

SALUTE

Gli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità per i fibromi e la prostata

Il principio

Le onde convergono in un unico punto, dove raggiungono la massima «potenza»

La frontiera della radiologia interventistica si chiama HIFU (High intensity focused ultrasound), ovvero ultrasuoni focalizzati ad alta intensità: le onde sono fatte convergere in un unico punto all'interno del corpo dove raggiungono la massima energia, aumentando la temperatura locale e bruciando così il tessuto.

Lungo tutto il percorso però non succede nulla e la pelle resta intatta: nessun taglio, nessuna cicatrice.

«L'impiego è sempre più frequente per esempio sui fibromi uterini benigni — spiega Franco Orsi, direttore dell'Unità di Radiologia Interventistica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano —. Con l'HIFU si può infatti evitare l'isterectomia, controllando i sintomi anche in caso di grosse masse. Sui fibromi viene spesso impiegata l'HIFU guidata dalla risonanza magnetica, utile se il bersaglio è fermo come appunto un fibroma o una metastasi ossea, mentre quando si interviene su organi come il fegato o il pancreas, che si muovono con gli atti respiratori, occorre usare l'HIFU guidata dall'ecografia».

Uno dei primi a impiegare questa tecnica in Italia è stato Carlo Bellorofonte, urologo della Clinica Columbus di Mila-

no, che l'ha largamente utilizzata soprattutto sulla prostata.

«Dai primi anni 2000 a oggi sono stati trattati 40 mila pazienti in tutto il mondo, 3 mila negli oltre 25 Centri italiani che utilizzano l'HIFU. Gli studi che ne dimostrano l'efficacia sulla ghiandola maschile sono moltissimi, i risultati sono duraturi, riproducibili e confrontabili con tecniche più invasive, gli eventi avversi sono meno frequenti e la qualità della vita dei malati è migliore».

«L'HIFU non potrà sostituirsi alla chirurgia o alla radioterapia, fondamentali per tumori ad alto rischio o in stadio avanzato, — specifica lo specialista — ma è un'opportunità preziosa per la personalizzazione del trattamento in pazienti con un tumore non invasivo e localizzato». «L'HIFU, ancora oggi, come altre tecniche interventistiche, spesso viene proposta quando ormai non c'è altro da fare, — riprende Franco Orsi — invece dovremmo imparare a considerarle per i tumori piccoli, riconosciuti grazie alla diagnosi precoce, perché proprio su questi sono risolutive. L'HIFU può essere un'opportunità in alcuni tumori epatici o del seno ed è promettente per il pancreas, per il quale non esistono trattamenti davvero efficaci: i risultati ottenuti finora su tumori non operabili sono buoni. Su tumori più piccoli e iniziali gli esiti potrebbero essere ancora migliori».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Uno studio Usa-Italia sui meccanismi di replicazione di cellule tumorali

Nell'intricato meccanismo di replicazione cellulare, esiste un sistema, chiamato checkpoint di fase S, programmato per far sì che tutto fili liscio. Può accadere però, in presenza di condizioni patologiche, che questo sistema sia difettoso, come nel caso dei tumori, ossia in presenza di uno stato di stress replicativo cronico. L'accumulo di difetti, ovvero di mutazioni in grado di alterare la funzione di alcune delle proteine chiave del checkpoint di fase S, fa sì che i tumori siano caratterizzati da una crescente instabilità genomica. Ed è proprio questa che il team di ricercatori, coordinati dal dottor Pietro Pichierri e dalla dottoressa Anna Paola Franchitto dell'ISS, in collaborazione con i colleghi dell'università dell'Iowa negli Stati Uniti, sono andati a studiare, riuscendo ad individuare le due proteine chiave responsabili della gestione di uno stato di replicazione patologica. «Nel nostro studio - spiega Pichierri - abbiamo scoperto che cellule con alterata funzione del checkpoint di fase S da noi alterate tramite l'inibizione di una delle proteine chiave di questa via molecolare, la chinasi CHK1) danno il via ad un meccanismo, non attivato in cellule normali, che prevede la funzione di due enzimi per supportare la sopravvivenza cellulare in condizione di stress replicativo. Tuttavia, la loro azione, sebbene garantisca la sopravvivenza di cellule deficienti per il checkpoint, determina anche un accumulo di instabilità cromosomica. Infatti, l'inibizione della via previene l'accumulo di instabilità genomica sin dalle prime fasi di sviluppo del tumore, limitando la capacità di sviluppare ulteriori mutazioni». Da qui lo spiraglio per una nuova terapia. «I nostri risultati aprono la via a potenziali approcci terapeutici, che limitino l'insorgenza dell'instabilità genomica oppure sinergizzino con essa per determinare una morte selettiva delle cellule tumorali, facendo cioè di queste vie molecolari un target terapeutico», conclude Pichierri. Poiché gli inibitori cominciano ad essere valutati in terapia antitumorale, il nostro studio suggerisce che la loro contestuale inibizione possa rappresentare una potente target therapy».

gloriasj@unipr.it



SALUTE

Chi mangia bene evita metà dei **tumori**

Gli studi dimostrano da anni, in modo inequivocabile, la potenza di una dieta sana, povera di grassi animali e ricca di vegetali, nella prevenzione del cancro

«Nemici»

L'eccessivo consumo di carne aumenta il rischio di tumori al seno

«Alleati»

Buone dosi di fibre invece dimezzano il pericolo di sviluppare neoplasie al colon

Studi recenti

Ora l'attenzione è puntata al ruolo che può avere il colesterolo «cattivo» LDL

Ci sono voluti 50 anni per arrivare a capire che gli stili di vita, in primo luogo ciò che mettiamo nel piatto, sono all'origine di oltre la metà dei tumori. E che possiamo fare parecchio per limitare le probabilità di ammalarsi: molto dipende dalle nostre abitudini alimentari, da fumo, sovrappeso, obesità e scarsa attività fisica. «L'idea che il cibo possa influenzare la comparsa delle malattie non è certo nuova: è presente in molte medicine tradizionali, come quella cinese o indiana, e in quella medievale occidentale — sottolineano gli esperti dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (Airc), che dal 1965 sostiene i ricercatori italiani nei loro studi anche in questo settore —. Le prime ricerche scientifiche sono state accolte inizialmente con scetticismo, ma già sul finire degli anni 60 sono partiti studi epidemiologici che coinvolgevano ampi numeri di persone. Ci sono voluti anni per avere risultati definitivi, arrivati solo in tempi recenti. Oggi però sappiamo che cosa è meglio mangiare e che cosa è invece da evitare».

In mezzo secolo gli scienziati di tutto il mondo hanno utilizzato essenzialmente due strumenti: da un lato, le ricerche epidemiologiche, che valutano gli stili di vita e le eventuali malattie delle persone, per stabilire se esistono relazioni significative tra alcune abitudini (come dieta e ginnastica) e lo sviluppo di un tumore; dall'altro, le ricerche molecolari, che indagano sui meccanismi d'interazione tra il cibo e i geni, le proteine e le altre componenti delle cellule, per capire se alcune sostanze presenti negli alimenti possano favorire o proteggere dall'insorgenza di neoplasie.

«Abbiamo appurato che esiste un legame tra alimentazione e cancro al colon e al seno — spiega Vittorio Krogh, direttore della struttura di Epidemiologia e Prevenzione all'Istituto Tumori di Milano —. In una dieta equilibrata i grassi saturi non devono superare il 10% delle calorie giornaliere e non c'è alcun dubbio che una dieta ricca di grassi saturi e alimenti di origine animale (come carne, specie rossa, latticini, burro) faccia salire il rischio di tumori mammari, specie di quelli ormono-dipendenti».

Lo ha dimostrato uno studio europeo, a cui ha partecipato anche Krogh (in parte finanziato da Airc e pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute*), che ha coinvolto più di 300 mila donne in 10 Paesi europei, seguite per oltre 11 anni, durante i quali 10 mila partecipanti hanno sviluppato un cancro al seno.

Gli esiti di un altro filone dello stesso progetto europeo, condotto su oltre 1300 pazienti con carcinoma del colon retto e 1300 persone sane, provano poi che una dieta ricca di fibre (ovvero verdura, cereali integrali, legumi, frutta) dimezza il rischio di sviluppare questo tumore. «Il motivo è ancora da chiarire — dice Cristina Bosetti, a capo dell'Epidemiologia dei tumori all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano —. Forse in parte dipende da meccanismi ormonali come per il cancro al seno, ma molto probabilmente i benefici delle fibre sono dovuti al fatto che accelerano il transito intestinale, diminuendo così il contatto fra le "scorie cancerogene" e i tessuti dell'organismo. Inoltre, i cibi ricchi di fibre contengono spesso anche nutrienti antiossidanti, utile scudo anticancro».

Gli studi ci dicono inoltre che bisogna limitare il consu-

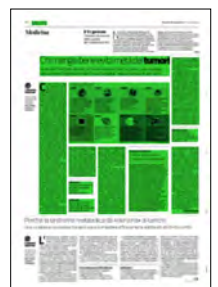
mo di carboidrati ad alto indice glicemico (pane bianco, prodotti da forno, riso bianco, bibite zuccherate, marmellate) che determinano un rapido aumento della glicemia e dell'insulina, stimolando quei fattori di crescita che, attraverso complessi meccanismi, finiscono per favorire l'insorgenza di diversi tumori, tra cui seno e colon. Infine, si deve prestare attenzione al colesterolo: quando è alto, aumenta di oltre il 60 per cento il rischio di ammalarsi di carcinoma colon retto. «In particolare, alti livelli di "colesterolo cattivo" (quello LDL) fanno salire le probabilità di quasi il 90 per cento» precisa Krogh, sulla base di un'altra ricerca, sostenuta da Airc e pubblicata sulla rivista *Cancer Epidemiology*, che ha coinvolto quasi 35 mila persone. «Quindi, — prosegue l'epidemiologo — ancora una volta si dimostra che è importante limitare sulla tavola gli alimenti di origine animale (carni, burro, formaggi, latte e derivati), che fanno salire i livelli di colesterolo, peraltro pericoloso nemico anche per le malattie cardiovascolari».

E se le evidenze finora raccolte riguardano soprattutto le neoplasie di colon e seno, moltissimi studi sono in corso per appurare le «relazioni pericolose» sospettate da tempo fra dieta e tumori del polmone, dell'utero, dell'ovaio e di altre parti dell'apparato digerente.

«Senza dimenticare che è stato ampiamente provato come anche il consumo eccessivo di alcolici e superalcolici faccia aumentare i rischi di tumori di bocca, esofago, stomaco, colon, fegato e seno» conclude Cristina Bosetti.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tappe significative

<p>1960</p>  <p>La ricerca sui legami tra alimentazione e tumori comincia a dare importanti risultati. Studi di tossicità identificano cancerogeni chimici, utilizzati nei cibi industriali, in seguito vietati</p>	<p>1967</p>  <p>Uno studio su individui giapponesi trapiantati negli Usa dimostra che la modifica dell'alimentazione e di altre abitudini di vita può incidere sullo sviluppo di tumori</p>	<p>1969</p>  <p>Si avanza l'ipotesi che la scarsità di fibre nella dieta occidentale possa contribuire allo sviluppo del cancro al colon</p>	<p>1975</p>  <p>Importanti studi segnalano la relazione tra cibi conservati sotto sale, bassi livelli di vitamina C e cancro allo stomaco. Altre ricerche collegano consumo di alcol e fumo di tabacco al tumore alla gola</p>
<p>1996</p>  <p>Viene dimostrato che le diete ricche di verdura e frutta riducono il rischio di molti tumori</p>	<p>2004</p>  <p>Lo studio epidemiologico EPIC sulle abitudini degli europei conferma l'efficacia preventiva della dieta mediterranea nei confronti di molti tumori</p>	<p>2012-13</p>  <p>Dati dello studio EPIC segnalano che l'assunzione di flavonoidi, antiossidanti contenuti nei vegetali, riduce il rischio di tumori gastrici, rischio aumentato invece dal consumo di carni lavorate</p>	<p>2014</p>  <p>Si dimostra che l'obesità è fattore di rischio per molti tumori: in particolare un alto valore di circonferenza addominale è più pericoloso della adiposità diffusa</p>

Corriere della Sera

Sistema immunitario

I menu ipercalorici ci rendono vulnerabili

Nei Paesi occidentali introduciamo in media il 30% di calorie in più rispetto al fabbisogno giornaliero. Le ricerche hanno dimostrato che una riduzione delle calorie diminuisce il rischio di cancro e rallenta l'invecchiamento. Al contrario, diete ad alto contenuto calorico causano obesità e diabete, che aumentano il rischio di tumore.

«Il grasso è un deposito d'energia, ma quando è troppo favorisce la formazione di sostanze infiammatorie e ormoni come gli estrogeni, coinvolti (se in eccesso) in vari tipi di tumori — spiega Anna Villarini, biologa e nutrizionista dell'Istituto Tumori di Milano —. Il nostro sistema immunitario è in grado di riconoscere le cellule cancerose e di eliminarle prima che generino una massa tumorale, ma oggi sappiamo che sia la malnutrizione sia la troppa alimentazione inducono una perdita di efficienza delle nostre difese. Una dieta che le preservi deve comprendere cereali integrali, legumi e almeno cinque porzioni giornaliere di frutta e verdura di colori vari. Infine, anche gli omega 3 del pesce potenziano le difese, così come una regolare attività sportiva».

NEFROLOGIA Senza diagnosi precoce si rischia la cronicizzazione

La sentinella per salvare i reni

Il livello di creatinina nel sangue rivela la nostra funzionalità depuratrice

Luigi Cucchi

■ «Molti sanno cosa è il colesterolo ed i danni che può provocare al nostro sistema cardiovascolare, pochi sono a conoscenza del significato clinico della creatinina e di ciò che rappresenta per il nostro sistema renale», afferma il professor Piergiorgio Messa, direttore da undici anni dell'unità di nefrologia del Policlinico Ca Granda di Milano, dove lavora un team di venti nefrologi.

Il reparto, ubicato presso il padiglione Croff ed il padiglione Litta, si occupa della diagnosi e terapia di nefropatie potenzialmente evolutive, avvalendosi delle tecniche più moderne di dialisi intra ed extra-corporea (dialisi peritoneale, emodialisi). Effettua inoltre il follow-up clinico e metabolico dei pazienti sottoposti a trapianto renale presso il centro trapianti del Policlinico e svolge attività ambulatoriale.

Nato nel 1951, il professor Messa, ha studiato all'università di Padova per poi specializzarsi in istituti nefrologici o Centri trapianti a Udine, Genova, La Spezia, oltre che all'estero. Autore di 270 pubblicazioni scientifiche, è stato relatore in 400 congressi. «Le malattie che possono portare all'insufficienza renale - afferma - sono numerose ed estremamente differenti l'una dall'al-

tra. Alcune di queste riconoscono cause legate a risposte alterate del nostro apparato immunitario, altre difetti trasmessi geneticamente, malformazioni congenite urinarie, malattie tumorali o effetti tossici di farmaci o sostanze contenute nell'ambiente. Ma il ruolo causale di maggior peso è giocato dalle malattie metaboliche (prima di tutte il diabete) e dalle patologie cardio-vascolari (con l'ipertensione arteriosa in prima linea). Ed è all'incremento di queste ultime patologie, oltre che al prolungarsi della vita media, che va ascritto l'aumento dell'incidenza della malattia renale cronica che si manifesta spesso, dopo un percorso più o meno lungo, nell'insufficienza renale cronica, a cui si è assistito negli ultimi due decenni. Nel mondo occidentale si stima che dal 6 sino al 12% della popolazione possa avere un certo livello di malattia cronica, potenzialmente evolutiva verso l'insufficienza renale».

I progressi nel campo delle terapie sostitutive (dialisi e trapianto) sono state fondamentali, i problemi che rimangono ancora sostanzialmente irrisolti sono quelli della prevenzione e cura di tali malattie o del rallentamento o arresto della loro progressione verso l'insufficienza renale avanzata.

«Un ostacolo a risolvere o ridimensionare questi problemi - aggiunge il professor Messa - è rappresentato dalla frequente mancanza di sintomi specifici e riconoscibili nelle prime fasi di molte malattie renali, quando l'intervento terapeutico può essere più efficace. Nei prossimi decenni avremo ulteriori grandi progressi nell'ambito delle terapie sostitutive. Ma la vera chimera della nefrologia (come di tutta la medicina) è rappresentata dalla prevenzione, dalla possibilità di curare al loro esordio tutte le malattie. Al di là dei sogni (biologicamente irrealizzabili) è possibile sperare in nuove tipologie di intervento. Ciò potrà avvenire se sapremo riconoscere la malattia renale precocemente». Solo nel 2004, grazie alla cooperazione promossa dalla American Kidney Foundation, si è giunti ad una classificazione su scala mondiale della malattia renale con esami sul filtrato glomerulare calcolato in base alla creatinina plasmatica, all'esame delle urine e all'ecografia. Oggi la malattia renale cronica (MRC) è considerata dal Center for Disease Control and Prevention un problema di salute pubblica di prima grandezza, una priorità. Bisogna imparare a conoscere il valore della creatinina e dell'esame delle urine, sentinelle della funzione renale.



MESSA

La forma cronica progressiva può portare alla insufficienza renale che si manifesta nel 6-12% della popolazione mondiale



Malattie metaboliche ereditarie e screening neonatale allargato

DI GIOIA TAGLIENTE

Toscana, Umbria, Sardegna, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia, Campania e da quest'anno, Marche. Sono queste le regioni in cui hanno sede i nove/dieci centri più o meno attrezzati per lo Screening Neonatale Allargato, l'attività di sanità pubblica finalizzata all'individuazione precoce di malattie per le quali un intervento tempestivo può portare all'eliminazione o alla riduzione della mortalità, morbilità e disabilità. Gli esami vengono effettuati su gocce di sangue raccolte tramite una piccola puntura del tallone alla seconda - terza giornata di vita. Da una decina d'anni a questa parte, è disponibile uno screening allargato, per permettere di identificare alla nascita l'eventuale presenza di un buon numero di queste malattie (in genere 20-40, a seconda dei pannelli utilizzati per la ricerca), in aggiunta alle 3 - fenilchetonuria, fibrosi cistica ed ipotiroidismo congenito - che da tempo vengono cercate in ogni neonato italiano. Un aggiornamento di alto profilo scientifico, su questi temi e le problematiche in corso, sarà costituito dalle tre Lectures italiane del genetista in ambito pediatrico Nicola Longo dell'Università dello Utah - all'Ospedale Bambino Gesù il 26 gennaio a Roma, all'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze il 27 e infine all'Azienda Ospedaliera - Università di Padova il 29 gennaio. Ideate e organizzate da Fondazione Sigma-Tau in collaborazione con le rispettive istituzioni, le Lectures vogliono essere un momento di confronto scientifico con riflessi utili anche per la comunità.



In Italia una persona
 su 16 ha il diabete
 e sa di averlo

Ogni 2 minuti una persona
 riceve la diagnosi
 di diabete e ogni 20 minuti
 una persona muore
 a causa del diabete



Enzo Bonora

Il diabete in Italia noto e ignoto (2012)

Diabete noto	- 3.750.000
Diabete ignoto	- 1.250.000
Totale	- 5.000.000



Malattie metaboliche ereditarie e screening neonatale allargato

DI GIOIA TAGLIENTE

Toscana, Umbria, Sardegna, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia, Campania e da quest'anno, Marche. Sono queste le regioni in cui hanno sede i nove/dieci centri più o meno attrezzati per lo Screening Neonatale Allargato, l'attività di sanità pubblica finalizzata all'individuazione precoce di malattie per le quali un intervento tempestivo può portare all'eliminazione o alla riduzione della mortalità, morbilità e disabilità. Gli esami vengono ef-

fettuati su gocce di sangue raccolte tramite una piccola puntura del tallone alla seconda - terza giornata di vita. Da una decina d'anni a questa parte, è disponibile uno screening allargato, per permettere di identificare alla nascita l'eventuale presenza di un buon numero di queste malattie (in genere 20-40, a seconda dei pannelli utilizzati per la ricerca), in aggiunta alle 3 - fenilchetonuria, fibrosi cistica ed ipotiroidismo congenito - che da tempo vengono cercate in ogni neonato italiano. Un aggiornamento di alto profilo scientifico, su que-

sti temi e le problematiche in corso, sarà costituito dalle tre Lectures italiane del genetista in ambito pediatrico Nicola Longo dell'Università dello Utah - all'Ospedale Bambino Gesù il 26 gennaio a Roma, all'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze il 27 e infine all'Azienda Ospedaliera - Università di Padova il 29 gennaio. Ideate e organizzate da Fondazione Sigma-Tau in collaborazione con le rispettive istituzioni, le Lectures vogliono essere un momento di confronto scientifico con riflessi utili anche per la comunità.

Se i traumi infantili diventano una patologia

Anche abusi e abbandoni entrano nel manuale che raccoglie le forme del malessere psichico

La ricerca

di **Silvia Vegetti Finzi**

Ogni nuova edizione del *Dsm* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ora siamo alla quinta, pubblicata da Cortina, rappresenta una finestra aperta sul malessere psicologico di un'epoca. Per quanto l'inevitabile generalizzazione lo renda discutibile, questo manuale viene usato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nella ricerca scientifica, per cui ogni integrazione merita di essere considerata uno stimolo alla conoscenza e alla cura. Un compito che si è riproposto il convegno «Il Dsm scopre le esperienze traumatiche», che è stato organizzato due giorni fa dal Centro Tiama (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata) all'Auditorium don Giacomo Alberione di Milano.

La diagnosi e la terapia dei traumi psicologici ha una lunga storia, per lo più correlata ai disturbi presentati dai reduci di guerra. Ma già in Freud la persistenza del trauma e la coazione a ripetere inconsciamente emozioni negative che si vorrebbero dimenticare, assume il valore di un funzionamento mentale generale, esteso a esperienze molto lontane dai campi di battaglia.

In ambito psicologico, consideriamo trauma un evento improvviso, di segno negativo, cui il soggetto reagisce con un blocco del pensiero. La diagnosi e il trattamento di questo tipo di traumi è fondamentale negli interventi di emergenza richiesti da catastrofi collettive: terremoti, alluvioni, attentati. Ma una nuova sensibilità sta prendendo in considerazione anche traumi individuali come

maltrattamenti infantili (anche precocissimi), abusi sessuali, stati di abbandono, bullismo scolastico, mobbing sul luogo di lavoro.

Perché un evento sia considerato mentalmente traumatico occorre che la vittima lo abbia vissuto con passività, che si sia sentita impotente, incapace di reagire e persino di pensare, che abbia preferito dimenticare l'accaduto piuttosto che accoglierlo nella mente affrontando il dolore che la rielaborazione comporta. In questi casi, anche anni dopo, la tensione tende a scaricarsi attraverso sintomi psicosomatici (insonnia, anoressia, irrequietezza, incapacità di attenzione e concentrazione) o comportamenti asociali (aggressività verso se stessi o gli altri, isolamento, blocco decisionale). Il soggetto traumatizzato è vittima di ricordi immagazzinati nella memoria come frammenti di percezioni e di emozioni insensate e incomprensibili, schegge impazzite che ledono il senso di sé nell'ambito della sicurezza, dell'autostima e della responsabilità. Spesso la vittima, specie i bambini, preferisce assumersi la colpa della violenza subita pur di salvaguardare le persone dalle quali dipende la sua sopravvivenza. Per poter procedere a una terapia occorre quindi che la persona traumatizzata sia disposta ad affrontare un percorso inizialmente destabilizzante e, a tratti, doloroso. Si tratta infatti di rivivere l'evento rimosso in una situazione protetta, ove sia possibile tradurre il caos emotivo in pensieri e parole condivisi e organizzarlo in una narrazione dotata di significato e di senso.

Le metodologie sono molte, spesso integrate, ma lo scopo è lo stesso: ridare alla persona traumatizzata fiducia in se stessa, capacità di gestire la sua vita e di affrontare eventuali traumi futuri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il manuale

● Il «Dsm» è il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali

● È il testo che classifica i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica che nell'ambito della ricerca



SALUTE

Il gozzo oggi si può «bruciare»

Il tessuto in eccesso della tiroide viene rimosso grazie all'energia emessa da fibre introdotte attraverso un sottile catetere sotto guida ecografica

L'effetto

In media il volume dei noduli diminuisce del 60-70%, con punte che vanno oltre l'80%

I numeri

In Italia la tecnica è eseguita in una decina di Centri. I pazienti già trattati sono circa 300

Sono circa sei milioni gli italiani con uno o più noduli alla tiroide, dovuti in genere a una carenza di iodio. Questa situazione va sotto il nome comune di "gozzo" e per impedire che ingrossi si possono prendere farmaci, capaci però di tenere solo sotto controllo il problema, ma non di eliminare il tessuto in eccesso.

Oggi una soluzione arriva dalla radiologia interventistica, che può combattere "da dentro" i noduli responsabili del gozzo, attraverso sonde che emettono calore da radiofrequenza o da laser tanto da "cuocere" i noduli da togliere.

Gli interventi sono rapidi, efficaci e miniminvasivi, come spiega Luigi Solbiati, dell'Italian-European Society of Interventional Radiology (Iesir) e direttore della Radiologia Interventistica Oncologica dell'Ospedale di Busto Arsizio: «Una volta accertato che si tratta di noduli benigni, il trattamento è ambulatoriale in anestesia locale: dopo 2-3 ore il paziente può tornare a casa senza disturbi, la complicanza più comune è un'ematoma sul collo nel punto dove viene inserito il catetere. In questo tubicino si fanno passare gli elettrodi o le fibre laser che portano l'energia termica necessaria a distruggere piccole aree di tessu-

to: la tiroide è un organo delicato, per cui è importante essere rapidi nell'erogare il calore nei diversi punti. Nel giro di alcune settimane, massimo sei mesi, il gozzo viene sostituito da tessuto fibroso: in media il volume dei noduli diminuisce del 60-70%, con punte che vanno oltre l'80%». La tecnica non lascia cicatrici ed è poco costosa, visto che non sono necessari ricoveri o farmaci e la spesa per i materiali è meno di mille euro; in Italia sono una decina i Centri che la utilizzano e circa 300 i pazienti trattati finora.

«La radiologia interventistica si sta occupando sempre più anche di un'altra patologia tiroidea, il tumore papillare: a bassa malignità, colpisce di solito persone giovani e provoca frequenti recidive nei linfonodi del collo, quindi va operato più volte — aggiunge Solbiati —. Con l'interventistica si possono evitare i traumi ai tessuti e le cicatrici da operazioni multiple: attraverso un catetere si inseriscono nei linfonodi fibre laser che possono erogare energia in modo molto preciso, distruggendo il tumore e lasciando intatti i tessuti attorno. Sono già una cinquantina i casi trattati in Italia».

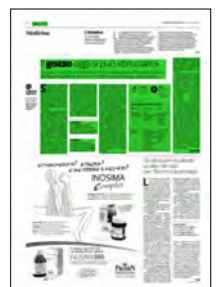
L'addio al bisturi sta diventando possibile per un numero sempre maggiore di patologie soprattutto grazie ai progressi

delle tecniche di imaging, indispensabili per visualizzare i noduli, benigni o maligni, da eliminare.

«Oggi sono sempre più diffusi gli strumenti e i metodi che consentono la fusione delle immagini ottenibili con le diverse tecnologie — osserva Solbiati —. La PET ad esempio "vede" benissimo il bersaglio, ma non riesce a localizzarlo con l'accuratezza di una TAC, che tuttavia non è maneggevole o dinamica come un ecografo. La soluzione passa da macchine ibride come le TAC-PET, molto costose e non alla portata della maggioranza dei Centri, oppure dai nuovi software da ecografia che consentono di accoppiare i dati dei vari esami. In sostanza, TAC e PET eseguite separatamente vengono lette dal programma, che le sincronizza con le immagini prodotte dalla sonda ecografica: muovendo quest'ultima, quindi, si sposterà in contemporanea anche la TAC, consentendo un'intervento molto preciso senza neppure sottoporre il paziente a raggi. Oltre a essere un metodo sicuro, è anche economico perché si tratta di aggiungere un semplice software all'attrezzatura per le ecografie: sono già una trentina i Centri italiani che lo utilizzano».

Elena Mell

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Come si elimina radiologicamente

METODO	Energia usata	Effetti
Ablazione con radiofrequenza	Onde elettromagnetiche a 450-500 kiloHertz	Vengono uccise le cellule fino a circa 1,5 centimetri di distanza dalla sonda
Ablazione con laser	Radiazioni elettromagnetiche luminose ad altissima energia, focalizzate, coerenti e monocromatiche erogate da un fascio di fibre ottiche	L'effetto arriva fino a 1,5-2 centimetri di distanza dalla fibra ottica

cdS

SALUTE

Perché la sindrome metabolica dà «benzina» al cancro

Una condizione complessa che però si può combattere efficacemente adottando stili di vita corretti

Circonferenza dell'addome

Il primo indicatore negativo è il girovita superiore a 88 centimetri nelle donne e a 96 centimetri negli uomini

Indicatori

Tra gli altri elementi da prendere in considerazione per la diagnosi ci sono l'ipertensione e i valori elevati di trigliceridi e glicemia

L'Organizzazione mondiale della Sanità ha lanciato l'allarme: i chili di troppo causano milioni di morti e sono universalmente riconosciuti come fattori di rischio per malattie cardiovascolari, ictus, diabete e tumori.

Sotto accusa, insieme a obesità e sovrappeso, è la sindrome metabolica: condizione caratterizzata da aumento della circonferenza dell'addome (superiore a 88 cm nelle donne e a 96 negli uomini) e almeno due fattori fra ipertensione arteriosa, ipertrigliceridemia (oltre 150 milligrammi di trigliceridi per decilitro di sangue), ridotti livelli di colesterolo "buono" HDL (meno di 50 nelle donne e di 45 nei maschi) e aumento della glicemia a digiuno (maggiore di 100).

«Se si hanno anche solo tre di queste cinque caratteristiche si soffre di sindrome metabolica, e sale il rischio di cancro, perché si crea un "microambiente" favorevole allo sviluppo e alla proliferazione delle cellule cancerose — spiega Andrea De Censi, responsabile dell'Oncologia medica all'ospedale Galliera di Genova —. In pratica, offriamo al cancro la possibilità di crescere più velocemente, perché gli forniamo la "benzina" di cui ha bisogno: glucosio per produrre energia e insulina per proliferare».

La sindrome metabolica interviene in tutte le fasi del tumore: ne favorisce la formazione e la progressione, ma è ormai certo anche che fa crescere, fra i malati oncologi-

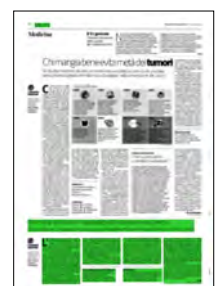
ci, le probabilità di ricaduta e la mortalità.

«Cambiare stile di vita e dimagrire dopo il cancro può non essere semplice, specie in chi non è giovane — continua De Censi —. Abbiamo però scoperto che due "vecchi" farmaci sono utili nel bloccare il circolo vizioso causato da glucosio e insulina: la «aspirina» a dose cardiologica (100 mg al giorno, basso dosaggio) e la metformina, comune medicinale antidiabete. Partirà quindi a breve uno studio europeo (sostenu- to da Airc) per verificare se, dopo l'asportazione di un tumore del colon, sia meglio somministrare uno dei due farmaci o darli entrambi per rallentare la progressione della neoplasia». Ad oggi, comunque, numerosi studi hanno già concluso che l'uso regolare dell'aspirina a dose cardiologica diminuisce le probabilità di ammalarsi di varie forme di tumore (al colon soprattutto, ma anche a seno, stomaco, prostata, polmone) e nei pazienti che già colpiti dalla neoplasia abbassa il tasso di mortalità, riducendo anche il rischio di metastasi.

Infine, sempre maggiori sono le conferme sull'efficacia della metformina nel riparare i difetti metabolici che possono causare il cancro, e crescono gli indizi a favore del fatto che l'assunzione regolare della cura antidiabete riduca le probabilità di ammalarsi di carcinoma mammario.

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Per l'**ansia** farmaci o psicoterapia?

I cosiddetti recettori Y1 e Y5, presenti in una piccola porzione del cervello, sarebbero decisivi per far funzionare al meglio i meccanismi nervosi che controllano l'ansia. La loro individuazione potrebbe rivoluzionare l'approccio farmacologico a questo problema

Aiuti più efficaci per chi è sempre in **allarme**

La scoperta di recettori cerebrali specifici implicati in questo comunissimo disturbo apre nuove prospettive per la ricerca di medicinali in grado di controllarlo in modo più efficace. Tuttavia per la forma «generalizzata» i trattamenti psicologici sembrano, al momento, ottenere i risultati migliori

Cambio di strategia

Va promosso il «recupero» dopo lo stress, piuttosto che soppressa la normale reazione d'adattamento a situazioni minacciose



Forma cronica
Le persone con temperamento ansioso sono esposte a una maggiore probabilità di sviluppare anche forme depressive

C'

è un potente ansiolitico naturale all'interno del cervello. Si chiama *neuropeptide Y* e svolge la sua preziosa funzione principalmente in una piccola area cerebrale fortemente coinvolta nella

regolazione dell'ansia: l'amigdala. Una ricerca pubblicata sulla rivista *Biological Psychiatry* indica ora che chi ha la fortuna di poter contare su una generosa dotazione di alcuni recettori del neuropeptide Y, i recettori Y1 e Y5, risulta molto meno esposto all'ansia rispetto ad altri individui. Questo è vero in particolare per il cosiddetto temperamento ansioso, quella forma di ansia cronica che affligge molte persone in maniera continuativa e che espone a un aumentato rischio di sviluppare anche reazioni di tipo depressivo, specie nei casi in cui si sia manifestato già in età precoce.

Meno evidente è invece la relazione tra questi recettori e le manifestazioni ansiose legate a condizioni specifiche di vita, come attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, ansia sociale e fobie.

L'individuazione dei recettori Y1 e Y5 come re-

sponsabili del “governo” dell’ansia cronica è dovuta a studiosi americani guidati da Patrick Roseboom, dell’University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, che hanno effettuato una ricerca neurobiologica sulle scimmie. Precedenti studi avevano dimostrato una significativa similitudine tra i sistemi di controllo dell’ansia nelle scimmie Rhesus e nell’uomo; in particolare, è stata studiata l’espressione dell’RNA messaggero che codifica lo sviluppo di questi due recettori.

«Sono risultati molto importanti, perché focalizzano l’attenzione su come dovrebbe essere il trattamento dell’ansia — dice il dottor John Krystal, editor della rivista *Biological Psychiatry* —. Deve mirare a promuovere il recupero psicologico dopo essere stati esposti a una condizione di stress, piuttosto che tentare di sopprimere la normale reazione di adattamento a situazioni potenzialmente minacciose».

In effetti, l’ansia è una condizione cognitiva e comportamentale utile per l’organismo, perché lo predispone ad affrontare situazioni potenzialmente pericolose. I problemi nascono quando non si riesce a “spegnere” la reazione ansiosa nel momento in cui non è più utile. «Uno stato di paura persistente può essere distruttivo — dice Krystal —. E i risultati di questa ricerca ci spingono verso nuovi trattamenti che promuovano il recupero, piuttosto che spegnere l’intensità emotiva della vita». Un riferimento, questo, all’azione degli attuali farmaci ansiolitici, che tendono a offuscare la percezione dell’ansia, ma anche a rendere più distaccati dalle esperienze emotive, comprese quelle gradevoli. Se si riuscissero a creare nuovi farmaci capaci di mimare l’azione del neuropeptide Y sui recettori Y₁ e Y₅, si potrebbe controllare l’ansia cronica in maniera molto più naturale.

Negli ultimi decenni sono state scoperte diverse azioni dei neuropeptidi cerebrali, in particolare quella di modulazione della neurotra-

smissione, il meccanismo attraverso il quale le cellule cerebrali comunicano tra di esse in punti di giunzione chiamati sinapsi. «Il neuropeptide Y è uno dei più diffusi nel sistema nervoso centrale e la sua larga distribuzione ne indica un ruolo in vari processi, come la regolazione dell’alimentazione, l’omeostasi energetica, i ritmi quotidiani — dicono Viktoria Kormos e Balazs Gaszner, farmacologo e anatomista dell’Università di Pécs, in Ungheria, in un articolo apparso sulla rivista *Neuropeptides* —. Ma è soprattutto lo stress ad avere una profonda influenza sul sistema del neuropeptide Y».

Ci si interroga, poi, su possibili cause genetiche dell’ansia cronica, come di altri disturbi psichici. «Sulla predisposizione ad ansia e depressione può influire l’assetto genetico di una molecola fondamentale per la regolazione del neurotrasmettitore serotonina, il “trasportatore della serotonina” — dice Francesco Bottaccioli, docente del Master di II livello in Psiconeuroendocrinologia dell’Università dell’Aquila e autore del libro *Epigenetica e Psiconeuroendocrinologia* (Edra, 2014) —. Nel 2003 si scoprì che ci sono due varianti del gene che comanda la produzione del trasportatore: una “corta” e una “lunga”. Si pensava che i possessori della variante corta fossero più predisposti all’ansia e alla depressione; studi successivi hanno dimostrato che sono più vulnerabili in un ambiente molto stressante, ma che in un ambiente più o meno normale sono addirittura avvantaggiati rispetto ai “lunghi”. Questo meccanismo è di tipo ‘epigenetico’: vuol dire che c’è una sorta di segnatura sul gene che ne regola al meglio l’espressione. La stessa cosa è stata dimostrata in neonati allevati in ambienti sfavorevoli: nel loro asse dello stress compare una segnatura epigenetica che li renderà più stressati e ansiosi. Ma la segnatura è reversibile: le cure materne o una psicoterapia possono cambiare la segnatura».

Danilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cause

Di che cosa è preoccupato chi soffre di ansia cronica? Mentre di norma i più si preoccupano soprattutto della salute, degli eventuali problemi inerenti il lavoro, dei

soldi, della sicurezza, le persone ansiose riescono a essere davvero preoccupate per questioni che di norma sono considerate di minore importanza e che molti altri addirittura trascurano del tutto.

Esordio
Un’insicurezza diffusa già nell’infanzia

Ansie e insicurezze si affacciano già alla mente dei bambini. Diverse ricerche hanno dimostrato che circa il 70% dei piccoli mostra specifiche preoccupazioni. Un vero disturbo d’ansia generalizzata è riscontrabile in circa il 5% dei bambini, e infatti molti adulti ansiosi riferiscono che il loro disturbo è iniziato già nell’infanzia. Sono i dati di una revisione sull’ansia in età pediatrica, realizzata da Sarah Kertz dell’Harvard Medical School di Belmont e Janet

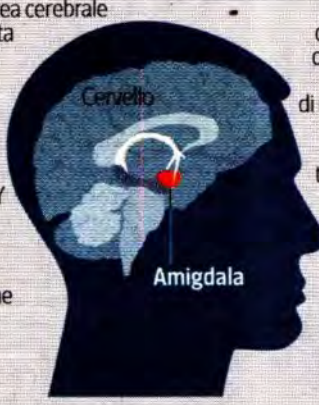
Woodruff-Bordea del Psychological and Brain Sciences Institute di Louisville (Usa), pubblicata sulla rivista *Clinical Child and Family Psychology Review*. A generare queste precoci ansie sono pensieri che cambiano durante lo sviluppo. Fra i tre e i sei anni spaventa soprattutto l’idea di creature immaginarie; tra 7 e 14 anni ci si preoccupa delle prestazioni scolastiche e delle capacità di relazione interpersonale.

D. d. D.

I meccanismi neurologici



- ♥ L'amigdala è l'area cerebrale fortemente coinvolta nella regolazione dell'ansia
- ♥ Qui si trovano i recettori Y1 e Y5 del neuropeptide Y
- ♥ Il neuropeptide Y è implicato in molti processi, come:
 - la regolazione dell'alimentazione
 - l'omeostasi energetica
 - i ritmi quotidiani

- ♥ Il legame del neuropeptide Y con questi recettori inibisce il rilascio di neurotrasmettitori implicati nella comunicazione tra cellule cerebrali
- ♥ Chi ha più recettori Y1 e Y5 risulta meno esposto all'ansia





La diffusione del disturbo

- ♥ La quota di popolazione che nel corso della vita sperimenta una condizione di ansia persistente





In Europa **5%**
In Usa **5-10%**

- ♥ La frequenza dell'ansia nelle donne rispetto agli uomini

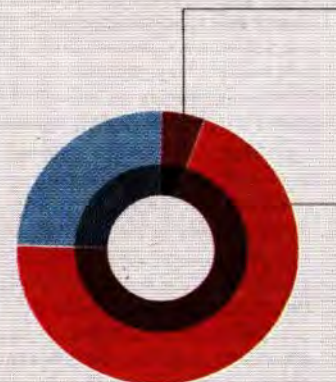

2 a 1


- ♥ La quota di persone con ansia cronica che hanno anche altri disturbi d'ansia



- fobia sociale **30%**
 - una specifica fobia **30%**
 - attacchi di panico **20%**

Nei bambini



- 5%** I bambini che manifestano un vero e proprio disturbo d'ansia
- 70%** I bambini che mostrano specifiche preoccupazioni senza che diventino vere e proprie ansie

Fonti: Uptodate 2014; Baldwin D.: Generalised Anxiety Disorder; Kertz S. Woodruff-Borden J. The developmental psychology of worry. Clinical Child and Family Psychology Review 2011- 14:174-197

SALUTE

Che cosa si intende per **stenosi aortica**?

Una valvola si restringe e il cuore fa più fatica a spingere il sangue nella circolazione

Lo specialista

La stenosi aortica è il restringimento della *valvola aortica*, che mette in comunicazione il ventricolo sinistro del cuore con l'aorta; l'arteria che distribuisce il sangue ossigenato a tutto il corpo.

In passato questa condizione era quasi una rarità; oggi, invece, complice l'invecchiamento della popolazione, i casi sono in crescita: si stima che ne sia affetto circa il 4-5 per cento di chi ha più di 75 anni.

Quali sono le cause?

«Esistono tre tipi principali di stenosi aortica, con cause differenti — spiega Cesare Fiorentini, direttore della Cardiologia del Centro Cardiologico Monzino, IRCCS, Milano —. La cosiddetta *aorta bicuspidata congenita* è dovuta alla presenza di alterazioni della valvola cardiaca. Quest'ultima è malformata dalla nascita e presenta due lembi (cuspidi) anziché tre, come sarebbe normale. Di solito la prognosi è favorevole, ma a volte, in età adulta, occorre intervenire chirurgicamente. Un altro tipo è quello di origine *reumatica*, dovuto a una precedente infezione batterica sostenuta da Streptococco beta-emolitico, non adeguatamente curata con gli antibiotici. In passato questo tipo di stenosi era il più frequente, mentre oggi i rari casi che si vedono si riscontrano in soggetti extracomunitari. La forma più diffusa è invece la cosiddetta *degenerazione calcifica*, legata all'invecchiamento, che di solito, si manifesta dopo i 60-65 anni. È causata da deposizione di calcio sulle cuspidi e sulla superficie valvolare e può condurre a forme veramente gravi: se non si interviene, l'80

per cento dei pazienti muore nell'arco di 3-4 anni dalla comparsa dei sintomi».

Quali sono i sintomi della stenosi aortica?

«Caratteristico è un *soffio* cardiaco, facilmente rilevabile ascoltando il cuore con lo stetoscopio. In alcuni casi, ponendo una mano sul cuore è possibile percepire anche un *fremito*, un rumore simile alle fusa di un gatto. A causa del restringimento, si crea inoltre una differenza di pressione (*gradiente pressorio*) attraverso la valvola: la pressione a monte, all'interno del ventricolo sinistro, è maggiore di quella all'imboccatura dell'aorta. Questo gradiente può essere misurato bene con un esame non invasivo, l'*ecocardiocolordoppler*. La stenosi è significativa quando la differenza di pressione è intorno ai 50-60 mm/Hg (millimetri di mercurio): maggiore è la differenza più grave è l'ostruzione. L'*ecocardiocolordoppler*, che sfrutta gli ultrasuoni, permette di evidenziare anche eventuali calcificazioni a livello della valvola e dilatazioni dell'aorta ascendente. Inoltre rileva se c'è ipertrofia del ventricolo sinistro, fenomeno che comporta ispessimento delle pareti del ventricolo mentre la sua cavità rimane invariata o tende a restringersi. Questa alterazione è dovuta al fatto che il cuore deve fare uno sforzo maggiore per pompare il sangue nell'aorta».

Esistono sintomi «spia»?

«La presenza o meno di sintomi non è strettamente correlata con la gravità della stenosi. Ci possono essere casi di grave entità senza disturbi, e casi opposti, in cui la stenosi non è importante, ma i sintomi sono molto evidenti. Tipica di questa malattia valvolare è comunque una triade di sintomi: difficoltà respiratorie, soprattutto sotto sforzo; dolore al torace dovuto all'*angina pectoris* scatenata dall'*ipertrofia* ventricolare; infine, la *sincope*, cioè perdita di conoscenza. Lo svenimento si può manifestare quando il flusso di sangue ossigenato al cervello è molto ridotto. Se non si interviene in alcun modo e la stenosi progredisce a livelli critici si rischia un infarto».

Antonella Sparvoli

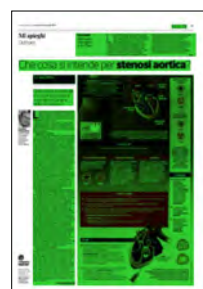
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cure Intervento chirurgico o la «Tavi»

Lunico trattamento risolutivo della stenosi aortica è quello che prevede la sostituzione della valvola malata. L'indicazione dipende dalla gravità della stenosi. «Fino a una decina di anni fa l'intervento chirurgico a cuore aperto era l'unico possibile per impiantare una protesi valvolare. Oggi c'è un'alternativa molto meno invasiva, la Tavi (Transcatheter aortic valve implant). «Con la Tavi la nuova valvola viene trasportata fino al cuore con un catetere munito

anche di palloncino e stent (simile a quello usato nell'angioplastica cardiaca). Il catetere viene inserito all'inguine nell'arteria femorale o direttamente nell'aorta attraverso una piccola incisione nel torace. Grazie alla minore invasività questo intervento può essere proposto anche a pazienti che non sono buoni candidati alla chirurgia a cielo aperto che comporta maggiori rischi» spiega il professor Cesare Fiorentini.

A. S.



La **stenosi aortica** è una condizione legata al restringimento della **valvola aortica** del cuore che si trova nell'apertura presente tra il ventricolo sinistro e l'imbocco dell'aorta e ha l'importante compito di regolare il flusso di sangue ossigenato verso i vari tessuti e organi del corpo

AORTA
VALVOLA AORTICA
ATRIO SINISTRO
VENTRICOLO DESTRO
VENTRICOLO SINISTRO

VALVOLA AORTICA NORMALE

Aperta
Chiusa

STENOSI DELLA VALVOLA AORTICA

Aperta
Chiusa

4-5%

Le persone sopra i 75 anni che soffrono di stenosi aortica grave

Un'ostruzione a livello della valvola aortica crea una resistenza al passaggio di sangue dal ventricolo sinistro verso l'aorta e - quindi - il resto dell'organismo. In queste condizioni il cuore deve compiere uno sforzo maggiore per pompare il sangue ossigenato nell'aorta con diverse conseguenze

LE CAUSE E I TIPI

All'origine della stenosi aortica possono esserci fattori diversi

Aorta bicuspidata congenita	Degenerazione calcifica	Reumatica
<p>In questi casi la malattia è dovuta a un difetto valvolare presente fin dalla nascita che consiste nella presenza di due cuspidi anziché tre</p> <p>Aperta Chiusa</p>	<p>Oggi le forme più comuni di stenosi aortica sono quelle legate all'invecchiamento. In questi casi la degenerazione valvolare è causata dalla deposizione di calcio a livello di superfici valvolari e cuspidi, che diventano così più rigide. Inoltre l'apertura valvolare diventa più resistente alla contrazione sistolica. Di solito si manifestano dopo i 60-65 anni</p>	<p>Esiste anche una forma di stenosi aortica di origine reumatica, legata all'infezione da streptococco beta-emolitico (batterio spesso responsabile di faringiti e tonsilliti). Oggi è molto rara, i pochi casi che si riscontrano sono in genere in soggetti extracomunitari in cui l'infezione, contratta da bambini, non è stata curata in modo opportuno con antibiotici</p>

LA DIAGNOSI

- In genere il primo indizio per diagnosticare la stenosi aortica è il rilevamento di un **soffio sistolico**, detto «diamante», un tipico rumore che prima cresce e poi diminuisce mentre si ascolta il cuore con uno **stetoscopio**
- Lo step successivo prevede in genere l'esecuzione di un **elettrocardiogramma**
- Infine si possono ottenere preziose informazioni con un altro esame non invasivo, l'**ecocardiocolordoppler**

I SEGNI E I SINTOMI

- La stenosi aortica è caratterizzata da un **soffio al cuore** molto importante, un rumore facile da rilevare con lo stetoscopio appoggiandolo in una specifica zona del torace
- A volte, mettendo la mano sul cuore, è inoltre possibile sentire un **fremito** sotto i polpastrelli (rumore simile a un gatto che fa le fusa)
- Quando il restringimento della valvola aortica è ancora lieve, in genere il paziente non presenta sintomi evidenti che, invece, tendono a fare la loro comparsa quando l'ostruzione è più marcata. Esiste una triade di sintomi tipici della stenosi aortica:
 - Respirazione difficoltosa sotto sforzo** (dispnea da sforzo)
 - Dolore allo sterno** (angina pectoris)
 - Svenimento** (sincope). La perdita di coscienza è dovuta a una riduzione dell'afflusso di sangue al cervello

LE CURE

- Esistono casi di grave entità in cui il paziente non ha sintomi significativi e casi in cui ci sono disturbi rilevanti con una stenosi lieve. In quest'ultima circostanza, in genere, si fanno **controlli periodici** e si propone una terapia farmacologica per controllare i sintomi, per quanto possibile. L'indicazione chirurgica può subentrare in un momento successivo perché la malattia tende inesorabilmente a peggiorare
- Fino a 10-12 anni fa l'approccio chirurgico prevedeva l'impianto di una **protesi valvolare** (meccanica o biologica) in chirurgia a cuore aperto. Oggi, in gran parte dei casi, si preferisce optare per un approccio endovascolare molto meno invasivo, la cosiddetta **Tavi** (transcatheter aortic valve implant)

Tavi
(transcatheter aortic valve implant)

Con la **Tavi** la nuova valvola viene inserita su quella danneggiata con l'ausilio di cateteri a palloncino. Correggendo il gradiente pressorio, viene ripristinato un miglior flusso sistemico di sangue. L'intervento è indicato in modo particolare in pazienti anziani, ad alto rischio operatorio anche per la presenza di patologie associate

Corriere della Sera / Mirco Tangherlin

ELETTROSTIMOLAZIONE

Basta farmaci per la cura del reflusso gastro-esofageo

Luisa Romagnoni

■ Una fiammata dietro lo sterno, poi su per la gola e la percezione di rigurgito acido in bocca. Sono i principali sintomi del reflusso gastroesofageo. Una condizione molto comune (affligge il 10 per cento degli italiani), causata dal malfunzionamento della valvola posta tra esofago e stomaco (sfintere esofageo inferiore o cardias), che fisiologicamente si apre per consentire il passaggio degli alimenti e si richiude subito dopo, affinché i succhi gastrici non risalcano. Oggi una nuova tecnologia (Endostim), dotata di pacemaker, modulabile in base all'intensità dei sintomi e disattivabile in periodi di remissione della malattia, offre promettenti vie di trattamento, per questa condizione patologica. Aripista, a livello nazionale, nell'applicazione della nuova tecnica, è l'Irccs Policlinico San Donato, dove nel dicembre scorso, per la prima volta in Italia, è stato eseguito l'impianto di un sistema di stimolazione dello sfintere esofageo inferiore, per via laparoscopica. Il professor Luigi Bonavina, responsabile UO chirurgia generale della struttura ospedaliera,

ha impiantato nello sfintere, per via laparoscopica, due elettrodi collegati a un piccolo generatore di impulsi (pacemaker). Quest'ultimo è collocato in una tasca sottocutanea dell'addome, a sinistra e in basso rispetto all'ombelico. Gli elettrodi conducono impulsi a bassa energia, con una frequenza programmata che stimola il tono del muscolo che, contraendosi, contrasta il reflusso proveniente dallo stomaco. «Questo tipo di intervento rappresenta un'alternativa sia alla terapia continuativa con farmaci inibitori della secrezione gastrica, sia ad interventi chirurgici più complessi», spiega Bonavina. «Grazie a questo dispositivo non sarà più necessario assumere farmaci, quindi verranno azzerati tutti gli effetti collaterali». Peculiarità della nuova tecnologia (circa 150 i pazienti trattati finora in tutto il mondo) è il miglioramento dei sintomi in circa l'80 per cento dei malati. Con questo approccio si tratta la malattia da reflusso gastroesofageo nella maniera più naturale e meno invasiva possibile: il chirurgo lascia intatta l'anatomia e pratica, infatti, solo una piccola incisione per inserire i due elettrodi e lo stimolatore.



SALUTE

Sempre più trasferite da una regione all'altra

Malati (soprattutto del Sud) costretti a curarsi lontano da casa



Migrazione sanitaria anche per sfiducia nelle strutture o per lunghe liste d'attesa

Lontano da casa, in un'altra Regione, per ricevere cure in ospedale. Sono in aumento gli italiani che migrano dal loro luogo di residenza per farsi ricoverare altrove. Si spostano soprattutto verso le Regioni confinanti, ma continuano anche i viaggi dal Sud verso il Nord.

Secondo il "Rapporto Sdo" (flusso informativo delle Schede di dimissione ospedaliera) del Ministero della Salute, quasi 8 ricoveri ogni mille abitanti (in ospedali per acuti in regime ordinario) avvengono lontano dal luogo di residenza, con un'ampia variabilità regionale: le quote più alte di ricoveri fuori Regione si riscontrano in Molise, Basilicata, Valle d'Aosta e Calabria; le più basse in Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

«La mobilità passiva è un fenomeno "storico" — osserva l'assessore veneto alla Sanità, Luca Coletto, coordinatore nazionale della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni —. Spesso si va in Regioni limitrofe, perché per chi abita sul confine l'ospedale di

un'altra Regione può essere più vicino a casa. Ci si sposta anche per ricevere cure ad alta intensità, come trapianti, cardiocirurgia, neurochirurgia. Per contenere gli spostamenti dei pazienti occorre un'offerta specifica sul territorio, ma le Regioni con piani di rientro fanno fatica a erogare determinate cure, soprattutto se servono investimenti importanti».

Si continua a migrare dal proprio luogo di residenza anche per ricevere cure oncologiche. Il Rapporto del Ministero segnala che il valore di mobilità osservato per patologie tumorali (9,6%) è circa due punti percentuali in più rispetto alla mobilità generale per acuti in regime ordinario. Ovvero, oltre 265 mila malati di tumore in cerca di cure ospedaliere in altre Regioni.

Ancora più alta la mobilità per la radioterapia, anche se in lieve calo rispetto al primo semestre del 2013: nei primi sei mesi dell'anno scorso sono stati quasi 7 mila i malati che l'hanno fatta in regime ordinario fuori Regione.

Come evitare che cittadini già sofferenti vadano a curarsi lontano da casa? I dati del Rapporto dovrebbero consentire proprio di capire (per prendere le misure conseguenti) se i pazienti vanno a curarsi in altre Regioni perché in quelle di residenza è carente l'offerta di determinate prestazioni, o anche perché hanno scarsa sfiducia verso le strutture disponibili, o ancora perché si scontrano con tempi d'attesa troppo lunghi.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

Usiamo meglio gli ospedali I ricoveri sono in diminuzione

Ma occorre incrementare ancora i servizi di assistenza sul territorio

Il Rapporto

Secondo i dati del **Ministero della Salute** le giornate di degenza si sono ridotte di due milioni in sei mesi

Meno ricoveri in ospedale, soprattutto in day hospital; ridotte anche le giornate di degenza trascorse dai pazienti in reparto: nel primo semestre del 2014 ci sono stati oltre 400 mila ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo del 2013, mentre le giornate di degenza sono diminuite di quasi due milioni. Lo rileva il recente Rapporto del **Ministero della Salute**, realizzato in base alle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) pervenute entro fine dicembre al sistema informativo sanitario: quasi 400 pagine con numeri, prestazioni effettuate, strutture che le hanno erogate, da cui scaturiscono valutazioni sulla qualità, l'efficacia, l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza ospedaliera. Ma come si spiega il minor ricorso alle cure ospedaliere? Una richiesta più "selezionata" di ricoveri? Oppure, al contrario, una riduzione dell'"offerta"?

«Il continuo calo dei ricoveri - sia in regime ordinario che in day hospital - è dovuto a una cresciuta appropriatezza delle prestazioni: c'è un maggior impiego di quelle ambulatoriali e si cerca di utilizzare l'ospedale solo per le malattie acute — afferma Costantino Troise, segretario di Anao-Assomed, l'Associazione dei medici dirigenti —. Però, va sottolineato che il taglio dei posti letto negli ultimi anni ha causato una riduzione dell'offerta, che incide soprattutto sull'area medica e in particolari stagioni, come dimostra, per esempio, il sovraffollamento del Pronto soccorso, emerso anche di recente

Appropriatezza

Il «posto letto» deve servire soprattutto al trattamento della fase acuta di malattia

Riorganizzazione

Un ruolo determinante lo gioca l'impiego delle prestazioni ambulatoriali

e dovuto non solo, come spesso si sostiene, all'elevato numero di accessi inappropriati che non richiedono il ricovero, ma anche alle enormi difficoltà nel trovare posti letto in reparto. Così i malati rimangono in attesa, sulle barelle, perfino per 2-3 giorni. Insomma, è un circolo vizioso: è difficile entrare in ospedale, ma anche liberare posti letto».

«Il ricovero di un paziente diabetico con glicemia alta è sicuramente improprio — interviene Mauro Campanini, presidente nazionale di Fadoi, Società scientifica di Medicina interna —. Ma se quel paziente ha l'influenza ed è "critico", perché anziano, cardiopatico e soffre di insufficienza renale o respiratoria, va ricoverato, per evitare complicazioni. E non basta: superata la fase acuta, sono necessarie dimissioni "protette", cioè va assicurata al malato la continuità dell'assistenza fuori dall'ospedale, altrimenti si troverà nelle condizioni di doverci tornare».

Lo stesso Rapporto del Ministero sottolinea «la stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza del livello territoriale dell'assistenza». E ancora una volta, emergono differenze tra una Regione e l'altra.

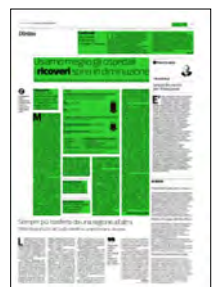
Come si evince dal Rapporto del Ministero, le migliori performance si registrano negli ospedali di quelle Regioni che hanno riorganizzato il "sistema" ospedale e l'assistenza sul territorio. «In alcune Regioni che già da anni hanno avviato la deospedalizzazione, creando una rete di assistenza sul territorio con strutture intermedie,

ospedali di comunità e servizi simili, i pazienti ricevono cure in base al tipo di patologia nella struttura più adeguata — fa notare l'assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, coordinatore nazionale della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni —. Ciò non significa che la prestazione erogata sia di qualità inferiore, ma è inutile, per esempio, tenere occupato il posto per acuti se un intervento chirurgico può essere effettuato in day surgery o addirittura in ambulatorio. Così si riesce anche a risparmiare e si possono utilizzare le risorse per intervenire su altri livelli di assistenza carenti».

Ma anche le Regioni più "virtuose" possono migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure erogate. «La Toscana fa registrare tra i più bassi tassi di ospedalizzazione, per esempio, per lo scompenso cardiaco, l'asma e il diabete — afferma Valtere Giovannini, direttore generale dell'Assessorato regionale alla Sanità —. I numeri forniti dal Rapporto del Ministero "parlano": laddove ci sono carenze vanno discusse e affrontate per poter garantire ai cittadini l'assistenza più adeguata».

Maria Giovanna Falella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Italia

La riduzione dei ricoveri ospedalieri nel 2014 rispetto al 2013

(regime ordinario e day hospital, per acuti, riabilitazione e lungodegenze; confronto periodi gennaio-giugno)

da
4.782.288
nel 2013a
4.352.458
nel 2014

pari a:

**La riduzione delle giornate di degenza nel 2014 rispetto al 2013**

(confronto periodi gennaio-giugno)

da
31.092.743
nel 2013a
29.237.850
nel 2014

pari a:

**6,8 giorni**La degenza
media
per acuti
in regime ordinario**Le principali cause di ricovero ordinario**

- parto cesareo
- patologie cardiovascolari
- malattie respiratorie
- interventi chirurgici (protesi ortopediche)

Fonte: [Ministero della Salute](#). Rapporto attività ricovero ospedaliero, dati Sdo - Schede di dimissione ospedaliera, primo semestre 2014

Corriere della Sera

Confronti

Ottimi livelli
di efficienza
in Emilia e Toscana

Usando specifici indicatori di valutazione, il "Rapporto Sdo" (Schede di dimissione ospedaliera) del [Ministero della Salute](#) ha confrontato l'efficienza e l'efficacia degli ospedali rispetto a standard di riferimento. Ebbene, le strutture ad "alta efficienza", caratterizzate da una casistica ad alta complessità e una degenza media più breve rispetto agli standard, si sono riscontrati soprattutto in Emilia Romagna e Toscana. Gli ospedali in cui la maggiore

durata della degenza è giustificata da casi complessi, e non imputabile quindi a inefficienza organizzativa, sono più numerosi in Veneto, Friuli, Lombardia, Marche, Piemonte e Liguria. Invece, gli ospedali in cui la durata della degenza è più alta nonostante una bassa complessità della casistica (quindi sospettabili di inefficienza organizzativa) sono soprattutto in Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Sardegna, Trento e Bolzano.

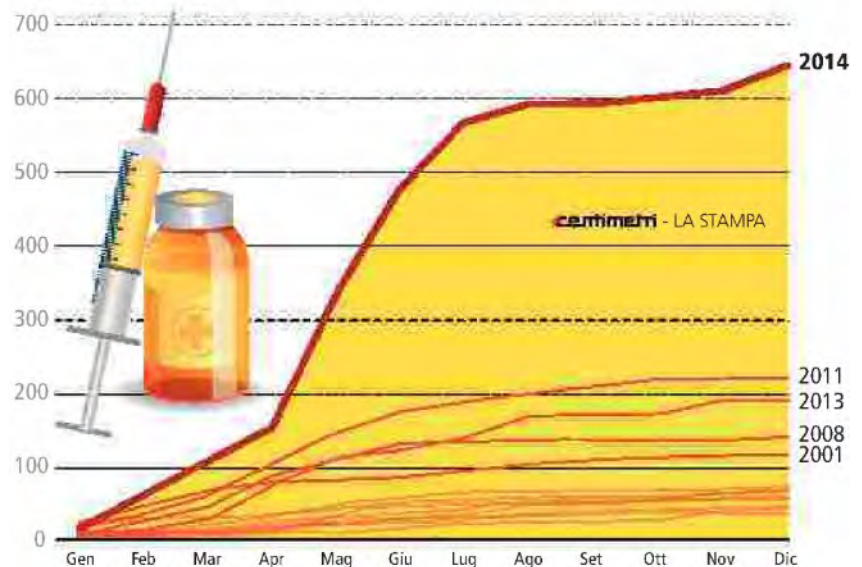
M. G. F.

NEGLI USA

Il rifiuto dei vaccini fa risorgere il morbillo

Con un grafico eloquente che copre il periodo 2001-2014, il Washington Post evidenzia «l'allarmante impatto del movimento contro i vaccini» sulla recrudescenza dei casi di morbillo negli Usa, documentato ieri da un articolo sulla Stampa. L'anno scorso sono stati registrati 644 nuovi casi di morbillo in ventisette Stati, il numero maggiore negli ultimi venticinque anni. La stragrande maggioranza delle persone che hanno contratto la malattia appartiene alla parte di popolazione americana non vaccinata, compresi quelli relativi all'epidemia nel parco divertimenti di Disneyland. Un recente sondaggio ha evidenziato che solo il 51 per cento degli americani ritiene il vaccino sano ed efficace. La stessa percentuale che crede che le case possano essere infestate dai fantasmi. Tutto questo, ovviamente, sta creando danni enormi se si considera il ritorno di una malattia che, a partire dal 2000, era stata dichiarata debellata. Il movimento anti vaccini rischia di riportare indietro l'orologio della salute pubblica di decenni.

Nuovi casi di morbillo negli Usa, dal mese dell'eruzione cutanea, tra il 2001 e il 2014



SONO IN AUMENTO I CASI DI PERSONE COSTRETTE A LETTO

Influenza: è epidemia

L'infanzia la categoria più a rischio. L'invito delle autorità è sempre quello di vaccinarsi, previsto un picco per il prossimo febbraio

Sono in aumento in tutta Italia i casi di influenza, i soggetti più a rischio sono i bambini. Infatti sembra sia raddoppiato il numero dei piccoli costretti a letto solo nell'ultima settimana. Quasi un'epidemia dell'epidemia, tanto da provocare l'intasamento dei pronto soccorso in varie città mentre mancano i posti letto nei reparti tanto che nella città di Roma sono intervenute in aiuto le strutture private accreditate.

I dati previsti, non sono ottimali, anzi si è in attesa di un picco per metà febbraio, rimane comunque l'invito a vaccinarsi. In questo senso il direttore il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, Luca Pani, che avverte: "Non è troppo tardi ed è importante farlo". Dati alla mano, secondo quanto stimato dall'Istituto superiore di sanità non ci sarebbero dubbi circa l'avvicinarsi del periodo cioè per i virus stagionali: tra il 12 e il 18 gennaio, infatti, ci sono stati 519mila casi, per un totale dall'inizio della sorveglianza di circa 1,9



milioni di italiani colpiti. Ed è appunto tra i più piccoli che si assiste ad un aumento di casi: tra 0 e 4 anni l'incidenza è saltata a 22,95 casi e per mille assistiti (contro i 10,47 della settimana precedente) mentre tra i 5 e i 14 anni è arrivata a 13,15 (erano 6,69 la settimana prima). Più contenuta la crescita dei casi di influenza negli adulti. Attualmente, ammontano ad una decina i casi gravi registrati e per oltre una quarantina di pazienti è stata necessaria l'assistenza respiratoria con

l'apparecchio, mentre solo in Veneto sono 13 le persone decedute per le complicazioni derivate dall'influenza dall'inizio dell'epidemia, tra cui una bimba di due anni di Padova. Ad oggi, le regioni più colpite sono state: Marche, Campania, la provincia autonoma di Trento e l'Emilia Romagna. Il livello di incidenza in questa stagione, è la rivelazione dell'Istituto, è lievemente superiore a quello delle precedenti stagioni. E' critica la situazione di vati pronto soccorso italiani che, soprattutto nelle grandi città

come Roma, sono stati presi d'assalto con l'aumentare dei casi. Il livello di attenzione resta comunque alto, e l'invito ribadito da Pani è quello di vaccinarsi; «Quest'anno sembra che contro l'influenza si sia vaccinato il 20-30% in meno di italiani. Tuttavia non è tardi e il consiglio è di vaccinarsi soprattutto alle persone appartenenti a categorie a rischio - aggiunge il direttore dell'Aifa -. Ricordo che le complicanze legate all'epidemia stagionale possono anche avere effetti gravi o letali».. **Ch.C.**



DIABETE. Concordato con le società scientifiche SID e AMD

AlFa detta un 'algoritmo' per la terapia del diabete

Si potrà così personalizzare il trattamento farmacologico

■ ■ ■ ANDREA SERMONTI

■ ■ ■ Tutte le Società Scientifiche internazionali sono concordi sull'importanza di un approccio individualizzato al trattamento del diabete di tipo 2, sia in termini di obiettivo glicemico che di opzioni terapeutiche, con l'obiettivo di ridurre la mortalità e l'incidenza di complicanze. E vista la crescente disponibilità di farmaci ipoglicemizzanti l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ha elaborato un nuovo algoritmo in collaborazione con la Società Italiana di Diabetologia (SID) e l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) per la gestione del diabete mellito di tipo 2 (T2DM). Si tratta di un innovativo sistema on line, disponibile ad accesso libero sul Portale AIFA nella sezione 'Percorsi Decisionali sui Farmaci', in grado di definire il percorso logico ottimale per la definizione della terapia personalizzata per il trattamento di questa patologia. Una 'guida' all'approccio terapeutico individuale il più possibile aggiornata e di facile utilizzo. Il tutto nell'obiettivo di armonizzare le più recenti evidenze scientifiche con la necessaria appropriatezza prescrittiva e il rispetto della rimborsabilità sostenibile a carico del Servizio Sanitario Nazionale. «La base dell'approccio terapeutico al T2DM è costituita dalla modifica e soprattutto dal mantenimento di uno stile di vita salutare da parte del paziente - ha detto nel corso della presentazione dell'algoritmo il Direttore Generale dell'AIFA Luca Pani - Migliorare le proprie abitudini alimentari, ricorrere periodicamente all'esercizio fisico e tenere sot-

to controllo il peso sono aspetti da adottare e incoraggiare anche nel prosieguo della malattia. La terapia farmacologica aggiuntiva - specifica Pani - va quindi intrapresa o modificata prontamente nel caso in cui queste misure si rivelino insufficienti a raggiungere o mantenere l'obiettivo glicemico individuato». L'algoritmo è sviluppato per pazienti con neo diagnosi e/o non ancora in trattamento farmacologico; tuttavia è possibile utilizzarlo anche nel caso di pazienti già in terapia ipoglicemizzante accedendo direttamente in corrispondenza del punto più vicino a quest'ultima. Il passaggio ad ogni step successivo dell'algoritmo è previsto qualora il target desiderato di HbA1c non sia stato raggiunto alla dose massima tollerata della terapia in atto sino a quel momento. Ovviamente, il sistema può anche essere percorso al contrario nel caso in cui le mutate condizioni cliniche suggeriscano una riduzione dell'attuale terapia. L'individuazione del trattamento è possibile anche in presenza di pazienti eventualmente intolleranti o che presentino controindicazioni associate all'uso della metformina, il farmaco di scelta per la cura del diabete mellito di tipo 2.



Un momento della conferenza stampa di presentazione dell'algoritmo: da sinistra i professori Antonio Ceriello, Luca Pani e Enzo Bonora e il direttore generale del Ministero della Salute Marcella Marletta

■ ■ ■ ENZO BONORA (SID): «NUMERI CHE NON VORREMMO CONOSCERE, MA CHE NON POSSIAMO IGNORARE»

Nel corso del suo intervento alla presentazione dell'algoritmo il presidente della Società Italiana di Diabetologia Enzo Bonora ha illustrato la drammaticità della situazione del diabete nel nostro paese fornendo dati e statistiche aggiornati. Qui di seguito una delle slide proiettate.

IN ITALIA:

- Ogni 2 minuti una persona riceve la diagnosi di diabete
- Ogni 7 minuti una persona con diabete ha un attacco cardiaco
- Ogni 26 minuti una persona con diabete sviluppa un'insufficienza renale
- Ogni 30 minuti una persona con diabete ha un ictus
- Ogni 90 minuti una persona subisce un'amputazione a causa del diabete
- Ogni 180 minuti una persona con diabete entra in dialisi
- Ogni 20 minuti una persona muore a causa del diabete



DIABETE. Concordato con le società scientifiche SID e AMD

AlFa detta un 'algoritmo' per la terapia del diabete



Enzo Bonora

Si potrà così personalizzare il trattamento farmacologico

■ ■ ■ **ANDREA SERMONTI**

■ ■ ■ Tutte le Società Scientifiche internazionali sono concordi sull'importanza di un approccio individualizzato al trattamento del diabete di tipo 2, sia in termini di obiettivo glicemico che di opzioni terapeutiche, con l'obiettivo di ridurre la mortalità e l'incidenza di complicanze. E vista la crescente disponibilità di farmaci ipoglicemizzanti l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ha elaborato un nuovo algoritmo in collaborazione con la Società Italiana di Diabetologia (SID) e l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) per la gestione del diabete mellito di tipo 2 (T2DM). Si tratta di un innovativo sistema on line, disponibile ad accesso libero sul Portale AIFA nella sezione 'Per-

corsi Decisionali sui Farmaci', in grado di definire il percorso logico ottimale per la definizione della terapia personalizzata per il trattamento di questa patologia. Una 'guida' all'approccio terapeutico individuale il più possibile aggiornata e di facile utilizzo. Il tutto nell'obiettivo di armonizzare le più recenti evidenze scientifiche con la necessaria appropriatezza prescrittiva e il rispetto della rimborsabilità sostenibile a carico del Servizio Sanitario Nazionale. «La base dell'approccio terapeutico al T2DM è costituita dalla modifica e soprattutto dal mantenimento di uno stile di vita salutare da parte del paziente - ha detto nel corso della presentazione dell'algoritmo il Direttore Generale dell'AIFA Luca Pani - Migliorare le proprie abitudini alimen-

tari, ricorrere periodicamente all'esercizio fisico e tenere sotto controllo il peso sono aspetti da adottare e incoraggiare anche nel prosieguo della malattia. La terapia farmacologica aggiuntiva - specifica Pani - va quindi intrapresa o modificata prontamente nel caso in cui queste misure si rivelino insufficienti a raggiungere o mantenere l'obiettivo glicemico individuato». L'algoritmo è sviluppato per pazienti con neo diagnosi e/o non ancora in trattamento farmacologico; tuttavia è possibile utilizzarlo anche nel caso di pazienti già in terapia ipoglicemizzante accedendo direttamente in corrispondenza del

punto più vicino a quest'ultima. Il passaggio ad ogni step successivo dell'algoritmo è previsto qualora il target desiderato di HbA1c non sia stato raggiunto alla dose massima tollerata della terapia in atto sino a quel momento. Ovviamente, il sistema può anche essere percorso al contrario nel caso in cui le mutate condizioni cliniche suggeriscano una riduzione dell'attuale terapia. L'individuazione del trattamento è possibile anche in presenza di pazienti eventualmente intolleranti o che presentino controindicazioni associate all'uso della metformina, il farmaco di scelta per la cura del diabete mellito di tipo 2.

■ ■ ■ **ENZO BONORA (SID): «NUMERI CHE NON VORREMMO CONOSCERE, MA CHE NON POSSIAMO IGNORARE»**

Nel corso del suo intervento alla presentazione dell'algoritmo il presidente della Società Italiana di Diabetologia Enzo Bonora ha illustrato la drammaticità della situazione del diabete nel nostro paese fornendo dati e statistiche aggiornati. Qui di seguito una delle slide proiettate.

IN ITALIA:

- Ogni 2 minuti una persona riceve la diagnosi di diabete
- Ogni 7 minuti una persona con diabete ha un attacco cardiaco
- Ogni 26 minuti una persona con diabete sviluppa un'insufficienza renale
- Ogni 30 minuti una persona con diabete ha un ictus
- Ogni 90 minuti una persona subisce un'amputazione a causa del diabete
- Ogni 180 minuti una persona con diabete entra in dialisi
- Ogni 20 minuti una persona muore a causa del diabete



Un momento della conferenza stampa di presentazione dell'algoritmo: da sinistra i professori Antonio Ceriello, Luca Pani e Enzo Bonora e il direttore generale del Ministero della Salute Marcella Marletta

«L'attività di Stamina si fermi anche all'estero»

**LE CONDIZIONI
POSTE DAI GIUDICI
PER ACCETTARE
IL PATTEGGIAMENTO
DI VANNONI A 1 ANNO
E DIECI MESI
L'INCHIESTA**

TORINO Stamina interrompa le proprie attività anche all'estero. È la condizione «irrinunciabile» posta dai magistrati torinesi per accettare la richiesta di patteggiamento di Davide Vannoni. Non basta dunque fermarla in Italia e ritirare il ricorso al Tar del Lazio contro il Ministero della Salute, come proposto dai legali del padre della metodica indagata per associazione a delinquere finalizzata alla truffa. Perché varcando il confine, si apprende da fonti vicine alla stessa procura, si violerebbe il codice penale.

E allora addio alla condizionale. L'articolo 9, comma 1, del codice penale prevede infatti che un italiano non possa commettere all'estero un reato previsto dal nostro codice, pena l'immediata revoca della sospensione condizionale della pena e degli altri benefici di legge. Se Vannoni, dopo il patteggiamento, dovesse esportare il metodo Stamina, verrebbe immediatamente arrestato per scontare la pena - in questo caso il patteggiamento è a un anno e dieci mesi -. Poi sareb-

be nuovamente processato per gli stessi reati, per stabilire l'eventuale aumento della pena. La condizione posta dalla procura vale non soltanto per il patron della Stamina Foundation, ma per tutte le richieste di patteggiamento, sei fino ad ora su 13 imputati, sul tavolo del pm Raffaele Guariniello, che deve esprimere il parere previsto obbligatoriamente per legge.

LA DECISIONE

A decidere se accettarle o meno è il gup Potito Giorgio, cui spettano anche le decisioni sugli altri imputati che al momento non hanno avanzato richiesta di patteggiamento. Spetta dunque a Vannoni, e ai suoi legali, decidere se chiudere per sempre con Stamina o affrontare l'intero processo, con pene che potrebbero essere ben più pesanti dell'anno e dieci mesi. «Speriamo che da questo processo arrivino le giuste risposte anche da chi, contro la legge, ha violato irrimediabilmente il diritto e la libertà di nostra figlia, del caso umano e che, in particolare, la scienza ponga fine a ogni sorta di dubbio», è l'appello dei genitori di Noemi, la bambina di due anni e mezzo affetta da atrofia muscolare spinale. «È affetta da una grave malattia genetica neurodegenerativa senza cura alternativa, e non abbiamo fatto altro che batterci, con i mezzi di legge per provare a cambiare il suo esito infausto».

R. I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

Quando serve una cura fatta di parole e ascolto

«Sul lettino»

Si chiama "Disturbo da ansia generalizzata" ed è quella forma di ansia persistente, difficile da controllare, che rende costantemente preoccupati, anche quando non ci sarebbero motivi. Alla preoccupazione si associano spesso irritabilità e sintomi somatici, quali la sensazione di stanchezza e la tensione muscolare.

Diversi studi hanno dimostrato che questo disturbo è più frequente in chi ha avuto difficili esperienze in età infantile e tra le persone che hanno la tendenza a mostrarsi timide e inibite di fronte alle nuove situazioni.

La persona ansiosa osserva l'ambiente circostante alla continua ricerca di possibili segnali di pericolo, di minacce incombenti. Si preoccupa a dismisura quando c'è da risolvere un problema, ha difficoltà a tollerare le situazioni di ambiguità e incertezza, è oppressa dalla sensazione di mancato controllo. Si tratta di un disturbo che può persistere ma che si può anche superare, seppure con un certo rischio di ricadute: una ricerca pubblicata sull'*American Journal of Psychia-*

try indica che il 60% delle persone ne soffre ancora dopo 12 anni dalla prima rilevazione: del 40% che lo ha superato, circa la metà torna a essere nuovamente preda dell'ansia nel giro di altri 12 anni.

Il decorso è più protratto tra le persone che hanno iniziato ad avere già da molto giovani i primi sintomi dell'ansia. Si tratta dei casi nei quali è più facile che si associno a questa condizione anche altri disturbi psichici, come la depressione, disturbi d'ansia ulteriori legati a specifiche condizioni di vita, e l'uso di sostanze.

A fronte di un'ansia tendenzialmente cronica, si cerca di ricorrere il meno possibile ai farmaci ansiolitici, più indicati per il trattamento di forme acute e transitorie. L'obiettivo diventa puntare su una psicoterapia. «Gli ansiolitici, come le benzodiazepine, possono indurre dipendenza e assuefazione, con il risultato che nel tempo il paziente può aumentare la dose nel tentativo di ricercare gli stessi effetti. E quando il farmaco viene sospeso di solito l'ansia torna a salire — dice il dottor Paolo Migone, psicoterapeuta, condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* —. Possono essere usate con qualche beneficio altre classi di farmaci, ad esempio certi antidepressivi, che a volte agiscono anche contro l'ansia, ma per ottenere risultati migliori non si può prescindere da una psicoterapia. Durante le sedute si cerca di comprendere

se nella vita del paziente vi sono motivi alla base della sua ansia, e lo si fa in una situazione di sicurezza e rilassamento all'interno della relazione terapeutica».

«Vi sono vari approcci psicoterapici per l'ansia generalizzata, — prosegue Migone — molti dei quali sono diffusi anche in Italia, dove operano psicoterapeuti di orientamenti diversi. Dalla ricerca in psicoterapia fino a pochi anni fa risultava una maggior efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali, mentre recentemente emergono sempre più dati in favore anche di tecniche psicodinamiche. In media, comunque, i dati di cui disponiamo non fanno intravedere differenze significative tra diversi approcci nella psicoterapia dell'ansia generalizzata, come ha dimostrato una recente revisione della *Cochrane Library*. Anche la meta-analisi realizzata da Jonathan Shedler, professore di psichiatria all'*University of Colorado School of Medicine*, pubblicata su *Psicoterapia e Scienze Umane*, riporta dati in tal senso. Inoltre, stanno emergendo prove che chi intraprende un trattamento psicodinamico va meno incontro a ricadute. In ogni caso, si può affermare senz'altro, dati alla mano, che la psicoterapia è efficace nel trattamento dell'ansia più di quanto siano efficaci i farmaci antidepressivi nel trattamento della depressione».

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHIRURGIA PER SPORTIVI

Occhi di falco e braccia di ferro. È il bisturi che fa l'atleta

Gianluca Grossi

■ C'è chi lo chiama «doping chirurgico». Talvolta legale, talvolta dubbio. L'ultimo episodio riguarda il campione di golf Tiger Woods, che ha subito un'operazione alla cornea che migliora la vista e lo aiuta a cogliere più nitidamente le buche. Ma il golfista occhio di falco non è il solo: anche nel baseball in molti si sono fatti «rinforzare» chirurgicamente i legamenti del braccio per lanciare meglio ed evitare infortuni. Stessa cosa per i ciclisti, tra i quali è in voga un'operazione che allarga il setto nasale e consente di respirare meglio e aumentare ossigenazione e prestazioni. L'ultima frontiera, poi, sarà in futuro il doping genetico: modificare il dna per «ordinargli» di sviluppare certi muscoli piuttosto di altri.

a pagina 17

IL FUTURO NELLO SPORT Boom del «doping chirurgico»

**Occhio di falco e braccia di ferro
Ora è il bisturi che fa i campioni**

*Dal football al culturismo: sempre più persone potenziano il corpo in sala operatoria
Il golfista americano Woods dopo l'intervento alle cornee: «Vedo le buche più grandi»*

APPLICAZIONI DIVERSE

Primi casi negli anni '80: adesso ne beneficiano pure militari e astronauti

NUOVE FRONTIERE

Stimolazioni cerebrali e modifiche al Dna per sviluppare i muscoli

il fenomeno

di **Gianluca Grossi**

Dell'argomento s'è iniziato a parlare insistentemente dopo la rivelazione di Tiger Woods, campione di golf americano, che afferma di essersi sottoposto a un trattamento chirurgico per potenziare la sua vista. E poter quindi giocare al meglio delle sue capacità. «Così vedo le buche più grandi», spiega. Ma la sua vista era già perfetta e qui sta il punto.

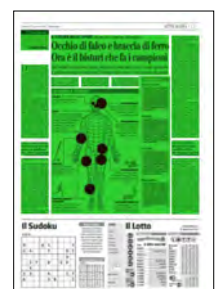
Sempre più persone, a partire proprio dal campione statunitense, si sottopongono a se-

dute chirurgiche per migliorare qualche parte del corpo e in questo modo ottenere i risultati migliori in ambito sportivo, professionale, intellettuale. In gergo si parla di «doping chirurgico»; un vero e proprio boom da metà degli anni Duemila a oggi. Sono centinaia i giocatori di golf che hanno subito l'intervento, una tecnica più che consolidata battezzata *Lasik*. Consiste nel rimodellamento della cornea tramite laser, pochi minuti di pazienza è il gioco e fatto.

I primi interventi risalgono al 1989 e a oggi ne hanno beneficiato anche militari e astronauti. Così è possibile sviluppare un potenziale visivo di quindici decimi, contro i tradizionali dieci decimi di chi vede normalmente e non ha alcun proble-

ma di miopia, ipermetropia o astigmatismo. Significa poter vedere una mosca a nove metri di distanza, rispetto a chi la vede a sei metri. Una rivoluzione che porta, di fatto, allo sviluppo di una supervista; e può, dunque, interessare anche altri distretti anatomici, coinvolgendo figure che nulla hanno a che vedere con il golf.

Un altro esempio giunge dal mondo della corsa, del calcio e del ciclismo. E il riferimento, in questo caso, è al modellamento del setto nasale per consentire una migliore respirazione e quindi un'ossigenazione più importante delle aree polmonari, strettamente legate alle potenzialità muscolari. Sono interventi chirurgici che fino a oggi venivano effettuati su pazienti colpiti da malanni come sinusiti o deviazione naturali



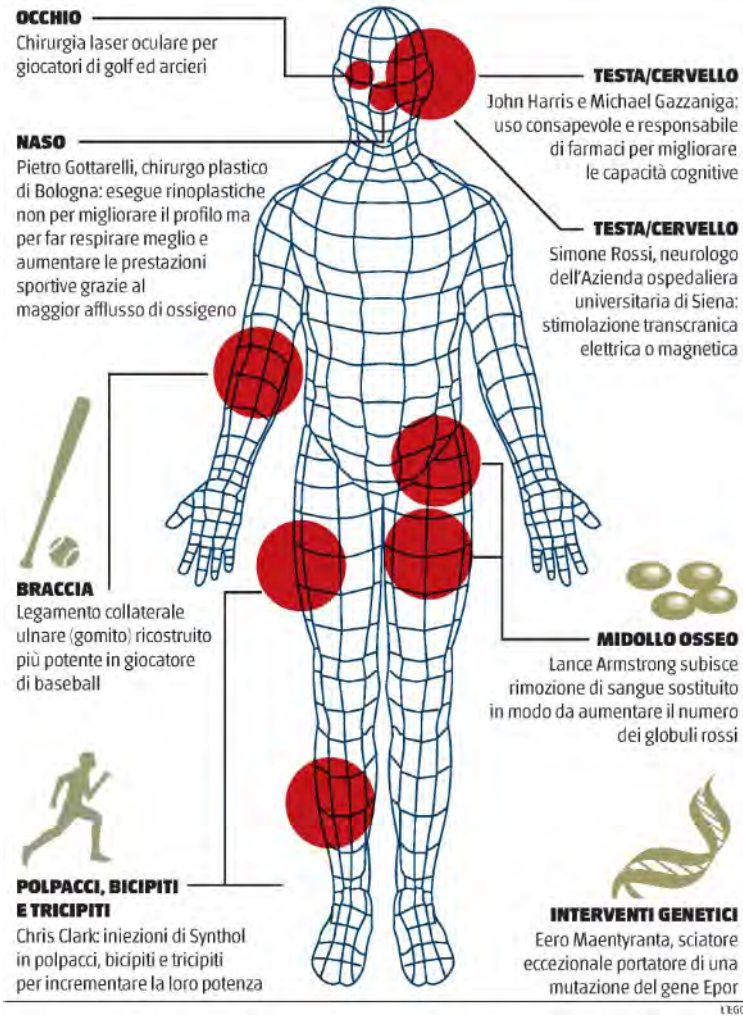
dei setti nasali. Un'alternativa vincente all'impiego dei pericolosi anabolizzanti?

I pareri sono discordanti. E comunque la storia del doping chirurgico non finisce qui. Interventi invasivi per migliorare le prestazioni atletiche sono stati compiuti anche sui giocatori di *baseball*, per incrementare l'efficacia dei muscoli del braccio. Il lavoro dei medici si concentra sul legamento collaterale ulnare, all'altezza del gomito, che viene ricostruito per renderlo più efficiente, e non solo per guarirlo da qualche trauma. Parte dal presupposto che i giocatori di oggi puntano tutto sulla velocità della palla, a discapito della finezza del lancio, ma così facendo sottopongono gli arti a sforzi eccessivi, che alla fine accompagnano tutti allo stesso destino: la chirurgia. Che ora diviene, appunto, doping chirurgico.

Anche i polpacci, i bicipiti e i tricipiti vengono «aiutati» con iniezioni di *Synthol*, sostanza controversa, che migliora la prestanza muscolare, ma parrebbe appannaggio soprattutto dell'estetica. Ne fanno uso i culturisti, dando vita, spesso, a corporature innaturali e sproporzionate rispetto ad altri contesti anatomici. Lo sportivo si sottopone a iniezioni intramuscolari che possono proseguire per settimane, fino all'ottenimento del risultato desiderato. Ma si può andare incontro a problemi, infezioni, ascessi e indebolimento dei nervi.

Infine il futuro non può che guardare al cervello, che comanda ogni nostro minimo gesto e naturalmente ogni azione muscolare, e alla genetica. Si parla di stimolazione transcranica elettrica o magnetica, di medicine da usare «consapevolmente» per migliorare le prestazioni cognitive, e futuristicamente di strumenti che potrebbero addirittura essere innestati nel cervello per aumentare le sue potenzialità. E c'è il doping genetico, che intende intervenire sul Dna per «ordinare» all'organismo di sviluppare determinati organi o particolari muscoli utili a specifiche discipline sportive.

DA UMANO A "BIONICO"



Le applicazioni

Calcio e ciclismo

In queste discipline sportive, compresa la corsa, gli atleti spesso chiedono il rimodellamento del setto nasale per consentire una migliore respirazione e quindi un'ossigenazione più importante delle aree polmonari, che risultano strettamente legate alle potenzialità muscolari

Baseball

Interventi invasivi per migliorare le prestazioni atletiche sono stati compiuti anche sui giocatori di baseball, per incrementare l'efficacia dei muscoli del braccio. Il lavoro dei medici si concentra sul legamento collaterale ulnare, all'altezza del gomito, che praticamente viene ricostruito

Sul green

Sono centinaia i giocatori di golf che in questi anni hanno subito l'intervento chirurgico, una particolare tecnica ormai più che consolidata e battezzata *Lasik*. Si tratta del rimodellamento della cornea tramite l'utilizzo del laser, bastano pochi minuti di pazienza sotto la «luce» e il gioco è fatto

Body building

Anche i polpacci e bicipiti vengono «aiutati» con iniezioni di *Synthol*, sostanza controversa, che migliora la prestanza. Ne fanno uso i culturisti, dando vita, spesso, a corporature innaturali. Lo sportivo si sottopone a iniezioni intramuscolari che possono proseguire per settimane

Usiamo meglio gli ospedali I ricoveri sono in diminuzione

Ma occorre incrementare ancora i servizi di assistenza sul territorio

Il Rapporto

Secondo i dati del Ministero della Salute le giornate di degenza si sono ridotte di due milioni in sei mesi

Meno ricoveri in ospedale, soprattutto in day hospital; ridotte anche le giornate di degenza trascorse dai pazienti in reparto: nel primo semestre del 2014 ci sono stati oltre 400 mila ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo del 2013, mentre le giornate di degenza sono diminuite di quasi due milioni. Lo rileva il recente Rapporto del Ministero della Salute, realizzato in base alle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) pervenute entro fine dicembre al sistema informativo sanitario: quasi 400 pagine con numeri, prestazioni effettuate, strutture che le hanno erogate, da cui scaturiscono valutazioni sulla qualità, l'efficacia, l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza ospedaliera. Ma come si spiega il minor ricorso alle cure ospedaliere? Una richiesta più "selezionata" di ricoveri? Oppure, al contrario, una riduzione dell'"offerta"?

«Il continuo calo dei ricoveri - sia in regime ordinario che in day hospital - è dovuto a una crescita appropriata delle prestazioni: c'è un maggior impiego di quelle ambulatoriali e si cerca di utilizzare l'ospedale solo per le malattie acute — afferma Costantino Troise, segretario di Anaa-Assomed, l'Associazione dei medici dirigenti —. Però, va sottolineato che il taglio dei posti letto negli ultimi anni ha causato una riduzione dell'offerta, che incide soprattutto sull'area medica e in particolari stagioni, come

In Italia

La riduzione dei ricoveri ospedalieri nel 2014 rispetto al 2013

(regime ordinario e day hospital, per acuti, riabilitazione e lungodegenze; confronto periodi gennaio-giugno)

da
4.782.288
nel 2013

a
4.352.458
nel 2014

pari a:



La riduzione delle giornate di degenza nel 2014 rispetto al 2013

(confronto periodi gennaio-giugno)

da
31.082.743
nel 2013

a
29.237.850
nel 2014

pari a:



6,8 giorni

La degenza media per acuti in regime ordinario

Le principali cause di ricovero ordinario

- parto cesareo
- patologie cardiovascolari
- malattie respiratorie
- interventi chirurgici (protesi ortopediche)

Fonte: Ministero della Salute, Rapporto attività ricovero ospedaliero, dati Sdo - Schede di dimissione ospedaliera, primo semestre 2014

Corriere della Sera

dimostra, per esempio, il sovraffollamento del Pronto soccorso, emerso anche di recente e dovuto non solo, come spesso si sostiene, all'elevato numero di accessi inappropriati che non richiedono il ricovero, ma anche alle enormi difficoltà nel trovare posti letto in reparto.

Appropriatezza

Il «posto letto» deve servire soprattutto al trattamento della fase acuta di malattia

Riorganizzazione

Un ruolo determinante lo gioca l'impiego delle prestazioni ambulatoriali

Così i malati rimangono in attesa, sulle barelle, perfino per 2-3 giorni. Insomma, è un circolo vizioso: è difficile entrare in ospedale, ma anche liberare posti letto».

«Il ricovero di un paziente diabetico con glicemia alta è sicuramente improprio — interviene Mauro Campanini, presidente nazionale di Fadoi, Società scientifica di Medicina interna —. Ma se quel paziente ha l'influenza ed è "critico", perché anziano, cardiopatico e soffre di insufficienza renale o respiratoria, va ricoverato, per evitare complicazioni. E non basta: superata la fase acuta, sono necessarie dimissioni "protette", cioè va assicurata al malato la continuità dell'assistenza fuori dall'ospedale, altrimenti si troverà nelle condizioni di doverci tornare».

Lo stesso Rapporto del Ministero sottolinea «la stretta cor-

relazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza del livello territoriale dell'assistenza». E ancora una volta, emergono differenze tra una Regione e l'altra.

Come si evince dal Rapporto del Ministero, le migliori performance si registrano negli ospedali di quelle Regioni che hanno riorganizzato il "sistema" ospedale e l'assistenza sul territorio. «In alcune Regioni che già da anni hanno avviato la deospedalizzazione, creando una rete di assistenza sul territorio con strutture intermedie, ospedali di comunità e servizi simili, i pazienti ricevono cure in base al tipo di patologia nella struttura più adeguata — fa notare l'assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, coordinatore nazionale della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni —. Ciò non significa che la prestazione erogata sia di qualità inferiore, ma è inutile, per esempio, tenere occupato il posto per acuti se un intervento chirurgico può essere effettuato in day surgery o addirittura in ambulatorio. Così si riesce anche a risparmiare e si possono utilizzare le risorse per intervenire su altri livelli di assistenza carenti».

Ma anche le Regioni più "virtuose" possono migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure erogate. «La Toscana fa registrare tra i più bassi tassi di ospedalizzazione, per esempio, per lo scompenso cardiaco, l'asma e il diabete — afferma Valtere Giovannini, direttore generale dell'Assessorato regionale alla Sanità —. I numeri forniti dal Rapporto del Ministero "parlano": laddove ci sono carenze vanno discusse e affrontate per poter garantire ai cittadini l'assistenza più adeguata».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sempre più trasferite da una regione all'altra

Malati (soprattutto del Sud) costretti a curarsi lontano da casa

Lontano da casa, in un'altra Regione, per ricevere cure in ospedale. Sono in aumento gli italiani che migrano dal loro luogo di residenza per farsi ricoverare altrove. Si spostano soprattutto verso le Regioni confinanti, ma continuano anche i viaggi dal Sud verso il Nord.

Secondo il "Rapporto Sdo" (flusso informativo delle Schede di dimissione ospedaliera) del Ministero della Salute, quasi 8 ricoveri ogni mille abitanti (in ospedali per acuti in regime ordinario) avvengono lontano dal luogo di residenza, con un'ampia variabilità regionale: le quote più alte di ricoveri fuori Regione si riscontrano in

Molise, Basilicata, Valle d'Aosta e Calabria; le più basse in Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

«La mobilità passiva è un fenomeno "storico" — osserva l'assessore veneto alla Sanità, Luca Coletto, coordinatore nazionale della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni —. Spesso si va in Regioni limitrofe, perché per chi abita sul confine l'ospedale di un'altra Regione può essere più vicino a casa. Ci si sposta anche per ricevere cure ad alta intensità, come trapianti, cardiocirurgia, neurochirurgia. Per contenere gli spostamenti dei pazienti occorre un'offerta spe-

cifica sul territorio, ma le Regioni con piani di rientro fanno fatica a erogare determinate cure, soprattutto se servono investimenti importanti».

Si continua a migrare dal proprio luogo di residenza anche per ricevere cure oncologiche. Il Rapporto del Ministero segnala che il valore di mobilità osservato per patologie tumorali (9,6%) è circa due punti percentuali in più rispetto alla mobilità generale per acuti in regime ordinario. Ovvero, oltre 265 mila malati di tumore in cerca di cure ospedaliere in altre Regioni.

Ancora più alta la mobilità per la radioterapia, anche se in lieve calo rispetto al primo se-

mestre del 2013: nei primi sei mesi dell'anno scorso sono stati quasi 7 mila i malati che l'hanno fatta in regime ordinario fuori Regione.

Come evitare che cittadini già sofferenti vadano a curarsi lontano da casa? I dati del Rapporto dovrebbero consentire proprio di capire (per prendere le misure conseguenti) se i pazienti vanno a curarsi in altre Regioni perché in quelle di residenza è carente l'offerta di determinate prestazioni, o anche perché hanno scarsa sfiducia verso le strutture disponibili, o ancora perché si scontrano con tempi d'attesa troppo lunghi.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Confronti

Ottimi livelli di efficienza in Emilia e Toscana

Usando specifici indicatori di valutazione, il "Rapporto Sdo" (Schede di dimissione ospedaliera) del Ministero della Salute ha confrontato l'efficienza e l'efficacia degli ospedali rispetto a standard di riferimento. Ebbene, le strutture ad "alta efficienza", caratterizzate da una casistica ad alta complessità e una degenza media più breve rispetto agli standard, si sono riscontrati soprattutto in Emilia Romagna e Toscana. Gli ospedali in cui la maggiore

durata della degenza è giustificata da casi complessi, e non imputabile quindi a inefficienza organizzativa, sono più numerosi in Veneto, Friuli, Lombardia, Marche, Piemonte e Liguria. Invece, gli ospedali in cui la durata della degenza è più alta nonostante una bassa complessità della casistica (quindi sospettabili di inefficienza organizzativa) sono soprattutto in Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Sardegna, Trento e Bolzano.

M. G. F.



Migrazione sanitaria anche per sfiducia nelle strutture o per lunghe liste d'attesa



Lorenzin: malati beffati se Vannoni patteggia 22 mesi

Intervista al ministro: così il fondatore di Stamina non farà un giorno di galera

Paolo Russo
A PAGINA 14

Lorenzin: malati beffati se Vannoni patteggia

Il ministro: neanche un giorno di arresto, non c'è deterrenza



Beatrice Lorenzin, ministro della Salute. Davide Vannoni chiede di patteggiare. E' la pietra tombale su Stamina?

«E' una ammissione di colpevolezza di fronte a tutta Italia e alla comunità internazionale. La conferma della gravità delle accuse che gli sono state contestate».

Soddisfatta?

«I giudici prenderanno le loro decisioni in autonomia come è giusto che sia. È stata un'inchiesta lunga e coraggiosa. Resta il fatto che se verrà accolta la richiesta di patteggiamento, Vannoni non farà nemmeno un giorno ai domiciliari. Il risarcimento morale nei confronti delle decine di migliaia di persone che sono state illuse per anni così non c'è. E nemmeno il deterrente per i tanti che pensano di poter lucrare con nuove Stamina».

E il decreto appena firmato sulle cure compassionevoli?

«Quello ci mette al sicuro anche rispetto a chi, meglio at-

trezzato di Vannoni, vorrebbe commercializzare di tutto con la scusa delle cure compassionevoli. La vicenda Stamina, così come altre prima, ci raccontano di falle del nostro sistema che ora abbiamo coperto. Farmaci e terapie cellulari non ancora testati, potranno essere autorizzati caso per caso a chi non ha alternative terapeutiche, solo dopo averne documentato scientificamente la possibilità di funzionare e soltanto se rispondono ai requisiti di buona fabbricazione».

Ma dove troveremo i soldi per le nuove terapie, quelle vere e super-costose?

«Questo è il vero grande problema di tutti i sistemi sanitari avanzati. Sono in arrivo nuove e costose terapie immunologiche, contro il Parkinson, l'Alzheimer. Per questo abbiamo avviato un confronto con i ministri europei, ma anche con Usa e Canada. Serve un'alleanza per contrattare al meglio i prezzi, pur remunerando gli investimenti in ricerca. Nel frattempo ho avviato un tavolo per il rilancio della sanità integrativa che non è mai decollata. Se dobbiamo assicurare cure importanti e costose a tutti qual-

cosa di meno essenziale potrà essere sostenuto da questa terza gamba».

Le stesse Regioni dicono addio ai 2 miliardi di aumento del Fondo sanitario. Non si rischia il default dell'assistenza sanitaria?

«Sono sempre stata contraria a questa soluzione. Con il Patto per la salute ho detto e confermo che possiamo risparmiare fino a 10 miliardi ma in 5-6 anni. Se dicono che possono fare a meno di 2 miliardi quest'anno avranno fatto i loro conti. Certo è che non potrebbero rinunciare anche all'aumento del 2016, pena il collasso del sistema. E poi non dimentichiamo che 400 milioni per curare l'Epatite devono metterli le Regioni. Mica vorremo lasciare senza farmaci chi rischia la vita...».

Che fine ha fatto la riforma dei ticket?

«Dobbiamo attendere i decreti di attuazione della riforma fiscale perché l'idea è di fare una riforma all'insegna dell'equità, che sfrondi le esenzioni per i redditi più alti, magari utilizzando l'Isee, in modo da liberare risorse per ridurre i ticket su specialistica e diagnostica. Che sono troppo alti e generano fenomeni di esclusione sociale».



La Procura

«Sì solo se Stamina chiude all'estero»

■ La condizione posta dalla Procura di Torino per accettare la richiesta di patteggiamento (1 anno e 10 mesi) di Davide Vannoni è che il presidente di Stamina dovrà astenersi dal commettere reato sia in Italia che alla estero, il che significa stop definitivo alle cure.



All'attacco
Beatrice
Lorenzin,
ministro
della Salute



ROBERTO MONALDO / L'ESPRESSO

In piazza
Davide
Vannoni,
patron di
Stamina,
durante un
corteo