



RASSEGNA STAMPA

20-06-2016

1. REPUBBLICA "La mia piccola Asya aveva il tumore e il pediatra diceva di darle l'antibiotico"
2. SALUTE DOMANI
Tossina tifoide, CNR: ruolo chiave contro il tumore epatobiliare
3. QUOTIDIANO SANITÀ Le professioni sanitarie scendono in campo: "Subito nuove competenze e nuove modalità di interazione e collaborazione con i medici"
4. REPUBBLICA Fumo vietato anche all'aperto la nuova crociata degli ospedali
5. ANSA Da ondate calore a Zika, parte campagna #estatesicura 2016
6. HEALTH DESK Basta con le statine, il colesterolo alto non fa male

Il caso. Caserta, la madre della bimba morta: "La faceva curare dalla moglie, che non era medico"

"La mia piccola Asya aveva il tumore e il pediatra diceva di darle l'antibiotico"

A nove mesi non riusciva a tenere la testa dritta. La moglie mi disse di farla dormire a pancia in giù

Un giorno mi spiegò: signora, il problema di sua figlia è lei. Con la sua ansia la farà diventare autistica

Quando la portai in ospedale mi dissero che quel medico aveva fatto molti guai. Ormai era troppo tardi

LA MAMMA
MARIA CIERVO, MADRE DI ASYA

DAL NOSTRO INVIATO
STELLA CERVASIO

GIUGLIANO. «Hanno fatto troppo male a mia figlia e ora voglio giustizia per lei». Non si dà pace Maria Ciervo, madre della piccola Asya Bosco, in partenza per affrontare un intervento chirurgico a Milano. Il 4 ottobre 2014 la bambina moriva a 3 anni per un neuroblastoma al quarto stadio che aveva prodotto già metastasi. Due giorni fa l'arresto del pediatra che la aveva in cura e della moglie, che esercitava nella sua struttura senza avere l'abilitazione. Una storia raccapricciante. «Ancora un giorno e l'avrei trovata soffocata nella culla». Sul tavolo di cucina, nella casa di Giugliano, le foto della bambina dallo sguardo sempre gioioso, nonostante le sofferenze, con il berretto perché aveva perso i capelli per la chemioterapia: «Non ha mai pianto, affrontava le cure come un'adulto, anche quando alla fine aveva il visetto gonfio». Il racconto dei Bosco è quello di un calvario disumano.

Signora, il pediatra di sua figlia ora è agli arresti domicili-

ari, con la moglie: come l'aveva trovato e quando gli portò Asya per la prima volta?

«Tutti dicevano: "Angelo Coronella è il migliore". Mi fidavo di lui ciecamente, questo è stato il mio errore. Il primo controllo a 3 mesi al centro pediatrico di Casal di Principe, dove la moglie di Coronella, Ersilia Pignata, mi fu presentata come medico: si faceva chiamare dottoressa. La bambina soffriva di rigurgiti. Loro dissero: tutto nella norma, continuate la terapia finché non compie un anno. Intorno ai 9 mesi però Asya non riusciva a tenere la testa dritta. Tornai da loro e la finta dottoressa mi disse di non preoccuparmi, di tenerla con il collo in alto e metterla a dormire a pancia sotto. Non so se fu un caso, ma i disturbi effettivamente si fermarono».

E poi?

«Un paio di mesi dopo Asya ebbe un'infezione alle vie urinarie. Fu ancora la moglie del dottore a farle un'urinocultura. Un paio d'ore dopo, quando arrivò il risultato, chiedemmo un'ecografia. Mio marito e io notammo una piccola macchia scura che ci inso-

spetti, ma la signora ci rassicurò. Prescrisse antibiotico e antinfiammatorio e ci fu detto di tornare dopo 2 mesi».

Il pediatra non c'era?

«In due anni l'avrò visto sì e no due volte, all'inizio e alla fine. Ho dubbi anche su di lui, comunque».

In che senso?

«I medici veri li ho conosciuti dopo: un pediatra, di fronte a una situazione come la nostra, avrebbe dovuto indirizzarci a uno specialista. Quando portai mia figlia all'ospedale pediatrico Santobono di Napoli mi dissero: "Signora strappi quelle prescrizioni, questo medico lo conosciamo, ha fatto anche altri guai". In quel centro mi abbagliarono con i loro macchinari sofisticati. Ogni cosa costava cara: la visita, 70 euro, 10 un'iniezione, ma mai una ricevuta».

Che cosa accadde ad Asya?

«Non dormiva, si lamentava, anche se restava socievole. Peggiorava. Il 5 settembre 2013 la sentii affannata e la riportai al centro. Mi fecero entrare da un accesso secondario. "Ci sono lavori in corso", mentirono: seppi



poi che lo studio era sotto sequestro, erano stati denunciati per una neonata curata male. Questa volta Asya fu visitata da Cornella, ci dissero che la moglie si stava occupando di altri pazienti. Le fece un'ecografia alla gola, disse che la bambina aveva dei muchi. Invece era una massa tumorale. Prescrisse cortisone e antibiotico. Ma mia figlia peggiorava. Tornai ancora e insistette con l'antibiotico. Non dimenticherò mai quello che mi disse: "Il problema di sua figlia è lei, signora. Con la sua ansia la farà diventare autistica". Arriviamo così a quell'11 settembre e al pianto disperato di Asya. Questa volta non riusciva a urinare. "Non è niente, disse il dottore, vedrà che con la Tachipirina le passa tutto". Ma lei continuava a piangere e tornati a casa i parenti ci consigliarono di portarla d'urgenza al Santobono».

Quale fu il responso dei medici?

«Una dottoressa le auscultò le spalle, disse che sentiva qualcosa che non andava. Le fecero un'eco d'urgenza. Ricordo ancora la faccia di quel medico. Poi mi spiegarono. Io non volevo accettarlo, non capivo. Un'ambulanza trasferì la bimba al Policlinico. Rimase sette giorni in rianimazione, non riusciva a respirare. È stata in cura per un anno, ma non ce l'ha fatta: il cancro era troppo avanzato. Mia figlia non c'è più, ma chi le ha fatto tanto male è giusto che paghi».

CRIPRODUZIONE RISERVATA

LE TAPPE

LE VISITE

Il primo controllo a tre mesi: "Quel medico è il migliore". I sospetti dopo un'ecografia ma prescissero antibiotico e antinfiammatorio

LA DIAGNOSI

L'11 settembre 2013 Asya non riusciva a urinare. "Signora — disse il pediatra — sta facendo diventare sua figlia autistica". Un anno dopo la bimba era morta

<http://www.salutedomani.com/article/>

Tossina tifoide, CNR: ruolo chiave contro il tumore epatobiliare

La tossina tifoide, causa di febbre enterica o tifo addominale e associata all'insorgenza di enteriti e nei casi più gravi di tumore epatobiliare, risulta avere sorprendentemente una funzione immuno-modulatrice, ossia riduce la risposta infiammatoria a livello intestinale, impendendo nella prima fase dell'infezione lo sviluppo di gravi enteriti.

A dimostrarlo uno studio pubblicato su Plos Pathogens, realizzato da un team di ricerca internazionale che coinvolge 5 Paesi e 7 diverse istituzioni tra cui il Consiglio nazionale delle ricerche con l'Istituto di tecnologie biomediche (Itb-Cnr) di Segrate (Milano) e l'Istituto di biofisica (Ibf-Cnr) di Trento.

“La genotossina enterica prodotta dal batterio Salmonella Typhi è portatrice di un'infezione cronica e risulta associata all'insorgenza del tumore epatobiliare. Diversi studi hanno riportato che alcune infezioni croniche sono prodotte dall'azione diretta di tossine batteriche che, causando danni al DNA, possono anche portare alla progressione tumorale”, spiega Clarissa Consolandi, ricercatrice dell'Itb-Cnr che ha partecipato allo studio. “Il nostro gruppo di ricerca ha valutato gli effetti dell'infezione in vivo in modelli murini, scoprendo che la tossina tifoide espressa in vivo inaspettatamente favorisce la sopravvivenza dell'ospite (il topo infettato), e risulta anche associata ad una significativa riduzione di gravi enteriti nella prima fase dell'infezione, consentendo ai batteri di rimanere nell'ospite senza causare l'insorgenza di patologie”.

L'uomo è l'unico vettore della febbre tifoide che, se non trattata, ha un tasso di mortalità superiore al 10%. “Durante l'infezione, nei soggetti affetti da questa malattia, i batteri passano nel sangue e nell'intestino, poi nelle feci e nelle urine, permettendo la trasmissione dell'infezione ad altri individui e causando come abbiamo detto anche lo sviluppo della patologia tumorale a carico di fegato e bile. “Pertanto, risulta a questo punto fondamentale analizzare a fondo la correlazione tra infezioni batteriche e sviluppo tumorale, per poter, in futuro, procedere a mettere a punto trattamenti preventivi e curativi sull'uomo”, conclude la ricercatrice.

quotidianosanita.it

19 GIUGNO 2016

Le professioni sanitarie scendono in campo: "Subito nuove competenze e nuove modalità di interazione e collaborazione con i medici"

Cgil, Cisl, Uil, Ipv, Tsm, Fnc e Conaps mettono le basi per una piattaforma comune da porre all'attenzione delle Istituzioni. In attesa del convegno del prossimo 28 giugno ecco le prime anticipazioni sulle proposte delle rappresentanze sindacali e professionali. "Per salvaguardare il Ssn si deve tornare ad una piena valorizzazione del personale e delle competenze di tutti i professionisti e operatori della salute". [LA PIATTAFORMA](#).

Subito stop ai tagli alle risorse e via libera a nuove assunzioni. Ma non solo: completare l'implementazione delle competenze specialistiche per le professioni sanitarie; ridefinire le competenze e le responsabilità dell'operatore socio-sanitario; completare il percorso di riconoscimento e individuazione delle professioni sanitarie e sociosanitarie. E ancora: valorizzare formazione Continua – ECM e quella universitaria. E poi sblocco della riforma degli ordini professionali e standard e fabbisogni minimi.

Queste alcune delle proposte di FpCgil, CislFp, UilFpl e Professioni sanitarie (Conaps), Tecnici di radiologia (FncTsm), infermieri (Ipv) e Ostetriche (Fnc) che verranno lanciate il prossimo 28 giugno a Roma nel corso dell'evento 'La crescita delle competenze per la qualità del lavoro in sanità' di cui pubblichiamo la piattaforma programmatica.

Sindacati e rappresentanti delle professioni sanitarie ricordano come dal "2009, il sistema sanitario nazionale ha registrato la riduzione di oltre 22.000 unità, delle quali 17.000 sanitari e tecnici, non sostituite a causa del blocco del turn-over, mentre per tutto il personale in servizio si è registrato il fermo sostanziale della loro valorizzazione professionale e della retribuzione. Sono dunque 7 anni che il personale di questo comparto viene utilizzato quale ammortizzatore per il contenimento dei conti pubblici, con inevitabili ricadute a discapito della salute pubblica".

"Per salvaguardare il Servizio Sanitario Nazionale – affermano - e la sua funzione all'interno del più ampio sistema di welfare, si deve tornare ad una piena valorizzazione del personale e delle competenze di tutti i professionisti e operatori della salute, attraverso il riavvio della contrattazione e la definizione di nuove regole virtuose che possano consentire il buon governo del sistema e l'efficace risposta ai bisogni di salute. Questo anche nell'ottica di individuare ed attribuire responsabilità e compiti ai ruoli emergenti che saranno indispensabili al corretto funzionamento dei nuovi modelli organizzativi.

GLI INTERVENTI DEL GOVERNO SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Nonostante gli indicatori di salute e di speranza di vita utilizzati a livello internazionale, nonché i contenuti livelli di spesa realizzati collochino l'Italia nelle prime posizioni al mondo il Governo, in nome della stabilizzazione dei conti pubblici, è intervenuto anche sulla spesa sanitaria. Dopo i tagli degli anni precedenti, nel solo 2016 si è assistito a una riduzione del fondo sanitario nazionale passato dai 115,4 Mld€, previsti nel Patto per la salute 2014-2016, ai 111 Mld€ stanziati con la legge di stabilità 2016. Una riduzione pari a 4,4 Mld€ che non potrà lasciare indenni i LEA garantiti alla cittadinanza.

MODELLI ORGANIZZATIVI. L'intervento sulla spesa sanitaria non è stato accompagnato, però, da un reale progetto di rinnovamento organizzativo per il superamento delle vere sfide che il servizio sanitario deve affrontare: l'aumento delle cronicità, delle fragilità, delle comorbidità e delle non autosufficienze correlate all'allungamento dell'aspettativa di vita. Tra gli obiettivi organizzativi da raggiungere ci sono lo sviluppo di:

1. una rete sanitaria meno ospedalocentrica e più orientata al territorio per la cura delle cronicità, con lo

sviluppo della continuità assistenziale tra i due livelli;

2. nuove modalità di interazione e collaborazione tra medici, professionisti e operatori sanitari che dovranno sviluppare capacità operative nuove in funzione dei nuovi modelli organizzativi. Senza un cambiamento dei modelli organizzativi gli interventi di risanamento esclusivamente finanziari sono destinati ad esaurirsi, nel breve periodo, in una drastica riduzione delle prestazioni e in un peggioramento significativo del welfare.

IL LAVORO, LEVA PER IL CAMBIAMENTO E RISORSA PER UNA MIGLIORE RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE. La qualità dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale dipende dalla qualità dei professionisti e dall'adeguatezza del modello organizzativo. Dal 2009, il sistema sanitario nazionale ha subito la riduzione di circa 22.000 unità nel solo comparto, dei quali 17.000 sanitari e tecnici, e il congelamento sostanziale delle retribuzioni, ferme ai valori dell'epoca. Sono dunque oltre 7 anni che il personale di questo comparto è utilizzato come leva operativa per il contenimento dei conti pubblici, attraverso il blocco del turn-over e del salario. Per salvaguardare il Servizio Sanitario Nazionale e la sua funzione all'interno del più ampio sistema di welfare, si deve tornare ad una piena valorizzazione del personale e delle competenze di tutti i professionisti e operatori della salute, attraverso la ripresa della contrattazione e l'adozione nuove regole virtuose in grado di innovare il sistema per dare risposte appropriate ai bisogni di salute. Questo anche nell'ottica di individuare ed attribuire responsabilità e compiti ai ruoli e alle figure emergenti che saranno indispensabili al corretto funzionamento dei nuovi modelli organizzativi.

FORMAZIONE. La formazione universitaria attuale è orientata a rispondere più alle possibilità e agli obiettivi degli Atenei che non ai reali fabbisogni del SSN e, nelle Facoltà di Medicina, c'è un evidente ritardo a riconoscere la crescente presenza delle Professioni Sanitarie, con conseguenti disfunzioni nel sistema e nella didattica. Vi sono evidenti disfunzioni nel sistema e nella didattica delle facoltà di Medicina e Chirurgia che non tengono conto che l'evidenza dei numeri le sta trasformando sempre più in facoltà delle Professioni sanitarie a tutto tondo, e che di conseguenza sarebbe necessario un maggior coinvolgimento delle Professioni Sanitarie nella didattica e una ridefinizione dei piani di studio basati sulle competenze necessarie. In questo è necessario il fattivo coinvolgimento del SSN, a partire dalle Regioni e dalle aziende sanitarie, per l'organizzazione dei corsi di base e post base così che essi siano sempre contestualizzati rispetto alle e-ettive esigenze di salute, e reindirizzati laddove necessario, nonché orientati all'obiettivo di assicurare riconoscimento, sviluppo e implementazione delle competenze per tutti i professionisti. Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale non è più tollerabile che la formazione ECM, che rappresenta lo strumento principe per la manutenzione delle competenze, continui ad essere patrimonio esclusivo di pochi. Essa deve diventare da subito un diritto esigibile da tutti i lavoratori e posto a carico dei datori di lavoro, indipendentemente dal ruolo e dal contratto applicato.

LE RICHIESTE.

Le prime:

- Interrompere l'attacco alle risorse del fondo sanitario nazionale per fermare l'arretramento del welfare sanitario pubblico che va a discapito delle famiglie e dei cittadini e avviare una reale lotta agli sprechi;
- Rompere il blocco delle assunzioni e della contrattazione nazionale.

Le altre:

- Presidiare il completamento di tutti i percorsi di revisione e di implementazione delle competenze specialistiche per le professioni sanitarie, secondo i due assi: quello clinico e quello gestionale, prevedendo in entrambi incarichi di responsabilità funzionali, professionali e specialistici;
- Completare il processo di affrancamento dalla visione ospedalocentrica della sanità, per restituire all'ospedale la sua funzione di assistenza specialistica e al territorio il compito di farsi carico dell'assistenza al paziente cronico o non autosufficiente, sviluppando protocolli di collaborazione per assicurare la continuità assistenziale;
- Adottare modelli di governance centrati sulle persone;
- Definire standard minimi obbligatori sia professionali che organizzativi unici per tutto il territorio nazionale, e indicatori di risultato sia per l'ambito ospedaliero che per quello territoriale;
- Ridefinire le competenze e le responsabilità dell'operatore socio-sanitario istituendo realmente un unico percorso di formazione sull'intero territorio nazionale;
- Completare il percorso affinché tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie siano individuate e riconosciute

in ambito nazionale, oltreché uniformate ai criteri fissati dalla Comunità Europea, in modo da aumentare il loro valore e le stesse possibilità occupazionali, in un'ottica di largo ampio respiro nazionale ed europeo;

- Aprire anche alle organizzazioni sindacali il confronto sulla quantificazione dei fabbisogni di personale per tutte le professioni;
- Progettare i corsi universitari di base e post-universitari coinvolgendo il SSN, le Regioni e le Aziende Sanitarie per far sì che i contenuti siano in linea con le effettive esigenze di salute;
- Coinvolgere i professionisti sanitari nell'organizzazione dei corsi universitari e nella docenza;
- Prevedere corsi diversificati mirati allo sviluppo professionale-specialistico e manageriale;
- Consentire a tutti i lavoratori il diritto alla Formazione Continua – ECM - a spese del datore di lavoro, qualunque sia il ruolo ricoperto e /o il tipo di contratto di lavoro applicato;
- Modificare norme e contratti in modo da consentire anche ai lavoratori precari di accedere ai permessi retribuiti per la formazione universitaria (150 ore di diritto allo studio) ed ECM (permessi ex art. 21);
- Riconoscere i crediti ECM in ambito universitario, con il rilascio di crediti CFU;
- Sbloccare la riforma degli ordini professionali, affinché si possano meglio valorizzare e garantire la professionalità dei loro iscritti, per rispondere sempre meglio ai bisogni dei cittadini, nel rispetto delle regole democraticamente costituite.

LA SANITÀ/MULTE SALATE AI TRASGRESSORI

Fumo vietato anche all'aperto la nuova crociata degli ospedali

All'interno degli ospedali è ormai una certezza. Ma la disposizione arrivata dal ministero della Salute è chiara: superati i cancelli di un luogo di cura è vietato fumare, anche se ci si trova all'aperto. Così gli ospedali milanesi stanno provando a darsi delle regole ferree. A Niguarda sono previste multe per tutti e l'idea è prevedere un'area per i fumatori. Decisione già presa dal San Paolo: sono una decina le aree fumo riservate a lavoratori e visitatori. Il Sacco dovrà far rispettare il divieto anche agli studenti universitari di medicina.

ALESSANDRA CORICA A PAGINA IX



L'ospedale Niguarda

Tra zone rosse e aree riservate rebus fumo zero negli ospedali

La lista delle idee per far rispettare
il divieto anche nei luoghi aperti

C'è chi inventa la distanza minima
dagli edifici, chi toglie tutti
i posacenere e mette nuovi cartelli
La certezza: multe a chi sgarra

ALESSANDRA CORICA

IL DIVIETO è valido ovunque, appena oltrepassato il cancello. E non importa che non ci si trovi in un luogo chiuso ma all'aperto: lo stop è in vigore all'interno di reparti e ambulatori, così come accanto ad alberi o cespugli. Divieto di fumo, totale, in tutti gli ospedali milanesi: la disposizione è arrivata dal ministero della Salute, e tutte le strutture sanitarie della città si stanno allineando. Cambiando la segnaletica nei cortili e nei giardini, e dando istruzioni ai vigilantes che potranno multare i fumatori incalliti che violeranno il divieto. «La norma — spiega Giuseppe Genduso, direttore sanitario del Niguarda — è valida in tutte le aree, all'aperto e non, dell'ospe-

dale. Si tratta di un cambiamento graduale, ma che ha un valore educativo: il nostro obiettivo è eliminare, a poco a poco, tutti i posacenere presenti dentro il perimetro della struttura».

Il primo ospedale privo di sigarette è stato, in Italia, il Policlinico di via Sforza, che tre anni fa ha varato il progetto "Ospedale senza fumo", vietando il fumo non solo nei luoghi chiusi, ma anche nei viali e nel cortile. Un modello innovativo, e che adesso dovrà essere replicato da tutti i presidi della città (e del Paese) in base a quanto deciso dal ministero. «Il divieto si basa sul principio di tutela della salute di tutti. Per questo, è valido sia per i pazienti ricoverati, sia per i dipendenti e i visitatori», spiega Marco Salmoira-

ghi, direttore generale del San Carlo e del San Paolo. Nell'ospedale in zona Barona a inizio giugno sono stati individuati, con una delibera ad hoc, alcuni punti nei quali i fumatori potranno accendere una sigaretta: in tutto, una decina di aree, in cui dipendenti e visitatori avranno il via libera per fumare. Fuori da questi spazi, invece, chi sarà trovato con un mozzicone ri-



schierà una multa da un minimo di 27 euro e 50 centesimi, a un massimo di 275 euro. Non solo: chi verrà beccato a fumare vicino a una donna incinta o a un bambino fino a 12 anni, dovrà pagare una multa raddoppiata.

«La sanzione amministrativa è prevista per tutti — aggiunge Marco Trivelli, direttore generale del Niguarda-. A questa si somma poi quella disciplinare se il fumatore è un dipendente dell'ospedale. Ovviamente, siamo consapevoli che si tratta di una novità che ha bisogno di tempo per essere metabolizzata. E che, soprattutto, richiede un cambiamento culturale». Una "rivoluzione" non semplice da mettere in atto soprattutto in quelle strutture, come appunto il Niguarda o il Sacco, che comprendono diversi padiglioni, circondati da viali e giardini. Tra le varie ipotesi allo studio, allora, c'è quella di fissare delle distanze "di sicurezza" dagli edifici, oltre le quali si potrà consentire al fumatore di accendere una sigaretta. Oppure quella di delimitare delle aree fumatori, «un'ipotesi che però qui al Niguarda vorremmo escludere, visto che sono molto dispendiose da attrezzare», aggiunge Genduso.

Certo è che vietare di fumare a un paziente in attesa del responso di un esame, o a un visitatore che aspetta notizie sulla salute dei propri cari, può non essere una passeggiata. «Senza contare — ragiona Alessandro Visconti, numero uno del Sacco, del Fatebenefratelli e del Buzzi — che da noi al Sacco ci sono anche molti studenti di Medicina, visto che siamo sede universitaria: far rispettare il divieto di fumo anche a loro, oltre che ai dipendenti e ai pazienti che non possono lasciare la struttura per lunghi periodi, è complicato. Abbiamo dato mandato ai direttori di presidio e ai vigilantes di aumentare i controlli: la strada, però, è ancora lunga».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ICASI

NIGUARDA

Multe previste per tutti, da decidere se prevedere poche aree dove è possibile fumare o zone rosse attorno agli edifici



SAN PAOLO

L'ospedale ha appena deciso una decina di aree esterne riservate per visitatori e lavoratori fumatori

SACCO

Per l'ospedale il divieto assoluto ha una complicazione in più: si dovrà farlo rispettare anche agli studenti di Medicina



<http://www.ansa.it>

Da ondate calore a Zika, parte campagna #estatesicura 2016

Bollettini 27 città sul nuovo Portale Caldo del Ministero Salute



Da ondate calore a Zika, parte campagna #estatesicura 2016

Neonati, anziani e malati cronici, persone non autosufficienti o che assumono farmaci, ma anche donne in gravidanza: sono le categorie più a rischio caldo e proprio con un occhio di riguardo nei loro confronti il Ministero della Salute ha messo a punto il nuovo sito tematico Portale Caldo con bollettini giornalieri sulle ondate di calore nelle principali città italiane. L'iniziativa rientra nella campagna #estatesicura 2016 appena partita e con l'obiettivo di diffondere informazioni utili per godersi la bella stagione, da come difendersi dall'afa a come portare gli animali in vacanza, dalle

vaccinazioni per chi va all'estero ai consigli per evitare di contrarre l'infezione Zika. Mentre il caldo stenta ad arrivare, è già stato attivato in 27 città, così come negli scorsi anni, il 'Sistema Nazionale di Previsione Allarme Ondate di Calore' del Ministero della Salute e i dati saranno disponibili per i cittadini al link www.salute.gov.it/portale/caldo. Gli esperti infatti mettono in guardia: il mese di luglio 2015 ha registrato il picco della mortalità giornaliera nella popolazione con età superiore ai sessantacinque anni, con incrementi compresi tra +15% e +55%.

Partirà invece in questi giorni una ricognizione dei servizi offerti sul territorio per proteggersi dall'afa, mentre di più, avverte il Ministero, dovrebbero fare gli enti locali per diminuire i rischi. "Nelle città italiane - si legge infatti - non si registrano interventi significativi rivolti alla mitigazione dell'effetto isole di calore urbano, nonostante la ricerca su questo tema mostri segnali di avanzamento".

<http://www.healthdesk.it/>

Basta con le statine, il colesterolo alto non fa male

La presa di posizione degli autori di un articolo sul Bmj open farà discutere: l'Ldl non è un fattore di rischio per malattie cardiovascolari nella popolazione anziana e quindi i farmaci per abbassarne i valori sono inutili. Le repliche sono già pronte

Avevamo imparato a riconoscerlo come un nemico della nostra salute, una pericolosa minaccia per il cuore e il sistema circolatorio. Il colesterolo Ldl si porta dietro da decenni una fama di “cattivo” che raramente è stata messa in discussione. Eppure potrebbe trattarsi di una reputazione sbagliata.

Almeno così sostengono gli autori di una ricerca appena **pubblicata su Bmj open** destinata a far discutere perché in un colpo solo fa piazza pulita delle precedenti radicate convinzioni: l'Ldl, dicono gli scienziati, non è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari nelle persone over 60 e quindi le terapie a base di statine non servono a nulla.

La squadra di lavoro internazionale ha analizzato i risultati di una serie di studi che hanno coinvolto 68 mila persone. Ebbene, di prove contro l'Ldl non ne hanno trovate. Anzi, i ricercatori si sono imbattuti in dati statistici inaspettati: il 92 per cento delle persone sopra i sessant'anni con livelli alti di Ldl non sono morte prima di quelle con Ldl nella norma.

«Visto che le persone anziane con un livello alto di colesterolo Ldl vivono tanto a lungo se non di più di quelle con livelli bassi, le nostre analisi forniscono ragioni valide per mettere in discussione l'ipotesi colesterolo».

E non finisce qui: «Il nostro studio fornisce ragionevoli motivi per rivalutare le linee guida che raccomandano i farmaci per ridurre l'Ldl nelle persone anziane».

L'indice accusatorio si sposta quindi sulle statine: «i benefici delle terapie con le statine vengono esagerati», affermano.

Come prevedibile lo studio ha già iniziato a far discutere.

Jeremy Pearson, direttore associato della British Heart Foundation **ha dichiarato** **all'Independent** che questi risultati non lo hanno colto di sorpresa: «perché con l'avanzare dell'età molti altri fattori incidono sulla salute generale rendendo l'impatto del colesterolo alto difficile da individuare». Secondo lui questa ricerca non mette in discussione il consolidato paradigma: i bassi livelli di Ldl riducono il rischio di morte in generale e di attacchi di cuore e ictus a prescindere dall'età.

Insomma, la battaglia sull'Ldl non sembra destinata a finire presto. Anche perché uno degli autori dell'articolo sul Bmj, il cardiologo inglese Aseem Malhotra non è affatto intenzionato ad abbandonare la sua **campagna controcorrente** fatta di dichiarazioni del tipo «mangiate grassi se volete dimagrire».