

NAPOLI, SESTO DECESSO IN ITALIA

# Influenza A, nuova vittima: il virus contratto in crociera

NAPOLI

Sesta vittima dell'influenza A in Italia: si tratta di una donna di 49 anni con patologie pregresse, morta ieri a Napoli. La donna avrebbe contratto il virus la scorsa settimana, durante una crociera nel Mediterraneo. Prima ancora di approdare a Napoli, lo scorso 6 gennaio, ha iniziato a lamentare i primi sintomi: febbre alta, crisi respiratoria. Il ricovero è scattato quattro giorni dopo, all'ospedale Cardarelli. Le condizioni della donna, però, si sono ulteriormente aggravate: da qui il trasferimento nel reparto di rianimazione del Secondo Policlinico dove è morta. La paziente aveva anche altre patologie: era obesa, diabetica e ipertesa. Le era stata diagnosticata una bronchite cronico-ostruttiva, e non si era vaccinata contro l'influenza tradizionale.

La prima vittima della stagione risale all'8 gennaio scorso: un paziente 65enne, malato di leucemia, morto all'ospedale di Vicenza. Si trattava di un paziente a rischio perché immunodepresso. Il 10 gennaio la seconda vittima, un uomo di 51 anni che risiedeva in provincia di Bari che è deceduto in una struttura sanitaria della provincia di Foggia. La terza vittima è invece una donna di 41 anni, con gravi patologie croniche (diabete e insufficienza mentale) risultata positiva al tampone dell'influenza H1N1, deceduta all'ospedale di Conegliano Veneto (Treviso). Di giovedì scorso è la notizia del quarto decesso, in Lombardia, mentre la quinta vittima è un uomo di 70 anni deceduto all'ospedale di Forlì.

Il picco dell'influenza, secondo l'epidemiologo Giovanni Rezza dell'Istituto Superiore di Sanità, è atteso a cavallo di gennaio e febbraio.



*Meno fondi pubblici e customer satisfaction cambiano la selezione delle risorse umane*

# Costi della sanità sotto controllo

*Le aziende puntano sui manager capaci di far quadrare i conti*

DI DULIO LUI

**M**eno trasferimenti pubblici e maggiore necessità di acquisire appeal agli occhi degli utenti-consumatori. I due fenomeni che stanno investendo il mondo della sanità sono all'origine dei cambiamenti in atto sul fronte delle risorse umane, con le ricerche di personale non più concentrate esclusivamente sulle figure mediche o paramediche, ma sempre più spesso orientate anche verso specialisti del campo economico e manager a tutto tondo, capaci di far quadrare i conti e reperire nuove fonti di finanziamento.

**Occasioni all'estero.** Controller e marketing manager sono tra le principali figure richieste in questo periodo dalle aziende dell'healthcare che si rivolgono al portale Monster. «Si tratta di un cambio netto di tendenza rispetto al passato, quando le realtà del settore cercavano solo professionisti dell'ambito sanitario», osserva la marketing manager della società Elisa Schiavon. «Sempre più spesso gli ospedali si comportano come aziende di qualsiasi altro settore e quindi devono saper bilanciare professionisti nel campo tecnico in cui operano con figure trasversali a tutte le attività d'impresa, in grado di tenere sotto controllo i flussi di cassa e di migliorare l'immagine proiettata sul mercato agli utenti potenziali e agli stakeholder». Al di là di questo, c'è un altro aspetto relativamente nuovo: la crescita di offerte di lavoro oltreconfine da parte delle stesse realtà italiane. «È in forte crescita l'export di know-italiano», commenta Schiavon, «non solo da parte delle organizzazioni non governative, ma anche di altre realtà dell'ambito sanitario, che nel momento di creare start-up oltreconfine scelgono di dotarle di un buon numero di professionisti italiani».

**Focus sui rischi.** Un tema caldo in questa fase caratteriz-

zata da una crescita di cause per malasanità è la gestione dei rischi in corsia. Questo spiega l'impennata della domanda di risk manager ospedalieri. «Si tratta di un professionista in grado di individuare le fonti da cui possono originarsi i sinistri, monitorarle e attivare le procedure più efficaci per la prevenzione, tenendo sotto controllo

i costi», spiega Carlo Ortolani, direttore del Cineas, consorzio universitario nato su iniziativa del Politecnico di Milano che organizza un master in Hospital risk management, con lezioni (160 ore complessive, nelle giornate del venerdì e del sabato) su metodologie per la valutazione e l'analisi del rischio, tecniche di audit, introduzione agli strumenti informatici, principi di sicurezza sul lavoro e fondamenti in materia assicurativa. «Il suo compito principale è la promozione all'interno dell'azienda in cui opera di un cambiamento culturale dalla tradizionale concezione individuale dell'errore, vissuto come conseguenza di un comportamento colposo di uno o più operatori, a una concezione sistemica con ricerca dei fattori organizzativi che favoriscono la genesi dell'errore».

L'hospital risk manager è la figura di vertice chiamata a gestire in maniera professionale i rischi. Questo significa che il suo lavoro parte con uno studio delle caratteristiche proprie della struttura in cui opera con l'obiettivo di rilevare i punti deboli che possono causare pericoli. La fase successiva consiste nella redazione di un piano di gestione dei rischi che contiene tutti i potenziali pericoli e le misure per evitarli o, quanto meno, gestirli. Molte regioni hanno già previsto l'istituzione di servizi per la gestione del rischio clinico e l'introduzione obbligatoria della funzione dell'hospital risk manager, ma solo in pochissimi casi è stato definito a livello regionale anche il profilo profes-

sionale e il percorso formativo della professione, un passaggio fondamentale per garantire l'effettiva operatività dei servizi di gestione del rischio clinico. «Questo professionista deve avere una formazione multidisciplinare, possedere conoscenze di alto livello sia nel settore medico che in quello tecnico e ingegneristico», prosegue Ortolani.

«Chi volesse ricoprire questo ruolo può partire da una formazione medico chirurgica o tecnico ingegneristica, ma deve necessariamente integrare i due ambiti di conoscenza. L'hospital risk manager, infatti, deve essere consapevole che l'uso di gas anestetici comporta l'insorgere di rischi tecnici, legati, cioè, alle proprietà dei gas e rischi medici legati all'uso terapeutico».





## UNIVERSITÀ E RICERCA

# Per il rientro dei cervelli il bonus non basta

di **Luigi Filippini**

**A**l "rientro dei cervelli" è stata destinata un'ampia produzione normativa. Misure il cui esito è finora stato incerto e deludente. Perché è importante il rientro dei cervelli? Perché lo sviluppo di un Paese dipende anche dal capitale umano esistente.

Non è facile dire quanti siano gli italiani che lavorano in università o in centri di ricerca all'estero: una stima ipotizza non meno di 20mila. Di certo, coloro che sono ritornati, anche sulla base dei provvedimenti del ministero, sono stati poche centinaia di cui la maggior parte è poi ritornata all'estero.

Le ultime disposizioni sono contenute: 1) nella legge 4 novembre 2005 n. 230; 2) nelle linee guida per il 2005 del decreto ministeriale n. 18/2005; 3) nel Programma per Giovani Ricercatori "Rita Levi Montalcini" del 2009. Anche la legge di riforma dell'università (la legge Gelmini) tratta ampiamente il tema.

La prima norma prevede la chiamata diretta come professore di prima o seconda fascia di studiosi italiani impegnati all'estero, che abbiano conseguito una posizione accademica di pari livello: un cervello torna stabilmente: cioè, entra nei ruoli della docenza universitaria italiana. Anche la legge Gelmini prevede tale possibilità.

Con un apposito finanziamento, la seconda norma permette a ricercatori con attività stabile all'estero da almeno tre anni di ottenere un contratto a termine (rinnovabile entro stretti limiti) con un'università italiana impegnandosi a un'attività continuativa, esclusiva e a tempo pieno. Inoltre questi studiosi sono tenuti a presentare una dichiarazione dell'università o istituzione di origine che attesti la loro messa in congedo o in aspettativa senza assegni per la durata del contratto.

La terza disposizione, con un finanziamento di 6 milioni di euro, offre a giovani studiosi stranieri e italiani, in possesso del titolo di dottore di ricerca o equivalente conseguito da non più di sei anni e impegnati all'estero da almeno un triennio, l'opportunità di svolgere attività di ricerca in Italia. Il compenso lordo annuo era di 40mila euro. La legge Gelmini prevede, inoltre, la possibilità che il titolare di un

contratto, dopo aver conseguito l'abilitazione scientifica a professore associato, sia inquadrato in tale ruolo.

La domanda, allora, è: date norme e risorse, perché il rientro dei cervelli non ha funzionato?

A mio avviso anche per mancanza di flessibilità dello stato giuridico dei professori e dei ricercatori. Un professore o un ricercatore che ritorna è *lock-in*: perde il legame istituzionale con l'istituzione estera e ricade nella legislazione italiana. Se volesse continuare a fare ricerca e a insegnare all'estero, a esempio nella sua "vecchia" università, dovrebbe sottostare alla normativa esistente.

Ma la disciplina sulla compatibilità dell'insegnamento all'estero per i docenti in ruolo nelle università italiane è lacunosa e la sua applicazione risulta dall'intreccio e dalla interpretazione non semplice e univoca di una serie di norme, nessuna delle quali regola direttamente e compiutamente il problema. Si può scegliere di continuare ad assolvere i propri compiti nella università italiana di appartenenza (didattici e altri) ed essere autorizzati a svolgere attività didattiche e di ricerca all'estero. Se si chiede di essere esentati dai compiti nella università italiana di appartenenza esiste il congedo di breve durata oppure il congedo straordinario di più lunga durata. La legge Gelmini prevede ora anche un'aspettativa per un periodo di cinque anni.

È evidente la rigidità della normativa in un contesto in cui la flessibilità è premiante. La possibilità che un professore o un ricercatore facciano parte a pieno titolo di una università o di un centro di ricerca all'estero aiuta il trasferimento di conoscenze, di know how, il movimento di allievi. Cosa che allo stato attuale non è possibile. Di qui la necessità della riscrittura delle norme sullo stato giuridico, sull'incompatibilità e poi della compatibilità con il tempo pieno. In altri sistemi, per esempio Gb e Usa, questi aspetti sono superati.

Un esempio da seguire per migliorare il livello della ricerca e della didattica.

*Docente di Economia politica nella facoltà di Economia dell'Università Cattolica di Milano*



**PALERMO**

**Inchiesta parlamentare per le carenze all'Ospedale Civico**

Il presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori sanitari e i disavanzi sanitari regionali, Leoluca Orlando, ha chiesto una relazione all'Assessore alla Sanità della Regione Sicilia, Massimo Russo, e al Direttore generale del Civico di Palermo, Dario Allegra. «A fronte di notizie di stampa che riferiscono di pazienti costretti a dormire su sedie a causa della mancanza di posti letto e barelle disponibili - ha commentato Orlando - intendo acquisire ogni dato utile a conoscere la situazione, sia in merito alle criticità organizzative riscontrate, che in ordine a iniziative amministrative di tipo sanzionatorio, assunte a fronte di eventuali responsabilità individuali».



**Medicina****La Svizzera  
rimborsa le cure  
omeopatiche**

ROMA — Anche la Svizzera apre alle cure alternative. Dall'anno prossimo e per cinque anni, cinque medicine non convenzionali verranno rimborsate dall'assicurazione sanitaria, obbligatoria per ogni cittadino elvetico. Omeopatia, fitoterapia, terapia neurale, medicina antroposofica e quella tradizionale cinese guadagnano dunque un posto al sole nell'ambito delle prestazioni riconosciute dal sistema svizzero. La decisione è stata presa dal dipartimento federale dell'Interno che ha informato il Consiglio federale. Il periodo transitorio di cinque anni sarà il tempo per stabilire se questi prodotti soddisfino i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità previsti dalla legge. L'efficacia verrà valutata anche da un istituto riconosciuto a livello internazionale. La decisione del dipartimento ha tenuto conto del referendum popolare del marzo 2009 quando i cittadini dei cantoni si sono espressi a favore della libertà di cura. Già oggi l'assicurazione rimborsa alcuni medicinali sulla base di un elenco. Se praticata da un medico viene rimborsata anche l'agopuntura.

**Margherita De Bac**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Oncologia Psicologi in corsia e infermieri di riferimento per i pazienti

## Un progetto per rendere gli ospedali più «umani»

**L**o scopo è rendere più umani i reparti di oncologia. In pratica ricordarsi di curare non solo il tumore, ma anche la persona nel suo insieme, mente e corpo. Partendo da una semplice considerazione numerica: ogni anno in Italia oltre 250mila persone vengono colpite dal cancro e nel 34% dei casi soffrono di ansia e depressione. Umanizzare il loro percorso in ospedale, quindi, significa offrire sostegno psicologico, ma anche migliorare la comunicazione tra medico e paziente e rendere facilmente reperibili le informazioni necessarie.

È lo scopo del progetto HuCare (*Humanization in Cancer Care*, finanziato da Ministero della Salute e Regione Lombardia con 500mila euro), che prevede di formare gradualmente all'interno dei reparti oncologici personale medico e infermieristico specializzato nel realizzare un "processo di umanizzazione" delle strutture, attraverso cinque obiettivi da raggiungere (vedi tabella). Un progetto pilota, avviato per ora in 29 centri (ad esempio a Bergamo, Saronno, Reggio Emilia, al Policlinico di Milano, al Careggi di Firenze), ma già



I cinque obiettivi da raggiungere

- 1 Miglioramento delle capacità di comunicazione di medici e infermieri
- 2 Assegnazione di un infermiere di riferimento a ciascun malato
- 3 Istituzione in ogni reparto di un Punto di informazione e supporto
- 4 Distribuzione a tutti i nuovi pazienti di una lista di domande da porre al proprio medico
- 5 Rilevazione del disagio psicologico (*ansia e depressione*) e dei bisogni sociali dei pazienti

D'ARCO

Disagio:  
un malato  
su tre  
soffre di  
ansia e  
depressione

richiesto da altri 30 ospedali che potrebbero farlo partire entro i prossimi due anni (l'Associazione italiana di oncologia medica, sta cercando i fondi necessari).

In base ai risultati preliminari del progetto, 145 oncologi su 188 e 388 infermieri su 470 hanno seguito un corso di alta formazione per migliorare le competenze comunicative. A ogni paziente oncologico è stato assegnato un infermiere di riferimento con il compito di assisterlo nelle varie fasi -

dalle terapie ai controlli, alla riabilitazione -, fornendogli informazioni dettagliate. E in ogni reparto è garantita la presenza di uno psicologo cui sono indirizzati i malati di tumore colpiti da un disagio psichico grave individuato con uno screening specifico.

«Un paziente oncologico su tre soffre di ansia e depressione, malattie che hanno un impatto decisivo non solo sulla qualità di vita, ma anche sull'adesione alle terapie — spiega Rodolfo Passalacqua, responsabile scientifico di HuCare e primario di oncologia a Cremona —. Per questo l'iniziativa si è posta come obiettivo di identificare i malati più vulnerabili e di migliorare il loro stato psichico».

«Tutte le strutture partecipanti — aggiunge Passalacqua — hanno finora raggiunto almeno uno dei cinque obiettivi fissati. L'oncologia di Gorgonzola, in provincia di Milano, è la prima ad aver completato l'intero percorso. Al termine della prima fase della sperimentazione, nel 2011, è prevista l'estensione dell'iniziativa anche ad altre strutture»

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# CONVIVERE CON IL TUMORE?

## PREVENZIONE E «NUOVA NORMALITÀ»



La «nuova normalità», nella vita di tutti noi, sembra essere l'incontro con il cancro: «L'imperatore di tutte le malattie» come titola un libro appena apparso in Gran Bretagna e firmato da Siddhartha Mukherjee. La vera domanda, secondo l'autore, non è «se» succederà, ma «quando succederà».

A questo punto è legittimo fare un passo indietro e chiedersi: perché potrebbe capitare a ognuno di noi e perché dovremmo ammalarci di questa malattia? Non tutto è dovuto all'aumento della vita media (come suggeriscono gli esperti), perché sempre più si ammalano persone giovani. E allora ci si chiede: quali sono le cause? Ci stanno dicendo che il tumore è qualcosa legato al nostro Dna e che si tratta di una questione genetica. Proprio su questo si stanno costruendo cure «mirate», capaci di bloccare l'azione negativa di geni «corrotti» che fanno impazzire le cellule.

Ma chi fa «ammalare» il nostro Dna? Ricerche recenti ci informano che i tumori erano presenti persino nel mondo antico, anche se non con la frequenza che conosciamo oggi: allora, perché oggi ci amma-

liamo di più? Il libro, appena recensito dal quotidiano inglese *The Guardian*, punta l'attenzione sui fattori chimici e sui virus.

Nessuno ci ha ancora chiaramente detto quanto l'inquinamento ambientale (delle nostre città super-tossiche) possa incidere sul patrimonio genetico in senso cancerogeno (unica eccezione: il fumo che, grazie alle leggi, è stato limitato ormai ovunque, ma che potrebbe distogliere l'attenzione da altri rischi). Altro esempio: i virus. Come il papilloma, quello del tumore alla cervice uterina delle donne, che oggi può essere prevenuto con un vaccino. Vaccino che però lascia molti dubbi.

Resta la domanda finale: il cancro si può combattere soltanto grazie alla responsabilizzazione individuale (tipo: non fumare, non fare sesso non protetto per evitare il papilloma virus, non mangiare troppo perché un'alimentazione sbagliata può essere un fattore di rischio) oppure si deve sperare nell'intervento di una sanità pubblica che si vuole davvero prendere in carico il problema della prevenzione primaria?

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Patologie rare Decisivo l'esame in grado di svelare un grave deficit metabolico, eseguito solo in questa regione

## Il bambino salvato da un test (solo perché nato in Toscana)

di ANTONELLA SPARVOLI

**All'apparenza un neonato in perfetta salute. Ma il suo Dna celava un difetto che gli avrebbe provocato danni gravi a reni e fegato se non fosse stato scoperto subito**

### La telefonata

Quando è già a casa con la sua mamma, arriva una chiamata dall'Ospedale Meyer di Firenze, che gli cambierà la vita

**M**atteo (nome di fantasia con cui vogliamo chiamarlo) è nato il 23 settembre scorso in un ospedale della provincia di Livorno: all'apparenza è un bimbo come tanti altri, in perfetta salute. Ma il 27 settembre, quando è già a casa con la sua mamma, arriva una telefonata dall'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze che gli cambierà la vita, anzi gliela salverà. Lo screening neonatale eseguito subito dopo la nascita ha infatti evidenziato che il suo Dna cela la mutazione che provoca la *tirosinemia tipo I*, un raro difetto metabolico che provoca gravi danni a reni e fegato e può portare alla morte già nei primi mesi di vita. Fosse nato in qualche altra città d'Italia, ora Matteo non avrebbe davanti a sé un futuro roseo, ma è stato fortunato. Perché è nato in Toscana dove è attivo per legge ormai dal 2004 un programma di screening neonatale con la spettrometria di massa che riesce a vedere la presenza di circa 40 malattie metaboliche, ma soprattutto perché da poco questo kit ha subito delle migliorie grazie allo sviluppo di un test molto più specifico di quello usato fino ad ora, capace di individuare la *tirosinemia tipo I* prima

che si manifestino i suoi i sintomi. **S**e si fosse utilizzato il vecchio marcatore Matteo sarebbe risultato "falso negativo" «E lo avremmo perso - spiega Giancarlo La Marca, ricercatore del Dipartimento di Farmacologia dell'Università di Firenze e responsabile del Laboratorio di Screening Neonatale del Meyer nonché colui che ha messo a punto il nuovo esame-. Nella famiglia del piccolo Matteo, nel recente passato, ci sono stati almeno tre bimbi non nati in Toscana, morti senza diagnosi nei primi sei mesi di vita, probabilmente perché presentavano questo difetto congenito. Avendo a disposizione il nuovo test, che ha una specificità del 100%, abbiamo potuto richiamare Matteo a 4 giorni di vita, confermare la diagnosi e sottoporlo subito alle terapie e alla correzione della dieta che gli permetteranno di crescere in salute e di avere una vita presumibilmente normale».

Ora Matteo ha quasi 4 mesi e assume uno specifico latte artificiale privo di due amminoacidi, *fenilalanina* e *tirosina*, precursori delle sostanze tossiche che il suo organismo tende ad accumulare per via della malattia. «Non solo - spiega La Marca - dal quinto giorno di vita gli vie-

ne somministrato un farmaco "orfano", il *nitisinone (Ntbc)*, che contrasta la formazione di metaboliti tossici. Quando verrà svezzato dovrà poi seguire per il resto della vita la terapia farmacologica e una specifica dieta per ridurre al minimo l'introito di *fenilalanina* e *tirosina*».

**C**erto l'idea di una terapia e una dieta a vita può spaventare, ma se la malattia non fosse stata identificata grazie al nuovo test il calvario sarebbe stato ben peggiore.

«È da anni che lavoriamo a questo esame, da quando, nel 2006, abbiamo avuto un bambino "falso negativo" per colpa di procedure analitiche non specifiche - riferisce La Marca -. La tecnica basata sulla spettrometria di massa non era riuscita a vedere nella goccia di sangue la presenza del difetto congenito Non lo individuava perché il marcatore fino ad allora utilizzato per lo screening neonatale, non aveva





la specificità necessaria per scovarlo. Da allora abbiamo lavorato per mettere a punto un test capace di includere un marcatore specifico in grado di individuare con certezza la presenza della tirosinemia tipo I, sviluppando quello che adesso è diventato un brevetto internazionale».

Il nuovo test inserito nel pannello che analizza il sangue con la spettrometria di massa, è volto all'individuazione di un marcatore primario, il *succinilacetone*. «Nel 2009, proprio all'ospedale Meyer, abbiamo identificato il primo neonato italiano affetto da tirosinemia tipo I in fase asintomatica. Il nuovo marcatore che stavamo ancora sperimentando aveva fatto centro. Ora l'esame su Matteo ci ha confermato che questo test funziona» puntualizza l'esperto.

«La soddisfazione più grande - riferisce la Marca - è stata l'abbraccio del papà di Matteo che nella sfortuna più assoluta della malattia ha capito che quel piccolo prelievo alla nascita ha salvato la vita a suo figlio».



Giancarlo La Marca, ricercatore all'Università di Firenze e responsabile del Laboratorio di Screening Neonatale dell'ospedale Meyer, ha messo a punto il nuovo esame, che ora ha ottenuto anche un brevetto internazionale

**Ereditarietà**

**Ci vogliono due genitori portatori sani**

**La tirosinemia tipo I è una malattia metabolica causata dal deficit dell'enzima *fumarilacetoadidrolasi*; ha un'incidenza di circa 1 bambino affetto ogni 100-120 mila nati vivi ed è particolarmente diffusa in Canada (Paese in cui colpisce da 1 a 1.200 neonati fino a 1 su 12 mila).**

La patologia viene trasmessa geneticamente con meccanismo autosomico recessivo: per sviluppare la malattia il figlio deve cioè ereditare due copie di un gene anomalo, una dal padre e l'altra dalla madre, che, in pratica, sono entrambi portatori sani.

Sulla base delle modalità di esordio della patologia se ne possono distinguere due forme principali: una acuta, che comporta una grave insufficienza epatica, e che si manifesta nel corso dei primi mesi di vita, e una cronica, che compare invece nelle età successive e danneggia i reni e il fegato.

Se la tirosinemia di tipo I non diagnosticata e trattata precocemente, è una malattia che ha un'evoluzione il più delle volte fatale, anche all'esordio. Nei piccoli che sopravvivono oltre i due anni di vita risulta, inoltre, molto elevato il rischio di sviluppare un tumore al fegato anche in epoca molto precoce.

**A. S.**

**Lo specialista**

**Le armi sono  
gli antibiotici  
mirati  
e i vaccini**

**Mi spieghi dottore** Come ci si difende dalla meningite?



**Vincenzo Zuccotti**  
Direttore del Dipartimento  
Materno-Infantile,  
Ospedale Sacco di Milano



**Nei neonati  
e nei lattanti  
le fontanelle sono  
quasi sempre  
rigonfie e pulsanti**



**Per saperne di più** La pagina sulla meningite del dizionario medico di Corriere.it su [www.corriere.it/salute/dizionario/ meningite/index.shtml](http://www.corriere.it/salute/dizionario/ meningite/index.shtml)

di **ELENA MELI**

**È** una delle malattie più temute da chi ha figli. In caso di febbre molto alta il pensiero corre alla meningite, l'infiammazione delle membrane che ricoprono cervello e midollo spinale. Ancora oggi in Italia la forma batterica da meningococco è fatale nel 14% dei casi. E in 1 su 5 può lasciare danni cerebrali o perdita dell'udito. Fa paura anche la sua rapidità: la situazione, nelle forme fulminanti, può precipitare in 24 ore.

**Come si riconoscono i segni della meningite?**

Nei bambini grandicelli e negli adulti ci sono febbre alta, mal di testa, malessere marcato, vomito. Ma l'esordio è spesso subdolo - spiega Gian Vincenzo Zuccotti, del Dipartimento Materno Infantile all'Ospedale Sacco di Milano -. Due segni caratteristici sono rigidità della nuca e tendenza a flettere le gambe quando, da sdraiati, si tenta di sollevare la testa o alzare una gamba verso il bacino tenendola estesa.

**Quali sono i segni tipici nei bimbi molto piccoli?**

Nei neonati e nei lattanti è meno facile cogliere posizioni anomale, il bimbo non può riferire il mal di testa, il vomito è meno frequente, spesso oltre alla febbre alta gli unici segnali sono il pianto, il rifiuto del cibo e

l'irrequietezza. Quasi sempre però le fontanelle, i

punti dove il cranio non è ancora saldato, sono rigonfie e pulsanti.

**Si possono distinguere meningite virali o batteriche dai sintomi?**

No, anche se di solito le prime sono meno aggressive; del resto si risolvono senza terapie specifiche in 7-10 giorni.

**Che cosa fare in caso di sospetta meningite?**

Al minimo dubbio chiamare il medico o il pediatra. Se il sospetto è confermato è necessaria la puntura lombare per il prelievo del liquido cerebrospinale: solo così c'è la certezza della diagnosi.

In un'ora e mezza si ha conferma dell'infezione; in poche ore si identifica il





microrganismo e si inizia una terapia mirata.

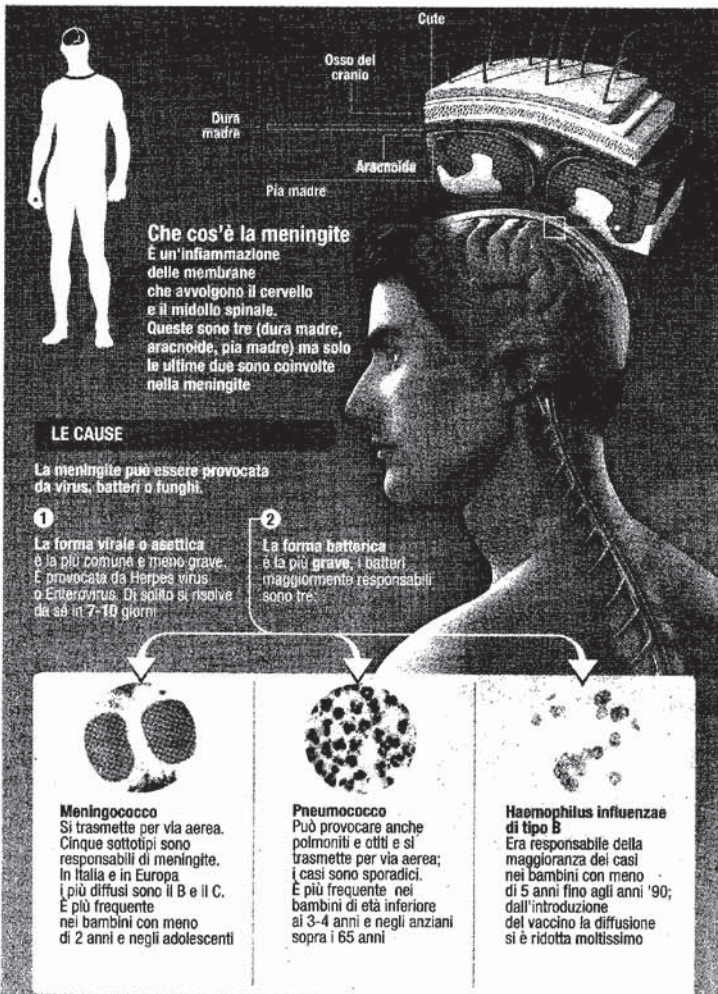
**Chi deve fare la profilassi con gli antibiotici, quando viene segnalato un caso di meningite?**

Il periodo massimo di incubazione è di circa 10 giorni e dopo 2-3 giorni di antibiotico il paziente non è più contagioso: chi è stato a contatto prima di 10 giorni dall'esordio è al sicuro. La profilassi, inoltre, è necessaria in caso di meningite da meningococco o *Haemophilus influenzae* di tipo B, non serve, invece, quando la meningite è virale o da pneumococco. È da sottolineare che ci si ammala solo con il contatto diretto, perché i germi vengono trasmessi per via aerea attraverso starnuti, colpi di tosse e simili.

**Chi deve fare il vaccino?**

Per le meningiti batteriche più comuni esistono vaccini: quello contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B, offerto a tutti i nuovi nati con la vaccinazione esavalente, ha di fatto eliminato questo tipo di meningite. Esistono poi vaccini per lo pneumococco e il meningococco C, uno dei più frequenti nel nostro Paese assieme al sottotipo B (contro cui entro un anno dovrebbe arrivare un nuovo vaccino). Ogni Regione ha regole diverse per le vaccinazioni, ma i pediatri le consigliano per tutti i bimbi a partire dal terzo mese. Chi non le avesse ricevute, può comunque farle in qualsiasi momento.





**Che cos'è la meningite**




È un'infezione delle membrane che avvolgono il cervello e il midollo spinale. Queste sono tre (dura madre, aracnoide, pia madre) ma solo le ultime due sono coinvolte nella meningite

**LE CAUSE**

La meningite può essere provocata da virus, batteri o funghi.

**1** La forma virale o asettica è la più comune e meno grave. È provocata da Herpes virus o Enterovirus. Di solito si risolve da sé in 7-10 giorni

**2** La forma batterica è la più grave. I batteri maggiormente responsabili sono tre:

 <p><b>Meningococco</b> Si trasmette per via aerea. Cinque sottotipi sono responsabili di meningite. In Italia e in Europa i più diffusi sono il B e il C. È più frequente nei bambini con meno di 2 anni e negli adolescenti</p>	 <p><b>Pneumococco</b> Può provocare anche polmoniti e otiti e si trasmette per via aerea; i casi sono sporadici. È più frequente nei bambini di età inferiore ai 3-4 anni e negli anziani sopra i 65 anni</p>	 <p><b>Haemophilus influenzae di tipo B</b> Era responsabile della maggioranza dei casi nei bambini con meno di 5 anni fino agli anni '90; dall'introduzione del vaccino la diffusione si è ridotta moltissimo</p>
--	---	---

**I SINTOMI**

**Nell'adulto**

- Febbre alta
- Mal di testa
- Vomito o nausea
- Irrigidimento della parte posteriore del collo (rigidità nucale): è tipico ma spesso compare tardi, anche 13-22 ore dopo i primi sintomi
- Alterazione del livello di coscienza
- Convulsioni

**Nel bambino**

- Febbre alta
- Mal di testa; nausea, vomito, scarso appetito
- Stanchezza, torpore
- Pianto molto frequente, irritabilità, deficit neurologici, difficoltà di movimento (es. rigidità nucale ma anche difficoltà ad alzarsi dal letto)
- Nei bimbi molto piccoli spesso lo sguardo è fisso e la testa è gonfia nei punti del cranio non saldati completamente (fontanelle)
- Pallore, talvolta compaiono macchioline rosse che non scompaiono alla pressione

**I SEGNI RIVELATORI**

Due segni tipici negli adulti e nei bambini (non solo l'anno di età) sono il segno di Kernig e quello di Brudzinski, che però non compaiono precocemente in tutti i casi



**Segno di Kernig** da sdraiati, se si cerca di alzare verso il bacino una gamba tenendola distesa la gamba tende a flettersi

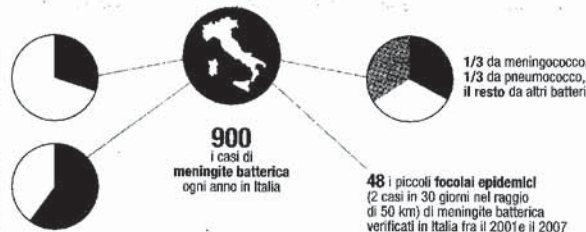


**Segno di Brudzinski** da sdraiati sul dorso, flettendo il capo verso il tronco si piegano le gambe

**NUMERI**

30% dei casi in bambini con meno di 5 anni

60% dei casi in bambini e ragazzi con meno di 17 anni



**CHE COSA FARE**

Non sottovalutare i sintomi o, nel dubbio, chiamare subito il medico di famiglia o il pediatra; perché soprattutto nei bambini i sintomi spesso non compaiono tutti assieme e non sono chiari

**DIAGNOSI**

La certezza si ha identificando il microorganismo responsabile nel liquido cerebrospinale, raccolto attraverso una puntura lombare

**INCUBAZIONE**

3-6 giorni per la meningite virale  
2-10 giorni per la batterica

**TERAPIA**

**Meningite batterica**  
Servono gli antibiotici, il prima possibile; per scegliere il farmaco giusto bisogna individuare il batterio che provoca la malattia

**Meningite virale**  
Gli antibiotici non servono, raramente esiste una terapia specifica

**CHI DEVE FARE LA PROFILASSI CON ANTIBIOTICI**

- Chi convive con il malato
- Chi ha dormito o mangiato spesso col paziente
- Chi è venuto in contatto con la sua saliva (es. tramite baci, stoviglie, spazzolini) nella settimana precedente l'esordio
- La profilassi non è necessaria in caso di meningite virale o da pneumococco
- Dall'esordio dei sintomi le persone venute a contatto con il malato devono essere tenute sotto controllo per 10 giorni

**FATTORI DI RISCHIO**

**Età**  
Le meningiti batteriche colpiscono soprattutto i bambini con meno di 5 anni, quella da meningococco anche adolescenti e giovani adulti

**Vita di comunità**  
Chi passa molto tempo in ambienti comuni (reclute, studenti nei dormitori, ma anche scuole e asili) ha più probabilità di contagiarsi per lo stretto contatto con gli altri

**Viaggi**  
In zone dove la meningite è diffusa (es Africa, Nuova Zelanda)

**Fumo, attivo e passivo**

**Altre infezioni respiratorie in atto**

**VACCINI**

**Vaccino per Haemophilus influenzae di tipo B**  
È incluso dagli anni '90 fra le vaccinazioni previste per nuovi nati

**Vaccino per pneumococco**  
È possibile vaccinare i bimbi a partire dal terzo mese; i vaccini attuali proteggono contro non più di 13 sottotipi di pneumococco sui 90 esistenti

**Vaccino per meningococco**  
Esiste il vaccino per il meningococco C, che può essere somministrato a partire dal terzo mese; c'è anche un vaccino tetravalente coniugato che protegge anche dai ceppi A, W e Y, ma può essere somministrato solo dopo gli 11 anni di età

Fino al 30% della popolazione sana può essere portatrice del meningococco e lo «trasporta» per 6 mesi



solo l'11% dei portatori svilupperà la malattia



il 10-25% dei casi di meningite meningococcica è fulminante: evolve rapidamente e può portare al decesso in poche ore



## Bruxelles Cortometraggio insegna a convivere con la sclerosi multipla

A Bruxelles una iniziativa a favore di una maggior conoscenza della sclerosi multipla. Si vuol dimostrare come la vita possa essere migliorata per le persone che convivono con la patologia, per i loro familiari e per i caregivers. Grazie alla campagna Real MS, supportata dall'industria farmaceutica Merck Serono, una divisione di Merck KGaA, si è realizzato un cortometraggio intenso ed illuminante che mostra al mondo come la vita con la Sclerosi Multipla possa essere vissuta in maniera positiva e soddisfacente.

«La Sclerosi Multipla può essere una malattia debilitante, il che rende il supporto ai pazienti e la conoscenza della patologia incredibilmente importanti - ha dichiarato John Golding, presidente della European multiple sclerosis platform (EMSP). L'imprevedibi-

lità della Sclerosi Multipla fa sì che le persone debbano reinventare la propria vita. Non esiste ancora una cura definitiva, ma i trattamenti già disponibili possono consentire alle persone che vivono con questa malattia di cambiare la loro vita e di portare avanti i loro progetti. È una patologia infiammatoria del sistema nervoso centrale a decorso cronico, costituisce il più comune disturbo neurologico d'origine non traumatica in giovani adulti. Si stima che, nel mondo, le persone affette da sclerosi multipla superino i due milioni. Nonostante la sclerosi multipla sia caratterizzata da un'ampia varietà di sintomi, quelli osservati con maggiore frequenza includono intorpidimento e formicolii agli arti, diminuzione della forza muscolare e disturbi della coordinazione. Le forme recidivanti sono le più comuni.



**Il numero**

# Medici di famiglia: in aumento l'impegno, soprattutto burocratico

Per 9 italiani su 10 il medico di famiglia è affidabile ed efficiente. Ce lo ha ripetuto in due occasioni diverse, ad aprile e a dicembre dell'anno scorso, il Censis. Ora il VI «Rapporto Health Service» della Società italiana di medicina generale, che ha monitorato i comportamenti di un campione statisticamente significativo

di 650 professionisti, aggiunge un nuovo dato al quadro generale: il numero di contatti all'anno per paziente (cioè il numero di visite ambulatoriali che terminano con una diagnosi o una prescrizione o un'attività comun-

que registrata nella cartella clinica informatizzata) è passato da 6,6 del 2003 a 7,1 del 2009, che equivale a circa 30 visite al giorno. «Un dato in crescita in particolare per i camici bianchi che lavorano nel Sud e nelle Isole», aggiunge la Simg. Il carico di lavoro dei medici di base sembra dunque aumentato in maniera esponenziale. Senza considerare il peso degli adempimenti burocratici che occupano più della metà della vita professionale. Su 100 visite, 23 si concludono con una richiesta di esami, 14 con una domanda di visita specialistica e ben 72 con una prescrizione farmaceutica.

**30**

È la media di visite che un medico di famiglia effettua ogni giorno. I pazienti sono per lo più donne, tra 75 e 84 anni





Il caso

Niente letti in ospedale  
la ricoverano su una sedia

Palermo, ricoverata per tre giorni su una sedia

Nemmeno un posto letto in tutta la città. E negli ospedali si esauriscono anche le barelle

ALBERTO BONANNO  
GIUSI SPICA

PALERMO

TRE giorni e tre notti ricoverata su una sedia del pronto soccorso. In piedi con la flebo e accovacciata sulle poltrone dei corridoi. Il calvario di Maria Vitale, ultrasessantenne palermitana, è cominciato domenica. Ricoverata all'ospedale Civico di Palermo dopo una crisi ipertensiva, solo 72 ore dopo ha potuto sdraiarsi su una lettiga.

NON è l'unica, perché nei cinque ospedali pubblici della città non c'è un solo posto letto disponibile. Da giorni i reparti di medicina sono in tilt e le astanterie sono diventate gironi danteschi, con i pazienti costretti a restare giorni e giorni in barella. Un'emergenza che sarebbe dovuta solo in parte all'impennata di ricoveri per le malattie stagionali: i sindacati dei camici bianchi puntano il dito contro la riforma sanitaria che la Regione Siciliana ha da poco varato: «Tutta colpa del taglio dei posti letto del 20 per cento voluto dall'assessore alla Sanità Massimo Russo», accusano Cgil medici, Ascoti Fials e Cimo.

«Sono arrivata in ospedale domenica scorsa con la pressione alle stelle — racconta Maria Vitale — mi hanno messo la flebo al braccio e mi hanno detto di accomodarmi dove trovavo un posto a sedere libero. Sono rimasta oltre mezza giornata in piedi perché non c'era un buco. Solo a tarda sera ho trovato una sedia, sulla quale ho poi dormito per tre notti. Nel frattempo di giorno facevo gli esami, le cure necessarie, mangiavo i pasti dell'ospedale, con addosso la camicia da notte. Come una normale ricoverata. Mercoledì un infermiere è riuscito a procurarmi una barella per dormire e finalmente mi sono sdraiata».

Maria Vitale non è l'unica ricoverata in queste condizioni. Nello stesso reparto c'è un paziente sve-

dese, privo di un braccio e fresco di trapianto, al quale la lettiga dove era stato ricoverato un giorno è stata sottratta per un caso più grave. Anche lui ora dorme su una poltrona. E per una ottantenne che deve essere ricoverata in neurologia, l'ospedale ha trovato il posto in una clinica privata convenzionata. Ma non c'è l'ambulanza che può trasportarla nella struttura.

Questo lo scenario all'ospedale Civico, il più grande di Palermo. Trecento casi al giorno al pronto soccorso, 948 posti letto disponibili. Tutti pieni da prima delle vacanze natalizie. La sala di osservazione brulica di pazienti. Stesso copione al Policlinico universitario Paolo Giaccone, dove ieri mattina le autoambulanze del 118 non hanno potuto scaricare i pazienti, perché nei reparti si registrava il tutto esaurito. Solo per cinque di loro è stato possibile il ricovero in barella. E così anche a Villa Sofia-Cervello, Buccheri La Ferla e Ingrassia, dove le astanterie sono diventati reparti di lungodegenza. Niente posti nemmeno in rianimazione: dal 6 gennaio il 118 registra il tutto esaurito nell'intera provincia e, in caso di emergenza, i pazienti sono sistemati in posti di fortuna nelle unità anestesiolgiche.

I sindacati accusano la riforma varata dalla Regione, figlia del piano di rientro per il recupero di oltre 90 milioni di deficit. Un obiettivo oggi raggiunto, ma a costo di grandi sacrifici. Tra i quali la rimodulazione dei posti letto, ridotti del 20 per cento. L'assessore Russo si difende: «Sono stati tagliati solo i posti inutili, che avevano un tasso di occupazione inferiore al 70 per cento. In ogni caso il decreto è flessibile e prevede una riserva di 500 posti in tutta la regione che saranno redistribuiti secondo le esigenze». E in attesa che i 500 posti promessi vengano attivati, a Palermo più di 50 persone passeranno la notte in barella. Sempre che ne trovino una.

**“Non sono riuscita a sdraiarmi neanche di notte”  
Sotto accusa i tagli alla sanità**

I punti



**L'EMERGENZA**

Da giorni nei cinque ospedali di Palermo non è libero nessuno dei 2853 posti letto



**LA RIFORMA**

Il taglio imposto dalla riforma della Regione ha ridotto i posti letto del venti per cento



**LE LETTIGHE**

Sono i letti di fortuna sui quali i ricoverati spesso sono costretti a trascorrere giorni

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Industria.** Le proposte di Sergio Dompé

# Piano in tre mosse per la farmaceutica

**Roberto Turno**

**Tira l'export, ma calano i prezzi e il mercato interno. La strada per il rilancio del farmaco made in Italy non ha alternative: meno tagli e più investimenti, con una lotta senza quartiere alla burocrazia che allontana la voglia delle imprese di puntare sul nostro paese. Sergio Dompé, presidente di Farmindustria, non ha dubbi: «Servono investimenti mirati per sostenere la crescita della farmaceutica, che ormai tutti riconoscono tra i settori strategici della nostra economia. Un riconoscimento che però ora deve passare presto dalle parole ai fatti».**

Dompé rilancia la ricetta degli industriali del farmaco. Sulla scrivania il presidente di Farmindustria ha le tabelle Istat sull'andamento dei prezzi e sull'export a novembre 2010. Da una parte il calo dei prezzi dei farmaci scesi del 2,1% in un anno con l'inflazione che ha viaggiato a +1,5%; dall'altra, la crescita ulteriore dell'export della farmaceutica che a fine 2010 chiuderà con un aumento superiore al 15 per cento.

Il classico scenario a doppia velocità. Il differenziale tra inflazione e prezzi dei farmaci ha toccato un nuovo picco negativo: dal 2001 l'inflazione è salita del 20,5%, con i listini dei medicinali che intanto sono scesi del 26,2 per cento. Mentre l'export raggranella successi a doppia cifra a conferma di una vocazione verso l'estero che sta diventando patrimonio delle imprese: nel fatturato del settore, l'export rappresenta quasi il 60% del portafoglio totale. Ma con quel macigno di un mercato interno che dal 2001 a oggi nel pubblico è addirittura sceso.

I rischi per il futuro temuti dalle imprese sono a portata di mano. Con un'occupazione che dal 2008 ha perso più di 8 mila addetti e quasi altri 3 mila potrebbe perderne quest'anno. L'export che tira sconta così le

perdite nel mercato interno, in un settore che deve fare i conti con i generici e con la scadenza di brevetti fondamentali, mentre di nuove molecole quasi non v'è traccia. «La scelta dell'internazionalizzazione fatta dalle nostre imprese è stata vincente. Segno di grandi capacità e vitalità di un settore che sa guardare al futuro. Ma abbiamo un mercato interno asfittico: il ricavo netto sul farmaco etico - afferma Dompé - è il più basso tra i grandi paesi Ue».

Di qui il rilancio per una politica industriale capace di attrarre gli investimenti e di sfidare l'innovazione. Il quadrilatero

## MISURE

Stop al taglio dei prezzi, aiuti mirati agli investimenti con il rilancio dei contratti di programma e incentivi fiscali alle vendite all'estero

del Bric (Brasile, Russia, India e Cina) ormai è un modello e insieme un timore. «Mentre gli altri incentivano gli insediamenti, l'Italia ha più che mai bisogno di puntare agli investimenti se davvero vuole essere competitivo». Bella sfida, se consideriamo che tra l'altro da noi per fare decollare un insediamento ci vogliono fino a 5 anni. Tempi biblici nella competizione globale. Che ora l'industria chiede di accelerare, usando tutte le leve possibili. Col taglio della burocrazia, certo. Ma puntando forte verso altre tre direzioni, sintetizza Dompé: «Non penalizzare ancora con i tagli dei prezzi, aiutare gli investimenti strategici rafforzando i contratti di programma con incentivi più aggressivi, garantendo incentivi fiscali per l'export». Una scommessa. Forse non sufficiente, ma che ormai per le imprese non può più essere rinviata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Una conseguenza della crisi? L'aumento degli aborti

L'ALLARME PARTE DALLA SARDEGNA: TRA IGLESIAS E CARBONIA NEL 2009 CI SONO STATE 344 INTERRUZIONI SU 881 NASCITE

**Il primario: "Non è più come 30 anni fa, quando erano un'alternativa alla contraccezione"**

di **Cinzia Simbula**

**L**a crisi nemica dei bambini. Ne nascono pochi e, in proporzione, gli aborti (tra volontari e spontanei) sfiorano il 40 per cento. Com'è difficile pensare a una famiglia quando le fabbriche chiudono, l'incubo della cassa integrazione e della mobilità non dà un attimo di tregua e il futuro appare sempre più grigio. Senza prospettive. E chi una famiglia già ce l'ha non pensa certo ad alargarla.

**NEL SULCIS** Iglesiasiente dilaniato dall'emergenza lavoro, un territorio con spiagge e vegetazione mozzafiato nella zona sud occidentale della Sardegna, dove gli abitanti sono circa 150 mila e l'esercito di disoccupati sfiora i 30 mila, le interruzioni di gravidanza volontarie avvengono prevalentemente per colpa della crisi. A confermare che le drammatiche condizioni socio-economiche sono determinanti nel momento in cui una donna sceglie di compiere un passo comunque sofferto, sono i medici del reparto Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Santa Barbara di Iglesias (città capoluogo insieme a Carbonia), unico nel territorio a praticare l'aborto volontario sulla base della legge 194.

"In effetti è così - ammette il primario Giuseppe Santeufemia - non è più come succedeva trent'anni fa, quando l'aborto veniva considerato quasi un'alternativa alla contraccezione. A indicare che la relazione con la situazione di crisi è forte sono le stesse donne quando vengono da noi, ma ce lo dicono anche i dati Istat, dai

quali si evince la correlazione tra emergenza economica delle regioni del sud Italia e il tasso di abortività".

**AVERE** un figlio, in certe situazioni, viene considerato un lusso che non ci si può permettere. Troppo rischioso pensare a una maternità quando l'incertezza la fa da padrona e, se ci si trova davanti a una gravidanza non programmata, il probabile lieto evento non è più tale. I dati sono eloquenti. Nel 2009, a livello provinciale, il numero complessivo di nascite (nei distretti ospedalieri di Iglesias e Carbonia) è stato pari a 881. Gli aborti sono stati, complessivamente, 344. Un tasso di abortività complessivo, rispetto alle nascite, pari al 39,05 per cento. Con un altro parametro di riferimento, ovvero il numero di donne in età fertile (dai 15 ai 48 anni), l'indice è invece del 10,4 per mille e quello delle nascite risulta del 26 per mille. I dati del 2010 non sono meno confortanti, seppure in questo caso siano parziali e comprendano solo il distretto di Iglesias. Su 362 nascite gli aborti sono stati 147, di cui 50 interruzioni volontarie. Altro dato importante è quello dell'età, generalmente superiore ai 30 anni. Nel Sulcis, sinora, non sono state praticate interruzioni di gravidanza con il metodo farmacologico (la più nota Ru486). Tutte, dopo avere letto e firmato il consenso informato, hanno scelto il metodo chirurgico.

Osservando i dati, emerge con chiarezza anche il numero elevato degli aborti spontanei che per i medici potrebbero essere legati a una questione ambientale. "Abbiamo sicuramente anche un tasso di aborti spontanei elevato - dice il primario Santeufemia -, il che la dice lunga sulla situazione, perché verosimilmente il fenomeno è legato alle problematiche ambientali". Il condizionale è d'obbligo, dal momento in cui non esistono (come pure per molte patologie ricorrenti nel territorio) dati scientifici che possano confermare quelli che sono ora sospetti. Non a caso lo stesso Santeufemia evidenzia la necessità di compiere accertamenti e studi in grado di con-

fermare, o smentire, quelli che per ora sono sospetti. "Sta agli enti competenti agire di conseguenza, promuovendo uno studio epidemiologico per fare emergere con certezza se esiste una correlazione tra aborti spontanei e inquinamento ambientale".

