



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La politica

La Regione: «Conti in ordine, ora giù le tasse»

L'assessore Giancane: obiettivo possibile, raggiunto l'equilibrio di bilancio senza toccare Irap e Irpef

Una lettera aperta ai cittadini della Campania per spiegare che i conti sono in ordine e che il prossimo obiettivo è la riduzione delle tasse, peraltro non ulteriormente aumentate per quanto lo prevedesse una legge dello Stato. Il riservato assessore al Bilancio Gaetano Giancane rompe il suo tradizionale silenzio e lo fa in piena campagna elettorale e dopo la visita a Napoli del presidente del consiglio Matteo Renzi. «Posso dire che l'equilibrio del bilancio, già migliorato nel 2012 e infine raggiunto nel 2013, si è consolidato nel 2014 attraverso un'attenta politica di revisione della spesa», assicura Giancane. È di questi giorni, spiega, la notizia che il tavolo ministeriale sulla spesa sanitaria del 2013 ha evidenziato un avanzo di gestione di 6,143 milioni di euro. «In questo modo è stato certificato il pareggio tra le risorse destinate dal governo alla sanità e le relative spese, eliminando progressivamente i deficit annuali che nel solo 2009 era stato pari a 853,2 milioni di euro».

Se, raggiunto il pareggio di bilancio, non si è arrivati all'abbassamento delle addizionali di Irpef e Irap è solo perché la situazione economica del Paese non lo consente. Le addizionali vennero istituite con leggi statali nel 2004 e nel 2006.

Quasi la metà del gettito è assorbito per il pagamento di rate di circa 170 e 50 milioni annui relative rispettivamente a una cartolarizzazione e a un prestito per il pagamento dei debiti cumulatisi fino al 2007. «Una ulteriore quota - dice l'assessore - è riservata alle anticipazioni per pagare i debiti pregressi commerciali, della sanità e quelli emersi nei trasporti su ferro che il commissario di nomina governativa ha quantificato in circa 900 milioni». In sostanza, sostiene l'assessore, se la sanità e i trasporti fossero stati ereditati nel 2010 senza il peso dei debiti pregressi, le addizionali oggi non sarebbero necessarie, nonostante la crisi economica nazionale. «Ebbene, la Regione, forte dei risultati di progressivo rientro dal deficit sanitario, azzerato totalmente nel 2013 e di un'attenta gestione della spesa anche negli altri settori, pressochè dimezzata, ha mantenuto ferma la sola aliquota Irpef dello 0,50, senza avvalersi della possibilità di incrementarla per compensare i tagli dei trasferimenti statali», spiega Giancane. Ad ogni modo l'assessore aggiunge che «continuando il percorso del risanamento della Regione e di revisione della spesa, appare concreta l'aspettativa di poter progressivamente diminuire il carico fiscale sia dell'addizionale Irpef sia dell'aliquota Irap, in modo che le imprese di-



**La lettera
L'assessore:
«Azzerato
il deficit
in sanità
Prosegue
l'azione
di revisione»**

ventino sempre più competitive per esprimere al meglio il loro potenziale produttivo». In definitiva, osserva l'assessore, «il riequilibrio finanziario raggiunto ha permesso di non aumentare l'addizionale Irpef all'1,1, nonostante la normativa lo rendesse possibile fin dal primo gennaio 2013, nè sarà applicata l'addizionale del 2,1 nel 2015, assicurando comunque il sostegno all'economia e ai bisogni del territorio».

Il presidente della commissione Affari Istituzionali della Regione promuove il lavoro dell'assessore. «I risultati raggiunti in questa legislatura - dice Angelo Marino - sono il frutto di una politica di sobrietà e rigore assoluti, principi assunti come impegno mantenuto dal presidente Caldoro già all'atto del suo insediamento». Non la pensa così l'opposizione. «Anche Giancane - osserva Antonio Marciano del Pd - non ha resistito alla tentazione di darsi alla comunicazione elettorale, scrivendo ai cittadini e raccontando le performance del bilancio regionale in puro stile ragionieristico. Consiglierei all'assessore e al presidente della giunta di farsi un giro negli ospedali per toccare con mano gli effetti concreti della loro politica di tagli indiscriminati».

p.mai.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Tesoro**Fabbisogno
in discesa
a 18,4 miliardi**

A marzo il fabbisogno del settore statale si è attestato a 18,376 miliardi di euro.

Lo comunica il ministero dell'Economia, confermando sostanzialmente la stima di inizio aprile nella quale il fabbisogno di marzo era indicato in circa 18,4 miliardi.

Il deficit di marzo, emerge dalla nota, è il frutto di entrate per 33,301 miliardi e spese per 51,677 miliardi, dei quali 11,485 miliardi di spesa per interessi.

E di fabbisogno degli enti locali aveva invece parlato pochi giorni fa Carlo Cottarelli, commissario alla spending review per il quale «i problemi nascono dal fatto che utilizzare fabbisogni e capacità fiscale standard significa dare un Comune non quello che è stato il trasferimento storico. Ma dargli quello di cui ha bisogno sulla base del fabbisogno standard e della capacità fiscale standard, quante tasse possono essere raccolte da quel Comune».

Come migliorare sanità e conti pubblici? Con la tecnologia e il taglio delle spese inutili

Con la recente definizione del cosiddetto Decreto Irpef, e nonostante gli annunci, il governo sembra purtroppo continuare nella filosofia dei tagli lineari sulla sanità, con riduzione degli importi dei contratti in essere fino al 5%. Bisogna augurarsi che le Regioni provvedano a garantire i risparmi attesi, 700 milioni, con tagli di diversa natura e che comunque i contratti in oggetto non riguardino beni e servizi sanitari. Ciò non toglie, però, come ha ben ricordato il ministro Lorenzin, che occorra diminuire l'incidenza della sanità sulla spesa pubblica, senza depauperare (e anzi migliorando) la qualità del servizio offerto ai cittadini. Il Servizio Sanitario Nazionale ha elevato impatto sul debito pubblico e incide pesantemente sull'imposizione fiscale. È quindi fondamentale sviluppare modelli di governance che considerino l'utilizzo corretto di risorse contingentate. La spesa per il Ssn non è un male di per sé, ma è di cruciale importanza differenziare tra spesa utile (cioè investimenti in produttività ed efficienza) e spesa deteriorata, realizzata senza criteri di standardizzazione e aumento dell'efficienza di processi e infrastrutture e monitoraggio del rapporto servizio/spesa, e senza una strategia regionale accordata a una visione nazionale.

Un piano di lungo periodo dovrebbe essere incentrato sulla deospedalizzazione, il rinnovo delle infra-

DI MICHELE CAMPIONE*

strutture e l'innovazione tecnologica. Bisogna sottrarre al ricovero ospedaliero i cittadini affetti da patologie che possono essere curate a domicilio o attraverso strutture dislocate sul territorio, portando un abbattimento dei costi e un miglioramento della qualità della vita del malato. In questo quadro dovrebbe inserirsi l'assistenza domiciliare, per cui la tecnologia offre opportunità straordinarie di ottimizzazione della spesa: sono infatti disponibili procedure che consentono il controllo di un malato cronico con costi inferiori a 10 euro giornalieri per un servizio erogato 24 ore su 24, sette giorni su sette. Un territorio più indipendente dall'ospedale renderebbe quindi inderogabile la creazione di reti con centri ospedalieri ad alta specializzazione per pazienti acuti e centri periferici più generalisti per quelli non acuti, consentendo la riduzione dei posti letto a fronte di un migliore servizio.

È poi indispensabile un rinnovo delle infrastrutture. In Italia esistono circa 12mila strutture pubbliche e 13mila private accreditate: chiudere i piccoli ospedali rappresenterebbe un enorme vantaggio per la salute dei cittadini che ne usufruiscono. Strutture con meno di 80 posti letto non possono garantire suf-

ficiente efficienza e sicurezza, perché non possono sostenere i costi delle tecnologie necessarie alla gestione di patologie di media complessità. Una chiusura di doppioni e centri non allineati con gli standard potrebbe sbloccare risorse per creare pochi centri altamente specializzati in grado di coprire esigenze non urgenti.

Non si può prescindere anche dall'impiego di apparecchiature innovative e di soluzioni mirate all'efficienza energetica e alla riduzione dei costi operativi delle strutture. Investire nell'innovazione tecnologica è infatti il genere di spesa benefica che si ripaga in termini di produttività e qualità del servizio. Troppe apparecchiature hanno raggiunto e spesso superato la soglia dei dieci anni di utilizzo, con prestazioni obsolete, costi di manutenzione crescenti e rischi clinici in aumento. Adottare nuove tecnologie significa ridurre i tempi di attesa per le analisi e aumentare la capacità di diagnosi con notevoli risparmi in termini di ospedalizzazione.

Per mettere in atto queste strategie, è necessario però che le scelte di politica sanitaria rimangano nell'alveo del ministero della Salute, in modo da determinare un contenimento dei costi che non trascuri la qualità dei servizi e la politica industriale del comparto. (riproduzione riservata)

**amministratore delegato,
GE Healthcare Italia*

DI Irpef. Emendamenti bipartisan

Fattura elettronica, il Senato chiede i codici solo dal 2015

Carmine Fotina
ROMA

*** Lavori in corso per evitare che la partenza della **fatturazione elettronica** si trasformi in un boomerang per i fornitori della Pa. Una serie di emendamenti trasversali al decreto Irpef presentati al Senato punta a prorogare e correggere le norme che rischiano di bloccare i pagamenti nel caso in cui le nuove fatture telematiche non contengano il **Codice identificativo di gara (Cig)** e il **Codice unico di progetto (Cup)**.

Come noto, il 6 giugno prossimo scatta l'obbligo dell'utilizzo della fattura nei rapporti con ministeri, agenzie fiscali ed enti di previdenza. Il DI anticipa inoltre al 31 marzo 2015 (dal 6 giugno 2015) l'obbligo per forniture verso tutte le altre Pa. Ma un'altra delle novità introdotte dal decreto, cioè l'obbligo per i fornitori di inserire nelle fatture il Cig e il Cup, ha fatto scattare nelle ultime settimane l'allarme delle imprese, dai più piccoli ai più grandi fornitori della Pa.

Il problema è finito al centro di alcuni emendamenti che mirano in prima battuta a rinviare l'obbligo di riportare i codici dal 6 giugno 2014 al 31 marzo 2015 (in subordine, le imprese propongono di spostarlo fino a 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione). E, inoltre, secondo emendamenti analoghi presentati da Pd, Ncd, Forza Italia e gruppo Per l'Italia, in assenza di codici la Pa sono legittimate a non pagare solo se in precedenza avevano comunicato queste informazioni ai fornitori.

Su questi aspetti ci sono stati diversi incontri a livello tecnico, anche con Ragioneria dello Stato, Agenzia delle entrate, Agen-

zia per l'Italia digitale e con gli altri attori che partecipano al Forum italiano sulla fatturazione elettronica. Il decreto introduce l'obbligo di prevedere nei documenti digitali Cig e Cup con l'obiettivo, sollecitato dalla Ragioneria, di avere in automatico un continuo monitoraggio dell'avanzamento della spesa per singoli progetti e unità organizzative. Un fine condivisibile, secondo le stesse imprese, perché consentirebbe di avere finalmente un quadro certo dei pagamenti arretrati e di mettere fine al fenomeno dei debiti fuori bi-

IL PROBLEMA

In assenza di modifiche le imprese potrebbero dover mettere in fattura dati (Cig e Cup) che non hanno mai ricevuto

lancio. Il problema è rappresentato dai tempi, estremamente stretti per chi ha già effettuato investimenti per adeguare i sistemi informatici, e soprattutto dalla previsione del divieto di pagamento da parte delle Pa in caso di mancato inserimento dei codici. I fornitori potrebbero in realtà non disporre, dal momento che la normativa di riferimento (relativa alla tracciabilità finanziaria) ne prevede solo l'inserimento nelle operazioni di pagamento da parte delle Pa ma non dispone un esplicito obbligo di comunicarli ai fornitori. Insomma: in assenza di modifiche, da giugno le imprese potrebbero avere l'obbligo di mettere in fattura dati che non hanno mai ricevuto e che per altro sono in già possesso dei committenti.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Arpaise Salute mentale Casa di cura e custodia, l'Asl accelera sul progetto

ARPAISE. Asl Bn1, muove i primi passi il progetto per la trasformazione dell'ex Sir (struttura di degenza psichiatrica) di Arpaise in un centro da destinare all'accoglienza delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza e dell'assegnazione a casa di cura e custodia (ex Opg, ospedali psichiatrici giudiziari).

Alla luce della recente proroga della chiusura degli Opg, disposta, non senza polemiche, per dare il tempo alle Regioni in ritardo di preparare le strutture alternative, è senz'altro possibile prevedere che, per l'aprile del 2015, termine ultimo per mettersi in regola, gli interventi ad Arpaise saranno conclusi. Il Sannio sarà già pronto per sperimentare la nuova modalità di assistenza.

Il plesso è già stato oggetto di alcuni interventi di ripristino (rifacimento della copertura e risistemazione di facciate e spazi esterni) necessari a garantirne l'agibilità. Sono però necessari altri lavori di adeguamento sismico, nonché funzionale ed impiantistico, per renderlo in linea con le esigenze di una struttura di cura e custodia. Il relativo progetto è stato già inserito nella programmazione triennale e nell'elenco annuale dei lavori pubblici dell'azienda sanitaria, approvati lo scorso 30 aprile; già a fine dicembre, del resto, il subcommissario ad acta aveva comunicato l'approvazione del programma regionale in cui



era stato inserito l'intervento in questione, per un importo di 1.287mila euro. Due giorni fa l'accelerazione: il direttore generale dell'Asl Bn1, Michele Rossi, ha deliberato di nominare come responsabile unico del procedimento il geometra Tiziano Sellitto, in qualità di tecnico non dirigente dell'Asl con anzianità di servizio superiore ai 5 anni. Un passaggio necessario per avviare la realizzazione del progetto; toccherà a Sellitto ora porre in essere tutti i provvedimenti di natura tecnico-amministrativa. Rossi ha anche nominato progettista preliminare e direttore dei lavori il responsabile della Unità Tecnico-Manutentiva dell'Asl Roberto De Toma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Disabili, è protesta in attesa della consulta

Franco Agrippa

MARCIANISE. Consulta disabili: l'amministrazione comunale ne accelera l'istituzione ma dai portatori di handicap arriva l'ennesimo monito sulla scarsa attenzione ai loro problemi. Contenuta nei diversi programmi elettorali delle coalizioni, l'istituzione della consulta per le persone diversamente abili, solo a settembre scorso arrivò in consiglio comunale sotto forma di mozione proposta dal gruppo Udc. La richiesta fu così inviata alla I commissione, presieduta da Pasquale Tartaglione, che solo dopo otto mesi, e con l'impulso del nuovo assessore al ramo, Anna Arecchia, ha redatto il regolamento. A darne notizia è il componente della commissione Domenico Amaran- do, il quale sottolineando che l'iter è stato seguito costantemente dal sindaco De Angelis, informa che la bozza di regolamento, alla luce degli interventi e delle proposte formulate dai componenti della commissione, confluirà nella versione definitiva da sottoporre all'attenzione dell'intero consiglio comunale.

«Esprimo soddisfazione per il lavoro svolto dall'intera commissione - dice Amaran- do - poiché l'istituzione della consulta comunale a favore dei disabili rappresenta una scelta di civiltà, a cui questa amministrazione non poteva sottrarsi. Sarà l'organo di riferimento delle persone disabili, delle loro famiglie e dei loro rappresentanti; lo strumento privilegiato attraverso cui potersi interfacciare con l'amministrazione comunale». Lo scopo fondamentale della consulta, è quello di rimuovere ogni ostacolo che possa limitare l'iniziativa e la partecipa-



zione attiva alle dinamiche sociali dei cittadini con disabilità. «Per assolvere a tale compito - continua Amaran- do - è garantita la possibilità, per uno o più rappresentanti della consulta, di partecipare in modo attivo alle attività delle commissioni consiliari permanenti, con facoltà di formulare proposte o sollecitare iniziative. E ciò nell'ottica di una sempre più forte sinergia tra le istituzioni e la cittadinanza». A parte la buona volontà mostrata da qualche componente dell'amministrazione comunale, una forte spinta all'istituzione della consulta è stata data dalle esortazioni e dalle manifestazioni di protesta attuate da Enrico Russo, il dipendente comunale non vedente che da tempo si batte contro le barriere architettoniche presenti in città. Lo stesso, la scorsa settimana, nel corso di una assemblea convocata nella biblioteca comunale ha costituito un'associazione «Diversamente abili Marciianise» con lo scopo di dare voce all'integrazione ed ai diritti delle persone diversamente abili. «Aspettiamo con ansia la nascita della consulta - dice Russo - ma nel frattempo i vertici comunali devono mantenere gli impegni presi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità

Via vai tra ospedali infermieri in rivolta

«Traferimenti continui
operatori sotto stress
pazienti assistiti male»

Maria Rosaria Sica

EBOLI. Sanità nella piana del Sele, polemiche infinite. A dire la sua questa volta l'Ipasvi di Salerno - Federazione nazionale colleghi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia - che lancia un allarme sulla preoccupante situazione in cui versa la sanità locale, ed in particolare gli ospedali della Piana del Sele, a causa delle irragionevoli scelte della Direzione generale dell'Asl che, da ormai troppo tempo, stanno mettendo a serio rischio i livelli minimi assistenziali.

Nella nota Carlo Celentano, presidente della federazione, sottolinea che si sta consumando una vera e propria «transumanza» di personale infermieristico; alcune unità, difatti, trasferite prima dall'ospedale di Agropoli a quello di Battipaglia, ora si ritrovano, con un ordine di servizio di soli 30 giorni, presso il presidio ospedaliero di Eboli. Trasferimenti privi di ragionevolezza, a cui vanno aggiunte le difficoltà quotidiane che essi incontrano per svolgere il proprio lavoro.

Non manca il riferimento al nosocomio di Eboli dove, sempre secondo Celentano, il reparto di otorinolaringoiatria è stato accorpato a quello di chirurgia, senza che sussistano le condizioni per svolgere le attività sanitarie. La strumentazione sanitaria necessaria, di-

fatti, si trova nell'ala della struttura opposta al reparto di chirurgia, e questo comporta un continuo andirivieni del personale e soprattutto dei pazienti che devono sottoporsi ad esami e visite. In tal modo, oltre che umiliare la professionalità degli infermieri, non si rende certo un buon servizio ai pazienti, costretti a labirintici spostamenti da un reparto all'altro, oltre che a lunghe attese.

Nell'ambito delle soluzioni da adottare l'Ipasvi propone l'istituzione del Servizio Infermieristico, che consentirebbe di esprimere al meglio la consolidata esperienza infermieristica a garanzia della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Otorino e chirurgia
andirivieni dei malati
per visite ed esami

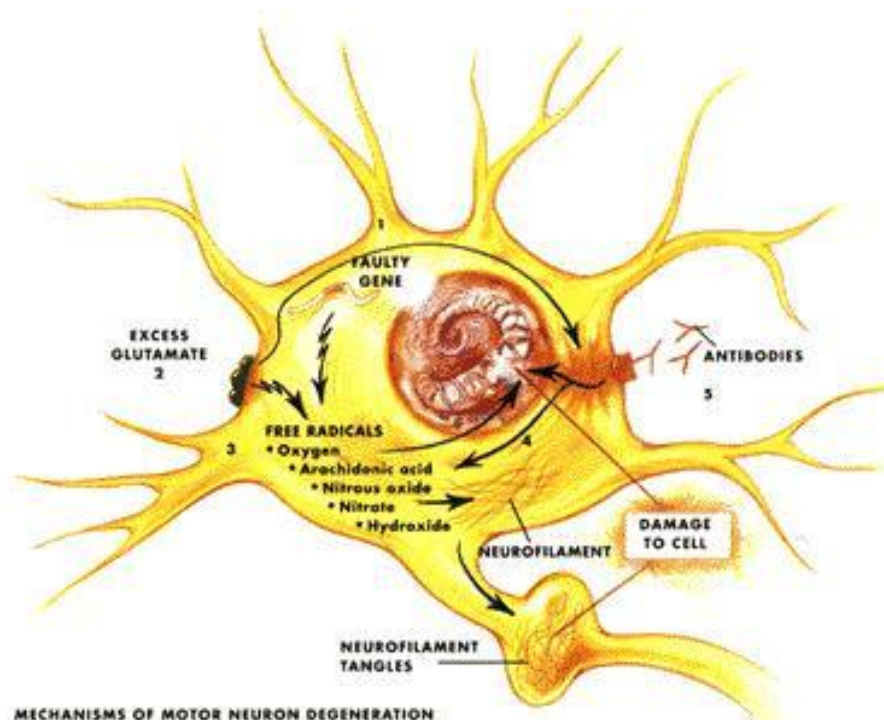


Senza pace Ospedale di Eboli, infermieri trasferiti



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Da Vinci, il robot-chirurgo Così il medico alla consolle interviene sulla prostata

Sono circa 2.100 gli interventi per tumori alla prostata eseguiti dal 2007 a oggi, da quando cioè il primo robot-chirurgo, cognome Da Vinci, è arrivato allo Ieo, seguito nel 2009 da un suo gemello: non macchine umanoidi, ma consolle dove il chirurgo, quello in carne e ossa, può manovrare a distanza i bracci robotici che fanno arrivare il bisturi direttamente sul paziente, meglio, sulla zona da operare. Tumori alla prostata per l'appunto. Ma anche altre neoplasie, della sfera ginecologica, per esempio.

Ancora si discute se il bisturi ad alta tecnologia sia superiore

alla chirurgia classica (cosiddetta a cielo aperto: il chirurgo «apre» e vede dal vivo le cellule maligne che deve portare via) o a quella laparoscopica (qui è ancora il chirurgo che manovra direttamente gli strumenti, inseriti attraverso piccoli fori nella cute, e rimuove il tumore). «Nel caso del tumore alla prostata

I vantaggi

Le persone riprendono con più facilità l'attività sessuale e si riduce la necessità di trasfusioni

però — commenta Ottavio de Cobelli, direttore della Divisione di Urologia dello Ieo — gli studi di confronto hanno dimostrato che, a parità di cura oncologica, la chirurgia robotica offre sicuri vantaggi funzionali: le persone riprendono con più facilità l'attività sessuale e hanno meno problemi di incontinenza urinaria. Non solo, ma riduce anche la necessità di trasfusioni, è meno dolorosa e permette di accorciare i tempi di degenza».

Attualmente allo Ieo il 99 per cento dei tumori alla prostata operabili finiscono nelle mani del chirurgo-robot (nel 2007 la percentuale era del 47 per cento).

«Questa apparecchiatura poi — continua de Cobelli — rende l'intervento più facile per il chirurgo e non è così complicata da utilizzare».

Il fascio di raggi X modulati che colpisce con precisione le cellule maligne del seno

Sigle: Roll, Iort, Imrt, Fast. Incomprensibili a tutti, tranne che ai radiologi superesperti nella cura dei tumori, ma riassuntive delle più moderne terapie radiologiche, oggi sempre più mirate, rapide e ben tollerate dai malati.

Partiamo dalla prima, la Roll che approda allo Ieo nel 1997: prevede la possibilità di somministrare un radiofarmaco che si concentra in noduli mammari non palpabili, li evidenzia e permette al chirurgo di asportarli con molta precisione.

Arriviamo al 1999 e si affaccia la Iort, la radioterapia intraoperatoria, sempre per la cura del tumore al seno: grazie ad acceleratori line-

ari mobili è possibile «irradiare», con alte dosi di elettroni, il seno appena dopo l'asportazione del tumore, così da eliminare eventuali cellule maligne rimaste.

Nel 2002 arriva la radioterapia a intensità di modulazione (Imrt). «Si tratta — spiega Roberto Orecchia, direttore del Dipartimento di Scienze Radiologiche allo Ieo — di

Cure più brevi

Con la «Fast» è possibile ridurre fino al 50 per cento la durata del trattamento per molte forme tumorali

un sistema che permette di “modulare” il fascio di raggi X in modo che si adatti alla forma tridimensionale e alla biologia del tumore. È lo standard più elevato della terapia con i raggi X oggi disponibile».

E dal 2006, con la radioterapia Fast (frazionamento accelerato dello schema terapeutico) si riesce a ridurre fino al 50 per cento, sempre grazie alla modulazione del raggio, la durata complessiva del trattamento per molte forme tumorali. «Oggi — aggiunge Orecchia bastano soltanto cinque sedute per curare un tumore alla prostata».

Grazie a tutte queste competenze e alla disponibilità di «macchine» sofisticatissime, nel 2012 viene inaugurato Arc, il Centro di radioterapia avanzata dello Ieo che si posiziona fra i primi cinque nel mondo.

Epatite

La paura viene dal freezer

Un'epidemia di epatite A si aggira per l'Europa, ma suscita molto meno allarme di altre situazioni meno gravi. È quella veicolata da partite di frutti di bosco congelati che, segnalata per la prima volta in Italia, si è ora diffusa in molti paesi, rimettendo in discussione anche alcune certezze già date per acquisite.

Le prime segnalazioni risalgono a circa un anno fa, e in questi mesi le autorità sanitarie nazionali (Istituto Superiore di Sanità e ministero della Salute in testa) e quella europea per la Sicurezza alimentare (Efsa) hanno cercato di ricostruire tutti i passaggi delle partite incriminate. I primi casi (oltre 400 in quattro mesi, contro una media annuale di 2-300) si sono verificati in Italia o in persone che erano state in Italia, e le indagini hanno portato a individuare alcuni lotti di prodotti congelati, nonché al loro sequestro. Ma la situazione è apparsa subito complessa: secondo l'ultimo aggiornamento dell'Efsa, di pochi giorni fa, i malati in tutta Europa sono infatti già più di 1.300, e 240 di loro non sono mai entrati in contatto con l'Italia, ma risiedono in Francia, Germania, Irlanda, Norvegia, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito. Al momento si pensa quindi che il virus dell'epatite A possa essere in qualche stabilimento grande, dal quale partono alimenti lavorati (non necessariamente solo frutti di bosco) per vari paesi. In attesa che si capisca qualcosa di più, l'Efsa consiglia di fare molta attenzione ai frutti di bosco misti surgelati. E (alquanto irrealisticamente) di bollirli prima di consumarli, se non se ne conosce la provenienza; oltre che di vaccinarsi se si intraprende un viaggio in uno dei paesi dove è presente il contagio.

Il fatto, certo, comunque, è che tanto il sistema europeo di controllo delle filiere commerciali quanto quello di informazione ai cittadini fanno acqua da tutte le parti.

Agnese Codignola

Settimana mondiale tiroide. L'Iss fa il punto sulla carenza di iodio: "Solo il 50% del sale venduto è iodato"

I più esposti ai rischi di carenza del prezioso elemento fondamentale per la crescita sono i bambini in età scolare, le donne in gravidanza e anche i neonati. Del sale venduto, solo la metà è iodato. Percentuale che scende al 23% nella ristorazione collettiva e al 7% nell'industria alimentare



La carenza di iodio è un problema di salute cui è ancora esposto il 29% della popolazione mondiale, mentre circa il 12% degli italiani sono affetti da gozzo. Sono le stime riferite dall'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi (OSNAMI) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), alla vigilia della Settimana Mondiale della Tiroide - una manifestazione che avrà luogo a livello globale dal 19 al 25 maggio prossimi. L'OSNAMI, una struttura epidemiologica mediante la quale viene effettuata la sorveglianza su scala nazionale del programma di iodoprofilassi, illustra come ancora soltanto poco più del 50% di tutto il

sale venduto sia iodato: questi dati sono resi noti da Antonella Olivieri, responsabile scienziatico dell'Osservatorio. E le percentuali di vendita di sale iodato scendono se si passa al settore della ristorazione collettiva (23%) e dell'industria alimentare (7%). OSNAMI, inoltre, ha pubblicato, sulla pagina web dell'ISS, una [tabella](#) che riporta il trend nazionale di vendita del sale iodato nell'arco di sei anni, dal 2006 al 2012, sia nella distribuzione generale, sia nella ristorazione collettiva che nell'industria alimentare.

Questa carenza nutrizionale può comportare effetti negativi in tutte le fasi della vita. Lo iodio infatti, è il costituente fondamentale degli ormoni tiroidei, i quali svolgono un ruolo determinante nello sviluppo e nell'accrescimento, ma anche nel mantenimento dell'equilibrio metabolico dell'organismo adulto.

Esistono già una serie di misure finalizzate a promuovere il consumo di sale arricchito di iodio su tutto il territorio nazionale.

Inoltre, nell'obiettivo di ridurre la frequenza dei disordini derivanti della carenza di iodio, uno strumento importante è stato fornito dalla legge n. 55, emanata il 5 marzo 2005, *Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica*.

Proprio a supporto dello strumento legislativo l'intesa Stato Regioni del 26 febbraio 2009 ha istituito l'OSNAMI, i cui dati, pur evidenziando un miglioramento dell'assunzione di iodio a livello di popolazione rispetto al passato, confermano il persistere nel nostro paese di una carenza nutrizionale di iodio che, anche se non severa, determina ancora un'alta frequenza di gozzo e di altri disordini correlati. I dati evidenziano talvolta un insufficiente apporto di iodio mostrando, soprattutto nel caso dei bambini in età scolare, valori più marcati della carenza nelle regioni a sud rispetto al nord.

Ecco i dati: sale iodato

I dati di vendita fino ad oggi raccolti, grazie alla collaborazione dei principali produttori e/o distributori di sale sul territorio nazionale, indicano chiaramente che poco più del 50% di tutto il sale venduto presso la grande distribuzione è sale iodato. Inferiore è la percentuale di vendita di sale iodato (23%) nella ristorazione collettiva. Ancor più critica è la situazione nell'industria alimentare presso la quale la percentuale di vendita del sale iodato non supera il 7% di tutto il sale venduto.

Bambini in età scolare

In collaborazione con gli Osservatori Regionali per la Prevenzione del Gozzo è stata analizzata la ioduria, ovvero la concentrazione di iodio in campioni di urine di bambini in età. I dati raccolti negli ultimi tre anni hanno mostrato che in 6 delle 9 regioni che hanno partecipato allo studio i valori mediani di ioduria rilevati sono ancora al di sotto di 100 microg/L, valore indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quale soglia al di sotto della quale la popolazione esaminata viene identificata come iodocarente. Anche per ciò che riguarda la frequenza di gozzo, i dati raccolti confermano il permanere di un insufficiente apporto nutrizionale di iodio nella popolazione scolare italiana (Regioni del Centro-Nord 4-10%, Regioni del Sud-Isole 10-15%).

Donne in gravidanza

La stessa misura della ioduria è stata effettuata in un gruppo di donne in gravidanza che non assumevano integratori contenenti iodio, sempre mediante la collaborazione con gli Osservatori Regionali per la Prevenzione del Gozzo, è stato possibile effettuare la misura della ioduria in un elevato numero di donne in gravidanza che non. I risultati ottenuti hanno dimostrato una condizione di insufficiente apporto iodico nelle donne esaminate, confermando l'importanza dell'integrazione iodica in gravidanza e durante l'allattamento, al fine di garantire il raggiungimento dell'aumentato fabbisogno iodico in queste fasi della vita.

Popolazione neonatale

Nel nostro Paese, anche i neonati risultano ancora esposti agli effetti della carenza nutrizionale di iodio, come confermato dall'elevata frequenza di valori elevati di un indicatore biologico specifico, il TSH neonatale. La determinazione di questo ormone viene utilizzato per lo screening neonatale dell'ipotiroidismo congenito che è obbligatorio per legge e che prevede l'esecuzione del test in tutti i neonati.

Allergie respiratorie. Sottostimate e malcurate. Italia fanalino di coda nell'accesso all'immunoterapia

Al momento l'immunoterapia è l'unico trattamento in grado di fermare il decorso della patologia, specialmente nei pazienti che non rispondono ai farmaci sintomatici (circa il 18%).

Permetterebbe inoltre un risparmio di 4mila dollari all'anno per ogni paziente. Ma in Germania vi accedono solo 700 mila pazienti su 10-15milioni. E in Italia va anche peggio.



Le allergie sono associate all'immagine di una raffica di starnuti e al consumo di parecchi fazzoletti nelle settimane che coincidono con la stagione di fioritura delle piante e della massima concentrazione di pollini nell'aria. Un disturbo apparentemente banale e per questo spesso sottostimato nelle sue conseguenze. L'allergia, infatti, è in realtà una vera e propria patologia. Che causa problemi sul lavoro e nella vita sociale. Un ampio dossier americano spiega che 4 pazienti su 5 soffrono

spesso (44%) o talvolta (36%) di un particolare stato di stanchezza nella stagione dei pollini. Due terzi dei pazienti si sentono avviliti, prostrati e irritabili, spesso nel 29% e talvolta nel 36%. Si valuta di umore nero spesso il 13% dei pazienti e talvolta il 23%. Il 23% prova imbarazzo a causa della sua condizione. Il 57% degli allergici dichiara anche 'disturbi del sonno' che influiscono in maniera importante sulla loro vita.

Nonostante questo, i numeri e le implicazioni delle allergie restano ancora oggi sottostimate, come denunciato dagli esperti anche nel corso del recente Media Training sulla "Sindrome allergica respiratoria" svolto a Milano lo scorso febbraio.

L'incidenza delle allergie respiratorie

Negli Stati Uniti la rinite allergica colpisce 36 milioni di persone e il 5-6% soffre di asma, mentre in Europa sono 113 milioni i pazienti con la rinite allergica e 68 milioni quelli con l'asma. Disturbi dunque molti diffusi, basti pensare che secondo la European Federation of Allergy and Airway Disease Patient Association, il 30-35% della popolazione europea sperimenta una qualche forma di allergia respiratoria nell'arco della vita: il 20% soffre di rinite allergica e il 20% di questi ultimi in forma grave. Negli adolescenti di 13-14 anni, il problema è grave nel 20% dei casi. Questi i dati presentati al Media Training sulla "Sindrome allergica respiratoria" di Milano.

Andando un po' più nel dettaglio a livello europeo, i dati mostrano che la Gran Bretagna (21,8%) è uno dei paesi con la più alta prevalenza di rinite allergiche, seguita da Germania (20,5%), Francia (18,2%), Italia (16,1%) e Spagna (15,1%). Uno studio italiano condotto su 1.482 pazienti di questi Paesi ha mostrato che per il 67% delle persone i sintomi erano moderati-gravi, per il 42% persistenti e il 31% presentava comorbidità con l'asma. Per la metà dei pazienti i sintomi duravano più di 4 mesi l'anno e per il 20% fino a 9 mesi.

Solo l'80% dei pazienti è in terapia, e per il 18% non funziona

“Le allergie sono la più diffusa malattia cronica nella popolazione dei giovani adulti - spiega **Cristoforo Incorvaia** dell'Unità di Allergologia degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano - preceduta solo dall'ipertensione e seguita da colesterolo alto e diabete”. Ma nonostante questi numeri da epidemia, rilevano gli esperti, le allergie non godono della stessa attenzione riservata a tumori e malattie cardiovascolari. Il 45% delle persone con sintomi allergici non riceve infatti una diagnosi perché non riferisce i sintomi al medico, a cui si rivolgono solo quando si presenta il primo episodio acuto di asma. Inoltre il 60% degli asmatici non è adeguatamente controllato.

Circa l'80% dei pazienti è seguito con farmaci sintomatici, ma il 18% non risponde ai trattamenti e sviluppa sintomi gravi nonostante la terapia. In sostanza la maggior parte degli allergici si cura da sé, facendo ampio uso di farmaci sintomatici da banco, ma spesso con scarsi benefici.

Più salute e risparmi con l'immunoterapia. Ma solo pochi pazienti possono accedervi

Differenze nella gestione della patologia, mancanza di coordinamento tra gli specialisti, scarsa conoscenza e diffusione dell'immunoterapia specifica, che è un trattamento a lungo termine in grado di evitare la progressione delle forme lievi in asma cronica. Sono queste le criticità che rendono dura la vita dei malati e ostacolano il trattamento delle allergie. Basti pensare che in Germania, ad esempio, 10-15 milioni di pazienti adottano terapie sintomatiche mentre solo 700mila ricevono l'immunoterapia, che permetterebbe di fermare il decorso della patologia, quindi il suo aggravarsi, specialmente nei pazienti che non rispondono ad altri trattamenti. Non solo, dall'immunoterapia deriverebbero consistenti risparmi, come ha dimostrato uno studio del 2013, in cui sono stati valutati per 18 mesi pazienti che hanno ricevuto l'immunoterapia specifica. Questi sono costati 6.637 dollari contro i 10.644 dollari del gruppo di controllo. Nei bambini la riduzione dei costi è stata del 42%, con una spesa di 5.253 dollari nei piccoli trattati contro i 9.118 dollari del gruppo di controllo. Nonostante questo, l'immunoterapia resta un miraggio per la maggior parte dei pazienti di diversi Paesi. "E l'Italia - denunciano gli esperti da Milano - è fanalino di coda".

Anteprima. Ecco il Piano nazionale sulle malattie rare all'attenzione della Stato Regioni

Il Piano di durata triennale era stato annunciato lo scorso aprile dallo stesso ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Nel documento ampio spazio alle reti europee di riferimento così come alla rete nazionale dei presidi e alle azioni di coordinamento delle attività regionali. Un ruolo di rilievo lo avranno le stesse associazioni di pazienti. Spazio ai privati per la ricerca



Ecco il Piano nazionale sulle malattie rare, di durata triennale, che il Ministero della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha inviato all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni. “Le persone affette da malattie rare si ritrovano tutte con lo stesso problema – aveva affermato ad aprile Lorenzin – le famiglie si sentono sole e l’assistenza territoriale non è

coordinata in modo uniforme. Credo che in un Paese come il nostro dobbiamo essere in grado di dare risposte anche ai malati di malattie meno conosciute. Questo Piano è un passo avanti in tal senso”.

Nel documento, un ruolo di grande importanza viene dato all'Europa. Si spiega infatti come, a causa del limitato numero dei pazienti e delle limitate esperienze disponibili, per garantire la diagnosi e la cura di queste malattie, la CE considera indispensabile l'istituzione di una rete di riferimento europea per le malattie rare (MR), nell’ambito della quale poter scambiare esperienze, informazioni, dati, campioni biologici e immagini radiologiche, anziché movimentare i pazienti.

Tra gli strumenti che la CE intende maggiormente condividere sono elencati i registri e i database, le linee-guida e le informazioni, le immagini trasmesse per via telematica, le attività di formazione. Spetterà poi al Comitato Eucerd fornire indicazioni sulla selezione dei Centri di expertise, suggerendo alcuni criteri prioritari, definiti anche in base alle raccomandazioni formulate dalle Associazioni dei pazienti nell’ambito del progetto Europlan.

Le **Reti europee di riferimento**, European Reference Networks (ERNs), verranno individuate dai singoli Stati membri, mentre a livello europeo saranno definite le tipologie dei servizi e le strutture necessarie e le risorse da condividere e saranno individuate formalmente le modalità di condivisione delle competenze e delle informazioni, comprese le indicazioni sulle migliori pratiche da diffondere per favorire la diagnosi ed il corretto trattamento. Le singole reti di riferimento dovranno adottare procedure per il controllo della qualità e l’intero sistema dovrà essere sottoposto a una valutazione.

Nel documento viene richiamata anche la direttiva sull'**assistenza transfrontaliera** ricordando come in essa, in tema di malattie rare, venga sostenuta attivamente la cooperazione tra Stati, specificando che, quando una persona affetta o con un sospetto diagnostico di MR chiede l'autorizzazione preventiva, può essere effettuata una valutazione clinica da esperti del settore. Se gli esperti non possono essere individuati nello Stato membro di affiliazione, o se il parere degli esperti non è conclusivo, lo Stato membro di affiliazione può richiedere a uno Stato membro un parere scientifico.

Si passa poi al contesto nazionale. Di grande rilievo, il fatto che le attività, i servizi e le prestazioni destinate alle persone affette dalle MR sono qui definite parte integrante dei **Livelli essenziali di assistenza (Lea)** che il Ssn è tenuto a garantire ai propri assistiti, in relazione alle condizioni cliniche individuali e per tutte le patologie. A causa della varietà e della complessità dei sintomi clinici delle MR, la norma non definisce puntualmente le prestazioni erogabili in esenzione, ma prevede, per quelle presenti nell'elenco allegato al DM, il diritto all'esenzione per tutte le prestazioni incluse nei LEA, necessarie a confermare la diagnosi, appropriate per il monitoraggio della malattia e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Al momento, i tumori rari restano fuori dall'ambito di trattazione del presente Piano, non essendo inclusi nell'elenco delle malattie rare allegato al decreto ministeriale n. 279/2001; tuttavia, non si esclude una modifica in futuro, alla luce dell'evoluzione della disciplina delle MR in atto in ambito europeo.

I nodi principali della Rete nazionale delle MR sono i **Presidi accreditati**, preferibilmente ospedalieri, appositamente individuati dalle Regioni tra quelli in possesso di documentata esperienza nella diagnosi e nella cura di specifiche MR o di gruppi di MR, nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, ad esempio per la gestione delle emergenze e per la diagnosi biochimica, genetica e molecolare. I Presidi compresi nella rete dovranno operare secondo protocolli clinici concordati e collaborano con i servizi territoriali e i medici di famiglia per la presa in carico e la gestione del trattamento. L'individuazione dei Presidi della rete dovrà rispettare i requisiti previsti dalle raccomandazioni definite dall'Eucerd. Dal momento di completamento di questo processo, essi potranno svolgere i compiti previsti per i centri di expertise europee e candidarsi per partecipare alle reti europee in corso di istituzione.

I centri di expertise dovranno essere incardinati nella rete assistenziale regionale. Nel processo di valutazione continua della qualità dell'assistenza di tali strutture, le Regioni potranno acquisire il parere delle Associazioni dei malati e potranno proporre programmi di valutazione esterna di qualità anche mediante audit esterni, secondo modelli già in atto in diversi paesi europei. Un altro aspetto di rilievo consiste nel miglioramento della **codifica** e della **classificazione** delle MR è un obiettivo prioritario a livello nazionale e internazionale perché una corretta codifica e classificazione è fondamentale per assicurare la rintracciabilità dei casi nei sistemi informativi sanitari, per esempio, nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO), per realizzare i registri epidemiologici o per effettuare analisi statistiche sia ai fini della programmazione sanitaria, sia per finalità di ricerca. L'accuratezza dei flussi rappresenta infatti una fonte informativa importante sui bisogni assistenziali, costituisce una fonte significativa per la produzione delle statistiche dei dati di morbosità, di efficacia e qualità dei sistemi sanitari e pertanto rappresenta uno strumento indispensabile per adottare appropriate ed efficaci misure di sanità pubblica.

Si passa poi ai **registri dei pazienti** e alle **banche-dati**, che vengono definiti strumenti chiave per la ricerca clinica sulle MR, per migliorare la presa in carico dei pazienti, pianificare la loro salute e valutare gli esiti sociali, economici e la qualità della vita. In Italia, si ricorda nel documento, Orphanet ha censito 51 registri, 35 dei quali nazionali, 9 regionali, 2 europei e 5 globali.

Particolarmente utili vengono poi definiti i registri dei pazienti trattati con farmaci orfani, in quanto consentono di valutare l'appropriatezza e l'efficacia della terapia e gli eventuali effetti collaterali, tenuto presente che le autorizzazioni alla commercializzazione di solito vengono rilasciate quando le evidenze sono ancora limitate, ancorché già convincenti.

Le **biobanche** sono invece servizi dedicati alla raccolta ed alla conservazione del materiale biologico umano, finalizzate alla diagnosi, agli studi sulla biodiversità e alla ricerca. L'Italia partecipa (www.bbmri-eric.it) all'infrastruttura di ricerca europea Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure che si propone di assicurare accesso sicuro alle risorse biologiche e garantirne una gestione appropriata ai fini del miglioramento della salute dei cittadini europei.

Tutti gli **accertamenti diagnostici** devono essere eseguiti secondo i criteri, supportati dalle evidenze scientifiche, di appropriatezza ed efficacia, essenzialità e sicurezza. Qualora alla fine dell'iter diagnostico si confermi la presenza di una MR compresa nell'elenco del DM 279/2001 è compito dello specialista del Presidio redigere il certificato di MR e rilasciarlo al paziente nel più breve tempo possibile. Le Asl di residenza del paziente in possesso della certificazione rilasciata da un presidio della Rete specificamente individuato per la patologia in questione, rilasciano l'attestato di esenzione corrispondente alla malattia certificata. Una volta formulata la diagnosi di malattia, è ancora compito del presidio della Rete definire il profilo del danno attuale ed evolutivo presentato dal paziente ed il suo potenziale funzionale. Questa seconda parte dell'inquadramento diagnostico viene definito essenziale per consentire successivamente la redazione del piano di trattamento, che deve tenere conto degli specifici bisogni assistenziali identificati in base alle caratteristiche individuali della persona e perciò non definiti unicamente in base al paradigma standard della malattia.

I percorsi devono individuare gli attori, i collegamenti e l'offerta assistenziale disponibile per ogni paziente in ciascuna regione, oltre che definire i piani di responsabilità generale. Entro questi percorsi si sviluppano i piani assistenziali individuali redatti dal Presidio che ha in carico il singolo malato in base al suo profilo di bisogno assistenziale. I piani assistenziali individuali e l'applicazione dei percorsi e dei protocolli devono essere basati sul principio dell'appropriatezza prescrittiva e tenere conto della specifica condizione clinica del singolo paziente.

Nel documento viene ribadita l'importanza della associazioni dei pazienti, gli operatori sanitari e i professionisti medici si dovranno fare promotori di un rapporto costruttivo e collaborativo con i pazienti, incoraggiando la loro informazione e sostenendo atteggiamenti solidali e comunitari. Per contro, la partecipazione ai processi decisionali da parte delle organizzazioni dei pazienti richiederà forte senso civico e capacità di agire nell'interesse della collettività e a questo non giova la frammentazione delle loro rappresentanze.

Ampio spazio è dedicato alla **ricerca**, sia in ambito nazionale che internazionale. La ricerca, sia clinica che di base - si legge - è lo strumento di elezione per accrescere le conoscenze sulle MR. Sebbene essa sia rappresentata a macchia di leopardo in Europa, il volume delle ricerche, complessivamente considerato, resta basso, in rapporto all'elevato numero delle malattie ed alla loro eterogeneità. Per questo, è necessario attivare iniziative in grado di attrarre l'interesse dei ricercatori e dell'industria verso la ricerca sulle MR. Sarà però necessario superare una serie di 'colli di bottiglia': in primo luogo, la scarsa numerosità dei pazienti, che richiede la promozione di studi collaborativi, di respiro nazionale ed internazionale, e la necessità di sviluppare disegni sperimentali clinici alternativi, applicabili a pochi pazienti; in secondo luogo, la limitata disponibilità di piattaforme altamente tecnologiche e la necessità di investire continuamente nell'innovazione; in terzo luogo, i limiti posti dalla peculiarità clinica delle MR, di solito eterogenee, spesso non adeguatamente documentate a livello fenotipico, la cui storia naturale, in

molti casi, è poco o affatto nota, e, più in generale, lo scarso interesse nei confronti della ricerca clinica.

Altro aspetto cruciale è quello della **formazione**. Un importante ambito di interventi formativi è quello dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), che costituiscono il primo punto di contatto del paziente con il Ssn. Per questo è necessario formare specificamente i MMG/PLS e gli specialisti nella interpretazione delle complesse sintomatologie delle MR e nella formulazione del sospetto diagnostico, per evitare i ritardi nella diagnosi e nella presa in carico.

Infine, nel documento si parla di **prevenzione**. Sia di quella primaria, ossia la promozione degli stili di vita corretti che evitino l'esposizione a sostanze teratogene e genotossiche, il consumo di alcol e il fumo, e incentivano un'alimentazione corretta nelle donne in età fertile, nonché l'uso appropriato di acido folico, mediante supplementazione, per ridurre il rischio di insorgenza di difetti congeniti folico-acido sensibili; sia quella secondaria e, soprattutto si torna a sottolineare l'importanza di una diagnosi precoce.

«L'anoressia peggio della bulimia anche gli uomini sono a rischio»

Il professore Nicola Sorrentino
«Eliminare i grassi animali
primo passo per l'equilibrio»

Antonino Siniscalchi

«Anoressia e bulimia? Non colpiscono solo le ragazze ma anche gli uomini. E, nella gran parte dei casi, è assai difficile diagnosticarla»: a lanciare l'allarme è Nicola Sorrentino, medico originario di Torre Annunziata, docente all'Università di Pavia, «padre dell'omonima dieta. Lo specialista in Scienza dell'Alimentazione e Dietetica, Idrologia, Climatologia e Talassoterapia», sarà questa stasera a Sorrento, ospite della libreria Tasso in piazza Angelina Lauro, dove alle 19,30 presenterà il suo ultimo libro «Cambio dieta» (Mondadori Electa). Un volume che ha rivoluzionato il modo di alimentarsi di migliaia di persone, contribuendo a salvare tanti giovani dal baratro dell'anoressia, della bulimia, ma non solo. Le statistiche parlano chiaro: al giorno d'oggi, i disturbi alimentari affliggono in modo particolare le adolescenti. Ben 65mila ragazze tra 15 e 25 anni soffrono di anoressia e bulimia, con circa 9mila nuovi casi segnalati ogni anno.

Professore Sorrentino, quale è il suo punto di vista in proposito?

«Si tratta di disturbi molto seri, soprattutto per le implicazioni di carattere psicologico determinate da condizionamenti sociali. Oggi i modelli estetici impongono di essere magri, così sempre più persone cominciano a combattere contro le calorie e a privarsi di alimenti importanti per perseguire il proprio ideale di bellezza. La bulimia, in più, si accompagna a episodi compulsivi come vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo, uso di diuretici e lassativi».

Le donne sono i soggetti più a rischio?

«La malattia si manifesta spesso tra i 13 e i 14 anni e tra i 17 e i 18 anni con un rapporto maschi-femmine nettamente spostato a favore di quest'ultime. Ma non si commetta l'errore di ritenere gli uomini al riparo da anoressia e bulimia. Anzi, è spesso



Il libro Boom di lettori che hanno cambiato le loro abitudini alimentari

evento scatenante come una dieta rigida, una perdita affettiva, una separazione, oppure avere delle manifestazioni iniziali nei mesi o negli anni precedenti. Nel caso dell'anoressia nervosa, i criteri diagnostici da seguire sono il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra di quello minimo normale per statura ed età, la paura di ingrassare, la distorsione della propria immagine corporea, la negazione del grave stato di magrezza attuale e l'amenorrea da almeno tre mesi nelle donne sessualmente mature. Possono poi manifestarsi concause ambientali e fattori genetici come la tendenza propria o dei genitori all'obesità, un'infanzia difficile, scarsa stima di se stessi e perfezionismo. Il discorso non è diverso per la bulimia nervosa. Successivamente, in entrambi i casi, il decorso può essere caratterizzato da un'alternanza tra periodi di benessere e di malattia. Più raramente si registra un peggioramento improvviso».

Cosa prevede la sua dieta per porre rimedio?



più difficile diagnosticare simili disturbi alimentari nell'uomo che, com'è facile immaginare, trova difficoltà ad ammettere di soffrire di una patologia avvertita come prettamente femminile».

Quali sono i campanelli d'allarme che non bisogna sottovalutare?

«Anoressia e bulimia possono insorgere a seguito di un

«Innanzitutto occorre un approccio multidisciplinare al problema: sia per l'anoressia che per la bulimia, al nutrizionista deve affiancarsi lo psichiatra. Ricordo la storia di una 24enne bulimica che ingurgitava enormi quantità di cibo, vomitava ogni giorno e abusava di lassativi e diuretici. Di questo problema non aveva mai parlato con nessuno finché, disperata, si confidò con me e trovò il coraggio per raccontarmi del suo rapporto conflittuale con il cibo. Mi confessò di vomitare ogni giorno e di assumere con frequenza lassativi e diuretici. Le spiegai che per aiutarla in modo efficace dovevo essere affiancato dallo psichiatra. Dopo qualche tempo, grazie alla psicoterapia e alla corretta attività fisica, la ragazza uscì dal tunnel della bulimia. Evidentemente, bisogna superare il rapporto conflittuale che si ha con il cibo».

Come si può centrare questo obiettivo?

«Chiariamo un aspetto: il triplice scopo è disintossicarsi, raggiungere il benessere psicofisico e prevenire malattie gravi. Basta ridurre il consumo di proteine di origine animale per ridurre i grassi. Quindi spazio alla dieta Mediterranea legumi, uova, parmigiano e modiche quantità di pesce; alla carne rossa va preferita quella bianca, meno nociva e più adatta alla cucina a vapore».

E magari bandire pane e pasta dieta?

«Assolutamente no. Chi l'ha detto che la pasta fa ingrassare? Basta condirla con sughi leggeri a base di verdure, magari con un filo di olio extravergine di oliva o con un cucchiaino di parmigiano, oppure con spezie, erbe aromatiche. Si tratta solo di tenere sotto controllo gli zuccheri e l'indice glicemico dei vari elementi che assumiamo».

Quindi bisogna pur sempre dire addio ai dolci.

«Ad esempio, il cioccolato fondente è un dessert indicato per chi non vuole rinunciare al dolce a fine pasto. Importanti sono anche gli spuntini: noci, mandorle e noccioline sono l'ideale perché, grazie al basso indice glicemico e al modesto apporto di grassi, favoriscono il senso di sazietà. Bisogna sfatare certi falsi miti: l'importante è mantenere l'equilibrio del nostro organismo».

Prima causa di morte tra i 12 e i 25 anni

Anoressia e bulimia sono le malattie che causano il maggior numero di vittime tra le ragazze di età compresa tra i 12 e 25 anni. Di anoressia e bulimia nervosa soffrono in Italia tra le 150 e le 200 mila ragazze. «E la patologia è in continuo aumento». L'allarme viene da Roberto Ostuzzi, presidente della Sisdc, la Società italiana per lo studio dei disturbi del comportamento alimentare riunita al Policlinico Umberto I° di Roma per presentare le recenti statistiche sulla malattia. «Il rischio di cronicizzazione è forte - spiegano i medici - La mortalità per suicidio o per complicanze mediche e psichiatriche conseguenti la malnutrizione è del 10% a dieci anni dall'esordio, e del 20% a venti anni». Ma le ragazze spesso non accettano le cure; sono capaci di spiegare la propria situazione e comprendono in pieno i rischi della loro scelta, eppure continuano a dire di no alle cure, preferendo morire che aumentare di peso o perdere il controllo sul proprio corpo. «Spesso sarebbe necessario ricorrere a trattamenti salvavita coercitivi - suggerisce il presidente della Sisdc - ma in Italia è rarissimo il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio per i casi di disturbi del comportamento alimentare, circa l'1%, mentre nei Paesi anglosassoni la percentuale è almeno quindici volte più alta». Per questo gli esperti propongono di «rivedere le procedure di attivazione del trattamento sanitario obbligatorio».

«Cardiac Rhythm»

NAPOLI Stamane a Castel dell'Ovo convegno sul tema «Cardiac Rhythm Management», una tre giorni di divulgazione scientifica sulle malattie del cuore. Intervengono il governatore Stefano Caldoro, Luigi De Magistris, sindaco di Napoli, Raffaele Calabrò, Stefano De Lillo e Vincenzo Schiavone.

Castel dell'Ovo, ore 8.30