

# IN MENOPAUSA A 30 ANNI

## Il foto diario mi ha salvata

*Un fibroma all'utero e il corpo di Adele s'inceppa. Ma un reportage speciale, girato sulla propria pelle, le fa riscoprire la sua femminilità*

di Cecilia Damiani

“**M**amma, vado in menopausa prima di te». Così Adele, 31enne che vive a Roma, ha comunicato alla madre di avere un fibroma all'utero. «Un fibroma enorme, di 15 centimetri. Cresciuto dentro di me mentre io non mi prendevo cura del mio corpo», racconta. La scoperta è casuale: una visita dal ginecologo («Da cui non andavo da anni», confessa) per farsi prescrivere la pillola. «Il fibroma è troppo grande per essere operato, ti daremo dei farmaci per farlo ridurre e a quel punto potremo intervenire», le dice il medico. Inizia così il ciclo di iniezioni che trasformano una trentenne in una donna di mezz'età in menopausa, **e inizia così anche il reportage fotografico che Adele decide di fare per documentare la sua malattia e un po' anche per esorcizzarla.** «L'ho chiamato *Menopausa di riflessione* perché per me è stata l'occasione per riflettere su tante cose che ho sempre dato per scontate». Gli estrogeni, prima di tutto. «Sono incredibili, tengono in equilibrio la vita di una donna. Senza si diventa isteriche, in preda alle caldane, grasse, ipersensibili», spiega. Adele è una giornalista precaria e fotografa freelance. Il fibroma arriva in contemporanea con un nuovo contratto a tempo determinato, uno di quelli in cui devi dare il massimo per poi sperare in un'assunzione. Ma non è facile concentrarsi sul lavoro mentre il

tuo corpo in astinenza da estrogeni ti rende insopportabile. «Un attimo ero nervosa e urlavo contro tutti, un attimo dopo ero in lacrime». Non ci si pensa mai troppo, ma **il corpo delle donne è una macchina perfetta, che però ha bisogno di manutenzione.** Se qualcosa non va, il motore si inceppa. Si ingrassa senza mangiare, la bilancia diventa un

**Guardarsi da dietro l'obiettivo le è servito a vivere questa esperienza con ironia, mantenendo la lucidità.**

incubo e ci si trova in un bagno di sudore anche se è inverno. «Non avevo paura dell'operazione, ma mi spaventava dover affrontare questo cambiamento radicale, dover andare in menopausa a trent'anni. Non ne volevo parlare, ma allo stesso tempo avevo bisogno di tirare fuori le mie paure e le mie emozioni.

E ho trovato un linguaggio tutto mio: le foto», racconta Adele. Ne ha scattate tutti i giorni: per documentare la vita in ospedale, il suo corpo in trasformazione, il suo umore instabile. **Ha scattato anche al risveglio dall'anestesia, subito dopo l'operazione.** «L'unico ostacolo è stata la sala operatoria: lì il

dottore mi ha proibito di portare la macchina fotografica», racconta ridendo. L'esperienza con il fibroma è durata quasi un anno, fino all'operazione che le ha permesso finalmente di liberarsene: un anno in cui Adele ha riscoperto la sua femminilità. «Io, che ero sempre stata un maschiaccio!», dice. Il reportage le è servito per convogliare le paure su qualcosa di positivo. «È stato un modo di esprimermi e allo stesso tempo un metodo per concentrarmi su qualcosa che non fosse la malattia». L'obiettivo è stato centrato: Adele ha vissuto l'incontro con il fibroma con ironia, guardandosi da dietro l'obiettivo di una macchina fotografica. Un punto di vista esterno, che aiuta a restare lucide. **La "terapia" fotografica non è servita solo a lei:** «Ho scoperto che il fibroma all'utero è molto più comune di quanto si immagini. Molte donne hanno visto il mio reportage online e mi hanno scritto per dirmi che le mie foto raccontavano esattamente quello che anche loro avevano vissuto. Con le mie istantanee ho tenuto una sorta di diario. Per me sono un monito, un modo per ricordarmi, da ora in poi, e sempre, che sono una donna».



### ADELE SARNO

31 anni, napoletana di nascita, romana d'adozione, Adele è fotografa. Con il reportage *Menopausa di riflessione* ha raccontato la sua malattia dall'interno. Da settembre 2010 segue la storia di Giuliano e Maria, una coppia colpita dall'Alzheimer. Se vuoi vedere i suoi lavori, vai su: <http://adelegiorgiasarno.com>.

**8** soluzioni a **8** problemi

# Quando il **ciclo** ti mette all'angolo

• *Uno yogurt contro gli sbalzi di umore. Un'ora in palestra per attenuare il dolori al seno. E tanto tanto potassio (leggi banane, spinaci e pesce) per entrare nei tuoi skinny. Qui i suggerimenti dei nostri esperti per combattere il mal di mestruazioni*

di Amy Levine-Epstein

Il 53% delle donne nei primi giorni di flusso s'innervosiscono con il partner (fonte: Sigo).



**N**ervi a fior di pelle, pancia gonfia, brufoli a gogò. Otto donne su dieci "sentono" l'arrivo del ciclo. Per fortuna, contrastare questi disturbi è possibile. E lo si fa in palestra, in farmacia o a tavola. Segui i consigli dei nostri esperti. Ti aiuteranno a vivere al meglio il periodo più critico del mese.

► **Contro i crampi prova analgesici e cerotto**

A volte hai solo un lieve indolenzimento al basso ventre o ai reni. Altre, i crampi sono così forti da costringerti a letto. «È colpa delle prostaglandine, gli ormoni che aiutano i muscoli dell'utero a contrarsi e a espellere sangue. Alcune donne ne producono di più o sono sensibili a queste sostanze: perciò ne risentono particolarmente», dice Mary Jane Minkin, docente di ginecologia clinica alla *Yale University School of Medicine*. «Contro i crampi devi agire per tempo. **Il primo giorno del ciclo prendi un antinfiammatorio da banco (ibuprofene) e ripeti ogni sei ore:** fa calare la produzione di prostaglandine», dice Jennifer Ashton, ginecologa. E mentre aspetti che faccia effetto, **applica un cerotto termico sull'addome: attenua le contrazioni.** Se non passano, vai dal ginecologo. «I crampi persistenti possono indicare endometriosi. A causa di questa patologia il tessuto dell'utero, l'endometrio, migra verso altre zone come la cavità pelvica, provocando negli anni dolori sempre più intensi e

sterilità», avverte Fausta Gramellini, ginecologa all'Ospedale Buzzi di Milano. **«Una soluzione da valutare col medico è la pillola contraccettiva.** Previene l'ispessimento dell'endometrio, così anche il flusso di sangue si riduce e la produzione di prostaglandine cala».

► **Niente più corse in bagno se riduci le fibre**

Ti succede ogni volta che arriva il ciclo. La pancia va in subbuglio nei momenti meno opportuni. E la colpa è ancora delle prostaglandine. «Fanno contrarre l'intestino mettendolo sottosopra», avverte Minkin. Che fare? Gioca d'anticipo. Prendi un antidolorifico ai primissimi sintomi. Se la tua pancia è già sottosopra, invece, ricorri a un antidiarroico, per esempio a base di *loperamide*. Anche a tavola puoi fare qualcosa. Già la settimana prima delle mestruazioni, evita gli snack straunti, ma anche la frutta e la verdura ad alto contenuto di fibre (spinaci, fagiolini, agrumi, mele) e cereali integrali: questi cibi possono irritare l'intestino. **«Scegli alimenti leggeri e ricchi di amido come riso, patate, banane o pane tostato.** Questa sostanza assorbe l'acqua in eccesso nell'intestino e ha effetto astringente», dice Minkin.

► **Riequilibra l'umore facendo il pieno di latte**

Quando stanno per arrivarti, ti basta poco per innervosirti e prendertela con tutti: sei irrequieta e imprevedibile. Come mai? «Gli sbalzi d'umore sono

innescati dalle fisiologiche impennate di estrogeni e progesterone appena prima e all'inizio del ciclo: disturbano l'equilibrio chimico del tuo cervello facendoti passare dall'euforia alla depressione», spiega Jo Ann Manson, primario di medicina preventiva al *Brigham and Women's Hospital* di Boston. La soluzione? «Diversi studi confermano che **calcio e vitamina D possono stabilizzare l'umore durante il ciclo.** Assicurati le dosi giornaliere raccomandate: 1000 mg di calcio e 15 µg di vitamina D. Ti bastano 3-4 porzioni di latte, formaggio o 1 yogurt al giorno; oppure ricorri agli integratori». **Un altro alleato dell'umore è lo sport. «20 minuti di allenamento cardio incrementano la produzione di endorfine,** gli ormoni del benessere», spiega Fausta Gramellini.

► **Stop alla ritenzione idrica grazie al potassio**

Hai mai provato a infilare i tuoi skinny preferiti qualche giorno prima del ciclo? Impossibile. «È per via della ritenzione idrica causata dal calo degli estrogeni tipico di questo periodo», dice Ashton. «Per evitare di diventare un palloncino, una settimana prima cambia dieta e punta su alimenti ricchi di potassio (banane, spinaci, pollame, pesce): ti aiutano a drenare i liquidi in più. **Riduci, invece, il sale: ti fa trattenere acqua. E niente alcol, l'unica bevanda concessa è l'acqua naturale**», spiega la nutrizionista Fiorella Cocco. Infine, ricordati di fare

**Il tuo ginecologo non ha mai tempo per rispondere alle tue domande? Cercatene uno più disponibile! Nel frattempo, ci pensa Cosmo...**

**Ogni volta che mi vengono le mestruazioni, non riesco a pensare ad altro che a mangiare. Perché ho così fame? È colpa degli ormoni "ballerini".** Durante il ciclo hai continui e violenti sbalzi ormonali: sono loro che aumentano il tuo appetito.

**All'inizio del flusso, il sangue appare molto più scuro. C'è un motivo? Il suo colore dipende da quanto tempo è rimasto nell'utero.** Il sangue mestruale può essere rosso intenso, marrone o nerastro, a seconda di quanto a lungo ristagna prima di fuoriuscire.

**Ma è proprio necessario avere le mestruazioni? No, se non sei in cerca di una gravidanza: dal punto di vista della salute non cambia nulla.** Puoi bloccarle optando per una pillola di nuova generazione che interrompe il ciclo per diversi mesi. Parlane col ginecologo.

**In quel periodo del mese spesso mi fa male la vagina. Come mai? Il flusso di sangue rende più sensibili grandi e piccole labbra.** I tamponi possono aggravare il disturbo. Meglio usare assorbenti esterni. Se però la vagina ti fa molto male, consulta il medico.

attività fisica. Con una bella sudata ti sgonfi ancora più velocemente.

► **Contro la tensione al seno vai subito in palestra**

In quei giorni il décolleté è spesso teso e dolorante. «All'origine, ancora una volta, c'è la ritenzione idrica, che stimola la prolattina, l'ormone che regola la produzione di latte e che può rendere il seno ipersensibile al tatto e al movimento», risponde Minkin. Per rimediare, valgono i consigli appena detti: ridurre i liquidi in eccesso (no a caffeina, cibi salati e alcol, sì ad alimenti ricchi di potassio). Ma soprattutto vai in palestra: **l'attività fisica con gli attrezzi ti aiuta a ridurre i liquidi e ti tonifica.** Basta indossare un reggiseno sportivo con un efficace sostegno antirimbolzo.

► **Sconfiggi il mal di testa con una tazza di caffè**

Parte con un dolore pulsante che a volte colpisce un solo lato della testa: l'emicrania da ciclo è spesso associata a nausea e sensibilità alla luce. «Le fitte sono provocate dai vasi sanguigni dilatati a causa degli sbalzi ormonali», spiega Rebecca Booth, ginecologa e autrice di *The Venus Week* (€ 15,40 su *Amazon.it*). Se ne soffri anche tu, alle prime avvisaglie prendi un analgesico (*ibuprofene, paracetamolo*) con una tazzina di caffè. **«La caffeina restringe i vasi sanguigni nel cervello riducendo il dolore e aiuta ad assorbire più velocemente il principio**

attivo del farmaco», aggiunge Ashton. Sul fronte dieta, qualche giorno prima elimina i cibi che innescano l'emicrania: vino rosso, cioccolato e formaggi.

► **Metti la crema antibrufoli**

Non sono solo un brutto ricordo dell'adolescenza. I brufoli possono venirti anche da adulta, proprio con le mestruazioni. «La pelle è sensibile al testosterone, che le donne producono in piccole dosi nei giorni precedenti il flusso e che stimola la produzione di sebo. Questo occlude i pori, che in quei giorni rischiano di trasformarsi in brufoli o punti neri», spiega David J. Leffell, docente di dermatologia alla *Yale School of Medicine*. Che fare? «Applica una crema a base di *bensoil-perossido* o *acido salicilico* due volte al giorno», dice l'esperto. **«No invece agli esfolianti: irritano la pelle infiammata. Se l'acne è severa, chiedi al ginecologo se è il caso di ricorrere alla pillola.** Gli ormoni dei contraccettivi orali riducono gli sbalzi ormonali che scatenano le eruzioni».

► **Vinci la stanchezza con lo spinning**

Ti senti stanca, soffri d'insonnia, hai cali di energia e al lavoro fai più fatica. «È normale quando hai il ciclo. Dipende



dal calo di estrogeni e progesterone», dice Rebecca Booth. **«Il consiglio, ovvio ma efficace, è di andare a letto più presto finché dura il flusso».** Un altro trucco antistanchezza? Può sembrarti strano, ma devi muoverti di più. Fai spinning, ritagliati mezz'ora per correre nel parco: praticare un'attività aerobica ti ricaricherà le batterie, facendoti sentire più sveglia e reattiva per qualche ora di fila. Evita, invece, di ricorrere a dolci o troppi caffè per contrastare la fiacca: ti danno uno sprint immediato, ma solo temporaneo. E il calo glicemico, che inevitabilmente arriva dopo, ti farà sentire ancora più stanca di prima.

...continua

**A volte nel mio sangue mestruale si formano degli enormi grumi. Che cosa sono e soprattutto perché succede?**

**La presenza di grumi rossi o marroni è normale nei giorni di flusso più intenso.** Ma se compaiono alla fine o sono delle dimensioni di una moneta o più grandi, dillo al medico. Possono segnalare endometriosi o fibromi.

**Quanti tamponi interni dovrei usare nell'arco delle 24 ore?**

**Tutto dipende da quanto è intenso il flusso.** A volte, i primi giorni può succedere di dover cambiare un tampone extra-assorbente addirittura ogni due ore, ma in seguito, nella fase di ciclo più leggera, puoi tenerli tranquillamente più a lungo, sostituendoli anche ogni otto ore circa.

**Ho il ciclo capriccioso: arriva quando vuole lui. In che modo posso regolarizzarlo?**

**Per prima cosa, devi stabilire perché le mestruazioni non ti vengono a una frequenza normale, cioè ogni 21-35 giorni.** Stress, dieta squilibrata o endometriosi possono essere i "colpevoli". Per fare chiarezza consulta subito il ginecologo.

**Il mio compagno non è entusiasta all'idea di avere rapporti anche in quei giorni. Come posso convincerlo?**

**Prova nei giorni di flusso leggero o subito dopo avere fatto una doccia, quando sarà meno un pasticcio...** E scegli una posizione che limiti la fuoriuscita di sangue: sdraiata sulla schiena o girata su un fianco.

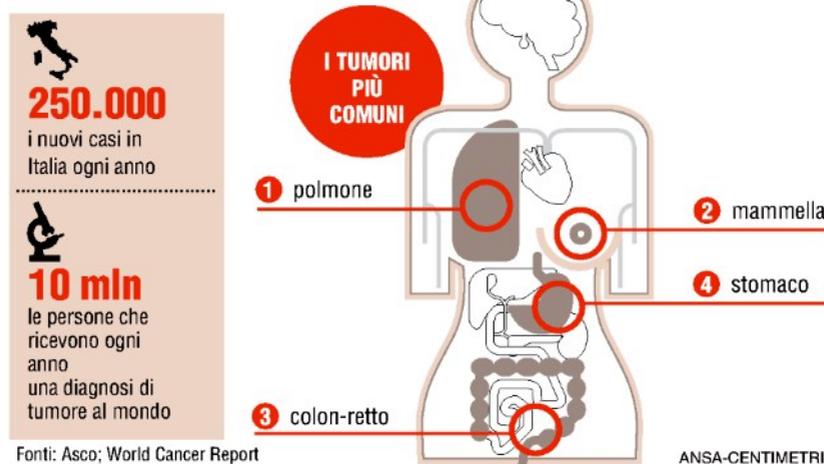
Fonte: dottoressa Jennifer Wider, esperta di salute per i

**RICERCA** Team canadese rivoluziona il modo di combattere il cancro

# Tumore, in una proteina la chiave per fermarlo

## Svelato il meccanismo che fa moltiplicare le cellule

### La fotografia



di **CARLA MASSI**

ROMA - Responsabile della crescita di un tumore e della nascita delle metastasi è una proteina. Una sorta di piccolo grande ariete che consente ad alcune cellule, i macrofagi, di farsi strada nei tessuti, di migrare nell'organismo ed arrivare alla neoplasia. Dove avvia la proliferazione. A firmare il lavoro che svela questo meccanismo, un gruppo di ricercatori canadesi diretti da David Waisman del dipartimento di Biochimica e biologia molecolare della Dalhousie university di Halifax. Un successo (lo studio è pubblicato sulla rivista internazionale Cancer Research) che potrebbe modificare la strategia di base per combattere il cancro.

In laboratorio sono riusciti, dunque, a interrompere il processo di conversione delle cellule normali in cellule neoplastiche. Ruolo chiave in questa trasformazione spetterebbe a una proteina (S100A10)

che è sulla superficie dei macrofagi, considerati i soldati dell'organismo. I macrofagi, proprio grazie a questa, vengono attirati verso il tumore. Una volta arrivati nel sito sono protagonisti del suo sviluppo: vengono riprogrammati diventando i responsabili della diffusione della malattia. Del suo diventare più grande e più aggressiva o di trasformarsi in metastasi nel caso in cui si estenda in diversi organi.

All'università di Halifax, in laboratorio con le cavie, sono riusciti a fermare la migrazione di queste cellule: hanno disattivato la potenza della proteina. Fino ad eliminare la proteina stessa in alcuni topi. Waisman e il suo team hanno scoperto che senza la S100A10 il tumore rallenta la sua crescita o, nei casi migliori, si ferma. Questo, per arrivare alla nascita di un farmaco in grado di intervenire in tempo

e isolare le cellule neoplastiche.

«Il prossimo passo - spiega Waisman - sarà quello di capire esattamente come funziona la proteina. Come attira i macrofagi verso il tumore. Dovremo essere in grado di disattivare anche nell'uomo il ruolo di questa guida». I risultati sono stati ottenuti su un campione di topi malati di tumore ai polmoni. Ma il meccanismo, spiegano, è sovrapponibile a quello di altre neoplasie. Nelle quali è molto forte la correlazione tra il sistema immunitario e lo sviluppo del cancro.

Da uno studio mirato sul tumore dell'ovaio arrivano, invece, indicazioni pratiche di prevenzione: evitare il grasso nella pancia. E' infatti una sorta di grembiule di grasso, si chiama omento, adagiato nell'addome superiore vicino allo stomaco, ad aprire la strada alla neoplasia. I ricercatori dell'università di Chicago hanno iniettato delle cellule cancerose

se ovariche in cavie sane scoprendo che proprio l'omento attraeva le cellule cancerose. Il gruppo di studiosi ha disturbato il meccanismo ed è riuscito a diminuire il fenomeno dello spostamento. «Le cellule dell'omento - dicono i ricercatori - contengono l'equivalente biologico del carburante dei jet. Nutrono quelle tumorali e le aiutano a moltiplicarsi. Comprendere questo movimento ci può aiutare a distruggerle. Il metabolismo del grasso è sicuramente responsabile anche di altri tumori. Come quello del seno, dello stomaco e del colon».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

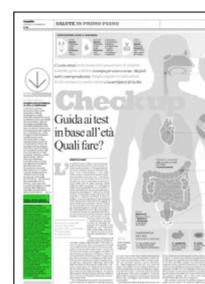


## L'iniziativa/2

### OVAIO, UN'ALLEANZA GINECOLOGI-ONCOLOGI

Ginecologi e oncologi per combattere un tumore estremamente insidioso: quello dell'ovaio. A questo scopo [Aiom](#) ([Associazione Italiana di Oncologia Medica](#)) e Sigo (Società Ginecologia-Ostetricia) intendono facilitare la gestione multidisciplinare della malattia. Il tumore all'ovaio insorge soprattutto dopo la menopausa, ed è la più comune causa di morte per neoplasie ginecologiche. Su 4.500 italiane colpite, 3.000 non sopravvivono. Otto volte su dieci la diagnosi arriva quando il carcinoma è già in fase avanzata. In questi casi anche se si interviene, la malattia si ripresenta nell'80% dei casi. Spiega Nicoletta Colombo, direttore dell'Unità di Ginecologia Oncologica Istituto Europeo di [Oncologia](#) di Milano: «Non esistono sistemi di screening efficaci. A rischio le donne che hanno una madre o una sorella affetta da carcinoma ovarico. Nei casi sospetti lo specialista può prescrivere un'ecografia e il dosaggio del marcatore tumorale Ca 125»

*(alessandra margreth)*



*Sempre più Regioni e Asl si affidano a Equitalia per recuperare le somme non pagate*

# Caccia ai "furbetti" del ticket

**Sotto la lente i codici bianchi in pronto soccorso e i referti non ritirati**

**G**uerra ai "furbetti" del ticket. Per far tornare i conti e recuperare il "mal-tolto" sempre più Regioni e Asl stanno decidendo di rivolgersi ai professionisti della riscossione: Equitalia. La missione è quella di recuperare, a spron battuto, la maggior parte possibile dei soldi dovuti e mai consegnati alla Asl per il pagamento dei ticket. Sotto i riflettori, in particolare, i cittadini che hanno usufruito del pronto soccorso senza versare la quota dovuta e chi non paga il ticket sui referti clinici perché - dopo averli eseguiti - non si reca poi a ritirarli. Una prassi abbastanza diffusa, a quanto pare. Secondo molte direzioni sanitarie negli uffici di Asl e ospedali giace una mole di referti non ritirati: migliaia di risultati lasciati lì dai cittadini.

L'ultima in ordine di tempo ad affidarsi ai servizi di Equitalia sarà la Lombardia che ha deciso di far scattare questa stretta sulla Sanità a partire dal 2012: è in vista nei prossimi giorni la sigla di un accordo con Equitalia. Nei prossimi mesi, dunque, il Pirellone invierà i nominativi dei cittadini lombardi inadempienti agli uffici di Equitalia e questi provvederanno a emettere le cartelle esattoriali. Per chi deciderà di fare ricorso varranno le stesse regole (30 giorni anziché 60) entrate in vigore da poco. La nuova intesa con Equitalia si affianca così agli altri accordi già siglati, rispettivamente, con l'agenzia delle Entrate e con la Guardia di Finanza per cercare di intercettare i "falsi" esenti dal ticket, ovvero chi produce autocertificazioni non esatte.

Ma la stessa strada dei controlli incrociati con Equitalia è stata già seguita da altre Regioni e Asl. Come quella di Savona che ha siglato a inizio ottobre con l'agenzia Equitalia di Sestri un accordo per il recupero dei ticket non pagati dall'ottobre del 2006 in poi: una convenzione, questa, che costerà - così c'è scritto nella delibera di approvazione - l'un per cento dei compensi recuperati. Stessa cosa hanno fatto, in passato, l'Asl di Nuoro e quella di Taranto. Tra le Regioni che hanno scelto di affidarsi a Equitalia c'è anche la Toscana che ha colto la palla al balzo del completo restyling della compartecipazione alla spesa dei cittadini decisa l'estate scorsa per dare la caccia ai "furbetti" del ticket.

**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**LA DIFESA  
DELLA VITA**

**Dal 1978 sono state quasi 100mila le interruzioni di gravidanza in regione. Solo nell'ultimo quinquennio una ogni 5 nati vivi**

# Aiuti alle gestanti per fermare l'aborto

## *Il Friuli stanZIA il primo mezzo milione*

**Il sostegno di 2.400 euro copre tutto il periodo della gravidanza e i primi sei mesi di vita del bambino**

DA TRIESTE **FRANCESCO DAL MAS**

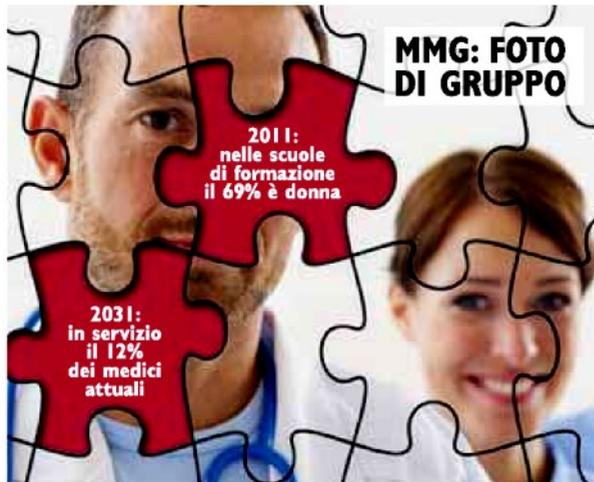
**D**al 1978 è sparita, in Friuli-Venezia Giulia, una città grande come Udine. Ben 99.677, infatti, sono stati gli aborti. Tanti quanti gli abitanti del capoluogo friulano. Negli ultimi cinque anni le interruzioni di gravidanza sono risultate 10.284, contro 52.218 nascite. «Praticamente un aborto ogni cinque nati vivi. È francamente intollerabile», sottolinea Roberto Molinaro, assessore alla Famiglia, dell'Udc, partito che in Regione è alleato con il centrodestra. Ed ecco che dalle parole di sconcerto, lo stesso governo locale è passato alle vie di fatto. Anzitutto dando attuazione, con un primo stanziamento di 500mila euro, alle linee d'intervento previste dall'articolo 8 della legge regionale del 2006, per il sostegno economico alle gestanti in difficoltà. La linea di spesa regionale prevede per le gestanti che ne hanno diritto un'erogazione di 2.400 euro, con le modalità stabilite dal piano individualizzato predisposto dal servizio sociale competente per territorio, e potrà contare sulle risorse assegnate agli ambiti socio-assistenziali, sempre dello stesso territorio. Ricordando che «il legislatore regionale ha voluto schierarsi già a suo tempo in favore della vita, riconoscendo il valore sociale della maternità», Molinaro precisa che questo specifico intervento economico ha la durata della gravidanza. Non solo, anche dei primi sei mesi di

vita del bambino. L'azione di sostegno è effettuata dal servizio sociale del Comune di residenza mediante la predisposizione di un piano individualizzato, che può prevedere anche il diretto intervento delle associazioni che perseguono il sostegno alla maternità. «Le misure per favorire e sostenere le nascite in Friuli-Venezia Giulia risalgono ancora alla metà degli anni '80, con l'assegno di natalità per le donne prive di copertura previdenziale - spiega l'assessore Molinaro - proseguite con gli assegni di natalità già in corso che sono destinati mediamente ad un nato su due. La nuova misura, invece, vuole ulteriormente intervenire in quelle situazioni di disagio sociale ed economico che, purtroppo, talvolta non consentono alle donne di portare a termine la gravidanza». Molinaro puntualizza che quanti operano sul campo, nei servizi sociali e nelle associazioni, hanno più volte segnalato che le interruzioni volontarie delle gravidanze sono in gran parte evitabili. «Noi, pertanto, vorremmo contribuire a questo con una prima applicazione sperimentale delle norme regionali dove, beninteso, l'aiuto economico è solo una parte del progetto individualizzato, che deve indicare tutti i previsti e specifici sostegni». Ad integrazione, per fare solo un esempio, degli asili nido. La delibera di giunta dispone anche l'assegnazione degli account ai soggetti gestori, che saranno in seguito compensati in relazione ai fabbisogni rilevati. In Friuli-Venezia Giulia gli aborti nel 2010 sono stati 1.970, contro 10.337 nascite e risultano in leggera diminuzione dal 2007, quando hanno raggiunto il picco di 2.180.



**INIZIATIVA****FAMIGLIE NUMEROSE, ACCESSI AGEVOLATI  
AL PARCO MAGICLAND DI VALMONTONE**

Per venire incontro alle difficoltà di nuclei familiari numerosi e per sostenere la famiglia in quanto tale, il Parco Magicland di Valmontone (Roma) applicherà oggi agli aderenti dell'Associazione nazionale famiglie numerose uno sconto speciale. È prevista la partecipazione di oltre 1000 persone associate, delle quali 500 si sono già prenotate. Si tratta di nuclei che arriveranno sia dal Lazio che dalle vicine regioni. L'Associazione conta in Italia attualmente 12.000 famiglie associate con almeno 4 figli, più un discreto numero di famiglie sostenitrici, per un totale di quasi 100 mila persone tra adulti e bambini. «Il Parco Magicland di Valmontone – spiega un comunicato dell'Associazione – offre la possibilità di trascorrere una giornata a un prezzo speciale. Alla nostra Associazione verrà riservato uno spazio al Magicland Theatre, teatro che aprirà le porte di un mondo fantastico, il mondo di Rainbow Magicland a Roma. Augurandoci che quest'iniziativa, messa in risalto attraverso i media che potranno testimoniare la gioia e le risa dei nostri tanti bambini e ragazzi, funga da tramite per altre analoghe occasioni a misura di famiglia». Oggi Magicland effettuerà orario continuato dalle ore 10 alle 18,30.

**IL PROGETTO DI RIORDINO DEL TERRITORIO****Pronte le cure primarie**

Lo schema della riforma: associazionismo e nuovi compensi

**N**uova struttura del compenso, accesso unico al ruolo della medicina generale, gestione mono e multi-professionale del paziente: ecco i cardini del riordino delle cure primarie sul territorio.

Il documento, pronto per l'esame in sede di Conferenza Stato-Regioni ma sostanzialmente definitivo nelle linee essenziali, incassa l'approvazione della Fimmg. Che dà anche la propria disponibilità alla pro-

posta emiliano-romagnola di cominciare a sperimentare l'applicazione del riordino, in attesa che si compia l'iter di modifica dell'art. 8 del Dlgs 502.

Intanto, è operativo il tavolo di lavoro per la revisione delle cure d'urgenza sul territorio, cui sarà affidata la gestione dei codici light. E l'Agenas dà la sua ricetta alle amministrazioni con piani di rientro.

SERVIZI E TESTO A PAG. 4

Dalla Fimmg foto e trend demografico dei medici di medicina generale italiani

**Mmg verso il ricambio totale**

Tra 20 anni sarà in servizio solo il 12% di chi lavora oggi - Donne alla carica

**P**iù giovani e più donne: in vent'anni la medicina generale cambierà radicalmente pelle: sarà ancora in servizio appena il 12% dei medici di famiglia attivi oggi. E le dottoresse saranno la maggioranza, come d'altronde si prevede per la professione nel suo complesso.

A interrogarsi sul presente e sul futuro dei camici bianchi generalisti è stata la Fimmg, il maggior sindacato di categoria. Che ha lavorato su più fonti: l'archivio dati dell'Enpam, l'ente di previdenza dei medici, l'annuario statistico 2010 del ministero della Salute, il sito del ministero del Lavoro, l'archivio Fimmggest e le informazioni fornite direttamente dalle segreterie regionali. Obiettivo: prevedere il più accuratamente possibile quale avvenire aspetta la galassia della medicina generale. Per arrivare preparati alla "rivoluzione" demografica.

**Foto di gruppo.** Al 2010 i medici di famiglia in servizio erano 43.932: la Lombardia è la Regione con il più alto numero di Mmg (6.727), seguita da Lazio e Sicilia, con oltre 4mila professionisti. Il numero medio di pazienti per medico di base varia molto (si veda il grafico dell'Italia). «È legato da un lato alla scelta dei cittadini, dall'altro alle politiche regionali sul rapporto ottimale (fissato dalla convenzione nazionale a un medico per 1.000 abitanti)», spiega Tommasa Maio della Fimmg,

che ha curato la raccolta e l'elaborazione dei dati. Non a caso a livello nazionale il numero di pazienti per camice bianco è costantemente aumentato, passando da poco più di 1.092 del 2000 a 1.124 del 2008.

In media, il 64% dei generalisti percepisce indennità per l'adesione a forme associative, anche in questo caso con una forte variabilità territoriale: si va dal 33% della Calabria all'82,5% del Piemonte. Le decisioni regionali pesano pure qui: spesso la volontà dei camici bianchi di aderire si scontra con i tetti imposti dalle amministrazioni locali. Una politica che penalizza soprattutto i giovani che si affacciano alla professione.

Gli uomini oggi sono la netta maggioranza: rappresentano il 72% dei medici di famiglia, 31.795 in valore assoluto contro 12.137 donne. Contano sul proprio territorio più di mille dottoresse di base soltanto un pugno di Regioni: Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Lazio e Lombardia (che ne annovera poco più di 2mila). In percentuale, però, le donne superano il 30% della categoria solo in Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Sardegna (nell'Isola raggiungono il 35% del totale).

Guardando all'anno di nascita, già si intravede come la situazione vada verso il capovolgimento: dai nati nel 1965 in poi il numero di donne raggiunge



quello degli uomini, fino a superarlo a partire dai nati negli anni Settanta. Le nuove forze della categoria, per intendersi, sono femminili: tra gli under 50 le dottoresse oggi sono già la maggioranza. specularmente, tra gli uomini, gli over 60 sono ben il 32%. Ultima nota, come al solito dolente: il reddito medio degli uomini è di 64.482 euro, quello delle donne è di 56.723 euro. Le dottoresse guadagnano il 13,7% in meno.

**Ricambio "fast".** È dalle previsioni della Fimmg su chi esce e chi resta in servizio che arrivano le sorprese maggiori. «Tra dieci anni - spiega Tommasa Maio - sarà ancora in servizio il 74% dei medici attivi oggi. Ma tra 15 anni quella quota sarà al

ta si a asserà sticamente 34% fino a raggiungere il 12% tra vent'anni. In un modello teorico ideale in cui l'immissione nella professione avviene a circa 30 anni e la pensione a 70 dopo 40 anni di attività, in 20 anni si dovrebbe realizzare la quiescenza del 50%. Nella nostra ipotesi invece si verifica il pensionamento dell'88% di chi oggi è attivo. Ed è una previsione ottimistica: la nostra simulazione contiene un bias di fondo e cioè che tutti decidano di attendere i 70 anni. Alle porte c'è un ricambio massivo che apre la porta a moltissimi nuovi inserimenti. Un'occasione di rinnovamento che la categoria deve saper cogliere».

I nuovi ingressi saranno con

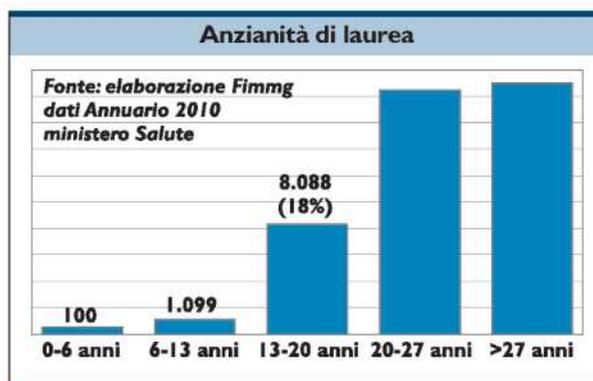
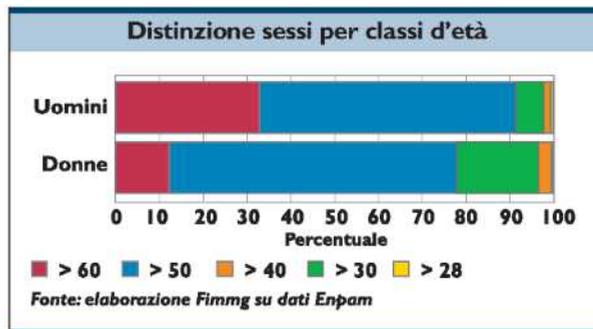
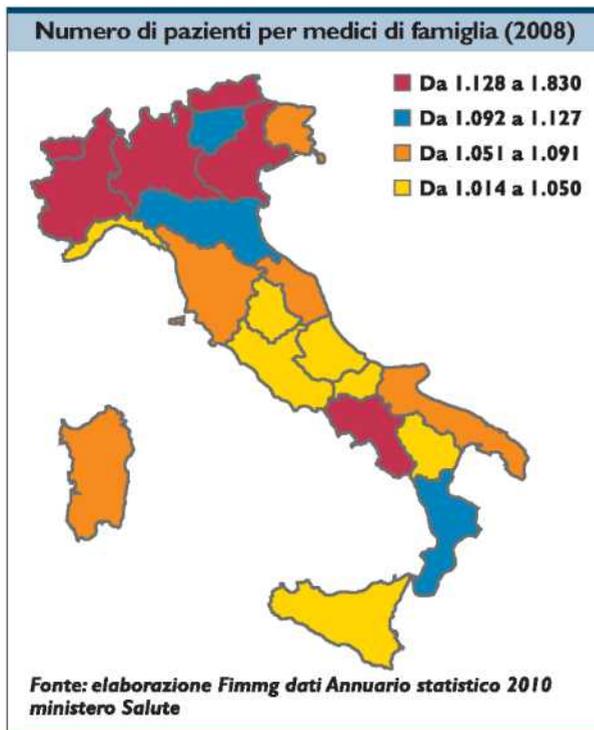
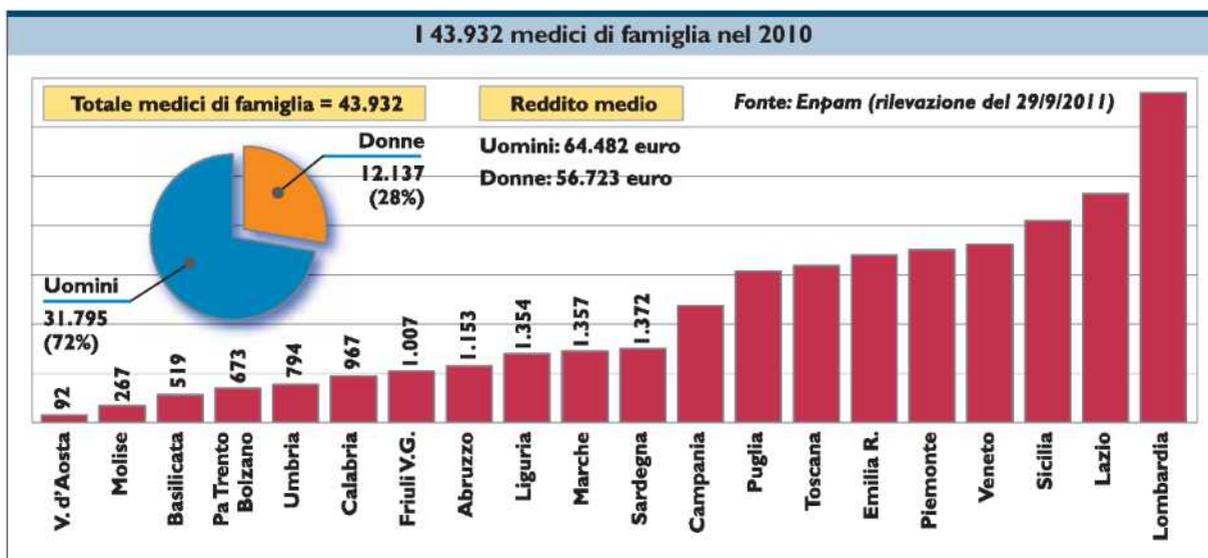
tutta probabilità soprattutto al femminile, se già oggi nelle scuole di formazione in medicina generale le donne sono il 69% del totale. La tendenza è europea: in tutti i Paesi Ue la maggioranza dei giovani laureati in medicina tra i 25 e i 34 anni è ormai composta da dottoresse.

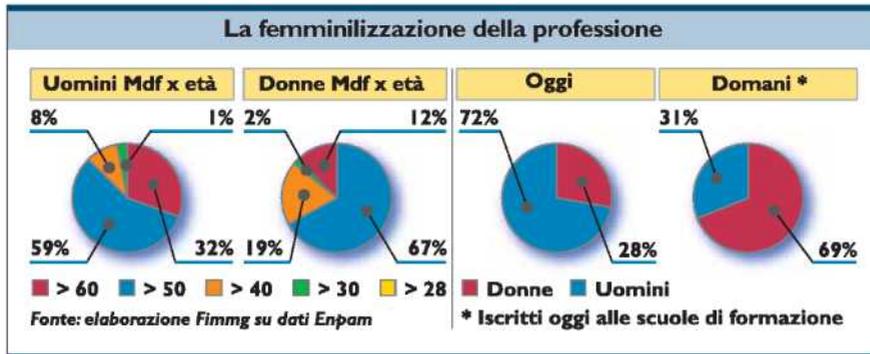
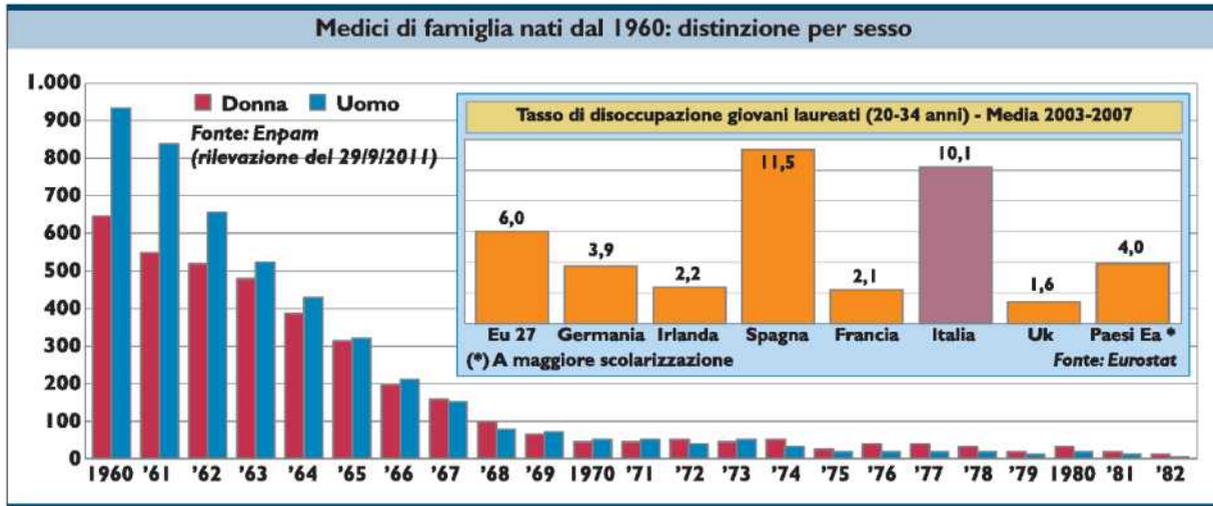
Con questi numeri riflettere sul futuro diventa doveroso. «Bisogna porsi delle domande», dice Maio. «La contrattualità attuale prevede risposte soddisfacenti? Da che cosa dipendono davvero le differenze di reddito tra uomini e donne? La struttura del compenso, le modalità organizzative e remunerative penalizzano le donne in quanto tali o le donne in quanto

“nuovi ingressi” nella professione? La Fimmg ha condotto questo studio demografico proprio per capire quali risorse e caratteristiche devono avere i progetti futuri». Dove orientare il timone per navigare con serenità. Ben sapendo che gran parte della partita si gioca proprio sull'appetibilità della professione, oggi “appannata” da una remunerazione della scuola di formazione che è la metà di quella riconosciuta ai medici specializzandi e dalle pastoie burocratiche che rallentano l'accesso al ruolo. Fatti i “nuovi” medici di famiglia, bisognerà fare la nuova medicina generale.

**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





### Previsioni di turnover

	Nuovi posti	Mmg attivi *
2016	6%	94%
2021	26%	74%
2026	66%	34%
2031	88%	12%

\* Quota di Mmg attuali che si presume resterà in servizio

**BOCCIATO LO SCHEMA DI DLGS****Enti vigilati dalla Salute:  
no regionale al riordino**

**P**arere negativo in Conferenza Unificata allo schema di Dlgs per il «Riordino degli enti vigilati dal ministero della Salute» (v. *Il Sole-24 Ore Sanità n. 39/2011*). Le Regioni hanno ribadito la necessità di stralciare dal provvedimento la parte relativa agli Istituti zooprofilattici sperimentali, che, al contrario degli altri enti di cui si propone la riorganizzazione, non sono vigilati dal ministero della Salute, ma dalle Regioni, come prevede il Dlgs 270/93.

«Con tali provvedimenti - ha commentato il coordinatore degli assessori al Bilancio, Romano Colozzi (Lombardia) - si opera lo "scippo" di pezzi importanti dell'autonomia regionale».

(Testo: [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com))



# Emergenza-urgenza, sistema da riscrivere entro dicembre

Tre modelli allo studio - Focus Agenas sulle realtà con piani di rientro

## Guardie mediche da formare

**R**iordino delle cure primarie e revisione del sistema dell'emergenza-urgenza vanno a braccetto. Tanto che, parallelamente al progetto di revisione dell'assistenza extra-ospedaliera - in un'ottica di continuità assistenziale per il cittadino - il ministro Fazio ha voluto istituire un tavolo tecnico su un'ipotesi di lavoro articolata in tre modelli. Al centro, il servizio di continuità assistenziale e il 118, integrati e organizzati sulla base delle esigenze del territorio.

Entro dicembre gli esperti dovrebbero mettere a punto una proposta, che per forza di cose vedrà l'ospedale come interfaccia obbligato del territorio: il triage continuerà a essere delegato ai Pronto soccorso, che in uno scenario di maggiore coordinamento con le cure territoriali e secondo appropriatezza dovranno inviare a quest'ultimo i cittadini con codici verdi e bianchi "curabili" extra-corsia. Perché è chiaro che anche un'urgenza lieve può necessitare di assistenza ospedaliera.

Come per il progetto di riordino del territorio, le opzioni in campo andranno però differenziate sulla base delle autonome scelte regionali, degli accordi sindacali e della definizione delle singole professionalità (ruolo della guardia medica, in particolare, eventualmente da sottoporre a una formazione ad hoc), avendo presenti criteri di armonizzazione e integrazione delle attività della medicina generale e del servizio 118.

In attesa che anche il riordino dell'emergenza prenda forma, intanto, le Regioni con piano di rientro sono diventate un potenziale laboratorio, in cui in due anni sono stati costruiti modelli potenzialmente

esportabili anche in altre realtà. Come si legge nel focus dedicato alla "Proposta Agenas alle Regioni sottoposte a piani di rientro (v. Monitor n. 27), la «vera chiave di volta dell'intero processo» di ripristino dell'appropriatezza sta proprio in un «razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree (...). La riorganizzazione della rete dell'emergenza guida la riorganizzazione della rete ospedaliera e non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, in grado di recepire una vasta gamma di istanze». Al momento, la cifra comune del sistema sanitario territoriale è «la debolezza della presa in carico, ovvero la scarsa realizzazione di percorsi di cura che utilizzino le reti di erogatori per la risoluzione dei problemi complessi». Per uscire dall'impasse, Agenas propone un modello basato su quattro principi fondamentali: incrocio del dato epidemiologico con il dato delle prestazioni realmente effettuate derivate dalle Sdo; individuazione e implementazione della rete di emergenza con le sue relazioni con il 118 e la rete ospedaliera, secondo il concetto di hub&spoke quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie; integrazione della continuità assistenziale nella rete d'emergenza, creazione di un forte riferimento regionale presso gli assessorati alla Sanità che affianchi il coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne l'attuazione.

**B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CURE PRIMARIE/ Pronto per l'esame delle Regioni il testo che riorganizza l'assistenza

# Così il territorio cambia faccia

Compenso riscritto, accesso unico e Uccp - Prove di riforma in attesa del Ddl

**D**eve ancora superare il vaglio ufficiale delle Regioni, con il canonico passaggio in sede tecnica e poi in "Conferenza". Ma di fatto il testo che riorganizza le cure primarie sul territorio e mette mano alla struttura del compenso della medicina generale è quello che pubblichiamo. La versione, cioè, messa a punto dal ministero della Salute dopo una serie di incontri con i sindacati e con gli esperti regionali che negli ultimi mesi hanno guidato il tavolo sul riordino (v. Il Sole-24Ore Sanità n. 37/2011).

La "benedizione" è arrivata dal palco del convegno del 21 e 22 ottobre, quando a Parma si è fatto il punto sullo stato di avanzamento del programma per la realizzazione di 102 case della salute nella Regione Emilia Romagna. Ed è lì che, non a caso, si sono incontrati i tre protagonisti del progetto che riscrive l'organizzazione delle cure primarie su scala nazionale: il ministro della Salute Ferruccio Fazio, il leader del principale sindacato dei medici di famiglia, Giacomo Milillo, e l'assessore alla Salute Carlo Lusenti. E se il ministro, dal canto suo, ha confermato che la

modifica dell'articolo 8, Dlgs 502/1992, «sarà affidata con ogni probabilità a un Ddl», l'incontro di Parma è stato l'occasione per i padroni di casa di «avviare un tavolo cui partecipino le Regioni interessate al processo di riordino, oltre agli altri interlocutori che vi sono coinvolti», secondo quanto ha proposto Lusenti dal palco. Come dire che l'Emilia Romagna, all'avanguardia nella realizzazione di case della salute (le Uccp multiprofessionali previste nel testo del riordino), in attesa di una legge che a essere ottimisti vedrà la luce non prima del 2014, propone di non restare con le mani in mano ma di utilizzare tempo ed esperienze già in campo per "modellizzare" il nuovo sistema. Con la Sisac a fare da interlocutore e da convitato di pietra, in vista della prossima Convenzione.

**I contenuti.** Trovata la "quadra" con la Fimmg dopo una trattativa serrata su una serie di punti cruciali - forme associative, revisione del compenso, questione della dipendenza - il nuovo articolo 8 con-

tiene novità destinate, se mai si troveranno le risorse necessarie, a modificare sia la professione sia l'assistenza offerta ai cittadini.

Intanto, nel testo di riordino si prevede la coesistenza di forme organizzative monoprofessionali (Aft) e Unità complesse di cure primarie (Uccp), in cui l'attività dei «professionisti delle cure primarie e del sociale» dovrà integrarsi, «secondo modelli individuati dalle singole Regioni». Un passaggio determinante, che secondo i tecnici regionali va interpretato come il segnale che «si è concluso il tempo della negoziazione a 360° con i sindacati». D'ora in poi, è il messaggio, la medicina del territorio dovrà adeguarsi ai modelli organizzativi scelti dalle singole Regioni, mentre la trattativa si sposta sugli obiettivi e sulla gestione dell'assistenza.

Il compenso viene ridisegnato prevedendo una quota fissa e una variabile per assistito o per ora prestata, sulla base della complessità della casistica dei pazienti, come corrispettivi delle funzioni e attività assistenziali e di eventuali funzioni com-

plementari.

Via libera, ancora, alla graduatoria unica per titoli, su ambito regionale, per l'accesso al ruolo unico di medico di medicina generale. Confermato lo stralcio - chiesto dalla Fimmg - della parte del testo che contemplava il passaggio alla dipendenza. Ma per più d'una Regione l'opzione resta aperta. Così come vanno ancora definiti i temi del finanziamento dei fattori di produzione e della continuità assistenziale: sul primo fronte, le due opzioni possibili sono attingere al monte salari della medicina generale oppure usufruire di un finanziamento garantito dal Governo.

La riorganizzazione della continuità è il grande tema che per il momento è stato "lasciato fuori" dal progetto di riordino: eliminata la previsione delle 38 ore settimanali da prestare nelle Uccp, si sta ora valutando l'ipotesi di continuità assistenziale garantita dalla medicina generale dalle 8 a mezzanotte, con le restanti ore "coperte" dal 118.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«**B**en venga ogni ipotesi di accelerazione di un percorso a cui la Fimmg ha lavorato attivamente negli ultimi cinque anni». Così il segretario nazionale Giacomo Milillo tende la mano all'assessore emiliano-romagnolo Carlo Lusenti, che a Parma ha lanciato l'idea di un tavolo di lavoro sulle principali novità contenute nel nuovo art. 8, Dlgs 502. «Siamo disponibili a lavorare insieme a tutte le Regioni, Sicilia e Toscana in testa, che dimostrano sensibilità su questo fronte», aggiunge Milillo. Per poi precisare che «fino a oggi il percorso di revisione delle cure primarie - chiaramente tracciato dalla stessa Organizzazione

## Fimmg: «Disponibili alle sperimentazioni»

mondiale della Sanità - è stato ostacolato da preconcetti storici e resistenze da parte delle istituzioni. Mentre la Medicina generale attraverso la Fimmg ha dato garanzie firmando gli ultimi due Acn con cui si è assunta impegni precisi, ai limiti del consenso della categoria, e partecipando attivamente al tormentato processo di informatizzazione».

Soddisfatto anche Roberto Lala (Sumai-Assoprof: «Parteciperemo a tutti i tavoli in cui saremo chiamati a dare il nostro contributo - dichiara - perché crediamo in

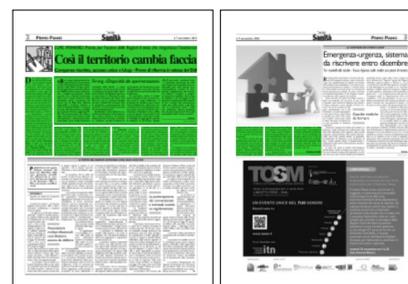
un progetto che finalmente punta all'integrazione tra ruoli e funzioni delle diverse professionalità del territorio».

Di tutt'altro avviso il leader Snam Angelo Testa secondo cui - per come è stato elaborato - il progetto di riordino nasce destinato al fallimento. «Nessuna concertazione ha accompagnato questo testo: solo due incontri con i sindacati. Il risultato è che, a differenza di quanto si prevedeva nella Convenzione, scatta per i medici l'obbligo di aggregarsi, quando la Regione lo preveda», spiega.

«**Ma il vero nodo - continua Testa - è l'assoluta mancanza di realismo: Uccp così concepite sono realizzabili solo nelle grandi aree metropolitane, mentre la stragrande maggioranza del territorio italiano continua a esigere un'assistenza capillare. Ed è tutta da definire e da correggere la disparità di trattamento che si profila tra i medici che lavoreranno nelle case della salute e gli altri, che ne resteranno fuori. I soldi per realizzare l'intero progetto poi, da chi arriveranno? Con ogni probabilità dalle nostre tasche».**

**B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## SALUTE

# Doctor's Life primo canale tv per i medici

ROMA - Doctor's Life è il primo canale dedicato ai medici e alla medicina. Un palinsesto 24 ore su 24 che garantisce ai camici bianchi l'informazione e la formazione. Tre programmi di notizie: dal telegiornale quotidiano, il Salus Tg, a due magazine settimanali di approfondimento sui principali fatti scientifici, politici e di economia sanitaria, il Salus Tv e il Journal Tribune. E poi un talk show settimanale, InSanità, reportage sui grandi temi, Noi Salute e documentari. Doctor's Life entra nelle sale operatorie dei centri di eccellenza e segue i più importanti e innovativi interventi chirurgici filmati mentre i chirurghi operano.

Edito da Adnkronos Salute va in onda solo sulla piattaforma Sky (canale 440). Già oggi sono circa 100.000 i medici abbonati a Sky che possono gratuitamente attivare il canale.

«Nonostante la crisi dovuta ad una combinazione perversa di cause economiche e novità tecnologiche rivoluzionarie che tocca l'intero settore editoriale con ricadute pesanti sull'occupazione - spiega il cavaliere del lavoro Giuseppe Marra, presidente e direttore del gruppo Gmc-Adnkronos - il gruppo vara un'iniziativa editoriale destinata ad aprire una strada multimediale e interattiva mai tentata in Italia nell'informazione, formazione e comunicazione medico-scientifica. Tutti i giorni Doctor's Life racconterà la vita dei medici, i loro impegni nelle varie specializzazioni e il loro incessante lavoro su linee di frontiera, per affrontare patologie finora inattaccabili. Naturalmente, raccontando le giornate, spesso estenuanti, Doctor's Life toccherà al tempo stesso gli interessi del pubblico più vasto e risponderà alla crescente domanda d'informazione dei pazienti, anche loro vittime della crisi che investe i sistemi sanitari di tutti i paesi. Persino di quelle società del nord d'Europa alle quali si guardava come a esempi ideali».

E' il primo canale televisivo a fornire un servizio di formazione a distanza accreditata presso il sistema di Educazione continua in medicina completamente gratuito per gli utenti ([www.doctorslife.it](http://www.doctorslife.it)).



Il Cavaliere del lavoro Giuseppe Marra con il ministro Fazio



**Salute.** L'annuncio di Fazio: medici di famiglia sempre più in associazione **pag.26**

**Salute.** Annuncio del **ministro Fazio**

## Il medico di base sempre più associato

**Paolo Del Bufalo**

■ Il medico di famiglia solitario nel suo studio presto non ci sarà più. Anzi, la funzione delle cosiddette cure primarie sarà integrata con quella sociale e a scegliere i modelli per la medicina sul territorio saranno le singole Regioni in base alle esigenze locali. Così il cittadino, restando comunque assistito dal suo medico di fiducia, potrà contare sull'assistenza territoriale 24 ore su 24 senza dover ricorrere all'ospedale se non nei casi strettamente indispensabili.

Regioni e sindacati hanno trovato l'accordo sul testo che ridisegna le cure primarie sul territorio e che il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** ha indicato come futuro Ddl, ma che potrebbe prendere la via di un'intesa Stato-Regioni per accelerare i tempi di realizzazione. Una rivoluzione che ridisegna in parte il decreto legislativo 502 del 1992 - il riordino del Servizio sanitario nazionale - sia dal punto di vista organizzativo che della struttura del compenso dei medici e del loro accesso alla professione.

Secondo l'ultimo testo messo a punto da **ministero della Salute** e Regioni, pubblicato sul numero in distribuzione da oggi del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità», le "forme organizzative monoprofessionali" (il singolo medico di famiglia) dovranno coesistere con le unità complesse di cure primarie (la più avanzata forma di associazionismo tra professionisti del territorio) e il tutto dovrà integrarsi con il sociale in base alle scelte

organizzative regionali.

Il compenso del medico di medicina generale non sarà più solo per "quota capitaria", un tanto per assistito cioè come è oggi, ma si comporrà di una quota fissa e una variabile in base alla complessità della casistica dei pazienti e alla eventuale necessità di funzioni complementari alle cure, per migliorare l'assistenza.

Per accedere al ruolo di medico di medicina generale poi, ci sarà in ogni Regione una graduatoria unica per titoli da cui saranno scelti i professionisti migliori. Che nel futuro prossimo - secondo uno studio della Fimmg, il maggior sindacato dei generalisti - saranno sempre più donne e nel giro di 20 anni subiranno un ricambio quasi totale rispetto ai medici attualmente in servizio. Le donne che frequentano i corsi di medicina generale infatti sono già oggi il 69% degli iscritti. Tra dieci anni, spiega lo studio, saranno in servizio ancora il 74% degli attuali generalisti che sono in maggioranza uomini, ma tra 15 anni la percentuale scenderà al 34% e tra 20 ne rimarrà solo il 12 per cento. Allora la professione di medico di famiglia si tingerà di rosa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**PREVENZIONE**

**Dalla satira stop al melanoma**

● Cinque video e un fumetto con **Comix** per contrastare il cancro della pelle: l'iniziativa è della **Fondazione Melanoma** nata un anno fa grazie al contributo dell'Istituto Tumori **Fondazione «G. Pascale»** e della **II Università degli Studi di Napoli**. Oggetto delle informazioni a disposizione del pubblico l'abbigliamento anti-Uv, l'immunoterapia, la target therapy, la prevenzione e le creme solari. Il linguaggio della satira è stato scelto per raggiungere il maggior numero di persone a fronte della costante riduzione dell'età dei pazienti colpiti da questa patologia.



Dagli oncologi **Aiom** riuniti a congresso una proposta per cure efficaci e appropriate

# Tumori, subito le reti regionali

Eliminando sprechi e duplicazioni si liberano risorse da destinare ai farmaci

## Seno: guida Doc per le donne

**N**on solo malattia: chi ha vissuto l'esperienza di un tumore al seno sa bene che l'intervento e le cure sono soltanto un tassello di un puzzle più ampio. Che comprende anche il ritorno a casa, la sfera della sessualità, la fertilità, i diritti, la ripresa del lavoro. Eppure, secondo

due studi presentati al congresso Asco, la propensione a modificare stili di vita e abitudini sbagliate dopo la malattia è scarsa o nulla. E l'apporto dei medici curanti è insoddisfacente. Per ovviare a questa mancanza, grazie a un grant Celgene, **Aiom** ha pubblicato con Giunti il volume «Il tumore del seno - Una guida per prevenire, un aiuto per le pazienti e i loro familiari»: oltre 120 pagine che cercano di fornire indicazioni a 360 gradi per le donne che si ammalano.

La guida viene presentata al congresso nazionale **Aiom**, in corso a Bologna dal 5 al 7 novembre. Un'occasione di confronto su tutti i temi caldi dell'oncologia del terzo millennio, stretta tra i progressi scientifici e terapeutici e i vincoli economici. Con un occhio ai problemi emergenti: la giornata pregressuale sarà dedicata a tumori e immigrazione. Perché gli immigrati sono più indifesi rispetto al rischio di ammalarsi e privi di una rete di sostegno. (M.Per.)

**I**l percorso di cura per un malato di tumore non è uguale in tutta Italia: cambia non solo di Regione in Regione, ma addirittura da un ospedale a quello a pochi chilometri di distanza. Il risultato di questa estrema diffomità è non solo una possibile confusione per il paziente stesso, ma anche un esponenziale aumento dei costi. Come mai? Ogni volta che il paziente si trasferisce da un centro all'altro la presa in carico viene riattivata dall'inizio, dalla lettura dei vetrini in giù. È sufficiente un esempio: esistono 5 diversi anticorpi per la ricerca dei recettori ormonali, oggi ogni anatomia patologica utilizza quello che preferisce. Ogni centro riterrà quindi opportuno ripetere l'esame sulla base dei propri protocolli. È evidente come questo comporti un allungamento dei tempi e la conseguente crescita della spesa. Ma non solo: si moltiplicano gli esami diagnostici, spesso inutili e aumenta il rischio di prestazioni inappropriate.

Tutto ciò si verifica perché non esistono delle vere reti oncologiche regionali, formalmente istituite ma operative solo sulla carta, tranne rare eccezioni. Tutti i centri dovrebbero essere in costante dialogo fra loro, utilizzare procedure codificate e condivise, controllare l'applicazione delle linee guida. Oggi questo non accade. L'obiettivo è valorizzare le eccellenze che esistono, ma sono sparse a macchia di leopardo, per farle lavorare in maniera integrata così da renderle "diffuse", innalzando quindi il livello medio di competenza e appropriatezza. Ogni centro deve essere in grado di garantire uno standard assistenziale adeguato per la gestione del 90% dei problemi, per poi rimandare solo quel 10% che presenta particolare complessità all'ospedale di riferimento regionale per la

patologia (tumore della mammella, del polmone ecc.).

Questa è la ricetta proposta dall'Associazione italiana di oncologia medica (**Aiom**) che vuole ripensare le reti oncologiche a partire dall'esperienza e dagli errori compiuti. Il concetto essenziale è che il malato deve restare fermo al centro ed è il sistema a ruotare intorno a lui, in cerchi concentrici. Un primo "cordone" è quello del dipartimento, in cui tutti gli specialisti devono interagire in maniera integrata: oncologo, patologo, radioterapista ecc. insieme, per un approccio multidisciplinare. Il secondo livello è quello regionale, fra strutture, con un costante dialogo sui percorsi diagnostico-terapeutici da adottare e una presa in carico globale, che deve contare su un livello base di assoluto livello e su poli di alta specializzazione per la gestione dei casi più complessi. Può quindi accadere che l'inquadramento diagnostico avvenga nell'ospedale A, l'operazione chirurgica in B; particolarmente riconosciuto proprio per questo tipo di intervento, la chemioterapia nuovamente in A e così via.

Il guadagno è evidente, sia in termini economici che di appropriatezza e qualità di vita del malato. Il problema della spesa è ben presente in oncologia, forse più che in ogni altra specialità. Di recente uno studio pubblicato su Lancet Oncology ha evidenziato il tema dell'alto costo (e del rischio di inadeguatezza) degli interventi terapeutici (chirurgici, medici, diagnostici) effettuati sui pazienti terminali (ultimi 30 giorni di vita). Le terapie mediche in questo mese vanno distinte in antitumorali e di supporto. Le seconde sono incompressibili, pena una mancanza di eticità. Le prime sono state affrontate da **Aiom** e si è dimostrato che possono ridursi

dal 25-30% alla metà (15%) semplicemente monitorando il problema. Un'ulteriore contrazione dei costi potrà avvenire con un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare coordinata col dipartimento oncologico (integrazione ospedale-territorio). Si torna ancora al concetto di rete, la vera chiave di volta per garantire maggiore appropriatezza, anche economica. Senza contare che in questo modo si libererebbero risorse da destinare ai farmaci, oggi maggiormente "sotto accusa" proprio perché sono la fonte di spesa più facilmente monitorabile pur rappresentando solo una delle voci, che incide per un 25% circa.

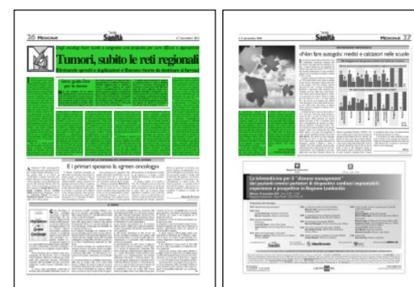
Nelle scorse settimane, a livello internazionale, si è parlato di un "allarme" sulle scorte di medicinali oncologici. Per il momento nel nostro Paese non esistono carenze di approvvigionamento ma sono certo che in futuro il problema si porrà. Per questo è opportuno cominciare a immaginare in che modo muoversi. La difficoltà è infatti ineludibile, sia per le molecole di vecchia generazione che per le nuove biologiche. Nel tempo l'armamentario degli oncologi si è infatti arricchito di una gamma molto ampia di farmaci. Se oggi guariamo un numero di tumori impensabile fino a qualche anno fa lo dobbiamo soprattutto a questa vastissima disponibilità. Soprattutto nella malattia metastatica, quando una terapia non funziona più, si passa a un'altra. E

questo modus operandi fa sì che anche i prodotti più datati vengano ampiamente utilizzati. Per quanto riguarda la razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo, **Aiom** lavora da anni con l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) sul sistema del pagamento dei soli responders (cioè di chi effettivamente beneficia della terapia) e non sulla base di discriminatorie analisi di costo-efficacia come accade invece ad esempio in Gran Bretagna. Siamo riusciti a mettere a punto meccanismi che, nei limiti del possibile, consentono di contenere la spesa senza che il paziente ne risenta.

È ora però indispensabile un ulteriore passo avanti e i medicinali sono, come abbiamo visto, solo uno degli aspetti da affrontare. Questi aspetti sono al centro del nostro congresso nazionale di Bologna e sono stati affrontati anche con il coordinatore degli assessori alla Sanità della Conferenza Stato-Regioni, **Luca Coletto**. Insieme a lui, **Aiom** è pronta a chiamare intorno a un tavolo tutti i "competenti" per un vero e proprio "think tank", da fissare nel gennaio 2012, che a partire dalle esigenze concrete dei malati e degli operatori possa ripensare i percorsi e le Reti per garantire un'assistenza migliore e più "economica".

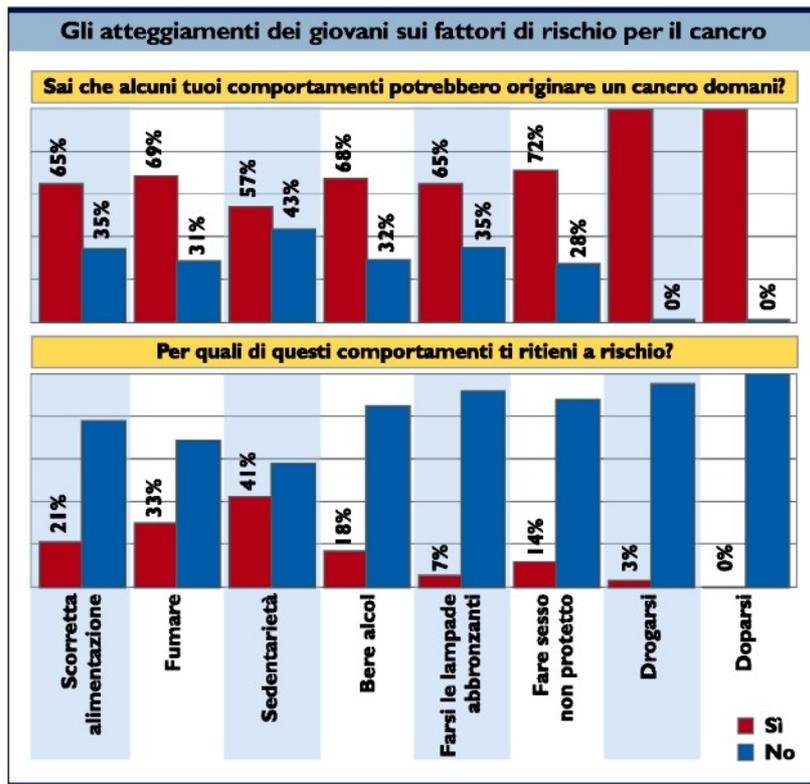
**Marco Venturini**  
Presidente nazionale **Aiom**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PREVENZIONE ONCOLOGICA**

# «Non fare autogol»: medici e calciatori nelle scuole



**I**gnoranti sui pericoli derivanti da fumo, alcol e sedentarietà. Pochissimo informati sulla prevenzione. Spavaldi sulle loro abitudini scorrette. I ragazzi italiani non sono preparati sul delicato argomento dei tumori: il 71% non ha mai ricevuto informazioni su come prevenirli, appena il 23 ne ha parlato in famiglia e soltanto il 12% a scuola.

Il ritratto emerge dai risultati di un'indagine su 2.992 studenti delle scuole medie secondarie in sette diverse città italiane condotta nell'ambito del progetto "Non fare autogol", lanciato dall'Aiom nel 2011, sostenuto da Boehringer-Ingelheim e patrocinato dalla presidenza del Consiglio, dal Coni, dalla Figg e dalla Federazione medico sportiva italiana (Fmsi). L'iniziativa ha permesso un tour per l'Italia in compagnia dei calciatori di serie A, di sicuro appeal per i più giovani, per insegnare agli studenti come proteggersi. In sette tappe hanno incontrato circa 2mila alunni, altre decine di migliaia hanno seguito la campagna su Internet ([www.nonfareautogol.it](http://www.nonfareautogol.it)).

I risultati provano il successo del progetto: il 53% crede che l'intervento degli oncologi a scuola sia utile e un altro 41% ritiene che per essere incisivo debba articolarsi con incontri ripetuti nel tempo. Il 92%, ovviamente, pensa che il coinvolgimento dei calciatori sia importante per rafforzare i messaggi di salute. «Siamo convinti che queste iniziative non possano

rimanere isolate e che l'educazione alla salute debba entrare a far parte dei programmi di studi», spiega il presidente uscente **Aiom**, **Carmelo Iacono**. «Per questo la nostra campagna proseguirà, sul web e in altre città e scuole, dove è stata accolta con grande entusiasmo da insegnanti e presidi. L'obiettivo è creare la "squadra" dell'Aiom rendendo gli stessi adolescenti protagonisti e ambasciatori dei valori della prevenzione». Tra i testimonial ci sono veri e propri idoli come Pato, Gilardino, Miccoli, De Sanctis, Legrottaglie, Palombo, Chiellini e Perrotta. Campioni che si sono messi in gioco per spiegare come difendersi dai sette "autogol" più pericolosi: fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà, sesso non protetto, droga e doping. Perché è stato scelto il target degli adolescenti? «Esistono dati che dimostrano come lo stile di vita nei primi 20 anni sia più importante rispetto ai fattori genetici rispetto al rischio di ammalarsi di cancro in futuro», sottolinea Marco Venturini, presidente eletto **Aiom**. «Il comportamento in assoluto più dannoso è il fumo».

L'associazione ha anche realizzato un opuscolo a vignette con le caricature dei calciatori e ha attivato una pagina Facebook che conta oltre 2.500 adesioni. Per avvicinarsi ai giovani parlando lo stesso linguaggio.

**M.Per.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MANIFESTO PER LA SOSTENIBILITÀ APPROVATO DAL CIPOMO****E i primari sposano la «green oncology»**

**A**mbulatori “verdi”, massima attenzione agli scarti, priorità alle terapie a minor impatto ambientale, in primis quelle orali, e ai follow up “minimalisti”. I primari oncologi ospedalieri aderenti al Cipomo sposano la “green oncology” con un Manifesto approvato dal Consiglio direttivo del Collegio, frutto di un gruppo di lavoro ad hoc composto da **Sergio Bretti** (Ivrea), **Sergio Crispino** (Siena), **Cristina Oliani** (Montecchio Maggiore, Vicenza), **Salvatore Palazzo** (Cosenza) e **Gianfranco Porcile** (Genova), coordinatore del working group.

È Palazzo l'ispiratore principale: da anni studia con passione il tema dell'oncologia “green”, sul quale ha scritto un libro («Il Pensiero Scientifico», 2010). «Questo modello - spiega - promuove un paradigma etico più evoluto e complesso che prende in considerazione ogni aspetto, dal malato all'ambiente, dagli operatori ai farmaci. L'oncologo deve ampliare la sua visione di insieme: siamo già passati dal modello biomedico a quello biosociale, ora è il momento di abbracciare il paradigma ecologico».

Una scommessa per rispondere alla grande sfida della sostenibilità con cui l'oncologia deve fare i conti. «È in fondo un'assunzione di responsabilità che il Cipomo sente di dover compiere», afferma il presidente **Roberto Labianca**. Gli fa eco Porcile: «Ognuno di noi nel suo modo di vivere consuma risorse e produce rifiuti, lasciando sulla Terra ciò che gli ambientalisti chiamano “impronta ecologica”. Lo stesso vale per l'oncologo: noi vogliamo assicurare gli stessi risultati e la stessa qualità dell'assistenza ma scegliendo le modalità, gli approcci e le terapie a minor impatto sull'ambiente e sulle generazioni future».

La partita è aperta. E il rischio è uno: che il Manifesto resti un libro dei sogni, una dichiarazione di intenti più che uno strumento concreto da adottare come “faro” per la pratica clinica quotidiana. Labianca è però ottimista: «Faremo a breve un questionario per valutare il grado di percezione del problema da parte dei colleghi. Approfondiremo la questione al prossimo congresso Cipomo, in programma a Cosenza. Diffonderemo un progetto specifico per gestire meglio le terapie orali al domicilio del paziente, con monitoraggio a distanza. E lavoreremo a raccomandazioni su singoli punti». Per fornire ai primari - e a cascata a tutto il personale dei reparti - una bussola concreta per scegliere le soluzioni più ecosostenibili. E adattarsi al mondo che cambia.

**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

