

Salute

Il numero

Ricoveri e degenze in calo Migliora l'uso degli ospedali

6.837.823

I ricoveri registrati per i pazienti acuti nel 2012, con una riduzione del 2,9% rispetto al 2011. Diminuite del 3,2% anche le giornate di ricovero

Cala in Italia il numero dei ricoveri ospedalieri e della mobilità sanitaria.

È il quadro che emerge dal Rapporto annuale sull'attività ospedaliera per l'anno 2012 pubblicato sul sito del ministero della Salute. «La riduzione dei valori di tutti gli indicatori rispetto al 2011 — si legge nel Rapporto — descrive una tendenza al miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza nell'uso degli ospedali».

Nel dettaglio, rispetto al 2011 il numero complessivo di ricoveri ordinari «per acuti» si riduce

da 7.043.070 a 6.837.823 (-2,9%), con una corrispondente diminuzione delle giornate di ricovero da 47.963.625 a 46.422.668 (-3,2%). Il numero di cicli di day hospital effettuati si riduce da 2.828.910 a 2.538.561 (-10,3%). Anche l'attività totale per acuti registra una riduzione del 5%, e il tasso di ospedalizzazione, sempre per acuti, rispetto al 2011, cala da 110 a 108 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario. Come per ricoveri e giornate, diminuisce del 4,7% anche la percentuale di quanti si fanno curare fuori regione: dalle 807.981 persone del 2011 alle 770.233 del 2012 (-4,7%).



Salute

Oncologia Trattamenti associati meno aggressivi permettono di adottare la cura anche in pazienti «fragili»

Più armi contro i tumori del sangue

Il trapianto di midollo ora si può praticare negli anziani

Le patologie

Una strategia utilizzata per le forme gravi di leucemia e linfoma

Il trapianto di cellule staminali, potenziale salvaspina per molte forme di tumore del sangue, e meglio noto come *trapianto di midollo*, è oggi accessibile a un numero più ampio di pazienti. In particolare, l'età in sé non va più considerata un fattore determinante per decidere se una persona è candidabile o meno al trapianto, giudicato per molto tempo una procedura troppo complessa, rischiosa e difficile per poter essere tollerata dagli anziani.

«Molte neoplasie del sangue colpiscono soprattutto in età avanzata — sottolinea Fabio Ciceri, direttore dell'Ematologia e Trapianto di midollo all'ospedale San Raffaele di Milano —. Per questo i nostri sforzi si sono concentrati sulla possibilità di ampliare la gamma di malati che potessero avervi accesso: sia riducendo il più possibile l'intensità delle

terapie (**farmaci** o radioterapia) che lo accompagnano, sia perfezionando le tecniche per l'utilizzo delle cellule da donatore esterno (aumentando così le possibilità di trovare donatori compatibili)». Il trapianto viene infatti utilizzato per le forme più gravi di leucemia e linfoma e può essere eseguito con un prelievo di cellule sane dal paziente stesso (autologo) o da un donatore (allogeneico). In entrambi i casi viene combinato con la somministrazione di **farmaci** (e talvolta radioterapia) per eliminare le cellule cancerose residue e fare «piazza pulita» nell'organismo prima di trapiantare quelle sane. «Pur mantenendo una buona efficacia, ora si utilizzano chemioterapici meno tossici o dosi minori di radiazioni, più facili da sopportare per l'organismo di un 60-70enne», spiega Fabrizio Pane, responsabile della divisione di Ematologia dell'Università Federico II di Napoli e presidente della Società italiana di ematologia.

A rendere complessa la procedura di trapianto, soprattutto in chi è in là con gli anni, intervengono diversi ostacoli. Tra i più temibili ci sono le infezioni dovute all'immunosoppressione, oltre alla temibile «malattia del trapianto

contro l'ospite» (*graft versus host disease*), in pratica un'aggressione verso l'organismo del malato da parte del nuovo sistema immunitario che gli viene trapiantato. Ed è proprio riducendo questi rischi che si sono ottenuti successi.

«Il trapianto resta una procedura tutt'altro che semplice e le condizioni generali di salute del malato devono essere buone — aggiunge Pane —. Ma è importante poter offrire anche ai pazienti over 60 questa opportunità, valutando caso per caso se è indicata».

Insomma, la sola età non dev'essere un deterrente. Anche, come suggerisce uno studio del Dana-Farber Cancer Institute presentato all'Ash (American Society of Hematology), in chi soffre di *sindromi mielodisplastiche* (gruppo eterogeneo di neoplasie del sangue), per cui il trapianto allogeneico rappresenta l'unica possibilità di guarigione. Secondo gli esiti della ricerca la strategia è applicabile, usando donatori da registro e non familiari e un regime di preparazione al trapianto di ridotta intensità e tossicità, negli over 70 con risultati del tutto paragonabili a quelli ottenuti nei pazienti tra i 60 e i 65 anni.

Vera Martinella

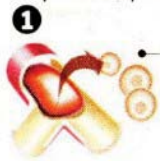
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da se stessi

RACCOLTA

Le cellule staminali del paziente vengono prelevate dal sangue periferico per essere trapiantate



2



ELABORAZIONE E CRIOPRESERVAZIONE

Le cellule staminali vengono prima raccolte dal sangue periferico e poi congelate al fine di mantenerle vitali

3



CHEMIOTERAPIA

Un trattamento chemioterapico, a volte abbinato a radioterapia, viene somministrato al malato per uccidere le cellule tumorali

4



INFUSIONE

Le cellule staminali del paziente vengono scongelate e re-infuse per ricostituire la normale produzione di cellule del sangue

Da donatore



Il processo è analogo quando si prelevano le cellule da un donatore (selezionato in base alla sua istocompatibilità con il malato che deve riceverle), con la differenza che in questo caso si prelevano a volte le cellule anche dal midollo e non solo dal sangue, e che la fase di crioconservazione non è prevista

D'ARCO

«Aploidentici»

Compatibili a metà. Ma utili

Un'alternativa in più per pazienti più e meno giovani arriva dal trapianto aploidentico (di cellule staminali emopoietiche da un donatore familiare compatibile al 50 per cento). «Sinora — spiega Fabio Ciceri, direttore dell'Ematologia e Trapianto di midollo all'ospedale San Raffaele di Milano — la scelta era ristretta a fratelli che mostravano compatibilità completa. Ma la progressiva riduzione del tasso di natalità insieme all'invecchiamento generale hanno ridotto parecchio le probabilità: la possibilità di utilizzare genitori, figli o fratelli compatibili a metà consente ora di allargare moltissimo la platea dei possibili donatori».

Terminologia

Tecnicamente ora si parla di «trapianto di cellule staminali ematopoietiche» e non più di «trapianto di midollo», perché dal midollo vengono prelevate solo alcune parti specifiche, che vengono «ripulite» e reimpiantate


Forme «croniche»

Progressi in qualità della vita

Le malattie mieloproliferative croniche sono tumori del sangue caratterizzati da una fase cronica, relativamente benigna, che consiste in un eccesso di globuli bianchi per la leucemia mieloide cronica, un eccesso di globuli rossi per la policitemia, un eccesso di piastrine per la trombocitemia, una fibrosi del midollo

nella mielofibrosi, e da un ingrossamento della milza. «Queste patologie, tipiche degli anziani e con una frequenza che sale con l'età, sono in aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione — dice Michele Bacarani, direttore dell'Ematologia all'Università di Bologna —. Vanno incontro a una progressiva acutizzazione, ma con le terapie più recenti, di grande efficacia e modesta tossicità, sono più compatibili con una vita normale e di buona qualità, se non addirittura con possibilità di guarigione».

I DUBBI PER UNA LEGGE SUL FINE VITA CHE UNISCONO L'ITALIA ALLA FRANCIA

 Mentre da noi una giornalista ultranovantenne si uccide con le pillole e un carcerato tormentato dal cancro si rivolge a Napolitano chiedendo di essere lasciato morire, in Francia è intervenuto il tribunale per fermare l'eutanasia su di un paziente decisa dai medici e da una parte della famiglia, ma non dai genitori. Qui e là si infiamma, dunque, il dibattito sul fine vita. La colpa, se tale si può chiamare, è della medicina che oggi riesce a far sopravvivere per anni chi in altra epoca se ne sarebbe andato in pochi giorni. Del resto, chi non vorrebbe far il possibile e l'impossibile per tenere in vita — anche se non si sa quale vita — una persona amata, un parente, un amico?

Questo almeno si pensava fino a non molto tempo fa: ora, avendo nozione di possibili interminabili stati vegetativi, non raramente si tende a compiangere nel profondo chi è stato salvato per il rotto della cuffia con la prospettiva di un'esistenza attaccata alle macchine. E c'è perciò chi scrive lettere-testamento, chi estorce promesse a figli e congiunti, chi si iscrive a funeree associazioni olandesi o svizzere per garantirsi un'uscita di scena senza troppi traumi. Ma c'è anche chi — in Rete il tema è più dibattuto che mai — pur convinto della bontà dell'eutanasia, teme di pentirsi un giorno di quel testamento biologico redatto in piena coscienza, e di non essere più in grado di esprimersi per revocarlo. Oppure c'è chi supplica i figli di lasciarlo vivere sino all'ultimo respiro, persuaso che anche soltanto uno spiraglio di luce sia meglio del buio che potrebbe esserci dall'altra parte.

Ci vuole una legge, chiedono in Italia come in Francia. Ma a chi si applicherà? A chi è in coma profondo, a chi è in stato vegetativo o anche a chi ha conservato una sia pur modesta reattività? Chi prenderà la decisione? I parenti, i medici o, come è successo ora in Francia e, molto prima, nel caso di Eluana Englaro, pure in Italia, i magistrati? E la legge dovrà consentire solo l'eutanasia passiva o anche attiva? Gli interrogativi sono molti e di difficile risposta. Inevitabilmente, poi, vengono a mescolarsi visioni di anziani non autosufficienti, per il cui accudimento mancano i fondi, il tempo o le forze, destinati da medici e parenti a morte «dolce». E chissà se l'avrebbero voluto.

Isabella Bossi Fedrigotti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



C'È ANCHE L'ARTRITE REUMATOIDE

Aumenta la lista delle malattie associate al fumo. Adesso sono 40

Si allunga la lista delle patologie correlate alla sigaretta, comprendendo anche malattie «insospettabili»

NOTIZIE CORRELATE

C'è il tumore ai polmoni, la disfunzione erettile, le malattie respiratorie e varie patologie drammatiche o minori già note, ma ora la lista dei problemi di salute di cui è foriera la sigaretta si allunga ulteriormente, fino a comprendere l'artrite reumatoide, il glaucoma, il tumore al colon e al fegato, il diabete, il labbro leporino per il nascituro figlio di madre fumatrice e persino la frattura all'anca (probabilmente in conseguenza di un indebolimento osseo).

RAPPORTO «SURGEON GENERAL» - È quanto emerge dall'aggiornamento del temuto report del Surgeon General, punto di riferimento Usa in tema di salute, che a cinquant'anni del primo rapporto serio sul fumo, intitolato Surgeon General's Reports on Smoking and Tobacco Use e destinato a cambiare il mondo, rincarà la dose e mette davanti all'umanità un'inquietante lista di patologie legate al fumo a carico praticamente di qualsiasi organo. Il rapporto della sanità americana parla anche di un triste allineamento di genere per quanto riguarda uomini e donne e di una spesa annuale pari a 289 miliardi di dollari da parte del governo Usa per contrastare i danni del fumo. Inoltre sottolinea il nocimento del fumo passivo, arrivando a sostenere una crescita dal 20 al 30 per cento dei rischi di infarto e di ictus per chi è esposto alla "sigaretta di seconda mano".

BILANCIO DEGLI ULTIMI 50 ANNI – Correva l'anno 1964 quando gli esperti americani gridarono per la prima volta al mondo, dimostrandolo, quanto fosse nociva la sigaretta, puntando il dito contro il tumore ai polmoni. Da lì in poi nulla fu più come prima, nacque il movimento anti-smoking e nessun fumatore poté più nascondersi dietro l'ignoranza su questo tema. Che il fumo faccia male lo si è detto omai in tutte le lingue, mentre pubblicità shock (ma evidentemente non così dissuasive) fotografano fisicamente quanto può cambiare nel corpo di un fumatore. Il Surgeon General lo ricorda tutti gli anni, mantenendo il proprio impegno nella lotta contro la sigaretta e aggiornando annualmente la lista dei rischi. Nel frattempo 20 milioni di persone, solo in America, sono morte e 5,6 milioni di attuali bambini sono destinati a morire prematuramente a causa di questo vizio. Qualche obiettivo è stato chiaramente raggiunto, come si può evincere nella parte dello studio dedicata a 50 anni di progressi, e in America si sono salvate 8 milioni di vite umane grazie alla prevenzione e all'informazione e si è passati dal 42 al 18 per cento dei fumatori, ma l'ambizioso traguardo del 12 per cento entro il 2020 sembra oggi poco realistico. Ora l'impegno si estende anche all'ormai celebre e-cigarette, già additata come alternativa per

nulla sana al fumo. Ma su questo fronte non c'è ancora sufficiente storia attualmente e si rimanda ad altri studi futuri, mentre un esercito di giovani ha alle spalle una storia da fumatori così intensa da aver già smesso con la sigaretta, passando alla sigaretta elettronica e ogni giorno un plotone di 3.200 ragazzini minorenni si accende la prima bionda, noncurante delle pubblicità e dei richiami del Surgeon General.

stampa | chiudi

Salute

Chemioterapia Le novità dal Congresso della Società di Ematologia americana

Combinazioni di vecchi e nuovi farmaci portano spesso alla guarigione completa



Molte ricerche puntano a ridurre la tossicità delle cure, a parità di efficacia



Alcune terapie con pesanti effetti collaterali in chi ha più di 60 anni sono problematiche

Combinare i nuovi farmaci fra loro o associarli ai «vecchi» (ma pur sempre efficaci) chemioterapici, per migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti. Puntando, là dove possibile, alla guarigione completa. È questo ciò che accomuna le principali novità presentate a dicembre all'Ash di New Orleans. «Grazie agli straordinari risultati della ricerca, per alcune forme di tumore del sangue siamo giunti ad avere prospettive di guarigione e un prolungamento della sopravvivenza impensabili solo pochi anni fa», commenta Giovanni Pizzolo, direttore del Dipartimento di Ematologia all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Verona. In particolare, ci sono importanti progressi (arrivando persino alla completa scomparsa della malattia) per una delle forme più comuni di neoplasia ematologica, la leucemia linfatica cronica.

Un mix di chemioterapia standard e un nuovo anticorpo monoclonale (GA101 o obinutuzumab) si è infatti rivelato valido proprio nei pazienti più «deboli»: gli over 65 gravati dalle patologie tipiche dell'età che avanza, come disturbi cardiocircolatori, respiratori o renali. Essere curati per un tumore, sottoponendosi a trattamenti che possono avere pesanti effetti collaterali, può in molte persone sopra i 60 anni essere un problema: proprio per questo diverse ricerche puntano a diminuire il più possibile la tossicità delle cure, pur mantenendone l'efficacia.

Abbinare altri farmaci alla terapia standard pare essere una strategia vincente anche contro il linfoma diffuso a grandi cellule B. «Sono stati presentati alcuni studi interessanti che hanno l'obiettivo di incrementare l'efficacia di questo trattamento — spiega Umberto Vitolo, direttore dell'Unità di Ematologia alle Molinette di Torino —, perché circa un terzo dei pazienti ha una ricaduta o non risponde alla cura. Diverse sperimentazioni, fra cui una condotta dalla Fondazione Italiana Linfomi, hanno dato esiti molto incoraggianti, migliorando la sopravvivenza dei malati, i tassi di risposta alla cura e quelli di remissione della malattia».

Infine, una ricerca ha confrontato uno degli attuali standard terapeutici per il mieloma dell'anziano con una nuova associazione di medicinali. L'analisi di oltre 1.600 pazienti, un terzo dei quali aveva più di 75 anni, ha evidenziato un significativo miglioramento di tutti i parametri clinici a favore del nuovo mix (lenalidomide e desametasone) — conclude Pellegrino Musto, direttore scientifico del Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata —. In particolare, per quanto riguarda la possibilità di recidiva di malattia dopo una iniziale risposta, la percentuale e la durata delle risposte, la sopravvivenza e gli effetti collaterali. E sulla base dei dati ottenuti, questo può essere considerato un nuovo standard terapeutico per i pazienti anziani con mieloma multiplo».

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La vitamina D può ritardare o prevenire la demenza nei pazienti con Parkinson

Alti livelli di vitamina D nel sangue sono stati trovati utili nel prevenire o ritardare l'insorgere del deficit cognitivo e della depressione nelle persone affette dalla malattia di Parkinson



Tra i diversi problemi che spesso insorgono in coloro che hanno sviluppato la malattia di Parkinson vi sono anche un deficit cognitivo e la depressione. Disturbi che possono **peggiore la già compromessa qualità della vita**. Ma forse una speranza c'è, e si troverebbe nella vitamina D.

Per dunque valutare se e come si possa prevenire o ritardare la demenza nei pazienti, i ricercatori della Oregon Health and Sciences University hanno condotto uno studio, o meglio, un'analisi trasversale su 286 pazienti con malattia di Parkinson per analizzarne i livelli di vitamina D nel sangue.

Le analisi condotte e i dati ricavati hanno mostrato che alti livelli plasmatici di vitamina D erano associati a **una minore severità dei sintomi**, un migliore stato cognitivo e meno depressione in tutti i partecipanti. I rapporti tra le varie situazioni erano poi ancora più evidenti e forti in coloro che non soffrivano anche di demenza. I risultati completi dello studio sono stati pubblicati sul *Journal of Parkinson's Disease*.

«Circa il 30 per cento delle persone con PD [Malattia di Parkinson] soffrono di deficit cognitivo e demenza, e la demenza è associata con il parcheggio in cura casa e l'aspettativa di vita ridotta – spiega la dott.ssa Amie L. Peterson, principale autrice dello studio – Sappiamo che il decadimento cognitivo lieve **può predire il futuro sviluppo della demenza**. Intervenedo nello sviluppo della demenza si ha il potenziale per migliorare la morbilità e la mortalità nelle persone con malattia di Parkinson».

Lo studio, nello specifico, ha coinvolto i 286 pazienti in una serie di test cognitivi al fine di **misurare le funzioni cognitive globali**, la memoria verbale, la fluidità verbale semantica, le funzioni esecutive e la depressione. Nella stessa giornata dei test sono anche stati misurati i livelli sierici della 25 idrossi vitamina D (25-OHD).

Del totale dei partecipanti, 61 sono stati valutati come affetti da demenza in base a quanto riportato sul "Manuale Diagnostico e Statistico dell'Associazione Psichiatrica Americana"; i restanti 225 pazienti non sono stati considerati dementi.

Dopo questa prima fase, si è potuto constatare come vi fossero **significative differenze tra i livelli di vitamina D nei pazienti** e le associazioni negative con i problemi cognitivi, la depressione e la gravità della malattia in generale. Le valutazioni sono state eseguite per mezzo delle cosiddette Hoehn and Yahr Scale e la United Parkinson's Disease Rating Scale motor section.

In base a quanto valutato, si è scoperto che i livelli medi di vitamina D3 erano più elevati in coloro che non erano dementi, anche se le differenze non hanno raggiunto la significatività statistica.

I test condotti sull'intero gruppo di pazienti hanno anche mostrato che maggiori livelli di vitamina D3 erano associati a **una maggiore agilità** nel dare un nome a vegetali e animali e nel richiamare alla mente quanto appreso. Tuttavia, dopo che il gruppo è stato suddiviso in coloro che erano dementi o quelli no, vi erano significative differenze con i livelli di vitamina D e la fluidità e l'apprendimento verbale soltanto in coloro che non erano affetti da demenza.

«Il fatto che la relazione tra vitamina D, la concentrazione e le prestazioni cognitive sembrava più robusta nel sottoinsieme dei non-dementi suggerisce che un intervento precoce prima che la demenza sia presente può essere più efficace», conclude la dott.ssa Peterson.

<http://www.lastampa.it/2014/01/20/scienza/benessere/medicina/la-vitamina-d-pu-ritardare-o-prevenire-la-demenza-nei-pazienti-con-parkinson-zuws9IuoxHTDFjodca3obL/pagina.html>

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 17 GENNAIO 2014

Se il medico di famiglia si "associa". Dimezzato il ricorso al Pronto soccorso e alla Guardia medica. E le visite dal privato crollano del 75%

I dati di un'indagine della Fondazione Istud che ha misurato l'impatto sui cittadini della riorganizzazione territoriale attraverso l'associazionismo dei medici di famiglia. Anche i medici coinvolti sono soddisfatti di lavorare in equipe: "Si risparmia, c'è più organizzazione e più supporto logistico". Record di associazionismo in Emilia Romagna. In coda la Campania.

Comprendere e misurare l'impatto della riorganizzazione della medicina territoriale attraverso la creazione e il potenziamento dei nuclei di medici di medicina generale associati in gruppo o in rete, formula organizzativa che supera l'isolazionismo secolare dei medici di famiglia – ciascuno nel proprio studio – è stato il cuore dell'Osservatorio delle Cure Primarie nel 2013. Lo studio, svolto tra gennaio e dicembre 2013, è stato realizzato da Fondazione ISTUD mediante una ricerca degli atti ufficiali su tutte le Regioni Italiane e una ricerca sul campo in dieci di queste - Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto - interviste a decisori di politica sanitaria (Assessorati, Direzioni Generali, Funzionari) e la raccolta via web del punto di vista su aspetti qualitativi, organizzativi e economici dei cittadini e dei professionisti sanitari che operano sul territorio.

L'Osservatorio è stato patrocinato da Cittadinanzattiva, FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), e Federsanità ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani). La ricerca è stata resa possibile grazie al contributo non condizionato di Accenture, Assobiomedica, Assogastecnici, Esaote, Fater, Linde, Medicaire, Medigas, Siad, Novartis, Sapio Life, Tbs, Tesan, Vivisol, Vitalaire - Medicasa.

Le principali evidenze emerse: la voce dei cittadini

Sono 398 i cittadini che hanno aderito allo studio provenienti da tutta Italia: l'83% in una fascia d'età compresa tra i 25 e i 64 anni e il 10% over 64 anni. Il 43% dei rispondenti ha indicato di avere malattia cronica, dato in linea con la prevalenza delle cronicità nella popolazione italiana.

I cittadini si recano dal proprio medico di medicina generale prevalentemente per la prescrizione di farmaci, per l'impegnativa relativa a visite specialistiche ed esami diagnostici, dimostrando che si è ancora lontani dalla medicina di iniziativa, per prediligere invece ancora una sanità reattiva. Focalizzandoci sul tema centrale della ricerca, l'associazionismo medico – forma obbligatoria oramai per legge – i cittadini rispondenti dichiarano nel 50% dei casi di rivolgersi a medici di medicina generale in associazione, la restante parte invece dichiara che il proprio medico di base continua ad operare in uno studio singolo. Purtroppo **si registrano differenze tra Nord e Sud**, in particolare in Emilia Romagna è presente il minor numero di medici con studio singolo, 35%, mentre la Campania è la Regione con la più alta percentuale di medici non associati 70%. Ma al di là delle norme previste, l'Osservatorio è stato il primo studio inter-regionale che ha desiderato indagare non solo la presenza degli studi associati ma i possibili benefici che ne derivano.

Quando il medico di medicina generale è in associazione l'esperienza dei cittadini, siano essi sani o con malattia cronica, è più soddisfacente in merito agli orari di apertura, i tempi di visita, l'accoglienza. Non solo, ma grazie al fatto di trovare sempre qualche medico referente nello studio medico di famiglia, quando il medico non è reperibile nel suo studio i pazienti si rivolgono in misura inferiore del 50% al pronto soccorso, del 50% alla guardia medica e, addirittura, del 75% a medici privati a pagamento. E ancora, considerando la fascia di malati che spende di tasca propria, oltre al contributo fiscale, più di 1500 Euro all'anno, questa percentuale si abbassa del 38% a una spesa annua compresa tra 500 e 1500 Euro, se i malati possono fare riferimento sull'associazione dei medici sul territorio. Commenta così **Maria Giulia Marini**, Direttore dell'Area Sanità di Fondazione ISTUD: "questi risultati sono i primi in Italia a dimostrare che l'associazionismo è di beneficio ai pazienti e alle persone sane, sia dal punto di vista organizzativo che economico. E in tempo di crisi strutturale, diffondere strumenti che contemplino un risparmio per i cittadini è un atto doveroso e da perseguire con volontà, superando gli isolazionismi strutturali e culturali".

Le **cure intermedie** risultano diffuse in modo eterogeneo sul territorio, e uniche strutture riconosciute sono le Residenze Sanitarie Assistenziali che però i cittadini definiscono come luoghi spersonalizzanti e di solitudine e su cui, quindi, c'è molto da indagare in virtù di una famiglia italiana in grande trasformazione con un numero crescente di anziani soli e fragili.

Anche la **sanità elettronica** è sviluppata in modo differente tra Centro-Nord e Sud: infatti nel settentrione vi è maggior utilizzo dei sistemi di refertazione online, e fascicolo sanitario elettronico. Non sempre però tecnologia è sinonimo di efficienza, vengono infatti denunciati problemi tecnici nella metà degli intervistati e circa un terzo dichiara che non conosce nessuno di questi servizi. Rispetto alla qualità dell'informazione, le persone si informano rispetto alle trasformazioni del Sistema Sanitario Regionale e della propria ASL attraverso la stampa locale (nel 60% dei rispondenti) e in misura inferiore rispetto ad altri canali quali Internet, la Tv, il medico di medicina generale e le Associazioni dei pazienti: di fatto il 79% degli italiani chiede una maggiore trasparenza e questo dato indica la crisi di fiducia tra cittadino ed istituzioni sul patto per la salute.

L'indicatore di auspicio di una maggiore chiarezza è marcato da un 82% di persone che ritengono utile disporre di una lista di organizzazioni qualificate che erogano assistenza domiciliare sul territorio tra cui scegliere, servizio informativo a oggi mancante.

I cittadini della Lombardia hanno già stipulato nel 31% una polizza sulla salute rispetto al 15% del resto d'Italia, cercando di incanalare la spesa out of pocket in modo più strutturato attraverso offerte assicurative.

Le principali evidenze emerse: la voce dei professionisti sanitari

L'altra parte dell'indagine era dedicata ai medici, e infatti sono 128 i professionisti del territorio che hanno aderito alla proposta di studio, 78% medici di medicina generale, 10% pediatri di libera scelta, e 12 % altri professionisti del territorio.

Se i cittadini sottolineano l'efficacia delle cure attraverso l'associazionismo, i professionisti sanitari sul territorio - di cui l'83% è associato mentre il 17% ancora conduce uno studio singolo - annunciano l'efficienza di questo sistema che permette un migliore confronto tra colleghi, un migliore supporto logistico, risparmio economico e una modalità di lavoro più organizzata. Solo come ultima ragione viene segnalata la migliore qualità di servizio per le persone assistite. I motivi segnalati a sfavore dell'associazionismo in quella piccola quota di medici non ancora associati, sono le caratteristiche territoriali nel 32%, "non ci ha mai pensato" nel 21%, un 16% ha problemi burocratici con la regione/ASL, un 16% non ha trovato colleghi disponibili, l'11% non pensa sia una regione ottimale e un 5% scrive che è vietato.

Una spaccatura netta è presente rispetto alla capacità di lavorare in equipe e la formazione nell'associazionismo, nelle case della salute e altre forme di aggregazione professionale. Sono stati attivati infatti solo nel 49% dei rispondenti percorsi formativi: questo dato è spiegabile con i diversi approcci regionali: in alcune realtà c'è maggiore consapevolezza dell'esigenza di fornire ulteriori competenze ai professionisti che provengono dall'ospedale per poter gestire le cronicità del territorio,

in altre realtà invece non si percepisce questo bisogno, nella convinzione che coloro che hanno lavorato in una struttura per acuti ad alta complessità sappiano gestire i pazienti le cronicità. Un indicatore allarmante che emerge dalle risposte dei medici di medicina generale rispetto alle tecnologie come ausili e presidi è che, per quanto riguarda la fornitura ai pazienti, quantità, qualità e servizi distintivi abbiano la medesima rilevanza, laddove invece sono note le evidenze che derivano dalle differenze di qualità.

Come per i cittadini, anche per i medici l'**e-health** è diffusa maggiormente nel Centro-Nord rispetto al Sud e, ancora una volta, si sottolineano tutti vantaggi di efficienza che derivano dall'utilizzo di sistemi tecnologici. Le difficoltà dell'uso della digitalizzazione sanitaria derivano nel 53% da problemi di errori nell'utilizzo, nel 20% dall'assenza di connessione telematica con altre strutture e dalla mancanza, per la restante parte, di formazione.

Rispetto agli **aspetti economici**, le risposte dei medici sono profondamente diversificate: il 34% dei rispondenti auspica una riduzione dell'esenzione totale e una compartecipazione per una maggiore responsabilizzazione dei cittadini per i servizi di cui usufruiscono. Mentre il 29% si preoccupa che in un prossimo futuro il paziente dovrà pagare per i servizi sanitari. Un 36% dei medici insiste sul fatto che il sistema si possa rendere sostenibile attraverso modelli organizzativi e la lotta agli sprechi: questo dato è importante perché uno dei massimi studiosi di organizzazione sanitaria al mondo, Donald Berwick nel 2012, ha proprio sottolineato sul Journal of American Medical Association gli sprechi derivanti dalla mancanza di coordinamento delle cure e dalla complessità amministrativa. E quindi il mancato associazionismo è mancata cooperazione, uno spreco non più sostenibile.

STAMINA 20 indagati, Vannoni nel mirino

L'inchiesta della Procura di Torino su Stamina Foundation è quasi conclusa e il numero degli indagati sale a venti. Dodici persone avevano già ricevuto un avviso di chiusura delle indagini, e altre otto dovrebbero riceverlo a breve. Nella lista ci sarebbe anche Davide Vannoni, presidente di Stamina Foundation, già indagato in una prima fase dell'indagine, chiusa a dicembre 2011 e poi subito riaperta, con l'accusa di associazione a delinquere finalizzata alla truffa e somministrazione di **farmaci** pericolosi. Nel mirino della magistratura anche medici e manager che avrebbero facilitato l'applicazione della terapia all'interno degli Spedali Civili di Brescia. "Siamo in dirittura d'arrivo", ha detto il pm titolare dell'inchiesta Raffaele Guariniello. La vicenda Stamina si è arricchita negli ultimi giorni di nuovi elementi su Vannoni. Una famiglia torinese lo ha querelato per violazione della privacy per aver pubblicato su Facebook un video con i presunti miglioramenti di Nicole, la loro figlia di quattro anni. I genitori della , intervistati da *Presadiretta* su Raitre, avevano denunciato l'inefficacia della terapia e la richiesta di 50mila euro avanzata da Stamina Foundation. Il video è stato rimosso ieri da Youtube su richiesta del Garante della privacy. Le indagini della magistratura seguono più filoni: da un lato, si indaga sull'inefficacia o dannosità della terapia; dall'altro sulle somme di denaro richieste ai pazienti. Un altro aspetto al vaglio degli inquirenti è l'uso di denaro pubblico per somministrare la terapia in strutture del Sistema sanitario nazionale.



AUTISMO: MOLTE FAMIGLIE SI RIVOLGONO A MEDICINE ALTERNATIVE

(AGI) - Los Angeles, 19 gen. - Molte famiglie che hanno figli con disordini dello spettro autistico si rivolgono alle medicine alternative o complementari. Lo afferma uno studio dell'Universita' della California Davis pubblicato dal Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, secondo cui in una percentuale significativa le pratiche potrebbero essere addirittura dannose. I ricercatori hanno sottoposto a questionari le famiglie di circa 800 bambini malati di autismo o con disabilita', scoprendo che il 39 per cento dei primi e il 30 per cento dei secondo oltre alle terapie tradizionali avevano qualche integrazione, soprattutto della dieta. Nel 9 per cento dei casi pero', avvertono gli autori, si tratta di pratiche la cui sicurezza ed efficacia non sono provate, come le iniezioni di vitamine e la terapia chelante. .

Dalla Medicina Tradizionale Cinese un aiuto contro il diabete

Alcune erbe utilizzate in medicina tradizionale cinese sembrano essere d'aiuto per rallentare le progressione del pre-diabete e dunque prevenire o contrastare il diabete



Il prediabete è una condizione oggi particolarmente diffusa. Consiste nel rilevamento di **alti valori glicemici nel sangue** (iperglicemia), ma non ancora sufficientemente alti da considerare il paziente affetto da diabete vero e proprio. Secondo alcuni studi, il diabete si verifica mediamente nei tre anni successivi alla diagnosi di prediabete, ma ci sono anche pareri che indicano che **possono volerci dieci anni** per arrivare a sviluppare il diabete di tipo 2. Il rischio è seguito dal pericolo di sviluppare malattie dell'apparato cardiovascolare ed essere vittime di ictus. L'università di Chicago ha scelto di condurre uno studio sulla prevenzione del diabete a seguito della constatazione che il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) conta a oggi 79 milioni di adulti – dai vent'anni in su – con diagnosi di prediabete. «Insieme al diabete si evolve un grave problema di sanità pubblica a livello mondiale, per cui **è fondamentale adottare misure preventive** per arginare il flusso di casi», spiega Chun-Su Yuan, autore dello studio e medico dell'University of Chicago. «I pazienti spesso hanno difficoltà ad attuare i necessari cambiamenti al proprio stile di vita al fine di controllare i livelli di zucchero nel sangue – prosegue Chun-Su Yuan – Inoltre, **i farmaci attuali hanno molti limiti** e possono produrre diversi effetti collaterali avversi a livello gastrointestinale. Alcune erbe usate in Medicina Tradizionale Cinese possono offrire una nuova opzione per la gestione dei livelli di zucchero nel sangue, da sole o in combinazione con altri trattamenti». Per arrivare a tali conclusioni sono stati esaminati 389 volontari in 11 siti di ricerca della Cina. Ognuno di loro era stato assegnato in maniera casuale ad assumere una capsula che conteneva una miscela di erbe cinesi, oppure un placebo. L'assunzione giornaliera è durata un anno. La miscela, in Medicina Cinese viene chiamata "Tian Qi". All'inizio dello studio tutti i partecipanti hanno dovuto seguire **un mese di formazione** riguardante lo stile di vita e nel corso dello studio si sono incontrati più volte anche con un nutrizionista. L'intolleranza al glucosio, poi, è stata misurata su base trimestrale. Dai risultati finali è emerso che avevano sviluppato il diabete 36 partecipanti del gruppo di erbe cinesi, e 56 del gruppo placebo. In termini statistici, **il Tian Qi aveva ridotto del 31% il rischio di diabete**. I risultati possono dirsi quasi identici a quelli ottenuti con i farmaci di controllo prediabete a base di acarbose e metformina. Tutti i dettagli dello studio verranno pubblicati a breve sulla rivista dell'Endocrine Society, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* (JCEM).

Linee guida In Europa e negli Usa gli esperti hanno messo a punto le nuove indicazioni anti ipertensione

La pressione alta va abbassata Di quanto? Dipende da caso a caso

Gli obiettivi variano a seconda della presenza di altri fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e anche dall'età. Interventi troppo drastici possono essere perfino dannosi

La chiamano «killer silenzioso»: è infatti la responsabile principale di infarti e ictus. Eppure la pressione alta spesso non dà sintomi, se non nei casi gravi, in cui ha già fatto danni ad arterie e organi interni. Riconoscerla e combatterla è una priorità e quindi non stupisce che nel giro di soli sei mesi in Europa e negli Usa siano state pubblicate linee guida sull'ipertensione: due vademecum diversi che danno indicazioni pratiche su quali valori non oltrepassare, quando iniziare la cura con i farmaci e quali principi attivi scegliere. Il documento europeo, approvato dall'European Society of Hypertension e dall'European Society of Cardiology, è un lungo compendio preciso e articolato, che considera tutti i temi legati all'ipertensione (diagnosi, monitoraggio, strategie di trattamento per i pazienti complessi); quello Usa, pubblicato a inizio anno sul *Journal of the American Medical Association*, riflette il pragmatismo americano e contiene appena nove raccomandazioni, ma ha già sollevato polemiche, da entrambi i lati dell'oceano Atlantico, perché si basa solo sul valore numerico di pressione, senza considerare troppo le caratteristiche del paziente a parte l'età. Un po' poco, come sottolinea Claudio Borghi, presidente della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA) e direttore dell'Unità di Medicina Interna al Policlinico Sant'Orsola di Bologna: «La valutazione di un paziente non può prescindere dal suo rischio cardiovascolare globale: un numero, da solo, non può giustificare un intervento terapeutico e focalizzare una cura solo sulla ri-

duzione di un parametro non dà buoni frutti. Lo stesso valore di pressione può richiedere approcci diversi: un 60enne o un 70enne sano possono sopportare una riduzione della pressione ai classici 140/90; se però hanno già danni d'organo, ad esempio arterie molto rigide o un infarto pregresso, è possibile che non tollerano più valori simili e scendere troppo potrebbe essere perfino controproducente». «Fattori di rischio come colesterolo alto, diabete, fumo, familiarità cambiano il quadro: se non teniamo conto della situazione nel complesso sarà difficile controllare l'ipertensione e ridurre davvero i pericoli per il paziente — osserva Gianfranco Parati, direttore della Divisione di Cardiologia all'Auxologico di Milano e docente di Medicina cardiovascolare all'Università di Milano-Bicocca —. In passato le soglie erano molto più rigide e prevedevano valori più bassi di pressione nei pazienti a rischio: gli studi e l'esperienza ci hanno insegnato che fino a 65-70 anni il limite oltre cui intervenire è 140/90 per tutti, mentre ad età superiori il limite a cui iniziare il trattamento è una pressione sistolica di 160 mmHg. Negli anziani sotto gli 80 anni se in buone condizioni generali tuttavia si può considerare una terapia farmacologica anche per pressioni sistoliche sopra i 140 mmHg se il trattamento è ben tollerato. Messaggio comunque importante che emerge dalle Linee guida europee è che le linee guida non sono un vangelo e vanno adattate al singolo caso, tenendo conto del rischio cardiovascolare globale. In un giovane sano con un po' di pressione alta si può intervenire solo sullo stile di vita, ma in un coetaneo diabi-

tico uno «sfioramento» anche minimo della soglia rende opportuno l'uso dei farmaci; anche in un ottantenne in salute si possono avere come obiettivo valori inferiori ai 140/90 come nei meno anziani, ma in un soggetto di questa età, fragile con altre malattie, occorre essere meno aggressivi e accontentarsi di valori più alti, perché ridurre troppo la pressione potrebbe perfino danneggiare gli organi non facendo arrivare loro sangue a sufficienza». «Quando si trova la pressione alta, poiché è un parametro molto variabile, per un paio di settimane occorre misurarla in diversi momenti, per confermare innanzitutto la diagnosi — riprende Borghi —. Quindi si stabilisce il rischio cardiovascolare globale: bastano una chiacchierata con il medico e pochi euro per fare esami come elettrocardiogramma e analisi del sangue, in cui valutare profilo lipidico, glicemia e funzione renale. Solo dopo si decide come intervenire». Solleva, peraltro, scoprire che la corsa a renderci tutti «un po' ipertesi», abbassando continuamente le soglie di normalità, si è fermata: oggi non si punta più il dito su chi ha una pressione a 130/90 ipotizzando la necessità di pillole, come accadeva in passato. Al di sotto dei 140/90 mmHg non c'è indicazione a dare farmaci, ma solo a cambiare lo stile di vita. «Le nuove linee guida ci danno il tempo di aspettare e decidere se e quando dare i medicinali: i primi tre-sei mesi dalla scoperta di un valore elevato di pressione servono per confermare la diagnosi e modificare le abitudini, ad esempio smettendo di fumare e riducendo il consumo di sale e calorie —, interviene Massimo Volpe, direttore del-

l'Unità di Cardiologia all'ospedale Sant'Andrea di Roma —. Va detto che gli interventi sullo stile di vita hanno molto margine di riuscita in soggetti sedentari, sovrappeso, fumatori; in altri casi non sono semplici né risolutivi; peraltro spesso la riduzione della pressione non è enorme. Questo significa che se la pressione è molto alta si passa ai medicinali abbastanza in fretta». Le linee guida europee indicano quali sono i più adatti a seconda delle situazioni fra le cinque classi di farmaci a disposizione (diuretici, beta-bloccanti, calcio-antagonisti, ACE-inibitori, inibitori della renina), lasciando comunque molta libertà di manovra ai medici, come spiega Parati: «In teoria i farmaci di queste cinque classi sono tutti adeguati, in pratica occorre valutare le caratteristiche del paziente prima della prescrizione. Esistono controindicazioni e scelte preferenziali: i beta-bloccanti, ad esempio, sono sconsigliati in caso di asma, ma da preferire in presenza di cardiopatia ischemica, soprattutto dopo un infarto miocardico in presenza di un aneurisma dell'aorta; gli ACE-inibitori sono ottimi se c'è una disfunzione renale ma da non usare in donne in gravidanza. Le linee guida forniscono anche indicazioni sulla scelta se iniziare la terapia con un solo medicinale o affidarsi da subito ad una combinazione, suggerendo che, in pazienti ad alto rischio o con valori pressori molto elevati, si può optare subito per più di un farmaco, ma anche sottolineando come le associazioni non siano tutte uguali».

«In chi ha un'alta probabilità di eventi cardiovascolari o la pressione superiore alla soglia di circa 20mmHg non vale la pena

aspettare per capire se un medicinale solo basti a ridurre i valori, meglio prescrivere subito la combinazione più adatta — con-

ferma Borghi —. Detto ciò, l'ampia elasticità e le numerose possibilità di scelta indicate dalle linee guida europee sottolineano

quanto sia importante mettere al centro di tutto il percorso l'iperteso, e non il "numero" con cui identifichiamo la sua ipertensio-

ne. Ostinarsi a inseguire un valore di pressione senza guardare al resto sarebbe come pretendere di curare i pazienti al telefono: inutile, oltre che sbagliato».

Valutazione

Colesterolo alto, diabete, fumo, familiarità «cambiano le carte in tavola»



Prudenza

Con gli anziani fragili, che hanno altre malattie, occorre essere meno «severi»

Conflitti di interesse

Il professor Gianfranco Parati dichiara di aver percepito onorari per letture ed eventi formativi organizzati da alcune aziende farmaceutiche, quali Bayer, Guidotti, Lusofarmaco, Daiichi Sankyo. Il professor Massimo Volpe dichiara di aver avuto rapporti in qualità di speaker con Menarini International, Daiichi Sankyo Europe e, in qualità di Consultant/Advisory Board, per Takeda International, Daiichi Sankyo Europe, Actelion, Novartis Pharma. Il professor Claudio Borghi dichiara di non avere conflitti di interesse relativamente al contenuto della sua intervista in queste pagine.

Misurazione

Quando è consigliabile il monitoraggio sulle 24 ore

Per sapere davvero come si comporta la pressione non basta la misurazione fatta dal medico in ambulatorio. «Se non facciamo monitoraggi sulle 24 ore e/o non diciamo al paziente di auto-misurarsi la pressione a casa, rischiamo di non accorgerci della cosiddetta "ipertensione mascherata" (che riguarda circa il 13% della popolazione, ndr) — spiega Gianfranco Parati, dell'Istituto Auxologico di Milano —. La pressione che si ha fuori dall'ambulatorio del medico non è meno importante. Il paziente dal medico sta bene ma poi, nella sua giornata, ha picchi di pressione mentre è alla guida, sul lavoro, in famiglia, mentre fa attività fisica per colpa dello stress o di notte, perché soffre di apnee notturne». D'altro canto, considerando solo i valori registrati nello studio del medico non si identificano neppure i casi di "ipertensione da camice bianco", in cui la pressione è sempre normale a parte quando si è di fronte al dottore (con la conseguenza che magari si finisce per prendere farmaci di cui non si avrebbe bisogno). «Non si può fare un monitoraggio delle 24 ore a tutti, così le ultime linee guida europee lo raccomandano a chi si sospetta possa avere valori diversi nell'arco della giornata, come diabetici, obesi, pazienti con apnee ostruttive notturne o insufficienza renale, bambini, anziani — osserva l'esperto —. Utile è l'automisurazione, che aiuta a tenere meglio sotto controllo la pressione: è però il medico che deve consigliare lo strumento più adatto e insegnarne l'uso corretto, soprattutto l'applicazione del bracciale, facendo misure assieme al paziente per verificare che i valori registrati da entrambi siano identici». Da ricordare che, per la pressione misurata a casa, si parla di ipertensione per valori un po' più bassi di quelli rilevati dal medico, e cioè quando la media dei valori di pressione automisurati per una settimana è uguale o superiore a 135/85 mmHg».

«Globalizzazione»

È un'«epidemia» pure nei Paesi in via di sviluppo

L'ipertensione è un problema solo per l'Occidente opulento e sedentario? No, oggi è un allarme sanitario globale che preoccupa moltissimo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. «La pressione alta riguarda sempre più spesso ampie fette della popolazione dei Paesi in via di sviluppo, con scarse risorse economiche — dice Gianfranco Parati, docente di medicina interna all'Università di Milano-Bicocca —. In Africa, ad esempio, è una condizione sempre più frequente nelle aree urbane: chi arriva dalle zone rurali impiega circa un anno per ritrovarsi con la pressione sballata, perché nelle città, anziché trovare lavoro, trova cibo spazzatura a poco prezzo, l'unico che può permettersi. Purtroppo in queste realtà la gestione di una patologia cronica è ancora più complicata, perché il concetto di malattia deriva dall'esperienza con quelle infettive: le persone pensano che ci si possa curare per un periodo limitato e che poi si sia guariti, invece l'ipertensione richiede terapie a lungo termine e prevenzione con lo stile di vita, concetti molto difficili da far comprendere in questi Paesi».

L'inchiesta Si aggravano le accuse, il pm procederà d'ufficio

Il conto di Stamina: un milione di euro a carico dello Stato

Diciannove indagati. Oscurato un video

Fine settimana di interrogatori per il procuratore Raffaele Guariniello. Il caso Stamina è in chiusura e si stanno vagliando le posizioni dei diversi indagati, in tutto 19, tra la prima e la seconda parte dell'inchiesta. L'avvio della collaborazione tra Stamina Foundation e gli Spedali Civili di Brescia è lo spartiacque. E c'è una novità: la Procura di Torino procede d'ufficio, applicando il punto 5 dell'articolo 61 del Codice penale per quanto riguarda le aggravanti: «L'aver profittato di circostanze di tempo, di luogo o di persona, anche in riferimento all'età, tali da ostacolare la pubblica o privata difesa».

Il che significa che non occorre più una denuncia, ma che basta la notizia di reato. E che si aggravano le eventuali pene

previste per l'«associazione a delinquere finalizzata alla somministrazione di medicinali guasti e pericolosi per la salute pubblica» e per la «truffa». Che sono le ipotesi di reato, con l'aggiunta della nuova denuncia per

esercizio abusivo della professione medica. Riguarda Davide Vannoni, fondatore di Stamina Foundation. Oltre all'accusa di violazione della privacy (questa non solo per Vannoni).

La denuncia è stata presentata lo scorso 15 gennaio da Grazia di Paola Neri ai carabinieri del Nas di Torino. Lei è la mamma di Nicole, una bambina torinese di 4 anni finita in un video su Youtube postato da Vannoni in «risposta» alle accuse dei genitori di Nicole contro di lui e contro il suo vice Marino Andolina durante la puntata di Presadiretta in onda il 13 gennaio. Il video, bloccato ieri dal Garante per la privacy, mostra Nicole «prima» e «dopo», quando non riusciva a muoversi e quando in apparenza azzarda un passo. Nello stesso video Vannoni espone pareri, se non vere e proprie diagnosi. La Procura lo ha agli atti. Di qui la denuncia per esercizio abusivo della professione medica. Va ricordato che i genitori di Nicole per ricorrere ai «trattamenti» Stamina si sono indebitati per circa 50 mila euro. E che la bambina, dopo le infusioni, è sempre paralizzata.

Guariniello sta interrogando


i nuovi indagati. Sono quelli che hanno fatto «entrare» Vannoni e il suo trattamento negli Spedali Civili. E si sta delineando il quadro dei costi a carico dello Stato, del servizio sanitario: dal vaglio dei documenti acquisiti a Brescia si è già arrivati a sommare oltre un milione di euro per la «palliativa» Stamina. A parte le «donazioni». Come le migliaia di euro versate del signor Umberto, morto pochi giorni fa dopo l'ultimo trattamento a Brescia.

Ecco i nuovi indagati: Marcello Villanova, fisioterapista e autore di un paio di pubblicazioni sulla «sma», e Immacolata Florio, la pediatra che ha parlato della salute di alcuni bambini malati. Quindi Luca Merlino, dirigente della Regione Lombardia, tra i primi pazienti trattati da Stamina. E alcuni dirigenti medici di Brescia: Emanuela Derelli, direttrice sanitaria e moglie di un pm; Arnalda Lanfranchi, responsabile del laboratorio; Carmen Terraroli, responsabile della segreteria scientifica del Comitato etico; Gabriele Tomasoni, responsabile dell'anestesia e rianimazione; Fulvio Porta, oncologo pediatrico. Una figura chiave, già in-

dagata nel primo troncone torinese e prossima a essere interrogata, la biologa di Stamina Erica Molino.

A proposito di Merlino, nella relazione di 39 pagine compilata dai Nas e **dal'Aifa** dopo un'ispezione a Brescia, si legge che veniva tenuto al corrente della corrispondenza tra il direttore degli Spedali Civili (deceduto nel febbraio del 2013) Cornelio Coppini e Carlo Tomino **dell'Aifa** e che avrebbe anche risposto «ringraziando» a una mail del 5 agosto 2011. Lui si è difeso: «Per quel che ne so, potrebbe anche aver risposto la mia segretaria per cortesia». Ma guarda caso è trattato da Stamina presso i Civili prima ancora del via libera alla convenzione. Guariniello ha ormai chiaro il quadro. E soprattutto, quanto tutto ciò sia costato alle casse pubbliche. A proposito, in televisione Vannoni ha dichiarato che il pm non l'ha mai voluto ascoltare. Dalla Procura fanno sapere che lui si è avvalso della facoltà di «non rispondere». Le richieste di rinvio a giudizio sono prossime.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda**L'annuncio**

Il tweet del 13 gennaio (sotto) con il quale Davide Vannoni, fondatore di Stamina, annuncia «il link di una sorpresa». Lo stesso giorno è stato pubblicato online il video con i presunti progressi della piccola Nicole dopo la terapia con il metodo Stamina. Il garante della



Privacy ha ordinato di rimuoverlo ed è stata aperta un'inchiesta per violazione della privacy.

I primi 12 indagati

Lo psicologo Davide Vannoni, il medico Marino Andolina, Marcello La Rosa (direttore di Ires Piemonte), i biologi russi Vyacheslav Klimenko e Olena Shchegelska, la biologa Erica Molino, il neurologo Leonardo Scarzella, il direttore sanitario del Poliambulatorio Lisa Luciano Fungi, l'ortopedico Andrea Losana, il dottor Roberto Ferro, l'ex direttore sanitario del Burlo Mauro Delendi, un architetto del Politecnico di Torino socio di Vannoni in una società sanmarinese

Online

Un fotogramma del video con la «visita» di Davide Vannoni a Nicole (pixellato per tutelare la bimba). I suoi genitori, Grazia Di Paola Neri e Nicola De Matteis, hanno detto di aver speso «47 mila euro» per Stamina. Quando De Matteis si lamentò del costo, il «Dottor Andolina di Stamina» gli disse di fare «prostituire sua moglie»



EVOLUZIONARIA / COS'È LA FELICITÀ

Altruismo, elisir di lunga vita

di Luca Pani

La felicità deriva dal piacere e il piacere non è mai abbastanza, giusto? No sbagliato, anzi sbagliatissimo. Eppure dovremo saperne parecchio da quando le ricerche sociologiche sul significato e il raggiungimento della felicità umana hanno lasciato i microcosmi psicologici per arrivare alla biologia vera e propria sino a quella genetica e molecolare, passando addirittura dalla neuroeconomia. E invece sono arrivati dei risultati inattesi.

Gli scienziati amano definire le cose che studiano e la felicità è uno di quegli argomenti difficili da definire. Certo non basta liquidarla come assenza di infelicità. È quasi offensivo. Essere felici è una combinazione di sensazioni ed emozioni che vengono percepite consciamente come una disposizione permanente di un determinato stato mentale costituito principalmente da un piacere dei sensi (edonico) e da un piacere del vivere e del fare (eudemonico). Ma il piacere non è felicità ed è riduzionistico persino associarli tra loro.

Il piacere è solo un bieco servitore delle utilità Darwiniane: cibo e sesso ad esempio. Per la sopravvivenza del più adatto e della specie segue da sempre principi semplici e tuttavia tirannici: classifica gli stimoli in positivi o negativi, cerca le ricompense, evita i dolori, che siano - in entrambi i casi - fisici o psichici e finalmente li trasforma in emozioni. A quel punto basta ricordare che cosa dà piacere e cosa dolore, correre verso il primo, correre sempre, ma in direzione opposta, via dal secondo. Almeno nelle altre specie funziona così mentre noi, con un ineffabile talento per complicarci la vita, riusciamo talvolta a fare l'esatto contrario: corriamo verso il dolore e ci allontaniamo dal piacere. A volte poi abusiamo del piacere e della ricompensa che ne deriva e, com'è noto, questo è uno dei principi delle dipendenze patologiche e dei disturbi da perdita di controllo degli impulsi, dove la componente motoria della ricerca della gratificazione viene messa a servizio del soddisfa-

cimento dell'anticipazione del piacere. Sono i casi in cui si gioca compulsivamente, mai per vincere, ma "aspettando" di vincere. E si perde.

A quanto pare l'attesa del «principio del piacere (e del dispiacere)» ha parassitato l'ultima arrivata tra le nostre strutture cerebrali: la neocorteccia che si occupa, tra le altre cose, dell'autoconsapevolezza, della pianificazione strategica e proprio della simulazione di quello che verrà; ed è qui che, forse, si nasconde il sacro Graal della felicità umana. Si scopre, infatti che il primo passaggio nella generazione delle emozioni è la rappresentazione implicita del valore di uno stimolo piacevole o meno, a cui segue una risposta fisiologica e che, solo allora, un'esperienza cosciente possa riuscire a trasformarsi in una forza evolutiva.

Sarebbe dunque stata l'evoluzione di queste esperienze emozionali più che la "semplice" selezione naturale ad aver guidato le civiltà umane perché laddove il solo evitamento del dolore e la ricerca del piacere sono egoistiche e non costruiscono niente, l'evoluzione di una specie complessa come la nostra si basa anche sulla perfetta consapevolezza del benessere e del malessere degli altri, si basa - in fondo - sull'empatia. In questo nessun altro animale, neppure i primati, è neppure minimamente in grado di essere come noi. Gli uomini sono eccezionali nella loro capacità di sviluppare emozioni sociali come il senso di colpa e la vergogna che limitano il poter fare le cose generando un equivalente senso di impotenza e che sono tra i primi ostacoli all'ottenimento di una felicità stabile. Ma allora, se il piacere non deve essere troppo e deve stare sotto il controllo della pazienza e della disciplina e soprattutto se il piacere eccessivo è sempre momentaneo che cosa ci rende felici?

Si scopre che gli uomini possono essere motivati anche dall'aiutare gli altri senza nessun tornaconto personale e che il vantaggio evolutivo di un simile comportamento sarebbe molto significativo sul miglioramento della salute sia del gruppo a cui gli altruisti appartengono che dell'individuo in quanto tale.

Esiste infatti una forte concordanza tra il vivere in modo generoso e la sopravvivenza. Non stiamo parlando di volontariato o di generico senso civico, che certamente aiutano, ma di altruismo come stile di vita. Mi rendo conto che accostare un modo di vivere basato spesso su scelte "spirituali" ed esclusivamente etiche possa non essere immediatamente riconducibile all'allungamento della vita di chi lo pratica, almeno quanto una dieta ipocalorica e ricca di attività fisica, eppure i dati raccolti nell'ultimo decennio parlano chiaro.

Due terzi di chi aiuta davvero gli altri senza pensare minimamente a se stesso si sente fisicamente meglio, con più energia, più forte e meno malinconico. Quando l'altruismo diventa strutturale e non è più relegato alla donazione domenicale o all'estemporaneità di un gesto isolato, fare del bene riduce perennemente i pensieri depressivi, aumenta l'autostima e allevia i dolori e la fatica, cioè rende felici.

Due tra le strategie emotive complesse che predispongono maggiormente all'esercizio costante dell'amore altruistico (probabilmente l'unica vera forma dell'amore) sono la completa e sincera accettazione degli altri ed il perdono. Perdonare riduce lo stress, il livello del cortisolo, la pressione arteriosa e migliora l'appetito e il sonno e quindi, ancora una volta, rende felici.

Come sempre c'è un rovescio della medaglia e non ci si può annientare per gli altri. Sarebbe controproducente e certamente contro evolutivo che per servire alla mensa dei poveri ci si dimenticasse di mangiare. Il sottile equilibrio tra un po' di sano egoismo e tanto sano altruismo è la chiave di volta per ottenere dei benefici veri e duraturi sulla propria felicità. Provare per credere e poi chiediamoci se siamo o se siamo mai stati davvero felici. Scrutiamoci sinceramente dentro e proviamo a valutare il nostro livello di altruismo. Non dobbiamo dirlo a nessuno, è un segreto tra noi e noi, ma almeno adesso magari sappiamo perché ci sentiamo in un certo modo e siamo sempre in tempo per rimediare. Fare del bene non è mai abbastanza e conviene.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute

Prevenzione Ragazzini e donne sono categorie per le quali si tende a sottovalutare il problema

Nei bambini in sovrappeso conviene cominciare presto i controlli

Valori normali

Per l'età «pediatrica» la pressione desiderabile varia in base a tabelle che considerano l'età e la crescita

I principali «nemici»

Se nell'infanzia bisogna fare attenzione soprattutto all'alimentazione scorretta, fra gli adulti giovani lo stress è un pericolo da non trascurare

Siamo abituati a pensare all'ipertensione come a un problema da adulti: prima dei 40 anni pochi se ne preoccupano (moltissimi neanche dopo, a dir la verità). Forse dovremmo ricrederci e misurare la pressione anche ai nostri figli fin dalle elementari, visto che la quota di bambini e ragazzi ipertesi è in continua crescita: negli Usa ha segnato un balzo del 27% in 13 anni, stando a una ricerca pubblicata su *Hypertension*. Si tratta di dati d'Oltreoceano, dove certamente lo stile di vita è diverso e magari favorisce lo sviluppo della pressione alta; tuttavia pare non sia il caso di rilassarsi, visto che in Italia 1 bambino su 3 è sovrappeso e i chili di troppo, secondo gli autori della ricerca, sono fra i maggiori responsabili dell'ipertensione nei giovanissimi.

I medici, per arrivare alle loro conclusioni, hanno messo a confronto oltre 3.200 bimbi e ragazzi fra gli 8 e i 17 anni che avevano partecipato al National Health and Nutrition Examination Survey fra il 1988 e il 1994 (NHANES III) con più di 8.300 coetanei esaminati per il NHANES svolto fra il 1999 e il 2008. Sono stati valutati, oltre alla pressione arteriosa, anche parametri come peso, girovita, introito di sale giornaliero. I risultati parlano chiaro: in appena 13 anni il numero di ragazzi con la pressione alta è salito di quasi un terzo. I maschi sono più spesso ipertesi delle femmine, ma è fra le ragazze che il tasso di ipertensione è cresciuto maggiormente; il rischio di pressio-

ne alta è più elevato per tutti gli under 18 con girovita e peso eccessivi e purtroppo, come spiega Bernard Rosner, dell'Harvard Medical School di Boston, che ha coordinato la ricerca: «Nei ragazzini la diffusione del sovrappeso è aumentata durante l'arco di tempo trascorso fra le due rilevazioni: entrambi i sessi, ma soprattutto le femmine, hanno oggi una circonferenza vita più larga rispetto al passato. Accanto ai chili di troppo, anche l'eccesso di sale nella dieta pare responsabile dell'aumento della pressione fra i giovanissimi: chi ne consuma di più ha un rischio di pressione alta del 36% più elevato rispetto ai ragazzini che mangiano sale con maggior moderazione. Purtroppo l'80% degli under 18 introduce ogni giorno oltre 2,3 grammi di sale, in gran parte per colpa dei cibi industriali: ben di più rispetto al grammo e mezzo raccomandato dall'American Heart Association».

Non va meglio in Italia, dove tutte le indagini sul tema indicano che mangiamo troppo sale rispetto a quanto dovremmo. Ridurre il sale nella dieta, invece, potrebbe aiutare ad abbassare la pressione arteriosa anche nei più piccoli, nei quali la diagnosi si fa quando almeno tre letture consecutive sono oltre la soglia stabilita per l'età, il sesso e l'altezza.

«I bambini cicciottelli spesso hanno la pressione alta — conferma Gianfranco Parati, cardiologo dell'Università di Milano Bicocca —. Fin dall'età scolare dovremmo misurare la

pressione a bimbi e ragazzini una volta all'anno: identificare presto chi ha valori alterati significa poter fare una vera prevenzione, educando a uno stile di vita sano per scongiurare danni agli organi che potrebbero manifestarsi poi dopo un certo numero di anni».

Purtroppo avere la pressione alta fin da bambini espone infatti ancora di più (e prima) ai pericoli per cuore e vasi. Lo stesso vale per chi diventa iperteso da giovane adulto, un'altra categoria di pazienti in forte aumento per colpa di stili di vita sbagliati: sedentarietà, sovrappeso, alimentazione sbagliata, abuso di sostanze (dall'alcol alle droghe) oggi sono molto più diffusi rispetto al passato e tutti contribuiscono a far salire la pressione del sangue. «Si tratta di elementi di rischio molto diversi da quelli di un sessantenne, che perciò vanno identificati e conosciuti per poter individuare i soggetti da valutare con maggiore attenzione: la SIIA sta portando avanti uno studio per stabilire quali siano i fattori che più incidono sulla probabilità di ammalarsi da giovani — spiega Massimo Volpe, cardiologo e scorso presidente SIIA



— Sta emergendo, ad esempio, che fra gli adulti giovani lo stress è un pericolo da non sottovalutare: l'urbanizzazione, il lavoro eccessivo, o che non c'è, sono tutti elementi che incidono negativamente sulla pressione e contribuiscono a spiegare perché l'età di comparsa dell'ipertensione si stia abbassando. La diffusione del problema è cambiata anche nel sesso femminile: le giovanissime, ad esempio, sono più a rischio perché in alcune gli anticoncezionali ormonali possono far salire la pressione (aumentando la ritenzione di sodio, ndr). In più, le donne sono molto informate sul tumore al seno e le patologie ginecologiche, ma non pensano che le malattie cardiovascolari le riguardino davvero e non fanno controlli».

«La prevenzione dovrebbe essere identica a quella dell'uomo, ma le donne spesso si trascurano — conferma Parati —. Invece l'ipertensione è anche un rischio al femminile, ad esempio durante la gravidanza con la gestosi, o dopo la menopausa quando viene meno la protezione degli estrogeni su cuore e vasi. Senza contare le fumatrici di tutte le età, oggi più numerose degli uomini, in cui la probabilità di ipertensione è molto elevata». Stando a una ricerca pubblicata nei giorni scorsi, peraltro, nelle donne le conseguenze della pressione alta sembrano pure peggiori: a parità di valori pressori, infatti, nel sesso femminile si riscontrerebbe il 30-40 per cento di danni vascolari in più rispetto agli uomini. «Per l'ictus è senza dubbio così: soprattutto nella post-menopausa le donne hanno un rischio più alto rispetto al sesso maschile — osserva Volpe —. Per le cardiopatie ischemiche e l'infarto non sembra valere lo stesso, tuttavia bisogna sottolineare che le donne, anche quando assommano molti fattori di rischio, si controllano e si proteggono un po' meno, non badando a se stesse in favore della cura del resto della famiglia. Anche questo contribuisce a renderle più fragili di fronte alle conseguenze dell'ipertensione».

Sesso (davvero) più «debole»

Nel sesso femminile si ipotizzano, a parità di valori pressori, danni vascolari maggiori rispetto agli uomini, con certezza un 30-40 per cento in più in relazione al manifestarsi di ictus

Curato dal presidente di 'Ermeneia' Nadio Delai per l'AIOP 11° rapporto 2013 Ospedali & Salute

■ ■ ■ Il Rapporto Ospedali & Salute 2013, giunto all'undicesima edizione, inaugura il suo secondo decennio. Si può ben dire che un po' di strada è stata compiuta sul piano del presidio interpretativo del sistema ospedaliero del nostro Paese: dando conto ogni anno dei temi più importanti emersi, registrando le reazioni dei cittadini e degli utenti, nonché fornendo un'analisi costante del funzionamento della "macchina" e una descrizione degli indicatori fondamentali di sistema. Anche l'11° Rapporto mette sotto osser-



lità rappresenta per il Paese. (N. C.)
vazione le dinamiche di un settore oggettivamente complesso e con una forte "massa": 14 milioni di italiani che ogni dodici mesi varcano le soglie di un ospedale, circa 650 mila addetti e un impegno di spesa pubblica di 62 miliardi di euro, pari al 55% della spesa sanitaria complessiva. E proprio quest'ultima è stata da tempo fatta oggetto di molteplici interventi di controllo e di riduzione, non di rado mettendo da parte la necessaria consapevolezza di ciò che l'ospeda-

