

L'Italia dei trapianti

Un modello che funziona

3 mila

I trapianti effettuati in media in Italia ogni anno. I dati del primo semestre 2012 indicano un aumento di 115 interventi rispetto al 2011

I trapianti rappresentano un settore di eccellenza sanitaria del nostro Paese secondo gli esperti della Società italiana trapianti d'organo, che ha da poco concluso il suo Congresso nazionale. Un giudizio probabilmente condiviso anche all'estero, dal momento che per la prima volta un italiano, Alessandro Nanni Costa (direttore del Centro nazionale trapianti), è stato eletto nuovo presidente del Comitato Trapianti del Consiglio d'Europa (Cdp-to), di cui fanno parte 47 Paesi europei e le principali organizzazioni europee e internazionali del settore. Ogni anno in Italia si eseguono circa 3 mila trapianti d'organo, sia addominali (in prevalenza reni e fegato) sia toracici (cuore e polmoni).

Il numero di donatori è in aumento: dai 21,9 donatori effettivi per milione di popolazione del 2011, ai 23,5 del primo semestre 2012; da 18,4 a 19,8 per quelli utilizzati. Anche le opposizioni alla donazione sono in calo: dal 28,7 del 2011 al 27,6 (primo semestre 2012). Quasi invariata invece, per ora, la lista d'attesa. Nel primo semestre 2012 risultano iscritti 8.731 pazienti contro gli 8.783 del 2011.



Pensa la salute

di **Riccardo Renzi**

Le notizie e i timori sui vaccini bloccati

L'informazione rischierebbe di compromettere la campagna antinfluenzale

Stampa e mass media sono di nuovo sotto accusa per aver dato con rilievo la notizia del ritiro di 2,3 milioni di dosi di vaccino antinfluenzale. Questo perché il modo in cui è stata data la notizia comprometterebbe la campagna stagionale di immunizzazione contro l'influenza, tanto importante (ne siamo convinti) per la salute pubblica, aumentando il senso di sfiducia della popolazione. È il solito problema del dito che indica la luna. E la luna in questo caso è il fatto che un'azienda di primaria importanza nella produzione dei vaccini abbia scoperto che una grossa partita della propria produzione è contaminata. Il che può rallegrare gli addetti ai lavori, che possono sostenere: «Visto che i controlli ci sono? Visto che le cose si fanno seriamente?». È vero anche che tecnicamente è sbagliato parlare di "ritiro", perché le dosi in questione sono state bloccate prima della distribuzione. Ma questo non toglie che la notizia abbia aspetti preoccupanti, comunque la si pensi sui vaccini, soprattutto per il fatto che molte regioni si trovano a questo punto in difficoltà nell'approvvigionamento delle dosi necessarie. E non ci si può certo aspettare che i vaccini traggano prestigio da fatti come questi. In questi stessi giorni medici e informatori sanitari sono stati arrestati per aver "spinto", con vantaggi economici, il consumo di ormoni della crescita per i bambini e anche come doping per atleti insoddisfatti. Forse sarebbe stato meglio non dare questa notizia, perché compromette la crescita?



UN'OCCASIONE PER LE ROCKSTAR

**Invece di
autodistruggersi
potrebbero
essere preziosi
testimonial**

di GIANNI REZZA*

Le rockstar potrebbero essere ottimi testimonial per la promozione della salute, specie per i giovani; talora, si pensi ad esempio all'Aids, ciò è avvenuto. Purtroppo, però, troppo spesso sono i comportamenti lesivi della salute, non infrequenti fra i musicisti rock, ad essere imitati. Lo stile «vivi veloce, muori giovane» ha segnato generazioni di musicisti, da Jim Morrison a Jimi Hendrix, da Janis Joplin ad Amy Winehouse, in molti non sono riusciti a varcare la faticosa soglia dei 27 anni. Diversi studi hanno evidenziato come le star del rock soffrano di elevato stress, depressione, e indulgano nell'abuso di stupefacenti e alcol. Ciò vale non solo per gli artisti famosi, ma anche per i semiprofessionisti. Sia lo stress sia il passaggio improvviso dalla celebrità al dimenticatoio o il facile accesso a droga e alcol possono favorire dipendenze e autolesionismo. Ricercatori inglesi hanno cercato di quantificare il prezzo della fama, verificando l'eccesso di mortalità degli artisti rock e pop rispetto alla popolazione generale. Ebbene, fino a 25 anni dopo il raggiungimento della fama, il rischio di morire per una rockstar è 2-3 volte superiore rispetto alla media; dopo i primi 25 anni, la mortalità dei musicisti europei tende

a ritornare nella norma, mentre quella delle star nordamericane rimane più elevata. Le migliori prospettive in Europa potrebbero essere spiegate da differenze nell'attività musicale (es. tour nostalgici o riunioni di vecchi gruppi disciolti), da un persistente interesse da parte dei media, o dai differenti sistemi sanitari. Il problema è che non solo gli artisti, ma anche i fans di alcuni generi musicali, ad esempio il rap, tendono a usare droghe, e la preferenza per un certo genere precede i comportamenti «additivi» o antisociali. Sia nell'uno che nell'altro caso, la migliore strategia d'intervento è agire sull'ambiente e non solo sull'individuo. Se le rockstar adottassero comportamenti sani non solo vivrebbero più a lungo, ma sarebbero anche d'esempio per i fans e gli artisti più giovani: si può fare buona musica senza farsi male con lo «sballo».

*Direttore del Dipartimento malattie infettive,
Istituto superiore di Sanità



Medicina

**Trattamento
«su misura»
per il diabete**

a pagina 48

Nuove linee guida Documento di indirizzo meno prescrittivo, centrato sul paziente

Il controllo del diabete va «tagliato su misura»

Cure aggressive utili in alcuni casi, meno in altri

Consenso

Anche medici di famiglia e infermieri consultati dagli specialisti

Esigenza

Il trattamento deve adattarsi alle specifiche caratteristiche del singolo

L'indicazione

Medicina personalizzata per ottenere i massimi benefici

DAL NOSTRO INVIATO

Curare il diabete di tipo 2, quello cosiddetto dell'adulto, è sempre più difficile. I farmaci si stanno moltiplicando e possono avere potenziali effetti collaterali. Gli studi dicono che non sempre «the lower is the better»: cioè, non sempre un trattamento intensivo è davvero efficace nel ridurre le complicanze cardiovascolari in certi pazienti. Le attuali linee guida (schemi di trattamento basati su algoritmi) che dovrebbero guidare nelle scelte terapeutiche, non sempre sono seguite dai medici, che pretendono libertà di valutazione e prescrizione. I pazienti sono sempre più coinvolti nella gestione delle malattie

croniche. E i costi aumentano.

«I costi non sono presi in considerazione dalle attuali linee guida» aggiunge David Matthews dell'University of Oxford che ha presentato a Berlino, al congresso dell'Easd (la Società europea di diabetologia) il nuovo *position statement*, messo a punto dall'Easd e dall'Ada (la Società americana di diabetologia), un documento che vuole essere di indirizzo per i medici nella terapia del diabete, meno prescrittivo delle attuali linee guida e centrato sul paziente (anche la Società italiana di diabetologia ha messo a punto, l'anno scorso, un documento di consenso sulla terapia personalizzata).

Il concetto di *one size fit all*, la taglia che veste tutti, e, in campo medico, la terapia che va bene per tutti, è superato. Ogni paziente è diverso dall'altro e il trattamento per ridurre la glicemia (o meglio l'emoglobina glicosilata, che dà l'idea di quanto a lungo la glicemia ha superato i limiti) potrà essere più o meno aggressivo a seconda delle caratteristiche individuali del paziente stesso (vedi grafico). «Il documento è stato messo a punto con la colla-

borazione non soltanto di ricercatori e clinici — dice Ele Ferrannini, diabetologo a Pisa e unico italiano fra gli undici esperti che lo hanno elaborato — ma anche di medici generali, infermieri, associazioni di pazienti in modo da avere una prospettiva che tenesse conto dei problemi dell'intera comunità. E abbiamo messo il paziente al centro dell'attenzione, non il farmaco. Anche perché molti studi clinici sui farmaci non sono rappresentativi della vita reale e non danno bene l'idea di come una cura funzionerà su quel singolo paziente nella quotidianità. Nel documento, comunque, sono descritte anche tutte le categorie di farmaci disponibili».

Negli ultimi anni c'è stata un'esplosione di molecole per la cura del diabete di tipo 2 (an-

tidiabetici orali con differenti meccanismi di azione e insuline) e quello che gli esperti raccomandano è la flessibilità nel loro uso. Con un occhio ai costi non solo diretti, ma anche indiretti.

«Gli anziani per esempio — commenta Antonio Nicolucci, epidemiologo all'Istituto Mario Negri Sud — possono andare incontro a un'ipoglicemia da farmaci (cioè un'eccessiva riduzione degli zuccheri nel sangue). E un episodio di ipoglicemia grave, che richiede il ricovero in ospedale, ha un costo oscillante fra i 1200 e i 3200 euro, nei Paesi europei». Meglio quindi prevenirla anche per ragioni economiche.

I costi diretti per il diabete in Italia, invece, variano da 2600 a 3200 euro per paziente, con molte disparità regionali. «È



una situazione a macchia di leopardo — commenta Stefano Del Prato, presidente della Società italiana di diabetologia — che determina anche un problema di controllo della spesa. Attendiamo ora che il Piano nazionale — dovrebbe essere emanato entro la Giornata Mondiale del Diabete, il 14 novembre prossimo — possa mettere ordine nella giungla di leggi regionali».

Nonostante queste disparità, però, l'assistenza al diabetico nel nostro Paese è considerata fra le migliori al mondo, co-

me ha dimostrato uno studio sui Centri di diabetologia, promosso dall'Associazione medici diabetologi, che ha messo a confronto i dati del 2005 con quelli del 2009. Eccone alcuni: è aumentato del 29% il numero di diabetici con pressione arteriosa sotto controllo e del 38% quello di pazienti con colesterolo nella norma. È diminuito infine il numero di pazienti con emoglobina glicosilata oltre l'8% (la terapia dovrebbe mantenere questo valore sotto il 7).

Adriana Bazzi

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le condizioni per le quali si può adottare un approccio più «pesante» per il controllo della glicemia

- Paziente molto motivato, attento al trattamento
- Basso rischio associato all'ipoglicemia
- Diagnosi recente
- Lunga aspettativa di vita
- Assenza di altre malattie
- Assenza di complicazioni cardiovascolari
- Risorse e assistenza facilmente disponibili

Le condizioni per le quali si può adottare un approccio più «leggero» per il controllo della glicemia

- Paziente poco motivato, con scarsa aderenza al trattamento
- Alto rischio associato all'ipoglicemia
- Diagnosi da lungo tempo
- Breve aspettativa di vita
- Presenza di altre malattie gravi
- Presenza di complicazioni cardiovascolari
- Risorse e assistenza limitate

Fonte: nostra elaborazione da Linee guida Società europea di diabetologia e Società americana di diabetologia D'ARCO

Conflitti d'interesse

Ele Ferraninni dichiara di essere stato membro di comitati consultivi per Merck Sharp & Dohme; Boehringer Ingelheim; GlaxoSmithKline; BMS/AstraZeneca, Eli Lilly e, Novartis, Sanofi e di aver ricevuto finanziamenti da Eli Lilly e Boehringer Ingelheim. David Matthews ha ricevuto compensi per la partecipazione a comitati consultivi da Novo Nordisk, GlaxoSmithKline, Novartis, Eli Lilly, Johnson & Johnson e Servier; inoltre ha tenuto relazioni per Novo Nordisk, Servier e Novartis. Antonio Nicolucci dichiara di aver ricevuto finanziamenti per ricerche da Sanofi, Novartis, Eli Lilly, Merck Sharp & Dohme e LifeScan

Insulina

Microinfusore sempre più «intelligente»

È un passo avanti verso la costruzione del pancreas artificiale: si tratta di un microinfusore di insulina che dialoga, grazie a un sistema wireless, con un sensore capace di rilevare in continuo la glicemia. Il nuovo dispositivo ha una peculiarità: se il sensore rileva un'eccessiva riduzione del glucosio nel sangue, parte un allarme che blocca automaticamente la somministrazione di insulina evitando così ipoglicemie gravi. Il microinfusore è grande come un cellulare ed è dotato di una cannula che entra sottocute, mentre il sensore ha un piccolo ago che rileva la presenza del glucosio nei tessuti sottocutanei. Candidati all'impiego di questo dispositivo sono soprattutto i bambini affetti da diabete di tipo 1 per il quale è indispensabile la terapia con insulina. In Italia i bambini fra gli 8 e i 10 anni che usano microinfusori sono il 15 per cento.

L'ipotesi

Per il tipo 1 sospetti su un virus

E se la causa del diabete di tipo 1 fosse un enterovirus, uno fra quelli che di solito provocano il raffreddore? L'ipotesi è suggestiva e molti gruppi di ricerca ci stanno lavorando, compreso quello di Antonio Toniolo all'Università dell'Insubria a Varese. Toniolo, in uno studio su 112 bambini dai 2 ai 16 anni, ha evidenziato che l'83 per cento dei piccoli presentava frammenti di codice genetico del virus nel sangue al momento della diagnosi di diabete, contro il 7 per cento dei coetanei sani. Una review degli studi sull'argomento, pubblicata sul *British Medical Journal*, conferma che esiste una stretta correlazione fra presenza di enterovirus e insorgenza del diabete di tipo 1: in molti casi si può anche dimostrare che esiste un legame temporale fra un'infezione da virus e la comparsa di danni alle cellule beta del pancreas che producono insulina. Si pensa, infatti, che gli enterovirus possano scatenare una reazione autoimmune nei confronti del pancreas, e cioè la formazione di anticorpi capaci di aggredire e distruggere le beta cellule. L'ipotesi virale è una delle tante che cercano di spiegare come mai, negli anni Novanta, il diabete 1 è cresciuto quasi del 4 per cento in Europa, un incremento che non può essere spiegato solo con la predisposizione genetica.

Ossa sempre più fragili

Servizi di ELENA MELI
alle pagine 46-47

Ossa fragili Tra i colpevoli dell'«epidemia» i regimi alimentari troppo restrittivi

Osteoporosi in aumento perché cresce l'età media (ma anche per le diete)

Epidemiologia

I dati più recenti hanno rivelato che la patologia riguarda pure gli uomini

Sottovalutazione

Molte fratture da «fragilità» non sono ancora riconosciute come tali

Conflitti di interesse

Giuseppe Paolisso dichiara di non avere conflitti di interesse in merito agli argomenti sui quali è stato intervistato; Maria Luisa Brandi dichiara di avere ricevuto fondi e compensi come relatrice a congressi scientifici da Amgen Dompé, Eli Lilly, Mediolanum, Merck Sharp & Dohme, Pfizer, Roche, Servier, SPA, Stroder; Luigi Sinigaglia dichiara di avere ricevuto compensi come relatore a congressi scientifici da Abbott Immunology, Ely Lilly, Merck Sharp & Dohme, Amgen.

Il fenomeno

Le strategie per affrontare un problema che ha anche risvolti sociali

Ossa fragili, fragilissime. Che si spezzano solo a guardarle: in queste condizioni basta una banale caduta per procurarsi una frattura.

È l'osteoporosi, un problema con cui toccherà fare sempre più spesso i conti nei

prossimi decenni: invecchiando, infatti, le ossa si indeboliscono e, viste le prospettive di incremento della popolazione anziana (l'ISTAT prevede che nel 2030 un italiano su tre avrà più di 65 anni), c'è da aspettarsi un'epidemia di ossa delicate come cristallo.

Ma se la fragilità degli anziani è in qualche modo messa in conto, quello che stupisce è come l'età di comparsa dell'osteoporosi stia pericolosamente scendendo, stando a quanto hanno denunciato gli esperti in occasione della recente Giornata mondiale dell'osteoporosi: secondo i dati emersi dallo studio FIRMO (First Italian Road Map

for Osteoporosis), condotto dall'omonima Fondazione su circa 7 mila persone, in Italia ormai una donna su cinque è osteoporotica prima dei sessant'anni. Viene da chiedersi come sia possibile e che cosa le abbia rese così fragili.

«Le cinquantenni di oggi sono nate negli anni 60 e tan-

te per tutta la loro vita sono state a dieta, rincorrendo i modelli di magrezza estrema proposti da quel decennio in poi. Molte hanno magari rinunciato a latte e formaggi per paura di ingrassare: così però si sono private del calcio che avrebbe protetto le loro ossa — spiega Maria Luisa Brandi, docente di Endocri-



Stanni, docente di Endocrinologia dell'Università di Firenze e presidente della Fondazione FIRMO per la ricerca sulle malattie ossee —. Lo stile di vita, poi, è molto cambiato negli ultimi decenni: si passa meno tempo all'aperto e quindi si è ridotta la possibilità di produrre la vitamina D preziosa per la salute delle ossa grazie all'esposizione al sole; ci si muove molto di meno, stimolando troppo poco lo scheletro a rinforzarsi per resistere alle sollecitazioni. Tutto ciò contribuisce alla creazione di un esercito di donne con le ossa deboli».

Peraltro i dati rivelano che pure fra gli uomini l'osteopo-

rosi è in continuo aumento, ma l'esperta sottolinea che in questo caso si potrebbe trattare dell'improvviso accendersi dei riflettori sul fenomeno: in passato non si pensava proprio all'osteoporosi al maschile, oggi sì e sono quindi cresciute le diagnosi. Che tuttora però non di rado arrivano tardi.

«Molte fratture da osteoporosi non sono riconosciute come tali dai medici di medicina generale e perfino dagli specialisti — osserva Luigi Sinigaglia, responsabile della Struttura complessa di Reumatologia dell'Istituto Gaetano Pini di Milano e presidente della Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMM-MS) —. Quelle vertebrali sono sottostimate, perché nell'immediato, magari, non provocano dolori intensi, salvo avere ripercussioni gravi a distanza. Quelle del polso sono spesso il primo campanello di allarme della fragilità ossea, ma non vengono interpretate nel modo giusto. Le fratture di femore, da fragilità in otto casi su dieci, spesso non vengono trattate come segno di osteoporosi».

Tutti d'accordo, quindi,

sulla necessità di migliorare la diagnosi sottoponendo un maggior numero di persone al test «principe» per riconoscere l'osteoporosi, la *mineralemetria ossea* (si veda l'articolo sotto).

Ma una volta che si è certi di avere le ossa fragili, che cosa si fa? La domanda non è oziosa, visto che in Italia sono approvati otto **farmaci** in grado di ridurre il riassorbimento del tessuto osseo o promuoverne la formazione, ma la Nota 79, che ne regola l'impiego, li considera rimborsabili soltanto nei casi che gli specialisti giudicano ormai gravi (ad esempio, in chi ha già avuto una frattura da fragilità, oppure in chi ha valori di densità ossea molto bassi).

A complicare il quadro, le ultime segnalazioni scientifiche: lo scorso maggio sul *New England Journal of Medicine* si è accesa la discussione sulla sicurezza dei *bisfosfonati*, fra i **farmaci** più usati per l'osteoporosi, dopo la segnalazione di casi di fratture atipiche del femore e osteonecrosi della mascella in pazienti trattati a lungo con questi medicinali.

Curarsi è sicuro, allora? «Questi effetti collaterali si sono verificati in una bassissima percentuale di casi e soprattutto in pazienti oncologici trattati con bisfosfonati a dosi molto elevate, di gran lunga maggiori di quelle impiegate contro l'osteoporosi — risponde Luigi Sinigaglia —. Maggiore è il rischio di fratture, perché ad esempio si seguono terapie con i cortisonici o si è in età avanzata, più "conviene" iniziare la terapia mantenendola nel lungo periodo; nei pazienti a rischio basso o bassissimo si può optare per cure che durino tre-cinque anni. Di sicuro si tratta però di terapie efficaci: con i **farmaci** la probabilità di fratture al femore e alle

vertebre si riduce rispettivamente del 40 per cento e del 70 per cento».

«Gli effetti collaterali sono rari: nel mondo ormai abbiamo trattato con i bisfosfonati oltre un miliardo di persone, se gli eventi avversi fossero comuni ne avremmo visti a decine di migliaia — conferma Maria Luisa Brandi —. Naturalmente, bisogna scegliere il farmaco giusto in base alla storia del paziente e alla valutazione del suo metabolismo minerale, non solo basandosi sulla mineralometria; inoltre, i medicinali vanno utilizzati con intelligenza, alternandoli e usandoli in sequenza per bilanciare i loro effetti, riducendo allo stesso tempo il rischio di conseguenze negative».

Il costo della terapia va dai 20-50 euro al mese fino ai 8 mila euro l'anno per la *teriparatide*, che però è riservata solo ai casi più gravi.

«La spesa da sostenere è un parametro da considerare quando si prescrive un farmaco: se però ho davanti una donna con una frattura all'avambraccio e una densità ossea bassa ma non bassissima, non posso non raccomandarle la cura, anche se sarà costretta a pagarla di tasca propria, perché so che i **farmaci** la preserveranno da fratture future — ammette l'endocrinologa —. Bisogna anche accertarsi che la cura sia davvero seguita nel tempo, perché il 45 per cento dei pazienti molla tutto entro tre mesi e in questi casi sì che i soldi sono stati sprecati. La terapia dell'osteoporosi è un "atto di fede": non se ne avverte l'efficacia nell'immediato, i controlli si fanno una volta all'anno. Per questo è fondamentale prescrivere i **farmaci** se e quando servono, motivando fortemente i pazienti a prenderli con regolarità».

Buone abitudini**Lo scheletro forte si costruisce già nell'infanzia**

L'osteoporosi è una malattia «da anziani», così a pochi viene in mente che per prevenirla davvero bisognerebbe agire da giovanissimi: quasi la metà della massa ossea dell'adulto si forma entro l'adolescenza, nelle ragazze la deposizione di osso è massima fra i 10 e i 14 anni, nei ragazzi fra i 12 e i 16. Per far sì che l'organismo riesca a mettere in cassaforte una quantità adeguata di massa ossea bisogna perciò pensarci fin da piccoli, consumando varie porzioni di latticini al giorno per garantire un adeguato apporto di calcio, facendo molto movimento fisico, meglio se all'aria aperta, per esporsi al sole e stimolare la produzione di vitamina D. L'esercizio stimola il metabolismo osseo e usare lo scheletro, sottoponendolo a sollecitazioni meccaniche, lo rinforza mettendo salde basi per la sua salute futura. Considerando che purtroppo i bambini e gli adolescenti sono sempre più sedentari nel tempo libero, l'ideale sarebbe fare sport come ginnastica, danza, atletica dai 30 ai 60 minuti, almeno tre volte alla settimana.

Le altre fratture

Quante e quali fratture ogni anno in Italia, oltre a quelle del femore



