



RASSEGNA STAMPA

04-09-2019

1. ADN KRONOS Tumori: Medbunker, si cura col bicarbonato e muore ma per il web è guarita
2. DOCTOR 33 Cancro infantile, peso molto elevato nei paesi poveri di risorse. Ecco i numeri globali
3. AGI Tumori: da una rosa di campo una speranza contro il mesotelioma
4. ANSA Malattie cardiovascolari restano prima causa morte al mondo
5. DOCTOR 33 Tumori e cellulari, sentenza conferma la necessità di informazione. Isde: vale il principio di precauzione
6. ADN KRONOS Tumori: 10 centri italiani pronti per Car-T, 1-2 pazienti al mese
7. HEALTH DESK Mancano i medici. Nel Regno Unito si muore di cancro
8. QUOTIDIANO SANITA' Governo. Oggi si chiude l'intesa sui nuovi ministri
9. LA STAMPA Boom di aggressioni i medici: la polizia nei pronto soccorso
10. IL SOLE 24 ORE SSN, l'elefante nero a rischio estinzione
11. IL SOLE 24 ORE Qualche idea per salvarlo e migliorarlo
12. IL SOLE 24 ORE Test per medicina, la carica dei 69mila
13. REPUBBLICA Pigri per vent'anni? Il rischio di morte precoce è doppio per chi fa scarsa attività fisica

www.adnkronos.com

Tumori: Medbunker, si cura col bicarbonato e muore ma per il web è guarita

Salvo Di Grazia, 'censiti almeno 50 casi'

Roma, 3 set. (AdnKronos Salute) - Sceglie di curare il cancro col bicarbonato, posta un video in cui afferma di essere guarita, ma poi muore. Peccato che sul web si trovi ancora la sua testimonianza di guarigione. Nel mare di fake news sulla salute spiccano i pazienti dei ciarlatani, "i miracolati che raccontano storie incredibili, malattie gravissime, avanzate, tumori incurabili che con le cure più assurde e segrete ce la fanno. Lo dicono pure nei video, lo urlano al mondo. Poi muoiono. Ma mentre il loro corpo muore, la loro testimonianza, la pubblicità per il ciarlatano resta eterna, su internet. Sono decine, centinaia, fantasmi della ciarlataneria". A denunciarlo, raccontando il caso di Pamela, è Salvo Di Grazia, ginecologo dell'azienda sanitaria di Pieve di Soligo (Treviso), che da anni cura 'Medbunker, le scomode verità'. Un blog che analizza e fa a pezzi le pseudocure e i 'guru' che le propinano. "Solo nella mia esperienza in rete ne ho contati almeno una cinquantina. Non ci sono più nella realtà sono invece vivi e guariti nel mondo virtuale. In questi giorni mi è tornato in mente un altro episodio che rientra in questa drammatica categoria. Pamela (nome di fantasia) - racconta Di Grazia - era una donna di provincia, combattiva e lavoratrice. A Roma la chiamerebbero 'verace'. Da sempre appassionata di misteri, fatti curiosi e personaggi tra il magico e il ciarlatano, un giorno purtroppo scopre di essersi ammalata di tumore al seno. Lavora in ospedale e si rivolge subito al primario del reparto di chirurgia che la conosceva bene. Questi le propone un intervento chirurgico, poi un ciclo di chemioterapia e probabilmente la radioterapia. Da quanto si vede nell'esame istologico il tumore non è molto avanzato e la sua cura potrebbe essere un successo". Pamela però ha paura, non ci sta. "Comunica al medico e ad una sua parente l'intenzione di non sottoporsi alle cure dicendo che avrebbe pensato lei al da farsi e si rivolge a Tullio Simoncini, il guaritore (ex medico, radiato e pluricondannato) che dice di curare il cancro con il bicarbonato di sodio. Simoncini la riceve e le dice che, per fare la sua cura, dovrà operarsi nella clinica privata dove lui si appoggia (all'estero) e dopo l'intervento lui avrebbe fatto le sue 'flebo di bicarbonato'. Pamela accetta. I costi sono altissimi, c'è anche un viaggio da organizzare ma lo fa e così ad agosto del 2011 parte e si opera. L'intervento fatto nella clinica privata è diverso da quello consigliato dall'ospedale, molto meno esteso e senza ricerca del linfonodo sentinella ma lei è contenta, tanto che, a marzo dell'anno successivo, realizza un video di testimonianza nel quale dice di essere guarita. Era tutto negativo, mi sento bene e non ho niente che non va". "La rividi qualche anno dopo, nel 2016 in televisione, rimasi abbastanza stupito nel riconoscerla. Era diventata una seguace di Eleonora Brigliadori, proprio l'ex showgirl che ricordavo all'inizio e che oggi fa la sacerdotessa paranormale, fa riti magici, di evocazione di divinità e ritiri spirituali", ricorda Di Grazia. "La vidi nel video (abbastanza noto) nel quale, durante un rito per strada, la Brigliadori insulta e picchia Nadia Toffa, la conduttrice del programma Le Iene che la stava intervistando a proposito delle sue dichiarazioni contro le cure mediche e contro la medicina. Pamela era proprio lì, nel gruppo che faceva il rito. Mi informai con dei miei amici che la conoscevano. Stava male, non era guarita per niente e la malattia la stava consumando lentamente. Lei però non aveva nessuna intenzione di fare cure o rivolgersi alla medicina. Pamela parlava con pochi perché le volte che ne aveva discusso era stata criticata da qualche amico e quindi si confidava raramente, anche con la famiglia. Muore l'anno dopo, soffrendo. Ovviamente il video che parla di Pamela viva e guarita è su internet e ci resterà a lungo". "Ecco, un altro testimone del successo dei ciarlatani. Che era passata da uno all'altro guaritore, in un drammatico, inutile e deprimente tentativo di sfuggire alla malattia". La paura, l'ansia, "sono cose di tutti. Anche la ricerca del miracolo e dell'impossibile, sono istintivi, figli del terrore. Ma dopo lo sbandamento iniziale, quando ci si rende conto che bisogna fare qualcosa, si parli con i medici, si vada in ospedale. Ecco perché, pur comprendendo, insisto. Cosa ha guadagnato Pamela? Salute? No, non ce l'ha fatta ed è andata via nel modo peggiore. Soldi? Non ne parliamo, ha

perso soldi e la dignità di non finire nelle mani di furbastrì disposti a tutto". "I loro seguaci cadono uno ad uno. Lasciano un'amara scia di illusioni sfruttate solo per soldi. Non affidatevi ai ciarlatani, se c'è una speranza è la medicina. Non gonfiate il conto in banca di furbi e disonesti. Fatelo per voi", conclude il medico.

<http://www.doctor33.it/clinica/cancro-infantile-peso-molto-elevato-nei-paesi-poveri-di-risorse-ecco-i-numeri-globali/>

Cancro infantile, peso molto elevato nei paesi poveri di risorse. Ecco i numeri globali



Il cancro infantile è stato responsabile di una perdita di 11,5 milioni di anni di vita in buona salute nel 2017, e le nazioni con scarse risorse hanno affrontato un onere significativamente maggiore rispetto ai paesi ad alto reddito, secondo un'analisi del Global Burden of Disease Study pubblicata su *The Lancet Oncology*. «Valutando l'onere globale del cancro infantile attraverso il numero di anni di vita adeguati per la disabilità (DALY) possiamo comprendere in modo più completo l'impatto devastante del cancro sui bambini a livello globale» spiega **Lisa Force**, del St. Jude Children's Research Hospital, che ha fatto parte del gruppo di lavoro. I ricercatori hanno calcolato i DALY stimando il numero di anni di vita in buona salute che bambini e adolescenti di età compresa tra 0 e 19 anni con cancro hanno perso a causa di malattia, disabilità o morte prematura (un DALY equivale a un anno di vita sano perso). Hanno quindi stimato la mortalità per cancro utilizzando dati provenienti da sistemi di registrazione, autopsie e registri dei tumori basati sulla popolazione. Ebbene, i risultati hanno mostrato che sono stati persi 11,5 milioni di DALY nel 2017 a causa del cancro infantile, il 97,3% a causa di anni di vita persi e il 2,7% a causa di anni vissuti con disabilità. I bambini di età compresa tra zero e quattro anni hanno rappresentato il 37% del carico globale (4,3 milioni). Le leucemie hanno segnato la percentuale più alta del carico di DALY per cancro infantile (34,1%), seguite da tumori al cervello e al sistema nervoso (18,1%). Circa l'82% dei DALY è stato perso in zone con indice socio-demografico basso, medio-basso o medio, in base ai tassi di istruzione, fertilità e reddito. Per quanto riguarda la sopravvivenza, poi, l'80% dei bambini con cancro in paesi ad alto reddito ha raggiunto la sopravvivenza a cinque anni dopo la diagnosi, rispetto a circa il 35-40% di quelli che vivono in paesi con poche risorse. In un editoriale di accompagnamento, **Charles Stiller**, del National Cancer

Registration and Analysis Service di Londra, afferma che un obiettivo per il futuro sarà quello di utilizzare la diagnosi precoce per ridurre in modo sostanziale la mortalità e la morbilità a lungo termine tra i pazienti nei paesi a basso reddito. «La collaborazione internazionale sarà una componente essenziale. Spero che il presente studio contribuirà a stimolare i miglioramenti necessari» conclude l'editorialista.

<https://www.agi.it>

Tumori: da una rosa di campo una speranza contro il mesotelioma

Negli estratti dei fiori della *Filipendula vulgaris*, un arbusto perenne appartenente alla famiglia delle Rosacee, sono stati identificati dei componenti capaci di riprogrammare il metabolismo di un tumore raro e molto aggressivo



Negli estratti dei fiori della **Filipendula vulgaris**, un arbusto perenne appartenente alla famiglia delle Rosacee, sono stati identificati dei componenti capaci di riprogrammare il metabolismo di un tumore raro e molto aggressivo, il mesotelioma. Lo ha scoperto uno studio del gruppo di ricerca dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) coordinato da Sabrina Strano e Giovanni Blandino, ricercatori del laboratorio di Oncogenomica ed Epigenetica.

I risultati sono stati pubblicati sul Journal of Experimental and Clinical Cancer Research. Il mesotelioma è una neoplasia che colpisce principalmente i foglietti della pleura polmonare. Dal punto di vista eziologico il mesotelioma è una patologia occupazionale correlata all'esposizione professionale alle fibre d'amianto. "Gli effetti antitumorali dell'estratto di fiore - illustrano i ricercatori - sono stati caratterizzati in modelli 'in vitro' e 'in vivo' di mesotelioma. A livello molecolare, sono stati usati due approcci 'omici' per studiare il meccanismo d'azione antitumorale dei fiori di 'Dropwort': l'analisi del profilo metabolico e quello proteico delle cellule di mesotelioma.

I risultati rivelano che i composti naturali di questa pianta riducono la proliferazione cellulare, la vitalità e la migrazione delle cellule tumorali del mesotelioma e presuppongono quindi implicazioni chemio-preventive e antitumorali per la gestione della patologia". Dopo 25 anni dalla messa al bando nel nostro paese della produzione dell'amianto, l'incidenza del mesotelioma non decresce in quanto nell'ambiente ne rimangono 5 quintali per cittadino, 32 milioni di tonnellate.

L'Italia è stato uno dei maggiori produttori europei di amianto insieme all'URSS, ed è uno dei paesi più colpiti dalle malattie amianto-correlate. La mortalità costituisce il 4 per cento di quella globale per tumore in tutte le età a prescindere dal sesso, secondo il Registro Italiano del Mesotelioma. Si caratterizza per la lunga latenza, l'andamento silente, la mancanza di specifici biomarcatori e la resistenza alle terapie convenzionali quali Cisplatino e Pemetrexed.

"Gli estratti dei fiori della *Filipendula vulgaris* - illustrano Sabrina Strano e Giovanni Blandino, autori dello studio - presentano dei componenti capaci di riprogrammare il metabolismo del mesotelioma e di bloccare l'attività oncogenica di YAP e TAZ, due proteine da tempo studiate nei nostri laboratori, inibendo così la proliferazione, la migrazione e l'invasione di cellule del mesotelioma". Inoltre, secondo i ricercatori, l'attività antitumorale della pianta potenzia il trattamento chemioterapico con Cisplatino o Pemetrexed, farmaci utilizzati nel trattamento del mesotelioma.

"Tale studio - sottolinea Gennaro Ciliberto, direttore scientifico IRE - potrebbe contribuire al miglioramento del trattamento del mesotelioma. E' compito della ricerca validarne l'efficacia poiché' in un momento di forte enfasi sui nutraceutici, occorre precisare che non sempre naturale equivale ad efficace e sicuro per la nostra salute. Questa scoperta sebbene molto promettente necessita di ulteriori approfondimenti per una applicazione clinica ma siamo orientati a continuare su questa linea e validare sempre di più, attraverso test scientifici rigorosi, il meccanismo di azione antitumorale di sostanze naturali".



03-09-2019

780.455

<https://www.ansa.it/>

Malattie cardiovascolari restano prima causa morte al mondo Ma decessi per tumore il doppio più frequenti nei paesi ricchi

- ROMA, 03 SET - Le malattie cardiovascolari restano la causa principale di morte nel mondo per gli adulti di mezza età, ma nei paesi ricchi la frequenza dei decessi per tumore è doppia rispetto a quelli per tali malattie. Lo rivela uno studio internazionale pubblicato sulla rivista The Lancet e presentato in occasione del Congresso della European Society of Cardiology, condotto presso il Population Health Research Institute (PHRI) della McMaster University e Hamilton Health Sciences ad Hamilton, in Canada. Lo studio ha coinvolto 162.500 adulti di 35-70 anni, provenienti da 21 paesi a basso, medio e alto reddito e seguiti per un periodo medio di 9,5 anni. Dallo studio è emerso che complessivamente le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più comune di morte (dando conto del 40% dei decessi in media), ma si va da un minimo del 23% nei paesi ricchi al 41% nei paesi a medio reddito, fino al 43% nei paesi poveri, sebbene i fattori di rischio cardiovascolare (obesità, fumo, sedentarietà etc) siano maggiori nei paesi ricchi.

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/tumori-e-cellulari-sentenza-conferma-la-necessita-di-informazione-isde-vale-il-principio-di-precauzione/>

Tumori e cellulari, sentenza conferma la necessità di informazione. Isde: vale il principio di precauzione



L'Associazione per la prevenzione e la lotta all'elettrosmog (Apple) torna a sollecitare lo svolgimento di campagne di informazione e di educazione ambientale, forte della recente conferma, da parte del Consiglio di Stato, della necessità di diffondere dati e informazioni sui rischi per la salute e per l'ambiente provocati dall'uso scorretto dei cellulari.

Il richiamo fa seguito alla vicenda giudiziaria che aveva portato al riconoscimento di una rendita vitalizia a un dipendente Telecom, che aveva fatto uso del telefonino senza protezioni per oltre tre ore al giorno durante 15 anni ed era stato colpito da tumore.

«Sicuramente c'è un bisogno di informazione e di campagne, che è emerso con forza nel corso della collaborazione che va avanti ormai da qualche anno sia con Apple che con l'Istituto Ramazzini», sostiene **Roberto Romizi**, presidente dell'Associazione dei medici per l'ambiente (Isde).

Romizi ricorda che esistono numerosi accorgimenti da utilizzare per un uso più prudente dei cellulari, ben documentati da molte associazioni e enti governativi: «il problema della sicurezza dei cellulari è stato ben sottolineato da **Angelo Levis**, già professore di all'Università di Padova e afferente anch'egli alla associazione Apple, che ha vinto delle cause legali sul tema dei tumori cerebrali. E anche noi dell'Isde abbiamo chiesto una rivalutazione delle posizioni delle autorità sanitarie dopo il rapporto curato da **Susanna Lagorio** dell'Istituto superiore di sanità (Iss), che non ci sembrava condivisibile. Secondo l'Iss, non ci sarebbero rischi nell'utilizzo del cellulare rispetto all'incremento di tumori, ma finora non abbiamo prove certissime, né a favore né contro la correlazione tra tumori e uso del cellulare. Abbiamo dunque raccomandato un'impostazione improntata a maggiore prudenza, sia all'Iss che a enti istituzionali internazionali, sollecitando una presa di posizione dell'Organizzazione mondiale

della sanità».

In tema di elettrosmog, Romizi mette in guardia contro un pericolo in arrivo che potrebbe essere ben maggiore di quello dei cellulari: quello rappresentato dalla tecnologia 5G. Isde ha chiesto una moratoria per l'esecuzione delle "sperimentazioni 5G" su tutto il territorio nazionale sino a quando non sia adeguatamente pianificato un coinvolgimento attivo degli enti pubblici deputati al controllo ambientale e sanitario, non siano messe in atto valutazioni preliminari di rischio secondo metodologie codificate e un piano di monitoraggio dei possibili effetti sanitari sugli esposti, che dovrebbero in ogni caso essere opportunamente informati dei potenziali rischi.

«Sul 5G - dice Romizi - è ormai una guerra aperta, perché questa tecnologia ha una valenza economica enorme a livello mondiale, tutti i gestori la stanno acquisendo e tutti i governi sono favorevoli, anche quelle forze politiche che originariamente avevano espresso dubbi, ma dobbiamo ricordare che anche i possibili rischi per la popolazione sono molto elevati».

www.adnkronos.com

Tumori: 10 centri italiani pronti per Car-T, 1-2 pazienti al mese

[Approvata ad agosto da Aifa, sette le Regioni che si stanno muovendo su questa terapia](#)

Basilea, 3 set. (Dall'inviato dell'Adnkronos Salute Francesco Maggi) - Sono 10 i centri in Italia pronti a partire da subito con il trattamento della prima terapia a base di cellule Car-T approvata dall'Aifa in Italia ad agosto. Si stima che il numero di pazienti che ogni struttura sarà in grado di trattare sarà nell'ordine di 1-2 al mese questo per "salvaguardare la sicurezza" e "garantire la copertura omogenea sul territorio". È quanto emerso dall'incontro a Basilea promosso dalla Novartis con la stampa internazionale e i suoi più importanti ricercatori per fare il punto sulle linee di ricerca e i progetti dell'azienda farmaceutica. Sono ad oggi sette le Regioni che hanno deliberato sulle Car-T decidendo quali sono le strutture dove saranno trattati in futuro i pazienti: Liguria, Lombardia, Lazio, Toscana, Abruzzo, Umbria e Emilia Romagna. Sono invece 10 i centri, "ad oggi qualificati o in fase di qualifica per studi clinici presenti o futuri", sottolinea Novartis Italia, si tratta di: Humanitas, Irccs Istituto Nazionale Tumori e San Raffaele, a Milano; Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma; Città della salute e della scienza e l'ospedale infantile Regina Margherita a Torino; Sant'Orsola a Bologna; Bambino Gesù, Policlinico Gemelli e Umberto I a Roma. L'Agenzia italiana del farmaco ha dato il via libera alla rimborsabilità della prima terapia a base di cellule Car-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell) disponibile in Italia, denominata Kymriah* (tisagenlecleucel) di Novartis per per pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLbcl) resistenti alle altre terapie o nei quali la malattia sia ricomparsa dopo una risposta ai trattamenti standard e per pazienti fino a 25 anni di età con leucemia linfoblastica acuta (Lla) a cellule B. Si stima che in Italia saranno 30-35 i pazienti pediatrici e tra i 600-700 gli adulti. "Con le Car-T abbiamo rotto gli schemi perché riusciamo a curare la malattia con un solo trattamento e si riesce a dare speranza a pazienti che non l'avevano - ha affermato all'Adnkronos Salute Emanuele Ostuni, direttore 'Cell & gene therapy' Europa di Novartis Oncology - Ogni paziente sarà seguito per molto tempo e inserito in un registro. La produzione delle Car-T non è facile, è complicato creare un equilibrio tra capillarità dei centri in tutti i Paesi e salvaguardare la qualità. Oggi abbiamo un centro americano, molto importante, dove mandiamo le cellule del paziente e poi un altro più piccolo in Germania e in una struttura in Francia. In futuro si potrebbe pensare ad un centro di produzione in ogni Paese, perché speriamo ci saranno diverse malattie che potremmo trattare con le Car-T". Novartis sta continuando a lavorare sull'applicazione di questa nuova frontiera anche ad altre malattie. L'impegno della multinazionale e la sua proposta alle istituzioni italiane è "la creazione di una rete nazionale di Car-T tramite la collaborazione con Aifa e le Regioni nell'identificazione di un adeguato numero di centri qualificati su tutto il territorio. E inoltre la formazione e la qualifica nel tempo di almeno 25-30 centri per adulti e 6 centri per pazienti pediatrici". Sono ad oggi solo "sette le Regioni che hanno deliberato decidendo quali sono le strutture dove saranno trattati i pazienti", ricorda Paola Di Matteo, responsabile area medica Car-T Novartis Italia. La Car-T therapy consiste nel prelevare i linfociti T del paziente, un tipo di cellule del sistema immunitario, modificandoli perché riconoscano le cellule tumorali e poi reinfondendoli dopo averli fatti replicare. "I pazienti - ricorda Di Matteo - si recano in ospedale e con una procedura detta di aferesi vengono raccolti e selezionati i loro linfociti T. Questi vengono inviati al centro di produzione, all'estero, che inserisce al loro interno un gene che permette la codifica di un recettore, che per semplificare chiameremo 'super-recettore'". "Questo rende il linfocita 'potenziato', ovvero gli permette di esprimere una molecola che va a riconoscere un altro antigene presente nelle cellule tumorali. La raccolta dei linfociti è molto simile alla raccolta del sangue - sottolinea Di Matteo - i linfociti da inviare vengono congelati in un contenitore a -120 gradi centigradi e spediti al centro di produzione all'estero. Una volta lavorato il materiale, che possiamo chiamare anche farmaco, viene reinviato al centro in Italia dove viene scongelato e poi infuso al paziente per il trattamento del tumore".

<http://www.healthdesk.it/scenari/mancano-medici-regno-unito-muore-cancro>

Mancano i medici. Nel Regno Unito si muore di cancro



Prima è, meglio è. La regola vale un po' per tutto, ma nel caso di una diagnosi di cancro, l'invito a non perdere tempo diventa un appello disperato: scoprire un tumore troppo tardi significa ridurre le possibilità di sopravvivenza. Anche le nuove promettenti terapie falliscono quando la malattia ha progredito troppo. Purtroppo, secondo i calcoli del Cancer Research UK, questa circostanza si verifica con drammatica frequenza nel Regno Unito, dove una grave carenza di medici sta compromettendo l'efficacia del processo diagnostico. Solamente in un anno 115mila pazienti inglesi hanno perso l'opportunità di superare la malattia perché la diagnosi è arrivata in ritardo, in circa la metà dei casi allo stadio 3 o 4 del tumore.

Secondo le stime, entro il 2027 l'Nhs dovrà reclutare almeno 1.700 radiologi in più, 2.500 oncologi e 2.000 radioterapisti, per porre rimedio a quanto accaduto negli ultimi tempi, con 67mila pazienti diagnosticati allo stadio 4 e di fatto tagliati fuori dalle possibilità di sopravvivenza.

Leggendo il rapporto del Cancer Research UK non si può fare a meno di immaginare scenari simili anche in Italia dove si prevede che da qui al 2025 mancheranno 16.700 medici.

Potremmo dunque prepararci anche noi a essere travolti dal paradosso della sanità inglese costretta a rinunciare alle grandi potenzialità delle nuove terapie oncologiche per colpa di un timing sbagliato.

Il programma del Governo britannico lanciato lo scorso anno è ambizioso ma poco credibile: aumentare il numero di diagnosi allo stadio iniziale di un tumore da due su quattro a tre su quattro entro il 2028. La buona intenzione si traduce in circa 100mila diagnosi precoci in più all'anno. Un traguardo difficilmente raggiungibile con le attuali risorse del personale.

Perché per garantire diagnosi tempestive a un maggior numero di persone deve esserci un maggior numero di specialisti che sa eseguire i test specifici e altrettanti esperti in grado di valutarne i risultati.

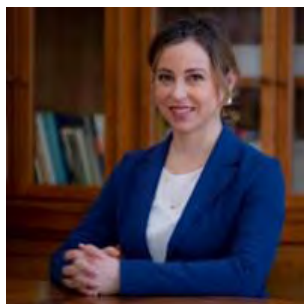
Ma colmare le attuali lacune non è facile. Ora come ora un posto su 10 all'interno del processo diagnostico è vacante.

«È inaccettabile che così tante persone ricevano una diagnosi in ritardo. Sebbene la sopravvivenza sia migliorata, non sta avvenendo abbastanza in fretta. Un numero maggiore di persone indirizzate agli ospedali necessita di più personale. La latitanza del governo riguardo alla carenza di personale sta paralizzando l'NHS, compromettendo il lavoro di medici e infermiere che lavorano instancabilmente per diagnosticare e curare i pazienti. Entro il 2035, una persona al minuto riceverà una diagnosi di tumore, ma non è previsto alcun piano per l'aumento del personale per far fronte alla domanda. Salvare vite umane dal cancro deve essere una priorità nell'agenda del nuovo governo che deve impegnarsi ora a investire nel personale necessario all'Nhs per garantire che nessuno muoia di cancro inutilmente», ha dichiarato Emma Greenwood, dirigente del Cancer Research UK. Entro il 2035, infatti, ci saranno più di 500mila diagnosi di tumori in confronto alle 360mila attuali. Alla sfida del futuro bisogna prepararsi già adesso con lungimiranti piani di rinforzo del personale sanitario. Vale per il Regno Unito come per il Bel Paese. I vantaggi delle diagnosi precoci sono eclatanti: nel caso di tumore all'intestino una diagnosi allo stadio iniziale permette la sopravvivenza di 9 pazienti su 10, ma un riconoscimento tardivo della malattia capovolge le statistiche lasciando senza speranza 9 pazienti su 10. Di fronte a questi numeri, garantire diagnosi precoci diventa un obbligo per i sistemi sanitari universalistici.

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=76600

Governo. Oggi si chiude l'intesa sui nuovi ministri. Quasi certa la conferma di Grillo alla Salute

Dopo il via libera di 'Rousseau' al nuovo Esecutivo M5S-PD e resa pubblica la [prima bozza di programma](#), in giornata i due partiti chiuderanno l'intesa anche sui nomi che andranno a comporre la nuova squadra. Il ministro della Salute uscente dovrebbe essere confermato. Il PD pare non abbia intenzione di prendersi quel dicastero. L'alternativa più probabile, se non dovesse andare ai 5 Stelle, è quella di un tecnico.



03 SET - Con la vittoria schiacciante dei "Sì" sulla piattaforma Rousseau è stato oggi superato anche l'ultimo ostacolo alla nascita del nuovo Governo tra Movimento 5 Stelle e Partito Democratico. Dopo l'esito delle votazioni e la pubblicazione di una prima bozza provvisoria di programma, si chiuderà in giornata anche l'intesa sui nomi della squadra che andranno ad affiancare il premier incaricato **Giuseppe Conte**.

Lo stesso Conte dovrebbe salire domani al Colle, dal presidente della Repubblica **Sergio Mattarella**, per sciogliere la riserva e presentare l'accordo programmatico, oltre ai nomi che dovrebbero andare a comporre il nuovo governo giallo-rosso. Su quest'ultimo punto, al momento, restano pochi dubbi e diverse certezze. In particolare, da quanto risulta a *Quotidiano Sanità*, sembra che l'attuale ministro della Salute **Giulia Grillo** abbia almeno il 90% di possibilità di mantenere il proprio ruolo anche nel nuovo Esecutivo. Se, a sorpresa, dovesse saltare, per i 5 Stelle tornerebbe nuovamente in nome **Pierpaolo Sileri**, presidente della Commissione Sanità del Senato.

Il Dicastero di Lungotevere a Ripa sembra non suscitare particolare interesse per il Partito Democratico. In caso di assegnazione ai dem, è probabile che si possa optare per il nome di un tecnico (magari donna).

Quanto infine al Ministero dell'Istruzione, in pole ci sarebbe **Lorenzo Fioramonti** del Movimento 5 Stelle.

Giovanni Rodriguez

Boom di aggressioni I medici: la polizia nei pronto soccorso

Per le visite a domicilio di notte la scorta di volontari
Poche denunce per vergogna o il rischio di ritorsioni

VALERIA D'AUTILIA

Di giorno, strutture affollate da personale e utenti. Di notte, diventano trappole. Niente telecamere di sorveglianza né vigilanti. Spesso decentrate in periferia o in campagna: chiunque può entrare liberamente. «Non so se per lavorare in queste condizioni ci vuole più coraggio o incoscienza». Ombretta Silecchia è un medico di famiglia, spesso di turno anche come guardia medica. Due anni fa, in provincia di Taranto, è stata minacciata da un uomo armato di pistola, dopo il rifiuto di prescrivergli un farmaco, per l'ennesima volta. «Sono stati 45 minuti di terrore, quando gli ho detto che lo avrei denunciato, mi ha riso in faccia». Adesso fa parte del gruppo di lavoro sulla sicurezza della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Una ogni tre giorni

Soltanto l'anno scorso, 1.200 casi di aggressioni in Italia ai danni di personale sanitario: 456 nel pronto soccorso, 400 in corsia e 320 negli ambulatori. Secondo l'Inail, una media di tre al giorno. «Molti non denunciano: vergogna, timore di ritorsioni ma anche perché si stanno abituando alla violenza». Secondo un recente sondaggio, il 65 per

cento ha subito aggressioni. La percentuale - al Sud e nelle isole - aumenta fino a superare il 72 per cento, mentre - a livello nazionale - sfiora l'80 per i medici in servizio nelle emergenze. «Chiediamo la polizia nei pronto soccorso» dice il presidente della Federazione Filippo Anelli - dove c'è una maggiore utenza». E poi un sistema di vigilanza, sedi sicure - dismettendo quelle a rischio - e la procedibilità d'ufficio. In Parlamento, varie proposte ma tutte ferme. Inclusa quella di equiparare queste aggressioni a quelle di un pubblico ufficiale, prevedendo pene più severe.

«I cittadini hanno diritto alle cure e il medico ha il diritto di curare in sicurezza», dice Anelli che è anche il presidente dell'Ordine di Bari. Proprio la Puglia, insieme alla Campania, è una delle regioni più calde. Solo nell'ultima settimana di agosto, tre casi in provincia di Lecce, Bari e Foggia. Uno pretendeva la ricetta per un farmaco a base di oppiacei, un altro ha accusato i medici di avergli rubato il portafogli. «Il fenomeno è diffuso in tutta Italia, ma al meridione ha un'impennata. Soprattutto in quei luoghi dove il personale è carente e la gente aspetta anche dieci ore prima di essere visita-

ta». Tra i casi più eclatanti, tre omicidi: uno in Sardegna dove, nel 2003, Roberta Zedda colpita con 19 coltellate, e due in Puglia. Nel 1999 Maria Monteduro, il cui corpo venne ritrovato nelle campagne, e nel 2013 Paola Labriola, uccisa esattamente sei anni fa. Era il 4 settembre. «Oggi la professione si declina al femminile, con il 70 per cento dei laureati». Eppure in molte sedi, come a Bari, non è previsto neanche l'identificativo di chiamata e il medico si reca da solo dal paziente, senza che un centralino possa localizzarlo.

A casa di sconosciuti

Non mancano casi di violenza sessuale, come a Trecastragni, nel catanese. «Andiamo a casa di sconosciuti» spiega Silecchia - e più volte abbiamo chiesto di essere accompagnati nelle visite a domicilio di notte. Ma le Asl ci dicono che non ci sono soldi. Allora ci arrangiamo: avviamo dei nostri spostamenti un fratello, un marito e le colleghe più giovani si fanno accompagnare dal papà, che aspetta. È assurdo». A Milano il medico del 118 è scortato da volontari. Ma la categoria chiede standard minimi di sicurezza. Intanto, il fenomeno è destinato a crescere.

A gennaio, a Palermo, vittima una dottoressa. A Napoli i parenti di una donna deceduta hanno assaltato il reparto. A luglio, a Bologna, rissa ai danni di un infermiere. Ad agosto, aggressioni anche a Genova, Roma, Taormina e Palermo. Nell'ospedale di Vizzolo Predabissi, nel milanese, nel 2018 si sono registrati 59 episodi e nei primi sei mesi del 2019 si è già a quota 25. Su Facebook è nato il gruppo di solidarietà «Medici della notte». Il simbolo è un

gufo per gli uomini e una civetta per le donne, animali portafortuna: «Quello che ci vuole per rientrare incolumi a casa». —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

80

E' la percentuale di camici bianchi che ha subito aggressioni durante le emergenze

1.200

Gli episodi denunciati ai danni di personale sanitario nel 2018



FOTOGRAMMA

Gli ospedali di Puglia e Campania sono i più pericolosi



SSN, L'ELEFANTE NERO A RISCHIO ESTINZIONE

di **Walter Ricciardi**

— a pagina 19

SERVIZIO SANITARIO, ELEFANTE NERO DESTINATO ALL'ESTINZIONE

di **Walter Ricciardi**

Nel celebre romanzo di Gabriel García Márquez *Cronaca di una morte annunciata*, tutti, tranne il diretto interessato, sono al corrente della morte imminente e inevitabile di Santiago Nasar, che si accorge di morire solo pochi attimi prima di essere assassinato. È quello che sta succedendo al nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), uno degli ultimi al mondo, che tutti sappiamo destinato all'estinzione, se non ci attiviamo subito per salvarlo.

La chiusura del Servizio sanitario italiano, pubblico, con copertura universale, gratuito (o quasi) al momento dell'uso, perché finanziato tramite la tassazione generale e, quindi, non discriminante per reddito, residenza o altro è ormai da considerare come un "elefante nero", un incrocio tra un cigno nero (evento raro, scarsamente probabile e impreveduto con implicazioni enormi) e l'elefante nella stanza, un problema evidente a tutti, ma che nessuno vuole affrontare, anche se sappiamo che un giorno avrà conseguenze diffuse e dirompenti.

I sintomi sono tanti: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento impressionante delle malattie croniche, l'insostenibilità derivante da un perenne sottofinanziamento e dall'aumento dei costi, soprattutto dei farmaci e delle tecnologie biomediche, ma quello che sta emergendo come un vero e proprio shock è la scarsità, o per meglio dire l'assenza, del personale sanitario, in particolare quello medico.

Era un fatto ampiamente previsto e prevedibile e vede nell'incapacità della politica italiana di programmare e di decidere saggiamente l'unica vera motivazione.

Non è difficile, anche per una perso-

na di intelligenza essenziale capire che se produci circa 10 mila nuovi medici l'anno, peraltro mediamente bravi o bravissimi, e ne fai specializzare, fino a due anni fa solo 6 mila, oggi 8 mila, produrrà una massa di personale altamente qualificato che, non avendo possibilità di accedere ai ruoli del Ssn, si metterà in fila ad attendere e cercare di sbarcare il lunario con lavori precari oppure emigrerà a frotte in Paesi a cui vengono in questo modo "regalati" professionisti la cui formazione è stata interamente pagata dai contribuenti italiani o dalle loro famiglie.

Se a ciò si aggiunge la decisione di far andare in pensione anticipata decine di migliaia di medici e operatori sanitari con Quota 100, questo si traduce, oggi, nell'impossibilità di tenere aperti interi reparti ospedalieri o di dare assistenza di base a migliaia, ma tra poco saranno milioni di cittadini.

Né sarà possibile colmare questa carenza con massicce "importazioni" di medici stranieri poiché il mercato del lavoro medico italiano è caratterizzato da precarietà, bassi salari, insicurezza e poca **trasparenza** e meritocrazia nelle progressioni di carriera e solo professionisti provenienti da Paesi più disastrati del nostro possono ambire a queste condizioni mentre, all'estero, i nostri giovani medici trovano organizzazioni che li accolgono a braccia aperte.

Qualche numero per chiarire la drammaticità di questa emergenza nazionale, totalmente ignorata (o quasi) dalla politica nazionale.

Secondo le nostre proiezioni (Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane basate sui dati del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca - Miur e del ministero della Salute) dei 56 mila medici che il Servizio sanitario nazionale perderà nei prossimi 15 anni saranno rimpiaz-

zati solo il 75%, cioè 42 mila.

Per rimpiazzare i 56 mila medici in 15 anni sarebbero necessarie 13.500 immatricolazioni ai corsi di laurea in Medicina e 11 mila posti di specializzazione, numeri neanche lontanamente presi in considerazione dai nostri attuali decisori politici.

Naturalmente le Università dovrebbero essere adeguatamente finanziate e attrezzate per formare circa 5 mila studenti in più ogni anno, mentre la dinamica della spesa sia universitaria sia sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi 15 anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita.

La contrazione della spesa si è accentuata con l'introduzione dei Piani di rientro, attivati per arginare il crescente aumento del deficit delle Regioni. Tale riduzione è stata ottenuta soprattutto attraverso una forte contrazione del numero del personale dipendente, testimoniato dal turnover osservato negli ultimi anni che in alcune Regioni è arrivato al 25%, cioè su 100 pensionati ci sono state solo 25 nuove assunzioni.

Oltre che quantitativa, la riduzione del personale medico è assai preoccupante in quanto si accompagna anche a un progressivo invecchiamento. Infatti, attualmente, quasi il 52% del personale medico ha oltre 55 anni, sale al 61% tra gli uomini, tra le donne si attesta al 38 per cento.

Intentativi dei politici regionali di arginare questo tsunami sembrano, un po' pateticamente, quelli di chi si oppone con un ombrellino di carta a una tempesta devastante.

Richiamare i medici in pensione, arruolare i medici militari, far lavorare in reparti ad alto rischio, sia per il personale che, soprattutto per i pazienti (come il pronto soccorso), i neolaureati, attrarre senza successo (per le motivazioni che abbiamo precedentemente illustra-

to) medici stranieri, è solo indice dell'incapacità di leggere il fenomeno nella sua complessità e dare risposte semplificate (e naturalmente sbagliate) a fenomeni che, per essere affrontati, necessitano di una leale e produttiva collaborazione tra scienza e politica.

Nella Colombia del XX secolo, gli assassini di Santiago Nasar, i fratelli Vicario, vengono lasciati liberi dopo soli tre anni di carcere, perché viene riconosciuto il motivo di onore; non credo che nei confronti degli eventuali responsabili del fallimento del Servizio sanitario nazionale nell'Italia del XXI secolo ver-

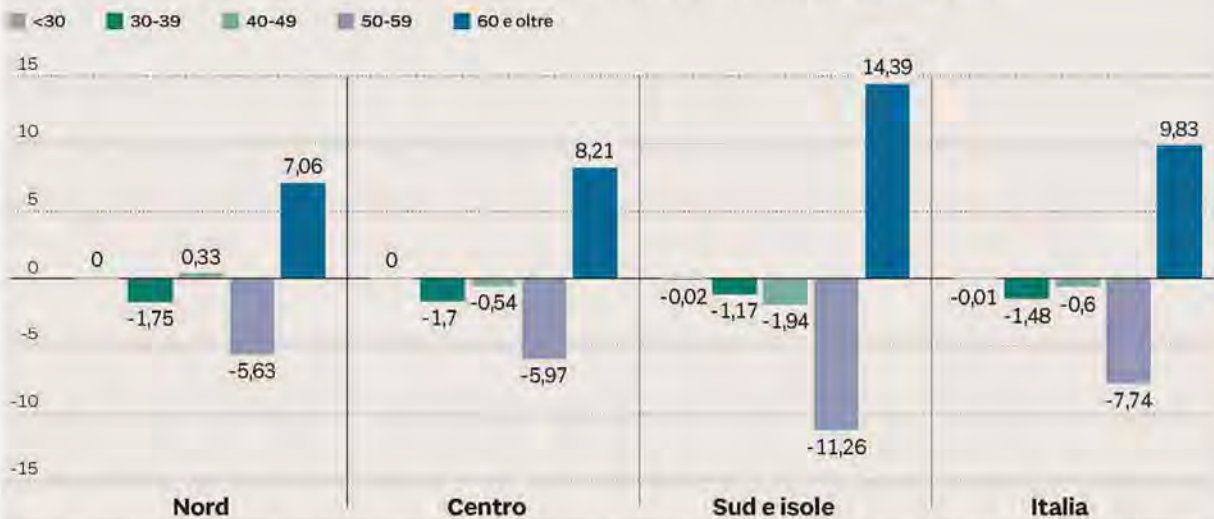
rà riservata altrettanta magnanimità. Ma questa è un'altra storia.

*Professore ordinario di Igiene,
 Università Cattolica di Roma
 Presidente eletto World Federation
 of Public Health Associations*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il personale

Variazione % del personale medico del Ssn per classe di età e macroarea. Anni 2013-2016



Fonte: elab. dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D.Lgs. n.165/2001. Anno 2017



QUALCHE IDEA PER SALVARLO E MIGLIORARLO

di **Silvio Garattini**

— a pagina 19

QUALCHE IDEA PER SALVARLO E MIGLIORARLO

di **Silvio Garattini**

Sono passati 40 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Nonostante tutte le benemeritenze bisogna tuttavia ammettere che il Ssn è in declino per varie ragioni. Anzi tutto ha tradito se stesso perché ha perso una delle sue caratteristiche: l'equità dell'accesso. È ancora vero che nei casi gravi non ci sono distinzioni fra ricchi e poveri, ma nelle cose di tutti i giorni, per le visite, gli esami diagnostici, i piccoli interventi chirurgici o riabilitativi vigono le liste d'attesa.

Ma queste valgono solo per qualcuno, perché chi ha risorse economiche ricorre - all'interno delle strutture pubbliche - all'*intramoenia*, un termine che indica che si può avere tutto e presto, con gli stessi medici, le stesse apparecchiature, le stesse strutture purché si paghi. Un vero scandalo che crea differenze.

presenza in parecchie Regioni di strutture private che vivono grazie al Ssn, ma dovendo fare profitto possono scegliere i pazienti, non avere il problema del pronto soccorso e molto spesso "largheggiare" nelle visite e negli interventi, perché tanto paga il Ssn! A questo si aggiunga nelle strutture pubbliche la mancanza di personale, soprattutto infermieristico, ma più recentemente anche medico.

L'invecchiamento della popolazione è un altro elemento di preoccupazione perché con l'età anche a causa della scarsa attenzione alla prevenzione, si accumulano le patologie e quindi le necessità di intervento, mentre manca nella nostra medicina una necessaria cultura geriatrica. In particolare mancano strutture adeguate per aiutare le famiglie quando, ad esempio, si trovino ad avere una persona anziana affetta da demenza.

Un altro elemento critico è l'au-

mento degli interventi assicurativi, personali ma soprattutto aziendali o professionali che non solo interferiscono sul funzionamento delle strutture ospedaliere, ma essendo generalmente tasse esenti sottraggono indirettamente risorse alla comunità e quindi anche al Ssn. In aggiunta a queste e altre difficoltà il Ssn soffre della eterogeneità regionale con gravi disparità nella quantità e nella qualità degli interventi, disparità che generano disagi e impongono viaggi - più frequentemente dal Sud al Nord.

Infine, ma non meno importante, vi è la mancata sensazione generale che il Ssn sia un bene comune da proteggere in tutti i modi. Ogni medico dovrebbe avere il concetto che qualsiasi intervento non strettamente necessario va a scapito di tutta la comunità.

Se è facile denunciare un declino, che se continua porterà alla scomparsa del Ssn, è certamente più rischioso azzardare soluzioni.

Comunque ci si può provare anche con l'idea di suscitare un dibattito, che è attualmente poco vivace.

Una prima soluzione è l'introduzione di una pratica divenuta obsoleta a causa dei grandi progressi ottenuti dalla terapia: la prevenzione. Tutti sanno più o meno che cosa vuol dire, ma pochi la praticano. Tutti dovrebbero sapere che le malattie in gran parte non piovono dal cielo, ma che dal 50 all'80% sono evitabili.

Un secondo elemento per la sostenibilità è rappresentato dalla necessità di non effettuare sprechi ed è certamente fonte di enormi sprechi ogni volta in cui il Ssn realizza interventi che non sono basati sulla evidenza scientifica. Quante analisi ripetitive fatte a breve distanza di tempo solo per accontentare i pazienti; quante Tac, risonanze nucleari magnetiche e analisi di densità ossea che sappiamo essere spesso inutili o sostituibili da esami più semplici. Quanti interventi riabilitativi

a cui mancano basi scientifiche per essere considerati utili. Quanti farmaci vengono prescritti quando potrebbero essere sostituiti da migliori stili di vita. In questo senso gioca un ruolo importante la cosiddetta medicina difensiva.

Un terzo intervento essenziale per la sostenibilità del Ssn è la ricerca scientifica. Siamo il Paese che spende la metà della media europea per la ricerca. Come è possibile mantenere un Ssn a conoscenza di ciò che si sviluppa nel mondo senza un adeguato livello di ricerca scientifica? Come è possibile far fronte agli sviluppi delle conoscenze senza poterne controllare il valore? Raggiungere il traguardo minimo del 3% della spesa del Ssn permetterebbe in breve tempo di recuperare ampiamente la spesa ottenendo risparmi significativi. La ricerca, infatti, va considerata un investimento e non una spesa.

Presidente Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

© SIPSON ITALIA PUBBLICITÀ



Test per medicina, la carica dei 69mila

IERI LA PROVA

Sono stati 69mila (per 11mila po-

sti) gli aspiranti medici che ieri hanno sostenuto i test per l'università. Un boom, mentre i medici veri mancano: dei 105mila spe-

cialisti in attività, più di 52mila andranno in pensoni nei prossimi anni. **Bartoloni** — a pag. 19

TEST DI ACCESSO PER 11MILA POSTI

IL PARADOSSO DEI 69MILA ASPIRANTI MEDICI

di **Marzio Bartoloni**

Gli studenti che aspirano un giorno a indossare il camice bianco la chiamano la lotteria dei quiz: 100 minuti per rispondere a 60 quesiti. I rettori lo difendono come un "male" necessario per evitare l'assalto delle aule e garantire una formazione di livello. Ma mai come quest'anno il rito dei test di accesso al corso di laurea in Medicina che si sono svolti ieri in tutta Italia sono sembrati un paradosso. Da una parte un esercito di quasi 69mila ragazzi che sognano di fare il medico per 11mila posti (compresa Odontoiatria): in pratica solo uno su sei ce la farà a coronare il suo sogno dopo aver risposto a domande che vanno dal futurista Marinetti al trapezio scaleno. Dall'altra il Servizio sanitario che proprio in questi mesi tra Quota 100 e l'uscita dei *baby boomers* sta assistendo a un esodo biblico dalle corsie degli ospedali.

Dei circa 105mila specialisti attualmente impiegati nel Ssn ne dovrebbero andare in pensione nei prossimi anni circa la metà: 52.500. Una emergenza la carenza dei medici - servono almeno 16mila specialisti in più da qui al 2025 - a cui le Regioni hanno risposto con iniziative clamorose come l'assunzione dei pensionati o dei medici militari, mentre il recente decreto Calabria approvato dall'ultimo Governo prevede la possibilità di fare un contratto ai giovani che stanno ancora completando la specializzazione, il Veneto nei giorni scorsi per coprire i buchi più urgenti ha addirittura messo a punto un percorso formativo dedicato a laureati che prevede 92 ore di lezione teorica e due mesi di frequenza pratica. I governatori entro settembre hanno deciso comunque di convocare una Conferenza Stato-Regioni straordinaria per affrontare con il Governo questa emergenza.

Una situazione paradossale appunto che, come ha ribadito ieri anche il ministro uscente della Salute, Giulia Grillo - in *pole position* nel toto ministri per restare nel nuovo Esecutivo giallo-rosso - rende necessario un profondo ripensamento dell'accesso alla professione. Anche perché il nodo non è solo l'accesso alla facoltà di

Medicina ma pure l'imbuto formativo che si crea subito dopo la laurea con i posti per le specializzazioni mediche inferiori al numero dei laureati in Medicina. Con giovani laureati che per anni tentano senza successo di specializzarsi, costretti così a restare in un limbo di precarietà e sotto-utilizzo. Quest'anno ci sono 8mila borse disponibili, 1.800 in più rispetto all'anno prima. Mentre in passato si contavano circa 5mila posti, un numero insufficiente rispetto sia alla domanda di formazione che alle necessità di specialisti del Ssn.

Ora un tentativo di superare i danni di questo imbuto formativo potrebbe arrivare da un progetto di riforma che potrebbe vedere, da subito, a braccetto la nuova maggioranza del nuovo Esecutivo nascente M5S-Pd. Nel contratto di Governo siglato da Lega e Cinque Stelle c'era l'impegno a superare il numero chiuso. Dopo diversi annunci e alcune proposte di legge a inizio agosto alla Camera è stato depositato un testo unificato - relatore, Manuel Tuzi (M5S) - che si ispira al modello francese per superare il numero chiuso a Medicina. E cioè accesso libero a tutti al primo anno e poi una selezione sugli studi fatti (non dunque un quiz generico) per continuare il percorso in Medicina. Con la possibilità però per chi viene escluso di poter sfruttare i crediti formativi acquisiti nel primo anno per altri corsi di laurea simili (da Farmacia a Biotecnologie). Un progetto, questo, che vede favorevole anche la ministra della Salute Grillo che sta lavorando pure alla revisione dell'accesso alle scuole di specializzazione post-laurea a partire dall'aumento dei posti «per far sì - ha scritto ieri su Facebook - che a ogni futuro medico siano assicurate reali opportunità nel nostro Paese e che non ci sia più carenza di specialisti negli ospedali e sul territorio». Questa riforma potrebbe essere considerata in termini favorevoli anche dal nuovo alleato Pd che tre anni fa, nel governo guidato da Renzi, aveva visto l'ex ministro dell'Università, Stefania Giannini, spendersi per approvare un progetto di riforma proprio sul modello francese. Il suo tentativo si arenò però di fronte al muro dei rettori che preferi-

scono l'attuale sistema, a fronte come fatto quest'anno, di un aumento dei posti disponibili. A ribadirlo è stato ieri il rettore della Sapienza, Eugenio Gaudio: «Il numero programmato è un'esigenza che si è posta dopo le esperienze in Italia negli anni 70 e 80, quando il numero era aperto con studenti che si iscrivevano ma non potevano seguire le lezioni e andare in corsia».

Ora però l'emergenza carenza medici, su cui c'è anche il pressing delle Regioni, potrebbe aiutare a portare in porto quel progetto di riforma che aveva già tentato il Pd. Archiviando, si spera, una volta per tutte gli odiati quiz e l'emergenza legata alla carenza di medici con una programmazione dei fabbisogni più accurata.



https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/09/03/news/pigri_per_vent_anni_il_rischio_di_morte_precoce_e_doppio_per_chi_fa_scarso_attivita_fisica-234999812/

Pigri per vent'anni? Il rischio di morte precoce e' doppio per chi fa scarsa attivita' fisica



E' una delle notizie presentate al Congresso di cardiologia di Parigi

Si chiama HUNT la ricerca condotta dall'equipe di Trine Moholdt dell'Università di scienza e tecnologia di Trondheim (Norvegia) che ha valutato la carenza per 22 anni nell'esercizio fisico, correlandolo poi alla morte per tutte le cause e per malattie cardiovascolari. Nell'analisi sono stati arruolati 23146 uomini e donne per i quali l'attività fisica è stata catalogata "inattiva", "moderata" (meno di due ore a settimana) e "alta" (due o più ore settimanali). I dati sono stati collegati a info sui decessi fino al 2013. Il rischio di morte in ogni gruppo di attività fisica è stato confrontato con il gruppo di riferimento (coloro che hanno segnalato un alto livello di esercizio). E' una delle notizie presentate al Parc des Expositions di Parigi, dove sono convenuti circa 40mila specialisti per seguire le centinaia di sessioni del congresso dell'European Society of Cardiology (Esc) che quest'anno si tiene in contemporanea con il World congress, il mondiale di cardiologia.

La Moholdt chiarisce la quantità di attività fisica a cui gli adulti dovrebbero dedicarsi per conservarsi in buona salute: 150 minuti a settimana di intensità moderata o 75 minuti a forte

intensità, fisica aerobica. Poi però aggiunge che bisognerebbe "fare le attività che piacciono per ottenere una maggiore quota di movimento nella vita quotidiana". Qualche esempio? "Andare a piedi per negozi invece di utilizzare l'auto, scendere dalla metropolitana la fermata precedente a quella di destinazione e utilizzare le scale invece dell'ascensore. Raccomando a tutti di avere un po' di faticone almeno un paio di volte a settimana".

Noci, rischia meno infarto e ictus chi ne mangia due volte a settimana

Fanno bene, lo si sapeva. Adesso c'è un dato numerico, quello espresso dallo studio coordinato da Noushin Mohammadifard dell'Isfahan Cardiovascular Research Institute (Iran): il rischio di essere uccisi da una patologia acuta cardiovascolare è del 17% più basso grazie alle noci. Basta mangiarle due volte a settimana. Ma non di meno. "Le noci sono una buona fonte di grassi insaturi e contengono pochi grassi saturi - dice Mohammadifard - hanno anche proteine, minerali, vitamine, fibre, fitosteroli e polifenoli, utili alla salute del cuore. Già' erano state condotte ricerche europee e americane, per correlare le noci alla protezione cardiovascolare, poche quelle limitate al Mediterraneo orientale."

Lo studio ha esaminato 5432 adulti dai 35 anni in su senza precedenti malattie cardiovascolari e selezionati casualmente nelle aree urbane e rurali delle contee di Isfahan, Arak e Najafabad. L'assunzione di noci, tra cui noci, mandorle, pistacchi, nocciole e semi è stata valutata nel 2001 con un questionario. Gli esiti specifici studiati sono stati la malattia coronarica, l'ictus, la malattia cardiovascolare, la morte per qualsiasi causa e la morte per malattia cardiovascolare.

Durante un follow-up mediano di 12 anni, ci sono stati 751 eventi cardiovascolari (594 cardiopatie coronariche e 157 ictus), 179 decessi cardiovascolari e 458 morti per tutte le cause. Le linee guida Esc elencano 30 grammi di noci non salate al giorno come una delle caratteristiche di una dieta sana, pur notando che la densità energetica delle noci è alta.

"Quelle fresche crude sono le più sane – conclude l'autore - perché i grassi insaturi possono ossidare nelle noci stantie, rendendole dannose".

Rumore e inquinamento minacciano il cuore

Aria pulita per i polmoni e tranquillità acustica. C'entrano anche questi due fattori a proteggere il cuore dei pazienti affetti da sindromi coronarie croniche. Il dato è stato evidenziato per la prima volta nelle linee guida della Società europea di cardiologia appena pubblicate sull'European Heart Journal e sul sito.

Juhani Knuuti, presidente delle linee guida Task Force e direttore del Centro PET di Turku in Finlandia spiega: "L'inquinamento atmosferico e il rumore ambientale aumentano il rischio di infarto e ictus, per cui sono necessarie politiche e regolamenti per ridurre al minimo entrambi. I

pazienti con sindromi coronariche croniche dovrebbero evitare le aree con forte congestione del traffico e possono prendere in considerazione l'uso di una maschera per il viso respiratore. I depuratori d'aria con filtri dell'aria a particolato ad alta efficienza possono essere utilizzati per ridurre l'inquinamento interno."

Il documento pubblicato riguarda appunto le sindromi coronariche croniche ed è in sintonia con le precedenti. "Questo riflette il fatto che la cardiopatia ischemica può essere acuta o cronica ed entrambi sono condizioni dinamiche", aggiunge William Wijns, professore in cardiologia interventistica al Lambe Institute for Medicina traslazionale di Galway in Irlanda.

Angioplastica, ok al trattamento completo e non solo alla coronaria chiusa

Il protocollo sta cambiando. Prima si impiantava uno stent solo nell'arteria occlusa (spesso causa dell'infarto), oggi gli esperti sono arrivati alla conclusione che è meglio intervenire con la rivascolarizzazione totale anche degli altri vasi. Lo dice lo studio internazionale COMPLETE, partendo dal dato che oltre il 50 per cento dei pazienti con infarto miocardico Stemi (elevazione del segmento ST dell'elettrocardiogramma) presenta una malattia coronarica multivasale. Vuol dire che oltre all'arteria bloccata che ha causato l'attacco di cuore (definita tecnicamente arteria colpevole), ci sono anche altre arterie coinvolte e quindi ristrette (chiamate non colpevoli).

Il dubbio della comunità scientifica è sempre stato sull'opportunità di effettuare l'angioplastica anche alle altre arterie ristrette, le cosiddette non colpevoli. "La questione se trattare regolarmente questi vasi o gestirli in modo conservativo con la sola terapia medica è un dilemma comune" commenta Shamir R. Mehta della Population Health Research Istituto, McMaster University, Hamilton, Canada.

Lo studio ha esaminato 4041 pazienti affetti da infarto Stemi e malattia coronarica multivaso arruolati in 140 centri di 31 paesi.

Conclude la Mehta: "COMPLETE, primo studio randomizzato, ha dimostrato che la rivascolarizzazione completa riduce gli eventi cardiovascolari maggiori rispetto al trattamento della sola lesione colpevole.

Anche gli ipertesi a rischio se non vaccinati per l'influenza

E' cominciato il conto alla rovescia. Manca poco all'inizio della campagna vaccinale antinfluenzale e già ripartono le polemiche. E se finora l'immunizzazione era raccomandata e prescritta alle fasce a rischio, tra cui anziani e cardiopatici, da Parigi arriva la conferma: vanno vaccinati i soggetti ipertesi che così avrebbero una riduzione del 18% del rischio di morte durante l'epidemia influenzale. La ricerca portata a termine da Daniel Modin dell'Università di Copenaghen ha utilizzato registri sanitari danesi per identificare 608452 soggetti tra 18 e 100

anni con ipertensione durante nove stagioni influenzali consecutive (2007-2016). I ricercatori hanno determinato quanti pazienti avevano ricevuto un vaccino antinfluenzale prima di ogni stagione e li hanno seguiti ogni anno, monitorando il numero dei deceduti. In particolare, hanno registrato la morte per tutte le cause, per qualsiasi causa cardiovascolare e per infarto o ictus. "Con questi risultati, sono convinto che tutti i pazienti con ipertensione arteriosa (maggiormente a rischio infarto e ictus) dovrebbero essere vaccinati contro l'influenza – osserva Daniel Modin - La vaccinazione è sicura, economica, prontamente disponibile e diminuisce l'infezione influenzale. Inoltre, il nostro studio suggerisce che potrebbe anche proteggere da infarti mortali e ictus, e morti per altre cause".

Come un orologio, ma è un misuratore di pressione

Appetibile, smart e multifunzione. Si chiama HeartGuide ed è prodotto dalla Omron il primo sfigmomanometro da polso che sarà lanciato in Europa tra meno di due mesi. Presentato a Parigi, il minuscolo dispositivo è dotato, mimetizzato nel cinturino, di un minibracciale gonfiabile attraverso cui effettua la lettura dei valori pressori.

Il device, già approvato dall'Fda americana, funziona come i fratelli maggiori grazie alla tecnologia oscillometrica, che dà una rivelazione precisa e automatica della pressione arteriosa. Ma HeartGuide ha qualcosa in più: riesce a tenere sotto controllo la forma fisica impostando gli obiettivi desiderati, tra cui c'è anche quello di monitorare la qualità del sonno. Inoltre riesce a "leggere" tutte le variazioni di pressione che normalmente si succedono nell'arco della giornata. Infine, il materiale registrato viene archiviato sotto forma di dati dettagliati utili successivamente ad analizzare gli effetti dello stile di vita sul proprio cuore.