



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Roma salva Napoli, il rischio dissesto si allontana

Dalla Camera ok alla legge che autorizza un nuovo piano: «Ma il disavanzo deve migliorare»

**Luigi Roano**

La Camera approva il decreto salva-Roma e dunque salva-Comuni, ovvero per tutti gli enti locali che hanno in essere la procedura di predissesto scatta la possibilità della ripresentazione del piano di riequilibrio per chi se lo è visto bocciare dalla Sezione regionale della Corte dei Conti. È il caso di Palazzo San Giacomo. Il premier Matteo Renzi ha chiesto e ottenuto la fiducia, di conseguenza il passaggio al Senato dovrebbe essere con pochi tumulti. Nella sostanza Napoli è salva perché nell'ipotesi che il 16, data in cui è stata fissata l'udienza per il ricorso innanzi alle Sezioni Riunite della Corte dei Conti, arrivasse la bocciatura bis, c'è la possibilità di ripresentare un piano ex novo, facendo tesoro delle bocciature ottenute. Il dissesto al momento è poco meno di un'ombra, il testo approvato dal Parlamento allarga ancora di più le maglie dentro le quali gli enti locali si possono muovere. Prima c'erano 90 giorni di tempo per presentare

**I tempi**  
Ci sono  
120 giorni  
e non più 90  
per riscrivere  
il progetto  
di  
risanamento

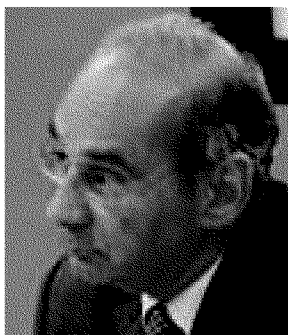
l'eventuale nuovo piano al Consiglio comunale, per farlo approvare e farlo passare per ministeri e di nuovo alla Corte dei Conti. Oggi si passa a 120 giorni a partire dall'inizio della procedura. Nel caso di Napoli, dopo che le Sezioni riunite avranno

comunicato al loro decisione sul ricorso. Un margine di tutta tranquillità, in caso arrivi un ulteriore diniego.  
Ma c'è molto altro nella legge il cui titolo è emblematico: «Disposizioni urgenti in materia di finanza locale». L'articolo 3, ai commi da 1 a 3, detta disposizioni volte ad ampliare le possibilità di accesso alle procedure di riequilibrio finanziario da parte degli enti locali che si trovino in difficoltà finanziarie suscettibili di provocarne il dissesto. «A tal fine esso - si legge - oltre a sospen-

dere le eventuali procedure esecutive nei confronti dell'ente in presenza di un ricorso da parte del medesimo avverso la decisione con cui la Corte dei conti ne abbia respinto il piano di riequilibrio, consente agli enti in questione di riproporre un nuovo piano. Inoltre stabilisce, in deroga alle norme vigenti, un termine triennale per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio per i comuni con popolazione superiore ai 20mila abitanti, qualora ne ricorrano specifici presupposti». Cosa significa? Che se c'è un avanzo di bilancio sistematico che sancisce l'aver messo in campo le pratiche virtuose di bilancio, invece che 10 anni per uscire dal predissesto ne potrebbero bastare molti di meno. Napoli in due anni per abbattere il monte di 850 milioni di disavanzo ha già prodotto un avanzo complessi di oltre 270 milioni.

Forse il sindaco Luigi de Magistris quando ha dichiarato che si poteva profilare la possibilità di abbassare le tasse tra qualche tempo, le aliquote sono al massimo per avere aderito alla legge sul predissesto, si riferiva proprio al testo del decreto. Per de Magistris - politicamente - essersi messo sotto l'ombrello istituzionale dell'Anci, ha significato molto. Si è tolto da dosso l'etichetta di sindaco con la bandana ma soprattutto si è comportato da Istituzione. Una legge che se sfruttata bene, ovvero mantenendo il rigore messo in campo, apre nuovi scenari perché introduce il cosiddetto controllo dinamico al quale la stessa magistratura contabile non può non attenersi: «Il comma 2 interviene sulla legge di stabilità 2014 volto a consentire l'accesso, in caso di esito negativo del primo giudizio, ad un nuovo giudizio presso il giudice contabile. Il comma dispone in proposito che in caso di diniego di approvazione da parte della Sezione regionale di controllo del piano di riequilibrio finanziario, l'ente locale interessato potrà riproporre, per l'esercizio 2014, un nuovo piano all'avvenuto miglioramento della situazione finanziaria, in termini di miglior avanzo di amministrazione ovvero di minore disavanzo, registrato nell'ultimo disavanzo approvato».

**SANITÀ CAMPANA**  
**Calabrò**  
**ringrazia**  
**il ministro,**  
**«Salvo il Ssn»**



*(ch.ma.)* - «Il soldato Ssn è salvo dai tagli lineari e con esso il diritto alla salute degli italiani». Così il deputato Raffaele Calabrò, consulente del governatore Stefano Caldoro in materia di Sanità, intervenuto ieri alla assemblea costituente dell'Ncd, di cui è entrato a far parte. «Bisogna dare atto al Premier Renzi e al Ministro Lorenzin di aver difeso il sistema sanitario dall'ennesima operazione chirurgica e di aver compreso, o fatto comprendere, che la sanità non è semplicemente liquidabile come una spesa, ma un determinato fattore di crescita del benessere di una società», ha spiegato. «Adesso con la certezza delle finanze, dobbiamo procedere a ritmo serrato verso il Patto della salute, e la riforma del titolo V per la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale: ossia rafforzando il ruolo di indirizzo e di controllo del Ministero della Salute, lasciando alle Regioni la riorganizzazione e gestione dei sistemi sanitari». Ed ha precisato: «Riorganizzazione, riduzione degli sprechi e riscoperta della dignità della sanità, devono essere le parole d'ordine per la salvezza del soldato Ssn». Nelle prossime settimane a Napoli i nuovi indirizzi dettati dal governo produrranno effetti clamorosi. L'obiettivo del ministro è definire con la Regione una intesa che consenta di far ripartire l'efficienza degli impieghi a partire dai centri di costo locali, dalle Asl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Confronto** In Danimarca, Estonia e Svezia la maggior diffusione

## Solo un terzo dei nostri dottori utilizza già la ricetta online

**L**o stato di salute della sanità online in generale sta migliorando. Secondo due indagini svolte nelle unità ospedaliere di cura intensiva di circa 1.800 ospedali di 28 paesi Ue (più Islanda e Norvegia) e tra oltre 9 mila medici generici d'Europa, l'utilizzo della sanità online ha iniziato a prendere piede: il 60% dei medici generici utilizzava gli strumenti di assistenza sanitaria online nel 2013, con un aumento del 50% rispetto al 2007.

I Paesi nei quali si registra la maggiore diffusione della sanità online sono la Danimarca (66%), l'Estonia (63%), la Svezia e la Finlandia (entrambe al 62%). I servizi di sanità online sono ancora utilizzati per lo più per la registrazione e la trasmissione tradizionale, anziché per scopi clinici, come le visite online (solo il 10% dei medici generici svolge visite online).

In fatto di digitalizzazione delle cartelle cliniche dei pazienti, i Paesi Bassi si piazzano primi con una percentuale di digitalizzazione dell'83,2%; in seconda posizione troviamo la Danimarca (80,6%) e in terza il Regno Unito (80,5%). Tuttavia, appena il 9% degli ospedali in Europa permette ai pazienti di accedere online alla propria cartella clinica e la maggior

parte di essi dà solo un accesso parziale. Per l'Italia, i dati sono in linea con la media Ue. Di 13 aree prese in considerazione, solo quella sulla "cartella clinica condivisa da tutti i reparti", ha mostrato una differenza significativa con la media europea (-27%). Su tutti gli altri parametri l'Italia è in linea con la media Ue e l'indagine mostra come rispetto al 2010 vi siano stati progressi su quasi tutti i 13 indicatori selezionati.

I medici generici fanno un uso limitato delle prescrizioni elettroniche e delle interazioni con i pazienti per e-mail (32% e 35% rispettivamente). I tre paesi in vetta alla classifica per le prescrizioni elettroniche sono l'Estonia (100%), la Croazia (99%) e la Svezia (97%), mentre per quanto riguarda l'uso dell'e-mail troviamo la Danimarca (100%), l'Estonia (70%) e l'Italia (62%). Alla domanda sul perché non utilizzino di più i servizi di sanità online, i medici generici hanno addotto come motivo la scarsa remunerazione (79%), le conoscenze informatiche insufficienti (72%), la mancanza di interoperabilità dei sistemi (73%) e la mancanza di un quadro normativo sulla riservatezza per le comunicazioni per e-mail tra medico e paziente (71%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# IL DOSSIER

## Truffe record e frodi alla Sanità La carica delle false esenzioni Stimato un danno erariale di un miliardo di euro Interventi di chirurgia estetica presentati come salva-vita

ROMA — C'è una voragine nei conti dello Stato provocata dalle truffe al servizio sanitario nazionale. Oltre un miliardo di euro di danni erariali causati dalle irregolarità compiute da medici e operatori, spesso d'accordo con i pazienti oppure con gli agenti assicurativi. Ma anche con le società farmaceutiche e con le aziende private che si occupano di commercializzazione di macchinari. E' il clamoroso risultato dei controlli compiuti dalla Guardia di Finanza nell'ultimo anno. E le verifiche dei primi due mesi del 2014 sembrano confermare il trend visto che fino al 28 febbraio scorso sono già state segnalate alla Corte dei Conti 104 persone e l'ammontare delle perdite supera i 150 milioni di euro. Sono decine le tipologie degli illeciti e le più frequenti riguardano gli interventi di chirurgia estetica spacciati per operazioni su gravi patologie, i finti ricoveri di pronto soccorso nelle strutture private, le iperprescrizioni di farmaci.

### Scoperti oltre 700 funzionari infedeli

Il dossier dell'Ufficio Tutela e mercato delle Fiamme Gialle guidato dal colonnello Giovanni Avitabile fornisce numeri e casi di un fenomeno che viene costantemente monitorato perché, come si sottolinea nella relazione «il controllo della spesa vista la sua particolare importanza nell'ambito del bilancio pubblico e le sue preoccupanti dinamiche di crescita, rappresenta una delle priorità inderogabili per il raggiungimento degli obiettivi di politica economica». E perché «la necessità di risanare i conti pubblici impone un'oculata attività di contenimento e razionalizzazione della spesa anche con una mirata atti-

vità di verifica finalizzata all'individuazione delle condotte negligenti o illecite che, consentendo sprechi, disconomie o inefficienze, possono rappresentare una variabile sensibile nelle funzioni di crescita delle uscite».

I controlli si muovono sul doppio binario: all'indagine affidata ai nuclei territoriali, si affiancano i «protocolli di collaborazione con le Aziende sanitarie locali per ottenere uno scambio informativo e l'attivazione delle ispezioni». I dati forniscono il quadro: nel 2013 sono stati compiuti 10.333 controlli e 1.173 sono state le persone denunciate per un valore che supera i 23 milioni di euro. Ben più grave il capitolo delle richieste di risarcimento avanzate dalla Corte dei Conti: sono 177 le verifiche, 742 i funzionari pubblici sottoposti a procedimento, un miliardo e 5 milioni di euro il totale delle contestazioni.

### I falsi Drg e il day hospital

Si chiamano «Raggruppamenti omogenei di diagnosi» e servono a stabilire le tariffe per le prestazioni che vengono caricate sul Servizio Sanitario Nazionale. Proprio «truccando» i referti e quindi «facendo rientrare l'intervento nella categoria autorizzata oppure per la quale è previsto un rimborso superiore al dovuto» sono stati drenati centinaia di milioni di euro alle casse statali. Il caso più eclatante riguarda le operazioni di chirurgia estetica che invece vengono spacciate per interventi su gravi patologie, spesso addirittura tumorali. Le rinoplastiche fatte passare come settoplastica sono certamente frequenti, ma c'è anche chi si è rifatto il seno, le cosce, l'addome sostenendo di essere molto malato,

addirittura in pericolo di vita. Qualche settimana fa sono stati indagati il primario dell'ospedale Villa Sofia di Palermo e alcuni alti dirigenti del nosocomio proprio con l'accusa di aver falsificato le cartelle cliniche di una decina di pazienti.

Tecnica usata per ottenere illecitamente i rimborsi è anche l'attestazione di ricoveri in realtà mai avvenuti oppure gli interventi effettuati in ambulatorio per i quali si richiede invece il rimborso di day hospital. Sono *escamotage* apparentemente da poche migliaia di euro, ma moltiplicati per centinaia di migliaia di cittadini determinano un esborso spropositato.

### Farmaci e ticket sempre gratis

Un'indagine effettuata due anni fa in Lombardia dimostrò che a Milano un cittadino su cinque non pagava il ticket pur non avendo diritto all'esonero. Alla fine ben il 20 per cento degli assistiti risultò non in regola. La maggior parte aveva contraffatto i dati dell'autocertificazione, il resto aveva ottenuto una attestazione compiacente. Il quadro fornito dagli analisti

della Guardia di Finanza prova che a livello nazionale la situazione è analoga se non peggiore. Basti pensare che su 9.936 controlli effettuati, sono state trovate ben 7.972 posizioni «fuori legge» che hanno provocato un «buco» nel bilancio statale di circa un milione di euro. Vuol dire 8 su 10, quindi una percentuale clamorosa.

### Gli espedienti / 1

#### I referti truccati e i rimborsi più alti

Si chiamano «Raggruppamenti omogenei di diagnosi» e servono a stabilire le tariffe per le prestazioni che vengono caricate sul servizio sanitario nazionale. Truccando i referti e facendo rientrare l'intervento nella categoria autorizzata o per la quale è previsto un rimborso superiore al dovuto sono stati drenati centinaia di milioni alle casse statali

Ben più alto è il volume delle "uscite" causate dalla iperprescrizione di farmaci da parte dei medici di base. Storia emblematica è quella di Catania dove si è scoperto che «la emissione di ricette è di 7 punti superiore alla media nazionale senza che questo sia supportato da un quadro epidemiologico tale da poter giustificare l'eccessivo consumo». In cima all'elenco ci sono gli inibitori di pompa, le statine e gli antidiabetici, ma sono decine e decine le confezioni acquistate con l'esenzione senza che i pazienti ne avessero effettiva necessità. Nessuno eguaglia il dottore che ha prescritto 700 fiale di antibiotico alla moglie, ma a scorrere le denunce i casi eclatanti sono davvero tantissimi. Da tempo l'attività dei medici di base viene monitorata anche per quanto riguarda il numero dei "clienti". Le verifiche per tutelare il settore della spesa pubblica hanno infatti evidenziato la presenza negli elenchi di persone emigrate all'estero o decedute. Secondo il rapporto stilato dal colonnello Avitabile «è necessario stimolare ulteriormente le competenti strutture sanitarie ad avviare in modo sistematico, a livello nazionale, una opportuna opera di bonifica e aggiornamento delle liste degli assistiti con conseguente rideeterminazione degli importi spettanti ai medici e il recupero delle somme già percepite senza titolo dagli stessi».

## La lungodegenza e le finte emergenze

Il limite massimo stabilito dalla legge per la degenza parla di 60 giorni, dopo scatta la tariffa più bassa per il rimborso. Ma aggirare l'ostacolo per ospedali e cliniche convenzionate è

evidentemente molto facile. Basta "frazionare" il ricovero e per il paziente a carico dello Stato la tariffa rimarrà sempre al massimo. Si tratta di un "sistema" illecito non facile da scoprire che provoca danni da milioni di euro. Prima della scadenza dei due mesi, il malato viene "dimesso" e accettato nuovamente qualche giorno dopo. In realtà in alcuni casi è accaduto che non si sia addirittura mosso dalla struttura.

Ma le vie della truffa appaiono infinite. E così ci sono anche i «finti ricoveri eseguiti in regime d'emergenza da case di cura che sulla base del Piano sanitario Regionale non risultano in realtà abilitate. Numerose denunce sono state attivate in questo modo nonostante la clinica non fosse dotata di servizio di pronto soccorso. E nonostante la legge imponga questo tipo di reparto come condizione indispensabile per poter ricorrere a questa tipologia di ricovero».

## Macchinari e appalti truccati

Ci sono medici che utilizzano privatamente, facendosi pagare profumate parcelle, i macchinari comprati dalle strutture pubbliche. Uno dei casi più eclatanti, con un danno che supera i 200 mila euro, è stato scoperto in Abruzzo ed è stato citato dal procuratore regionale Fausta Di Grazia nella

## Gli espedienti/2

### Macchinari pubblici usati a pagamento

Ci sono medici che utilizzano privatamente laboratori, facendosi pagare profumate parcelle, i macchinari comprati dalle strutture pubbliche. Uno dei casi più eclatanti, con un danno che supera i 200 mila euro, è stato scoperto in Abruzzo ed è stato citato dal procuratore regionale Fausta Di Grazia nella sua relazione di apertura dell'anno giudiziario

sua relazione di apertura dell'anno giudiziario. La magistratura contabile «ha agito nei confronti di un medico, docente universitario, per aver utilizzato privatamente, per alcuni anni, attrezzature diagnostiche acquisite con fondi della Regione e da quest'ultima rese disponibili all'Università de L'Aquila. Il danno complessivo attiene ai profili strettamente patrimoniali, al disservizio arrecato all'Università e all'Asl oltre che al pregiudizio d'immagine per la risonanza mediatica avuta dalla vicenda, a seguito della quale il convenuto è stato condannato anche in sede penale».

Un capitolo che naturalmente provoca esborsi da milioni di euro è quello degli appalti pubblici. Sono decine e decine le inchieste aperte in tutta Italia, prima fra tutte spicca quella sulla Regione Lombardia con il disvelamento dell'accordo tra politica e imprenditoria. Tra i casi citati nel rapporto della Guardia di Finanza c'è quello che riguarda la Asl di Brindisi dove la Corte dei Conti ha evidenziato «l'alterazione, mediante vari e, a volte, sofisticati meccanismi fraudolenti, della libera concorrenza tra le imprese partecipanti alle gare per l'aggiudicazione dei lavori, con immediata ripercussione sull'entità della spesa sostenuta, a tutto personale vantaggio degli agenti pubblici coinvolti e delle imprese conniventi e a corrispondente grave detrimento del patrimonio pubblico, ove si consideri il cospicuo valore complessivo (circa 35 milioni di Euro) degli appalti oggetto di indagine».

**Fiorenza Sarzanini**  
fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La denuncia

Sono 1.173 le persone denunciate per un valore che supera i 23 milioni di euro

## Le indagini

Nei primi due mesi del 2014 segnalazioni per 150 milioni di euro, coinvolte 104 persone

**10** mila Gli interventi effettuati dalla Guardia di Finanza lo scorso anno sulla spesa sanitaria. I controlli si muovono sul doppio binario: all'indagine affidata ai nuclei territoriali, si affiancano i «protocolli di collaborazione con le Aziende sanitarie locali per ottenere uno scambio informativo e l'attivazione delle ispezioni»

**22** i controlli effettuati nei primi due mesi del 2014 dalla Guardia di Finanza per verificare eventuali danni erariali in materia di spesa sanitaria. Lo scorso anno gli interventi sono stati 177 e i danni accertati pari a un miliardo. Quelli accertati nei primi due mesi del 2014 ammontano a oltre 150 milioni

## Le parole

---

### Danno erariale

È il danno sofferto dallo Stato o da un altro ente pubblico a causa dell'azione o dell'omissione di un soggetto che agisce per conto della pubblica amministrazione in quanto funzionario, dipendente o, comunque, inserito in un suo apparato organizzativo. Sul danno erariale giudica la Corte dei Conti.

### Costi standard

I costi standard sono un sistema di ripartizione del fondo tra le Regioni in base alle performance di tre Regioni individuate dalla conferenza Stato-Regioni. Si tratta di Emilia Romagna, Umbria e Veneto. I costi vengono stabiliti in rapporto alle risorse necessarie per i livelli essenziali di assistenza. Obiettivo: evitare che una siringa costi due centesimi in una regione e dieci in un'altra

### Patto per la salute

Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il governo sta definendo il nuovo Patto con l'obiettivo di risparmiare 10 miliardi di euro in 3-4 anni, ha detto il ministro Beatrice Lorenzin.

### Spesa e Def

Nel Documento di economia e finanza appena presentato dal governo, nel periodo 2015-2018, la spesa sanitaria è prevista crescere ad un tasso medio annuo pari al 2,1%. Da 11,4 miliardi di euro nel 2014 si arriva a 121,3 miliardi nel 2018. Nello stesso periodo il peso sul Pil (Prodotto interno lordo) scende dal 7% al 6,8%.

## Nell'ultimo rapporto della Guardia di Finanza spuntano accordi tra medici, pazienti e compagnie di assicurazione

---

### I finti ticket

Su 9.936 controlli effettuati, sono state trovate ben 7.972 posizioni "fuorilegge"

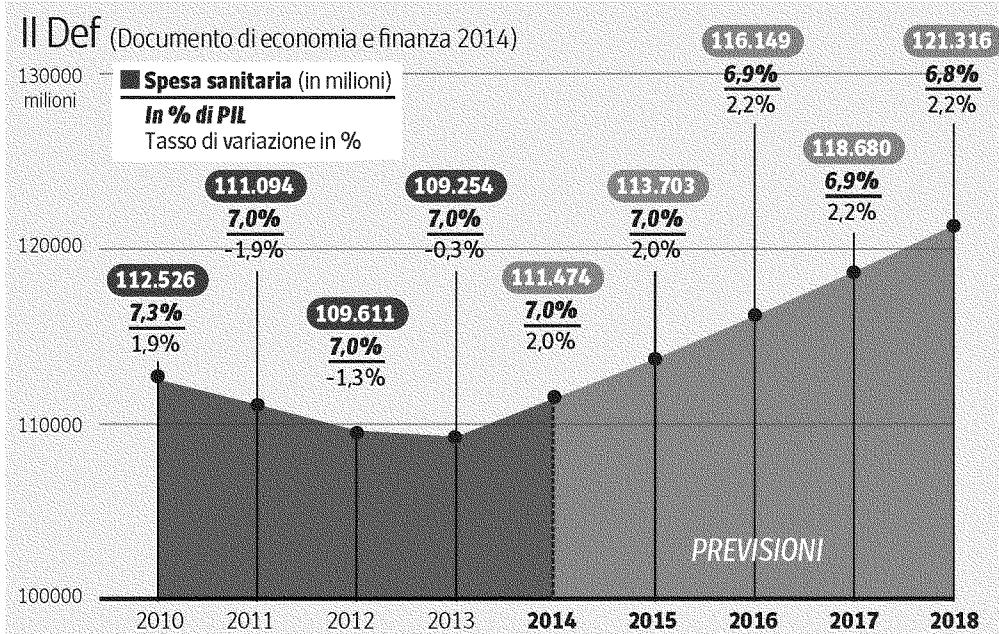
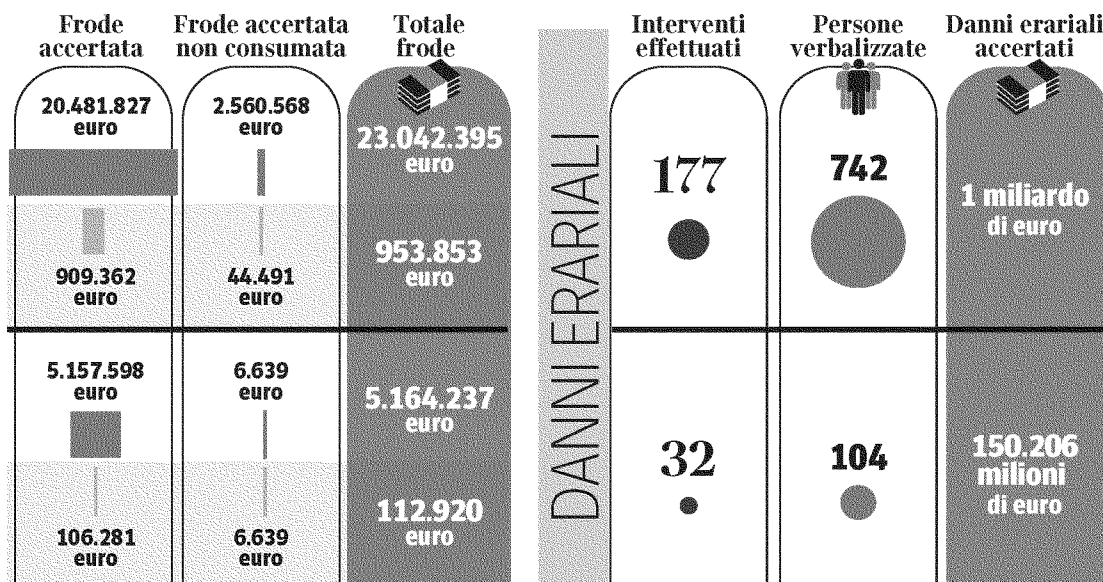
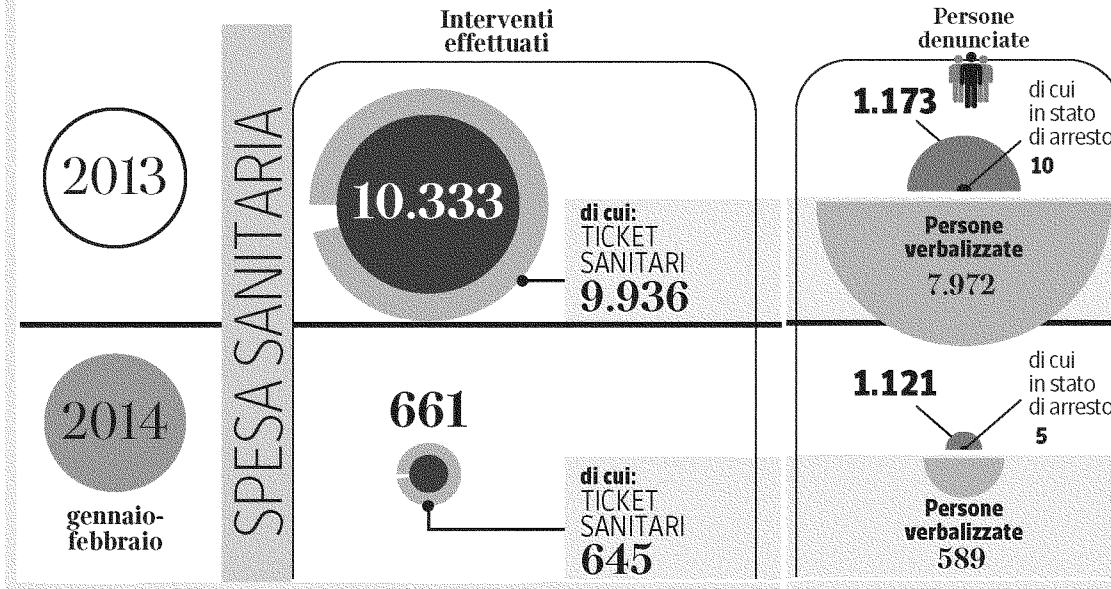
---

### Le medicine

Medicine fatte acquistare dal Sistema sanitario senza l'effettiva necessità: Il caso degli antidiabetici

---

## I controlli nella Sanità delle Fiamme Gialle



**Sanità**  
**Il «raddoppio»  
delle malattie rare**  
**Curabili 7 su 10**

EMANUELA VINAI

«Circa il 30% delle malattie rare riduce le attese di vita a meno di cinque anni, ma per ben il 70% dei casi sono disponibili trattamenti variabilmente efficaci».

Il realismo di Bruno Dallapiccola, genetista di fama internazionale, è colmo di ottimismo per i progressi della ricerca nel campo delle malattie rare.

A PAGINA 12

# Le malattie rare raddoppiano ma 7 su 10 si possono curare

*In Italia mille patologie orfane di diagnosi e terapie  
«Questi pazienti vanno rimessi al centro della sanità»*

## Senza voce

A Roma un convegno per fare il punto sul fenomeno, ancora troppo sottovalutato nel nostro Paese. I problemi? Il ritardo della scienza, l'assenza di modelli di cura consolidati e la solitudine delle famiglie

**Dallapiccola (Bambino Gesù): ormai nella maggior parte dei casi sono disponibili trattamenti variabilmente efficaci. Noia (Gemelli): con le terapie fetali ottimi risultati**

EMANUELA VINAI

«**C**irca il 30% delle malattie rare riduce le attese di vita a meno di cinque anni, ma per ben il 70% dei casi sono disponibili trattamenti variabilmente efficaci». Il realismo di Bruno Dallapiccola, genetista di fama internazionale e direttore scientifico dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, è colmo di ottimismo per i progressi della ricerca nel campo delle malattie rare. Il convegno "Il ruolo della cooperazione sociale

nella lotta alle malattie genetiche e rare", promosso dalla cooperativa sociale Magi-Euregio in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei ministri, Ufficio per il programma di governo, è stata l'occasione per fare il punto su un mondo ricco di declinazioni e di difficoltà quale quello delle patologie rare. Secondo gli ultimi dati disponibili, sono 9.600 le malattie di questo tipo censite nel mondo (la stima finora era di 5-6 mila patologie diverse): nonostante i malati affetti da una singola patologia siano molto pochi, la loro somma complessiva arriva a costituire una cifra rilevante che rappresenta circa il 10% delle persone affette da patologie invalidanti.

Nel corso della sua relazione, Dallapiccola ha spiegato le motivazioni della complessità della diagnosi, spesso ritardata o mai raggiunta, e della laboriosità della presa in carico dei pazienti, «complicata dal fatto che molte di queste situazioni richiedono l'intervento di più specialisti e sono croniche, interessano cioè tutto l'arco della vita». Ha però anche sottolineato come il bagaglio degli interventi disponibili in merito si è significativamente ampliato negli ultimi anni «e la ricerca nel settore della terapia è in continua espansione».

Il professor Giuseppe Noia, responsabile del Centro di diagnosi e terapia fetale presso il Policlinico Gemelli di Roma, ha narrato con grande intensità il percorso della diagnosi prenatale: dalla scoperta di un'anomalia fetale, alle possibili cure in utero, fino ad arrivare all'accompagnamento post parto dei casi a prognosi infausta. «La diffusione di una scienza e di una cultura prenatale senza speranza dopo una diagnosi di patologia fetale propone solo l'interruzione di gravidanza – ha denunciato

Noia –. Noi abbiamo scelto da trent'anni di fare diversamente, eseguendo terapie al feto con metodiche invasive e non invasive, ottenendo ottimi risultati nel 60% dei casi». Laddove però tutti gli sforzi congiunti della medicina e della scienza non siano stati efficaci, esiste una terza via: l'accompagnamento dei nati e delle famiglie verso la fine naturale grazie all'associazione La Quercia millenaria, che opera come hospice perinatale.

È toccato a Giuseppe Milanese, presidente Confcooperative Federazione sanità, sottolineare l'indietroreggiamento dei sistemi di welfare di Stato in tutta Europa che rischia di compromettere la realizzazione e la qualità dei servizi socio-sanitari ai cittadini: «La cooperazione attualmente nel nostro Paese offre servizi a circa 7 milioni di cittadini – ha spiegato Milanese – tra cui spicca l'assistenza domiciliare integrata». Nel contesto delle malattie genetiche e rare, il valore aggiunto della cooperazione nasce «dal rimettere al centro la persona e i suoi bisogni, privilegiando le istanze sociali che provengono dalla fragilità dei pazienti e delle loro famiglie».

E proprio dell'attività riguardo le malattie rare svolta dalla cooperativa sociale Magi-Euregio ha parlato il presidente Matteo Bertelli, che ha evidenziato come «ben 1.000 malattie nel nostro Paese sono dichiarate "orfane", ovvero prive di diagnosi e di terapie adeguate, costituendo un problema sanitario da non sottovalutare». L'intervento, in questa prospettiva, è da declinarsi nell'etica di ispirazione cattolica «che vede nei valori del rispetto della vita, della solidarietà verso il più debole e della rinuncia al profitto le basi dell'operare».

## I numeri

36

MILIONI

I MALATI RARI  
IN EUROPA

9.600

LE MALATTIE  
RARE CENSITE

0,05%

LA SOGLIA PER  
DEFINIRE UNA  
MALATTIA  
RARA

10%

I MALATI CON  
PATOLOGIE  
INVALIDANTI  
RARE

### L'ASSOCIAZIONE / 1

#### Sindrome di Aicardi, uno su 500mila. Ma l'Italia c'è

C'è una malattia rarissima che colpisce solo le bambine con un'incidenza di 1 su 500mila: è un'encefalopatia malformativa, più conosciuta col nome di Sindrome di Aicardi. Dovuta a una mutazione dominante legata al cromosoma X, è una patologia di quelle definite «a prognosi severa», nel passato, soprattutto a causa di infezioni polmonari, la maggioranza dei bambini non raggiungeva l'età della seconda infanzia. Quasi nessuna bambina riesce a camminare da sola, ha gravi deficit visivi e il ritardo mentale è molto grave, con linguaggio tendenzialmente assente. Per promuovere e sostenere la ricerca su questa malattia, in Italia è attiva l'associazione Sindrome di Aicardi Onlus ([www.sindromediaicardi.com](http://www.sindromediaicardi.com)). Nata per volontà di un gruppo di genitori, l'associazione vuole favorire una più ampia conoscenza della malattia e stabilire una rete di comunicazione e supporto tra le famiglie (E.Vin.)

### L'ASSOCIAZIONE / 2

#### L'unione fa la forza. E le famiglie si aiutano in un clic

Venti associazioni unite per dar vita a una rete di condivisione di esperienze e di lotta alle malattie rare, grazie anche a un rapporto diretto e coeso con le istituzioni, con cui interloquire con una voce sola: è Uniamo, la Federazione italiana malattie rare onlus. La federazione fa parte di Eurordis (European organisation for rare diseases), l'alleanza europea di associazioni di pazienti affetti da malattia rara, formata da 16 federazioni nazionali, 400 associazioni, distribuite su 40 Paesi. Ad oggi più di 100 associazioni di malati rari e familiari sono federate ad Uniamo per oltre 600 patologie rare rappresentate. Sul sito istituzionale [www.uniamo.org](http://www.uniamo.org) è possibile trovare informazioni, notizie utili, link per collegarsi a indirizzi utili. Le associazioni aderenti, ciascuna riferita a una particolare malattia rara, sono segnalate in uno spazio ad hoc (ciascuna col suo sito) (E.Vin.)

**L'evento**

# Il principe e il «suo» regno

## La mostra degli Incurabili

### Il pretendente al trono visita anche la storica farmacia

**L'inaugurazione**

Il «governo della salute» ai tempi del Re di Napoli: la sanità si gestiva così

**Benedetta Palmieri**

C'è chi ancora ne nota le ubicazioni meno consone, e così qualcuno ha buttato un occhio ironico ai panni stesi all'interno del cortile degli Incurabili, mentre arrivava l'auto con a bordo il principe Carlo di Borbone, in visita a Napoli con la sorella Beatrice.

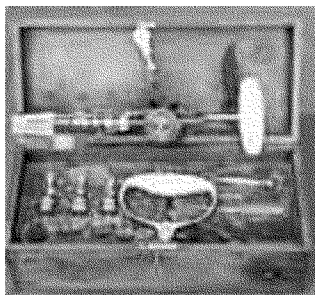
Quasi d'obbligo dunque un passaggio alla mostra «La sanità al tempo dei Borbone. Mostra documentaria sul governo della salute nel Regno di Napoli e delle Due Sicilie, dal 1734 al 1860», che inaugurava ieri pomeriggio ed è ospitata nella sede del museo delle arti sanitarie (che si trova proprio all'interno dell'ospedale).

Ma prima di scoprire documenti storici e attrezzature mediche, e prima dunque di entrare anche noi nel vivo di una mostra davvero ricca di curiosità, i principi sono stati accompagnati per una breve esibizione musicale nella straordinaria Farmacia.

Ancora un momento ufficiale, con i saluti dell'assessore Caterina Miraglia e del direttore dell'Asl Napoli Ernesto Esposito; poi - affidati alle sapienti (e partecipi) spiegazioni del professor Gennaro Rispoli, fondatore del museo e curatore della mostra -

ne hanno seguito tutto il percorso.

E allora eccola. Ecco le due macchine anatomiche della seconda metà del millesettecento: una realizzata in gesso e una in cartapesta, sul genere di quelle (fascinose e leggendarie) realizzate da Raimondo di Sangro con il medico Giuseppe Salerno, ma

**Trapano per il cranio**

Gli attrezzi del neurochirurgo in uso nelle sale operatorie del Regno

**Panni stesi**

Regalità e biancheria al sole agli Incurabili: un dettaglio che ricorda davvero i tempi di re Ferdinando

**Le «macchine»**

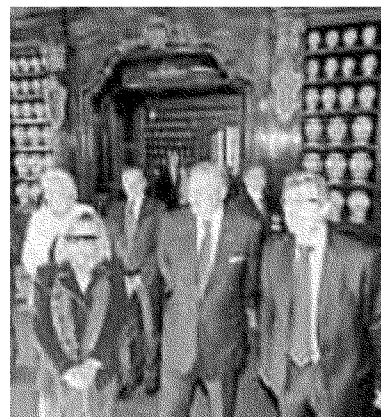
Come quelle di Raimondo di Sangro, ma servivano per la ricerca scientifica «non per scioccare uno spettatore»

- ci tiene a sottolineare Rispoli - «quelle volevano stupire, mentre queste servivano alla ricerca». E in questa affermazione è racchiusa anche buona parte dei perché della mostra: ripercorrere una parte di storia della nostra medicina e dimostrarne il valore. Ancora, tra i documenti più interessanti ci sono senza ombra di dubbio i certificati attestanti la nuova laurea che i medici del regno delle Due Sicilie furono costretti a conseguire dopo l'unità d'Italia - legge che dovette sembrare eccessiva già all'epoca, se il secondo diploma esposto (e datato 1880) annota «già laureato in medicina fin dal 1856».

Ma passiamo agli oggetti e alle attrezzature: un poppatolo in vetro, antesignano del biberon; strumenti per lavaggi post avvelenamento (da acido muriatico ad esempio), che pare fossero usati moltissimo a quei tempi, considerata l'alta percentuale di giovani donne che decideva di avvelenarsi per amore; una insolita struttura composta da strisce di stoffa con le quali operare pressioni sul torace, per intervenire in casi di asfissia e annegamento inducendo una respirazione forzata; alcuni esempi di maschera di Ombrédanne, che venne usata per le primissime anestesie (il dolore al tavolo operatorio era stato viceversa a lungo considerato tappa fondamentale catartica per ottenere la guarigione); un decisamente poco salutare (ma significativo) castratore per creare voci bianche. Tra una sollecitazione e l'altra, la principessa Beatrice si è lasciata incuriosire particolarmente dalla storia del cimitero delle 366 fosse; mentre il fratello Carlo - silenzioso e concentrato sulle spiegazioni sino a quel momento - si è avvicinato ai documenti riguardanti la campagna antivaiolo, restando a osservarli con grande interesse. Interesse attestato anche dalle parole che ha voluto poi dire lasciando il

museo, congratulandosi con i curatori ed esprimendo tutta la propria ammirazione per il lavoro fatto: «È una mostra che insegna tanto, e che rivela un aspetto positivo di Napoli. Mi auguro che sarà molto visitata». Per farlo, c'è tempo sino al 13 luglio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



”

**L'augurio**

Sarebbe bello se in molti venissero a scoprire queste realtà storiche



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



**Neurologia** Al Rummo di Benevento il centro di riferimento regionale e anche l'unica «unità stroke» campana

# Quando l'ictus è in agguato

di ETTORE MAUTONE

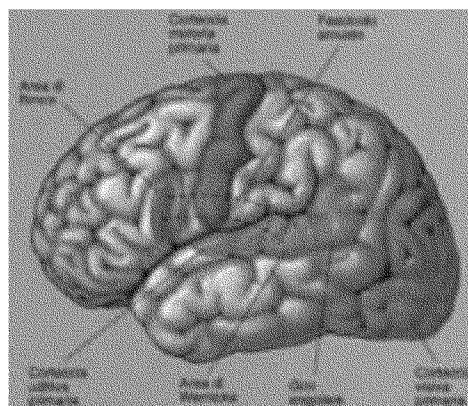
Una delle principali cause dell'ictus è la fibrillazione atriale, un disordine della contrazione del cuore abbastanza comune tra chi è affetto da ipertensione e altri disturbi cardiovascolari, ovvero tra i manager e tra chi per lavoro o errate abitudini di vita è sottoposto a stress elevati. L'origine è un coagulo che si forma nelle cavità cardiache a causa della turbolenza del flusso sanguigno. Un grumo che diventa una mina vagante in grado di viaggiare lungo le ramificazioni dell'albero arterioso e di colpire a distanza. Quando l'embolo si è formato e raggiunge un'arteria cerebrale, la ostruisce condannando a morte quel distretto del cervello a meno di interventi immediati. All'evento acuto, che comporta un grave pericolo di vita per il paziente, residua spesso una grave disabilità con paralisi che compromettono (spesso irreversibilmente) la sensibilità e motilità di estesi distretti dell'organismo. Il costo sociale e sanitario sono elevatissimi. «È ormai dimostrato che la fibrillazione atriale è la causa del 15% di tutti gli ictus cardioembolici», avverte Marino Scherillo, primario del dipartimento di Scienze cardiovascolari dell'Azienda ospedaliera Rummo di Benevento, centro di riferimento regionale per questa patologia: «Ciò significa che in Italia, dei 200 mila casi di ictus stimati all'anno, 30 mila sono determinati da questa frequente anomalia del ritmo cardiaco la cui prevalenza è stimata intorno all'1% della popolazione (ma ben il 10% degli ultraottantenni). Dato destinato a crescere a causa del progressivo allungamen-

## I rischi del cuore «in subbuglio» In soccorso arrivano i nuovi anticoagulanti orali

to della vita media». In particolare, a Benevento, dove nei giorni scorsi un team di specialisti si è riunito per affrontare il tema, si stima che circa il 5% della popolazione è a rischio e in Campania i soggetti affetti da fibrillazione atriale sono circa 70 mila. La novità, nella pratica clinica e nella prevenzione degli eventi avversi acuti, è rappresentata dai nuovi anticoagulanti orali, farmaci più specifici e con pochi effetti collaterali. «Terapie — aggiunge Scherillo — che a differenza dei vecchi inibitori della vitamina K agiscono su fattori specifici della coagulazione riducendo sensibilmente gli effetti collaterali e i rischi emorragici aprendo nuove prospettive nella pratica clinica quotidiana e nel trattamento a lungo termine. In Italia — sottolinea — si registra un sottotrattamento dei pazienti affetti da fibrillazione atriale, dovuto principalmente ai limiti della profilassi farmacologica finora utilizzata (antagonisti della vitamina K), che presenta alcune difficoltà di gestione come la necessità di frequenti controlli ematologici per l'aggiustamento del dosaggio, data l'alta variabilità di risposta individuale». Da pochi mesi dunque anche l'Italia può contare su una classe di farmaci, i nuovi anticoagulanti orali, più maneggevoli e sicuri, in grado di venire incontro alle esigenze di medici e pazien-

ti. «Un'alternativa efficace e sicura per la prevenzione dell'ictus — conclude Scherillo — arriva effettivamente dai nuovi anticoagulanti orali, come rivaroxaban, un inibitore diretto specifico e reversibile di uno dei fattori della coagulazione che non richiede il monitoraggio della coagulazione ed è l'unico in monosomministrazione giornaliera, una garanzia di aderenza alla terapia». Fattore determinante nella prevenzione dell'ictus è l'aderenza alla terapia, attualmente molto bassa a causa della necessità di sottoporsi a continui monitoraggi per l'aggiustamento del dosaggio, indispensabile per mantenere il range terapeutico ottimale, per evitare emorragie, o, al contrario, formazione di trombi. Senza dimenticare, poi, un'altra criticità che riguarda l'interazione con altri farmaci o con alcuni alimenti, che ne variano l'assorbimento. Secondo recenti dati solo il 35% dei pazienti affetti da fibrillazione atriale è in terapia anticoagulante con gli antagonisti della vitamina K, percentuale che in Campania scende ulteriormente al 28%. Per tutti questi motivi, tali farmaci non vengono usati con regolarità e sono troppo spesso abbandonati dai pazienti.

La situazione nella Regione Campania è ulteriormente complicata dalla distribuzione disomogenea sul territorio dei Centri antitrombotici. Strutture deputate ai controlli ematici per la gestione del paziente in terapia afferenti solo ai capoluoghi di provincia. «Situazione che costringe molti pazienti ad affrontare, in alcuni casi, lunghi spostamenti per recarsi al centro antitrombotico più vicino», precisa Vincenzo Luciani, presidente dell'Ordine dei medici di Benevento: «Fortunatamente il territorio sannita può contare su una struttura d'eccellenza per il paziente in terapia anticoagulante presso l'Azienda ospedaliera Rummo, alla quale si affianca, sempre in città, una analoga struttura presso l'ospedale San Giovanni di Dio Fatebenefratelli. Il piano ospedaliero campano prevede inoltre un'unità stroke (centri per i trattamenti intensivi dell'ictus omologhi alle unità coronariche per l'infarto) in ogni azienda ospedaliera provinciale. Ma, per ora, c'è solo a Benevento. Abbiamo lavorato per anni per creare una rete che rappresenti un vero e proprio modello assistenziale per tutto il Sud».



## Il convegno La Asl3 Napoli Sud **Infarto, la prevenzione in un marker biologico**

Pazienti con scompenso  
o a rischio, dagli esami  
del sangue un aiuto

CASTELLAMMARE. Il futuro della prevenzione degli infarti passa anche attraverso un semplice esame del sangue: grazie a un marker, infatti, è possibile sapere se un paziente affetto da scompenso cardiaco ne sarà colpito in un futuro molto prossimo, addirittura a distanza di qualche mese. Del marker biologico ST2 Presage si è parlato ieri, a Castellammare nel corso del convegno promosso dalla Asl NA3 Sud intitolato «La gestione del paziente con scompenso cardiaco: nuovi biomarcatori per stratificazione prognostica». «L'utilità del test risiede nel fatto che - dice Salvatore Di Somma dell'Università La Sapienza e direttore di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma - può consentire l'adozione di un atteggiamento terapeutico più completo, riducendo il rischio di ospedalizzazione dei pazienti». «Notoriamente - continua Di Somma - un paziente di questo tipo viene ricoverato mediamente 4 volte all'anno e ciascun ricovero può costare fino a 4500 euro. Conoscendo il rischio a cui sarà esposto è possibile, quindi, un trattamento farmacologico adeguato in grado di dimezzare i ricoveri a causa di un infarto e allungare le aspettative di vita. Questo semplicemente con un esame che costa tra i 20 e i 30 euro».



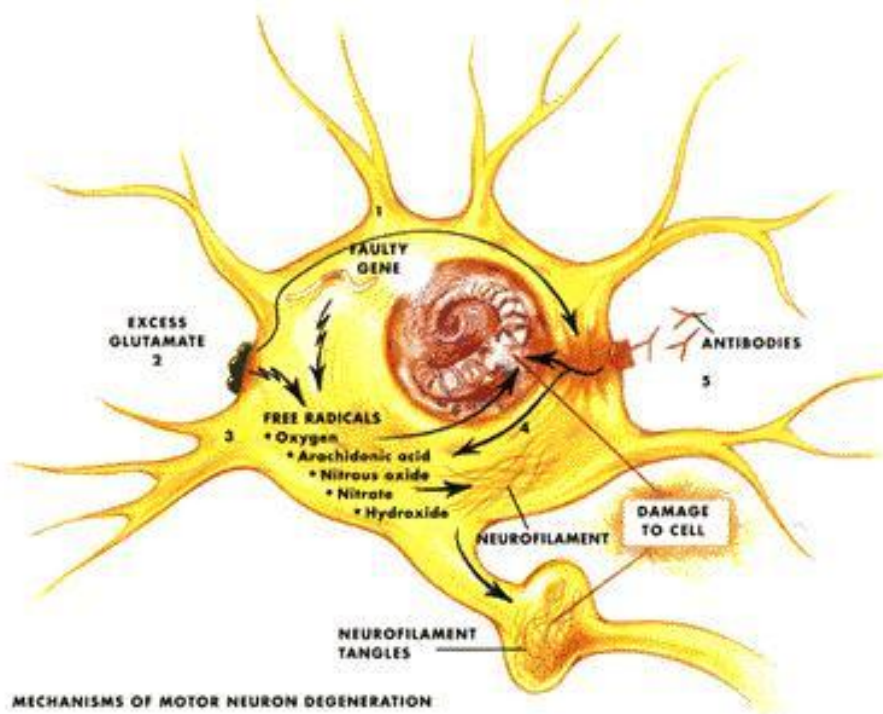
In Italia, il costo delle ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca rappresenta il 5 per cento della spesa sanitaria nazionale. Circa 14 milioni di persone, in Europa, soffrono di insufficienza cardiaca. Cifra destinata a raggiungere i 30 milioni entro il 2020. «Al momento - dice Nicola Di Martino, direttore dell'unità ospedaliera complessa cardiologia e utic ospedali riuniti area stabiese - questo test può essere eseguito nella Seconda Università di Napoli, ne abbiamo fatto richiesta nell'Asl Napoli3Sud ma molte altre sono interessate al suo impiego». Consultando il numero verde 800.926.136 è possibile in ogni caso sapere dove effettuare il test in quanto sono in corso accordi con le diverse strutture territoriali del servizio sanitario nazionale. «Ovviamente, - conclude Di Martino - affinché possa diventare veramente determinante per ridurre le spese è necessario che venga messa in piedi una sinergia tra pronto soccorso, cardiologia e medici di famiglia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Il farmaco nel palloncino batte l'infarto

Riduce la quantità del trombo residuo rispetto ad altri impieghi  
Confronto su 128 pazienti: migliora l'indice di microcircolazione

**2010**

**Il primo resoconto**  
Clic Fondazione Onlus espone i risultati al mondo scientifico

**Effetti a distanza**

**La vita si allunga**

**e si riducono**

**gli episodi di recidiva**

di **Francesco Prati**\*

**N**o n o -  
stante la crescente attenzione alla prevenzione pri-

maria e secondaria, le patologie cardiovascolari costituiscono ancora oggi in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica, rappresentando una delle maggiori cause d'invalidità e mortalità nella popolazione adulta. Dati Istat rivelano che complessivamente le malattie del sistema circolatorio causano 224.482 morti all'anno (97.952 uomini e 126.530 donne), pari al 38,8% del totale dei decessi nella popolazione italiana.

Per questo, la Fondazione onlus "Centro Lotta contro l'Infarto" è, da oltre 30 anni, impegnata nella promozione dell'innovazione scientifica in cardiologia, attraverso le sue attività, ma soprattutto il suo congresso nazionale. La XXXI edizione presenta per la prima volta numerosi output innovativi in ambiti di intervento differenziati: dalla ricerca scientifica, alle nuove strategie terapeutiche, alle nuove procedure tecnico-diagnostiche, all'elaborazione di classificazioni anamnestiche di ultima generazione, a progetti innovativi per il paziente. Tra le ultime frontiere in campo tecnico-diagnostico, una nuova tecnica per la rimozione del trombo, messa a punto dalla nostra équipe medico-scientifica. A partire dagli anni 90, epoca di introduzione dell'angioplastica primaria, molti cardiologi hanno cercato di migliorare la

tecnica per aprire l'arteria del cuore responsabile dell'episodio infartuale. L'iniziale soluzione tecnica prevedeva solamente l'utilizzo del palloncino per aprire la coronaria occlusa dal trombo. Negli anni successivi si è maturato il convincimento che la soluzione migliore consistesse nel posizionare uno stent (retina metallica) e con esso impiegare dei farmaci per via sistemica in grado di facilitare lo scioglimento del trombo. Tra questi veniva estesamente impiegato l'Abiciximab, in grado di antagonizzare l'aggregazione piastrinica.

Nell'ultima decade si è poi imposta una nuova tecnica per la rimozione del trombo che consisteva nell'inserimento nella coronaria di un catetere in grado di aspirare il materiale trombotico. Tale tecnica, conosciuta come trombectomia, ha dato risultati contrastanti, ma in generale ha comportato un miglioramento degli indici microcircolatori (velocità con la quale il sangue scorre nei rami coronarici e impregna il muscolo cardiaco). Tali indici rappresentano un importante surrogato clinico poiché la loro ottimizzazione si accompagna anche a un miglioramento clinico.

Negli ultimi anni il Clic Fondazione Onlus ha valutato con impiego di tecniche di imaging coronarico una nuova soluzione tecnica per curare l'infarto. Si tratta della somministrazione locale all'interno del trombo, del farmaco Abiciximab. Quest'ultimo viene somministrato nella coronaria occlusa mediante la tecnica di

"Local Drug Delivery" impiegando un palloncino poroso. Un primo studio pubblicato nel 2010 su Jacc Intervention dal nostro gruppo, ha documentato l'efficacia di questa soluzione tecnica. La somministrazione di Abiciximab con "Local Drug Delivery" riduceva in modo significativo la quantità del trombo residuo rispetto all'impiego del farmaco per via sistemica. In quest'ultima edizione del congresso Conoscere e Curare il Cuore presentiamo un nuovo studio: Il Cocktail II. È uno studio randomizzato su 128 pazienti suddivisi in 4 gruppi. Nel primo è stato impiegato l'Abiciximab attraverso il Clearway (Local Drug Delivery); in un secondo gruppo si è effettuata la trombo-aspirazione; in un terzo si sono combinate le due tecniche; mentre il quarto gruppo fungeva da controllo. Al termine dello studio l'infusione locale di Abiciximab mediante l'impiego di Local Drug Delivery ha migliorato in modo significativo gli indici microcircolatori. È lecito aspettarsi che questo miglioramento del flusso delle arterie del cuore durante l'angioplastica dell'infarto si traduca in un importante miglioramento clinico. È anche interessante notare che nello studio, peraltro non disegnato per valore un miglioramento clinico (la numerosità non era sufficiente), si osservasse un trend importante verso la riduzione degli eventi perinfartuali, degli infarti a distanza e della morte cardiovascolare a un anno di distanza dall'arruolamento.

*\* Presidente Centro Lotta  
contro l'Infarto  
Direttore Unità Operativa  
Complessa Cardiologia  
II Ospedale San Giovanni  
Addolorata di Roma*

**INNOVAZIONE** Per combattere la patologia di tipo B

# Super-vaccino per la meningite

*È stato studiato dai ricercatori Novartis di Siena e verrà esportato in tutto il mondo*

**Luigi Cucchi**

■ Importante successo italiano negli Stati Uniti. La Food and drug administration (Fda) ha riconosciuto lo status di terapia innovativa al vaccino contro la meningite di tipo B, studiato e realizzato dai ricercatori italiani nei laboratori di Siena dell'industria farmaceutica Novartis. Dopo venti anni di ricerche ora si passa alla produzione per tutto il mondo a Rosia.

Negli ultimi quattro mesi sono state fornite 30mila dosi di vaccino Men B a studenti e personale della Princeton university e della university of California di Santa Barbara a seguito di focolai di meningite meningococcica B. Questo vaccino è l'unico dotato di un'ampia copertura e già approvato nella Comunità europea, in Canada ed in Australia per tutti i gruppi di età. Anche in Italia l'Aifa ha approvato lo scorso anno e nel Regno Unito è stato incluso nel programma di immunizzazione nazionale. Verrà utilizzato già dall'inizio dell'estate per proteggere i bambini a partire dai 2 mesi di età.

La meningite da meningococco è un'infezione improvvisa, subdola, spesso letale, fonte di gravi complicazioni. Colpisce persone sane, non dà segnali premonitori ed evolve rapidamente. A

essere colpite sono le meningi, membrane che avvolgono il cervello e il midollo spinale, ma non solo: spesso si sviluppano complicazioni gravi e potenzialmente fatali, prima tra tutte la setticemia (infezione del sangue), ma anche endocardite o flebite.

«Questa decisione delle autorità britanniche era attesa da molti genitori, ora potranno proteggere i loro figli dalla meningite», ha dichiarato Rino Rappuoli, responsabile mondiale della ricerca di Novartis Vaccines.

La meningite B è la principale causa di malattie meningococciche e di setticemia in Europa. Il meningococco B può uccidere o causare gravi disabilità permanenti entro 24 ore dal suo esordio, lasciando tempi ristretti di intervento. Come i neonati, anche gli adolescenti sono ad elevato rischio: ogni anno oltre 3000 persone nel Regno Unito contraggono la meningite batterica e la setticemia e il meningococco è responsabile della metà di questi casi.

La meningite batterica può essere causata da tre agenti: Haemophilus influenzae tipo B, Streptococcus pneumoniae (pneumococco) e Neisseria meningitidis (meningococco). Contro le prime due infezioni sono da tempo disponibili strumenti vaccinali. Il me-

ningococco si differenzia in 13 sierogruppi, di cui cinque infettivi e contagiosi. La prevalenza di ciascun sierogruppo varia nel mondo; il più diffuso è il B (MenB), che prevale in Europa, Stati Uniti, Canada e Australia. Contro MenB, finora, non era disponibile un vaccino ad ampia copertura. Campagne vaccinali mirate contro altri ceppi hanno abbattuto fino al 90% i contagi in tutti i Paesi in cui sono state adottate. Nel mondo, ogni anno, sono mezzo milione i casi di meningite meningococcica. In Italia, l'incidenza della patologia è accentuata nei bambini sotto l'anno di vita. La meningite meningococcica ha una letalità tra il 9 e il 12%, ma in assenza di un trattamento antibiotico adeguato può raggiungere il 50 per cento dei casi. La diagnosi di meningite meningococcica non è purtroppo immediata. Segni e sintomi iniziali sono apparentemente simili a quelli di una forte influenza e risultano poco riconoscibili. La prevenzione attraverso la vaccinazione rappresenta quindi l'unica difesa contro questa malattia così aggressiva. In Italia, però, solo la Basilicata ha finora introdotto il vaccino nel proprio calendario vaccinale. In Lombardia tre giovani sono morti nell'ultimo mese, morti evitabili, se fosse stata praticata la vaccinazione.



**RAPPUOLI**  
Ogni anno nel mondo si registrano oltre mezzo milione di casi di meningite di tipo B, una patologia insidiosa, letale, ora prevenibile.

Promemoria

Si impone una riflessione sul nuovo diritto all'alimentazione

## BIOLOGIA+ANTROPOLOGIA INTORNO ALLA TAVOLA COSTRUIAMO LE SOCIETÀ



Non si è mai determinata nella storia umana una produzione così vasta ma, al tempo stesso, la condanna alla denutrizione e alla morte per fame convive con i danni enormi dell'obesità e uno spreco impressionante di vivande

Padiglioni  
fai da te

{ 60

I padiglioni *self built* sono quelli che i Paesi si costruiscono da sé. Il 2 aprile è iniziata l'edificazione del padiglione tedesco, il primo. Nell'edizione milanese i padiglioni fai da te sono quasi un terzo in più di quelli realizzati a Shanghai (42) del 2010

Cluster  
per temi

{ 9

Riso; Cereali e Tuberi; Spezie; Cacao; Caffè; Frutta e Legumi; Agricoltura e Nutrizione in zone aride; Mare e Isole; Ecosistemi del Bio-Mediterraneo: sono i nove raggruppamenti in base ai quali sono stati riuniti i Paesi. Per la prima volta i cluster sono tematici e non geografici

di SALVATORE VECA

**M**entre lavoravo al progetto del Laboratorio Expo della Fondazione Feltrinelli, avevo in mente che la ricerca e la discussione pubblica dei contenuti di Expo 2015 dovessero mettersi in moto con la consapevolezza della straordinaria complessità dei suoi contenuti. Sono sempre stato convinto che il tema «Nutrire il pianeta. Energia per la vita» sia il promemoria di una pluralità di modi di guardare le cose. Di una varietà di approcci o, più semplicemente, di sguardi possibili, a partire dal grande e radicale tema del cibo. Per noi e per altri, qua e là per il mondo. Un mondo sempre più interdipendente e globalizzato.

Uno degli sguardi che mi sembrava ineludibile e importante è stato, sin dall'inizio, quello che è proprio dell'indagine antropologica. La prospettiva antropologica mette a fuoco lo spazio delle diversità, dei differenti modi in cui il cibo genera cerchi di socialità e di cultura. In parole povere, sappiamo tutti che l'alimentazione ha un aspetto inevitabilmente biologico e che i mutevoli modi di produrre cibo, di distribuirlo, di consumarlo sono i fatti irriducibili e ostinati con cui dobbiamo fare i conti. E sappiamo anche che la ricerca e la riflessione su questi fatti ci pone di fronte a questioni ormai globali della massima importanza. Questioni di vita e di morte, questioni di affluenza e di carestia, questioni che investono

la qualità della vita per miliardi di coquilini del pianeta. Questioni di sviluppo sostenibile.

Ci è accaduto di avere una vita da vivere con tanti altri uomini e donne, in un pianeta in cui non si è mai prodotto nella storia un ammontare di cibo così ampio e consistente e in cui, al tempo stesso, la condanna alla denutrizione e alla morte per fame convive con l'obesità e con lo spreco impressionante di cibo, generando nel catalogo dei diritti fondamentali delle persone il diritto umano esigente a un cibo adeguato e sicuro. Sappiamo che questi fatti irriducibili e ostinati richiedono l'esame e l'analisi delle pratiche di produzione e allocazione delle risorse alimentari in giro per il mondo. Questioni di efficienza ed efficacia si intrecciano così, in modo piano e naturale, con questioni di equità. Con questioni che toccano l'eguale dignità di vite umane che, per una essenziale varietà di ragioni, dovrebbero essere vite degne di essere vissute. Vite di chiunque, ovunque.

Ma il cibo non è una faccenda che tocca solo destini individuali. Lo sguardo antropologico ci accompagna nella scoperta e nell'analisi del rapporto inestricabile fra cibo e socialità. Fra natura e cultura. Fra il

crudo e il cotto, come ci ha insegnato Claude Lévi-Strauss. Fra pratiche alimentari e ordine simbolico, per dirla con Mary Douglas. Lo studio delle culture «altre» ci ha mostrato la varietà dei modi in cui il cibo genera compagnie umane. Disponiamo di un vasto repertorio di modi differenti e alternativi in cui le pratiche alimentari collettive definiscono e ridefiniscono il confine fra noi e altri. Determinano regole di inclusione e di esclusione. Fissano mutevoli gerarchie. Delineano i margini della purezza e della contaminazione. Disciplinano e irreggimentano la prossimità e la distanza sociale. Generano le forme della condivisione e sanciscono le condanne alla solitudine involontaria. Definiscono la differenza essenziale fra commensalità e convivialità.

Intorno al consumo collettivo di cibo assistiamo allora sia alla costruzione sociale del mutuo riconoscimento dei pari e dell'ospitalità, sia alla sanzione della disuguaglianza e dell'estraneità. Se ora mettiamo a fuoco lo sguardo antropologico slittando dalle società «altre» ai riti e ai miti della contemporaneità, vengono in primo piano le forme della commensalità che ci toccano direttamente. Come ha osservato Ugo Fabietti, che ha assunto la responsabilità scientifica del percorso antropologico del Laboratorio Expo, siamo indotti a riconoscere oggi, attraverso uno sguardo comparativo, la diversità delle tradizioni culinarie e delle relazioni sociali veicolate dal cibo. E, al tempo stesso, la loro mobilità, il loro continuo rifacimento sotto l'impulso di processi di modernizzazione, migrazione e globalizzazione e dei cambiamenti in atto nelle nostre società di primitivi contemporanei, come nelle società «altre». Ora *de nobis fabula narratur*. Ma, in questo caso, il «noi» cui allude la favola è un «noi» dai confini variabili, oscillante ancora una volta fra inclusione ed esclusione, fra *curiositas* e *securitas*. Fra esposizione alla diversità e al meticcio e assicurazione contro il rischio della contaminazione e della perdita della purezza, più o meno illusoria. Così, il cibo e le pratiche collettive del suo consumo nelle compagnie e nelle differenti cerchie di socialità diventano la posta in gioco, al centro di manovre di condivisione e ospitalità così come di strategie di esclusione e inimicizia.

Entro la nostra tradizione, che è una fra le grandi tradizioni del mondo, campeggiano due immagini cariche di storia, due scene primitive che, nella loro tensione, esemplificano il nesso cruciale fra cibo, socialità e umanità. Penso al *Simposio* di Platone, alla

straordinaria gamma delle sue interpretazioni e dei commenti alle sue interpretazioni nel tempo. E penso all'Ultima Cena, con tutto il corteo della storia e della sequenza dei suoi effetti. Atene e Gerusalemme, per dirla con George Steiner che in una celebre lezione su *Una certa idea di Europa* di dieci anni fa individuava nella persistente tensione fra la città di Socrate e la città di Isaia una delle radici dell'identità europea, insieme ai suoi caffè, ai nomi delle piazze e delle strade, alla consapevolezza del senso dell'ascesa e del declino. Il nesso fra cibo e corpo e mente e anima si declina così, entro il paradigma della nostra tradizione in cui si generano differenti modi di convivere e di condividere.

Ma la geografia variabile dei confini del «noi» ci chiede di metterci alla prova con altre tradizioni e con le loro differenti scene primitive e influenti del nesso fra cibo e comunità. Con altre culture, con altri mutevoli nessi fra cibo e socialità. Con altri modi di stare a tavola. Penso che questo metterci alla prova con la diversità sia un *must*, e non un *optional*, se prendiamo sul serio la sfida globale che emerge dai contenuti di Expo 2015 a Milano. Se le cose vanno bene, potrebbe darsi il caso che impariamo tutti qualcosa, gli uni dagli altri. La sfida globale è difficile, e sono decisamente fuori luogo le prediche buoniste e i discorsi edificanti. Ma se lo sguardo antropologico su cibo e cultura ci induce a imbarcarci in una navigazione affascinante e incerta, nell'esplorazione di quanto fa la differenza e di quanto ci accomuna, avremo una maggiore probabilità di allargare i confini del «noi». E, avvalendoci del senso del passato, potremo forse estendere l'ombra del futuro sul presente. Ai tempi della dittatura del presente, ai tempi ossessivi del brevissimo termine, abbozzare insieme un'idea di futuro più degno di lode, e meno di biasimo, sarebbe un esito francamente straordinario. Sappiamo che è difficile. Ma sappiamo, al tempo stesso, che ne vale la pena. Avremo così onorato il precetto confuciano che ci raccomanda di essere leali con noi stessi e, proprio per questo, aperti e attenti agli altri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

- **L'autore:** Salvatore Veca è il curatore di Laboratorio Expo, un progetto di Fondazione Giangiacomo Feltrinelli e Expo Milano 2015 dedicato alla riflessione scientifica sui temi della sostenibilità ambientale ed etica, sulla cultura del cibo, sullo sviluppo sostenibile e sul rapporto città/cittadini.

**Stime** Patologia in aumento, ma solo nel 4% dei casi c'è infezione

## Più diverticolosi, meno diverticolite all'intestino

### Diffusione

Le «tasche», soprattutto nel colon, riguardano più della metà degli over 60

### Complicanza

L'infiammazione provoca forti dolori e a volte richiede il ricovero

**L**i hanno quasi tutti, da una certa età in poi: i diverticoli all'intestino sono un problema diffusissimo nel mondo occidentale, tanto che si stima riguardino più della metà degli over 60 e quasi tutti dopo gli 80 anni. Di per sé innocui, sono temuti perché possono infettarsi e dare una diverticolite, infiammazione che provoca dolori molto forti e in qualche caso, soprattutto fra i più anziani, è così seria da richiedere il ricovero. Stando alle stime, l'infezione di queste «tasche» che si formano lungo l'apparato gastrointestinale (prevalentemente nell'ultima parte dell'intestino, il colon) si verificherebbe in un caso su quattro. Una spada di Damocle, insomma, tanto che chi sa di avere i diverticoli si preoccupa non poco.

Ora però arrivano dati tranquillizzanti: una ricerca dell'Università della California a Los Angeles, pubblicata su *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, ha dimostrato che i diverticoli si infettano solo in poco più del 4 per cento dei casi. Gli autori, che hanno controllato oltre 2200 persone con diagnosi di diverticoli per circa 7 anni, hanno scoperto che la probabilità è leggermente superiore nei più giovani, ma sottolinea che quasi sempre, di fatto, si può convivere a vita con i diverticoli senza che diano troppi fastidi. «Le stime secon-

do cui la diverticolite si presenterebbe nel 25 per cento dei pazienti risalgono a tempi in cui non si eseguivano tante colonoscopie come adesso, e il numero di diagnosi di diverticolosi era perciò inferiore rispetto al reale: ciò ha inevitabilmente «gonfiato» la probabilità relativa di complicanze» spiegano i ricercatori statunitensi.

Marco Soncini, membro del consiglio direttivo dell'Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO) e gastroenterologo dell'ospedale San Carlo Borromeo di Milano, commenta: «È difficile dire con certezza quale sia la probabilità che la diverticolosi si trasformi in diverticolite. Tuttavia, il numero di pazienti con le «tasche» nell'intestino è talmente elevato che in assoluto i casi in cui si infettano e si infiammano sono tanti, così come i ricoveri per diverticolite: in Italia si parla di almeno 10-15 mila pazienti l'anno. Peraltro, circa il 12 per cento di loro deve sottoporsi a un intervento chirurgico per eliminare la sezione di intestino infiammata, per cui, a differenza della di per sé innocua diverticolosi, i diverticoli infetti sono una condizione tutt'altro che banale».

Il 75-90 per cento dei diverticoli non dà alcun sintomo e quasi sempre la diagnosi è casuale: spesso ci si accorge della presenza di tasche nella parete

dell'intestino facendo un'ecografia per tutt'altri motivi, oppure perché ci si è sottoposti a una colonscopia per lo screening del tumore del colon-retto. I soggetti con diverticolosi accertata sono in aumento perché un maggior numero di persone si sottopone a questi test, ma anche perché il problema è di per sé in crescita: «Le proiezioni indicano che nei prossimi quarant'anni i diverticoli saranno sempre più frequenti e soprattutto si svilupperanno sempre prima, non soltanto in età avanzata» fa notare il gastroenterologo.

Sempre più persone saranno quindi a rischio di diverticolite. Come riconoscerla? Di solito provoca un tipico dolore nella parte bassa dell'addome, a sinistra: «La zona corrisponde al colon sinistro e al sigma, le sezioni dell'intestino dove è più probabile che si formino i diverticoli e dove sono in genere più numerosi — spiega Soncini —. Il dolore, la febbre e le eventuali modifiche del transito intestinale, però, non bastano per essere certi che si tratti di malattia diverticolare: soprattutto nei pazienti più giovani potrebbero essere segno di intestino irritabile o altre patologie. Per la diagnosi di diverticolite l'esame standard sarebbe la TAC, ma in Italia e all'estero si sta cercando di ridurre il ricorso a questo test perché prevede una dose di raggi che vorremmo risparmiare ai pazienti: se il soggetto tollera la

sonda sull'addome, a volte troppo dolorante per sopportarla, si fa un'ecografia con cui valutare l'ispessimento delle pareti intestinali, segno certo di infiammazione. A questo esame si aggiungono le analisi del sangue, con cui confermare la presenza di un'infezione attraverso il dosaggio di marcatori infiammatori come la proteina C-reattiva o i globuli bianchi».

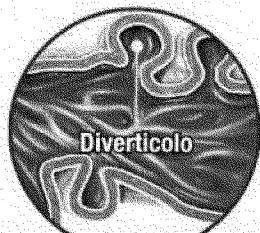
«La terapia — conclude Soncini — prevede il riposo intestinale sospendendo o modificando l'alimentazione, una buona idratazione e antibiotici: se l'infiammazione è contenuta, non c'è bisogno di ricoverare il paziente. Dopo 15-30 giorni, una volta risolto l'episodio acuto, si esegue in genere una colonscopia per chiarire l'entità della diverticolite e fare una diagnosi più precisa. Nei pazienti anziani fragili o con altre patologie il ricovero purtroppo è spesso necessario, così come l'impiego di antibiotici a largo spettro».

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

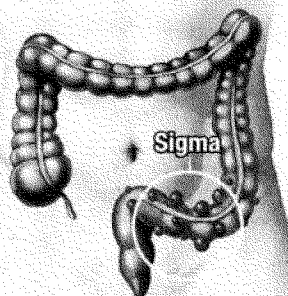
### Che cosa sono i diverticoli

I diverticoli sono piccole sacche estroflesse che si formano nel canale digestivo, soprattutto nell'ultimo tratto del colon (*sigma*). Si sviluppano gradualmente, quando porzioni più deboli della parete intestinale vengono sottoposte a pressione



**DIVERTICOLOSI**

La presenza di diverticoli è chiamata **diverticolosi** e, in genere, non comporta particolari disturbi



**DIVERTICOLITE**

In alcuni casi i diverticoli si infiammano, dando luogo alla diverticolite. Il processo infiammatorio è innescato dal ristagno di piccole quantità di feci in una di queste sacche e dalla successiva infezione da parte di batteri intestinali

### I sintomi della diverticolite

Quando i diverticoli si infiammano i disturbi possono essere i seguenti:

- **Dolore** nella parte inferiore sinistra dell'addome, di solito intenso e improvviso. Talvolta è leggero all'inizio e aumenta di intensità nell'arco di qualche giorno
- Spesso **stitichezza**, più raramente diarrea
- Talora ci può essere **febbre**
- Si può avvertire a livello del fianco sinistro una **massa soffice** palpabile
- Sintomi meno comuni sono: **nausea e vomito, stimolo frequente a urinare, difficoltà o dolore nell'urinare, sanguinamento dal retto**

### Gastroenterologia

Chiariti alcuni aspetti di un problema frequente e che preoccupa

### Recidive

## L'utilità limitata dei farmaci

Dopo un primo episodio di diverticolite serve una terapia di mantenimento? «È più utile modificare lo stile di vita e le abitudini alimentari — risponde il gastroenterologo Marco Soncini —. Alcuni farmaci, come mesalazina o rifamixina, sono stati proposti per la prevenzione di ricadute, ma non sono state raccolte prove schiacciante di efficacia; per di più sono medicinali impegnativi, da prendere ciclicamente per periodi abbastanza lunghi. Il loro obiettivo sarebbe "disinfettare" l'intestino, ma basta pensare a quanto è esteso e al numero enorme di batteri che contiene per capire che si tratta di un proposito difficilmente realizzabile. L'opportunità di ricorrere ai farmaci, quindi, va riservata a pazienti in cui si stenta a dominare l'infiammazione».

SPECIALE  
a cura di RCS MediaGroup Pubblicità

## SCLEROSI MULTIPLA



Un nuovo approccio integrato potrebbe cambiare la storia della malattia

# Innovazione e ricerca al test di sostenibilità

Tre milioni di pazienti nel mondo e 68 mila in Italia. Discusse a Roma le ultime evidenze scientifiche

**Un farmaco con meccanismo d'azione innovativo può ridurre la disabilità**

**L**a prudenza è d'obbligo ma la fiducia c'è tutta. Un nuovo farmaco orale che agisce come modulatore del sistema immunitario potrebbe ridurre la disabilità nelle persone colpite dalla forma progressiva di sclerosi multipla, ovvero nella fase avanzata della malattia stessa.

Se n'è parlato nei giorni scorsi a Roma durante i lavori del B.E.M.S., Best Evidences in Multiple Sclerosis, uno dei maggiori appuntamenti dedicati alla patologia contro la quale lottano circa tre milioni di persone in tutto il mondo e 68 mila solo in Italia (da noi si registra una nuova diagnosi ogni quattro ore). L'evento è organizzato da Teva Italia, ed è giunto alla sua terza edizione.

Negli ultimi cinque anni l'avvento dei farmaci biotecnologici, unito a tecniche diagnostiche capaci di individuare i segni della malattia già in

fase pre-clinica, ha cambiato radicalmente la storia della malattia e sta rivoluzionando i modelli assistenziali. Per Giancarlo Comi, past president della Società italiana di neurologia (Sin) e direttore del Dipartimento Neurologia e Istituto di Neurologia sperimentale dell'Università Vita-Salute del San Raffaele di Milano, "nessuna malattia al mondo ha avuto uno sviluppo terapeutico così poderoso come la sclerosi multipla. L'arrivo di farmaci basati sulla medicina molecolare sta rendendo possibile un intervento terapeutico centrato sulle caratteristiche individuali della persona malata. Uno di questi farmaci per la prima volta mostra un'azione decisamente superiore agli altri nel prevenire l'accumulo di disabilità piuttosto che la comparsa di nuove lesioni. Ciò significa che potenzialmente potrebbe trovare spazio di sviluppo nelle forme progressive della sclerosi multipla. Si tratta di una novità enorme, supportata da studi scientifici già in fase avanzata". L'efficacia del farmaco è testimoniata in particolare dalla drastica riduzione dell'atrofia cerebrale, un parametro che esprime la stima globale del danno strutturale provocato

dalla sclerosi multipla, segnatamente per quanto attiene la compromissione delle funzioni cognitive.

In generale, la sostenibilità economica delle nuove cure, da parte del Servizio sanitario nazionale è però un'opera complessa. Non ha dubbi Walter Ricciardi, ordinario di Igiene alla Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Roma. "Possiamo negare ai cittadini farmaci efficaci e così costo/efficaci? Secondo me no. Piuttosto andiamo a tagliare gli sprechi laddove sappiamo che esistono (Ricciardi cita l'esempio classico della moltiplicazione dei punti nascita mai veramente e del tutto ridotti nel nostro paese, n.d.r.)".

La questione dei costi, dei bisogni e della sostenibilità resta centrale in ogni discorso relativo alle cure, soprattutto quando si parla di patologie croniche e degenerative. La sintetizza bene Mario Alberto Battaglia, presidente della Fondazione italiana sclerosi multipla (Fism). "Le persone con sclerosi multipla esprimono bisogni diversi a seconda del tipo di malattia e dello stadio raggiunto. Un paziente con basso grado di disabilità si calcola che costi tra i 10 e i 20 mila euro l'anno.

Un paziente grave tra gli 80 e i 100 mila. Inoltre la persona malata ha bisogno anche di farmaci sintomatici che però non sono coperti dal Ssn, così come la riabilitazione che pure cambia la plasticità cerebrale e avrebbe bisogno di copertura da parte del Ssn. Invece i pazienti spendono di tasca loro anche 2-3 mila euro l'anno". Hubert Puech d'Alissac, amministratore delegato di Teva Italia, conferma tutto l'impegno dell'azienda e in particolare segnala il valore delle collaborazioni scientifiche avviate nel nostro paese. "Teva investe in ricerca e crede nella grande qualità della ricerca italiana, nei suoi uomini, nelle sue strutture, nelle sue università". Con 20,3 miliardi di dollari fatturati nel mondo, Teva è uno dei più grandi produttori globali di farmaci. Spiega Gianfranco Nazzi, senior vice president europeo dell'area Specialty medicine "Abbiamo l'ambizione di essere l'azienda più indispensabile al mondo. La nostra unicità è data dalla capacità di rendere le cure accessibili per tutti (il 49% del business è realizzato con la produzione di farmaci equivalenti) e contemporaneamente di investire in ricerca e sviluppo di nuovi prodotti specialistici".

## Terapia farmacologica meglio se immediata

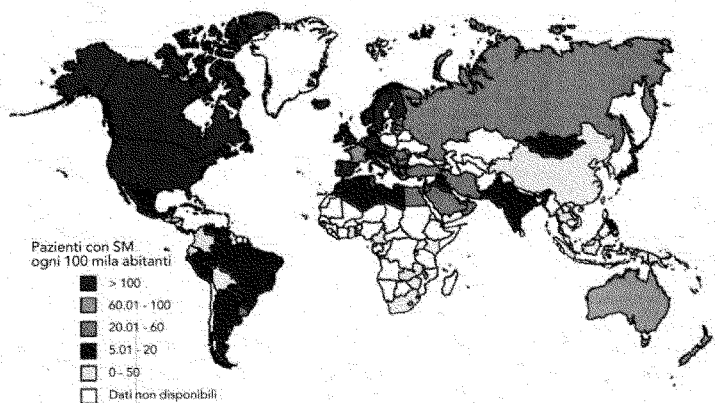
*Diagnosi rapide e precise permettono l'intervento precoce*

Prima è meglio. Mai come oggi l'intervento precoce rappresenta l'elemento chiave nella terapia della sclerosi multipla (sm). "È più corretto parlare di trattamento immediato: appena abbiamo elementi sufficienti per identificare la malattia, non c'è più ragione per ritardare la terapia. È questo il nuovo orizzonte". Lo dice a chiare lettere il professor Giancarlo Comi, past president della Società italiana di Neurologia (Sin) e direttore del Dipartimento neurologico e Istituto di Neurologia Sperimentale, dell'Università Vita-Salute, del San Raffaele di Milano. Quali sono gli "elementi sufficienti"? Bisogna partire dal presupposto che la sclerosi multipla colpisce più volte nel tempo e in punti diversi del Sistema nervoso centrale: "Con i nuovi criteri diagnostici è possibile in circa un terzo dei malati fare la diagnosi al primo attacco. Se la Risonanza magnetica - prosegue Comi - rileva la presenza di lesioni risalenti a epoche diverse, si soddisfa sia il criterio della disseminazione di più lesioni che quello della loro disseminazione nel tempo. In generale, siamo nelle condizioni di fare diagnosi corrette entro un anno dal primo attacco nel 90% dei malati".

Quale terapia seguire? Spiega il professore. "Qui le cose si fanno più complesse. Dobbiamo adeguare le cure alle caratteristiche della malattia. Se questa mostra una faccia cattiva in base ai dati clinici, della Risonanza e dei potenziali evocati (ciò avviene nel 20% dei casi circa) risponderemo subito con trattamento di seconda linea: ovvero con quei farmaci, immunomodulanti alcuni e immunosoppressori altri, che possiamo utilizzare solo quando è fallita la terapia di elezione". Il medico deve farsi un'idea dell'azione antinfiammatoria del farmaco ma anche dell'impatto che questo ha sui markers che indicano l'entità dell'eventuale danno strutturale, come ad esempio l'atrofia cerebrale.

*Trattamenti da modulare a seconda delle caratteristiche patologiche*

### PREVALENZA PER NAZIONE (2013)



Fonte: Atlas of MS 2013, Multiple sclerosis international federation

### FORME DI SCLEROSI MULTIPLA AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI

Come mostrano i grafici, nell'85% dei casi la sclerosi multipla esordisce nella forma recidivante remittente. Successivamente si stima che oltre l'80% delle persone cui viene diagnosticata la

malattia svilupperà una forma secondaria progressiva. La sclerosi multipla primaria progressiva si presenta invece nel 10% delle diagnosi mentre quella progressiva remittente nel 5%.



8 PERSONE SU 10 CUI È STATA DIAGNOSTICATA UNA MALATTIA DI TIPO RECIDIVANTE REMITTENTE SVILUPPANO SUCCESSIVAMENTE LA FORMA PROGRESSIVA











Fonte: Atlas of MS 2013, Multiple sclerosis international federation

Ricerca Avvertimento rivolto soprattutto ai giovanissimi

# Troppo sale non solo «gonfia», vi fa ingrassare

“Gli esperti dicono da tempo che non andrebbe aggiunto sale alle preparazioni, almeno nei primi due anni di vita, per non condizionare il gusto dei bimbi

### A CONFRONTO

| Alimenti  | Porzione   | Sodio (mg) | Alimenti   | Porzione               | Sodio (mg) |
|---|------------|------------|--|------------------------|------------|
|  Prosciutto crudo  | 3-4 fette  | 1000       |  Ketchup                  | 1 cucchiaino da tavola | 160        |
|  Focaccia         | 100 grammi | 790        |  Corn flakes*            | 4 cucchiaini da tavola | 150        |
|  Salame Milano   | 8-10 fette | 780        |  Pane                   | 50 grammi              | 150        |
|  Cracker salati* | 4          | 320        |  Patatine in sacchetto* | 25 grammi              | 110        |

Fonte: **INRAN** \*informazioni dalle etichette nutrizionali

CORRIERE DELLA SERA

### A tavola

I cibi che contengono molto sodio minacciano salute e linea

**I**l sale può favorire l'obesità? Sembra proprio di sì, stando a quanto dice una recente ricerca, pubblicata su *Pediatrics*, e condotta alla Georgia Regents University di Augusta (USA). I ricercatori hanno valutato, in 766 adolescenti, i consumi di sodio, la composizione corporea, il grasso sottocutaneo e viscerale, i livelli ematici di marcatori dell'obesità e dell'infiammazione.

Elevati apporti di sodio sono risultati associati con l'adiposità e con la presenza nel sangue di una citochina secreta dalle cellule immunitarie che contribuisce all'infiammazione cronica, indipendentemente dagli apporti calorici.

I ricercatori ipotizzano che

l'associazione fra sodio e obesità, già osservata in altri studi, ma sinora attribuita solo al fatto che più si mangia (e per questo si ingrassa), più sale si consuma, possa invece essere dovuta proprio anche al sodio. Insomma, un eccesso di sale non solo può favorire la ritenzione idrica (come già sappiamo), ma potrebbe facilitare anche l'accumulo di grasso.

«Noi tutti consumiamo molto più sale di quanto ne serve — commenta Andrea Vania, professore di Pediatria e responsabile del Centro di dietologia e nutrizione pediatrica del Policlinico Umberto I di Roma — e questo favorisce, come dice lo studio, l'insorgere di obesità, con relativa componente infiammatoria, ma anche di ipertensione e processi aterosclerotici. Tutte le principali organizzazioni che si occupano di salute e alimentazione ribadiscono da tempo l'opportunità di non aggiungere sale ai cibi almeno nei primi due anni di vita, per non abituare i bambini a una dieta troppo salata (che è cosa diversa da sapida), dal momento che tale abitudine una volta acquisita è

difficile da perdere».

Che cosa si può fare per bambini e adolescenti già abituati a consumare troppo sale? «È sempre possibile rieducare il palato a cibi meno salati, soprattutto se lo si fa gradualmente — sottolinea Cinzia Le Donne, nutrizionista del Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (CRA-NUT) —. Ricordiamo però che non basta ridurre il sale aggiunto, che dovrebbe essere comunque quello iodato, ma va limitato sia il consumo di cibi notoriamente salati (vedi tabella), sia quello di alimenti che, pur non essendolo, possono comunque contribuire in modo significativo ai consumi di sodio (come pane, brioches, cereali da colazione)».

«Come emerge dal progetto HELENA, uno studio europeo cui hanno partecipato anche adolescenti italiani, — conclude Le Donne — solo considerando il sodio già assunto con gli alimenti si raggiunge il limite che l'OMS consiglia di non superare: circa 2 grammi al giorno, pari a 5 grammi di sale».

C. F.

## MEDICINA

# Melanoma, app per diagnosi

CONOSCERE l'intensità dei raggi solari e i modi in cui proteggersi dal sole è da oggi possibile consultando semplicemente il proprio Iphone o Ip ad grazie a "Salvati la pelle", la prima App in Italia di questo genere e realizzata dalla Fondazione Melanoma dell'Istituto dei tumori di Napoli Pascale. L'applicazione è gratuita, semplice da utilizzare ed è disponibile sull'Apple Store e sarà presto realizzato anche un format per il sistema Android. L'App grazie al dispositivo di localizzazione Gps, presente nel cellulare o nel tablet, individua la posizione dell'utente e confronta le sue coordinate con i dati provenienti dai satelliti Esa (Agenzia Spaziale Europea). In questo modo, rileva l'intensità dei raggi Uv nel luogo esatto in cui ci si trova e fornisce anche le informazioni sullo spessore dello strato di ozono. "L'esposizione

eccessiva ai raggi Uv – spiega **Paolo Ascierio** presidente della Fondazione e direttore dell'Unità di oncologia medica del Pascale – raddoppia il rischio di sviluppare il melanoma e per questo la prevenzione è un fattore indispensabile". A stare attenti, devono essere soprattutto i giovani. "Il melanoma – dice **Nicola Mozzillo**, direttore Dipartimento melanoma del Pascale – è il tumore più frequente al di sotto dei 30 anni e, pertanto, è importante che sia trattato in centri specializzati perchè salvare un giovane significa salvare anni di vita". A oggi il 70 per cento dei melanomi sono diagnosticati in fase precoce, una percentuale che i medici auspicano innalzare all'80 per cento nei prossimi 5 anni grazie a un panorama di terapie che negli ultimi tre anni è cambiato radicalmente.