

## Salute

**Confronto** Poca unità anche in questo campo

# Come funziona la continuità delle cure nel resto d'Europa

**Libero mercato**

Il modello britannico prevede il ricorso a un fornitore di servizi privato

**Aiuti pubblici**

In Belgio i gruppi di medici di base hanno un autista per raggiungere i pazienti a casa

A

llora: quanti colleghi della continuità assistenziale sono presen-

ti? Su, coraggio alzate la mano. State facendo un ottimo lavoro e la gente spesso se lo dimentica».

E' un invito a tirare fuori l'orgoglio, quello che John O'Malley, un massiccio e barbuto medico gallese, lancia alla platea del workshop su «Ruolo unico e continuità dell'assistenza, dalle esperienze europee a un modello per l'Italia» organizzato nell'ambito del recente congresso generale della Fimmg da Alberto Vaona e Alessandro Dabbene, rispettivamente segretario provinciale Fimmg Settore continuità assistenziale a Verona e segretario regionale Fimmg Piemonte per lo stesso settore.

O'Malley dirige «Mastercall Healthcare», una cooperativa di medici di medicina generale che offre nell'ambito del Sistema sanitario inglese l'assistenza «Out Of Hours» (letteralmente «fuori orario», come viene designato in inglese il servizio di Guardia medica) a Stockport, un'area di 650 mila abitanti vicino a Manchester.

In Europa, ci sono diversi modelli di servizi di continuità assistenziale (vedi grafico) che variano dal singolo medico a gruppi di medici di famiglia in turno a rotazione, a centri medici dedicati, a cooperative di medici di medicina generale di grandi dimensioni. La maggior parte dei modelli sono costituiti da un misto di approcci e alcuni

Paesi europei adottano fino a nove diversi modelli organizzativi. Come l'Italia, molti altri Paesi hanno modificato o sono in procinto di modificare questi servizi. Le ragioni di questo cambiamento, come sottolinea il Position Paper (documento programmatico) di EurOOHnet, la Rete di ricerca europea per la continuità assistenziale nelle cure primarie nata nel 2009 tra 11 Paesi (Belgio, Danimarca, Germania, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Slovenia, Svizzera e Regno Unito), sono la scarsa disponibilità dei medici di famiglia a lavorare a turno, fuori orario, il crescente carico di lavoro a causa delle molte richieste di intervento, una parte crescente di personale che lavora part-time, il crescente numero di donne tra i medici di famiglia e, in alcuni Paesi, la scarsità di dottori soprattutto nelle zone extraurbane.

«Il modello inglese è quello da non imitare: — sottolineano Vaona e Dabbene — un modello di libero mercato totale. L'anno scorso il primo fornitore di continuità assistenziale in Inghilterra ha acquistato il secondo per 48 milioni di sterline. Quindi stiamo assistendo a processi di concentrazione tipici di settori produttivi industriali e questo è un po' scioccante. Ma non è detto che questi provider non sbarchino anche sul continente e vadano poi a proporre dei servizi che sistemi sanitari allo sbando per motivi di sostenibilità potrebbero poi decidere di acquistare».

Il modello belga di cui ha parlato Hilde Philips, medico di medicina generale del Department of Primary and Interdisci-

plinary Care dell'Università di Anversa è invece in fase di sviluppo. «Soprattutto nelle Fiandre, la zona francofona del Paese — fa presente la ricercatrice — il 30% dei medici ha già fatto proprio il modello delle aggregazioni. I pro del nuovo sistema sono molto chiari: meno ore di servizio da gestire; un supporto amministrativo, perché abbiamo verificato che il medico passa al telefono da una a 2 ore. Auto e autista per le visite a domicilio risolvono il problema della sicurezza e anche del problema di trovare parcheggio nelle zone urbane. Adesso abbiamo anche la registrazione dei dati nel corso della chiamata e una maggiore visibilità: i pazienti non vanno direttamente al primo Pronto soccorso, ma si rivolgono alla cooperativa». Il modello tedesco spiegato da Rudiger Leutgeb, medico di famiglia e ricercatore del Department of General Practice and Health Services Research dell'Università di Heidelberg è una via di mezzo: i medici di medicina generale convenzionati con le assicurazioni garantiscono a rotazione la copertura. «Confrontando l'Italia con gli altri Paesi, balza all'occhio che assieme alla Danimarca siamo l'unico a fornire un servizio medico diretto — sottolineano Vaona e Dabbene —. Da noi consideriamo la continuità assistenziale come un servizio un po' negletto, in realtà siamo uno dei pochi Paesi europei dove, quando si chiama, risponde un medico. In tutti gli altri risponde un infermiere ed eventualmente solo in seconda battuta un medico». Chissà che non possa diventare un modello esportabile.

**Ruggiero Corcella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Soluzioni diverse

Ecco alcuni modelli di continuità delle cure adottati in Europa



### OLANDA E DANIMARCA

#### Cooperative

I medici di base lavorano in un'organizzazione non profit e fanno i turni sull'intera popolazione degli assistiti di tutti i medici, supportati da infermieri, personale amministrativo e autisti



### REGNO UNITO

#### Servizi vicari

Agenzie commerciali utilizzano prestazioni private di medici di medicina generale negli orari in cui i medici titolari non sono disponibili (notte e fine settimana)



### IRLANDA

#### Centri per ferite non gravi.

Ricevono pazienti, senza appuntamento, per ferite lievi o malattie e forniscono informazioni, consigli e trattamenti con infermieri addestrati



### PORTOGALLO

#### Call center nazionale

Numero telefonico per triage e consulenza da parte di personale sanitario preparato



### NORVEGIA

#### Gruppi a rotazione

I medici di medicina generale di una stessa zona (di solito più di 15) ruotano a turno su tutti i pazienti del gruppo



### AUSTRIA (zone rurali)

#### Servizio continuo

I medici di medicina generale intervengono 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana



### SLOVENIA

#### Centri di cure primarie

Ricevono pazienti, senza appuntamento, per ferite o malattie non gravi, sotto la supervisione di un medico di medicina generale

Fonte: Studio olandese Quality of After-Hours Primary Care - Annals of Internal Medicine 2011

D'ARCO

## Salute

» **Dottori** Il giovane e il collega di lungo corso

# In trincea nei paesi, fra richieste di soccorso sanitario e sociale

**H**a vissuto gli ultimi vent'anni di storia della Guardia medica, il dottor Sandro Campanelli, 53 anni da Pescara. Anzi, ha iniziato proprio quando il servizio ha cambiato il nome diventando "continuità assistenziale". Il modo di lavorare, purtroppo, non è mutato. «Oggi come allora — dice con una punta di rassegnazione — la nostra è una medicina di attesa. Siamo qui, a disposizione».

Luca Obinu, dottore di 31 anni da Sassari, al mondo della Guardia medica si è invece affacciato da quattro anni e sta concludendo il corso di formazione triennale. «In molti posti la gente non ha granché fiducia nella Guardia medica — si rammarica —. Sembra quasi che la medicina generale sia una scelta di ripiego, quando uno non riesce a realizzarsi come specialista o in un altro campo della medicina. Purtroppo alcuni colleghi confermano questo luogo comune. Lavorano controvoglia e non lo nascondono. Mi dispiace, perché invece c'è chi come me lo fa con passione e per offrire un servizio».

Di acqua sotto i ponti della Guardia medica, Campanelli ne ha vista passare tanta: diplomato fisioterapista, ma da sempre con l'idea di voler fare il medico di medicina generale, si è laureato nel '90. Tre anni dopo ha partecipato al concorso di accesso al primo corso di formazione specifica biennale in Medicina generale istituito in Italia.

Fino ad allora, si entrava in ruolo tramite una graduatoria basata sul voto di laurea più un punteggio legato alle sostituzioni. Comunque occorrevano 6-7 anni prima di ottenere un incarico. «Non era neanche male — racconta —. Ci pagavano una borsa di studio di 1 milione e 800 mila lire». Concluso il corso, Campanelli ha dovuto inghiottire il rospo della solita sanatoria che ha paradossalmente ridotto i posti di medicina generale disponibili.

All fine, il primo incarico lo ha portato a San Felice, un paesino su un cocuzzolo in provincia di Campobasso con una parte della popolazione di etnia croata. Ogni fine settimana (non c'erano turni infrasettimanali), partiva alle sette meno dieci da Pescara e faceva 130 chilometri in auto. Ricorda ancora i locali spogli in una scuola dismessa, in cima al paesino, le neviccate abbondanti che lo costringevano a chiamare i carabinieri per farsi accompagnare in «Campagnola», il fuoristrada, nelle visite a domicilio.

Altri tempi, anche nelle richieste dei pazienti. «Negli anni passati ci si rivolgeva a noi per motivi veri, urgenti o almeno ritenuti tali.

Oggi invece ci chiamano per tutto, spesso anche per richieste più da assistenza sociale, perché in alcune zone l'unico presidio esistente è la Guardia medica».

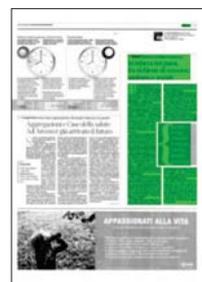
Proprio come in Sardegna dove, dice Luca Obinu, «le guardie mediche funzionano spesso come punto di primo soccorso. Gli ospedali sono lontani e magari, con le nostre strade, ci vogliono tre quarti d'ora per raggiungerli». Il dottor Obinu si è laureato a marzo del 2009 e ammette che la sua non è stata una "vocazione". Durante il tirocinio dopo l'esame di Stato per l'abilitazione, però, ha potuto apprezzare il lavoro del medico di famiglia e ha deciso che sarebbe diventato il suo.

Sta finendo il corso triennale di specializzazione, intanto fa sostituzioni come guardia medica e turistica. Se la prende con la legge iniqua che paga agli specializzandi in medicina generale 900 euro al mese, la metà di quanto guadagnano gli specializzandi ospedalieri. «Alla fine, — dice — con le sostituzioni e la Guardia turistica arrivo a circa 1.500 euro, ma poi bisogna detrarre l'assicurazione e la nostra cassa mutua. È dura».

Nonostante la scarsità di mezzi, la burocrazia che avvilisce, il confronto-scontro con i colleghi del 118 che spesso pretendono di dettare legge, Obinu ama il suo lavoro. Come il collega Campanelli, spera che per la Guardia medica si apra una nuova stagione. Le nuove aggregazioni territoriali dovrebbero farli uscire dall'isolamento, lavorare in team, confrontarsi con i colleghi e trovare così nuove motivazioni. Trasformando così la prospettiva: non più visti come medici «sfigati», ma protagonisti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il lavoro  
in team  
consentirà  
il confronto  
e fornirà  
ulteriori  
motivazioni



## Salute

**Fegato 1** Nuovo metodo messo a punto a Milano

# Anche grandi tumori «nascosti» ora sono operabili

**L'intervento**

Una procedura impegnativa ma che ottiene risultati importanti

**U**n tumore inoperabile è una realtà dura da accettare. Recentemente tuttavia, per 10 pazienti, quella diagnosi è cambiata, grazie a una nuova tecnica messa a punto all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano dall'équipe di Vincenzo Mazzaferro, direttore della Struttura complessa di chirurgia dell'apparato digerente e trapianto di fegato. La procedura, descritta nei dettagli sulle pagine della rivista specializzata *Surgery*, ha salvato nove di loro (uno è deceduto tre anni dopo l'intervento per una metastasi al polmone). «In termini statistici, significa che persone che avevano il 100 per cento delle probabilità di morire entro breve tempo hanno invece, cinque anni dopo, l'83 per cento delle probabilità di vivere» spiega Mazzaferro.

I malati operati a Milano avevano tumori di grandi dimensioni nella parte posterio-

re del fegato, ed erano tutti stati giudicati inoperabili in altri Centri. «Quella posizione, infatti, è particolarmente critica, perché con la tecnica chirurgica tradizionale c'è un rischio elevato che si verifichino emorragie molto difficili da controllare — dice il chirurgo —. Noi abbiamo indicato una via nuova, che permette di accedere alla sede del tumore e asportarlo, proteggendo allo stesso tempo la vena cava inferiore», il grosso vaso attraverso cui passano 2-3 litri di sangue al minuto, che corre posteriormente all'organo, diramandosi poi al suo interno.

Tecnicamente, l'intervento prevede in un primo tempo la separazione dei lobi destro e sinistro del fegato; poi si applica una fettuccia che protegge la vena cava e al tempo stesso espone la zona su cui si deve intervenire, consentendo ai medici di individuare con precisione il piano di sezione. «Asportiamo in blocco il tumore assieme alla parte destra del fegato; — continua Mazzaferro — in questo modo il territorio di sicurezza attorno al tessuto tumorale è abbastanza ampio da consentirci di minimizzare il rischio che la malattia si ripresenti in seguito». L'operazione dura in media sette ore e può aver bisogno della circolazione extra-

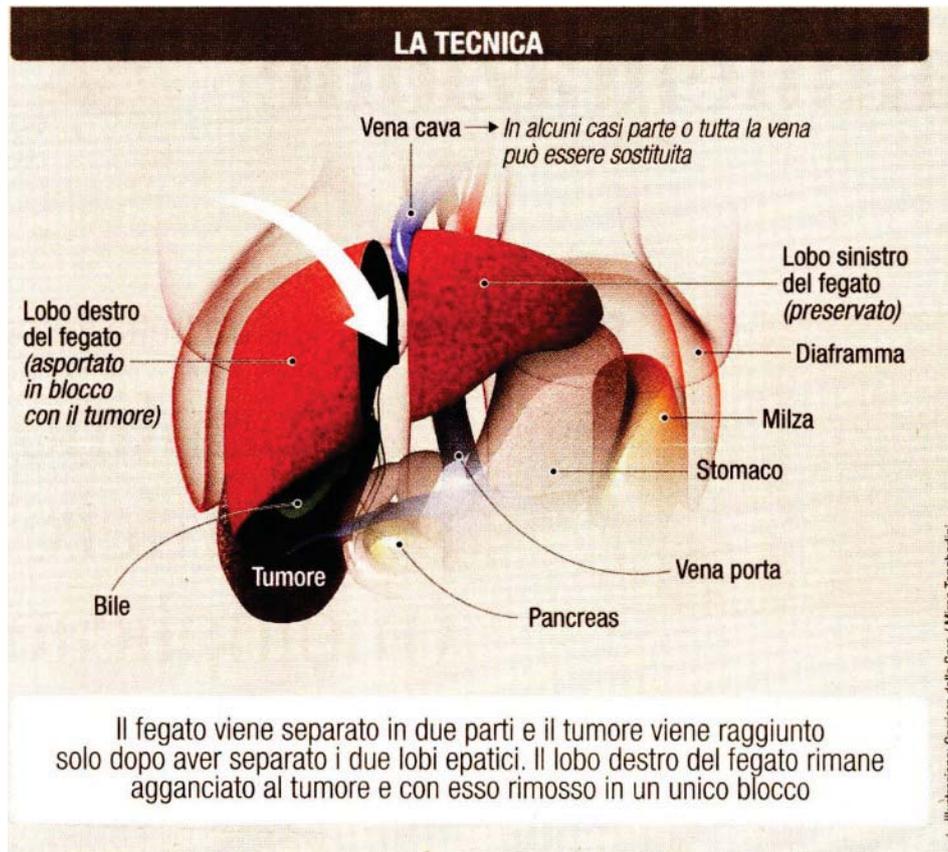
corporea (praticata in tre dei 10 casi descritti su *Surgery*), mentre in altri pazienti è sufficiente chiudere la vena cava per il tempo necessario a intervenire. Quando anche questo vaso è colpito dal tumore, è necessario eliminare la parte danneggiata e ricostruirla, avvalendosi di materiale biologico prelevato dallo stesso paziente, oppure di protesi in politetrafluoroetilene (teflon).

«La procedura richiede un grande sforzo tecnico e per questo è stata finora utilizzata solo in presenza di particolari caratteristiche, che indicavano che l'esito poteva essere favorevole» riprende Mazzaferro. In particolare, hanno potuto sottoporsi all'intervento pazienti che erano in buone condizioni fisiche nonostante la malattia, che non avevano metastasi, e nei quali la probabilità che il tumore si diffondesse ad altre sedi erano molto ridotte. «In futuro, con l'affinamento della tecnica, non escludiamo di poter operare anche in condizioni meno stringenti, ampliando quindi il numero dei possibili beneficiari — conclude Mazzaferro —. Già ora, comunque, altri gruppi stanno iniziando a usare il nostro metodo, negli Stati Uniti e in Giappone».

**Margherita Fronte**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Lunedì 24 NOVEMBRE 2013

## Spending Review. Surico (Cic): “Non servono altre leggi, vanno attuate quelle esistenti”

***Per il presidente del Collegio dei Chirurghi italiani non serve una nuova Spending Review, ma vanno attuati gli interventi già previsti in passato, come la soppressione di alcune strutture complesse, la riconversione dei piccoli ospedali e la razionalizzazione dei punti nascita, prevista dal 2010.***

Alla luce delle recenti dichiarazioni del Commissario Cottarelli sulle intenzioni del Governo di effettuare i tagli in modo mirato, analizzando le criticità comparto per comparto e superando la logica delle riduzioni lineari, il Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic) chiede di attuare la legge sulla Spending Review in sanità “così come era stata originariamente formulata, in particolar modo su alcuni punti”.

“La legge infatti – spiega una nota del presidente Cic, **Nicola Surico** - prevedeva, tra gli altri provvedimenti, la soppressione di un certo numero di strutture complesse e la chiusura dei piccoli ospedali con la loro successiva riconversione in posti per malati cronici o lungo degenti. Inoltre, anche la legge sulla razionalizzazione dei piccoli punti nascita è rimasta inattuata a tre anni dal decreto del dicembre 2010”.

Provvedimenti rimasti inattuati forse anche a causa “delle resistenze esistenti a livello locale e regionale di Direzioni Generali. Tutto ciò impedisce di portare avanti la Spending Review in maniera ragionata e mirata, intervenendo sui costi inutili”, osserva Surico. Che anche in relazione al contenzioso medico legale, chiede “ancora una volta” chiede di essere ricevuto per un’audizione sui diversi progetti di legge che andranno in discussione alla Camera a gennaio. Infatti, i Chirurghi, che sono i più direttamente interessati, hanno da sempre manifestato e ribadiscono la loro disponibilità a sedere ad un tavolo di lavoro con le Istituzioni al fine di dare il proprio contributo con delle proposte inerenti i progetti di legge presentati”.

Il Collegio infine ha espresso pieno sostegno alla protesta della Acoi e della Società Lombarda di Chirurgia, che durante il recentissimo vertice congiunto hanno attaccato l’autoassicurazione degli ospedali. “Anche il Collegio sottolinea che stanziare una somma da parte dell’ente per far fronte ad eventuali risarcimenti non offre ai medici le stesse garanzie della polizza. Pertanto le strutture devono essere assicurate secondo le proposte di legge presentate alla Camera; e così come la legge impone al medico di assicurarsi e di mostrare la polizza al paziente – conclude Surico - , allo stesso modo anche gli ospedali devono mostrare a tutti gli utenti le proprie polizze assicurative”.

**L'iniziativa****I farmaci ordinati al telefono e consegnati a casa**

Bus e metro fermi ma le medicine arrivano lo stesso. A garantirlo è il servizio «Portafarmaci» realizzato da Federfarma Genova. Chi non fosse in grado di raggiungere una farmacia può ordinare i medicinali via telefono a una delle 200 farmacie genovesi. «Entro mezza giornata un corriere consegnerà il farmaco a casa», spiega l'associazione. «In una città dove si contano molti anziani ultraottantenni ed è notevolmente cresciuto il numero di nuclei familiari composti da una sola persona, mettiamo in campo le nostre conoscenze e la nostra professionalità», commenta il presidente di Federfarma Genova Giuseppe Castello. Il servizio è attivo anche di sabato e il suo costo minimo ricade in pari misura sul paziente e sul farmacista: varia da un minimo di un euro a un massimo di tre euro e cinquanta centesimi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il numero**

# Sport, un bambino su due smette dopo gli undici anni

Già dopo la scuola primaria, i bambini italiani cominciano ad allontanarsi dalla pratica sportiva continuativa e a ingrossare le fila dei sedentari. E se finora l'età spartiacque era quella tra i 14 e i 15 anni, nell'ultimo anno si è osservato che il trend negativo comincia già a 11 anni. È l'allarme lanciato dalla Società italiana di pediatria, in occasione dei suoi

Stati Generali dove ha presentato la «piramide dell'attività fisica e motoria». Tra il 2011 e il 2012 la quota di praticanti continuativi è diminuita persino nella fascia

d'età 11-14 anni, passando dal 56% al 53,4%. La percentuale tra i 15 e i 17 anni diventa del 48,5% e del 34,7% tra i 18 e i 19 anni. Una parabola discendente al crescere dell'età. Gli unici in controtendenza, sono i bambini dai 6 ai 10 anni per i quali la pratica sportiva continuativa è passata dal 48,8% al 54,3%. Nel divorzio tra adolescenti e sport un ruolo decisivo è svolto da tv, computer o smartphone che impegnano almeno tre ore di ogni loro giornata. Ma questo non basta a spiegare perché il tasso di sedentarietà degli adolescenti italiani sia più che triplo rispetto a quello dei loro coetanei europei.

**2.297.000**

Sono i ragazzi nella fascia d'età 11-14 anni, in base alle tabelle Istat 2012. Di questi, solo il 53,4% pratica un'attività sportiva continuativa



**PER SAPERNE DI PIÙ**  
Società italiana di pediatria  
[www.sip.it](http://www.sip.it)



## Genitori, non trascurate l'ecografia dell'anca

*Tempi e modi sono più controversi di trent'anni fa, ma non controllare i neonati può lasciare esiti a lungo termine*

MILANO - Alcuni ortopedici si dicono preoccupati. Non ci sono ancora dati epidemiologici sicuri, ma la percezione di molti addetti ai lavori è che si stia tornando indietro, ai tempi in cui la displasia dell'anca, e la sua possibile conseguente lussazione, provocavano spesso disabilità e danni permanenti. «Alla fine degli anni Ottanta, quando quasi tutti i neonati erano controllati nei primi giorni di vita con l'ecografia, i casi che nei mesi successivi arrivavano alla nostra attenzione per essere immobilizzati con gessi o addirittura essere operati erano diventati rarissimi» denuncia Giuseppe Biancardi, responsabile dell'Unità funzionale di ortopedia pediatrica dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano. «Ora invece ricominciamo a vedere bambini con questi problemi, a un'età in cui il trattamento è più impegnativo e rischia di avere risultati meno soddisfacenti che non quando la diagnosi è precoce, nelle primissime settimane di vita».

**COMPETENZA** - Il cambiamento di rotta si è verificato a metà degli anni Novanta, quando una serie di esperti cominciarono a mettere in dubbio l'assioma di Reinhard Graf, l'ortopedico austriaco che nel 1980 aveva presentato a tutto il mondo la sua tecnica, sostenendo l'opportunità di esaminare all'ecografia le anche di tutti i bambini appena nati: con i criteri da lui definiti si poteva infatti individuare la più comune malformazione congenita di tipo ortopedico, senza utilizzare raggi X e in una fase in cui, per risolvere il problema, nella maggior parte dei casi bastano semplici divaricatori che tengono le gambine aperte e flesse fino a che l'articolazione matura a dovere. Condizione indispensabile alla validità di questo approccio è però l'abilità dell'operatore nel riconoscere i casi veramente degni di attenzione: «È indispensabile quindi che l'indagine sia condotta da chi ha una competenza specifica, come un radiologo pediatrico esperto, che esegue moltissimi di questi esami ogni anno» raccomanda Gianluca Da Pozzo, referente per la radiologia e l'ecografia pediatrica dell'Istituto Auxologico Italiano di Milano. In ogni caso, il criterio è l'esperienza, più della specialità: per ridurre al minimo il rischio di errori meglio non affidarsi al giudizio di un ecografista generalista o di un ortopedico che per la gran parte del suo tempo si occupa d'altro.

**FALSI POSITIVI** - «Le principali obiezioni alla politica di fare l'ecografia subito a tutti riguardano l'alto rischio di falsi positivi, cioè di referti che fanno sospettare una condizione patologica quando questa non c'è» interviene Nicola Portinaro, che ha affrontato questo tema controverso sul nostro blog, rispondendo alle più comuni domande anche in un video sul sito (GUARDA). «Nei primissimi tempi dopo il parto il bambino tra l'altro risente ancora degli ormoni della mamma, che passano la placenta e rendono più lassi i legamenti, facendo così sembrare instabile un'anca che non lo è». È stato infatti calcolato che l'80 per

cento dei casi individuati alla nascita andrebbe a posto da solo, anche senza trattamento. Esiste anche una difficoltà a definire la patologia di cui si parla: la displasia evolutiva dell'anca comprende infatti uno spettro di anomalie anatomiche, di cui è difficile conoscere l'evoluzione naturale, dal momento che, quando si ha anche solo un sospetto, il trattamento viene effettuato sempre. Mancano quindi le prove inequivocabili di una sua efficacia rispetto ai casi non trattati, il che indebolisce l'idea che valga la pena di controllare tutti e subito.

**DIVARICATORI** - Questi dubbi furono avanzati da una revisione sistematica della letteratura esistente pubblicata nel 2005 dal *British Medical Journal*, cui seguì la presa di posizione della Preventive Services Task Force statunitense su *Pediatrics*, secondo cui le prove di efficacia dell'ecografia universale alla nascita non erano sufficienti a sostenere questa raccomandazione. L'eccesso di diagnosi e di trattamento comportava infatti uno spreco economico ma anche rischi per i piccoli pazienti - sostenevano questi documenti - prima fra tutti la necrosi avascolare della testa del femore, una lesione dovuta a problemi di circolazione indotti dal divaricatore. «Questo possibile effetto collaterale è però praticamente scomparso con i nuovi divaricatori, meno rigidi di quelli usati una volta - puntualizza Portinaro -, per cui questa evenienza, già rara prima, non controbilancia il rischio legato a una diagnosi tardiva di questa condizione». «Quello legato alla narcosi necessaria per mettere il gesso a bambini così piccoli o per effettuare interventi chirurgici, che comunque hanno un loro rischio intrinseco» commenta Biancardi. «Per non parlare del disagio per le famiglie e dell'impatto psicologico di un ricovero o di un'operazione su di loro e sui piccoli» aggiunge Portinaro.

**ENTRO IL SECONDO MESE** - Oggi quindi il consiglio è di non trascurare l'ecografia, eseguita da mani esperte, ma di farla in tempi diversi a seconda delle situazioni. Il test va eseguito subito, che può significare entro il primo mese di vita, nelle femmine, più soggette a questa patologia, in entrambi i sessi se un test effettuato dal medico visitando il bambino (manovra di Ortolani) fa sospettare un'anomalia, oppure se ci sono altri fattori di rischio: «Per esempio familiari che hanno sofferto di displasia dell'anca, oppure una presentazione podalica alla nascita» precisa Biancardi. «Senza dimenticare quei neonati che si sono girati nell'utero nelle ultime fasi della gravidanza» precisa Da Pozzo. «A favorire la malformazione infatti è la posizione tenuta nei mesi precedenti». E tutti gli altri? Considerata la posta in gioco, meglio comunque fare l'esame, senza fretta ma non oltre il secondo mese.

stampa | chiudi

## » Malati &amp; Malattie

di Gloria Sacconi Jotti



## Ad Aosta un test agli autotrasportatori per individuare i disturbi del sonno

**I**l Geie-Trafo del Monte Bianco, il Raccordo Autostradale Valle d'Aosta (Rav), il Centro di Riferimento Regione Piemonte per i Disturbi del Sonno dell'ospedale Molinette di Torino e Globe Events Management - Torino (Gruppo Gem) hanno promosso l'operazione «Sleep Stop, take your time», iniziativa prima in Italia sulla sicurezza dedicata - in questa prima fase del progetto pilota - agli autotrasportatori in viaggio sull'itinerario internazionale del Tunnel del Monte Bianco. Obiettivo informare e sensibilizzare gli autotrasportatori sulle problematiche legate al sonno (eccessiva sonnolenza diurna, disturbo respiratorio nel sonno, insonnia, sindrome delle gambe senza riposo) e sulle conseguenze di uno scorretto comportamento alla guida. Con la collaborazione del Centro di Riferimento Regione Piemonte per i Disturbi del Sonno (diretto dal Prof. Alessandro Cicolin, dell'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS), della Divisione di Neurologia (Ospedale Civile di Aosta) e della Divisione di Pneumologia Riabilitativa (IRCCS Salvatore Maugeri, Veruno - Novara) è stato studiato un questionario di screening volto ad individuare eventuali disturbi del sonno negli autotrasportatori che, volontariamente, si sottoponevano al test. Il test era completamente anonimo e gratuito. All'iniziativa, realizzata con il patrocinio della Regione Autonoma Valle d'Aosta e della Regione Piemonte, hanno dato la loro adesione ed il loro sostegno Les Halles d'Aoste, Iveco, PIC Informatica e Sicor Channel TV. L'attività si è svolta presso l'area dell'autoporto Les Halles d'Aoste, area strategica, poiché raccoglie il traffico pesante e leggero nei due sensi di marcia dell'autostrada che attraversa la Valle d'Aosta. Inoltre costituisce luogo di sosta preferenziale dei mezzi pesanti in transito da e verso il Tunnel del Monte Bianco. Lo screening è stato effettuato alla presenza di medici professionisti, in concomitanza con la campagna annuale sulla sicurezza di Geie-TMB. Gli autotrasportatori al termine del test hanno anche ricevuto consigli ed informazioni. Il progetto pilota mira poi ad estendersi a tutto il territorio autostradale nazionale.

[gloriasj@unipr.it](mailto:gloriasj@unipr.it)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



## Il più grande studio mai condotto collega consumo di frutta secca a una riduzione del 20% della mortalità



**Noci e compagne elisir di lunga vita. Nel più grande studio del suo genere mai condotto è risultato che le persone che hanno mangiato una manciata di frutta secca ogni giorno hanno significative minori probabilità di morire per tutte le cause**

E' durato ben trent'anni uno dei più grandi studi del suo genere mai condotti, e pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, che incorona la frutta secca (o a guscio) come un vero e proprio elisir di lunga vita. Secondo quanto emerso, infatti, le persone che hanno mangiato una manciata di frutta secca ogni giorno avevano il 20% in meno di probabilità di morire per qualsiasi causa.

A condurre lo studio sono stati i ricercatori del Dana-Farber Cancer Institute, del Brigham and Women's Hospital e della Harvard School of Public Health, i quali hanno scoperto che tra i numerosi vantaggi offerti dal mangiare frutta secca a guscio vi era anche quello di non mettere su peso, come da molti creduto. Ma il risultato più rilevante, come accennato, è stato quello sull'aspettativa di vita.

«Il vantaggio più evidente è stata una riduzione del 29% delle morti per malattia di cuore (il big killer numero uno) – ha spiegato il prof. Charles S. Fuchs, direttore del Gastrointestinal Cancer Center al Dana-Farber e autore senior – Ma abbiamo anche visto una significativa riduzione dell'11% del rischio di morire di cancro».

Quello che è apparso evidente ai ricercatori è che non vi era un tipo di frutta secca che mostrava maggiori vantaggi rispetto a un altro: l'effetto protettivo non è stato infatti determinabile e sia noci che mandorle, nocciole, anacardi, noci del Brasile, noci macadamia, noci pecan, pistacchi, arachidi e pinoli hanno mostrato tutti di avere più o meno le stesse proprietà benefiche.

Già diversi studi precedenti avevano trovato un'associazione tra l'aumento del consumo di frutta secca e un minor rischio di malattie come quelle cardiache, il diabete di tipo 2, il cancro del colon, i calcoli biliari e la diverticolite. Ma non solo: un maggiore consumo di frutta secca è stato altresì collegato a una riduzione dei livelli di colesterolo, dello stress ossidativo, dell'infiammazione, dell'adiposità (il grasso) e dell'insulina-resistenza.

Per questo largo studio gli scienziati hanno utilizzato i grandi database provenienti da due ben noti studi osservazionali in corso, e che raccolgono dati sulla dieta e altri fattori di stile di vita e diversi risultati di salute. Nello specifico, il "Nurses' Health Study" ha fornito dati su 76.464 donne raccolti tra il 1980 e il 2010, e il "Health Professionals' Follow-up Study" ha raccolto dati su 42.498 uomini tra il 1986 e il 2010.

Tutti i partecipanti agli studi hanno compilato ogni 2-4 anni dettagliati questionari riguardanti la dieta. Insieme a ogni questionario alimentare ai partecipanti è stato chiesto di valutare quanto spesso hanno consumato frutta secca in porzioni da poco più di 18 g, equivalenti a un tipico piccolo pacchetto di noccioline.

Per mezzo di sofisticati metodi di analisi dei dati sono stati eliminati possibili fattori confondenti e che possono aver rappresentato altrimenti benefici in termini di ridotta mortalità. Per esempio, i ricercatori hanno scoperto che le persone che mangiavano più frutta a guscio erano più magre, meno propense a fumare e più inclini a praticare attività fisica. Queste stesse persone utilizzavano integratori multivitaminici, consumavano più frutta e verdura.

Al termine della scrematura si è così stati in grado di isolare l'associazione tra il consumo di frutta secca e la mortalità,

indipendentemente da questi altri fattori.

«In tutte queste analisi, le persone che hanno mangiato più frutta secca era meno probabile che morissero durante il periodo di follow-up durato 30 anni», ha dichiarato il dottor Ying Bao del Brigham and Women's Hospital e primo autore del rapporto.

I dati hanno in particolare rivelato che coloro che mangiavano frutta secca meno di una volta a settimana avevano una riduzione del rischio di morte del 7%; coloro che mangiavano la frutta secca almeno una volta a settimana avevano una riduzione dell'11%; nel caso di 5 o 6 volte a settimana, vi era una riduzione del 15% e infine nel caso di 7 o più volte a settimana la riduzione del rischio di morte arrivava al 20%.

Sebbene lo studio non abbia dimostrato una relazione di causa/effetto, gli autori ritengono i risultati fortemente coerenti con «una ricchezza di dati di studi osservazionali e clinici esistenti a sostegno dei benefici per la salute del consumo di frutta secca su molte malattie croniche».

Che dire di più?

<http://www.lastampa.it/2013/11/22/scienza/benessere/alimentazione/il-pi-grande-studio-mai-condotto-collega-consumo-di-frutta-secca-a-una-riduzione-del-della-mortalit-Rl6XP5sql0stXQ8ptggJmL/pagina.html?ult=3>

# «Sclerosi multipla, illusorie le cure di Stamina»

**ROMA.** «Se è vero che la speranza non si può negare a nessuno, è vero anche che il provvedimento del Tribunale di Roma rischia di alimentare illusioni e di incidere su scelte avventate e disinformate». È severo e preoccupato il giudizio di Roberta Amadeo, presidente dell'Associazione italiana sclerosi multipla (Aism), sull'ordinanza con la quale i giudici romani hanno accolto il ricorso di una 46enne malata di sclerosi multipla che chiedeva di poter accedere al trattamento con il discusso metodo Stamina, somministrato ad alcune decine di pazienti affetti da gravi malattie genetiche (in particolare l'atrofia muscolare spinale, o Sma) presso gli Spedali Civili di Brescia in ottemperanza a numerose decisioni giudiziarie. La donna, malata dal 1982, aveva tentato tutte le terapie

convenzionali, e su indicazione del suo medico curante si era concentrata sulla cura con cellule staminali. A fronte di promettenti ricerche in corso non esiste però, a oggi, una terapia sperimentata di questo tipo. La donna dunque si è rivolta a Stamina, il cui metodo però è stato bloccato dall'Agenzia del farmaco e censurato dal Ministero della Salute che ha negato i fondi per la sperimentazione dichiarandolo non sicuro. Qualunque malato di sclerosi multipla si rivolga a Stamina, dunque, rischia drammatiche delusioni. «La scienza, quella in cui una persona con sclerosi multipla ha il diritto di credere, non ha scorciatoie,



**Roberta Amadeo**

non fa miracoli – spiega la presidente di Aism, a sua volta malata –. E quando c'è in ballo la salute, la dignità e persino la vita delle persone le risposte devono essere non solo efficaci ma soprattutto sicure». L'Aism – ricorda Roberta Amadeo – «promuove e finanzia ricerche scientifiche rigorose», in particolare quella «italiana in tutti i campi relativi alle cellule staminali interessanti per la Sclerosi multipla: mesenchimali, neuronali ed ematopoietiche». Domattina intanto le associazioni pro-Stamina saranno davanti alla Camera perché «sia garantito il nostro diritto alle cure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it



# quotidianosanita.it

Lunedì 24 NOVEMBRE 2013

## Reumatologia 2.0 . Arriva l'app gratuita dell'associazione Anmar

***Le nuove tecnologie in aiuto di chi soffre di malattie reumatiche. Arriva su tutti i terminali Android l'app gratuita dell'Associazione Nazionale Malati Reumatici onlus, ricca di informazioni e punti di riferimento per le realtà regionali della penisola. L'app è strutturata in cinque aree tematiche e sarà presto disponibile anche su dispositivi Apple.***

La presentazione ufficiale avverrà in occasione della Sessione ANMAR 'Malati reumatici: riconquistare il diritto alla salute', promossa nell'ambito del Congresso nazionale SIR (Società Italiana di Reumatologia), di fine mese a Napoli. L'applicazione, presto anche per dispositivi Apple, si scarica su 'Play store' ed è strutturata in cinque aree tematiche, la prima delle quali contiene informazioni sulle principali malattie reumatiche (Artrite Reumatoide, Artrosi, Osteoporosi, Sclerodermia, Lupus), cenni storici, manifestazione della malattia ed extrarticolari, sintomi, evoluzione, diagnosi, causa, terapia farmacologia e trattamenti non farmacologici. Accanto si ha la schermata 'Centri e contatti', con tutti i riferimenti con numeri di telefono indirizzi ed email dei centri regionali, e quella del Numero Verde 800-910.625, che si può chiamare direttamente dall'applicazione. C'è quindi la scheda con la struttura organizzativa di ANMAR e infine quella che si apre sul sito ufficiale dell'associazione ([www.anmar-italia.it](http://www.anmar-italia.it)), con tutte le ultime novità in ambito reumatologico.

"L'applicazione, totalmente gratuita, rientra nella scelta di esser più presenti sulle nuove piattaforme tecnologiche, forti anche del successo della nostra pagina Facebook, che conta 1200 utenti, molto attivi quotidianamente –spiega **Gabriella Voltan**, presidente ANMAR- A ciò si aggiunge il potenziamento del sito internet, che rappresenta davvero una 'miniera' di informazioni per i pazienti italiani e le loro famiglie".

Gli incontri dell'Associazione ANMAR presso la Mostra d'Oltremare sono previsti il 29 e 30 novembre. Il primo giorno, con inizio alle 14.20, si parlerà di 'Malattie reumatiche: funzioni, ruoli, responsabilità, attuali criticità e prospettive', con la partecipazione di Gabriella Voltan, presidente ANMAR, e del prof. Marco Matucci Cerinic, presidente SIR. Invitati anche rappresentanti delle Istituzioni, di Cittadinanzattiva e specialisti. La seconda sessione delle 16.50 invece si concentrerà sui pregi e difetti della reumatologia e la partecipazione di responsabili delle unità operative di reumatologia italiane. Sabato 30 novembre invece si farà il punto su progetti, idee e buona pratica con i presidenti delle associazioni regionali ([www.anmar-italia.it](http://www.anmar-italia.it) , numero verde 800-910.625).

## **SONNO: SCOPERTE NUOVE CAUSE APNEA OSTRUTTIVA NOTTURNA**

(AGI) - Washington, 24 nov. - Lo scienziato australiano Danny Eckert e il suo team di ricercatori hanno trovato una causa precedentemente sconosciuta di apnea ostruttiva notturna (Osa). Eckert, scienziato presso il Neuroscience Research Australia, ha svelato nel suo studio che l'anatomia, il peso e l'età non sono le uniche cause dell'Osa, ma queste includono la reattività muscolare durante il sonno, una risposta all'anidride carbonica che si accumula durante il sonno e un risveglio "troppo" veloce. "Dovremmo essere in grado - ha commentato Eckert - di studiare anche questi fattori, oltre che concentrarci esclusivamente sul collasso delle vie aeree, come abbiamo fatto finora. Si tratta di uno sviluppo molto emozionante che richiederà un trattamento completamente nuovo". Lo studio è stato pubblicato sulla rivista American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Il trattamento attuale del disturbo richiede di indossare una maschera collegata a un macchinario durante il sonno. In futuro, i pazienti potrebbero essere trattati con un farmaco.