

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6339
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 688281

In calo la pressione sui Pronto soccorso

S embrebberebbe in calo la richiesta di cure al Pronto soccorso: nei primi undici mesi del 2012, per la precisione, gli accessi sono diminuiti di circa un milione rispetto all'intero 2011.

Lo dicono i dati trasmessi al sistema informativo Emur del ministero della Salute dalle Regioni. Manca, però, — si sottolinea — il computo dei dati di dicembre e di quelli della Sardegna, mentre per il 2011 (le Regioni non avevano ancora l'obbligo di comunicazione) non sono compresi i dati di Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Bolzano (*si veda la tabella*).

Non diminuisce invece, anzi aumenta, l'abitudine ad accedere direttamente al Pronto soccorso. Se, infatti, nel 2011 quasi il 70% degli italiani andati al Pronto soccorso lo aveva fatto con mezzi propri e nella maggior parte dei casi si era trattato di pazienti non gravi (codice verde nel 65,6% dei casi, bianco nel 14,7%), nel 2012 l'accesso è stato «diretto» almeno per il 77% dei pazienti. Intanto, i Pronto soccorso della maggior parte degli ospedali continuano a essere sovraffollati, con pazienti su barelle che aspettano il posto letto per il ricovero e ambulanze ferme in attesa che si liberi la lettiga per poter soccorrere altre persone.

«Il dato più eclatante che emerge dalla rilevazione Emur è proprio l'altissimo numero di arrivi al Pronto soccorso con mezzi propri — commenta Giorgio Carbone, presidente della Società italiana di medicina di emergenza e urgenza (Simeu) —. Significa che viene meno il ruolo di "filtro" del sistema 118 (*si veda articolo sotto*). Inoltre, gli accessi non aumentano ma arrivano sempre più pazienti "fragili", per esempio l'anziano con febbre alta, cardiopatico, diabetico, che vive da solo. In casi come questo il ricovero non è certo "inappropriato": non si può rimandare a casa l'assistito se il "territorio" non è pronto ad accoglierlo». «Non solo i posti letto negli ospedali spesso vengono "tagliati" per rispettare il dato aritmetico senza aver predisposto prima alternative a livello territoriale, — incalza Sandro Petrolati, coordinatore della Commissione emergenza di naao-Assomed, sindacato dei medici dirigenti — ma la mancanza di servizi adeguati sul territorio continua a spingere le persone, in caso di bisogno, verso il Pronto soccorso».

Il sistema Emur serve anche a monitorare nell'area dell'emergenza-urgenza il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni che vanno garantite ai cittadini. «A breve — anticipa Lidia Di Minco, della Direzione generale del sistema informativo del ministero della Salute — partiranno le verifiche degli adempimenti sul "mantenimento dei Lea" anche in emergenza-urgenza».

Maria Giovanna Faiella

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

RM 1
Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 688281

Il 118 non deve fare solo trasporti

Sistemi regionali di 118 organizzati in modo diverso, per esempio con aziende specifiche (nel Lazio e in Lombardia), o con dipartimenti per l'emergenza territoriale, o ancora con strutture che fanno capo ad aree di diversa vastità. Sistemi per collegare via radio centrali operative e mezzi di soccorso che non sempre funzionano.

Carenza, soprattutto in alcune regioni meridionali, di ambulanze con medico a bordo, che permetterebbero di stabilizzare il paziente sul posto e trasportarlo nell'ospedale più idoneo, piuttosto che in quello più vicino. Sono questi i principali punti critici emersi dal primo monitoraggio della «Rete dell'emergenza» condotto nel 2012 da Cittadinanzattiva.

Proprio per rendere più uniformi su tutto il territorio nazionale le prestazioni, la Società italiana sistema 118 — che raggruppa i servizi di emergenza territoriale del 118 di tutta Italia — ha stilato un documento con precise raccomandazioni. «Si tratta di criteri, individuati dopo un anno di lavoro comune, che dovrebbero consentire omogeneità e migliore comunicazione tra i servizi di 118» spiega Fedele Clemente, presidente di Sis-118.

La centrale operativa, per fare un esempio, non deve essere un «call center», ma centro di coordinamento e gestione del servizio. E l'integrazione tra i sistemi radio, di telefonia e informatico deve consentire il continuo scambio di informazioni tra operatori.

«Grazie a un maggiore ruolo di "filtro" del sistema 118, ci aspettiamo una riduzione degli accessi in ospedale, anche attraverso il trattamento e la soluzione delle urgenze minori a domicilio — spiega Clemente —. È già avvenuto dove si è incentivato il soccorso sul posto dei pazienti con codice verde. Non accade invece nelle Regioni dove le ambulanze non hanno a bordo medici che possano fare diagnosi e decidere terapie».

«Ma una buona rete del 118 è fondamentale anche quando i pazienti sono gravi — afferma Francesco Enrichens, esperto di Agenas (Agenzia nazionale dei servizi sanitari) per la "Rete emergenza-urgenza" —. Se, per esempio, dall'elettrocardiogramma fatto sul posto risulta che il paziente ha un infarto miocardico, il medico individua con l'aiuto della centrale operativa l'ospedale giusto in cui trasportare il malato, perché lì potrà ricevere il trattamento emodinamico nei tempi brevi indispensabili»

SOLIDARIETÀ Il 28 febbraio la «Giornata mondiale»

La sfida delle malattie rare

*Sono oltre 6mila le patologie orfane che aggrediscono due milioni di italiani***Luigi Cucchi**

■ Una persona su 20 è colpita da una malattia rara. Sono oltre 5000 queste patologie che aggrediscono bambini e adulti. La maggior parte sono genetiche, croniche e debilitanti, isolano i malati e le loro famiglie. Tra pochi giorni, il 28 febbraio, si svolgerà la Giornata mondiale delle malattie rare, una iniziativa che vuole sviluppare la ricerca medica internazionale.

Le malattie rare o malattie orfane (di attenzione e risorse) sono condizioni morbose poco frequenti, misconosciute e spesso mancanti di una terapia adeguata. Si tratta di forme croniche, spesso degenerative, disabilitanti e condizionanti in termini psicologici e sociali. Sono fenomeni molto complessi, non solo per la numerosità e la diversità delle forme, ma anche per la grande variabilità di sintomi e segni. In Europa si stima che le persone affette da queste patologie siano circa 20-30 milioni. In Italia vi sarebbero oltre 2 milioni di malati, moltissimi dei quali sono in età pediatrica. La rarità di queste patologie, in parte misconosciute, ha influito negativamente sulla ricerca e la sperimentazione clinica. I pazienti colpiti sono diagnosticati in ritardo e curati con gravi difficoltà.

Solo negli anni Ottanta si è cominciato a trattare in sede scientifica e programmatoria queste patologie. Il Congresso degli Stati Uniti ha definito rara una malattia che colpisce non più di 200mila abitanti in tutti gli Stati, cioè circa un caso ogni 1.200 persone. Secondo le indicazioni del Programma d'azione comunitario sulle malattie rare 1999-2003, vengono così definite quelle che hanno una prevalenza inferiore a 5 per 10mila abitanti nell'insieme della popolazione comunitaria. In Giappone si considera rara una patologia che comprende meno di 50mila casi. In Italia il Piano Sanitario Nazionale

definisce rare quelle che hanno una incidenza variabile da 1 su 20mila a 1 su 200mila abitanti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene la ricerca sulle malattie e le sindromi che si possono definire rare. Di queste la maggior parte sono causate da un'anomalia genetica. Molte malattie sono rare in alcune aree geografiche o in alcune popolazioni e più frequenti in altre per ragioni legate a fattori genetici, alle condizioni ambientali, alla diffusione di agenti patogeni, alle abitudini di vita. Per la maggior parte delle malattie rare mancano dati precisi sulla loro frequenza, poiché per pochissime di loro esiste un sistema di notificazione dei casi. Il Piano nazionale per le malattie rare ha destinato lo scorso anno 20 milioni vincolati per le malattie rare e 15 per la rete dei tumori rari. In Italia è stato creato un Registro nazionale delle malattie rare presso l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di ottenere un quadro della loro diffusione e distribuzione sul territorio e migliorare la conoscenza riguardo a cause e fattori di rischio. Sulpiano della prevenzione si sono sviluppate anche indagini neonatali attraverso analisi efficaci: gli esami effettuati su una sola goccia di sangue prelevata dal tallone subito dopo la nascita consentono di identificare oltre 40 malattie rare: difetti congeniti, alterazioni del metabolismo, potenziali dislipidemie. Da pochi anni è stata poi costituita una Rete di presidi accreditati, individuati dalle regioni quali centri abilitati ad erogare prestazioni finalizzate alla diagnosi ed al trattamento delle malattie rare. In Lombardia la Rete è costituita da 32 Presidi e da un Centro con funzioni di coordinamento che ha sede a Ranica, in provincia di Bergamo presso i laboratori di ricerche cliniche dell'Istituto farmacologico Mario Negri. Le malattie rare stanno uscendo da un limbo che è durato secoli. Oggi rappresentano una grande sfida.



Lo sport al mattino riduce l'appetito

E se anziché far venire fame, l'esercizio, soprattutto se svolto in determinate ore del giorno, si rivelasse un ottimo alleato per contenere l'appetito? Questo è quello che si legge in una ricerca, pubblicata su *Medicine and Science in Sports and Exercise*, secondo la quale il cervello risponderebbe diversamente di fronte al cibo se al mattino si è fatta attività fisica. James LeCheminant e Michael Larson, ricercatori della facoltà di Scienze Motorie, alla Brigham Young University, autori della ricerca, sono giunti a queste conclusioni dopo aver valutato, con EEG, l'attività cerebrale di 35 volontarie messe di fronte a immagini di cibi o altro, dopo essersi o meno allenate al mattino. Metà del campione era costituito da donne normopeso, l'altra metà da donne obese. Il primo giorno dell'esperimento le partecipanti hanno camminato a velocità sostenuta su un tapis roulant per 45 minuti, poi nel giro di un'ora sono state sottoposte a un elettroencefalogramma per valutare l'attività neuronale in risposta alla visione di 240 fotografie, per metà di piatti con cibo e per metà immagini di fiori. Una settimana dopo, nello stesso giorno e alla stessa ora, il test mediante l'EEG è stato ripetuto senza però la sessione di allenamento.

In entrambe le occasioni le signore hanno inoltre indicato in appositi questionari il cibo che avevano mangiato e l'attività fisica eventualmente svolta nei giorni di test.

Il risultato? Dopo essersi allenate al mattino le partecipanti hanno mostrato risposte cerebrali meno marcate di fronte al cibo e dai questionari è emerso che l'attività fisica al mattino aveva spinto tutte, obese e non, a muoversi di più nel resto della giornata.

«Non solo fare del moto riduce "l'interesse" nei confronti degli alimenti, — spiega LeCheminant — ma effettivamente si è visto che le donne non mangiavano di più per recuperare le calorie consumate con il movimento; l'introito calorico non era infatti dissimile quando le volontarie non avevano eseguito alcun esercizio».

È allora davvero da sfatare l'idea secondo cui dopo lo sport si tende inevitabilmente a compensare le calorie perse mangiando di più? Sembrerebbe proprio di sì, dato che di recente un'altra ricerca ha dimostrato che muoversi aumenta la capacità di sentirsi sazi e migliora la capacità di controllo dei propri comportamenti. E ulteriori indagini mostrano che attraverso l'esercizio fisico costante impariamo a capire di quante calorie abbiamo bisogno.

Tutto chiaro, allora? Non è così semplice, come spiega LeCheminant: «Il nostro è uno dei pochi studi che hanno cercato di capire se l'attività fisica incida sulle risposte cerebrali di fronte al cibo, ma dovremo capire per quanto tempo, dopo l'allenamento, l'interesse per il cibo resta limitato e che cosa accade quando ci si allena con regolarità e costanza. Ci sono molti fattori che influenzano la spinta a mangiare, l'esercizio fisico è solo uno dei tanti».

Conferma Gianfranco Beltrami, docente del corso di laurea in Scienze motorie dell'Università di Parma: «Esistono anche studi di segno contrario a questi e l'esperienza quotidiana ci insegna che alcuni dopo lo sport hanno più fame, altri "perdono" l'appetito. Tutto infatti è il risultato di complessi fattori fisiologici, come quelli ormonali, ma anche psicologici: chi mangia per piacere, ad esempio, spesso dopo l'attività fisica si sente autorizzato a uno strappo alla regola».

Per di più, stando all'esperto, per gli effetti sull'appetito contano anche la regolarità e l'intensità con cui ci si allena e la composizione corporea. «Le persone in sovrappeso hanno un calo dell'appetito inferiore, dopo l'esercizio fisico e la riduzione della fame si vede solo dopo che si è iniziato a perdere peso. Peraltro, bisognerebbe anche capire per quanto dura il calo dell'appetito: se per un'ora dopo l'allenamento si è inappetenti ma poi si mangia il triplo, fare sport potrebbe perfino essere controproducente» conclude Beltrami.

Elena Meli

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 6330
Servizio Clienti - Tel. 02 63797510

Fondato nel 1876  www.corriere.it

Roma, Piazza Venezia 5
Tel. 06 688281

Perdere peso con Buon Senso

di ROBERTO SATOLLI

I chili di troppo e i modi per perderli sono una ossessione della società odierna, e non c'è alimentano leggende metropolitane.

Con pedanteria da scienziato, David Allison dell'Università di Birmingham ne ha fatto un *England Journal of Medicine*, dove le classifica in 7 miti (ferree convinzioni che sopravvivono presunzioni (affermazioni ripetute senza nessuna prova che le confermi) e le distingue da sono sufficienti elementi scientifici per ritenerli veri). Secondo lo schema di Allison, per perdere molto peso troppo rapidamente sia sconsigliabile, oppure che il cosiddetto yo-yo (chili ciclicamente) faccia addirittura male, sono infondate, o per lo meno si basano su dati. La chiave di lettura proposta da Allison è apparentemente inappuntabile, perché è la stessa che si ritiene oggi lo standard

per giudicare la bontà di tutti i discorsi in medicina: un'ipotesi si può considerare provata sottoposta a un esperimento controllato. Questo sistema funziona bene per farmaci e interventi (quali è stato ideato), ma è di difficile applicazione ad argomenti complessi come l'alimentazione e la sedentarietà. Oltretutto gli esperimenti controllati sono costosi, e si fanno solo se qualcuno è disposto a spendere un certo ammontare economico per appurare i fatti. Combinando queste due osservazioni, è facile capire come Allison si rischi di considerare efficaci per dimagrire quasi solo i farmaci e la chirurgia, o le tecnologie che possono dare un ritorno economico sotto forma di prodotti da commercializzare. Provare con un esperimento controllato che con più piste ciclabili si aiuta la gente a non ingrassare, questo non vuol dire che sia falso, e che non valga la pena provarci. Tanto più che, a voler leggere l'articolo sul *Nejm* dimentica che nessuno ha mai dimostrato l'assunto principale, che avere più chili faccia così male alla salute, o che perderli faccia bene. Anzi, le osservazioni su molti dicono che questo forse è vero solo per le obesità spiccate.