



EDITORIALE
**Valorizzare
 eccellenze
 e merito**
 DI MARCO TRABUCCO
 AURILIO*

A partire da oggi inauguriamo il nuovo speciale sul mondo della salute e della sanità nato dalla partnership tra il network editoriale di promozione della salute PreSa (prevenzione-salute.it) e ItaliaOggi.

Eccellenza e merito sono le parole chiave che valorizzeremo in questo focus mensile.

Dare voce ai territori, ai tanti operatori sanitari, spesso in condizioni di precariato, che quotidianamente si mettono a disposizione del prossimo con dedizione e competenza.

Livelli Essenziali di Assistenza e diritto alle cure, alle stesse cure, molte innovative e ad alta efficacia per tutti i cittadini. È giunto il momento di superare, rispetto alla spesa farmaceutica per alcuni gruppi di patologie come tumori, malattie rare e altre patologie ad alto impatto invalidante, la logica oramai dimostratasi fallimentare dei sistemi sanitari regionali.

Ascolteremo i cosiddetti «decisionari», convinti, però, che alla politica spettino gli indirizzi legislativi e normativi per poi fare un passo indietro rispetto a vecchie logiche di lottizzazione che hanno portato, tra commissariamenti delle regioni e deficit, a un'Italia a due velocità anche nella sanità.

Nell'epoca in cui il «dottor web» spesso risulta avere più credibilità del medico della porta accanto, risulta, infine, quanto mai doveroso per il nostro network contribuire con ogni mezzo, con iniziative come questa, a diffondere una corretta informazione sanitaria e incentivare una reale cultura della prevenzione nel nostro Paese.

*Direttore Scientifico PreSa

Con i nuovi strumenti informatici operatori connessi h24

Stress da lavoro, cura e strategie

Burnout e workaholism da non sottovalutare

Con l'ingresso dei nuovi strumenti informatici nel mondo del lavoro, che ormai tengono connesso l'operatore h24, si è passati dallo stress in senso classico al «tecnostress», con una notevole difficoltà a conciliare vita privata e vita professionale.

«Soprattutto tra le nuove generazioni di lavoratori, il rapporto è percepito in modo sempre più indistinto - dice **Angelo Sacco**, medico chirurgo, specialista in medicina del lavoro e medico autorizzato alla radioprotezione dei lavoratori, dal 1999 dirigente medico del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale nonché docente di medicina del lavoro alle Università Tor Vergata e Cattolica di Roma - Da un'indagine sui giovani lavoratori statunitensi (Eurofound and the International Labour Office, 2017) viene fuori la consolidata abitudine a impiegare una parte significativa delle ore di lavoro all'uso, per motivi personali, dei nuovi strumenti informatici e viceversa. Durante l'orario di lavoro il 60% degli intervistati legge/invia mail personali, il 57% invia messaggi di testo, il 53% usa il telefonino, il 50% i social. A casa, il 51% degli intervistati legge/invia mail di lavoro, il 45% invia messaggi di testo, il 46% usare il telefonino, il



Angelo Sacco



Camillo Loriedo

34% esegue ricerche». Ma non è tutto. «Studi svolti in Corea del Sud hanno mostrato come la sindrome da dipendenza da internet rappresenti, in quel Paese, uno dei più grandi problemi di salute pubblica che può evolvere anche verso forme depressive», aggiunge. «Altre ricerche mostrano che i lavoratori, oltre ai problemi muscolo-scheletrici e oculovisivi del comune videoterminale possono andare incontro anche ai problemi di dipendenza dalla tecnologia e correlati con l'isolamento sociale e a disturbi del ritmo sonno-veglia».

Il prevalente utilizzo di piccoli strumenti informatici portatili, e, soprattutto, il loro impiego in ogni circostanza sono le principali criticità dello smart working

introdotta dalla legge 81 del 2017. «Vista la velocità con cui avanza la tecnologia, almeno in Italia non sono ancora disponibili dati scientifici sullo smart working e sui nuovi lavori legati alla cosiddetta Gig economy. Questi ultimi coinvolgono il lavoratore h24 e rischiano di diventare la sua unica ragione di vita potendo creare sintomi da dipendenza. L'impiegato tradizionale, invece, una volta e terminate le sue ore in ufficio, diceva stop».

Cosa può accadere in questi casi? «Che il lavoratore stia male se per qualche ragione non svolge la prestazione. Per evitare fenomeni di dipendenza dal lavoro, il datore dovrà rendere effettivo il diritto del lavoratore alla disconnessione, così come previsto dall'art. 19 della legge 81 - spiega il

prof. **Camillo Loriedo**, direttore Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale e docente di psichiatria e psicologia clinica a La Sapienza di Roma - Bisogna illustrare due concetti che gli italiani ancora poco conoscono come il burnout, che richiede l'interruzione dell'attività lavorativa e il workaholism (dipendenza dal lavoro) per i quali, è opportuno ricorrere a una vera e propria psicoterapia, preferibilmente pratica e di effetto rapido, come terapia relazionale-sistemica, cognitivo-comportamentale, strategica o ipnoterapia». Quali sono i rischi? «Il rischio più elevato è il divorzio, poi le conseguenze sui figli che rendono particolarmente utile una terapia della coppia o della famiglia». Statistiche al riguardo? «Il 6% dei divorzi annuali in Inghilterra è da attribuire a persone affette da workaholism. Il 25% dei mariti che ha sposato donne workaholic può diventare alcolista e ammalarsi di patologie. I figli delle donne workaholic rischiano di diventare come le madri o al contrario, per una sorta di crisi di rigetto possono staccarsi dalla famiglia e fare esattamente l'opposto, non lavorare. La percentuale, in questi ragazzi, sfiora il 50% dei casi», conclude il prof. Loriedo. **M.T.A.**

© Riproduzione riservata

A Milano esperti riuniti al congresso della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale

La crescente e diversificata richiesta di aiuto delle famiglie in difficoltà per problemi legati ad abuso di sostanze, condotte violente e antisociali, è il dato emerso al congresso della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale (Sippr) su «Terapeuti e pazienti: la relazione che cura», svoltosi nei giorni scorsi all'Università Bicocca di Milano.

«L'intervento sistemico relazionale, che si è rivelato efficace e immediato per la sua specificità metodologica, mentre favorisce il superamento delle criticità individuali aiuta tutti i componenti nel contesto di vita ad adottare comportamenti sani che favoriscono la stabilità dei risultati raggiunti», ha detto la presidente Sippr, professoressa **Rossella Aurilio**. «Il dato più significativo riguarda sicuramente l'aumento esponenziale di gravi condotte violente intrafamiliari che vede nella maggior parte dei casi protagonisti minorenni che, una

volta estrapolati dal loro "branco", mostrano comportamenti di smarrimento andando incontro a gravi disagi e a vere e proprie psicopatologie. Operare in realtà così complesse che investono contemporaneamente più sistemi istituzionali, da quello giuridico alle comunità di recupero, è possibile solo se si è formati ad un lavoro psicologico che possa uscire dalle stanze canoniche della terapia e raggiungere il disagio sui luoghi in cui prende vita. Una psicoterapia, dunque, flessibile nelle sue forme e rigorosa e puntuale nella sua applicazione».

Al congresso, sono intervenuti, tra gli altri, i maggiori esponenti della psicoterapia sistemico relazionale come **Luigi Cancrini**, **Pasquale Chianura**, **Francesca De Gregori**, **Valeria Ugazio**, **Gianmarco Manfreda**, **Rodolfo De Bernard** e **Camillo Loriedo**.

© Riproduzione riservata

La sanità nel Palazzo - Il presidente della giunta campana traccia il bilancio commissariamento, stop entro fine 2018

L'impegno di De Luca: assunzione per 4 mila precari

Assicura l'avvio della procedura di fuoriuscita dal commissariamento, considerata «un'umiliazione per tutta la sanità regionale» e la stabilizzazione di circa 4 mila precari, entro il 2018.

Il governatore della Campania Vincenzo De Luca traccia un bilancio della gestione della sanità nel primo triennio di mandato.

Presidente De Luca, il 18 maggio scorso, a Napoli, avete tenuto gli Stati generali della sanità campana: cosa è emerso?

Abbiamo presentato un bilancio delle attività realizzate che si traducono in una quantità impressionante di fatti: dall'apertura a Napoli dell'Ospedale del Mare, all'apertura o alla riapertura di numerosi reparti di Pronto Soccorso, del Cto a Napoli, degli Ospedali di Agropoli, Pozzuoli, Aversa, Roccapisa, fino ai nuovi reparti specializzati agli Ospedali di Battipaglia, Castellammare, del Ruggi di Salerno. L'elenco completo è lunghissimo. Ma il risultato è chiaro e univoco: due anni e nove mesi fa, quando siamo arrivati in Regione avevamo detto «Campania mai più ultima», oggi possiamo dire di aver rispettato quell'impegno.



Vincenzo De Luca

Quale la situazione della sanità campana al momento del suo insediamento?

Nel 2015 avevamo una sanità regionale commissariata, ultima nei livelli di assistenza sanitaria. Veni-

vamo da 7 anni di commissariamento, in cui si era accumulato un debito superiore a 6 miliardi. Una situazione finanziaria resa ancora più pesante dal fatto che gli ultimi bilanci delle Asl approvati risalivano a 3-4 anni prima. Avevamo un'ulteriore partita debitoria progressiva non definita a causa della quale eravamo bloccati per i contenziosi di oltre 12 miliardi e 300 milioni assorbiti dalla migrazione sanitaria. Nonostante questo disastro, non ci siamo tirati indietro, non abbiamo accampato alibi. Con un lavoro enorme, fatto da centi-

naia di persone, abbiamo normalizzato la situazione a partire dall'approvazione dei bilanci delle Asl. Oggi finalmente abbiamo un equilibrio finanziario assestato e strutturale nei conti della sanità campana.

Dopo i conti messi in ordine, restano ancora delle criticità. A che punto è la qualità dell'assistenza per i cittadini?

Sui Lea attribuiti dal Ministero della Salute siamo partiti nel 2015 da 106 punti, ultimi nella classifica nazionale. Oggi siamo assestati a 160 punti, la soglia necessaria per la fuoriuscita dal commissariamento. Abbiamo recuperato grazie a un innalzamento della qualità delle prestazioni: siamo scesi nella percentuale di parti cesarei dal 46% del 2015 al 36% di oggi. Eravamo scesi a livelli preoccupanti nella percentuale delle vaccinazioni obbligatorie, oggi siamo al 95%. Per quanto riguarda le liste d'attesa, abbiamo ridotto drasticamente i tempi: da 39 a 20 giorni medi per una visita oculistica, da 19 a 12 per una visita ortopedica, da 31 a 17 per un'ecografia alla tiroide. Sono numeri incoraggianti, passi in avanti enormi, ma che ancora non bastano. Possiamo e dobbiamo fare molto di più. Prendiamo il caso degli interventi per la frattura al femore entro le 48 ore. Nel 2015 eravamo al 26%, oggi siamo al 47%. È un balzo gigantesco, ma con le condizioni che abbiamo creato e con il lavoro che stiamo facendo possiamo superare il 60% entro un anno e arriva-

re a competere con la Lombardia, a quota 90%, entro il 2020.

Alla luce del lavoro fatto, quali obiettivi vi siete posti?

Il direttore generale del ministero della Salute Andrea Urbani ha riconosciuto lo sforzo fatto dalla Campania, sul piano del risanamento e del miglioramento netto nella qualità del servizio. La condizione attuale ci consente di avviare entro la fine dell'anno la procedura di fuoriuscita dal commissariamento, che considero un'umiliazione per tutta la sanità regionale. Entro il 2018 procederemo alla stabilizzazione di circa 4 mila precari, oltre agli 800 già stabilizzati. Abbiamo sbloccato i fondi e quindi investiremo 1,6 miliardi in edilizia sanitaria a partire dalla realizzazione dell'Ospedale di Giugliano. E, poi, la prima cosa che andremo a chiedere al nuovo governo: modificare gli assurdi criteri di riparto dal fondo sanitario nazionale che tolgono alla sanità campana 250 milioni di euro all'anno. E così dall'inizio degli anni 2000. Oggi, siamo nelle condizioni di ottenere il riconoscimento dell'immane lavoro fatto in sanità e chiedere la dignità e il rispetto che ci siamo conquistati con i fatti e gli impegni mantenuti.

—© Riproduzione riservata—

Lombardia, l'assessore al Welfare Gallera: l'obiettivo è la piena attuazione della riforma del sistema sociosanitario regionale

Intende attuare pienamente la riforma del sistema sociosanitario regionale e la presa in carico dei pazienti cronici. Per l'assessore al Welfare della Lombardia, Giulio Gallera è «Un grande impegno che porterò a termine nei prossimi anni coinvolgendo tutti gli attori del sistema».

Assessore, facciamo un passo indietro. Cosa ha rappresentato l'Ena?

Una grande occasione persa. Di sicuro la nostra era la candidatura migliore, più qualificata e idonea ad ospitare l'Agenzia Europea del farmaco. Ricordo che la Lombardia è la prima regione per la produzione di farmaci, accogliere l'Ena avrebbe significato consolidare la nostra superiorità a livello nazionale e internazionale. In Lombardia, con Human Technopole e la Città della Salute e della Ricerca, abbiamo avviato importanti e ambiziosi progetti nel campo della Medicina e delle Scienze. Portare a Milano l'Agenzia Europea del farmaco avrebbe significato rendere Milano la capitale europea della medicina, della ricerca scientifica e delle scienze della vita. Milano e la Lombardia hanno lavorato, negli ultimi 20 anni, con grande intensità sullo sviluppo urbanistico, delle reti infrastrutturali, del trasporto pubblico e del sistema produttivo, ecco perché

il nostro capoluogo sarebbe stata la sede ideale dell'Agenzia del Farmaco. Abbiamo perso una partita importante e questo a causa di un governo centrale poco incisivo se non disinteressato. Oggi mostra un interesse a mio parere tardivo di cui non posso dirmi ottimista.

Un bilancio del suo precedente mandato?

Sono molto orgoglioso di aver contribuito fattivamente alla realizzazione di un nuovo modello per la presa in carico di 3,3 milioni di pazienti cronici perché quello ospedale-centrico, adottato nel nostro Paese, non risponde ai nuovi bisogni delle malattie croniche e non consente più il mantenimento di un sistema sanitario universalistico. Per questo, abbiamo costruito un modello diverso che prevede la responsabilizzazione di tutti gli attori, una collaborazione tra le figure sanitarie e socio-sanitarie e la costruzione di una rete vera sul territorio di presa in carico. Questo modello ci consentirà realmente di



Giulio Gallera

accompagnare il paziente e di avere un approccio appropriato rispetto ai suoi bisogni.

Abbiamo, inoltre, continuato a investire sul sistema sanitario con l'obiettivo di renderlo ancora più efficiente e all'avanguardia. Abbiamo investito 500 milioni di euro solo negli ultimi due anni per l'ammodernamento e l'acquisto di apparecchiature tecnologiche innovative. Uno dei primissimi provvedimenti messi in campo con la nuova legislatura è proprio lo stanziamento di ulteriori 103 milioni di euro di risorse del fondo straordinario per l'edilizia sanitaria di Regione Lombardia per il potenziamento delle sue strutture sanitarie nell'ottica della completa attuazione della riforma sociosanitaria.

Quali i suoi obiettivi futuri?

Al primo posto c'è sicuramente la piena attuazione della riforma del sistema sociosanitario lombardo e della presa in carico dei pazienti cronici. Un grande impegno che porterò a termine nei prossimi anni coinvolgendo tutti gli attori del sistema.

Altro problema su cui lavorerò è la grave carenza di medici di medicina generale e ospedalieri. Proprio nei giorni scorsi, con un impegno di 6,4 milioni di euro abbiamo cercato di mitigare le carenze nazionali per la formazione degli specializzandi in Medicina aggiungendo 55 borse di studio a quelli che il Ministero destina alla Lombardia. L'impegno è quello di implementare anche il numero dei Mmg. Altri temi prioritari in agenda sono la gestione del pronto soccorso, le liste di attesa, il rafforzamento della neuropsichiatria infantile e della prevenzione e cura delle dipendenze.

A poche ore dall'insediamento, qual è il suo appello al nuovo ministro della Salute?

Al nuovo titolare della sanità nazionale faccio i miei auguri. Sulla sua scrivania troverà dossier importanti e molto delicati da gestire, come la programmazione della formazione dei medici, l'assunzione del personale medico e sanitario necessario o il capitolo della spesa farmaceutica. Certo c'è molto da fare, ma la Lombardia e le altre regioni sono assolutamente a disposizione di chi avrà la volontà di affrontare con serietà e determinazione queste tematiche al fine di salvare e garantire il nostro sistema universalistico di cure.

—© Riproduzione riservata—

Mortalità ridotta anche grazie a terapie precauzionali dopo intervento chirurgico

Il tumore del colon-retto adesso fa meno paura

Ogni anno in Italia ci sono circa 50 mila nuove diagnosi di tumore del colon-retto, il terzo negli uomini (preceduto da prostata e polmone) e il secondo nelle donne (dopo la mammella).

È uno dei tumori in cui gli stili di vita giocano un ruolo importante: tra i fattori di rischio, più che il consumo di carni rosse e insaccati, farine e zuccheri raffinati, figurano il sovrappeso e la ridotta attività fisica.

«Negli ultimi anni si è registrata una riduzione dell'incidenza e della mortalità. L'intervento sugli stili di vita e lo screening con la ricerca del sangue occulto fecale, da praticarsi annualmente, sono stati rilevanti per ridurre la comparsa della malattia», spiega il prof. Stefano Cascinu, ordinario di oncologia medica all'Università di Mo-

dena e Reggio Emilia - Questo effetto è ben rappresentato dal trend temporale sia negli uomini (in crescita fino alla metà degli anni Duemila, +2,2% nel 1999-2000 e una successiva riduzione, 6,8% l'anno dopo il 2007), che nelle donne (incremento del 2% l'anno nel periodo 1999-2006 e successivamente una diminuzione del 3,6% l'anno).

«La mortalità si è ridotta in modo rilevante anche grazie alle terapie precauzionali dopo un intervento chirurgico. La cura adiuvante determina un aumento di possibilità di guarigione di circa il 20% dei pazienti ad alto rischio di recidiva. Questo significa che 20 pazienti su 100 guariranno perché dopo la chirurgia hanno praticato una chemioterapia», aggiunge il prof. Cascinu, che è anche direttore del dipartimento di oncologia ed ematologia del Policlinico di Modena.



Stefano Cascinu

Un altro aspetto importante è la terapia della fase avanzata di quei pazienti che hanno sviluppato una malattia metastatica. Trent'anni fa l'aspettativa di vita era solo di qualche mese. Adesso la chirurgia delle metastasi del fegato, in pazienti selezionati, porta alla guarigione di circa il 20-30% degli ammalati.

«I nuovi regimi chemioterapici hanno determinato un aumento delle possibilità di sopravvivenza. I farmaci biologici hanno rappresentato una rivoluzione nel trattamento di questa malattia. Due classi

di farmaci si sono affermati: la prima blocca un fattore di crescita cellulare, la seconda interferisce con la formazione di nuovi vasi sanguigni, indispensabili per la crescita tumorale - sottolinea - Questi farmaci non si escludono a vicenda ma devono essere impiegati sulla base di specifiche alterazioni molecolari e in una sequenza specifica. Noi parliamo di prima linea, seconda, terza e quarta linea. In realtà stiamo rendendo cronica una malattia acuta. Nel miglioramento dei risultati, la ricerca italiana ha giocato un

ruolo molto importante. Questo nuovo approccio terapeutico messo a punto dal gruppo di Pisa ha portato al risultato che un terzo dei pazienti pur avendo una malattia metastatica è vivo dopo cinque anni dalla diagnosi. L'altro grande risultato è l'effetto delle terapie di seconda linea o di terza linea».

In una recente analisi condotta nel nostro Paese si è osservato che la sopravvivenza è passata in poco meno di 20 anni da pochi mesi a più di 36 mesi. «Contiamo di migliorare ancora i risultati. Basti pensare all'effetto che l'immunoterapia può avere in un piccolo gruppo di questi pazienti, circa il 5%, in termini di controllo della malattia. Le conoscenze biologiche sempre più diffuse ci stanno portando a considerare il tumore del colon-retto come un insieme di tanti tumori differenti a seconda delle alterazioni molecolari presenti. Questo determina che ciascuno avrà una sua specifica terapia e siamo certi di migliorare ancora di più le possibilità di guarire o di convivere con la malattia senza che questa abbia effetti sulla qualità della vita dei pazienti», conclude il prof. Cascinu, in passato presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica. **A.P.**

—© Riproduzione riservata—



Modena Cancer Centre

Sclerosi multipla: nuova comunicazione tecnico-scientifica Aism-Inps

Il tema dell'accertamento medico-legale dell'invalidità rappresenta una delle priorità per le persone affette da sclerosi multipla. Aism e Inps condividono da tempo l'importanza di fornire ai componenti delle commissioni medico-legali, responsabili del processo valutativo, adeguati strumenti e supporti: già dal 2012, è stata elaborata e diffusa una «Comunicazione tecnico-scientifica per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla».

Grazie a un lavoro congiunto di Inps e Aism questo importante strumento è stato progressivamente diffuso nelle Regioni e nei territori ed è risultato sempre più applicato da tutti gli operatori delle Commissioni medico legali.

Partendo da questi importanti risultati, Aism e Inps hanno deciso di procedere a un aggiornamento della Comunicazione Tecnico Scientifica, considerata la necessità di arricchire il documento con le indicazioni più recenti in merito alla diagnosi, terapia, follow up della malattia.

«Il nostro compito», dichiara il prof. Massimo Piccioni, coordinatore generale medico-legale Inps,

«è andare oltre: a partire da questa nuova Comunicazione tecnico-scientifica, dobbiamo lavorare insieme all'Aism per arrivare a una certificazione neurologica introduttiva, che analogamente a quanto già previsto per il paziente pediatrico e oncologico, consenta ai neurologi della rete dei centri clinici di patologia di avviare l'iter di accertamento. Questo garantirà gratuità della certificazione, qualità del procedimento e omogeneità valutativa, evitando richieste di ulteriori accertamenti specialistici da parte delle Commissioni».

«La revisione della comunicazione tecnico-scientifica», spiega Paolo Bandiera, direttore affari generali di Aism, «è il risultato di una stretta e importante collaborazione con l'Inps, con il sostegno essenziale delle società scientifiche di riferimento. Tale revisione offre indicazioni ed elementi essenziali perché i giudizi delle commissioni medico-legali siano maggiormente accurati, uniformi, adeguati allo stato di salute e alla condizione di vita delle persone con sclerosi multipla e alla complessità della malattia».

—© Riproduzione riservata—



Massimo Piccioni e Mario Alberto Battaglia

Un percorso basato sul modello della piramide rovesciata validato a Londra

Gravidanze, nuove possibilità di screening

Obiettivo, coniugare salute e impiego virtuoso di risorse

Un percorso per le donne in dolce attesa con l'obiettivo di coniugare in maniera precisa e personalizzata la tutela della salute con i risparmi economici. Un modello, definito della piramide rovesciata della medicina in gravidanza - che porta la firma del pioniere della diagnosi prenatale, il prof. **Kypros Nicolaides**, fondatore della Fetal Medicine Foundation di Londra - e che sta diventando realtà in diverse strutture italiane.

Tra queste, c'è la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli - Irccs, a Roma.

«La piramide rovesciata? È la possibilità, fin dal primo trimestre, di identificare possibili fattori di rischio per la gravidanza così da poter effettuare interventi di prevenzione o

di particolare sorveglianza - dice **Anna Franca Cavaliere**, ginecologa in servizio al dipartimento Scienze della Salute della Donna e del Bambino del «Policlinico Gemelli», diretto dal prof. Giovanni Scambia - Una premessa è doverosa. Nessuna gravidanza è a rischio zero. Possiamo classificarle a basso o ad alto rischio. La buona notizia è che la maggior parte delle gravidanze appartiene al primo tipo. I casi ad alto rischio sono quelli in cui o è già preesistente una patologia oppure questa si manifesta nel secondo o terzo trimestre gestazionale».

Dal punto di vista pratico come si procede? «Sottoponendo a specifici e validati test di screening le donne tra 11 e 13 settimane di gravidanza si possono individuare quelle ad



Anna Franca Cavaliere

elevato rischio per anomalie cromosomiche, pre-eclampsia, parto pretermine o patologia della crescita fetale. Tali test, alcuni ancora da validare in Italia, non comportano rischi per la madre o per il feto ma devono essere effettuati da operatori competenti ed esperti nonché abilitati all'esecuzione degli stessi. Si parte da un rischio generico o «a priori» per arrivare a un calcolo di rischio personalizzato considerando per ogni paziente markers biochimici e biofisici, parametri ecografici, storia clinica, caratteristiche fisiche e razziali, abitudini (fumo o alcol) e altri fattori come il tipo di fecondazione», aggiunge la dottoressa Cavaliere.

Un esempio? «Come si deduce da una ricerca pubblicata di recente (Aspre study), condotta sempre dal prof. Nicolaides, la somministrazione di «aspirina a basse dosi» alla gravida con screening positivo per pre-eclampsia alla fine del primo trimestre permette una significativa riduzione del rischio di sviluppare tale patologia e le sue conseguenze», aggiunge l'esperta che fa notare come «la piramide rovesciata si arricchisce sempre di maggior esperienza scientifica e che, con questo sistema, si possono concentrare le attenzioni mediche nelle donne che ne hanno veramente indicazione, perché a maggior rischio, mantenendo i controlli di base nelle altre pazienti. Monitorare un gruppo di gestanti può comportare che queste debbano essere seguite tutte allo stesso modo con la conseguenza di un non adeguato controllo oppure un'esagerazione degli esami con una non virtuosa distribuzione delle risorse economiche del servizio sanitario».

L'attuazione del modello della piramide rovesciata in tutti i centri di eccellenza, compreso il «Policlinico Gemelli», «punta a raccogliere informazioni utili e precoci per identificare con maggior precisione i possibili rischi e individuare trattamenti

adeguati».

Il test combinato è stato ormai inserito nei nuovi Lea ma al momento è applicato in Italia ancora a «macchia di leopardo». «Da dati consolidati della Toscana, regioni tra le prime ad attuare diffusamente tale screening, è emersa una significativa riduzione di indagini prenatali invasive come l'amniocentesi, il che equivale a un importante risparmio in termini di perdite fetali. Nel contempo, il risparmio economico che si ottiene evitando esami non necessari, può essere dedicato ad azioni di prevenzione o cura o alla ricerca scientifica» conclude la dottoressa Cavaliere. **A.P.**

© Riproduzione riservata

BREVI

A otto anni di distanza dell'entrata in vigore della normativa su cure palliative e terapia del dolore, medici, psichiatri, filosofi e religiosi si sono confrontati a Capua (Ce), nell'ambito della XVII Giornata nazionale del sollievo, durante il convegno «Con il dolore e con la sofferenza... farsi

prossimo anche con le cure palliative». Ai lavori sono intervenuti, tra gli altri, **Raffaella Sibillo, Luigi Ievoli, Pasquale Giustiniani, Gianluigi Zepetella, Vincenzo Saraceni, Tonino Cantelmi, don Massimo Angelelli, mons. Salvatore Visco e padre Alberto Russo.**

ItaliaOggi

PreSa

www.prevenzione-salute.it

*Direttore Scientifico
Marco Trabucchi Aurilio

In redazione
Andrea Petrella

Sono stati intervistati
Stefano Cascinu, Vincenzo De Luca, Giulio Gallera, Anna Franca Cavaliere e Rossella Aurilio



SANOFI, SCIENZA PER LA VITA

Trasformare l'innovazione scientifica in soluzioni che migliorano la qualità di vita delle persone. È il nostro impegno.

Sanofi Genzyme è specializzata in malattie rare, sclerosi multipla, oncologia, immunologia.

CON IL SUPPORTO DI

SANOFI GENZYME

