

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

7 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Boom di nascite, città in controtendenza Superati anche quest'anno i 900 parti. Il tasso di natalità è il più alto dell'isola. In aumento le mamme over 40

In un'Italia sempre più vecchia, che registra uno dei tassi di natalità più bassi al mondo, la Sardegna non va in controtendenza. Anzi. Nell'isola nascono sempre meno bambini (1.1 figli per coppia). Ma c'è un'eccezione. E riguarda Olbia (1.7 figli per coppia). Era stato ribadito lo scorso novembre, durante un convegno organizzato dall'unità operativa di ostetricia e ginecologia, ed è stato confermato nel bilancio di fine anno del reparto. Anche nel 2013 sono stati superati i 900 parti (911, per l'esattezza) con una leggerissima contrazione rispetto all'anno prima (921). Il dato si spiega facilmente: è cresciuto vertiginosamente il numero delle donne straniere che fanno nascere i propri figli al Giovanni Paolo II. Ma il numero di nascite dell'anno appena trascorso, in realtà sarebbe potuto essere più alto. Molte sono le donne che hanno scelto strutture che offrono costantemente il parto indolore e molte quelle trasferite per l'assenza di una terapia intensiva neonatale. I numeri. «Il rallentamento delle nascite è minimo (1%) se confrontato con l'andamento nazionale e regionale che viaggia attorno al 10% - spiega Antonio Rubattu, primario di ostetricia e ginecologia -. Nonostante l'assenza di importanti servizi come la Partoanalgesia e la terapia intensiva neonatale, Olbia dimostra di essere centro di riferimento del nord Sardegna». Su 911 bambini nati, 12 sono stati i parti gemellari. Nel 2013, un centinaio di donne che rischiavano di partorire prima della trentaquattresima settimana, sono state trasferite in ospedali che garantiscono l'assistenza neonatologica con terapia intensiva. Il passaggio. «Con i numeri registrati dal nostro ospedale e consolidati nel tempo - aggiunge Rubattu - ci avviciniamo a quella soglia identificata dal ministero della Salute che prevede oltre i mille parti il passaggio a una struttura dotata almeno di una assistenza subintensiva neonatale», aggiunge il primario. Parto indolore. Il reparto di ostetricia e ginecologia, di concerto con la direzione della Asl guidata da Giovanni Antonio Fadda, si sta mobilitando per garantire il dritto delle donne di partorire senza dolore. «Abbiamo così cercato di attivare, senza non poche difficoltà, il servizio, diventato ormai indispensabile. In attesa di una risposta definitiva da parte della Regione - continua Antonio Rubattu - come azienda abbiamo intrapreso un percorso che ci consentirà di avviare a breve un "progetto sperimentale" che, grazie alla preziosa collaborazione degli anestesisti e con i soli fondi delle prestazioni aggiuntive, consentirà di attivare anche negli ospedali galluresi il servizio di partoanalgesia». I percorsi. Numerosi i percorsi offerti alle donne, come il "percorso del bambino podalico", che consente il rivolgimento per manovre esterne del feto, sistemandolo in posizione cefalica, al fine di evitare il parto cesareo. Il percorso del "travaglio prova-post cesareo", invece, tende a far travagliare le donne con un pregresso taglio cesareo. «Una strada faticosa - conclude Rubattu - ma è gratificante quando una

donna ti ringrazia per averle dato la possibilità di partorire naturalmente». Altro percorso : il controllo del dolore attraverso metodi naturali per il raggiungimento del benessere materno-fetale come il parto in acqua. Over 40. Nel corso del 2013 è aumentata di 4 anni l'età media delle partorienti. Si è così saliti dai 32 ai 36 anni. Ma sono numerose le over 40 che ricorrono alla procreazione medicalizzata assistita e che si concludono spesso con parti gemellari. Centro di simulazione. Quello di Olbia è il primo ospedale pubblico sardo ad avere un centro di simulazione. Si ricostruiscono, simulandole, situazioni gravi che possono verificarsi in sala parto, andando poi ad affrontare gli eventuali casi reali con tempestività e manovre appropriate.

Puerpere straniere in continua crescita

Se Olbia continua a registrare un alto tasso di natalità, è anche grazie alla presenza di donne straniere. E infatti l'ospedale olbiese si caratterizza proprio per la sua multietnicità: nel reparto materno infantile, fa sapere la Asl, erano presenti trentacinque nazionalità, per un totale di 195 mamme straniere, circa il 22% del totale delle partorienti. Il numero maggiore di nei mamme proviene dalla Romania (86 parti registrati nel 2013 contro i 65 nel 2012), seguita da Marocco con 16 (18 nel 2012), Senegal con 11, Polonia con 8 (in questo caso c'è stato un calo, poiché erano 22 nell'anno precedente). E quindi: Svizzera, Pakistan, Brasile, Cina, Russia, Austria, Egitto, Thailandia, Ecuador, Messico, Canada, Svizzera e Australia.

OLBIA Risonanza magnetica negata, un altro caso all'ospedale

Proseguono le polemiche legate all'utilizzo della risonanza magnetica all'ospedale Giovanni Paolo II. Ieri un altro paziente ha segnalato l'impossibilità ad esser sottoposto all'esame a causa del suo peso. «In realtà – ci ha rivelato il lettore al telefono – il problema non è solo il peso eccessivo ma anche la dimensione della pancia. Io peso 130 chili, dunque sono al di sotto del limite dei 140 chili indicati, ma nonostante questo non ho potuto fare l'esame». Il paziente olbiese è rimasto ricoverato in ospedale per 15 giorni per calcoli alla cistifellea. Nel frattempo nonostante l'indicazione a svolgere una risonanza magnetica, nulla è stato fatto. «Mi hanno dimesso – racconta ancora il paziente – consigliandomi di dimagrire di 20-30 chili. Un'impresa non facile. Servirebbe, evidentemente un macchinario più grande, che so essere a disposizione di alcuni studi privati. Nel frattempo, comunque, spero di non avere ulteriori episodi, che sono molto dolorosi». L'alternativa possibile, sarebbe utilizzare un macchinario cosiddetto aperto, invece di quello normalmente utilizzato negli ospedali sardi.

TEMPIO «Più attenzione per il nostro ospedale» *Il sindaco Romeo Frediani, presidente del distretto sanitario dell'Alta Gallura, interviene dopo il black out di domenica*

Il maltempo ha lasciato all'improvviso l'Alta Gallura dopo l'infernale giornata di domenica, quando il fortunale ha imperversato per 20 ore provocando danni alla scuola elementare di San Giuseppe e nell'ospedale civile "Paolo Dettori" di Tempio. In entrambi i casi non si sono avute conseguenze per le persone considerate le ore in cui il temporale, con alcuni fulmini, ha mandato in black out il sistema energetico d'emergenza dell'ospedale civile e il

vento di maestrale ha letteralmente strappato dal tetto della scuola di San Giuseppe i pannelli solari dell'impianto fotovoltaico fatti installare dal Comune. «In entrambi i casi – ha spiegato ieri il sindaco di Tempio, Romeo Frediani – si è trattato di eventi dovuti a fenomeni atmosferici prevedibili, i cui effetti debbono essere preventivati e l'incolumità pubblica assicurata a priori. Nel caso della scuola attendo, per questa mattina, la relazione dell'Ufficio tecnico con verrò informato sui sistemi di ancoraggio al tetto dell'impianto e della loro corrispondenza con il capitolato previsto nella gara d'appalto. Sarà l'impresa a rispondere di eventuali carenze di sicurezza e dei danni provocati. Sull'ospedale, nella mia qualità di presidente del distretto sanitario dell'Alta Gallura, debbo precisare che quanto accaduto, fatte salve le affermazioni del responsabile dei serviti tecnici della Asl, non deve più accadere. L'impianto di alimentazione di energia elettrica d'emergenza, assicurato da un efficiente quanto funzionale gruppo elettrogeno, non può andare in tilt a causa di alcuni sbalzi di corrente. È impensabile, e mi auguro che a questo venga posto un immediato rimedio, che una struttura ospedaliera debba procedere a “tentoni” soltanto perchè non ha funzionato il gruppo elettrogeno. Il quale, per norma, entra in attività pochi secondi dopo la mancanza di energia elettrica principale. Se questo non è accaduto vanno indubbiamente rivisti i protocolli di manutenzione e di intervento sull'intero impianto, con controlli e simulazioni costanti. A quanto mi risulta – ha concluso il sindaco – non è fortunatamente accaduto nulla a quanti si trovavano, nelle vesti di degenti o operatori della sanità, all'interno dell'ospedale. Ma questo non giustifica, in alcun modo, quanto è accaduto, che deve servire di monito per il futuro». Nel frattempo il figlio di una paziente che è stata assistita con mezzi di fortuna ha presentato un esposto all'autorità giudiziaria.

L'UNIONE SARDA

OLBIA Nascite: nel 2013 all'ospedale sono nati 911 bambini, molti i figli di famiglie multietniche La città tiene grazie agli stranieri *Un punto percentuale di calo, contro il meno 10 per cento nazionale*

Nonostante il decremento demografico registrato in Italia e soprattutto in Sardegna, l'ospedale di Olbia resiste e anche quest'anno nel reparto di Ostetricia e ginecologia del Giovanni Paolo II si sono superati i 900 parti.

IL PRIMARIO Nel corso del 2013 sono stati 911 i bambini nati nell'ospedale di Olbia, appena dieci in meno rispetto all'anno prima. «Un rallentamento minimo dell'1 per cento, se confrontato con l'andamento nazionale e regionale, che invece viaggia intorno al 10», spiega Antonio Rubattu, primario del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Olbia.

NASCITE E CRISI «Si tratta di una contrazione legata sicuramente alla crisi, ma anche all'assenza nelle nostre strutture della Terapia intensiva neonatale e del servizio di Partoanalgesia, ma siamo certi che quest'anno sarà l'anno della svolta», aggiunge Rubattu.

DATI FALSATI Infatti: nel corso del 2013 un centinaio di donne, che rischiavano di partorire prima della 34esima settimana, sono state indirizzate verso altre strutture sanitarie che garantiscono, a differenza della struttura olbiese, l'assistenza neonatologica con terapia intensiva. Anche nel corso dell'anno appena concluso, si è puntato su percorsi per il controllo del dolore con metodi naturali per il raggiungimento del benessere materno-fetale, come ad esempio il parto in acqua.

ETÀ MEDIA AUMENTATA Inoltre è aumentata di quattro anni l'età media delle

partorienti, passata dai 32 ai 36 anni; inoltre, sono numerose le over 40 che ricorrono alla procreazione medicalizzata assistita, che si concludono spesso con parti gemellari.

POPOLAZIONE MULTIETNICA Anche quest'anno l'ospedale olbiese si caratterizza per la sua multiethnicità: nel reparto materno-infantile erano presenti 35 nazionalità, per un totale di 195 mamme straniere, circa il 22 per cento del totale delle partorienti. Il numero maggiore di neo mamme proviene dalla Romania con 86 parti (erano 65 nel 2012), seguita da Marocco con 16 (erano 18 nel 2012), Senegal con 11, Polonia con 8 (erano 22 nel 2012). E poi, Svizzera, Pakistan, Brasile, Cina, Russia, Austria, Egitto, Thailandia, Ecuador, Messico, Canada, Svizzera e Australia.

SALUTE Tumore al colon, nemico subdolo

È un nemico silente, nasce e si sviluppa nell'intestino: se non lo scopri subito, può causare grossi guai. È il tumore del colon retto, contro il quale combatte una tark force di scienziati in tutto il mondo. Con buoni risultati, se si considera la lieve tendenza alla diminuzione della mortalità registrata anche in Italia. Progressi ottenuti grazie a una sempre maggiore diffusione della diagnosi precoce, frutto dei programmi di screening attuati negli ultimi anni, nella Penisola e in Sardegna. Anche se la copertura regionale arriva al 47,6% della popolazione-target e l'adesione si è fermata al 33,7%. Dato del 2012, rilevato da Maria Teresa Ionta, direttore della Struttura complessa di Oncologia medica del Policlinico universitario di Monserrato, attraverso l'Osservatorio nazionale screening col quale collabora. L'Isola è una delle pochissime regioni nelle quali non esiste il Registro dei tumori, in grado di monitorare queste patologie. Sono invece operativi, anche se coprono solo il 43% della popolazione sarda, i registri di Sassari-Olbia e Nuoro-Ogliastra.

I DATI Il carcinoma del colon retto è uno di quelli che suscita maggiori preoccupazioni. Sempre secondo la rilevazione Ons, nel 2012 in Sardegna ha fatto registrare 1326 nuovi casi: 833 tra i maschi, 493 tra le femmine, con un'incidenza di 70.2 ogni 100 mila abitanti fra i primi e 29.9 fra le seconde. In una ideale classifica generale per incidenza, viene al secondo posto dopo il tumore alla mammella. Se invece si fa riferimento al sesso dei pazienti, un dato in controtendenza rispetto a molte altre regioni italiane lo colloca al primo posto fra i maschi, seguito da quelli a polmone e prostata. «Il trend di incidenza - precisa Ionta - mostra infatti una curva in continua ascesa dal 1970 al 2015. L'incidenza del tumore del colon retto nelle femmine è, viceversa, più bassa rispetto alle altre regioni».

DIFFERENZE DI SESSO Colpisce più gli uomini che le donne, in particolare fra i 50 e i 70 anni. Nel 2012 ha fatto registrare 519 decessi: 318 maschi, 201 femmine. Rappresenta la seconda causa di morte sia per i primi (dopo il tumore al polmone) che per le seconde (dopo quello alla mammella), «ma dal 2000 in poi, si assiste a una costante riduzione della mortalità in entrambi i sessi (-40%)». Nella maggior parte dei casi, il tumore al colon retto trae origine da un polipo, che impiega dai 10 ai 25 anni per diventare pericoloso. Si sviluppa senza sintomatologia, sino a quando non si manifesta attraverso disturbi nell'andare di corpo, ma soprattutto con la presenza di sangue nelle feci, dolori addominali e anemia.

ORIGINE Riguardo all'origine, ci sono fattori di rischio di tipo alimentare (eccesso di carni rosse, dieta raffinata, zuccheri e insaccati) e metabolico (valori alti di colesterolo, trigliceridi, glicemia e pressione). A questi si aggiungono malattie infiammatorie croniche intestinali, (rettocolite ulcerosa e morbo di Crhon) e fattori genetici ereditari (poliposi di tipo familiare e sindrome di Lync). L'arma principale contro il tumore è la diagnosi precoce, attraverso la ricerca del sangue nelle feci e colonscopia nei casi positivi. Da ripetere a scadenza biennale. Due le tipologie di intervento: asportazione in endoscopia, quando è ancora confinato nel polipo; chirurgia se ha già invaso le pareti del colon. A volte prima, ma

anche dopo l'intervento del chirurgo, si ricorre alla radio-chemioterapia, per evitare recidive. **MORTALITÀ** Nonostante questo tipo di neoplasia sia al secondo posto nella mortalità per tumore (nel 2013, in Italia 20 mila morti, 54% fra gli uomini), sul fronte della sopravvivenza presenta una prognosi favorevole e progressivamente in aumento: dal 50% a 5 anni nei primi anni '90, al 64% del 2005-2007 nei maschi; al 51 e 63%, negli stessi periodi, fra le femmine. Ionta mette in evidenza numeri che inducono alla speranza. Così sono oggi in Italia 300 mila le persone ancora vive dopo una diagnosi di carcinoma del colon retto: e per il 16% sono già trascorsi 15 anni da quando fu individuata la malattia.

I farmaci intelligenti Ma la vecchia Chemioterapia resta valida

Non solo endoscopia e bisturi. Per trattare il tumore del colon retto si ricorre anche alle novità terapeutiche che si sono affermate negli ultimi anni. « Si tratta dei farmaci biologici - spiega Maria Teresa Ionta - direttore del reparto di Oncologia medica al Policlinico di Monserrato - il cui impiego è da considerare ormai ubiquitario. Un tempo venivano chiamati farmaci intelligenti, nati con l'intento di colpire esclusivamente le cellule neoplasiche. Da abbinare alla chemioterapia».

La considerazione di questi prodotti si è modificata nel tempo, man mano che venivano sottoposti a una verifica clinica : «All'inizio pensavamo non avessero effetti collaterali: in realtà non è così. Anche se bisogna riconoscere che hanno aumentato la sopravvivenza dei pazienti. Abbiamo imparato a conoscerli meglio e a fronteggiarne gli effetti collaterali: durante i lavori del congresso discuteremo su almeno tre di questi farmaci».

Si tratta di prodotti raffinati, che hanno in qualche misura rivoluzionato il trattamento di alcune neoplasie: «La ricerca ha scoperto che vanno a colpire l'alterazione molecolare del singolo paziente in base alle specifiche caratteristiche del suo tumore. Da qui l'importanza dell'intervento del biologo molecolare. Oggi i farmaci biologici vengono impiegati per i tumori al colon, mammella e polmone».

Questo però non significa che verranno abbandonate le vecchie strade terapeutiche, anche se oggi sono messe in discussione: «La chemioterapia serve ancora - taglia corto Ionta -. Si può associare o, in qualche caso, usare solo la terapia biologica, purché personalizzata. Ormai si sta andando verso la completa personalizzazione della cura».

SALUTE Il direttore di Oncologia medica al Policlinico presenta un convegno **Gli specialisti a confronto su nuove strategie anti cancro**

Del “Tumore del colon retto: dalla prevenzione al supporto”, si parlerà sabato prossimo (ore 9, sala congressi della Cittadella di Monserrato) nel corso di una manifestazione organizzata da Azienda ospedaliera universitaria, Ordine dei medici e Unità operativa complessa di Oncologia medica, diretta da Maria Teresa Ionta.

Cagliaritano, tesi in Medicina interna con Alessandro Mathieu, specializzazione in Oncologia medica a Genova, con Leonardo Santi, Ionta ha iniziato a lavorare al Businco nel '78: «Era un bellissimo ospedale in piena campagna, sorto nel '72, pochi anni dopo la nascita dell'Istituto dei tumori di Milano, quando l'Oncologia era ancora considerata una branca secondaria della Medicina interna». Epoca pionieristica, con Alberto Pellegrini, Bruno Massidda, Giorgio Broccia, Vittorio Mascia, Nanni Lusci, Vilma Deplano, Achille Tarquini e tanti altri. Ionta, oncologa per scelta di vita, è stata allieva di Massidda al Businco, ora gli è succeduta al vertice del reparto di Oncologia medica a Monserrato. Ha 43 pubblicazioni scientifiche e una buona rete di relazioni internazionali con centri di eccellenza, 12 in Europa, 3 negli Usa, fra i quali MD Anderson cancer center, di Houston (Texas),

specializzato nel carcinoma infiammatorio della mammella. È stata per 8 anni nel direttivo nazionale Aiom (Associazione italiana di Oncologia medica) per la quale coordina un progetto di Master and back che consente a giovani studiosi di fare esperienze all'estero (come i sardi Tonino Muggiano, a Pittsburgh, e Francesca Pruder, a Uppsala).

Fa parte della Commissione regionale screening sul tumore alla mammella: «Un settore, la prevenzione, cui la Regione sta dedicando attenzione e risorse. La gente deve sapere che la diagnosi precoce è un fattore fondamentale per arrivare alla guarigione del tumore. Con una probabilità che, nel caso del colon retto, può arrivare al 95%». Se ne parlerà anche durante il convegno «partendo da casi clinici, gestiti a livello polispecialistico, cui hanno partecipato l'oncologo, il chirurgo, il radioterapista, l'infermiere e il farmacista) ognuno dei quali porterà la propria esperienza, mettendo in evidenza problematiche e criticità sul paziente, soprattutto quando torna a casa e ha solo il supporto del medico di famiglia. Che infatti abbiamo invitato per coinvolgerlo in ogni sessione dei lavori».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Vargiu (SC): "È arrivato il momento di riformare il Sistema"

Perché l'equità e l'universalità del sistema stanno venendo meno. A dirlo è il presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, Pierpaolo Vargiu, di Scelta Civica.

Commissione che durante l'anno appena trascorso ha svolto un'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn le cui analisi e informazioni raccolte "devono condurre ad una riforma indifferibile del sistema"

“Oggi, avere delle preclusioni ideologiche per cui la 833 non si tocca, perché è universalistica ed equa e dunque rappresenta il baluardo di difesa del sistema, rischia di essere una pregiudiziale che si ritorce come un boomerang contro quelli che noi vorremmo difendere e cioè i più deboli”. A parlare **Pierpaolo Vargiu**, unico rappresentante montiano presidente di Commissione, precisamente l’Affari Sociali della Camera che archivia il 2013 tra luci e ombre. Dove le luci sono i lavori svolti dalla “sua” Commissione a partire dall’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn che ha dato importanti segnali specie in fase di approvazione della legge di stabilità. Le ombre invece sono rappresentate da quanto ancora c’è da fare a partire da una serie di riforme del Sistema e di una legge sulla responsabilità professionale, quanto mai indispensabile.

Presidente Vargiu, qual è il suo bilancio per l'anno appena trascorso?

Sono abbastanza soddisfatto di come sono andati i lavori in Commissione. Si è riusciti a creare un clima di lavoro proficuo. Iniziato con il primo provvedimento che la Commissione ha esaminato, quello relativo alla vicenda Stamina che abbiamo affrontato in maniera equilibrata tenendo conto della pressione mediatica e della sofferenza delle famiglie.

Altro elemento positivo è l’indagine conoscitiva sulla sostenibilità che abbiamo portato avanti con la Commissione Bilancio e sulla quale dovremmo riuscire, a breve, a presentare i risultati finali in Parlamento. Indagine che ci ha permesso, nel momento in cui cominciavano ad arrivare indiscrezioni sulla legge di stabilità, tipo interventi forti sui bilanci della sanità, ci ha permesso di evitare questi tagli.

Altro provvedimento importante in discussione è quello sul rischio clinico che ha

un'urgenza straordinaria e i cui effetti negativi si riverberano sulla qualità dell'assistenza. Questa tematica sta sostanzialmente distruggendo il rapporto ippocratico tra medico e paziente sostituendolo con una sorta di rapporto giudiziario. I pazienti "più difficili" vengono evitati dai medici che quindi rischiano di non avere cure, gli altri invece rischiano le cure inappropriate perché più rivolte ad evitare grane giudiziarie che a risolvere problematiche. In più la medicina difensiva costa una quantità di soldi che in un momento così drammatico per il Paese vanno realmente buttati invece di essere destinati al Ssn.

Il rischio clinico, oltre ad un monitoraggio costante ed attento della sostenibilità del Ssn possono essere al tempo stesso priorità per il prossimo anno?

Assolutamente. Penso che agire sul rischio clinico sia una priorità per l'anno venturo su cui il Parlamento dovrebbe lavorare. Mentre tutte le informazioni raccolte sulla sostenibilità sono quelle che devono guidare le azioni di riforma indifferibili del sistema sanitario. Nel senso che quando il Censis dice che nel 2012, nove milioni di italiani hanno rinunciato ad una prestazione sanitaria per motivi di carattere economico sta dicendo che sostanzialmente l'equità e l'universalità del sistema stanno venendo meno e chi ne paga le conseguenze sono al solito i più deboli. Oggi, avere delle preclusioni ideologiche per cui la 833 non si tocca, perché è universalistica ed equa e dunque rappresenta il baluardo di difesa del sistema, rischia di essere una pregiudiziale che si ritorce come un boomerang contro quelli che noi vorremmo difendere e cioè i più deboli.

Il Governo per un verso e il parlamento per un altro, hanno la capacità di fare il restyling di cui lei parla, oppure è meglio andare al voto e sperare in istituzioni più forti?

Io faccio politica da tanto tempo. Non ho mai visto una situazione politica così difficile come quella attuale. Difficoltà figlia di una situazione di carattere economico veramente drammatica. Compito di una classe dirigente è guidare un Paese. Non son sicuro che la prossima classe dirigente sarà migliore. Questa è la nostra speranza e il nostro obiettivo. Ma è evidente che la classe dirigente attuale deve fare fino in fondo il proprio dovere in attesa che arrivi una migliore che faccia meglio.

SOLE24ORE/SANITA'

Oms: il piano 2013-20 per le malattie non trasmissibili

Ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili, la mortalità e la disabilità dovute a malattie croniche attraverso la collaborazione multisettoriale e la cooperazione internazionale, in modo che le popolazioni raggiungano i più alti standard di salute raggiungibili e le malattie non siano più un ostacolo al benessere o allo sviluppo socioeconomico. Sono questi gli obiettivi del «*Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020*» dell'Oms.

I numeri. Si stima che circa 36 milioni di morti - pari al 63% dei 57 milioni di decessi che si sono verificati a livello globale nel 2008 - siano dovute a malattie non trasmissibili. Principalmente malattie cardiovascolari (48% dei decessi causati da malattie croniche), tumori (21%), malattie croniche respiratorie (12%) e diabete (3,5%). Quattro i principali fattori di rischio comportamentali: uso del tabacco, dieta malsana, inattività fisica e abuso

di alcol. Nel 2008, l'80% di tutti i decessi (29 milioni) da malattie croniche si sono verificati nei paesi a basso e medio reddito, e una percentuale più alta (48%) dei morti in questi ultimi paesi sono prematuri (sotto i 70 anni) rispetto ai paesi ad alto reddito (26%). Anche se la morbilità e la mortalità per malattie non trasmissibili si verificano soprattutto in età adulta, l'esposizione a fattori di rischio inizia nella prima infanzia. Anche i bambini possono morire di malattie croniche curabili, come diabete, asma, leucemia, se non sono garantite prevenzione e cura completa delle malattie. Secondo le proiezioni Oms al 2030, il numero totale annuo di decessi per malattie croniche aumenterà fino a 55 milioni se non si inverte la rotta. È infatti dimostrato che le malattie non trasmissibili possono essere notevolmente ridotte con un'adeguata prevenzione e azioni di controllo e cura efficaci ed equilibrate.

Il calcolo costi-benefici. Agire conviene più dell'inazione, sostiene l'Oms. Cifre alla mano, il costo complessivo di attuazione di un mix di azioni molto conveniente, ammonta al 4% della spesa sanitaria corrente nei paesi a basso reddito, al 2% nei minori paesi a medio reddito e meno dell'1% nei maggiori paesi a medio reddito e nei paesi ad alto reddito. Il costo di attuazione del piano d'azione Oms è stimato in 940 milioni di dollari per un periodo di otto anni nel 2013-2020. Ma se si guarda all'ipotesi opposta, ossia di non prendere provvedimenti, l'impatto complessivo sarebbe di 47 trilioni (un trilione=mille miliardi), pari al 75% del Pil globale. Quindi questo piano d'azione rappresenta di fatto un investimento necessario.

Gli approcci consigliati dall'Oms:

I diritti umani. Si deve riconoscere il più alto livello di salute raggiungibile come diritto fondamentale di ogni essere umano, a prescindere da razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica, origine nazionale o sociale, come sancito dalla Dichiarazione Universale dei diritti umani.

Equità. Si deve riconoscere che gli squilibri che riguardano le malattie croniche sono influenzati dai determinanti sociali della salute, e che l'azione su questi determinanti, sia per i gruppi vulnerabili che per l'intera popolazione, è essenziale per ridurre il carico complessivo delle malattie croniche e per creare una società inclusiva, equa, economicamente produttive e sana.

Azione nazionale, cooperazione internazionale e solidarietà. Il ruolo primario dei governi nel rispondere alla sfida delle malattie croniche dovrebbe essere riconosciuto, insieme al ruolo importante della cooperazione internazionale per assistere gli Stati membri, come complemento agli sforzi nazionali.

Azione multisettoriale. Si deve riconoscere che la prevenzione efficace delle malattie non trasmissibili richiedono una leadership, l'impegno coordinato «multistakeholder» e azioni multisettoriali per la salute sia a livello governativo che a livello di una vasta gamma di attori. In partnership con attori della società civile e privati. Quindi «la salute in tutte le politiche»: agricoltura, comunicazione, istruzione, occupazione, energia, ambiente, finanza, food, politica estera, giustizia e sicurezza, sviluppo economico e sociale, sport, politiche fiscali, commercio e l'industria, trasporti, urbanistica e politiche per i giovani.

Azioni nelle diverse fasi della vita. Si tratta del cosiddetto *Life-course approach*.

L'opportunità per prevenire e controllare le malattie non trasmissibili va applicata in diverse fasi della vita. Interventi nei primi anni dell'infanzia spesso offrono la migliore possibilità per la prevenzione primaria. Politiche, progetti e servizi per la prevenzione e il controllo delle

malattie croniche devono tener conto delle esigenze sanitarie e sociali in tutte le fasi della vita, iniziando con la salute materna, riducendo le esposizioni ambientali e i fattori di rischio, e continuando attraverso pratiche di alimentazione infantile appropriate, compresa la promozione dell'allattamento al seno e della promozione della salute per bambini, adolescenti e giovani seguita dalla promozione di un lavoro sano e dell'invecchiamento sano e dalla cura per le persone con malattie croniche in età avanzata.

Empowerment delle persone e delle comunità. Persone e comunità dovrebbero avere più potere ed essere coinvolte in attività per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.

Strategie evidence-based. Strategie e pratiche per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche devono essere basate su prove scientifiche e/o buone pratiche, economicità e principi di sanità pubblica, tenendo conto di considerazioni culturali.

La copertura sanitaria universale. Tutte le persone dovrebbero avere accesso, senza discriminazione, a un set determinato a livello nazionale di azioni preventive, cure, riabilitazione, assistenza sanitaria di base, cure palliative, farmaci sicuri, efficaci e di qualità, diagnostica. Allo stesso tempo si deve garantire che l'uso di questi servizi non esponga gli utenti a difficoltà finanziarie, con particolare attenzione sui poveri e popolazioni che vivono in situazioni vulnerabili.

Gestione dei conflitti di interesse. Molteplici attori, sia statali sia non statali, tra cui società civile, mondo accademico, industria, Ong, organizzazioni professionali, devono essere coinvolti per affrontare efficacemente la sfida delle malattie croniche. Politiche di sanità pubblica per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili devono essere protette da qualsiasi influenza indebita e da qualsiasi forma di interesse. I conflitti di interesse, reali, potenziali o percepiti devono essere quindi riconosciuti e gestiti.

CORRIERE DELLA SERA.IT/SALUTE

La ginnastica è come una potente medicina Fare attività fisica contribuisce a prevenire e curare oltre 40 malattie fra le più diffuse. Per i bambini un'ora al giorno

Buoni propositi per l'anno nuovo: muoversi di più. Indispensabile non solo per smaltire i chili di troppo, l'attività fisica deve diventare una parte integrante delle nostre giornate. Vero e proprio toccasana per la salute, ormai un numero considerevole di studi scientifici ha dimostrato come fare regolarmente esercizio sia una vera e propria «medicina»: contribuisce a prevenire e curare oltre 40 patologie croniche, a guarire più in fretta e a diminuire notevolmente il rischio di ricadute, anche in caso di malattie gravi come i tumori, diabete, depressione, ipertensione, patologie cardiovascolari, obesità, ansia e osteoporosi. Il richiamo arriva questa volta dall'*American college of sports medicine* ([Acms](#)) che rilascia delle vere e proprie linee-guida, rigorosamente basate sulla scienza e suddivise per età: per restare sani agli adulti servono almeno 150 minuti alla settimana (suddivisi in 30 minuti al giorno per 5 giorni) di attività fisica, moderata o energica. Se si deve dimagrire i minuti raddoppiano a 300 ogni settimana. Ai bambini invece sono necessari almeno 60 minuti al giorno, da

suddividere fra attività aerobica (con sforzo vigoroso, almeno tre volte alla settimana) e sport che aiutino il rafforzamento di muscoli e ossa.

UNA DOSE QUOTIDIANA DI SALUTE: CAMMINARE – Il primo passo, dicono gli esperti americani, è camminare: può farlo chiunque, con passo più o meno veloce a seconda delle proprie possibilità, e oltre ad avere effetti benefici per il corpo e la mente, contribuisce a ridurre l'inquinamento ambientale, non costa nulla e una camminata è facile da inserire nelle attività quotidiane di tutti (andando a scuola, al lavoro, a fare la spesa, ad esempio). «L'attività fisica è un farmaco meraviglioso e può essere un rimedio efficace per molti fra i più comuni problemi medici - sottolinea Bob Sallis, past president dell'Acms -. Recenti studi dimostrano che, messi a confronto, medicinali ed esercizio possono dare identici risultati e camminare è lo sport più facile per cominciare». Molti studi dimostrano che aggiungere 10 minuti di attività fisica al giorno danno già benefici per la salute: basta parcheggiare un po' più lontano, fare le scale, uscire per una passeggiata durante la pausa lavorativa o le ore di studio. «Camminare – proseguono gli studiosi - fa poi socializzare. Basta provare, lo sport diventa contagioso. Si può usare il tapis roulant o la cyclette a casa o andare in palestra, ma se si aggiunge anche solo una camminata al giorno i risultati si faranno vedere velocemente».

TUTTI I BENEFICI CON MEZZ'ORA DI SPORT - I medici sportivi dell'Acsm hanno pubblicato semplici tabelle che danno suggerimenti precisi [per adulti fra i 18 e i 65 anni](#) e per gli [over65](#). Per tutti è fondamentale, col tempo, incrementare gradualmente l'attività fisica con una combinazione di esercizi aerobici, stretching e rafforzamento muscolare e crescere d'intensità nello sforzo fisico (a seconda delle condizioni di salute personali), mixando diversi tipi di sport. Inoltre gli esperti riportano alcuni benefici del fitness sul corpo: camminare per 10 minuti, a livello cerebrale, stimola la produzione di endorfine che diminuiscono lo stress, le tensioni, il nervosismo e la stanchezza. Mezz'ora di attività fisica, ad esempio, può ridurre il rischio di glaucoma e, in 5 anni, dimezza il rischio di ammalarsi di Alzheimer; fa ammalare meno di influenza e raffreddore; migliora la salute del cuore perché aumenta il battito cardiaco e la circolazione del sangue; potenzia i muscoli delle braccia, della schiena e gli addominali. E ancora: migliora la pressione del sangue; riduce il rischio di osteoporosi e diminuisce il rischio di diversi tipi di cancro. Mezz'ora di movimento al giorno, poi, inoltre rafforza le gambe, inclusi quadricipiti, flessori e posteriori delle cosce, migliora l'equilibrio e brucia più grasso dello jogging. In particolare contro i tumori, sono moltissime le ricerche che testimoniano la grande importanza del fare regolarmente ginnastica: chi fa attività fisica ha molte meno probabilità di ammalarsi e corre minori rischi di avere una ricaduta, vive meglio durante i trattamenti (l'esercizio aiuta a contrastare gli effetti collaterali di radioterapia e farmaci anticancro, primo fra tutti la stanchezza cronica) e può persino contribuire sia a migliorare l'esito delle terapie che a ridurre l'eventualità di complicazioni.

