

Selfie e carezze Il parto del papà

«Il partner
in sala? Ormai
è una presenza
scontata»
Ecco cosa
(non) fare

9,8

Per cento La quota, tra le persone che assistono al parto, di familiari diversi dal padre (8,64%) e persone di fiducia (1,16%)

100

Per cento La presenza dei papà molisani in sala parto. In Calabria ci sono 66 su 100, in Campania sei su dieci, in Sardegna il 38%

ROMA Non più spettatori passivi in sala parto. Oggi i papà fanno il selfie col bambino appena nato, velocissimi nel diffondere attraverso i social network la prova fotografica del lieto evento. L'autoscatto dell'interista Mauro Icardi, sorridente in camicia verde e cuffia assieme alla compagna Wanda Nara e alla piccola Francesca, è stata subito postata su Instagram e Facebook, facendo il giro del mondo.

Fenomeno in rapidissima espansione l'uso dello smartphone per immortalare la nuova famiglia subito dopo il primo vagito. Diversi personaggi noti hanno annunciato orgogliosi col selfie la nascita del bebè, commentata magari con un tweet. Esempi recenti tra centinaia di uomini italiani il deejay Francesco Facchinetti, la pop star Robbie Williams e la modella Claudia Galanti.

La tendenza conferma una realtà. Il partner in sala parto è

ormai una presenza scontata. «Se non lo vediamo entrare, viene spontaneo chiedere alla mamma "e suo marito non è venuto?"», racconta Anita Regalia, ostetrica storica, quarant'anni di esperienza tra Mangiagalli a Milano, Varese e Monza, ora in pensione, dedita alla formazione degli operatori.

Secondo i dati del ministero della Salute, raccolti attraverso le schede di dimissione dall'ospedale, nove uomini su dieci partecipano all'atto conclusivo della gravidanza, nell'8,6% dei casi è un familiare, nell'1,16% una persona di fiducia. Il fenomeno è più deciso nelle regioni del Nord, meno al Centro, ancor meno nelle Isole e al Sud. Se in Molise il 100% dei partner sono accanto alla moglie assieme a ginecologi e ostetriche, in Calabria la percentuale si abbassa (6-7 su 10) e in Sardegna e Campania si riduce ulteriormente sfiorando

la soglia di 4 su 10. Qui le figure scelte dalla donna sei volte su 10 sono la madre o la sorella. L'introduzione di un testimone-assistente non è possibile con il taglio cesareo che è un vero e proprio intervento chirurgico.

«L'uomo deve esserci sempre, soprattutto durante il travaglio, una fase fondamentale della vita in cui è necessaria una forte partecipazione affettiva. Raccomando alle coppie di non negarsi questa esperienza a due», è d'accordo Paolo Scollo, presidente nazionale Sigo, la Società italiana di ginecologia e ostetricia (venerdì la presentazione di nuovi dati sulle tendenze della maternità moderna).

«Capita che qualcuno svenga — racconta —. Noi lo intercettiamo perché lo vediamo impallidire e lo invitiamo a uscire o a sedersi. Conosciamo bene i tipi a rischio. Nella metà dei casi al primo vagito l'uomo



piange prima della donna che è ancora presa dai dolori».

Massimo Giovannini, responsabile del Dipartimento materno infantile al Pertini di Roma, non si stupisce più: «Se il papà è con noi, è bene accolto e non intralcia, purché non dia problemi. L'importante è che non abbia ansie né le trasmetta altrimenti è d'impaccio.».

Gli svenimenti sono da mettere in conto: «Mentre il mio Leone nasceva ho perso i sensi quattro volte in 10 minuti. Allora mi sono detto che sarebbe stato meglio uscire. Wilma, la mia compagna, se la sarebbe cavata da sola», non si vergogna ad ammettere quegli atti di debolezza Facchinetti.

Ma quale ruolo spetta agli uomini quando desiderano assaporare fin dall'inizio le gioie della paternità? «Vanno coinvolti nell'accompagnamento al parto. Devono essere attori, non spettatori. Dunque accarezzare la compagna, rassicurarla. Prendere in braccio il piccolo senza aver paura di farlo. È un evento emotivo e affettivo che va vissuto pienamente», ripensa alle sue tante belle avventure professionali la Regalia. Gli errori da non commettere: non porre domande tecniche sulle manovre in corso, rimproverare la partoriente per comportamenti che si ritengono inadeguati. Non chiedere per lei l'acqua o l'uso dell'epidurale (analgesia che evita i dolori dell'espulsione e del travaglio).

E i selfie? «Non sono favorevole, però appartengo a un'altra generazione. Se esprimono emozioni e non narcisismo allora via libera. Ognuno deve lasciarsi andare alla felicità come gli viene spontaneo».

E ancora. Non è necessario decidere troppo in anticipo se entrare o no in sala parto. Meglio basarsi sullo stato d'animo del momento: «Se temete di svenire, aspettate fuori. Sarà bellissimo lo stesso».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da fare

- Ecco alcuni suggerimenti in sala parto nei momenti più importanti

- Il neopapà deve fare delle carezze alla propria moglie per rassicurarla

- Il neopapà deve cercare di prendere in braccio il bimbo appena nato

- Trattandosi però di attimi delicati e intensi, il papà può chiedere di uscire se è in stato di ansia

Da evitare

- Questi tre suggerimenti su cosa, invece, non bisognerebbe fare in sala parto

- Innanzitutto non bisogna dare consigli alla donna o suggerire comportamenti

- Evitare l'utilizzo del cellulare durante il travaglio

- Evitare di rivolgere domande tecniche ai sanitari



Il calciatore Il selfie — pubblicato su Twitter — di Mauro Icardi, l'attaccante argentino dell'Inter, poco dopo il parto della moglie Wanda Nara



Il cantante Robbie Williams ha raccontato sui social network il parto della moglie Ayda Fields e ha cantato e ballato al momento clou postando tutto in Rete

Trattamenti

Una nuova terapia anti-tumore all'ovaio

In Italia si contano circa 87mila casi all'anno di tumori maligni femminili. Ad aumentare quelli al polmone e al seno, soprattutto tra le under40. La più difficile da identificare è la neoplasia all'ovaio. Una malattia sottovalutata: 8 donne su 10 non la conoscono e una su tre lo confonde col tumore dell'utero, secondo un'indagine di "Acto onlus-Alleanza contro il tumore ovarico". Oggi la nuova frontiera di cura è rappresentata dalle terapie a bersaglio molecolare. Sta emergendo una classe di agenti terapeutici (Parp inibitori) che bloccano l'enzima coinvolto in vari processi cellulari, tra cui la resistenza dei tumori alla chemioterapia. A questa classe di farmaci fa parte Olaparib, al quale la Commissione europea ha appena concesso l'autorizzazione all'immissione in commercio «Le donne con una mutazione Brca sono particolarmente a rischio di sviluppare questa malattia, erano estremamente necessarie opzioni terapeutiche con nuove modalità di azione - spiega Nicoletta Colombo, direttore della Ginecologia oncologica all'Istituto europeo di oncologia di Milano - Lo sviluppo di un trattamento mirato come questo è un ottimo esempio di ricerca pionieristica tradotta in una terapia, che ha il potenziale di trasformare la vita delle pazienti».

A.Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'allarme della Corte dei Conti: senza investimenti potrebbero non essere più garantiti i livelli essenziali specie al Sud. Aumenta la spesa per i ticket dei farmaci. Nuove agevolazioni per celiachia e fecondazione eterologa

«Assistenza a rischio»

2,8%

la contrazione della spesa sanitaria dal 2010 pari a 3.176 milioni

66,6%

l'aumento della spesa per i ticket sui farmaci negli ultimi cinque anni

LA RELAZIONE

Senza investimenti in Sanità, soprattutto nell'ambito dell'assistenza domiciliare e territoriale e in quello dell'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale, l'attuale assetto dei Lea, ovvero dei Livelli essenziali di assistenza, potrebbe essere a rischio, specie nelle regioni del Sud. A lanciare l'allarme, a pochi giorni dalla presentazione proprio dei nuovi Livelli essenziali di assistenza annunciata dal [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) e sul quale sono al lavoro anche le Regioni, è la Corte dei Conti, nella Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali 2013. Che sottolinea anche come, nello stesso tempo, sia aumentata del 66,6% in cinque anni la spesa degli italiani per i ticket sui farmaci: nel 2013 infatti sono stati versati 1.413 milioni di euro, pari all'1% della spesa sanitaria nazionale, a fronte di un incremento del numero di ricette del 6,3%, con una media pro capite di circa 24 euro.

IL DEFICIT

Dopo i tagli lineari su alcune importanti voci di bilancio (farmaceutica, personale, acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati), che hanno portato a un costante e progressivo riassorbimento dei deficit e a una contrazione complessiva della spesa sanitaria pari al 2,8% dal 2010 al 2013 (riduzione pari a 3.176 milio-

ni) - avverte la Corte - ma altri risparmi, ottenibili aumentando l'efficienza, se non reinvestiti in ambiti come ad l'assistenza territoriale e domiciliare o nella tecnologia «potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei Lea, facendo emergere, nel medio periodo, deficit assistenziali, più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze». In queste, infatti, peserà ancora di più lo stop all'acquisto di nuovi macchinari, come il blocco al turn over o l'assistenza a persone, soprattutto anziane, con basse disponibilità economiche.

«Potrebbero emergere nel medio periodo, deficit assistenziali - scrive la Corte dei Conti - più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze. Ad esempio, il divario esistente tra Regioni centro settentrionali e meridionali è accentuato dalla flessione generale degli investimenti pubblici nel triennio 2011-13 (che, in percentuale al Pil, decrescono dal 2,7% al 2,3%)». Per ridurre la sperequazione tra Nord e Sud secondo la Corte, occorre programmare «nuove risorse per un nuovo piano nazionale di investimenti», un tema già affrontato nel nuovo patto della salute siglato il 10 luglio scorso e che prevede sugli investimenti e l'ammodernamento tecnologico che il governo si impegni ad assicurare alle Regioni, «nell'ambito del complessivo fi-

nanziamento allocato sul comparto degli interventi infrastrutturali», adeguate risorse finanziarie.

LE NOVITÀ

Nella lista delle prestazioni erogate dal servizio sanitario, pronte a giorni come annunciato dal ministro [Lorenzin](#), dovrebbero entrare i trattamenti per la fecondazione eterologa, ma anche le indagini cliniche per la diagnosi della celiachia, le cure per l'endometriosi, una malattia che solo in Italia colpisce oltre tre milioni di donne e le agevolazioni per i malati di Bpco, ovvero la Broncopneumopatia cronica ostruttiva. Dalla relazione arriva inoltre anche il suggerimento di operare un processo di revisione della spesa sanitaria «più selettivo e reinvestire risorse nei servizi sanitari più carenti, traendole dai settori dove vi sono inefficienze da recuperare, come nell'ambito degli acquisti di beni e servizi non effettuati mediante ricorso a centrali regionali d'appalto o a specifiche convenzioni, dell'inappropriatezza prescrittiva e delle prestazioni rese in ambito ospedaliero».

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RIFORMA ACCORCIA DI UN ANNO 30 CORSI SU 50

A Medicina più posti nelle scuole di specialità

FLAVIA AMABILE
ROMA

Specializzazioni mediche, si cambia. Già da questo anno accademico, i giovani medici appena laureati potrebbero vedere accorciato di un anno il loro percorso nelle scuole di specializzazione medica. Alla fine dovrebbero sostenere un esame nazionale di certificazione per singola specialità, a garanzia della loro preparazione. E durante la formazione non presteranno servizio solo nei policlinici universitari ma anche negli ospedali della loro zona. Sono alcune delle novità del decreto di riforma delle specializzazioni mediche, che ha ricevuto il via libera del Consiglio superiore di sanità ed è in attesa della firma dei ministri dell'Istruzione e della Salute per completare l'iter.

Secondo Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale, e presidente della V sezione del Cns, i risparmi che si otterranno dalla riforma «serviranno anche ad aumentare il numero di borse per le scuole di specializzazione, oggi circa 5mila a fronte di circa 10mila

laureati in Medicina l'anno». Da un lato, «accorciando la durata delle scuole si risponde all'esigenza di risparmiare in tempi di crisi, dall'altro c'è la riorganizzazione dell'ordinamento attraverso un'operazione di qualità che ci permette di mantenerci in linea con l'Europa. In pratica, riduciamo la "cilindrata", ovvero la durata delle scuole, ma aumentiamo i "cavalli motore", ovvero la qualità del sistema». I cambiamenti, spiega Lenzi, prevedono anche l'accorpamento di alcune scuole e l'eliminazione di Medicina aerospaziale e Neurofisiopatologia. Le scuole passeranno da 57 a 50, e per 30 di esse il percorso verrà accorciato di un anno.

Per quel che riguarda la formazione in corsia si punta a specifiche convenzioni e meccanismi di accreditamento rigorosi. Le Regioni si sono dette pronte a finanziare borse di studio. Oggi si terrà ancora un incontro al **ministero della Salute** per il testo definitivo. La proposta - che registra un giudizio «parzialmente positivo» del maggiore dei sindacati medici, l'Anaa - è stata però criticata da presidi e docenti delle Facoltà di Medicina campane.



Martedì 20 GENNAIO 2015

Medici e responsabilità professionale. Quasi nove su dieci già assicurati. Ma le polizze non fanno stare comunque tranquilli

Il 78,9% dei medici è infatti preoccupato di una controversia pretestuosa e il 72% vorrebbe polizze che assicurino una tutela legale completa. Un medico su sei chiamato in giudizio dal paziente. Resta disagio per i premi esorbitanti ma comunque la metà degli assicurati rinuncia alla franchigia per il risarcimento danni. Il sondaggio presentato oggi al ministero della Salute

Una categoria previdente quella dei medici o forse spaventata. Il livello di attenzione ai rischi legati all'attività professionale è infatti molto alto, tant'è che circa otto professionisti su dieci (il 78,9%) sono preoccupati di incorrere in una controversia pretestuosa. E il 72% vorrebbe che nella propria polizza fosse inserita anche la tutela legale completa. D'altro canto quasi due medici su dieci hanno dovuto sostenere una controversia con il paziente. Il risultato? Nove medici su dieci si erano assicurati ancor prima che arrivasse l'obbligo di legge per i professionisti del settore privato.

A fotografare lo stato dell'arte sulle assicurazioni per il mondo professionale medico è un "Sondaggio sulle assicurazioni per il mondo medico sanitario" realizzato dall'Osservatorio internazionale della sanità (Ois) in collaborazione con l'Omceo di Roma e presentato questa mattina al ministero della Salute.

Il sondaggio on line ha coinvolto oltre 1.000 camici bianchi con l'obiettivo non solo di fotografare la situazione, ma anche di raccogliere i loro desiderata sulla materia. Anche perché l'argomento è particolarmente caldo e i medici da tempo denunciano il clima da "caccia alle streghe" che contribuisce ad aumentare il ricorso alla medicina difensiva. Per questo chiedono che si accelerino i tempi per arrivare a una legge sulla responsabilità professionale derivante dall'atto medico. Un intervento legislativo organico e risolutivo che non dovrebbe tardare ad arrivare come hanno evidenziato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**.

"L'allarmante incremento del numero dei contenziosi in ambito sanitario registrato negli ultimi anni – scrive il ministro **Lorenzin**, in un messaggio agli organizzatori della presentazione dei risultati del sondaggio – impone oggi una risposta seria sia ai cittadini sia ai professionisti. Il professionista sanitario coinvolto nei contenziosi, infatti, è spesso costretto ad affrontare conseguenze in sede civile, penale e contabile e disciplinare, con esiti drammatici anche laddove poi il giudizio si risolve favorevolmente".

Da ciò ne deriva un crescente ricorso alla cosiddetta medicina difensiva "finalizzata, in via prioritaria, a scongiurare eventuali procedimenti giudiziari e pretese risarcitorie". Il Decreto Balduzzi, ha ricordato il ministro, ha cercato di dare una prima risposta in materia di responsabilità professionale lanciando "un sasso nello stagno". E ora, ha precisato il ministro "probabilmente i tempi sono maturi per un intervento più organico e veramente risolutivo. Un intervento che non si risolva come la ricerca dell'impunità per i professionisti che sbagliano, ma che al contrario, assicurando la giusta serenità a questi ultimi riduca sino ad eliminarli i casi di malpractice, erogando una effettiva tutela al diritto

costituzionale alla salute”.

“Il fenomeno della responsabilità professionale è complicato e molto avvertito dai professionisti – ha spiegato **Vito De Filippo**, sottosegretario al ministero della Salute intervenuto alla presentazione dei dati del sondaggio – c’è un’esigenza che riguarda la medicina difensiva, ormai un costo elevato per il Ssn. Siamo alla conclusione dell’iter legislativo per una normativa unica sul tema della responsabilità professionale, la tutela assicurativa e la malpractice. Serve una normativa organica, per dare un orientamento su tutti gli aspetti di questa problematica”.

Ma nell’attesa di un provvedimento normativo che dia risposte definitive, i medici non abbassano la guardia. “La categoria medica è molto attenta ai rischi legati alla propria attività professionale – ha spiegato **Alessandro Solipaca**, direttore scientifico dell’Ois– i dati raccolti confermano l’elevata percezione del rischio da parte dei medici e che trova riscontro nelle effettive controversie che questi sono costretti a fronteggiare nello svolgimento della loro professione”.

E come emerge dal sondaggio, l’86,8% dei medici ha un’assicurazione. Una pratica ben conosciuta anche tra i giovanissimi camici bianchi: ben il 75% ha stipulato un contratto di assicurazione professionale. Anche se i costi preoccupano i professionisti: meno del 10% sarebbe disposto a impegnare oltre il 5% del suo reddito per un’assicurazione; e il 51% degli intervistati preferisce non avere una franchigia per il risarcimento dei danni.

“I risultati del sondaggio non ci stupiscono – ha detto **Dario Focarelli**, direttore generale dell’Ania, l’associazione che rappresenta le compagnie assicurative commentando i risultati del sondaggio – dal 1994 ad oggi le denunce sono triplicate. Serve un intervento organico su questo settore, si deve definire meglio la responsabilità dei medici da riscrivere in modo coerente con la teoria del codice civile. Questo ha effetto sulla durata della prescrizione e sulla lunghezza del processo. Chiarendo la definizione si ridurrebbero i casi pretestuosi, infatti più della metà delle denunce non va a processo. Il segno – ha aggiunto – deve essere chiaro, ridefinire la responsabilità del medico, che non deve essere di natura contrattuale, soprattutto nel pubblico. Inoltre, oggi mancano anche le tabelle per il risarcimento, utili per l’assicurato e per il medico. Così come serve più risk management e linee guida, così da ridurre la malpractice”.

“Oggi le tariffe che deve pagare un medico per assicurarsi arrivano fino a 25mila euro l’anno – ha concluso **Roberto Lala**, presidente dell’Omceo Roma - ma la paura del professionista non è per l’errore ma per il fatto di essere accusato ingiustamente. E uno dei nodi è che il medico deve dimostrare di non aver compiuto il danno. Un assurdo. Le responsabilità che devono essere ridefinite. Questo non significa che i medici intendono sottrarsi alle loro responsabilità. Tutt’altro. I medici vogliono sicurezza, chiedono di essere responsabili del processo di cura”.

Sondaggio dell'Osservatorio internazionale della sanità *Contro i medici ogni anno oltre 30 mila cause legali*

DI **BENEDETTA PACELLI**

Oltre 30 mila cause promosse contro i medici ogni anno. E non è un caso che 9 professionisti su 10, pur in assenza di una normativa di riferimento, hanno contratto una polizza assicurativa ancora prima che questa diventasse un obbligo di legge. Del resto, come testimoniano i numeri di un sondaggio realizzato dall'Osservatorio Internazionale della Sanità in collaborazione con l'Ordine dei medici-chirurghi e odontoiatri (Omceo) di Roma e presentato ieri alla presenza tra gli altri, del sottosegretario alla salute **Vito De Filippo**, il 15% dei medici ha avuto nell'ultimo anno una controversia legale con un paziente, e l'80% ha paura di una denuncia pretestuosa solo per ottenere un risarcimento.

Un fenomeno che incide pure sulle casse dello stato. Perché anche se oltre il 90% dei contenziosi termina in assoluzione o archiviazione, il ricorso alla cosiddetta medicina difensiva, cioè della prescrizione di più esami di quelli necessari, costa all'intera collettività oltre 12 miliardi. Ecco perché, come ha dichiarato il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, nel messaggio inviato ai ricercatori dell'Ois, è necessario «un intervento più organico e veramente risolutivo, che non sia la ricerca dell'impunità per i professionisti che sbagliano, ma che, al contrario, assicurando la giusta serenità a questi ultimi, riduca, sino a eliminarli, i casi di malpractice, erogando un'effettiva tutela al diritto costituzionale alla salute».



Beatrice Lorenzin

Neppure l'atteso Dpr (attuativo della legge Balduzzi n. 158/2012) ora al Consiglio di stato, che avrebbe dovuto agevolare la copertura assicurativa per le specialità a rischio, circoscrivere le responsabilità dei medici e limitare i costi dei risarcimenti, sarà sufficiente, secondo gli addetti ai lavori, a sanare il sistema. «Serve una normativa organica», ha precisato **De Filippo**, «per dare un orientamento su tutti gli aspetti di questa problematica». Il decreto Balduzzi, ha commentato **Dario Focarelli**, direttore generale dell'Ania, prevedeva

degli interventi positivi che però non sono stati attuati. «Serve, invece, una ridefinizione precisa delle responsabilità, è necessario approvare le tabelle (pronte da anni, ma mai approvate) per il risarcimento del danno biologico, utili per l'assicurato e per il medico, e poi si deve puntare su un risk management nelle strutture sanitarie». Le nuove norme inoltre dovranno regolare il delicato aspetto delle spese assicurative,

ormai esorbitanti e insostenibili. Una polizza, ha detto **Roberto Lala**, presidente dell'ordine dei Medici di Roma, «può aver un costo che varia dai 300 euro a 25 mila», specificando che gli specialisti a maggior rischio apertura di un contenzioso da parte di un paziente sono i chirurghi plastici, i ginecologi e gli ortopedici. Un nodo quello dei costi da non sottovalutare visto che, sempre secondo la ricerca, meno del 10% dei professionisti sarebbe disposto a impegnare oltre il 5% del suo reddito per un'assicurazione, mentre il 51% degli intervistati preferisce non avere una franchigia per il risarcimento dei danni.



<http://www.corriere.it/salute/>

Ansia e disturbi fisici per un ex malato di tumore su tre

Anche 20 anni dopo le terapie si può soffrire di problemi psicologici e conseguenze fisiche delle cure seguite. Le soluzioni ci sono, ma bisogna chiedere aiuto

di Vera Martinella



Anche decenni dopo essere stati curate per un tumore, molte persone si ritrovano a fare i conti con gli “strascichi” della malattia, sia a livello fisico che psicologico. Dai problemi motori alle disfunzioni sessuali, dall’ansia alla paura che il cancro si ripresenti, anche a 20 anni di distanza dalle terapie molti ex-pazienti continuano a lottare con i segni lasciati dalla neoplasia. E’ la conclusione a cui giunge uno studio appena pubblicato sulla rivista Cancer da ricercatori della University of Central Florida, il cui intento è quello di sollecitare medici e istituzioni a prestare maggiore attenzione ai bisogni psicologici, fisici e sociali anche di chi guarisce da un tumore.

Quasi tre milioni di italiani hanno superato un tumore

Il numero dei “survivors o lungosopravvivenenti” al cancro è in crescita in tutto il mondo: oggi in Italia sono quasi tre milioni e le stime per il 2020 dicono che saranno 4 milioni e 500mila. «Ora che, grazie a terapie sempre più efficaci, molte persone riescono a superare il tumore - commenta Luigi Grassi, past president della Società italiana di psiconcologia e direttore della Clinica Psichiatrica all’Università di Ferrara - dobbiamo imparare a riconoscere e farci carico delle necessità di questo esercito, fatto in parte di guariti e in parte di persone che cronicizzano il cancro e ci convivono per anni. Hanno bisogni particolari che vanno affrontati per garantire a queste persone una buona qualità di vita e un rientro alla “normalità” dopo le cure». Fortunatamente una buona parte dei guariti, chiuso il periodo di malattia e terapie, riesce a tornare serenamente alla normalità. Ma non sono pochi quelli che, invece, devono continuamente affrontare problemi ben oltre la fatica soglia dei “cinque anni” di controlli (dopo i quali il rischio che la malattia si ripresenti scende, mentre salgono le probabilità d’andare incontro a una guarigione).

Un ex malato su tre soffre disturbi fisici

Come emerge dall’indagine degli studiosi dell’Università di Orlando guidati da Mary Ann Burg, il tipo di problemi da affrontare dipende molto dal tipo di neoplasia e dai trattamenti fatti, ma l’effetto finale è sempre lo stesso: i disturbi peggiorano notevolmente la qualità di vita delle persone. Stando alle risposte degli oltre 1500 ex pazienti interpellati in un sondaggio dell’American Cancer Society, il 38 per cento di loro ha disturbi fisici (in particolare disfunzione sessuale e incontinenza fra gli uomini curati per carcinoma prostatico) lasciati dagli effetti collaterali di chirurgia, radioterapia o farmaci. E il 20 per cento ha problemi economici dovuti all’impatto che la malattia ha avuto sul lavoro e sulle spese familiari (o al costo delle terapie, specie negli Usa dove non esiste un sistema

sanitario nazionale come il nostro). In timore di una ricaduta, poi, è un contraccolpo psicologico con cui moltissimi si trovano a convivere, indipendentemente dal tipo di cancro in questione o dagli anni trascorsi dalla diagnosi. Molti intervistati sono frustrati dal dover affrontare problemi per anni e dal fatto che molto spesso le loro necessità non vengano riconosciute o ascoltate, per cui non riescono a trovare una soluzione.

I problemi si risolvono così

«Le soluzioni invece ci sono - spiega Grassi -: per il reinserimento sul lavoro, per gestire meglio i disagi psicologici o per arginare (se non superare definitivamente) i problemi a livello fisico. Ci sono farmaci, molte strategie efficaci di riabilitazione, c'è personale specializzato e qualificato a risolvere molte difficoltà che gli ex pazienti affrontano, da soli, in coppia o in famiglia. Ma è fondamentale che ne parlino, o che siano sollecitati a farlo dai loro cari: troppo spesso la qualità di vita è compromessa perché ci si rassegna in silenzio a convivere con il disagio». C'è poi anche, però, chi trova la forza di esprimere la sofferenza e non trova risposte. «E' vero, anche i medici devono essere sensibilizzati - conclude Grassi -. Dovrebbero aiutare i pazienti ad aprirsi durante i controlli, per verificare non solo che la malattia sia sparita, ma che le persone vivano bene. Ed è importante implementare la presenza di ambulatori dedicati ai lungosopravvissuti (oggi in Italia sono una manciata), a cui si possa fare riferimento anche molti anni dopo. Psicologi, esperti in riabilitazione motoria e d'altro genere, sessuologi possono dare un aiuto concreto, ma devono essere chiamati in causa, dai malati stessi o da chi li segue».

“Tumori del sangue: le terapie in arrivo per i casi più cattivi”

Le nuove strategie all'Ieo di Milano: più farmaci molecolari e meno chemio

**Corrado
Tarella**
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE DELLA DIVISIONE DI ONCOEMATOLOGIA DELL'IEO, L'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA DI MILANO



VALENTINA ARCOVIO

A Natale c'è stata la consueta cena di auguri dell'associazione dei pazienti Aipe, con Corrado Tarella e tutta l'équipe dell'Ematologia dell'Ospedale Mauriziano. Ma l'occasione è stata particolare, perché Tarella si è da poco trasferito all'Ieo, l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Hanno partecipato alla festa molti dei suoi pazienti e, tra questi, un affermato professionista, che da giovane, all'inizio di un'importante carriera, era stato curato con un trapianto di midollo per una malattia molto difficile, e anche un brillante 83enne, che ha superato da oltre due decenni la malattia. Non stupisce, quindi, la commozione di Tarella nel lasciare l'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino, insieme con quella dei pazienti.

«In ematologia il legame tra medico e paziente dura tutta la vita», spiega. Ma la sfida che lo aspetta all'Ieo, alla guida della divisione di Oncoematologia, è troppo stimolante per rinunciare. Torinese, classe '51, Tarella è uno dei punti di riferimento dell'eccellenza ematologica italiana ed è riconosciuto a livello internazionale come un pioniere nelle terapie per leucemie, linfomi e mielomi. Dopo un periodo di formazione negli Usa, al National Cancer Institute di Bethesda e al Johns Hopkins di Baltimora,

ha svolto la propria attività clinica e di ricerca a Torino, presso la divisione universitaria di Ematologia dell'Ospedale Molinette (ora Città della Salute) per poi diventare direttore della divisione di Ematologia e Terapie Cellulari dell'Ospedale Mauriziano e del Laboratorio di Ematologia Sperimentale del Molecular Biotechnology Center.

Nuova città, nuovo lavoro, nuovi pazienti. Professore, in che modo affronterà questa nuova sfida?

«Con entusiasmo, naturalmente. L'Ieo è un centro di riferimento internazionale in oncologia e ho intenzione di sfruttare appieno l'opportunità per migliorare la cura dei pazienti. Oltre a una struttura forte e innovativa, all'Ieo ho la possibilità di fare parte di un nuovo team interamente dedicato all'oncoematologia. Insieme con personalità di caratura scientifica mondiale potrò affrontare la malattia ematologica con un approccio multidisciplinare».

Quali saranno i suoi obiettivi?

«Oltre ad ampliare i servizi della divisione a tutte le neoplasie ematologiche e ad offrire ai pazienti la possibilità di essere seguiti anche dopo la dimissione con ambulatori aperti 24 ore al giorno, l'ulteriore obiettivo sarà quello di sviluppare una diagnostica personalizzata e di mettere a punto farmaci a bersaglio molecolare che ci consentano di limitare l'utilizzo della chemioterapia».

Com'è cambiata l'oncoematologia negli ultimi 20 anni?

«E' migliorata tantissimo sotto molti aspetti. Primo fra tutti quello diagnostico. Oggi abbiamo gli strumenti che ci permettono di fare un identikit preciso della malattia in modo da personalizzare il più possibile i trattamenti. Un esempio

è quello del linfoma, che in passato aveva come principale presidio terapeutico la chemioterapia, somministrata in modo ripetitivo nella maggioranza dei pazienti. Oggi sappiamo che ci sono molteplici tipi di linfoma e per ognuno si stanno sviluppando modalità terapeutiche sempre più specifiche. Con l'analisi molecolare di ogni linfoma sta diventando possibile vedere tutte le sfumature della malattia, con le mutazioni del Dna che l'hanno causata, e sapere in anticipo quale trattamento è più adatto per ciascun paziente».

Quali sono stati, invece, i progressi sotto il profilo dei trattamenti?

«Sicuramente un'importante conquista in campo ematologico è stato l'utilizzo delle cellule staminali nei trapianti di midollo, una procedura ora fondamentale per la terapia dei tumori ematologici più difficili da trattare. Poi ci sono i farmaci a bersaglio molecolare, cioè mirati alle cellule tumorali, con minima tossicità sulle cellule sane. Non ultimo, il cosiddetto "monitoraggio molecolare": è una metodica che ci consente di valutare nei minimi dettagli la risposta della malattia ai trattamenti, offrendoci la possibilità di modulare le successive terapie».

E ora dove sta andando la ricerca?

«Sinora sono stati tantissimi i progressi, che ci hanno permesso di salvare la vita di molti pazienti affetti da gravi tumori ematologici. Ora il nostro obiettivo è comprendere perché, ancora oggi, un gruppo di pazienti non risponde bene alle cure e poter intervenire nel modo più opportuno. La biologia molecolare e l'uso dell'immunoterapia e delle più aggiornate terapie cellulari sono i principali strumenti per cercare di gestire e guarire anche quella minoranza di pazienti che non riusciamo ancora a salvare con le attuali terapie».



Il primario del Sant'Anna

Ed è tornata la "suina" «Colpisce di più i giovani»

I ceppi virali sono tre ma il protagonista indiscusso della stagione influenzale in corso è l'AH1N1, il responsabile della cosiddetta "influenza suina". Nell'ultima settimana in Lombardia ha rappresentato addirittura il 69% del totale delle influenze fin qui rilevate; si ritaglia appena il 25% il ceppo meno aggressivo del tipo "A" che contraddistingue le influenze più fastidiose, l'AH3N2, e resta un misero 6% all'influenza B. Del monitoraggio costante sull'andamento dell'epidemia si occupano i medici-sentinella incaricati di verificare cosa accade sul territorio e di inviare le informazioni in Regione. I risultati vengono poi estesi in proporzione dai campioni rappresentativi raccolti all'intera popolazione lombarda, composta da oltre 10 milioni di abitanti. I medici comaschi in effetti si sono accorti che i loro pazienti colpiti dall'influenza hanno preso proprio la suina. È sufficiente mettere insieme i sintomi per capire la differenza rispetto agli altri due ceppi che quest'anno stanno contagiando l'area prealpina: quasi sempre la febbre sale di più, oltre ai 38 e in qualche caso oltre i 39, la sensazione di avere le ossa rotte e i dolori muscolari sono più intensi, si tossisce, e in un qualche caso si aggiungono diarrea o vomito, più spesso nei bambini. «Colpisce più spesso i giovani degli anziani - spiega Domenico Santoro, primario di Malattie infettive al Sant'Anna - È un virus in circolazione ormai da cinque anni e chi l'ha già fatta pur non essendo completamente immune ha sviluppato una protezione, mentre chi non l'aveva ancora presa, in particolare i bambini, si infetta più facilmente». Come si diceva, è simile in tutto e per tutto a un'influenza stagionale solo con una intensità maggiore dei sintomi. Il decorso è piuttosto breve, dai 2 ai 4 giorni con la febbre. Si suda parecchio, poi la febbre se ne va e rimangono solo i problemi respiratori, destinati a durare anche un paio di settimane. Il contagio dell'AH1N1 è più facile tra i bambini e attraverso i bambini proprio perché più aggressivo sulle persone che non ci erano ancora venute a contatto: è facile che chi non l'ha ancora presa e ha un bambino in casa in breve venga contagiato. Chi è stato infettato è contagioso a partire da due giorni prima della manifestazione dei sintomi e fino a un giorno dopo la scomparsa della febbre. F. MAN.



Ebola, il virus è mutato: cure efficaci a rischio

LA RICERCA

Il genoma del virus Ebola è mutato non poco dagli anni '70 ad oggi e questi cambiamenti riguardano anche i geni bersaglio di molti dei farmaci sperimentali attualmente in fase di test e sui quali sono riposte enormi speranze. Significa che molti di questi farmaci, progettati nei primi anni 2000 sulla base dei ceppi virali isolati tra gli anni '70 e '90, potrebbero in realtà essere già divenuti inservibili, «scaduti» perché il virus attuale è cambiato e presumibilmente non più sensibile ad essi.

Lo rivela l'analisi a tappeto del genoma del virus Ebola eseguita su diversi ceppi virali isolati nei decenni passati e messi a confronto col virus attualmente circolante, in una ricerca pubblicata sulla rivista "mBio". Lo studio è stato coordinato da Gustavo Palacios dell'Istituto di ricerca Usa «Army medical research institute of infectious diseases» a Frederick nel Maryland e ha coinvolto, oltre, la Harvard University e il Massachusetts institute of technology, entrambi a Boston.

Il virus Ebola ha un genoma molto semplice che contiene appena sette geni. Molti potenziali farmaci anti-Ebola hanno come bersaglio proprio un pezzo, una sequenza, del genoma virale. Il fatto è che queste sequenze non sono rimaste uguali a se stesse nel tempo ma stanno evolvendo, accumulando cambiamenti genetici, ovvero mutazioni.

I CEPPI

Per «fotografare» questi cambiamenti gli esperti hanno confrontato tre ceppi di Ebola: quello attualmente circolante (chiamato EBOV/Mak), uno isolato durante l'epidemia nel villaggio di Yam-buku (ex Zaire) del 1976 (EBOV/Yam-May), e uno dall'epidemia della città di Kikwit, ex-Zaire del 1995 (EBOV/Kik-9510621).

Gli scienziati hanno documentato l'accumulo di 600 mutazioni sul genoma virale dal '76 ad oggi. Tre delle mutazioni identificate sono recentissime e si sono verificate addirittura durante l'epidemia in corso, segno della velocità con cui l'Ebola evolve.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Francia. «Più cure palliative, no all'eutanasia»

Allarmata dichiarazione dell'équipe di esperti dei vescovi transalpini mentre all'Assemblea nazionale inizia il confronto attorno alla nuova legge sul fine vita che potrebbe introdurre il «diritto alla sedazione profonda»

PARIGI

Un appello alla «fraternità» verso le persone più vulnerabili conclude la Dichiarazione sul fine vita presentata ieri a Parigi dal pool di esperti promosso dalla Conferenza episcopale francese e guidato dall'arcivescovo di Rennes monsignor Pierre d'Ornellas. Il testo, come riferisce l'agenzia Sir, è suddiviso in cinque paragrafi e arriva alla vigilia del dibattito sul fine vita che comincia oggi all'Assemblea nazionale dopo la presentazione a fine 2014 di un Rapporto stilato dai deputati Claeys e Leonetti (autore della legge oggi vigente).

Nel rapporto si chiede la revisione della legge che regola dal 2005 il fine vita in Francia, con l'introduzione del diritto dei pazienti «a una sedazione profonda e continua» in caso di malattia giudicata incurabile e «con prognosi infausta a breve termine». Una modifica che suona come un'apertura di fatto a forme incon-

trollabili di eutanasia diretta. «La lunga marcia verso la piena cittadinanza, fino all'ultimo momento della vita – scrivono gli esperti dei vescovi –, non si realizza rivendicando nuovi diritti: è indispensabile sviluppare una cultura della cura mettendo in luce e in opera la solidarietà e la fraternità. Se la cittadinanza richiede parità di accesso per tutti alle cure palliative, esige anche la fraternità che dà senso all'accompagnamento e al dovere di rispettare il diritto delle persone vulnerabili».

La dichiarazione lancia un allarme sullo stato della medicina palliativa e dei trattamenti in Francia parlando di «una causa nazionale prioritaria». «Rispondere in modo insufficiente a questa urgenza – si legge nel testo – vuol dire rendersi complici» e «favorire le domande sempre dolorose di eutanasia». Il testo spiega che il diritto alla sedazione «profonda e continua» rischierebbe «di contribuire a una strumentalizzazione del medico al servizio della volontà del paziente e a una forma di deresponsabilizzazione».

Sulle direttive anticipate di trattamento gli esperti ritengono «necessario chiarire le condizioni» in cui sono state redatte dal paziente «nel rispetto della libertà». Quanto alla limitazione o all'arresto di alimentazione e idratazione, la nota avverte che «la constatazione di uno stato irreversibile non è sufficiente per qualificare una cura irragionevole né per definire inutile una vita umana». In ogni caso «non esiste un criterio medico che giustificerebbe a priori e in modo automatico» l'arresto dei trattamenti, ma occorre decidere «caso per caso».



“Tra proteine e neuroni come creerà la prima mappa del Parkinson”

NICLA PANCIERA

Le vette del sapere biologico diventano sempre più impervie tanti sono i quesiti ancora senza risposta e la mole di dati genera più domande che risposte. Ecco perché per arrivare in cima - indagando le malattie e trovando nuove terapie - è necessario uscire dai tracciati consueti e guardare i problemi in modo diverso. La comprensione dei meccanismi biologici, così dinamici e contraddittori, richiede inedite forme di collaborazione con altre discipline, già abituate a gestire la complessità. Ne è convinto Rudi Balling, direttore del Luxembourg Centre for Systems Biomedicine, che, in una lezione all'Università di Milano Bicocca, ha illustrato la sua visione del futuro della ricerca biomedica.

La non linearità

Che si tratti di analisi matematico-computazionali, biomolecolari o cliniche (ma anche sociologiche o filosofiche) i principi sono sempre gli stessi: quelli logici che consentono di creare connessioni e trovare relazioni di causa-effetto. Ma, a differenza dei sistemi complessi artificiali, quelli naturali hanno una caratteristica: la non linearità. È quella che fa sì che un input anche piccolo si amplifichi a tal punto da dare origine a vaste conseguenze. Sono numerosi i sistemi in cui si manifestano queste «transizioni critiche», trasformazioni in cui le condizioni tra due stati cambiano in

modo estremo e repentino. In natura accade regolarmente: per esempio con l'avvio di un'era glaciale, ma anche con le catastrofi finanziarie. «Accanirsi sui dati che descrivono la situazione precedente e non trovare traccia di segnali premonitori può anche fare paura - spiega Balling -. Eppure gli indizi, vale a dire i “punti critici”, non sono sempre imprevedibili».

Temperature ambientali che cambiano e mutazioni geniche coinvolte in una patologia sembrano concetti distanti. E tuttavia «la biomedicina deve prendere spunto dagli studi ecologici e ambientali, come quelli di Marten Scheffer dell'Università di Wageningen, nei Paesi Bassi, le cui analisi matematiche hanno dimostrato la prevedibilità dei “punti di non ritorno” nelle dinamiche ambientali, anche in un'apparente mancanza di segnali premonitori». Il trasferimento di concetti da una disciplina all'altra è la chiave - secondo Balling -: un caso è l'applicazione di questi metodi allo studio di una linea cellulare di neuroblastoma chiamata «sushi cell» per lo studio del Parkinson.

«Tramite il silenziamento o la sovraespressione di uno o più geni perturbiamo i modelli di colture cellulari neurali e analizziamo i processi fisiologici e patologici in atto. Con un percorso automatizzato di analisi estraiamo quindi i dati di una vasta gamma di funzionalità che caratterizzano i meccanismi cellulari e molecolari, oggi ancora sconosciuti, creando una “mappa” del Parkinson. Ho scelto le malat-

tie neurodegenerative, perché oggi una neonata su due arriverà a 100 anni». L'obiettivo - dice lo studioso - «è facilitare l'iter diagnostico e fornire al paziente una previsione sulla progressione della malattia, indicando quanto lontano si trova dal punto di transizione». È la prova che, osservando un sistema biologico, non ci si può più limitare all'analisi delle componenti, «ma dobbiamo capire il modo in cui queste interagiscono. Bisogna controllare il sistema: è ciò che ci consente poi di interrogarlo».

I saperi «omici»

L'unione di modelli matematici e strumenti di «machine learning», integrati con le scienze «omiche» - come genomica e proteomica - e con le conoscenze biologiche «standard» diventerà, così, il cuore della nuova medicina, la «medicina dei sistemi». L'obiettivo - conclude Balling - è «integrare le diverse discipline e trasformare, quindi, il modo in cui noi esperti, ciascuno del proprio ambito, con interessi e motivazioni differenti, lavoriamo insieme. Questa è la cosiddetta “ingegneria sociale”: diventerà determinante nel prossimo futuro, quando il mondo dovrà diventare un enorme e unico laboratorio. Virtuale e interdisciplinare».



Studio Usa

Staminali contro le fratture

■ Le fratture ossee e le lacerazioni della cartilagine potrebbero in futuro essere trattate con una semplice operazione: l'iniezione di cellule staminali scheletriche nelle aree danneggiate. A scoprire la capacità delle staminali di rigenerare le ossa e la cartilagine è stato un team della Stanford University School of Medicine guidato da Michael Longaker in uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista «Cell».



Sì al pacemaker gastrico per gli obesi più gravi

ALIMENTAZIONE

STEFANO MASSARELLI

Una nuova opzione nella lotta all'obesità arriva da un dispositivo simile a un pacemaker: capace di intervenire sulla via nervosa che trasporta lo stimolo della fame dallo stomaco al cervello, sbarrando la strada all'appetito. L'apparecchio - chiamato Maestro Rechargeable System - ha ricevuto l'approvazione dalla Food & Drug Administration statunitense e sta per entrare nel mercato sanitario d'Oltreoceano con la possibilità di arrivare presto in Europa.

Il dispositivo si impianta chirurgicamente nell'addome ed è pensato per i soggetti colpiti da obesità grave, il cui peso supera di oltre 30 chili il peso ideale e con un indice di massa corporea tra 35 e 40. Il pacemaker gastrico deve aiutare chi non è riuscito a perdere peso con i programmi tradizionali e soffre di condizioni patologiche correlate, come ipertensione o diabete di tipo 2.

Secondo la Fda, nei test il dispositivo non ha raggiunto tutti gli obiettivi, ma ha indotto una sostanziale perdita di peso dopo un periodo di 18 mesi. Sul fronte delle complicazioni, invece, queste hanno interessato il 3,7% dei casi con nausea, vomito o dolori post-impianto.



Gli alimenti che possono ridurre malattie ed emissioni di gas serra

Gli italiani amano frutta e verdura (ma occhio alle mandorle uzbeke)

di **Pepe Aquaro**

Mettiamola così: perché quello compiuto dagli esploratori europei tra il 1500 e il 1600 — quando arrivarono per la prima volta nel Vecchio Continente pomodori, patate, ciliegie e frutta esotica — non sia stato un viaggio a vuoto. Nel nome di una dieta sana e salutare. Che sei secoli fa sarebbe stata un'eresia, mentre oggi, recuperando tempo, è il punto dal quale è partita la ricerca dell'Università Vita-Salute San Raffaele, chiamata a offrire contenuti scientifici al cluster dell'Expo dedicato a frutta e legumi. Pare proprio che l'arroganza da Conquistadores ci abbia regalato stili di vita sbagliati. Oggi la battaglia è, infatti, contro le malattie non contagiose, le Ncd (cardiovascolari, cancro e diabete), favorendo, appunto, il consumo di frutta e legumi. L'obiettivo dell'Organizzazione mondiale della Sanità è ridurre del 25 per cento, entro il 2025, questo circolo vizioso e mortale.

«La produzione di cibo è responsabile delle emissioni di gas serra dal 19 al 29 per cento», ricordano Francesca Pongiglione ed Eleonora Viganò, autrici della ricerca del San Raffaele. Tornando al cluster, praticamente quasi pronto per l'inaugurazione del prossimo 1° maggio, l'inizio di Expo, si tratta dell'unico con alberi, orti didattici e frutteti. Per dare identità e toccare con mano le differenze tra i Paesi presenti sotto lo stesso tetto in legno d'abete: dal Benin

alla Repubblica democratica del Congo, dalla Guinea al Gambia, dallo Zambia alla Guinea Equatoriale, e dal Kirgistan all'Uzbekistan. «I padiglioni dei Paesi, cubi di legno da undici metri per undici, richiamano le cassette della frutta, semplici e facilmente identificabili grazie ad una fascia, cosiddetta cieca, lasciata apposta per accogliere i nomi dei Paesi ospiti», spiega Matteo Vercelloni, l'architetto, autore, insieme a Massimo Ferrari, del progetto del cluster.

«Si sta cercando di incentivare la coltivazione e il consumo di frutta e legumi anche perché gli allevamenti animali sono ormai responsabili del 18 per cento di emissione di anidride carbonica», scrivono le ricercatrici. E così, prossimamente, passeggiando per gli orti e i frutteti in zona Expo, scopriremo che esiste una infinità di mele, anche se la varietà che arriva sulla nostra tavola non supera la decina.

Non solo. Le mandorle, siciliane o pugliesi, fiore all'occhiello dell'Italia, se la devono vedere con quelle della valle di Tchatkal, nell'Uzbekistan settentrionale: poco più di 50 le varietà conosciute fino ad oggi. Sono alcune delle informazioni che saranno raccontate dalle campane sonore del cluster, alte cinque metri e sospese da terra. Sentiremo, vedremo e scopriremo — standocene col naso all'insù — che noi italiani consumiamo al giorno 451 grammi di frutta e verdura: ben più della media europea. Merito anche di quel radicchio veneto di Castelfranco, la Rosa d'inverno, che sarà piantato all'interno degli orti.

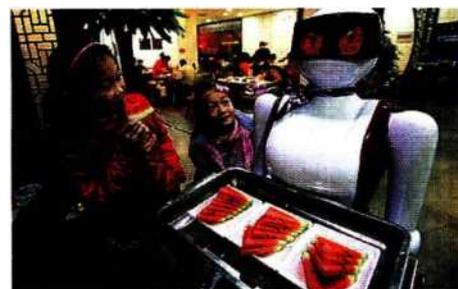
© RIPRODUZIONE RISERVATA

19

la percentuale minima di gas serra emessa per produrre cibo. Il 18 % di CO2 è dovuto all'allevamento

451

i grammi di frutta e verdura consumati ogni giorno dagli italiani: ben superiori alla media Ue



Prego servitevi
Un robot-cameriere serve dell'anguria a Xuchang, in Cina



Diecimila passi al giorno: è la regola per il cuore in salute

Paul Fadel
Fisiologo

RUOLO: È PROFESSORE DI FARMACOLOGIA MEDICA E FISILOGIA ALL'UNIVERSITÀ DEL MISSOURI (USA)

FITNESS

STEFANO MASSARELLI

C'è una nuova regola: quella dei 10 mila passi. Tutto nasce dall'importanza di un «motore» che regola lo stato di salute: è il sistema di vene e valvole della parte bassa del corpo che fa sì che il sangue faccia ritorno al cuore senza ricadere verso il basso, come vorrebbe la gravità.

Dolori e affaticamenti

Sono lì le basi del corretto funzionamento dell'intero sistema cardiovascolare ed è lì che si manifestano, già nei giovani, alcuni disturbi che prendono la forma di dolori, pruriti, affaticamenti, pesantezza e capillari rotti.

La familiarità e il sesso hanno un ruolo (le donne sono tendenzialmente più soggette degli uomini a questi disturbi), ma perlopiù i problemi vascolari periferici sono da ricondurre a due nemici: l'inattività fisica e la cattiva alimentazione. «L'inattività porta al sovrappeso e all'obesità. Il passo successivo è l'insulino-resistenza, che conduce al diabete di tipo 2 e ai rischi di infarto», ammonisce Paul Fadel, docente di farmacologia medica e fisiologia all'Università del Mis-

souri, tra gli autori di uno studio che dimostra quanto sia importante il movimento per la salute vascolare negli individui di qualsiasi età e, soprattutto, quanto sia dannosa la sedentarietà protratta anche per brevi periodi.

Ecco perché - secondo l'Oms - la quota di movimento indispensabile per mantenersi in salute è pari a 10 mila passi al giorno, vale a dire circa 7 km. Nella ricerca apparsa su «Medicine and Science in Sports and Exercise» Fadel e il suo gruppo hanno studiato cosa avviene quando si passa da un livello ottimale di movimento quotidiano - 10 mila passi, appunto - a una «dose» insufficiente, pari a meno di 5 mila passi (quelli che, in genere, sono percorsi anche dai più sedentari). Dall'analisi è emerso che diminuire per soli cinque giorni la quota di movimento è sufficiente a intaccare la funzionalità del rivestimento interno dei vasi sanguigni degli arti inferiori. Un fenomeno da non sottovalutare, che diversi studi hanno direttamente collegato a un maggior rischio di ipertensione e morte cardiovascolare.

Dallo studio è tuttavia emerso anche un aspetto positivo: «Le conseguenze negative possono essere invertite», sottolinea Fadel. Dopo aver ristabilito la quota ottimale di movimento per alcuni giorni, si è osservato nei soggetti un netto miglioramento della funzionalità vascolare, fino al ritorno ai livelli ottimali. Un'evidenza che lascia ipotizzare che non sia mai troppo tardi per cominciare a muoversi. «Il miglior trattamento è diventare più attivi».

Secondo aspetto: la salute vascolare risente dello stile alimentare e può essere favorita dall'inserimento nella dieta di particolari alimenti che hanno un effetto rigenerativo sui vasi, come il cioccolato fondente, l'olio d'oliva e il succo di mirtillo. A questo specifico ambito di studio si è dedicato il cardiologo e ricercatore svizzero Andreas Flammer dell'Ospedale Universitario di Zurigo, che è stato insignito di recente del premio alla ricerca 2014 dalla Fondazione svizzera di cardiologia. Motivo: aver tratto una serie di interessanti conclusioni sull'efficacia di questi tre alimenti, già noti ai cardiologi per l'elevato contenuto di flavonoidi.

Cioccolato e non solo

Nel caso del cioccolato fondente, per esempio, Flammer ha dimostrato che questa sostanza esercita un'azione favorevole sul cuore e può migliorare la funzionalità dei vasi sanguigni con pareti interne danneggiate. L'effetto, inoltre, è ancora più sorprendente nei pazienti con insufficienza cardiaca, in cui il consumo giornaliero di una piccola quantità di cioccolato può realmente portare benefici alla funzionalità cardiovascolare. Un risultato simile lo esercitano sia l'olio di oliva sia il succo di mirtillo: entrambi hanno fatto rilevare un netto miglioramento della funzionalità del sistema vascolare nei soggetti che includevano questi alimenti in modo stabile nella loro dieta.

Attenzione, però, a non «aggrapparsi» a questi ingredienti per compensare le proprie abbuffate, ammoniscono i ricercatori. Meglio inserirli in una sana dieta mediterranea, che per natura include già una buona dose di nutrienti utili alla circolazione.



Efsa: il latte crudo mette a rischio la salute

Il latte crudo può portare rischi per la salute. Anche se viene garantita una corretta catena del freddo e il rispetto di buone pratiche igieniche, il latte crudo può trasportare batteri nocivi che possono causare gravi malattie. A sostenerlo è l'Efsa a cui l'Ue ha chiesto un parere. Il gruppo di esperti sui pericoli biologici (Biohaz) ha specificato che il pericolo è dovuto prevalentemente a *Campylobacter*, *Salmonella* e al produttore della tossina Shiga, *Escherichia coli* (Stec). Il gruppo di esperti non ha potuto quantificare i rischi per la salute nella Ue a causa di lacune nei dati in molti paesi, tranne che in Italia. Tuttavia è emerso che 27 focolai di malattie, tra il 2007 e il 2013, sono stati dovuti al consumo di latte crudo. La maggior parte di loro, 21, sono stati causati da *Campylobacter*; uno da *Salmonella*, due da Stec e tre dal virus dell'encefalite da zecche (Tbev). La grande maggioranza dei focolai erano dovuti al latte vaccino crudo, mentre alcuni di loro provenivano da latte crudo di capra. Per Ettore Soria, responsabile dell'area sanitaria di Assolatte c'è davvero da fare molta attenzione. «In Italia siamo tra i più attenti, i nostri allevatori sono bravi. Ma ci sono batteri come lo Shiga che è il patogeno emergente, tanto che da quest'anno sarà previsto un parametro a livello europeo, o il microbatterio della paratuberculosis tipico delle stalle, che non possono essere sottovalutati». Poi per Soria, «un conto è il formaggio a latte crudo, un conto è bere latte. In formaggi come il **Parmigiano Reggiano** o il **Grana Padano**, l'attenzione è massima e poi la lunga stagionatura di fatto ha un effetto di pastorizzazione». Per quanto riguarda il latte bevuto, «si deve tenere conto di berlo entro tre giorni, rispettare la catena del freddo dalla stalla al frigorifero, bollirlo». Sebbene in Italia il fenomeno del latte alla spina sia in decrescita, «il fatto che l'Ue abbia chiesto un parere all'Efsa potrebbe portare a una normativa per regolamentare ufficialmente la vendita con parametri microbiologici». Dai dati del Piano Nazionale Integrato del ministero della salute, si vede che in Italia nel 2013 nelle 1.742 strutture che vendono latte crudo sono stati prelevati 5.378 campioni. Di questi 130 sono risultati non conformi: 52 in Lombardia e 33 in Emilia Romagna.

Andrea Settefonti

