

stampa | chiudi

DIRETTIVA

In Europa cure senza confini Ma con tanti dubbi da sciogliere

Atteso a dicembre il decreto di recepimento delle norme in materia sanitaria. L'attuazione delle nuove regole procede a rilento

NOTIZIE CORRELATE

GUARDA - Perché gli italiani vanno in un altro Paese dell'Ue per curarsi

La guida per una facile mobilità

L'occasione per innalzare la qualità dell'assistenza

Cure “senza frontiere” slittate di qualche mese per i cittadini italiani. Il diritto a curarsi in ogni Stato dell'Unione europea, ricevendo lo stesso trattamento sanitario riservato ai residenti, è sancito dalla Direttiva comunitaria entrata in vigore il 25 ottobre. Entro quella data tutti i Paesi Ue avrebbero dovuto recepirla con leggi nazionali. Nel nostro, però, lo scorso settembre una legge delega ha previsto che il Governo emani il relativo decreto legislativo entro tre mesi, quindi entro il 4 dicembre. Il processo di recepimento, peraltro, procede a rilento anche altrove, secondo le informazioni raccolte tra luglio e settembre 2013 da *Active citizenship*, la rete europea delle associazioni di pazienti (per l'Italia è presente Cittadinanzattiva) che ha segnalato anche lo scarso coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini da parte delle istituzioni nella maggioranza degli Stati monitorati, nonostante la Direttiva ne dia espressa indicazione.

NODI DA SCIOGLIERE - Per i pazienti è in gioco, come spiega il Commissario europeo per la Salute, Tonio Borg: «Il diritto di scelta tra molteplici servizi di assistenza sanitaria, l'accesso a maggiori informazioni e il riconoscimento delle prescrizioni su scala transfrontaliera. Per tutelare il diritto alla mobilità sanitaria, la Commissione monitorerà con attenzione il recepimento della Direttiva e adotterà, se necessario, misure idonee». In Italia sono diversi i nodi da sciogliere entro novembre. Primo fra tutti: gli assistiti dovranno anticipare il costo delle loro cure all'estero, o sarà direttamente il Servizio sanitario a pagare? E quali procedure per il rimborso saranno eventualmente previste? Quali le competenze regionali? E le tariffe da applicare? Secondo la Direttiva, per esempio, il singolo Stato potrà prevedere l'autorizzazione preventiva obbligatoria per una prestazione sanitaria in un altro Stato Ue quando è previsto il ricovero del paziente per almeno una notte, nei casi in cui è richiesto l'uso di apparecchiature

Specializzazione “breve”: la protesta dei 25mila medici

LA LEGGE DI STABILITÀ RIDUCE LA DURATA DEI CORSI. “È CONTRARIA ALLE LEGGI UE”

IL DECRETO

Il ministro dell'Istruzione, Maria Chiara Carrozza, tampona le critiche e rinvia a marzo la riorganizzazione delle scuole

TAGLI CHIRURGICI

I laureati chiedono fondi necessari a garantire i contratti. “Ne servono almeno 5000 per il 2013/2014, il ministero ne prevede circa 2500”

di **Marcello Longo**

Riforma delle scuole di specializzazione, meritocrazia e risorse. La lista delle rivendicazioni dei giovani specializzandi in Medicina (quasi 25 mila) è lunga. Il rischio di un taglio alla durata delle scuole per la formazione specialistica, motivo di polemiche nelle ultime settimane, resta un punto insoluto e pieno di incertezza.

LA SOLUZIONE dovrebbe arrivare dal decreto Carrozza (n.104 del 2013) “in materia di istruzione, università e ricerca”, convertito in legge il 7 novembre in Senato. “Il decreto – si legge in una nota del Segretariato italiano dei giovani medici (Sigm) – interviene preventivamente a mettere dei paletti al tentativo del ministero dell'Economia di effettuare un taglio lineare della durata dei corsi”. Il riferimento è a un articolo della legge di Stabilità 2014 che prevede un ritocco alla durata da cinque anni (in alcuni casi sei) a quattro. Le misure del decreto Carrozza puntano a riformare le classi di specializzazione – in Italia ne esistono 57, in Francia meno

della metà – con lo scopo di operare tagli “chirurgici”, riducendo la durata di alcuni corsi. Su questo punto, i giovani specializzandi rimproverano al ministro di non aver reso “opzionale il passaggio al percorso abbreviato di studi”. E attendono, per conoscere i dettagli, il 31 marzo prossimo, quando il ministero dell'Università e della Ricerca sarà chiamato a riformulare tipologie e durata dei corsi, tenendo conto dei vincoli imposti dalla normativa europea. Una vittoria più netta per gli specializzandi arriva sul terreno della meritocrazia. Nel mese di maggio, a Roma, gli aspiranti medici sono scesi in piazza per chiedere il “superamento della discrezionalità nella selezione degli specializzandi” e hanno ottenuto, con il decreto (ora legge) del ministro Maria Chiara Carrozza, l'istituzione di una graduatoria unica nazionale a partire dal 2014. Tuttavia, i problemi sollevati non finiscono qui. Il 7 novembre, mentre il Senato convertiva in legge il decreto del ministro dell'Istruzione, tremila aspiranti medici di Sigm e Feder specializzandi manifestavano a Roma.

AL CENTRO della protesta, i fondi necessari a garantire i contratti e le borse di studio per la formazione specialistica. “Servono almeno cinquemila contratti per l'anno accademico 2013/2014 – spiegano gli organizzatori – ma la previsione del Ministero si aggira attorno a quota 2500”. Nel mirino anche l'assenza di una politica di programmazione: “Ogni anno entrano a Medicina circa 10 mila matricole, ma poi l'accesso alla formazione dei neolaureati è possibile soltanto per 4500 specializzandi e 900 corsisti di medicina generale”. Un disallineamento fra immatricolazioni e offerta post laurea su cui gravano, quest'anno, duemila iscritti in più ammessi dopo essere stati penalizzati dalla sospensione del “bonus maturità”.



3 italiani su 4 dichiarano di mangiare in modo sano. Ma non è proprio così

Da un gruppo di esperti il position paper "Nuove evidenze sull'uso dei Multivitaminici e Multiminerali" per gli ultra 50enni



■ ■ ■ Più di 7 italiani su 10, 8 nella fascia over 50, reputano di seguire un'alimentazione sana ed equilibrata e oltre l'80% dichiara di aver adottato almeno un comportamento salutistico nell'ultimo anno, ponendo, in particolare, attenzione al cibo: oltre il 50% si impegna a mangiare in modo vario ed equilibrato, mentre il 66% - quota che sale al 73% nella popolazione over 50 - cerca di evitare gli eccessi più rischiosi per la salute, per esempio riducendo zuccheri, sale, grassi o alcool. Emerge, quindi, un profilo di virtuosi.

Ma questa percezione così rigorosa non sempre è confermata nei fatti. «Livelli sub-ottimali di micronutrienti essenziali come vitamine e minerali rientrerebbero nei fattori di rischio per alcune malattie croniche nella popolazione adulta e anziana - spiega il Prof. Michele Carruba, Direttore del Centro Studi e Ricerche sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano - quali obesità, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e metaboliche, diabete tipo 2, cataratta, degenerazione maculare senile, demenza senile, osteoporosi e alcune neoplasie». Evidenze significative sui benefici e sul profilo di sicurezza correlati all'assunzione quotidiana e prolungata di un integratore alimentare multivitaminico-multiminerali, sono state per la prima volta recentemente raccolte grazie ad un importante trial clinico di frontiera promosso dal NIH americano, il Physicians' Health Study II (PHS II). Partendo da questi risultati, un Gruppo di Studio Multidisciplinare di esperti italiani si è assunto l'impegno di valutarne l'impatto rispetto alla pratica clinica e di automedicazione nel nostro Paese e ha recentemente presentato il Position Paper dal titolo «Nuove evidenze sull'uso dei Multivitaminici e Multiminerali e sensibilizzazione alle ca-

renze nutrizionali nella popolazione over 50», che ha ottenuto il patrocinio di SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), SOI (Società Oftalmologica Italiana), SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) e FO-FI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani).

Interessanti le nuove prospettive aperte dallo Studio PHS II che, per la prima volta, ha testato l'efficacia di un integratore multivitaminico e multiminerali proprio nella prevenzione di patologie croniche ampiamente diffuse nella popolazione adulta ed anziana, rilevando dati posi-

sitivi in particolare nell'endpoint cancro. «Nei soggetti partecipanti al PHS II che assumevano quotidianamente il multivitaminico è stata osservata una riduzione pari all'8% del rischio di cancro rispetto al gruppo trattato con placebo - ha commentato Francesco Cognetti, Direttore del Dipartimento Oncologia Medica dell'Istituto Regina Elena di Roma - Occorre, inoltre, sottolineare che i partecipanti arruolati nel trial americano erano soggetti a basso rischio di sviluppare il cancro, in quanto medici con stili di vita decisamente sani: basso consumo di alcol e tabacco, BMI corretto, dieta sana, abitudine all'esercizio fisico».



Salute

Anziani Indagine sulle condizioni psicologiche di 24 mila ultra 64enni

Più solitudine, più disagio

Ora anche al Sud manca il sostegno sociale



Con gli anni si può andare incontro a deterioramento cognitivo, disabilità, perdita degli affetti



Il 21 per cento degli intervistati ha dichiarato di sentirsi privo di interessi e senza speranza

P

Più di un anziano su cinque è a rischio di isolamento sociale e presenta sintomi di depressione; più fragili in particolare sono le donne e chi ha problemi ad arrivare a fine mese. Sono i principali risultati della sorveglianza epidemiologica «Passi d'Argento», promossa dal ministero della Salute e realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità - Cnesps (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute), che tra il 2012 e il 2013 ha coinvolto oltre 24 mila ultra 64enni residenti in 18 regioni italiane e nella Provincia autonoma di Trento. Per monitorare le loro condizioni di vita, i ricercatori hanno usato il modello biopsicosociale proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che considera la salute come uno stato di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia.

«Viviamo più a lungo, in media oltre 80 anni, ma gli ultimi 14-15 anni di vita quasi sempre non sono trascorsi in buona salute» afferma il coordinatore nazionale di «Passi d'Argento», Alberto Perra. Se, infatti, il nostro Paese è al primo posto in Europa per attesa di vita, slitta al 15° posto per invecchiamento attivo e in salute. E, secondo l'Oms, nel 2020 saranno proprio le malattie mentali, dopo quelle cardiovasco-

lari, tra le principali responsabili della perdita di anni di vita attiva. Per questo, nel recente «Piano di azione sulla salute mentale» per il periodo 2013-2020, l'Oms ha riconosciuto la popolazione anziana come un gruppo vulnerabile ad alto rischio di disturbi mentali: col passare degli anni non solo aumentano le probabilità di andare incontro a un deterioramento cognitivo, a malattie e condizioni di disabilità, ma si aggiungono altri fattori di rischio per la salute mentale, come la perdita di persone e affetti, l'isolamento sociale, la solitudine.

«Nell'ultima rilevazione di «Passi d'Argento» — spiega Perra — abbiamo indagato aspetti specifici della salute mentale, quali il rischio di isolamento e i sintomi di depressione. Sono considerati a rischio di isolamento sociale coloro che, durante la settimana precedente all'intervista, non hanno visitato nessun centro di aggregazione per anziani, né hanno incontrato altre persone o scambiato semplicemente quattro chiacchiere al telefono». Ebbene, un intervistato su 5 non ha fatto nulla di tutto ciò. Gli anziani, poi, hanno riferito di aver avuto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, in media sette giorni «in cattiva salute per motivi psicologici».

«Quanto ai sintomi depressivi, che non sono però espressione di «malattia mentale», — continua il ricercatore — il 21% degli anziani intervistati ha dichiarato di aver provato nelle due settimane prece-

denti all'indagine poco interesse nel fare cose che di solito fa con piacere, di essersi sentito depresso, abbattuto o senza speranza». Si sentono più depressi soprattutto gli ultra 75enni e le donne (26% rispetto al 14% degli uomini).

«La qualità della vita peggiora con l'aumentare degli anni, in particolare per chi ha difficoltà economiche» fa notare Perra. Ben il 41% di coloro che non riescono ad arrivare a fine mese avvertono, infatti, sintomi di depressione (rispetto al 12% di chi non ha questo tipo di problemi) e, a sorpresa rispetto alle indagini precedenti, la popolazione anziana del Sud Italia risulta più isolata e depressa rispetto a quella settentrionale. «Nonostante siano in generale «buone» le condizioni di salute degli ultra 64enni — conclude il ricercatore — i risultati della sorveglianza suggeriscono di prestare maggiore attenzione agli aspetti inerenti proprio la salute mentale. Anche per raggiungere l'obiettivo, comune agli altri Paesi europei, di ridurre, entro il 2020, di almeno due anni la disabilità che accompagna l'ultima stagione della nostra vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Giovani Progetto di prevenzione a scuola

La depressione minaccia i ragazzi

Stereotipo

È diffusa l'errata convinzione che nell'età dello sviluppo le malattie mentali non siano patologie «vere»

P

revenir i disturbi psichici e promuovere la salute mentale, a cominciare dalle scuole e dai luoghi di lavoro. Sono alcuni degli obiettivi della recente Joint Action (Azione congiunta) su «Salute e benessere mentale» promossa dalla Commissione europea per il triennio 2013-2015. «L'intento è quello di aiutare gli Stati membri ad avvantaggiarsi delle buone pratiche e delle raccomandazioni già esistenti per migliorare i loro sistemi sanitari in questo specifico campo» spiega Paola Testori Coggi, direttore generale «Salute e consumatori» della Commissione europea.

All'Italia è stata affidata la direzione dell'«Azione congiunta» mirata alla prevenzione nelle scuole, cui partecipano anche altri otto Paesi europei. Il ministero della Salute, in accordo con le Regioni, ha affidato il coordinamento al Veneto.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, un ragazzo su cinque ha qualche disturbo psichico. Si stima che in Italia circa l'8% degli adolescenti soffre di depressione, mentre l'anoressia colpisce l'1% delle ragazze.

«La grande maggioranza dei disturbi si manifesta nell'età evolutiva, ma spesso vengono sottovalutati e quindi non trattati in tempo — afferma Stefa-

no Vicari, primario di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma —. Le malattie mentali fanno ancora più paura quando colpiscono i ragazzi ed è diffuso un altro stereotipo comune, cioè che nell'età dello sviluppo non siano malattie vere, ma piuttosto l'espressione di un disagio familiare o sociale del ragazzo».

«Di certo — puntualizza Vicari — i fattori ambientali possono avere una loro importanza, come del resto in altre malattie, ma non si possono ignorare gli aspetti genetici e biologici».

Per cercare di superare pregiudizi e stigma, secondo il neuropsichiatra infantile, è necessario «creare una cultura della salute mentale negli adolescenti, possibile solo attraverso un'alleanza tra medici, pediatri, famiglie e insegnanti».

In tale direzione va anche l'«Azione congiunta su salute mentale e scuola», coordinata dall'Italia, che si focalizza sullo sviluppo di una cooperazione efficace tra il settore socio-sanitario e quello dell'istruzione. I ragazzi, infatti, passano buona parte del loro tempo a scuola, che è quindi uno degli ambienti chiave per far conoscere i disturbi psichici e in che modo è possibile prevenirli. Tra gli obiettivi dell'iniziativa: sia la prevenzione del disagio psicosociale — che potrebbe condurre in età adulta allo sviluppo di disturbi psicopatologici —, sia la promozione di competenze individuali e relazionali che agevolino lo sviluppo psico-fisiologico degli adolescenti.

«Dopo la raccolta dei dati sulla situazione nei Paesi partner, passeremo in rassegna gli studi con evidenza scientifica e le buone pratiche già esistenti — spiega il coordinatore, Lorenzo Rampazzo, dirigente del Servizio tutela salute mentale della Regione Veneto —. In seguito, saranno elaborate raccomandazioni, che poi dovranno essere anche sperimentate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

L'assistenza Offerta disomogenea e la Commissione d'inchiesta parlamentare denuncia preoccupanti criticità

Dopo le cure pochi progetti di riabilitazione Così si rischia di ricreare i manicomi

Carenze

L'apertura dei Centri di salute mentale per fasce orarie ridotte costringe spesso a ricorrere alle strutture di ricovero

Solo farmaci

Gli interventi territoriali individualizzati si limitano spesso a visite ambulatoriali ogni due/tre mesi, soprattutto per prescrizioni di farmaci

R

acconta la figlia di una paziente: «Mia madre soffre di schizofrenia e da anni ha allucinazioni e manie di persecuzione. È in cura presso un Cps (Centro psicosociale) lombardo, che però riesce solo a mandare ogni mese qualcuno a fare un'iniezione a domicilio. Purtroppo, più volte è stato necessario il trattamento sanitario obbligatorio, con relativi ricoveri. Mamma vive da sola e per motivi di lavoro non riesco a seguirla: ho chiesto aiuto al Cps e al Comune, ma sembra che non abbia diritto all'accompagnamento o semplicemente a un aiuto per assisterla». E un uomo che vive nel Lazio: «Mio padre soffre di disturbo bipolare. L'Asl, pur conoscendo le sue condizioni, da più di due anni lo ha abbandonato a se stesso: i contatti con la psichiatra sono diventati sporadici. Da allora ha avuto vari incidenti, con conseguenti ricoveri in ospedale per curare lo stato fisico e mentale, ma poi, al momento delle dimissioni, è stato di nuovo lasciato solo». Queste segnalazioni, giunte al Pit Salute del Tribunale dei diritti del malato - Cittadinanzattiva, testimoniano la solitudine di famiglie in difficoltà per la carenza di servizi adeguati sul territorio.

«L'impatto della crisi si fa sentire di più in un'area delicata

come la salute mentale — osserva Francesca Moccia, direttore dell'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva —. L'accesso alle cure pubbliche è peggiorato da un anno all'altro, in particolare l'assistenza fornita dai presidi territoriali, che non riescono ad assicurare il servizio a tutti gli utenti. Così la salute mentale, pur rientrando nei Livelli essenziali di assistenza (che vanno garantiti a tutti i cittadini, ndr), di fatto diventa un *Lea* non erogato».

Già la primavera scorsa la «Commissione parlamentare d'inchiesta sullo stato dei servizi di salute mentale» aveva lanciato l'allarme. I suoi componenti, dopo aver visitato diverse strutture in tutta Italia e ascoltato le associazioni dei familiari dei pazienti, avevano riscontrato «evidenti criticità» sintetizzate nella relazione finale. Ecco quali.

1 - «L'apertura solo diurna dei Centri di salute mentale (Csm), spesso per fasce orarie ridotte, con conseguente ricorso alla domanda di posto letto nell'ambito ospedaliero del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc)».

2 - «L'esiguità di interventi territoriali individualizzati e integrati con il sociale, frequentemente limitati a semplici visite ambulatoriali ogni due/tre mesi per prevalenti prescrizioni farmacologiche».

3 - «La sopravvivenza, nonostante i processi legislativi di deistituzionalizzazione, di co-

munità con caratteristiche di luoghi privi di valenza riabilitativa e più connotati come "contenitori sociosanitari" della disabilità psicosensoriale».

4 - «L'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, accessibili anche senza coordinamento da parte dei Csm, che rappresentano l'espansione di modelli di assistenza ospedaliera al di fuori della cultura territoriale dei progetti "obiettivo" (vedi infografica) e dei "piani" per la salute mentale dopo la legge 180».

Afferma Daniele Bosone, neurologo, che è stato vicepresidente di quella Commissione parlamentare d'inchiesta: «Abbiamo riscontrato soprattutto una carenza di servizi di riabilitazione, sia per gli adulti sia per gli adolescenti, e una notevole disomogeneità da Regione a Regione, spesso anche da un'Asl all'altra. Così, le strutture residenziali rischiano di diventare come i vecchi manicomi». Aggiunge Girolamo Digilio, medico, presidente di Unasam, l'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale: «La riabilitazione non è una favola, laddove viene fatta ha reso le persone più autonome, permettendo loro di reinserirsi nella società e nel mondo del lavoro. Dopo il recente assassinio, da parte di un assistito, della psichiatra al Centro di salute mentale di Bari, abbiamo denunciato ancora una volta la ca-

renza di operatori nei servizi territoriali, a causa del blocco del turnover. Nel frattempo, si sta espandendo un nuovo sistema di istituzionalizzazione in residenze per lo più private».

E incalza Renzo De Stefani, direttore del Servizio di salute mentale dell'Asl di Trento: «La legge Basaglia ha stabilito che i manicomi andavano chiusi e che le cure vanno fatte sul territorio. In diverse Regioni, per di più, le strutture residenziali private convenzionate costano troppo e assorbono risorse che dovrebbero essere destinate ai servizi territoriali».

La relazione della Commissione parlamentare ha rilevato, inoltre, che molti Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) sono reparti «chiusi». «Solo in una quindicina di Spdc è possibile entrare (su oltre 500, ndr); gli altri sono luoghi interdetti persino ai familiari dei degeniti — conferma Digilio —. Ancora oggi, poi, come rileva anche la Commissione d'inchiesta, si abusa del Trattamento sanitario obbligatorio ed è diffusa la pratica di legare le persone, pratica offensiva per la dignità del malato, oltre nociva per la sua salute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

La strana malattia che era «curata» dal tocco del Re

Tubercolosi Una forma dell'infezione che si manifestava con tumefazioni sulla pelle

A esercitare questo potere taumaturgico erano i re di Francia e Inghilterra. E perciò la patologia era definita Mal de Roi, oppure The King's evil, ovvero "il male del re"

Gesti rituali

Elemento essenziale era il contatto della mano destra nuda del re sulla piaga, ma ogni malato riceveva anche una «moneta del tocco», in segno di benevolenza

Misteri

Tra realtà e leggenda, la fama dei sovrani un po' maghi e un po' «santi»

di ANTONIO ALFANO

Un semplice tocco della mano del re e ogni disturbo poteva scomparire. È la misteriosa storia della scrofolosi, forma di tubercolosi dei gangli linfatici del collo, molto diffusa in tempi ormai lontani e molto grave (anche se non sempre mortale), ma che, per le tumefazioni purulente e le lesioni maleodoranti di cui era responsabile, era motivo di mortificante emarginazione sociale. Unica possibilità di guarigione per una malattia considerata incurabile dalla medicina ufficiale era il "tocco regale": un contatto della mano destra nuda del Re sulle piaghe dello scrofoloso. Le cerimonie di "guarigione" erano pubbliche, alla presenza di migliaia di persone. A esercitare questo vero e proprio potere taumaturgico erano soprattutto i re di Francia e d'Inghilterra, e la scrofolosi per secoli fu nota come *Mal de Roi* o *The King's evil*, ovvero il «male del re». La storia ebbe inizio nel Medioevo. I

primi sovrani che iniziarono l'attività di cura della scrofolosi furono, in Francia, Roberto II il Pio e, in Inghilterra, Edoardo il Confessore. In Italia, alla fine del XIII secolo, si cimentò con successo nella singolare cura anche Carlo I d'Angiò, re di Sicilia e di Gerusalemme. «Questa malattia — afferma Gilberto Anglico, apprezzato medico medioevale nel suo *Compendium medicinae*, manuale della prima metà del secolo XIII — è chiamata scrofole, ma anche malattia regia in quanto la curano i re»

Singolare la testimonianza, sulle misteriose guarigioni, di Gilberto, abate di Nogent-sous-Coucy, noto cronista del tempo, che, riferendosi al re di Francia Luigi VI, scrive: «...ho veduto con i miei occhi dei malati sofferenti di scrofole nel collo o in altre parti del corpo accorrere in gran folla per farsi toccare da lui, al quale tocco aggiungeva un segno di croce...».

Elemento essenziale del rito è il contatto della mano destra nuda del monarca sulla piaga infetta dell'ammalato: «...poi con la mano destra tocca i malati». Senza questo contatto o "tocco" la guarigione non era ritenuta possibile.

Ogni paziente toccato riceveva dal sovrano una "moneta del tocco" in segno di benevolenza, raggiungendo cifre che per lo storico francese Marc Bloch (1886-1944), uno dei maggiori studiosi dell'argomento, «nel loro insieme, sono imponenti».

Il detentore del record del tocco regale



della scrofolosi, secondo le ricerche di Bloch, fu Edoardo I d'Inghilterra che nel ventesimo anno del suo regno riuscì a toccare 983 persone, 1.219 nel trentaduesimo e 1.776 nel diciottesimo. Un funzionario di corte di Filippo IV il Bello, Renaud de Roye, annotò le spese di palazzo tra il 18 gennaio e il 28 giugno 1307 e dal 1° luglio al 30 dicembre 1308, indicando nome e luogo di provenienza dell'infermo cui veniva elargita l'elemosina. Presenti a corte, durante questo periodo, sedici italiani affetti da scrofolosi, tra i quali alcuni milanesi, emiliani di Parma e Piacenza, un Johannes da Verona, quattro veneziani, un toscano, romagnoli, una donna urbinata e un frate agostiniano di Perugia. In Francia con Luigi XIV, il Re Sole, la pratica del tocco regale fu ampiamente diffusa, tanto che nella sola giornata di Sabato Santo del 1666 il sovrano toccò ben 800 persone affette da scrofolosi. «Il re — afferma il duca di Saint-Simon, autore delle famose *Mémoires*, ambientate alla corte del Re Sole — si comunicava... cinque volte l'anno, il Sabato Santo (nella Parrocchia, gli altri giorni nella Cappella), la vigilia di Pentecoste, il giorno dell'Assunzione, quando la confessione era seguita da una gran messa, la vigilia di Ognissanti e la vigilia di Natale... e ogni volta toccava gli ammalati...». Le cerimonie erano sempre precedute da un'ampia informazione ufficiale, da parte delle autorità religiose locali, alla popolazione. Quando, nella Pasqua del 1698, un episodio particolarmente doloroso di gotta — malattia che per anni afflisse il Re Sole — gli impedì di svolgere il rito, nella successiva Pentecoste si presentarono 3.000 pazienti affetti da scrofolosi; mentre in occasione della solennità della Santissima Trinità, il 22 maggio 1710, nei giardini reali di Versailles si riversarono 2.400 malati, nella speranza — destinata a non concretizzarsi per tutti — di essere toccati dal Re. Il sabato 8 giugno 1715, alla vigilia della festività di Pentecoste, soltanto tre mesi prima di morire, quando il sovrano toccò per l'ultima volta i malati, gli affetti da scrofolosi in attesa

(per alcuni vana) del tocco "magico" del re erano. all'incirca, 1.700. Anche gli altri sovrani francesi, nonostante il mutato contesto politico, non furono da meno nel loro impegno taumaturgico. Luigi XVI, marito di Maria Antonietta d'Austria, ultimo re prima della rivoluzione, toccò ben 2.400 ammalati di scrofolosi, con tanto di certificati medici che attestavano in diversi casi la guarigione a seguito del tocco reale. La sua attività fu fermata dalla rivoluzione che lo condannò alla ghigliottina.

La singolare modalità di cura, dunque, nei secoli successivi al Medioevo godette di un ampio consenso anche da parte dei medici che, nei loro trattati, indicavano il tocco reale come efficace rimedio contro la scrofolosi. La strana pratica terapeutica continuò così, con la stessa incredibile partecipazione di popolo, per tutto il '700. Ebbe termine solo quando in Francia, Carlo X, travolto dalla nuova ondata rivoluzionaria del 25 luglio del 1830, decise di non rinnovare più il misterioso rito regale della guarigione di massa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bacillo

«C'est un grand progrès» esclamò Louis Pasteur uno dei padri della microbiologia moderna, incontrando Robert Koch al Congresso di Medicina del 1881 a Londra. Koch aveva presentato ai

colleghi di diversi Paesi, convenuti all'incontro, il suo nuovo metodo per ottenere colture pure di batteri per mezzo di un infuso di carne mescolato con gelatina calda, che diveniva solido quando era riversato sui vetri. Aveva visto giusto Pasteur. Quella tecnica era una grande tappa del progresso della scienza medica. L'originale metodo di indagine contribuì a fermare una delle più grandi stragi dell'umanità: quella causata dalla tubercolosi. Koch isolò il bacillo della Tbc nel 1882 e la scoperta gli valse, nel 1905, il Nobel per la medicina e la fisiologia.

Il libro



Questa malattia — scrive nel *Compendium medicinae* (foto sopra), Gilberto Anglico, celebre medico medioevale — è detta scrofole, ma anche malattia regia perché la curano i re.

Diagnosi e terapie

Le prime testimonianze già dei medici greci

Pur non associandola alla tubercolosi, gli antichi medici greci conoscevano la scrofolosi e la consideravano una malattia molto pericolosa. Secondo quanto contenuto in un testo medico del IV secolo a. C., la scrofolosi era diffusa soprattutto tra i bambini, meno tra le persone tra i 42 e i 63 anni, ma colpiva in maniera grave gli anziani. Uno dei primi ad affrontare gli aspetti clinici della scrofolosi fu Richard Wiseman, chirurgo alla corte di Carlo II, considerato uno dei padri della chirurgia inglese. «Sono stato io stesso testimone oculare di centinaia di guarigioni seguite al solo tocco di Sua Maestà, senza l'aiuto della chirurgia...», scrive nel suo trattato *Severall Chirurgicall Treatises* (Alcune trattazioni chirurgiche) del 1676. Da fedele suddito del re d'Inghilterra e chirurgo di corte, Wiseman, pur sostenendo il valore taumaturgico del tocco regale, non manca di evidenziare il potere curativo della chirurgia «per coloro cui non è accessibile il beneficio di quel potere mirabile». Anche John Browne, importante chirurgo della corte di Carlo II, scrive nel 1684 un libro, *Adenochoiradelogia or Kings-Evil-Swellings* (Gonfiore del male del re), confermando l'attualità dell'argomento per la medicina dell'epoca. «Carlo II — scrive John Browne — imponeva la mano a circa quattromila persone l'anno...». Anche quando fu costretto a recarsi in esilio in Olanda, il sovrano era inseguito da pazienti che volevano essere sottoposti al "tocco reale". Eccezione alla regola dei sovrani inglesi fu Guglielmo d'Orange, il quale non nutriva alcuna passione per il potere di guaritore. Alle pochissime persone che fu costretto a toccare disse: «Il Signore ti dia migliore salute e più buon senso». A chiudere il ciclo taumaturgico dei sovrani inglesi, fu la regina Anna Stuart, che esercitò la pratica della guarigione, per l'ultima volta, tre mesi prima della morte, nel 1714.

PEDIATRIA: NUOVE MALATTIE IN CORSIA, SPUNTANO QUELLE D'IMPORTAZIONE

Roma, 9 nov. (Adnkronos Salute) - Tubercolosi, ma anche malaria e meningite d'importazione. E una crescita costante delle patologie croniche. Cambiano le necessità di cura non solo degli adulti, ma anche dei bambini che vengono assistiti in ospedale. Se le malattie acute predominavano fino ad alcuni decenni fa, oggi secondo gli esperti le cose stanno cambiando. E' quanto emerge dal VI Congresso nazionale della Società italiana di pediatria ospedaliera (Sipo) in corso a Roma. "Negli anni - dichiara Francesco Paravati, presidente della Sipo - è mutata l'epidemiologia delle malattie pediatriche: quelle infettive impattano meno rispetto al passato sulle risorse per l'assistenza. Tali patologie, tra le principali cause di morte infantile nella prima metà del secolo scorso, sono in calo vertiginoso, anche grazie alle strategie preventive vaccinali e alle migliori terapie".

Fanno tuttavia capolino le malattie 'da importazione': la tubercolosi, particolarmente presente nell'Est Europa, e, con 500 nuovi casi in Italia tra il 2010 e il 2012, la malaria che ogni giorno fa circa 3.000 vittime tra i bambini africani. E poi altre, come la meningite, che presenta circa 800 casi l'anno nel nostro Paese che possono essere contrastati da un'efficace strategia preventiva quale la vaccinazione. Importante nell'ottica di una valutazione costo-efficacia relativamente alle risorse che altrimenti il sistema sanitario dovrebbe impiegare in ospedalizzazioni e cure, oltre a quelle per l'assistenza. "In questi anni - prosegue Paravati - abbiamo assistito a un aumento esponenziale delle malattie legate alla cronicità e ai bisogni complessi, come ad esempio le malattie genetiche e quelle rare che interessano circa 50.000 pazienti in età pediatrica".

Secondo gli esperti, anche i reparti di pediatria degli ospedali italiani dovranno essere riorganizzati, soprattutto alla luce dei bisogni di salute emergenti, per dare risposte adeguate ai pazienti con malattie complesse (malattie immunologiche, reumatologiche, oncologiche, malattie comportamentali e psichiatriche, quest'ultime soprattutto nell'adolescente) e a quelli che necessitano di assistenza semintensiva o intensiva. Una riorganizzazione "che dovrà prestare attenzione anche alla riabilitazione pediatrica e alle cure palliative che attualmente interessano circa 11.000 bambini. La pediatria ospedaliera - conclude Paravati - ha di fronte a sé nuove sfide, che non si esauriscono nel dover fare i conti con i tagli che si profilano all'orizzonte per il comparto sanitario, ma riguardano anche i nuovi bisogni di cura dei piccoli pazienti accolti negli ospedali".

Salute

Il numero

Aria «sporca», in aumento le allergie da metalli pesanti

1.254

EURO

È la stima della spesa familiare annuale media per il trattamento della dermatite atopica

Negli ultimi 10 anni l'effetto allergizzante dei metalli pesanti (in particolare il palladio) prodotti dalle marmitte catalitiche, è aumentato del 10%. Per non parlare delle patologie cutanee causate dalle sostanze maneggiate durante l'attività lavorativa: il 7% delle persone affette da dermatiti professionali lascia il proprio impiego. Sono i dati emersi al 13° incontro nazionale della Società italiana di dermatologia allergologica professionale e ambientale (Sidapa). Solo per la dermatite atopica, che nell'80% dei casi riguarda l'età pediatrica, la spesa annuale media per il trattamento è stimato in 1.254 euro per famiglia, a totale carico dei malati. «Le terapie — spiega Paolo Pigatto, presidente Sidapa — sono basate soprattutto su creme emollienti, considerate cosmetici e quindi non rimborsabili». Per le patologie cutanee, è sempre più richiesto un approccio multidisciplinare. «È importante — dicono gli esperti Sidapa — tenere sotto controllo le nuove sostanze inquinanti immesse nell'ambiente e il loro effetto sulla cute come primo organo che ne manifesta i sintomi, ma che può avere gravi implicazioni anche a livello sistemico».



Fondi alle università

L'errore dei tagli lineari continua

di Giuseppe Zaccaria

C'è una voce che non figura nelle statistiche del Pil, ma che pesa in modo drammatico sulla voce "uscite": negli ultimi quattro anni, il numero di quanti fanno formazione e ricerca nelle università italiane è diminuito di 10mila unità. Così ci siamo ridotti a 4 addetti alla ricerca ogni mille abitanti, metà dei Paesi a noi più vicini, dalla Francia alla Germania alla Gran Bretagna; perfino alla Spagna. Una grave emorragia, dovuta a un autentico salasso: negli ultimi quattro anni, la dotazione del fondo di finanziamento ordinario degli atenei si è ridotta di circa 1 miliardo su un totale di 7; il taglio annunciato per il 2013, da solo, pesa per 400 milioni, il 4,5% in meno rispetto all'anno precedente.

Elenco queste poche ma significative cifre non per polemica, ma con l'amarezza di chi è chiamato a guidare una delle maggiori e più prestigiose università italiane, appena premiata con il riconoscimento di essere la migliore nella ricerca, a seguito della severa indagine di valutazione cui per la prima volta si sono sottoposti i nostri atenei; un risultato ottenuto grazie a un gravoso quanto difficile impegno di tutte le componenti

accademiche, che ci ha consentito e ci consente tuttora di presentare un bilancio sanissimo, contemperando esigenze di base come la didattica e i servizi agli studenti con scelte strategiche e prioritarie come la ricerca e l'internazionalizzazione. Ai giovani ricercatori, in particolare, garantiamo attraverso nostri fondi una serie di iniziative di sostegno proiettate su più annualità, con un impegno pari a circa 7 milioni l'anno. Ma è chiaro che questo sforzo diventerà sempre più improbo se a livello nazionale dovesse proseguire quella politica di tagli lineari che era stata avviata dal ministro Tremonti, e proseguita dal governo Monti: in questo modo, infatti, con una riduzione uguale per tutti si penalizzano gli atenei migliori. Basterebbe poco per porre almeno un piccolo rimedio a ciò, con i 41 milioni che il ministro Carrozza ha proposto e intende destinare alla premialità; mentre l'opposizione della Ragioneria dello Stato rivela, una volta di più, il vero vizio di fondo del caso italiano: considerare le risorse per l'università come una spesa anziché come un investimento, a differenza di quanto avviene in tutti i Paesi avanzati. Mettendo così a nudo il paradosso di piangere sulla fuga dei cervelli nel momento stesso in cui di fatto li si spinge ad andarsene.

Rettore dell'Università di Padova

© RIPRODUZIONE RISERVATA



D'AMBROSIO LETTIERI AL CADUCEO D'ORO

«No a terapie fai da te il farmacista sa dare la giusta assistenza»

● «Nuovo modello di pedagogia e pratica professionale per il farmacista e le professioni sanitarie in genere. Non solo prescrizione e dispensa responsabili del farmaco, ma anche particolare assistenza al singolo paziente per raggiungere gli obiettivi predefiniti, miglioramento della qualità di vita, possibile contenimento della spesa. Le facce della medaglia sono efficacia e corretto uso delle risorse disponibili».

Lo ha detto il senatore, dottor **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, presidente dell'ordine interregionale dei farmacisti, aprendo la IX edizione «Caduceo d'oro» (assegnato al professor **Andrea Manfrin**), manifestazione nel corso della quale sono stati anche premiati i farmacisti che hanno raggiunto i 40 e 50 anni di professione.



SENATORE D'Ambrosio Lettieri

Vigilanza, epidemiologia, economia fanno parte del bagaglio tecnico-scientifico del farmacista anche per ottimizzare la fruizione del farmaco (in una percentuale tra il 50 e il 70% è assunto male, in eccesso o difetto), scoraggiare le improprie immissioni di principi non provati che montano le illusioni, trasformando le speranze dei pazienti in infame speculazione e profitti altrui.

«Ma ci sono anche - ha detto D'Ambrosio Lettieri - malati costretti a rinunciare al farmaco perché non possono permettersi di pagare il ticket sul costo. Purtroppo tagli si sono resi necessari anche per la Sa-

nità ma questi non devono recidere i diritti (ad assistenza e cura) ma puntare ad eliminare sprechi, saccheggio di risorse».

Il settore farmaco è volano della strategia contro la stagnazione dell'economia e deve puntare a garantire qualità, efficacia, efficienza degli interventi.

La «pharmaceutical care» divenga realtà operante. Essa, impostata proprio a Bari, negli anni '90, dalla scuola del professor Tortorella, si propone e la realtà pratica la valida.

Necessità di interventi diretti dimostrata dal professor Manfrin (università di Kent) che ha indagato, tramite i farmacisti, sul trattamento dell'asma in cinque città italiane rilevando, tra l'altro, politrattamento, uso di farmaci non o contro-indicati, il fumo (a rischio) del 17% degli asmatici. Si registra un miglioramento dopo l'intervento professionale del farmacista.

«La professionalità si compendia in abilità, motivazione». I farmacisti si adeguano, aggiornano, impegnano a far rete con altre professioni e con il paziente per ottenere migliori efficacia e qualità di vita.

Nicola Simonetti



quotidianosanita.it

Lunedì 10 NOVEMBRE 2013

Allarme fertilità giovanile. In pochi anni scesa del 20%. Fumo, alcol e droghe le prime cause

Il 14% dei 18enni soffre di ipotrofia testicolare bilaterale e il 27% ha il varicocele (il 19% in forma grave). Diffusi i problemi di eiaculazione precoce. Sono i dati della campagna "Amico andrologo", che denuncia come la salute riproduttiva degli adolescenti sia una materia sottostimata da pediatri e da medici di base

E' allarme infertilità tra i giovani. E le prime cause sono da riscontrare nell'alto consumo di fumo, alcol e droghe. Beve infatti l'80% dei diciottenni italiani, il 56% fuma in modo occasionale, il 30% più di dieci sigarette al giorno, il 50% ha provato droghe. E così un terzo dei giovani ha alterazioni genitali, il 14% ha misure testicolari inferiori alla norma, correlate con una minore salute riproduttiva. Senza dimenticare, in tema di salute riproduttiva, che il 60,3% dei diciottenni ha avuto rapporti sessuali "mordi e fuggi", il 59% senza alcuna protezione. Sono questi alcuni dei dati della ricerca condotta su 10.000 ragazzi tra i 18-22 anni effettuata nell'ambito del progetto nazionale "Amico andrologo" e presentata a Roma in occasione dell'incontro educativo-formativo organizzato dal dipartimento di medicina sperimentale dell'Università di Roma La Sapienza-Accademia della Fertilità- in collaborazione con il Ministero della Salute.

L'indagine alla sua seconda edizione, ha analizzato il triennio 2010/2013 e dimostra il preoccupante aumento del consumo di alcolici, in particolare dell'abuso (30%) nettamente superiore agli Stati Uniti (fonte YRBS, indagine simile e simultanea). Alta la prevalenza dei forti fumatori, il 23% ha iniziato prima dei 13 anni e le droghe sembrano essere una abitudine consolidata (il 50% le ha provate almeno una volta).

L'indagine oltre ad aver evidenziato, ancora una volta, i comportamenti a rischio ha avuto il merito di rilevare importanti aspetti clinici. Dei 10.000 giovani che frequentano l'ultimo anno delle scuole superiori, 4.000 sono stati anche sottoposti ad una visita andrologica volontaria. I dati indicano che il 14% dei giovani ha ipotrofia testicolare bilaterale, il 27% ha il varicocele (il 19% in forma grave), il 31% è sottopeso. Tra i giovani sessualmente attivi, il disturbo più frequente è risultato essere l'eiaculazione precoce.

Dalle analisi è emerso che proprio i comportamenti a rischio in questa fascia di età sono determinanti per la salute sessuale e riproduttiva, in particolare il volume testicolare (considerato il miglior indicatore della salute andrologica), il basso peso, l'abuso di droghe e alcol.

"La fertilità - dice **Andrea Lenzi** Professore Ordinario di Endocrinologia Università di Roma La Sapienza - è una malattia sociale perché coinvolge la salute riproduttiva e sessuale delle giovani generazioni e il futuro del Paese. Noi stimiamo che negli ultimi anni vi sia stato nei giovani maschi, un 20% in meno di fertilità, simile a quello riscontrato nelle coppie. I costi sociali e sanitari sono altissimi perché lunghe, dolorose e molto onerose sono le terapie per la cura della fertilità. Bisogna investire nella prevenzione - prosegue Lenzi - a partire dalla adolescenza. Per questo vorremmo maggiore sensibilità e attenzione da parte dei pediatri e medici di base alla salute andrologica dei giovani maschi e auspicheremo una sorta di visita medica 'di leva' che oggi non esiste più ma che potrebbe

essere riformulata in altro modo per i ragazzi delle scuole superiori o all'Università".

Focus dell'indagine sulla Regione Lazio. Dai dati presentati dal Prof. Andrea M. Isidori, ricercatore in Endocrinologia presso la Sapienza, è emerso che i ragazzi che vivono in un contesto suburbano sono più obesi e in sovrappeso rispetto ai loro coetanei che vivono in città, questi ultimi soffrono maggiormente di varicocele e malattie a trasmissione sessuale e infezioni locali. Globalmente i giovani maschi Laziali dimostrano una attività sessuale maggiore rispetto ai coetanei su scala nazionale: il 67% ha avuto rapporti sessuali completi contro il 60% della media nazionale, e una età lievemente più precoce.

Emanuela Medi

NEL MONDO Gravi i danni dell'eccesso di glucosio nel sangue

Tanti giovani con il diabete

Nove regioni non adottano modelli di assistenza omogenei ed appropriati

Luigi Cucchi

■ In tutto il mondo si svolge la Giornata del diabete. Istituita nel 1991, è stata riconosciuta dall'Onu nel 2006. Cade ufficialmente il 14 novembre, ma la maggior parte degli incontri, conferenze, dibattiti sulla prevenzione e corretta gestione del diabete, si svolge questo fine settimana. Iniziative organizzate dalle 350 Associazioni fra persone con diabete esistenti in Italia, insieme a medici diabetologi, dietisti. Anche i volontari della Croce Rossa partecipano all'organizzazione in 400 città, da Bressanone a Ragusa, da Trieste a Oristano di oltre 500 iniziative tendenti a far conoscere questa patologia che colpisce anche 100 mila bambini. È una malattia diffusa che può essere prevenuta e curata grazie all'adozione di un corretto stile di vita o con **farmaci**.

Con le *Glicemie in piazza*, presidii medici effettuano controlli gratuiti e immediati della glicemia, del rapporto peso - altezza, della pressione e spesso del colesterolo, cioè delle variabili che consentono di scoprire migliaia di casi di diabete non diagnosticato e di stimare il rischio di sviluppare questa patologia. È la più capillare manifestazione del Volontariato in Italia in campo sanitario: coinvolge da 5 a 10 mila volontari e circa 500 mila cittadini.

Giulio Mariani, primario diabetologo all'ospedale San Carlo di Milano, è un pioniere della moderna assistenza e del ruolo dei centri diabetologici che devono essere ben inseriti nel territorio ed agire in modo sinergico. Queste giornate di piazza - ricorda - sono state ideate e promosse nel lontano 1996 da Marisa Mottes, presidente dell'Associazione Diabetici di Milano e provincia. Marisa Mottes è con Mariani oggi a Milano in piazza Accursio per effettuare anche lo screening per il piede diabetico, una temuta complicanza, spesso causa di menomazioni ed amputazio-

ni alle gambe (15 mila casi in Italia).

Anche agli immigrati che non si sono mai rivolti ai centri diabetologici è offerta in tal modo l'opportunità di consultare gli specialisti e di essere diagnosticati per tempo qualora diabetici. Grazie a queste iniziative che si sono estese in tutte le città italiane vengono così individuati molti pazienti che non sapevano di avere già glicemie elevate tali da determinare un vero e proprio scompenso metabolico.

Le stime più recenti individuano in 5 milioni gli italiani con diabete. «Il taglio agli accessi alle cure soffocano la diabetologia e rischiano di far esplodere l'impatto macroeconomico di questa patologia», afferma Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia ricordando che le Regioni devono adottare modelli di assistenza omogenei, efficaci e appropriati, come previsto nel Piano Nazionale Diabete, il documento redatto dal ministero della salute, approvato in febbraio dalla Conferenza Stato Regioni. Solo 9 regioni hanno recepito ufficialmente il Piano nazionale diabete, nemmeno 5 hanno intrapreso passi significativi per metterlo in pratica. Le differenze fra l'assistenza erogata nelle varie regioni si sta ampliando. I pazienti troppo spesso non sono in grado di gestire il loro diabete, riducendo le sofferenze ed i costi di ricoveri per scompensi glicemici e complicanze.

La forma più frequente di diabete, il diabete di tipo 2, si manifesta dopo i 40 anni, soprattutto in persone sovrappeso - obese. La sua evoluzione è lenta e priva di sintomi. Gradatamente la persona perde la capacità di controllare l'equilibrio della sua glicemia. Questa forma, definita diabete dell'anziano o alimentare è di gran lunga la più comune con milioni di casi in Italia. Il diabete di tipo 1 è invece dovuto ad una reazione autoimmune che distrugge le cellule del pancreas dove viene prodotta l'insulina.

