



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Attenzione e tempo contro i disturbi alimentari

QUANDO L'OSSESSIONE SI FA MALNUTRIZIONE

Ne soffrono tre milioni di giovani, al 90% donne. Occorrono una diagnosi precoce e uno specialista. Decisiva la vicinanza della famiglia

di **Giorgio Calabrese**

Oggi è la giornata mondiale dei disturbi alimentari o del "Fiochetto lilla". In Italia sono circa 3 milioni i giovani (e non solo) che soffrono di questi disturbi del comportamento alimentare, e tra questi il 90% sono donne e il 10% uomini. Il cibo viene da loro vissuto come ossessione, alterando l'equilibrio psicofisico della persona. Occorre una diagnosi precoce e insieme la "presa in carico" da parte di specialisti sebbene, ovviamente, la vicinanza della famiglia sia una risorsa decisiva nella cura di ragazze e ragazzi, anche perché essa è in condizioni di intervenire immediatamente, ai primi cenni del disturbo. La tempestività consente di migliorare decisamente il disequilibrio nutrizionale, tanto da registrare tassi di rientro che oscillano tra il 70 il 90% dei casi. L'attenzione all'equilibrio nutrizionale è fondamentale per garantire un corretto sviluppo psicofisico. E purtroppo è un fatto che negli ultimi anni si è abbassata l'età della comparsa dei disturbi alimentari, ora presenti anche nei giovanissimi, dagli 8-9 anni. L'insorgenza infantile di tali problemi,

persino nella prima e primissima infanzia, può essere legata a difficoltà e conflitti gravi del rapporto con i genitori. Un dato che aiuta a capire perché le famiglie devono essere sostenute e accompagnate in tutto l'iter di cura della malattia del figlio, un percorso che spesso destabilizza e impaurisce. La gamma dei disturbi varia dall'anoressia nervosa, alla bulimia, il *binge eating* (disturbo da alimentazione incontrollata e altri disturbi sottosoglia e in forma ibrida). Anoressia, bulimia si insinuano nella vita degli adolescenti che vedono il cibo come il nemico-amico. Si tratta di un percorso molto complesso che nelle forme più gravi richiede il ricovero ospedaliero. Il trattamento può essere ambulatoriale o in centri specializzati per le forme meno severe o croniche. Quali sono i campanelli d'allarme? Un forte dimagrimento, la perdita del ciclo mestruale e l'attenzione ossessiva per la forma fisica. Capita durante la crescita fisica che ragazze e ragazzi subiscano un disorientamento psicologico e magari è proprio in questi momenti di crisi che si insinua il malessere alimentare. Erroneamente si pensa che il cibo sia il problema, invece può essere una conseguenza. È necessario controllare se i ragazzi usano diuretici, lassativi o se vanno in bagno subito dopo il pasto, magari per liberarsi immediatamente vomitando. È importante notare un cambiamento di carattere e un sopravvenuto mutismo. E se è difficile per

gli adulti fare uscire i ragazzi dal silenzio, si possono comunque e certamente cercare occasioni adatte al dialogo. È utile poi sottoporre a un medico nutrizionista il regime alimentare seguito dall'adolescente, al fine di valutarne eccessi o carenze. In questa figura competente e specializzata il genitore può trovare un valido supporto nel porre in essere soluzioni per la salubrità fisica e mentale. La percentuale di decessi in un anno per anoressia nervosa si aggira tra il 5,86 e il 6,2%, per bulimia nervosa tra l'1,57 e l'1,93% e per gli altri disturbi tra l'1,81 e l'1,92%, ci indica che l'età di esordio di questi problemi si colloca generalmente tra i 15 e i 19 anni anche se di recente, sempre più frequentemente l'età dei casi di anoressia va abbassandosi pericolosamente. Sarebbe perciò utile preparare maggiormente gli ospedali ad accogliere questi pazienti in reparti con strutture specializzate in grado di sostenere le famiglie, anche nella fase di riabilitazione. In Italia su questo siamo carenti, esistono infatti solo 7 centri per la riabilitazione, troppo pochi. Bisogna rinforzare il servizio. E bisogna che ci sia l'attenzione di tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DIAGNOSI, POI IL RISCATTO

«Così mi diedi da fare»

di **Stephen Hawking**

a pagina 23

Vidi un ragazzo morire nel letto davanti al mio E smisi di commiserarmi

di **Stephen Hawking**

Mi capita spesso di sentirmi domandare: come ci si sente ad avere la sclerosi laterale amiotrofica? La risposta è: non molto bene. Io cerco di condurre una vita il più possibile normale e di non pensare alla mia condizione, o di non rimpiangere le cose che essa non mi permette di fare, che non sono poi così tante.

Per me fu un trauma molto grave quando seppi di avere la malattia dei motoneuroni. Da bambino non ho mai avuto una grande coordinazione motoria. Non ero bravo nei giochi con la palla, e forse fu proprio questa la ragione della mia mancanza di interesse per lo sport o per le attività fisiche. Le cose parvero però cambiare quando andai a Oxford. Cominciai a fare il timoniere nel canottaggio. Non ero certamente a un livello di gare ufficiali, ma me la cavavo a quello delle gare fra college.

Wagner e i brutti sogni

Nel mio terzo anno a Oxford, però, notai che mi sembrava di diventare più impacciato nei movimenti, e un paio di volte caddi senza alcuna ragione apparente. Solo dopo il mio passaggio a Cambridge, l'anno seguente, mia madre se ne accorse e mi condusse

dal medico di famiglia. Egli mi mandò da uno specialista e, poco dopo il mio ventunesimo compleanno, mi ricoverarono in ospedale per esami. Vi rimasi un paio di settimane, durante le quali fui sottoposto a una grande varietà di analisi. Mi prelevarono un campione di muscolo da un braccio, mi applicarono elettrodi, mi iniettarono nella spina dorsale un liquido radio-opaco e lo osservarono ai raggi X andare su e giù mentre inclinavano variamente il letto.

Alla fine non mi dissero che cosa avevo, tranne che non era una sclerosi multipla, e che ero un caso atipico. Mi resi conto però che si attendevano che continuassi a peggiorare, e che non potevano fare altro che somministrarmi vitamine. Era chiaro anche che non si aspettavano che le vitamine potessero fare granché. Non mi sentii di domandare altri particolari, essendo già chiaro che erano decisamente sfavorevoli.

La consapevolezza di avere una malattia incurabile che mi avrebbe probabilmente

ucciso in pochi anni fu per me un trauma. Com'era possibile che una cosa del genere fosse accaduta proprio a me? Perché dovevo essere stroncato in quel modo? Mentre ero in ospedale, però, avevo visto un

ragazzo che conoscevo vagamente morire di leucemia nel letto di fronte al mio. Non era stato certamente un bello spettacolo. Era chiaro che c'erano persone che stavano peggio di me. Almeno, la mia condizione non mi faceva soffrire fisicamente. Ogni volta che sono incline a commiserarmi mi viene in mente quel ragazzo.

Non sapendo che cosa mi sarebbe accaduto, o quanto rapidamente avrebbe progredito la malattia, non stavo facendo nulla. I medici mi dissero di tornare a Cambridge e di proseguire la ricerca che avevo appena iniziato sulla relatività generale e la cosmologia. Io, però, non stavo facendo molti progressi perché non avevo una grande preparazione matematica, e in ogni caso non sarei vissuto abbastanza per terminare la mia tesi di dottorato. Mi vedevo come un personaggio da tragedia. Cominciai ad ascoltare Wagner, mentre è un'esagerazione che mi fossi dato al bere.

A quel tempo facevo molti brutti sogni. Prima che mi fosse diagnosticata la malattia ero piuttosto annoiato della vita. Mi sembrava che non ci fosse niente che valesse la pena di fare. Poco dopo essere uscito dall'ospedale, però, sognai che stavo per essere giu-

stiziato. D'improvviso mi resi conto che c'era una quantità di cose importanti che avrei potuto fare se la mia condanna fosse stata sospesa. Un altro sogno che feci varie volte fu quello che sacrificavo la mia vita per salvare altri. Dopo tutto, se dovevo morire comunque, la mia vicenda poteva avere anche qualche aspetto positivo.

Le nubi si diradano

Ma non morii. Anzi, benché una grossa nube nera incombesse sul mio futuro, trovai, non senza stupirmi, che stavo apprezzando la vita più di pri-

ma. Cominciai a fare progressi nella mia ricerca, mi fidanzai e mi sposai e ottenni una borsa di studio di ricerca al Caius College di Cambridge.

La borsa di studio al Caius risolse il mio problema immediato dell'impiego. Fu una fortuna che avessi scelto di lavorare in fisica teorica perché questa era una delle poche aree in cui la mia condizione non mi avrebbe gravemente svantaggiato. E fu una fortuna che la mia reputazione scien-

tifica crescesse al peggiorare della mia invalidità.

© Stephen Hawking

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi era



● Stephen William Hawking era nato a Oxford l'8 gennaio 1942 (300 anni dopo la morte di Galileo Galilei, foto in alto) ed è scomparso ieri a Cambridge (139 anni dopo la nascita di Albert Einstein, foto sopra).

● Hawking è stato uno dei più famosi astrofisici del mondo, in particolare per gli studi sui buchi neri, sulla cosmologia quantistica e sull'origine dell'universo.

● Nel 1963 decise di sottoporsi agli accetamenti quando non era più in grado di sopportare le accresciute difficoltà nell'uso degli arti. Fu in quel momento che gli venne diagnosticata una malattia degenerativa che comprometteva la funzione di governo della contrazione muscolare.

● Sposato due volte, con Jane Wilde-Hawking, dal 1965 al 1995 e con Elaine Mason dal 1995 al 2006, ha tre figli, Lucy, Robert e Tim.

Il libro



● Il testo di Hawking in questa pagina è tratto da «Buchi neri e universi neonati» pubblicato per Bur Rizzoli da Mondadori Libri S.p.A., proprietà letteraria riservata © Stephen Hawking. Sempre nella collana «Le scoperte e le invenzioni» Bur ha pubblicato «La teoria del tutto» e «Dal Big Bang ai buchi neri».



Nel 2008 Stephen Hawking alla George Washington University, a Washington D.C., durante la lettura magistrale «Perché dovremmo andare dentro lo Spazio» (Foto Zakir/Epa)

L'ESPERTO/ALESSANDRA TAVANI

«La caffeina non cancella gli effetti prodotti dall'alcol»

Attenzione anche all'abuso di bibite energetiche: eliminano la sonnolenza ma i riflessi restano comunque lenti

23

Gli scienziati che hanno partecipato alla ricerca sul rapporto fra tumore e caffeina

300

I milligrammi di caffeina consigliati al giorno. Non si dovrebbe mai superare questa quantità

FALSO MITO

Poche le conseguenze sulla pressione: la alza ma solo per poco tempo

«**I**l caffè è un piacere a cui non è necessario rinunciare ma va bevuto con moderazione. Non fa male, ci sono evidenze che può addirittura fare bene, ma è anche importante ricordare che questo vale per le persone sane: chi soffre di alcune patologie faccia sempre riferimento al medico». Lo raccomanda Alessandra Tavani, fra i 23 scienziati chiamati dalla Iarc, l'Agenzia Internazionale per la ricerca sul cancro, a revisionare la letteratura scientifica degli ultimi anni sul rapporto fra caffè e salute.

Il consiglio vale per chi ha problemi cardiovascolari o di ipertensione, visto che tradizionalmente la caffeina è stata associata a fattori di rischio, in particolare l'aumento della pressione. «Gli studi - spiega Tavani, già alla guida del Laboratorio di epidemiologia delle malattie croniche

all'Istituto Mario Negri di Milano - escludono un aumento di rischio con un consumo moderato per le persone sane. Due ricerche su post infartuati indicano anche che non c'è associazione rispetto a nuovi eventi cardiovascolari. Quanto alla pressione, si è visto che non ci sono effetti a lungo termine ma transitori: l'aumento di pressione si osserva nell'ora successiva alla somministrazione, e per 2-3 millimetri di mercurio».

Non ci sono casi in cui il caffè va limitato o evitato? «L'unica componente nota del caffè che può avere qualche effetto sfavorevole sulla salute è la caffeina. In generale, devono limitarne il consumo tutti i soggetti con metabolismo rallentato. Meglio non bevano caffè i bambini, le donne in gravidanza, in particolare nell'ultimo trimestre e durante l'allattamento. La caffeina infatti passa molto facilmente la barriera placentare e può ridurre fino al 30% l'assorbimento del ferro. Anche chi soffre di cirrosi è meglio ne riduca autonomamente il consumo, magari passando al decaffeinato: lo fa automaticamente chi fa fatica a dormire con due caffè al giorno o accusa reazioni come sudore o aritmia».

Ultimi avvertimenti: «Attenzione alle bevande energetiche. Una lattina può contenere anche l'equivalente di tre tazzine di caffè. E la caffeina non serve per eliminare gli effetti di qualche bicchiere di troppo, perché non è una antagonista dell'alcol: elimina solo alcune sensazioni come la sonnolenza, ma l'attenzione non aumenta e i riflessi restano lenti. In alcune circostanze quindi, ad esempio se si guida l'auto, può aumentare il pericolo, perché con i riflessi lenti ma senza avvertire il torpore si può essere ancora più imprudenti».



Un nuovo farmaco contro la Sla

Humanitas sarà coordinatore di uno studio clinico internazionale per sperimentare un nuovo farmaco contro la Sla, sclerosi laterale amiotrofica, una malattia neurodegenerativa che causa una paralisi totale. Attualmente non esiste cura e l'esito è infausto. L'incidenza è di circa 1-3 casi ogni 100.000 abitanti all'anno. In Italia si stimano almeno 3.500 malati e 1.000 nuovi casi ogni anno.

Il progetto guidato da Humanitas, che ha ricevuto l'apprezzamento dei comitati EMA, l'Agenzia Europea del Farmaco, è risultato primo su 127 partecipanti al bando e riceverà circa 5,6 milioni di euro dalla Commissione Europea per portare avanti lo studio.

Intorno ad Humanitas si sono riuniti i maggiori esperti internazionali provenienti da Irlanda, Gran Bretagna, Germania, Francia, Olanda e Belgio che, per i prossimi 4 anni, verificheranno l'efficacia terapeutica di questo nuovo farmaco derivato dagli acidi biliari. In fase preclinica ha dimostrato capacità protettiva rispetto alla degenerazione neuronale. Al momento, l'unica cura per la Sla, annoverata tra le malat-

tie rare, è in grado soltanto di rallentare la progressione della malattia.

«Questo finanziamento è un segnale molto importante per la ricerca, e conferma il ruolo primario dell'Italia nella ricerca scientifica neurologica. Il progetto ci consente di sperimentare questo nuovo farmaco, nella speranza che i risultati finali siano positivi e possano davvero cambiare la storia di questa malattia così drammatica - commenta il professor Alberto Albanese, Responsabile di Neurologia I di Humanitas e Principal Investigator dello studio. Inoltre il nostro progetto, che è risultato primo su 127 partecipanti, è stato approvato con il disegno cui abbiamo pensato fin dall'inizio, senza alcuna richiesta di modifica: un ulteriore segno che ne testimonia la validità scientifica».

Lo studio nasce da un primo lavoro esplorativo pilota condotto dal professor Albanese su 60 pazienti in 3 Centri (Milano, Napoli, Palermo). I risultati hanno mostrato un rallentamento di circa un terzo del processo degenerativo, consentendo un prolungamento della sopravvivenza dei pazienti.

DECRETO DI LORENZIN

**Nella sanità
 sono al debutto
 17 nuovi albi
 professionali**

Damiani a pag. 34

È stato firmato dal ministro della salute il primo decreto attuativo della legge Lorenzin

Sanità, arrivano 17 nuovi albi

Organizzate le professioni tecniche e della riabilitazione

DI MICHELE DAMIANI

Diciassette nuovi albi professionali che vanno ad ingrossare le fila di una neonata Federazione di ordini di categoria. La loro istituzione è frutto del primo decreto attuativo della legge 3/2018 (cosiddetta legge Lorenzin), firmato dallo stesso Ministro della salute lo scorso 13 marzo. Il decreto dà concreta attuazione all'articolo 4 comma 13 della legge, il quale stabilisce che «sono istituiti presso gli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, gli albi professionali delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione». Il ministero aveva novanta giorni di tempo dall'entrata in vigore della norma (avvenuta il 15 febbraio 2018) per pubblicare il decreto. I diciassette nuovi albi vanno a inserirsi nella Federazione nazionale ordini dei tecnici sanitari di radiologia medi-

ca, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, anch'essa concepita dalla legge (prima la federazione raggruppava Collegi e non Ordini). Trova così attuazione uno dei passaggi fondamentali della riforma delle professioni sanitarie, ovvero quello legato alle professionalità tecniche, quelle della riabilitazione e della prevenzione che, d'ora in poi, avranno un proprio specifico albo di riferimento. Il decreto, oltre ad istituire i nuovi albi, definisce le regole per la loro tenuta, ovvero le linee guida

per quanto riguarda i requisiti necessari per l'iscrizione all'albo, le modalità di cancellazione dallo stesso e la gestione amministrativa e contabile degli ordini, compresa la definizione delle sanzioni, dei procedimenti disciplinari e delle modalità di erogazione e riscossione dei contributi. I requisiti per l'iscrizione sono classici: bisognerà essere cittadini italiani o europei, godere del pieno godimento dei diritti civili, non aver nessun carico pendente e essere in possesso della laurea abilitante all'esercizio della professione. I cittadini extracomunitari che vorranno iscriversi agli albi dovranno ottenere il riconoscimento del titolo di studio abilitante e essere a posto con la normativa in materia di ingresso e soggiorno. Dall'attuazione della norma non dovranno conseguire nuovi oneri per la finanza pubblica. «Al fine di garantire che la nuova cornice normativa fosse non solo condivisa ma anche rispondente alle esigenze dei professionisti sanitari interessati», si legge nel comunicato diffuso ieri dal Ministero, «il testo del decreto è stato definito anche con il contributo del presidente dei tecnici sanitari di radiologia medica e del presidente del coordinamento nazionale delle associazioni delle professioni sanitarie (Conaps)».

I nuovi albi delle professioni sanitarie

Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	Tecnico audiometrista
Tecnico audioprotesista	Tecnico ortopedico
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	Tecnico di neuro fisiopatologia
Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria	Tecnico della prevenzione nei luoghi di lavoro
Igienista dentale	Logopedista
Podologo	Ortottista e assistente oftalmologia
Terapista della neuro e psicomotricità età evolutiva	Dietista
Terapista occupazionale	Educatore professionale
Fisioterapista	

L'idea di una società americana

Ibernarsi il cervello per aver la vita eterna

*Ideato sistema che congela la materia grigia di pazienti in punto di morte
Bastano 10mila dollari. Ma non si sa se nella mente rimarrà traccia del passato*

■ ■ ■ CHIARA PELLEGRINI

■ ■ ■ Diecimila dollari, poco più di un lifting al viso o di una rinoplastica, di una liposuzione o di una mastoplastica, tanto costa ibernare il cervello. La promessa di una quasi eterna giovinezza grazie agli interventi estetici forse non basta più. L'uomo pensa a conservare i propri pensieri per sempre.

Non è la sinossi di un romanzo di fantascienza ma la realtà. La prossima settimana la Y Combinator, famosa startup acceleratore della Silicon valley presenterà ai suoi investitori la Nectome, la società che promette vita eterna. Sarà Robert McIntyre, cofounder di Nectome, ad illustrare la tecnologia high tech di imbalsamazione. Una soluzione chimica che permette di conservare il corpo intatto per centinaia di anni, come fosse una statua di ghiaccio.

COME FUNZIONA IL PROCESSO

La conservazione cerebrale sviluppata da Nectome prevede che abbia inizio quando si è ancora vivi o meglio poco prima che inizi la morte, attendere anche soltanto poche ore potrebbe infatti danneggiare alcune parti fondamentali del cervello.

Ma come avviene il processo? Vie-

ne effettuata una sorta di anestesia generale, mentre una macchina cuore polmone pompa nella carotide il mix imbalsamatore. «Il prodotto è al 100% fatale», ha detto il fondatore della startup, Robert McIntyre, è per questa ragione che Nectome ha consultato degli avvocati specializzati in suicidio assistito i quali hanno confermato che si tratta di una pratica legale. Il sistema di conservazione di Nectome ancora non è disponibile sul mercato e ancora ci vorranno degli anni, tuttavia, per quanto possa sembrare macabra la vicenda ha già stuzzicato diversi investitori. Lo stesso presidente di Y Combinator, Sam Altman, 32 anni, ha sborsato 10.000 dollari per mettersi in lista, altrettanto hanno fatto 25 persone. Denari che potranno essere risarciti se il cliente dovesse cambiare idea.

IL PRIMO TEST EFFETTUATO

A febbraio Nectome ha effettuato il primo test sul cadavere di un'anziana, a soltanto due ore e mezza dal decesso sono stati capaci di conservare il cervello della donna. «Si può definire quello che facciamo», ha spiegato McIntyre, «come una raffinata forma di imbalsamazione che preserva non solo i dettagli esterni ma anche quelli interni». Quanto al successo

dell'operazione sulla donna anziana ha commentato: «Uno dei migliori casi di conservazione mai visti prima». Certo ancora non è chiaro se ricordi e pensieri restano conservati o meno. La Nectome in questi anni ha ottenuto diversi riconoscimenti nazionali e sta collaborando con Edward Boyden importante neuroscienziato del Mit (Massachusetts Institute of Technology). Non solo, hanno anche ricevuto 80.000 dollari di premio da un concorso di scienze, per avere sperimentato con successo la tecnica di conservazione del cervello su un maiale, «così bene», scrive il Mit technology review, «che era possibile osservare ogni sinapsi dentro al cervello attraverso il microscopio elettronico».

Il sistema di Nectome, che combina imbalsamazione a crioconservazione, rappresenta un nuovo approccio scientifico ma non è una novità. Sono circa 400 i corpi crioconservati dalla Alcor Life Extension Foundation (Arizona), dalla Cryonics Institute (Michigan) e dalla KrioRus, che invece è russa. Alla Alcor sotto vetro c'è anche il corpo del giocatore di baseball Ted Williams, come gli altri, immerso a -196 gradi, spera un giorno di tornare in vita, quando la tecnologia del futuro potrà invertire il processo criogenico.

© R. PRODUZIONE RISERVATA

■ ■ ■ LA SCHEDA

QUANTO COSTA

Ci vogliono diecimila dollari per conservare il nostro cervello, almeno questa la cifra che chiede la Nectcome, società fondata da due ex studenti del Mit di Boston. Non è chiaro se si tratta di una piccola cifra per mettersi in fila di attesa o se poi sarà il prezzo finale. Fino ad ora 25 persone hanno fatto richiesta.

CRIOCONSERVATI NEL MONDO

Ad oggi 377 persone nel mondo si sono fatte crioconservare, sperando di risvegliarsi nel futuro proprio come Fry. Con una importante differenza: l'ibernazione è permessa solo post-mortem. Mentre per il metodo sviluppato da Nectcome è necessario che il processo inizi nell'istante della morte, perché attendere anche solo poche ore potrebbe danneggiare alcune sue parti fondamentali.

15/3/2018

Contratto medici e dirigenti sanitari. Intersindacale: "Nessun chiarimento sulle risorse, Governo e Regioni respons...

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 14 MARZO 2018

Contratto medici e dirigenti sanitari.
Intersindacale: "Nessun chiarimento sulle risorse, Governo e Regioni responsabili dello stallo" e sindacati abbandonano trattative

La trattativa non decolla e, in attesa di risposte i rappresentanti legali dei sindacati, gli unici autorizzati alla firma, hanno deciso di lasciare il tavolo negoziale che proseguirà i suoi lavori solo in sede tecnica. "Trattativa rimasta inchiodata al punto di partenza dal rifiuto delle Regioni e del Governo di dare certezza alle risorse economiche disponibili. Dopo 9 anni di blocco ed un peggioramento delle condizioni del loro lavoro senza eguali, non chiediamo più risorse degli altri, ma solo di non averne meno di quanto concesso ad altre categorie del mondo sanitario e della PA".

"Dopo 22 giorni e tre riunioni, la trattativa per il rinnovo del contratto della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria per il triennio 2016-2018 è rimasta inchiodata al punto di partenza dal rifiuto delle Regioni e del Governo di dare certezza alle risorse economiche disponibili. Risorse che, per quanto palesemente insufficienti rispetto alla perdita subita, non possono essere inferiori a quanto concesso dallo stesso datore di lavoro per altri settori del pubblico impiego e del mondo sanitario. I medici, i veterinari e i dirigenti sanitari dipendenti del Ssn, dopo 9 anni di blocco ed un peggioramento delle condizioni del loro lavoro senza eguali, infatti, non chiedono più risorse degli altri, ma semplicemente di non averne meno di quanto concesso ad altre categorie professionali del mondo sanitario e della Pubblica Amministrazione".

Così l'Intersindacale in una nota siglata da **Anaa Assomed, Cimo, Aaroi Emac, Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn, Fvm, Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr), Cisl Medici, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Uil Fpl Coordinamento nazionale delle Aree contrattuali medica, veterinaria e sanitaria.**

"Appare pretestuoso nascondere dietro un no immotivato del signor Mef una questione economica, la cui soluzione richiede non l'arguzia dell'azzeccagarbugli, quanto piuttosto il buonsenso e la volontà politica, liberando il campo da una volontà punitiva nei confronti del lavoro svolto in regime di dipendenza dello Stato". prosegue l'Intersindacale.

"Le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, in attesa di un chiarimento politico da parte di Regioni e Governo, per senso di responsabilità istituzionale nei confronti dei colleghi che, con i loro sacrifici negli ospedali e nelle Asl, tengono in piedi quello che resta della sanità pubblica, consentono a proseguire il confronto contrattuale in sede meramente tecnica. I legali rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, titolari della rappresentatività politica e del potere di firma, però, abbandonano il tavolo sino a che non si avranno risposte soddisfacenti, per rimarcare con tale allontanamento una protesta che aveva spinto allo sciopero, sospeso per quel senso di responsabilità che la parte datoriale sembra voler umiliare.

La questione politica aperta attiene alla dignità professionale ed economica, in confronto ad altri settori del pubblico impiego e non, di una attività che garantisce l'esigibilità del diritto alla salute dei cittadini nonché alla volontà, o meno, di concordare le regole di un patto che Governo e Regioni mandano in frantumi utilizzando la crisi economica come alibi tecnico per scelte politiche", conclude la nota.

15/3/2018

Contratto medici e dirigenti sanitari/2. Garavaglia dice sì alla clausola di esclusività nel calcolo complessivo del monte salari

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 14 MARZO 2018

Contratto medici e dirigenti sanitari/2. Garavaglia dice sì alla clausola di esclusività nel calcolo complessivo del monte salari

Il Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità ha anche sottolineato la richiesta al Governo per "l'attivazione di un confronto per rendere attuali i parametri fissati dalla legge che per quanto riguarda la spesa di personale in sanità fa riferimento ad un valore ormai inadeguato rispetto all'organizzazione e alla erogazione dei servizi oggi profondamente cambiata".

“La clausola di esclusività per l'area della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e delle professioni sanitarie del Comparto Sanità va inclusa nel calcolo del monte salari complessivo, chiarendo così la natura della voce contrattuale per definire gli incrementi retributivi”, ne è convinto il Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità, **Massimo Garavaglia** che al termine della riunione odierna ha ribadito la posizione già assunta in precedenza e comunicata con lettera dell'8 marzo al Presidente del Consiglio **Paolo Gentiloni** e per conoscenza i Ministri: **Pier Carlo Padoan**, **Marianna Madia** e **Beatrice Lorenzin** e al Presidente dell'Aran, **Sergio Gasparrini**.

“Abbiamo chiesto inoltre al Governo l'attivazione di un confronto per rendere attuali i parametri fissati dalla legge che per quanto riguarda la spesa di personale in sanità fa riferimento ad un valore ormai inadeguato rispetto all'organizzazione e alla erogazione dei servizi oggi profondamente cambiata. Serve – ha concluso Garavaglia – un pronunciamento puntuale del Governo durante l'attuale fase contrattuale in corso presso l'Aran, attraverso la costituzione, come abbiamo più volte chiesto, di uno specifico Tavolo di approfondimento”.

15/3/2018

Contratto del comparto. Perché è un errore l'introduzione dello straordinario obbligatorio

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 14 MARZO 2018

Contratto del comparto. Perché è un errore l'introduzione dello straordinario obbligatorio

Una politica che realizza un aumento surrettizio dell'orario di lavoro nei confronti del personale del Ssn, fortemente invecchiato, sfibrato da decenni continuativi di turni, minato nel fisico e gravato da prescrizioni e limitazioni del medico competente non può essere una risposta alla grave carenza di personale. Rappresenta una complessiva sconfitta del sistema e di tutti i suoi attori in nome di un contratto che non investe sul futuro ma sfrutta un incerto presente.

Premessa. Abbiamo registrato, sull'ipotesi contrattuale firmata a febbraio, un'insoddisfazione e opposizione che non si verificava da decenni. Bisogna risalire al 1978 e alla clamorosa nascita di un forte movimento di protesta contro un contratto degli "ospedalieri" firmato dalla allora FLO (Federazione lavoratori ospedalieri, sigla in cui confluiscono Cgil, Cisl e Uil). L'insoddisfazione, allora, si manifestò con gli strumenti tipici delle lotte dei lavoratori dell'epoca: scioperi spontanei, improvvisi, "selvaggi", manifestazioni ecc. Questa volta l'insoddisfazione si manifesta con la protesta nei social, con la proclamazione di scioperi nel tempo e altre forme.

In particolare si registra l'insoddisfazione delle categorie professionali che più in questi anni sono state sottoposte al doppio regime della crescente professionalizzazione e della crescente pressione da parte delle organizzazioni sanitarie per un loro impiego intensivistico che, spesso, ha fatto strame dei minimi diritti di riposo e pause dovuti alle forti contrazioni di organici in seguito alle politiche governative di tagli al personale che hanno bloccato i turn over.

Ci riferiamo al personale della categoria D sanitaria che lavora nei turni sulle 24 ore nei reparti, nelle sale operatorie e nei servizi di diagnostica di laboratorio e radiologia. Il riferimento è anche per coloro che sono soggetti alla disciplina della pronta disponibilità.

La disciplina dell'orario di lavoro è diventata, di conseguenza, nel dibattito post firma dell'ipotesi contrattuale, centrale.

L'evoluzione del lavoro straordinario nei contratti di lavoro

Storicamente e tradizionalmente, in realtà, lo straordinario è spesso stato combattuto dalle organizzazioni sindacali in quanto strumento antisolidale nel rapporto tra occupati e disoccupati.

Fino ai primi anni ottanta dello scorso secolo il limite dello straordinario per dipendente era di 100 ore annue, poi diminuito a 80 ore con il contratto del 1987 (DPR 270/87, art. 17) e portato addirittura a 50 ore, con il contratto del 1990 (DPR 384/1990, art. 10).

Dalla fine degli anni novanta il limite è stato decisamente aumentato a 180 ore annue elevabile, non a caso, per "specifiche categorie di lavoratori" in una percentuale del 5% fino a un massimo di 250 ore annuali. Il basso limite del 5% di elevazione, di un monte ore individuale di straordinario, già di per sé elevato (180 ore di straordinario riporta l'orario di lavoro a 40 ore settimanali), è indirizzato però a quelle "specifiche categorie di lavoratori" che sono soggette al lavoro intensivistico di cui parlavamo e che si vedono, non potrebbe essere altrimenti, le vere destinatarie di quella percentuale aggiuntiva, diluita in tutto il comparto, ma tutta concentrata su di loro.

Queste categorie, un tempo, erano le maggiormente protette dai contratti per il riconoscimento di lavoro usurante – non in senso pensionistico – dell'attività svolta.

Ci riferiamo al lontano "contratto" del 1980 (Accordo nazionale unico di lavoro 24 giugno 1980) in cui si individuavano una serie di settori "prioritari" come la radiologia, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione e terapia intensiva, emodialisi, laboratori di analisi e di anatomia patologica e personale turnista.

15/3/2018

Contratto del comparto. Perché è un errore l'introduzione dello straordinario obbligatorio

addetto all'assistenza sanitaria diretta ai degenti" che dovevano beneficiare di una riduzione dell'orario di lavoro – allora posto a 40 ore settimanali – attraverso "pause di mezz'ora ogni turno" fino a una riduzione a 37 ore. Le categorie più esposte al disagio quindi a 37 ore di "debito orario", le altre a 40 ore settimanali.

In tempi più recenti anche il CCNL del 1999 prevedeva una riduzione dell'orario di lavoro per il personale "adibito a regimi di orario di lavoro articolato in più turni" a 35 ore settimanali, fermo restando il limite delle 36 ore per tutti gli altri.

Un tempo tutelati, oggi maggiormente colpiti dalle norme contrattuali.

L'effettuazione del lavoro straordinario è obbligatoria?

La normativa, giuridica e contrattuale, distingue da sempre tra orario "normale" – così viene chiamato nel codice civile l'orario di lavoro ordinario – posto dalla metà degli anni ottanta a trentasei ore – e lavoro straordinario.

Le prestazioni di lavoro straordinario, nelle varie normative contrattuali che si sono succedute nei decenni, vengono circondate di quella che è diventata una norma costante: si legge infatti che queste prestazioni "non possono essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro". Questa formula viene ripetuta, con sempre minore convinzione, anche nell'ultima ipotesi contrattuale.

Con minore convinzione in quanto, il "copia e incolla" di questo disposto degli ultimi decenni, si cala in una realtà di una grave carenza del personale, di cui non si ha memoria nel passato.

A questo aspetto si aggiunge il vero salto di qualità di questa ipotesi contrattuale: l'obbligatorietà del lavoro straordinario.

Riportiamo testualmente l'ultimo periodo del secondo comma dell'articolo 31: "Il lavoratore, salvo giustificati motivi di impedimento per esigenze personali e familiari, è tenuto ad effettuare il lavoro straordinario".

Questa norma non è mai stata presente nelle normative contrattuali precedenti.

Cerchiamo di capirne il motivo e di analizzarne le conseguenze. Il motivo è presto detto: dall'entrata in vigore del D.Lgs 66/2003 il lavoro straordinario "è ammesso soltanto previo accordo tra datore di lavoro e lavoratore" (art. 4), quanto meno in assenza di una disciplina diversa contenuta nei contratti collettivi. Per anni si è discusso se questa norma fosse o meno applicabile al pubblico impiego. La Corte di cassazione, con una recente sentenza – sezione lavoro, 4 agosto 2014, n. 17582 - ne ha dichiarato l'applicabilità anche all'impiego pubblico stabilendo come principio di carattere generale la non obbligatorietà del lavoro straordinario anche in presenza di un ordine di servizio, laddove non regolamentata da contratto collettivo.

L'ipotesi contrattuale 2018 provvede a regolamentare la materia dichiarando obbligatoria la prestazione di lavoro straordinario.

Il dipendente è quindi, a questo punto, "tenuto" a effettuarlo salvo "giustificati motivi di impedimento per esigenze familiari e personali". I motivi di opposizione, dunque, devono essere "giustificati". Il contratto non fa esplicito riferimento alla forma scritta, ma è chiaro che di questa si tratta.

Quali saranno gli accettati giustificati motivi? Quale livello di dettaglio della vita privata del singolo lavoratore devono essere messi a disposizione del datore di lavoro, per la valutazione e la conseguente accettazione/non accettazione del diniego al lavoro straordinario senza conseguenze disciplinari? Accudimento figli minori, anziani, visite mediche e controlli sanitari pianificati nel tempo libero? E i motivi personali che non si vogliono divulgare perché, appunto, "personali"?

Le conseguenze del diniego al lavoro straordinario sono di carattere disciplinare che possono andare dalle sanzioni più lievi – dal rimprovero scritto fino alla sospensione di quattro ore - per l'inosservanza alle "disposizioni di servizio" fino alle assenze ingiustificate che, per le recidive compiute, possono arrivare alla sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino a un massimo di sei mesi.

Si apre, nei fatti, uno scivoloso periodo di confutazione del tempo libero del dipendente con le immaginabili conseguenze.

Gli incerti limiti contrattuali e legislativi allo straordinario obbligatorio

Oltre al limite, soggettivo e intrusivo della vita privata del lavoratore, dei giustificati motivi la giurisprudenza ne individua, da sempre, uno generico evincibile dalla natura contrattuale del rapporto di lavoro. Il datore di lavoro, e chi lo rappresenta nelle varie articolazioni organizzative, nella richiesta di lavoro straordinario è tenuto a rispettare, gli estremamente generici criteri, di "correttezza" e "buona fede" ex artt. 1175 e 1375 codice civile.

Gli altri criteri-limite sono evincibili dalle norme legislative – in parte derivate dal contratto – sull'orario di lavoro.

L'effettuazione del lavoro straordinario, quindi:

15/3/2018

Contratto del comparto. Perché è un errore l'introduzione dello straordinario obbligatorio

- a) non può superare le ore di lavoro settimanale complessive di 48 ore (calcolo da effettuarsi in un periodo, elevato dal contratto, di sei mesi di lavoro. In altri termini è lecito un orario di lavoro di 48 ore settimanali per quasi sei mesi continuativi);
- b) non può superare le dodici ore continuative;
- c) deve rispettare le 11 ore di riposo giornaliero con le seguenti eccezioni: riunioni di reparto, eventi formativi e per "ragioni eccezionali". In quest'ultimo caso le ore di mancato riposo giornaliero possono essere frazionate nei sette giorni successivi. Una sorta di incomprensibile riposo rateizzato che non rispetta la ratio del riposo giornaliero delle 11 ore.

Le modalità di effettuazione del lavoro straordinario

Le modalità di lavoro straordinario possono essere relative alla prosecuzione del lavoro già cominciato con modalità ordinarie, alla anticipazione oraria del lavoro da svolgere con modalità ordinarie, fino alla copertura di turni per assenze improvvise da svolgersi nei giorni liberi. Per il personale sanitario spesso si tratta di copertura di interi turni di lavoro e non di effettuazione di un breve orario di straordinario aggiuntivo. Impegni spesso gravosi dunque.

Al lavoro straordinario è tenuto il personale a tempo indeterminato, a tempo parziale, a tempo determinato, a contratto di somministrazione/Jobs act.

Per i tempi parziali (part time) il limite di ore straordinario – tecnicamente lavoro "supplementare" – viene elevato allo stesso limite dei lavoratori a tempo pieno (quindi 180 ore elevabile a 250 per il 5% del personale).

Particolarmente problematica risulta la condizione dei precari – contratti a tempo determinato e contratti di somministrazione/Jobs act – in quanto la loro mancanza di stabilità li pone in una condizione di debolezza nei confronti del datore di lavoro. Il diniego del lavoro straordinario potrebbe risultare, nei fatti, elemento di valutazione. Ricordiamo che il già ampio limite del 20% di lavoro precario rispetto a quello stabile può essere elevato, in sede di contrattazione integrativa e che i contratti a tempo determinato vengono elevati a ben quattro anni.

Gli obblighi extracontrattuali all'effettuazione del lavoro straordinario

Per coloro che lavorano in contesti in cui l'attività lavorativa si esplica attraverso la "presa in carico" di pazienti si rinviene un obbligo dovuto alla penalistica "posizione di garanzia" con particolare riferimento alla posizione di protezione. Si tratta dell'obbligo di preservare da pericoli soggetti che non sono in grado di tutelarsi da soli (necessitanti di cura e assistenza) che grava su tutti i professionisti sanitari che hanno in carico pazienti. La "posizione di protezione" cessa solo con la presa in carico da parte di altro professionista che si realizza minimamente, per prassi, con il c.d. "cambio a vista".

In altri termini, senza la trasmissione della presa in carico ad altri professionisti, non vi è la possibilità di lasciare il servizio anche a orario di lavoro scaduto. Questo anche laddove si ravvisi una grave inadempienza da parte del datore di lavoro. Da parte del lavoratore, quindi, prosegue la prestazione lavorativa in modo obbligatorio – o più propriamente "coatto" – fino al momento in cui si realizzano le condizioni di una trasmissione della posizione di protezione.

Più sfumato, ma sempre con rilievi penalistici, il caso in cui l'esercizio professionale venga esercitato in contesti caratterizzati dall'alternanza di periodi di attesa e di operatività come ad esempio una radiologia di guardia, un laboratorio di guardia. In questo caso, pur avendo adempiuto agli obblighi contrattuali, si palesa il rischio dell'interruzione di pubblico servizio ex art. 340 codice penale. Ripetiamo pur in presenza di totale adempimento degli obblighi di orario contrattuali.

La forma della richiesta di lavoro straordinario

Il contratto di lavoro non disciplina la modalità di imposizione del lavoro straordinario in quanto l'unica norma rinvenibile è relativa al rischio dell'abuso del lavoro straordinario stesso. Ecco allora che specifica la prestazione di lavoro straordinario "è espressamente autorizzata dal dirigente o del responsabile sulla base delle esigenze organizzative e di servizio". E' evidente non che stiamo trattando di questo aspetto bensì di quale debba essere l'atto formale di imposizione dello straordinario.

Usualmente, nelle prassi delle organizzazioni sanitarie, si manifesta attraverso il c.d. "ordine di servizio" espressione con la quale si intende una disposizione di carattere autoritativo destinata a incidere nell'organizzazione di lavoro. Tale modalità rimane in virtù, quanto meno formalmente, del carattere eccezionale che riveste l'effettuazione di lavoro straordinario ai sensi del primo comma dell'articolo 31 dell'ipotesi contrattuale.

Formalmente in quanto il combinato disposto dovuto all'introduzione dell'obbligatorietà dello straordinario obbligatorio e la grave carenza di personale ne depotenziano la necessità.

L'errore dell'introduzione dello straordinario obbligatorio

Quanto firmato nell'ipotesi contrattuale sulla disciplina del lavoro straordinario è un grave errore. Una politica che realizza un aumento surrettizio dell'orario di lavoro nei confronti del personale del Servizio sanitario nazionale, fortemente invecchiato, sfibrato da decenni continuativi di turni, minato nel fisico e gravato da prescrizioni e limitazioni del medico competente non può essere una risposta alla grave carenza di personale. Gli allarmi sulla mancanza di personale sanitario nelle strutture è ormai quotidiana e il contratto di lavoro decide un impiego intensivistico – un sindacalista d'antan parlerebbe di sfruttamento – del personale presente non è certo garanzia di un servizio di qualità, che permette la contemporanea sicurezza dei pazienti e degli operatori posti a tutela dei pazienti.

Rappresenta una complessiva sconfitta del sistema e di tutti i suoi attori – personale sanitario, aziende sanitarie, persone assistite – in nome di un contratto che non investe sul futuro ma sfrutta un ormai incerto presente.

Infine una notazione doverosa: forse sarebbe anche il caso di evitare che gli accordi sindacali siano firmati prima di consultazioni referendarie – come l'accordo del 30 novembre 2016 firmato prima del referendum costituzionale – o prima delle elezioni politiche – come l'ipotesi contrattuale in questione firmata il 23 febbraio a pochi giorni di distanza dalle elezioni 2018 – e non solo per la scarsa qualità e portata politica degli accordi che ha portato decisamente sfortuna ai governi che le hanno siglate.

Tomare al vecchio cliché di un sindacato come "cinghia di trasmissione" – copyright Giuseppe Di Vittorio - del sistema politico, o di parte di esso, non rende onore al ruolo che il sindacato deve avere nella società contemporanea.

Luca Benci
Giurista

15/3/2018

Settimana del cervello: la ricerca fa progressi su nuove terapie e procedure diagnostiche | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

14 mar
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | e

MEDICINA E RICERCA

Settimana del cervello: la ricerca fa progressi su nuove terapie e procedure diagnostiche

di Stefano Cappa (ordinario di Neurologia, Scuola Universitaria Superiore di Pavia)

I recenti annunci da parte di importanti case farmaceutiche di fallimenti, o addirittura sospensioni, della ricerca nel campo delle terapie per la malattia di Alzheimer ha destato preoccupazione in una opinione pubblica sempre più consapevole riguardo all'impatto medico, ma anche economico e sociale di questa patologia. E' infatti ormai conoscenza comune che l'invecchiamento della popolazione, legato all'aumento dell'attesa di vita che coinvolge anche i Paesi in via di sviluppo, porta con sé inevitabilmente un incremento delle malattie legate all'età, tra cui un posto centrale hanno le patologie degenerative del sistema nervoso. I dati attualmente disponibili parlano di circa 500.000 persone con demenza di Alzheimer in Italia, e di una popolazione di più di 700.000 soggetti "a rischio", in quanto affetti da problemi di memoria che possono rappresentare una fase iniziale della malattia.



In realtà i progressi nella comprensione dei meccanismi di malattia, nello sviluppo di metodi diagnostici e nella individuazione di possibili fattori di prevenzione sono continui, e la ricerca neurologica italiana ha un ruolo da protagonista. Alcuni risultati recenti: la scoperta che nei soggetti che

15/3/2018

Settimana del cervello: la ricerca fa progressi su nuove terapie e procedure diagnostiche | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

presentano un accumulo cerebrale della proteina beta-amiloide, un importante marcatore biologico della malattia, presentano uno sbilanciamento della flora batterica intestinale, con aumento dei ceppi pro-infiammatori e diminuzione dei ceppi batterici ad azione anti-infiammatoria; lo sviluppo di un metodo non invasivo e poco costoso, basato sulla stimolazione magnetica, per distinguere i pazienti affetti da Alzheimer da quelli colpiti da un'altra malattia neurodegenerativa, la demenza fronto-temporale; l'individuazione di un potenziale effetto protettivo del bilinguismo sulla evoluzione della malattia di Alzheimer.

In tutte e tre questi studi, pubblicati su riviste internazionali molto importanti, fondamentale è stato il ruolo di giovani ricercatori non strutturati o all'inizio della carriera. A livello internazionale, due scoperte sono molto importanti per il potenziale impatto sulla diagnosi e sullo sviluppo di nuove terapie. Da un lato, una scoperta di base, ovvero la delucidazione della precisa struttura atomica di un'altra proteina la cui deposizione a livello cerebrale, accanto a quella dell'amiloide, è il principale marcatore della malattia, ovvero la tau fosforilata. La conoscenza della struttura degli aggregati specifici per l'Alzheimer apre la strada alla possibilità di una visualizzazione in vivo, con la tomografia ad emissione di positroni, e allo sviluppo di terapie che ne blocchino l'aggregazione. Dall'altro, il recentissimo annuncio di un test eseguibile su un semplice campione di sangue, la cui efficacia nel dimostrare la presenza di un probabile accumulo di amiloide cerebrale sembra comparabile a quella di esami invasivi, come l'analisi del liquido cerebrospinale mediante puntura lombare, o più costosi e complessi, come la Pet cerebrale con traccianti per l'amiloide, apre prospettive nuove per la diagnosi precoce e la valutazione dell'efficacia di terapie applicate a soggetti a rischio o nelle fasi iniziali di malattia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA

14 Settembre 2015

Pillole di prevenzione/ Allarme tumori infantili: il ruolo dell'epidemiologia

MEDICINA E RICERCA

20 Novembre 2015

Verso nuove terapie e prospettive per i malati di Sla

Tutti i segreti nascosti nel cervello

di Flavio Pagano

Conoscere, comprendere e soprattutto curare il cervello, è l'affascinante sfida di un domani sempre più vicino, faccia a faccia col mistero della mente, frontiera di un mondo ancora in gran parte inesplorato, e capace, nel piccolo involucro di un cranio, di contenere più enigmi di quanti ne nascondano le profondità infinite dell'universo.

Di questa sfida, in tutte le declinazioni, e della necessità di prendere confidenza e di mestichezza con un tema così importante e al tempo stesso così inspiegabilmente trascurato, Napoli diventerà protagonista assoluta grazie al convegno «Il Cervello giovane. Viaggio nel cervello: come, dove, quando per la Settimana mondiale del cervello - BrainAwarenessWeek», promosso, come ogni anno, dalla Società Internazionale di Neuroscienze e dalla Dana Foundation for Brain Initiatives (www.dana.org/BAW/), i cui lavori verranno aperti oggi, alle ore 9.30, presso Città della Scienza, in via Coroglio.

Scopo dell'evento, a cura di Emilia Vitale (Responsabile NeurOmics lab - Ibp Cnr), Giulio Corrivetti (direttore Dipartimento Salute Asl Salerno), Graziella Milan (responsabile centro geriatrico Frulone Asl Na 1 Centro) e Daniela Marchianò (assistente sociale centro geriatrico Frulone) è focalizzare l'attenzione generale sui vari aspetti della prevenzione, sensibilizzando sia l'opinione pubblica che i media.

Ma l'obiettivo principale è prima di tutto la salvaguardia della salute del cervello attraverso lo strumento più potente per affrontare, oggi, qualunque malattia: la diagnosi

precoca. Il passaggio chiave per attuare una strategia terapeutica in grado di tenere sotto controllo i sintomi e modificare, se possibile, la progressione delle malattie.

Un appello insomma alla consapevolezza che curare il cervello migliora la vita, e che, sotto il patrocinio delle Asl Na 1 e dell'Asl di Salerno, della Fondazione Ebris, del Cnr, della Regione Campania, della Città della Scienza, nonché dell'Università degli Studi di Napoli «Federico II» e di quella di Salerno, vedrà riuniti scienziati, studenti, operatori sanitari e comunità allo scopo di sostenere la ricerca scientifica e di divulgare al grande pubblico i progressi nel campo delle neuroscienze. «Un'occasione per raccontare», sottolinea in forma collettiva l'organizzazione, «l'entusiasmo e la determinazione dei tanti che si dedicano quotidianamente alla cura dei pazienti con demenza, per una Sanità campana a chilometro zero».

Il programma comprende protagonisti della ricerca, come Paolo Barone, neurologo ed esperto di malattie neurodegenerative, Umberto di Porzio che illustrerà sviluppo e declino delle cellule neuronali, e Nicola Vanacore dell'Istituto Superiore della Sanità.

Mentre ne «Il Salotto delle Idee», Umberto di Porzio, Paolo Barone, Vincenzo Canonico, Annalisa di Palma, Nicola Ferrara, Maddalena Illario, Caterina Musella, Nicola Oddati, Beniamino Picciano e Nicola Vanacore, incontreranno il giornalista televisivo Alessandro Cecchi Paone, padano della divulgazione scientifica in Italia, e il sotto-

scritto, autore di *Infinito Presente - una storia vera di amore, Alzheimer e felicità*, edito da Sperling & Kupfer, e in uscita anche in inglese e in polacco, per mettere a confronto Sanità, ricerca e quotidianità su temi che toccano oggi in Italia, solo per l'Alzheimer, oltre un milione di famiglie. Al termine, lettura della «Carta di Gavirate» sulle note delle percussioni di Ciccio Merolla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le nuove frontiere delle neuroscienze: convegno di studi a Coroglio

Torino Dal 6 all'8 aprile il Festival della Psicologia con la direzione scientifica di Massimo Recalcati

Il brutto (e il buono) della paura Tre giorni nella mente umana

La doppia chiave

«Il tema è individuale e collettivo: una società impaurita si isola, così come fa il singolo»

di Ida Bozzi

Un nuovo direttore scientifico e un tema che affronta una questione di attualità stringente, cioè la paura: è stato presentato ieri a Torino il Festival della Psicologia, organizzato dall'Ordine degli psicologi del Piemonte, che si svolgerà alla Cavallerizza Reale da venerdì 6 a domenica 8 aprile. E che è diretto per la prima volta, nella sua quarta edizione, dallo psicoanalista Massimo Recalcati.

Proprio Recalcati ci illustra l'argomento di quest'anno (il titolo ricalca quello del romanzo di Niccolò Ammaniti: *Io non ho paura*), che porterà al festival incubi di oggi come il terrore per gli attentati, l'atto distruttivo dei kamikaze, il trauma. Ma anche il perdono e il senso d'identità.

«Abbiamo scelto — ci ha spiegato lo psicoanalista — un tema che intersecasse la psicologia individuale e quella sociale, quindi la psicologia del singolo con quella col-

lettiva. Un tema di grandissima attualità, la paura: da una parte la tentazione del muro, dell'esclusione segregativa, del rafforzamento delle difese, ma dall'altra la necessità di ossigeno, perché senza ossigeno la vita si spegne. E questo è importante, perché va contro la tentazione del "muro", della chiusura».

Ogni giornata del festival sarà caratterizzata da una *lectio magistralis*, nella quale psicologi, psicoanalisti, scrittori si occuperanno di un aspetto particolare della paura: venerdì apre l'esperto di geopolitica Lucio Caracciolo su *Chi sono e che cosa vogliono i terroristi*, sabato lo stesso Recalcati si occuperà di *Violenza e terrore*, mentre domenica la psicologa franco marocchina Houria Abdelouahed terrà la sua *lectio* su *Donne, Islam e violenza*.

«E poi si indagheranno vari aspetti intorno al tema della paura — continua Recalcati —, ad esempio se è possibile una prevenzione della violenza, oppure come spiegare la violenza ai bambini, e ancora che cos'è il "confinare", quello di un Paese come quello di un soggetto. E soprattutto, qual è la paura più grande, che è la paura di avere paura».

Quindi è possibile analizzare in parallelo i timori dell'individuo e quelli della società?

«Be', la paura genera chiusura — risponde Recalcati —, isolamento, rafforzamento delle difese, ma così si restringe la vita: una società impaurita è una società che si chiude, proprio come un individuo che ha paura è qualcuno che non esce di casa, che si isola».

Per capire meglio i singoli fenomeni, le giornate proporranno dibattiti tra scrittori ed esperti: venerdì 6 si incontrano il fondatore della comunità di Bose, Enzo Bianchi, e l'imam di Firenze, il palestinese Izzeddin Elzir, per un confronto su *Religioni e violenza*. Tra gli incontri di sabato, quello su *La mente del terrorista*, con Maurizio Balamo e Marco Belpoliti, e il focus su *Trauma e perdono* con Clara Mucci, Mauro Grimaldi e l'argentino Aldo Becce; per chiudere domenica con gli incontri sull'accoglienza, il terrore «spiegato» ai bambini e il dibattito finale *Prevenire la violenza?* con Gad Lerner, Federico Condello e Jole Orsenigo. Non si tratta di stabilire che la paura è il male, si tratta di capire che cos'è, precisa Recalcati: «I confini, ad esempio — conclude —, non sono cose solo brutte, intendiamoci, senza confini la vita non ha identità. Diventano brutti però se si induriscono: è un equilibrio molto complesso da trovare».

di FEDERICA BIANCHI

L'evento

● Il Festival della Psicologia si svolgerà a Torino, alla Cavallerizza Reale, da venerdì 6 a domenica 8 aprile



● Massimo Recalcati (Milano, 1959: foto in alto) dirige il Festival della Psicologia. Tra i suoi libri: *Contro il sacrificio* (2017) e il saggio appena ristampato *Ritratti del desiderio*, entrambi editi da Raffaello Cortina Editore



L'innovazione

Terapia del gelo cura il tumore e l'ipertensione

LA TECNICA

Una procedura innovativa di crio-ablazione, mai utilizzata prima per questa patologia, ha permesso ad una giovane donna di guarire l'ipertensione arteriosa causata da un piccolo tumore, un reninoma. Ad applicare la terapia il gruppo guidato dal professor Gian Paolo Rossi, dipartimento di Medicina interna all'università di Padova.

Il tumore alterava i valori nel sangue provocando l'ipertensione, valori che sono rientrati nella norma senza l'assunzione di alcun farmaco. E' il primo caso al mondo. La procedura di crio-ablazione è stata ben tollerata e la paziente, una studentessa ventenne, a distanza di un anno risulta normotesa. Il caso è stato pubblicato su "The American Journal of hypertension". I medici hanno scelto questo tipo di approccio dopo aver scoperto che la patologia di cui soffriva la giovane era causata dalla presenza di un rarissimo tumore.

L'ANESTESIA

Gli specialisti hanno eseguito una leggera anestesia per via percutanea, inserendo un ago di 1,5 mm nel fianco destro della paziente, per prelevare una piccola quantità di cellule. Quindi hanno infilato un secondo ago che ha eseguito due cicli di raffreddamento di 10 minuti, alternati a due cicli di riscaldamento. «In passato questi pazienti - ha spiegato il professor Gian Paolo Rossi - venivano considerati affetti da ipertensione essenziale e avviati a una terapia farmacologica che doveva durare tutta la vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La malattia colpisce entrambi gli occhi
la diagnosi è fatta spesso in ritardo
Oggi è possibile rallentare la progressione

Glaucoma il “ladro della vista”

LA CAMPAGNA

Iniziamo con le brutte notizie: non si può prevenire e né tantomeno curare. Il glaucoma, il “ladro della vista”, è una malattia degenerativa che colpisce entrambi gli occhi e contro la quale non abbiamo armi per sconfiggerla. La buona notizia è che possiamo rallentarne la progressione. Purché venga smascherata tempestivamente.

Per ricordare l'importanza della diagnosi precoce del glaucoma l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha lanciato la Settimana mondiale del glaucoma che si concluderà il prossimo sabato. Molte le iniziative d'informazione previste anche in Italia. In oltre 90 città, infatti, verranno offerti check-up gratuiti, promossi dall'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità-IAPB Italia Onlus. Nel nostro paese, il glaucoma colpi-

sce 1 milione e 200mila persone. Sono 120mila solo nel Lazio. Nel mondo ne soffrono 55 milioni di persone. Nonostante questo, secondo l'Oms, il 50% dei pazienti non sa di essere colpito dal problema.

«Il glaucoma la seconda causa di cecità nei paesi industrializzati - dice Luca Rossetti, direttore della Clinica Oculistica dell'Università di Milano - Ospedale San Paolo - e in un caso su cinque si può perdere completamente la vista. Di solito il paziente ne mostra i sintomi soltanto nelle fasi più avanzate, quando la funzio-

ne visiva si è già notevolmente ridotta». Perché il glaucoma non ruba tutto subito. Finché diventa difficile fare anche le cose più semplici, come guidare l'automobile o leggere un libro. «Non ci sono fattori di rischio rilevanti, se non la familiarità», dice Rossetti. È bene sottoporsi periodicamente a visite di controllo.

LA CHIRURGIA

La terapia standard consiste in colliri, trattamenti laser e chirurgia che possono agire sulla pressione intraoculare. Le nuove frontiere, invece, consistono nell'utilizzo complementare di molecole neuroprotettive, che difendono cioè l'integrità dei neuroni e contrastano la perdita delle fibre nervose del nervo ottico, che avviene tipicamente nei pazienti con glaucoma. «La molecola più promettente al momento è la citicolina, che recentemente è stata approvata, nella formulazione in soluzione orale in determinati pazienti», aggiunge Rossetti.

Sul fronte della diagnosi precoce, sono oggi a disposizione strumenti innovativi che permettono di misurare il numero di cellule ganglionari presenti a livello retinico, altri che permettono di valutare lo stato delle fibre nervose retiniche e la loro eventuale deviazione patologica.

«Si tratta di strumenti specifici molto efficaci - dice Luciano Quaranta, direttore del Centro di studio del glaucoma dell'Università degli Studi di Brescia, che interverrà domani al congresso internazionale dell'Associazione italiana per lo studio del glaucoma, a Milano - sebbene ancora oggi il “gold standard” resti l'esame del campo visivo che rileva la reazione del paziente di fronte a determinati stimoli luminosi».

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**INIZIATIVA DELL'OMS
CONTRO LA CECITÀ
FINO A SABATO
VISITE GRATUITE
E CONSULENZE
IN NOVANTA CITTÀ**

Il consulto

► Chiedere la consulenza dell'oculista appena ci si rende conto che la vista inizia a essere ridotta

I familiari

► Chi ha avuto parenti con questa malattia deve sottoporsi almeno una o due volte l'anno a controlli dell'oculista

I segni

► Nel glaucoma acuto i sintomi possono includere dolore, mal di testa e pupille dilatate

LE DATE

Alzheimer, confronto a Taurasi

Alzheimer e scienza e coscienza confronto. A palazzo Ferri Mazzeo a Taurasi, venerdì 16 marzo alle ore 17. Interviene con Vito De Filippo, sottosegretario al Miur, Rosetta D'Amelio, presidente del consiglio regionale. Tra gli interventi, Lorenzo Mazzeo, presidente della Fondazione Mare Nostrum, Salvatore Di Somma, docente alla Sapienza, Graziella Milan dell'Asl Napoli I, presidio geriatrico Frullone, Maria Morgante manager Asl Avellino, Caterina Musella, sociologo all'Asl Napoli I, Gianfranco Pecchinenda, preside di Sociologia alla Federico II, Alfredo Postiglione, ordinario alla Federico II, Franco Rengo emerito di Geriatria nella stessa università, Emilia Vitale, specialista in Neuroscienze al Cnr. Un film con Leo Gullotta, protagonista un malato di Alzheimer, diretto da Giuseppe Alessio Nuzzo, sarà proiettato nel corso del convegno. Modera Annibale Discepolo.

E la siesta può essere indizio di Alzheimer



LO STUDIO

Frequenti attacchi di sonno durante il giorno potrebbero essere indizio della futura comparsa dell'Alzheimer. La sonnolenza diurna, in particolare negli anziani, è associata infatti ad un aumento dell'accumulo di una proteina considerata importante indizio della malattia.

A individuare l'associazione è uno studio pubblicato sulla rivista *Jama Neurology*, che getta ulteriore luce sul legame tra sonno e Alzheimer. Ricerche precedenti hanno stimato che il 20-30% degli anziani che ha frequenti attacchi di sonno durante il giorno hanno poi avuto una diagnosi di Alzheimer e alcuni studi hanno dimostrato un'associazione tra sonnolenza diurna e un aumentato rischio di demenza, ma i meccanismi che ne sono alla base rimangono poco chiari. I ricercatori della Mayo Clinic si sono concentrati sull'accumulo della proteina beta amiloide in alcune aree del cervello, che si mani-

festa precocemente nell'Alzheimer, già prima che la malattia sia conclamata: si è visto che dormire può aiutare a eliminare la proteina mentre il sonno disturbato può favorirne l'accumulo. Il nuovo studio è stato progettato per identificare se l'eccessiva sonnolenza diurna fosse associata all'accumulo di beta amiloide. I ricercatori hanno arruolato 283 partecipanti senza diagnosi di demenza, di età pari o superiore a 70 anni, che hanno completato dei questionari predisposti per valutare la sonnolenza diurna.

Mentre la differenza nei livelli di beta amiloide è stata rilevata da scansioni in diverse regioni del cervello dal 2009 al 2016, i risultati hanno mostrato che 63 partecipanti (22,3%) avevano eccessiva sonnolenza diurna e che questa era associata "in modo significativo" ad un aumento dell'accumulo di beta amiloide nelle regioni sensibili del cervello. Questi risultati, secondo i ricercatori, potrebbero portare "allo sviluppo di interventi precoci sugli individui più vulnerabili".

Venerdì sarà la Giornata mondiale dedicata ai problemi circadiani. Ovvero quelle malattie che provocano l'alterazione del ritmo sonno-veglia: vanno curate perché, spiegano gli specialisti, il riposo è un bisogno primario, non un lusso

Disturbi del sonno epidemia globale

**SONO 40 MILIONI
GLI ITALIANI CHE
SOFFRONO DI QUESTE
PATOLOGIE. IL 60
PER CENTO NON SI È MAI
RIVOLTO A UN MEDICO**

**IL MANCATO RISPETTO
DEI CICLI NATURALI
METTE A RISCHIO
LA SALUTE MA ANCHE
IL LAVORO E I RAPPORTI
CON AMICI E FAMILIARI**

IL FENOMENO

Sonni continuamente interrotti. Occhi aperti quasi tutta la notte. Voglia di dormire solo all'alba. Bisogno improvviso di controllare tutto quello che è in casa. Dormire oggi, si potrebbe dire, non è più facile come una volta.

La conseguenza: giornate difficili, dolori di stomaco, sbadigli continui, confusione, incapacità di concentrazione, alternanza dell'umore, irritabilità. Eppure, proprio il riposo, dovrebbe essere la principale fonte di benessere fisico. La ricarica quotidiana. Appunto, una volta.

Uno dei maggiori "mali" di questa epoca è proprio la riduzione delle ore di sonno. L'aver collettivamente deciso, un messaggio globale che ha viaggiato molto molto veloce ed è stato recepito in un tutti i paesi industrializzati, di restare a letto il meno possibile. Per un lungo elenco di motivi. Dalle serate passate davanti alla tv, all'eccesso di cibo mangiato di sera che impedisce una corretta digestione, al gioco sullo smartphone e tutto quello che il tablet può regalare. I social non dormono. Mai.

LE ABITUDINI

Ecco perché la Giornata mondiale del sonno (World Sleep Day) venerdì 16 marzo, sarà dedicata ai disturbi circadiani. Ovvero a quelle malattie o quelle abitudini che comportano uno squilibrio

del ritmo sonno-veglia. «Stiamo parlando di un orologio biologico cerebrale - spiegano gli specialisti - in grado di regolare gli orari in cui si verificano certi fenomeni nel nostro corpo. Determinati anche dall'alternanza buio e luce». Quello che oggi sta generalmente accadendo è proprio il non rispetto dei ritmi. Talmente importanti per il nostro organismo da aver permesso, ai ricercatori che li hanno compresi a fondo e analizzati, di aggiudicarsi il Premio Nobel nel 2017. «Tieni il ritmo, dormi bene e vivi in forma» lo slogan della Giornata 2018. «Il riposo - aggiungono gli studiosi della Società mondiale del sonno - è un bisogno primario dell'essere umano, non un lusso, un capriccio o una perdita di tempo. Se si dorme male si mette a rischio la salute fisica e mentale, il rendimento sul lavoro e anche i rapporti con il partner, la famiglia, gli amici». Molte funzioni, infatti, si svolgono durante il riposo come la produzione di alcuni ormoni e il consolidamento della memoria. Sono circa 40 milioni gli italiani che soffrono di disturbi del sonno più o meno gravi (circa 9 milioni soffrono di insonnia cronica) e il 60% di questi non ha mai chiesto aiuto ad un medico per scoprire le cause e migliorare la qualità del riposo. Tra l'altro, il tipo di insonnia che più facilmente tende a cronicizzare, 70% dei casi, è quello caratterizzato da frequenti risvegli nel corso della notte. Mentre la forma in cui si tende ad assumere più di frequente farmaci è la "iniziale", con difficoltà di addormentamento.

LA NEUROLOGIA

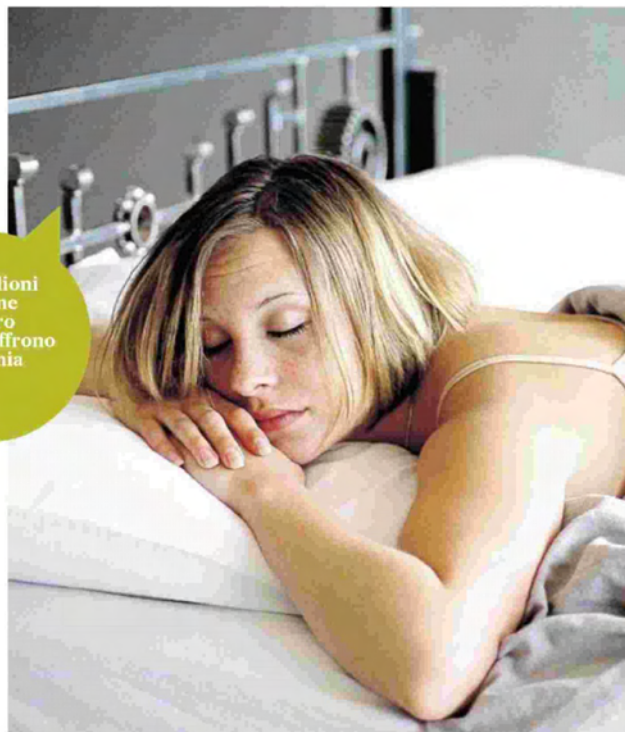
Le cosiddette "patologie del riposo" comprendono diversi campi della medicina. Da quello neurologico a quello pneumologico. In 6 milioni soffrono di apnee notturne. Una patologia sottovalutata, ma molto diffusa, caratterizzata dal russare e da frequenti "blocchi" che causano riduzioni dei valori di ossigeno nel sangue con problemi cardio-respiratori e alterazioni del riposo. L'apnea non è solo causa di eccessiva sonnolenza di giorno, è, infatti, spesso associata alle principali patologie croniche: obesità, diabete, infarto, ictus ed insufficienza respiratoria.

La Società mondiale del sonno (www.informasonno.it) propone cinque buoni propositi per il 2018: 1) Sincronizzare l'orologio biologico, quello che mette in accordo mente e corpo quando è ora di rallentare i ritmi per facilitare l'arrivo del sonno 2) Occhio ai minuti, se dopo venti minuti trascorsi a letto e ci si accorge che non ci si è addormentati alzarsi e rilassarsi, non forzarsi 3) Mantenere la temperatura tra i 18 e i 20 gradi anche in inverno, usare tende oscuranti se le persiane lasciano filtrare troppa luce 4) Se si hanno disturbi del sonno evitare i pisolini pomeridiani o almeno limitare la durata a 30-40 minuti. Mai dopo le quindici 5) Se la sera tardi si ha voglia di mangiare ancora qualcosa scegliere tra yogurt, banane, noci e mandorle. Spuntino adatto per quell'ora perché cibi che aiutano il riposo.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

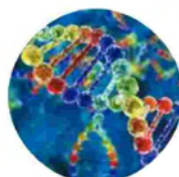
Nove milioni
di persone
nel nostro
Paese soffrono
di insonnia
cronica



Le ricerche



Adolescenti, l'abuso di
alcol scatena insonnia



La difficoltà a dormire
può essere ereditaria



L'uso del tabacco la sera
può ostacolare il riposo

NEGLI ULTIMI 15 ANNI LA NEOPLASIA È AUMENTATA

Federico II, è attivo il gruppo oncologico per il melanoma della cute e delle mucose

NAPOLI. È già in piena attività il gruppo oncologico multidisciplinare (Gom) per il melanoma della cute e delle mucose dell'Azienda ospedaliera universitaria Federico II. Presentato a fine febbraio il Centro oncologico di riferimento polispecialistico universitario (Corpus) è costituito dai professori Sabino De Placido (oncologia), Mario Delfino, Gabriella Fabbrocini e Massimiliano Scalvenzi (dermatologia), Stefania Staibano e Giancarlo Troncone (anatomia patologica), Francesco D'Andrea e Fabrizio Shonauer (chirurgia plastica), Roberto Pacelli, Arturo Brunetti, Alberto Cuocolo e Ciro Gabriele Mainolfi (radiologia e radioterapia). «Per capire l'importanza dell'iniziativa - spiega Gabriella Fabbrocini - è sufficiente considerare che il melanoma mostra un'incidenza in crescita costante in tutto il mondo, dove è aumentato più velocemente di qualsiasi altra patologia tumorale». Le più recenti statistiche dell'organizzazione mondiale della sanità attestano infatti che in Europa, negli ultimi 12-15 anni, il numero dei casi è praticamente raddoppiato rendendo il melanoma la sesta neoplasia più frequente fra gli uomini e la settima tra le donne. Colpiti prevalentemente soggetti di età compresa tra i 30 ed i 60 anni, con un picco intorno ai 40-50 anni, ma è allerta anche nella pubertà.