei dottori d'Italia. Dalla quale emergono guadagni che al Nord e nelle Regioni "virtuose" sono per i medici in media spesso pari al doppio di quelli dei colleghi del Sud, dove l'attività all'interno delle mura dell'Ssn è pressoché negata lasciando così spazio a quella (oscura) negli studi privati. Con finanziamenti pubblici perduti o sprecati. In un cono d'ombra dei controlli per punire chi sgarra che ancora una volta vede il Sud eccellere. E i cittadini pagare di più.



Cure palliative 1 Indagine sull'attuazione della legge «contro il dolore»

Gli ultimi giorni a casa e senza soffrire

Assistenza**Una normativa all'avanguardia applicata ancora in modo incompleto**

Ricevere a casa cure palliative, per non soffrire a causa di una malattia che non può guarire: è un diritto che è stato riconosciuto dalla legge 38 del 2010 nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni che vanno garantite ai cittadini. Ma, a distanza di tre anni, lo è davvero per tutti? Un'indagine di Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi regionali, ha verificato per la prima volta il reale sviluppo delle Reti di cure palliative.

Ebbene, su 177 Unità di cure palliative domiciliari che hanno risposto volontariamente all'indagine, più di una su tre non rispetta ancora alcuni requisiti stabiliti dall'Intesa Stato-Regioni (25 luglio 2012) attuativa della legge 38: per esempio, avere personale medico e infermieristico dedicato, redigere un piano assistenziale "su misura" per ogni malato, avere Reti di assistenza per garantire la continuità delle cure. Le Unità di cure palliative domiciliari, poi, sono poco diffuse, soprattutto al Sud e al Centro. «Le strutture sono distribuite a macchia di leopardo e hanno un'organizzazione eterogenea — afferma il presidente della Federazione cure palliative onlus, Luca Moroni, che ha fatto parte del board scientifico della ricerca —. Ora, il recepimento da parte delle Regioni della normativa nazionale dovrebbe aiutare a superare queste differenze. Del resto, ricevere un'assistenza domiciliare adeguata è un diritto di tutti i cittadini a qualsiasi età, per ogni patologia e in tutte le aree del Paese. E l'assistenza domiciliare fa anche risparmiare evitando ricoveri impropri».

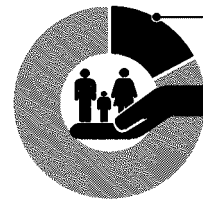
Altra nota dolente emersa dall'indagine è la continuità di cura tra ospedale, hospice e domicilio. «L'assistenza domiciliare non sempre è assicurata nei giorni festivi e di notte — riferisce Moroni —. L'indagine, però, ha evidenziato che in alcune realtà viene garantita, quindi che è possibile farlo». Conferma Gianlorenzo Scaccabarozzi, vicepresidente della Commissione nazionale cure palliative e terapia del dolore, istituita presso il ministero della Salute: «Esistono strutture con livelli di assistenza elevati ed équipe multidisciplinari con psicologi, assistenti sociali e volontari, oltre a medici e infermieri: forniscono cure sette giorni su sette, 24 ore su 24». Proprio da queste vuole partire Agenas per stimolare la diffusione di buone pratiche. «L'obiettivo è attivare a breve un Osservatorio nazionale che consentirà ai cittadini di conoscere le strutture presenti e i servizi che offrono — dice Scaccabarozzi —. Le realtà meno virtuose potranno beneficiare del confronto con altre esperienze e correggere le criticità per dare risposte adeguate agli assistiti».

Maria Giovanna Faiella

“
Non tutte le Unità di terapie a domicilio rispettano i requisiti

479

Le Unità di cure palliative domiciliari (Ucp) censite

17%
Quota di italiani che risiede in province in cui non ci sono Ucp (soprattutto al Centro e al Sud)39%
Le Ucp che non hanno medici e infermieri dedicati e che non redigono piani assistenziali individualizzati

Le Ucp che non garantiscono assistenza medica durante la notte

30%
Le Ucp che non garantiscono assistenza 24h nel weekend

Fonte: Agenas - Indagine cure palliative 2012 (su 177 UCP domiciliari)

C.D.S.

L'esperimento

Anche sostegno economico ai «caregiver»

«Il malato e la famiglia al centro della rete delle cure palliative» è un progetto sperimentale avviato l'estate scorsa all'hospice di Abbiategrasso, col supporto finanziario della Regione Lombardia. «Ci consente di dare a più di 20 famiglie un sostegno economico, 700 euro al mese, per favorire l'assistenza domiciliare ed evitare il ricovero — dice il direttore dell'hospice, Luca Moroni —. I caregiver sono affiancati da un'équipe di medici, infermieri e altri operatori reperibili 24 ore su 24. Per gli autosufficienti, invece, abbiamo un ambulatorio di cure palliative. Tra i servizi più richiesti: il supporto psicologico».

Per saperne di piùL'indagine Agenas sulle cure palliative
www.agenas.it/Indagine_cure_palliative_domiciliari.htm

WEB



CorriereSalute

Pensa la salute

di Riccardo Renzi



Sanità più costosa in un Paese impoverito

In alcune regioni
i ticket sui **farmaci**
sono aumentati
del 40 per cento

Gliustamente si parla delle sofferenze delle piccole e medie aziende, ma pochi sembrano preoccupati di quelle grandi aziende che sono le Asl e, soprattutto, della qualità dei servizi che ormai sono in grado di offrire, dopo tanto tagliare. In prima linea sono le Regioni che devono affrontare una situazione in cui (rapporto Oasi dell'Università Bocconi) i ticket sui **farmaci** sono aumentati del 40%, più della metà dei cittadini si rivolge al privato per visite ed esami, e le badanti (774 mila) hanno superato i dipendenti di Asl e ospedali (664 mila). Insomma una sanità sempre più costosa per i cittadini in un Paese impoverito, mentre anche i bilanci più «virtuosi» stanno volgendo al rosso. Su un punto tutti in campagna elettorale si mostravano d'accordo: alleviare il «peso» della politica, liberare l'amministrazione della sanità, affidandola a tecnici competenti e riducendone i costi. Dando un'occhiata alle ultime Regioni in cui si è votato, la giunta Zingaretti del Lazio promette trasparenza e l'istituzione di un organismo terzo che proceda alle scelte: peccato solo che quasi tutte le nomine siano state fatte rapidamente dal governo precedente, prima di andarsene. In Sicilia, la giunta Crocetta si incaglia proprio sulle nomine della sanità. E in Lombardia la giunta Maroni ha proceduto al solito giro di valzer delle poltrone del manager, con qualche piccolo ritocco dovuto ai risultati elettorali. Tutti nuovi commissari «straordinari», in carica per un anno. Poi si vedrà.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Giornata mondiale Il 25 aprile è dedicato alla malattia

Contro la malaria ora i farmaci si «combinano»

Lo slogan dell'Oms «Investire nel futuro. Sconfiggere la malaria» rimarca che bisogna facilitare l'accesso alle terapie

Epidemiologia

In tutta Europa la patologia è stata debellata, ma si verificano casi di «importazione»

L'appuntamento

Mobilizzazione per aumentare gli sforzi su un problema globale

Si può prevenire e curare, eppure la malaria uccide ancora, soprattutto nelle zone più povere del pianeta. Per colpa di questa malattia infettiva causata da un parassita, il plasmodio, trasmesso con la puntura della zanzara anofele, nel 2010 più di 600 mila persone in tutto il mondo non ce l'hanno fatta.

E la malaria rimane una sfida anche per i Paesi occidentali, a causa dei flussi migratori da zone ancora endemiche e all'aumento dei turisti che si recano in quelle aree. Per tenere accesi i riflettori su questa malattia anche quest'anno il 25 aprile si celebra la Giornata mondiale della malaria, indetta fin dal 2008 dall'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità.

Lo slogan scelto, "Investire nel futuro. Sconfiggere la malaria", vuole rimarcare la necessità di puntare sulle misure di

prevenzione e facilitare l'accesso alle cure.

«Ancora oggi la malaria costituisce un grave problema di sanità pubblica a livello mondiale — sottolinea Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento di Malattie infettive, parassitarie e immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità —. I tentativi di mettere a punto un vaccino hanno dato finora esiti parzialmente negativi per scarsa efficacia: prevenzione e trattamento farmacologico rimangono le armi più importanti per combattere la malattia».

La malaria è diffusa soprattutto nelle zone tropicali, in Africa, in alcune zone dell'Asia, del Medio Oriente, dell'America centrale e latina. In Italia e in tutta Europa è stata debellata, anche se ogni anno si verificano casi di "importazione".

«Nei Paesi in cui la malaria è endemica gli abitanti sono ad alto rischio di contagio: in questi casi le reti intorno al letto imbevute di insetticida sono uno dei presidi più importanti per prevenire la puntura della zanzara infetta — chiarisce Rezza —. Ma possono contrarre la malattia anche cittadini di Paesi in cui è stata eradicata: si tratta di turisti o di migranti che si recano in visita nei Paesi d'origine, dove la malaria è ancora endemica. In questi casi è fondamentale la prevenzione anche con

una profilassi adeguata (vedi articolo sotto). In Italia i casi "importati" sono in media intorno ai 6-700 all'anno».

Ma cosa fare se si sospetta di essere stati contagiati? «Innanzitutto occorre riconoscere immediatamente la malattia perché può essere letale, per esempio se si trasforma in malaria cerebrale — avverte l'esperto dell'Istituto Superiore di Sanità —. È bene, quindi, non sottovalutare sintomi quali febbre alta preceduta da brividi, delirio, spossatezza e dolori soprattutto a livello dorsale. In questi casi bisogna rivolgersi subito al medico o al Pronto soccorso per effettuare il test per la diagnosi». Oggi esistono terapie efficaci per la cura della malaria. «Un "vecchio" farmaco, come il chinino, è ancora sorprendentemente valido anche in caso di malaria grave — afferma Rezza —. Ma oggi ci sono anche nuove soluzioni, come le terapie combinate a base di artemisinina (Acts -



Artemisinin-based Combination Therapies)». Secondo le Linee guida sulla diagnosi e il trattamento di tutte le forme di malaria, pubblicate dall'Oms nel 2010, si tratta di combinazioni che associano un derivato dell'artemisinina con antimalarici vecchi o nuovi, come meflochina, amodiachina o piperachina. La scelta dipende anche dal livello di resistenza ai **farmaci** più comunemente usati nei Paesi in cui la malattia è endemica.

«L'artemisinina, principio attivo contenuto nella pianta di *artemisia annua*, molto diffusa in Cina ma coltivabile in qualsiasi zona temperata, uccide il plasmodio della malaria e ha una struttura chimica diversa da qualsiasi "vecchio" farmaco anti-malarico — spiega Stefano Vella, direttore del Dipartimento del farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità —. Per questo, a partire dal 2005 è entrata in tutti i protocolli di trattamento della malaria, in genere associata ad altri **farmaci**. Il motivo principale è che non presenta ancora problemi di farmaco-resistenza, purtroppo ormai frequenti con i vecchi **farmaci**».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

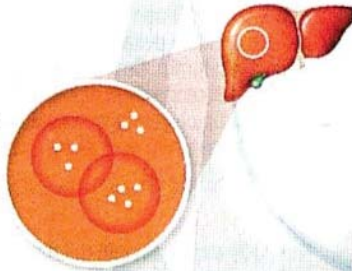
L'infezione

1 La zanzara infettata dal plasmodio punge l'uomo

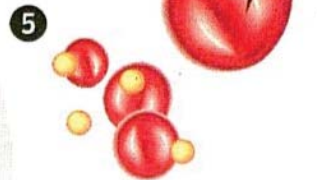


Il parassita raggiunge rapidamente il **fegato** attraverso il sangue **2**

3 Il parassita inizia a **riprodursi** velocemente nelle cellule epatiche



I globuli rossi infettati si **rompono** e i parassiti liberati infettano altri globuli rossi. La perdita di globuli rossi causa una riduzione della ossigenazione degli organi (soprattutto reni e cervello), che rischiano danni gravi



I parassiti passano nel **flusso sanguigno** e penetrano nei globuli rossi dove si riproducono ulteriormente



Le misure di protezione oltre alla profilassi farmacologica



Evitare, se possibile, di uscire dopo il tramonto; se si esce di notte, indossare capi con maniche lunghe e pantaloni lunghi



Applicare sulla cute esposta repellenti per insetti



Dormire preferibilmente in stanze dotate di condizionatore d'aria e, in mancanza di questo, di zanzariere alle finestre, curando che queste siano integre e ben chiuse



Sopra il letto usare zanzariere trattate con insetticidi, rimboccandole sotto il materasso, verificando che siano integre e che nessuna zanzara sia rimasta all'interno



Di notte utilizzare in camera spray antizanzara o diffusori di insetticida

La situazione

In calo i finanziamenti In aumento la mortalità mondiale

Dopo i successi registrati tra il 2000 e il 2010, quando i decessi nel mondo sono scesi fino al 26%, la lotta contro la malaria sembra segnare il passo, a causa del calo di finanziamenti internazionali nell'ultimo biennio. Secondo le stime Oms, nel 2011 sono stati protetti con spray ambientali dalla puntura di zanzara circa 153 milioni di persone: soltanto il 5% della popolazione a rischio. Nel 2012 solo 66 milioni di reti insetticide a lunga durata erano disponibili nei Paesi dell'Africa sub-sahariana: numero dimezzato rispetto a due anni prima e che potrebbe essere correlato con la ripresa dei casi di malattia.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 688281

Social Media troppo «Chiusi»

di ROBERTO SATOLLI

I primi soccorsi alle vittime della maratona di Boston sono stati più rapidi ed efficienti grazie a quello che è stato definito il «moto virtuoso del web», mentre il nuovo virus cinese di influenza aviaria è stato rilevato dai tweet prima che dalle sorveglianze ufficiali. I cosiddetti new media stanno cambiando ogni aspetto della vita. E la sanità è il fronte più caldo, per la capacità del web di far viaggiare l'informazione, che è l'essenza della medicina di oggi, laddove le singole tecnologie (farmaci, strumenti, procedure eccetera) ne sono solo l'incarnazione. La salute è, e sarà sempre più, appesa al filo della tela di contatti che ci avvolge da ogni parte, nel bene e nel male. Come è noto, i social media rispondono con picchi di intensa attività agli eventi che stimolano le persone su un piano emotivo. A volte questi impulsi si estinguono in fretta, altre volte si innesca un processo di rinforzo che produce effetti a valanga. Questo in medicina accade soprattutto quando si tratta di malattie terribili per cui non esistono ancora cure risolutive, e che quindi toccano i tasti sensibilissimi della disperazione e della speranza. In questi casi i social media possono costruire paradossalmente comunità chiuse di adepti nelle quali qualsiasi messaggio che proviene dall'esterno è neutralizzato come un corpo estraneo, indipendentemente dalla autorevolezza della sorgente. Non conta la serietà degli argomenti, perché il loro rifiuto è, a priori, la condizione stessa di sopravvivenza di quella comunità. Negli anni Quaranta del secolo scorso, studiando le comunicazioni di massa, si era individuato il potere degli opinion leader locali (interni alle comunità, ieri reali oggi virtuali), che possono modificare e anche stravolgere qualsiasi messaggio emesso da radio, tv, giornali. È urgente oggi studiare e capire a fondo come nelle reti virtuali tale potere può diventare assoluto e impermeabile. Probabilmente, quando una comunità virtuale si è chiusa su se stessa, quelli che sono dentro restano difficilmente raggiungibili, almeno nel breve periodo. Ma si può fare molto prima, per evitare l'arroccamento, a patto di sapersi muovere come surfisti sull'onda degli stessi media.

RIPRODUZIONE RISERVATA

CorriereSalute

Non scherziamo col fuoco

Si fa ancora poca prevenzione per metterci al riparo dal rischio ustioni. E, infatti, lo scorso anno le vittime sono state 100 mila, il 35% bambini. Per fortuna possiamo contare sulle cure di 17 reparti specializzati. Poco conosciuti, ma di eccellenza

Servizio di Ruggiero Corcella alle pagine 48-49

Eccellenze Sono 17 strutture specialistiche e accolgono ogni anno 2-3 mila persone. Ma vengono apprezzate davvero solo in occasioni di gravi calamità

Operazione «continuità» per i Centri grandi ustioni

Puntano a gestire i pazienti in tutto il percorso di cura

L'ustionologia è nata tra le due Guerre mondiali e durante i conflitti nel Sud-Est asiatico

C'è un problema di ricambio: pochi si preparano per questo campo, meglio l'estetica

L'indagine

La situazione nel nostro Paese di reparti di fondamentale importanza

Che a un certo punto, nella storia della chirurgia plastica (e in parte della dermatologia) in Italia, un gruppo di pionieri iniziò più o meno in blocco a dedicarsi alla cura delle ustioni lo si deve molto probabilmente agli scempi prodotti dalle guerre.

L'evoluzione dell'ustionologia è infatti tributaria della clinica e della ricerca sviluppata a cavallo delle due Guerre mondiali e ai conflitti americani nel Sud-Est asiatico.

Alla scuola inglese e statunitense si formarono, o si ispirarono, molte delle figure carismatiche di chirurghi plastici attorno alle quali negli anni 60 si sono costruiti i Centri grandi ustionati nel nostro Paese: tra gli altri, Luigi Donati a Milano, Carlo Alberto Montagnani a Firenze, Simone Teich Alasia a Torino e Giovanni Dogo a Padova.

Storia ricca di tradizione e di aneddoti, quella dei Centri ustioni. Come Villa Scassi a

Genova, regalato nel 1979 dall'imprenditore di legnami Scorza. O il Centro di Sassari, il cui primo nucleo decollò per volontà dei Cavalieri della Croce di Malta. Brindisi beneficiò di una donazione fatta dai genitori di un ragazzo morto per le ustioni. A Torino, nel 1968, fu la Fiat a volere il reparto. Catania e Sassari aprirono i battenti per rispondere alle esigenze dei nuovi poli petrolchimici.

Oggi, i Centri ustioni stanno vivendo un periodo di grande trasformazione, sia per un ricambio generazionale sia dal punto di vista dell'organizzazione. L'ossatura delle cure delle ustioni è una piccola comunità di 17 strutture e 5 Banche della cute, dove tutti si conoscono e — così affermano — collaborano tra loro.

La distribuzione dei Centri, però, è asimmetrica: più numerosi, ma con meno letti ciascuno, a Settentrione, mentre nel Meridione accade il contra-

rio. La "dorsale" delle Banche della cute, invece, si ferma a Siena. «Complessivamente la situazione in Italia non è male — racconta Maurizio Stella, presidente della Società Italiana delle Ustioni (Siust) nello studio del nuovo Centro grandi ustionati di Torino, inaugurato nel dicembre scorso e da lui diretto, al tredicesimo piano del Cto —. Siamo un po' al di sotto delle aspettative come numero di posti letto. Milano, Torino, Verona, Cesena, Parma, Napoli, Catania e Roma hanno però avuto importanti ristrutturazioni negli ultimi 20 anni. Padova, Brindisi e Bari sono in via di rinnovamento e al Villa Scassi di Genova stanno pensando a che cosa fare».

Una realtà poco in vista, quella dei poli specialistici per ustionati. Eppure accolgono ogni anno 2-3 mila pazienti, con punte drammatiche nei bambini da 0 a 4 anni (il 70% di tutti i ricoveri pediatrici) e

un aumento esponenziale fra gli ultra 65enni. Di solito, il grande pubblico si accorge di loro in occasione di disastri come il rogo alla Thyssen di Torino nel 2007, l'incidente aereo di Linate nel 2008 o l'esplosione davanti all'istituto Morvillo-Falcone di Brindisi l'anno scorso.

Abbiamo cercato di capire meglio che cosa sta accadendo nei Centri e nelle Banche, intervistando tutti i responsabili e visitando cinque strutture. Dalla ricognizione sul campo salta all'occhio la differenza tra Centri risistemati da poco e con ambienti sofisticati alla "B.R.", come Niguarda di Milano, Cto di Torino e Meyer di Firenze, rispetto al Civico di Palermo o a Padova: costretto, quest'ultimo, a convivere in spazi sacrificati con la Chirurgia Plastica (ma per l'ennesima volta si annuncia la costruzione del nuovo ospedale); mentre il primo, a dispetto dell'ottimo contenuto, sconta forse l'aria un po' decadente del padiglione che lo ospita.

Come molti altri Centri, Palermo deve appoggiarsi alla Rianimazione per i pazienti che hanno bisogno di ventilazione assistita. Per farlo in proprio, servirebbe un'organizzazione diversa. Poi però può capitare che si metta di traverso anche la "malasorte", come a Parma. «Il nostro nuovo Centro doveva essere completato proprio quest'anno con gli autorespiratori — sospira il direttore, Edoardo Caleffi — che ci avrebbero dato la possibilità di tenere da noi i pazienti intubati. Invece dovremo fermarci. Oltre al reperimento dei 100-150 mila euro necessari per le macchine, con i tempi che corrono credo sarà difficilissimo anche ottenere il personale necessario».

Ed è proprio la mancanza di un'autonomia completa, il neo che allontana le strutture italiane dal modello dei moderni Centri fissato dagli americani negli anni 50.

Furono gli ustionologi Usa a dimostrare in maniera credibile, cioè con studi scientifici, che conveniva concentrare i pazienti in un unico complesso dedicato, con tutte le apparecchiature e un'équipe multidisciplinare a disposizione.

«In Italia, però, questo principio si sta portando avanti

con fatica — puntualizza Bruno Azzena, responsabile del Centro ustioni di Padova —. Siamo al di sotto degli standard internazionali, anche nel rapporto fra posti letto e numero di abitanti. Quelli esistenti bastano a coprire le esi-

genze medie. Se dovessimo avere un disastro da fuoco o un incidente multiplo che coinvolge parecchie persone, probabilmente non sarebbero sufficienti».

Finora il sistema ha retto anche in maxi-emergenze come quella dell'esplosione di un convoglio ferroviario, alla stazione di Viareggio nel 2009.

«Più che badare ai posti letto o a nuovi presidi che costerebbero uno sproposito, — argomenta Antonio Di Leonardo, direttore a Pisa — andrebbe rivista l'organizzazione dei singoli Centri in modo da gestire il paziente dall'inizio alla fine». Il discorso dovrebbe valere a maggior ragione per i pazienti più piccoli. Ma non è esattamente così. «In Italia non esistono Centri ustionati dedicati al bambino, come ad Amburgo, a Zurigo o in Austria — lamenta Antonio Merone, che gestisce i cinque posti letto della Struttura semplice di Terapia delle ustioni all'ospedale pediatrico Santobono di Napoli —. I nostri pazienti invece dividono gli spazi con bambini operati di appendicite o con forme di coliche addominali influenzali, perché siamo nello stesso reparto di chirurgia. Non essendo isolati, non è proprio l'optimum e ne risente anche il rapporto tra noi e i genitori».

A Firenze, l'ospedale è organizzato sul modello per intensità di cura e anche qui il "Centro ustioni" (la targa almeno c'è) è inserito nella Chirurgia pediatrica. Oltre ad essere piacevoli dal punto di vista estetico e architettonico, le due stanze (con 4 letti) riservate ai piccoli ustionati sono però equipaggiate di tutto punto e possono ospitare anche un genitore.

Nella stanza isolata di semi-intensiva, un "veterano" di 13 anni al quarto intervento si sbraccia a salutare i passanti dalla vetrata aperta sul corridoio. Accanto c'è la mamma. «L'ustionato grave — dice Simone Pancani, il chirurgo plastico che ci accompagna

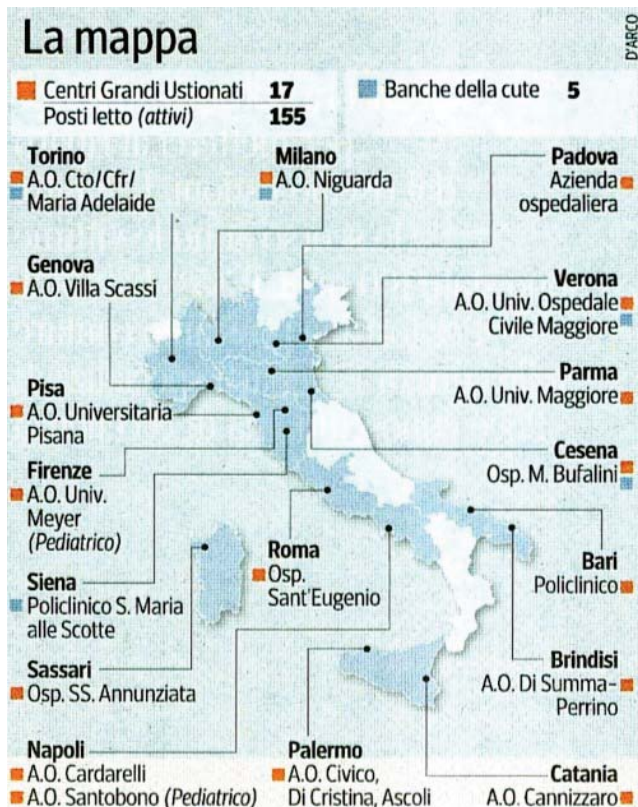
— esce solo per andare in sala operatoria. Dentro la zona di semi-intensiva, infatti, c'è la medicheria, la vasca di balneazione, la stanza con i filtri a pressione negativa. I genitori possono darsi il cambio una volta al giorno».

La Lombardia sta provando una soluzione diversa: «Abbiamo due tipi di rete — spiega Vincenzo Rapisarda, a capo del Centro ustioni dell'ospedale Niguarda di Milano —. In una decina di ospedali della Lombardia sono stati creati degli "avamposti" in rianimazione. I pazienti ustionati cominciano ad essere trattati lì in base a protocolli terapeutici forniti da noi, finché non sono riequilibrati, e ci danno così il tempo di liberare un posto. Abbiamo poi una specie di rete inter-regionale. In caso di grosso incidente con più ustionati gravi, siamo in accordo con Torino, Padova, Verona, Parma e Cesena per suddividerci i pazienti».

Secondo Alma Posadinu, battagliera direttrice del Centro ustioni di Sassari (e prossimo presidente della Siust, la prima donna), sarebbe «auspicabile un modello italiano che andrebbe portato a funzionare in maniera più omogenea. Abbiamo eccellenze dal punto di vista della capacità di curare bene gli ustionati. Nell'organizzazione di una rete nazionale però siamo il fanalino di coda rispetto all'Europa».

Che cosa manca? Dalle linee guida comuni sugli approcci terapeutici, alla connessione fra i Centri (e le Banche) per conoscere in tempo reale la disponibilità di posti letto e di cure, per scambiarsi opinioni su un caso o fare diagnosi a distanza potendo visionare la cartella clinica di un paziente. Non c'è ancora un Registro nazionale delle ustioni. La raccolta dei dati epidemiologici è lasciata alla buona volontà dei pochi che li riversano al Centro di Padova.

Su tutto, però, aleggia lo spettro della mancanza di vocazioni: «C'è un problema di ricambio — ammette Giuseppe Caputo, responsabile del Centro ustioni di Palermo —. Gli specializzandi che si interessano di ustioni si contano sulle punte delle dita. Troppo faticoso per loro. Preferiscono la chirurgia estetica».



LE CIFRE IN ITALIA

dati annuali - 2012

100 mila
Le ustioni

0-5 anni
La fascia d'età più colpita

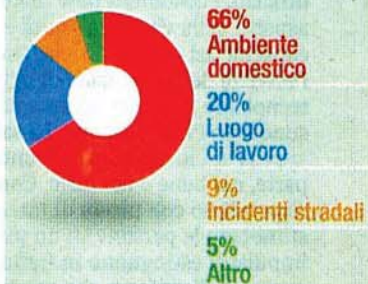
35%
La quota dei casi che riguarda bambini da 0 a 12 anni

10 mila
I casi che necessitano di ricovero

2-3 mila
I ricoveri nei Centri Grandi Ustionati

300
I morti per ustioni

DOVE CI SI USTIONA



LE CAUSE



COSÌ LA BOTTIGLIA DELL'ALCOL PRENDE FUOCO

L'alcol è facilmente infiammabile e diventa estremamente pericoloso se viene a contatto con il fuoco. In casa generalmente si usa per pulire superfici dure, vetri e pavimenti. Capita però anche che si utilizzi in cucina con il fornello acceso, o per accendere il camino, la stufa o il barbecue



21%
Le ustioni causate dall'alcol

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

1

Di solito, pensando di essere a distanza di sicurezza, la bottiglia viene diretta verso la fiamma e schiacciata per provocare l'uscita di un getto di alcol



2

Quando si smette di premere sulla bottiglia, può succedere che il flacone, tornando nella forma naturale, richiami aria. La scia di vapori ancora presenti nell'aria guida e alimenta la fiamma a ritroso verso la bottiglia



3

L'alcol residuo all'interno della bottiglia prende fuoco e, essendo compresso, provoca l'esplosione del contenitore



LE ALTERNATIVE DI SICUREZZA

Non bastano il buon senso o i simboli di pericolo sulle etichette a evitare incidenti con l'alcol denaturato. Così **Octopus onlus**, la confederazione delle associazioni dei pazienti ustionati, ha chiesto una normativa per la vendita di alcol denaturato esclusivamente in gel, in Italia e in Europa

LA PROPOSTA

Nel 2009 e nuovamente nel marzo scorso, è stato presentato un disegno di legge (iniziativa del senatore pdl Luigi D'Ambrosio Lettieri): stop ai contenitori di plastica per l'alcol denaturato, da sostituire con altri di «materiale consono»

I PRODUTTORI

Le due più importanti aziende produttrici di alcol denaturato in Italia si dichiarano in linea di principio d'accordo sul provvedimento, temono però difficoltà di ordine tecnico e forti ripercussioni per il loro mercato. Una delle due, inoltre, ha messo in commercio una bottiglia di plastica con tappo di sicurezza contro il ritorno di fiamma. Costa circa 50 centesimi in più della confezione tradizionale, ma la gente non la compra

CorriereSalute

«Ancora troppe falle nell'assistenza sul territorio»

Testimonianze Sopravvivere all'aggressione delle fiamme non pone fine al calvario, fatto di molti interventi e di una riabilitazione complessa. E costosa

Le difficoltà riguardano anche il riconoscimento di tutori, come le guaine elastocompressive: 1.500 euro l'una

Servono creme specifiche per le cicatrici, ma non tutte sono catalogate come farmaci e così molte Asl non le garantiscono

Ha ragione Jonny Vicchi, "folgorato" 23 anni fa sulla via di Imola da una scarica di 15 mila volt per aver toccato inavvertitamente i cavi dell'alta tensione con la gru del suo camion: l'ustionato che aiuti di più è quello che non si ustiona.

«Il presidente de "La Fenice Onlus", associazione di pazienti ustionati che affianca il Centro ustioni di Cesena, ha avuto la fortuna di non morire sul colpo, ma ha riportato ustioni di terzo grado ovunque e così gli hanno dovuto amputare un piede, tre dita della mano destra e due della sinistra. Al Centro ustioni di Cesena è stato ricoverato 84 giorni e il suo calvario è durato ancora a lungo: «Tra ricoveri e operazioni dopo 20 ho smesso di contarli», racconta. La sua storia e il suo percorso esemplificano le enormi difficoltà incontrate dagli ustionati.

Da quanto ci hanno riferito i responsabili dei Centri italiani, tutti offrono ai pazienti un percorso riabilitativo fin da subito, terapia del dolore, sostegno psicologico e una serie di controlli (se necessario poi anche interventi) fino a due anni dal ricovero.

«Quando esci, però, sei un po' allo sbando — riflette Vicchi —. Il Centro ustioni è un punto di riferimento e lì non ti manca niente. Staccarsi è difficile. Quando esci pesi sulla famiglia e basta, perché l'ustione non è riconosciuta come una patologia. Sul territorio, per l'ustionato non c'è nulla».

Conferma Antonio Di Leonardo, direttore del Centro ustioni di Pisa: «In Italia oggi manca la cura intermedia —. Molto spesso l'ustionato non ha più la necessità di restare nel Centro a occupare un letto impropriamente, ma non ha neppure la capacità di rimanere a casa perché non ha ancora una completa autonomia. Il territorio non è ancora sufficientemente attrezzato e organizzato per assorbire le nostre richieste di seguirli».

Per questo, assieme alla Regione Toscana, si sta cercando di coinvolgere i Centri termali, di solito dotati di fisioterapia, palestra e piscina, per un percorso di affiancamento ai pazienti che duri almeno due anni.

Il Centro ustioni ha già individuato un Centro termale e sta avviando un percorso di formazione del personale.

Le difficoltà per gli ustionati riguardano anche il riconoscimento di tutori, come le guaine elastocompressive, le maschere, i siliconi e le creme indispensabili per distendere la pelle e cercare di contenere la formazione di cicatrici. «Un ustionato grave nei primi due anni spende di tasca propria fra i 4 e i 5 mila euro — spiega Tommaso Acchiardi, presidente di Octopus (Organizzazione Confederativa Tra le Onlus Pazienti Ustionati) onlus —. Le guaine costano non meno di 1.500 euro ciascuna. Intanto ce ne vogliono due, perché il tessuto a contatto con la pelle ha bisogno della crema sotto (è come una muta da sub). Alla fine della giornata è intrisa di crema e per la notte occor-

re indossarne un'altra».

Le guaine non vengono fornite dalle Asl, perché manca il codice relativo nel nomenclatore nazionale. La situazione è caotica e cambia non solo da una Regione all'altra, ma ogni Asl decide come meglio crede. Associazioni di paziente e Centri ustionati sono riusciti a ottenere una delibera regionale di riconoscimento dei tutori, in Piemonte, Sardegna e Sicilia. In Lombardia, da quanto abbiamo appreso dai responsabili dei Centri, le concedono solo ai bambini. In Campania, c'è un rimborso, ma dipende dalla volontà delle singole Asl. «Oltre alle guaine abbiamo bisogno di creme specifiche — aggiunge Vicchi —. Alcune sono catalogate come medicinali, altre come creme estetiche. Il silicone da 15 grammi costa 50 euro. Alcune Asl dicono: queste sono per un fattore estetico e non curativo. Ma le cicatrici meglio sono esteticamente e sempre meglio sono anche funzionalmente, perché purtroppo limitano i movimenti, rovinano la postura e portano a problemi diversi e peggiori. Non vengono passate neppure le creme ai terapisti, per i massaggi distensivi sulle cicatrici. Così facciamo la colletta».



Il punto è che un ustionato costa tantissimo, in termini di degenza, terapia e conseguenze sociali e familiari. Il costo medio di un ricovero può variare dai 2 mila euro ai 20 mila euro al giorno, addirittura.

Le associazioni insistono con una proposta: un disegno di legge per la vendita di alcol denaturato esclusivamente in gel in Italia ed in Europa (*vedi grafico sopra*): «Ogni anno, in Italia, si ustionano con l'alcol in modo grave 300 persone e 20 di queste muoiono — dice Acchiardi —. Lo Stato risparmierebbe, solo per i primi 25 giorni di ricovero, 14 milioni di euro. Con questa cifra si potrebbe finanziare un fondo di 4 milioni alle 20 Regioni, cioè 200 mila euro ciascuna per garantire la gratuità dei presidi sanitari agli ustionati».

Sulla prevenzione e sull'eliminazione dei contenitori in plastica morbida per l'alcol concordano anche i direttori dei Centri ustioni. Di campagne a livello locale ne sono state fatte molte. Ora, grazie a un accordo tra Ministero della salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm), *Mediterranean Council for Burns and Fire Disasters* (MBC), presieduto dall'ustionologo Michele Masellis ("padre" del Centro ustioni di Palermo) e della Società Italiana delle Ustioni, sta per partire la prima Campagna nazionale. Il progetto-pilota biennale *Prius*, finanziato con 300 milioni di euro, propone un percorso didattico per la prevenzione degli incidenti domestici da ustione e per la prevenzione nelle scuole dell'infanzia e primarie (3-10 anni di età) delle 17 città sede di Centri ustioni.

«Nel primo gruppo di otto città — dice Masellis — si può partire subito o alla riapertura delle scuole a settembre». Gli esperti dei Centri ustioni andranno nelle scuole a formare insegnanti e presidi (formatori) e poi insieme si rivolgeranno agli alunni. Se il progetto funzionerà, sarà esteso a tappeto su tutto il territorio nazionale.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

RM 1
Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 688281

Sulla tavola degli italiani continua a esserci troppo sale

L'accordo del 2009 tra ministero della Salute e associazioni dei produttori per diminuirne il contenuto nel pane, nelle paste fresche e nei primi piatti pronti surgelati non è bastato: il consumo di sale nella popolazione italiana è ancora notevolmente superiore a quanto raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (meno di 5 grammi al giorno), con valori medi di 12 grammi per gli uomini e 9 grammi per le donne (i valori sono più elevati per le regioni del Sud). Lo dicono i dati preliminari sul consumo di sale, raccolti dal progetto «Minisal» del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. La riduzione del consumo di sodio nell'alimentazione (e l'aumento del potassio) per migliorare la salute della cittadini è uno degli obiettivi fissati dall'Oms, da raggiungere entro il 2025. Questa semplice strategia salverà milioni di vite da malattie cardiache e ictus — spiegano gli esperti in una serie di studi pubblicati sul sito online del *British Medical Journal* —, con un'importante riduzione dei costi sanitari legati a importanti patologie.

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 488281

La «regolarità» si conquista facendo nove passi Provate con i massaggi

La stitichezza è un problema comune fra chi non è più giovanissimo: le stime indicano che il 30-50 per cento degli over 65 fa uso di lassativi per porvi rimedio e fra chi ha più di 70 anni le difficoltà ad andare in bagno sono diffusissime. Come stare meglio? Le proposte arrivano da una revisione degli studi in materia, pubblicata sul *Canadian Medical Association Journal* secondo cui ci sono "nove passi" da fare per risolvere il disturbo.

Innanzitutto, bisogna chiarire che si definisce stipsi cronica una situazione in cui si hanno meno di due evacuazioni a settimana per quindici giorni di seguito, soprattutto se si associano dolori, fastidio alla pancia, sensazione di non essersi svuotati completamente.

Negli anziani è più comune perché sono più sedentari, di solito mangiano poche fibre, non bevono a sufficienza, non "ascoltano" lo stimolo ad andare in bagno o anche perché chi non è più giovane deve spesso assumere farmaci che possono favorire la costipazione, dagli oppioidi alle pastiglie per il ferro. «I sintomi possono avere un impatto forte sulla qualità di vita dell'anziano e perfino accelerarne il declino: la stitichezza può provocare dolore, nausea e perdita di appetito e questo può essere molto pericoloso soprattutto in soggetti fragili» come ha spiegato Dov Gandell, il responsabile della revisione.

Ed ecco i nove passaggi per la gestione della stipsi in chi non è più giovane, suggeriti dall'esperto: il primo è una corretta valutazione dei sintomi; quindi (secondo passo) occorre andare alla ricerca delle possibili cause, dall'uso di farmaci specifici alla presenza di patologie che favoriscano la costipazione.

Una volta certi che davvero di stitichezza si tratta (molti credono ci sia bisogno di intervenire con i lassativi se l'anziano non va in bagno tutti i giorni, ma l'evacuazione quotidiana non è indispensabile), e verificato che non ci sia un'occlusione intestinale, bisogna cambiare (almeno un po') stile di vita. In primo luogo, si deve cercare di ridurre la sedentarietà (terzo passo), dedicandosi a un esercizio fisico adeguato alle proprie condizioni. Poi (quarto passo) occorre assicurarsi un adeguato comfort quando si va in bagno, ad esempio facendo sì che il water sia alla giusta altezza e che si possa avere la necessaria privacy ma al contempo chiamare aiuto in caso di bisogno. Quinto "passo": va rivista la dieta, introducendo fibre a sufficienza attraverso cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, scegliendo spesso i legumi e consumando anche pane e pasta, meglio ancora se integrali; tè e caffè andrebbero ridotti, aumentando invece fino a sei-otto bicchieri al giorno l'apporto di acqua per mantenere le feci morbide. Qualche trucco (sesto passo) può aiutare: ad esempio, è bene andare in bagno a orari fissi, tenendo presente che dopo i pasti il riflesso gastro-colico dovuto al riempimento dello stomaco stimola l'evacuazione.

Se tutto questo non basta, si può provare (settimo passo) con i lassativi: i più efficaci e sicuri negli anziani, stando alla revisione, sono gli agenti osmotici che richiamano acqua nell'intestino, come polietilenglicole o lattulosio. Meno evidenze sono invece disponibili per fibre vegetali come lo psyllium, mentre i lassativi stimolanti, come senna e cascara, sarebbero validi ma perderebbero efficacia nel tempo.

In generale però (ottavo passo) si dovrebbe procedere per gradi: prima si comincia con i lassativi formanti massa come lo psyllium; se non vengono tollerati o non hanno effetti apprezzabili si passa a lassativi osmotici o stimolanti per brevi periodi (tre, quattro giorni al massimo).

Se anche questi non funzionano a dovere, l'ultimo passo è rivolgersi a uno specialista gastroenterologo o geriatra per individuare l'approccio più corretto nel singolo caso.

Elena Meli

RIPRODUZIONE RISERVATA