

quotidianosanita.it

Martedì 17 SETTEMBRE 2013

Le Regioni in Parlamento. “Niente Patto per la Salute senza garanzie sulle risorse”

Nell’audizione di ieri pomeriggio ribadita la posizione già espressa più volte dalle Regioni. A parlare l’assessore alla Toscana Marroni che ha guidato la delegazione alle Commissioni riunite Bilancio e Affari Sociali. “Noi siamo impegnati per il Patto ma va garantita l’effettiva sostenibilità del Ssn. A partire dai 2 miliardi del ticket”. Subito nuovi Lea e Liveas. Più investimenti strutturali.

“Le Regioni sono impegnate per il varo del nuovo Patto salute, ma occorre garantire una effettiva sostenibilità del servizio sanitario nazionale”, lo ha detto l’assessore della Regione Toscana, Luigi Marroni a margine dell’audizione di una delegazione della Conferenza delle Regioni di fronte alle Commissioni Bilancio e affari sociali della Camera dei Deputati nell’ambito dell’indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

L’assessore Marroni ha illustrato la posizione che la Conferenza delle Regioni ha elaborato in previsione dell’audizione in una [delle ultime riunioni prima della pausa estiva](#). Nella sua relazione l’assessore toscano ha sottolineato la necessità di “difendere e valorizzare le caratteristiche proprie del Servizio Sanitario Nazionale” come la responsabilità pubblica della tutela della salute, l’universalità e l’equità di accesso ai servizi sanitari e il finanziamento pubblico

Le ultime manovre finanziarie hanno inciso profondamente sul fabbisogno finanziario del sistema sanitario e la contrazione delle risorse così definite (31 miliardi di tagli dal 2010 al 2015) pone come “primo problema da affrontare” nella discussione quello dell’entità del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, le Regioni ritengono non sostenibile per i cittadini e per il sistema l’introduzione di 2 miliardi di euro di ticket che dovrebbero entrare in vigore dal 2014 e sui quali però, ha sottolineato Marroni, si è registrata ultimamente un’importante apertura da parte del Governo.

Marroni ha quindi ricordato l’urgenza di arrivare alla definizione del prossimo Patto per la Salute fra Governo e Regioni per migliorare la qualità dei servizi, promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e garantire l’unitarietà del sistema, continuando ad assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Infine Marroni si è soffermato su un tema che per le Regioni non è più rinviabile: il finanziamento degli investimenti per l’ammodernamento strutturale e tecnologico. E’ necessario – ha detto l’assessore toscano - individuare un piano di investimenti per avviare i necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi.

L’assessore ha poi relazionato sull’impegno per la definizione dei costi standard e ha rimarcato l’esigenza di affrontare il tema dei piani di rientro recuperando la progettualità persa in questi anni. In particolare, i piani di rientro potrebbero essere meglio denominati come “Piani di riorganizzazione e di riqualificazione dei sistemi sanitari che comportano il rientro dal deficit”.

Infine - dopo aver toccato anche le questioni relative alla necessità di una rivisitazione e aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea dopo più di 10 anni

dalla loro entrata in vigore e all'assenza della definizione del Liveas per una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori – Marroni ha denunciato la situazione di appesantimento burocratico a seguito delle innovazioni introdotte dal d. lgs.118/2011 soprattutto in relazione all'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti, nello stesso esercizio finanziario in cui sono stati acquisiti, e al fatto che il fondo per gli investimenti in sanità è praticamente azzerato

Bilanci e obiettivi dei tre senatori-presidenti di Ordine a sei mesi dall'insediamento

«Il Ssn torni protagonista»

Le priorità: centralità della salute pubblica e tutela delle professioni

Le leggi le fa il Parlamento ed è dal Parlamento che deve arrivare un segnale forte di stimolo perché la Sanità e la salute tornino a essere tra le priorità del Governo. Non hanno dubbi su come affrontare il loro mandato i tre senatori-presidenti di Ordine, eletti sei mesi fa a Palazzo Madama. E per Amedeo Bianco (Pd, presidente FnomCeO), Andrea Mandelli (Pdl, presidente Fofi) e Annalisa Silvestro (Pd, presidente Ispasvi) l'obiettivo comune è guidare in porto quella riforma degli Ordini professionali in stand by da numerose legislature, coordinando i Ddl all'esame del Parlamento e anche il Ddl presentato dal ministro della Salute **Lorenzin** a luglio, non ancora assegnato alle commissioni. Naturalmente massima difesa delle professioni che rappresentano: per medici e infermieri si deve recuperare spazio eliminando blocchi del turn over e favorendo nuove assunzioni; per i farmacisti l'ultimo tassello del puzzle è il fascicolo sanitario elettronico che chiude il cerchio del nuovo ruolo della farmacia dei servizi e che ora deve essere realizzato.

Poi massimo rispetto per le scelte delle Regioni, ma serve maggiore equilibrio e compito delle Camere dovrà essere difendere il proprio ruolo istituzionale e le proprie prerogative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AMEDEO BIANCO (SENATORE PD E PRESIDENTE FNMCEO)

«Il mio primo impegno? Mai più tagli al Ssn»

«**A**bitare il "pianeta Parlamento", se pure da neofita, consente di affrontare le tante questioni che toccano la Sanità con maggiore consapevolezza e determinazione. Avendo ancor più chiare le priorità ineludibili per salvare il nostro Ssn». **Amedeo Bianco**, presidente Fnomceo e neo senatore Pd, dà un giudizio positivo dei suoi primi mesi a Palazzo Madama.

Qual è stato il suo battesimo del fuoco?

Il primo impatto è stato con il decreto Stamina, che come noto riguardava anche la questione spinosa della proroga di attività per gli Opg. Quella è stata per me la prima occasione per mettere a disposizione del Senato le mie competenze di medico e professionista.

A questo proposito: la sua scelta di mantenere l'incarico di presidente Fnomceo è stata criticata da più parti...

Posso affermare con serenità che nel corso della mia attività parlamentare non mi è stato mai chiesto - né del resto avrei accettato - di travalicare il mio mandato di rappresentanza. Che poi è rappresentanza di interessi generali, dal momento che la Federazione è organo ausiliario dello Stato. Sono convinto che la mia competenza possa rappresentare un'opportunità e non un rischio, un servizio utile ai lavori parlamentari.

Quali sono le priorità da affrontare?

Innanzitutto l'altolà a ogni ipotesi di ulteriori tagli: la prossima legge di stabilità non dovrà portare via neanche un centesimo al Ssn, negli ultimi anni oggetto di una vendemmia di risorse che rende impensabili ulteriori manovre. Ferma restando una pratica di sana spending review. Sana nei fini e negli strumenti: nel senso che - da una parte - le risorse devono restare dentro il sistema e non andare a coprire buchi di bilancio; e che, dall'altra parte, non si proceda con tagli lineari ma si sappia trasferire risorse dove servono.

Le altre priorità?

La seconda esigenza è dare finalmente un segnale forte e positivo a tutti i professionisti che lavorano nella Sanità pubblica. Finora si sono visti bloccare la retribuzione, le contrattazioni, hanno assistito a blocchi del turn over. Quest'ultima questione va affrontata, a esempio, aprendo laddove c'è bisogno di personale per garantire la copertura dei Lea. Ancora: va risolta la piaga del precariato e vanno riaperte le contrattazioni a livello aziendale, sia pure a invarianza di spesa. Nodi che potrebbero trovare una soluzione nel decreto sulla razionalizzazione della pubblica amministrazione. Sono temi prioritari: è in gioco la tenuta del sistema. Ma sono in ballo anche la riforma degli Ordini professionali e la complessa materia della responsabilità dei professionisti e delle strutture.

A che punto siamo?

Vanno coordinati i singoli Ddl e io stesso sono in procinto di presentarne, in tema di responsabilità, uno a mia firma (www.24oresanita.com). L'idea di fondo è di non cercare facili salvacodotti ma di comporre una griglia di misure civili in grado di riportare serenità sia a chi riceve sia a chi somministra le cure.

Tutto questo in un contesto in cui Regioni e Governo rappresentano più di un alter ego. A suo avviso il Parlamento riesce a mantenere il suo ruolo?

Nonostante il ruolo rilevante della conferenza Stato-Regioni, nessun Governo può permettersi - anche in tempi di piena attuazione del Titolo V in ambito sanitario - di perseguire relazioni produttive con il Parlamento. L'equilibrio tra i poteri sancito dalla Costituzione è fondamentale per garantire che una legge sia responsabile ed equilibrata. E come parlamentari siamo chiamati a impegnarci per mantenere integri il ruolo istituzionale e le prerogative delle due Camere.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





FARMACI: PECORELLI (AIFA), SOSTENERE CHI INVESTE IN INNOVAZIONE = NECESSARIO CONTESTO REGOLATORIO CON REGOLE CHIARE E TEMPI CERTI

Roma, 16 set. (Adnkronos Salute) - "Ritengo fondamentale che le Istituzioni manifestino il proprio sostegno alle realtà che, come la Zambon, compiono investimenti importanti in innovazione come volano per il futuro e chiedono di agire in un contesto regolatorio con regole chiare e tempi certi". Lo ha detto il presidente dell' Agenzia italiana del farmaco (Aifa), Sergio Pecorelli, che ha partecipato oggi all' inaugurazione della ' Health & Quality Factory', una nuova area dello stabilimento di Vicenza del gruppo chimico-farmaceutico Zambon.

"L' avvio di questo sito produttivo - ha aggiunto - è un contributo tangibile all' economia del nostro Paese, ma non solo, perché fra queste mura non si produrranno solo farmaci e prodotti medicinali, ma anche e soprattutto conoscenza. L' obiettivo dell' Agenzia è di consolidare sempre più il suo ruolo di punto di riferimento per i cittadini, le aziende, gli investitori". L' Aifa, ha proseguito "con le sue decisioni apporta un indubbio valore aggiunto per il nostro Ssn, che è rimasto sostanzialmente l' ultimo vero sistema universalistico in Europa. Un sistema che si è molto giovato anche della forza dell' industria farmaceutica in Italia, un settore che oggi non solo è il primo settore di Confindustria, ma che è anche dotato di personale altamente qualificato, composto per il 90% da laureati".

"Grande apprezzamento, quindi - aggiunge Pecorelli - nei confronti di un' area che, in un momento storico di crisi, ha guardato strategicamente e propositivamente avanti. Gli investitori in campo farmaceutico devono fronteggiare numerose e complesse sfide a livello nazionale ma anche a livello internazionale. Queste sfide dovrebbero essere condivise con i legislatori, le agenzie regolatorie, i pazienti, i prescrittori e tutta la comunità industriale. La farmaceutica non va mai vista come a sé stante e usata per provvedimenti del momento, ma sempre come integrata nel processo della salute. Il tutto nell' ottica e con il fine fondamentale di assicurare il pieno soddisfacimento del bisogno della salute dei cittadini, garantendo la ripresa di un settore che investe in ricerca innovativa e garantisce occupazione".

(Red-Bdc/Adnkronos Salute)

La medicina

Quei piccoli segreti per invecchiare bene

SERGIO PECORELLI *

N



GINECOLOGO

Sergio Pecorelli coordina vari programmi di ricerca per il trattamento dei tumori ginecologici

on si può parlare di longevità come fenomeno demografico senza partire dalla rivoluzione culturale della medicina moderna, che da "difensiva" - con l'obiettivo di guarire o comunque difendere le persone malate - è diventata "preventiva" - con l'obiettivo di impedire che le persone si ammalino. Chi non fa prevenzione non necessariamente vive meno, ma sicuramente vive peggio. Abbiamo calcolato che gli europei vivono in media fra gli 8 e i 10 anni della propria vita in malattia. Il che implica anche che il 64% dei farmaci vengono assunti dopo i 65 anni e che dopo questa età aumentano i ricoveri ospedalieri, creando una situazione non più sostenibile anche economicamente. In realtà quindi ciò che interessa oggi non è la longevità in sé, ma la longevità sana. La medicina sta elaborando nuove strategie per risolvere il problema di una popolazione che vive sempre più a lungo ma con qualità di vita scadente. La domanda che ci porremo a Venezia è quindi: cosa si può fare, come Paese e come individui, per un longevità sana, o "Active and healthy aging"?

Innanzitutto oggi la prevenzione deve iniziare all'interno dell'utero per poi arrivare ad un picco al momento della scuola. Sono necessarie quindi visioni politiche a lungo termine - 20, 30 anni - ben oltre singoli mandati politici, perché l'emergenza obesità o fumo, e le malattie che ne conseguono, richiedono di attuare misure di prevenzione già prima della nascita. Questo tuttavia non significa che come individui adulti, e al di là del sistema pubblico in cui viviamo, non possiamo contribuire a invecchiare bene. La ricerca scientifica ha scoperto che le malattie croniche tipiche della terza età sono dovute a processi in-

fiammatori. Diabete, patologie cardiovascolari e neurodegenerative, cancro sono i big killer dell'anziano, ma sono soprattutto i responsabili di un Unhealthy Aging. I processi infiammatori modificano il genoma, causando delle mutazioni ai geni che lo compongono, ma agiscono in combinazione con l'azione degli stili di vita che adottiamo e l'ambiente in cui viviamo. Quindi possiamo facilmente intervenire almeno su una delle componenti che modulano l'invecchiamento: come viviamo. Non fumare, mangiare poco, ridurre le proteine animali, fare movimento fisico sono quattro scelte semplici e che costano poco alla singola persona e quasi nulla alla comunità. Inoltre alcune di queste azioni possono essere intraprese anche a tarda età. Per esempio il movimento fisico. È dimostrato che 30 minuti di camminata al giorno a qualunque età aumenta dell'1% all'anno lo spessore dell'ippocampo anteriore.

Inoltre se al moto aggiungiamo attività di brain-training (esercizi di logica, sudoku, rebus etc.) e la socializzazione, la percentuale di crescita aumenta in modo significativo. Se l'ippocampo è ricco di cellule ed ha uno spessore consistente (come si può rilevare con la risonanza magnetica) aumenta la nostra memoria e le nostre capacità cognitive in genere. Anche l'alimentazione è un fattore di healthy aging a qualsiasi età, e la restrizione calorica in primis. Tutto questo è la base della ricetta per una longevità sana, che garantisca "non solo più anni alla vita, ma più vita agli anni", per citare le parole di Rita Levi Montalcini, modello amatissimo di splendida vecchiaia.

*Presidente Aifa (Ag. it. farmaco);
Ordinario Clinica Ginecologica, univ.
Brescia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A Venezia, da giovedì, la tre giorni sulla "vecchiaia" organizzata dalla Fondazione Veronesi nell'ambito del programma "The Future of Science"

Due dei relatori spiegano come affrontare con anticipo la questione di una sana senilità. Perché oggi la qualità di vita degli anziani sta peggiorando

Longevità

La prevenzione

Dieta e movimento così si salva la terza età

LUIGI FONTANA *

A

ll'inizio del 1900 in Italia l'aspettativa di vita era di soli 47 anni. Le malattie infettive erano la principale causa di morte. Durante le prime decadi del XX secolo, l'implementazione di una lunga serie di misure di sanità pubblica, come per esempio lo sviluppo del sistema fognario, la clorazione dell'acqua, le vaccinazioni, e la scoperta degli antibiotici, ha determinato un rapido declino dei decessi per malattie infettive, e della mortalità infantile. E di conseguenza l'aspettativa di vita media è salita oggi a circa 80 anni, un incremento di ben 30 anni rispetto al 1900.

Oggi il rischio di morire prematuramente di una malattia infettiva in Italia è basso mentre è altissimo quello di morire di una malattia cronico-degenerativa. Le patologie cardiovascolari, il cancro, l'ictus cerebrale, il diabete, l'obesità e le malattie respiratorie croniche sono le principali cause di morte. Circa l'80% degli adulti al di sopra dei 65 anni di età è affetto da almeno una malattia cronica, ed il 50% ne ha due o più malattie croniche che riducono pesantemente la qualità della vita e accelerano l'invecchiamento dell'organismo.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, più del 40% dei tumori, e almeno l'80% delle patologie cardiache, degli ictus cerebrali e del diabete potrebbero essere prevenuti se fossero eliminati i fattori di rischio per queste malattie (es. dieta squilibrata, fumo di sigaretta, vita sedentaria). I nostri studi scientifici suggeriscono che alcuni in-

terventi più mirati e personalizzati, come per esempio una moderata restrizione calorica con nutrizione ottimale

la riduzione del consumo di proteine a livelli più fisiologici, l'aumento di alcuni cibi d'origine vegetale, associati a dei programmi di esercizio fisico, possano ridurre ulteriormente il rischio di sviluppare malattie croniche, aumentando non solo l'aspettativa di vita ma soprattutto il numero di anni vissuti in completa salute. Inoltre, si otterrebbe una riduzione della disabilità e dei costi sanitari e sociali, liberando ingenti risorse per lo studio e la cura di malattie che non sono ancora curabili (es. malattie genetiche rare, malattie autoimmunitarie).

In campo sanitario una politica "attendistica" non è più economicamente sostenibile. Aspettare che i cittadini, in seguito a svariati anni di scorretti stili di vita, si ammalino e si rechino in pronto soccorso o in ospedale è una strategia perdente e costosissima. L'invecchiamento della popolazione e l'epidemia di obesità e diabete mellito a cui stiamo assistendo renderà presto drammatica la situazione del Servizio sanitario nazionale, aumentando vertiginosamente i costi relativi a spesa farmaceutica, prestazioni medico-chirurgiche, ricoveri ospedalieri, e disabilità. Per questi motivi, riteniamo che sia essenziale la creazione su tutto il territorio nazionale di strutture sanitarie a carattere preventivo, da affiancare a quelle a carattere di ricovero e cura, a cui i cittadini possano rivolger-



NUTRIZIONISTA
Luigi Fontana coordina un programma di ricerca sulla longevità alla Washington university di St. Louis (Usa)

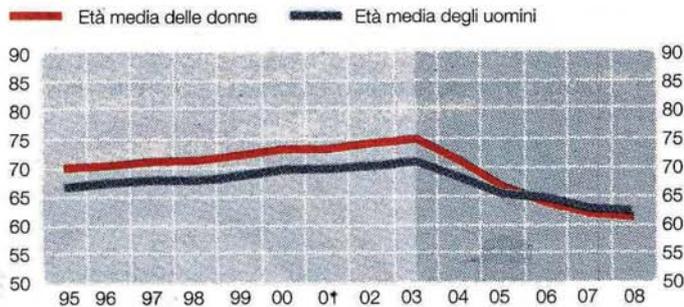
si per imparare a prevenire le malattie e a mantenersi sani, attivi, felici e produttivi.

**Professore di Nutrizione, Dipartimento di Medicina, università di Salerno e Washington University in St.Louis*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

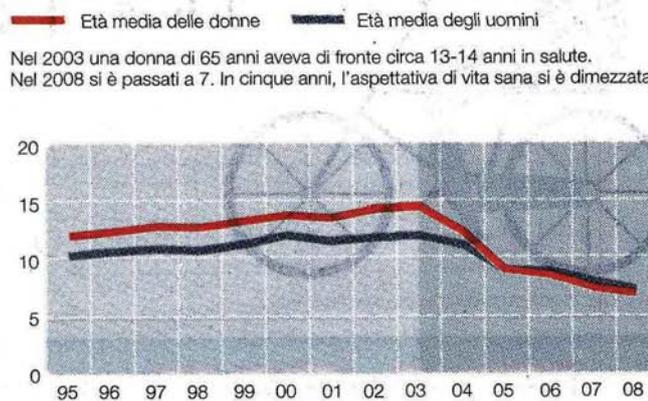
ASPETTATIVA DI VITA SANA PER GENERE

Dati 1995-2008, Eurostat



ANNI DI VITA SANA DOPO I 65 ANNI

Dati 1995-2008, Eurostat



LE INIZIATIVE

ALZHEIMER, SABATO LA GIORNATA

Nel mondo si contano 36 milioni di persone affette da demenza, cifra destinata a raddoppiare nel 2020. In Italia sono almeno 600 mila i malati di Alzheimer, la forma più grave. «È un problema di salute pubblica ed economica», commentano dall'Alzheimer disease international (Adi). Il 21 settembre si celebra la giornata mondiale dallo slogan "Alzheimer, un viaggio per prendersi cura" con tante iniziative, come l'incontro a Palazzo Marino a Milano (per info www.alzheimer.it) e una maratona, domenica 22 a Cesenatico (www.maratonaalzheimer.it). Negli Usa (19 settembre) la Alzheimer society (www.alzheimers.org) presenterà il quinto Rapporto mondiale. "C'è bisogno di una seria rete assistenziale", avverte Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione italiana di psicogeriatra.

(mp.s.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CONGRESSO



UMBERTO VERONESI

LA DURATA DELLA VITA LE RICERCHE E LE SFIDE

La longevità nasconde non solo segreti ma anche sfide, ed è per questo che ho voluto dedicare a questo tema la Nona Conferenza del Programma "The Future of science", riunendo a Venezia (da giovedì 19 a sabato 21 settembre) alcuni fra i maggiori esperti al mondo nei diversi ambiti scientifici che si occupano del fenomeno: ricercatori biomolecolari, biologi, neuro scienziati, psicologi, antropologi, nutrizionisti, sociologi, demografi, economisti. È una sfida alla scienza, che dispone oggi degli strumenti per intervenire sulla durata della vita - farmaci che modulano la funzione dei geni - ma si domanda se e come applicarli. È una sfida alle nostre capacità intellettuali, perché abbiamo scoperto recentemente che le più profonde radici della longevità sono nella nostra mente, dando più valore alle attività di pensiero durante tutta la vita. È una sfida alla medicina perché la longevità è un valore solo se è sana. Ed è una sfida a tutta la società, che deve fare i conti con una vita media più lunga e imparare a trasformare tutto questo in un patrimonio per la società del futuro. Con "Secrets of Longevity" l'appuntamento veneziano si conferma come l'incontro internazionale più importante in Italia in ambito Scienza e Società. info@thefutureofscience.org

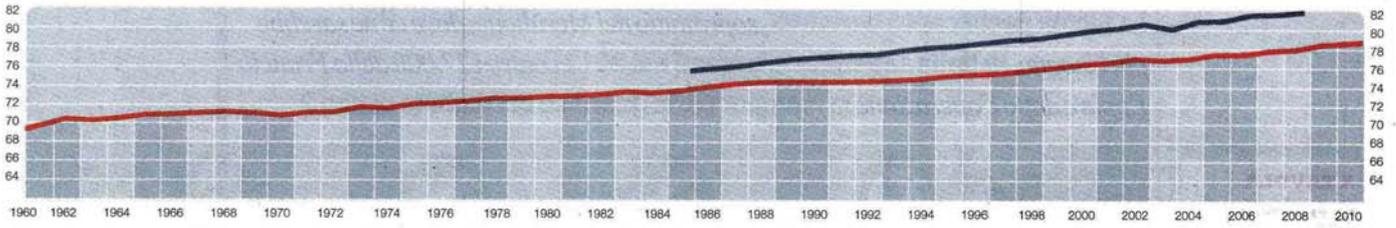
© RIPRODUZIONE RISERVATA

ASPETTATIVA DI VITA IN ITALIA E IN EUROPA

Dati 1960-2010
— In Italia
— In Europa

In Europa la curva è in crescita più o meno costante da ormai mezzo secolo. Se nel 1960 la vita media in Europa era di 69 anni, nel 2009 ha superato i 78

In Italia i valori sono sempre stati sopra la media: l'aspettativa, dai 75 anni del 1985 è cresciuta fino agli 82 del 2008

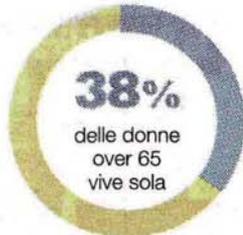


Fonte: RELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / EUROSTAT



L'APPUNTAMENTO

19-21 settembre 2013
 Venezia, Fondazione
 Giorgio Cini - Isola di San
 Giorgio Maggiore
 Organizzata da: Fondazione
 U. Veronesi, Fond. Cini,
 Fond. Tronchetti Provera
www.thefutureofscience.org



ASPETTATIVA DI VITA MEDIA IN ITALIA



UOMINI
79
anni

DONNE
84
anni

ALIMENTAZIONE

1600-1800 kcal. al di.
 Pasta (1 etto), 5 porzioni
 di vegetali, carne rossa
 1 volta a settimana,
 pesce azzurro



STILE DI VITA

Smettere di fumare
 e contenere lo stress.
 Massimo due bicchieri
 di vino rosso al giorno,
 no ai superalcolici

LUNGA VITA IN SALUTE

La vecchiaia in salute va preparata molti anni prima dello scoccare dei 70. Non ci sono diete speciali o elisir di lunga vita, il segreto è mangiare poco e di qualità, mantenersi attivi ed essere autonomi

50



50 anni

In piena attività:
 si è molto impegnati
 nell'attività lavorativa
 e familiare



ESAMI MEDICI

Glicemia e colesterolo
 totale una volta l'anno,
 pressione arteriosa, PSA,
 prostatico, mammografia e
 pap test. Rx torace e Ecg

ATTIVITÀ FISICA

Palestra 3 volte a
 settimana almeno 30-45
 minuti in alternativa
 camminare, nuotare,
 andare in bici, sciare

ALIMENTAZIONE
Introito 1400-1600 Kcal. Diete in caso di diabete, pressione alta, sovrappeso e ipercolesterolemia. Ridurre carboidrati e sale

STILE DI VITA
No al fumo, massimo due bicchieri di vino al giorno. Lettura e iniziare a scoprire un hobby

60

60 anni
Possono subentrare patologie concomitanti: diabete, ipertensione, ipercolesterolemia

ESAMI MEDICI
Colesterolo totale e Hdl, glicemia e funzione renale, conta globuli rossi e bianchi, controllo oculistico e dentale

ATTIVITÀ FISICA
Sono ideali le passeggiate aerobiche a passo svelto per 20-30 minuti al giorno tutti i giorni

ALIMENTAZIONE
Introito 1100-1200 kcal., varietà nei cibi, cucina semplice, vitamine e integratori, 7-8 bicchieri di acqua al giorno

STILE DI VITA
Trovare occasioni di incontro con famiglia o amici. Cercare supporto e chiedere aiuto appena se ne ha bisogno

80

80 anni
Gran parte degli over 80 presenta patologie associate e assume due o più farmaci

ESAMI MEDICI
Esami di routine una volta l'anno, controllo dei denti e dei piedi. Rx torace per fumatori, Psa e mammografia

ATTIVITÀ FISICA
Rinforzo muscolare per equilibrio, postura e andatura. Attività fisica moderata per almeno 15-20 minuti al giorno

ALIMENTAZIONE
Cambia il metabolismo, introito 1300-1400 kcal., privilegiare proteine vegetali, pasta tre volte a settimana, legumi, verdura e frutta

STILE DI VITA
Mantenere impegni sociali, fare viaggi, avere stabilità affettiva, economica e una vita sociale intensa

70

70 anni
Gran parte delle persone ha almeno una patologia associata. Cambia lo stile di vita se si va in pensione

ESAMI MEDICI
Quelli di routine 1-2 volte l'anno in più creatinina, test coagulazione, Rx torace, Ecg, Psa, mammografia e Pap test

ATTIVITÀ FISICA
Rafforzamento muscoli per equilibrio, yoga, Tai chi, fare spesa a piedi, salire-scendere scale, giardinaggio

LE "BLUE ZONES"

Luoghi al mondo dove si vive più a lungo. Gli abitanti hanno caratteristiche comuni dello stile di vita

LOMA LINDA
California

SARDEGNA
Italia

OKINAWA
Giappone

NICOYA
Costa Rica

ICARIA
Grecia

LE CARATTERISTICHE DELLE BLUE ZONES

	Non si fuma né si assumono stupefacenti		Gli abitanti sono costretti a fare lunghe camminate
	Si dà assoluta priorità alla famiglia e si ha una vita sociale intensa		La dieta è a base di frutta, verdura e cereali

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Longevità

Dieta e movimento così si salva la terza età

Quei piccoli segreti per invecchiare bene

INSONNIA? ANSIA E STRESS?

LA QUALITÀ AL SUBITO PREZZO

9.90

Salute. L'affondo di Confindustria

«Basta tagli alla cieca per la sanità pubblica»

Roberto Turno

ROMA

Basta con le «manutenzioni precarie» e i tagli alla cieca alle imprese. Per rendere stabile e sostenibile la sanità pubblica, rilancia Confindustria, serve una nuova stagione aperta a «una logica industriale incentrata sulla qualità delle prestazioni e dei servizi». E allora avanti coi fondi integrativi, con dosi massicce di tecnologia e investimenti infrastrutturali, rivedendo la rete ospedaliera ed eliminando i posti letto inutili e improduttivi.

Da una parte una netta discontinuità col presente, dall'altra la necessità di spalancare le porte al futuro che ci riserva un welfare completamente diverso da quello che abbiamo sempre conosciuto. È attraverso questi due passaggi chiave che Confindustria propone a Governo e Parlamento di rivedere la governance del sistema sanitario italiano. Lo ha spiegato ieri Marcella Panucci, dg di viale dell'Astronomia, ascoltata dalle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera nell'ambito di un vasto ciclo di audizioni che ha come punto focale la sostenibilità del Ssn all'interno degli obiettivi di finanza pubblica.

«Il Ssn - ha chiarito Panucci - è una delle principali conquiste sociali del nostro Paese e questo diritto non va in alcun modo toccato». Ma di qui a salvare l'esistente, ce ne passa. Tra addizionali Irap e Irpef insopportabili per le imprese (e i cittadini), ritardati pagamenti ai fornitori, una spesa privata praticamente tutta cash che vale 40 miliardi (10 dei quali sommersi), sperequazioni tra una regione e l'altra, intramoenia dei medici pubblici, servizi spesso scadenti dal Lazio in giù. Difendere l'esistente, insomma, non è più possibile: or-

mai «l'universalità e l'equità del Ssn sono da anni a rischio».

Ecco allora le scelte di policy proposte da Confindustria. A partire dalla sfida dell'efficienza, superando le criticità delle infrastrutture e scommettendo forte (e davvero) sulle tecnologie. Con la scommessa tutta da vincere dell'Ict, la digitalizzazione dei servizi, la revisione della rete ospedaliera col superamento dei piccoli presidi sanitari. «La riqualificazione della spesa - ha detto Panucci - passa attraverso un disegno strategico di reingegnerizzazione del sistema e richiede una visione industriale del settore», rimuovendo gli sprechi e puntando su costi standard e procurement pubblico.

L'AUDIZIONE

Marcella Panucci alla Camera: serve una logica industriale incentrata sulla qualità di prestazioni e servizi

C'è poi il passaggio chiave del finanziamento. Dove il peso della spesa privata potrebbe essere favorevolmente spostato verso i fondi integrativi a partire da quelli di categoria. Di qui la proposta: «La progressiva introduzione di meccanismi di finanziamento privati intermediati (assicurazioni, casse mutue ecc) che permetterebbero di tutelare la sostenibilità e l'equità del sistema, è essenziale per il suo equilibrio sociale e finanziario». Un futuro in cui il sistema pubblico manterrebbe il controllo sulla qualità degli strumenti e delle prestazioni, senza però più occuparsi della gestione. Ma anche «limitando a tutti i costi le interferenze della politica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute - Ai medici tempo fino al 31 marzo per l'invio dei dati sanitari

Cirioli a pag. 29

Un decreto riscrive la tempistica dell'obbligo a carico dei medici

Salute, dati da reinviare

I dati sanitari trasmessi entro il 31 marzo

DI DANIELE CIRIOLI

Resettate le regole sull'obbligo per i medici di fabbrica di inviare i dati sanitari rilevanti per la sicurezza. L'operatività del nuovo obbligo, già scattata l'anno scorso con prima scadenza (dati anno 2012) al 30 giugno 2013, viene fatta slittare a quest'anno con conseguente nuova prima scadenza al 31 marzo 2014 (dati anno 2013). Lo prevede il decreto 6 agosto dei ministri della salute e del lavoro pubblicato in *G.U.* n. 212/2013, che modifica il decreto 9 luglio 2012 con la disciplina del nuovo adempimento previsto dal T.u. sicurezza del lavoro (art. 40 del dlgs n. 81/2008).

L'adempimento, a carico dei medici competenti o di fabbrica, è divenuto operativo dall'anno 2012 a seguito della pubblicazione in *G.U.* del citato decreto 9 luglio 2012, il quale ha disciplinato anche la cartella sanitaria e di rischio (allegato 3A) e ha previsto il modello da utilizzare per la trasmissione dei dati sanitari, ossia l'allegato 3B. Il decreto inoltre aveva previsto un periodo transitorio di 12 mesi, terminato il 25 agosto 2013, durante il quale è rimasta sospesa la sanzione a carico dei medici inadempienti alla trasmissione dei dati del 2012 entro il termine più lungo fissato al 30 giugno 2013 (sanzione da 1.000 a 4 mila euro).

Secondo il ministero guidato da Beatrice Lorenzin gli invii degli allegati 3B effettuati dai medici al 4 settembre attraverso la piattaforma Inail sono stati pari a 228.129, mentre i medici che li hanno effettuati solamente 3.513. Dunque nonostante la scadenza più lunga (30 giugno anziché 31 marzo

2013) non è andata bene la sperimentazione del nuovo obbligo. Per le associazioni dei medici competenti tutto è dipeso dalle difficoltà di accesso e utilizzo della piattaforma predisposta allo scopo dall'Inail, divenuta operativa solo dal 1° giugno: ciò avrebbe ostacolato se non impedito il regolare rispetto del termine.

Per queste ragioni il ministero della salute ha deciso di concedere ai medici un ulteriore periodo di tempo per adempiere al nuovo obbligo. Il nuovo decreto, in vigore dall'11 settembre, stabilisce infatti che il primo invio dei dati tramite l'allegato 3B deve avvenire entro la scadenza del primo trimestre dell'anno successivo a quello nel quale c'è stata la costituzione della piattaforma da parte dell'Inail; e stabilisce che per i successivi appuntamenti annuali le singole scadenze si fissano sempre alla fine del primo trimestre dell'anno seguente. Poiché la costituzione della piattaforma Inail è avvenuta il 1° giugno la scadenza del primo appuntamento si fissa al 31 marzo 2014 per i dati dell'anno 2013. In tal modo, peraltro, c'è la decadenza (essendo di fatto abrogato) del primo obbligo di adempimento relativamente ai dati dell'anno 2012, con conseguente non sanzionabilità dei medici inadempienti (si ricorda, tuttavia, che l'invio dei dati resta comunque possibile fino al 30 settembre).

Il decreto, infine, prevede la possibilità che con successivi provvedimenti possano essere apportate modifiche agli allegati 3B e 3A e anche alle modalità di trasmissione. Relativamente ai contenuti, le associazioni dei medici evidenziano che, nell'ultima riunione tecnica presso il ministero della salute che c'è stata il 5 settem-

bre, le società scientifiche hanno sostenuto che i dati raccolti non si prestano all'utilizzo ai fini epidemiologici e che esiste un rischio di un uso improprio ai fini di vigilanza. Due ragioni in più che, evidentemente, hanno spinto i ministri a resettare le previgenti norme.

—© Riproduzione riservata—



Omega 3

Considerati finora "miracolosi", recenti studi rimettono tutto in discussione: dannosi nel cancro alla prostata, vantaggiosi nel tumore al seno e nei polipi all'intestino....

Fanno bene, anzi no la grande querelle sugli acidi grassi

Sarebbero inutili
sul fronte
cardiovascolare
ma non nei casi
di post-infarto

ALDO FRANCO DE ROSE*

Da protagonisti assoluti, quasi miracolosi, per il benessere dell'individuo, gli

omega 3, i grassi che derivano dai pesci, da qualche tempo sono sospettati di essere elementi di dubbia efficacia. Addirittura pericolosi per la salute degli uomini ma non delle donne. Uno studio greco prima, pubblicato sul *Journal of the American Medical Association*, e una ricerca italiana apparsa nei mesi scorsi su *New England Journal Medicine*, hanno messo in dubbio l'efficacia degli omega 3, scontrandosi con le numerose ricerche che ne hanno esaltato le qualità terapeutiche.

Lo studio italiano è stato eseguito dai medici di medicina generale con l'Istituto Mario Negri e ha interessato più di 12.000 pazienti, con una età media di 64 anni. Alla fine dei 5 anni, è stato evidenziato che un trattamento farmacologico con

Omega-3 non comporta vantaggi specifici in termini di riduzione di mortalità ed ospedalizzazione per motivi cardiovascolari.

Le critiche non si sono fatte attendere e puntano il dito sul fatto che non si trattava di persone post-infartuate, dove gli omega 3 hanno dimostrato di essere particolarmente efficaci, ma di soggetti in buona salute con generici fattori di rischio cardiovascolare (obesità, ipertensione, diabete) che oltretutto si sarebbero ridotti nel corso del periodo di osservazione, grazie anche al miglioramento delle terapie preventive specifiche che avrebbero potuto "mascherare" gli effetti degli omega 3, come osservato dagli stessi ricercatori del Mario Negri.

Più recentemente invece, per uno studio pubblicato sul *Journal of the National Cancer Institute* dal Fred Hutchinson Cancer Research Center di Seattle, gli omega 3 sarebbero addirittura pericolosi in quanto favorirebbero l'insorgenza del tumore alla prostata. La ricerca ha interessato 800 persone e le conclusioni sono state allarmanti: gli uomini con alte concentrazioni di omega 3 nel sangue avrebbero il 71% in più di probabilità di ammalarsi di cancro alla

prostata, ipotizzando una diminuzione delle difese immunitarie o una azione diretta sul Dna da parte degli omega 3.

Di conclusioni opposte sembra invece essere una ricerca del 2011, sempre americana, pubblicata sul *Cancer Prevention Research* in cui viene evidenziato il ruolo protettivo degli omega 3 e l'olio di pesce sulla cellula tumorale della prostata, in quanto ne rallenterebbe la proliferazione e quindi la disseminazione in altre parti del corpo.

Ma se per l'uomo la pericolosità rimane ancora controversa e necessita di ulteriori conferme, anche da parte di altri gruppi di ricerca, gli omega 3, e solo quelli provenienti dai pesci, si sono rivelati importanti alleati per il benessere della donna in quanto sembrano prevenire l'insorgenza del tumore alla mammella, dei polipi all'intestino colon e fanno bene alla vista. Inizialmente uno studio sperimentale pubblicato sul *Journal of Nutritional Biochemistry* dai ricercatori dell'Università di Guelph, aveva evidenziato che negli animali in cui erano presenti acidi grassi omega 3, si sviluppavano meno tumori, soltanto nei due terzi dei casi e, qualora questi fossero presenti, erano del 30% più piccolo-

li. Più recentemente ricercatori cinesi dell'università di Zhejiang, in un articolo sul *British Medical Journal*, analizzando 26 studi clinici per un totale di 800.000 partecipanti e oltre 20.000 casi di tumore alla mammella, hanno confermato l'efficacia di prevenzione tumorale ma solo degli omega 3 di origine marina (Epa e Dha). In particolare la riduzione del rischio di sviluppare un tumore alla mammella era pari al 5% per ogni 0,1 g di omega 3 consumati ogni giorno, corrispondenti a due porzioni di pesce azzurro a settimana.

Ma la prevenzione è efficace anche per i polipi all'intestino colon, come riporta un articolo dell'*American Journal of Clinical Nutrition*: le donne che introducevano nella loro alimentazione almeno 3 porzioni settimanali di pesce riducevano del 33% la possibilità di sviluppare polipi al grosso intestino. Gli stessi benefici però non sono stati registrati nell'uomo. Ma effetti benefici degli omega 3 interessano anche l'occhio: sembrano infatti prevenire la Degenerazione maculare legata all'età (Dmle), una delle maggiori cause di cecità, come riporta uno studio francese pubblicato recentemente sulla rivista americana *Ophthalmology*.

*Specialista urologo
e andrologo,
Clinica urologica, Genova

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SCHEDA

ESISTE ANCHE IL 6 CHE DERIVA SOLTANTO DAI VEGETALI

Gli omega 3 sono acidi grassi che derivano dal pesce "grasso", come tonno, salmone, sgombri, acciughe dai quali si estrae l'olio di pesce, ma anche dalle noci e dagli oli di semi di lino, soia e colza. Assieme agli omega 6, dai quali si differenziano perché originano solo dai vegetali (legumi, frutta secca, oli di soia, mais, girasole, germe di grano), rappresentano gli acidi grassi essenziali che

devono essere introdotti con la dieta, in quanto il nostro organismo non è in grado di sintetizzarli. Gli omega 6 favoriscono l'infiammazione e quando diventano preponderanti con una dieta ricca di grassi animali e oli vegetali, alterando il rapporto ideale di 3/1 con omega 3, favoriscono l'insorgenza di patologie croniche.

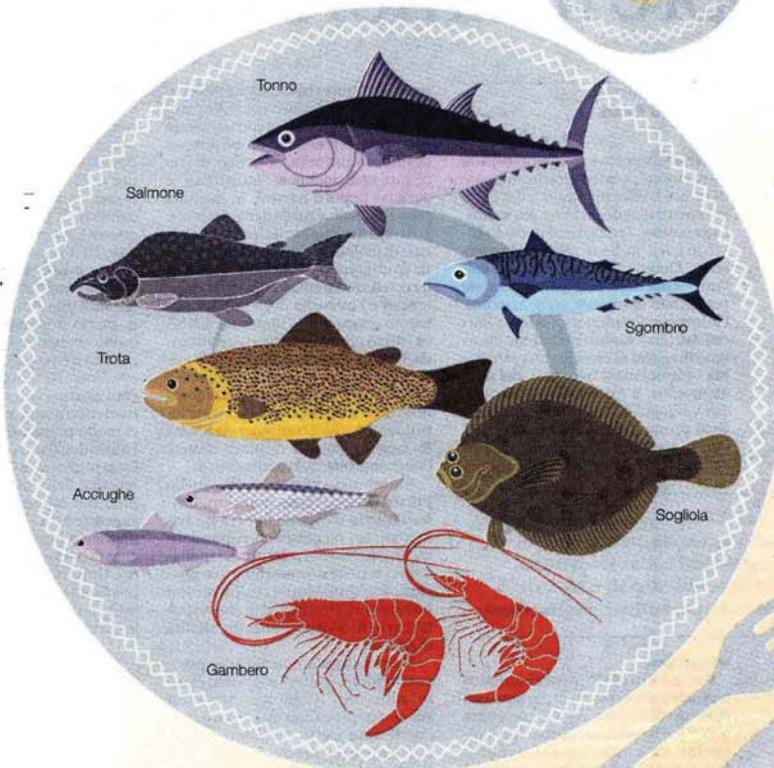
(a. f. d. r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PRINCIPALI FONTI

di Omega 3 e Omega 6

Questi due particolari acidi grassi polinsaturi vengono detti essenziali perché l'organismo non è in grado di produrli autonomamente



FONTI VEGETALI

Omega 6	Omega 3	OLI (10 g)
-	5,0 g	Olio di mais
-	4,5 g	Olio di sesamo
0,8 g	5,0 g	Olio di soia
-	6,0 g	Olio di girasole
5,8 g	1,4 g	Olio di lino (40 g di semi)
0,5 g	5,0 g	Olio di germe di grano
-	1,0 g	Olio d'oliva
SEMI, CEREALI (2 cucchiaini)		
3,2 g	0,8 g	Semi di lino macinati
0,2 g	1,6 g	Germe d'avena
0,1 g	0,8 g	Germe di grano
FRUTTA SECCA		
1,3 g	5,0 g	Noci sgusciate (5 noci)
1,0 g	-	Arachidi, pistacchi (10 g)
VEGETALI E LEGUMI (1 tazza)		
1,1 g	7,8 g	Semi di soia cotti
0,7 g	5,0 g	Tofu, compatto
0,4 g	2,9 g	Latte di soia
0,2 g	0,2 g	Piselli e fagioli

PRODOTTI ITTICI

Omega 3	
4,0 g	Sardine fresche
3,5 g	Anguilla
2,9 g	Tonno fresco
2,1 g	Aringa fresca
2,0 g	Salmone fresco
1,9 g	Sgombro fresco
1,4 g	Orata d'allevamento
1,2 g	Cefalo o muggine
1,2 g	Sardine sott'olio
1,2 g	Spigola
0,7 g	Acciuga o alicia, fresca
0,7 g	Salmone affumicato
0,6 g	Aragosta fresca
0,6 g	Orata fresca
0,6 g	Trota
0,5 g	Trota iridea
0,5 g	Sogliola
0,4 g	Polpo
0,3 g	Cozze
0,3 g	Gamberetti sgusciati
0,2 g	Spigola
0,1 g	Merluzzo
0,1 g	Tonno sott'olio

FONTE: RELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA SALUTE / USDA NUTRIENT DATABASE FOR STANDARD REFERENCE / CRISTINA BARBAOLI

Test

Tac alleata della genetica

ELVIRA NASELLI

È la naturale evoluzione di Cosmos I, il primo progetto di screening per il tumore al polmone con Tac spirale a basso dosaggio, fortemente voluto da Umberto Veronesi, con l'idea di individuare precocemente la neoplasia polmonare - appena qualche millimetro - e intervenire tempestivamente. Quello che sta andando avanti adesso, il Cosmos 2, coordinato a livello nazionale da Giulia Veronesi, aggiunge alla Tac anche un prelievo di sangue. L'ipotesi scientifica - e la speranza dei medici - è che, valutando i micro Rna del sangue dei pazienti, sia possibile individuare un marcatore che riveli precocemente il tumore al polmone e che in un futuro non troppo lontano un semplice prelievo di sangue possa addirittura sostituire la Tac, esame rapido, appena 10-15 secondi, ma che comunque espone il paziente a radiazioni ionizzanti. L'obiettivo è riuscire a salvare parte di quelle 34.500 persone che ogni anno muore di tumore polmonare.

«La strada è ancora lunga ma promettente - ragiona Giuseppe Cardillo, chirurgo toracico e direttore del programma di screening delle neoplasie polmonari al San

Camillo Forlanini di Roma, ospedale che ha ospitato di recente un convegno su Cosmos 2 - e i primi risultati lasciano ben sperare. In questo primo anno di attività abbiamo sottoposto a screening nel nostro

centro - con Tac a basso dosaggio di radiazioni, circa il 20% del dosaggio standard - 750 soggetti a rischio, over 55 e fumatori di almeno 20 sigarette al giorno per 30 anni, o ex fumatori da meno di 15 anni. Abbiamo individuato e trattato, spesso con chirurgia mini-invasiva, 8 neoplasie, poco più dell'1% del totale, e abbiamo trovato inoltre numerosi noduli sospetti che terremo sotto controllo. Il problema di questo screening, che prevede un arruolamento complessivo in Italia di diecimila fumatori, è quello economico: non è rimborsato dal servizio sanitario, il paziente non paga nulla ma per fortuna riusciamo a continuare grazie a fondi privati e alla collaborazione dell'Ieo di Milano. Da noi inoltre tutti gli esami legati allo screening vengono eseguiti il sabato pomeriggio per non interferire con l'attività istituzionale dell'ospedale».

Oltre all'Ieo, capostipite del progetto, e al San Camil-

lo di Roma, lo screening procede anche a Palermo (Ismett), Firenze (Centro oncologico fiorentino), università de L'Aquila (sede ospedaliera di Teramo), Pescara (ospedale Spirito Santo), Basilicata (ospedale di Potenza e Crob, centro di riferimento oncologico della Basilicata, a Rionero in Vulture).

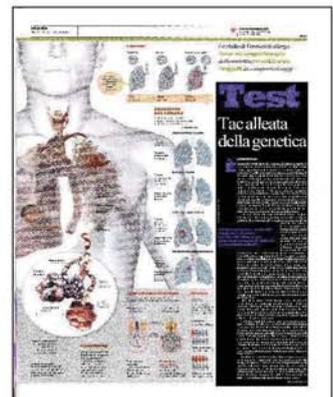
«L'obiettivo è effettuare una prevenzione personalizzata - continua Cardillo - calcolando il rischio individuale e modulando i controlli a distanza sulla base di tale indice e, in futuro, la messa a punto di un marcatore molecolare potrà aiutarci ad individuare i soggetti più a rischio e fare soltanto a loro la Tac. Se tutto va bene Cosmos 3 potrebbe partire dal prelievo di sangue e fare la Tac solo ai positivi al test ematico. Ovviamente dobbiamo poi cercare di far smettere i fumatori, offrendo corsi di disassuefazione al fumo, considerato che la sigaretta è responsabile diretta di circa il 90% dei nuovi casi di tumori polmonari».

Il rischio relativo dei fumatori di sviluppare un tumore polmonare, rispetto a chi non fuma, è di circa 14 volte in più, che arriva a 20 volte nei forti fumatori (oltre 20 sigarette al giorno). Come ha dimostrato lo studio randomizzato americano Nlst (National lung screening trail), effettuato su 53.000 pazienti a rischio, lo screening permette di ridurre la mortalità del 20%. Come dire che in Italia si potrebbero salvare 2500 persone all'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

Un'indagine Usa su 53.000 soggetti a rischio ha rilevato che la tac spirale permette di ridurre la mortalità del 20%



CORRIERE DELLA SERA.it

stampa | chiudi

ALIMENTAZIONE

Quante calorie togliere per guadagnare anni?

Sui «tagli» alimentari come viatico di lunga vita le conclusioni delle ricerche non sono ancora del tutto chiare

MILANO - Il primo è stato Ekiken Kaibara, medico e filosofo giapponese vissuto fra il '600 e il '700. Per vivere a lungo, scrisse, bisogna essere moderati a tavola: tanto riso, solo verdure di stagione, poca carne, mai mangiare all'eccesso. Kaibara visse fino a 84 anni, età ragguardevole per quei tempi, e aveva visto giusto: gli studi più recenti, che saranno discussi a Venezia durante il convegno «The Future of Science» dedicato a "I segreti della longevità", sembrano dargli ragione e ci invitano a dare un taglio alle calorie per vivere più a lungo e al riparo dalle malattie (GUARDA). Luigi Fontana, della Divisione di Geriatria e scienze nutrizionali presso il Centro per la Nutrizione Umana della Washington University di St. Louis (Usa), da anni studia gli effetti della dieta sull'invecchiamento nell'uomo e subito premette: «Negli anni passati le ricerche parevano aver dato indicazioni relativamente chiare: meno calorie uguale aumento della sopravvivenza e riduzione delle malattie croniche. È in parte così, ma oggi sappiamo che la faccenda è più complessa, negli animali da esperimento e ancora di più nell'uomo. Si è visto, ad esempio, che per alcuni ceppi di topolini una restrizione calorica del 40% è eccessiva e provoca l'effetto opposto, su altri invece è utile. In sostanza, non sappiamo ancora quante calorie si dovrebbero tagliare per vedere un effetto sulla longevità negli animali, men che meno possiamo dare raccomandazioni pratiche per l'uomo. Per alcuni di noi il 20% di calorie in meno potrebbe essere troppo, per altri non essere sufficiente».

GRASSO ADDOMINALE - Può bastare infatti l'iper-espressione di un gene particolare per rendere il consumo di specifici alimenti sconsigliabile per una persona: l'organismo è un sistema così complicato che generalizzare è riduttivo e spesso scorretto. «Tuttavia, è certo che bisogna mantenersi magri e soprattutto con la pancia piatta per restare in salute e vivere tanto - raccomanda Fontana -. Non si deve accumulare grasso a livello addominale, perché il tessuto adiposo intorno al girovita è il più nocivo: rilascia citochine che favoriscono l'infiammazione e sono coinvolte nello sviluppo di malattie cardiovascolari, diabete e tumori». Fontana sta conducendo ricerche su volontari e i dati raccolti finora mostrano come ridurre le calorie a tavola porti a un profilo cardiovascolare migliore. «Diminuiscono colesterolo e trigliceridi, il grado di infiammazione è basso, le carotidi sono più pulite e il cuore più elastico rispetto a soggetti di pari età che non riducano l'introito calorico. Questo significa che c'è una protezione certa dalle malattie cardiovascolari — spiega l'esperto —. Abbiamo anche eseguito biopsie muscolari in 56enni in restrizione calorica per confrontarle con tessuto muscolare estratto da coetanei non a dieta e da trentenni sani, scoprendo che cambiano molte vie metaboliche e l'espressione di centinaia di geni, perché le cellule percepiscono la modificazione della dieta e "virano" verso funzioni anti-invecchiamento. Il muscolo di un uomo di mezza età in restrizione calorica assomiglia molto a quello di una persona di vent'anni più giovane».

MODERAZIONE - Insomma, magari mangiare poco non è un sicuro lasciapassare per i 100 anni, né si sa quanto ciascuno dovrebbe ridurre il carico calorico quotidiano per allungarsi la vita, ma pare proprio

LA COLDIRETTI

«Gli italiani vivono più a lungo grazie alla dieta mediterranea»

«Numerosi studi hanno certificato che la dieta mediterranea è uno dei fattori principali che garantiscono agli italiani una vita più lunga». Così la Coldiretti dopo che ieri Arturo Licata è diventato l'uomo più vecchio del mondo. «Non è un caso - sottolinea Coldiretti - che il nuovo recordman dica di aver consumato a tavola molte verdure, cipolla cruda a volontà e un bicchiere di vino rosso ai pasti, e che come piatto preferito indichi la pasta con la ricotta». Pane, pasta, pesce, frutta, verdura, extravergine e il tradizionale bicchiere di vino consumati a tavola in pasti regolari, precisa Coldiretti, si sono dimostrati un elisir di lunga vita per gli italiani. Ma il futuro a preoccupare: con la crisi infatti a tavola gli italiani dicono addio alla dieta mediterranea dall'olio di oliva extravergine (-10%) al pesce (-13%), dalla pasta (-10%) all'ortofrutta (-3%). Un allarme condiviso dall'Associazione italiana di Oncologia Medica (Aiom) secondo la quale 3 tumori su 10 nel nostro Paese sono causati da un'alimentazione errata.

SALUTE LA CHIRURGIA



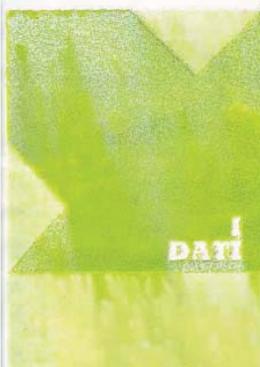
PER SAPERNE DI PIÙ

www.ifso.com

www.sicob.org

Obesità

La Sicob: pochi centri bariatrici, soprattutto nel Meridione, dove ce ne sarebbe più bisogno. In Italia settemila interventi nel 2012 contro i 27.000 della Francia. Eppure dopo l'operazione la maggior parte guarisce dal diabete di tipo 2

 <p>I DATI</p>	 <p>NEL MONDO Sono 1,5 miliardi le persone affette da eccesso ponderale, di questi 500 milioni sono obesi. In Europa il 7,7% di tutte le cause di morte è legato all'obesità</p>	 <p>IN ITALIA Gli obesi sono più di 6 milioni, in crescita del 25% dal 1994. Ogni anno si spendono 88 miliardi di euro tra costi diretti e indiretti legati all'obesità</p>	 <p>I CENTRI I centri italiani di chirurgia bariatrica sono 98 suddivisi tra nord (52), centro (23), sud (18) e isole (5). Un milione e mezzo i pazienti che potrebbero essere curati</p>	 <p>GLI INTERVENTI Nel 2011 sono stati eseguiti 2.623 bendaggi gastrici, 1.796 bypass gastrici, 71 gastroplastiche verticali, 21 diversioni biliopancreatiche e 21 duodenal switch</p>
--	---	--	---	---

“Con la chirurgia stop ai problemi ma i pazienti spesso non si fidano”

MARIA PAOLA SALMI

Intrappolati nel grasso perdono anni di vita. È questo il destino di milioni di obesi. Solo a seguito di sofferenza e tentativi inutili, arriva il bisturi risolutivo. «Dopo l'inter-

vento è come nascere una seconda volta», racconta Romina Maffei, reatina, 38 anni, 170 centimetri di altezza per 140 chili di peso fino al 2007, quando decide di operarsi. «Sono tornata a vivere con i miei 70 chili - ricorda la testimonianza del seminario promos-

so dalla Società italiana di chirurgia dell'obesità (Sicob) - purtroppo gli obesi nel nostro paese non sono considerati malati ma solo persone che mangiano troppo».

Chirurgia specialistica, ai vertici mondiali quella italiana come confermato al recente congresso

internazionale Ifso (International federation for the surgery of obesity and metabolic disorders) di Istanbul dove gli esperti hanno lanciato l'ennesimo allarme per l'impennata di sovrappeso e obesità tra gli adolescenti, che nel nostro Paese (studio multicentrico

Hbsc) riguarda il 25% dei maschi e il 15 delle femmine. Ogni anno nell'Unione europea almeno un decesso su 13 è correlato al grasso in eccesso, che minaccia in 9 casi su 10 durata e qualità della vita con la comparsa di patologie cardiovascolari, respiratorie, osteoarticolari, metaboliche, tumorali e impatta sulla spesa sanitaria nazionale per 88 miliardi di euro l'anno. Gli italiani obesi sono 6 milioni, di questi un milione e mezzo potrebbe trovare una soluzione duratura con un intervento chirurgico. «E invece – nota Marcello Lucchese, presidente Sicob e direttore della chirurgia bariatrica e metabolica del policlinico Careggi di Firenze - pochissimi pazienti scelgono questa strada. Nel 2012 in Italia sono stati eseguiti 7.000 interventi di obesità grave contro i 27.000 realizzati in Francia, e questo malgrado il rischio di decesso cui va incontro un paziente obeso sia superiore al 6%».

Un milione e mezzo di italiani obesi potrebbe avvalersi del bisturi ma non lo fa

Scarsa consapevolezza e disinformazione sarebbero i colpevoli. «Oltre al paradosso tutto italiano per cui al Meridione, dove più è grave il problema obesità, si praticano pochissimi interventi, solo uno su 7 - denuncia Luigi Angrisani, presidente dell'Ifso - e ci sono pochi centri di chirurgia bariatrica».

Qualunque intervento bariatrico, se effettuato con le dovute indicazioni ed esperienza, dà nel tempo risultati buoni in una larghissima percentuale di casi. I benefici sulla mortalità indagati dallo Swedish Obese Subjects Study e da un più recente studio internazionale, sono evidenti: una contrazione del 40% dei decessi totali a 7 anni. Ridotte in maniera significativa le morti per diabete, infarto e tumori. Un recente studio italo-americano ha dimostrato ancora come l'83% degli obesi operati con bypass gastrico e il 95% di quelli con diversione biliopancreatica siano guariti completamente dal diabete di tipo 2.