Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 23
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

MATERNITÀ SURROGATA

Le sentenze in ordine sparso sulle coppie che vanno all'estero per aggirare la legge 40

Le condanne erano arrivate nel 2013: una pena di 14 mesi per i coniugi ultrasessantenni di Varese che due anni prima avevano avuto i loro gemelli grazie a una madre surrogata di Kiev. Addirittura 5 anni e un mese per quelli di Brescia, genitori anche loro di due bimbi partoriti da una donna ucraina nel 2011. In appello è cambiato tutto: marito e moglie bresciani sono stati prosciolti il 25 marzo scorso, quelli varesini nell'autunno precedente.

A complicare il dibattito di questi giorni sulla gestazione per altri — arrivato in Italia sulla scia della campagna delle femministe francesi per un divieto universale e unitasi alle voci dei cattolici da sempre contrari — ci sono le apparenti contraddizioni della giurisprudenza. La gestazione per altri in Italia è vietata dal 2004, quando è stata varatala legge 40 sulla fecondazione assistita che punisce «con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro» chiunque la «realizza, organizza o pubblicizza». Ma chi ha i soldi e la motivazione necessaria sfida comunque le regole e va all'estero. E la risposta dei tribunali è cambiata nel tempo, seguendo l'evoluzione della giurisprudenza internazionale.

I procedimenti penali

Sono circa un trentina i casi arrivati a processo. «Fino al 2012 di fatto il reato non è mai stato perseguito, poi sono iniziati i procedimenti e a partire del 2013 ci sono state alcune condanne, che però nei gradi successivi di giudizio stanno sfociando tutte in assoluzioni. E nei nuovi casi la tendenza è a non procedere», sintetizza Alexander Schuster, ricercatore dell'Università di Trento ed esperto di diritto comparato. Cosa è cambiato? Intanto le ipotesi di reato: «All'inizio si perseguiva l'alterazione dello stato di famiglia, un reato grave punibile con pene fino ai 15 anni, perché si ritenevano falsi gli atti di nascita che riportavano come genitori quelli cosiddetti "intenzionali", e non la madre surrogata che aveva partorito il bambino — spiega Schuster —. Ma poi si è capito che se la legge locale, ucraina per esempio, prevede la gestazione per altri, allora il certificato è autentico perché segue le regole del Paese che lo emette». Il reato così è stato spesso derubricato a false dichiarazioni di fronte all'ufficiale di stato civile, se le coppie che avevano sostenuto di essere entrambi genitori biologici del bimbo. La pena è più bassa, non è perseguibile se non c'è querela del Ministero della Giustizia e se si giunge a una condanna spesso viene sospesa con la condizionale.

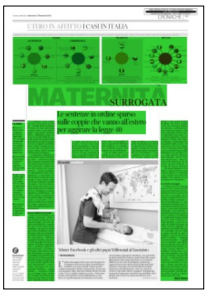
Così, in ordine sparso, si è arrivati al non luogo a procedere nell'ottobre 2013 per i coniugi di Milano che avevano scelto la gestazione per altri in Ucraina perché la donna si sottopone a terapie per una malattia autoimmune incompatibili con la gravidanza e a una condanna a un anno e 4 mesi con la pena sospesa per un 48enne e una 54enne sempre di Milano, che invece avevano scelto una surrogata indiana (la mamma «committente» aveva avuto un tumore e non poteva partorire). Mentre invece negli ultimi due anni ci sono stati assoluzioni o proscioglimenti a Trieste, Pisa, Firenze, Bologna e Napoli (quest'ultima giusto luglio scorso). «C'è stata invece una sola condanna per violazione della legge 40, nei confronti di una coppia di Messina: per procedere serve il nulla osta del Ministero della Giustizia e finora è arrivato solo per loro — dice l'avvocato Ezio Menzione, che difende i genitori siciliani e si occupa da anni di surrogata —. Ma siamo fiduciosi che in appello si possa arrivare a una sentenza diversa. E comunque i miei assistiti sono stati soddisfatti: il loro timore era che gli togliessero il bambino».

La Corte europea

È l'unica cosa che spaventa davvero chi è pronto ad affidarsi a un'estranea pur di avere dei figli. Finora è successo solo due volte: a novembre 2014 a un'altra coppia di Brescia per decisione della Cassazione e a una di Campobasso nel 2013. «Entrambi i bambini non avevano legami genetici con i genitori e sono stati dichiarati adottabili», dice Schuster. A gennaio di quest'anno, però, la Corte europea di Strasburgo ha condannato l'Italia proprio per avere tolto il figlio ai coniugi molisani. «La Corte europea dei diritti dell'uomo (la Cedu, *ndr*) ha stabilito che ogni Paese ha il diritto di vietare la surrogata, ma che l'Italia in questa vicenda ha usato il bambino come un mezzo per punire i genitori — aggiunge l'avvocato trentino — e quindi non ha tutelato i suoi diritti, perché il piccolo aveva già vissuto alcuni mesi con loro e costruito legami affettivi». Il bambino va tolto solo se i genitori sono inadatti, non come pena accessoria. «In generale la Cedu — conferma l'avvocato Menzione — ha stabilito che anche nei Paesi dove la surrogata è vietata, una volta che i figli sono nati altrove hanno diritto di essere trascritti a nome dei genitori committenti». Per molte di queste coppie è l'unica cosa che conta.

Elena Tebano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 23
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

Le mete

- Sono 15 i Paesi in cui la surrogata è pienamente legale. Molti però escludono l'accesso agli stranieri o ai non residenti: succede per esempio nel Regno Unito

- Anche l'India il mese scorso ha chiuso le frontiere seguendo l'esempio della Tailandia

- Oggi le mete preferite dagli italiani sono Usa, Canada (dove le madri surrogate sono volontarie che non vengono retribuite e quindi molte meno), Ucraina e Russia

- Si stima che siano meno di 200 all'anno le coppie italiane che vanno all'estero

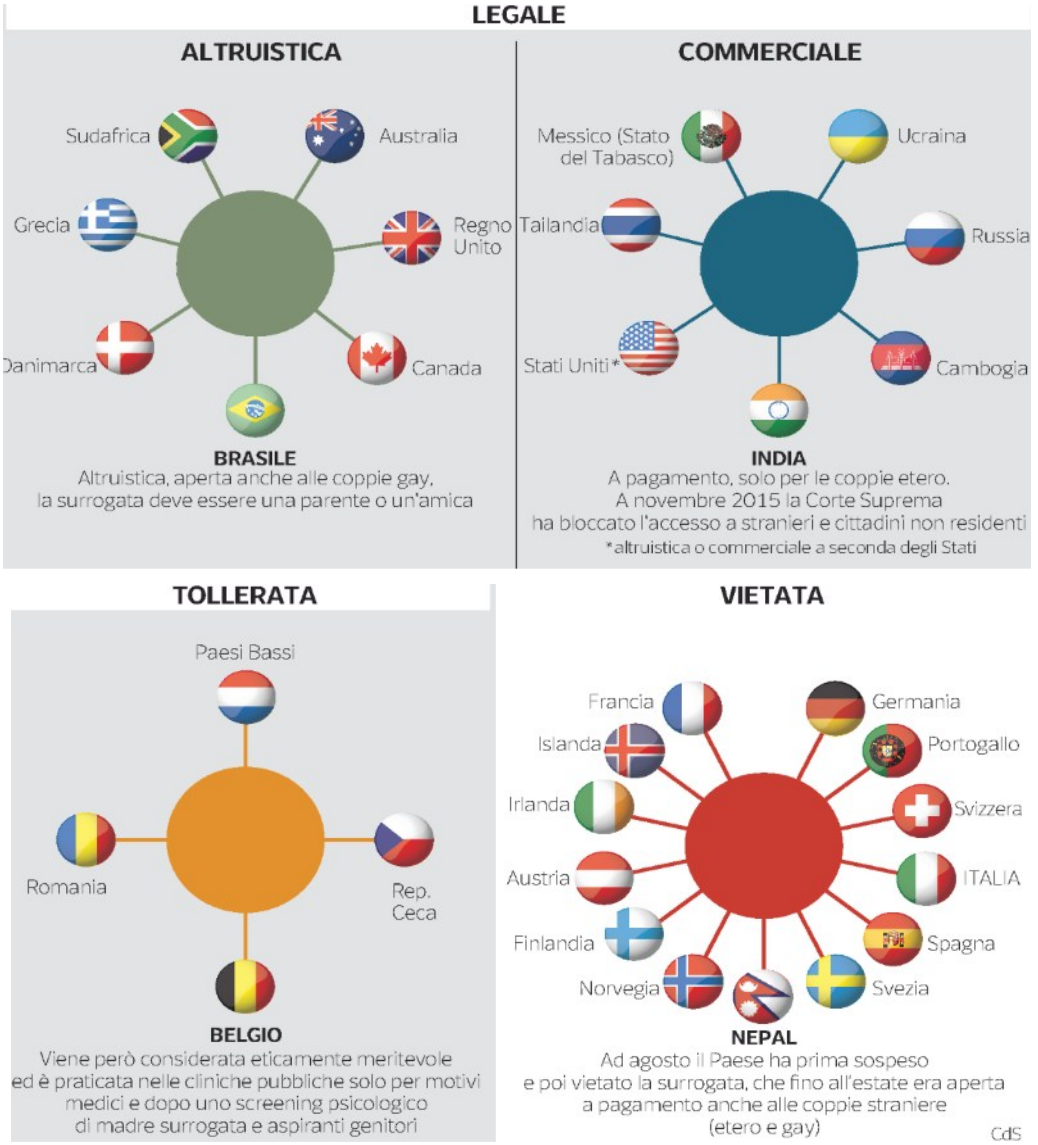
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 23
foglio 3 / 3
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 48
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Quando conviene davvero che la **chirurgia** sia «d'avanguardia»

Nell'attuale discussione sulla spesa sanitaria entrano anche i costi crescenti per le strumentazioni ad alta tecnologia nelle sale operatorie. Il loro uso, secondo diversi esperti, dev'essere più appropriato per essere sostenibile

Strategie

Per coniugare innovazione, qualità e sostenibilità si potrebbero razionalizzare le procedure, creando una rete di centri di riferimento

«Sulla sanità italiana è in arrivo la tempesta perfetta — dice Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità — . La popolazione invecchia, esplode l'innovazione tecnologica, aumentano i costi e le risorse sono sempre più limitate. Entro due o tre anni andrà in crisi la sostenibilità della spesa sanitaria».

Di una delle cause di questa "tempesta perfetta", l'invecchiamento della popolazione, non c'è che rallegrarsi, perché significa anche che si allunga l'aspettativa di vita. Ma per quel che riguarda i costi crescenti delle tecnologie sanitarie c'è invece da discutere. Si è molto parlato dei nuovi farmaci, più o meno miracolosi, venduti a prezzi altissimi (per il cancro, l'epatite C, le malattie dell'occhio) o dei nuovi carissimi test diagnostici (gli esami genetici e le più avanzate "macchine" radiologiche); ma poco si è discusso della chirurgia, l'altro grande capitolo di spesa, anch'essa investita dal tornado di innovazioni che ha accompagnato il passaggio dal bisturi tradizionale alle tecniche endoscopiche, più o meno "dolci", fino a quelle robotiche.

È giusto inseguire comunque l'innovazione, con i costi che comporta, o è meglio puntare su una "slow surgery", come suggerisce il titolo di un convegno svoltosi recentemente a Milano, organizzato da Medtronic, in cui slow più che "lenta" significa "sostenibile"?

«Oggi chirurgia equivale ad alta tecnologia, sempre più importante perché corrisponde a qualità e sicurezza della sale operatorie — afferma Pierluigi Marini, del San Camillo Forlanini di Roma, uno dei chairman del convegno — . Sono requisiti indispensabili per la tutela del paziente e sempre più richiesti dal paziente stesso, che oggi ha una maggior consapevolezza del diritto alla salute e al miglior trattamento possibile».

Ma chi deve fare le scelte di spesa, gli amministratori sanitari, non sempre è d'accordo. «Se in passato — aggiunge Marini — nella valutazione sull'acquisto di nuovi strumenti la qualità pesava per il 60 per cento e il prezzo per il restante 40, oggi, in tempi di spending review, questa forbice si va riducendo».

In ogni caso è sempre vero che il nuovo è meglio? Conviene sempre affidarsi a quei nuovi strumenti, che i medici chiamano *device*, che permettono di effettuare un intervento chirurgico dall'esterno, con "quattro piccoli buchi", come scrivono i giornali, e promettono tempi di ripresa molto più rapidi e minori recidive? Ed è davvero così?

Tutti i chirurghi, unanimemente, proclamano che il criterio deve essere quello del miglior risultato possibile per il paziente e reclamano il diritto di scelta. Ma su quali basi scientifiche si deve operare questa scelta? Qui sta il punto.

Mentre per i farmaci, per esempio, esiste un sistema ormai standardizzato a livello mondiale, che richiede anni di ricerche a fasi ben precise e l'autorizzazione per l'immissione in commercio da parte di enti specifici (Fda negli Usa , Emea in Europa, Aifa in Italia), che valutano la qualità (e, dove esistono, i Sistemi Sanitari Nazionali trattano anche il prezzo), in chirurgia non avviene niente di tutto questo. In pratica i device chirurgici passano direttamente dal produttore al chirurgo, con minimi controlli e con tutti i rischi che questo sistema comporta.

«C'è la necessità di ripensare il sistema di valutazione delle tecniche chirurgiche — dice Marco Montorsi, dell'Humanitas di Milano e rettore dell'università connessa — . Ora basta un marchio Cee, ottenibile con prove di efficacia molto limitate, mentre noi abbiamo l'obbligo di verificare tale efficacia sulla salute dei pazienti. È molto difficile in chirurgia progettare, come per i farmaci, studi randomizzati, ma si possono condurre ricerche multicentriche, anche internazionali, con la partecipazione di cliniche che abbiano alta competenza e grandi volumi di interventi. Questo in Italia si fa poco e quindi ci sono stati molti sprechi. In alcuni interventi, per esempio, la chirurgia laparoscopica è ormai usata come standard, anche quando non ci sono studi che ne confermano un'efficacia superiore. Certo ci sono strumenti decisamente migliorativi per i quali non servono studi, ma basta l'esperienza: per esempio le suturatrici meccaniche. Ma c'è una vasta zona grigia, in cui sfuggono i reali vantaggi di certe nuove tecniche».

«Anche se c'è certamente un problema di verifica delle procedure chirurgiche, esiste anche in chirurgia una letteratura scientifica — dice Marini — e molte delle tecniche mini-invasive sono ormai validate, ma in Italia vengono utilizzate solo nel 40% dei casi. Gran parte degli interventi sul fegato, sulla colecisti, sullo stomaco sul surrene dovrebbero essere effettuati per via laparoscopica, ma questa via non sempre viene scelta dal chirurgo. Parliamo, per esempio, della chirurgia dell'obesità: è molto costosa ma offre grandi vantaggi per il paziente, perché previene malattie come il diabete di tipo 2, e che finiscono con il costare di più al SSN. In Italia si fanno 8-10mila interventi l'anno, se ne dovrebbero fare 100mila. Oltre ai costi delle attrezzature c'è anche un problema di formazione dei chirurghi, perché la tecnologia non serve senza una preparazione adeguata».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 48
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

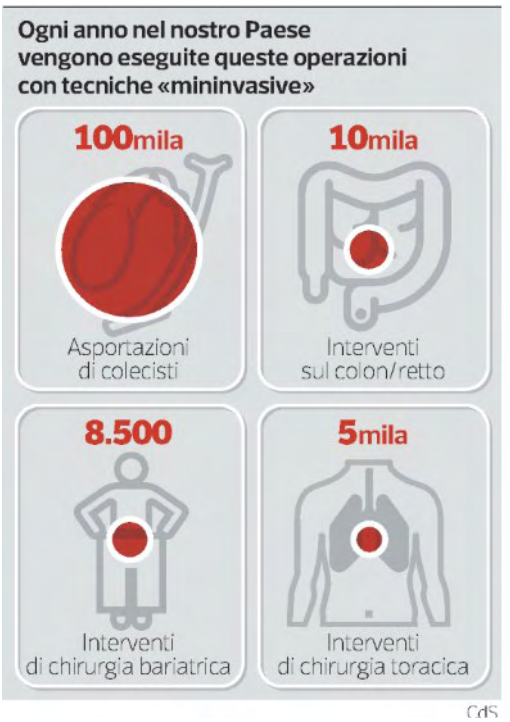
La sostenibilità della chirurgia più avanzata, passa attraverso una più rigorosa valutazione delle tecniche e degli strumenti e una migliore formazione dei chirurghi. Perché non sia un mercato in cui si promettono miracoli a caro prezzo e si rischia di sprecare risorse.

«Per coniugare innovazione, qualità e sostenibilità — dice Luciano Frattini, amministratore delegato di Medtronic Italia — occorre razionalizzare l'uso delle nuove procedure, cioè creare una rete di centri di eccellenza che facciano da riferimento. E per questo occorrerebbe un "tavolo centrale", come il Centro Nazionale Trapianti, che faccia da regia e smisti le tecnologie più costose nei centri in grado di utilizzarle bene. Oggi , nei migliori dei casi si fa a livello regionale, per centralizzare gli acquisti, per esempio in Veneto ed Emilia, ma la frammentazione della sanità non aiuta certo il miglior risultato a livello nazionale».

Già sarebbe utile evitare il caso dei costosissimi robot-chirurghi, di cui l'Italia è il Paese più dotato in Europa e che nella maggior parte dei casi sono sottoutilizzati. E le tristi scoperte, che talvolta occupano le cronache, di preziosi macchinari abbandonati negli scantinati degli ospedali perché non c'è il personale capace di usarli.

Riccardo Renzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CdS

Preparazione
Un problema il ricambio generazionale

Secondo Pierluigi Marini: «La chirurgia più avanzata può dare ottimi risultati, sia medici, sia economici, solo se utilizzata bene». Ma i chirurghi italiani sanno usarla? «C'è un problema di formazione dei chirurghi — aggiunge Marco Montorsi —. Di questo dovrebbero farsi carico le università e le società scientifiche. Ma in Italia non si fa abbastanza. Si dice che in pochi vogliono fare il chirurgo, ma i dati più recenti, non ancora ufficiali, mostrano un quadro diverso: ci sono le code nei centri migliori, altri sono in difficoltà». E i "vecchi" chirurghi quanto si aggiornano? «Hanno una competenza riconosciuta anche all'estero, ma senza dubbio c'è una classe di chirurghi poco stimolata ad aggiornarsi». «La popolazione chirurgica sta invecchiando — conferma Marini —. L'attuale generazione non è adeguatamente preparata e la prossima non lo è ancora».

R. R.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 48
foglio 1
www.datastampa.it

Il dibattito

Due studi ripropongono il valore della tecnica «aperta» nel trattamento del tumore del colon-retto

Uno dei campi più controversi, nel quale da tempo la laparoscopia e la tradizionale chirurgia "aperta" si contendono il primato, è il trattamento del cancro rettale. Un settore delicato, nel quale molti sostengono il primato delle tecniche laparoscopiche e anche robotiche, sia per i risultati sia per i costi. Da anni strenuo difensore della chirurgia tradizionale, Ermanno Leo, chirurgo oncologo dell'Istituto dei tumori di Milano, dove dirige la struttura di Chirurgia colon-rettale, è ora ben lieto di sottolineare la pubblicazione di due studi, uno americano e uno australiano, entrambi sulla rivista *Jama*, che sembrano dargli ragione. «Due ricerche di valore mondiale — dice Leo — dimostrano che le tecniche tradizionali vanno benissimo». In entrambi gli studi di confronto c'è un leggero vantaggio in termini di risultati per la chirurgia tradizionale. «Statisticamente possiamo anche dire che i due metodi sono sovrapponibili, ma a questi studi partecipano chirurghi molto esperti e abili nell'uso degli strumenti laparoscopici. Queste attrezzature, sotto la spinta del marketing, finiscono però anche in mano a gente tutt'altro che esperta. Il cancro è una cosa seria: per batterlo serve cultura ed esperienza, non basta un nuovo pezzo di ferro». Come sempre il battagliero professore, noto anche per le innovazioni apportate alla tecnica tradizionale, non trattiene la sua passione. Ma per quel che riguarda i tempi di degenza e di recupero, sempre citati come uno dei vantaggi delle tecniche laparoscopiche? «Io parlo di quello che so, mi limito al mio campo di competenza — risponde Leo —. E so che quando si taglia e si ricuce l'intestino bisogna aspettare almeno sette giorni, per sapere se l'operazione è andata a buon fine, quale che sia la tecnica usata».

R. R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 49
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Come si cura l'incontinenza urinaria

Lo specialista

Esercizi specifici, farmaci, filler o botulino possono risolvere la maggior parte dei casi

Di incontinenza urinaria si parla poco o non se ne parla affatto. Non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita l'ultimo tabù da abbattere. Colpisce sia uomini sia donne, per le quali mostra però predilezione. In Italia ne affligge una su cinque, con diversi livelli di gravità e man mano che si invecchia le "vittime" aumentano. Eppure se affrontato in modo adeguato, il disturbo può essere sconfitto o tenuto sotto controllo in modo molto efficace in oltre l'80% dei casi.

Quali sono le cause dell'incontinenza urinaria femminile?

«La perdita involontaria di urina non è una malattia, ma un sintomo, che può essere scatenato da fattori differenti. C'è un'incontinenza *da sforzo*, che si manifesta in occasione di uno sforzo fisico, ma anche di uno stranuto o un colpo di tosse. In genere in questi casi tutto parte da una perdita di tenuta dell'uretra (il piccolo canale che convoglia l'urina all'esterno). In altri casi le perdite sono dovute a contrazioni incontrollabili della vescica. Questo tipo di incontinenza *da urgenza* è di solito legato a una *vescica iperattiva*. Infine, nella maggior parte dei casi si riscontra un'*incontinenza mista*, in cui ci sono i sintomi di entrambi i tipi» spiega Roberto Carone, presidente emerito Fondazione italiana continenza e direttore della struttura di Neuro-Urologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino.

Che cosa si può fare?

«Bisogna superare l'imbarazzo e parlarne con il medico, perché se si aspetta troppo c'è il rischio che il problema si aggravi e sia più difficile da risolvere. A seconda del tipo di incontinenza che predomina si possono proporre trattamenti conservativi senza bisogno di particolari accertamenti. Se le cure falliscono si esegue un *esame urodinamico* per chiarire il quadro e proporre terapie mirate, anche chirurgiche».

Quali sono i trattamenti conservativi?

«In caso di incontinenza da sforzo si propone in prima battuta un trattamento riabilitativo per restituire funzionalità ai muscoli che sostengono il peso degli organi pelvici. In pratica si insegna alla donna a controllare e utilizzare in modo corretto questi muscoli tramite esercizi specifici. Se predomina un'incontinenza da urgenza conseguenza di iperattività vescicale, si può ricorrere a *farmaci antimuscarinici*, che aumentano la capacità della vescica di contenere volumi di urina maggiori, riducendo le perdite e mitigando l'impellenza di urinare».

E se queste cure non bastano?

«Quando l'incontinenza da sforzo non si risolve con la riabilitazione c'è la chirurgia, che ha una percentuale di successo intorno al 90%. Se possibile (e ciò accade in circa l'80% dei casi) si opta per un approccio mininvasivo, che consiste nell'applicare sotto l'uretra una sorta di amaca che la sostiene (intervento delle benderelle sottouretrali). Talvolta nelle donne molto anziane o fragili si considera anche un'altra opzione, che ha successo nella metà dei casi: il *bulking intrauretrale* che consiste nell'infiltrazione nell'uretra di particolari filler per restringere il canale e ridurre le perdite di urina. In caso di insuccesso dei farmaci per l'incontinenza da urgenza, si può proporre la *neuromodulazione sacrale*, che però viene eseguita solo in pochi centri specializzati. In alternativa si può ricorrere a iniezioni di tossina botulinica nel muscolo della vescica, con lo scopo di ridurre le sue contrazioni involontarie. Si tratta di un trattamento efficace e poco invasivo con un unico neo: quello di dover ripetere le iniezioni nel tempo».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

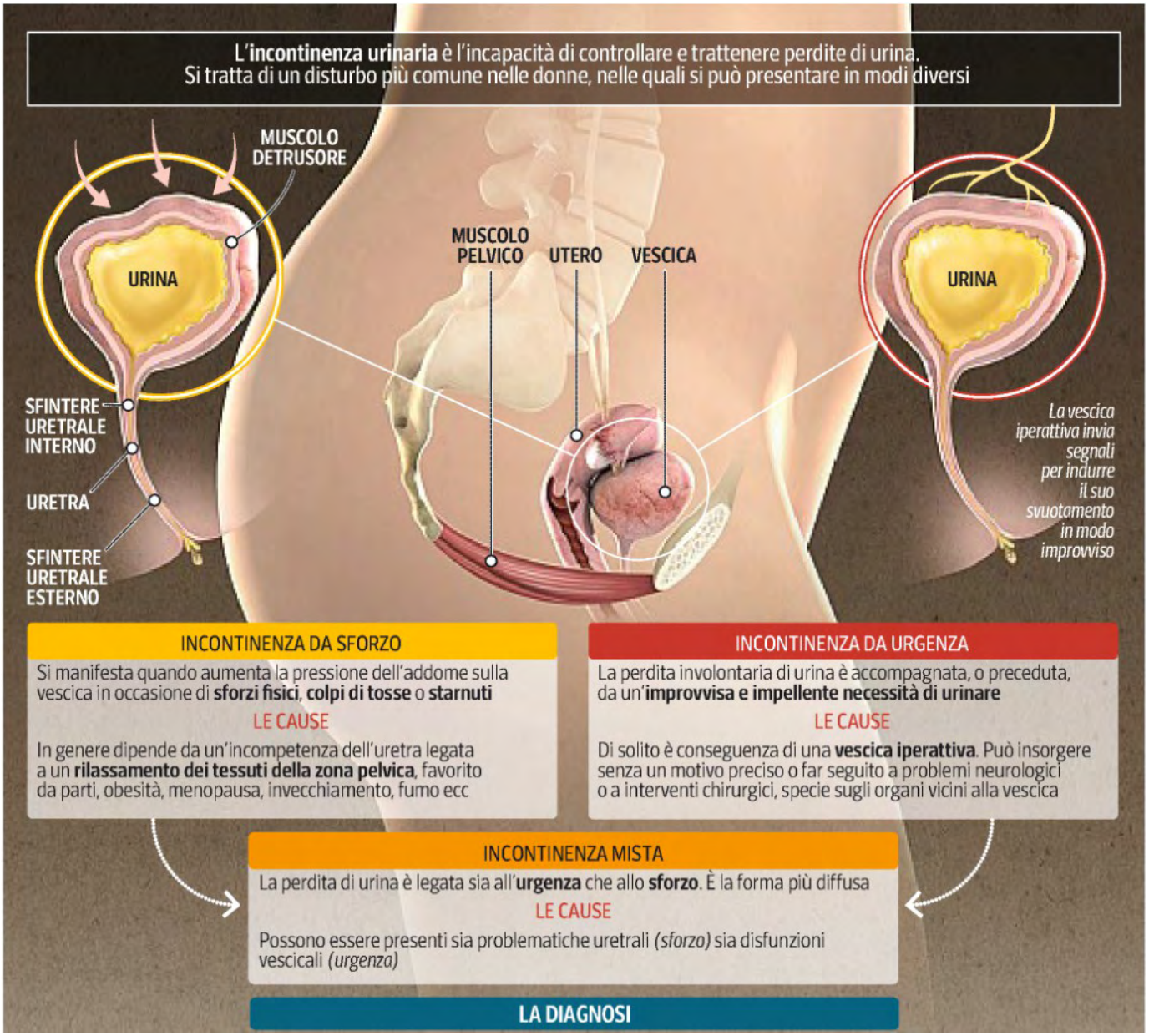
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 49
foglio 2 / 3
www.datastampa.it



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 49
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

- Di solito in prima battuta non si fanno particolari accertamenti. Sulla base dei disturbi riferiti *(diagnosi di presunzione)* il medico può impostare un trattamento conservativo
- Se la terapia medica fallisce o non è sufficiente, si eseguono gli **esami urodinamici** per risalire alla causa dell'incontinenza *(diagnosi di certezza)* e poi proporre terapie più mirate

ESAMI URODINAMICI

Permettono di valutare in dettaglio il funzionamento di vescica e uretra

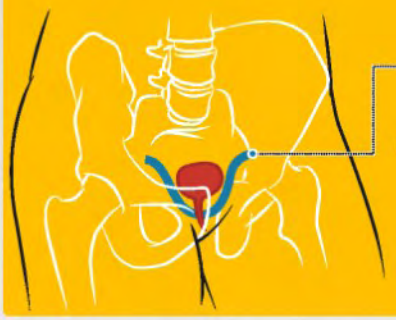
- **Uroflussometria**
  Attraverso un apparecchio chiamato flussometro fornisce una valutazione della quantità di urina che viene espulsa ogni secondo attraverso l'uretra, mentre la persona sta comodamente seduta
- **Cistometria**
  È la registrazione grafica della pressione all'interno della vescica, in vari momenti del suo riempimento. Permette di evidenziare contrazioni abnormi del muscolo detrusore. Viene effettuata inserendo piccoli cateteri in vescica e riempiendola di liquido. È utile per confermare il sospetto di iperattività vescicale. Studia anche il funzionamento della vescica durante la minzione
- **Profilo della pressione uretrale**
  Con l'aiuto di un catetere si valuta la tenuta dello sfintere uretrale. È utile per riconoscere un'incontinenza urinaria da sforzo
- **Determinazione della pressione al punto di perdita**
  È un test che valuta la capacità di chiusura e di tenuta dell'uretra

LE CURE

I trattamenti sono diversi a seconda del tipo di incontinenza. Assorbenti, pannolini e pannoloni nonché altri presidi come fodere idrorepellenti o lenzuola idroresistenti andrebbero considerate misure temporanee, utili a sostegno di altre terapie. Solo in alcuni casi possono essere accettate, quale unica soluzione per gestire al meglio l'incontinenza

Incontinenza da sforzo

- Il trattamento di prima linea prevede esercizi di **riabilitazione del pavimento pelvico** che servono a restituire tonicità ai muscoli del perineo
- Quando l'incontinenza non si risolve si può ricorrere alla chirurgia, con varie tipologie di interventi. In gran parte dei casi è sufficiente una **chirurgia mininvasiva** *(benderelle sottouretrali)*



Benderelle sottouretrali

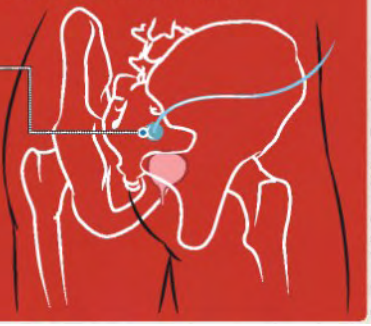
L'intervento prevede l'uso di strisce di tessuto, naturale o artificiale, per «sostenere» l'uretra nei momenti di bisogno (durante la tosse, lo sforzo, una risata). Dura circa una ventina di minuti e può essere eseguito in anestesia locale o spinale

Incontinenza da urgenza

- In presenza di una iperattività della vescica si usano **farmaci antimuscarinici**, che riducono le perdite e mitigano la sensazione impellente di urinare
- Se questo approccio non funziona si opta per la **neuromodulazione sacrale**
- In alternativa si possono fare infiltrazioni di tossina botulinica nella parete vescicale per rilassarne la muscolatura

Neuromodulazione sacrale

Prevede l'inserimento di un elettrodo a livello della terza vertebra sacrale per stimolare il nervo sacrale (una delle «centraline» che controlla la vescica), attraverso una sorta di pacemaker inserito sottopelle. Il nervo «si difende» lavorando meno, contribuendo così a ridurre l'iperattività della vescica



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

Roberto Carone
Direttore Neuro-Urologia Città della Salute e della Scienza di Torino

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

Liste d'attesa «trasparenti» Online solo 7 Regioni su 21

Pochi enti rispettano gli obblighi previsti dalla Legge anticorruzione

Il Rapporto
Agenas e Libera hanno verificato se sui siti di 240 aziende sanitarie vengono pubblicati i tempi per gli esami

Le strutture sanitarie pubbliche e accreditate sono tenute a indicare sul proprio sito, in una sezione dedicata, i tempi per ciascuna prestazione erogata in base alle norme sulla trasparenza (D.Legis. 33/2013), attuative della Legge anticorruzione (190/2013), perché a finire nella ragnatela dell'illegalità e della corruzione il passo potrebbe essere breve.

Ebbene, a oggi, secondo il primo Rapporto su "Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario", realizzato da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e Libera la pubblicazione online dei tempi di attesa avviene in buona parte del Paese, ma si registrano ancora carenze.

«Abbiamo monitorato i siti istituzionali di 240 aziende sanitarie non per verificare se le prestazioni siano eseguite nei tempi giusti (*monitoraggio previsto dal Piano nazionale delle liste di attesa, ndr*) ma per accertare se le informazioni sulle liste di attesa siano disponibili nei siti web — chiarisce Leonardo Ferrante, referente per l'anticorruzione di Libera — . Anche se sono stati fatti passi in avanti da un anno all'altro, nella maggior parte dei casi non sono ancora disponibili informazioni chiare che permettano ai cittadini di capire i reali tempi di attesa per una prestazione».

Dalla rilevazione risulta che soltanto in sette regioni tutte le aziende pubblicano sui propri siti in modo dettagliato anche le informazioni sulle singole prestazioni.

«È fondamentale che le liste di attesa siano trasparenti anche per prevenire abusi e inefficienze nella prenotazione e nell'accesso ai servizi — sottolinea Lucia Borsellino, che si occupa di anticorruzione ad Agenas — . La prima forma di illegalità, infatti, è non dare risposte appropriate e tempestive ai bisogni di cura dei cittadini».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-DIC-2015
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

Il gesto

Nasce una Commissione «sanitaria» al servizio di una gestione più efficace

L'incarico a Parolin per rispondere «alle particolari difficoltà che vive la sanità cattolica, su cui il Papa ha acquisito opportune informazioni»

PAOLO VIANA

Le crisi finanziarie riparate in extremis o sfociate nella cessione di ospedali e case di cura, hanno indotto papa Francesco a incaricare il segretario di Stato vaticano, il cardinale Pietro Parolin di istituire la Pontificia Commissione per le attività del settore sanitario delle persone giuridiche pubbliche della Chiesa, che avrà ampi poteri d'intervento su ospedali, cliniche e case di cura di proprietà della Santa Sede, delle diocesi e degli ordini e congregazioni religiose. Non è ancora noto il regolamento, che dettaglierà questi poteri, ma è già previsto che in futuro debba dipendere da questa commissione il potere di rilasciare alle Congregazioni della Curia Romana, da cui tali "persone giuridiche pubbliche" dipendono, il consenso vincolante per la dismissione o riorganizzazione delle attività e degli immobili della sanità cattolica.

«La Commissione è dotata dei poteri di accesso agli atti e di risorse per lo svolgimento della propria attività» e «può assegnare incarichi a società, professionisti e consulenti» si legge nella nota diramata ieri dalla Sala Stampa della Santa Sede. La decisione di istituire il nuovo organismo è una risposta alle «particolari difficoltà» che vive la sanità cattolica, sulle quali il Papa ha «acquisito le opportune informazioni». Il Pontefice intende, proprio con questa commissione, «contribuire alla più efficace gestione delle attività e alla conservazione dei beni mantenendo e promuovendo il carisma dei fondatori», quindi mantenendo la proprietà e la gestione in capo alle singole istituzioni religiose. In passato, era stato ipotizzato di trasferirle a una holding pontificia, per quanto su base volontaria.

La nuova commissione, cui saranno applicate le norme della costituzione apostolica *Pastor bonus* e del Regolamento generale della Curia Romana, sarà composta dal presidente e da 6 esperti nelle discipline sanitarie, immobiliari, gestionali, economiche, amministrative e finanziarie; essa potrà delegare parte delle proprie funzioni a uno o più membri e sarà assistita da una segreteria, farà riferimento al Segretario di Stato e «potrà compiere ogni azione giuridica e finanziaria» per esercitare il proprio mandato. In generale, spiega la nota, le competeranno «lo studio generale sulla sostenibilità del sistema sanitario delle persone giuridiche pubbliche della Chiesa (presupposti, caratteristiche, vincoli, modalità operative/gestionali, attualità degli obiettivi del sistema sanitario delle singole persone giuridiche pubbliche in fedeltà alla propria natura, alla propria missione e al proprio carisma) così da definire una possibile strategia operativa di lungo periodo, anche in rapporto ai principi della dottrina sociale della Chiesa; la proposta per la risoluzione delle situazioni di crisi in funzione delle risultanze dello studio più generale e attivando tutte le risorse possibili in collaborazione con i responsabili delle persone giuridiche pubbliche interessate; lo studio e la proposta di nuovi modelli operativi per le persone giuridiche pubbliche operanti nel settore sanitario, in grado di attuare il carisma originario nel contesto attuale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 44
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Per chi soffre di diabete ci sono armi strategiche. Indispensabili per il buon controllo della malattia

La task force composta dalle "magnifiche quattro" che vigila con attenzione

L'autocontrollo della glicemia è uno strumento basilare nella gestione del diabete. Ma non è il solo. Gioca un ruolo anche la verifica di altri tre valori: ematocrito, emoglobina e chetoni

Il diabete richiede un pool di diverse figure professionali quali medico di famiglia, diabetologo, dietista, psicologo e farmacista

La sigla ISO 15197-2013 sui nuovi dispositivi per l'autocontrollo è garanzia di una migliore accuratezza del dato glicemico

Subito. È questa la parola d'ordine in caso di diagnosi di diabete. Gli studi infatti hanno ampiamente dimostrato che quando il paziente viene abituato in fretta all'automonitoraggio della glicemia, si ottiene un migliore effetto a lungo termine. Non è poco. Significa infatti migliorare la consapevolezza della persona sullo stile di vita, prevenire il rischio di ipoglicemie e, nel tempo, tenere lontano il pericolo delle complicanze, la grande spada di Damocle per la persona con diabete. Nell'educazione a una corretta gestione dell'automonitoraggio gioca un ruolo importante il team diabetologico e in particolare la figura dell'infermiere. com'è stato provato dallo studio ROSES, che è stato condotto su pazienti con diabete di tipo 2, la forma più comune, in terapia non insulinica. La strategia educazionale messa in atto nel primo anno dalla diagnosi, porta a un miglioramento del compenso metabolico e a modifiche dello stile di vita, e in primo luogo a un controllo del peso corporeo.

UN PROBLEMA DA AFFRONTARE

Gli apparecchi per l'automonitoraggio della glicemia, si sa, vengono consegnati ai pazienti direttamente presso il Centro di diabetologia di riferimento e sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Sempre di più, però anche questo ambito risente del momento di crisi e delle continue richieste di contenimento dei costi. Il risultato? Durante le gare pubbliche che vengono effettuate generalmente dalla ASL, la tendenza è di valutare gli apparecchi esclusivamente in base al costo. Ma è un peccato. Oggi infatti ne esistono diversi modelli, che permettono una personalizzazione dell'autocontrollo in base allo stile di vita, alla manualità della persona, all'età. Con risultati immaginabili e sottolineati più volte dalle società scientifiche AMD, Associazione Medici Diabetologi, e SID, Società Italiana Diabetologi. Si ottiene infatti una maggiore compliance da parte del paziente, legata alla facilità nell'utilizzo dell'apparecchietto. La speranza quindi, per l'anno che sta arrivando, è che le Autorità competenti affrontino questo aspetto. Un autoncontrollo personalizzato permette infatti un contenimento dei costi diretti e indiretti associati alla malattia.

GLI ALTRI CONTROLLI IMPORTANTI

Ma il glucosio non è il solo valore da controllare. Ce ne sono altri, ancora poco conosciuti dai più, che giocano un ruolo importante. Per questo, nella progettazione dei nuovi apparecchi per l'automisurazione oggi vengono aggiunte anche ulteriori analisi di controllo. Innanzitutto, l'ematocrito, cioè la percentuale di globuli rossi nel sangue. Questo valore può alterare l'accuratezza della misurazione glicemica: se è basso può provocare una sovrastima della glicemia, oppure viceversa portare a una sottostima in caso di ematocrito alto. Tenerlo sotto controllo dunque è utile a dare validità alla misurazione della glicemia, oltre a restituire un ulteriore valore ematico che può essere di supporto al medico nella gestione del paziente e di eventuali altre patologie concomitanti. Altrettanto preziosa è la valutazione dell'emoglobina, che rappresenta in un certo senso l'identikit dei globuli rossi. Questo test è utile peraltro per l'identificazione precoce di un disturbo renale, una tra le complicanze del diabete. La possibilità di un controllo periodico di questo valore, inoltre, può aiutare il medico a inquadrare meglio il paziente nella sua totalità e non solo per quanto riguarda la malattia diabetica, a tutto vantaggio del benessere della persona. Infine, ultimo ma non meno basilare, il test per i chetoni che serve per prevenire la chetoacidosi, uno stato che deve essere sospettato ad esempio quando valori del glucosio nel sangue sono oltre i 240 ml/dl. Riguarda in particolare chi segue una terapia insulinica e in particolare chi soffre di diabete di tipo 1. In caso di chetoacidosi, la persona diabetica può avere scarso appetito. Di conseguenza, tende a diminuire la dose di insulina, innescando una pericolosa spirale che può portare al ricovero in ospedale per riportare in assetto l'equilibrio glicemico. Anche se raramente, la chetoacidosi può manifestarsi anche in caso di diabete di tipo 2, quando di verificano iperglicemie frequenti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 44
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

L'unione fa la forza. Sempre

Costi elevati, numero di pazienti in aumento: è emergenza sanitaria. Ma si può arginare

Attualmentei costi diretti e indiretti per la malattia diabetica arrivano a 20 miliardi all'anno. In Italia ancora oggi è la prima causa di cecità in età lavorativa e di amputazioni non traumatiche, oltre ad essere tra le maggiori cause di insufficienza renale, di dialisi e di infarto al miocardio. Proprio per questo è necessario che ci sia un coordinamento continuo tra le diverse figure professionali, anche per garantire un'equa e appropriata assistenza su tutto il territorio nazionale. Questo significa anche un maggiore coinvolgimento delle farmacie che rappresentano uno dei punti di riferimento per la persona con diabete e i suoi familiari. È un dato di fatto che nel nostro Paese perlomeno, ancora oggi si instaura tra cliente e farmacista un rapporto di fiducia e di dialogo, che nel caso del diabete possono portare a benefici innegabili. Il coinvolgimento attivo delle farmacie quindi permette di conseguire significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria secondo protocolli condivisi con il team diabetologico e il medico di medicina generale, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti.

Oggi l'8,3 per cento della spesa sanitaria in Italia viene destinata al diabete

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-DIC-2015
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Colpi fatali ogni 9 minuti In arrivo nuovo salvavita

Defibrillatore ultralongevo dopo Sos dei cardiologi

MASSIMO IONDINI
MILANO

«Stimiamo una diminuzione del 30% dei dispositivi ovvero 6-7 mila pezzi, il che significa un risparmio tra i 60 e i 70 milioni di euro l'anno soltanto per quanto riguarda i defibrillatori impiantabili» annuncia Leonardo Calò, direttore dell'Unità operativa complessa di Cardiologia del Policliniuco Casilino di Roma.
È una delle concrete risposte all'allarme lanciato dai cardiologi riuniti a Roma fino a domani (vedi box a lato) che viene direttamente dalla ricerca. Il nemico da battere è la nuova pandemia del terzo millennio: lo scompenso cardiaco. Che spesso è l'esito finale di una serie di patologie come obesità, diabete, colesterolo alto, fumo, abuso di alcol, stress, ecc.
Per la sanità, di fronte a questo nuovo tsunami, la parole d'ordine è duplice: dare risolutive risposte mediche a questo crescente esercito di cardiopatici (38 milioni nel mondo) e nel contempo non affondare sotto il peso di spese ospedaliere che, in tempi di spending review, sono sempre meno sostenibili.
In attesa degli attesi e annunciati progressi della terapia genica e dell'impiego delle cellule staminali, risultati promettenti arrivano dallo studio dei micro-Rna e di una nuova classe di farmaci antagonisti, oltre che da dispositivi di assistenza ventricolare a lungo termine, come i Vad (*Ventricular assist device*), che però presentano una importante e grave conseguenza: la formazione di infezioni. Incidente di percorso che è a sua volta causa di ulteriori ricoveri in ospedale, con relativi pesanti costi per la sanità pubblica. A cui si aggiungono, sempre limitandosi all'ambito cardiologico, quelli per sostituire ogni mese centinaia di defibrillatori impiantabili, salvavita ormai di una moltitudine di malati di cuore che, solitamente a causa di un infarto pregresso, si sono visti impiantare un Icd (Implantable cardioverter device).
Ora, grazie alla ricerca, i cardiologi elettrofisiologi hanno cominciato a impiantare (più di 50 nel solo mese di novembre) in diversi ospedali italiani quello che è considerato il più innovativo e rivoluzionario dei defibrillatori. Si chiama Platinium e per migliaia di cardiopatici significa un notevole aumento dell'aspettativa di vita, legata a doppio filo anche a quella del defibrillatore stesso. Questo nuovo Icd (prodotto da LivaNova, colosso biomedicale nato dalla fusione tra Sorin e Cyberonics) può avere infatti ben 14 anni di durata, contro gli attuali 7-8, e di conseguenza un sostanziale dimezzamento degli interventi di sostituzione con un minor rischio di infezioni, che sono spesso causa di morte.
Ma a chi deve essere in genere impiantato questo apparecchio salvavita? A chi ha già subito un infarto e ai soggetti con pericolose aritmie o che presentano gravi fattori di rischio cardiovascolare. Spesso il sintomo principale di questa condizione è proprio il famigerato scompenso cardiaco, quando cioè il cuore non pompa sangue a sufficienza. Sono 57 mila gli italiani colpiti ogni anno da morte improvvisa, uno ogni 9 minuti. Un fulmine a ciel sereno che porta al decesso entro un'ora dalla comparsa dei primi sintomi. Il 95% muore infatti prima di raggiungere l'ospedale. E la causa è proprio un arresto cardiaco, legato nel 97% dei casi a un'aritmia. «L'unico modo per interrompere un'aritmia è provocare uno shock elettrico con un defibrillatore» spiega Maria Grazia Bongiorni, direttore dell'Unità operativa complessa di Cardiologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa. «Oltre il 60% degli Icd è impiantato a persone con meno di 70 anni – aggiunge Leonardo Calò – e questo significa che oltre un terzo necessita di almeno una sostituzione nel corso della propria vita». Re-intervento che espone il paziente a rischi di infezione che con il nuovo dispositivo potranno ora essere più che dimezzati. Il tasso di mortalità di chi ha subito un'infezione è del 16,9% a un anno e del 27,5% a 3 anni dall'intervento. Ogni anno sono 24 mila gli italiani che si sottopongono a un intervento per l'impianto di defibrillatori. E di queste procedure, un terzo sono sostituzioni.
«I nostri device hanno una longevità superiore del 50-60% rispetto a quelli disponibili sul mercato – spiega l'ingegnere Angelo Bernasconi, di LivaNova –. Il nostro obiettivo è proteggere i pazienti dal delicato momento della sostituzione. È giunta l'ora di azzerare il divario tra aspettativa di vita e durata dei dispositivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-DIC-2015
da pag. 19
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

CARDIOLOGIA

Boom di scompensi Allarme dei medici

Più di duemila partecipanti, 50 simposi, centinaia di relazioni (oltre 50 i cardiologi provenienti da tutto il mondo) e letture magistrali: è il 76° Congresso della Società italiana di Cardiologia, in corso a Roma fino a domani. Tema caldo in agenda: lo scompenso cardiaco. Una persona su 3 sopra i 55 anni ne soffrirà nel corso della propria vita ma, nonostante i progressi nella cura della malattia, la metà di loro morirà entro 5 anni, una prognosi peggiore che nella maggior parte dei tumori. Nella sua lettura magistrale, è il grande cardiologo americano Eugene Braunwald (nato a Vienna nel 1929, è lo studioso che più ha contribuito alla cardiologia negli ultimi anni) a lanciare l'allarme: lo scompenso è una vera e propria pandemia che necessita di azioni concrete e concertate della comunità scientifica. Una vera e propria dichiarazione di guerra. Nel mondo circa 38 milioni di persone soffrono oggi di scompenso cardiaco. Fra 8 anni questo numero potrebbe superare i 60 milioni con un impressionante aumento di costi diretti e indiretti (circa il 200% in più). (M.Ion.)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 46
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Viviamo in un mondo di tentazioni alimentari: dalla possibilità di avere tutto a portata di mano, alle confezioni formato famiglia nei supermercati, al moltiplicarsi delle occasioni in cui ci si trova a mangiare fuori casa
Una serie di esperimenti ci insegna come «difenderci» senza troppe rinunce

Le strategie anti-calorie che non ci fanno soffrire

A tavola
Conta anche la scelta dell'ambiente in cui si mangia: luci basse, rumore di fondo, musica alta possono indurre spesso a esagerare

Tutti sappiamo quanto conti mangiare sano, eppure l'epidemia di obesità non accenna a diminuire, probabilmente anche per colpa dell'ambiente "ingrassante" che ci circonda.

Lo spiegano bene gli studi del *Food and Brand Lab* della Cornell University di New York sul cosiddetto *mindless eating*, in pratica il "mangiare senza accorgersene", secondo cui in molte occasioni ci abbuffiamo più per l'influenza di fattori esterni che per vero appetito.

«Siamo "circondati"da tentazioni : basta accendere la TV per trovare almeno un programma di cucina — conferma Maria Grazia Carbonelli, direttore dell'Unità di dietologia e nutrizione dell'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma —. Sono di più rispetto al passato anche le occasioni sociali in cui mangiare fuori casa: dai pranzi di lavoro alle cene con amici. Stare a dieta oggi richiede una forza di volontà davvero notevole».

Brian Wansink, direttore del *Cornell Food and Brand Lab*, sottolinea: «Ci focalizziamo sul fatto di mangiare meno di un cibo, più di un altro, ci costringiamo a diete assurde o un'attività fisica sfiancante: tutto ciò richiede una ferrea disciplina per mantenere a lungo i buoni propositi. I nostri studi dimostrano che le "trappole" sono molte e che modificare ciò che ci circonda per rendere l'ambiente "dimagrante" è più semplice che puntare tutto sulla forza di volontà». I trucchi per mangiare meno e meglio senza rendercene quasi conto sono tanti, a partire da come si fa la spesa.

«Nessuno mangerebbe 30 mele, ma 30 biscotti sì: dobbiamo tornare ad acquistare in maggioranza cibi "interi" e non i concentrati di nutrienti di cui abbondano i supermercati, magari concedendoci un solo alimento "goloso" per carrello — osserva Lucia Bacciottini, docente di nutrizione integrata e nutraceutica dell'Università di Firenze —. Attenzione anche alle confezioni: meglio quelle di dimensioni ridotte e nel caso dei biscotti, per esempio, quelle in cui il prodotto è già in porzioni».

I super-pacchi in offerta speciale, stando a uno studio dell'*European Food Information Council*, ci spingono a ritenere che debbano essere "super" anche le porzioni permesse. «Così finiamo tutto in poco tempo — conferma Carbonelli —. Meglio comprare quantità ragionevoli di cibo e fare la spesa più spesso, magari con una lista da seguire e a pancia piena per non soccombere all'effetto fame. Stando attenti alla cassa: nell'attesa è facile cadere nella tentazione di comprare i dolci piazzati lì proprio perché è più probabile che ci facciano gola. A noi o ai nostri bimbi. A casa, poi, è utile tenere in vista i cibi più sani, eliminando ciotole di caramelle e cioccolatini».

Può sembrare banale ma la strategia "lontano dagli occhi, lontano dalla bocca" funziona: Wansink ha dimostrato che basta avere delle patatine sempre a disposizione sul bancone della cucina per accumulare in un anno 3,6 chili in più.

Rischio chili in più anche con i cereali da colazione: le confezioni colme di messaggi salutistici fanno pensare che non abbiano ricadute sulla linea e se li abbiamo sotto gli occhi ne mangiamo troppi. Se vogliamo aumentare il consumo di verdura dobbiamo piazzare il vassoio che la contiene in mezzo al tavolo: non doversi alzare per servirsi accresce del 19% le porzioni.

Wansink consiglia poi di mettere subito da parte l'eccesso di cibo cucinato per evitare di cadere in tentazione. Pure le stoviglie incidono: «Piatti e scodelle piccoli ci sembreranno più pieni e saremo soddisfatti anche mangiando un po' meno — sottolinea Carbonelli —. E fuori casa, meglio optare per portate in cui possiamo riconoscere gli ingredienti: gli intrugli sono sempre meno "dietetici"».

Senza contare l'importanza del luogo in cui si mangia: mai di fronte alla TV e meglio se l'ambiente non è troppo buio o troppo artificiosamente illuminato o rumoroso. «Luci troppo basse e al neon portano a mangiare di più, così come una musica di sottofondo veloce o ad alto volume: in un nostro esperimento il jazz di Miles Davis ha ridotto del 18% la quantità di cibo rispetto a un rock anni 70», conclude Wansink.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 46
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

I consigli

Mai proibire o demonizzare un cibo

Anche le parole contano. Come dimostra uno studio su *Nutrition Reviews*, essere positivi è più efficace del contrario, con i bambini e con gli adulti. Nelle campagne d'informazione ed educazione alimentare o negli incoraggiamenti da parte dei genitori è sempre meglio spiegare quanto faccia bene una mela che minacciare le conseguenze nefaste di un biscotto. «Verissimo, è molto più importante dare messaggi positivi e un ventaglio di "buone" scelte alimentari che puntare sulle proibizioni — commenta la dietologa Maria Grazia Carbonelli —. I divieti fanno solo aumentare la voglia di consumare i cibi negati perché fanno male, spingendo a consumarne di più alla prima occasione in cui ci si senta autorizzati a farlo. Se piace concedersi una merendina una volta ogni tanto si può mangiarla, magari stando un po' più attenti al resto».

E.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I trucchi

Confezioni di cibo «formato famiglia», porzioni servite regolarmente "abbondanti" e piatti grandi sono fra i maggiori responsabili degli eccessi nel consumo di cibo. Lo ha confermato la *Cochrane Collaboration*, ente per la valutazione degli studi clinici, stimando che sarebbe possibile ridurre l'introito energetico giornaliero dalle 279 alle 527 calorie rimpicciolendo piatti, pacchi di alimenti e porzioni

3,6

sono i chili in più che si possono accumulare in un anno se si hanno sempre a disposizione (e in vista) delle patatine

Bicchieri alti e stretti per bere meno

Per evitare eccessi dannosi per la salute, controllare l'introito di alcol e bevande zuccherate è importante perchè anche loro contribuiscono all'eccesso di calorie.

Anche quando beviamo, però, possiamo sfruttare semplici "trucchi" che ci aiutano a non esagerare, come dimostrano gli esperimenti di Brian Wansink del *Food and Brand Lab della Cornell University*: «La gente tende a considerare soprattutto l'altezza alla quale arriva una bevanda nel bicchiere, senza tener conto della larghezza del "contenitore": basta usarne di alti e stretti anziché bassi e larghi per mescere il 12% di liquido in meno. Inoltre, se guardiamo un bicchiere dall'alto ci sembra più pieno, perciò meglio tenerlo sul tavolo, anziché sollevato, quando ci facciamo versare una bevanda: ne berremo un altro 12 % in meno».

«Come per i piatti, anche il contrasto conta — aggiunge —. A prescindere dalla forma del bicchiere, il vino rosso e le bevande colorate sono più facili da vedere rispetto al vino bianco o ai drink trasparenti. Morale, ne prendiamo circa il 9% in meno. Se vogliamo ridurre le quantità, meglio optare per bevande scure».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al ristorante scelte più salutari se si mangia vicino alle finestre

Avete ordinato la cucina in modo diverso per aiutarvi a stare a dieta, ma poi vi trovate al ristorante, ed ecco che diversi fattori congiurano contro un'alimentazione controllata.

Conoscendoli però si possono mettere in atto contromisure efficaci, fin dalla scelta dei commensali: uno studio dell'università del Nuovo Galles del Sud, in Australia, ha dimostrato che mangiare con qualcuno magro e non è propriamente una buona forchetta ci aiuta a contenere le ordinazioni. Un effetto evidente soprattutto sulle donne ma che si verifica perfino nei bambini, segno che il contesto sociale influisce sui nostri comportamenti alimentari e che il "modello" offerto dagli altri può influenzare l'appetito, magari perché ci "vergogniamo" a ordinare un menù completo se chi è con noi si ferma a una portata.

Fuori casa, poi, conta anche dove decidiamo di sederci: «Abbiamo verificato che stare vicino alle vetrate esterne o in un'area ben illuminata di un del ristorante porta a scegliere piatti più salutari — spiega Brian Wansink del *Cornell Food and Brand Lab* —. Chi opta per i tavoli più lontani dalle finestre - o dall'ingresso - ha una probabilità del 73% più alta di ordinare anche il dessert e saltare il contorno: in una zona buia o defilata ci si sente infatti meno osservati, stando a un tavolo in evidenza siamo più consapevoli del nostro aspetto e pensiamo di più agli effetti di cibi ipercalorici. Sedersi vicino al bar porta, ovviamente, a chiedere più drink. I tavoli migliori? Quelli alti, con gli sgabelli: da qui arrivano le maggiori richieste di insalate e piatti light, probabilmente perché per stare "appollaiati" occorre mantenere una postura ben eretta, non ci si può rilassare troppo e questo porta a esercitare un maggior controllo sulle ordinazioni».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Domenica

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

13-DIC-2015
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

METTERSI A DIETA

Quanto pesano i microbi

di **Antonio Pascale**

Sarà capitato anche voi: un piccolo problema di salute, le analisi del sangue così così, il dottore che vi guarda e vi dice: s'è fatta ora. Ci vuole una dieta. Quale scegliamo? Ce ne sono a decine. Vi confrontate con amici, esperti, parenti e ne cominciate una. A volte funziona, altre volte no. Oppure, funziona per un mese, poi non più. Altre volte il vostro amico che segue la stessa vostra dieta perde 5 chili, voi, invece, ne mettete su due. Il mistero del cibo. Un mistero moderno, di recente apparizione. In fondo, solo 60 anni fa il mistero non esisteva, mio nonno pativa la fame, ora ingrassiamo, e non basta, siamo fideisticamente esigenti nei confronti del cibo. Litighiamo con quelli che non nutrono la nostra stessa fede. E comunque lo vogliamo puro, bio, slow, antico, ogm free, sostenibile. Vogliamo un'agricoltura di sussistenza, cibo che aiuti l'Africa, i poveri, la madre terra, e però fosse una volta che rinunciassimo a mangiare: alla fine sempre in trattoria o attorno a un tavola finiamo.

Poi gli affanni, e ci tocca la dieta. La stessa cosa è successa a Tim Spector. Ha un problema di salute, si spaventa. La prima reazione la facciamo raccontare a lui «Decisi di rinunciare alla carne e ai latticini, con tutti i grassi saturi che li accompagnano, ma a seconda dell'ultimo articolo scientifico letto la scelta sarebbe potuta cadere anche su carboidrati, cereali, additivi, glutine, legumi o fruttosio. Per tutto il ventesimo secolo ci avevano raccontato che i grassi fanno male, ma qualcuno cominciava a mettere in dubbio quella teoria. Volevo portare alla luce la vera scienza dietro a questo e altri miti della dieta». Questo è il punto e la particolarità di questo libro. Spector è un genetista famoso (studia i gemelli), dunque da scienziato – e con le coordinate per orientarsi - comincia a spulciare gli innumerevoli studi scientifici prodotti in questi anni, e scopre che: «Gli studi sono per lo più osservazionali, e di questi quasi tutti sono trasversali, pieni di difetti ed errori sistematici; pochi sono longitudinali, cioè protratti nel tempo e quindi più affidabili. Solo una piccola parte è costituita dai trial randomizzati, i migliori, in cui i soggetti si vedono assegnare un alimento o una dieta in maniera casuale e gli sviluppi vengono monitorati per lunghi periodi. Ciò che continua a mancare è una comprensione più ampia della scienza che si cela dietro la nutrizione e le diete (...) e non conosciamo ancora i motivi delle enormi differenze tra gli individui e delle loro risposte fisiologiche agli alimenti».

E qui parte un'affascinante viaggio, ben raccontato, chiaro, serio e sì: scientifico. Spector maneggia molti strumenti di precisione ed è interessato a smontare le credenze sul cibo, per esempio: i formaggi ricchi di grassi fanno male? E vuole capire come mai si riscontrano tante differenze all'interno di un campione. «In molte delle coppie di gemelli britannici da me studiate, uno si era messo a dieta e l'altro no. Ed è stato interessante fare il confronto. Alla domanda se si fossero mai sottoposti a una dieta dimagrante per più di tre mesi, il gemello che rispondeva affermativamente era in media più grasso del gemello che aveva detto di no».

Viste le differenze tra gemelli omozigoti è veramente fondamentale chiedersi: ma forse, oltre ai geni, esistono altri fattori che causano i suddetti scarti? Sì. È questa la novità dell'indagine di Spector: i minuscoli microbi che abitano il nostro intestino, potrebbero essere la risposta all'attuale epidemia di obesità. Conoscere i nostri microbi è fondamentale per superare i tanti equivoci della dieta moderna, e il libro è un viaggio tra i microbi (circa due chili) che frequentano il nostro intestino. Un'affascinante viaggio dentro di noi, più che l'adagio: dimmi come mangi ti dirò chi sei - siccome mangiamo tutti e bene - meglio cambiare il punto di vista: dimmi che microbi hai e ti dirò cosa mangiare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tim Spector, Il mito della dieta. La vera scienza dietro a ciò che mangiamo, traduzione di Francesca Pe', Bollati Boringhieri, Torino, pagg. 374, € 24,00

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 386.121
Diffusione 10/2015: 296.480
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

13-DIC-2015
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

Pensa alla salute

Il dolore cronico «benigno» è ancora troppo trascurato

di **Riccardo Renzi**

Nel 2010 veniva approvata all'unanimità la "legge del dolore" (legge 38), che è piaciuta a tutti, tanto da essere presa a modello dall'Ue. Per sua natura gli effetti prevedono tempi lunghi, ma dopo 5 anni è giusto farne un bilancio. Positivo il fatto che i farmaci oppioidi, prima guardati con sospetto, siano entrati più di frequente nella pratica clinica e che la rete di cure palliative e hospice, pur lontana da essere completa, si sia estesa sul territorio. Ma c'è un problema: «Il 60% dei medici italiani, nel 2015, ignora ancora la legge», ha detto Guido Fanelli, ordinario di anestesia a Parma ed estensore tecnico del provvedimento. Una delle conseguenze è che il dolore cronico benigno, ossimoro che significa dolore non oncologico, viene poco considerato dai medici, che spesso di limitano a prescrivere un analgesico. Eppure tanto benigno non è, visto che ogni anno si perdono quattro milioni di giornate lavorative, soprattutto per il mal di schiena (35% dei casi). E che per questo siamo diventati leader mondiali nel consumo di antinfiammatori.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 140.948
Diffusione 10/2015: 107.795
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

13-DIC-2015
da pag. 26
foglio 1
www.datastampa.it

Intervista con il professor Guido Fanelli

«Il 60 % dei medici ignora l'esistenza della Legge 38/2010»

DI ENRICO MAGNANI

«La legge che 'cura' il dolore, la 38/2010, approvata all'unanimità dal Parlamento italiano e considerata un modello di eccellenza dalla Commissione Europea è ancora misconosciuta a troppi operatori sanitari» dice il professor Guido Fanelli, ordinario di Anestesia e rianimazione dell'Ospedale di Parma nonché estensore tecnico della legge e autore del libro 'La legge del dolore. Una storia di riscatto tutto italiano'.

Professore, se a fine 2015 all'incirca il 60% dei medici italiani ignora l'esistenza della legge 38, quali iniziative potrebbero essere intraprese per aumentarne le potenzialità?

Le iniziative sono state molteplici in questi ultimi anni: dalla Campagna di comunicazione in occasione della Giornata della Sofferenza del 2011 ai banchetti informativi per i medici. Occorre informare i medici ma soprattutto l'opinione pubblica, attraverso qualsiasi mezzo divulgativo.

È possibile fare una stima di quante ore lavorative si perdono in Italia ogni anno per il dolore cronico?

In Italia, ogni anno, si perdono quaranta milioni di giornate lavorative per dolore cronico benigno, (non dolore da cancro) e in Europa sono oltre cinquecento milioni le giornate di lavoro perse.

A cinque anni dall'applicazione della legge 38 quanti sono i centri specializzati per la diagnosi e la terapia del dolore in Italia?

La legge 38 ha individuato i requisiti minimi per diventare centro Hub. Per questi ultimi ne devono essere previsti uno ogni due milioni e mezzo di abitanti. Oggi, in Italia, abbiamo sedici centri Hub con delibera regionale attiva. La Lombardia, il Veneto, l' Emilia Romagna, la Toscana, il Lazio e la Campania sono a norma ma ci sono Regioni che non hanno ancora deliberato o dove la delibera è scaduta.

Il mal di schiena e il mal di testa sono ancora in vetta alla classifica dei dolori degli italiani come qualche anno fa?

Il mal di schiena rappresenta più del trentacinque per cento del dolore cronico benigno.

Secondo lei i cassetti degli italiani sono ancora troppo pieni di antinfiammatori?

Sì, assolutamente. L'Italia è leader mondiale nel consumo degli antiinfiammatori e questo è un triste primato tutto italiano. L'Aifa ha, infatti, dato limitazioni sull'uso degli antiinfiammatori. Non sono solo gli anestesisti a prescrivere gli antinfiammatori, ma anche ortopedici e medici di famiglia.

Al Congresso ACD SIAARTI il titolo di una sessione da lei moderata è 'Quid novi nel dolore postoperatorio'. Quali le novità?

Da un lato una nuova organizzazione, dall'altra nuove vie di somministrazioni di vecchi farmaci e nuovi device elettronici. La ricerca non ha più soldi per nuove molecole. Queste le principali novità per il dolore acuto postoperatorio.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media