

Tumore all'ovaio, la diagnosi precoce salva il 90%

Milano

Ogni anno 4.500 italiane vengono colpite dal tumore dell'ovaio: 3.000 di queste muoiono per le conseguenze della malattia. Un dato allarmante, anche perché "gran parte di questi decessi sono evitabili": a dirlo sono gli esperti della Società italiana oncologia medica (Aiom) e della Società di ginecologia e ostetricia (Sigo), che hanno presentato un'indagine nazionale condotta su 1.100 medici. Secondo gli esperti, 8 volte su 10 la diagnosi arriva quando il cancro è già in fase avanzata e la sopravvivenza è appena del 30%. In queste situazioni, anche se si interviene, il tumore si ripresenta nell'80% dei casi. Eppure, con una cura tempestiva la percentuale di guarigione sarebbe del 90%. "Dobbiamo affrontare due grandi sfide, la diagnosi precoce e la prevenzione delle recidive, con una maggiore collaborazione tra ginecologi e oncologi", ha spiegato Marco Venturini, presidente Aiom. (Crr)



Ginecologi: lo studio

Cancro ovaio: 8 volte su 10 è preso tardi

SANITÀ Ogni anno 4.500 italiane vengono colpite dal tumore dell'ovaio e 3.000 di queste ci muoiono. «Molti decessi sono evitabili»: a dirlo sono gli esperti della Società italiana oncologia medica (Aiom) e della Società di ginecologia e ostetricia (Sigo). Secondo una loro indagine, 8 volte su 10 la diagnosi arriva quando il cancro è già in fase avanzata e la sopravvivenza è del 30%. Ma anche se si interviene, il tumore si ripresenta nell'80% dei casi. Eppure, se si intervenisse subito la percentuale di guarigione sarebbe del 90%. «Per riuscire in questo» spiega Marco Venturini, presidente Aiom «è fondamentale una gestione condivisa fra oncologo e ginecologo. La collaborazione è ancora ritenuta insufficiente dal 63% dei primi e dal 32% dei secondi». ● **METRO**



LEGGE DI STABILITÀ/ Nella bozza di Ddl non ci sono le risorse previste dal Patto per la salute

Edilizia, un miliardo in meno

Fazio: «C'è anche il project financing» - Ticket per censo e quoziente familiare

Il Patto per la salute 2010-2012 aveva promesso di elevare da 23 a 24 miliardi il finanziamento per il programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico e di prevedere le somme nel bilancio pluriennale 2010-2012. Ma per ora nella bozza del Ddl sulla legge di stabilità 2012 del miliardo non c'è traccia. Il tutto con gran disappunto del mondo sanitario: i sindacati e gli Ordini hanno giudicato il taglio come una rinuncia «alla messa sotto controllo e in sicurezza di strutture di cui circa la metà ha più di 50 anni e quindi di per sé sono fonti di rischio». Ma anche all'abbandono di «ogni volontà di mettere mano alla prevenzione».

«C'è il project financing». Il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** è intervenuto sul tema la scorsa settimana in un'audizione alla commissione Igiene e Sanità del Senato sugli effetti delle varie manovre economiche sulla Sanità. E ha detto di augurarsi che «l'articolo 20 sull'edilizia sanitaria venga rifinanziato: lotterò per questo. Ma le Regioni - ha aggiunto - hanno avuto 400 milioni di euro per il trasporto pubblico locale: in tempo di ristrettezze hanno indicato questa priorità. Credo che l'edilizia sia importante ma penso - ha precisato - che il project financing, i finanziamenti privati, all'interno della governance pubblica, possano garantire l'aggiornamento delle strutture» in mancanza di altri fondi.

Ticket per «censo», e sui codici verdi. Nell'audizione Fazio ha anche illustrato le previsioni per i nuovi ticket previsti dalla manovra di luglio dal 2014 oltre quelli sulla specialistica. L'idea della Salute è di studiare meccanismi di compartecipazione alla spesa per censo, quoziente familiare e appropriatezza. «Niente tagli lineari», ha detto Fazio. Lo strumento è un Dpr, su proposta della Salute di concerto con l'Economia, «per fissare i ticket relativi alle prestazioni individuate in base a criteri di appropriatezza, economicità ed efficacia», ha aggiunto chiarendo che i nuovi ticket, sommati ai 10 euro per la specialistica, dovrebbero consentire di raccogliere 2,8 miliardi.

Ancora sui ticket Fazio ha successivamente dichiarato al congresso Sumai (v. pagina 23) di ritenere opportuna l'introduzione di quelli per la medicina d'urgenza «anche nei codici verdi. Non solo per quelli bianchi», pur ribadendo che un paziente da codice verde non dovrebbe recarsi al pronto soccorso. «Imprescindibili» le reti territoriali, per dare risposte concrete ed efficienti al cittadino-pazien-

te. «È chiaro - ha aggiunto - che se non c'è un rete territoriale il cittadino va al pronto soccorso anche per codici bianchi o verdi e non deve essere così. Vanno previsti percorsi separati anche fisicamente, per evitare che medici e anestesisti debbano occuparsi di patologie di lieve entità».

Spiragli sull'edilizia. Per quanto riguarda il taglio all'edilizia, comunque, nel testo su cui la Ragioneria generale dello Stato ha dato il via libera torna un riferimento - ma non il miliardo - a quella sanitaria all'articolo 5, comma 3, prima del tutto assente. Il nuovo testo incrementa il Fondo per lo sviluppo e la coesione di 2,8 miliardi (invece dei 2,5 originari) per il 2015 per il periodo di programmazione 2014-2020 e lo destina «prioritariamente alla prosecuzione di interventi differibili infrastrutturali, nonché per la messa in sicurezza di edifici scolastici, per l'edilizia sanitaria, per il dissesto idrogeologico e per interventi a favore delle imprese sulla base di titoli giuridici perfezionati alla data del 30 settembre 2011, già previsti nell'ambito dei programmi nazionali per il periodo 2007-2013». Gli interventi saranno individuati con decreto dell'Economia di concerto con quello «delegato per la politica di coesione economica, sociale e territoriale su proposta del ministro interessato al singolo intervento».

Specializzandi in ansia. Nella bozza di Ddl è previsto il dimezzamento dei termini di prescrizione, che passa da dieci a cinque anni, per il risarcimento dovuto a causa del mancato tempestivo recepimento delle direttive comunitarie. La norma annullerebbe in questo modo le sentenze della Cassazione che fissavano dieci anni di prescrizione (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 21 e 32/2011), a decorrere dal 27 ottobre 1999, per il risarcimento della mancata retribuzione degli specializzandi che hanno frequentato le scuole universitarie dal 1 gennaio 1983 all'anno accademico 1990-1991.

Fondi ai policlinici e al Bambino Gesù. Al comma 1 dello stesso articolo 5 poi, si incrementa di 1,235 miliardi il fondo speciale previsto nel bilancio dell'Economia dalla legge 33/2009 «Misure urgenti a sostegno dei settori industriali in crisi» per assicurare il finanziamento di interventi urgenti e indifferibili e tra le finalità indicate nell'elenco allegato alla

legge c'è anche il contributo statale a policlinici universitari gestiti direttamente da università non statali e al Bambino Gesù di Roma.

Tagli alla Salute e trasferimenti alle Regioni. La riduzione di risorse prevista per Salute nel 2012 è di 20 milioni per il 2012 sulla quota dell'1% del Fondo sanitario nazionale. Nello stato di previsione del **ministero della Salute** poi è istituito

un fondo per finanziare le convenzioni per il 2012 (11,3 milioni) con il personale sanitario di assistenza al personale navigante (Ssn), che però passerà

dal 2013 alle Regioni in coerenza «con il mutato assetto costituzionale». Dal passaggio alle Regioni non derivano oneri per il Ssn, ma, secondo la relazione tecnica, economie sul fabbisogno complessivo che per medici convenzionati (generalisti, specialisti), personale (infermieri e tecnici), medici fiduciari (legali) e personale attualmente dipendente dalla Salute è di poco più di 20 milioni.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure	
I TAGLI	
Ministero della Salute	
Anno 2012	20 milioni
Edilizia sanitaria	
Anno 2012	1 miliardo
I FINANZIAMENTI	
Previsto il contributo statale ai policlinici universitari gestiti direttamente da università non statali e all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma	
I RISPARMI	
Dal 2013 passano dal ministero della Salute alle Regioni le competenze sul personale sanitario di assistenza al personale navigante (porti, aeroporti ecc.) le cui convenzioni valgono oggi 11,3 milioni	



Influenza

È atteso per dicembre ma la copertura è efficace dopo un mese e dunque non c'è da perdere tempo. Consigliato a over 65, bambini, malati cronici e a chi è a contatto con il pubblico

Arriva il virus, è l'ora del vaccino

LA PREVENZIONE

Evitare luoghi chiusi e sovraffollati e sbalzi di temperatura. Come misura d'igiene preventiva lavarsi spesso le mani, mangiare molta frutta e verdura sempre ben lavata



SE CI SI AMMALA

Bere molto, fare pasti leggeri e riposare a letto senza coprirsi troppo. Mantenere l'ambiente caldo e umidificato



LE CURE

Nel caso di febbre, mal di testa e dolori muscolari usare soltanto farmaci sintomatici. No agli antibiotici senza prescrizione del medico



I NUMERI

Lo scorso inverno ci sono stati 5 milioni e mezzo di malati. Difficile fare previsioni ma quest'anno si ipotizza tra 4 e 5 milioni di casi

Complicanze anche fatali per i malati gravi. Ma gli effetti collaterali sono invece limitati

DANIELE DIENA

Il virus influenzale, quello vero, da non confondersi con i cugini minori ora in circolazione — rino, adeno e coronarivirus, che danno solo raffreddore, mal di gola, tosse e poche linee di febbre — è atteso per dicembre, ma per chi vuole mettersi al sicuro bisogna vaccinarsi adesso in quanto la copertura è efficace dopo un mese. Il vaccino, in vendita in farmacia, è raccomandato alle persone a rischio: over 65 e malati cronici (patologie cardiache, vascolari e respiratorie), bambini (difese ancora immature), chi lavora a contatto con il pubblico.

Ma vediamo l'identikit dell'influenza. «Nell'emisfero australe, dove sta finendo l'inverno, sono entrati in circolazione i tre virus influenzali A/California/(H1N1), A/Perth/(H3N2) e B/Brisbane, sebbene la maggior parte sia stata A/H1N1 — dice Giancarlo Icardi, direttore della Cattedra di Igiene a Genova — e non è ancora possibile prevedere quale dei ceppi sarà predominante, anche se tutto fa presupporre che l'influenza sarà simile a quella dell'anno scorso». E, nonostante il virus cambi spesso sembianze per sfuggire al nostro sistema immunitario, i sintomi saranno i soliti. «Febbre da 38°C ad esordio brusco ed improvviso — precisa Icardi — accompagnata da almeno un sintomo tra cefalea, sudorazione, brividi, astenia e malessere generalizzato, e da almeno

un sintomo respiratorio tra tosse, mal di gola e congestione nasale».

Con complicanze per anziani e malati cronici. «L'organismo reagisce all'infezione innalzando la temperatura corporea, con relativa dilatazione dei capillari sanguigni, in modo da favorire l'arrivo di globuli bianchi ed altre molecole che combattono il virus — spiega l'esperto — queste reazioni, compresa la produzione di anticorpi, bastano di solito a far guarire una persona sana in 5-7 giorni. Ma poiché la febbre alta, dilatando le arterie, abbassa la pressione, il cuore aumenta lo sforzo per mantenerla a livelli accettabili e in un soggetto con un cuore malato può portare a complicanze anche letali. Analogamente chi soffre di patologie croniche respiratorie, e ha una ridotta capacità di ossigenazione, patirà di più un'inflammatione bronchiale che ridurrà ulteriormente la capacità di incamerare ossigeno con possibile insufficienza respiratoria o complicanze come la polmonite batterica».

Nonostante le campagne, è diffusa una certa diffidenza verso il vaccino: in Italia nel 2009-2010 la copertura vaccinale è stata del 19,6%, negli over 65 del 65,6%, l'anno scorso è scesa al 17,4 e al 61,1%. «I vaccini antinfluenzali — spiega Icardi — hanno un elevato profilo di sicurezza e tollerabilità. Non fanno venire l'influenza, perché contengono particelle virali uccise ed inattivate, gli effetti indesiderati sono reazioni locali (dolore, rossore e gonfiore vicino alla puntura) o febbre e dolori muscolari che compaiono di solito entro 6-12 ore e scompaiono in 1-2 giorni».

Buona notte

I disturbi del sonno
tra cambio di stagione
e ritorno all'ora solare
Ecco come affrontarli

IRMA D'ARIA, ELENA DUSI
E ROBERTA GIOMMI

Sonno

Cambio stagione e ora solare come fare a dormire meglio

Nei paesi industrializzati un adulto su tre soffre di disturbi

legati ai ritmi circadiani. Un delicato equilibrio che in questi giorni è soggetto a ulteriori attacchi. Ecco i consigli degli esperti su farmaci, ormoni e tecniche comportamentali

**La regolare sveglia
mattutina va sempre
rispettata anche se
la nottata
è stata disastrosa**

ELENA DUSI

P

iù ne scopriamo i benefici, più lo maltrattiamo. È il destino del sonno, toccasana per memoria, cuore, prestazioni atletiche e anche mantenimento della

linea (una carenza prolungata innesca un gioco di ormoni che può portare all'obesità). Il nostro meritato riposo è vittima della voglia di non spegnere mai l'interruttore e di gadget luminosi e rumorosi che sempre più colonizzano la stanza da letto. Ora il cambiamento di stagione e lo spostamento delle lancette (domenica prossima) rischiano di diventare la goccia che fa traboccare il vaso all'interno di un equilibrio che è tanto facile rompere quanto difficile rimettere insieme.

Dagli anni '80 a oggi abbiamo ridotto il tempo dedicato al riposo notturno di un'ora e mezza. «Sonno perso, che non si recupera più», spiega Alessandro Cicolin, docente di neurologia e responsabile del "night hospital" alle Molinette di Torino.

Le dormite domenicali non bilanciano infatti il mancato riposo durante la settimana, e in generale l'indulgere a letto di mattina dopo una notte travagliata non fa altro che peggiorare l'insonnia della sera successiva.

Più che una somma di ore, dimostrano infatti gli studi più recenti, il buon sonno è frutto di un equilibrio molto delicato. Ed è favorito dall'armonia fra i nostri orari abituali e i ritmi circadiani dell'organismo. Questo nuovo paradigma — insieme alla scoperta di farmaci che sono comunque ancora in fase di sperimentazione — ha portato a tecniche più raffinate per la cura dell'insonnia. Disturbo di cui soffre circa una persona su tre nelle società industrializzate.

«I farmaci — spiega ancora Cicolin — raramente ormai vengono prescritti senza l'uso combinato anche delle tecniche cognitive-comportamentali». Le più collaudate sono la restrizione del sonno e il controllo dello stimolo. La prima consiste nell'accumulare un debito di sonno tale da "crollare" la sera successiva, all'ora stabilita, in un sonno profondo, riposante, a onde lente. La seconda si fonda sul principio che è meglio alzarsi dal letto e dedicarsi ad altro se non si riesce a dormire, e che la sveglia mattutina va rispettata anche se la nottata è stata disastrosa. Se queste tecniche hanno il vantaggio di favorire processi di addormentamento che sono del tutto naturali, il requisito del loro successo è una dose non scontata di forza di volontà.

Laddove l'igiene del sonno non basti a ritrovare il riposo perduto, il ventaglio dei medicinali (un mercato da 200 milioni di euro all'anno solo in Italia) potrebbe allargarsi presto a una nuova classe: quella dei farmaci che agiscono sui recettori dell'oressina, un ormone incaricato di stabilizzare le fasi di sonno e veglia (e anche, non a caso, di regolare l'appetito). Nate per curare problemi più gravi come la narcolessia, queste medicine potrebbero finire anche sul comodino dei normali insonni quando avranno terminato un percorso sperimentale che dura di solito una manciata di anni.

Anche di un altro regolatore dei

nostri ritmi circadiani — la melatonina — la medicina ha finalmente iniziato a comprendere meglio il funzionamento. Né falso rimedio né toccasana contro l'insonnia, questo ormone si trova in una posizione intermedia: «Il suo ruolo — spiega Cicolin — è far tornare il ritmo del sonno in sintonia con il ritmo circadiano. Funziona bene in caso di jet lag o lavoro notturno. Ha il vantaggio di non avere effetti collaterali, ma è poco efficace nei casi di insonnia primaria, quella non provocata da viaggi o turni di lavoro. La più dura da combattere».

Per tutte le categorie degli inquieti notturni, la medicina del sonno ha comunque messo a punto una regola d'oro: non cedere alla stanchezza nelle ore "tabù" per il nostro riposo: quelle della mattina. «In alcune fasi della giornata dormire è virtualmente vietato» spiega Cicolin. «Grosso modo dalle otto del mattino in poi, i nostri ormoni si settano su uno stato di veglia. Il sonno in quegli orari è innaturale, non fisiologico. E quindi poco riposante. Chi lavora la notte dovrebbe cercare di restare sveglio fino all'ora di pranzo e addormentarsi solo dopo. Il primo pomeriggio infatti è un orario propizio per il sonno riposante, e nulla vieta di andare avanti fino alla cena». Anche quando lavoro, convenzioni o passatempi maltrattano il nostro sonno, esistono regole per rimettere insieme quell'equilibrio che sembra fatto di seta.

QUANTO SONNO



INSONNIA

Colpisce 1 di 3 adulti
 nel paesi occidentali (circa 1 volta a settimana)

Il 6-15% degli adulti ne soffre quasi ogni notte

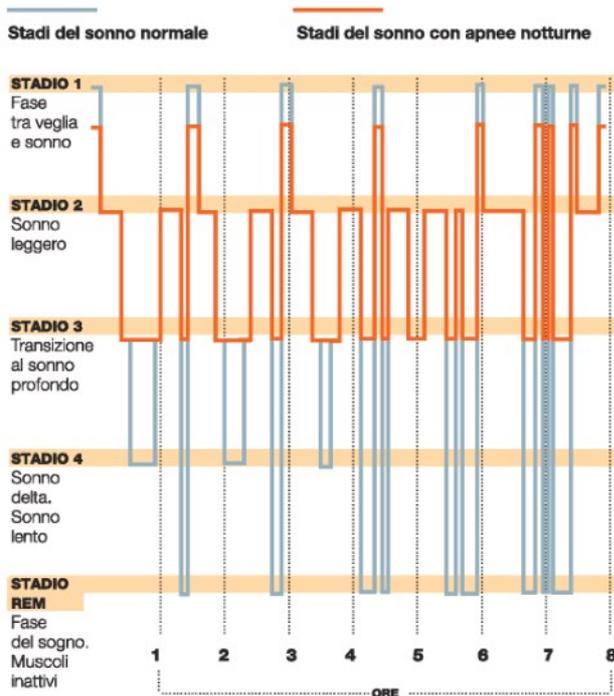
I SOGNI

Durante lo stadio REM il cervello è attivo e sogna. La maggior parte dei sogni è concentrata al mattino, tra le ore 4 e 7



GLI STADI DEL SONNO

Il sonno si classifica in 5 stadi: 4 stadi NonREM (1,2,3 e 4) ed uno REM



EFFETTI DELL'INSONNIA

Disturbi oculari (arrossamenti, gonfiore, occhi secchi e visione offuscata)

Patologie cardiovascolari (infarto, angina, ictus, ecc)
 Ipertensione

Diabete
 Obesità
 Disturbi urinari

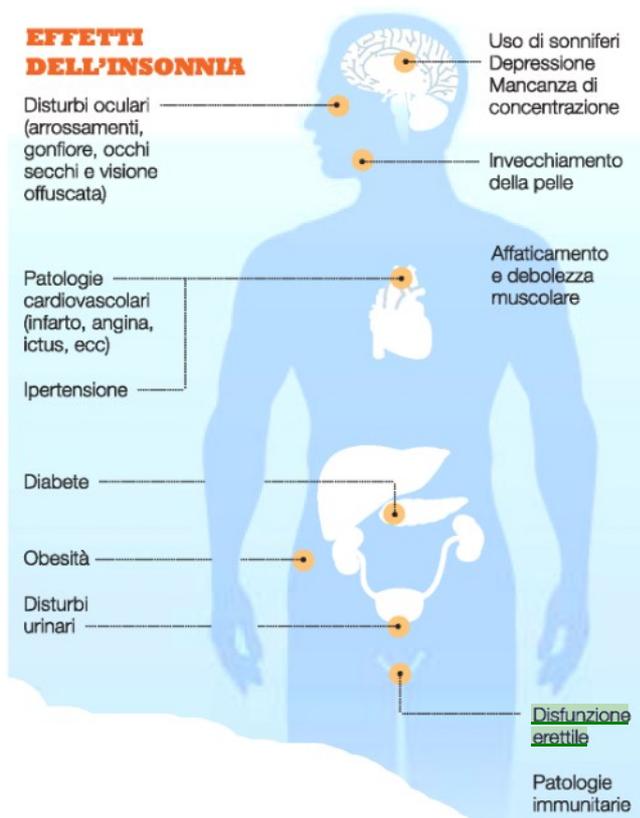
Uso di sonniferi
 Depressione
 Mancanza di concentrazione

Invecchiamento della pelle

Affaticamento e debolezza muscolare

Disfunzione erettile

Patologie immunitarie





APNEA NOTTURNA

Causa frequente di scarsa qualità del sonno. Avviene quando le vie aeree superiori vengono ostruite in modo totale o parziale. Si associa col russamento

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / LE RELAZIONI TRA SONNO E SALUTE, OMS

IL PRIMO BILANCIO

Il presidente dell'organismo parlamentare, Orlando: gli eventi si potevano e potrebbero evitare se gli operatori avessero provveduto o provvedessero a denunciare anomalie e disfunzioni

Malasanità, 166 morti solo nell'ultimo anno

La Commissione: segnalati 19 casi al mese

In poco più di due anni analizzati 470 episodi. Le regioni messe peggio sono Calabria (97) e Sicilia (91)

DA ROMA BICE BENVENUTI

Errori, disservizi, carenze strutturali e inefficienze sono le cause più frequenti degli episodi di malasanità. In media sono 16 al mese quelli che finiscono sotto la lente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario in base al monitoraggio dell'archivio curato, a garanzia della riservatezza per ragioni di privacy, dal Nucleo della Guardia di Finanza. In poco più di due anni, dal primo ufficio di presidenza (fine aprile 2009) al 30 settembre 2011 sono stati esaminati infatti 470 casi, dei quali 329 con morte del paziente o per errore diretto del personale medico e sanitario (223), o per disfunzioni o carenze strutturali (106). Ma il dato più preoccupante è che circa la metà dei decessi è stata registrata in Calabria (78) e Sicilia (66). Seguite da Lazio (35), Campania (25), Puglia (21), Toscana (18), Emilia-Romagna (16), Liguria (14), Veneto (13), Lombardia (11), Valle d'Aosta (9), Abruzzo (7), Piemonte (4), Umbria (3), Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Sardegna (2), Trentino-Alto Adige, Marche e Molise (1).

Se si prende però in esame solo l'ultimo anno (settembre 2010/settembre 2011), la media mensile dei casi finiti sul tavolo della Commissione dopo un esposto, una segnalazione o un articolo di giornale, si scopre che è salita a 19, per un totale di 228 fascicoli aperti (e 166 i pazienti deceduti). «A due anni dall'effettivo inizio della sua attività - sottolinea il presidente, Leoluca Orlando - possiamo

tracciare un bilancio molto positivo degli effetti prodotti dalla Commissione. In primo luogo la nascita e la crescita della consapevolezza che la tutela della salute, prevista dall'articolo 32 della Costituzione, sia un diritto per i cittadini ma anche un dovere per gli operatori sanitari, da noi invitati a rivendicare l'esigenza di essere posti nelle migliori condizioni di operare».

E il bilancio, se da un lato fa emergere il grande lavoro e la capillare attenzione con cui opera la Commissione, dall'altro mostra una mappa dettagliata degli episodi di presunta malasanità regione per regione, con Calabria (97) e Sicilia (91) che da sole sfiorano la metà del totale dei casi monitorati (470). Seguite da Lazio (51), Puglia (32), Campania (31), Toscana (29), Lombardia (28), Emilia-Romagna (24), Veneto (23), Liguria (20), Valle d'Aosta (10), Piemonte (9), Abruzzo (7), Umbria (4), Marche, Basilicata e Friuli-Venezia Giulia (3), Molise e Sardegna (1). Chiude il Trentino-Alto Adige con un episodio.

Secondo Orlando, però, «i casi potevano e potrebbero essere evitati, qualora gli operatori provvedessero o avessero provveduto a denunciare spontaneamente anomalie e disfunzioni; ma pratiche purtroppo diffuse di selvaggio spoil system rischiano di indurre l'operatore a essere più preoccupato di non creare problemi al manager o al politico che procede alla nomina. Riteniamo, dunque che superare un certo clima di preoccupazioni e di paure diffuso tra i professionisti della sanità ed evitare e-

sempi controproducenti di difesa corporativa siano condizioni indispensabili per un corretto funzionamento del sistema».

In proposito nelle strutture sanitarie calabresi si contano 82 casi sotto esame riconducibili a errori di medici e personale e 57 in Sicilia su un totale di 326. Seguono Lazio con 28, Campania e Toscana con 23. Poi ci sono: Puglia e Lombardia (19), Emilia-Romagna (17), Veneto (15), Liguria (13), Piemonte e Valle d'Aosta (6), Abruzzo (5), Umbria (4), Marche (3), Friuli-Venezia Giulia e Basilicata (2), Trentino-Alto Adige e Molise (1).

Spesso però sono disservizi, carenze, strutture inadeguate le cause. Sui 144 registrati, che potrebbero aver causato 106 vittime, 34 riguardano gli ospedali siciliani, 23 quelli del Lazio e 15 le strutture sanitarie in Calabria. E ancora: 13 si sono verificati in Puglia, 9 in Lombardia, 8 in Veneto e Campania, 7 in Emilia-Romagna e Liguria, 6 in Toscana, 4 in Valle d'Aosta, 3 in Piemonte, 2 in Abruzzo e Sardegna, 1 in Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Molise. Tre le regioni a zero: Trenti-



no-Alto Adige, Umbria e Marche. Secondo il presidente della Commissione, comunque, esistono anche altre cause. Ad esempio, «i “mali legali”, ovvero di avvocati che non rispettano regole deontologiche nell’assistere i parenti delle vittime o le vittime degli errori sanitari» e ai cosiddetti “mali malati”, relativi «a pazienti che strumentalizzano eventi negativi». Infine, «ci sono “mali assicuratori” che non sempre adempiono a ruolo e obblighi».

I MEDICI

«NON SI FA NULLA PER LA SICUREZZA»

«I dati della Commissione raccontano una storia già vista lo scorso anno. E non c’è stato nessun passo avanti nel problema della sicurezza delle cure, anzi rischia di essere sepolto sotto le manovre economiche del governo: i piani di rientro che coinvolgono le Regioni del Sud, applicati in maniera lineare, stanno portando al collasso interi servizi». La denuncia è del segretario dell’Anao-Assomed, Troise. «C’è da precisare - prosegue il rappresentante del principale sindacato della dirigenza medica - che si tratta di presunti errori e di segnalazioni dei cittadini. Va dimostrato che questi fatti sono legati a errori dei medici». Ed «è sbagliato parlare sempre di malasana. I numeri della Commissione sono “eventi avversi” che possono accadere. Se osserviamo poi la mole di lavoro che produce il Servizio sanitario: sono 13 milioni gli italiani che ogni anno si ricoverano in ospedale almeno una settimana per un totale di 73 milioni di giornate di degenza».

DISSERVIZI FATALI Il rapporto della commissione d'inchiesta

Malasanità, 329 morti in due anni In Calabria il record degli «orrori»

Un bilancio di guerra per errori e carenze. Alla regione del Sud la maglia nera. Sardegna, Molise e Trentino le più virtuose

PARADOSSI

L'assistenza è peggiore dove la spesa sanitaria è più elevata

MEDICI SOTTO ACCUSA

Ben 326 dei 470 casi segnalati sono colpa dei dottori e del personale

Enza Cusmai

■ Vibo Valentia: donna di 33 anni muore di parto. Locri: bambina di cinque anni muore dopo essere stata dimessa dall'ospedale. Cosenza: ingessato il braccio sano a una bambina di due anni e mezzo. Basta cliccare su Internet «Malasanità» e l'elenco dei più assurdi decessi o delle distrazioni mediche ci riporta dritti al Sud. Ed è amaro il titolo di una tv locale calabrese che ieri annunciava: «Tranquilli: quanto a malasanità nessuna sorpresa! La Calabria resta saldamente in testa a ogni classifica negativa». Il cronista commenta i dati resi noti ieri dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sanitaria presieduta da Leoluca Orlando. Nel complesso catastrofici: negli ultimi due anni, tra errori, disservizi, carenze strutturali e inefficienze, i casi di malasanità sono cresciuti: 470 in totale, sedici al mese, più di uno ogni 48 ore, di cui 329 terminati con la morte del paziente. Una tendenza in salita negli ultimi 12 mesi, con una media di 19 episodi al mese. Numeri che impressionano ma non quanto il dato geografico. È la Calabria, infatti, la regione in cui si muore di più in ospedale. Gli episodi di sospetta malasanità sono stati 97 e i decessi ben 78. Al secondo posto si piazza la Sicilia, con 91 casi di errori sanitari e 66 decessi. Poi c'è il Lazio dove si contano ben 51 casi di errore e 35 morti. Insomma, queste tre regioni, da sole, totalizzano oltre la metà delle criticità con

una media di quasi due al giorno. In Italia, per fortuna, c'è anche la sanità che funziona. In alcune regioni non si sbaglia quasi mai. In Sardegna, zero segnalazioni in 29 mesi. In Molise e in Trentino solo una. Sulle dita di una mano anche le disfunzioni in Umbria, Friuli, Basilicata, Marche e Umbria. Numeri contenuti anche in Valle d'Aosta (10), Piemonte (9), Abruzzo (7), Umbria (4).

Le cosiddette regioni virtuose, con la sanità migliore in Italia, sono affette da pochi episodi di presunta malasanità e si collocano nella seconda parte della classifica: la Toscana si ferma a 29 casi (18 decessi), Lombardia a 28 (11 morti), Emilia Romagna 24 (16 morti) e Veneto 23 (13 morti). In mezzo al guado la Puglia con 31 casi denunciati e la Campania con 29. Ovviamente non tutte le colpe devono essere attribuite ai medici. Su un totale di 470 casi di malasanità, 326 riguardano errori da parte dei medici e del personale sanitario. Che potrebbero aver causato 223 decessi. Ma sono molti anche gli episodi causati da disservizi, carenze e strutture inadeguate. E anche in questo caso il terzetto Calabria, Sicilia, Lazio, colpisce ancora. Ma questa situazione è irreversibile? Il presidente Orlando sembra cautamente ottimista ad un patto: «Gli operatori devono denunciare spontaneamente anomalie e disfunzioni». Bisogna spazzare via l'omertà perché - secondo l'ex sindaco di Palermo - è

figlia di personalismi e accordi clientelari. «Il vero punto - denuncia Orlando - è che troppo spesso gli operatori si rivelano più interessati a non dar fastidio al politico di turno, piuttosto che assicurare la sicurezza propria e dei pazienti». Parole gravissime che riflettono la situazione in cui si trova la sua Sicilia e la Calabria.

Il caso Calabria: secondo questa indagine la regione svetta per quantità e gravità dei casi di malasanità, con quasi il 25% dei presunti errori che si contano a livello nazionale. Ogni volta che ci scappa un morto, scatta un'indagine, lo sdegno dell'opinione pubblica. Ma poi tutto procede come prima. E calabresi se la passano molto male. Sono secondi in Italia per spesa pro capite sulla sanità e all'ultimo posto per la qualità offerta nei servizi sanitari principali. Chi può emigrare e si fa ricoverare in altre regioni spendendo oltre 3 mila euro in più. Così, in Calabria si spende il triplo del Veneto. Gli ospedali sono zeppi di amministrativi più che di medici. Un esempio? A Gioia Tauro in ospedale ci sono 26 cuochi per 32 posti letto. Speriamo si mangi meglio che al ristorante.



L'inchiesta I dati sugli errori medici della commissione parlamentare presieduta da Orlando

Malasanità, un morto ogni due giorni

I virtuosi

In pole position Sardegna Molise Trentino Alto Adige e Friuli

Su 470 casi segnalati in 29 mesi, 329 i decessi Maglia nera alla Calabria

Adele Lapertosa

ROMA. Non c'è un giorno degli ultimi due anni e mezzo che non conti un caso di malasanità: non è un modo di dire ma quanto raccontano le ultime cifre della commissione d'inchiesta sugli errori sanitari presieduta da Leoluca Orlando. In due anni e mezzo di attività, cioè 29 mesi, sono stati 470 i casi di malasanità segnalati, di cui 329 si sono conclusi con la morte del paziente. Vale a dire, quasi due casi tra errori e altre criticità al giorno, ovvero un morto quasi ogni tre giorni.

Un bilancio in nero, dove a primeggiare sono tre regioni: Calabria, Sicilia e Lazio, che insieme totalizzano oltre la metà dei casi.

Complessivamente, da fine aprile 2009 al 30 settembre 2011, i presunti errori sanitari sono stati 326 (di cui 223 terminati con il decesso del paziente) e 144 le altre criticità (di cui 106 con morti).

Più della metà, cioè 239, spettano a Lazio (51 casi e 35 morti), Calabria (97 e 78) e Sicilia (91 e 66), la cui media complessiva è di 3,6 casi al giorno. Seguono Puglia (32 e 21) e Campania (31 e 25).

Non mancano però esempi positivi. Come la Sardegna, per cui non è stato segnalato alcun errore sanitario, il Molise con un solo caso, e il Trentino Alto Adige, sempre un caso ma conclusosi con la morte del paziente. Se a queste cifre si aggiungono anche le altre criticità arrivate all'esame della commissione, la maglia per la regione

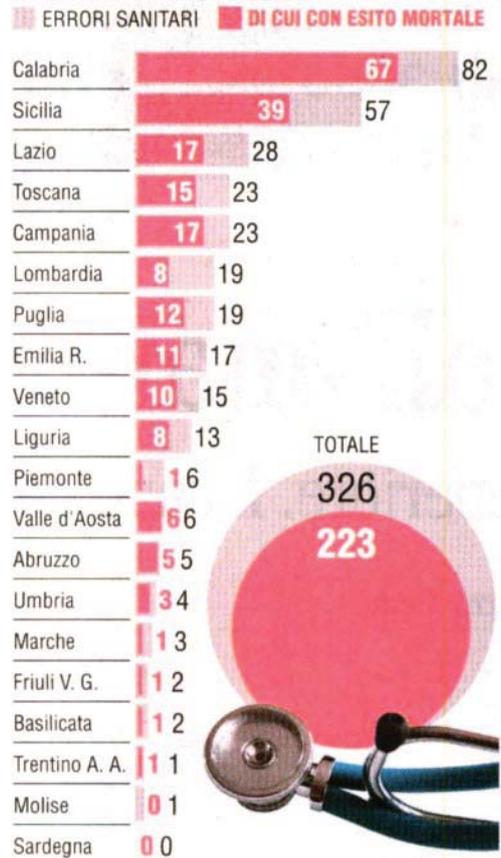
più virtuosa spetta allora al Trentino con un solo caso, seguito da Sardegna e Molise (2), Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Marche (3) e Umbria (4). Le cosiddette regioni virtuose si collocano circa a metà della classifica, con la Toscana a 29 casi di malasanità (18 decessi), Lombardia a 28 (11 morti), Emilia Romagna 24 (16 morti) e Veneto 23 (13 morti).

Secondo Orlando il bilancio che si può tracciare di questi due anni e mezzo di attività della commissione è «molto positivo». Merito dell'organo parlamentare, distintosi «per autonomia d'azione e da condizionamenti partitici», è l'aver fatto nascere e crescere «la consapevolezza che la tutela della salute è un diritto per i cittadini e un dovere per gli operatori sanitari, da noi invitati a rivendicare l'esigenza di essere posti nelle condizioni di operare sempre meglio». Troppo spesso casi di *malpractices* «potrebbero essere evitati - rileva Orlando - se gli operatori denunciassero spontaneamente anomalie e disfunzioni. È indispensabile superare il clima di preoccupazioni e paure tra i professionisti della sanità ed evitare esempi controproducenti di difesa corporativa, per un corretto funzionamento del sistema».

Per il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, pur apprezzando il lavoro della Commissione, bisognerebbe «istituire un Osservatorio nazionale che diventi fonte unica e riconosciuta da tutti su un tema così importante». Sulla scorta dei dati diffusi ieri dalla Commissione Orlando, Ignazio Marino, presidente della commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn, ha annunciato l'arrivo di un emendamento al ddl di riforma Fazio, in discussione a Palazzo Madama, che contempli rischio clinico e permetta agli operatori sanitari di poter tenere i cosiddetti «meeting confessionali» per discutere internamente di errori e rischi separatamente da eventuali azioni della magistratura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I casi di malasanità



Commissione d'inchiesta sugli Errori sanitari, periodo 30 aprile 2009-30 settembre 2011 ANSA-CENTIMETRI



NECESSITÀ DI UNA SVOLTA

LA SANITÀ
MALATA

di SERGIO HARARI

In sanità l'aria è pesante: ogni giorno si registrano difficoltà e disagi maggiori, anche in una regione come la Lombardia che ha investito moltissimo in questo settore.

Tra ticket, manovre, tagli al personale e razionalizzazioni quasi quotidiane si cerca di arginare un unico problema: non ci sono più soldi. Il sistema è quasi tirato al massimo e comincia a non farcela più a far fronte alle aspettative dei cittadini. Ormai si paga, i ticket sulle prestazioni ambulatoriali ne sono la prova concreta e i costi che i cittadini devono sostenere non sono affatto noccioline, sono soldi veri. E c'è già chi mormora di un ticket anche sui ricoveri.

Chi lavora in ospedale continua ad avere segnali che vanno in un'unica direzione: ridurre, tagliare, rinviare. Una situazione difficile da sostenere a lungo, soprattutto in un Paese da sempre abituato a un sistema welfare di sostegno, dove le polizze integrative e le assicurazioni private rappresentano oggi una parte minima del mercato (ma forse domani le cose potrebbero cambiare). Chi paga le tasse (e anche chi le evade) pretende di avere una sanità efficiente, che si faccia carico dei suoi problemi in tutte le fasi di malattia e a costi zero o minimi, ma così non è già più. Dal letto d'ospedale al ritorno a casa esiste un vuoto incolmato. I malati vengono dimessi sempre più precocemente, riducendo al minimo le degenze in corsia, ma il territorio non è ancora pronto a far fronte ai loro bisogni, dalla flebo, al prelievo, al controllo di una medicazio-

ne chirurgica.

I diversi modelli che Regione Lombardia sta valutando, dalla riforma dell'assistenza domiciliare integrata ai reparti di cure intermedie per i malati in fase di convalescenza, sono ancora da testare e valutare sul campo. Il cittadino però intanto soffre, con i suoi problemi irrisolti, i ticket da pagare, le residenze per anziani che hanno rette che da sole fanno uno stipendio mensile.

E chi ne soffre di più è la classe media, priva di assicurazioni e di esenzioni per reddito, e senza l'agio economico di poter sostenere spese significative senza battere ciglio.

Anche i medici in questa situazione si sentono impotenti, schiacciati da un sistema che li vincola all'iperefficienza e a rispettare degenze sempre più brevi, ma privati delle risorse per qualsiasi cosa, cancelleria compresa.

La parola d'ordine ora è «fare quello che si può con le risorse a disposizione, spendendo il meno possibile».

Il malcontento è ormai concreto e, se le cose continueranno così, non potrà che crescere. Possibili soluzioni? Sì, la politica dovrebbe assumersi le sue responsabilità, è il momento delle scelte coraggiose che in passato non ha saputo fare. Chiudere i piccoli ospedali riconvertendoli, riorganizzare le reti cittadine, puntare sulle eccellenze ospedaliere sostenendo anche il territorio, riconsiderare l'organizzazione delle Asl. Così si risparmierebbe davvero, concentrandosi nuovamente su un modello regionale che molto ha dato in passato e i cui successi rischiano oggi di essere vanificati dalla crisi e da troppe disattenzioni dettate dalla politica nazionale.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Al via a Trieste il congresso della Società di cure palliative: al centro la formazione

Ecco l'identikit dei palliativisti

L'81% è in regola con la legge 38 - Il ministero: accreditamento in arrivo

La maggior parte dei medici palliativisti italiani è già in regola con la legge 38/2010 sul dolore. Ma ancora molta strada c'è da fare perché l'approccio palliativo diventi "prassi" per chiunque si trovi di fronte a un malato incurabile: dal medico all'infermiere dallo psicologo al volontario.

È questa una delle sfide al centro del 18° congresso della Società italiana di cure palliative che si svolge a Trieste a fine mese (26-29 ottobre) e che vedrà impegnati tutti i protagonisti della lotta al dolore in Italia: dal **ministero della Salute** fino alla Federazione cure palliative. «Il congresso - spiega il presidente della Sisp, **Adriana Turriziani** - oltre a costituire un'importante occasione di incontro delle numerose realtà del nostro Paese rappresenta per noi tutti un momento di insostituibile formazione, aggiornamento e riflessione per accrescere competenza, professionalità e umanità che dovranno guidarci nella realizzazione della legge 38 in tutto il Paese». Una legge al-

l'avanguardia e non facile da attuare nella sua completezza che può comunque affidarsi all'esperienza accumulata in questi anni da medici e personale sanitario che lavorano nelle cure palliative e che con il loro impegno e la passione hanno fatto fare passi da gigante a un settore considerato fino a poco tempo fa una cenerentola. Secondo un'indagine inedita della Sisp e della Fcp su 1.071 medici palliativisti (più o meno la metà di quelli che operano in Italia) oltre l'80% è in regola con i requisiti della legge 38. E cioè possiede una delle specialità previste oppure ha un'esperienza di oltre tre anni nelle cure palliative. Secondo l'indagine, realizzata nel marzo scorso, degli oltre mille medici intervistati ben 427 hanno già una delle specialità previste, 221 hanno altre specialità ma tre anni di esperienza e infine 219 hanno lo stesso tre anni di "anzianità" nelle cure palliative ma senza specialità. A conti fatti 867 dottori (l'81%) su 1.071 sono già in regola. «La sfida che abbia-

mo davanti - spiega **Gianlorenzo Scaccabarozzi**, presidente del comitato scientifico del congresso - è ora quella di far inserire le cure palliative nella formazione di base dei medici e poi definire i percorsi didattici formativi dei master per tutto il personale sanitario, non solo per i medici». Per **Luca Moroni**, presidente della Federazione cure palliative «è cruciale salvaguardare il patrimonio di esperienze che finora si è accumulato nel nostro Paese dove si contano 175 hospice e 379 centri per le cure domiciliari di cui 167 con équipe dedicate, un know how che rappresenta una vera garanzia per gli stessi malati».

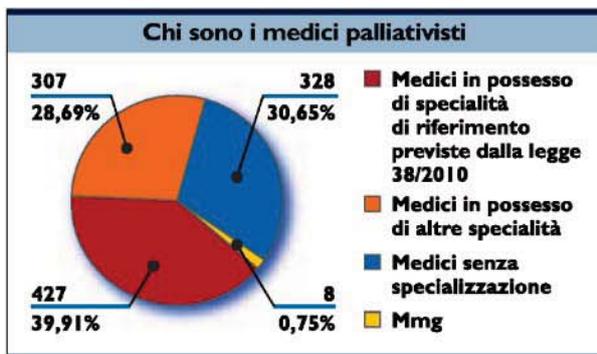
Il congresso tra le tante iniziative affronterà proprio il nodo della formazione tentando di tracciare il «core curriculum» del medico palliativista: una risposta, questa a quanto chiede la stessa legge 38. Ma un'altra tappa fondamentale per l'attuazione della normativa si avvicina: si tratta del documento tecnico che definisce i requisiti e le modalità organizzative delle

tre reti: quella di cure palliative, quella del dolore e quella pediatrica. Un documento che presto sarà all'esame delle Regioni: «Il documento ultimo di una serie di approfondimenti elaborati dalla Commissione nazionale per attuare la legge 38 - scrive in una nota inviata al congresso **Marco Spizzichino** che da molti anni al ministero si occupa delle cure palliative - segna un passaggio importante nel pieno sviluppo delle tre reti. Si definiscono requisiti strutturali sia nell'area residenziale che nell'area domiciliare, in particolare per quel che riguarda le cure palliative, definendo inoltre le prestazioni offerte e le figure professionali coinvolte al fine di realizzare una rete assistenziale efficiente». Per il ministero ci sarà anche un prezioso strumento in più: un "cruscotto informatico" che consentirà di fotografare in tempo reale tutto quello che succede sul pianeta cure palliative.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La tipologia di struttura dove lavorano

Tipologia di struttura	N.	%
Pubblico (ospedale/Asl)	500	46,73
Ospedale privato accreditato	75	7,01
Privato profit convenzionato	76	7,10
Privato non profit/accreditato	410	38,32
Privato profit non convenzionato	1	0,09
Privato non profit non convenzionato	8	0,75

Dei 500 che lavorano nel pubblico 39 (7,8%) sono pagati Onp di riferimento e 1 (0,2%) dal privato profit convenz.to

Medici con specialità della legge 38 (427)

Tipo specialità	N.	% su tot. medici L. 38	Con 3 anni in Cp
Anestesia e rianimazione	152	35,60	126
Geriatria	48	11,24	38
Neurologia	8	1,87	5
Oncologia	186	43,56	149
Radioterapia	17	3,98	4
Pediatria	9	2,11	6
Segnalati come facenti riferim. alla L. 38 ma non indicata la specializzazione	7	1,64	6

Le altre specialità più rappresentate sul totale medici (307)

Specialità	N.	%	Specialità	N.	%
Medicina interna	43	14,01	Scienze dell'alimentazione	7	2,28
Chirurgia in diversi settori	42	13,68	Medicina d'urgenza	7	2,28
Medicina generale	28	9,12	Nefrologia	6	1,95
Malattie infettive	23	7,49	Idrologia medica	4	1,30
Ematologia	22	7,17	Tisiologia	3	0,98
Gastroenterologia	13	4,23	Urologia	3	0,98
Ginecologia	10	3,26	Medicina fisica/riabilitazione	3	0,98
Pneumologia	8	2,61	Diabetologia	3	0,98
Igiene e medicina preventiva	7	2,28	Allergologia	2	0,65

L'identikit dei medici con altre specialità (307)

	N.	%
Esperienza in cure palliative		
Più di 3 anni	221	71,99
Da 2 a 3 anni	39	12,70
Da 1 a 2 anni	29	9,45
Un anno	13	4,23
Nessuna esperienza	5	1,63
Formazione complementare dei medici con più di 3 anni di esperienza in cure palliative (221)		
Master biennale	45	20,36
Master annuale	29	13,12
Corso universitario	29	13,12
Corso regionale	79	35,75
Nessun percorso formativo	39	17,65
Più di un percorso formativo (già inclusi nelle altre voci)	31	14,03
Rapporto contrattuale dei medici con più di 3 anni di esperienza in cure palliative (221)		
Assunzione a tempo indeterminato	81	36,65
Assunzione a tempo determinato	4	1,81
Incarico libero professionale	92	41,63
Contratto a progetto	8	3,62
Altra tipologia contrattuale *	36	16,29

(*) Mmg, Mca, medici volontari, medici in convenzione con altri soggetti

L'identikit dei medici senza specialità (328)

	N.	%
Esperienza in cure palliative		
Più di 3 anni	219	66,77
Da 2 a 3 anni	55	16,77
Da 1 a 2 anni	19	5,79
Un anno	30	9,15
Nessuna esperienza	5	1,52
Formazione complementare dei medici con più di 3 anni di esperienza in cure palliative (219)		
Master biennale	66	30,14
Master annuale	36	16,44
Corso universitario	6	2,74
Corso regionale	76	34,70
Nessun percorso formativo	35	15,98
Più di un percorso formativo (già inclusi nelle altre voci)	31	14,16
Rapporto contrattuale dei medici con più di 3 anni di esperienza in cure palliative (219)		
Assunzione a tempo indeterminato	31	14,16
Assunzione a tempo determinato	4	1,83
Incarico libero professionale	154	70,32
Contratto a progetto	6	2,74
Altra tipologia contrattuale *	24	10,96

(*) Mmg, Mca, medici volontari, medici in convenzione con altri soggetti

La campagna

MALFORMAZIONI? PENSARCI PRIMA

Una gravidanza? Meglio programmarla, perché oggi sappiamo che mettendo in atto comportamenti virtuosi prima del concepimento è possibile abbattere anche del 50% il rischio di esiti avversi della riproduzione: dall'infertilità all'aborto, dalle nascite pre-termine alle malformazioni. È il progetto «Pensiamoci prima» realizzato dall'International center of birth defects (Icbd) in collaborazione col ministero della Salute. Pier Paolo Mastroiacovo, pediatra epidemiologo e presidente dell'iniziativa per l'Icbd ritiene che «si possa ridurre anche dell'uno per cento la percentuale di bambini italiani che nascono con malformazioni, oggi al 5%». Avviata una campagna di informazione per coppie e operatori
www.pensiamociprima.net

(t. sim.)

Sicurezza alimentare 3

Epidemia obesità per uno su tre troppi chili in più

Alla Campania il record dei bambini in sovrappeso (49%), allarme nel Lazio (39%)
Molte ore davanti alla tv o al pc, poco sport

di **Valentina Arcovio**

Se è vero che nelle confezioni di alcuni prodotti alimentari si annidano sostanze chimiche potenzialmente pericolose per la salute dei più piccoli, è altrettanto vero che il nemico numero uno dei nostri figli sono i chili di troppo. Le ultime stime indicano che in Italia all'incirca un bambino su tre è obeso o in sovrappeso. Una vera e propria epidemia che si è diffusa nel nostro paese a macchia di leopardo: si va dal 49% della Campania al 23% della Valle d'Aosta. E' allarme nel Lazio: 39%. Numeri troppo alti per ignorare il problema. Oltre un milione e centomila bambini tra 6 e 11 anni sono obesi o sovrappeso. I medici dell'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma, ad esempio, definiscono l'obesità infantile come una condizione che «rappresenta una seria minaccia e se associata ad altre complicanze come il fegato grasso, l'ipertensione, l'iperglicemia o l'abuso di alcol sin da giovanissimi, può significare vedere le proprie aspettative di vita ridotte di 15 anni».

LE CAUSE

Sono molteplici i fattori di rischio che hanno portato circa un milione di bambini italiani a essere in sovrappeso o obeso. Certo, ci sono alcune cause genetiche e ormonali, ma nella stragrande maggioranza dei casi i bambini in sovrappeso mangiano troppo, male e non fanno esercizio fisico. «I genitori – dice il pediatra Italo Farnetani – hanno la responsabilità di abituare i bambini a mangiare bene, anche se questo implica più

sacrificio e lavoro». Mangiare infatti alimenti ipercalorici, come i fast food, gli snack confezionati o consumare troppa carne può facilmente provocare un aumento di peso. «Se a questo si unisce anche l'abitudine di lasciare il proprio bambino davanti alla tv o al computer per ore, le probabilità che diventi obeso aumentano ancora di più», precisa l'esperto.

I DANNI

L'obesità infantile aumenta il rischio di sviluppare diabete e cardiopatie ischemiche in età molto più precoce di quanto si possa pensare. Se è vero, infatti, che più è lungo il tempo in cui si è obesi maggiori sono i danni per l'organismo, allora essere obesi sin da bambini e rimanerli fino all'età adulta si traduce in una drastica riduzione delle attese di vita. «Un bambino obeso ha un'elevata probabilità di avere un fegato grasso e altri problemi cronici e progressivi (infiammazione, steatosi, fibrosi) che compromettono la struttura dell'organo stesso fino alla perdita totale della sua funzione», spiega Valerio Nobili, responsabile Epatopatie metaboliche e autoimmuni dell'ospedale pediatrico Bambin Gesù. Non è inoltre inusuale che un bambino in sovrappeso sviluppi pressione alta e colesterolo elevato, entrambi fattori che possono contribuire all'accumulo di placche nelle arterie. Non solo. I chili di troppo possono provocare problemi con lo sviluppo e la salute dei polmoni, portando ad asma e ad altri problemi respiratori, e anche a disturbi del sonno. Infine l'obesità infantile può creare squilibri ormonali, causando

una pubertà precoce. Accanto a questi problemi fisici, l'obesità porta con sé tutta una serie di complicazioni sociali ed emotive: bassa autostima, problemi comportamentali e di apprendimento e in alcuni casi anche a depressione.

LE TERAPIE

In genere la perdita di peso è consigliata ai bambini che superano i 7 anni d'età. Ma per aiutarli a eliminare qualche chilo, almeno nei casi più comuni, bastano pochi cambiamenti. «A decidere di mutare rotta, ovviamente devono essere i genitori, sono loro che comprano il cibo», precisa Farnetani. «La crisi economica – dice Giuseppe Fatati, presidente della Fondazione Adi (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione) e coordinatore del progetto ObesityDay – ha portato i consumatori ad affinare le strategie di acquisto e ad adottare un comportamento più virtuoso. Anche se qualche problema rimane. La necessità di inseguire la migliore offerta porta i consumatori a rivolgersi soprattutto ai supermercati. Alla fine è impossibile resistere e si compra troppo». E spesso vengono acquistati cibi ipercalorici. «Il consiglio è quello di affidarsi ai prodotti della tradizione. Meno merendine e carne, più latticini, pesce, frutta e verdura preparata su misura dei piccini». L'esperto, ad esempio, consiglia alle mamme di far mangiare ai figli un etto di parmigiano al giorno. «E' un formaggio – dice – che in genere piace molto ai bambini ed è in grado di dare il giusto apporto di calcio. La carne, invece, è consigliabile cucinarla circa tre volte alla settimana, così come il pesce».



L'Italia è al top dei controlli

La Società italiana di pediatria, la Società di pediatria preventiva e sociale insieme al ministero della Salute hanno messo a punto il progetto "Mi-VoglioBene" che individua dieci regole di prevenzione.

1) ALLATTAMENTO

Allattare al seno almeno 6 mesi, se possibile fino a 12.

2) SVEZZAMENTO

Introdurre alimenti e bevande, ad eccezione dell'acqua, complementari al latte materno dopo i 6 mesi compiuti.

3) APPORTO PROTEICO

Controllare l'introito di proteine per i primi due anni.

4) BIBERON

Sospendere entro i 12-24 mesi il suo utilizzo. Dopo i 12 mesi il rischio di sovrappeso aumenta del 3% per ogni mese di uso del biberon.

5) BEVANDE CALORICHE

Evitare da 0 a 6 anni acqua zuccherata, tè istantaneo, tè deteinato, soft drinks.

6) MEZZI DI TRASPORTO

A tre anni abbandonare il passeggino. E' preferibile andare a scuola a piedi.

7) PESO

A partire dai due anni controllare ad ogni visita dal pediatra la curva dell'indice di massa corporea.

8) SEDENTARIETA'

Far muovere il bambino il più possibile. Non mettere il bimbo davanti alla tv prima dei due anni.

9) GIOCHI

Regolare e incentivare i giochi di movimento adatti alle varie età del bambino.

10) PORZIONI CORRETTE

Preparare il piatto con la porzione di alimenti idonea all'età del bambino.

Messo a punto dall'lit e dal Bionem Lab

Nanosensore laser per l'antidoping Vede anche le molecole

di EDOARDO BONCINELLI

Ci sono circostanze in cui anche una quantità trascurabile di una data sostanza — veleno, ormone, tossina o anticorpo — può fare una grande differenza. Poter rilevare la presenza di pochissime molecole, perché molto rare o perché presenti in bassissime concentrazioni, è uno degli obiettivi primari della biomedicina di oggi: sostanze inquinanti, proteine e acidi nucleici sono i candidati che subito vengono in mente, per la lotta al cancro e alle altre malattie che ci affliggono. Ma è ovviamente tutt'altro che semplice.

Ecco che allora vengono in aiuto le nanotecnologie, cioè quelle metodologie che vanno al cuore della materia e ne studiano e ne controllano la struttura ultima al livello dei nanometri, cioè dei miliardesimi di metro o milionesimi di millimetro.

Nella fattispecie si tratta di costruire un recipiente con una superficie assolutamente idrorepellente, perché irta di una molteplicità di nanopilastri che non fanno avvicinare la soluzione alla superficie vera e propria, in modo da non perdere nemmeno una goccia della preziosa soluzione contenente le molecole da rilevare, e di rivelare poi le molecole in questione con uno speciale nanosensore di nuova concezione capace di assottigliare al massimo un fascio di luce laser in modo da poter studiare anche la composizione chimica delle molecole in oggetto.

Questo è l'argomento di un bellissimo lavoro condotto all'Istituto italiano di Tecnologia (Iit) di Genova in collaborazione con il Bionem Lab dell'Università della Magna Grecia a Catanzaro e pubblicato su *Nature Photonics*

con Francesco De Angelis come primo nome e sotto la supervisione di Enzo Di Fabrizio.

Con questo dispositivo in via di brevettazione si possono rilevare anche solo una decina di molecole in un millesimo di centimetro cubico e studiarne la composizione. Che tipo di molecole? Dipende. Si può trattare di tracce impalpabili di materiali inquinanti presenti nell'ambiente o negli alimenti, di sostanze psicotrope o di ormoni nel controllo antidoping, oppure di tracce infinitesime di dna in un procedimento forense.

Ma le applicazioni che vengono per prime alla mente riguardano il campo della diagnostica precoce e della prevenzione delle malattie più subdole come il tumore o la sclerosi multipla. In questi casi è fondamentale rilevare per tempo tracce di marcatori proteici presenti solo in alcune cellule o nel sangue in modo da iniziare una terapia prima che il male raggiunga proporzioni più serie e minacciose.

Nel caso dei tumori poi, se non si tratta di proteine, potrebbe trattarsi di particolari molecole di rna portanti una mutazione perniciosa e prodotte in piccola quantità nelle cellule che stanno per divenire tumorali.

Distinguere queste molecole da tutte le altre consimili in un corpo intero può essere difficilissimo, ma poterle rilevare in uno specifico distretto corporeo sarebbe sicuramente di grande aiuto. In questa lotta le nanotecnologie sembrano essere l'arma vincente, sia che si tratti di nanosensori che di nanorobot che penetrino nelle cellule e compiano in sito il loro fantastico lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sono 40 i centri specialistici riconosciuti in Italia, più quelli privati. Ecco il protocollo previsto

Test d'insonnia: cronica o primaria? Quando il ricovero è una buona idea

A chi si rivolgono gli oltre 12 milioni di italiani che non riescono a dormire bene? Dopo svariati tentativi di autocura con **farmac** consigliati da un parente o in qualche chat online, i numerosi insonni irrisolti approdano in una clinica del sonno. In Italia, i centri riconosciuti dall'Associazione italiana medicina del sonno (Aims) sono circa 40, ma ci sono anche molte cliniche private. Il protocollo di cura resta, comunque, lo stesso. Il primo step è una visita specialistica, in genere dal neurologo. «È un colloquio di circa 40 minuti per inquadrare il problema ed escludere che l'insonnia derivi da altri problemi di salute, come il reflusso esofageo o una patologia psichiatrica», spiega Alessandro Pincherle, direttore sanitario della clinica del sonno Sonnomedica di Milano. «Si cerca anche di capire se il problema è la difficoltà ad addormentarsi oppure a mantenere il sonno durante la notte e se si tratta di insonnia primaria o cronica», prosegue l'esperto. Il passo successivo è quello dei test diagnostici mirati. Primo tra tutti la polissonnografia, un esame che consente di identificare le apnee notturne e rilevare le modificazioni neurofisiologiche e cardiovascolari caratteristiche dell'insonnia. Un altro esame è l'actigrafia che viene effettuata da una specie di orologio che viene indossato dal paziente per diversi giorni e notti (valuta la qualità del sonno). «A questo punto, siamo in grado di fare una diagnosi più precisa e capire se si tratta di apnea notturna, sindrome delle gambe senza riposo, bruxismo o altro», precisa Elena Zambrelli, neurologa del Centro dell'ospedale S. Paolo di Milano (sta per ottenere l'accreditamento dell'Aims). Nella maggioranza dei casi basta l'ambulatorio, ma per le situazioni più complesse può servire un ricovero di 3-4 giorni. Una volta conclusa la fase diagnostica, si passa alla terapia. «In genere è necessario ricorrere ai **farmac** ipnotici o ad alcuni antidepressivi a basso dosaggio, dai triciclici ai serotoninergici», spiega Zambrelli. Poi si lavora sull'aspetto psicologico. «Nel nostro centro», precisa Pincherle, «cerchiamo di andare sempre alla radice del problema lavorando in stretta sinergia con lo psicoterapeuta che oltre a svolgere vere e proprie sedute di terapia cognitivo-comportamentale insegna agli insonni alcune tecniche di rilassamento che possono eseguire anche a casa». Ma l'ultima casella del percorso in una clinica del sonno è il follow-up, prima molto ravvicinato (anche un paio di settimane) e poi dilatato nel tempo magari con l'ausilio di un diario del sonno da portare alla visita di controllo. L'elenco delle cliniche su www.sonnomed.it. Il costo nei centri pubblici è di circa 150 euro tra prima visita, esame diagnostico e visite di controllo; 2-300 euro nelle cliniche private.

(irma d'aria)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EFFETTI SUL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Radioterapia, possibili danni tardivi

La sopravvivenza dopo diagnosi di tumore maligno è decisamente aumentata negli ultimi anni, grazie a diagnosi più precoci e terapie chirurgiche, mediche e radianti più efficaci. Sono 2,25 milioni gli italiani che vivono con una diagnosi di tumore. Di questi quasi 800mila sono vivi a distanza di 10 anni (Rapporto dell'Associazione italiana registri tumori). In particolare, la sopravvivenza è aumentata per i tumori più frequenti: mammella nelle donne e polmone nei maschi. Un'arma importante in caso di disseminazione cerebrale è la radioterapia ed eventualmente la radiocirurgia (trattamento radiante particolare che si esegue in unica dose). La radioterapia tradizionale è tuttora molto utilizzata nel trattamento delle lesioni secondarie cerebrali e spinali, specie quelle da cancro mammario. Si tratta di trattamenti che consentono una stabilità di malattia prolungata nel tempo, anche di svariati anni.

Esiste un altro lato della medaglia: le complicanze tardive della radioterapia sul sistema nervoso centrale sono aumentate di frequenza proprio perché sono tardive ovvero si manifestano anche a distanza di anni, ergo in pazienti con una sopravvivenza lunga.

Al Regina Elena, Istituto nazionale tumori di Roma, sono in corso studi specifici sulla radionecrosi cerebrale e/o sulla tossicità tardiva da radioterapia sul sistema nervoso centrale. Recentemente sono stati individuati due casi di radionecrosi del midollo spinale secondaria a irradiazione per metastasi ossee vertebrali in donne con carcinoma mammario metastatico alla colonna. Si tratta dei primi casi osservati e studiati anche con riscontro istologico. La letteratura internazionale è estremamente povera al riguardo. La segnalazione e la descrizione di questi due casi è stata pubblicata sulla più importante rivista internazionale di oncologia medica: *Journal of Clinical Oncology*. Gli oncologi medici e i medici di fami-

glia devono essere allertati sulla possibilità di una tossicità tardiva da radioterapia sul sistema nervoso centrale in modo da non confondere una lesione interpretabile come recidiva di metastasi e che invece potrebbe essere un focolaio di radionecrosi. Per quanto riguarda il midollo spinale si tratta di eventi molto più rari.

I prossimi anni, grazie anche a tecnologie di diagnostica per immagini più sofisticate potranno fornire dati quantitativi più precisi. La radionecrosi del sistema nervoso centrale è mediata da meccanismi di danno vascolare combinati probabilmente a una biologia particolare del soggetto. I fattori radianti che influiscono sono la dose per frazione, la dose totale e il frazionamento. Recentemente è stata introdotta la radiocirurgia anche per lesioni spinali. A nostro parere è una tecnica che deve essere usata con prudenza in attesa di riscontri e di controlli a distanza di anni. I casi rilevati al Regina Elena forse non sono così isolati. La domanda è quanti non vengono e/o non sono stati rilevati?

Anche nei tumori cerebrali maligni la sopravvivenza è aumentata e anche in questi pazienti l'ipotesi di radionecrosi va presa in considerazione se nel follow-up alla Rm compare una nuova lesione che assume contrasto. La Rm standard, anche con mezzo di contrasto, non è sempre in grado di permettere una corretta diagnosi differenziale, l'aspetto delle lesioni può essere simile. Nel sospetto si deve procedere a studi più sofisticati: Rm spettroscopica, Rm o Tc di perfusione, Pet con metionina. Questi studi consentono di differenziare anche le cosiddette pseudo recidive precoci subito dopo la fine del ciclo di radioterapia.

Alfredo Pompili
Responsabile Neurochirurgia
Istituto tumori Regina Elena - Irccs
Roma



Resistenza ad antibiotici, morbillo e Tbc al centro del congresso di microbiologi

MILANO. Un moderno sistema sanitario nazionale e l'organizzazione di un efficiente presidio di cura territoriale non possono prescindere da risorse professionali e know-how adeguati. È questo il tema su cui si sono confrontati ieri a Milano i vertici dell'Amcli-Associazione microbiologi clinici italiani in vista del 40esimo congresso nazionale che si terrà a Rimini dall'8 all'11 novembre. Tra le questioni che verranno affrontate in quella sede ci sono le nuove resistenze batteriche agli antibiotici, il ritorno del virus del morbillo, il laboratorio di microbiologia nella fecondazione assistita, i test immunologici e microbiologici nella diagnosi di tubercolosi. «È necessario fronteggiare l'arrivo di nuovi agenti infettivi e batteri multi-resistenti, l'aumento della fragilità della popolazione e il perdurante rischio di infezioni ospedaliere - spiega Pierangelo Clerici, segretario nazionale dell'Amcli -. Il tutto in una situazione economica difficile che tende a limitare gli interventi diagnostici che dovrebbero risultare invece strumenti per ridurre le spese sanitarie grazie a una corretta e rapida individuazione della patologia infettiva». Uno dei temi che suscita più preoccupazione è comunque quello dalle infezioni contratte in ospedale che, ricorda l'associazione, ogni anno colpiscono 4 milioni di europei, con il conseguente prolungamento della loro degenza in ospedale; di questi, 37mila vanno incontro a morte. «Se oltre alle infezioni contratte in ospedale, aggiungiamo poi tutte le altre forme - ha ricordato Giacomo Fortina, presidente dell'Amcli -, ci rendiamo conto che il fenomeno ha proporzioni veramente considerevoli al punto che, oggi, queste patologie sono la causa più frequente di morte nei reparti di terapia intensiva».



CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**PERCHÉ LA RICERCA MEDICA VALE PIÙ DI UN ASSESSORE**

La ricerca medica è indispensabile a un Paese civile. Solo dalla conoscenza nascono le soluzioni e col rigore del metodo si trasferisce all'assistenza una cura più efficace. Così l'Asl spende meglio e meno. Senza ricerca medica s'allarga lo spazio per maghi, mercanti e spreconi. Centellinare i fondi per la ricerca significa fare cattiva assistenza, guarire meno persone e farle soffrire più. Se si applicano cure palliative insieme alla chemioterapia, per esempio, i malati di cancro vivono meglio e di più. Pubblicato sul *New England JM*, bibbia della ricerca clinica, da ricercatori che applicano conoscenze nuove, promuovendo migliori risultati. Eliminare queste persone costerebbe troppo, perché pagheremmo servizi privi d'innovazione, cioè vecchi, costosi, scadenti. La ricerca migliora le procedure, rendendole meno dolorose e meno costose. I medici ricercatori servono alla collettività. Assessori e Direttori generali sono pagati troppo più di loro per non essere obbligati a dimostrare che servono anch'essi.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Flash**Il farmaco****SCLEROSI TUBEROSA
UNA PRIMA TERAPIA**

La Sclerosi Tuberosa (ST) è una malattia genetica rara, caratterizzata dalla formazione di tumori benigni (amartomi) che possono colpire varie parti del corpo (cute, cervello, polmoni, cuore) e inoltre può causare gravi sindromi, come epilessia (presente nel 90% dei casi), accumulo di liquido cerebrospinale (idrocefalo), ritardi cognitivi, autismo. In Italia i pazienti sono circa 10.000. L'Emea, agenzia europea per il controllo sui trattamenti terapeutici, ha recentemente dato il via libera all'utilizzo dell'everolimus negli adulti e nei bambini di età superiore ai 3 anni per il trattamento di tumori cerebrali benigni (astrocitomi subependimali a cellule giganti – Segal) associati alla Sclerosi Tuberosa. In Italia il **farmaco** è stato sottoposto all'Aifa, agenzia del **farmaco**, ma nell'attesa la casa **farmaceutica** Novartis, in accordo con i centri ospedalieri di riferimento e l'associazione dei pazienti (Ast), ha deciso di offrire la possibilità di partecipare a un nuovo studio clinico (Per contatti con l'Ast info@sclerosituberosa.it). David Franz, autore di uno studio sull'Everolimus, pubblicato sul *New England Journal of Medicine* ha detto che «questo **farmaco** rappresenta la prima vera opzione terapeutica per i pazienti affetti da ST. I risultati che abbiamo ottenuto in termini di efficacia e sicurezza sono molto soddisfacenti e siamo ragionevolmente sicuri che anche i dati a lungo termine lo saranno» (silvia baglioni)