

Tumori, si muore di meno Ma il fumo rovina le donne

Negli uomini calo del 18% di decessi in 20 anni

VITO SALINARO

Le morti a causa del cancro diminuiscono ancora. Si tratta di un trend consolidato anche se attutito dal generale allarme prodotto dall'alta incidenza dalla patologia. Ma i numeri sono numeri e ci dicono che in un ventennio (1996-2014) i decessi segnano un meno 18% tra gli uomini e un calo del 10% fra le donne. I nuovi casi? Saranno 365.500 nel 2014, 6.500 in più rispetto al 2011, con una leggera prevalenza negli uomini. Alle buone notizie sulle guarigioni fa da contraltare l'ennesimo allarme fumo, il fattore di rischio più importante per il cancro. A 50 anni dal primo report scientifico che ne dimostrava i devastanti danni, la nicotina resta irrinunciabile per un terzo degli italiani under 35. Le conseguenze sono intuibili. E il dato che dà i brividi riguarda le donne: in soli 18 anni il tumore del polmone - che resta il più letale - ha fatto registrare un incremento del 61%. E pensare che questa malattia è soltanto una tra quelle addebitabili al fumo di sigaretta. Considerando tutte le altre patologie tumorali e l'enorme sfera di quelle cardiovascolari, è corretto affermare che ogni 12 mesi, in Italia, 180.000 persone perdono la vita a causa delle "bionde".

È questa, in linea di massima, la fotografia che del cancro fanno l'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) e l'Airtum (Associazione italiana registri tumori) nel quarto censimento ufficiale raccolto nel volume *1 numeri del cancro in Italia 2014*. Nella classifica delle patologie più frequenti, al primo posto c'è il tumore del colon-retto (52.000 diagnosi nel 2014), seguito da quello della mammella (48.000), del polmone (40.000), della prostata (36.000) e della vescica (26.000). Il cancro del polmone si conferma al primo posto per mortalità (33.706), seguito da colon-retto (19.077), seno (11.959), stomaco (9.957) e prostata (7.520).

Oggi in Italia 2 milioni e 900mila soggetti vivono con una precedente diagnosi di tumore; nel 2020 saranno 4 milioni e 500mila. Un numero elevatissimo e condizionante per il nostro Sistema sanitario nazionale ma che si spiega sommando i nuovi casi, le sopravvivenze e, soprattutto, l'invecchiamento della popolazione. Il dato, come detto, è inversamente proporzionale rispetto ai decessi che, nel 2011, sono stati "solo" 175.363. Incidono, in questo andamento, il ricorso agli screening, la maggiore attenzione per la prevenzione ma anche diagnosi sempre più precoci e terapie personalizzate: e cioè meno tossiche e più efficaci. Alle porte, a proposito di terapie, c'è una vera e propria rivoluzione, in parte già iniziata visto che con i nuovi ritrovati il tumore al seno fa registrare oggi il 38% di decessi in meno rispetto a 20 anni fa. «La mortalità in costante riduzione - afferma il presidente dell'Aiom, Stefano Cascinu - è il più solido degli indicatori e dimostra che il nostro sistema sanitario è efficace: di cancro si muore sempre meno».

Il big killer fra gli uomini, spiega Emanuele Crocetti, segretario Airtum, «è quello al polmone (27%), fra le donne

prevale quello al seno (17%). In questa edizione del volume, abbiamo inserito un capitolo sui cosiddetti "secondi tumori" nei pazienti con cancro. Il rischio di ricevere un'altra diagnosi oncologica cresce con il tempo. In generale, i pazienti oncologici presentano una probabilità maggiore del 10% di sviluppare un secondo tumore rispetto alla popolazione generale».

La sopravvivenza a 5 anni, conclude Stefania Gori, segretario dell'Aiom, «è aumentata rispetto a quella dei casi diagnosticati negli anni precedenti sia per gli uomini (57% nel 2004-2007 contro il 39% del 1990-1992) che per le donne (rispettivamente 63% contro 53%). Su questo risultato ha influito il miglioramento della sopravvivenza in alcune delle neoplasie più frequenti: colon-retto (64% per gli uomini e 63% per le donne), seno (87%) e prostata (91%)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il rapporto

Le associazioni Aiom e Airtum fotografano «i numeri del cancro in Italia». 2 milioni e 900mila i colpiti, 365.500 le nuove diagnosi nel 2014. Quello del colon-retto (52.000 i casi previsti quest'anno) è il più frequente, quello del polmone resta il più letale



<http://www.repubblica.it/>

I cancro nel 2014, i dati Aiom: si vive più a lungo e si muore di meno

Al congresso dell'Associazione italiana oncologia medica, in corso a Roma, i numeri dei tumori nel nostro paese. Con molte note positive

di *MARIAPAOLA SALMI*



ROMA - Il tumore cambia ruolo. Non più malattia incurabile ma "ex male incurabile". Grazie agli screening, alla diagnosi precoce e ai nuovi farmaci che offrono prospettive di sopravvivenza e, a volte, di guarigione a dir poco sorprendenti che hanno permesso una riduzione della mortalità del 38% in poco meno di vent'anni. I dati del censimento ufficiale sui tumori in Italia, alla sua IV edizione, raccolti nel volume "I numeri del cancro in Italia 2014", presentati stamattina a Roma nel corso dei lavori del XVI congresso nazionale Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica, tracciano un profilo incoraggiante: le morti per cancro sono in netto calo, in un ventennio sono scese del 18% tra gli uomini e dal 10% tra le donne.

"Il volume è uno strumento fondamentale di aggiornamento sullo stato dell'oncologia nel nostro Paese rivolto ai cittadini ma anche alle istituzioni e agli operatori sanitari - afferma Stefano Cascinu, presidente Aiom - la mortalità in costante riduzione è il più solido degli indicatori e dimostra che il nostro sistema sanitario è efficace: di cancro si muore sempre meno".

Il numero di nuove diagnosi è sostanzialmente stabile rispetto al 2013: 365.500 nel 2014 rispetto a 364.000 del 2012. Più colpiti i maschi (54%) rispetto alle femmine (46%) che tuttavia battono il record peggiore per il cancro del polmone che fa registrare in 18 anni un'impennata del 61%. Il fumo di sigaretta resta il fattore di rischio più importante. Il 30% degli italiani è fumatore abituale, incluso un laureato su cinque e secondo l'American Cancer Society il consumo di tabacco è causa del 30% di tutte le morti nei paesi industrializzati ogni anno.

Il big killer più frequente in entrambi i sessi è il tumore al colon-retto (52.000 diagnosi nel 2014), seguito dal tumore della mammella (48.000), del polmone (40.000) che si conferma al primo posto per mortalità, della prostata (36.000) e della vescica (26.000).

Frequente l'evenienza di un "secondo tumore" nei pazienti con precedente diagnosi tumorale: il rischio di sviluppare una seconda neoplasia nel tempo è del 10% più elevato rispetto alla popolazione generale. In crescita la quota di anziani, peculiarità demografica non solo italiana. Attualmente nel nostro Paese, secondo i dati della rete dei Registri tumori italiani (Airtum) che comprende 40 Registri generali e 5 specializzati, nel nostro Paese convivono con una diagnosi di tumore quasi 3 milioni di individui che nel 2020 saranno 4 milioni e mezzo.

Entriamo nei dettagli. La **sopravvivenza** a 5 anni è aumentata rispetto a quella di solo un decennio fa sia negli uomini (57% del 2004-2007 contro il 39% del 1990-1992) sia nelle donne (rispettivamente 63% contro 53%). Non è migliorata per il tumore del polmone e del pancreas mentre è molto migliorata per il tumore della prostata, del melanoma e della tiroide. Chi sopravvive a 5 anni si avvicina a prospettive di vita simili a quelle della popolazione generale che non ha avuto un tumore.

Prevalenza. Dati del 2010 stimano in circa 2.250.000 gli italiani con una diagnosi di tumore che nel 2020 dovrebbero quasi triplicare. Il 57% di questi casi è costituito dai cosiddetti lungo-sopravvivenenti, persone che hanno ricevuto una diagnosi di tumore da oltre 5 anni. Il 39% dei lungosopravvivenenti ha tra i 60 e i 74 anni, il 34% più di 75 anni ma quasi il 30% ha un'età compresa tra 0 e 59 anni.

Incidenza. Si stima che in Italia nel 2014 verranno diagnosticati 365.000 nuovi casi di tumore, circa 1.000 al giorno. E' tra la popolazione anziana (+75 anni) che si diagnostica il maggior numero di neoplasie, pari al 50% del totale. Al primo posto per gli uomini il tumore della prostata seguito dal polmone e per le donne il tumore della mammella seguito dal tumore del colon-retto.

Mortalità. L'ultimo dato disponibile (Istat) è del 2011 con 175.363 decessi per cancro, ogni giorno in Italia muoiono di tumore 470 persone. Il tumore con il più alto tasso di decessi è quello del polmone (33.706) seguito dal colon-retto (19.000), dalla mammella (11.000), da stomaco (10.000) e prostata (7.500).

La storia dei progressi. E' lungo il cammino che ha portato ad una contrazione consistente della mortalità per tumore e passa per l'innovazione tecnologica. Risale al 1970 la scoperta del primo gene capace di indurre una trasformazione neoplastica cellulare. Nel 1992 Ira Pastan lega un anticorpo monoclonale a una tossina e crea un vero e proprio proiettile, guidato alle cellule tumorali. La rivoluzione genetica e l'informatica hanno fatto il resto, permettendo la scoperta di bersagli molecolari dei singoli tipi tumorali e la messa a punto dei farmaci per colpirli in modo mirato.

Costo dei farmaci antitumorali. Nelle giornate di lavoro del Congresso Aiom si è parlato molto di terapie innovative. Nel 2013 in tutto il mondo sono stati spesi circa 91 miliardi di dollari per i farmaci oncologici. La crescita media dell'ultimo quinquennio è stata del 5,4% l'anno rispetto a un +14% del periodo 2003-2008, il rallentamento del tasso di crescita è dovuto sia a un minor utilizzo di terapie innovative per grandi gruppi di pazienti sia alla scadenza di alcuni brevetti. I farmaci antineoplastici in Italia rappresentano la terza categoria

terapeutica con una spesa di 3,6 miliardi di euro nel 2013. Il 92,1% sono a carico delle strutture pubbliche.

Innovazione. I farmaci innovativi hanno permesso un crollo della mortalità del 38% in venti anni, mentre la diagnosi precoce e i trattamenti efficaci hanno portato la sopravvivenza all'87%. "L'oncologia - hanno detto Stefano Cascinu, presidente di Aiom, e Carmine Pinto, presidente eletto di Aiom - rappresenta il vero spartiacque tra molecole tradizionali e nuove categorie di farmaci con prospettive che aprono a sfide prima impensabili per la cura dei tumori".

I farmaci antitumorali costano ma salvano vite umane. Le istituzioni vanno coinvolte. È al via la prima campagna di comunicazione Aiom - Aimac, sostenuta da un *grant educational* di Roche, sul valore dell'innovazione oncologica in Italia con video informativi, premi giornalistici rivolti a specializzandi e studenti delle scuole superiori e il primo festival della prevenzione e dell'innovazione "Cancro? No, grazie". L'industria farmaceutica italiana è il primo settore manifatturiero per ricerca e sviluppo con una produzione di 26 miliardi di euro nel 2012 seconda solo alla Germania. La parola d'ordine è appropriatezza: fornire ai pazienti i farmaci giusti e mirati e garantirne l'accesso.

Le scoperte. La rivista *Science* ha posizionato l'immunoterapia in oncologia al primo posto tra le top ten delle scoperte scientifiche del 2013. Parliamo dell'immunoterapia che si appresta a diventare la quarta arma a disposizione degli oncologi per curare i tumori, anche quelli avanzati. Un approccio innovativo che, come evidenziano i risultati degli studi clinici più recenti portati ai congressi nazionali e internazionali dell'ultimo anno, aumenta la sopravvivenza a lungo termine in modo consistente. L'immunoterapia in oncologia non colpisce direttamente le cellule tumorali ma funziona stimolando il sistema immunitario, in particolare le cellule linfocitarie T che sono in grado di neutralizzare le cellule neoplastiche. I farmaci immunoterapici messi a punto in questi ultimi anni, agiscono direttamente su una "via di fuga" che utilizza il tumore per ovviare all'attacco del sistema immunitario: si chiama PD-1, una sorta di freno della risposta immunitaria che spegne e inattiva i linfociti T permettendo la crescita del tumore. Disattivando PD-1, le nuove molecole riattivano i linfociti T e tengono sotto scacco il tumore.

Oncologia e medicina del territorio. Serve più collaborazione tra gli oncologi e i medici di famiglia. A dirlo i risultati di un sondaggio realizzato con un *educational grant* di Novartis, presentati oggi. Il 74% dei pazienti riconosce un valore importante alla collaborazione tra queste due figure mediche ma il 54% giudica questo rapporto insufficiente. D'accordo gli stessi clinici (57%) che lamentano una inadeguata cooperazione ospedale-territorio specialmente durante la fase acuta. Al via il primo progetto di collaborazione Aiom, Aimac e Simg nel nostro Paese, che conta un milione di persone che periodicamente si sottopone a controlli per una patologia tumorale. E' necessario creare, dicono i clinici, un modello di condivisione per deospedalizzare il più possibile la malattia oncologica. Il 40% dei pazienti intervistati è in follow up da 5 o più anni e il 59% ha come unico punto di riferimento l'oncologo.

Il premio Giovanni Maria Pace. Si è svolta la XII edizione del premio "Giovanni Maria Pace", assegnato durante il congresso Aiom. Quest'anno premiate le giornaliste Annalisa Manduca, Radio Rai, e Vera Martinella, del Corriere della Sera. Nella giuria del premio anche il direttore Ezio Mauro.

quotidiano**sanità**.it

Sabato 25 OTTOBRE 2014

Influenza. Isolato il primo virus a Bari. In anticipo sui tempi per il repentino cambio climatico. Vaccino già disponibile

È stato identificato il primo virus influenzale di tipo A, sottotipo H3N2, dal Policlinico di Bari, in una bambina ricoverata all'ospedale Giovanni XXIII della stessa città. "Già disponibile il vaccino anti-influenzale", - ci spiega il Professor Quarto (Policlinico di Bari), - raccomandato tra le categorie a rischio. Intanto è partita la sorveglianza Influnet coordinata dall'ISS, insieme al CIRI e col sostegno del Ministero della Salute

È stato identificato il primo virus influenzale, dal campione di una bambina di 3 anni ricoverata presso l'Ospedale Giovanni XXIII di Bari. L'isolamento del virus è avvenuto ad opera del Laboratorio di Epidemiologia molecolare dell'Unità Operativa di Igiene dell'Azienda Policlinico di Bari. "Si tratta di un ceppo virale di tipo A, sottotipo H3N2, individuato mediante tecniche molecolari, che hanno consentito di tipizzare il genoma", ha illustrato al nostro giornale il Professor **Michele Quarto**, Ordinario di Igiene presso l'Università di Bari e Direttore dell'Unità Operativa di Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari. "Quest'anno il virus è stato individuato con un po' di anticipo rispetto alle precedenti stagioni influenzali. Tale anticipo è probabilmente dovuto anche al repentino cambio delle condizioni climatiche che, nella nostra regione, fino alla settimana scorsa sfioravano quelle estive".

"Il vaccino anti-influenzale stagionale è già disponibile; sono in corso, inoltre, altre indagini molecolari sul ceppo H3N2 isolato al fine di verificarne l'omologia con il ceppo H3N2 del vaccino", prosegue l'esperto, che ricorda "la forte raccomandazione di effettuare la vaccinazione anti-influenzale (vaccino trivalente stagionale) alle persone al di sopra dei 65 anni e ai ben individuati soggetti a rischio, sia tra gli adulti che tra i bambini. Tra questi, cardiopatici, nefropatici, pazienti affetti da broncopneumopatia cronica, diabetici e pazienti affetti da altre specifiche patologie", illustra Quarto. "Tra i pazienti da tenere in considerazione anche quelli affetti da obesità - una condizione di per sé più problematica rispetto a quella di un individuo normopeso - che spesso presentano in concomitanza anche affezioni cardiovascolari o altri disturbi della salute".

La vaccinazione "deve essere raccomandata anche in gravidanza", aggiunge il Professore, "e può essere eseguita nel primo e secondo trimestre, in assoluta sicurezza. Tra le categorie professionali un pressante invito alla vaccinazione, alla luce della scarsa adesione riscontrata nelle stagioni precedenti, deve essere rivolto agli operatori sanitari, sia per la tutela della propria salute sia, soprattutto, per quella dei loro pazienti".

La Campagna vaccinale annuale, afferma in una nota **Ansa Gianni Rezza**, direttore del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, "sta iniziando ed i vaccini, dunque, saranno a breve disponibili nelle Asl". La vaccinazione, ricorda, "è gratuita e consigliata per i soggetti a rischio [...]".

Nel frattempo, anche quest'anno come nelle stagioni passate, lo scorso 13 ottobre è ripartita la sorveglianza Influnet, una rete di monitoraggio dell'influenza coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che misura l'incidenza settimanale delle sindromi influenzali, in modo da determinare durata e intensità dell'epidemia. Il 29 ottobre sarà disponibile il primo Rapporto settimanale; sulla pagina di sorveglianza Influnet si legge che per ora "la circolazione dei virus influenzali è bassa e

l'incidenza delle sindromi influenzali è ai livelli di base". La sorveglianza avviene in collaborazione con il Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI) di Genova e con il sostegno del Ministero della Salute; la rete si avvale del contributo dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, "medici sentinella" dalle varie regioni italiane.

Viola Rita

Una piattaforma internazionale per combattere più efficacemente la tubercolosi multiresistente

La storia di Francesco (il nome non è quello vero) è una storia di malattia che finisce bene. Comincia nel settembre scorso quando Francesco, dodici anni, italiano, viene ricoverato alla Clinica pediatrica De Marchi di Milano per una disfonia: una raucedine con abbassamento della voce. Diagnosi: tubercolosi miliare, una delle forme più gravi. Vuol dire che il micobatterio, responsabile dell'infezione, è diffuso in tutto l'organismo.

Cominciano le terapie: prima sette farmaci, poi addirittura nove. Ma trascorrono i mesi (si arriva a febbraio) e non si vedono miglioramenti. Anzi, si fanno sentire gli effetti collaterali delle cure. Francesco ha la sfortuna di avere una tubercolosi multiresistente.

I pediatri non sanno più che cosa fare, hanno qualche idea su quali potrebbero essere le solu-

zioni e si rivolgono alla *web*. O meglio a una piattaforma chiamata *Tuberculosis Consilium*, un'iniziativa voluta dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'European Respiratory Society proprio per affrontare il problema della multiresistenza e per fornire un supporto ai medici nei casi più difficili da trattare.

Gli esperti del *Consilium* confermano che possono essere utili due nuove molecole: il delamanid e la bedaquilina. Entrambe non disponibili in Europa. Ma i medici milanesi riescono a ottenere dall'azienda produttrice, grazie all'intervento dell'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) e del Comitato etico dell'ospedale, un farmaco per uso compassionevole: il delamanid. Quest'ultimo, associato ad altri cinque farmaci, funziona: in otto giorni il micobatterio scompare dall'espettorato (il muco che si forma nei bronchi) e il piccolo paziente, nel giro di breve tempo, non è più contagioso.

«Francesco si è ripreso lentamente, — commenta Susanna Esposito, direttore dell'Unità di pediatria, che ha seguito il caso — è riuscito ad assistere alle lezioni di scuola via Skype ed è stato promosso. È ancora in terapia». Il suo caso è finito sulle pagine dell'*European Respiratory Journal* a firma della ricercatrice milanese.

Francesco è un esempio di come la tubercolosi possa costituire una minaccia importante anche a Milano (il ceppo di micobatterio che l'ha infettato proveniva dall'Est europeo dove l'infe-

zione è molto diffusa, e probabilmente il ragazzino si è infettato a scuola), anche se l'Italia è un Paese a bassa endemia. Questo significa che si registrano all'anno meno di 10 casi ogni 100 mila abitanti.

Il problema tubercolosi non è risolto e si sta riproponendo, vuoi perché oggi molti malati, grazie ai progressi della medicina sopravvivono in condizione di immunodepressione e quindi sono facile preda dei germi, vuoi perché infezioni come l'Aids hanno contribuito alla diffusione di ceppi multiresistenti, vuoi perché il nostro Paese accoglie immigrati che provengono da aree endemiche (come l'Est europeo, l'Africa e molte zone dell'Asia).

E anche i bambini sono a rischio. Così la Società italiana di pediatria e la Società italiana di infettivologia pediatrica hanno stabilito nuove linee guida, discusse all'ultimo congresso congiunto di Palermo, per affrontare la malattia.

I bambini quando si infettano hanno una maggiore probabilità rispetto all'adulto di andare incontro alla malattia attiva. Nei due anni successivi all'infezione il rischio di sviluppare malattia è del 15 per cento circa negli adolescenti, del 24 per cento nei bambini fra uno e 5 anni, del 43 per cento in quelli sotto l'anno di età. Il problema è il riconoscimento della malattia che spesso dà sintomi aspecifici.

«A questo proposito — sottolinea Alberto Vilani, pediatra all'Ospedale Bambino Gesù di Roma — aiutano le nuove metodiche di biologia molecolare che consentono in tempi molto rapidi, cioè nel giro di ore, di identificare il germe della tubercolosi e di valutare anche la sensibilità ai farmaci».

A. Bz

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Supporto per i casi difficili

Il *Tuberculosis Consilium* è stato voluto dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'European Respiratory Society



Peso: 24%

Senza misure comuni vince il virus Ebola

OMS: SUPERATI I 10MILA CASI

Dopo aver raggiunto i 10mila casi e i 4.922 morti nel mondo, Ebola non ha ancora uno standard comune di prevenzione. Se l'America sta alzando le difese, in altre parti del mondo si procede ancora in ordine sparso, ma solo misure comuni possono davvero essere efficaci. I governatori di New York e del New Jersey, il democratico Andrew Cuomo e il repubblicano Chris Christie, a cui si è aggiunto lo stato dell'Illinois, hanno annunciato in una conferenza stampa congiunta di aver decretato la quarantena obbligatoria in due aeroporti per tutte le persone in arrivo da Liberia, Guinea e Sierra Leone che siano entrate in contatto con ammalati di Ebola.

La svolta è giunta dopo che è stato riscontrato un primo caso di Ebola a New York, il medico Craig Spencer, rientrato dalla Guinea dove aveva lavorato con Medici senza frontiere ma che non si era sottoposto ad esami. La prima persona posta in quarantena è stata un'infermiera arrivata all'aeroporto di Newark dall'Africa occidentale. La donna, che ha la febbre, è stata posta in isolamento ma al momento non vi sono conferme che abbia contratto il virus dell'Ebola.

Il provvedimento di quarantena sarà imposto negli aeroporti di Newark e Kennedy International. La misura cautelativa va oltre le linee guida federali americane. La quarantena verrà imposta per un periodo di 21 giorni. Una decisione che ha provocato polemiche: il commissario per la salute pubblica di New York, Mary Travis Bassett, ha criticato il provvedimento dichiarando che potrebbe scoraggiare medici e infermieri dal recarsi in Africa per curare gli ammalati di Ebola.



Psicosi a New York gli infermieri si danno malati

Fuga dal reparto dove è ricoverato in isolamento il volontario
L'Oms: "Più di 10mila casi". Obama: "Fidiamoci della scienza"

ALBERTO FLORES D'ARCAIS

NEW YORK. Medici e infermieri che arrivano dai Paesi dell'Africa occidentale a rischio Ebola saranno messi in quarantena, automaticamente. Dopo il caso di Craig Spencer, il 32enne newyorchese che ha lavorato un mese in Guinea con *Medici senza frontiere* ed è ora ricoverato all'ospedale Bellevue di Manhattan, i governatori di New York e New Jersey (dove si trova l'aeroporto internazionale di Newark) hanno varato misure più rigide di quelle federali in vigore in tutti gli Stati Uniti. Per il democratico Andrew Cuomo e il repubblicano Chris Christie, «l'isolamento è il modo giusto di procedere, non è il momento di rischiare». Aumenteranno anche i controlli sui normali passeggeri: sottoposti a *screening*, dovranno compilare un questionario per valutare il livello di rischio in base a dove hanno viaggiato. Anche loro potranno essere messi d'autorità in quarantena fino a un massimo di 21 giorni. Isolamento previsto per «singole persone ad alto rischio» anche dall'Illinois.

Al Bellevue, Spencer resta in completo isolamento, così come la fidanzata e i due amici che lo hanno frequentato di più tra il 17 ottobre (quando è atterrato al Jfk) e il 23 (quando è stato ricoverato). Nel grande ospedale di Lower Manhattan, proprio quelli che dovrebbero collaborare per evitare che si diffonda il panico (personale sanitario) sembrano i più allarmati e allarmisti: ieri la maggioranza dei paramedici del reparto dove è ricoverato Spencer non si è presentata al lavoro. Lo ha riferito una fonte al *New York Post*, che ha parlato di «numero straordinario» di infermieri che si sono dati malati: «Un'infermiera si è spinta fino al punto di fingere di avere un infarto per uscire, ma l'hanno portata al Pronto soccorso e poi rimandata indietro perché non aveva nulla».

Anche per questi comportamenti Obama ha deciso di dedicare il tradizionale discorso del sabato (radio e Internet), a tranquillizzare i cittadini: «Ebola non si prende facilmente, non ci si ammala con il contatto casuale di una persona. Dobbiamo farci guidare dalla scienza, non dalla paura. E ieri i newyorchesi ci hanno mostrato come. Hanno fatto quello che fanno tutti i giorni: preso il bus, la metropolitana, sono andati al lavoro. Quello spirito è parte di ciò che rende New York una delle grandi città del mondo, lo spirito da cui dobbiamo attingere, come americani, nell'affrontare questa sfida insieme». Intanto nuovi dati Oms: «Oltre dieci mila casi accertati e 4.922 morti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EMERGENZA GLOBALE L'epidemia conta le vittime

I contagiati da Ebola sono già diecimila

Obama: «Niente paura»

Per l'Oms i morti sono quasi 5 mila. In Mali il virus uccide bimba di due anni. Due medici in quarantena in Italia

PAROLE SANTE

Il presidente degli Stati Uniti: «Ci deve guidare la scienza non il terrore»

■ È morta in Mali la prima vittima di Ebola, una bambina di due anni che, durante la malattia, è stata a contatto stretto con almeno 40 persone ed ha viaggiato in autobus per più di mille chilometri. Lo riferisce l'Oms. La bimba, riferisce la Bbc, è stata trattata nella città di Kayes, dopo il suo ricovero in ospedale avvenuto mercoledì al termine di un viaggio di oltre mille chilometri. La giovanissima vittima era stata trasferita, infatti, dalla Guinea. La mamma della bambina era morta alcune settimane fa in Guinea, dopo avere contratto il virus. L'Oms certifica anche altro: sono stati superati i 10 mila casi di Ebola dall'inizio dell'epidemia in Africa occidentale. Nel suo ultimo bollettino i casi accertati sono 10141 con 4922 morti. L'organizzazione Onu ha riferito che solo in due delle otto regioni di Liberia e Guinea che confinano con la Costa d'Avorio ci sono casi confermati o probabili di ebola.

Negli Stati Uniti i governatori di New York e del New Jersey hanno annunciato che i passeg-

geri in ingresso dagli aeroporti Jfk e Newark dopo contatti con malati di Ebola in Liberia, Guinea e Sierra Leone saranno messi in quarantena. Il governatore Cuomo ha chiarito che il provvedimento riguarda tutto il personale medico di ritorno dai tre Paesi africani più colpiti da Ebola.

Cinque ore dopo il ricovero del primo malato di ebola a New York, le autorità sanitarie hanno inviato una mail «urgente» a tutti gli ospedali, ai ricercatori e alle farmacie per chiedere un farmaco sperimentale per curare Craig Spencer. A rivelarlo è il *New York Daily News*, che ha ottenuto la mail firmata da Susan Waltman, vicepresidente esecutivo dell'Associazione degli ospedali di New York.

Il farmaco è il «Brincidofovir», già utilizzato per curare il cameraman della Nbc News, Ashoka Mukpo, guarito dall'ebola, e il liberiano Thomas Duncan, morto a Dallas lo scorso 8 ottobre. Non è chiaro se il medicinale sia già arrivato al Bellvue Hospital di Manhattan, dove è ricoverato il volontario di Medici senza frontiere.

C'è però chi predica ottimismo: «Ebola può essere «contenuta e sconfitta». Barack Obama ha dedicato il tradizionale

messaggio del sabato proprio all'emergenza Ebola. Nel ricordare i casi registrati negli Stati Uniti, il presidente elenca quanto fatto dalle autorità per fronteggiare la malattia, curare le persone colpite e arginare il contagio. Le guarigioni, sottolinea Obama, dimostrano che «possiamo sconfiggere questa malattia. Ma dobbiamo rimanere vigili». Gli Stati Uniti, prosegue il presidente, «devono continuare ad avere un ruolo guida nella risposta globale, perché il modo migliore per fermare la malattia e mantenere gli americani al sicuro è fermarla alla fonte, in Africa Occidentale». Inoltre, sottolinea Obama, «dobbiamo essere guidati dalla scienza, dai fatti, non dalla paura».

In Lombardia intanto due operatori sanitari giunti dalla Sierra Leone sono stati messi in quarantena a casa. Il ministro [Lorenzin](#): solo una precauzione.



FATTI DI VITA

L'indicibile vergogna del taglio ai fondi per i non autosufficienti

di **Silvia Truzzi**

■ **MENTRE** alla Leopolda vanno in scena le celebrazioni in onore del Principe di Pontassieve (anno I dell'era renziana) tra i fasti, i jingle e i proclami a reti pressoché unificate, passa sotto silenzio una notizia che è una vergogna nazionale. E cioè che la manovra di Stabilità prevede un taglio di 100 milioni al fondo per i non autosufficienti, compresi i malati di Sla. Giustamente Franco Bechis su *Libero* due giorni fa faceva notare che il premier quest'estate aveva fatto tanto parlare di sé per il video in cui si versava un secchio di acqua gelata in testa, aderendo alla campagna "Ice bucket challenge", la maratona mondiale di raccolta fondi per la Sla. Molti allora avevano sottolineato come Renzi fosse l'unico capo di governo a essersi fatto la doccia. Noi lo aspettavamo al varco, visto che le sceneggiate sono una cosa, le politiche sociali un'altra. Siccome poi lui non fa l'attore in una soap opera ma il presidente del Consiglio, se voleva davvero fare qualcosa poteva preoccuparsi di assicurare i finanziamenti alle attività di assistenza e cura ai disabili, persone che fanno un'enorme fatica a vivere, tutto il giorno e tutti i giorni. Ebbene, abbiamo avuto una risposta. Ecco cosa recita l'articolo 17 della legge di Stabilità: "Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, è incrementato di euro 250 milioni a decorrere dall'anno 2015". Incrementato? Sì certo, perché ogni anno si riparte da zero. Peccato però che nel 2014 i milioni di euro stanziati fossero 350. E dunque il saldo è negativo e di ben 100 milioni. Ora, è poco interessante dire che un governo di sinistra dovrebbe occuparsi prima di tutto di chi ha più bisogno, degli ultimi, degli svantaggiati (e poi: si veda, al riguardo, la Costituzione, in più punti). È più semplice così: in un Paese civile, cosa che l'Italia ha naturalmente la pretesa di essere, chi è malato e in difficoltà dovrebbe avere più diritti e servizi degli altri.

■ **INVECE SUCCEDDE** il contrario. E a quasi due mesi dall'inizio delle scuole, tantissimi bimbi e ragazzi continuano a vedersi negato il diritto all'istruzione perché, a causa dei tagli, gli enti locali non riescono in molti, troppi casi, a provvedere ai servizi di trasporto, all'assistenzato materiale e ad assicurare gli insegnanti di sostegno per le ore in classe. L'associazione Tutti a scuola (www.tuttiascuola.org), insieme al *Fatto Quotidiano*, ha lanciato una campagna per raccogliere segnalazioni di scuola negata. Sui social - gentile premier tuitatore - la campagna ha avuto una grandissima diffusione: oltre 12 mila condivisioni su Facebook e Twitter, anche grazie all'aiuto di programmi che hanno dato spazio all'argomento, sia in radio che in tv. In cinque settimane sono arrivate centinaia di segnalazioni, e non solo dal Sud. Il 5 novembre davanti a Montecitorio - dalle 11 alle 15 - si terrà una manifestazione con un presidio e la consegna del dossier al governo. È sperabile che di fronte ai ragazzini in carrozzella che chiedono SOLO di poter andare a scuola, premier, ministri e parlamentari non si girino dall'altra parte. Non fosse altro che per una questione di umanità e di responsabilità, parola completamente scomparsa dal vocabolario della politica. La qualità di una democrazia si giudica da queste scelte. E l'unica doccia gelata degna di nota è quella che hanno avuto le famiglie dei disabili alla notizia dell'ennesimo taglio sulla loro pelle.

@silviatruzzi1



SALUTE

Troppi rientri in ospedale per problemi dopo un intervento

Manca un'organizzazione efficace per seguire chi viene dimesso

I rimedi

Il paziente mandato a casa ha bisogno di istruzioni più chiare e di riferimenti

Il fenomeno

La chiamano la «sindrome della porta girevole» e ha costi alti sia per i malati sia per il servizio sanitario

Infezioni, dolori, ematomi, febbre o diarrea che durano un po' più del solito: problemi che spesso spaventano malati e familiari se si presentano al rientro a casa dopo un intervento chirurgico.

Le «riammissioni», in gergo tecnico, sono il fenomeno per cui un paziente torna in ospedale entro 30 giorni dal suo primo ingresso. «Il fenomeno è stato anche definito "sindrome da porta girevole" e ne sono particolarmente a rischio gli anziani — ha detto Francesco Corcione, presidente della Società italiana di chirurgia, durante il congresso appena conclusosi a Roma —. In Italia sono circa 160 mila all'anno le persone che tornano in corsia per cause correlate a un'operazione, anche a causa dei tempi di degenza troppo contratti, per la necessità di ottimizzare le spese».

Ridurre il numero delle riammissioni è fondamentale sia per i malati, sia per contenere i costi a carico del Servizio sanitario nazionale. Il più delle volte, inoltre, il paziente operato e dimesso che si trova in difficoltà si presenta al Pronto soccorso, dove ha ben poche probabilità di trovare il medico che lo ha seguito o il chirurgo che lo ha operato, mentre sale la possibilità di un nuovo ricovero, anche se non strettamente necessario.

«Se da un lato è normale che i pazienti cerchino assicurazioni, dall'altro ci sono modi più efficaci per gestire il post ricovero — spiega Nicolò de Manzini, presidente del Collegio dei professori universitari di chirurgia —. Servono innanzitutto istruzioni e spiegazioni chiare al momento delle dimissioni. E in caso di problemi gravi o timori sarebbe meglio per il paziente cercare un contatto con il chirurgo di riferimento, che conosce la situazione. Ma bisogna anche migliorare il dialogo tra ospedale e medici di famiglia, che possono essere un primo valido riferimento per il paziente anche nella fase post operatoria».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per saperne di più

Piano nazionale esiti del ministero della Salute, sull'attività degli ospedali www.salute.gov.it



Valutazioni

Tempi di degenza «calibrati» sul singolo caso

I problema delle riammissioni non è solo italiano, come dimostrano i numeri riportati in recenti studi internazionali che hanno stimato anche all'estero un tasso medio di ritorni che riguarda un malato su sei (tra i 12 e il 18% dei ricoveri), con un costo che si aggira attorno ai 7.500 dollari a paziente e che potrebbe essere evitato nel 20-40% dei casi. «Premessa fondamentale per evitare il rientro in ospedale è che i pazienti vengano operati al

meglio e dimessi al momento giusto — sottolinea Diego Piazza, presidente dell'Associazione chirurghi ospedalieri italiani —. L'evoluzione tecnologica degli ultimi anni ha reso la chirurgia meno temibile e più sicura. Serve comunque un attento controllo durante e dopo l'operazione (oggi esistono scrupolose liste a cui attenersi) e una precisa selezione dei pazienti che necessitano un ricovero più lungo».

V. M.

In sala operatoria



Fonte: SIC – Società Italiana di Chirurgia

CdS

I nuovi modelli di chirurgia «veloce» e sicura

Ricoveri di un solo giorno o comunque brevi, favoriti da tecniche mininvasive

Sottoporsi a un intervento chirurgico in *day surgery* e tornare a casa in giornata o dopo un solo pernottamento in ospedale. Grazie a tecniche chirurgiche sempre meno invasive, che prevedono solo piccole incisioni, si riducono durata della degenza, tempi di recupero del paziente e anche i costi per la sanità.

«La *day surgery* è un modello organizzativo-assistenziale utilizzabile in caso di interventi su patologie “minori” con tecniche mininvasive, quali la laparoscopia per operare la colecisti, o l'artroscopia per il ginocchio — dice Francesco Corcione, direttore della Divisione di chirurgia generale dell'Azienda ospedaliera ad alta specializzazione Monaldi di

Napoli e neopresidente della Società italiana di chirurgia —. Una volta, dopo un intervento sulla colecisti o alle varici si tornava al lavoro anche dopo un mese dall'operazione, oggi con l'intervento in laparoscopia solo dopo qualche settimana. A guadagnarci è il paziente che recupera più velocemente, ma anche il Servizio sanitario perché, diminuendo i giorni di degenza, si riducono i costi diretti a carico degli ospedali. Come pure si risparmia sui costi sociali indiretti per la comunità».

Il discorso vale anche per il modello organizzativo chiamato *week surgery*: il paziente di solito entra in ospedale il lunedì mattina, viene operato e dimesso entro il venerdì pomeriggio.

«Questo è il modello, previ-

sto ancora in pochi ospedali, applicabile in caso di interventi più importanti eseguiti con tecniche mininvasive, con decorso presumibilmente veloce. Possono essere interventi ai reni, o al fegato, o l'asportazione di un tumore al colon con la laparoscopia — spiega Corcione —. Con queste tecniche di chirurgia quasi “senza sangue”, in cui si predilige l'uso di strumenti che riducono il rischio di emorragie intra e post operatorie, trattiamo oggi anche pazienti “complessi”, come per esempio cardiopatici con problemi di coagulazione».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La *day surgery*
e la *week surgery*
riducono
disagi
e costi



Peso: 15%

IL MEDICO DI FAMIGLIA

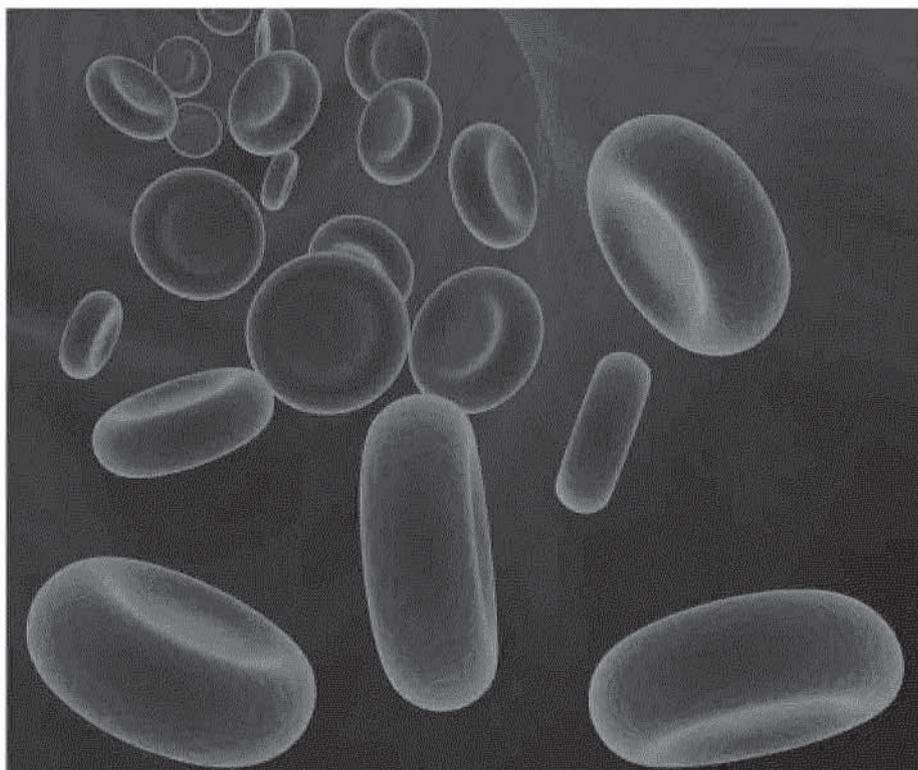
TROMBOCITEMIA ESSENZIALE

**SE LE PIASTRINE
PROLIFERANO
IN MANIERA
ANOMALA**

Una malattia che colpisce più le donne che gli uomini. Non c'è una causa in particolare, ma sono importanti i fattori genetici



di **Filippo Tradati**
Medico e docente
universitario



Le piastrine sono, insieme con globuli rossi e globuli bianchi, le cellule del sangue. In realtà, più che cellule vere e proprie sono frammenti di un altro tipo di cellule nel midollo osseo, i **megacariociti**, molto grandi, che una volta maturati all'interno del midollo si frammentano, liberando nel circolo sanguigno le piastrine. Si è calcolato che ogni megacariocita, frammentandosi, possa liberare, in pochi giorni, **sino a 2 mila - 4 mila piastrine**.

Queste sono fondamentali nell'iniziare il processo di coagulazione del sangue. In caso di rottura di un vaso hanno la capacità di unirsi tra loro e di **aderire alle pareti del vaso rotto**, in grandi ammassi che formano il cosiddetto "trombo". Proprio per questo le piastrine sono anche dette **trombociti**.

CELLULE GENITRICI DELLE PIASTRINE. Il numero normale di piastrine è di 150 mila - 400 mila per ogni millimetro cubo di sangue. Quando il numero di piastrine circolanti aumenta, anche in misura considerevole, si parlerà di **trombocito-**

si o trombocitemia. Esistono molte forme di trombocitosi ma quella più frequente è la **trombocitemia essenziale**, malattia provocata da una proliferazione anomala, a livello del midollo osseo, di quei megacariociti che abbiamo visto in precedenza essere le cellule genitrici delle piastrine.

COLPISCE A QUALSIASI ETÀ. La trombocitemia è essenziale (che significa "di causa sconosciuta") per differenziarla da altre forme di aumento delle piastrine, dette "secondarie", che sono invece legate a malattie **come l'anemia da carenza di ferro** o le malattie infettive, infiammatorie o neoplastiche.

La trombocitemia essenziale è una malattia che **colpisce più le donne** che gli uomini (2:1), si manifesta a qualsiasi età ma ha una **maggiore incidenza tra i 50 e 60 anni**. Non è stata identificata alcuna causa in particolare, ma negli ultimi anni vanno assumendo sempre più importanza i fattori genetici, come dimostrato dal riscontro di casi di **familiarità della malattia**.

Nella maggior parte dei casi la trombocitemia essenziale è sospettata durante i controlli degli esami del sangue. L'esame cardine della diagnosi è l'**emocromocitometrico** che documenta un aumento del numero di piastrine **superiore alle 600 mila/mmc**, sino a valori, nei casi più severi, abbondantemente sopra il milione di piastrine per millimetro cubo.

Alla visita si possono trovare **milza e fegato aumentati di volume**. I sintomi sono, come detto prima, spesso assenti. Possono tuttavia essere presenti disturbi del microcircolo quali eritromelalgia (fastidioso senso di bruciore alle dita delle mani e dei piedi), **formicolii**, vertigini, **cefalea**, senso di testa pesante, ronzii, alterazioni della vista.

CRONICA, NON SI PUÒ GUARIRE. La malattia è considerata cronica, da cui non si può guarire, ma a decorso favorevole anche a lungo termine. **Raramente si osserva una evoluzione verso altre patologie del midollo osseo** come la policitemia vera, la leucemia o la mielodisplasia. ●

● Il numero**Ictus, le donne cinque volte
più a rischio degli uomini****200**
milaI casi di ictus
che si
verificano
ogni anno
in Italia

L'ictus rappresenta la prima causa di disabilità nel mondo, responsabile di oltre 6 milioni di decessi ogni anno, 650 mila dei quali in Europa. In Italia si stimano 200 mila nuovi casi l'anno. Di questi, 30-36 mila sarebbero imputabili alla fibrillazione atriale. In occasione della Giornata mondiale contro l'ictus cerebrale, che si celebra il 29 ottobre, la Federazione A.L.I.Ce Italia Onlus promuove, presso le farmacie delle città italiane (www.aliceitalia.org), il controllo della pressione mediante un nuovo apparecchio che rileva anche l'eventuale presenza di fibrillazione atriale, un'anomalia del ritmo cardiaco che causa ben 3 ictus su 4, che potrebbero, però, essere evitati grazie ad una costante prevenzione e a un'attenta diagnosi precoce. La Giornata è dedicata alle donne, più a rischio rispetto ai maschi in un rapporto di 5 a 1. Più della metà dei decessi causati da ictus avviene, infatti, nelle donne.



Gli italiani sono iper presenti e troppo protettivi con i loro figli sia a scuola che nel tempo libero. Il risultato? Bambini, ragazzi e giovani adulti poco indipendenti. Un modello bocciato dagli studiosi che invitano a insegnar loro la fiducia in se stessi e l'autonomia. E se si discute in casa, non è un problema. Anzi, litigare fa bene alla crescita

Genitori, a educare s'impara

IL CASO

Una laurea in genitorialità, purtroppo o per fortuna, non esiste. Ma se ci fosse le famiglie italiane dovrebbero pensare di frequentarla perché a fronte di una potenza dei numeri, 24 milioni e 512mila nuclei familiari, emerge una debolezza, anche questa confermata dalle statistiche, dei risultati del nostro sistema educativo domestico. Possiamo partire da un primo punto critico, e cioè i genitori iper protettivi ed, a loro modo, iper presenti. Soltanto il 34 per cento dei ragazzi italiani che frequentano le scuole medie inferiori vanno a scuola da soli e non sono accompagnati da un genitore: in Germania la percentuale è il doppio, 68 per cento, e in Inghilterra schizza al 78 per cento. Quel gesto la dice lunga su quanto stiamo addosso ai figli e la carenza di mezzi pubblici come giustificazione del papà o della mamma in versione autisti full time semplicemente non regge.

L'EQUILIBRIO

«Uno dei compiti più difficili per un genitore è quello di creare un equilibrio tra la sua presenza e l'autonomia dei figli. Solo così i bambini diventano ragazzi e poi adulti: e noi purtroppo tendiamo a trascurare questo obiettivo» spiega Margherita Lanz, docente all'Università Cattolica e autrice del fortunato libro "Mi fido di te, favorire l'autonomia dei figli" (edizioni San Paolo). Anche dopo l'orario scolastico i figli continuano ad essere sorvegliati speciali da parte dei genitori, pronti a imbottire le giornate con impegni extra, dallo sport (sempre con accompagnamento incluso) ad altre attività. E perfino il passaggio all'università non rompe il cordone ombelicale, con il ge-

nitore che indossa gli abiti del tutor per indirizzare i figli nel dedalo delle scelte tra le varie facoltà e i diversi indirizzi di studio. Dunque, se oggi ci sono 7 milioni di giovani italiani (pari al 68 per cento dei non sposati), tra i 18 e i 34 anni, che vivono ancora con i genitori, la causa non è soltanto economica, mancanza di soldi per prendere una casa, ma risale anche a un tipo di educazione impastata di un'ingombrante presenza di mamma e papà.

Un secondo segnale di un modello che non funziona arriva dai soldi. Come paese siamo sicuramente più in crisi della Germania e della Gran Bretagna, e le nostre famiglie sono più colpite dagli effetti a catena di una recessione in corso da 5 anni. Eppure siamo i più generosi con la paghetta ai figli. In Italia è pari a 832 euro l'anno, rispetto ai 600 euro dei tedeschi, ai 380 euro degli inglesi ed ai 240 euro dei francesi. Come dire che dal 2008 i ge-

nitore si sono impoveriti, mentre i figli si sono arricchiti restando così al riparo dal declino generale.

I SEGNALI

«Anche questo è un segnale di una famiglia che interferisce molto e tende a proteggere» dice Elisabetta Ruspini, docente all'università Bicocca di Milano e autrice del saggio "Educare al denaro" (edizioni Franco Angeli). Una tendenza confermata dallo svuotamento della funzione del padre, molto spesso trasformato in un amicone, un compagno di giochi e di avventure, un pari grado, spogliato della sua autorevolezza, e dall'ancora enorme quantità di lavoro domestico che la mamma svolgono in casa, pari a 5 ore e 20 minuti al giorno.

Così mentre il cinema e la letteratura ci continuano a raccontare i drammi della famiglia, co-

me nel caso del duro e pesante film "Hungry hearts" di Saverio Costanzo presentato al Festival di Venezia, nella realtà l'educazione familiare italiana è andata sempre più ripiegando verso forme di sulfurea convivenza, nelle quali il conflitto è stato cancellato. La generazione del '68, quella dei figli che hanno contestato i padri anche per prendere il posto in termini di potere, una volta diventata famiglia si è trasformata. Ed ha applicato, anche nelle forme spurie delle famiglie allargate, un modello di educazione senza scontri, senza il fuoco pedagogico del litigio, come se fosse possibile vivere in una sorta di oasi protetta, da spot del Mulino Bianco. E anche questo è stato un errore. L'educazione buonista, con figli in apparenza sereni e pacifici, è ormai messa in discussione anche sul piano pedagogico. Daniele Novara, fondatore del Centro psicopedagogico per la pace e la gestione dei conflitti di Piacenza, ha scritto un libro, diventato un best seller, dal titolo molto significativo: "Litigare fa bene" (edizioni Rizzoli). Partendo da una netta distinzione tra conflitto (utile a crescere) e violenza (da contrastare senza se e senza ma), Novara propone, in tutte le fasi della crescita, un modello educativo nel quale il litigio familiare sia vissuto come una "sana abitudine". Un percorso evolutivo, di autonomia, di riconoscimento dell'altro e della diversità. E anche uno stimolo ad affermare, senza essere schiacciati dalla rete protettiva di mamma e papà, la propria personalità. Un'altra leva che i genitori italiani dovrebbero considerare quando provano a trovare il giusto metodo in quello che resta il mestiere più difficile del mondo.

Antonio Galdo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'evoluzione



LA FAMIGLIA PATRIARCALE
Fine Ottocento, la classica famiglia italiana numerosa e patriarcale. Oggi i nuclei sono 24 milioni e 512mila



PADRI E MADRI EX CONTESTATORI
La generazione del'68 ha contestato tutta la società, a partire dalla famiglia: ora è per l'educazione senza scontri



MODELLO MULINO BIANCO
Tutti belli felici e sorridenti intorno alla colazione del mattino: è il modello delle famiglie anni Ottanta-Novanta



BAMBOCCIONI
Il fenomeno esplose all'inizio del Duemila ma ora in Italia sono 7 milioni gli under 34 che vivono con mamma e papà



La paghetta (euro in un anno)

832

380

600



A scuola da soli (in percentuale)

34

78

68



IL BUONISMO
MESSO
IN DISCUSSIONE
TRE LIBRI
SOLLEVANO
LA QUESTIONE

