

Sabato 01 NOVEMBRE 2014

Mammografia. Bilancio dello screening: ecco le nuove indicazioni OMS

In un nuovo [position paper](#) l'OMS analizza il "bilancio tra benefici e danni" dello screening mammografico, sottolineando l'importanza della diagnosi precoce e del controllo. Complessivamente, tale screening riduce del 20% la mortalità associata al cancro della mammella. Ad oggi oltre il 30% di tutti i tumori potrebbe essere prevenuto. Il tumore del seno è uno dei più diffusi e più aggressivi per le donne

Circa il 30% dei tumori potrebbe essere prevenuto; ogni anno, inoltre, si registrano circa 500mila decessi dovuti a tumore del seno, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS ha appena divulgato un [position paper](#) che affronta diversi temi (prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e cure palliative) ed analizza il "bilancio tra benefici e danni" dello screening mammografico nelle donne di età superiore ai 40 anni in diverse situazioni, fornendo nuove linee guida di indirizzo per le pazienti con sospetto tumore del seno che vivono in ambienti con risorse ristrette, applicabili all'assistenza primaria. Per rilevare precocemente il cancro, le strategie indicate dall'OMS sono due: **la diagnosi precoce e lo screening**.

Inoltre, si è appena concluso il *Breast Cancer Awareness Month*, il mese rosa per la prevenzione contro il tumore al seno, che tradizionalmente ricorre ogni ottobre: una campagna globale che ha come obiettivo quello di aumentare le conoscenze sulla malattia e sensibilizzare l'opinione pubblica allo scopo ultimo di dotarsi di strumenti e strategie più avanzati e consapevoli per combatterla. Complessivamente, la maggior parte delle donne riceve la diagnosi in uno stadio avanzato e in questo caso i tassi di sopravvivenza a cinque anni sono bassi, tra il 10% e il 40%. In paesi ed ambienti in cui la diagnosi precoce e i trattamenti di base sono accessibili, **il tasso di sopravvivenza a cinque anni da tumore del seno localizzato precocemente supera l'80%**. La mammografia sembra essere il metodo più efficace per una diagnosi precoce del cancro alla mammella. Nonostante ciò, esiste un dibattito che assume un'entità significativa sull'equilibrio tra benefici e danni dello screening mediante questo strumento, riferiscono gli esperti. Tra i potenziali benefici, la riduzione del tasso di mortalità dovuto alla malattia, mentre tra i potenziali danni, di cui la misura dell'entità è incerta, ci può essere quello della sovra-diagnosi e dei falsi positivi.

Il *position paper* OMS

In donne di età compresa tra i 40 e i 75 anni, asintomatiche e con rischio medio di sviluppare la malattia, qual è l'equilibrio tra benefici e danni comparato tra le donne a cui viene proposto lo screening mammografico rispetto a quelle a cui non viene proposto? E l'intervallo tra uno screening e l'altro in che modo influenza questo bilancio? A queste domande fornisce risposta il *position paper* dell'OMS, basato su un ampio database di studi, che si rivolge a politici, pazienti e ad operatori sanitari coinvolti nel processo di decisione dei programmi. Il Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020, piano globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, si batte per fornire una guida tecnica ai paesi per l'integrazione, nei sistemi sanitari, di interventi cost-effective. Tra questi, l'identificazione precoce del tumore.

Il tumore del seno può essere individuato precocemente attraverso due strategie: diagnosi precoce e screening, si legge nel *position paper*. La diagnosi precoce si basa su un'aumentata consapevolezza a livello pubblico e professionale dei sintomi associati al cancro; ciò comporta la capacità di riconoscere segnali di allarme che possono far sospettare la presenza della malattia e un intervento tempestivo. Lo screening prevede l'utilizzo sistematico di test, tra cui ad esempio la

mammografia, all'interno di una popolazione asintomatica, per individuare e curare il cancro o stadi pre-cancerosi.

Nelle considerazioni generali del position paper, si legge che l'evidenza mostra come i programmi di screening possano ridurre del 20% la mortalità dovuta al tumore della mammella all'interno del gruppo di donne che è stato invitato a partecipare allo screening rispetto al gruppo che non è stato invitato, in un programma di follow-up di 11 anni. Gli esperti sottolineano che follow-up più lunghi possono far rilevare una maggiore riduzione del rischio, suggerendo che l'impatto complessivo dello screening mammografico possa essere valutato al meglio in un periodo di 20 anni o più.

È stato poi preso in considerazione il parametro dell'ansia e della preoccupazione psicologica legata allo screening: la mammografia non sembra generare ansia nelle donne che ricevono un risultato chiaro dall'analisi; può causare ansia a breve termine nelle donne che devono effettuare ulteriori accertamenti e più alti livelli di ansia e preoccupazione in chi riceve un falso-positivo, anche se questa angoscia non sembra raggiungere livelli patologici.

Casi di falso-positivo sono stati riscontrati in tutti i gruppi di età, anche se l'incidenza sembra essere maggiore nelle fasce d'età più giovani. Sul problema della sovra-diagnosi non ci sono stime certe, tuttavia due recenti review (Marmot et al., 2012; Paci et al. 2012) mostrano come ogni uno o due casi sovra-diagnosticati almeno un decesso dovuto al cancro è stato evitato, un equilibrio tra benefici e danni considerato appropriato, si legge nel documento OMS.

Tra le evidenze (che assumono caratteristiche differenti e sono basate su determinate condizioni, indicate nel *position paper*), ad oggi il migliore compromesso rispetto all'intervallo temporale da frapporre sembra essere pari a due anni: **uno screening biennale nelle donne tra i 50 e i 69 anni abbassa in media del 16% la mortalità legata al cancro al seno** rispetto all'assenza di screening; inoltre viene suggerito lo sviluppo di diversificati programmi di screening organizzati, illustrati nel documento. Le raccomandazioni sono divise per gruppi di età della popolazione e caratteristiche delle risorse dell'ambiente cui si applicano.

Il *position paper* costituisce una parte di un'ampia guida sul tumore del seno che verrà sviluppata nei prossimi anni; inoltre, viene divulgato dall'OMS il [documento](#) intitolato *Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings* che riguarda le malattie non trasmissibili, tra cui i tumori.

La malattia in numeri

Si stima che il 60% dei nuovi casi di tumore sia diagnosticato in Africa, America Centrale e Meridionale e Asia; nel 2012 i decessi legati a questa malattia a livello globale sono stati 8milioni e 200mila.

Oltre 3 tumori su 10 potrebbero essere prevenuti attraverso regole nello stile di vita o mediante l'immunizzazione da infezioni che possono causare il cancro (HBV, HPV): i tumori causati da questi virus rappresentano il 20% del totale. Nelle donne, i tumori a più alto tasso di mortalità in ordine di frequenza sono: tumore del seno, stomaco, colon-retto e della cervice; mentre negli uomini tumore del polmone, stomaco, fegato, colon-retto ed esofago.

Il consumo di tabacco rappresenta il principale fattore di rischio per il cancro, causando a livello globale oltre il 20% dei decessi associati a questa malattia e circa il 70% dei casi di cancro al polmone. A seguire, tra gli altri fattori di rischio, l'obesità e il sovrappeso, dieta non bilanciata, assenza di attività fisica, uso eccessivo di alcol, infezione HPV, inquinamento atmosferico e inquinamento indoor.

Viola Rita

SALUTE Risonanze per ridurre la chirurgia e cioccolatini per raccogliere fondi Airc

La ricerca si fa dolce

di Cristina Cimato

La risonanza completa di tutto il corpo come screening per indagare anche i distretti non coperti dalla diagnostica mirata, l'imaging come supporto in tempo reale alla chirurgia robotica, ma anche i nuovi farmaci che potenziano il sistema immunitario e che hanno minori effetti collaterali dei chemioterapici. La ricerca oncologica continua il suo cammino incessante verso diagnosi precoci e meno invasive, trattamenti efficaci e approcci che riducano le recidive e le metastasi. Sulla rivista specializzata *Radiology* è stato appena presentato uno studio che ha confrontato 134 pazienti con tumore alla prostata che avevano subito intervento con il robot senza essere stati precedentemente sottoposti a risonanza magnetica e altrettanti cui era stata fatta prima dell'intervento un'Rm multiparametrica. «Questa tecnologia ci permette di identificare con maggiore precisione la presenza del tumore in un organo molto piccolo come la prostata», ha spiegato Giuseppe Petralia, assistente senior della radiologia allo Ieo, «abbiamo verificato come sia possibile osservare con precisione la presenza di cellule tumorali a contatto con il bordo della ghiandola, effettuando in sede di operazione anche un prelievo di tessuto, subito analizzato, e capire così se sia necessario asportare una piccola porzione di nervi oppure no». La combinazione di risonanza magnetica e chirurgia ha dimostrato migliore radicalità oncologica unita alla preservazione dei nervi che avvolgono la ghiandola. «Questa indagine non solo può essere effettuata subito prima di una chirurgia, ma anche come diagnosi in caso di sospetto clinico di tumore», ha aggiunto Petralia, «il valore predittivo negativo di questa risonanza si è dimostrato superiore al 90%».

Sistema immunitario con il turbo. Il mese di ottobre è stato dedicato in tutto il mondo alla prevenzione del tumore del seno e termina con la proiezione, nelle sale cinematografiche italiane, di *Annie Parker*, film basato sulla vera storia di due donne che hanno combattuto insieme contro questo male. Parte del ricavato del film andrà a sostegno dell'associazione

Susan G.Komen Italia, impegnata nella lotta ai tumori al seno. Le protagoniste

della pellicola sono Samantha Morton ed Helen Hunt, che interpreta la dottoressa Mary-Claire King, scopritrice negli anni 90 dell'esistenza di un gene, BRCA-1, associato all'ereditarietà del cancro al seno. La dottoressa King è ora professore all'Università di Washington e membro dell'American Cancer Association, realtà che ha finanziato con 720 mila dollari uno studio quadriennale condotto da Sandra McAllister, professore alla Brigham and Women's Hospital di Boston. In una precedente ricerca, l'esperta aveva scoperto che alcuni tumori rilasciano sostanze che «svegliano» le cellule dormienti in altri distretti del corpo. Le cellule tumorali si separano dalla zona primaria del cancro prima della sua rimozione e rimangono silenti nei tessuti lontani dalla massa originaria. Una volta svegiate, anche molto tempo dopo, si trasformano in metastasi. I ricercatori stanno quindi cercando di capire quali caratteristiche inducano un tumore a essere «istigatore». «Due masse possono crescere alla stessa velocità e sembrare simili al microscopio, ma comportarsi in modo molto diverso», ha commentato la specialista. Per questo studio McAllister sta impiantando tumori nei topi: tessuti di carcinoma mammario da pazienti che hanno subito una mastectomia. L'obiettivo è quello di predire la possibilità che un tumore attui un'istigazione sistemica, nella speranza di mettere a punto un test che permetta agli oncologi di determinare le caratteristiche di uno specifico tumore alla mammella. «Di recente sono stati pubblicati i dati epidemiologici relativi al 2013, dal quale emerge che in Italia ci sono stati 48 mila nuovi casi diagnosticati di tumore al seno, e che se è vero che è la neoplasia più frequente nelle donne, è anche quella con il più alto tasso di guarigione e la media italiana è più alta rispetto a quella europea», ha commentato Lucia Del Mastro, direttore U.O. sviluppo terapie innovative del dipartimento di oncologia medica Ircs AOU San Martino Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro di Genova, «gli studi più promettenti si rivolgono alle terapie ormonali e biologiche che colpiscono le cellule in modo mirato. I farmaci di ultima generazione, appena immessi sul mercato, hanno l'obiettivo di distruggere singole cellule. Sono in corso vari studi, come quello americano, volti a comprendere come mai alcune cellule vengano rilasciate, rimangono in circolo e restino silenti per anni per poi risvegliarsi, provocando metastasi». Un ap-

proccio di ricerca tenta di arginare questo fenomeno proprio potenziando il sistema immunitario. Esso con molta probabilità è in grado di contrastare e distruggere le cellule neoplastiche, ma in qualche caso esse sfuggono al suo controllo. Gli anticorpi stimolano il sistema immunitario nel distruggere le cellule. «I farmaci allo studio», precisa Del Mastro, «sono in fase clinica di confronto con le terapie standard per tumori che originano da organi diversi. In particolare le ricerche sono orientate su polmone, mammella e pelle. Gli studi italiani sono all'avanguardia e grazie al sostegno proveniente da realtà come Airc si possono sviluppare anche ricerche spontanee, derivate da idee dei singoli ricercatori».

Indagini senza confini. In tale direzione vanno *I giorni della ricerca Airc* e la campagna di sensibilizzazione e raccolta fondi che culmina l'8 novembre con *I Cioccolatini della Ricerca*, in distribuzione nelle città italiane. Con una donazione di 10 euro è possibile sostenere il lavoro dei ricercatori e ricevere dai volontari una confezione di cioccolatini Lindt. Da lunedì 10 la distribuzione prosegue in 1.600 filiali del Gruppo UBI Banca e on line sui portali SaldiPrivati ed ePRICE (donazioni per Airc anche con l'sms al 45503). Ed è proprio la diagnostica un tassello essenziale dell'approccio ai tumori. Ecco perché tanto lavoro viene effettuato sulle tecnologie messe a disposizione della clinica. Ed ecco perché le raccolte fondi vanno anche a beneficio di nuove strumentazioni, come accade allo Ieo dove fino all'1 novembre è possibile, con l'sms solidale al 45597, contribuire all'acquisto di un'apparecchiatura di Risonanza magnetica di ultimissima generazione, che individua anche i tumori di 3-4 millimetri. «La tecnologia diffusion whole-body, che si basa su ricostruzioni tridimensionali e panoramiche, è stata già impiegata non solo sui soggetti oncologici, nei quali si può usare se si riscontrano osservazioni cliniche discordanti, nei sospetti di recidiva o per l'osservazione tempestiva della risposta ai trattamenti delle forme metastatiche, ma anche sulle persone sane», ha aggiunto Giuseppe Petralia, «di recente abbiamo trovato con questo screening qualche piccolo tumore prostatico e un paziente con linfonodi metastatici in seguito a un vecchio tumore. La nuova apparecchiatura è potente il doppio rispetto a quella attuale». (riproduzione riservata)

TUMORE AL POLMONE: IN AUMENTO NELLE DONNE, CHE PERO' RISPONDONO MEGLIO ALLE CURE

Diagnosi sempre più precoci, terapie mirate con farmaci bersaglio, campagne di prevenzione: i tumori oggi fanno sempre meno paura e la mortalità, negli ultimi 20 anni, è diminuita del 38% (18% in meno negli uomini e 10% in meno nelle donne). Se per alcuni tumori, come il seno, si registra una diminuzione del 38% e la sopravvivenza sfiora il 90%, per altri tumori, come il polmone, si assiste in controtendenza a un aumento del 61%, in particolare nelle donne.

Lo conferma il censimento ufficiale, curato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e dell'Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM), presentato al recente Congresso nazionale AIOM di Roma.

A commento di questi dati, abbiamo intervistato la professoressa Stefania Gori, del Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale Sacro Cuore- Don Calabria di Negrar (Verona) e segretario nazionale AIOM.

Perché un aumento così elevato di tumori al polmone nelle donne?

«Per molti anni il tumore del polmone era una malattia di assoluta prevalenza negli uomini. Negli ultimi 40 anni, l'incidenza tra le donne ha registrato una crescita esponenziale, mentre dal 1990 al 1995 si è ridotta nel sesso maschile in rapporto alle campagne anti fumo realizzate. La mortalità per cancro del polmone nelle donne negli ultimi 10 anni dimostra un andamento inverso rispetto a quella delle più comuni neoplasie, con una crescita costante legata alla diffusione del fumo di sigaretta, a fronte della riduzione registrata nel cancro dello stomaco, dell'utero e della mammella. Oggi il tumore del polmone rappresenta la principale causa di morte per cancro nelle donne, superando la mortalità combinata di carcinoma mammario, del colon retto e dell'ovaio. Non è chiaro se vi sia tra le donne una maggior sensibilità (suscettibilità) agli effetti oncogeni del fumo di sigaretta, ma rispetto agli uomini è evidente come le donne affette da cancro del polmone presentino una minore esposizione al fumo e siano più giovani al tempo della diagnosi. In compenso, nel sesso femminile, la sopravvivenza è migliore in ogni stadio di malattia. E' importante che la ricerca si concentri sui fattori ormonali, genetici e metabolici, che sono alla base dell'oncogenesi polmonare nella donna».

Esistono strumenti di diagnosi precoce per individuarlo, come la mammografia per il tumore al seno?

«Sfortunatamente gli unici test diagnostici sino a oggi disponibili, con caratteristiche idonee per indagini di screening (radiografia al torace ed esame citologico dell'espettorato) hanno dimostrato, nell'ambito di studi clinici condotti negli ultimi 30 anni, una scarsa sensibilità diagnostica nei confronti del tumore polmonare. Negli ultimi anni, studi pilota osservazionali condotti in forti fumatori hanno dimostrato la superiore sensibilità della TAC (tomografia assiale computerizzata) spirale rispetto alla semplice radiografia del torace nell'individuare noduli polmonari neoplastici in soggetti senza sintomi. In uno studio di fase II e in uno studio randomizzato del National Cancer Institute è stata documentata una possibile riduzione di mortalità (del 20% circa) in pazienti ad alto rischio, sottoposti a controlli periodici sistematici, con TAC spirale a basso contenuto di radiazioni, rispetto al gruppo di controllo, che eseguiva soltanto radiografie del torace. Per i pazienti a rischio elevato (età inferiore a 50 anni e oltre 20 sigarette al giorno), dovrebbe essere presa in considerazione la partecipazione a trial clinici attualmente in corso. Lo screening con TAC spirale nei soggetti ad alto rischio ha documentato una riduzione della mortalità».

In quale percentuale questo tumore dipende dal fumo delle sigarette?

«Il rischio relativo è in stretta relazione con il numero di sigarette fumate, la durata (in anni) dell'abitudine e il contenuto di catrame. Il rischio relativo dei fumatori rispetto ai non fumatori è pari a 14, mentre quello dei forti fumatori (oltre le 20 sigarette al giorno) è di 20 volte di più. Per quanti smettono di fumare, il rischio si riduce progressivamente nel corso dei 10-15 anni successivi. Gli ultimi studi europei e le comparazioni dei dati disponibili evidenziano per i fumatori passivi un aumento del rischio tra il 20% ed il 50% rispetto ai non fumatori. Nel passato l'abitudine al fumo è stata molto più diffusa nel sesso maschile, ma negli ultimi anni questa differenza si è sensibilmente ridotta: si valuta che oggi si verifichino, tra le donne, oltre un milione di morti per anno in tutto il mondo a causa del fumo di sigaretta. Negli Stati Uniti, dal 1987 la mortalità per carcinoma polmonare nelle donne ha superato quella per carcinoma mammario. Nei Paesi in via di sviluppo la percentuale di donne che fumano è in costante crescita, in rapporto alla campagna di penetrazione delle industrie del tabacco. Negli Usa, invece, la percentuale di fumatori nel sesso maschile è scesa dal 50% della popolazione adulta del 1950 al 25,7% del 2002, mentre tra le donne la riduzione è stata meno sensibile (dal 34% al 21%)».

Non esiste anche una componente genetica nel tumore al polmone?

«Il ruolo della predisposizione genetica (in particolare dei polimorfismi genici) è stato argomento di studio negli ultimi anni, anche se nello studio delle cause di questo tumore rimane preponderante il peso del fumo».

Esistono nuove terapie (farmaci biologici) per questo tumore, come per il seno? «Nell'ambito del tumore polmonare sono oggi riconoscibili alcuni sottogruppi con caratteristiche molecolari quali la mutazione del gene EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) o il riarrangiamento del gene ALK (presente nel 5-8% degli adenocarcinomi del polmone). Queste alterazioni molecolari identificano quei pazienti che possono rispondere alle terapie a bersaglio molecolare con specifici inibitori e con risultati clinicamente rilevanti».

Quando è necessario asportare il tumore e quali i rischi di recidive?

«Il tumore polmonare deve essere asportato nelle forme iniziali, operabili da un punto di vista chirurgico e in assenza di controindicazioni alla chirurgia. Il rischio di recidiva dipende dallo stadio iniziale ed è minore nel caso di stadio iniziale I. La sopravvivenza globale a 5 anni dei tumori operati in modo radicale dipende dallo stadio iniziale, con valori di circa il 75% per lo stadio IA e di circa il 57% per lo stadio IB, mentre è del 35-40% nello stadio II. Minori sono le dimensioni della neoplasia polmonare asportata (inferiore a tre centimetri) migliore è la sopravvivenza, così come risulterebbe influenzare una migliore sopravvivenza l'assenza di invasione vascolare all'esame istologico».

Per info: www.aiom.it

di Paola Trombetta

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/>

Manovra 2015/ Dalla sanità agli investimenti. Ecco le 8 controproposte dei governatori

di Roberto Turno (da Il Sole 24 Ore di oggi) Cronologia articolo 31 ottobre 2014



Riqualificare la spesa corrente, dalla sanità alle partecipate. Rilanciare gli investimenti anche sanitari. Accelerare i pagamenti e anticipare il pareggio dei bilanci al 2015. «Razionalizzare» il fondo per il trasporto locale e «ottimizzare» i flussi finanziari dallo Stato. E costi standard a raffica, ma per tutti. È una proposta in otto punti chiave quella che i governatori hanno preparato per il Governo nella spinosa trattativa sui tagli da 4 mld previsti a loro carico dalla della manovra 2015.

Una proposta per il momento messa a punto sui titoli degli interventi, non ancora sugli effettivi contenuti. Che verranno svelati soltanto nel momento in cui, dalla prossima settimana, le parti si incontreranno per trattare, in attesa della convocazione che arriverà da palazzo Chigi. Stanno per questo ancora abbottonati i governatori, in attesa di capire gli spazi di incontro possibili, ma sanno bene che difficilmente l'entità del taglio sarà attenuata. Anche se è ben chiaro che qualcosa dovrà essere ceduto sulla sanità. A cominciare da un'anticipazione del «Patto 2014-2016». Un risparmio di almeno 1 mld, infatti, è sotto sotto già messo in cantiere. E non è un caso che la premessa degli 8 punti della loro proposta partano dalla garanzia del «concorso positivo delle regioni alla manovra di finanza pubblica». Come dire: non ci tiriamo indietro, ma anche lo Stato faccia altrettanto. Per la sanità potrebbe esserci ad esempio lo scambio risparmi-maggiori investimenti. Mentre sull'accelerazione in genere dei pagamenti si chiede di «attivare una sinergia tra Stato, regioni ed enti locali» attraverso il Patto di stabilità verticale, incentivato per «immettere liquidità a favore delle imprese per gli investimenti

pubblici».

«Abbiamo messo in fila tutte le nostre proposte. Ho buone ragioni per ritenere che nei prossimi giorni partirà il tavolo col Governo e che si possano condividere delle proposte che rendano per tutti sostenibile la manovra», ha detto ieri il rappresentante dei governatori, Sergio Chiamparino. Mentre le regioni preparano modifiche ai capitoli sul sociale della manovra: 100 mln in più ai servizi per la prima infanzia (asili nido), un diverso uso (col nuovo Isee) della social card, 350 mln alle disabilità.

Le regioni hanno però altre grane, a partire dal "dossier Molise", al quale la manovra assegna 40 mln per uscire dal baratro e commissariarla, se possibile, due volte. Un "regalo" che però non piace a tutte le regioni: l'Economia ha ammesso che il debito del Molise, dove sono state appena confermate le maxi addizionali, richiede «interventi pari al 62%» del finanziamento alla sua sanità. Un deficit pregresso che, se paragonato alla Lombardia, sarebbe pari a quasi 11 mld.

La testimonianza / 2

“Ho ascoltato musica sul mio telefonino Ho capito che ero salva”

L'infermiera Tochi: che incubo le notti

LAGOS

L'infermiera nigeriana Tochi Anunobi si è ammalata dopo aver curato un malato di Ebola nell'ospedale di Lagos, ma è sopravvissuta al virus.

Come sta ora?

«Sto meglio, decisamente meglio. Ora a dire la verità mi sento davvero bene»

Cosa ha provato quando le è stato detto che aveva l'Ebola?

«Sapevo che il virus non aveva cura, quindi non potevo che sperare in dio, affidare la mia vita a dio. Quando sono apparsi i primi sintomi ho dovuto avvertire il Ministero della salute. Sono venuti a prendermi in ambulanza, mi hanno portato all'ospedale delle malattie infettive di Lagos, poi hanno decontaminato la mia casa».

Quali sono stati i primi sintomi?

«Febbre alta, perdita di appetito, dolori e crampi. Ero debolissima, non riuscivo a mangiare o bere nulla».

Quando ha sentito parlare per la prima volta dell'Ebola?

«Sapevo dell'epidemia, ma in Nigeria non c'erano stati casi. Almeno fino a quando Patrick Sawyer - il malato americano di origini liberiane - non è arri-

vato nell'ospedale in cui lavoro. Ero tra le infermiere che lo curavano. Prima che morisse. È stato allora che ci hanno dato un termometro e una tabella su cui segnare le nostre temperature».

Cosa è successo quando ha detto ai suoi famigliari che aveva avuto contatti con un malato d'Ebola?

«Non volevo che nessuno dei miei cari si ammalasse, quindi anche se non erano comparsi sintomi ho interrotto qualsiasi intimità con mio marito e tutta la mia famiglia si è trasferita a casa di mio fratello. Mi portavano da mangiare senza toccare nulla e tutti indossavano guanti».

Dovevano essere giorni molto lunghi, da sola a casa, senza nessun contatto...

«No, andavo a lavorare come al solito. I sintomi non erano ancora esplosi».

Come crede di aver contratto il virus?

«Ero io che cambiavo le flebo al malato. Avevo i guanti, ma quando toglievo l'ago usciva parecchio sangue. O potrebbe essere stato quando mi sono tolta i guanti per aiutarlo a fare una ricarica del telefono, oppure toccando le lenzuola, o i suoi vestiti, o gli asciugamani, o

quando mi ha chiesto di prendere dei soldi dal suo portafoglio... Non lo so...».

Quando ha saputo che era malata cosa ha pensato?

«Stavo male, ma c'era una piccola parte di me che cercava di farsi forza: il giorno che mi hanno ricoverata un'altra donna era stata dimessa, ce l'aveva fatta, era sopravvissuta. Pensavo a lei e credevo che dio non mi avrebbe lasciata morire così».

Che sintomi aveva oltre alla febbre?

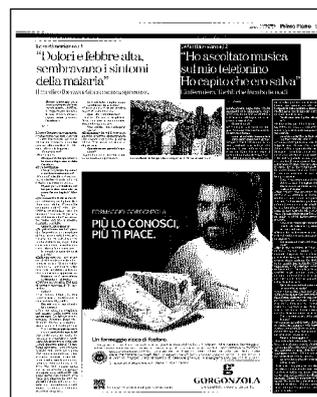
«Dissenteria, mal di testa, dolori articolari sempre più forti, crampi, una debolezza così profonda che non riuscivo nemmeno ad alzare un braccio».

Il momento peggiore?

«La notte, tutte le notti. Mi sentivo sola, abbandonata. Pensavo che gli altri stavano dormendo, mentre io non riuscivo a chiudere occhio, al buio, senza poter parlare con nessuno».

Quando ha capito che non sarebbe morta?

«Una mattina, proprio mentre mi stavo convincendo che non ce l'avrei fatta, mi sono resa conto che i dolori stavano diminuendo. Riuscivo a muovere le mani. Ho ascoltato musica sul mio smartphone. Poi mi hanno fatto un nuovo esame del sangue: negativo».



Il «decalogo» dell'e-Health

Da Cittadinanzattiva-Tribunale del malato le raccomandazioni civiche perché i nuovi servizi informatici siano realmente accessibili a tutti

Sulla delicata e cruciale partita della sanità elettronica, anche i cittadini vogliono essere coinvolti e svolgere un ruolo da protagonisti.

Per questo l'associazione Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato, presenterà martedì prossimo, 4 novembre, una "Raccomandazione civica sull'e-Health" che, partendo dalla Carta europea dei diritti del malato, in tredici "capitoli" sviluppa aspettative e richieste frutto del confronto tra i rappresentanti di venti tra associazioni di pazienti, società medico-scientifiche, Asl e aziende del settore.

«Il Patto per la Sanità digitale del ministero della Salute, che darà vita a un piano straordinario di digitalizzazione della sanità italiana, — spiega Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale — non prevede in modo esplicito le associazioni dei pazienti e dei cittadini fra i "portatori di interesse" chiamati a fare parte del

Comitato di coordinamento del Patto stesso. Questo è grave, perché le associazioni, invece, devono diventare attori del processo decisionale di programmazione».

Il timore, come si continua a ripetere da più parti, è che la sanità digitale diventi l'ennesimo progetto calato dall'alto, lontano dai reali bisogni della gente e con spreco di risorse.

Nell'analisi di Cittadinanzattiva, la sanità elettronica e i servizi di telemedicina sono sicuramente strumenti attraverso i quali promuovere e facilitare il cambiamento che tutti chiedono in sanità. L'e-Health può avere un effetto positivo sia dal punto di vista clinico della presa in carico e della continuità assistenziale del paziente, sia da quello dell'organizzazione dei servizi sanitari — con semplificazione della burocrazia a carico del cittadino — e della programmazione della spesa pubblica. Tra i punti più importanti della Raccomandazione, Cittadinanzattiva mette la

necessità di stabilire un riconoscimento tariffario (rimborso) dei servizi di sanità elettronica e telemedicina.

«Il mancato riconoscimento economico rappresenta un freno allo sviluppo — si legge nella Raccomandazione —, in quanto le strutture ospedaliere non possono dedicare risorse specifiche a tali attività che vengono in genere portate avanti in aggiunta alle attività di routine, sulla base della dedizione del personale medico, infermieristico e tecnico».

Altro tema sollevato, quello delle azioni per garantire la privacy dei pazienti: occorre identificare con precisione tutti i soggetti che mettono mano ai documenti elettronici e anche un responsabile del servizio.

Secondo l'analisi di Cittadinanzattiva è indispensabile, inoltre, una regia nazionale che renda possibile il dialogo tra dei sistemi informatici regionali tra loro e al loro interno (la cosiddetta interoperabilità). La Raccomandazione chiede

poi con forza un'alfabetizzazione digitale dei cittadini per garantire un reale accesso ai nuovi servizi a tutti.

È fondamentale anche che il ministero chiarisca bene quali sono gli standard nazionali dei servizi di sanità elettronica garantiti dal sistema pubblico. Nel Patto per la Sanità digitale infatti si parla di "servizi premium" con quote a carico dei cittadini per la fruizione di specifici servizi di e-Health.

«Il rischio — sottolinea Aceti — è che le soluzioni tecnologiche, con le quali si potrebbero raggiungere ad esempio precisi obiettivi strategici a garanzia di un sistema sanitario efficiente, trasparente e capace di attivare una nuova consapevolezza e responsabilizzazione dei pazienti e di chi si prende cura di loro, aprano la strada ad una sanità digitale per pochi, cioè solo per quanti potranno permetterselo».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tecnologie
Maggiori tutele con un registro delle «app»

Entro il 2017 saranno 3,4 miliardi le persone nel mondo in possesso di uno smartphone e la metà di loro userà «app» mediche. L'*mHealth* (*mobile health*, l'insieme delle tecnologie usate nella pratica medica e della salute pubblica, supportate da dispositivi mobili) è un settore emergente e in rapida evoluzione che promette di ridurre il numero di visite costose in ospedale, di coinvolgere i cittadini nella gestione della propria salute e del proprio benessere

e di promuovere la prevenzione. La Raccomandazione di Cittadinanzattiva chiede di fornire agli operatori sanitari le informazioni necessarie in termini tecnico-normativi sulle potenzialità e i rischi di questo tipo di nuova tecnologia, a tutela degli interessi del cittadino. Utile ai cittadini sarebbe anche un registro delle «app» validate scientificamente, per poter compiere scelte più consapevoli.

R.Co.

Alfabetizzazione

I cittadini devono essere aiutati a familiarizzare con gli strumenti elettronici

Standard nazionali

Bisogna definire le prestazioni «minime» di telemedicina garantite dal Ssn

Lo stato della sanità digitale

OSPEDALI (con Unità di cura intensiva)
Scambiano dati clinici con operatori sanitari esterni



Consentono ai pazienti l'accesso alla cartella clinica elettronica



MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Usano il computer durante il colloquio con il paziente



Scambiano dati con altri operatori della salute



Fonte: Commissione Europea, Agenda Digitale Europa 2013 C&S



Così i computer possono rendere più facile la vita ai pazienti e far risparmiare il Servizio sanitario

Buone pratiche nelle applicazioni della sanità elettronica: in Italia esistono e Cittadinanzattiva ne indica otto che, attraverso l'operato attento ed efficace dei professionisti, mettono il cittadino al centro del sistema. Quattro progetti — sviluppati negli ospedali San Filippo Neri di Roma, dell'Angelo di Mestre, Santa Maria della Misericordia di Udine e all'ospedale di Camposampiero (Padova) — riguardano i controlli e il monitoraggio a distanza di oltre tremila pazienti ai quali sono stati impiantati pacemaker, defibrillatori o monitor cardiaci (loop recorder).

Attraverso la trasmissione dei dati a distanza, è stato possibile ridurre il numero di visite ambulatoriali, mantenere sotto sorveglianza continua i dispositivi impiantati ed effettuare un monito-

portatile di piccole dimensioni, restando a domicilio o laddove si presentano i sintomi, riescono a registrare aritmie difficilmente evidenziabili con gli apparecchi holter tradizionali o con elettrocardiogrammi eseguiti tardivamente. La registrazione è poi trasmessa, mediante una semplice telefonata, ai computer dell'ospedale.

L'ospedale San Camillo Forlanini di Roma, invece, ha investito 50 mila euro in un sistema di telemedicina per pazienti fragili, anziani, con ulcere/piaghe da pressione, vascolari, diabetiche. «Oggi il 50% dei pazienti con decadimento cognitivo muore per complicanze di piaghe — spiegano —. Volevamo ridurre questo "orrore sociale"». Il paziente viene visitato, si imposta il protocollo di medicazione, si istruisce chi si prende cura di lui, si forniscono le indicazioni per fotografare le lesioni e le medicazioni ed il materiale necessario. I dati vengono inviati via email o app dedicata e si riceve risposta entro le 24 ore successive. I risultati parlano da soli: oltre 500 pazienti guariti in telemedicina; oltre 15 mila medicazioni; nessun caso di ricovero ospedaliero per complicanze delle lesioni.

E ancora: con un investimento di 2 milioni e 305 mila euro, la Provincia Autonoma di Trento ha creato il "Programma TREC - Cartella Clinica del Cittadino" utilizzabile sia come Fascicolo sanitario elettronico (FSE), sia come Diario della salute. Attraverso una piattaforma basata e accessibile sul Web i residenti o domiciliati in Trentino, che abbiano attivato la propria tessera sanitaria, possono non solo consultare tutti i propri referti online senza alcun limite temporale, ma anche tenere un diario della propria salute, consultare le ricette farmaceutiche e/o specialistiche, pagare on line — con carta di credito — una o più prestazioni sanitarie e gestire anche la cartella dei propri figli. Sempre in Trentino, il progetto "PRELEFARMA - Prescrizione Elettronica Farmaceutica" (costo, 130 mila euro) ha messo in rete tutte le farmacie e digitalizzato l'intero ciclo prescrittivo farmaceutico, dalla prescrizione da parte dei medici (ospedalieri, medici di famiglia, pediatri di libera scelta), fino all'erogazione del farmaco presso le farmacie del territorio.

R. Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Trentino

Un investimento di 2,5 milioni è servito per realizzare il Fascicolo sanitario elettronico, i referti e le ricette online

A Roma

Grazie a collegamenti web l'ospedale San Camillo Forlanini riesce a trattare a domicilio ulcere e piaghe di pazienti anziani

raggio clinico continuo per il riconoscimento precoce (con conseguente intervento tempestivo) di eventi quali la fibrillazione atriale, le aritmie ventricolari e lo scompenso cardiaco.

Risultati? Gradimento e soddisfazione da parte dei pazienti (e delle loro famiglie) perché migliora la loro qualità della vita, prevenzione di eventi avversi e conseguente riduzione delle ospedalizzazioni, minori costi grazie all'ottimizzazione delle risorse.

Restando nel campo della cardiologia, sempre all'ospedale di Camposampiero, grazie alla telemedicina i pazienti, muniti di un apparecchio

DOSSIER FINANZA E CORTE DEI CONTI

Tangenti e sprechi Sei miliardi di euro sottratti allo Stato

di **Fiorenza Sarzanini**

L'Italia degli sprechi sanitari, delle consulenze false e inutili, degli appalti truccati, delle truffe alla Comunità europea, della corruzione: sono oltre 13.300 le persone che in meno di due anni hanno provocato una voragine nelle casse dell'Erario di 5 miliardi e 700 milioni di euro.

a pagina 13

ROMA Ci sono i medici e gli operatori sanitari, i funzionari ministeriali e i lavoratori di primo livello, e anche i manager e gli impiegati. Negli elenchi compaiono tutti i dipendenti pubblici «infedeli», colpevoli di reati e di illeciti amministrativi, chiamati a risarcire i danni allo Stato.

Le ruberie e gli abusi

Sono oltre 13.300 persone che in meno di due anni hanno provocato una voragine nelle casse dell'Erario di ben 5 miliardi e 700 milioni di euro. I dati dei controlli effettuati dalla Guardia di Finanza e dalla Corte dei conti dal 1 gennaio 2013 al 30 settembre scorso, fotografano l'Italia degli sprechi sanitari, delle consulenze false e inutili, degli appalti truccati e delle truffe alla Comunità europea. Ma forniscono, soprattutto, l'immagine di un Paese ancora segnato dalla corruzione. Perché è vero che molti di questi dipendenti pagano per omissioni e abusi, ma sono migliaia quelli che hanno intascato mazzette per sbloccare una pratica, pilotare una gara, sottrarre beni al pubblico per incrementare la propria attività privata.

Obiettivo degli accertamenti affidati agli specialisti del Terzo Reparto che si occupano di tutela della Spesa, è quello di verificare «l'impiego e l'utilizzo delle risorse pubbliche a seguito delle quali possono configurarsi ipotesi di responsabilità amministrativa per danno erariale». E dunque «possono essere chiamati a rispondere di tale particolare forma di responsabilità gli amministratori e i dipendenti pubblici che, nell'esercizio delle proprie funzioni, hanno determinato lo

Sprechi, truffe e corruzione I reati di 13 mila dipendenti pubblici

Il rapporto di Guardia di Finanza e Corte dei conti: danni di 5,7 miliardi per l'Erario

sperpero o la cattiva gestione della "cosa pubblica" attraverso comportamenti dolosi o determinati da colpa grave».

Un'attività che il comandante generale della Fiamme Gialle, Saverio Capolupo, ha voluto inserire tra gli «obiettivi strategici perché consente di combattere ogni forma di frode o spreco nell'utilizzo delle risorse della collettività».

I numeri e il «buco» della malasanità

Nei primi nove mesi del 2014 gli interventi sono stati incrementati del 24 per cento rispetto all'anno precedente consentendo di segnalare ben 7.368 persone e chiedere danni per 2 miliardi e 248 milioni di euro. Queste cifre altissime si sommano a quelle dello scorso anno: 5.987 dipendenti portati di fronte al giudice contabile e chiamati a risarcire tre miliardi e 541 milioni di euro. Il totale fa ben comprendere quale sia l'interesse di finanzieri e Corte dei conti a proseguire su questa strada e cercare in questo modo di far recuperare all'Erario ben cinque miliardi e 789 milioni di euro.

Proprio per individuare i settori maggiormente penalizzati dagli abusi di chi dovrebbe invece lavorare per tenere i conti in regola, si è deciso di scorporare i risultati relativi ai controlli compiuti. E si è evidenziato come la maggiore sofferenza riguardi la spesa sanitaria, con 1.176 dipendenti segnalati e un danno pari a un miliardo e 200 milioni di euro.

La Calabria rimane una delle Regioni dove più alto è il numero di episodi di malagestione, ma anche nel resto d'Italia si moltiplicano i bilanci in rosso causati dagli illeciti com-

messi dai dirigenti. I casi accertati sono nella maggior parte eclatanti, però fa impressione scoprire che ci sono medici disposti a rischiare il posto di lavoro anche per poche migliaia di euro.

È accaduto a un dottore dell'ospedale di Ivrea sorpreso ad effettuare visite private mentre aveva già timbrato il cartellino e risultava presente nella struttura pubblica. Guadagno calcolato tra il 2009 e il 2013: 110 mila euro (poco più di 27 mila euro all'anno) che gli sono costati la denuncia per truffa e il deferimento alla magistratura contabile. Comportamento analogo quello del direttore sanitario della Asl di Spoleto: mentre risultava in servizio, andava presso la Onlus che aveva fondato senza però comunicarlo alla sua struttura e così percepiva l'indennità di esclusiva da 23 mila euro l'anno.

I doppi pagamenti di Napoli

Tutt'altra entità di danno allo Stato ha provocato quello che è accaduto presso la Asl di Napoli 1 Centro. Gli investigatori del nucleo Tributario hanno scoperto che dal 2000 al 2012 tutti i fornitori sono stati pagati due volte, con un esborso non dovuto pari a 32 milioni di euro.

La Corte dei conti ha contestato gli ammanchi ai quindici amministratori che nel corso di questi dodici anni sono stati incaricati di gestire la contabilità della struttura. Non solo. Durante le perquisizioni sono state trovate in un archivio abbandonato documenti da contabilizzare — e dunque da controllare — per 560 milioni di euro.

«L'azienda sanitaria — an-

notano gli investigatori nella loro relazione di servizio — ha stipulato contratti con una società di revisione che ha effettuato un vaglio delle carte mai esaminate per un valore di circa 233 milioni di euro, rilevando ulteriori doppi pagamenti per 17 milioni di euro». Soldi che certamente potevano essere utilizzati in maniera diversa, per migliorare le condizioni degli ospedali partenopei.

Le case popolari di Asti

Le ruberie dalle casse pubbliche certamente sono rese possibili anche da un sistema di controllo che appare totalmente inefficace. Per dieci anni nessuno ha verificato quanto accadeva all'Agenzia territoriale per la casa di Asti, dove il direttore Pierino Santoro è riuscito a portarsi via ben 9 milioni di euro grazie all'uso personale delle carte di credito dell'Ente e i prelievi in contanti.

Le indagini hanno accertato «la contabilizzazione di falsi mandati di pagamento, imputati a generiche "spese tecniche" mai sostenute, ai sistematici prelievi sul conto corrente postale intestato all'Agenzia dove gli ignari inquilini versavano i canoni di locazione». Con la carta di credito il direttore acquistava «abbigliamento e gioielli», mentre il resto delle risorse lo ha reinvestito in «auto di lusso, immobili a Torino e Asti, moto di serie limitata, polizze assicurative». Santoro ha patteggiato una condanna per peculato, adesso la Corte dei conti ha avviato il giudizio per il recupero del denaro.

Fiorenza Sarzanini
fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre

Quanto ci costano i dipendenti pubblici disonesti

Soggetti verbalizzati



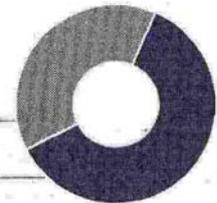
2013 2014 (gen-set) Totale

5.789.449.681 euro

Danni erariali accertati

3.541.155.028

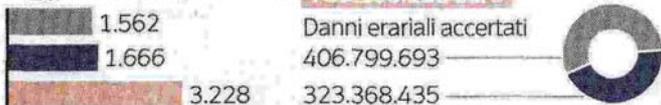
2.248.294.653



LE PIÙ GRAVI TIPOLOGIE DI VIOLAZIONE

Danni derivanti da frodi al bilancio nazionale e dell'Unione Europea

Soggetti verbalizzati



730.168.128 euro

Danni erariali accertati

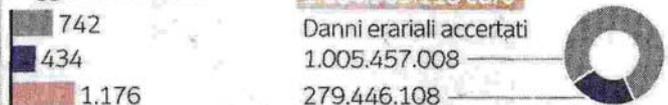
406.799.693

323.368.435



Danni alla spesa sanitaria

Soggetti verbalizzati



1.284.903.116 euro

Danni erariali accertati

1.005.457.008

279.446.108



Danni derivanti da contratti di appalto

Soggetti verbalizzati



715.448.795 euro

Danni erariali accertati

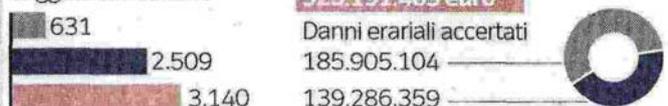
352.361.810

363.086.985



Danni derivanti dalla gestione del patrimonio pubblico

Soggetti verbalizzati



325.191.463 euro

Danni erariali accertati

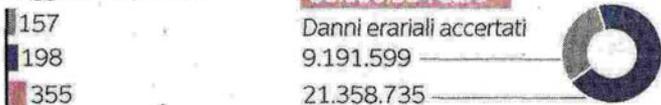
185.905.104

139.286.359



Danni per affidamento di consulenze esterne

Soggetti verbalizzati

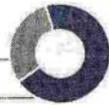


30.550.334 euro

Danni erariali accertati

9.191.599

21.358.735



Danni concernenti i rapporti di pubblico impiego

Soggetti verbalizzati



189.714.329 euro

Danni erariali accertati

124.539.930

65.174.399



Fonte: Guardia di finanza

Corriere della Sera

La sanità

Il settore in cui si verificano più illeciti è la sanità: in 9 mesi oltre 1.176 segnalazioni

Al Sud

La Calabria resta in testa alla classifica degli episodi di frode e cattiva gestione

Le spese

Dai fornitori pagati due volte ai 9 milioni spesi con la «carta» dell'Ente da un dirigente di Asti



Il cuore delle donne è più fragile

La vulnerabilità, soprattutto dopo la menopausa, è maggiore rispetto a quella degli uomini. E sotto stress è alta la tendenza a formare «tappi» nei vasi

In continuo affanno per far quadrare vita familiare e lavoro, le donne non hanno tregua e lo stress è la loro compagna quotidiana. I risultati, in termini di salute che scricchiola, si vedono: malattie un tempo declinate soprattutto al maschile, a cominciare da quelle cardiovascolari, colpiscono sempre di più (e prima) anche il sesso femminile.

Forse anche perché l'impatto dello stress su cuore e vasi delle donne è peggiore del previsto: lo ha dimostrato un recente studio Usa pubblicato sul *Journal of American College of Cardiology*, secondo cui nervosismi e ansie hanno effetti molto diversi nei due sessi.

Se esposte a uno stress acuto le donne tendono a farsi sovrappeso molto di più da pensieri negativi rispetto agli uomini, con conseguenze cardiache che possono spianare la strada a infarti e ictus: il 57% manifesta infatti una riduzione dell'afflusso di sangue al cuore,

contro il 41% degli uomini. Inoltre, sotto stress le piastrine femminili hanno la tendenza ad aggregarsi di più, con il rischio di formare trombi.

«Lo stress psicosociale è un fattore di rischio noto per le malattie cardiovascolari e alle donne sembra chiedere un prezzo più elevato: provoca ad esempio eventi di maggior gravità — conferma Sabina Gallina, coordinatrice del gruppo di studio sulle Malattie cardiovascolari di genere della Società Italiana di Cardiologia —. L'effetto è ancora più evidente su chi appartiene a un ceto sociale basso, dove alle ansie «comuni» a tutto il sesso femminile si aggiungono il timore e la fatica di arrivare a fine mese. Senza contare che le donne sono più spesso colpite dalla depressione, che provoca un esaurimento psicofisico cronico molto negativo per il cuore».

Perché lo stress è così nefasto per le donne? «Innanzitutto, perché riduce l'azione pro-

tettiva degli estrogeni sull'apparato cardiovascolare, facendole ammalare anche prima della menopausa — risponde Sabina Gallina —. Inoltre, le donne stressate hanno uno stile di vita di solito meno sano: fumano di più, mangiano peggio, sono più sedentarie, si curano meno rispetto a uomini con un analogo livello di affaticamento». «Peraltro — prosegue l'esperta —, questi fattori di rischio, comuni a entrambi i sessi, hanno un impatto peggiore sul genere femminile: il fumo altera i cicli ormonali e favorisce una menopausa precoce, aumentando il rischio di infarti e ictus; il diabete, sempre più frequente nelle donne, provoca più spesso conseguenze cardiovascolari rispetto all'uomo». Morale, le donne non sono affatto il sesso «forte» quando si parla di cuore, come si pensava in passato.

«Tutt'altro, anche perché essendo state trascurate a lungo dalla ricerca sappiamo poco sull'efficacia delle terapie tradi-

zionali: dosaggi e metodi di intervento vanno messi a punto meglio — osserva Sabina Gallina —. Gli eventi cardiovascolari, inoltre, sono più spesso mortali e hanno esiti in media più gravi nelle donne rispetto agli uomini: per fortuna la situazione sta migliorando perché le conoscenze aumentano e i medici non sottovalutano più i sintomi «strani» riferiti dalle donne, spesso diversi dal solito (come cefalea o mal di schiena, ndr). Oggi c'è maggiore consapevolezza e le diagnosi sono più tempestive».

Anche dopo aver superato un infarto o un ictus, però, le donne restano più fragili: uno studio dell'European Society of Cardiology ha appena dimostrato che il rischio di depressione e ansia dopo un problema cardiovascolare è molto più elevato nel sesso femminile. Una su quattro, infatti, si ammalia di un disturbo dell'umore, e questo compromette non poco le possibilità di ripresa.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esperto risponde

alle domande dei lettori sulle patologie del cuore e dei vasi su <http://forum.corriere.it/cardiologia>

Gli ormoni

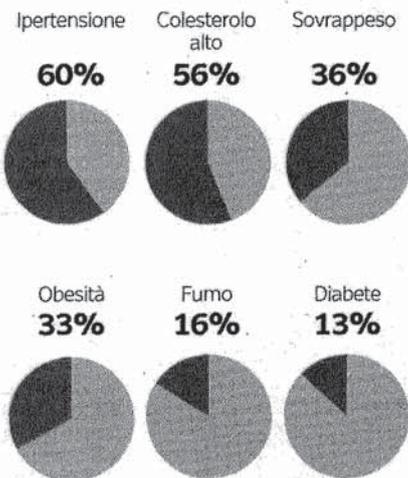
Si riduce l'azione protettiva che dovrebbero esercitare gli estrogeni

La mente

Anche la depressione provoca un esaurimento psicofisico cronico

Fattori di rischio

Presenza di condizioni che predispongono a patologie cardiovascolari nelle italiane in menopausa



Fonte: Progetto Cuore - Istituto Superiore di Sanità

CDS



IN ITALIA SONO 1MLN LE PERSONE COLPITE DA ICTUS CEREBRALE

SIN, STROKE UNIT CAPACI DI NEUTRALIZZARE ATTACCO

(ANSA) - ROMA, 29 OTT - Solo in Italia 1 milione di persone sono colpite da Ictus Cerebrale, di cui oltre il 50% convive con un handicap e dipende quasi esclusivamente dai propri familiari. Un numero ancora più elevato di soggetti, prevalentemente anziani, presentano una patologia vascolare silente che ne riduce le capacità mentali e le funzioni motorie. Oggi si celebra in tutto il mondo la Giornata dell'Ictus Cerebrale (World Stroke Day) e la Società Italiana di Neurologia (SIN) coglie l'occasione per sensibilizzare il Servizio Sanitario Nazionale a favorire la prevenzione e la diagnosi precoce dell'ictus cerebrale nella popolazione e ottimizzare l'organizzazione sul territorio nazionale delle Stroke Unit, ovvero le unità di emergenza per la cura e la gestione dell'ictus, "le uniche abilitate ad erogare le terapie di emergenza che- si legge in una nota- se somministrate in tempo utile, possono neutralizzare l'attacco ischemico". La Sin inoltre auspica un intervento pubblico nel supportare adeguatamente la ricerca scientifica che in Italia assume sempre più valenza di assoluto rilievo internazionale. I neurologi italiani, infatti, stanno portando avanti linee di ricerca sull'ictus all'avanguardia, come quelle nel campo dei biomarcatori che possono rivelare lo stato di alterazione del tessuto cerebrale del paziente al momento dell'arrivo in ospedale: "Esistono formidabili mezzi sia diagnostici sia terapeutici per la prevenzione ed il trattamento d'urgenza dell'ictus acuto - afferma Domenico Inzitari, Direttore della Stroke Unit dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze e Professore Ordinario presso la Clinica Neurologica dell'Università di Firenze. Anche la riabilitazione ricopre un ruolo fondamentale: "Oggi un paziente colpito da un ictus anche grave può tornare a condurre una vita normale in pochi giorni, a patto che arrivi rapidamente in ospedale e venga ricoverato presso una Stroke Unit. Il risultato migliore si ottiene quando il paziente viene trattato entro 60 minuti; in ogni caso l'arrivo in ospedale non dovrebbe superare le 4 ore e mezza". (ANSA).