

TERAPIA DEL DOLORE. Lo sfogo di un lettore: «Soffro di problemi alla colonna vertebrale, spero di resistere»

Villa Sofia, 7 mesi per una visita L'ospedale: c'è carenza di medici

●●● Sette mesi. Bisogna attendere sette mesi per essere sottoposti ad una visita antalgica, quella preventiva per accedere al reparto di terapia del dolore.

È quello che accade agli ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, il cui direttore generale è Gervasio Venuti, dove Salvatore Perrotta si è sentito rispondere che per una visita di questo tipo doveva attendere fino a dicembre, anche se la sua patologia rientra tra quelle per cui sono necessarie cure urgenti. «Soffro di gravi problemi alla colonna vertebrale - comincia a raccontare Salvatore Perrotta - e prima di "finire sotto i ferri" mi è stata consigliata una visita antalgica, per accedere ad un'eventuale terapia del dolore. Arrivato allo sportello, la visita mi è stata prenotata per il 16 dicembre. Mi chiedo se riuscirò ad attendere tutto questo tempo, considerato che sono a casa con fortissimi dolori alla schiena. Non posso permettermi una visita privata, dunque sono co-

stretto ad aspettare i loro tempi. Spero che la mia condizione non peggiori nel frattempo. Non credo di essere l'unico caso di utente costretto ad aspettare, perché nella mia situazione ci sono tante altre persone. Ho assistito a scene di rabbia davanti agli sportelli per le prenotazioni - continua Perrotta - perché tante persone davvero sofferenti si sono sentite dire che dovevano tenersi i loro dolori fisici per tanti mesi». Quello del lettore che ha contattato la redazione del Giornale di Sicilia, infatti, non è l'unico caso.

Il problema delle lunghe attese si ripresenta in quasi tutti i reparti degli ospedali pubblici della città. I pazienti, muniti di ricetta medica, si recano allo sportello, anche con richieste di visite urgenti, ma devono rassegnarsi e fissare i loro appuntamenti a quando il personale medico potrà riceverli. E questo significa aspettare non giorni, bensì mesi.

La risposta che danno le aziende



Gervasio Venuti

sanitarie è sempre la stessa: manca il personale. E se un medico è in ambulatorio a visitare i pazienti, non può essere contemporaneamente in sala operatoria. «L'unità operativa di Anestesia III e terapia del dolore di Villa Sofia è centro regionale hub ospedaliero e accoglie, quindi, una numero-

sa utenza - spiegano dal presidio - Ogni giorno sono fra gli 80 e i 120 i pazienti che si servono della struttura. Il personale medico è purtroppo insufficiente per questo tipo di servizio. Allo stato attuale vi sono, infatti, solo cinque medici, compreso il direttore del reparto, che assicurano servizi con tre ambulatori al giorno per sei giorni il sabato solo sei ore, ndr), oltre all'attività di sala operatoria e di day hospital. Con questi numeri - concludono - i tempi di attesa per le prestazioni sono inevitabilmente lunghi». Occorre, dunque, aumentare il personale nei reparti per evitare le lunghe attese. Servono più medici perché quelli presenti al momento nelle strutture pubbliche sono in numero insufficiente rispetto al numero degli utenti che chiedono di essere assistiti. Fondamentale diventa, così, il concorso indetto dall'assessorato regionale della Sanità che, a fine settembre, darà modo di integrare l'organico di tanti reparti ospedalieri. Concorso che sarebbe dovuto partire entro la fine di maggio, ma che a causa di lungaggini burocratiche irrisolte è stato rimandato. Il complesso iter, infatti, ha allungato inesorabilmente i tempi di organizzazione del concorso. (AGENZIA ANSA CANE)

34. PALERMO

Lavori in corso al Civico e Di Cristina

SANITÀ. Chirurgia toracica e Medicina nucleare al Cancer Center, al pediatrico apre nuovo complesso operatorio

ANTONIO FIASCONARO

L'azione di rinnovamento dell'Arnas Civico passa anche attraverso la nuova disposizione dei reparti. Un punto fondamentale è quello, così come ha più volte sottolineato il direttore generale dell'azienda, Giovanni Migliore, «non unità operative a senso unico ma la sinergia con altre strutture». Così il prossimo ed immediato passaggio è quello che sarà compiuto entro il mese di giugno quando nel nuovo Cancer Center "Maurizio Ascoli" si trasferirà anche la Chirurgia Toracica.

Migliore ha voluto tra l'altro ribadire che il nuovo Cancer Center «che i vari reparti devono operare secondo il modello innovativo dell'intensità e della complessità assistenziale, assicurando ad ogni paziente il livello di cura idoneo al proprio bisogno a pre-

scindere dalla patologia.

Tutti dovranno lavorare in sinergia. Non saranno reparti tradizionali, come tanti altri ci sarà una vera e propria sinergia. Si lavorerà in "pool". Il tutto naturalmente offrendo migliore comfort e assistenza».

A giugno si trasferirà nei locali del seminterrato anche la Medicina Nucleare ma, sarà un reparto "fantasma" perché sarà privo ancora della Pet, malgrado se ne parla da almeno una decina di anni.

Il nuovo Cancer Center è costato 23 milioni di euro, può contare complessivamente su 96 posti letto ordinari, 6 di rianimazione ed un complesso chirurgico con quattro moderne sale operatorie.

Sulla Medicina Nucleare ha "tuonato" ancora una volta il direttore dell'unità operativa Gaspare Arnone: «Un oncologico non è oncologico se al suo interno la Medicina Nucleare non di-

sponde di una Pet».

Sempre a giugno, all'ospedale pediatrico "Di Cristina" sarà aperto il nuovo complesso operatorio, si tratta di grandi ambienti al cui interno ci saranno quattro moderne sale chirurgiche.

Ed il manager del Civico ha pure annunciato che nel reparto Maggiore sempre dello stesso ospedale pediatrico potrebbe crearsi delle condizioni per realizzare l'Ortopedia pediatrica».

Ed ancora si parla della Cardiocirurgia pediatrica che c'è la volontà di riapirla dove fino al 2010 operava il reparto fondato dal prof. Carlo Marcelletti.

«Siamo riusciti ad ottenere un finanziamento di un milione di euro per procedere alla ristrutturazione dei locali. Speriamo che entro il prossimo anno possiamo, si spera, riaprire a Palermo questo importante e fondamentale reparto».



IL NUOVO CANCER CENTER DELL'ARNAS CIVICO

SALUTE

I RISULTATI DI UNO STUDIO DI RICERCATORI NAPOLETANI SONO STATI RESI NOTI AL CONGRESSO DI ONCOLOGIA A CHICAGO

Cancro, mix di farmaci «doma» il melanoma

Il più aggressivo fra i tumori della pelle, con alte incidenze mortali, può diventare una malattia cronica con cui convivere

L'immuno-oncologia è la nuova arma a disposizione dell'oncologo per il trattamento dei tumori, che si affianca alle terapie tradizionali: chirurgia, radioterapia e chemioterapia.

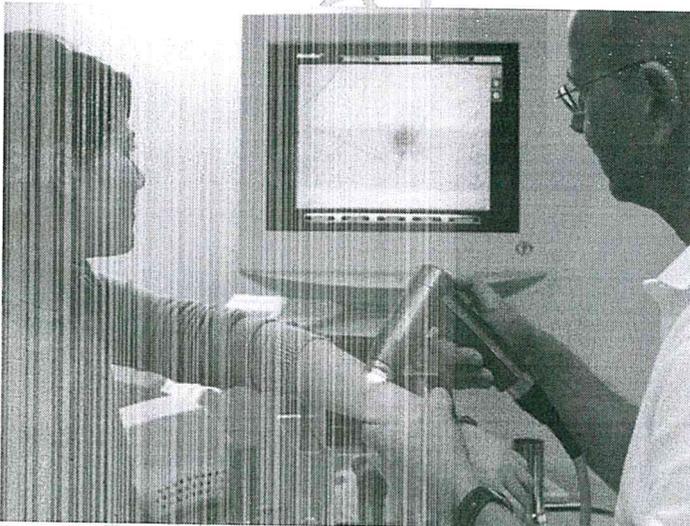
Manuela Correrà
CHICAGO

Il melanoma è il tumore che, nel mondo, ha registrato il maggior incremento negli ultimi 60 anni ed è la terza neoplasia più frequente in Italia facendone registrare nel 2014 quasi 11 mila nuovi casi: oggi è possibile trattarlo con una nuova terapia basata sul mix di due molecole e capace di rendere questo tumore della pelle, il più aggressivo, una malattia cronica con cui il paziente può convivere per tutta la vita. Una sfida difficile, soprattutto per una patologia che, nella fase metastatica, fa registrare alti tassi di mortalità, ma possibile grazie ai nuovi trattamenti di immuno-oncologia che puntano a «riarmare» il sistema immunitario per combattere il tumore. Un passo avanti notevole, annunciato al Congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco) a Chicago.

L'immuno-oncologia è la nuova arma a disposizione dell'oncologo per il

trattamento dei tumori, che si affianca alle terapie tradizionali: chirurgia, radioterapia e chemioterapia. In questo caso, l'efficacia della combinazione dei due farmaci, basati sui principi attivi ipilimumab e nivolumab, è dimostrata dallo studio Checkmate-067, presentato ieri all'Asco.

«Con l'associazione di queste due armi si raggiunge fino al 55% di risposta, rispetto ad esempio al 40% ottenuto con la monoterapia con nivolumab», spiega Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale di Napoli e presidente della Fondazione Melanoma. L'impatto di questi dati è decisivo, infatti sono stati presentati in sessione plenaria all'Asco. Ciò anche in considerazione dei numeri in crescita della malattia, la cui incidenza è da anni in costante ascesa sia negli uomini (+3,6%/anno), che nelle donne (+3,7%/anno). I più recenti dati Istat (2011) indicano in 1.807 i decessi nel nostro Paese (1054 fra gli uomini e 753 fra le donne). I dati ottenuti con il regime di combinazione nivolumab e ipilimumab nel melanoma avanzato «sono senza precedenti e mostrano risultati di efficacia mai osservati prima con far-



L'esame computerizzato di un neo, primo atto per accertare eventuali problemi di natura oncologica alla pelle

maci immuno-oncologici», rileva Ascierto. «Con l'associazione abbiamo registrato tassi di risposta molto più alte e duraturi nel tempo, oltre a una significativa riduzione del volume tumorale, rispetto sia alla monoterapia con ipilimumab che a quella con nivolumab. Le risposte osservate nello studio CheckMate-067 dimostrano il potenziale di questo regime nei pazienti con melanoma metastatico». Si tratta di dati, sottolinea lo specialista, che «rafforzano le nostre convinzioni che le future terapie consistano nella combinazione di più farmaci immuno-oncologici, in grado di modulare il sistema immunitario per offrire ai pazienti con tumore opzioni di maggiore efficacia». I dati dello studio CheckMate-067 confermano i risultati dei primi test su pazienti con melanoma nel Regno Unito, Usa, Israele e Francia, pubblicati recentemente sul New England Journal of Medicine. I ricercatori hanno osservato 142 pazienti: 72 sono stati trattati con la combinazione nivolumab e ipilimumab, mentre agli altri sono stati somministrati altri farmaci e placebo. Nel 61% di quelli trattati con il regime di associazione il tumore è regredito nei successivi 12 mesi. E questo approccio, conclude Ascierto, «potrà essere applicato anche in altri diversi tipi di tumore».

I DATI. I ricercatori analizzano le storie di 34 mila piccoli pazienti, 50 anni fa solo 1 su 5 sopravviveva, oggi la percentuale è di 4 su 5. Lo studio in 31 ospedali canadesi e Usa

L'80% dei bambini colpiti da tumore vince la battaglia

CHICAGO

Anche nei bambini, il cancro oggi può essere sconfitto e l'80% sopravvive. Ma non solo: le terapie sono migliorate, tanto da abbattere notevolmente il tasso di mortalità legato alle complicanze di salute negli anni successivi: la mortalità si è infatti praticamente dimezzata, passando dal 12,4% nei bimbi con diagnosi di cancro fatta nel 1970 al 6% di quelli con diagnosi fatta negli anni 1990.

La buona notizia è stata annunciata al cinquantunesimo congresso della Società Americana di Oncologia Clinica (Asco) e si basa sui dati del grande studio Childhood Cancer Survivor Study, finanziato dal National Institute of Health, che ha analizzato le storie di 34

mila bimbi con tumore, valutando gli effetti a lungo termine delle terapie nei bambini che all'età di 5 anni hanno avuto una diagnosi di cancro tra il 1970 e il 1999, e sono sopravvissuti alla malattia. Hanno partecipato allo studio 31 ospedali canadesi e degli Stati Uniti. Più che incoraggianti i risultati: tra i bambini monitorati, tutte le cause di mortalità a 15 anni dalla diagnosi sono calate dal 12,4% al 6%. Questo notevole miglioramento, spiegano gli autori dello studio, è dovuto in parte ai cambiamenti nelle cure che hanno ridotto il rischio di mortalità legato agli effetti tardivi delle terapie pediatriche anticancro, come recidive e problemi cardiaci e polmonari, ma un ruolo importante hanno avuto anche il grande svi-

luppo delle tecniche di screening e delle indagini diagnostiche.

«Cinquanta anni fa solo 1 bimbo su 5 sopravviveva al cancro, mentre oggi oltre l'80% è vivo a 5 anni dalla diagnosi. Tuttavia, questi sopravvissuti crescono con un rischio aumentato di mortalità per effetti tardivi delle cure come malattie cardiache ed altri tumori», ha affermato il primo autore dello studio Gregory Armstrong del S. Jude Children's Research Hospital. «Oggi invece non solo più bambini sopravvivono al tumore primario, ma siamo riusciti ad estendere le loro aspettative di vita riducendo, negli ultimi anni, la tossicità totale dei trattamenti». Studi precedenti hanno evidenziato il decesso entro 30 anni dalla diagnosi del 18%



Gregory Armstrong, autore della ricerca

dei bambini sopravvissuti.

I bambini campione del nuovo studio sono stati seguiti per 21 anni dopo la diagnosi: 3958 (12%) sono morti durante questo periodo (soprattutto per effetti collaterali delle terapie), ma se tra questi il 12,4% con diagnosi fatta nel 1970 è deceduto entro 15 anni dalla diagnosi, solo il 6% di quelli con diagnosi fatta nel 1990 sono morti.

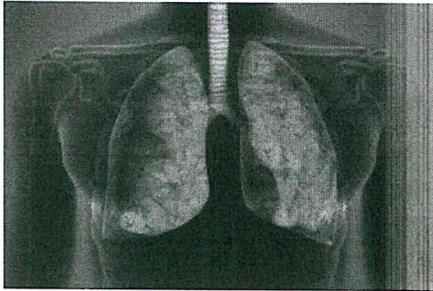
I piccoli sopravvissuti hanno inoltre un rischio statisticamente ancora più basso di morire per cause legate a successive malattie collegabili alle terapie effettuate. «Per decenni abbiamo combattuto contro il paradosso per cui i bambini sopravvivevano al cancro solo per ammalarsi o morire anni dopo a causa dei trattamenti ricevuti. Ora speriamo - ha concluso l'oncologo dell'Asco Stephen Hunger - che il trend positivo attuale si confermi, di pari passo con il continuo ed ulteriore progresso nelle terapie».

Sei in: Home > Attualità > Tumore ai polmoni, nuove speranze grazie all'immunoncologia

BUONE SPERANZE DI VITA PER IL 51% DEI PAZIENTI

Tumore ai polmoni, nuove speranze grazie all'immunoncologia

di oggisalute | 1 giugno 2015 | pubblicato in Attualità



Cambia la storia naturale del **tumore del polmone**, una delle neoplasie più frequenti. Grazie all'**immunoncologia**, un nuovo approccio che ha già evidenziato risultati significativi nel melanoma. Il 51% dei pazienti colpiti da tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) non squamoso metastatico e trattati con nivolumab è vivo ad un anno rispetto al 39% con chemioterapia. Il dato emerge dallo studio CheckMate -057, presentato al 51° Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) in corso a Chicago fino al 2 giugno.

“Siamo di fronte a una vera e propria rivoluzione in uno dei tumori più difficili da trattare, sia per la rapidità di evoluzione che per la scarsa risposta alle terapie convenzionali – spiega Lucio Crinò, direttore dell'Oncologia medica all'Ospedale di Perugia e membro dello Steering Committee internazionale dello studio -. I risultati, in termini di aumento di sopravvivenza, ottenuti in questi pazienti non erano mai stati registrati in precedenza. Infatti una delle poche terapie disponibili finora era costituita da docetaxel, un farmaco chemioterapico, che offriva benefici modesti con rilevanti problemi di tossicità”.

Nel 2014 in Italia si sono registrate 40.000 nuove diagnosi (circa il 30% fra le donne): rappresentano l'11% di tutti i nuovi casi di cancro nella popolazione generale. “I dati a disposizione sono ancora poco maturi per poter parlare di lungosopravvivenenti in questa neoplasia grazie all'immuno-oncologia – continua Crinò, che è anche coordinatore delle Linee Guida sul tumore del polmone dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) -. Ma, alla luce della tendenza già vista in precedenti studi condotti con questa nuova arma nel melanoma, è molto probabile che queste percentuali di sopravvivenza si mantengano anche negli anni successivi”.

I risultati dello studio CheckMate -057 con nivolumab dimostrano per la seconda volta l'efficacia dell'immunoncologia nel tumore del polmone. Il farmaco infatti è già stato approvato dall'ente regolatorio statunitense (FDA, Food and Drug Administration), il 4 marzo scorso, per il trattamento dei pazienti con NSCLC squamoso metastatico in progressione durante o dopo chemioterapia a base di platino. L'FDA ha rilasciato questa decisione molto prima della data prevista, il 22 giugno 2015. Si è trattato di un iter particolarmente veloce, perché giunto dopo solo tre giorni dall'aver accettato ufficialmente di rivedere la domanda di registrazione presentata da Bristol-Myers Squibb. Infatti lo studio alla base dell'approvazione di nivolumab ha mostrato un vantaggio così rilevante in termini di sopravvivenza da indurre l'autorità regolatoria americana ad approvare questa indicazione in soli tre giorni. È la prima volta che si verifica un'approvazione così veloce in oncologia.

// Video



Clip Salute, il tg di domenica 24 maggio 2015

Seguici su

ALESSANDRO FOSSETTI



PARLA L'ESPERTO

A cura di *alessandro fossetti*

Miopia, tre ore all'aria aperta salveranno i nostri figli

L'allarme è lanciato da un pezzo: la miopia sta aumentando in quasi tutti i paesi del mondo, arrivando in alcuni di essi a percentuali elevatissime, tanto da indurre qualche clinico, come la dottoressa Padmaja Sankaridurg, capo del programma miopia al prestigioso Brien Holden Vision Institute di Sydney, in Australia, a parlare di "epidemia". La prevalenza [...]

SEI UN ESPERTO DI QUESTA MATERIA?
oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

VUOI SAPERNE DI PIU' DI QUESTO ARGOMENTO?
oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

Mi piace

La redazione consiglia

- Tumore del colon-retto, esperti | studiano nuove cure FOTO-VIDEO
- Tumore del polmone, oncologi siciliani | a confronto su nuove terapie
- Tumore al pene, solo un paziente su dieci ottiene la protesi

Lascia un Commento

Nome (obbligatorio)

Mail (che non verrà pubblicata) (obbligatorio)

Sito web

Sei in: Home > News > Attualità > Approvato primo farmaco in Europa per il trattamento del rene policistico

Approvato primo farmaco in Europa per il trattamento del rene policistico

di oggisalute | 30 maggio 2015 | pubblicato in Attualità



Approvata anche in Europa la commercializzazione di Tolvaptan, primo farmaco per il trattamento del *rene policistico* o *malattia renale policistica autosomica dominante (Adpkd)*.

L'Adpkd, malattia genetica cronica e progressiva, causa la proliferazione e la crescita di cisti nei reni, provocandone un aumento delle dimensioni e conseguenti complicazioni tra cui dolore acuto e cronico, ipertensione ed insufficienza renale, rendendo necessari la dialisi o il trapianto renale. Circa metà dei pazienti con rene policistico infatti deve

ricorrere, entro i 54 anni, a dialisi o trapianto.

Tolvaptan è il primo farmaco in grado di rallentare lo sviluppo e la proliferazione delle cisti, rallentando così la progressione della malattia. L'efficacia di Tolvaptan è stata dimostrata dallo studio Tempo, durato 3 anni e condotto su 1.445 individui adulti affetti da rene policistico. I risultati dello studio hanno dimostrato che Tolvaptan può ridurre di circa il 50% l'aumento del volume renale nei pazienti che assumono questo farmaco rispetto ai pazienti che ricevono il placebo. Tolvaptan, inoltre, si è dimostrato efficace nella riduzione del peggioramento della funzione renale, del dolore renale e dell'ipertensione.

"Fino ad ora, ci si è concentrati sul trattamento della sintomatologia dell'Adpkd, non essendo disponibile nessun trattamento specifico per questa patologia", ha affermato Ron T. Gansevoort, dell'University Medical Center di Groningen, nei Paesi Bassi, un esperto nell'ambito della malattia del rene policistico. "Tolvaptan rappresenta una svolta significativa nella gestione dell'Adpkd. Per la prima volta, potremo modificare la progressione della malattia e preservare la funzione renale, con la possibilità di migliorare la qualità di vita dei pazienti e ottenere risultati a lungo termine".

// Video



Clip Salute, il tg di domenica 24 maggio 2015

Seguici su

ALESSANDRO FOSSETTI



PARLA L'ESPERTO

A cura di *alessandro fossetti*

Miopia, tre ore all'aria aperta salveranno i nostri figli

L'allarme è lanciato da un pezzo: la miopia sta aumentando in quasi tutti i paesi del mondo, arrivando in alcuni di essi a percentuali elevatissime, tanto da indurre qualche clinico, come la dottoressa Padmaja Sankaridurg, capo del programma miopia al prestigioso Brien Holden Vision Institute di Sydney, in Australia, a parlare di "epidemia". La prevalenza [...]



SEI UN ESPERTO DI QUESTA MATERIA?

oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

VUOI SAPERNE DI PIU' DI QUESTO ARGOMENTO?

oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

Mi piace Tweet

La redazione consiglia

- Trapianto di cuore da un cadavere: | primo intervento in Europa
- Allarme morbillo, segnalati nuovi focolai: | a rischio anche gli adulti
- Sicurezza alimentare: l'Italia prima | per le segnalazioni all'Ue

Lascia un Commento

Nome (obbligatorio)

Mail (che non verrà pubblicata) (obbligatorio)

Sito web

Invia commento

CALENDARIO VACCINALE PER LA VITA

- LEGENDA**
- NELLA STESSA SEDUTA
 - SPECIFICI GRUPPI A RISCHIO
 - IN SEDUTA SEPARATA
 - DA SOMMINISTRARE NELLA STESSA SEDUTA
 - IN SEDUTE SEPARATE
 - PER CATEGORIE A RISCHIO

* EpB Per figli di madri con Epatite B
 ** EpA Per aree geografiche ad elevata endemicità (per viaggiatori)
 *** EpB 4 dosi anche per pre-esposizione imminente
 # MenC Oppure MenACWY coniugato

VACCINO	2-3GG	3° MESE	4° MESE	5° MESE	6° MESE	7° MESE	11° MESE	13° MESE	15° MESE	6 ANNI	12-18 ANNI	19-49	50-64	OVER 64
DTPa		DTPa		DTPa		DTPa		DTPa		DTPa	dTpa-IPV	1 dose di dTpa ogni 10 anni		
IPV		IPV		IPV		IPV		IPV		IPV		3 dosi: pre-esposizione 4 dosi: post-esposizione**		
Epatite B		EpB-EpB*	EpB	EpB	EpB	EpB		EpB						
Hib		Hib		Hib		Hib		Hib						
Pneumococco		PCV13		PCV13		PCV13		PCV13		PCV13	PCV13 / PPV23	PCV13		
MPRV								MPRV						
MPR								MPR						
Varicella								V						
Meningococco C								MenC#	MenC#		MenACWY coniugato	1 dose		
Meningococco B			Men B	Men B	Men B			MenB	MenB					
HPV											HPV: 2-3 dosi			
Influenza								Influenza			1 dose all'anno	1 dose all'anno		
Herpes Zoster														
Rotavirus					Rotavirus							1 dose		
Epatite A									EpA**		EpA**	2 dosi (0-6-12 mesi)		

- IPV Antipolio
- EpB Epatite B
- Hib Haemophilus influenzae tipo b
- DTPa Difterite-tetano-pertosse (adulti)
- dTpa Difterite-tetano-pertosse (adulti)
- DTPa-IPV Difterite-tetano-pertosse e polio inattivato (adulti)
- MPRV Tetraivalente. Morbillo-parotite-rosolia-varicella
- MPR Trivalente. Morbillo-parotite-rosolia-varicella
- V Varicella
- PCV13 Pneumococco coniugato
- 13 valente
- PPV23 Pneumococco polisaccaridico, piano 23-valente
- MenC Meningococco C coniugato
- MenB Meningococco B
- HPV Papilloma virus
- EpA Epatite A

IL PUNTO

Varicella

Ancora diversa la situazione della varicella. Dal 2013 otto regioni (Veneto, Provincia autonoma di Bolzano, Toscana, Puglia, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna) propongono la vaccinazione estensiva. «L'esperienza di queste regioni - precisa Giovanni Gabutti, ordinario di Igiene all'università di Ferrara - con il calo di nuove infezioni, la riduzione di complicanze e ricoveri ospedalieri e del numero di decessi, ci dimostra che bisogna allargare la vaccinazione a tutto il territorio nazionale. La varicella è molto contagiosa e può avere effetti pesanti se ci si ammala da grandicelli o addirittura da adulti: infezioni batteriche ma anche complicanze virologiche, polmoniti, rialzi febbrili con convulsioni, soprattutto nei bambini tra 1 e 4 anni. Inoltre la varicella può essere rischiosa in gravidanza». In ogni caso, sui circa 500.000 casi stimati in Italia all'anno, e quasi l'1 per cento di ricoveri e il 3,5 di complicanze c'è poco da stare allegri. Numeri alti, soprattutto perché facilmente evitabili. Per questo motivo sono in cantiere alcuni programmi per migliorare la comunicazione sui vaccini alla popolazione. «Si comincia con un numero verde», spiega Rosa Prato, coordinatrice del gruppo nazionale che comprende sei regioni - al quale risponderanno 25 specialisti su tutto il territorio. E poi interventi nelle scuole, nei centri commerciali e anche presso gli operatori sanitari dei centri vaccinali e dai medici di medicina generale».

Vaccini. Troppe morti per malattie evitabili con l'immunizzazione

Fra pediatri che non incentivano e genitori impauriti, calano le percentuali dei bimbi protetti e aumentano i rischi per tutti. In arrivo il nuovo calendario

Coperture basse il vero nemico è la diffidenza

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

PER l'Organizzazione mondiale della Sanità sono la più grande scoperta scientifica mai effettuata dal genere umano. E però, si continua a morire di malattie che potrebbero essere prevenute facilmente con un vaccino: pertosse, morbillo, rotavirus, polmonite, meningite. Al recente congresso Espid (Società europea per le malattie infettive pediatriche) di Lipsia, molto si è discusso su come mantenere e incrementare la copertura vaccinale. Il nemico numero uno è la diffidenza portata avanti dai cosiddetti "movimenti antivaccino". Secondo uno studio condotto in Belgio, le ricerche in rete sui vaccini sono quasi 60 milioni nel mondo, di queste 15 milioni ne parlano contro. Un quarto esatto. Del resto, un'indagine condotta dalla Sips, la società italiana di pediatria preventiva e sociale, su 488 pediatri ha dato risultati ancora più sconcertanti: il 22% ritiene che un bambino debba essere vaccinato solo contro le malattie più gravi, il 13 che si meglio ridurre il numero di vaccini. E, soprattutto, nonostante le ormai numerose evidenze scientifiche contrarie, il 2,5% dei pediatri ha espresso dubbi o piena concordanza nel riconoscere una relazione tra vaccinazione e autismo.

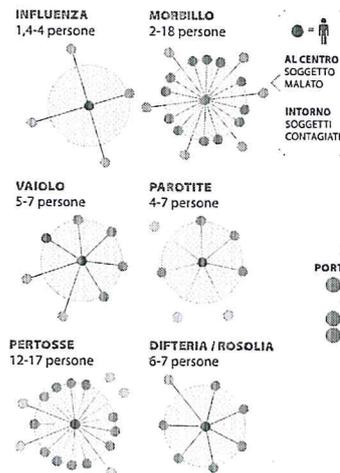
«Se i pediatri non credono ad alcune vaccinazioni - ragiona Elisabetta Franco, ordinario di Igiene all'università Tor Vergata di Roma - non le incentivano. Ed è una sconfitta per la pediatria. Nel caso del rotavirus, per esempio, non c'è percezione di una patologia grave, mentre ci sono ogni anno circa 230 morti in Europa e tra 9 e 11 in Italia. Il 30% di tutte le gastroenteriti è da rotavirus, più del 50% di quelle ospedaliere, che sono anche le più gravi. Per non parlare dei quindicimila ricoveri annui, con costi elevati per il sistema sanitario. I sintomi sono in genere diarrea, vomito, febbre. Le complicanze, disidratazione e squilibrio elettrolitico, vanno trattate immediatamente. Nel 2009 l'Oms ha raccomandato a tutti di introdurre la vaccinazione, speriamo che nel nuovo calendario che si sta predisponendo, che si ispira al calendario della vita pensato dalle società scientifiche, il vaccino sia previsto gratuitamente e con offerta attiva in tutte le regioni. Oggi lo ha solo la Sicilia».

La Sicilia in realtà ha applicato l'intero calendario della vita. «Abbiamo l'offerta più completa in Italia - premette Francesco Vitale, ordinario di Igiene all'università di Palermo - ma il problema anche da noi è la copertura. Il vaccino antirotavirus, per esempio, è in calendario dal 2012, dal 2013 come offerta gratuita e attiva. Dopo due anni, però, la copertura è di circa il 50%, mentre sarebbe auspicabile almeno l'80. Abbiamo vaccinato circa 50.000 bambini ed è già stato approvato uno studio per indagare l'invasione intestinale da infezione di rotavirus, che accade se l'infezione è presa naturalmente, e quindi può accadere anche con la vaccinazione. Ma, nei 50.000 bambini vaccinati non abbiamo avuto alcuna segnalazione di eventi avversi gravi. Mentre già dopo un anno, con una copertura di circa il 30%, c'è stata la riduzione della metà delle ospedalizzazioni. Il problema è che i pediatri non aderiscono attivamente al programma proposto dalla Regione. Una soluzione potrebbe prevedere l'inse-

LA CONTAGIOSITÀ

Il morbillo è una delle malattie infettive più contagiose

CIFRA MASSIMA E MINIMA DEI POSSIBILI CONTAGIATI



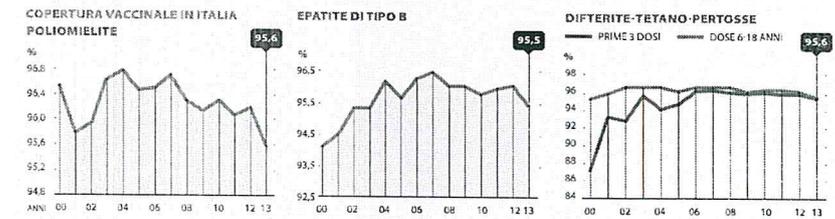
COPERTURA VACCINALE CONTRO IL MORBILLO



LE REGIONI ITALIANE

	MENO COPERTE	PIÙ COPERTE	
PA. BOLZANO	68,9%	UMBRIA	93,0%
VALLE D'AOSTA	83,5%	LOMBARDIA	92,6%
LIGURIA	85,3%	ABRUZZO	92,4%
PA. TRENTO	86,3%	PIEMONTE	92,1%

IN MEDIA 88,7%



Fonte: Ministero della Salute - DG della Prevenzione Sanitaria / ISS / OMS / EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. MEASLES AND RUBELLA MONITORING, APRILE 2013

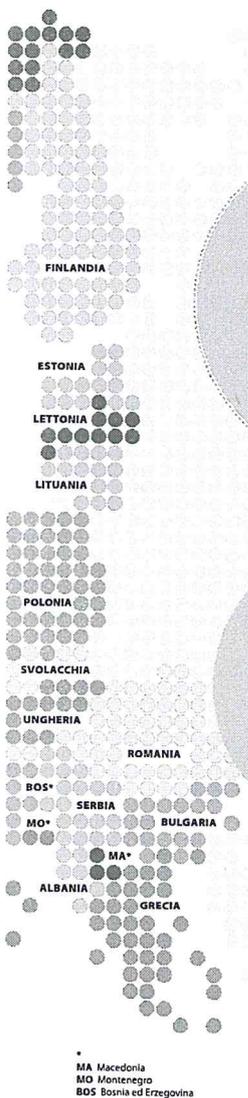
ramento di questa clausola nei contratti di convenzione dei pediatri e dei medici generalisti con le regioni. Chi non la accetta non potrà lavorare per il servizio sanitario». La situazione non è migliore per malattie come morbillo e varicella. L'Oms si era data come obiettivo la scomparsa del morbillo nel 2015 e «invece - sottolinea Alberto Villani, responsabile Pediatria generale e Malattie infettive all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma - solo in Italia ne abbiamo 2500 casi all'anno. Così come ci sono mille casi di meningite e circa 100 di tetano all'anno. Crediamo che alcune malattie siano scomparse ma

non è così. Se un pediatra ha il 10% di bambini non vaccinati deve chiedersi se sta facendo bene il suo lavoro. E forse il sistema sanitario dovrebbe pagarli in base a quello. È vero che la mortalità per morbillo è rara ma è una malattia seria e, in un caso su mille, ci sono esiti neurologici gravi. Ai genitori bisogna parlare delle malattie, non dei rischi dei vaccini. Mi pare pazzesco che si muoia ancora di pertosse». I dati presentati a Lipsia raccontano di una malattia con incidenza alta, soprattutto nel Nord Europa: nel 2012, 76 morti nei Paesi Bassi, 42 in Germania. E in Gran

IL MORBILLO IN EUROPA



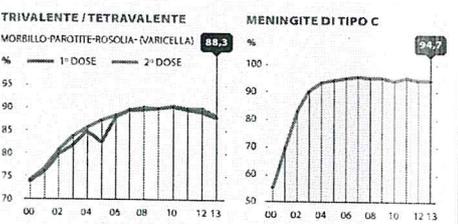
PAESE	CASI NEL MESE DI MARZO 2015
Austria	175
Belgio	77
Bulgaria	0
Croazia	88
Cipro	6
Rep. Ceca	191
Danimarca	18
Estonia	0
Finlandia	2
Francia	189



Grecia	1
Ungheria	0
Islanda	0
Irlanda	20



Lettonia	36
Lituania	13
Lussemburgo	1
Malta	0
Olanda	32
Norvegia	5
Polonia	62
Portogallo	2
Romania	15
Slovacchia	0
Slovenia	67
Spagna	65
Svezia	23
Regno Unito	60



Bretagna è ricordato come un anno nero, con oltre 9000 casi, molti in bambini sotto i tre mesi, e 14 morti. Tanto che a tutte le donne in gravidanza viene offerto il vaccino. «Una strategia per proteggere il neonato di pochi mesi - spiega Paolo Bonanni, ordinario di Igiene all'università di Firenze - che si può applicare insieme a quella del bozolo, ovvero vaccinare quelli attorno al bambino, almeno madre, padre e fratelli. Bisogna che il ginecologo spieghi bene alle mamme in attesa che gli effetti collaterali sono modesti, ma che vaccinarsi protegge il nascituro».

L'ESPERTO USA
Da noi un elenco scuola per scuola con i numeri dei "non coperti"

LA COPERTURA vaccinale cala anche negli Stati Uniti. Come affrontarla? «Circa il 28% dei genitori americani - attacca Louis Bell - ha dubbi legati alla sicurezza e per questo ritardano la vaccinazione o rifiutano uno specifico vaccino. Con questi genitori è fondamentale discutere in modo aperto e onesto. Hanno paura degli effetti collaterali? Bisogna spiegare che sono ben descritti e moltorari. E che anche quando si verificano sono spesso di scarso rilievo e non hanno esiti successivi. È importante spiegare ai genitori qual è il rischio legato alla malattia più-

tosta». Le paure sono sempre stesse, al di qua e al di là dell'oceano: i vaccini causano autismo, il conservante del vaccino causa autismo, i vaccini multipli in un'unica dose indeboliscono e distruggono il sistema immunitario. «Durante il colloquio con i genitori - continua Bell - è importante far riferimento alla moltitudine di studi scientifici che hanno dimostrato che la connessione non esiste. È più probabile morire in un incidente d'auto, negli Stati Uniti 1 probabilità su 17.625, che per un evento avverso da vaccino».

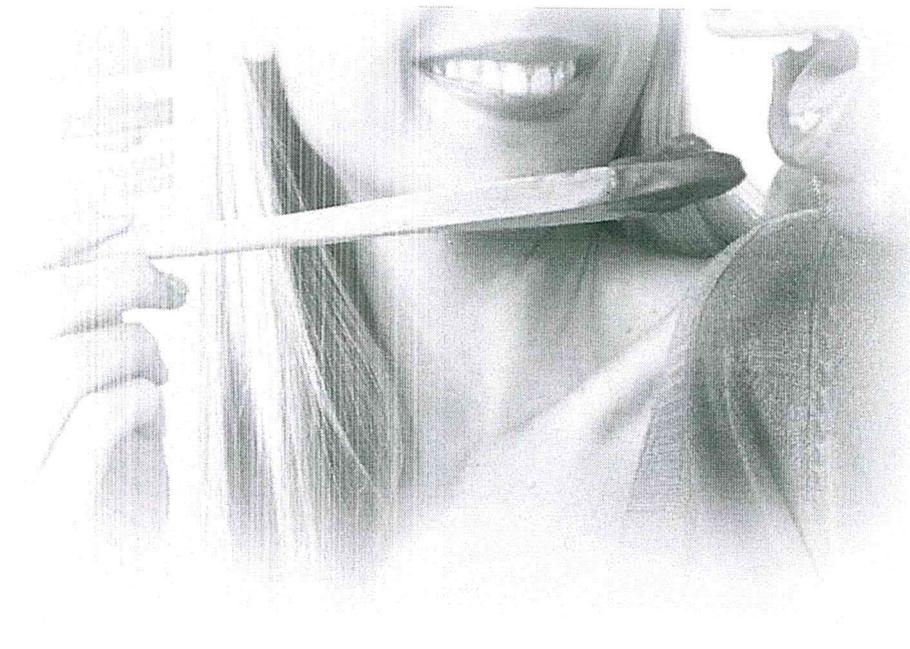
La strategia d'intervento americana è diversa dalla nostra. «Credo che i vaccini debbano essere obbligatori - ribadisce Bell - perché l'obbligatorietà storicamente ha funzionato bene. Dal 1980 tutti gli stati americani avevano regole per l'ingresso scolastico solo ai vaccinati. Poi negli anni '90 ben 48 stati hanno autorizzato eccezioni per motivi religiosi o di convinzioni personali provocando una diminuzione della

copertura e la recente epidemia di morbillo scatenata in California, a Disneyland. Le scuole però rendono pubbliche, classe per classe, le percentuali di bambini non vaccinati in modo che i genitori siano in grado di valutare il rischio. E durante una epidemia di una malattia prevenibile con il vaccino i bambini non vaccinati possono essere esclusi dalla frequenza scolastica».

Il rischio maggiore, ovunque, è che la copertura scenda troppo. «Ottenere alti livelli di copertura in bambini e adulti - conclude Bell - crea la cosiddetta immunità di gregge e proteggerà sia i bambini troppo piccoli per essere vaccinati che quelli con sistema immunitario compromesso che invece rischierebbero infezioni serie e la morte. Ma bisogna arrivare almeno al 90%. Nel caso del morbillo, che si contagia con estrema facilità, dal 92 al 94%. E ricordo che anche i bambini non vaccinati sarebbero a rischio». (e.n.s.)



LOUIS M. BELL
Direttore della Pediatria del The Children's Hospital of Philadelphia ed esperto di vaccini e di infezioni ospedaliere. Parlerà il 4 giugno in una sessione del convegno nazionale della Sipi (Società italiana di pediatria), che si svolge a Roma fino al 6 giugno



BIOLOGICO?
DA SOLO A NOI NON BASTA

Da sempre l'italiana **Probios** seleziona e distribuisce prodotti provenienti da agricolture certificate come **biologiche**; ovvero che non cedono all'uso di diserbanti, antiparassitari, concimi chimici e di sintesi che inquinano la terra. Ma questo non basta a proteggere il nostro pianeta. Per questo, da sempre, i nostri alimenti sono anche esclusivamente **vegetariani**, destinati cioè a tutti coloro che hanno fatto la scelta di non mangiare carne animale. Ma ancora non basta: siamo infatti rigorosi nella selezione dei metodi di coltivazione delle materie prime, e abbiamo un'ossessione per la **qualità**, che ci porta a scegliere per voi sempre gli ingredienti migliori. Da sempre. Probios. Biologico. Vegetariano. Vero.



Ecobean



www.probios.it

PERSAPENEDIPIÙ
www.simaiss.it
www.sipnei.it

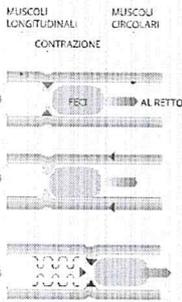
Lo studio. Su Plos One la relazione tra disturbo bipolare e sindrome dell'intestino irritabile. Veicolata dall'infiammazione

LE CAUSE ALLO STUDIO



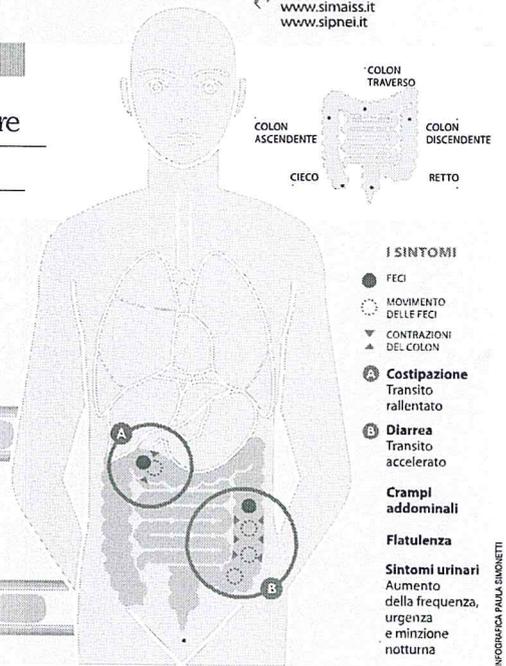
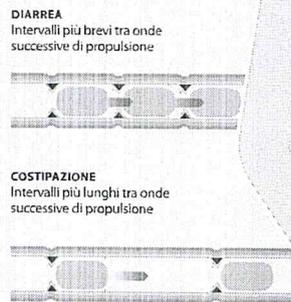
MOTILITÀ NORMALE

Le contrazioni del colon spostano le feci verso il retto per l'espulsione



DISMOTILITÀ

È una alterata motilità del colon. Può manifestarsi con un transito accelerato o rallentato



> A TAVOLA



SERVE CULTURA DEL CIBO

Consumatori e imprenditori, qualcosa sta cambiando il reciproco condizionamento, tra chi chiede e chi offre, è emerso da un originale confronto, organizzato da Unione nazionale consumatori, giunto ormai alla terza edizione con l'accattivante titolo "Cose da non credere", svoltosi a Roma la scorsa settimana. Ormai un appuntamento fisso per istituzioni, capitani dell'industria alimentare, studiosi della nutrizione umana e personaggi della filiera produttiva di salute e benessere a diretto confronto per discutere dei luoghi comuni, pregiudizi, equivoci, inganni. Ciò che più interessa segnalare è la sensazione condivisa che il "nuovo" influenzerà sempre di più il rapporto imprese-consumatori, specialmente se l'informazione alimentare, ovvero la cultura della prevenzione, attraverso un corretto stile di vita e non solo basata su vetivi esaltazioni pretestuose di qualche cibo o integratore, riporteranno ad apprezzare (con morigeratezza) tutti i cibi e a proteggere l'ambiente che li produce. Un consumatore informato e consapevole delle sue scelte nutrizionali può condizionare gli orientamenti e la qualità della filiera produttiva. E grandi multinazionali sanno che una migliore cultura nutrizionale può valorizzare un marchio o viceversa intaccare l'oligarchia e i guadagni.

edeltoma@gmail.com
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quel filo tra mente e intestino

FRANCESCO BOTTACCIOLI*

Qualche settimana fa dalla rivista *PLOS One* è arrivata un'ulteriore conferma su quanto l'intestino possa influenzare la testa e viceversa. Lo studio, che ha coinvolto 30.000 cittadini di Taiwan con sindrome dell'intestino irritabile (IBS in sigla) e altrettanti controlli, ha documentato una relazione diretta tra disordine gastrointestinale e il rischio di disturbo bipolare, una patologia psichiatrica a tempo definito disturbo manico-depressivo, a causa dell'alternarsi di episodi maniacali e depressione. La sindrome dell'intestino irritabile è caratterizzata da dolori addominali, gonfiore, flatulenza, alternarsi di diarrea e costipazione. Spesso stati di ansia e sbalzi d'umore. La sindrome è funzionale, non si riscontrano cioè lesioni del tessuto intestinale, come nelle malattie infiammatorie intestinali (morbo di Crohn e colite ulcerosa). Ciononostante c'è una forte componente infiammatoria, che lo studio indica come il legame tra il disordine intestinale e quello mentale. I ricercatori cinesi hanno incrociato i dati del servizio sanitario di Taiwan, che copre gratuitamente tutta la popolazione, relativi alle diagnosi di intestino irritabile e di disturbo bipolare nel periodo 2000-2010 e

Le responsabili sono le citochine che fanno sentire i loro effetti fino al cervello

hanno visto che, nel gruppo dei pazienti che nel 2000 avevano ricevuto una diagnosi di intestino irritabile, la frequenza del disturbo bipolare, con il passare degli anni, era più che doppia rispetto a chi non aveva il disordine intestinale. Ma ci sono altri dati interessanti. Nel gruppo con intestino irritabile c'era anche chi presentava altre malattie, tra cui malattie autoimmuni e asma. Una approfondita analisi statistica ha potuto dimostrare che la presenza di queste altre malattie infiammatorie era un indipendente fattore di rischio per il disturbo bipolare. Questo dato è confermato da altri studi, tra cui alcune meta-analisi che legano le malattie autoimmuni al disturbo bipolare. In particolare è stato visto un aumento del disturbo bipolare nel morbo di Crohn, nell'epatite autoimmune, ma anche nel lupus eritematoso sistemico, nella sclerosi multipla (rischio maggiore di 30 volte) e nelle tiroiditi autoimmuni. Su quest'ultima, un lavoro del 2007 ha documentato che nei figli di persone con disturbo bipolare c'è un aumento delle tiroiditi autoimmuni, suggerendo una relazione bidirezionale tra disturbo psichiatrico e suscettibilità alle tiroiditi autoimmuni. Il legame tra disturbi di pancia e testa è rappresentato dall'infiammazione che dall'intestino, tramite le

citochine, può far sentire i suoi effetti fino al cervello. Numerosi lavori, tra cui anche quello di un gruppo italiano, guidato da Paolo Brambilla, università di Udine, ha documentato un incremento di citochine infiammatorie nel sangue di pazienti con disturbo bipolare.

Molto c'è ancora da capire soprattutto sul profilo infiammatorio che si verifica in corso di attacco maniacale piuttosto che in corso di depressione o di stato libero da sintomi (eutimia), ma i dati convergono nel segnalare lo stretto intreccio tra infiammazione e distur-

bipolare. È la fonte dell'infiammazione può essere anche lontano dal cervello, per esempio nell'intestino sofferente.

*Dir. Master in Psiconeuroendocrinologia, Università de l'Aquila

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Crampi muscolari, debolezza, disturbi della menopausa, dolori articolari, disturbi del sonno, stress, disordini alimentari

Ritrova il benessere

con **Intensivkur**

BIO Active-Complex®

Assicura all'organismo il giusto apporto di sali minerali per ripristinare il corretto pH e mantenere l'equilibrio acido-base.

Senza glutine
Senza lattosio

FORMULA ATTIVA IN DUE FASI

GIORNO NOTTE

Contiene **BioActive-Complex®** speciale complesso di sostanze minerali naturali, ricavato dalla sorgente di acque terapeutiche della fonte Augusta di Rilchingen, in Germania.

DR. THEISS

Attiva nutrient® **Intensivkur**. L'integrazione che viene dall'acqua

solo 7 giorni di trattamento

CU RIO SI TA

Cani & gatti

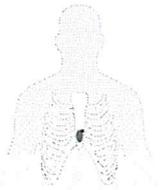
Anche cani e gatti avrebbero il loro secondo cervello nell'intestino. Un'alimentazione errata lo infiamma e impedisce la formazione della serotonina, un neurotrasmettitore che regola l'umore, provocando disturbi comportamentali come l'ansia da separazione, la distruttività e comportamenti molesti, come l'abbaiare eccessivo o l'aggressività fuori luogo. «L'intervento più efficace punta su una alimentazione corretta - spiega Sergio Canello, veterinario esperto in nutrizione - che riequilibra la flora batterica intestinale. Quindi pesce azzurro, come sardine, acciughe, aringhe, insieme alla carne biologica. Queste fonti proteiche garantiscono la migliore qualità di vita a cani e gatti. Il termometro del benessere è l'aspetto delle feci. Se sono compatte e ben formate vuol dire che l'alimentazione è corretta. Inoltre le dietezioni non dovrebbero essere troppe al giorno».



Chiedi consiglio al tuo Farmacista

www.activenutrient.it

Seguici su facebook.com/Naturwareitalia



Svenimento. È frequentissimo e quasi sempre le cause sono benigne. Come affrontare l'emergenza? Le regole del soccorritore: mantenere la freddezza necessaria per aiutare e per chiamare il 118 dando informazioni corrette, capire se il cuore batte e il soggetto respira

> LUI & LEI
ROBERTA GIOMMI



L'AMORE HA I SUOI LUOGHI

Nella consultazione di coppia diventa sempre più utile capire cosa facilita o danneggia il desiderio. La realtà che il sesso sia una esperienza precoce, la frequenza e varietà dei partner, sono diventati antagonisti della stabilità, soprattutto se viene vissuta con grande privazione di risorse. Dove, quando, quanto, sono le tre domande che le coppie devono porsi, dovendo fare i conti sulla reale riduzione del sesso pulsionale. "Dove" è il primo quesito, perché possiamo dire che ci sono forti contrasti sulla camera da letto, la sera dopo l'organizzazione della vita quotidiana.

Questo vale anche per chi non ha ancora figlie sta vivendo una storia stabile da sei mesi a due anni. Il rapporto tra abitudine e ricerca di cambiamento fa emergere che sono le condizioni diverse di luogo e in un momento della giornata diversa dalla sera, che aiutano la sessualità.

Non far coincidere la sessualità con la stanchezza è fondamentale per garantire una buona frequenza. Lucia sosteneva con il partner che non si può vivere solo di vacanze altrimenti la frequenza sessuale diventa irrilevante, così come Furio in seduta cerca di far capire a Camilla che non si possono richiedere tante caratteristiche al giorno in cui si fa sesso altrimenti diventa un evento, denso di ansia da prestazione. Dare al sesso il suo luogo e il suo tempo è quello di cui parliamo in seduta, perché garantisce una sessualità migliore, preservando intimità e legame.

www.irf-sessuologia.it

A **AIRWAYS* LIBERARE LE VIE AEREE**
Se il soggetto è privo di sensi, collocarlo in posizione supina su una superficie rigida, piegare la testa indietro e sollevargli il mento

In caso di sospetto trauma cervicale, la manovra deve essere evitata

B **BREATH* CONTROLLARE IL RESPIRO**
Accostare la guancia alla sua bocca (a circa 3-5 cm), osservando il torace. Seguire la manovra "GAS"

C **MASSAGGIO CARDIACO**

IN ARRESTO CARDIACO
Soggetto privo di sensi, non respira normalmente. Chiamare o far chiamare il 118

GUARDARE SE IL TORACE SI ALZA E SI ABBASSA
ASCOLTARE IL RESPIRO
SENTIRE IL FLUSSO D'ARIA SULLA GUANCIA

Vie aeree libere
La lingua ostruisce le vie aeree

*** nomenclatura internazionale per First Aid ABCD**

Caldo o calo di pressione così si perdono i sensi

MARIAPAOLA SALMI

LA PERDITA di coscienza, meglio conosciuta nelle sue principali varianti come svenimento e sincope, è uno degli eventi più frequenti a livello di popolazione generale. Eterogenee le cause che la determinano, spontaneo nella maggior parte dei casi il recupero. Dieci, venti secondi di blackout con perdita temporanea dei sensi. Può capitare a qualunque età e ovunque, durante un concerto o una partita a tennis, mentre si aspetta il treno o si cammina per strada, complici il caldo, l'affollamento, la disidratazione ma anche un improvviso calo della pressione sanguigna o degli zuccheri. In altri casi, per fortuna più infrequenti, le cause sono da ricercare in patologie cardiovascolari serie, come un'alterazione del normale battito cardiaco (ritmo) o un'ischemia improvvisa.

«Innanzitutto la perdita di coscienza - spiega Alessandro Boccanelli, past president dell'Associazione nazionale medici cardiologi

ospedaliere e presidente dell'Associazione Salute e Società onlus - è dovuta ad un'ipoperfusione cerebrale globale transitoria, ossia arriva poco sangue al cervello. In generale si distingue la lipotimia, il comune svenimento, dalla sincope propriamente detta. Nel primo caso il soggetto di solito si rende conto che sta per sentirsi male, l'evento è più graduale e la persona fa in tempo ad appoggiarsi, raramente cadendo a terra si fa male. La sincope, invece, è un evento improvviso, tipica è quella minzionale notturna che colpisce gli uomini di una certa età che si alzano per andare in bagno. Tutte queste forme si risolvono spontaneamente in pochi minuti e con qualche piccolo accorgimento. Poi ci sono le perdite di coscienza vere e proprie, potenzialmente pericolose e maligne, da arresto cardiaco per le quali bisogna chiamare subito il 118».

Che fare in una situazione del genere? Come affrontare l'emergenza di una persona che cade a terra davanti ai nostri occhi? «L'intervento di chi assiste può essere molto utile in attesa che arrivino i soccorsi sanitari - racconta Livio de Angelis, direttore provinciale

ARES 118 - a questo proposito è fondamentale che i cittadini sviluppino la consapevolezza del soccorso, imparando a riconoscere un arresto cardiaco e a distinguere da un semplice svenimento, è importante che il soccorritore occasionale sia in grado di attivare correttamente la catena dei soccorsi. Spesso, infatti, la chiamata arriva ma è infruttuosa perché la persona che chiama è agitata, confusa, non riesce a rispondere alle domande dell'operatore del 118. Purtroppo non c'è ancora nel nostro paese una sufficiente educazione all'uso del servizio d'emergenza e questo basso livello culturale può ostacolare l'intervento degli operatori».

Dunque, se una persona perde coscienza sono due le azioni da fare subito: mantenere la calma e chiamare o far chiamare il 118. Se si è da soli a soccorrere il malcapitato, bisogna sapere rispondere con una certa precisione alle domande dell'operatore: identificare il luogo dove è avvenuto il fatto (città, via, piazza o punto di riferimento importante); raccontare che cosa è successo e cosa sta accadendo; a questo punto l'operatore chiede: è

cosciente? respira? Per rispondere con esattezza è sufficiente appoggiare una mano aperta sul torace e sentire il respiro e le escursioni dell'atto respiratorio oppure avvicinare il viso (anche uno specchietto o un bicchiere, che si appannano se è presente il respiro) al naso e alla bocca del soggetto per avvertire l'aria espirata, o, infine, appoggiare tre dita sul collo nella parte laterale vicino alla mandibola per sentire se c'è il battito cardiaco (polso carotideo).

«Il punto cruciale - continua de Angelis - è capire se il soggetto è svenuto, ha gli occhi chiusi, non interagisce, ma respira oppure se è svenuto e non respira. La manovra da fare nel primo e nel secondo caso sono ben diverse per chi vuole aiutare in attesa dell'arrivo del 118».

Quando il soggetto è svenuto ma respira, va disteso con la testa più in basso rispetto alle gambe allentando gli abiti (cravatte, colletti, cinture, reggiseno), bisogna ispezionare la bocca per assicurarsi che sia libera da corpi estranei e quindi, girarlo su un fianco (posizione di sicurezza) per evitare che l'eventuale vomito finisca nelle vie respiratorie provocando un soffocamento ab inge-

BREVE STORIA DELLA CPR



AMSTERDAM
La società per il recupero degli annegati insegna le prime tecniche di soccorso



GERMANIA
Fredrich Maass presenta il primo documento in cui spiega le compressioni toraciche in umani



STATI UNITI
James Elam prova che l'aria espirata contiene ossigeno utile nella respirazione bocca a bocca



STATI UNITI
L'American Heart Association sviluppa in dettaglio la tecnica di CPR

1740

1767

1766

1891

1903

1954

1959

1960

1972



PARIGI
La respirazione bocca a bocca viene utilizzata per la prima volta per le vittime di soffocamento



AMBURGO
Il governo tedesco informa il grande pubblico sulle tecniche di soccorso per vittime di soffocamento e ipotermia



STATI UNITI
George Crile utilizza la compressione toracica per rianimare un suo paziente



STATI UNITI
Elam e Safar studiano la tecnica della liberazione delle vie aeree e disegnano i manichini di primo soccorso



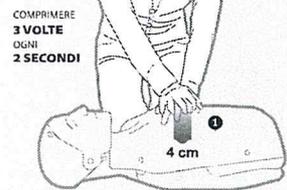
Punto dove si esegue il massaggio cardiaco

Peso corporeo in avanti

Braccia tese

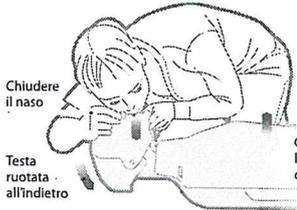
CONTINUARE CON CPR fino all'arrivo di un defibrillatore o dei soccorsi

COMPRIERE 3 VOLTE OGNI 2 SECONDI



CPR * RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE
Sovrapporre le mani al centro del torace e, a braccia tese, comprimere profondamente

2 Alternare 30 COMPRESSIONI / 2 INSUFFLAZIONI bocca a bocca

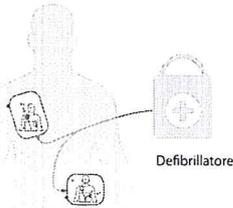


Chiedere il naso
Testa ruotata all'indietro

Osservare l'addome che si alza

Posizione sotto la clavicola

Posizione sotto la scella



Defibrillatore



Allontanarsi dal soggetto

SCARICA IN CORSO

D DEFIBRILLATORE *
Posizionare gli elettrodi, accendere l'apparecchio e seguire le istruzioni vocali; prima si esegue l'analisi del ritmo cardiaco, poi si consiglia o meno di fare la scarica elettrica



Bottone ON

Elettrodi

L'intervento. Arresto cardiaco o annegamento, l'importante è agire in fretta ancora prima dell'arrivo dell'ambulanza

Bocca a bocca imparare a farlo bene salva una vita

LA RESPIRAZIONE artificiale serve per ossigenare artificialmente una persona infortunata in arresto respiratorio. Tipici i casi di asfissia, perdita di coscienza, annegamento, avvelenamento. In tutti questi casi i muscoli involontari che dilatano la gabbia toracica sono bloccati. Di conseguenza il sangue non è più ossigenato e in queste condizioni dopo pochi minuti anche il cuore si ferma. È necessario quindi agire in modo deciso e tempestivo. Il metodo più semplice ed efficace di respirazione artificiale consiste nell'insufflazione diretta di aria nei polmoni. Le manovre classiche sono il bocca a bocca e, più raramente, il bocca-naso. Questo tipo di assistenza artificiale si può praticare senza temere di correre partico-

ri rischi rispetto al contagio di potenziali infezioni. «La respirazione/ventilazione artificiale bocca a bocca è da sempre la tecnica di sopravvivenza più utilizzata in caso di perdita di coscienza da arresto cardiaco e da annegamento. Quando non ci sono a portata di mano gli strumenti adatti, peraltro riservati al personale sanitario, è la prima manovra che di solito compie chi soccorre occasionalmente un soggetto privo di coscienza che non respira - osserva Livio De Angelis, direttore Centrale operativa 118 Roma - di solito invece gli operatori del 118 utilizzano la tecnologia». Prima di soffiare aria dentro la bocca, bisogna assicurarsi che sia libera da corpi estranei che bloccano le vie aeree. La prima mossa da fare è inginocchiarsi a

Prima di procedere assicurarsi che le vie aeree siano libere

lato dell'infortunato, stringere le narici con l'indice e il pollice, inspirare profondamente e applicare la bocca sulla sua soffiandogli dentro aria con forza. Ogni insufflazione, se ben riuscita, dovrebbe far sollevare il torace del paziente. È buona norma controllare il battito cardiaco a livello dell'arteria carotide del collo appoggiandovi sopra tre dita. Se il battito riprende significa che il cuore ha ripreso a battere. Gli operatori del 118 per ventilare artificialmente usano il tubo oro-tracheale, per legge riservato solo ai medici, che insuffla ossigeno puro, e i palloni ovali, di genere neri, che si applicano con una normale mascherina appoggiata su naso e bocca e insufflano ossigeno puro.

«Succede spesso che la persona che soccorre non se la senta di fare il bocca a bocca per motivi igienici. In questi casi - spiega De Angelis - noi suggeriamo di procedere quanto prima con il massaggio cardiaco che comunque può aiutare la persona infortunata a riprendersi in attesa degli aiuti specifici. In ogni caso nelle sanitarie e nelle farmacie sono in vendita apposite mascherine per praticare il bocca a bocca».

Dopo l'arrivo dell'ambulanza, il paziente viene disteso sulla lettiga e caricato sul mezzo, dopodiché hanno inizio una serie di manovre ben codificate: vengono esplorate le funzioni vitali, si sente subito il polso e il respiro, se il paziente è ancora in arresto cardiaco si procede con la defibrillazione e contemporaneamente con l'elettrocardiogramma a 12 derivazioni per una prima diagnosi. Il referto è poi inviato all'ospedale di riferimento. A questo punto se il cuore riparte bisogna sostenere la respirazione somministrando ossigeno ad alti flussi e liquidi in vena, anticipando la terapia medica che poi proseguirà in ospedale. In caso di infarto, entro sessanta minuti dai sintomi bisogna intervenire con la rivascolarizzazione, per questo è essenziale che il 118 trasporti il paziente nel centro più attrezzato e dotato di un reparto di emodinamica (mp. salmi)

CalmAcid Reflux

Contro il reflusso acido, gentile con il tuo stomaco.

Blocca la risalita dei succhi gastrici con una barriera a base di **Alginato e Fieno greco**

Allevia il senso di bruciore

CalmAcid Reflux, attraverso la formazione di una soffice barriera a base di estratti vegetali, blocca il reflusso gastroesofageo e protegge la mucosa.

- Non provoca stitichezza
- Adatto in gravidanza e per bambini sopra i 3 anni
- Senza glutine



Confezioni da 9 e 21 bustine

da **BIOS LINE**
in Erboristeria, Farmacia e Parafarmacia

È un dispositivo medico CE 0-26

Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Aut. Min. sanità 1/04/2015

biosline.com

stisi. Mai e poi mai somministrare acqua o cibo. Se si conosce bene l'infortunato e si è al corrente che è diabetico si può inserire sotto la lingua un po' di zucchero, nel caso si tratti di una crisi ipoglicemica.

Diversa la situazione quando la persona è svenuta e non respira. Le manovre da attuare senza perdere tempo sono tre: distendere in posizione supina il malcapitato, effettuare il massaggio cardiaco alternato alla respirazione/ventilazione artificiale. «Si comincia con due insufflazioni di aria bocca a bocca. Il soccorritore prende un respiro profondo, chiude il naso dell'infortunato e butta dentro la sua bocca tutta l'aria che può per due volte - conclude De Angelis - poi senza interruzione inizia il massaggio cardiaco». Meglio mettersi in ginocchio, posizionare sullo sterno le due mani a piatto una sull'altra con le braccia distese in modo che il peso del corpo del soccorritore gravi sullo sterno, le spinte, forti e decise, devono essere trenta, una di seguito all'altra senza fermarsi mai, poi di nuovo due insufflazioni d'aria, così di seguito fino all'arrivo del 118. Se la perdita di coscienza avviene a letto, bisogna stendere la persona sul pavimento altrimenti il massaggio non è efficace.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFOGRAFICA PAOLA GIMONETTI

STATI UNITI
L'American Heart Association sviluppa le linee guide di CPR per l'infanzia

STATI UNITI
L'uso di defibrillatore viene indicato anche per l'infanzia

1983 1990 2004

SEATTLE
Primo programma di training mondiale. Vengono certificate 100mila persone



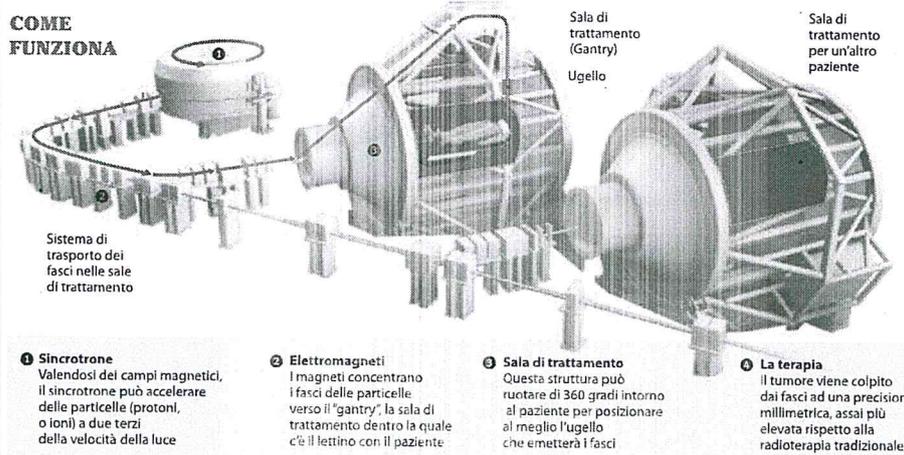
STATI UNITI
Si diffonde l'accesso dei defibrillatori nei luoghi pubblici

FRANCE
RILASCIATO DAL MINISTERO DELLA SANITÀ ITALIANA

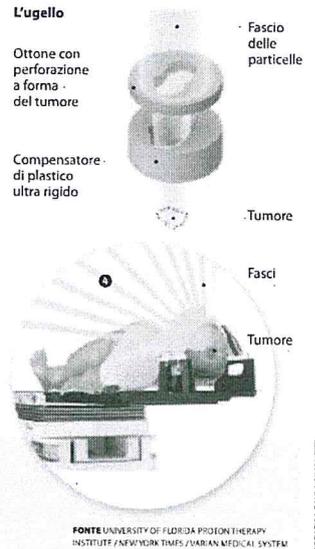
Adroterapia. Dopo vent'anni di attività il primo bilancio del Nirs

La tecnica ha risultati superiori rispetto alle cure tradizionali. In Centro di Pavia

COME FUNZIONA



IL RILASCIO DI ENERGIA



FLASH

Emofilia

Fino al 31 agosto, attraverso l'hashtag #kmemofilia, sarà possibile donare i propri chilometri percorsi correndo, nuotando, andando in bici o in qualunque altro modo alla campagna Miles for Haemophilia: your personal best. L'obiettivo è raccogliere 4000 chilometri, uno per ogni paziente emofiliaco stimato in Italia. Se accadrà Pfizer donerà una somma per finanziare l'attività sportiva nei pazienti

Memoria

Il 10 giugno dalle 17.30 in Campidoglio a Roma, promosso da fondazione Atena onlus, convegno sui meccanismi della memoria, quali sono, perché si deteriorano e come possiamo preservarli. «Da 30 anni - spiega il neurochirurgo Giulio Malra, presidente della fondazione - il cervello comincia a perdere giornalmente neuroni. Il miglior antidoto è quello di usare costantemente il muscolo-cervello perché l'inattività lo indebolisce. Bene meditazione, lettura, l'uso di uno strumento tecnologico nuovo, un buon riposo, sano movimento. Poi dieta equilibrata».

Piramide

Riparte la campagna Curare la Salute con una versione interattiva della piramide alimentare e uno spazio in rete con articoli, approfondimenti e consigli pratici per una alimentazione adeguata e per mantenersi in salute. Gli italiani mangiano poca frutta e verdura (solo il 20% le 4-5 porzioni al giorno), hanno una vita sedentaria e sono fuori forma. Il test per sapere come mangiare su curarelasalute.com

MARIA PAOLA SALMI

ERANO attese da tempo le evidenze scientifiche sull'adroterapia, una forma evoluta di radioterapia che utilizza protoni e ioni carbonio sotto forma di "adroni" per trattare tumori incurabili e rari. L'occasione per una revisione critica dei dati disponibili, sono stati i vent'anni di attività del National Institute of Radiological Sciences, NIRS, di Chiba in Giappone. Il centro, uno dei quattro al mondo e quello con maggiore esperienza nel trattamento di tumori avanzati, ha messo a disposizione i dati clinici su oltre 8.000 malati trattati in due decenni. Il lavoro, pubblicato su *Lancet Oncology*, è arrivato a conclusioni incoraggianti: l'adroterapia ha ottenuto risultati clinici superiori rispetto alla radioterapia tradizionale, in termini di sopravvivenza ed efficacia nella distruzione delle cellule tumorali, anche con minori effetti collaterali. In Italia il Centro nazionale di adroterapia oncologica di Pavia, CNAO, è l'unico in grado di curare oltre 23 tipi di tumore inoperabili (tra i più aggressivi pancreas, osso, fegato, mielomi) e resistenti alla radioterapia classica. Solo Lombardia ed Emilia Romagna garantiscono l'accesso a queste cure, nelle altre regioni serve un'autorizzazione dalla Asl con lunghe pratiche burocratiche.

Lombardia ed Emilia Romagna garantiscono l'accesso. Trattati 500 malati, ma il tetto è 1000

«Il nostro centro — afferma Roberto Orecchia, direttore scientifico CNAO — dal 2011 ha trattato oltre 500 pazienti ma potrebbe accoglierne fino a mille. Siamo pronti per melanomi oculari, tumori polmonari e pediatrici. E auspichiamo l'inserimento dell'adroterapia nei nuovi Lea».

Per tornare ai dati scientifici, risultati eccellenti per i tumori della testa: nei carcinomi adenoidici cistici delle ghiandole salivari si è avuto un controllo di malattia superiore all'80%, al 63% la sopravvivenza a 5 anni; stesse percentuali per i melanomi delle mucose con un controllo di malattia del 75% e un aumento della sopravvivenza a 5 anni del 50%. Ottimo il controllo di malattia, 90%, nei tumori del polmone in stadio T1a, T1b e T2 dove si applica il trattamento in un'unica seduta a dosi altissime, minimi gli effetti collaterali. Nei sarcomi dell'osso risultati superiori a qualsiasi altro tipo di trattamento. Nei cordomi del sacro il controllo a 5 anni è stato dell'88% e la sopravvivenza sfiora l'86%.

Buone evidenze nei tumori della prostata localmente avanzati ad alto rischio, con un controllo di malattia dell'80%, risultati ottenuti combinando adroterapia e trattamento sistemico di deprivazione ormonale. I tumori del pancreas sembrano particolar-

mente sensibili alla terapia con carbonio: la mediana di sopravvivenza è stata di due anni, il doppio dei migliori risultati internazionali. Soddisfacenti i risultati clinici per tumori epatici, recidive del retto, e tumori dell'utero in stadio avanzato.

Prospettive future? Il documento suggerisce alcune raccomandazioni: avviare studi cooperativi randomizzati e di confronto con altre terapie standard; potenziare l'integrazione adroterapia e farmaci a bersaglio molecolare; uniformare le prescrizioni delle do-

si tra i vari centri; e, infine, estendere i trattamenti con sistema di scanning attivo e la costruzione di un gantry (sala di trattamento con fascio rotante, ndr) per carbonio di dimensioni e costi ridotti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MARCO ANTONETTO
FARMACEUTICI
Integratori Nutrizionali SCLIN

CONTROLLO DEL PESO

LIMITARE L'ASSORBIMENTO

Il peso corporeo è il risultato del bilancio tra le calorie introdotte con gli alimenti e le calorie utilizzate. La principale causa del sovrappeso è da ricercare nelle odierne abitudini comportamentali e alimentari, caratterizzate da vita sedentaria e da un'eccessiva assunzione di cibi altamente energetici.

La riduzione del peso deve essere ottenuta limitando l'apporto calorico globale ma assicurando un'equilibrata assunzione di tutti i nutrienti; è utile ridurre i cibi ricchi di grassi saturi e zuccheri a favore di cibi ricchi di fibre (cereali integrali, legumi, verdura, frutta).

Normaline apporta Chitosano e Glucomannano da *Amorphophallus konjac* (limitazione dell'assorbimento dei nutrienti), con estratti di *Té verde* (equilibrio del peso corporeo), *Cassia acutifolia* (regolarità del transito intestinale), *Taraxacum officinalis* (funzione depurativa dell'organismo e drenaggio dei liquidi).

Normaline deve essere inleso come parte di un piano generale finalizzato al controllo del peso che preveda un regime alimentare controllato, un' aumentata attività fisica e uno stile di vita sano.

In farmacia. Leggere le avvertenze.

DIA GNO SI

Osso in 3D

Stampare fratture ossee in 3D per valutare meglio il quadro clinico, realizzare tutori traspiranti al posto del gesso, ricostruire le ossa. Se ne è parlato a 3DPrint Hub a Milano. Con le nuove tecnologie di scansione e stampa 3D si può rendere del tutto digitale e più accurata la produzione dei dispositivi medici su misura come tutori anatomici e ortesi. Ortopedia e traumatologia uno dei campi dove il tridimensionale trova nuove applicazioni. La stampa 3D è di aiuto anche nella chirurgia addominale in interventi con chirurgia laparoscopica o robotica. Il modello stampato consente una migliore comprensione dei rapporti anatomici tra le diverse strutture e permette di pianificare con cura gli accessi e gli spazi di manovra. E in chirurgia vascolare c'è l'uso di modelli capaci di riprodurre la patologia a carico dei vasi, in particolare dell'aorta, come aneurismi e dissezioni. (al.mar)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità24

Stampa

Chiudi

01 Giu 2015

Le troppe incompiute per la salute

di Roberto Turno

L'intesa sui tagli da 2,35 miliardi che ancora non c'è, è chissà per quanto tempo non ci sarà (e se e quando arriverà). Il Patto per la salute 2014-2016, che resta in attesa di una parte sostanziale dei tasselli indispensabili per dargli realmente forma e sostanza. I nuovi livelli essenziali di assistenza (i Lea) che finora non hanno visto la luce. E la manovra per il 2016 che si avvicina a grandi passi, tra preoccupazioni di nuovi tagli e di un ridimensionamento in prospettiva della sanità pubblica. Con i ticket che saranno probabilmente rimodellati per reddito e gli ospedali che rischiano di perdere sempre più pezzi "storici": troppi reparti doppione, primariati, piccole strutture. Mentre le cosiddette "cure h24" con la nuova medicina generale sul territorio che ancora non decolla. A mettere tutti insieme i pezzi del mosaico della sanità pubblica, non si finirebbe mai di aggiungere le incompiute. Al ministero della Salute giurano che - siano o meno in stand by le Regioni - i lavori vanno avanti, eccome. E del resto non è (solo) questione di inerzia ministeriale. Fatto sta che il Ssn sta diventando un puzzle sempre più complesso, sempre meno "manovrabile". Proprio nell'urgenza della crisi e di un impoverimento degli italiani che viceversa richiederebbe più sicurezza nella tutela della salute pubblica. Ma i vecchi vizi non sono diventati - non dappertutto - pubbliche virtù. La spending review è rimasta o quasi lettera morta. Le Regioni in rosso profondo hanno solo in parte migliorato i conti, e del resto per loro aggiungere nuovi tagli a quelli vecchi è quasi un'impresa: vedi il fardello dei superticket e delle super addizionali, come il blocco del turnover che paralizza reparti e assistenza. Anche se non per questo si possono giustificare incresciose realtà, a cominciare dal Molise e dalla Calabria che scontano peccati e saccheggi decennali. Mentre, in tutto questo, le imprese pagano i ritardi di pagamento, i crediti che sono sempre elevati. E i cittadini che si sobbarcano tasse, ticket e attese. Con prestazioni al lumicino nelle "regioni canaglia". C'è tutto questo, e molto altro ancora, nella sanità pubblica. In attesa di un addio al federalismo e a un tocco di centralizzazione che non avrebbe guastato, anziché inseguire l'impazzimento della devolution e dei suoi derivati.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved