

Adolescenti a rischio Hpv Il papilloma virus anticamera del tumore

Nelle farmacie un opuscolo per combatterlo

di FIAMMETTA
TRALLO

«GIOCHIAMO d'anticipo contro il cancro». La guida al vaccino anti-Hpv è già in distribuzione, con un titolo di grande impatto, nelle farmacie italiane. Parte la nuova campagna di informazione sanitaria dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) con il contributo di Sanofi Pasteur Msd contro le infezioni da papilloma virus (Hpv) responsabili di molti tumori ano-genitali e del cavo orale.

L'ITALIA è stato il primo Paese in Europa ad offrire la gratuità della vaccinazione anti-Hpv. Le Regioni hanno avviato i piani vaccinali entro la fine del 2008 con programmi di chiamata attiva per le ragazzine undicenni. E in tutte le Regioni la gratuità è estesa fino ai 18 anni facendone richiesta diretta ai presidi vaccinali della propria città. Ad oggi, la copertura vaccinale sul territorio nazionale sembra essersi stabilizzata intor-

no al 71 per cento, ben lontana dall'obiettivo di copertura previsto del 95 per cento. Va sottolineato che la vaccinazione anti-Hpv è un'arma efficace per prevenire il 90 per cento circa dei tumori del collo dell'utero e le altre malattie Hpv correlate per le quali non esiste uno screening sistematico. Molte sono le ragioni che non fanno alzare il numero delle vaccinazioni. In primis, per molte mamme non è così semplice accettare che le proprie bambine undicenni debbano fare una vaccinazione per una infezione che si trasmette sessualmente, non sapendo che il virus si può contrarre anche tramite rubinetti e maniglie di servizi sanitari comuni. Come già noto per altre infezioni, la circolazione del virus nei soggetti non vaccinati, soprattutto portatori sani, comporta una persistenza del rischio di infezione per tutta la popolazione sana. Poiché l'Hpv è un virus a prevalente trasmissione sessuale, e non solo, fino a quando i programmi vaccinali non saranno estesi anche nel maschio non sarà

possibile realizzare un'adeguata prevenzione primaria di tutte le patologie Hpv correlate. «Un terzo del totale delle infezioni si registra nei maschi - spiega Carmine Pinto, presidente Aiom - e gli uomini sono cinque volte più a rischio delle donne. Il trattamento delle lesioni è spesso tardivo poiché per i maschi non vi sono al momento programmi di screening adeguati e non sempre vengono controllati quando alla partner viene diagnosticata l'infezione».

SECONDO IL CENSIS, poi, sono oltre due milioni gli italiani che hanno rapporti sessuali con entrambi i sessi. Da quando la percezione del pericolo Hiv/aids si è abbassata i maschi, in particolare i più giovani, tendono a non usare il profilattico nei rapporti omo ed eterosessuali. Il condom non previene del tutto le infezioni da Hpv, ma tra l'usarlo e il non usarlo c'è tuttavia una bella differenza.

Estendere la protezione ai maschi

La nuova strategia vaccinale contro le patologie Hpv correlate guarda con grande attenzione al maschio. Stati Uniti, Australia e Canada già dal 2011 hanno avviato la vaccinazione per tutti. In Europa solo Austria e Danimarca - in Italia solo otto Regioni - raccomandano nel loro calendario la vaccinazione anti Hpv anche al maschio. «Auspicichiamo che la vaccinazione venga estesa in tutte le Regioni anche ai maschi adole-

scienti - spiega la Nicoletta Luppi, presidente di Sanofi Pasteur Msd - compiendo una grande scelta di politica sanitaria, etica e socialmente equa per proteggere le generazioni future dal cancro e dalle altre patologie causate dal virus Hpv». Dai 9 ai 14 anni, sia nei maschi che nelle femmine, sono sufficienti due sole dosi vaccinali per ottenere una copertura duratura. Dopo i 14 anni le dosi vaccinali praticate sono tre.



La prevenzione e le armi disponibili

Gli studi di Harald zur Hausen, Nobel per la Medicina 2008, hanno permesso di capire il modo in cui l'Hpv scatena il tumore consentendo di mettere a punto gli attuali vaccini di cui disponiamo. Cervarix è bivalente per i ceppi 16 e 18 per la prevenzione di lesioni precancerose di vulva e vagina e cancro del collo dell'utero, efficace solo nelle femmine dai 9 anni di età. Gardasil, quadrivalente per i ceppi 6, 11, 16, 18, è effica-

ce in entrambi i sessi dai 9 anni di età per la prevenzione del cancro del collo dell'utero e dell'ano e delle lesioni genitali precancerose del collo dell'utero, vagina, vulva, ano e dei condilomi ano-genitali. Poi c'è Gardasil, novevalente per i ceppi 6, 11, 16, 18, 31,33, 45, 52, 58. Garantisce una più ampia copertura verso gli Hpv oncogeni oltre che per i condilomi ano-genitali. Non è ancora disponibile in Italia.

<http://www.adnkronos.com>

Val d'Agri, la ricercatrice: "Sui rischi per la salute serve cautela a difesa dei cittadini"



"L'esperienza del fenomeno della **Terra dei fuochi** e della speculazione mediatica che ne è seguita, ci ha insegnato che in assenza di dati validati e certi, ancora prima di pronunciarsi, bisogna essere molto cauti in difesa delle popolazioni residenti in luoghi a forte pressione ambientale, come potrebbe essere anche la **Val d'Agri**". A invocare cautela, invitando a far parlare la scienza attraverso i dati, è **Paola Dama, ricercatrice in oncologia molecolare negli Stati Uniti e fondatrice della Task force Pandora (www.taskforcepandora.com)**.

Lo stesso **Rapporto Sentieri dell'Istituto superiore di sanità**, utilizzato per valutare un aumento della mortalità a causa di malattie 'spia' come i tumori sia in Campania che ora in Val d'Agri, "rilanciato superficialmente a grandi titoli, ha visto di

recente addirittura l'intervento di Loredana Musmeci, direttore del dipartimento Ambiente e prevenzione primaria dell'Iss, proprio per ribadire che le caratteristiche metodologiche dello studio non consentono la valutazione di nessi causali certi. Permettono di individuare situazioni di possibile rilevanza sanitaria da approfondire con studi mirati", spiega Dama all'Adnkronos Salute.

"Tutto questo porta disagio - sottolinea - nelle popolazioni che già vivono in un territorio difficile, in cui manca addirittura l'assistenza di base e con un alto indice di deprivazione socio-economica. Dare in pasto a chiunque dati e quant'altro senza poterli rendere realmente comprensibili al cittadino, non fa che portare confusione - ribadisce - e credo questo stia avvenendo anche in Basilicata". Per la ricercatrice, infatti, **"anche nel caso dei venti comuni della Val d'Agri, i dati di mortalità dello studio dell'Iss non sono conclusivi nello stabilire sicuri nessi di causalità tra l'esposizione a inquinanti ambientali e stato di salute della popolazione.** Lo studio spiega che le esposizioni potrebbero 'costituire una eventuale concausa'".

"Ancora una volta - prosegue Dama - stiamo parlando di dati di mortalità e non di incidenza, che costituisce il vero indice di rischio. Il dottor **Fabrizio Bianchi, dell'Istituto di fisiologia clinica del Cnr di Pisa,** spiega che per capirlo bisognerà aspettare i risultati di uno studio epidemiologico, capace di fornire una valutazione d'impatto sanitario. E questo si avrà solo alla fine del 2016, come è stato detto".

Intanto, resta sotto gli occhi di tutti la lezione della Terra dei fuochi. "Oggi la Regione Campania si è fatta garante della corretta informazione tecnico-scientifica, che ha atteso fin troppo a lungo - afferma - e non è riuscita a evitare, di conseguenza, inutili ripercussioni sia di immagine sia di allarme sociale ingiustificato, dettato da falsi problemi e non dalle vere criticità".

"Così come oggi sta avvenendo in Basilicata, in Campania c'è stato un attacco scellerato, ad esempio, contro il comparto agricolo - ricorda la ricercatrice - e nonostante oggi si suppone sia rientrato, grazie anche alle numerose analisi straordinarie sui prodotti campani, questo ancora non è sufficiente a salvare l'immagine di una regione, in quanto l'assenza di norme nazionali per i terreni e acque ad uso irriguo, che hanno portato al sequestro di intere aree agricole, continua a mantenere in ginocchio uno dei settori economici più importanti".

SALUTE

Oncologia

LE MICROCALCIFICAZIONI AL SENO SONO SEMPRE INDIZIO DI UN TUMORE MALIGNO?



Risponde
Paolo Veronesi
Direttore
Chirurgia
senologica
all'Istituto
europeo
di oncologia,
Milano

Mi sono sottoposta a una mammografia di controllo e mi sono state riscontrate delle microcalcificazioni. Che cosa mi debbo aspettare?

Le microcalcificazioni sono sempre sintomo iniziale di un tumore maligno? Si asportano soltanto chirurgicamente?

La diffusione degli screening mammografici, utilissimi per la prevenzione, comporta un sempre più frequente riscontro di microcalcificazioni, che possono avere significato patologico o meno. I sali di calcio, con il passare degli anni, si possono depositare in tutto il nostro organismo, nel tessuto mammario tendono a comparire dove sono presenti processi di necrosi cellulare: le cellule morte infatti tendono a calcificare.

Fenomeni di necrosi si possono avere a seguito di traumi, interventi chirurgici o infiammazioni, tutti eventi assolutamente innocui.

Ma tra le cause rientra anche la patologia legata alla proliferazione di cellule - nei suoi diversi gradi di evoluzione - all'interno dei dotti galattofori: patologia che va dall'iperplasia duttale, più o meno atipica, alle neoplasie intraduttali fino ai carcinomi duttali infiltranti veri e propri. Ovviamente le microcalcificazioni hanno caratteristiche morfologiche diverse a seconda della loro origine, per cui devono essere valutate con particolare attenzione la loro forma, la densità, il numero e la distribuzione nella ghiandola mammaria: sono questi i parametri che permettono al radiologo e al senologo di trarre indicazioni sulla benignità o meno. Destano meno preoccupazione, ad esempio, le microcalcificazioni tondeggianti e sparse, mentre sono sospette quelle con forma irregolare ("a limatura di ferro"). Importante inoltre è valutare la loro evoluzione nel tempo, confrontando le mammografie con quelle degli anni precedenti.

Se le microcalcificazioni hanno caratteristiche di benignità certa si prosegue con i normali controlli mammografici annuali, se presentano elementi di dubbio occorre procedere alla definizione istologica. Oggi questo è possibile attraverso un semplice prelievo mininvasivo con una sonda che, guidata in «stereotassi» dalla mammografia, consente di asportare il tessuto con le microcalcificazioni, in tutto o in parte, a seconda della loro estensione. Dopo aver fatto la radiografia dei frammenti di tessuto asportati, questi vengono sottoposti a esame istologico. Se l'esito è di benignità, si

prosegue con i controlli mammografici periodici. Se viene riscontrata una patologia oncologica, si deve predisporre l'intervento chirurgico, che sarà conservativo nella maggior parte dei casi (la cosiddetta "quadrantectomia").

Nei casi in cui le microcalcificazioni sono molto estese, si deve però ricorrere all'asportazione totale della ghiandola mammaria, accompagnata dalla ricostruzione immediata. Il riscontro di queste lesioni con la mammografia, prima che si manifestino clinicamente, è importantissimo perché la loro asportazione in fase iniziale, molto spesso ancora non invasiva, impedisce lo sviluppo di una patologia più seria e pericolosa. Questo deve spingere le donne a effettuare regolarmente controlli mammografici, anche al di là di quanto previsto dagli screening offerti dal Sistema sanitario.

La mammografia può essere poi completata, a seconda dei casi, anche dall'ecografia che però non è in grado di identificare piccole microcalcificazioni, visibili unicamente con la mammografia. L'ecografia, d'altra parte, è in grado di rilevare piccole formazioni nodulari che possono essere invisibili alla mammografia. Per questo i due esami sono complementari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOTIZIE

In un'azienda sanitaria su tre si verificano episodi di corruzione

Ammontano a 1 miliardo di euro l'anno gli sprechi nei beni e servizi non direttamente legati alla cura dei pazienti

Nel 37% delle aziende sanitarie italiane si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi cinque anni, e in circa un terzo dei casi non sono stati affrontati in maniera appropriata. Ad affermarlo sono gli stessi dirigenti delle 151 strutture sanitarie che hanno partecipato all'indagine sulla percezione della corruzione realizzata nell'ambito del progetto «Curiamo la corruzione» da Transparency International Italia, Censis, ISPE-Sanità e Rissc. I dati sono stati presentati oggi al Tempio di Adriano a Roma nel corso della prima Giornata nazionale contro la corruzione in sanità alla presenza, tra gli altri, del Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, del Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone e del Sottosegretario all'Istruzione, all'Università e alla Ricerca Davide Faraone. Il progetto (www.curiamolacorruzione.it), sostenuto dalla Siemens Integrity Initiative, promuove una maggiore trasparenza, integrità e responsabilità individuale e collettiva nella sanità attraverso attività di ricerca, iniziative di formazione e comunicazione sul territorio, sensibilizzazione dei decisori pubblici e privati, sperimentazione di misure anticorruzione nelle strutture sanitarie pilota di Bari, Melegnano, Siracusa e Trento. Alla Giornata hanno aderito il Segretariato Italiano Studenti di Medicina, il Segretariato Italiano Giovani Medici, l'Associazione Italiana Medici, Cittadinanzattiva e Federsanità che hanno allestito 16 postazioni presso le Asl e Aziende ospedaliere di tutto il territorio nazionale, per sensibilizzare cittadini, studenti, medici e professionisti sanitari e facendo loro edificare muri simbolici contro la corruzione. L'iniziativa ha avuto una straordinaria eco virale sui social attraverso l'hashtag #curiamolacorruzione. (E. F.)





LiberoSalute



1 miliardo di euro l'anno gli sprechi

Troppa corruzione in sanità

■■■ Nel 37% delle aziende sanitarie italiane si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi cinque anni, e in circa un terzo dei casi non sono stati affrontati in maniera appropriata. Ad affermarlo sono gli stessi dirigenti delle 151 strutture sanitarie che hanno partecipato all'indagine sulla percezione della corruzione realizzata nell'ambito del progetto «Curiamo la corruzione» da Transparency International Italia, Censis, ISPE-Sanità e Rissc. I dati sono stati presentati oggi al Tempio di Adriano a Roma nel corso della prima Giornata nazionale contro la corruzione in sanità alla presenza, tra gli altri, del Ministro della Salute [Beatrice Lorenzin](#), del Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone e del Sottosegretario all'Istruzione, all'Università e alla Ricerca Davide Faraone. Il progetto (www.curiamolacorrusione.it), sostenuto dalla Siemens Integrity Initiative, promuove una maggiore trasparenza, integrità e responsabilità individuale e collettiva nella sanità attraverso attività di ricerca, iniziative di formazione e comunicazione sul territorio, sensibilizzazione dei decisori pubblici e privati, sperimentazione di misure anticorruzione nelle strutture sanitarie pilota di Bari, Melegnano, Siracusa e Trento. Alla Giornata hanno aderito il Segretariato Italiano Studenti di Medicina, il Segretariato Italiano Giovani Medici, l'Associazione Italiana Medici, Cittadinanzattiva e Federsanità. (E. E.)



<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Farmaci: industrie e medici alla prova trasparenza. Scaccabarozzi (Farindustria): «Una svolta epocale»



Si chiama «disclosure code» e si legge: giocare a carte scoperte nella collaborazione tra industria farmaceutica e medici. E il primo passo è stato fatto dalle imprese del farmaco, che seguendo [il nuovo codice trasparenza dell'associazione europea Efpia](#) - recepito nel codice deontologico di Farindustria - dal 30 giugno 2016 renderanno disponibili sui propri siti internet i nomi dei professionisti della sanità e delle organizzazioni che collaborano con loro e i dati 2015 delle transazioni economiche relative a «partecipazioni a convegni, oneri per relatori, consulenze e comitati consultivi». A ciò si aggiungono «le sovvenzioni per la ricerca e lo sviluppo, che verranno pubblicate in aggregato». «Una svolta epocale», la definisce il presidente di Farindustria **Massimo Scaccabarozzi**, durante un incontro con la stampa. E anche coraggiosa, si potrebbe aggiungere, perché una volta rese pubbliche queste informazioni, il rischio è quello di scatenare un vero vespaio. «Sappiamo che alcuni utilizzeranno questi dati facendosi guidare dal pregiudizio - spiega Scaccabarozzi - ma accettiamo il rischio. Per noi si tratta di collaborazioni positive, un trasferimento bilaterale di valori che va a beneficio della ricerca e dei pazienti e che dovrà essere sempre più trasparente. Pensiamo in ogni caso che sia meglio sapere».

Le terapie sono infatti sempre più innovative e complesse. «L'interazione tra medici e industria è già molto ben regolata ed è essenziale. Da un lato per aiutare i medici a essere al passo con gli sviluppi più recenti e dall'altro per le aziende che devono acquisire tutte le informazioni provenienti dai medici per migliorare le terapie stesse».

Ma questi sono tutti rapporti regolati da transazioni economiche e nei bilanci aziendali vanno sotto la voce «marketing e sponsorizzazioni». Una voce di spesa, ricorda Farindustria, tra l'altro tassata al 5% dallo Stato e che va a finanziare la ricerca indipendente.

La novità è che presto verranno fuori cifre e nomi. Perché, sostiene l'associazione, «non c'è niente da nascondere». Ma potrebbe non essere così per tutti. E gli esborsi - complice il «disclosure code» - potrebbero anche assottigliarsi: basti pensare che alcune società hanno già deciso di intraprendere la via della sobrietà, asciugando o annullando del tutto i flussi di finanziamenti verso le tasche dei professionisti della sanità. Insomma una sorta di spending review delle imprese.

Intanto tutte le aziende associate sono alle prese con il dossier trasparenza, per incrociare nomi e denari, anche incamerando i dati dalle case madri all'estero, quando gli eventi e le collaborazioni coinvolgono medici italiani. Spesso creando nuova occupazione: «Io ho dovuto assumere tre persone», racconta Scaccabarozzi, amministratore delegato di Janssen-Cilag.

Insomma un'operazione che sulla scia delle cifre circolate nei giorni scorsi sulla corruzione in sanità si propone di segnare un deciso cambio di passo, verso una nuova cultura. In Paesi come Stati Uniti e Francia è già legge da tempo. Attecchirà in Italia? Si vedrà. I segnali per ora sono positivi. «Tutta l'operazione - spiega il presidente di Farindustria - è stata fatta in tandem con i medici. In stretta collaborazione con Fnomceo e con le società scientifiche. E l'adesione dei camici bianchi è stata molto alta. La stragrande maggioranza dei dottori ha infatti dato il consenso alla pubblicazione del proprio nome». Se le aziende farmaceutiche sono obbligate dal codice deontologico dell'associazione, per i dati individuali è infatti necessario il disco verde dei singoli professionisti. Ma le transazioni il cui destinatario vorrà restare «anonimo» saranno comunque pubblicate sui siti in forma aggregata con l'ammontare complessivo e il relativo numero di medici che hanno ricevuto i compensi.

La collaborazione tra industria e medici si articola in un ampio ventaglio di possibilità. «La ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci - spiega Scaccabarozzi - si fa attraverso gli studi clinici effettuati in ospedale, nelle università e nelle strutture sanitarie pubbliche e private; gli incontri preparatori agli studi clinici sono molto importanti, in particolare per i prodotti innovativi e iniziative di informazione come seminari e convegni scientifici consentono la condivisione delle conoscenze più avanzate. Ma poi ci sono anche le attività di supporto ai corsi Ecm e lo scambio di informazioni sull'efficacia delle terapie, sull'evoluzione delle patologie, sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci e sulla farmacovigilanza». Attività preziose, ribadisce Farindustria, «a beneficio della ricerca e dei pazienti». E dal 30 giugno saranno tutte alla luce del sole.

Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Alimentazione

Quali cibi servono
a contrastare
il fegato grasso

di **Carla Favaro**

Pesci ricchi di omega 3 per contrastare il **fegato grasso**

Contromisure
Confermata
l'importanza
della riduzione
del 7-10 per cento
del peso
e dell'attività fisica

Quale sia la dieta migliore per la prevenzione - e il trattamento - della steatosi epatica non alcolica (più nota come "fegato grasso") è un argomento molto dibattuto, anche perché questa condizione, che interessa il 20-38% degli adulti, rappresenta ormai la principale causa di malattia epatica.

In una revisione degli studi appena pubblicata on line sul *Journal of Nutritional Biochemistry*, alcuni ricercatori italiani hanno cercato di fare il punto sia sulla reale efficacia degli approcci dietetici più comunemente adottati, sia sui benefici che potrebbero derivare, secondo le ricerche più recenti, da alcuni componenti della dieta.

Ebbene, nelle persone in sovrappeso o obese (condizioni che quasi sempre si accompagnano al "fegato grasso") un graduale dimagrimento, che porti a una perdita del 7-10% del peso iniziale, è davvero in grado di migliorare la steatosi, ridurre l'infiammazione epatica e la progressione del danno cicatriziale (fibrosi), oltre a migliorare il profilo di rischio cardiovascolare.

Accanto a questo, l'attività fisica si conferma essere un altro efficace strumento per ridurre la steatosi. Ma quali so-

no i nutrienti che potrebbero avere un ruolo specifico nel contrastare questa malattia del fegato?

Le ricerche si sono concentrate sugli acidi grassi omega 3 a lunga catena (quelli di cui sono ricchi i pesci grassi), la vitamina E, la vitamina D, i polifenoli fra i quali, in particolare, le antocianine (vedi tabella). «Questi composti — spiega Luca Valenti, professore di Medicina interna all'Università di Milano, Ospedale Policlinico, e coautore dello studio — potrebbero migliorare a livello del fegato l'accumulo di lipidi, l'infiammazione e la fibrosi epatica, proteggendo dalle complicanze della steatosi. Questi nutrienti — prosegue Valenti — sono molto ben rappresentati anche nella dieta mediterranea che si rivela ancora una volta un valido modello alimentare».

«Senza dimenticare — conclude Valenti — l'importanza di cucinare con ingredienti freschi e di qualità, riducendo al massimo il consumo di alimenti raffinati, grassi saturi e di bevande addizionate di fruttosio. Queste ultime in particolare aumentano fortemente il rischio di steatosi»

Carla Favaro Nutrizionista

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I nemici della steatosi epatica

Nutrienti	Cibi	Effetti
Acidi grassi omega 3	Pesci grassi, semi di lino, noci 	Oltre ad avere azione antinfiammatoria, favorirebbero i meccanismi che portano alla utilizzazione dei grassi
Vitamina E	Frutta secca a guscio, olio extravergine d'oliva e altri oli d'origine	Ha principalmente azione antiossidante, ma potrebbe avere un ruolo anche nel limitare l'infiammazione a livello epatico
Vitamina D	Pesci (salmone, sgombrò, tonno, alici, sardine), uova 	La vitamina D sembra avere un ruolo positivo nel favorire l'utilizzo dei grassi, riducendo l'infiammazione e la fibrosi nel fegato
Pollifenoli (in particolare antocianine)	Frutta, verdura, tè, caffè (antocianine come in fragole, cipolle e cavoli rossi)	Grazie all'azione antinfiammatoria e antiossidante potrebbero contrastare l'accumulo di grassi a livello epatico e l'infiammazione

Corriere della Sera

L'altra cucina

Dall'Australia zuppa «light» di noci macadamia

Può capitare che la cucina di Paesi anche molto lontani emani un invitante profumino di casa nostra. Come nel caso della cucina australiana, che propone una zuppa tradizionale buona per tutti... I fegati. Si tratta della famosa «pumpkin and macadamia soup», una piacevolissima zuppa di zucca, mele e noci di macadamia, che preparata con le nostre saporite zucche, viene ancora meglio. Farla è facilissimo. Basta fare ammorbidire in padella,

nell'olio caldo una cipolla affettata, versarvi mele e zucca tagliate a dadini e coprire con brodo vegetale. Dopo una ventina di minuti si aggiunge zenzero fresco grattugiato, un po' di sale e si lascia finire di cuocere. A questo punto si frulla il tutto. Servire caldo dopo avere aggiunto qualche cucchiaio di yogurt magro e fettine di noci di macadamia. Non vi ho indicato le dosi degli ingredienti. Toccherà al vostro palato dire la sua.

Roberta Salvadori

SALUTE

Vecchi **antibiotici** per combattere la resistenza batterica

Si sta (forse) allontanando l'«apocalisse degli antibiotici».

Gli allarmi, che da tempo arrivano dal mondo scientifico («ormai i batteri sono diventati super resistenti agli antibiotici; fra un po' non avremo più farmaci efficaci; anche una banale chirurgia non potrà più essere praticata, per non parlare di interventi come i trapianti; i malati di tumore non potranno più essere curati con chemioterapie che li rendono immunodepressi e vulnerabili alle infezioni»), pare abbiano cominciato a smuovere le acque.

Così, negli Stati Uniti, il Presidente Obama e il Congresso hanno stanziato parecchi mi-

lioni di dollari per prevenire e monitorare le infezioni da batteri resistenti e studiare nuovi farmaci.

A Davos, durante l'ultimo *World Economic Forum* di gennaio, si sono raggiunti accordi per incentivare le aziende farmaceutiche a investire nella ricerca. E queste si stanno muovendo, non solo per trovare nuove molecole, ma anche per rispolverare vecchi antibiotici, magari in nuove formulazioni, che possono ridiventare efficaci nei confronti di batteri che, con il passare del tempo, hanno perso le loro capacità di resistenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) da parte sua, oltre ai richiami verso i

singoli Paesi perché affrontino con urgenza il problema, ha inaugurato, nel novembre scorso, la prima *World Antibiotic Awareness Week* per sensibilizzare il pubblico.

Ecco, davvero c'è bisogno di una maggiore consapevolezza della popolazione.

Secondo un sondaggio dell'Oms, condotto nel 2015 su 10 mila persone di 12 Paesi, quasi due persone su tre usano antibiotici contro raffreddori e sindromi influenzali da virus, verso i quali non sono efficaci.

E un terzo delle persone, interrompe la terapia appena vede un miglioramento dei sintomi (e anche questo aumenta le resistenze).

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione

È importante limitare l'uso nei bambini

Consumano antibiotici come il pane. Da piccoli. E quando diventeranno adulti avranno più difficoltà a trovare un farmaco efficace per controllare infezioni di vario tipo, perché hanno già sviluppato varie resistenze. Ma il problema è che l'abuso di antibiotici, in pediatria, può essere pericoloso fin da subito. Una revisione di 58 studi condotti in 26 Paesi, pubblicata sul *British Medical Journal* nel marzo scorso e condotta da ricercatori dell'University of

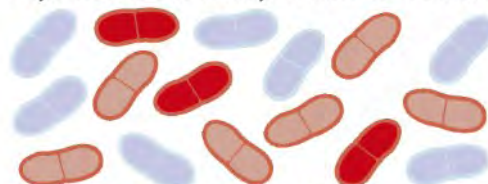
Bristol e dell'Imperial College of London, ha dimostrato che i bambini con infezioni delle vie urinarie, provocate da *Escherichia coli* (un batterio coinvolto in almeno l'80 per cento di tutti i casi), hanno più difficoltà a trovare un farmaco efficace, fra quelli normalmente utilizzati, se nella loro vita li hanno già assunti (sono: amoxicillina, cotrimoxazolo e trimetoprim). In alcuni Paesi questi farmaci sono anche venduti senza ricetta.

A. Bz.

Il meccanismo

Ogni volta che si assume un antibiotico si uccidono i batteri che sono «sensibili», cioè vulnerabili al farmaco. Se nell'organismo ci sono batteri che sono «resistenti» a quell'antibiotico, una volta liberati dalla «concorrenza» dei batteri uccisi, avranno più facilità a riprodursi e diffondersi

Popolazione batterica prima dell'antibiotico



Popolazione batterica finale



Livello di resistenza Bassa Alta



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Diritto

Ospedali ancora poco accessibili per i pazienti disabili

di **Marco Piazza**

Accessibilità ai **disabili** ancora troppo carente negli ospedali italiani

Barriere architettoniche, assenza di percorsi prioritari, mancanza di spazi adatti e di assistenza, medici impreparati.

Gli ospedali italiani non sono posti per disabili. Un problema grave e diffuso, se si pensa che le persone con una disabilità in Italia sono oltre 3 milioni (dati Istat 2013) e che di questi una parte rilevante, e destinata a crescere, è rappresentata da anziani ultrasessantacinquenni. Il quadro emerge dalla prima indagine conoscitiva sui percorsi ospedalieri per le persone con disabilità, realizzata dalla cooperativa sociale romana "Spes contra spem", insieme all'Osservatorio nazionale sulla salute nelle

regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, in collaborazione con la Fondazione Ariel e con il contributo di Fondazione UmanaMente del gruppo Allianz.

L'indagine è stata realizzata con un questionario, inviato ad 814 strutture sanitarie, tra ospedali, Asl, policlinici e Irccs. A rispondere, prima nota dolente, sono state 161 strutture, pari a meno del 20% del totale. Di queste il 53,4% risiedono al Nord, il 27,3% al Centro e il 19,3% nel Sud e nelle isole.

Tra i rispondenti, poco più di un terzo (36%) ha dichiarato di prevedere un flusso prioritario per i pazienti con disabilità in ambulatorio o in day ho-

spital.

Soltanto il 16,8% delle strutture ha un punto unico di accoglienza, mentre il 61,5% prevede la presenza di un *case manager* dedicato e la quasi totalità (95,7%) consente la permanenza di un assistente o un parente della persona disabile oltre l'orario di visita.

Considerando i diversi tipi di disabilità, nessuna struttura ha mappe a rilievo per persone non vedenti, mentre i percorsi tattili sono assenti al Sud e poco presenti (13%) nel Centro Nord. Quanto ai deficit intellettivi e cognitivi solo il 12,4% delle strutture hanno attrezzature locali o percorsi adatti per visitare questi pazienti.

Marco Piazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Eccellenze

La strada segnata da un reparto «modello» a Milano

Un esempio positivo di gestione dei disabili in ospedale, è il reparto Dama (acronimo inglese che sta per Assistenza medica avanzata per i disabili, nell'ospedale San Paolo di Milano. Un modello che dimostra come la gestione dei pazienti con necessità speciali non è impossibile, né comporta costi aggiuntivi. Basta conoscere i problemi e organizzarsi di conseguenza. Il primo finanziamento della Regione Lombardia, nel 2001, era per assistere 60

pazienti l'anno, ma dopo i primi due mesi gli assistiti erano già 80. A 15 anni di distanza Dama ha preso in carico 5.400 malati, in maggioranza con disabilità intellettive. Ci lavorano 5 infermieri, 4 medici, un amministrativo e 5 volontari. L'organizzazione prevede un numero verde (840-02-7999) e un *call center* che fissa gli appuntamenti. Dall'esempio milanese sono nate le sedi di Mantova e Varese.

M. P.



Le cifre



3 milioni
i disabili in Italia
(Istat 2013)



Strutture sanitarie coinvolte nell'indagine*

161 (19,8%)

Le strutture che hanno risposto.
Di queste:

Hanno un percorso prioritario per disabili **36%**

Hanno un punto unico di accoglienza **16,8%**

Hanno percorsi tattili per ipovedenti **10,6%**

Hanno spazi per disabili cognitivi **21,7%**

*«Indagine conoscitiva sui percorsi ospedalieri delle persone con disabilità», a cura di «Spes contra spem», 2015

Cds

Un problema in più è la presenza di patologie concomitanti

Il difficile accesso agli ospedali per le persone disabili non è un problema solo italiano. È la stessa Organizzazione mondiale della Sanità a scrivere che: «le persone con disabilità hanno il doppio della probabilità di trovare operatori non preparati e rischiano tre volte più degli altri pazienti che venga loro negato l'accesso alle cure sanitarie».

Nel Regno Unito fece scalpore il report "Morti per indifferenza", prodotto nel 2006 dall'associazione Mencap, nel quale venivano denunciati 40 casi di disabili intellettivi morti a causa della negligenza delle strutture e degli operatori sanitari. «Dopo quel rapporto shock — spiega Nicola Panocchia, medico e coordinatore scientifico della "Carta per i diritti delle persone con disabilità in ospedale" — si attivarono le istituzioni sanitarie britanniche e nel 2013 venne prodotta la prima ricerca sulle morti di persone con disabilità intel-

lettive nel Regno Unito, pubblicata poi sulla rivista scientifica *The Lancet*.

Secondo il rapporto, il 49% dei decessi di disabili in ospedale sarebbe potuto essere evitato. Le cause più frequenti di morte prematura erano: non esecuzione delle indagini per la diagnosi (41% dei casi), non somministrazione del trattamento terapeutico (47%), problemi a somministrare o a ricevere il trattamento (31%).

A rendere più problematica la gestione sanitaria di un paziente con una disabilità intellettiva c'è la *comorbidità*, cioè il fatto che al deficit si associano spesso altre patologie. Secondo uno studio pubblicato su *Frontiers in Public Health*, oltre il 40% dei disabili intellettivi ha quattro o più patologie. E uno studio danese documenta che le persone autistiche, a causa della comorbidità, vivono in media 16 anni in meno.

M. P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa

Una specifica Carta dei diritti per ricoverati «speciali»

«Tutto cominciò nel 2004 quando Tiziana, una ragazza con grave disabilità intellettiva che risiedeva a Roma, in una delle nostre case famiglia, fu ricoverata per una forte anemia. Dall'ospedale non uscì più. Morì 20 giorni dopo per le complicanze di una polmonite e i suoi operatori lasciarono un diario con descritto il calvario del suo ricovero». A parlare è Luigi Vittorio Berliri, presidente della cooperativa "Spes contra spem", che dopo la morte di Tiziana, invece di denunciare il maltrattamento decise di far qualcosa per risolvere il problema. Da lì l'idea di scrivere una Carta dei diritti delle persone con disabilità in ospedale, coinvolgendo esperti del settore. Dopo aver distribuito il documento in tutte le strutture sanitarie nazionali, un anno fa è partita la prima indagine conoscitiva. La Carta, in 14 articoli, si ispira alla Convenzione internazionale per i diritti delle persone con disabilità dell'Onu e alla Carta europea dei diritti del malato. «Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia», recita l'articolo 1, mentre il 2 si preoccupa che ogni individuo abbia il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. Le strutture devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni. La Carta parla poi di diritto all'informazione (art. 3), al consenso (art. 4), alla libera scelta tra procedure e strutture, al rispetto di standard di qualità (art. 8), a evitare dolore non necessario (art. 11), a un trattamento personalizzato (art. 12) e al risarcimento in caso di danno fisico o morale per trattamento sanitario.

M. P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CorriereSalute

L'analisi

di **Marco Trabucchi***

GLI ANZIANI FRAGILI DA SOSTENERE

Il Piano Nazionale Demenze, operante da alcuni mesi sulla base di un accordo tra Ministero della Salute e Regioni, costituisce un punto fermo importante e necessario nel panorama italiano degli interventi a favore degli anziani fragili.

Il testo si colloca nello scenario caratterizzato dall'aumento del numero degli ammalati, dalla crisi dei supporti naturali (la famiglia) e la conseguente diffusione di condizioni di solitudine, dalla crisi economica generale, e quindi anche del sistema di welfare.

A questi fattori si assommano le difficoltà culturali e scientifiche di fronte alle malattie croniche, per le quali la clinica non ha ancora identificato una prassi in grado di far convivere la medicina di precisione (ovvero la medicina su basi scientifiche, frutto delle ricerche più avanzate) con la medicina personalizzata, cioè i diversi ambiti che caratterizzano la vita dell'individuo nel mondo reale, soprattutto se questi è ammalato e portatore di una lunga storia di sofferenza.

In risposta a questo scenario, il Piano afferma alcuni principi forti, così schematizzabili:
a) superamento dello stigma nelle famiglie, nelle comunità, tra gli stessi operatori della salute;
b) diritto dell'ammalato ad essere considerato un cittadino in ogni fase della malattia e non un "costo" (se il diritto di cittadinanza viene messo in discussione, è quasi automatico che prevalgano considerazioni economiche in senso restrittivo);

c) superamento di qualsiasi trascuratezza da parte dei servizi; la cura delle demenze deve essere al centro dell'attenzione di medici e operatori come qualsiasi altra malattia che modifica profondamente la qualità della vita;
d) diritto a rimanere nella propria casa fino a che è possibile;
e) diritto a essere assistito in ogni fase della demenza, in particolare quelle iniziali e quelle terminali, da parte di una rete di servizi incentrata sui Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze;
f) "diritto alla speranza", cioè a vivere in un Paese dove si dia importanza alla formazione di chi deve curare e alla ricerca di risposte possibili alla malattia, sia sul piano biologico che clinico. L'Associazione Italiana di Psicogeriatrica nel corso del 16° Congresso Nazionale ha riaffermato l'impegno ad accompagnare il Piano nelle sue varie fasi applicative, garantendo un sostegno strategico, perché rappresenta un punto di appoggio concreto per i bisogni di molti cittadini.

**Associazione Italiana di Psicogeriatrica*



Gli sviluppi. Dall'anno prossimo saranno inseriti anche i costi sostenuti per l'acquisto di farmaci da banco

Spese mediche, test da mandare a regime

LE POTENZIALITÀ

I dati acquisiti per la compilazione potranno essere utilizzati per servizi ai cittadini. L'esempio dei contratti di affitto

Marco Mobili

ROMA

■ Oltre la precompilata c'è di più. Ne è convinto il "padre operativo" del nuovo modello 730, Paolo Savini, direttore centrale gestione tributi dell'agenzia delle Entrate. Che, intervenendo al confronto pubblico organizzato ieri a Roma dall'associazione Lef (Associazione per la legalità e l'equità fiscale) su vantaggi, criticità e prospettive della dichiarazione precompilata, ha sottolineato come «i dati acquisiti in questi due anni dall'agenzia delle Entrate per la compilazione delle dichiarazioni, potranno essere ora utilizzati per erogare servizi ai cittadini». Gli esempi non mancano. «Con la precompilata molti contribuenti - ricorda ancora Savini - hanno potuto verificare l'errata registrazione dei contratti di affitto». In sostanza, la dichiarazione predisposta dal Fisco ha evidenziato l'anomalia «consentendo a questi cittadini di rettificare i propri errori di registrazione». Quest'anno, poi, con l'inserimento delle spese mediche «il contribuente potrà verificare nel canale informatico riservato alla tessera sanitaria l'elenco delle spese mediche sostenute nell'anno», sottolinea Savini. Attenzione però. «Ai fini della dichiarazione e del corretto adempimento lo scontrino o la ricevuta medica dovranno comunque essere resi disponibili al Caf o all'intermediario».

La grande novità del 2016 saranno dunque le spese mediche per 11 milioni di contribuenti, così come le spese funebri e quelle universitarie. Le sole spese sanitarie registrate dal Fisco sono state pari a 14,5 miliardi di euro. Non è un caso allora che Savini sia cauto sulla valutazione del secondo anno di precompilata: «Per le spese sanitarie siamo comunque in un anno sperimen-

mentale, con l'obiettivo di andare a regime già dal prossimo anno quando saranno inserite le spese per i farmaci da banco, che quest'anno non sono stati inviati dai farmacisti». E se gli si chiede delle possibili criticità, il "padre" della precompilata ha comunque la risposta pronta: «Le maggiori difficoltà pensiamo di trovarle andando a risolvere sulle spese sanitarie che sono state rimborsate in tutto o in parte ai contribuenti da assicurazioni, casse di assistenza o fondi». La precompilata vuol dire anche «maggiore trasparenza» soprattutto nel rapporto con i contribuenti, precisa il Direttore centrale delle Entrate: «lo scorso anno a metà ottobre abbiamo spinto la compliance di circa 100 mila contribuenti che, pur in presenza di una certificazione unica dei redditi non avevano presentato la dichiarazione». In che modo? «Invitandoli ad adempiere all'obbligo con il versamento di una sanzione irrisoria, rispetto a quella ordinaria per omessa dichiarazione che si sarebbero visti applicare tra qualche anno». Delle 210 mila lettere inviate circa il 50% dei contribuenti ha risposto rivedendo il suo comportamento fiscale e facendo incassare alle Entrate «oltre 40 milioni di euro». Per il Fisco il costo dell'operazione «non ha superato i 100 mila euro».

La campagna 2016 del 730 partirà ufficialmente già da domani con l'apertura da parte dell'agenzia delle Entrate di un "canale" internet di assistenza chiamato a dare risposta ai dubbi dei contribuenti. Poi, il 15 aprile, saranno rilasciati 20 milioni di modelli 730 precompilati cui si andranno ad aggiungere anche 10 milioni di modelli Unico precompilati. Dal 2 maggio, conclude Savini, i contribuenti potranno iniziare a riconsegnare la dichiarazione precompilata. Lo scorso anno oltre 1,5 milioni di cittadini decisero di fare da soli senza rivolgersi a Caf o intermediari. L'ordine di scuderia quest'anno è allargare la platea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

