

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 16 SETTEMBRE 2013

## Donne in medicina. Molti interrogativi e qualche certezza

***Esiste una specificità femminile in una sanità sempre meno solidale, in una medicina sempre più dominata dal mercato? Le donne sapranno rispondere meglio proprio per le loro caratteristiche neuropsichiche? Le donne ripeteranno i vizi della medicina “maschile”?***

Quando insediavi la Commissione pari opportunità dell'Ordine di Firenze, molti anni orsono, posi una domanda che riappare nel [dibattito ospitato da QS](#) sulla “femminilizzazione” della professione medica. Entro pochi anni il numero delle donne iscritte agli Ordini supererà quello degli uomini; ciò influirà sulla medicina? La professione sarà esercitata nello stesso modo? Fa differenza che il medico sia uomo o donna?

La cosiddetta “pari opportunità” è questione di organizzazione sociale. Gli asili nido, la partecipazione del padre all'accudimento dei figli, la gestione della casa, i concorsi, le carriere e così via, sono problemi difficili ma non insolubili se vi è l'impegno di tutti.

Tuttavia la parità è un processo di lunga durata. Se penso alla mia generazione, le nostre madri hanno conquistato il voto (mia madre votò per la prima volta per la repubblica a 37 anni), ottenuto il diritto di famiglia, sconfitto il “delitto di onore”; le donne della nostra età hanno conquistato il divorzio, la parità sessuale, la parità legale sul lavoro e nei concorsi; l'uguaglianza ha storia troppo breve per darla per scontata. Però procede con troppa lentezza, frenata da schemi culturali maschilisti e, perfino, da un costume sessuale tuttora ancorato al concetto di peccato. Tra stalking e delitto d'onore la differenza è minima. Le donne inoltre pongono seriamente il problema del tempo da dedicare al paziente, questione che esse sentono di più per la loro abitudine a occuparsi di molte faccende.

Tuttavia, quand'anche fossero risolti tutti i problemi delle giovani donne, con ciò non si risponde alla domanda di partenza. Che è diversa anche dalla medicina di genere, altra questione molto seria posta dalle donne. La medicina è maschilista perfino sul piano scientifico e non v'è dubbio che una migliore comprensione della farmacologia o della fisiopatologia applicata al genere porterebbe notevoli vantaggi clinici. Nel Consiglio Sanitario Toscano esiste una commissione per la medicina di genere che sta per pubblicare una prima review su questo tema. Ma neppure questa risponde alla domanda iniziale che inerisce la stessa epistemologia della medicina.

La medicina moderna nasce colla vittoria del riduzionismo e trionfa grazie alla tecnologia, al prezzo di trascurare gli aspetti relazionali dell'assistenza. Storicamente le donne hanno svolto il ruolo del “prendersi cura”, di chi aiuta secondo un'arte materna, scevra dal paternalismo maschile. La prevalenza femminile riporterà la medicina nell'ambito del prendersi cura, senza trascurare le vittorie che il riduzionismo tecnologico garantisce e promette? Esiste un approccio di genere capace di superare l'ontologia nomotetica verso la complessità biografica? Si chiede [Teresita Mazzei](#), “quale valore aggiunto possono proporre le donne per una migliore efficacia organizzativa del sistema e per l'approccio al paziente?”

La medicina attraversa una delle tante crisi epistemologiche del suo secolare cammino. La tecnica influenza la procedura assistenziale mentre nuovi parametri metodologici nascono dalle conoscenze sui rischi primari e dal rapporto tra genetica e epigenetica, dall'intreccio tra fenotipo e ereditarietà. La medicina è complessa e esige un approccio sistemico sul piano cognitivo e olistico su quello umano,

la medicina narrativa. Una “cura” sempre più tecnologicamente sofisticata richiede un “prendersi cura” e, nello stesso tempo, una attenzione alla collettività, ai costi, ai nuovi bisogni, alla domanda sociale, all’immaginario collettivo, al diritto e alla politica.

Esiste una specificità femminile in una sanità sempre meno solidale, in una medicina sempre più dominata dal mercato? Le donne sapranno rispondere meglio proprio per le loro caratteristiche neuropsichiche? Le donne ripeteranno i vizi della medicina “maschile” o sapranno far prevalere una medicina ermeneutica, capace di cogliere, al di là delle apparenze misurabili della malattia, la soggettività irripetibile del malato?

Sostituire alle ontologie della malattia una sorta di protocollo della soggettività.

Alcune donne considerano il prevalere della componente femminile come una opportunità. Dovremmo ascoltare il parere delle giovani donne, che rappresentano il futuro della professione. Le colleghe meno giovani possono dare consigli ma il problema è generazionale. Quale medicina hanno in mente le giovani colleghe? Collegando l’interrogativo iniziale con quest’ultimo ne potremmo sapere di più. Non solo sul rapporto tra genere e medicina ma su che genere di medicina vorremmo.

**Antonio Panti**

*Presidente Ordine dei medici di Firenze*

**Il numero**

# L'esercito di cittadini che «vigilano» sui farmaci

Cresce la rete di farmacovigilanza nazionale: nel 2012 le segnalazioni di possibili reazioni avverse da farmaco nel nostro Paese hanno raggiunto quota 29.048, pari a 479 segnalazioni per milione di abitanti, un dato che supera egregiamente quello di 300 segnalazioni per milione di abitanti fissato dall'Oms per

**29.084**

È il numero delle segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci registrate nel 2012. Sono 479 per milione di abitanti, il 35% in più rispetto al 2011

dichiarare un sistema efficiente (il valore italiano era di 364 nel 2011 e 334 nel 2010). A rilevarlo è la Relazione annuale dell'Aifa sulla vigilanza post marketing dei medicinali per uso umano in-

viata al Parlamento dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. La crescita complessiva delle segnalazioni registrata nel 2012 è stata del 35%, nettamente superiore rispetto al 6% dell'anno precedente, il che conferma l'aumentata sensibilità verso il problema. In forte crescita il contributo offerto al sistema dai medici ospedalieri, prima fonte di segnalazione di reazioni avverse ai farmaci (57%), e dai cittadini, che hanno aumentato del 153% il numero di segnalazioni effettuate nel 2012. Resta invece carente la partecipazione dei medici di medicina generale e diminuisce quella degli infermieri (-12%).



Per saperne di più  
Agenzia italiana del farmaco  
[www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)



## Salute

**L'ormone** Sono 30 i geni deputati a controllarne gli effetti

# Insulina al centro della scena

È la chiave per regolare «i consumi»

Svolge una funzione essenziale per la regolazione del metabolismo energetico

Registra la quantità di nutrienti che assumiamo con la dieta e decide come utilizzarli

**A**lzi la mano chi non sogna che gli scienziati scoprano l'elisir del l'eterna giovinezza. O, almeno, che non scoprano il modo di guadagnare un po' di tempo in più da trascorrere (in salute, è ovvio) su questa terra. La notizia, presentata in apertura del convegno di Venezia "The secrets of longevity", sarà che la genetica ha trovato il modo per poter prolungare la vita umana e che tutto passa attraverso una manciata di geni che finiscono per essere influenzati da quello che mangiamo.

«Stando ai più recenti studi scientifici — spiega Pier Giuseppe Pelicci, che è condirettore dell'Istituto europeo di oncologia di Milano e fra i maggiori esperti di medicina molecolare — appare ormai evidente che alimentazione e genetica si fondono, condizionandosi a vicenda, nella loro funzione di regolatori della durata della vita e della salute dell'essere umano».

Come sempre avviene in ambito scientifico, la scoperta odierna affonda le sue origini nelle ricerche di laboratorio di parecchi anni fa. Nel 1988, un laboratorio americano annunciò una scoperta epocale: l'eliminazione di un singolo gene nel DNA del verme (*age-1*) provoca un allungamento della sua vita di circa il 65%. Undici anni dopo, un laboratorio italiano (quello di Pelicci), ottenne il medesimo risultato nel topo con un altro gene (il *p66*) che, se eliminato, è in grado di prolungare la

vita del 30%.

Nei successivi 15 anni siamo arrivati a comprendere che nel patrimonio genetico di ognuno di noi esistono geni che causano invecchiamento e che possono essere "manipolati" per prolungare la nostra esistenza. E sappiamo pure che esistono altri geni, quelli della longevità, che ci sono preziosissimi perché se vengono attivati allungano il tempo a nostra disposizione.

Queste scoperte hanno posto in discussione l'idea comune che la durata della vita umana sia fuori dal nostro controllo e oggi sappiamo che è possibile intervenire per prolungarla tramite la modulazione chimica (in pratica mediante **farmaci**) della funzione dei geni dell'invecchiamento.

La novità più recente è però che una trentina di geni in tutto, fra invecchiamento e longevità, regolano gli effetti dell'insulina. «L'insulina — prosegue Pelicci — è un ormone essenziale per la regolazione del metabolismo energetico: "registra" la quantità di nutrienti che assumiamo con la dieta e decide come utilizzarli per la produzione d'energia. È possibile quindi che la disponibilità di cibo, l'allocazione dell'energia disponibile e l'invecchiamento siano strettamente collegati». Come e perché? Per capirlo basta guardare l'evoluzione della specie. Gli animali si sono dovuti "abituare" all'assenza di cibo, imparando ad usare la poca energia disponibile per vivere

più a lungo. Lo stesso effetto si ottiene in laboratorio sottoponendo le cavie a quello che gli scienziati chiamano "restrizione calorica" (si veda l'articolo dedicato all'argomento nelle pagine successive): in estrema sintesi, è stato dimostrato (per ora su topi e primati) che meno si mangia più si allunga la vita e che la restrizione calorica diminuisce le patologie correlate all'età avanzata, come per esempio tumori, patologie cardiovascolari e neurodegenerative. «Purtroppo non si tratta di una semplice dieta, — sottolinea Pelicci — bensì di un regime durissimo, appena superiore alla malnutrizione, molto probabilmente inaccettabile per gli esseri umani. Siamo però già arrivati a creare dei **farmaci** che mimano la restrizione calorica e che dunque ne riproducono solo gli effetti benefici (sono efficaci nel prolungare la vita e diminuire l'incidenza di malattie): sono stati testati su cavie da laboratorio con successo, ma sono troppo tossici per l'uomo e serviranno certo ancora molti anni di ricerche».

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Salute

**Confronto europeo** Pazienti in aumento, ma budget limitati in tutti i Paesi

# Alleanza tra volontariato e sanità pubblica strategia vincente contro le difficoltà

**Il coordinamento fra volontariato, profit e non profit è fondamentale. C'è spazio per tutti**

**O**ltre cinquanta esperti tra i più autorevoli a livello internazionale, provenienti da vari Paesi europei, da ospedali pubblici e privati, centri accademici di eccellenza, organizzazioni non profit e Onlus si sono ritrovati a Bologna per confrontarsi sui modelli assistenziali presenti in Europa nel campo delle cure palliative e delle cure domiciliari.

Dalle relazioni sulla situazione in Germania, Spagna, Belgio, Ungheria e Polonia è emersa con decisione la necessità di un'integrazione tra le forze messe in campo nei diversi Paesi e soprattutto di sviluppare ulteriormente le cure a domicilio.

«Le cure palliative a casa rappresentano la sfida della moderna sanità per dare risposte a tutti i sofferenti cronici — dice Franco Pannuti, presidente onorario di Fondazione Ant —. Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha ripetuto più volte l'importanza strategica dell'assistenza domiciliare nell'ambito di un ripensamento della sanità pubblica che sia sostenibile. Dall'ultimo censimento Istat si evince quanto sia cresciuto il non profit in questi dieci anni, in controtendenza rispetto a tutti gli altri settori. Ciò che davvero manca è una presa di coscienza delle istituzioni».

In Italia le cure palliative domiciliari sono in continuo miglioramento e diminuisce in modo rilevante il numero di pazienti oncologici che trascorre gli ultimi giorni di vita in un ospedale (da 53.574 nel 2010 si è passati a 49.213 nel 2011, con un calo che supera l'8%), segno che le reti assistenziali diffuse sul territorio riescono a prendere in carico un maggior numero di persone.

Anche il numero degli hospice che presta assistenza ai malati terminali aumenta (217 nel 2011 rispetto ai

204 del 2010). È il quadro che emerge dall'ultima relazione appena inviata al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 38/2010 sulle cure palliative. «La situazione appare disomogenea — è scritto nel rapporto — anche se esiste la volontà su tutto il territorio nazionale di organizzare in forme, seppur variegate, una risposta assistenziale adeguata».

«Di fatto di strada ne è stata fatta tantissima, se si pensa a quanto è avvenuto dalla legge 38 in poi — sottolinea **Gianlorenzo Scaccabarozzi**, vicepresidente della Commissione nazionale cure palliative —. Abbiamo rivoluzionato il sistema delle regole, adesso però bisogna applicarle. In questo contesto l'alleanza con il volontariato, il profit e il non profit è fondamentale. Bisogna smettere di contrapporsi come modelli alternativi. C'è spazio per un lavoro integrato forte e per un impegno comune».

Di fatto, come ribadisce Luca Moroni Presidente della Federazione Cure Palliative «le organizzazioni non profit hanno avuto e continuano a mantenere un ruolo chiave nel consolidamento e nella crescita delle cure palliative in Italia». La scommessa, appunto, è quella di una sempre maggiore collaborazione tra il servizio di assistenza domiciliare pubblico e le realtà del volontariato e dell'imprenditorialità non profit.

«La Fondazione Ant — ribadisce Raffaella Pannuti — rappresenta un esempio concreto di sanità sostenibile a servizio della cittadinanza, in un momento in cui la sanità pubblica rischia di diventare sempre più privilegio di pochi. Occorre cambiare strategia, ma solo una normativa che sancisca in modo chiaro l'integrazione tra pubblico e non profit può consentirci di andare avanti. Se continuiamo a pensare che il pubblico sia per tutti, sbagliamo; il futuro ci riserverà servizi peggiori e una fuga nel privato, ovviamente solo per coloro che possono permetterselo».

**R. Co.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Salute

Medicina

Una nuova  
difesa  
dalle meningiti

a pagina 62

**Infezioni** Aumenta l'arsenale preventivo nei confronti delle temibili forme batteriche della malattia

## Nuova difesa contro la meningite

In arrivo anche in Italia il vaccino per il meningococco di tipo B

### I sintomi nei bambini

Riconoscere i sintomi della meningite non è facile, perché non si tratta di segnali specifici. Queste le manifestazioni che devono mettere in allarme: febbre alta; mal di testa, nausea, vomito; stanchezza, torpore; pianto frequente, irritabilità, deficit neurologici, rigidità nucale, difficoltà di movimento; pallore, talvolta macchioline rosse che non scompaiono alla pressione

**Protezione**  
Uno scudo  
per un rischio  
molto temuto,  
soprattutto  
dai genitori

**S**i abbatte come una tempesta su un bambino piccolo o su un ragazzo fino a un attimo prima perfettamente sani. E nel giro di un giorno o due se li può portare via. Quando la meningite da meningococco, soprattutto quella di tipo B, si manifesta, può essere già troppo tardi, nonostante una massiccia terapia antibiotica. Nei casi in cui l'infezione non si riconosce e non viene trattata tempestivamente, la letalità può raggiungere addirittura il 50 per cento.

Chi ha assistito come familiare o come sanitario a una di queste meningiti fulminanti accoglie con sollievo l'approvazione del nuovo vaccino contro il meningococco B, che finalmente supera l'impotenza della me-

### I casi in Italia

Ogni anno in Italia i casi di meningite (batterica e virale) sono circa 3 mila. Secondo i Dati di Sorveglianza delle malattie batteriche invasive - Istituto Superiore di Sanità, nel 2012 ci sono stati circa 100 casi di meningite meningococcica, il 50% da meningococco di tipo B (dati ritenuti sottostimati per mancate comunicazioni)

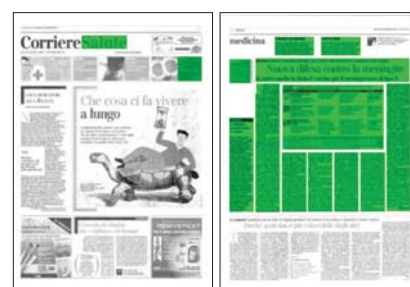
dicina contro questo germe così aggressivo.

Riconoscere prontamente i sintomi della meningite (infiammazione delle meningi, membrane che avvolgono il cervello e il midollo spinale) non è facile. Quante volte un bambino o un ragazzo ha febbre alta e mal di testa, magari accompagnati da vomito o nausea? Come capire quando bisogna correre in Pronto soccorso? «Purtroppo non abbiamo criteri sicuri — ammette Alberto Villani, responsabile del reparto di Malattie infettive all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, di Roma —. Un segnale d'allarme è l'irrigidimento della parte posteriore del collo, e un segno che la malattia meningococcica sta avanzando è la comparsa di macchie rosse o bluastre sulla pelle. Ma in questi casi è già tardi. Il sospetto non viene tanto per la febbre alta, che può avere molte altre cause, ma soprattutto per il malessere del bambino, che non sembra più lui, è strano, per esempio straparla».

Segnali comunque generici, ancora meno utili quando si tratta di bambini molto piccoli, sotto i due anni, quelli in cui l'infezione è più frequente.

«L'unico modo per proteggerci in maniera efficace dalle meningiti batteriche (quella da meningococco B è solo una delle forme causate da batteri, vedi tabella) è pensarci prima, — riprende Villani — vaccinando i bambini contro tutte le forme per le quali abbiamo a disposizione un vaccino. Ora che è stato approvato anche il vaccino contro il meningococco B abbiamo gli strumenti per prevenirle praticamente tutte».

Le meningiti possono anche essere virali, più frequenti, ma di solito molto meno gravi di quelle batteriche, per cui gli sforzi dei ricercatori si sono concentrati su queste ultime. «Già da qualche anno possiamo contare su tre vaccini contro meningiti batteriche — prosegue Villani —. A cominciare



dal vaccino contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B, grazie al quale le meningiti che un tempo erano le più comuni tra le forme batteriche sono diventate rarissime. Questo successo è dovuto anche al fatto che questo vaccino è incorporato nella stessa iniezione che protegge da tutte le principali malattie dell'infanzia, la cosiddetta "vaccinazione esavalente", e quindi ha raggiunto livelli di copertura altissimi».

Non altrettanto si può dire per ora degli altri due vaccini: quello contro lo *Streptococcus pneumoniae* (anche detto pneumococco) e quello contro il meningococco C.

Questi due vaccini stanno cominciando a controllare le rispettive infezioni, ma non hanno ancora raggiunto il livello di diffusione sperato.

Il vaccino anti-pneumococco, peraltro, è utile non solo nei confronti delle meningiti ma anche contro altre infezioni comuni nei bambini (come otiti o bronchiti) o contro malattie gravi, come sepsi e polmoniti, che spesso colpiscono anche gli anziani. Ed è proprio, infatti, quella degli anziani l'altra fascia di età cui si raccomanda la vaccinazione per lo *Streptococcus pneumoniae*, tanto più preziosa quanto più si diffondono le "resistenze" agli antibiotici. «Esistono più di 90 sierotipi di pneumococco, — ricorda Susanna Esposito, presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica — ma il vaccino protegge contro i 13 sierotipi responsabili del 90 per cento delle meningiti di questo tipo». Sono davvero poche, quindi, quelle contro cui si resta sguarniti.

In quanto al vaccino contro il meningococco C, è raccomandato a livello nazionale dal

2012, mentre un altro vaccino che protegge anche da altri ceppi (meningococco A, C, W135 e Y) si usa nei Paesi dove questi sierotipi circolano di più e per i viaggiatori che vi si recano.

Tornando al meningococco di tipo B, si può dire che fosse, fino ad ora, "il punto debole" in Italia, in quanto responsabile di più della metà dei casi di infezione batterica, proprio i più violenti: perché contro questo batterio, fino a poco tempo fa, non si riusciva a ottenere un vaccino? Lo spiega Rino Rappuoli, di Novartis Vaccines, il ricercatore che può rivendicare la paternità del nuovo vaccino: «Gli altri vaccini antimeningococchi sono stati prodotti a partire dalla capsula polisaccaridica che riveste questi batteri. Ma questo sistema non funzionava contro il meningococco B, perché la sua capsula contiene elementi presenti anche nell'organismo umano, per cui il sistema immunitario non li riconosce come estranei e li tollera». Ci voleva, quindi, un approccio completamente nuovo: la cosiddetta *reverse vaccinology*, per cui non occorre più coltivare virus e batteri in laboratorio, ma basta conoscere la sequenza genetica del microrganismo per produrre le proteine, (antigeni), capaci di indurre la risposta immunitaria.

Un sistema, questo, che dovrebbe garantire anche una maggiore sicurezza. «Abbiamo somministrato il nuovo vaccino a 8 mila lattanti e 6 mila ragazzini di 11 anni — riferisce in proposito Gianni Bona, vicepresidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale — e in tre anni non abbiamo osservato alcun effetto collaterale se non il tipico rialzo febbrile che passa spontaneamente o

con il paracetamolo».

Eppure, il comitato britannico incaricato di valutare l'opportunità di una vaccinazione a tappeto con il preparato anti-meningococco B ha espresso per ora parere sfavorevole: in tempi di vacche magre, qualunque sia il costo di mercato del nuovo vaccino, il rapporto costo-beneficio non la giustifica. Almeno in Gran Bretagna.

Anche in Italia i casi di infezione grave da meningococco B non sarebbero moltissimi: una cinquantina quelli accertati nel 2012. Gli esperti però sono convinti che di fatto siano molti di più, perché il Sistema informatizzato malattie infettive (SIMI), istituito nel 1994 presso l'Istituto Superiore di Sanità, non copre tutto il territorio italiano e si basa su comunicazioni fornite spontaneamente dalle Asl (corredate dall'analisi completa del germe responsabile e del suo sierotipo); dati, quindi, che è costoso e difficile raccogliere, soprattutto in casi di emergenza.

«Ma indipendentemente dal numero complessivo di infezioni da meningococco di tipo B, non è accettabile che oggi in Italia anche un solo bambino possa morire per una malattia evitabile grazie a un vaccino, — commenta Bona — o che, pur sopravvivendo alla malattia, ne porti i segni per tutta la vita (accade a quasi il 30% di chi supera l'infezione) con gravi disabilità, dalla sordità, alla difficoltà di linguaggio, al ritardo mentale». Nel decidere se introdurre questa vaccinazione nei calendari vaccinali e nei Livelli essenziali di assistenza occorrerà tener conto anche di questi costi sanitari e sociali.

**Roberta Villa**

... RIPRODUZIONE RISERVATA

## Ricerche

### Le abitudini sessuali hanno un ruolo?

Anche le abitudini sessuali potrebbero contribuire al rischio che il meningococco C, da abitante delle prime vie respiratorie, scateni un'offensiva che arriva al cervello. Lo sostiene l'ultimo rapporto dell'European Center for




Disease Control (ECDC):

ci potrebbe essere un particolare ceppo di meningococco C che sta emergendo tra gli uomini che hanno rapporti con altri uomini. Ne sono stati isolati tre casi in Germania e altri, sporadici, in Belgio e in Francia, tutti provocati da batteri con la stessa sequenza genetica. Si sarebbero verificate piccole epidemie anche nelle comunità gay in Canada e a New York. Le persone colpite in Europa sono risultate negative al test per l'HIV, per cui non dovrebbe essere il calo delle difese indotto da

questo virus ad aver favorito la malattia. Né il fenomeno si può attribuire alla frequentazione di locali affollati e fumosi (il fumo, anche passivo, è un fattore di rischio riconosciuto per la malattia) più di quanto non valga gli eterosessuali. Per ora si tratta solo di segnalazioni, che andranno approfondite. Nel frattempo l'ECDC ricorda che il vaccino contro il meningococco C è efficace per prevenire anche negli adulti.

**Meningiti batteriche**

Sono causate da batteri che in genere provocano infezioni delle vie respiratorie e solo in rarissimi casi meningite. La maggioranza dei casi può essere oggi prevenuta con i vaccini

Batteri responsabili	Disponibilità del vaccino	Quando si fa la vaccinazione	Copertura
 <p><b>HAEMOPHILUS INFLUENZAE DI TIPO B (Hib)</b> Fino agli anni '90 era responsabile della maggioranza dei casi di meningite nei bambini sotto i 5 anni di età</p>	<p>Con l'introduzione del vaccino la diffusione dell'infezione si è ridotta moltissimo</p>	<p>Il vaccino è incluso nel prodotto esavalente somministrato a tutti i nuovi nati, in tre dosi successive durante il primo anno di vita</p>	<p>La copertura vaccinale nel 2011 ha raggiunto il <b>95,6%</b> dei bambini a cui è stato offerto il vaccino</p>
 <p><b>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (Pneumococco)</b> Ne esistono circa 90 sierotipi. Viene trasmesso per via aerea. È più frequente nei bambini di età inferiore ai 3-4 anni e negli anziani sopra i 65 anni</p>	<p>Il vaccino è rivolto contro i 13 sierotipi più aggressivi, responsabili del 90% dei casi gravi provocati da questo batterio</p>	<p>Il vaccino è consigliato a bambini e anziani. Viene somministrato a tutti i nuovi nati in concomitanza con l'esavalente, in tre dosi successive durante il primo anno di vita</p>	<p>Nel 2008 ha raggiunto il <b>55%</b> dei bambini a cui è offerto il vaccino, ma si stima che la copertura sia aumentata negli ultimi anni</p>
 <p><b>NEISSERIA MENINGITIDIS (Meningococco) DI TIPO A, B, C, Y, W135</b> I ceppi più comuni in Italia sono il B e il C. Si trasmette per via aerea. È più frequente nei bambini sotto i 2 anni di età e negli adolescenti</p>	<p>Esiste il vaccino per i sierogruppi A, C, W135 e Y (usato nei Paesi dove questi sierogruppi sono più diffusi). Il vaccino per il meningococco B, approvato in Italia, dovrebbe essere disponibile verso la fine del 2013</p>	<p>L'antimeningococco C è raccomandato a livello nazionale dal 2012; viene effettuato al 13° mese o dopo gli 11 anni. Per il meningococco B c'è un picco di rischio fino ai due anni di età e negli adolescenti. Si auspica l'inserimento del vaccino nei Piani vaccinali per i nuovi nati e dopo gli 11 anni per i non vaccinati</p>	<p>Per l'antimeningococco C nel 2008 la copertura era del <b>39,9%</b> dei bambini a cui viene offerto il vaccino, ma si stima sia aumentata</p>

**Meningiti virali**

I casi in Italia sono circa il doppio di quelli da batteri, ma in genere molto meno gravi. Non esistono vaccini. Sono causate da: enterovirus (80% dei casi, alcuni virus sono gli stessi che danno disturbi gastrointestinali); herpes virus (gli stessi che causano vescicole genitali, labiali o varicella, ma che raramente provocano meningite-encefalite); virus trasportati da punture di insetto (West Nile Virus, circa 30 casi in Italia nel 2012; virus Toscana, virus dell'encefalite da zecche. Per la prevenzione: indumenti coperti, zanzariere e repellenti, disinfezione da zanzare e pipistrelli)

Fonti: Logan SA, MacMahon E. Viral meningitis. BMJ. 2008; Ministero della Salute; Istituto Superiore di Sanità; AMCLI-Associazione microbiologi clinici italiani



# Salute

**Dritto**

Cure palliative  
e medici  
di famiglia

a pagina 65

**L'indagine** Molti medici di famiglia pronti (in teoria) a farsene carico

## «Per le cure palliative più risorse e formazione»

Le équipe devono prevedere infermieri, dottori e psicologi

Il 15% degli intervistati teme però l'ulteriore carico di lavoro

**V**iste con gli occhi dei medici di medicina generale, le cure palliative domiciliari sono una partita da giocare nel ruolo di protagonisti. Certo il terreno è ancora accidentato e bisogna lavorare parecchio sul concetto di squadra. La voglia di mettersi alla prova, comunque, c'è.

Si potrebbe riassumere così il risultato di un'indagine effettuata dai medici di famiglia e dal Dipartimento di Cure primarie dell'Asl 105 di Bologna. Su 595 medici dell'area metropolitana contattati, hanno risposto al questionario online in 218 (36,6%). Una buona media secondo gli organizzatori, che hanno presentato i risultati al Congresso internazionale della Fondazione ANT di Bologna, dal 12 al 14 settembre, dal titolo: "The Dignity of Life until the Last Breath. Innovative models in cancer palliative care" (La dignità della vita fino all'ultimo respiro. Modelli innovativi nelle cure palliative oncologiche).

«Questo sondaggio può essere lo specchio della medicina generale a livello di Regioni avanzate — spiega Marcello Salera, rappresentante dei medici di famiglia di Bologna —. Volevamo capire qual è il livello di conoscenza e di sensibilità riguardo alle cure palliative e all'assistenza domiciliare integrata (Adi). Siamo stati sorpresi dall'uniformità prevalente

delle risposte. In oltre l'80% dei casi c'è accordo sull'argomento. Ciò è molto importante, perché indica che esiste già una cultura diffusa, comune e omogenea».

Le sfere di competenza, in primo luogo. Secondo la maggioranza è il territorio e non l'ospedale a doversi occupare di cure palliative domiciliari. Gli attori principali sono dunque i medici di famiglia e gli hospice. Oltre l'80% del campione (vedi grafico) considera il medico di famiglia parte attiva dell'équipe di cure palliative domiciliari. Tuttavia, per un 15% degli intervistati questo tipo di assistenza non è compatibile con il carico di lavoro già presente. «Un segnale negativo — sottolinea Salera — che suggerisce la necessità di perseverare nell'approfondire il problema».

Chi deve far parte dell'équipe di cure palliative? Nell'ordine: l'infermiere, il medico palliativista, il medico di famiglia e lo psicologo. L'88% per cento del campione, ritiene però necessaria una formazione specifica anche per il medico di famiglia.

Diversi invece i punti di vista sulle patologie per le quali attivare le cure domiciliari. «Tutti indicano tumori e malattie come la SLA — dice Salera —. Pochi parlano di malattie anche severe, come l'insufficienza respiratoria del-

la bronchite cronica ostruttiva oppure l'insufficienza cardiaca congestizia grave, che invece potrebbero trarre grande giovamento da un'assistenza mirata palliativa domiciliare. Anche su questo punto occorre più formazione».

L'indagine è servita a rilevare poi una serie di criticità: unità operative di cure palliative domiciliari "a macchia di leopardo"; condivisione inadeguata della filosofia e degli obiettivi delle cure palliative; scarsità di risorse e mezzi messi a disposizione per la realizzazione delle cure palliative domiciliari.

Come tutte le "rivoluzioni", infine, anche quella delle cure palliative sconta un certo grado di resistenza da parte dei medici. «Siamo oberati da milioni di cose da fare tutti i giorni — riflette Salera —. Quindi un po' capisco i colleghi che si chiedono: come riuscire a seguire anche l'Adi? Come facciamo ad essere formati, pronti e attivi anche nel campo delle cure palliative e nel campo dell'oncologia?».

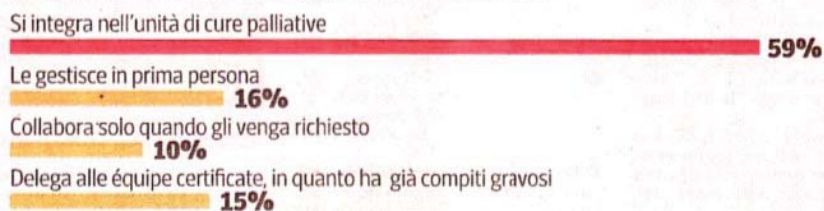
**Ruggiero Corcella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

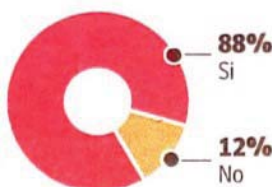


## L'opinione dei medici

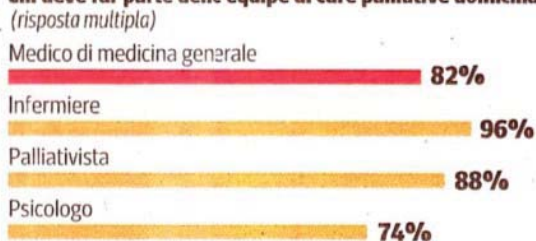
### Qual è il ruolo del medico di famiglia nelle cure palliative?



### Al medico di famiglia serve una formazione specifica?



### Chi deve far parte delle équipe di cure palliative domiciliari?



Fonte: Indagine Medici di medicina generale e Asl 105 di Bologna: questionario online spedito ai 595 Medici di base della città. Hanno risposto in 218 C.D.S.

## Il bilancio

### Terapie domiciliari per 96 mila persone dal 1985 a oggi

Il Convegno di Bologna è stata anche l'occasione per presentare i dati del bilancio operativo di Fondazione ANT nel primo semestre del 2013. Assistenza domiciliare, prevenzione, servizi socio-assistenziali, sono tutti in crescita: 6.808 sono stati i malati di tumore assistiti gratuitamente a domicilio in 9 regioni d'Italia tra gennaio e giugno di quest'anno, in crescita del 4,6% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Si stima che le persone seguite ogni anno da ANT rappresentino circa il 10% di tutti i malati oncologici assistiti a domicilio nel nostro Paese. Sono il 9% in più i malati assistiti ogni giorno gratuitamente a domicilio dallo staff sanitario della Fondazione ANT rispetto allo stesso mese del 2012 (+27% negli ultimi cinque anni). Attualmente i 131 medici, 88 infermieri e 27 psicologi che lavorano per ANT - cui si affiancano altre figure professionali come nutrizionisti, assistenti sociali, farmacisti, fisioterapisti, collaboratori e dipendenti, per un totale di 400 persone - curano ogni giorno 3.943 malati. Dal 1985 sono stati curati dalle 20 équipe di specialisti ANT 96.289 malati di tumore, direttamente a casa e senza alcun costo per gli Assistenti e per le loro Famiglie.

## Alla 2° Università Un osservatorio sugli «errori» dei chirurghi

### L'iniziativa

Il caso della docente della Sun è uno dei tanti che ogni giorno vanno ad allungare l'elenco dei danni in chirurgia e medicina estetica. Nell'ultimo anno il numero degli interventi di riparazione a errori sul fronte della medicina estetica è, infatti, cresciuto del cinque per cento (è del venticinque per cento, invece, il numero complessivo degli errori rispetto al numero di interventi).

L'«Osservatorio sugli errori in chirurgia estetica», istituito presso il secondo policlinico di Napoli dal professore Francesco D'Andrea, scaturisce proprio dalla preoccupante crescita del numero di errori e di danni provocati, appunto, da una chirurgia e medicina estetica «selvaggia». E si pone come obiettivo quello di limitare al massimo i danni attraverso un'adeguata informazione.

L'obiettivo dell'osservatorio, lo ricordiamo, è di duplice valenza: da un lato si traduce in un servizio privilegiato d'informazione e assistenza rivolto ai cittadini a cui si offre la possibilità di interloquire con personale altamente specializzato. Dall'altro rappresenta un'opportunità per la tutela e l'aggiornamento professionale dei futuri chirurghi plastici. Ed ora qualche esempio di segnalazioni giunte all'osservatorio. C'è il caso della casalinga che si è rifatta il seno letteralmente imploso per un errore del chirurgo.

C'è il caso della quarantenne che per una «punturina alle labbra» ha avuto una reazione allergica ed ora sembra che abbia l'herpes perenne (a questa donna non è stato fatto il test antiallergenico che serve appunto a stabilire se il paziente ha reazioni a un certo tipo di prodotto).

Ma ritorniamo all'osservatorio. I docenti impegnati stanno valutando la realizzazione di un call center per erogare il servizio informativo anche

telefonicamente con personale addetto alla raccolta dati.

Allo sportello della sede napoletana del dipartimento i cittadini interessati potranno prenotare una consulenza gratuita. Infine presto sarà istituito anche uno sportello virtuale a cui si può accedere attraverso una chat on-line.

**m.l.p.**

**I numeri**  
Aumentati  
del cinque  
per cento  
nell'ultimo  
anno  
le sedute  
«riparatorie»

