

stampa | chiudi

MEDICINA PRATICA

Tumore allo stomaco, familiarità e prevenzione

Non esiste uno screening standard, ma la gastroscopia è l'esame più accurato per la diagnosi precoce

Nella mia famiglia si sono succeduti già due eventi di tumore allo stomaco (mio padre e mio fratello) diagnosticati sempre in fase avanzata, in assenza, in entrambi i casi, di sintomi specifici manifesti. Vista la situazione, vorrei sapere se questo tipo di tumore è ereditario. Oppure se c'è solo una sorta di «predisposizione familiare» ad ammalarsi. Quale prevenzione, inoltre, è possibile fare? E, nel caso, quando sarebbe opportuno iniziarla? Per finire, chiedo chiarimenti sul gastric panel: di che cosa si tratta esattamente e quanto è efficace per individuare un tumore in fase iniziale?

Risponde Paolo Pietro Bianchi, direttore dell'unità di Chirurgia mini invasiva all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano

Bisogna fare attenzione ai termini che sembrano «sinonimi». Con il termine «familiarità» si intende, infatti, un maggior rischio, all'interno di un gruppo familiare, di sviluppare una malattia. Ma non si deve confondere questo «maggior rischio», con l'«ereditarietà». Le malattie ereditarie sono quelle geneticamente trasmesse: questo significa che vi sono alcune mutazioni a livello del Dna che vengono trasmesse da uno o da entrambi i genitori alla prole secondo le leggi della genetica.

Il cancro gastrico ereditario diffuso, ad esempio, è legato a una mutazione di un gene identificato come CDH1, si manifesta prima dei cinquant'anni ed è decisamente molto raro. In generale, tutti i tumori hanno una «familiarità»: vuole dire che alcuni gruppi familiari hanno una percentuale maggiore di sviluppare tumori di diversa origine o dello stesso organo. Peraltro, il rischio legato alla familiarità è molto basso e aumenta in base al numero di familiari affetti dalla malattia. Chi si trova a vivere questa situazione deve semplicemente fare controlli più frequenti rispetto al resto della popolazione.

Per il tumore allo stomaco non è disponibile un test di screening standard o di routine; la gastroscopia con biopsie multiple è l'esame più accurato nella diagnosi precoce, anche associata a tecniche più sofisticate quali la cromoendoscopia con cui vengono evidenziate anche piccole alterazioni cellulari. La gastroscopia è oggi un esame sicuro e ben tollerato, praticamente privo di complicanze, utilizzato di routine per la diagnosi precoce anche nei Paesi in cui è più alta la frequenza di questo tumore, come il Giappone.

La maggiore diffusione del cancro gastrico nei Paesi asiatici è legata soprattutto alle abitudini alimentari, caratterizzate da un alto consumo di cibi conservati sotto sale e da un basso consumo di frutta e verdura.

Una buona prevenzione del tumore allo stomaco prevede pertanto l'assunzione di una dieta ricca di frutta e di cibi conservati adeguatamente, non sotto sale, ma, ad esempio, surgelati.

Per quanto riguarda il gastric panel, con questo termine si indicano alcuni marcatori biologici, cioè proteine normalmente poco presenti negli adulti, che vengono cercate nel sangue. Al momento non ci sono marcatori sufficientemente sensibili e specifici per una diagnosi certa del cancro iniziale; molti studi sono comunque in corso ed è probabile che in futuro si troveranno marcatori più accurati.

stampa | chiudi

Farmaci, occhio al triangolo nero

► Nel foglietto dei prodotti ancora sotto osservazione un segno avverte i pazienti

SALUTE

ROMA Un triangolo nero rovesciato sul foglietto dei medicinali. Dai primi giorni di settembre il via libera a questo nuovo piccolo marchio che servirà ad identificare i farmaci supersorvegliati. Quelli da tenere sotto osservazione, sia i medici che i pazienti, per possibili reazioni avverse. Un altro indicatore, oltre il bollino rosso per riconoscere i medicinali da automedicazione, che dovrebbe avvertire sulla pericolosità del prodotto.

IL "BUGIARDINO"

Da noi, la novità, arriva adesso ma, con tempi diversi, sta sbarcando anche nel resto d'Europa. La decisione di arricchire il foglietto illustrativo, comunemente battezzato come "bugiardino", è dell'Emea, l'agenzia europea del farmaco. Che ha steso una prima lista: monitoraggio stringente per 105 medicinali. Restano sotto controllo extra per cinque anni o fino a quando non vengono considerate decadute le condizioni che hanno fatto decidere per la sorve-

guanza.

Nell'elenco ci sono medicinali che contengono nuove sostanze autorizzate in Europa dopo il 1 gennaio 2011. «Parliamo - spiega Laura Sottosanti dell'ufficio Farmacovigilanza dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco - di medicinali biologici come i vaccini e i derivati del plasma, i biosimilari e tutti quelli ai quali è stato il via libera alla vendita ma devono ancora essere affiancati da studi clinici». Prodotti la cui autorizzazione è subordinata a particolari condizioni (è il caso in cui l'azienda è tenuta a fornire ulteriori dati) o autorizzati in circostanze eccezionali, medicinali che debbono essere ancora "collaudati" per quanto riguarda i risultati a lungo termine o su reazioni avverse che sono state riscontrate durante la sperimentazione clinica.

IL MONITORAGGIO

Il triangolo nero sui supersorvegliati vuol dire essenzialmente che sia medici che pazienti devono fare più attenzione agli effetti sull'organismo e, soprattutto, devono segnalarli con estrema sollecitudine ai servizi di farmacovigilanza delle Asl. «Per tutti questi farmaci - aggiunge Laura Sottosanti - è previsto un monitoraggio molto stretto. Con una frequenza ravvicinata, anche ogni quindici giorni. Proprio la risposta pronta di chi assume i medici-

nali e di chi assiste il malato ci permetteranno di fare verifiche corrette». E' la stessa agenzia del farmaco europea a precisare che il disegno sul foglietto illustrativo della medicina «non indica la non sicurezza del prodotto». Piuttosto è un modo per ricordare che si stanno prendendo sostanze nuove che hanno ancora bisogno di controlli su larga scala. Sulle diverse classi di età, a lungo termine e, in molti casi, anche andando ad aggiungersi ad altri medicinali.

Tra le categorie dei pazienti che saranno interessati all'introduzione del bollino nel foglietto illustrativo quella di chi soffre di malattie reumatiche e quella di chi è stato colpito da tumore. I farmaci biologici, per esempio, sono indicati per le patologie infiammatorie su base immunologica come l'artrite reumatoide, le spondilite o l'artrite psoriasica. Sono proprio i biologici che hanno permesso di arrivare alle terapie bersaglio, alla medicina personalizzata nei casi di tumore. Una cura non scelta solo in base alla sede dello sviluppo della neoplasia ma anche rispetto alle sue caratteristiche molecolari. Il loro utilizzo nella pratica clinica è sottoposto ad un severo controllo anche alla luce del rapporto tra i costi, che sono molto elevati, e i benefici.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il triangolino nero

FARMACI CHE LO DOVRANNO RIPORTARE

105

medicinali per cui sarà necessaria una sorveglianza extra (per possibili reazioni avverse)

LE CATEGORIE

- Farmaci autorizzati dopo l'1 gennaio 2011 che contengono nuovi principi attivi
- Farmaci biologici per cui c'è una limitata esperienza dopo la messa in commercio
- Farmaci per cui l'azienda autorizzata all'immissione in commercio deve effettuare studi di sicurezza post-autorizzazione
- Farmaci con approvazione condizionata o approvati in circostanze eccezionali

ANSA centimetri

LA NOVITÀ È PARTITA DA SETTEMBRE PER I MEDICINALI BIOLOGICI, BIOSIMILARI E QUELLI DERIVATI DAL PLASMA

Cuore e batticuore

NUOVE CURE Fare una rampa di scale e sentirsi affaticati come dopo un chilometro di corsa. Respirare con difficoltà, soprattutto di notte. Sono i sintomi dello scompenso cardiaco, che può colpire le over 60-65. Al Congresso della Società europea di cardiologia (*escardio.org*), appena concluso ad Amsterdam, è stato presentato uno studio, comparso su *Lancet*, che illustra l'efficacia di un nuovo farmaco (*serelaxina*), in grado di tenere questa patologia sotto controllo. «Si tratta di una sostanza che deriva da un ormone naturale, prodotto in grandi quantità durante la gravidanza per favorire la vasodilatazione, aumentare la portata cardiaca, migliorare la funzionalità renale» spiega Marco Metra, responsabile dell'Unità operativa di Cardiologia dell'Università e Spedali Civili di Brescia (*spedali-civili.brescia.it*), coordinatore dello studio. «L'impiego del nuovo farmaco sul campione preso in considerazione durante la sperimentazione - 1.100 pazienti, per metà donne - ha attenuato la portata dei disturbi e la gravità della patologia in generale. E, dato di particolare rilievo, gli effetti si sono manifestati in egual misura nei due sessi». Per confermare questi benefici, partirà nei prossimi mesi un altro, più ampio studio, su oltre 6.300 pazienti (*Relax 2*), che coinvolgerà 37 Paesi. Nel frattempo, il farmaco è stato sottoposto all'esame delle autorità regolatrici europea (*ema.europa.eu*) e statunitense (*fda.gov*) per poter essere approvato e reso disponibile. *Paola Trombetta*

Medici. Aggiornati i criteri di accesso

Concorso nazionale per gli specializzandi

PIÙ TRASPARENZA

La misura sarà esaminata dal Consiglio dei ministri e punta a ridurre il rischio di «favoritismi» da parte degli atenei di appartenenza

Rosanna Magnano

«Sono favorevole al concorso nazionale per i medici **specializzandi** e non ho cambiato idea, basta Tweet». Con questa affermazione secca il ministro dell'Istruzione, Maria Chiara Carrozza, ha risposto alle contestazioni ricevute ieri dai social network sul decreto legge (anticipato dal Sole 24 Ore di ieri) che contiene «misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca» e istituisce la graduatoria unica nazionale per i medici specializzandi, che sostituirà le attuali per singolo ateneo. Il Dl è all'ordine del giorno del Consiglio dei ministri di lunedì.

Una rivoluzione "antibaroni" nel nome della trasparenza chiesta a gran voce dalle organizzazioni dei giovani medici: la necessità di un concorso nazionale era stata infatti oggetto di una manifestazione a maggio a Roma, del segretariato italiano giovani medici (Sigm) e del Comitato Pro Concorso nazionale.

«Si tratta di una norma che favorisce la trasparenza degli esami per l'ammissione alle scuole di specializzazione», spiega Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale e membro della commissione che ha gettato le basi del decreto (le dichiarazioni integrali su www.24oresanita.com). «La prova-continua-sarà su base nazionale, si analizzeranno anche i curricula e la valutazione finale seguirà schemi ben definiti, assolutamente uguali per tutti».

Per Domenico Montemurro, coordinatore dell'Osservatorio giovani della Federazione nazionale degli Ordini dei

medici, condizione necessaria per ipotizzare un concorso nazionale è «una corretta programmazione in funzione dei fabbisogni di professionisti». «Un concorso nazionale - spiega - permette di uscire da condizionamenti localistici in cui le scuole, diventano sede di tirocini "indotti". In tal modo il concorso assumerebbe connotati di trasparenza ed equità».

Un'occasione, insomma, per riqualificare il percorso formativo dei medici: «È un cambiamento che abbiamo chiesto a ben tre ministri», spiega Walter Mazzucco, presidente del segretariato italiano giovani medici. «I risvolti positivi - continua - sono oggettivi: oltre al fatto che si introducono criteri trasparenti e oggettivi di valutazione, la graduatoria nazionale permette di tagliare il cordone ombelicale tra l'aspirante specializzando e la scuola di riferimento, dove spesso non si riescono a privilegiare le esperienze formative effettivamente maturate, ma prevalgono retaggi di altro tipo».

Cautamente ottimista il Comitato Pro Concorso nazionale: «La graduatoria nazionale è quello che chiedevamo - fa sapere la libera aggregazione di studenti - ora resta da capire sulla base di quali criteri sarà formulata la graduatoria».

Soddisfatti anche i giovani medici di FederSpecializzandi, che giudica il Dl un primo passo verso standard europei: «Riteniamo indegno di un paese civile il fatto che il destino professionale dei giovani medici - sottolinea il presidente, Cristiano Alicino - possa essere intaccato dai margini di discrezionalità che l'attuale regolamento lascia alle commissioni giudicatrici. Al decreto legge dovrà seguire il decreto ministeriale che detaglierà le modalità di svolgimento del nuovo concorso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Lunedì 07 SETTEMBRE 2013

Posti letto. Prosegue il taglio. Negli ultimi 3 anni via altri 20.000. Ma non basta ancora

Continua il ridimensionamento dei posti letto negli ospedali. Il taglio riguarda soprattutto gli acuti. In totale si è passati dai 251.023 del 2009 ai 230.338 del 2012. I maggiori tagli in Molise, Valle d'Aosta e Lazio. La media nazionale è al 3,9 per 1000 abitanti. Vicino al 3,7 previsto dalla spending review. Ma per raggiungerlo servirà un'ulteriore riduzione di 7 mila letti

Prosegue senza sosta la riduzione dei posti letto ospedalieri pubblici e privati del nostro Ssn. Se l'anno passato in una [nostra inchiesta](#) avevamo calcolato che tra il 2000 e il 2009 ne erano stati tagliati 45.000, oggi secondo una nostra elaborazione degli ultimi dati del Ministero della Salute aggiornati al 2012, risulta che il trend non si è fermato, anzi: tra il 2009 e il 2012 ne sono stati cancellati altri 20.685 (considerando sia i posti per gli acuti che quelli per non acuti). Si è passati infatti dai 251.023 del 2009 ai 230.338 del 2012 ovvero 20.685 posti in meno (-8,3%).

Una bella sforbiciata che tuttavia non è ancora sufficiente per avvicinare l'Italia al limite previsto dalla Spending review del Governo Monti di 3,7 pl per 1.000 abitanti di cui 0,7 per non acuti (sul tema manca ancora il regolamento sugli standard ospedalieri fermo da un anno in Stato-Regioni e che dovrebbe essere anch'esso oggetto di discussione all'interno del Patto per la Salute). Per rispettare i parametri, e considerando la popolazione Istat al 1 gennaio 2012 pari a 59.394.207 residenti, occorrerà infatti tagliare come annunciato del resto lo scorso anno [dall'ex ministro Balduzzi](#) circa 14 mila letti per acuti e incrementare di circa 6.600 i letti dedicati ai non acuti, con un saldo in ogni caso negativo di oltre 7mila posti letto da tagliare.

Dagli ultimi dati (vedi tabella [pl acuti](#) e [tabella pl non acuti](#) 2012) risulta infatti una media del 3,9 di cui lo 0,6 per non acuti. Ma chi ha tagliato di più? In percentuale i maggiori decrementi sono stati fatti in Molise (-21,7%), in Valle d'Aosta (-15,4%) e nel Lazio (-13,6% che vuol dire una cosa come 3.604 posti in meno negli ultimi 3 anni). Tagli ingenti anche in Puglia (-13,5%), in Sicilia (-13,3%) e in Calabria (-13%). Una bella sforbiciata è stata fatta anche in Lombardia che ha visto diminuiti i pl di 3.602 unità pari ad un -8,4%. Da notare come l'unica Regione a non aver tagliato i posti sia l'Emilia Romagna con un +1,7%.

POSTI LETTO PUBBLICI E PRIVATO ACCREDITATO DAL 2009 AL 2012					
Regioni	Anno 2009	Anno 2012	Diff 2009/2012 e in %	in % su 1000 ab. 2009 (di cui per acuti)	in % su 1000 ab. 2012 (di cui per acuti)
Piemonte	18.806	18.332	-2,5	4,2 (3,3)	4,2 (3,1)
Valle d'Aosta	535	453	-15,4	4,2 (3,6)	3,6 (3,6)
Lombardia	43.039	39.437	-8,4	4,4 (3,6)	4 (3,3)
Pa Bolzano	2.163	2.089	-3,4	4,4 (3,7)	4,1 (3,6)
Pa Trento	2.477	2.261	-8,7	4,8 (3,5)	4,3 (3,3)
Veneto	19.673	18.918	-3,9	4,1 (3,5)	3,9 (3,3)
Friuli Venezia Giulia	5.260	5.075	-3,5	4,3 (3,9)	4,2 (3,8)
Liguria	7.134	6.406	-10,2	4,4 (3,9)	4,1 (3,6)
Emilia Romagna	19.960	20.299	+1,7	4,6 (3,7)	4,7 (3,8)
Toscana	14.748	13.786	-6,5	4 (3,6)	3,8 (3,4)
Umbria	3.256	3.169	-2,7	3,6 (3,3)	3,6 (3,2)

Marche	6.447	6.069	-5,9	4,1 (3,5)	3,9 (3,4)
Lazio	26.473	22.869	-13,6	4,7 (3,6)	4,2 (3,4)
Abruzzo	5.669	4.976	-12,2	4,3 (3,6)	3,8 (3,2)
Molise	1.771	1.386	-21,7	5,5 (4,5)	4,4 (3,6)
Campania	20.887	18.646	-10,7	3,6 (3,2)	3,2 (2,9)
Puglia	15.960	13.816	-13,5	3,9 (3,5)	3,4 (3)
Basilicata	2.157	2.135	-1	3,6 (3,2)	3,7 (3,1)
Calabria	7.929	6.900	-13	4 (3,5)	3,5 (3)
Sicilia	19.433	16.857	-13,3	3,9 (3,6)	3,4 (3)
Sardegna	7.246	6.469	-10,8	4,4 (4,2)	3,9 (3,7)
Italia	251.023	230.338	- 20.685 (-8,3%)	4,2 (3,6)	3,9 (3,3)

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Ministero della Salute

Luciano Fassari

Un ormone della gravidanza cura lo scompenso cardiaco?

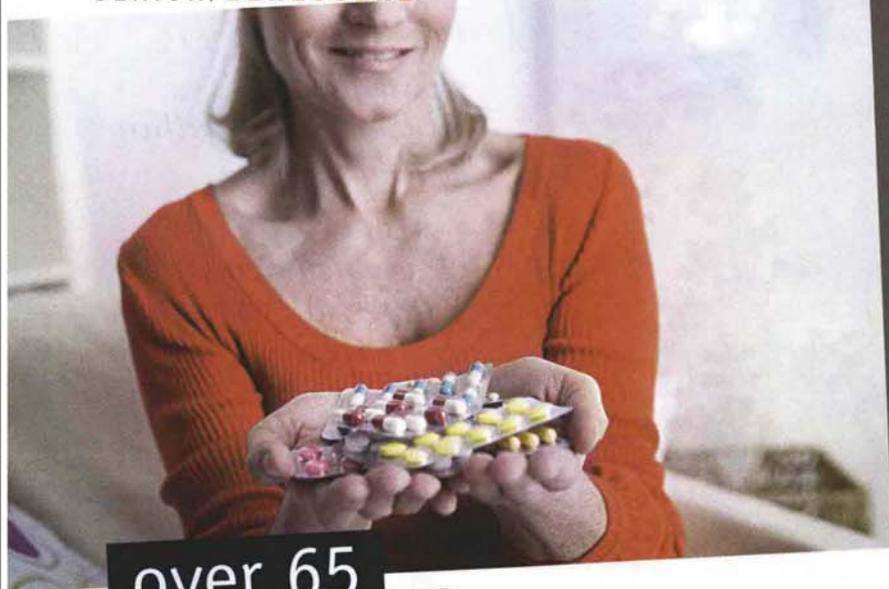
Se il cuore non ce la fa più a pompare il sangue verso l'aorta

■■■ Dopo quarant'anni senza alcuna novità nel trattamento dello scompenso cardiaco acuto, c'è finalmente qualcosa di nuovo all'orizzonte. Le speranze sono tutte riposte in un farmaco, la serelaxina, derivato da un ormone della gravidanza. I risultati di una nuova analisi dello studio di fase III RELAX-AHF dimostrano che questo farmaco è in grado non solo di alleviare i sintomi dell'attacco acuto, ma anche di migliorare i dati di mortalità a lungo termine, anche nei pazienti con insufficienza renale e nelle persone con più di 75 anni. I risultati dello studio 'madre' presentati lo scorso anno, avevano dimostrato che la serelaxina, aggiunta alla terapia tradizionale, abbatte la mortalità a sei mesi del 37%. Risultati che fanno della serelaxina l'unico farmaco ad aver dimostrato finora un beneficio così consistente sulla riduzione di mortalità nei pazienti con scompenso cardiaco acuto. Lo scompenso cardiaco acuto è un'emergenza medica che interessa almeno 3,5 milioni di persone ogni anno in Europa e negli USA. Si può presentare a ciel sereno, ma più frequentemente in persone già affette da scompenso cardiaco cronico, una condizione caratterizzata da un progressivo calo delle performance cardiache, che si

manifesta nella vita di tutti i giorni con l'affanno che compare per sforzi sempre meno importanti, come salire qualche gradino. L'ipertensione è tra le cause più frequenti di questa condizione (è presente in oltre la metà dei pazienti scompensati); in un terzo dei casi, lo scompenso può derivare da infarti avuti in passato che minano la forza contrattile del cuore. Lo scompenso cardiaco acuto è una condizione dovuta ad un improvviso inceppamento della funzione del cuore che non ce la fa più a pompare il sangue verso l'aorta, lasciando che questo si accumuli nel cuore e 'tracimi' a monte, nel circolo polmonare. Con il rapido aumento di pressione all'interno dei vasellini della circolazione polmonare, la parte liquida del sangue attraversa la parete dei vasi e si riversa all'interno degli alveoli, le strutture simili a bolle di sapone, all'interno delle quali avvengono gli scambi gassosi. Qui, quando tutto funziona, il sangue si carica di ossigeno e si libera dell'anidride carbonica. Ma se gli alveoli si riempiono di liquido, come succede nell'edema polmonare acuto, gli scambi gassosi non possono più avvenire e tutto l'organismo va in grave sofferenza, 'soffoca', perché non riceve più ossigeno.



SENIOR ► BENESSERE



over 65

RICORRERE ALLE APPOSITE SCATOLINE

Se l'anziano fa fatica a ricordarsi quali pillole deve usare e in quali momenti, è meglio preparare in anticipo i farmaci che deve prendere nell'arco della giornata. Si possono utilizzare le scatoline reperibili in farmacia, suddivise in più scomparti, ciascuno con l'indicazione oraria: basta riempire la scatolina prima di andare al lavoro e consegnarla all'anziano. In alternativa, si possono utilizzare piccoli contenitori, tazzine o bicchierini, su cui attaccare biglietti con l'ora. Nelle situazioni più complesse, i farmaci vanno dati direttamente alla persona da un suo familiare o da chi si occupa di lui.

fino a 10 pastiglie al

Più passano gli anni, più aumentano le probabilità di soffrire di disturbi di vario genere. Ecco perché sono gli anziani a usare molti farmaci. Spesso, oltre ai vantaggi, ci sono anche conseguenze negative, perché dover ricorrere a troppi medicinali può mettere a repentaglio la salute

I RISCHI SONO TRE

Secondo un'analisi del Geriatrics working group dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), in collaborazione con l'università Cattolica policlinico Agostino Gemelli di Roma, a partire dai dati sui farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale relativi ai 12 milioni di italiani di 65 o più anni, il 50% degli anziani prende fino a 9 farmaci al giorno. L'11% supera addirittura i 10 medicinali al giorno. In totale, quasi sette milioni e mezzo di italiani anziani fa uso di 5 o più farmaci al giorno. Per gli esperti questa situazione può causare tre possibili rischi: una scarsa aderenza alle cure, possibili interazioni fra le molecole utilizzate e una somma di effetti collaterali.

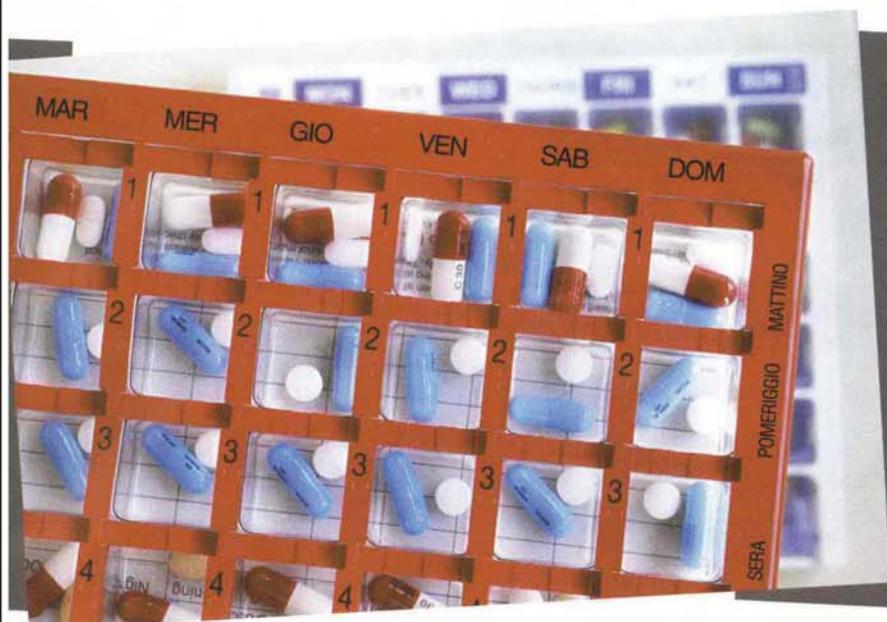
La scarsa aderenza alle cure

L'analisi dell'Aifa rivela che solo 4 anziani su 10 rispettano le cure prescritte. Ad avere più difficoltà a seguirle sono i malati ipertesi, quelli con osteoporosi, i diabetici e chi soffre di depressione. ■ «La scarsa aderenza alle cure è un problema reale negli anziani. A una certa età si hanno difficoltà oggettive a ricordare quali medicinali prendere, a che ora, in quali dosi. Se devono prenderne molti al giorno, possono fare confusione o dimenticare qualche pillola. Inoltre, alcuni sono restii a seguire le indicazioni del medico e vogliono fare di testa loro» dice il dottor Alessandro Targhetta, geriatra. Ma non seguire le cure significa non trarre tutto il beneficio possibile dai farmaci e mettere a repentaglio la salute.

Le possibili interazioni

Scambi e dimenticanze non sono gli unici rischi che corrono gli anziani che devono prendere più medicinali per stare bene. Occorre considerare anche che l'uso concomitante di più farmaci può creare interazioni dannose. ■ Secondo l'analisi dell'Aifa, per esempio, circa 100mila malati anziani hanno ricevuto associazioni di farmaci che possono aumentare il rischio di sanguinamento e altri 36mila sono stati esposti all'uso contemporaneo di due o più farmaci che potenzialmente favoriscono la comparsa di aritmie cardiache. Non si tratta di un problema diffuso, ma comunque non va ignorato.





LE ASSOCIAZIONI PERICOLOSE

- ▶ Gli antidepressivi aumentano le probabilità di sanguinamento; se usati insieme agli anticoagulanti, il rischio di emorragie aumenta notevolmente.
- ▶ Gli antinfiammatori possono potenziare gli effetti degli antitrombotici, rendendo il sangue troppo fluido.
- ▶ Alcuni antibiotici possono portare a insufficienza renale se presi contemporaneamente ai diuretici forti.
- ▶ I Fans (Farmaci antinfiammatori non steroidei) possono ridurre l'efficacia degli antipertensivi; inoltre, in associazione ai corticosteroidi (medicinali a base di cortisone), possono aumentare il rischio di emorragia gastrointestinale e di ulcera peptica.

giorno!

Gli effetti collaterali

«Praticamente tutti i farmaci possono causare effetti collaterali, più o meno seri. Usandone molti contemporaneamente, dunque, si possono sviluppare disturbi difficili da ignorare, che peggiorano la qualità della vita, al punto da rendere necessario il ricorso a un'altra molecola per tamponare le conseguenze della prima» chiarisce il dottor Targhetta. Talvolta, conviene smettere di usare un farmaco o cambiarlo perché i vantaggi sono inferiori agli effetti collaterali. Qualche esempio? I Fans causano bruciori di stomaco e aumentano il rischio di ulcere; gli antibiotici alterano la flora batterica intestinale; gli Ace inibitori possono dare tosse secca; i calcio-antagonisti possono associarsi a gonfiore alle gambe; le statine possono provocare perdita di massa muscolare.

4 su 10
gli anziani che
rispettano le
ricette prescritte

I consigli da seguire

Per ridurre i rischi legati all'uso contemporaneo di più farmaci, le persone anziane devono seguire alcune semplici regole. L'aiuto e la vigilanza dei parenti sono essenziali, soprattutto se la persona ha problemi di memoria. In questo caso, è bene che siano i familiari stessi ad adottare per lei i piccoli suggerimenti riportati di seguito.

Riferire al medico i sintomi

Molti anziani non riportano al medico i sintomi avvertiti, preferendo curarli autonomamente o ignorandoli. ■ Invece, è importante spiegare al medico qualsiasi cambiamento intervenuto nelle proprie condizioni di salute: in questo modo, il professionista può valutare il ruolo dei farmaci usati e decidere se è il caso di sostituirli o associarli ad altri.

Elencare tutti i farmaci usati abitualmente

Se l'anziano è costretto a rivolgersi a medici che non lo conoscono, per esempio durante una vacanza o quando si sottopone a visite specialistiche, è bene che riferisca sempre tutti i farmaci che usa abitualmente. Se è possibile, portare con sé anche eventuali esiti di vecchi esami e cartelle cliniche.

■ Così facendo, si permette al "nuovo" medico di avere un quadro completo della situazione e di non rischiare di prescrivere cure che possono interagire con quelle già in atto.

Conservare le scatole

Non togliere mai i farmaci dalle confezioni, per non rischiare di fare confusione fra i vari blister: è più facile identificare e riconoscere i medicinali se conservati nelle scatole originali.

■ Una volta alla settimana è consigliabile controllare tutte le scatole dei medicinali, per verificare che il contenuto non sia stato scambiato e che le pillole siano state consumate nel numero corretto.

Preparare uno schema

Stilare su un foglio uno specchietto con tutte le pillole che bisogna prendere nell'arco di una giornata aiuta a orientarsi.

■ Se si è in grado di ricordare i nomi dei farmaci, elencare i medicinali, scrivendo accanto l'ora e la dose prescritta. Se, invece, si fa fatica a ricordarli, è preferibile indicare prima l'ora e poi il nome del medicinale con la dose. Lo schema va affisso in un posto ben visibile, per esempio sul frigorifero o vicino al telefono.

Distinguere le confezioni

Scrivere anche sulle scatole dei medicinali l'ora di assunzione e la dose. In questo modo, al momento di cercare la pillola, è tutto più facile.

■ È utile poi specificare sulla scatola di ogni medicinale la sua finalità in maniera semplice (per esempio, scrivendo: per il cuore, per la pressione, per lo stomaco).

*Servizio di Silvia Finazzi.
Con la consulenza del dottor Alessandro Targhetta,
specialista in geriatria e gerontologia a Venezia.*

Antibiotici, la dose giusta

PEDIATRIA/1 Ci siamo, riaprono le scuole e ricompaiono mal di gola, tosse, otiti: malanni di stagione all'ordine del giorno per i bambini, specie i più piccoli. E, in genere, curati con gli antibiotici. Ma quando servono davvero? Alla domanda risponde il primo documento di consenso sull'uso di questi farmaci in età pediatrica, che sarà presentato al congresso della Società di pediatria preventiva e sociale (a Bari, dal 12 al 14 settembre, *sipps.it*): i pediatri hanno deciso di dare indicazioni chiare perché si tratta dei medicinali più usati nella prima fase della vita (ogni anno li prende un under 14 su due, con punte del 65 per cento fra chi ha tra due e cinque anni), spesso a sproposito, tanto che sono in crescita gli effetti collaterali da antibatterici e i microrganismi resistenti alle terapie. «L'eccesso di prescrizioni dipende dalla difficoltà di individuare con precisione il germe responsabile per debellarlo con il farmaco giusto. E anche dalle pressioni dei genitori, dal dilagare della medicina difensiva, dalla scarsa aderenza dei pediatri alle linee guida esistenti» spiega Giuseppe Di Mauro, presidente Sipps. Da qui l'importanza del nuovo, semplice vademecum che, per esempio, sconsiglia gli antibiotici in caso di influenza, asma, bronchiolite o laringo-tracheite. E raccomanda un test rapido per lo streptococco, prima di somministrarli per il mal di gola. «Vanno bene, invece, per l'otite media prima dei sei mesi e al di sotto dei due anni, se è pesante e bilaterale. Mentre si possono aspettare 48-72 ore dalla diagnosi nei più grandi, se l'otite è lieve e interessa solo un orecchio». *Elena Meli*

