

«Chiudete le strutture inappropriate»

Il 2012 ha visto grandi cambiamenti per il nostro Sistema sanitario nazionale. Come ha evidenziato la Corte dei conti nel suo Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica il disavanzo sanitario totale lo scorso anno è stato di 1.066 miliardi di euro pari al 41,6 per cento.

Il documento evidenzia come nel 2012 siano calate le spese per il personale medico-sanitario, l'assistenza nel privato e i farmaci. In compenso è aumentato del 13% l'impatto dei ticket. In altre parole i conti migliorano ma il sistema rischia di non reggere ulteriori tagli e nuove forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Il rapporto del tribunale amministrativo conferma quindi quello che molti medici sostengono da anni. Il taglio per il comparto della Sanità a m o n t a complessivamente a circa 14 miliardi di euro.

Dalla finanziaria Tremonti dell'estate 2011 ai provvedimenti di spending review presi dal Governo Monti e dal Commissario Bondi, fino alla legge di stabilità di quest'anno abbiamo assistito a una serie di manovre governative che hanno solo decurtato le già poche risorse spettanti al sistema sanitario nazionale. Si tratta di tagli lineari che hanno colpito tutti in modo indiscriminato.

Sul finire della scorsa legi-

slatura la Conferenza Stato-Regioni non ha approvato il regolamento per i nuovi standard ospedalieri. Il provvedimento taglia oltre 14mila posti letto per acuti (6.653 in più per la post-acuzie) e riduce da 2.000 a 1.100 il numero delle unità operative complesse.

Si tratta di un passaggio fondamentale per ridisegnare l'intera rete ospedaliera nazionale. Speriamo quindi che il nuovo Governo approvi il primo possibile quel provvedimento.

È necessario razionalizzare le risorse destinante al comparto della Sanità del nostro Paese non con tagli lineari, come quelli previsti dalla spending review, ma attraverso una riorganizzazione delle reti ospedaliere. Bisogna ridurre le strutture complesse tramite il loro ac-

corpamento e l'eliminazione di tutti quei reparti che svolgono, all'interno dello stesso ospedale, la medesima funzione. Solo così è possibile ridurre i costi senza compromettere la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Per fare un esempio, la Regione Piemonte lo scorso marzo ha deliberato il taglio di 200 strutture complesse e dell'11% dei posti letto. Grazie anche a questo provvedimento si è evitato il commissariamento della Sanità piemontese.



Prendere queste decisioni non è facile, perché esistono ancora troppe resistenze da parte delle comunità locali interessate a difendere le piccole strutture. Ma frammentare e duplicare l'offerta ospedaliera garantisce solo un'effimera e inefficace presenza di personale medico-sanitario sui vari territori.

Basare il nostro sistema sanitario nazionale su tanti piccoli ospedali non qualificati invece che su meno strutture ma di maggiore qualità può compor-

ministro della Salute Ferruccio Fazio.

La Società italiana di Ginecologia e ostetricia (Sigo) si è espressa fin da subito a favore di quel provvedimento. Dopo circa due anni e mezzo bisogna riscontrare alcuni miglioramenti specialmente nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro.

In generale, però, ancora troppe poche strutture non idonee sono state chiuse o riconvertite e gli organici non sono stati adeguati secondo i canoni previsti dalla riforma. Bisogna inoltre prevedere una maggiore tutela del ginecologo-chirurgo cercando di limitare l'enorme contenzioso medico-legale.

Le troppe cause che affliggono la nostra categoria costringono molti professionisti a ricorrere alla medicina difensiva. Esami e accertamenti inutili aumentano ulteriormente gli sprechi e quindi anche le spese per l'intera collettività.

È necessario inoltre rimuovere il blocco del turn-over del personale che impedisce ai giovani camicini bianchi di entrare in pianta stabile nel nostro sistema sanitario. I risultati sono l'innalzamento dell'età media dei dipendenti che lavorano all'interno della Sanità pubblica e il fenomeno del precariato.

Recentemente il ministero della Salute ha dichiarato che attualmente nel Sistema sanitario nazionale lavorano 35.200 precari di cui circa 7.000 medici e 11.000 infermieri. Lo scorso anno i contratti di formazione specialistica direttamente finanziati dallo Stato sono scesi da 5.000 a 4.500.

La Sigo ha ufficialmente richiesto un incontro al nuovo ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**. Sarà quella l'occasione per discutere di tutti questi temi così delicati e terribilmente urgenti.

In occasione dello sciopero dei ginecologi avevamo rivolto un appello alle forze politiche che, da lì a breve, avrebbero partecipato alle elezioni del 24-25 febbraio.

Un buon numero di partiti aveva inserito nei loro programmi alcune scelte d'indirizzo che andavano nella direzione da noi richiesta. Diverse di quelle forze politiche sono attualmente presenti sia in Parlamento che al Governo.

Il nostro Sistema sanitario nazionale non può permettersi di perdere ulteriore tempo e quindi ci aspettiamo che a breve si passi dalle parole ai fatti.

Professionisti in trincea

Nicola Surico
Presidente Sigo
(Società italiana di ginecologia e ostetricia)

Gli altri camici bianchi. Garanti dei pazienti loro affidati

In prima linea infermieri e ostetriche

■ L'infermiere e l'ostetrica assumono una «posizione di garanzia» nei confronti dei pazienti affidati alle loro cure, ai quali deve essere fornita un'assistenza diligente, prudente e perita, potendosi altrimenti configurare a loro carico una responsabilità, sia penale sia civile, per i danni cagionati alla salute dei pazienti (Cassazione penale 2 marzo 2000).

Responsabilità dell'infermiere

A carico dell'infermiere, è configurabile il reato di abbandono di minori o incapaci nelle ipotesi in cui quest'ultimo non fornisca ai pazienti disabili le prestazioni assistenziali e terapeutiche che gli competono (Cassazione penale 15245/2005 e 4407/1998; Gup di Trani 24 gennaio 2007).

Nell'ipotesi di lavoro in équipe, quando il medico si avvale di un infermiere che materialmente effettua la sostituzione di una sacca di sangue con una nuova da trasfondere al paziente, anche se sussiste per il medico l'obbligo di assicurarsi che il gruppo sanguigno sia quello del paziente, l'infermiere non può comunque confidare su tale successivo controllo (Cassazione penale 15 luglio 1991; Tribunale di Bologna n. 907/2002).

È stata accertata la responsabilità dell'infermiere anche in un caso di "stravaso" dei farmaci antitumorali verificatosi nel corso di un trattamento chemioterapico, non avendo l'infermiere posizionato adeguatamente l'ago per la somministrazione del farmaco, il cui effetto necrotizzante e tossico era noto e segnalato nel bugiardino (Tribunale di Roma, 19 ottobre 2003). Secondo la Cassazione, l'attività di somministrazione dei farmaci non deve essere eseguita

dall'infermiere in modo meccanistico, ma in modo collaborativo con il medico. Se vi sono dubbi sul dosaggio prescritto, l'infermiere deve attivarsi non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto dal medico, ma per richiamare la sua attenzione e chiedere la rinnovazione in forma scritta della prescrizione (Cassazione penale 1878/2000). L'infermiere risponde, inoltre, per le lesioni o la morte del paziente in caso di erronea trascrizione della terapia farmacologica dalla cartella clinica a quella infermieristica (o alla scheda di terapia), se da tale errore è conseguito l'evento lesivo (Tribunale di Massa 17 gennaio 2004). Per non incorrere nel reato di detenzione e/o somministrazione di medicinali guasti, ai sensi dell'articolo 443 del Codice penale, l'infermiere deve periodicamente controllare la scadenza del farmaco, l'integrità della confezione e il rispetto delle norme di conservazione (Cassazione penale 1318/1997).

I compiti

La legge

L'articolo 1 della legge 251/2000 prevede che gli operatori sanitari dell'area delle scienze infermieristiche e dell'ostetricia svolgano «con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali...»

Un aspetto particolarmente delicato riguarda le ipotesi di contenzione dei pazienti, intesa quale atto sanitario-assistenziale che non può essere utilizzata per ridurre il lavoro assistenziale, per sopperire carenze organizzative o per finalità "punitive", essendo altrimenti configurabili a carico del personale medico e infermieristico i reati di violenza privata, maltrattamenti, incapacità procurata mediante violenza e, addirittura, sequestro di persona (Tribunale di Messina 28 marzo 2003).

Responsabilità dell'ostetrica

L'ostetrica si occupa della gravidanza fisiologica della donna, con l'obbligo di valutare con sufficiente grado di autonomia il benessere materno e fetale ed è tenuta, qualora abbia sotto la propria assistenza e controllo una partoriente, a sollecitare tempestivamente l'intervento del medico appena emergano fattori di rischio per la madre e per il nascituro (Cassazione penale 35027/2009). È stata esclusa la responsabilità di un'ostetrica che, pur priva delle necessarie competenze e capacità, in una situazione di urgenza, non essendo riuscita a ottenere l'intervento del medico, inutilmente sollecitato, aveva autonomamente proceduto a manovre di competenza del ginecologo, dalla cui errata esecuzione era conseguita al neonato una lesione permanente (Cassazione penale 13942/2008). Con particolare riguardo all'assistenza al parto, l'ostetrica non può procedere alla somministrazione alla partoriente di un farmaco destinato ad accelerare la frequenza e l'intensità delle contrazioni uterine, ma deve richiedere l'intervento di un medico (Cassazione penale 12347/2008).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le scelte degli Albi. Fra mercato e proroghe

Rinvio di un anno soltanto per la sanità

**Giuseppe Latour
Serena Riselli**

Assicurazioni obbligatorie al via. Per tutti, tranne che per le professioni sanitarie. La legge di conversione del decreto fare ha spaccato in due l'entrata in vigore delle coperture per gli Ordini italiani. Dal 15 agosto scatterà un vincolo generalizzato, con una eccezione pesante: medici, infermieri, ostetriche, veterinari e farmacisti, sono stati rinviati ad agosto 2014.

Strategie diversificate

Le professioni economico-legali tengono il passo. A partire dai notai, la prima categoria professionale ad aver stipulato, nel 1999, un'assicurazione che copre tutti gli iscritti all'Ordine, per la responsabilità civile. Nel 2006 l'assicurazione è diventata obbligatoria per legge. Anche i commercialisti offrono ai propri iscritti una convenzione stipulata con la compagnia Chartis Europe S.A. a partire dal 2010, alla quale hanno già aderito più di 10mila professionisti. Storia simile e stessa compagnia assicurativa anche per i consulenti del lavoro: a oggi, oltre due terzi dei 27.500 iscritti all'ordine hanno attivato la copertura assicurativa. Situazione differente per gli avvocati per i quali l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa arriverà solo dopo che il ministero della Giustizia avrà determinato le condizioni essenziali e i massimali.

Gli ingegneri hanno appena completato la strumentazione a supporto degli iscritti. Non hanno sottoscritto accordi: in alternativa, hanno emanato una circolare nella quale indicano alcune offerte che rispondono ai loro requisiti di qualità. Le polizze con il bollino del Cni sono sei: Aec master broker, Gava broker, Link broker, Consulbrokers, Aon e Marsh. A queste si aggiunge la polizza Willis, fornita in accordo con Inarcassa, che può essere utilizzata anche dagli architetti. Questi ultimi hanno da poco pubblicato un avviso per compagnie e broker: gli servirà a selezionare le offerte più convenienti per gli iscritti, da cristallizzare grazie a una serie di convenzioni. Alla scadenza del termine le proposte pervenute al Consiglio nazionale degli architetti era-

no tre. L'obiettivo dichiarato è arrivare alla firma degli accordi con le compagnie prima della fine dell'estate. I geometri, infine, possono contare su un modello rodato: da due anni hanno rinnovato la propria convenzione, sottoscrivendo un accordo con Marsh, e i professionisti che vogliono una polizza devono solo connettersi al sito dell'ordine e farsi inviare un preventivo. A beneficiare di questa convenzione sono tutti gli oltre 8mila iscritti.

Le professioni sanitarie

Discorso a parte per le professioni sanitarie, le uniche ad avere incassato la proroga di un anno, in base al testo del Dl del fare approvato in commissione alla Camera. Il rinvio è legato alla questione delle specializzazioni ad alto rischio, come la ginecologia. Per queste le compagnie non offrono coperture o lo fanno a caro prezzo. Per rispondere a queste difficoltà, il decreto Balduzzi (Dl 158/2012) aveva rinviato a un futuro Dpr - ancora in alto mare - alcune novità, tra le quali la definizione dei requisiti minimi delle polizze per le professioni sanitarie e l'istituzione di un fondo per la copertura dei professionisti che non trovano assistenza sul mercato. Una proroga davvero molto attesa, dunque, come spiega anche Pier Luigi Mugnani, ad di Verspieren Italia Srl: «La domanda di questi prodotti assicurativi si è modificata, ma il numero professionisti assicurati è ancora basso, pari circa a un terzo rispetto a quanti sono obbligati dalle previsioni di legge. Al contrario l'offerta dei prodotti assicurativi è già pronta a venire incontro alle richieste del mercato, offrendo proposte sia retail, che per macrocategorie». Sulla stessa linea anche Carlo Marietti, presidente Aiba: «Molte e diversificate sono le soluzioni che si possono trovare sul mercato: si va da quelle "All Inclusive" a quelle caratterizzate da numerose specifiche a seconda delle singole attività svolte dal professionista. Questo può comportare la presenza di sotto-limiti, franchigie e scoperti per sinistri specifici e quindi diventa molto importante verificare l'adeguatezza della soluzione anche nei dettagli».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Mercoledì 23 LUGLIO 2013

Le professioni sanitarie “secondo” l’Istat. Dal medico al tecnico di “medicina popolare”

Publicata la nuova classificazione delle professioni. I sanitari divisi in tre grandi categorie: gli specialisti della salute (solo medici), gli specialisti delle scienze della vita (biologi, biofisici, veterinari e farmacisti) e poi le professioni sanitarie della salute e delle scienze della vita con tutti gli altri operatori (infermieri, ostetriche, ecc.).

A partire dal 2011 l’Istat ha adottato la [nuova classificazione delle professioni CP2011](#), frutto di un lavoro di aggiornamento della precedente versione (CP2001) e di adattamento alle novità introdotte dalla [International Standard Classification of Occupations - Isco08](#).

La classificazione CP2011 - spiega una nota dell’Istat - fornisce uno strumento per ricondurre tutte le professioni esistenti nel mercato del lavoro all’interno di un numero limitato di raggruppamenti professionali, da utilizzare per comunicare, diffondere e scambiare dati statistici e amministrativi sulle professioni, comparabili a livello internazionale; tale strumento non deve invece essere inteso come uno strumento di regolamentazione delle professioni.

L’oggetto della classificazione, la professione, è definito come un insieme di attività lavorative concretamente svolte da un individuo, che richiamano conoscenze, competenze, identità e statuti propri.

La logica utilizzata per aggregare professioni diverse all’interno di un medesimo raggruppamento si basa sul concetto di competenza, visto nella sua duplice dimensione del *livello* e del *campo delle competenze* richieste per l’esercizio della professione.

Il *livello di competenza* è definito in funzione della complessità, dell’estensione dei compiti svolti, del livello di responsabilità e di autonomia decisionale che caratterizza la professione; il *campo di competenza* coglie, invece, le differenze nei domini settoriali, negli ambiti disciplinari delle conoscenze applicate, nelle attrezzature utilizzate, nei materiali lavorati, nel tipo di bene prodotto o servizio erogato nell’ambito della professione.

La CP2011 riprende il formato della Nomenclatura e Classificazione delle Unità Professionali (NUP06), costruita in partnership istituzionale con l’Isfol, prevedendo, per ciascun livello classificatorio, una descrizione che traccia i contenuti e le caratteristiche generali del lavoro.

La classificazione propone inoltre, per ciascuna unità professionale, un elenco di voci professionali, che - specifica l’Istat - non ha alcuna pretesa di esaustività, ma che viene riportato a titolo esemplificativo per orientare e facilitare il lettore nella consultazione e nella ricerca.

La redazione della CP2011 si è avvalsa del supporto di una commissione di studio costituita dai responsabili tematici dell’Istat, da esperti dell’Isfol e del mondo accademico nonché del contributo delle principali istituzioni nazionali in materia di lavoro.

Le professioni sanitarie “secondo” l’Istat

E vediamo come sono state classificate le professioni sanitarie. Le troviamo indicate in diverse categorie ([clicca sul nome della professione per il dettaglio](#)):

- gli *specialisti della salute*, dove figurano i [medici](#);
- gli *specialisti delle scienze della vita*, dove figurano [biologi](#), [biofisici](#), [veterinari](#) e [farmacisti](#);
- le *professioni tecniche nelle scienze della salute e della vita*, dove figurano [infermieri](#) ed [ostetriche](#), [professioni sanitarie riabilitative](#), [professioni tecnico sanitarie dell’area tecnico-diagnostica](#) e [dell’area tecnico assistenziale](#), [professioni tecniche della prevenzione](#), [ottici](#), [optometristi ed odontotecnici](#) ed anche i [tecnici della medicina popolare](#).

Per ognuna di queste professioni è indicato un breve profilo dove l’Istat sintetizza sostanzialmente mansioni e specificità professionali.

Gli stipendi dei dirigenti. Meno della metà dei vertici di asl e ospedali ha rispettato l'obbligo di pubblicare i compensi sul web

Sanità, manager in cerca di trasparenza

di **Roberto Turno**

Fatta la trasparenza, scoperto l'inganno. Forse perché afflitti da una vita tutta spesa sull'orlo del burrone dei conti in bilico delle asl e degli ospedali che con alterni successi dirigono, troppi manager della sanità pubblica hanno dimenticato di rispettare un piccolo-grande obbligo comune a tutti i vertici della burocrazia e a politici nazionali e locali: la pubblicazione sui siti aziendali del reddito percepito e del curriculum. Ben 101 su 232 sono fuori regola. Quasi la metà, il 44% di tutti i direttori generali delle aziende sanitarie. Una inadempienza che impera soprattutto al Sud. Alla Campania il record degli "assenteisti": solo 3 manager su 16 tengono fede alla legge sulla trasparenza. In un faida-te delle buste paga: dai 211mila euro lordi annui della generosa Bolzano si va ai 103mila della parsimoniosa asl di Feltre (Veneto), con la Lombardia (156mila euro) che paga in media gli stipendi più alti.

Una vera e propria carica dei 101 (inadempienti). Che è augurabile si mettano presto in riga, ma che fino a giovedì scorso, 18 luglio, ultima verifica compiuta sui siti di asl e ospedali di tutta Italia nell'applicazione della legge (Dlgs 33/2013), sono risultati fuori regola in seguito a un'inchiesta realizzata dal settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» (www.24oresanita.com), con tanto di nomi e situazioni azienda per azienda. E di classifiche regionali.

La verifica dei siti aziendali, che per legge dovrebbero ospitare tutti i dati da rendere di dominio pubblico, ha dato nel complesso risultati sconfortanti. Anche se le stelle della trasparenza non mancano. Navigare nei «www» di asl e ospedali è infatti spesso un'impresa che neanche Soldini saprebbe compiere. I siti sembrano anzi spesso costruiti apposta per non essere "navigati". Notizie nascoste quasi accuratamente, linguaggi e modalità di informazione differenti in una sorta di federalismo della (scarsa) informazione. Quando le informazioni ci sono, s'intende. In una sorta di dedalo

La mappa delle retribuzioni

Gli stipendi medi regionali*

Piemonte	120.506	Piemonte	120.506
Valle d'Aosta	136.732	Marche	153.121
Lombardia	156.461	Lazio	112.267
Bolzano	211.260	Abruzzo	113.620
Trento	n.d.	Molise	n.d.
Veneto	126.907	Campania	122.322
Friuli V. G.	133.377	Puglia	117.809
Liguria	138.710	Basilicata	144.060
Emilia Romagna	152.954	Calabria	122.603
Toscana	132.435	Sicilia	112.444
Umbria	132.213	Sardegna	112.584
		Italia (media)	136.669

(* considerando i dati pubblicati e quelli parziali riferiti solo a una parte dell'anno in base alla nomina dei Dg
Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità

dell'incompetenza informatica che lascia di stucco, in barba ai doveri nei confronti dei cittadini. E della legge.

Può così capitare che si trovino i dati del manager precedentemente in carica. O che le cifre non siano aggiornate. O che per riuscire a scovarle può non bastare essere degli investigatori informatici provetti. Talvolta manca addirittura il nome del direttore-generale manager. O ancora può capitare che rendere pubblico il curriculum sia quasi un optional. O magari, come in Piemonte, ci si limita (ma non nei siti di tutte le asl) a pubblicare un documento (ma trovarlo è un'impresa) del governatore Cota che, lui sì, ha reso noti i compensi dei suoi manager. Peccato che non basti. E peccato che a cadere sulla trasparenza siano spesso anche le altre due figure della triade di vertice delle aziende sanitarie, il direttore sanitario e quello amministrativo. Mentre i dati dei medici primari sono praticamente sempre esposti in bella evidenza. Una vendetta verso i camici bianchi?

Non dappertutto va male, sia chiaro. Liguria ed Emilia Romagna, per dire, sono le due perle rare: tutti i dati dei loro dg sono on line. Con medie di 152mila euro a testa per per i 15 dg in Emilia, in un range che va

dai 196mila di Piacenza ai 113mila della manager di origine greca dell'ospedale universitario di Modena; mentre in Liguria (media di 138mila euro) si passa dai 159mila a Chiavari ai 117mila di Imperia. Bene va in Friuli (dati pubblicati per 8 manager su 9) o in Toscana (12 su 16 sono a posto). Meno bene nelle due Regioni a trazione leghista: in Lombardia si conoscono dai siti le retribuzioni di 26 manager su 44, con un range di stipendi dichiarati da 114 a 184mila euro, in Veneto mancano all'appello 10 manager su 23 e gli stipendi (127mila) sono però in media più bassi rispetto a tutta Italia. Poi viene il Sud, dove nelle Regioni commissariate la trasparenza proprio non vuole decollare. Della Campania s'è detto. Ma il Molise nulla dice del manager della sua unica azienda. E in Calabria c'è una cortina di silenzio per 7 manager su 9. Per il momento.



Dall'ossigenazione dei pesci una strategia anticancro

LUIGI GIRASSIA

La guerra contro il cancro si combatte anche studiando l'ossigenazione dei pesci. Il legame può sembrare remoto, ma c'è. Le cellule dei tumori crescono anche perché creano attorno a sé un ambiente acido, che li favorisce, mentre risulta letale per le cellule normali. A creare questo «habitat» contribuisce un enzima noto come «anidrasi carbonica». Ed è appunto lo studio dell'anidrasi carbonica, in tutt'altro contesto, nell'ordinaria fisiologia dei pesci, ad aprire orizzonti inattesi nella lotta ai tumori.

Lo spunto viene da uno studio internazionale (i risultati sono pubblicati su «Science»), a cui ha partecipato il team di Claudiu Supuran, ricercatore dell'Università di Firenze. Lo studio riguarda l'«effetto Root», cioè il meccanismo per cui il pH - e quindi l'acidità o la basicità di un ambiente - influenza la capacità dell'emoglobina di trasportare o rilasciare ossigeno nei tessuti. «Nel nostro studio - spiega Supuran - abbiamo approfondito il ruolo dell'anidrasi carbonica come "semaforo" dell'effetto Root: l'enzima agisce sul biossido di carbonio e regola l'ambiente acido o basico. In questo modo permette la ritenzione o il rilascio dell'ossigeno nei vari tessuti».

«Bloccando l'attività dell'enzima attraverso degli inibitori farmacologici - prosegue Supuran - abbiamo scoperto che l'effetto Root vale anche per i muscoli del pesce, in cui c'è la possibilità di rilasciare una grande quantità di ossigeno. Gli inibitori che abbiamo usato sono riusciti a individuare l'enzima fuori dalla cellula e ne hanno fermato la funzionalità».

Tutto questo può sembrare fine a se stesso e invece è importante, proprio perché può aiutare a combattere il cancro. Nei tumori - aggiunge Supuran - l'anidrasi carbonica si trova fuori dalla cellula e può avere un ruolo determinante nel rendere acido l'ambiente dei tessuti, favorendo la crescita delle cellule cancerose a detrimento di quelle normali che non sopravvivono. «Le nostre ricerche - conclude - mirano anche a scoprire nuovi farmaci anticancro che impediscano l'acidificazione, riportando il pH del tumore a valori fisiologici. E questo equivarrebbe alla sua sconfitta».



Oms, task force contro malattie del cuore che restano le maggiori cause di morte

DA MILANO

Non sono bastati dieci anni di campagne per la corretta alimentazione, di lotta al fumo, di messaggi sui pericoli dell'inattività. La top ten delle cause di morte, appena aggiornata dall'Oms, è rimasta invariata tra il 2000 e il 2011, con tre dei primi quattro posti occupati da malattie non trasmissibili ma evitabili con uno stile di vita più attento. Invece di scendere, sottolinea l'agenzia Onu, il numero di vittime di queste patologie sta salendo, tanto da rendere

necessaria l'istituzione di una task force per affrontare il problema.

Le morti censite nel 2011 sono state circa 55 milioni, spiega la nota sul sito dell'Oms. La classifica vede al primo posto l'ischemia cardiaca, con 7,1 milioni di vittime l'anno, seguita da ictus (6,2) e infezioni respiratorie (3,2) con le broncopneumopatie al quarto posto. Le malattie cardiache costituivano l'11,2% delle morti nel 2000, fetta che ora è aumentata al 12,9, e lo stesso andamento hanno avuto gli ictus, dal 10,6 all'11,4%. Rispetto all'edizione precedente l'Oms registra la fuoriuscita dai pri-

mi dieci della tubercolosi, passata dall'ottavo al 14/o posto, mentre salgono di un posto i tumori, il diabete e gli incidenti stradali, ora rispettivamente settimo, ottavo e nono. Al sesto resta l'Aids, con 1,7 milioni di vittime l'anno. «Gli incidenti stradali sono l'unica causa di morte entrata nella top ten - spiega l'Oms - ogni giorno per questo motivo muoiono 3500 persone nel mondo».

In totale le malattie non trasmissibili ai primi posti più i tumori sono responsabili del 75% delle morti, mentre erano il 60% dieci anni fa, e colpiscono prevalentemen-

te i paesi a basso e medio reddito. L'epidemia è tale da meritare l'istituzione di un'agenzia ad hoc che aiuti i vari paesi a farvi fronte. «La task force coordinerà gli sforzi per mettere in atto il piano contro queste malattie adottato dall'Assemblea Generale lo scorso maggio - spiega una nota sul sito dell'Oms, che ne coordinerà i lavori - che prevede il raggiungimento entro il 2025 di 9 obiettivi globali, tra cui la riduzione del 25% della mortalità per problemi cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche».

1 RIPRODUZIONE RISERVATA





Tumore al polmone: sì alla chemio «standard»

■ Nella maggior parte dei tumori al polmone, in particolare nel caso dei fumatori, è ancora più efficace la «vecchia» chemioterapia rispetto ai più costosi farmaci a bersaglio molecolare. Lo dimostra uno studio indipendente, tutto italiano, finanziato dall'Aifa e pubblicato su «The Lancet Oncology». Lanciata dal team di oncologia dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano, la ricerca è stata condotta da Marina Garassino dell'Istituto dei Tumori di Milano e realizzata in collaborazione con lo stesso Fatebenefratelli e con l'Ospedale Niguarda. Ma anche l'Istituto Mario Negri ha avuto un ruolo importante, per le analisi genetiche, la raccolta dei dati e l'analisi statistica.



Italia/Aifa consigliaCome conservare
i farmaci d'estate

Mai tenerli in auto, preferire quelli solidi ai liquidi, controllare che non ci siano particelle estranee. Sono solo alcune delle accortezze ricordate dall'Agenzia italiana del farmaco da seguire in estate, quando il sole, il calore e l'umidità, deteriorano più facilmente i medicinali. Salvo indicazioni più restrittive, l'Aifa consiglia di conservare il farmaco in luogo fresco e asciutto a una temperatura inferiore ai 25°. E mette in guardia dai contenitori adattati a portapillole: potrebbero surriscaldarsi o rilasciare sostanze nocive. Alcuni farmaci inoltre possono causare fotosensibilizzazione a seguito dell'esposizione al sole. Occhi aperti in caso di assunzione di: antibiotici, sulfamidici, contraccettivi orali (pillola), antinfiammatori non steroidei (Fans) e prometazina (antistaminico).

Dermatiti e reazioni allergiche per chi prende medicinali aumentano con l'esposizione ai raggi cautele quando si usano antibiotici, sulfamidici e antinfiammatori a base di ketoprofene

Farmaci e sole: i rischi

LA PREVENZIONE

Antibiotici, antinfiammatori, diuretici, farmaci contro l'aritmia, antistaminici e pomate per gli strappi muscolari. Ma anche la pillola e la chemioterapia. Il binomio medicine e sole è un'autentica alchimia ma basta prendere poche precauzioni per proteggere la pelle da eritemi, macchie, vesciche e orticaria. Le reazioni allergiche o tossiche per chi prende medicinali e si espone ai raggi sono molto più frequenti di quanto si possa immaginare. Tanto che l'Agenzia italiana del farmaco ha messo a punto un elenco di consigli concentrando l'attenzione proprio sui prodotti di più largo consumo. Come gli antinfiammatori a base di ketoprofene utilizzati per il trattamento del dolore. «Può dare anche dermatiti da contatto di natura fotoallergica - si legge nella nota dell'Aifa - che dipendono dalla dose e possono estendersi alle parti del corpo non esposte».

LE AVVERTENZE

Nei foglietti illustrativi dei farmaci a base di ketoprofene sono scritte delle specifiche avvertenze. Evitare i raggi solari anche dopo l'applicazione di gel/cerotti a base di ketoprofene o creme a base di prometazina spesso adottate dopo una puntura di insetti o allergie cutanee. Nel caso si fosse fatto uso di questi prodotti, ricordano gli specialisti, «lavare accuratamente la zona interessata in modo da evitare la comparsa di



LA DERMATOLOGA Norma Cameli

UN DECALOGO PER I PAZIENTI IN CHEMIOTERAPIA CHE HANNO LA CUTE PARTICOLARMENTE SENSIBILE

macchie o, peggio, vere e proprie ustioni.

Cautela anche quando si prendono antibiotici (tetracicline e chinolonici), sulfamidici, contraccettivi orali (la pillola stimola la melanogenesi e può causare macchie sulla pelle) e antistaminici. Durante la cura scegliere l'ombra e proteggersi con una maglietta. Chi ha un'epidermide molto sensibile, anche quando è in acqua.

REGOLE ESTIVE

Da quest'anno esiste un vera e propria guida anche per le persone che stanno seguendo una terapia oncologica o l'hanno appena finita. Il decalogo per l'estate è all'interno di un progetto dermatologico più vasto "Il corpo ritrovato" firmato da tre specialiste, Norma Cameli responsabile Dermatologia estetica del San Galliano, Pucci Romano docente di Terapie speciali dermatologiche dell'università Tor Vergata e Gabriella Fabbrocini docente di Dermatologia all'università di Napoli.

«La reazione al sole può essere determinata da diversi tipi di farmaci - spiega Norma Cameli - anche quelli che si usano per fronteggiare dei dolori muscolari. È chiaro che l'abbinata chemioterapia e sole chiede una particolare attenzione. Che non vuol dire non esporsi. Ma scegliere prodotti fotoprotettivi senza parabeni, conservanti e nichel free con alto fattore di protezione, direi 50. L'idratazione della pelle nel periodo estivo è ancora più importante nel paziente oncologico. Preferire idratanti a base di olio di germe di grano, vitamina E, con aloe, urea e allantoina in formulazioni che vengono facilmente assorbite dalla cute». La cute che ha subito la radioterapia è molto sensibile, in questo caso evitare di esporre la parte di cute irradiata per almeno un anno dal trattamento.

Massima attenzione anche per i bambini quando sono sottoposti a terapie. «In questo periodo - consiglia May El Hachemen responsabile servizio Dermatologia del Bambino Gesù di Roma - non utilizzare prodotti potenzialmente fotosensibilizzanti come farmaci, cosmetici, profumi. Mi riferisco, per esempio, alla prometazina, antistaminico, tintura di bergamotto, profumi ed essenze varie. Applicare ripetutamente le creme protettive, ogni due ore circa e dopo ogni bagno».

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Preferire l'ombra e applicare la crema ogni due ore



LE REAZIONI

Esporsi al sole durante un trattamento farmacologico può avere ripercussioni sulla pelle in particolare si rischiano eritemi, macchie, vesciche, macchie e orticaria

Rischio cardiopatie per chi soffre di calcoli

LO STUDIO

Avere avuto calcoli renali aumenta del 30% il rischio di soffrire di problemi al cuore, dall'infarto ai problemi alle coronarie. Un pericolo, però, che aumenta solo per le donne. Lo hanno scoperto ricercatori dell'Università Cattolica di Roma insieme ai colleghi dell'Harvard University di Boston.

La scoperta è frutto di un maxi-studio durato 24 anni pubblicato sul "Journal of American Medical Association" e condotto da Pietro Manuel Ferraro, nefrologo presso l'unità operativa di Nefrologia e dialisi dell'Università Cattolica-Complesso Integrato Columbus, diretta da Giovanni Gambaro.

LA PATOLOGIA

La calcolosi renale è una patologia frequente e in aumento: in Italia quasi una persona su dieci. Multipli i fattori, alcuni di carattere genetico e altri legati allo stile di vita (scarsa idratazione, dieta ricca in sale). Lo studio ha coinvolto 45.748 uomini e 196.357 donne, tutti privi di segni di malattia cardiaca all'inizio dell'indagine. Sul totale dei partecipanti, 19.678 hanno riferito di aver sofferto di calcoli renali nel corso della vita. Dopo 24 anni di osservazione per gli uomini e 18 per le donne, i ricercatori hanno registrato 16.838 casi di malattia delle coronarie. Per le donne, ma non per gli uomini, è risultata un'associazione significativa tra calcoli renali e malattia cardiaca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.





Cuore in pericolo se si salta la colazione

LA RICERCA
NEW YORK

Correre fuori casa con solo un caffè in pancia può essere rischioso, soprattutto per gli uomini. Uno studio della Harvard University durato 16 anni su un campione di 27mila uomini di età compresa fra i 45 e gli 82 anni ha dimostrato che coloro che escono di casa senza aver consumato una colazione corrono il 27 per cento di rischio in più di avere un infarto. Coloro che consumavano regolarmente una colazione, per contro, avevano minor rischio di contrarre il diabete, mostravano una pressione arteriosa più bassa e un minor livello di colesterolo, vantavano una memoria più efficiente e un maggior livello di energia fisica e in genere erano meno grassi.

IL METABOLISMO

Lo studio è stato lanciato inizialmente solo per capire che effetto abbia la colazione sulla salute del cuore, ma con il tempo ha dato risultati interessanti anche su altri aspetti, quello sulla protezione contro il diabete è giudicato di estrema importanza. I ricercatori hanno espresso la teoria che saltare la colazione crei una confusione nel metabolismo che altera gli equilibri degli zuccheri. Lo studio compare sull'ultimo numero della rivista "Circulation". Uno degli autori, il professor Eric Rimm, commenta: «E' un piccolo cambiamento delle abitudini, ma è importante. Sollecitiamo tutti a non uscire di casa senza aver fatto colazione».

Negli anni scorsi il Dipartimento

dell'Agricoltura aveva condotto studi sull'effetto della prima colazione sui bambini. E i risultati sono stati simili: i bambini che mangiavano prima di uscire di casa avevano voti più alti in matematica e imparavano a leggere e scrivere prima, si comportavano meglio dei compagni a digiuno e con il passare degli anni esibivano minor rischio di obesità.

Anna Guaita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La tua poltrona ti ammazzerà

Chi sta troppo seduto si accorcia la vita (e un po' di esercizio non basta): ecco le prove



VALENTINA ARCOVIO

Andare in palestra ogni giorno non è una scusa sufficiente per rimanere seduti per il resto del tempo. Le ore trascorse a poltrone sul divano, guardando la tv o leggendo un libro, non si possono infatti recuperare neanche con ore di esercizio fisico intenso. Questo semplicemente perché il nostro organismo non è programmato per rimanere inattivo. A dimostrarlo è una rassegna di studi pubblicata sulla rivista «New Scientist».

Un team guidato da Alpa Patel dell'American Cancer Society ha analizzato i dati di uno studio durato 14 anni su 124 mila persone di mezza età. Confrontando i tassi di mortalità di chi passava seduto più di sei ore al giorno rispetto a chi ne passava meno di tre, gli studiosi sono arrivati a risultati sorprendenti: il tempo in più passato sulla sedia era responsabile di una probabilità di morte maggiore del 37% per le donne e del 17% per gli uomini. In un altro studio l'Università del Queensland di Brisbane ha esaminato le abitudini nel guardare la tv di 88 mila australiani, calcolando che ogni ora in più di media trascorsa davanti al televisore taglia 22 minuti di vita ai soggetti sopra i 25 anni. In pratica, chi guarda la tv per sei ore al giorno può aspettarsi di morire in media cinque anni prima di chi non la guarda affatto.

Ci sono molti altri studi sull'argomento e in una loro revisione David Dunstan del **Diabetes Institute** di Melbourne ha concluso che «ci sono prove sufficienti per considerare il tempo passato seduti come una variabile a sé stante nell'equazione della buona salute». Il messaggio è chiaro: stare seduti mette a rischio la salute indipendentemente da cosa si fa nel resto del tempo.

Proprio come non si possono cancellare gli effetti di 20 sigarette al giorno, correndo 10 chilometri nel weekend, una serie di esercizi intensi non elimina i rischi dovuti alle ore passate davanti alla tv. Lo studio di Patel ha dimostrato che il rischio di morte prematura

aumenta anche se si fa un'ora al giorno di esercizi, se si è cioè quelli che definisce «pigroni attivi».

Per determinare il vero tasso di inattività Michael Jensen della Mayo Clinic hanno dotato di accelerometri e inclinometri centinaia di soggetti: «La verità - spiega il ricercatore - è che su 14-15 ore di veglia dal 55 al 75% del tempo si è inattivi, mentre il vero e proprio esercizio al massimo ne occupa il 5%».

Molte professioni, sottolinea Dunstan, dal cameriere alla parrucchiera, fanno sì che si rimanga inattivi per molto meno tempo, ma sono mestieri che si stanno perdendo, sostituiti da quelli che prevedono di stare immobili davanti a un computer. Questo - sottolinea Audrey Bergougnan dell'Università di Denver - non è lo stile di vita a cui il corpo umano si è adattato. «Da un punto di vista evolucionistico - sottolinea - il nostro corpo non è fatto per l'inattività. I nostri nonni non andavano in palestra, ma erano comunque molto più attivi». Il lavoro della ricercatrice si è focalizzato soprattutto sugli effetti dell'assenza di gravità sul corpo, ma le conclusioni sono valide per tutti. Un esperimento tipico consiste nel far stare a letto per giorni o mesi dei soggetti sani. «Si sviluppano caratteristiche metaboliche che osserviamo nelle persone obese o nei soggetti con diabete», spiega Bergougnan.

Questi studi rivelano che l'inattività produce una cascata di cambiamenti metabolici. I muscoli non solo si atrofizzano, ma si trasformano da fibre adatte alla resistenza, che possono bruciare i grassi velocemente, in fibre più predisposte agli sforzi immediati, che hanno bisogno di più glucosio.

Inoltre i muscoli inattivi perdono i mitocondri, le centrali energetiche, che a loro volta bruciano i grassi. Con le fibre muscolari che hanno bisogno di carboidrati i grassi non utilizzati si accumulano. «Il sangue diventa grasso - spiega la ricercatrice - e i lipidi si accumulano anche nel fegato e nel colon oltre che nei muscoli, tutti punti dove non dovrebbero essere». Altri cambiamenti riguardano la resistenza all'insulina, una condizione simile al diabete, in cui gli zuccheri nel sangue si accumulano anche se c'è una produzione di insulina che dovrebbe «sequestrarli». Il tutto avviene velocemente, con la resistenza all'insulina che si manifesta in appena tre giorni.

Non a caso in uno studio l'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che l'inattività fisica sia la causa del 9% delle malattie cardiovascolari, dell'11% dei casi di diabete di tipo 2, del 16% del cancro al seno, del 16% del cancro del colon, del 15% dei casi di morte prematura. Ma questo non significa che occorrono i doppi turni in palestra: basterebbero anche solo cinque minuti di passeggiata intorno a una stanza ogni ora per bruciare fino a 16 calorie.

Epidemiologa

RUOLO: È DIRETTORE DEL «CANCER PREVENTION STUDY-3»
ALL'AMERICAN CANCER SOCIETY
IL SITO: WWW.CANCER.ORG/
RESEARCH/ACSRESEARCHERS/
ALPA-PATEL-PHD

