

GENOVA, LA DONNA AVEVA 68 ANNI

Rifiutò la trasfusione di sangue morta una Testimone di Geova

La figlia aveva
chiesto l'intervento
della magistratura
per salvarle la vita

GENOVA

È morta per rispettare il suo credo religioso, nonostante sua figlia avesse invocato l'intervento della magistratura per salvarle la vita.

Annunziata Iannicelli, 68 anni, testimone di Geova, probabilmente ce l'avrebbe fatta se avesse accettato la trasfusione di sangue che i medici dell'ospedale Saint Charles di Bordighera le avevano consigliato, ma lei non ha voluto infrangere quel precetto dettato dal «Corpo direttivo», che vieta nel modo più assoluto di ricevere sangue altrui. Infatti, in base all'interpretazione che i Testimoni di Geova fanno del Levitico, ignorare questa parte della dottrina significa mancare di rispetto per il sacrificio di Cristo e, quindi, accettare di proposito una trasfusione di sangue anche per salvarsi la vita costituisce una grave violazione dottrinale.

Annunziata Iannicelli era stata ricoverata il 24 febbraio 2011 per gravi problemi gastrointestinali. Dimessa, dopo qualche giorno era stata nuovamente ri-

coverata per il peggiorare delle condizioni. A quel punto i medici dell'ospedale di Bordighera hanno proposto una trasfusione di sangue e la donna, sempre cosciente e presente a se stessa, ha detto di no.

«Ognuno può credere in quello che vuole, ma in questo caso c'è di mezzo una vita, quella di mia madre» aveva detto la figlia della donna, Maria Tronti, che decise quindi di rivolgersi alla magistratura. Purtroppo, per un vizio di forma, l'istanza era stata respinta. La giurisprudenza è chiara: nessuno può imporre una cura se il paziente è in grado di intendere e di volere. Per questo motivo alcune Asl si sono adeguate introducendo la possibilità di scelta di trattamenti alternativi alla trasfusione di sangue da donatore, come il recupero intraoperatorio e l'emodiluizione. Ieri si sono svolti i funerali della donna.

Il caso di Genova non è l'unico. Tra i precedenti c'è, a Torino, quello di un sessantanovenne, morto come aveva chiesto, senza trasfusioni di sangue. Nell'agosto del 2009 l'uomo era stato ricoverato nel reparto di Rianimazione dell'ospedale Giovanni Bosco dopo essere stato colpito da un infarto. In quel caso moglie e figli, Testimoni di Geova, avevano rispettato la scelta dell'uomo. (R.L.)



Chili di troppo Senza qualche rinuncia alimentare non si perdono, ma alla dieta bisogna abbinare il movimento. Ecco le istruzioni valide per tutti

L'attività fisica che funziona per chi vuole dimagrire un po'

Come evitare che diventi tutta fatica sprecata

L'obiettivo

Lo scopo non può essere «7 chili in 7 giorni» ma un calo ponderale sano

Non c'è dubbio, questa è "la stagione della dieta". Ma se per dimagrire provassimo quest'anno a puntare sull'attività fisica? Allora, meglio camminare o correre? Allenarsi con i pesi non finirà per farci sembrare più grossi di prima? E ci sono esercizi per dimagrire "solo" sulla pancia o sui fianchi? Prima di "partire" occorre mettere alcuni punti fermi.

«Il primo, da cui non si può prescindere, eppure spesso ignorato, — esordisce Rodolfo Tavana, docente di medicina dello sport all'Università dell'Insubria — è un principio molto semplice: per dimagrire si devono introdurre meno calorie di quelle che si consumano, o consumarne più di quelle che si introducono». Ma siccome non ci si può affamare, e nemmeno si può fare un'attività fisica troppo pesante o che occupi troppo tempo, è bene agire su entrambi i fronti: «abbinando — spiega Tavana — a una dieta ipocalorica, non troppo restrittiva che consenta di "gestire" lo stimolo della fame, un programma di allenamento

che ottimizzi il tempo a disposizione».

Conferma, seppure con qualche distinguo, Antonio Dal Monte, membro della Commissione medica del C.I.O. (Comitato Internazionale Olimpico): «Se si parla di dimagrimento, non si può prescindere dalla riduzione delle calorie che vengono dall'alimentazione. L'attività fisica, a meno che non sia particolarmente prolungata e intensa, riesce ad incidere limitatamente sul peso, fermi restando i molti benefici che apporta all'organismo, tra cui la trasformazione del grasso in massa magra, in muscoli».

Già, i muscoli sono importanti: il muscolo a differenza della "ciccia" è un tessuto vivo, in continuo rinnovamento e con richieste metaboliche quasi dieci volte superiori rispetto al tessuto adiposo. Non solo: l'incremento della massa muscolare porta ad un innalzamento del metabolismo di base, fondamentalmente per due motivi. Il primo: il processo di crescita muscolare dopo un esercizio impegnativo richiede un elevato dispendio energetico, determinando un sensibile incremento del metabolismo basale; il secondo: la massa muscolare, al contrario del tessuto adiposo, necessita di un rifornimento costante di energie e nutrienti per poter essere mantenuta. Ciò favorisce il dimagrimento, poiché è determinante per un sensibile innalzamento del dispendio energetico di base (metabolismo basale).

Inoltre, più ci si allena, più si può aumentare l'impegno fisi-

co e quanto è maggiore lo sforzo, tanto più a lungo, alla cessazione dell'attività, il metabolismo continuerà a funzionare in modo accelerato.

«Perché — spiega Dal Monte — il nostro organismo funziona come il serbatoio di un'auto: più il serbatoio è vuoto — ovvero più l'organismo è "svuotato" di energia — più tempo ci vorrà per riempirlo, e a noi per ricaricarci».

«È fondamentale, poi, non avere fretta — aggiunge Bruno Carù, past President della Società italiana di cardiologia dello Sport —. Il "tutto e subito" piace, ma è poco realistico. I risultati non dipendono solo da qualità e quantità del lavoro, ma anche e soprattutto dalla costanza e dalla regolarità con cui viene svolto. Solo così si possono via via aumentare carichi e intensità di lavoro indispensabili per un sano e duraturo dimagrimento».

Chiariti questi punti, che tipo di attività scegliere per perdere peso? «A un'attività che piaccia, altrimenti abbandoneremo presto tutti i buoni propositi — riprende Tavana —. Poi, se non si ha una buona preparazione fisica e si ha poco tempo, bisogna impegnarsi su più livelli, cominciando col dimenticare l'ascensore e, possibilmente, con l'andare al lavoro a piedi o in bicicletta. A questo, vanno aggiunte almeno tre sedute settimanali di attività fisica. Ogni seduta dovrà iniziare con una fase di riscaldamento (per es. corsetta leggera o cyclette) e finire con lo stretching. Meglio cominciare la seduta vera e propria con una tonificazione

delle grandi masse muscolari che coinvolgano tronco e arti superiori e inferiori (ottimi gli esercizi con macchine da effettuarsi in palestra, o quelli con manubri, bilancieri e cavigliere da eseguire a casa), perché durante la pesistica si utilizza il glicogeno e quando si passa all'attività aerobica si hanno meno zuccheri da consumare e si intaccano di più quei grassi così difficili da "bruciare"».

«Ricordiamo anche — prosegue il medico dello sport — che per dimagrire conta quanto "carico" si solleva complessivamente durante l'intera seduta. Perciò, è inutile sollevare grandi pesi poche volte, a causa dei lunghi tempi di recupero tra una serie e l'altra; meglio il contrario: pochi pesi, più serie, più chili».

Finiti gli esercizi per la muscolatura, si deve passare alla fase aerobica: per dimagrire l'ideale è la corsa, alla portata di tutti se non ci sono controindicazioni come vera obesità o legamenti lassi (allora meglio bicicletta o nuoto).

Bisogna però fare una piccola precisazione tecnica: numerosi studi consigliano, per massimizzare il potere dimagrante della corsa, di mantenere una frequenza cardiaca pari al 60-70% della frequenza massima (vedi grafico), quella che permette di non arrivare al "fiatone". Tuttavia se il tempo a disposizione è ridotto, serve una strategia differente e arrivare ad avere un po' di fiatone: se si



corre lentamente, dato un tempo fisso, si fa poca strada e se i chilometri percorsi sono pochi sarà poco anche il consumo calorico. «Ma — interviene Carù — le persone sedentarie difficilmente saranno in grado di mantenere un'intensità di corsa elevata per molto tempo. Allora, ecco un "trucco": correre in salita, su una pendio dolce o magari su un tapis roulant con il 10-12% di inclinazione».

Uno sforzo superiore al proprio grado di allenamento può creare problemi ad un cuore sano? «Il cuore, — dice Carù — se è sano, risponde bene a qualsiasi sollecitazione. Ma l'attività intensa è comunque rischiosa per muscoli, tendini e articolazioni. Perciò, bisogna essere cauti e programmare il traguardo "dimagrimento" a mesi e non a settimane».

Mabel Bocchi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1-Arti marziali

(karate, kendo)

900 Kcal/ora

L'allenamento per tutte le discipline da combattimento prevede sia un'impegnativa preparazione aerobica finalizzata alla resistenza, sia un potenziamento generale della muscolatura. Un'attività completa che fa bruciare molte calorie, posizionando queste discipline al primo posto della nostra speciale classifica.

Frequenza: massimo tre volte a settimana
Indicazioni: sport impegnativi e di contatto adatti a chi possiede una buona preparazione fisica e tecnica.



2-Nuoto

(stile libero)

729 kcal/ora

È uno sport completo che attiva tutte le masse muscolari; inoltre, l'attrito offerto dall'acqua produce effetti benefici a livello circolatorio. Essendo senza carico, può essere praticato da chi è in sovrappeso, da chi ha problemi articolari o difetti nella deambulazione. Tra i vari stili, dorso e delfino sono i più impegnativi dal punto di vista calorico.

Frequenza: un'ora tre volte alla settimana

Indicazioni: chi soffre di ernia del disco deve escludere gli stili farfalla e rana.



3-Basket

(allenamento)

670 kcal/ora

Si tratta di uno sport caratterizzato da ritmi alti, tempi di recupero limitati, gesti esplosivi a livello degli arti inferiori. Nel basket la parte alta del corpo, che viene un po' meno sollecitata, richiede un lavoro soprattutto di resistenza.

Frequenza: ottimale è praticarlo tre volte alla settimana per almeno un'ora, oppure fare due allenamenti più una partita
Indicazioni: non è uno sport adatto a chi ha problemi alla schiena oppure alle articolazioni di caviglie e ginocchia



4-Calcio

(allenamento)

630 kcal/ora

In una partitella di 90 minuti tra amici, se ci si impegna, si può arrivare a bruciare ben 900 calorie, grazie alla continua alternanza di scatti e corsa blanda.

In particolare, il calcio tonifica glutei e gambe.

Frequenza: due allenamenti a settimana, più partita

Indicazioni: il calcio è sconsigliato per chi ha problemi articolari agli arti inferiori; i terreni duri invernali, alcuni sintetici e quelli utilizzati nel calcetto indoor possono sollecitare eccessivamente i flessori della coscia, gli adduttori e i polpacci.



5-Corsa

(8 km/ora)

630 Kcal/ora

È la migliore attività, alla portata di tutti, per perdere peso in quanto mette in atto il metabolismo aerobico finalizzato a bruciare i grassi.

Frequenza: è fondamentale la gradualità; inizialmente va più che bene correre per 30 minuti a giorni alterni; l'ideale è arrivare a correre un'ora per tre volte alla settimana, non superando il 60-70% della propria massima frequenza cardiaca (vedi articolo sopra).

Indicazioni: da evitare in caso di patologie degenerative alla schiena, se si è in eccessivo sovrappeso, con osteoporosi conclamata.



7-Ciclismo

(15 km/ora)

473 kcal/ora

Affinché l'andare in bicicletta produca benefici effetti sul metabolismo, se lo scopo che ci si propone è quello di perdere qualche chilo di troppo, bisogna pedalare a lungo e a ritmi moderati.

Frequenza: chi si prefigge di dimagrire dovrebbe andare in bicicletta almeno tre volte alla settimana, pedalando per almeno un'ora ciascuna.

Indicazioni: si sconsiglia la bicicletta alle persone che soffrono di artrosi cervicale marcata, di labirintite oppure di vertigini, nonché a chi ha problemi alla prostata.



6-Tennis

(amatoriale)

495 kcal/ora

Va tenuto presente che il tennis fa dimagrire solo se viene praticato per almeno un'ora e mezza, a causa dei lunghi tempi di recupero. Detto ciò si tratta di uno sport completo, che sollecita tutte le grandi masse muscolari del nostro corpo. **Frequenza:** quella ottimale è di tre volte alla settimana, per almeno un'ora e mezza
Indicazioni: attenzione al classico «gomito del tennista» e, quando si gioca su terreni particolarmente duri, a caviglie e ginocchia che sono impegnate in continui cambi di direzione e di ritmo.

La classifica degli sport che possono servire a «bruciare» calorie

Lo sport non solo fa bene al fisico, ma ci fa "sentire bene", perché stimola la produzione di endorfine, sostanze che promuovono una sensazione di benessere con effetti positivi sull'umore. Lo sport, però, non deve diventare una «ossessione». Deve appassionare e divertire. Perché ciò accada, bisogna scegliere l'attività che più piace, quella che riesce meglio, quella verso la quale ci si sente più portati. Allora, se si ama la natura e stare all'aria aperta, perché rinchiudersi in una sala pesi? Meglio senza dubbio fare i propri esercizi di potenziamento a corpo libero su un bel prato. Andranno benissimo lo stesso. Se non si ama il contatto fisico, sarà opportuno evitare sport in cui il contrasto con l'avversario è continuo. Per chi è molto alto, forse non sarà il caso di dedicarsi all'equitazione, mentre se si è molto bassi il basket probabilmente non darà molte soddisfazioni. Le persone che non amano la solitudine scelgano uno sport di squadra; viceversa, se si vive il momento di sport come un'occasione per raccogliere i pensieri, benissimo la corsa o il nuoto. E chi è stressato e stanco, dopo lunghe giornate di lavoro, non deve per forza affrontare il traffico e innervosirsi perché non trova parcheggio, pur di raggiungere un centro fitness. Comunque, tornando allo scopo del dimagrimento, ecco la classifica degli sport che aiutano a ritrovare «la linea». E, come si vedrà, non mancano alcune sorprese. I valori sono calcolati sull'impegno di una persona che pesa 75 chili, per un'ora di attività.

Più ci si allena più si può aumentare lo sforzo e più il metabolismo resterà accelerato

I muscoli hanno necessità metaboliche superiori rispetto al tessuto adiposo

Ricerca

In montagna è più facile mangiare meno

Già negli anni '50 i ricercatori si erano accorti che escursionisti ed atleti, posti ad alte quote, perdevano peso. L'effetto sarebbe stato lo stesso in persone obese e sedentarie? Per scoprirlo, Florian Lippl, dell'Università di Monaco di Baviera, ha arruolato 20 uomini con un peso medio di 105 kg. Per una settimana ha controllato cosa mangiavano e bevevano, e quanto camminavano. Poi li ha trasferiti per due settimane a 2.650 metri di altitudine, senza restrizioni alimentari e senza alcun esercizio fisico. Dopo li ha seguiti per 4 settimane a livello del mare. In media, mentre erano in quota, avevano perso 1,5 kg: avevano mangiato meno (734 Kcal in meno al giorno) e il calo

di peso si è mantenuto nelle ulteriori 4 settimane. L'aria della montagna, povera di ossigeno accelera il metabolismo e l'organismo brucia più calorie anche a riposo. Ma un ruolo importante hanno avuto anche gli ormoni leptina e grelina. Il primo, che sopprime il senso di appetito, in montagna è aumentato; il secondo, che dà il senso di appetito, è rimasto invariato.

Illusioni

Non credete a chi propone scorciatoie

Quando si è alla ricerca del peso ideale è facile farsi incantare da promesse illusorie.

Se, per esempio, vi dicono che col tal preparato brucerete calorie anche dormendo, vi dicono una cosa vera, perché anche nel sonno il metabolismo basale consuma calorie, ma il preparato non aggiungerà nulla a questa normale attività dell'organismo. Quanto a lassativi, diuretici e sauna fanno perdere solo, e momentaneamente, acqua e sali minerali (sodio, potassio e cloro). Sali che devono essere recuperati in breve tempo, altrimenti si rischiano quanto meno crampi muscolari e perdita di efficienza fisica.

Massaggi e idromassaggio possono aiutare nel recupero dalla fatica muscolare (smaltimento delle tossine), ma non intaccano le riserve di grasso sottocutaneo.

L'unica persona che con il massaggio consuma calorie è che, quindi, può dimagrire è il massaggiatore.

Le creme applicate localmente possono avere un effetto estetico legato alla maggiore idratazione e ad una circolazione sottocutanea momentaneamente più attiva.

Le tute sintetiche di ultima generazione che non permettendo la traspirazione danno solo l'impressione di una maggiore sudorazione. E attenzione: a contatto con la pelle possono causare fastidiose irritazioni cutanee.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IMPORTANTI I MUSCOLI MA ANCHE L'UMORE



L'esercizio sviluppa i muscoli e muscoli più sviluppati bruciano più calorie e più in fretta



L'attività fisica favorisce il rilascio di endorfine, gli "ormoni della felicità", che, fra l'altro, riducono la tentazione di abbuffarsi per "consolazione"

TRE REGOLE FONDAMENTALI



Costanza e regolarità sono fondamentali per riuscire ad aumentare progressivamente i carichi e l'intensità del lavoro, necessari per un sano e duraturo dimagrimento



Per dimagrire è inutile sollevare grandi pesi poche volte, meglio il contrario perché questo consente di accorciare i tempi di recupero e alla fine saranno di più i chili sollevati



Finiti gli esercizi dedicati alla muscolatura, si deve passare alla fase aerobica, per dimagrire (corsa, nuoto, bicicletta)

I LIMITI PER IL CUORE

Diversi studi consigliano di correre mantenendo una frequenza pari al 70% della frequenza cardiaca massima (vedi calcolo sotto), ma per aumentare il potere dimagrante della corsa, se si è in buona forma fisica, l'ideale è alternare momenti di allenamento a bassa intensità (circa il 60% della frequenza cardiaca massima) con momenti ad alta intensità (fino al 90% della frequenza cardiaca massima)

Ecco come calcolare la FREQUENZA CARDIACA MASSIMA

$$= 208 - (0.70 \times \text{età})$$

Quanto si consuma correndo

$$\text{CALORIE} = 0,9 \times \text{Km percorsi} \times \text{Peso corporeo}$$

GRASSI (in grammi)

$$\text{Peso corporeo} \times \text{Km percorsi} / 20$$

Quanto si consuma camminando

$$\text{CALORIE} = 0,45 \times \text{Km percorsi} \times \text{Peso corporeo}$$

GRASSI (in grammi)

$$\text{Peso corporeo} \times \text{Km percorsi} / 35$$

Defibrillatori L'idea di miniaturizzare questi apparecchi per inserirli direttamente nel torace ha salvato milioni di vite dalle aritmie più gravi

Il medico che inventò le sentinelle da mettere vicino ai «cuori matti»

Il cardiologo Michel Mirowski non si diede mai per vinto, neppure quando fu accusato di voler piazzare «una bomba nel corpo di un uomo»

Tecnologia

L'evoluzione dello strumento che interviene in caso di arresto cardiaco

Il soccorso esterno

Negli anni Sessanta esisteva già il defibrillatore esterno, con le placche da appoggiare sul petto per dare la scossa, ma pesava svariati chili e non era trasportabile

di ELENA MELI

Quando in una sera di maggio del 1966 il cardiologo Harry Heller arrivò al pronto soccorso del Tel Hashomer Hospital di Tel Aviv era già troppo tardi: il suo cuore era fermo. L'allievo prediletto, Michel Mirowski, era di guardia ma non poté far nulla per salvare la vita all'uomo che qualche anno prima lo aveva accolto come un figlio e gli aveva insegnato tutto della professione medica.

Due settimane prima ad Heller era stata diagnosticata una grave aritmia; la morte era sopraggiunta per una fibrillazione ventricolare, un'accelerazione del battito cardiaco tanto rapida e tumultuosa da provocare l'arresto cardiaco. E mentre Michel non si dava pace per la morte dell'amico, un pensiero gli attraversò la mente: sarebbe bastato l'intervento immediato di un defibrillatore. Fu quello il primo abbozzo dell'idea che accompagnerà il resto della vita di Mirowski, l'inventore del defibrillatore impiantabile.

Michel Mirowski si chiamava in realtà Mordechai Frydman ed era un ebreo polacco, nato a Varsavia nel 1924. Suo padre gli cambiò il nome in Mieczyslaw Mirowski nel 1939, per sfuggire alle persecuzioni naziste. Ma non bastò, e il quindicenne Mieczyslaw lasciò la famiglia per rifugiarsi in Unione Sovietica, dove visse di stenti per tutta la seconda guerra mondiale. Tornato in Polonia alla fine del conflitto, scoprì di essere l'unico della sua famiglia sopravvissuto al genocidio nazista, così decise di abbandonare quella terra per sempre e si iscrisse alla facoltà di medicina di Lione,

in Francia, dove conobbe la moglie e cambiò definitivamente il nome in Michel Mirowski. Riuscì a laurearsi e nel 1954 si trasferì a Tel Aviv, iniziando a lavorare come cardiologo nell'ospedale dove esercitava il professor Harry Heller, che lo prese sotto la sua ala.

Dopo la morte dell'amico-mentore il solo pensiero di Mirowski fu, dunque, quello di trovare il modo per inserire un defibrillatore nel torace e salvare la vita a chi aveva una fibrillazione cardiaca.

Negli ospedali già si poteva trovare il defibrillatore esterno, con le placche da appoggiare sul petto per dare la scossa al cuore quando si ferma. Lo aveva messo a punto pochi anni prima il cardiologo Bernard Lown: era un apparecchio che pesava svariati chili, per nulla trasportabile, che però in ospedale aveva già salvato la vita a tantissimi pazienti.

«Mirowski fu osteggiato da tutti i colleghi: lo stesso Bernard Lown lo giudicò un pazzo, non sembrava possibile rimpicciolire i componenti del defibrillatore per inserirlo in un paziente — racconta Antonio Raviele, direttore del Dipartimento cardiovascolare dell'ospedale di Mestre e presidente del congresso internazionale sulle aritmie che ogni anno si tiene a Venezia —. Mirowski però non si è mai dato per vinto, neppure quando fu accusato di voler piazzare «una bomba nel corpo di un uomo»».

Il caparbio Michel capì che non avrebbe potuto portare avanti il suo progetto in Israele e nel 1968 emigrò di nuovo, stabilendosi negli Stati Uniti, a Baltimora. Al Sinai Hospital, dove dirigeva l'unità corona-

rica, c'era un laboratorio per gli esperimenti sugli animali; assieme al collega Morton Mower, Mirowski cominciò a testare la sua ipotesi e già nel 1969 impiantò un prototipo di defibrillatore interno in un cane.

«Il primo studio sui defibrillatori impiantabili di Mirowski fu bocciato per la pubblicazione proprio da Lown — ricorda Raviele —. L'editore della rivista decise di pubblicare lo stesso il lavoro scientifico, accompagnato da un commento al vetriolo di Bernard Lown.

Gli esperimenti di Mirowski proseguirono fra mille difficoltà: nessuno voleva finanziarlo, i National Institutes of Health misero in chiaro che non avrebbero mai scucito un centesimo per quelle ricerche su cui tutti erano scettici. Per fortuna nel 1972 il cardiologo trovò un'azienda di dispositivi medici disposta a credere nel suo progetto. Grazie a questa collaborazione, nel 1975 Michel creò il primo defibrillatore completamente impiantabile e lo inserì in un cane; il video dell'esperimento di defibrillazione nell'animale stupì tutta la comunità medica e qualcuno iniziò a chiedersi se quell'ostinato ebreo non avesse visto giusto. Il 4 febbraio del 1980, al Johns Hopkins Hospital di Baltimora, Mirowski impiantò per la prima volta un defibrillatore in un essere umano. Nel 1985, quando in tutto il mondo già 800 pazienti avevano ricevuto il defibrillatore interno, la Food and Drug Administration lo autorizzò per l'uso medi-



co; da allora, la strada è stata tutta in discesa. «Il primo apparecchio pesava circa 300 grammi, per inserirlo occorreva una toracotomia e poteva dare una scarica solo in caso di fibrillazione ventricolare — dice Raviele —. Dopo pochi anni divenne possibile l'impianto per via transvenosa, senza aprire tutto il torace: il primo caso in Italia lo facemmo a Mestre, nel 1988».

Lo strumento andò rimpicciolendosi e nei primi anni '90 divenne in grado di intervenire anche in caso di tachicardia ventricolare. Ma Mirowski non c'era più per vedere quanta strada avesse fatto la sua idea: morì nel 1990, ad appena 66 anni.

La genialità dell'intuizione avuta in quel pronto soccorso di Tel Aviv era stata finalmente riconosciuta da tutto il mondo e lui, poliglotta che conosceva alla perfezione sei lingue, aveva tenuto conferenze ovunque. L'unica lingua che si era sempre rifiutato di imparare rimase, fino all'ultimo, il tedesco.

IMMAGINE RICERATA

Chi è

Michel Mirowski, nato a Varsavia nel 1924, laureato in Francia, nel 1954 si trasferì a Tel Aviv. Brillante ricercatore, trascorse diversi periodi di formazione negli Stati Uniti e anche in Messico.

L'iniziativa

Tutti dobbiamo imparare a sentire il ritmo

È una delle aritmie più frequenti: 600 mila le persone che ne soffrono in Italia, 100 mila nuovi casi all'anno. Ed è pericolosa: la fibrillazione atriale aumenta il rischio di insufficienza cardiaca, ictus (per ogni anno passato in sua compagnia, la probabilità di ictus sale del 4-5 per cento) e di scompenso cardiaco.

Anche per questo parte oggi la campagna **STOP FA**, *Uniti contro la fibrillazione atriale*, promossa dalla Associazione Lotta alla Fibrillazione Atriale (ALFA) per tutto il 2011: sul sito web www.stopfa.it sarà possibile trovare informazioni e materiale sulla malattia, come prevenirla, come curarla; inoltre, si potranno scaricare video e opuscoli educativi. «A giugno si terrà una Giornata nazionale in cui i medici misureranno la frequenza cardiaca dei cittadini, ma tutti possono fare qualcosa anche da soli — spiega Antonio Raviele, presidente dell'ALFA —. Lo slogan della campagna è infatti «Al polso c'è qualcosa di prezioso, il tuo battito»: prendere confidenza con il ritmo del proprio cuore imparando a sentirlo tastando il polso è un metodo a costo zero per accorgersi se qualcosa non va, se il ritmo cardiaco fa i capricci ed è quindi il caso di rivolgersi al medico.

INTERVISTA | Guido Rasi | Aifa

«Il caro-farmaci causerà disagi, però temporanei»

Roberto Turno

«Io credo e auspico che fin dai prossimi giorni, pian piano, le industrie inizieranno ad adeguare i listini dei loro farmaci al nuovo prezzo di rimborso e che la situazione si normalizzerà». Guido Rasi, 57 anni, direttore generale dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), esprime un cauto ottimismo sulla possibilità che per i cittadini si azzeri, o almeno si attenui, il caro-ticket scattato venerdì sui prezzi dei farmaci fuori brevetto. Ma - come aggiunge Rasi anche in un ampio intervento sul prossimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» - la farmaceutica non può sopportare altri tagli. Nel settore s'è raschiato il fondo del barile: in sanità si può "colpire" altrove.

Professor Rasi, le industrie non abbassano i prezzi dei farmaci off label e i cittadini pagano. Che farà l'Aifa?

L'Aifa monitora continuamente la situazione e da domani intensificheremo ancora tutte le verifiche necessarie. Assogenerici ci ha assicurato che per la maggior parte delle imprese ci sarà rapidamente un adeguamento ai nuovi prezzi di rimborso. Credo che i disagi saranno solo temporanei.

Ma le imprese sono scettiche: a quei livelli di prezzo, sostengono, non ce la faranno mai a stare sul mercato.

Le maggiori difficoltà a ridurre i prezzi le industrie possono averle forse sui prodotti a costo più basso. Effettivamente, e l'abbiamo detto fin dalla manovra del luglio scorso, esiste un problema di volumi di vendita per i generici. Ed è questa infatti la nostra preoccupazione. In Italia abbiamo prezzi allineati o più bassi che in Europa, ma per volumi siamo molto

indietro. Per questo stiamo lavorando a un accordo con le aziende produttrici. Già lo sapevamo e con le liste di trasparenza abbiamo già cercato di dare le prime risposte. Faremo di più.

Intanto, ripeto, i cittadini pagano. E tanto più in tempi di crisi, le stangate sui farmaci, mini o maxi che siano a seconda del medicinale, non le prendono certo bene.

Io credo e auspico che pian piano fin dai prossimi giorni la situazione inizierà a normalizzarsi e che il mercato si assesterà. Anche perché per i farmacisti esiste un problema di smaltimento delle scorte. Domani avremo una prima verifica e sono sicuro che riusciremo a ridurre al minimo i disagi per i cittadini. Se ci fossero problemi di tempi, continueremo a cercare un accordo.

Le industrie dicono: tutte le manovre in sanità colpiscono solo noi, ci usano come un bancomat. Che ne pensa?

La spesa farmaceutica territoriale ha dimostrato negli ultimi anni di essere sotto controllo. Nonostante questo la situazione congiunturale ha continuato a richiedere il reperimento di risorse soprattutto alla filiera del farmaco senza che vi fossero margini tali da garantirne la sostenibilità e senza inquadrare gli interventi in un contesto di politica industriale. L'Aifa, per la propria missione, ritiene che non possano essere trascurate le preoccupazioni per le ripercussioni sul settore produttivo e occupazionale della farmaceutica. Ecco, credo che in sanità esistano altri capitoli di spesa su cui intervenire, se serve, senza incidere sul sistema produttivo del Paese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il numero

Malati terminali: terapia del dolore solo in mezza Italia

In Italia muoiono ogni anno oltre 168 mila persone a causa di una patologia oncologica (Istat, 2009). Il 90% di questi malati, nelle ultime fasi della vita, ha bisogno di terapia del dolore, ma la rete dei servizi è ancora drammaticamente sgaurita. Solo 10 regioni hanno «almeno un laboratorio di terapia antalgica, dove

spesso il servizio è svolto garantendo la presenza di un medico anestesista rianimatore». Inoltre, «nel Centro-Sud, ancora pochi ospedali assicurano la registrazione dell'intensità del dolore in cartella clinica e anche al

Nord si fa solo in poche unità operative diverse da quelle chirurgiche». Sono le parole della relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge (38/2010) sulle cure palliative e la terapia del dolore, a un anno dalla sua emanazione. Un divario che incide sulla qualità del servizio ai cittadini e per il quale il **Ministero della Salute** auspica una soluzione «nei prossimi 2-3 anni». Cresce, invece, la presenza di hospice, destinati ad accogliere malati in fase terminale, e aumentano i posti letto. Le regioni più avanti nell'attuazione del programma? Lombardia, Emilia Romagna e Basilicata.

10

È il numero delle regioni che assicurano l'assistenza ai pazienti oncologici terminali bisognosi di terapia del dolore



Per saperne di più
Sullo stato delle terapie palliative
www.salute.gov.it



Assistenza Le associazioni dei malati denunciano carenze e difficoltà

Per la cura dell'emofilia centri solo «sulla carta»

Iniziativa

La Giornata mondiale per chi ha difetti della coagulazione del sangue



Dove in teoria risulta una struttura magari c'è solo un medico prescrittore

Una rete di carta. Disegnata sulle mappe, ma di fatto molto meno consistente di quanto appaia. Dei 52 Centri per l'emofilia censiti dall'Istituto superiore di sanità, molti non sono neppure codificati dalle Regioni di appartenenza. «Dove, in teoria, risulta un centro, magari c'è un medico prescrittore e basta — spiega Gabriele Calizzani, presidente della Federazione delle associazioni emofiliche (FedEmo) —. Il motivo? Non esiste un percorso definito per l'accreditamento».

Nella settima Giornata mondiale dedicata a questa malattia di origine genetica, dovuta a difetti della coagulazione del sangue, l'emofilia italiana deve ancora fare i conti con una situazione di estrema frammentarietà dei servizi e, quindi, piena di ostacoli per i pazienti. Perché è ovvio che se il punto di riferimento manca o non garantisce l'assistenza adeguata o rischia magari di chiudere se viene meno la figura un ex primario ospedaliero «fondatore» (come sta accadendo), gli emofilici sono costretti a migrare anche a centinaia di chilometri dalla loro città. Di qui la necessità di «fare rete insieme», slogan lanciato da FedEmo per la Giornata mondiale in Italia.

Ora la Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni, con il coordinamento del Centro nazionale sangue, si sta finalmente occupando di fissare gli stan-

dard minimi di struttura e di organizzazione per l'accreditamento dei Centri di diagnosi e cura, attraverso linee guida. Raggiungere l'obiettivo sarebbe già un bel passo avanti. «Oggi grazie alla disponibilità dei farmaci — dice Calizzani —, ai progressi della ricerca e ai nuovi regimi di trattamento il paziente emofilico ha un'aspettativa di vita simile a quella della popolazione generale. Ma è la qualità della vita ad essere fortemente condizionata». Due esempi per tutti. Sembra che le Regioni siano intenzionate a centralizzare l'acquisto dei farmaci per l'emofilia, anche con gare interregionali. Secondo i pazienti, questa procedura basata più sull'economia che sulla qualità del prodotto potrebbe essere pericolosa perché li costringerebbe a utilizzare un farmaco magari meno compatibile. Normalmente poi un paziente si cura a casa assumendo il fattore mancante per via endovenosa e si rivolge ai Centri per l'emofilia per i controlli periodici. Trattandosi di un atto medico, occorrerebbe autorizzarlo con una legge che però esiste solo in metà delle Regioni italiane. Nelle altre, il paziente di fatto per curarsi è messo nelle condizioni di essere un fuorilegge.

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il progetto

Sicurezza anche nell'emergenza

Un database con la «cartella clinica» dei pazienti, aggiornabile ogni ora; un programma per consultarlo anche da computer palmare e una reperibilità medica sulle 24 ore. Così al Centro per le malattie emorragiche dell'ospedale Gaslini di Genova, diretto da Angelo Molinari, hanno creato un servizio innovativo per i pazienti emofilici che possono avere urgente bisogno di cure specifiche e non sempre trovano un pronto soccorso competente. Ora il progetto «ER Safe Factor» punta all'estensione in tutta Italia.

