

SALUTE

# Lo screening che può salvare le neomamme dalla depressione

Un test individua i sintomi e permette di avviare subito le cure adatte

**D**iventare mamma comporta cambiamenti nella vita quotidiana e nuove responsabilità. Dopo la nascita del bambino può capitare di vivere momenti di depressione, che la maggior parte delle neomamme riesce a superare in breve tempo (*vedere box e infografica*). Ma per alcune non è così.

Prevenire la depressione post partum e alleviarne i sintomi grazie a trattamenti precoci è possibile, come conferma un recente studio italiano, STRADE (Screening e Trattamento precoce della Depressione post partum), coordinato dal reparto di Salute mentale del Cnesps-Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità, con il supporto del Ccm-Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del [Ministero della Salute](#).

L'indagine, durata due anni, ha coinvolto circa duemila donne, contattate in strutture di Campobasso e delle province di Treviso e Bergamo, alle quali si sono poi aggiunte volontarie arruolate in tre Centri di Roma: Policlinico Gemelli, Ospedale San Giovanni Calibita-Fatebenefratelli e presidio ospedaliero Grassi.

Nella prima fase, alle donne che frequentavano i corsi di preparazione al parto e i reparti di ginecologia è stato proposto lo screening per individuare

eventuali fattori di rischio per la depressione post partum. Hanno aderito 1558 volontarie, contattate poi per lo screening tra la sesta e la dodicesima settimana dopo il parto. Per tutte è stato usato il test EPDS, Edimburgo Postnatal Depression Scale (Scala di Edimburgo), che mira a indagare, per esempio, se la donna si è sentita triste o infelice, preoccupata e ansiosa, se ha avuto momenti di paura o panico senza un valido motivo, o se ha problemi a dormire.

Al test sono risultate positive 110 donne (7,1%): di queste, 83 hanno accettato di svolgere un colloquio clinico e altri test per la conferma della diagnosi entro la settimana successiva allo screening. Spiega la responsabile dello studio del Cnesps, Gabriella Palumbo: «È stato proposto un trattamento psicologico, di dimostrata efficacia, messo a punto da Jeannett Milgrom, tra i maggiori esperti mondiali in tema di depressione post partum, docente all'Università di Melbourne, in Australia, dove già da tempo si è adottato un programma nazionale di screening sulla depressione post partum».

«Il metodo Milgrom — aggiunge Antonella Gigantesco, coordinatrice del reparto Salute mentale del Cnesps — consiste in un intervento con approccio cognitivo-comportamentale di gruppo (ma si può condurre anche individual-

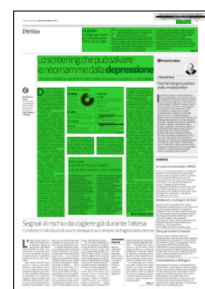
mente) che sfrutta le potenzialità dell'auto-mutuo aiuto tra donne e coinvolge anche i partner». Circa i due terzi delle mamme sottoposte al trattamento hanno riportato «miglioramenti clinicamente significativi», valutati subito dopo l'intervento, durato circa tre mesi, e a distanza di sei mesi.

«STRADE è il primo studio multicentrico italiano sugli esiti di un trattamento psicologico di provata efficacia — fa notare Angelo Del Favero, direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità —. Contribuisce a far luce sulla conoscenza del problema da parte sia degli operatori sanitari, sia delle donne che vivono con angoscia questi disturbi non sapendo che c'è una risposta per risolverli. La sensibilizzazione delle future mamme che possono presentare fattori di rischio già durante i corsi di preparazione al parto favorisce l'intervento precoce».

Diverse le figure professionali coinvolte nello studio: dai ginecologi alle ostetriche, dagli psicologi agli psichiatri. «Un intervento multidisciplinare per prevenire e gestire la depressione post partum è fondamentale, specie in Centri di riferimento per gravidanze ad alto rischio» sottolinea Giovanni Scambia, direttore del Dipartimento tutela della salute della donna e del bambino al Policlinico Gemelli di Roma.

**Maria Giovanna Faiella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## La guida

Consigli per vivere più serenamente l'arrivo di un figlio

**E** una piccola guida pratica per le neomamme e i loro familiari l'opuscolo «Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse», messo a punto dal reparto di Salute mentale dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le Unità operative che hanno partecipato allo studio STRADE (vedi sotto). L'opuscolo, che a breve sarà disponibile anche sul sito dell'Istituto, informa sui cambiamenti, personali e nella coppia, conseguenti alla

gravidanza e alla nascita di un figlio, suggerisce come affrontarli, dà indicazioni per riconoscere il rischio di depressione, di cui parlare subito al ginecologo o al medico di famiglia. Una sezione è dedicata ai consigli pratici per i papà, anche loro insicuri dopo la nascita del piccolo. Vengono poi sfatati alcuni falsi miti sulla maternità, che alimentano stereotipi e sensi di colpa nella donna.

M. G. F.

### L'entità del problema

#### 70-80%

La percentuale di puerpere che sperimenta il cosiddetto «baby blues» (reazione emotiva all'esperienza del parto)



#### 8-12%

La percentuale di puerpere colpite da depressione post partum (entro tre mesi dalla nascita del figlio)

#### 10-15 giorni

La durata media del «baby blues»

#### 2-6 mesi

La durata media degli episodi di depressione post partum

Fonte: Studio STRADE. Cnesps-Istituto Superiore di Sanità e Ccm-[Ministero della Salute](#) e [centimetri](#)

### LO STUDIO

#### 1.558

le donne che hanno effettuato lo screening per la depressione post partum

di queste

il 7,1% è risultato a rischio di depressione

di questa percentuale

il 60% ha ricevuto un trattamento psicologico

di questa percentuale

il 73% ha fatto registrare miglioramenti clinicamente rilevanti a 6 mesi dal trattamento

### Diversa gravità

## Quando è «baby blues» e quando invece è una malattia

«La depressione post partum non va confusa con il cosiddetto "baby blues": un'instabilità emotiva legata all'esperienza del parto, che di solito si risolve entro 10-15 giorni dalla nascita del bimbo» precisa Antonella Gigantesco, coordinatrice del reparto Salute mentale del Cnesps-Istituto Superiore di Sanità. Sintomi che possono essere normali subito dopo il parto, meritano invece un'attenzione clinica se si manifestano spesso nel corso della giornata e si protraggono oltre le due settimane. In questi casi i disturbi non vanno sottovalutati e bisogna

chiedere aiuto. Senza vergogna o paura. «È dimostrata a livello internazionale l'efficacia di specifici interventi psicologici per la prevenzione e il trattamento della depressione post partum» sottolinea Gabriella Palumbo del Cnesps. «Nel caso di depressione lieve o moderata — aggiunge Gigantesco — il primo approccio è l'intervento di tipo psicologico. Se però in precedenza la donna ha avuto episodi di depressione grave, o se non vuole effettuare la terapia psicologica, o se questa non è disponibile o si dimostra inefficace, allora occorre far ricorso a farmaci».

## SALUTE

# Segnali di rischio da cogliere già durante l'attesa

### Condizioni individuali ed eventi stressanti aumentano la fragilità della donna

**L'**ansia di non essere all'altezza del futuro ruolo materno, il timore di non farcela a prendersi cura del bimbo in arrivo. Insicurezze che, se associate ad altri eventi stressanti, possono compromettere l'equilibrio psicologico di chi è già vulnerabile.

Dallo studio STRADE (vedi sopra) è emerso che delle puerpere intervistate circa il 14% si è sentito giù di morale, abbattuto o depresso per almeno due settimane già durante la gravidanza, il 7% ansioso o depresso. Hanno influito sulla sofferenza delle donne in attesa anche eventi stressanti verificatisi nei precedenti 12 mesi: per il 13,2% la morte o una grave malattia di una persona cara, per l'8,5% la perdita del lavoro.

«I sintomi depressivi possono manifestarsi già nel periodo della gravidanza, per questo vanno tenuti sotto controllo fin dagli inizi — dice Claudio Mencacci, direttore del Dipartimento di neuroscienze e salute mentale dell'ospedale Fatebenefratelli di Milano —. Già la presenza di un fattore di rischio nella donna in attesa, come aver già sofferto di ansia e depressione o avere un familiare con problemi psichiatrici o aver vissuto recenti eventi stressanti quali un lutto e un licenziamento, dovrebbe far avviare il monitoraggio fin dalle

prime visite dal ginecologo».

Uno dei primi ambulatori in Italia ad occuparsi di depressione perinatale (in gravidanza e dopo il parto), è stato, dal 2004, quello dell'ospedale Melloni di Milano (oggi si chiama "Psiche donna"), che si avvale della collaborazione di specialisti dei Dipartimenti di salute mentale del Fatebenefratelli e di salute materno-infantile della stessa Azienda ospedaliera.

«Ci sono alcuni fattori di rischio che il ginecologo non sempre riesce a riscontrare nell'anamnesi, come, per esempio, l'abuso di stupefacenti o di alcol, che la donna tende a nascondere — spiega Mauro Busacca, direttore dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Melloni —. Fin dagli inizi, oltre a curare la depressione delle donne in attesa, si è cercato di individuare in anticipo i fattori di rischio per ciascuna donna in attesa, così da intervenire subito, anche per evitare conseguenze sul bambino in arrivo».

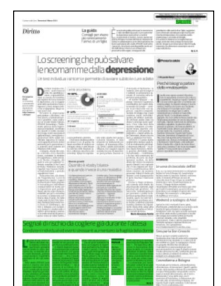
Le neomamme, poi, vorrebbero poter contare su un aiuto pratico in caso di necessità. Dallo studio risulta che più di una donna su dieci ha riferito di non avere sostegno familiare e sociale: carenza anch'essa associata al rischio di depressione post partum.

**M. G. F.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Pericoli

Meritano l'attenzione dei medici esperienze quali la morte di una persona cara, oppure la perdita del lavoro, vissute nei 12 mesi prima della gestazione



SCIENZA ED ETICA

## Presta l'utero al figlio gay per farlo diventare padre E l'Europa adesso litiga sulla relazione pro aborto

■ Quando scienza e medicina violentano la natura: una donna madre di due figli e contemporaneamente «nonna» di uno di loro. Una sorta di incesto da laboratorio. Anne-Marie Casson, inglese di 46 anni, ha infatti dato alla luce un bimbo creato da un'ovulo avuto in donazione e fecondato dal figlio Kyle, ventiseienne omosessuale con l'incontenibile desiderio di diventare padre. Come fare, non volendo trovare e soprattutto «toccare» una donna? Il problema, al modico costo di circa 12 mila sterline, glielo hanno risolto mamma (che ha acconsentito all'inseminazione) e i medici di una clinica per la procreazione assistita. Il bebè è nato otto mesi fa e la vicenda si è saputa soltanto nei giorni scorsi quando un giudice ha dovuto decidere sulla posizione giuridica del piccino, quasi un «fratello» del padre, certo non geneticamente, ma partorito dallo stesso grembo che aveva visto nascere Kyle. Un utero che la donna ha «prestato» al figlio gay. Il giudice, di fronte al «surreale» caso non ha potuto far altro che escogitare un'altrettanto surreale soluzione: il padre del neonato, Miles, ufficialmente è lo stesso padre di Kyle, il quale però può adottare il bebè (che per la legge è suo fratello) e diventarne così il papà legale. La madre non si sa chi sia, lei è soltanto un'anonima donatrice, involontaria protagonista di questa mostruosità scientifica. Chi ripropone l'eterna questione su quali debbano esseri i limiti alle libero arbitrio.

Un tema che anche sul fronte opposto, ovvero quello dell'interruzione volontaria di gravidanza, scuote il Parlamento europeo. A provocare tensioni, sia nel fronte progressista sia in quello popolare, un paragrafo pro-aborto inserito in una relazione molto ampia sui progressi circa la parità tra uomini e donna. Un documento che viene presentato ogni anno, e che stavolta è stato curato da Marc Tarabella, sanguigno socialista italo-belga, celebre al grande pubblico di Youtube per aver più volte polemizzato con alcuni leghisti, da Matteo Salvini a Gianluca Buonanno. Tarabella sottolinea un dato ormai riconosciuto universalmente, confermato dai numeri dell'Organizzazione mondiale della Sanità. E cioè che il ricorso all'aborto è quasi identico sia nei Paesi dove è legale, sia dove non lo è. Inoltre, scrive che le donne devono avere il controllo della loro salute e dei loro diritti, a partire da quello di riprodursi «attraverso un accesso agevole alla contraccezione e all'aborto». Frasi che hanno già scatenato la protesta di molti.



## L'iniziativa. Educare alla sessualità, nasce la rete scuola-famiglia

### La proposta arriva da un convegno a Roma dell'Age Gandolfini (Scienza & Vita): la teoria del gender vuole destrutturare l'umano

Una rete tra associazioni, genitori, docenti ed educatori. È questo il primo risultato concreto della due giorni su affettività, sessualità e bellezza che si chiuderà oggi all'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum di Roma, dal titolo "Sapere per educare". La proposta arriva dal "Comitato Articolo 26" e da "Non si tocca la famiglia", a cui l'Age, l'Associazione genitori, ha dato il patrocinio insieme con altre associazioni, tra cui Agesc, Forum delle associazioni familiari, Scienza&Vita, Pro Vita. L'obiettivo è dedicare una particolare attenzione alle esigenze formative dei genitori, informandoli per formarli e formare su materie delicate, dalle teorie del gender alla scoperta di buoni progetti educativi per la scuola e la famiglia. «L'ampia partecipazione alla due giorni racconta il disagio di genitori, docenti ed educatori di fronte a quello che è un attacco all'umano – ha sottolineato la ginecologa Lodovica Carli, direttore del progetto educativo "La luna nel pozzo", che ha coordinato i lavori della mattina –. Recuperiamo la cittadinanza attiva, il ruolo attivo della famiglia, la generatività che non riguarda solo il proprio ambito familiare ma tutta la società. In gioco c'è il bene della società in un'ottica di alleanza con le istituzioni, le associazioni, la scuola, i mass media, i singoli cittadini».

La proposta è dunque quella di fare rete tra associazioni, genitori, insegnanti ed educatori su questi temi. In che modo? Creando «un luogo per incontrarci, confrontarci, condividere esperienze, storie, problemi, buone prassi», come quello offerto dal Forum delle associazioni familiari con "Il filo e la rete", una newsletter con questi scopi, a cui ciascuno può iscriversi.

«La teoria di genere è una costruzione artificiale, senza nessuna base scientifica o biologica, che ridurrebbe l'umano ad una sorta di essere vivente asessuato, in grado di sce-

gliere a quale "genere" appartenere». Dati scientifici alla mano, il neurochirurgo Massimo Gandolfini, vicepresidente nazionale di Scienza & Vita, ha aperto il seminario spiegando che «l'appartenenza sessuata di ciascun essere umano è un dato biologico indiscutibile, le cui fondamenta stanno nel nostro patrimonio genetico». Citando Orwell, Gandolfini ha affermato che «dire la verità è un atto di coraggio». E noi dobbiamo avere questo coraggio», anche perché «lo scopo dell'ideologia del gender è la destrutturazione dell'uomo» che si ottiene sul piano delle istituzioni politiche con la distruzione della famiglia.

«Cancellare la differenza dei profili maschili e femminili significa certo rimuovere possibili cause di discriminazione ma soprattutto vuol dire negare il profilo strutturalmente relazionale dell'essere umano – ha sottolineato Giuseppe Mari, ordinario di pedagogia generale all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano –. Per esserci relazione, ci dev'essere alterità. Per questo è necessario restituire diversità mentre c'è chi per essere *politically correct* insiste sull'indifferenza tra maschi e femmine. Il significato naturale, cioè originario, dell'essere maschio o femmina porta come conseguenza la differenza fatta per l'incontro. Uomo e donna sono diversi come identità ma sono identici come dignità» ha proseguito Mari, per il quale «la scuola, confrontandosi con la sfida dell'educazione all'affettività, è chiamata a proporre contenuti di insegnamento su cui c'è ampia convergenza della comunità che la riconosce come istituzione», mantenendo però un ruolo sussidiario verso «i genitori, titolari del diritto/dovere dell'educazione dei figli. Riguardo all'affettività – ha concluso Mari – la scuola non ha titolo per sostituire i genitori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nuove strategie dell'Organizzazione mondiale della sanità

# Salute femminile priorità internazionale

NEW DELHI, 7. Concentrarsi sulle donne – oltre che su neonati, bambini e adolescenti – che vivono in condizioni di fragilità è il punto chiave per raggiungere gli obiettivi della nuova *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health*, messa a punto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Lo scopo è mettere fine a tutte le morti evitabili di donne, bambini e adolescenti entro il 2030 e migliorare la salute e il benessere globali.

L'impegno è stato illustrato a New Delhi nelle stesse ore nelle quali l'Oms ricordava, in vista dell'8 marzo, come ragazze e adolescenti dei Paesi poveri siano le principali vittime di questa situazione da sanare. In particolare, proprio nei Paesi cosiddetti in via di sviluppo si concentrano il 95 per cento dei parti di ragazze minori, con la mortalità materna che rappresenta la seconda causa di morte fra le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

I contenuti della nuova strategia dell'Oms saranno delineati in una prima bozza che sarà condivisa con tutti gli attori interessati alla sua 68ª assemblea mondiale, per essere poi lanciata alla nuova sessione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite che incomincerà il prossimo settembre a New York.

Questo percorso, oltre alla necessità di concentrarsi sui gruppi più deboli della popolazione mondiale, punta a realizzare meccanismi di resistenza e flessibilità nei sistemi sanitari, a migliorare la qualità e l'equità della copertura sanitaria, e a lavorare per favorire il coinvolgimento delle donne nei progetti legati all'educazione, alla nutrizione, all'accesso all'acqua e ai sistemi igienici.



<http://www.corriere.it/salute/>

## Salute delle donne: il piano d'azione dell'Oms

*Individuate le minacce «da codice rosso». Focus sulla salute delle giovani sotto i 20 anni e sulla violenza verso le donne*

**di Mario Pappagallo**



Flavia Bustreo, di Padova, è vicedirettore generale per la Salute della famiglia, delle donne e dei bambini dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). È una delle massime esperte della salute e dei rischi delle donne in Italia e nel mondo. La sua sede è Ginevra ma spesso è a New York, nel Palazzo di Vetro. Per il 2015, l'Oms si è posto l'obiettivo di un piano d'azione contro le principali minacce per la salute della donna. Se ne occuperà la Bustreo, che è il medico donna tra le italiane che ha raggiunto il livello più alto di carriera nelle Nazioni unite, dopo aver fatto esperienza per contesti di guerra e Paesi in crisi. Ai vertici, sempre a fianco delle donne in difficoltà. Il nuovo piano d'azione per la salute delle donne dell'Oms è firmato proprio da lei.

**Ecco le minacce individuate per le quali c'è il codice rosso:**

- lotta alle due principali forme di tumore che interessano le donne (seno e collo dell'utero) che ogni anno continuano a mietere oltre un milione di vittime;
- salute riproduttiva e sessuale: oltre 222 milioni di donne nel mondo non hanno ancora accesso alla contraccezione;
- salute durante gravidanza e parto: nel 2013, oltre 300 mila donne sono morte per quello che dovrebbe essere il momento più bello della loro vita;
- Aids e virus Hiv; 4.malattie sessualmente trasmissibili: Hiv e Papilloma virus in testa, seguono clamidia, gonorrea e sifilide (la sifilide non curata è responsabile di oltre 200 mila morti fetali ogni anno);
- violenza fisica e sessuale: 1 donna su 3 ha subito una violenza con effetti drammatici sulla salute fisica e psicologica;
- salute mentale: le donne sono più esposte a disturbi come ansia, depressione e malattie psicosomatiche;
- malattie non trasmissibili (incidenti d'auto, abuso di fumo, alcol, uso di sostanze stupefacenti e obesità). Sull'obesità, il 50% delle donne in Europa e America è in sovrappeso.

**Attenzione particolare alle giovani donne** (sotto i 20 anni), per 13 milioni di loro la salute riproduttiva e sessuale è a rischio. Siamo a 20 anni dalla dichiarazione di Pechino e l'impegno globale per l'uguaglianza di genere va rinnovato, rilanciato e accelerato. Il 9 marzo se ne parlerà nella sede dell'Onu. «Quando penso alle donne e alla loro salute ritengo che abbiamo fatto molti progressi negli ultimi 20 anni - dice Flavia Bustreo -. Con la divisione che dirigo abbiamo ottenuto dei risultati importanti in molti Paesi nel mondo, sia per la salute riproduttiva e sessuale sia per l'educazione. Ma la strada da fare è ancora lunga per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere, poiché in molti Paesi il potere e la salute delle donne è ancora una chimera e non solo loro ne pagano le conseguenze».

**Questione prioritaria all'attenzione dell'Oms è la violenza sulle donne:** oggi, nel mondo, infatti, una donna su tre sotto i 50 anni ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale. Queste hanno il doppio delle probabilità di cadere vittima della depressione o dell'alcolismo. Hanno 4,5 volte più probabilità di tentare il suicidio. Il rischio di partorire neonati sottopeso è del 16% superiore alla norma e, in alcune regioni del mondo, 1,5 volte in più è il rischio di contrarre una infezione sessualmente trasmissibile incluso l'Hiv (il virus dell'Aids) rispetto alle donne non abusate. Peraltro, le donne sono le più inclini a disturbi di ansia, depressione e malattie psicosomatiche. E la violenza sulle donne in Italia? «Siamo stati uno fra i primi Paesi a ratificare la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (conosciuta come Convenzione di Istanbul), entrata in vigore solo recentemente nell'agosto 2014», aggiunge la Bustreo e, quindi, l'Oms. La Convenzione costituisce il primo strumento internazionale vincolante sul piano giuridico per prevenire e contrastare la violenza contro le donne e la violenza domestica.

**Il testo si fonda su tre pilastri - prevenzione, protezione e punizione**, ponendo particolare enfasi sui primi due, gli unici in grado di sradicare una violazione dei diritti umani ormai sistemica in Europa e particolarmente grave. Purtroppo, sono ancora molti i Paesi europei che non hanno ratificato il testo. Sono sedici quelli che hanno sottoscritto la Convenzione. In Italia l'attenzione è massima, ma nonostante la ratifica nel settembre 2013 il problema resta. Soprattutto da parte delle donne che gli abusi li subiscono. Conclude la Bustreo: «Oltre 100 donne ogni anno vengono uccise in Italia per mano di un uomo. Nella maggior parte dei casi il colpevole è un partner o un ex partner. Gli uomini di casa, mariti, compagni, fidanzati, padri. Solo in rare circostanze si tratta di uno sconosciuto. Ma la violenza domestica è un crimine che in Italia non viene denunciato in oltre il 90% dei casi». Anche questo va cambiato e non bastano le Convenzioni. Occorre una nuova cultura della parità di genere.



Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

## Adroterapia oncologica, il ministro Lorenzin al CNAO

«Proporrò di inserirla nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza»

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha visitato a Pavia il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), uno dei 4 centri al mondo, l'unico in Italia, in grado di curare i tumori più aggressivi, resistenti alla radioterapia e non operabili, grazie a fasci di particelle subatomiche (protoni e ioni carbonio) prodotti da un acceleratore simile a quello del CERN di Ginevra. In Italia sono circa 3000 i pazienti che hanno bisogno di queste cure, ma, in attesa che l'adroterapia sia inserita definitivamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), come chiesto dal ministro Lorenzin, vi sono grandi difficoltà ad accedere alle cure: le terapie del CNAO sono riconosciute gratuitamente, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, solo dalle Regioni Lombardia e Emilia Romagna. I pazienti delle altre regioni, per accedere ai trattamenti, devono chiedere autorizzazione alle loro Asl con lunghe attese burocratiche. Il presidente del CNAO, Erminio Borloni, ha dichiarato: «È importante che questa terapia sia inserita nei Lea e messa a disposizione di tutte le persone che ne hanno bisogno. Grazie alla nostra tecnologia, che ha già ottenuto la marchiatura CE e ha superato ogni test di sicurezza richiesto dal Ministero della Salute, siamo già pronti per partire con nuove terapie per i melanomi oculari e per i tumori al polmone e pediatrici. Su questo punto attendiamo solo l'autorizzazione dell'Istituto Superiore di Sanità». **(I. SER.)**



SALUTE

# Perché si scatena il mal di schiena

Nella classifica delle cause di lombalgia acuta i movimenti scomposti sono primi, meno pericoloso lo sport, attività sessuale (quasi) assolta

## Postura

Una posizione scorretta aumenta di circa otto volte il pericolo di «attacco»

## Sforzo

Anche sollevare un peso tenendolo lontano dal corpo incrementa il rischio

## Momento critico

Al risveglio si è più esposti, in quanto i muscoli sono meno «pronti»

**A** volte basta poco: alzarsi dal letto con un movimento brusco, sollevare le buste della spesa con troppo slancio. Ed eccolo, un mal di schiena da veder le stelle. Succede a oltre l'80 per cento di noi almeno una volta nella vita, e sempre più spesso man mano che passa il tempo (dopo i 50 una persona su due ha un mal di schiena acuto almeno una volta all'anno).

Ma che cosa scatena il dolore? Capirlo potrebbe aiutare a evitare comportamenti o abitudini a rischio, così un gruppo di ricercatori australiani ha provato a rispondere alla domanda analizzando rigorosamente un migliaio di casi.

Al primo posto fra le cause di lombalgia acuta è risultato il distrarsi mentre si sta compiendo un'azione che richiede l'uso della colonna vertebrale. «Il movimento "classico" che provoca una lesione è la flessione e rotazione, ad esempio piegarsi in avanti ruotando il tronco da un lato — spiega Davide Albertoni, membro del consiglio nazionale dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI) e presidente nazionale del Gruppo Terapia Manuale (GTM) —. Essere concentrati nel gesto rende meno probabile sbagliarlo e quindi farsi male, se invece si è distratti perché, ad esempio, qualcuno ci chiama all'improvviso o si perde l'equilibrio è più facile "scomparire" durante il movimento, creando i presupposti perché si manifesti un mal di schiena acuto».

Stare in una posizione scorretta aumenta di circa otto volte il pericolo di lombalgia, mentre sollevare un peso tenendolo lontano dal corpo incrementa la probabilità di circa sei volte. Seguono le azioni che coinvolgono persone o animali

(come aiutare qualcuno non autosufficiente ad alzarsi dal letto, o giocare con un cane di grandi dimensioni), sollevare un carico pesante, muovere qualcosa difficile da "maneggiare" o in posizione instabile (un classico, spostare un grosso vaso senza aiutarsi con un carrello). Meno pericolosi l'esercizio fisico, anche quello più vigoroso, o l'essere affaticati. Scagionata in pieno l'attività sessuale, che non sembra affatto connessa a un maggior rischio di mal di schiena, fuorché in età avanzata (dopo i 60 pare triplicare la probabilità).

«Per i pazienti è in genere difficile capire che cosa provochi il dolore — osserva Stefano Negrini, docente di medicina fisica e riabilitativa dell'Università di Brescia-Fondazione Don Gnocchi e direttore scientifico di ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale) di Milano —. Spesso però la lombalgia acuta ricompare sempre nello stesso punto e con le stesse modalità, per asimmetrie scheletriche che ne favoriscono lo sviluppo o perché una vecchia lesione resta come punto debole. Ognuno, quindi, può imparare quale sia l'elemento scatenante da evitare».

La ricerca australiana dimostra che si è più esposti al mal di schiena acuto nelle prime ore del mattino, quando la muscolatura è meno pronta a sostenere i movimenti e i dischi intervertebrali sono più a rischio: durante la notte, infatti, si "nutrono" imbibendosi di liquido (tanto che appena alzati siamo più alti di un paio di centimetri), per poi svuotarsi pian piano dopo che si è assunta la posizione eretta. «Perciò, subito dopo essersi alzati la colonna è più in tensione — riprende Negrini — e in questa fase anche mettersi le calze può sca-

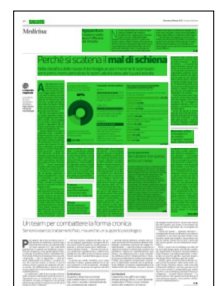
tenere un mal di schiena. Invece, il materasso raramente ne è responsabile, piuttosto la lombalgia del mattino può dipendere da qualcosa che abbiamo fatto il giorno prima. Attenzione anche ai lunghi viaggi in auto: le vibrazioni possono mettere in crisi la schiena; prima di scaricare i bagagli meglio fare una piccola passeggiata per "distendere" la colonna».

Il mal di schiena acuto colpisce più le donne degli uomini, chi è alto rispetto a chi è basso di statura, chi è sovrappeso o sottopeso marcato e chi è sedentario o, al contrario, è fanatico dello sport.

Posto che spesso il dolore passa da solo in pochi giorni — più della metà dei casi si risolve entro una settimana e quasi tutti entro un mese —, come affrontarlo? «Bisogna continuare le consuete attività, se possibile andando al lavoro e muovendosi come al solito: starsene a letto rallenta la guarigione — dice Albertoni —. Se il fastidio è intollerabile o comporta disabilità, ad esempio non consente di camminare o guidare, ci si può rivolgere a uno specialista della colonna o a un fisioterapista già nei primi giorni: esercizi e mobilizzazioni possono migliorare il dolore e la postura, spesso alterata dal mal di schiena acuto. Si anche agli antinfiammatori: non c'è un farmaco che si sia dimostrato più efficace degli altri e le iniezioni non danno maggior beneficio, meglio un prodotto per bocca». «I medicinali servono a ridurre i sintomi, un po' come quando curiamo il raffreddore, ma in sostanza dobbiamo aspettare che il mal di schiena passi. Consigli? Non mantenere la stessa posizione a lungo e non stare a letto: più stiamo sdraiati, peggio è» conclude Negrini.

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## SALUTE

# Un team per combattere la forma cronica

Servono esercizi, trattamenti fisici, ma anche un supporto psicologico

### Evoluzione

Quando il disturbo si protrae può trasformarsi in una sindrome bio-psico-sociale, inevitabilmente più complessa da trattare

**P**uò capitare che il mal di schiena non voglia saperne di andarsene e giorno dopo giorno diventi cronico, cioè persista oltre 3-6 mesi: succede al 5-7 per cento della popolazione e in questi casi la gestione è parecchio più complessa, come spiega Stefano Negrini, docente di medicina fisica e riabilitativa dell'Università di Brescia-Fondazione Don Gnocchi. «Il paziente — dice lo specialista — evita gli sforzi, indebolendo così il fisico, e si sottrae anche alle relazioni sociali, al lavoro: il mal di schiena cronico è perciò una sindrome bio-psico-sociale, che difficilmente si risolve da sola e che per questo deve essere affrontata in maniera multidisciplinare».

Lo confermano i dati di una recente revisione della Cochrane Collaboration (ente di ricerca indipendente per la valutazione della ricerca scientifica), secondo cui l'approccio che prevede più di uno specialista è vincente in caso di mal di schiena cronico "resistente".

«Servono esercizi, trattamenti fisici, ma anche un supporto psicologico: occuparsi del dolore senza curarsi di quel che accade intorno al paziente e nella sua mente non è sufficiente — osserva Stefano Negrini —. Il lavoro in team riesce a migliorare la qualità di vita e a ridurre la disabilità: per chi soffre di mal di schiena cronico riuscire a portare i sacchetti della spesa è un successo».

In questi casi, infatti, l'obiettivo non è tanto eliminare il dolore, quanto piuttosto far sì che non condizioni la vita del paziente. «Il fastidio può diminuire, ma spesso non sparisce del tutto — ammette Davide Albertoni, membro del consiglio nazionale dell'Associazione Italiana Fisioterapisti e presidente nazionale del Gruppo Terapia Manuale —. Quel che conta è recuperare la capacità di svolgere le attività della normale vita quotidiana: l'approccio multidisciplinare può aiutare, con programmi più o meno intensivi che sfruttano esercizi, trattamenti fisici e biologici (come la stimolazione elettrica transcutanea

### Limitazioni

Il paziente che soffre da molto tempo evita gli sforzi, e così facendo indebolisce il fisico, ma si sottrae anche alle relazioni e al lavoro

o TENS, ndr), supporti occupazionali e psicologici. Gli studi hanno mostrato che in questi pazienti "difficili" la gestione multidisciplinare dà risultati simili alla chirurgia, che però è gravata da maggiori eventi avversi e da un costo ancora più alto di quello, già elevato, di una terapia che preveda diversi specialisti che si occupano del malato».

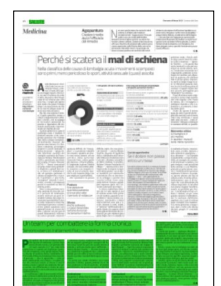
«Anche per questo — aggiunge Albertoni — il trattamento in team va riservato ai casi davvero complicati, in cui siano già state tentate senza successo strade più semplici: una persona con mal di schiena cronico da tre mesi o poco più può ancora guarire con un trattamento conservativo».

Perciò, a meno che la lombalgia non duri già da mesi (più tempo passa, più diventa comunque improbabile il recupero), in prima battuta ci si può rivolgere a un singolo specialista. La fisioterapia con esercizi specifici, associata magari a una terapia fisico-biologica, può fare molto.

«Inoltre, spesso il mal di schiena diventa cronico perché il paziente è stato curato male: corsetti o busti, cortisone, riposo a letto sono tutti trattamenti inefficaci, così una persona che di per sé non avrebbe le caratteristiche per andare incontro a una lombalgia persistente finisce per svilupparla — fa notare Davide Albertoni —. La buona notizia è che in questi casi basta trovare la cura giusta per guarire, senza passare dall'approccio multidisciplinare».

**E. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# CorriereSalute

● Il numero

A trent'anni si dovrebbe iniziare a «capitalizzare» il benessere

## 11

Gli anni di buona salute che si possono guadagnare, in media, secondo uno studio Usa, iniziando a controllare per tempo sovrappeso, ipertensione e diabete

**N**el tempo, quanto si può guadagnare in salute evitando tre noti fattori di rischio? L'ha calcolato uno studio americano valutando dati di oltre 18 mila persone tenute sotto controllo per 40 anni.

Tirando le somme, i ricercatori hanno concluso che impegnandosi fin dai 30 anni a contrastare la tendenza al sovrappeso e a controllare ipertensione e diabete si guadagnano tra gli 11 e i 13 anni di buona salute, riducendo significativamente, fra l'altro, il rischio di insufficienza cardiaca, patologia cronica dovuta all'incapacità del cuore di pompare verso l'organismo la necessaria quantità di sangue. I dati dello studio indicano infatti che i 45enni sani che hanno in seguito sofferto di insufficienza cardiaca hanno manifestato i primi sintomi intorno agli 80 anni, mentre i loro coetanei con chili di troppo, diabetici e ipertesi hanno iniziato a fare i conti con la malattia già dalla fine dei 60 anni.



## SALUTE

# Protegge i reni chi abbonda con frutta e verdura, limitando carne e salumi

### Scelte «virtuose»

Anche i consumi di formaggi, pesce e uova andrebbero moderati, prediligendo le fonti vegetali di proteine, come i legumi

**F**rutta e verdura fanno bene ai reni, soprattutto a quelli che non funzionano più a dovere: uno studio pubblicato sul *Journal of the American Society of Nephrology* ha di recente dimostrato che una dieta che privilegi i vegetali è l'ideale per chi soffre di una malattia renale cronica, mentre se si esagera con la carne il rischio di insufficienza renale e dialisi può addirittura triplicare. I dati arrivano da un'indagine in cui sono stati seguiti, per quasi 14 anni, poco meno di 1500 pazienti con una patologia renale cronica. A cadenza regolare tutti i partecipanti hanno risposto a un questionario sulle loro abitudini alimentari e, nel frattempo, sono state registrate le variazioni dei parametri correlati alla salute dei reni.

I risultati appaiono chiari: un elevato consumo di cibi acidi, per lo più carne e derivati, si associa a una più rapida progressione verso l'insufficienza renale e la dialisi. Il rischio addirittura triplica rispetto a quello registrato nei pazienti che invece portano in tavola soprattutto cibi poco acidi, come la frutta e la verdura.

«Il "carico di acidi" provenienti dalla dieta è strettamente connesso alla velocità di progressione della malattia — dice Tanushree Banerjee, coordinatrice della ricerca e nefrologa dell'Università della California, a San Francisco —. Da tempo si pensa che a una maggior quantità di cibi acidi sia associato un peggioramento della funzionalità renale, tanto che alcuni studi hanno mostrato come integratori alcalini, che hanno un'azione contraria, possano rallentare il danno. Questi nostri nuovi dati non fanno che confermare i sospetti che già avevamo».

Un carico acido maggiore, infatti, fa sì che i reni, per mantenere l'equilibrio del pH dell'organismo, aumentino l'escrezione degli acidi attraverso "adattamenti" della funzione che possono essere nocivi, soprattutto quando questi organi sono già "sotto sforzo" e non lavorano a dovere per colpa di una malattia cronica.

In Italia circa due milioni e mezzo - tre milioni di persone soffrono di una nefropatia cronica, con una riduzione della funzionalità renale più o

meno consistente: purtroppo molti non ne sono consapevoli, ma se non si interviene per tempo, la perdita della capacità dei reni di filtrare il sangue depurandolo da scorie e sali minerali in eccesso può essere completa, fino a una vera e propria insufficienza renale.

A tavola, però, come confermano i dati raccolti oltreoceano, chi già ha una malattia cronica in atto può fare molto per rallentare i danni: ridurre la carne è un primo passo, non solo per diminuire il carico acido, ma anche per contenere la quantità di proteine, visto che un eccesso proteico, come già si sa da tempo, tende ad affaticare troppo i reni.

Meglio, perciò, limitare la carne, ma anche i salumi, i formaggi, il pesce, le uova, prediligendo le fonti vegetali di proteine, come i legumi. Nei pazienti con malattia renale avanzata può essere inoltre consigliabile optare per cibi a-proteici, ovvero pane, pasta, riso, biscotti, che siano prodotti con farine speciali senza proteine.

Anche fosforo, potassio e sodio devono essere tenuti sotto controllo dai pazienti con problemi renali: i reni affaticati sono meno capaci di eliminare questi minerali dal sangue, con il rischio che si accumulino, provocando ad esempio aritmie cardiache. Per abbassare il consumo di fosforo occorre dare la preferenza, ancora una volta, a frutta e verdura fresche, limitando invece i cibi che sono ricchi di questo elemento, come il pesce, i formaggi (soprattutto quelli stagionati), il tuorlo d'uovo, il lievito di birra, la frutta secca.

Per contenere i livelli di potassio meglio moderare il consumo di frutta secca e disidratata; via libera invece a olio, miele, frutta fresca.

Il sodio, infine, si riduce dando un taglio non solo al sale da cucina, ma anche diminuendo l'uso di dadi per il brodo, insaccati, snack e cibi in salamoia o in scatola.

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

# Che cos'è la **pericardite**? Ed è grave?

## Lo specialista

La membrana esterna del cuore si infiamma, di solito per infezioni non preoccupanti

**U**n dolore forte al torace e subito si pensa a un infarto. In realtà, questo sintomo può essere il segnale anche di un'altra condizione che riguarda il cuore, di solito meno grave: la pericardite.

«La pericardite è un'infiammazione del pericardio, la membrana che avvolge, protegge e sostiene il cuore — spiega Filippo Crea, professore di cardiologia all'Università Cattolica di Roma e direttore del Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli di Roma —. Questa struttura è composta da due strati: il *pericardio fibroso*, più esterno e il *pericardio sieroso*, più interno. Quest'ultimo è a sua volta costituito da due foglietti: il *parietale* e il *viscerale* a diretto contatto con la parete cardiaca. Tra i due foglietti si trova una piccola quantità di liquido che facilita lo scorrimento. Nella forma più comune di pericardite, detta *essudativa*, l'infiammazione determina un aumento del liquido pericardico, causando alcuni sintomi caratteristici. Una forma decisamente più rara di pericardite è quella *costrittiva* in cui l'infiammazione comporta un indurimento del pericardio, portando così il cuore a essere costretto dentro a un guscio duro che ne limita i movimenti».

### Quali sono le cause?

«Le infezioni virali sono la causa più comune di pericardite essudativa che, più di rado, può essere legata anche ad altre condizioni, per esempio, un tumore del polmone o della membrana che lo riveste (pleura), o una malattia

reumatica autoimmune come l'artrite reumatoide e il lupus eritematoso sistemico. In casi sporadici si può avere anche la cosiddetta pericardite uremica nei soggetti che fanno dialisi. La pericardite costrittiva è, invece, quasi sempre causata dalla tubercolosi, anche se in alcuni casi può essere una conseguenza a lungo termine di un intervento chirurgico al cuore».

### Quali sono i sintomi?

«In genere la pericardite essudativa si manifesta con quell'insopportabile dolore al petto che fa pensare all'infarto. Anche in questo caso il dolore può talvolta irradiarsi al braccio, ma con la differenza, rispetto all'infarto, di essere sensibile alla posizione (in alcune posizioni si avverte meno male che in altre) e agli atti respiratori. La pericardite costrittiva, in genere, si manifesta con stanchezza, accompagnata da gonfiore alle caviglie».

### Che cosa si può fare?

«Nel momento in cui si avverte un forte dolore al torace è sempre buona regola andare in ospedale dove i medici, con pochi e semplici esami potranno subito capire se si tratta di un infarto o di una pericardite e quindi, in questa seconda circostanza, rassicurare il paziente.

«Di solito in prima battuta si fa un elettrocardiogramma: un'attenta lettura indirizza verso la diagnosi corretta. Il passo successivo è eseguire un ecocardiogramma che permette di valutare lo stato del pericardio ed evidenziare un eventuale versamento pericardico.

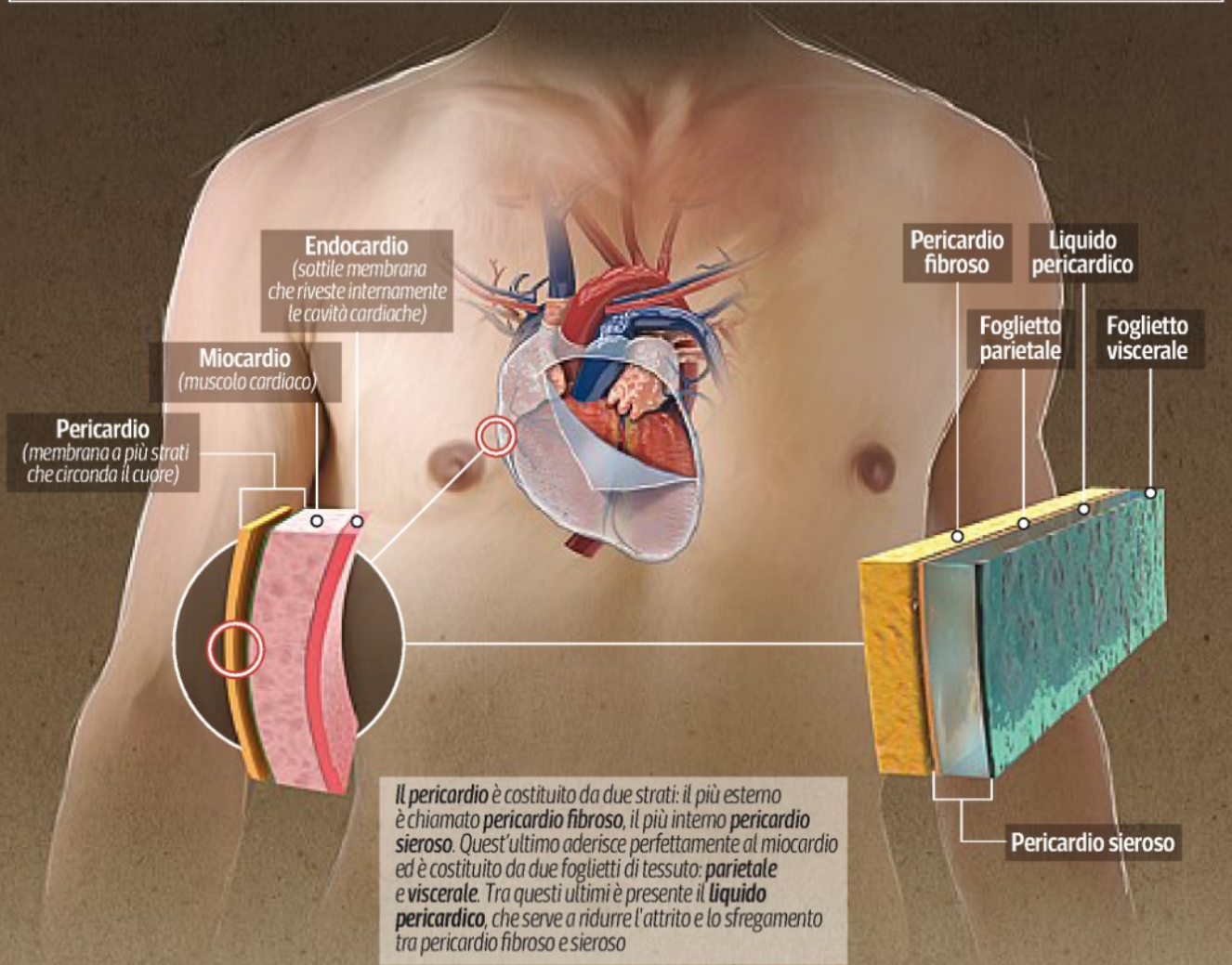
«Se si sospetta che la pericardite sia legata a qualche malattia specifica, bisogna identificarla e curarla, in questo modo si risolverà anche l'infiammazione del pericardio. Se tutto parte invece da un'infezione virale, come accade nella maggior parte dei casi, si ricorre a una terapia sintomatica: antinfiammatori per ridurre l'infiammazione e dolore, e a colchicina per favorire il riassorbimento del liquido pericardico in eccesso. «Un trattamento corretto porta quasi sempre alla rapida e completa guarigione. Eventuali complicanze (si veda il box in alto) sono infatti molto rare».

**Antonella Sparvoli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La **pericardite** è un'infezione del pericardio, la membrana che riveste il cuore e che ha il compito di mantenerlo in sede e di proteggerlo dagli attacchi esterni. Esistono due tipi principali di pericardite: **costrittiva** ed **essudativa**



PERICARDITE COSTRITTIVA	
	In questa forma molto rara il pericardio diventa un guscio rigido che stringe il cuore come in una morsa
<b>LE CAUSE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>La causa più comune è la tubercolosi</li><li>Più di rado può essere una conseguenza a lungo termine di un precedente <b>intervento chirurgico a cuore aperto</b></li></ul>
<b>I SINTOMI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Quando il pericardio diventa una corazza molto rigida, appaiono alcuni sintomi tipici che spingono a contattare il medico:<ul style="list-style-type: none"><li><b>Gonfiore alle caviglie (edema)</b></li><li><b>Sensazione di stanchezza</b></li></ul></li></ul>

PERICARDITE ESSUDATIVA	
	È la più comune ed è caratterizzata dal versamento di liquido infiammatorio tra i due foglietti del pericardio
<b>LE CAUSE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Nella maggior parte dei casi è legata a un'<b>infezione virale</b></li><li>Altre cause meno comuni comprendono: <b>malattie reumatiche autoimmuni, dialisi (pericardite uremica), tumori (polmone e pleura), scompenso cardiaco grave</b></li></ul>
<b>I SINTOMI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Il sintomo caratteristico è il <b>dolore al torace</b> che può simulare quello dell'infarto con la differenza che è sensibile alla posizione e agli atti del respiro (<i>in genere migliora quando ci si piega un po' in avanti</i>)</li></ul>



## LA DIAGNOSI

- Il dolore toracico è sempre un'emergenza, per cui bisogna recarsi al pronto soccorso per escludere che si tratti di un infarto
- Gli esami utili per diagnosticare la pericardite sono

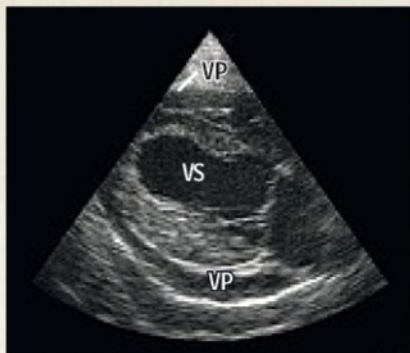
### Elettrocardiogramma

A prima vista può simulare quello di un infarto, ma se si presta attenzione si colgono chiare differenze

### Ecocardiografia

Nel caso della pericardite essudativa mostra con chiarezza la presenza di abbondante liquido tra i foglietti del pericardio

- Il passo successivo è valutare la possibile causa di pericardite, perché la terapia è diversa a seconda che l'infiammazione sia legata a una malattia autoimmune piuttosto che a un'infezione virale



Ecocardiografia: il versamento pericardico (VP) si interpone tra il ventricolo sinistro (VS) e il foglietto parietale

## LE CURE

- Il trattamento dipende dalla causa della pericardite. Quando l'infiammazione è secondaria ad altre condizioni (*tumore, dialisi, malattie autoimmuni, tubercolosi*) bisogna intervenire su quelle
- La **pericardite virale** è una malattia benigna che, in genere, si risolve autonomamente con il riposo e il ricorso a farmaci antinfiammatori per attenuare il dolore; di solito si usano i farmaci antinfiammatori non steroidei (*Fans*), più di rado il cortisone. Per accelerare il riassorbimento di liquido tra i foglietti pericardici si utilizza la colchicina
- L'unico trattamento possibile per la **pericardite costrittiva** è un intervento chirurgico di «decorticazione» per rimuovere il «guscio» che ingabbia il cuore. I risultati dell'intervento, se l'indicazione è corretta, sono eccellenti

## LE COMPLICANZE

### TAMPONAMENTO CARDIACO

Si tratta di una complicanza molto rara che si instaura quando il liquido pericardico aumenta in modo considerevole (*versamento pericardico severo*), tanto che l'attività del cuore è seriamente compromessa. In questi casi si utilizza un catetere che viene introdotto nel pericardio sotto guida ecografica, con lo scopo di aspirare il liquido in eccesso

### PERICARDITE RICORRENTE

In alcuni casi, la pericardite (*soprattutto le forme virali*) può ripresentarsi una volta interrotta l'assunzione di farmaci. In questi casi occorre sospendere in modo più graduale i farmaci antinfiammatori



### Filippo Crea

Professore di cardiologia all'Università Cattolica di Roma e direttore del Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli di Roma

# Alendronato e vitamina D, le due guardie per combatterla Osteoporosi, ladra di ossa silenziosa e sottovalutata

FLAVIA MARINCOLA

■ ■ ■ Solo in Italia colpisce più di 5 milioni di persone. Capace di togliere qualità di vita ma anche di portare all'invalidità. Eppure la malattia non è considerata. Infatti, solo il 24,5% degli italiani (è l'Istat a dirlo) dopo i 45 anni si sottopone a un controllo in assenza di sintomi. Ma, la frattura da fragilità ossea, è il primo campanello d'allarme che la situazione è già seria e compromessa. Ma se ben gestita la malattia non deve far paura ma nonostante questo appena il 24% di chi dovrebbe seguire una terapia si vede prescrivere il farmaco (lo rivelano i dati Aifa) e di questi il 12% abbandona. Da vittime a complici. Perché non basta bere un bicchiere di latte o assumere un po' di vitamina D per combattere l'osteoporosi. Addirittura servono due guardie per una ladra: il principio attivo, l'alendronato, e la vitamina D, che lavorando in stretta sinergia in un'unica as-

## PER I MEDIA UN PREMIO GIORNALISTICO

La FEDIOS (Federazione Italiana Osteoporosi e Malattie dello Scheletro), in collaborazione con SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro), anche quest'anno lanciano il Premio giornalistico scientifico 'Osteoporosi: la malattia di cui non si conoscono i rischi' sulla prevenzione dell'osteoporosi, allo scopo di diffondere una maggiore conoscenza dell'osteoporosi e, soprattutto, sulla sua prevenzione. Per maggiori dettagli sulle modalità di partecipazione consultare il bando del Concorso disponibile sul sito della FEDIOS all'indirizzo [www.fedios.org](http://www.fedios.org) e sul sito della SIOMMMS all'indirizzo [www.siommmms.it](http://www.siommmms.it). (F. MAR.)



sunzione settimanale, consentono una gestione della malattia più semplice ed efficace. La terapia con alendronato/coleciferolo è una delle strategie terapeutiche a disposizione del

medico per combattere l'osteoporosi. L'osteoporosi non fa paura perché non si conosce, perché la si considera un 'acciacco' dell'età. È per questo che la Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS) insieme alla Federazione Italiana Osteoporosi e Malattie dello Scheletro (FEDIOS) hanno realizzato una campagna informativa, 'Osteoporosi-Storia di una Ladra di Ossa' resa possibile grazie al contributo non condizionante di MSD Italia: un opuscolo informativo rivolto ai pazienti con consigli pratici su come prevenire e gestire 'la ladra di ossa'.

<http://www.corriere.it/salute/>

## Salute delle donne: il piano d'azione dell'Oms

*Individuate le minacce «da codice rosso». Focus sulla salute delle giovani sotto i 20 anni e sulla violenza verso le donne*

**di Mario Pappagallo**



Flavia Bustreo, di Padova, è vicedirettore generale per la Salute della famiglia, delle donne e dei bambini dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). È una delle massime esperte della salute e dei rischi delle donne in Italia e nel mondo. La sua sede è Ginevra ma spesso è a New York, nel Palazzo di Vetro. Per il 2015, l'Oms si è posto l'obiettivo di un piano d'azione contro le principali minacce per la salute della donna. Se ne occuperà la Bustreo, che è il medico donna tra le italiane che ha raggiunto il livello più alto di carriera nelle Nazioni unite, dopo aver fatto esperienza per contesti di guerra e Paesi in crisi. Ai vertici, sempre a fianco delle donne in difficoltà. Il nuovo piano d'azione per la salute delle donne dell'Oms è firmato proprio da lei.

**Ecco le minacce individuate per le quali c'è il codice rosso:**

- lotta alle due principali forme di tumore che interessano le donne (seno e collo dell'utero) che ogni anno continuano a mietere oltre un milione di vittime;
- salute riproduttiva e sessuale: oltre 222 milioni di donne nel mondo non hanno ancora accesso alla contraccezione;
- salute durante gravidanza e parto: nel 2013, oltre 300 mila donne sono morte per quello che dovrebbe essere il momento più bello della loro vita;
- Aids e virus Hiv; 4.malattie sessualmente trasmissibili: Hiv e Papilloma virus in testa, seguono clamidia, gonorrea e sifilide (la sifilide non curata è responsabile di oltre 200 mila morti fetali ogni anno);
- violenza fisica e sessuale: 1 donna su 3 ha subito una violenza con effetti drammatici sulla salute fisica e psicologica;
- salute mentale: le donne sono più esposte a disturbi come ansia, depressione e malattie psicosomatiche;
- malattie non trasmissibili (incidenti d'auto, abuso di fumo, alcol, uso di sostanze stupefacenti e obesità). Sull'obesità, il 50% delle donne in Europa e America è in sovrappeso.

**Attenzione particolare alle giovani donne** (sotto i 20 anni), per 13 milioni di loro la salute riproduttiva e sessuale è a rischio. Siamo a 20 anni dalla dichiarazione di Pechino e l'impegno globale per l'uguaglianza di genere va rinnovato, rilanciato e accelerato. Il 9 marzo se ne parlerà nella sede dell'Onu. «Quando penso alle donne e alla loro salute ritengo che abbiamo fatto molti progressi negli ultimi 20 anni - dice Flavia Bustreo -. Con la divisione che dirigo abbiamo ottenuto dei risultati importanti in molti Paesi nel mondo, sia per la salute riproduttiva e sessuale sia per l'educazione. Ma la strada da fare è ancora lunga per i diritti delle donne e l'uguaglianza di genere, poiché in molti Paesi il potere e la salute delle donne è ancora una chimera e non solo loro ne pagano le conseguenze».

**Questione prioritaria all'attenzione dell'Oms è la violenza sulle donne:** oggi, nel mondo, infatti, una donna su tre sotto i 50 anni ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale. Queste hanno il doppio delle probabilità di cadere vittima della depressione o dell'alcolismo. Hanno 4,5 volte più probabilità di tentare il suicidio. Il rischio di partorire neonati sottopeso è del 16% superiore alla norma e, in alcune regioni del mondo, 1,5 volte in più è il rischio di contrarre una infezione sessualmente trasmissibile incluso l'Hiv (il virus dell'Aids) rispetto alle donne non abusate. Peraltro, le donne sono le più inclini a disturbi di ansia, depressione e malattie psicosomatiche. E la violenza sulle donne in Italia? «Siamo stati uno fra i primi Paesi a ratificare la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (conosciuta come Convenzione di Istanbul), entrata in vigore solo recentemente nell'agosto 2014», aggiunge la Bustreo e, quindi, l'Oms. La Convenzione costituisce il primo strumento internazionale vincolante sul piano giuridico per prevenire e contrastare la violenza contro le donne e la violenza domestica.

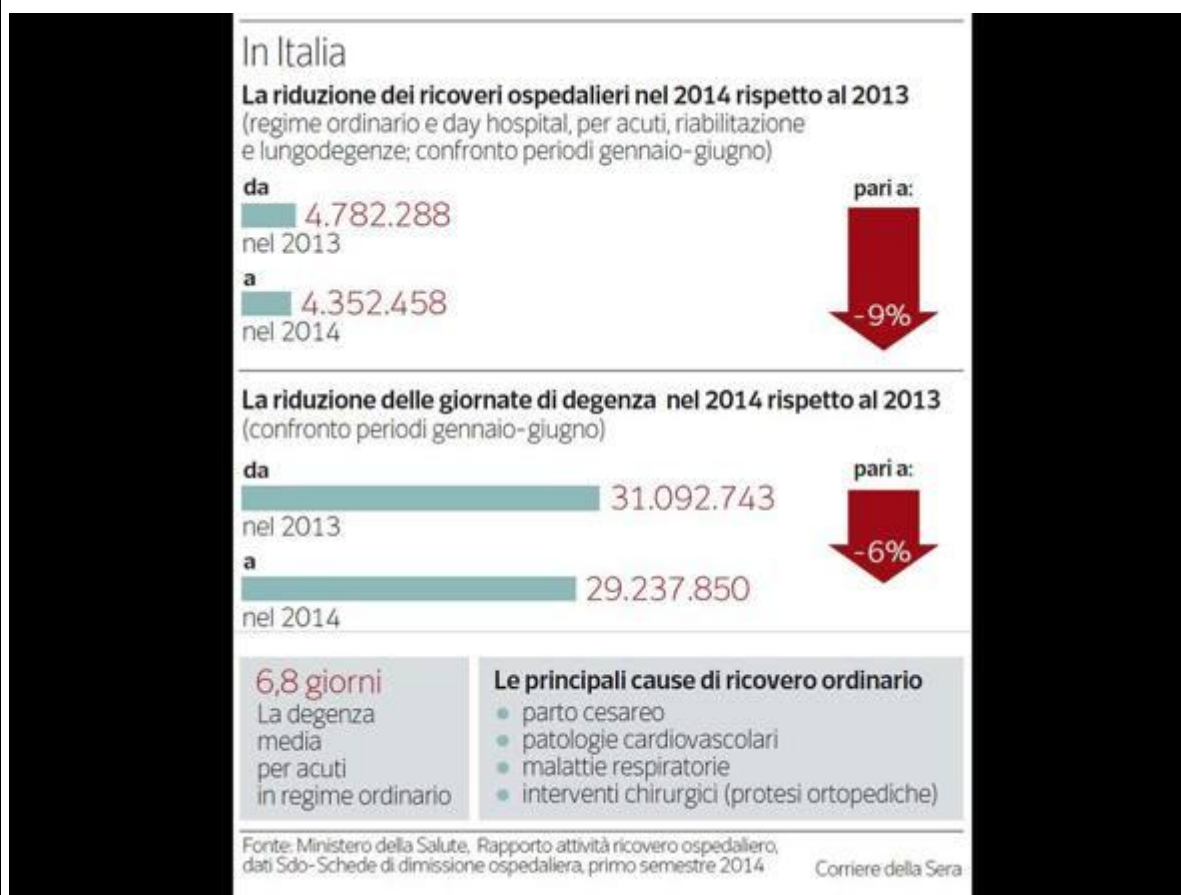
**Il testo si fonda su tre pilastri - prevenzione, protezione e punizione**, ponendo particolare enfasi sui primi due, gli unici in grado di sradicare una violazione dei diritti umani ormai sistemica in Europa e particolarmente grave. Purtroppo, sono ancora molti i Paesi europei che non hanno ratificato il testo. Sono sedici quelli che hanno sottoscritto la Convenzione. In Italia l'attenzione è massima, ma nonostante la ratifica nel settembre 2013 il problema resta. Soprattutto da parte delle donne che gli abusi li subiscono. Conclude la Bustreo: «Oltre 100 donne ogni anno vengono uccise in Italia per mano di un uomo. Nella maggior parte dei casi il colpevole è un partner o un ex partner. Gli uomini di casa, mariti, compagni, fidanzati, padri. Solo in rare circostanze si tratta di uno sconosciuto. Ma la violenza domestica è un crimine che in Italia non viene denunciato in oltre il 90% dei casi». Anche questo va cambiato e non bastano le Convenzioni. Occorre una nuova cultura della parità di genere.

<http://www.corriere.it/salute/>

## Usiamo meglio gli ospedali: ricoveri in diminuzione, ma anche posti letto

*I dati del Ministero della Salute: le giornate di degenza si sono ridotte di due milioni in sei mesi. Ruolo determinante lo gioca l'impiego delle prestazioni ambulatoriali*

di Maria Giovanna Faiella



Meno ricoveri in ospedale, soprattutto in day hospital; ridotte anche le giornate di degenza trascorse dai pazienti in reparto: nel primo semestre del 2014 ci sono stati oltre 400 mila ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo del 2013, mentre le giornate di degenza sono diminuite di quasi due milioni. Lo rileva il recente Rapporto del Ministero della Salute, realizzato in base alle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) pervenute entro fine dicembre al sistema informativo sanitario: quasi 400 pagine con numeri, prestazioni effettuate, strutture che le hanno erogate, da cui scaturiscono valutazioni sulla qualità, l'efficacia, l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza ospedaliera.

### **Uso migliore dell'ospedale ma i posti letto sono meno**

Ma come si spiega il minor ricorso alle cure ospedaliere? Una richiesta più "selezionata" di ricoveri?

Oppure, al contrario, una riduzione dell'“offerta”?

«Il continuo calo dei ricoveri - sia in regime ordinario che in day hospital - è dovuto a una cresciuta appropriatezza delle prestazioni: c'è un maggior impiego di quelle ambulatoriali e si cerca di utilizzare l'ospedale solo per le malattie acute - afferma Costantino Troise, segretario di Anaa-Assomed, l'Associazione dei medici dirigenti -. Però, va sottolineato che il taglio dei posti letto negli ultimi anni ha causato una riduzione dell'offerta, che incide soprattutto sull'area medica e in particolari stagioni, come dimostra, per esempio, il sovraffollamento del Pronto soccorso, emerso anche di recente e dovuto non solo, come spesso si sostiene, all'elevato numero di accessi inappropriati che non richiedono il ricovero, ma anche alle enormi difficoltà nel trovare posti letto in reparto. Così i malati rimangono in attesa, sulle barelle, perfino per 2-3 giorni. Insomma, è un circolo vizioso: è difficile entrare in ospedale, ma anche liberare posti letto».

### ***Le differenze regionali***

«Il ricovero di un paziente diabetico con glicemia alta è sicuramente improprio - interviene Mauro Campanini, presidente nazionale di Fadoi, Società scientifica di Medicina interna -. Ma se quel paziente ha l'influenza ed è “critico”, perché anziano, cardiopatico e soffre di insufficienza renale o respiratoria, va ricoverato, per evitare complicazioni. E non basta: superata la fase acuta, sono necessarie dimissioni “protette”, cioè va assicurata al malato la continuità dell'assistenza fuori dall'ospedale, altrimenti si troverà nelle condizioni di doverci tornare».

Lo stesso Rapporto del Ministero sottolinea «la stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza del livello territoriale dell'assistenza». E ancora una volta, emergono differenze tra una Regione e l'altra.

Come si evince dal Rapporto del Ministero, le migliori performance si registrano negli ospedali di quelle Regioni che hanno riorganizzato il “sistema” ospedale e l'assistenza sul territorio. «In alcune Regioni che già da anni hanno avviato la deospedalizzazione, creando una rete di assistenza sul territorio con strutture intermedie, ospedali di comunità e servizi simili, i pazienti ricevono cure in base al tipo di patologia nella struttura più adeguata - fa notare l'assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, coordinatore nazionale della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni -. Ciò non significa che la prestazione erogata sia di qualità inferiore, ma è inutile, per esempio, tenere occupato il posto per acuti se un intervento chirurgico può essere effettuato in day surgery o addirittura in ambulatorio. Così si riesce anche a risparmiare e si possono utilizzare le risorse per intervenire su altri livelli di assistenza carenti».

Ma anche le Regioni più “virtuose” possono migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure erogate. «La Toscana fa registrare tra i più bassi tassi di ospedalizzazione, per lo scompenso cardiaco, l'asma e il diabete - afferma Valtere Giovannini, direttore generale dell'Assessorato regionale alla Sanità -. I numeri forniti dal Rapporto del Ministero “parlano”: laddove ci sono carenze vanno discusse e affrontate per poter garantire ai cittadini l'assistenza più adeguata».

# CorriereSalute

La riflessione

di **Elisabetta Iannelli**

## DIRITTO ALLA SALUTE SENZA DISPARITÀ

**A**ggiungere una sola parola: “sanitari” accanto a “diritti sociali” nel testo di riforma dell’art. 117, lett. m della Costituzione, perché possa essere garantito il diritto alla salute per tutti, in ogni parte d’Italia, senza disparità. Lo chiedono associazioni e federazioni di pazienti delle più diverse patologie, aderendo a un appello promosso dalla FAVO (Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia).

Una mobilitazione per far sentire la voce dei malati in un momento di decisioni cruciali per il futuro della sanità nel Paese. Non un coro di proteste, ma la risposta al richiamo del Presidente Mattarella: «Garantire la Costituzione significa anche garantire i diritti dei malati».

In Parlamento si discute una riforma dell’art. 117 che tenderebbe ad attribuire nuova centralità statale, ed omogeneità, alle decisioni in materia di sanità. Nel testo di riforma, la parte che riserva allo Stato la determinazione dei livelli essenziali dei diritti civili e sociali, omette però di menzionare i diritti sanitari.

Tale omissione rischia di aprire contenziosi infiniti tra Stato e Regioni, poiché è lasciato all’interprete valutare se i diritti sanitari siano compresi in quelli sociali. La frase successiva, nello stesso comma, invece, distingue la materia della salute dalle politiche sociali, fornendo una risposta negativa al dubbio interpretativo. Ciò rende incerto il potere del Governo di vigilare ed eventualmente sostituirsi alle Regioni inadempienti affinché siano effettivamente erogati servizi sanitari conformi ai Livelli Essenziali di Assistenza. Continueranno dunque a esserci malati di serie A e B a seconda della regione in cui vivono? Le organizzazioni dei malati indicano la strada da percorrere e si appellano ai parlamentari perché sia garantita la #sanitàunaeindivisibile piuttosto che 21 sistemi regionali.

L’emendamento richiesto è stato respinto dall’Aula. Il dibattito parlamentare che ha preceduto il voto, tuttavia incoraggia ad insistere sia nell’approvazione dell’ordine del giorno che si voterà nei prossimi giorni alla Camera sia nella prossima discussione della riforma in Senato, visto il valore politico del coinvolgimento di tante organizzazioni della società civile, di cui i partiti dovranno tenere conto.

I malati e i loro familiari sono parte integrante e indispensabile del dibattito politico per la tutela dell’unico diritto, quello alla salute, definito dalla nostra Carta: «diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività».

*Segretario Generale Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia - FAVO*

