



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Corruzione, la stretta di Padoan e Cantone sulle partecipate

Via al piano con rotazione dei dirigenti, mappa delle aree a rischio e un «responsabile per la prevenzione»

ROMA Un piano anticorruzione con l'individuazione di un responsabile della prevenzione degli illeciti nelle società partecipate e controllate dal Tesoro e in quelle pubbliche (comprese quelle partecipate dagli enti locali). La mappa delle aree a rischio. La tutela di chi denun-

Intercettazioni
Cantone: «Sui reati di corruzione nessuno pensi di metterle in discussione»

cia illeciti dall'interno della pubblica amministrazione. E la rotazione degli incarichi in enti e società, fondazioni e associazioni di enti locali. Sono alcune delle linee guida della lotta all'illegalità presentate ieri dal ministro dell'Economia, Pier Carlo Padoan, e dal presidente

dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone, che puntano sulla prevenzione. Per ora le regole sono «sospese per le società quotate in Borsa e per quelle che emettono strumenti finanziari quotati in mercati regolamentati». Per il ministro è «una profonda riforma strutturale: so che non resterà lettera morta». «È una rivoluzione, ma si tratta di una semina con raccolto nel lungo periodo», dice Cantone che sottolinea sui reati di corruzione: «Nessuno può pensare di mettere in discussione le regole sulle intercettazioni: non credo sia un tema in agenda. Al massimo si può pensare di rafforzarle per la corruzione». «Altra cosa è parlare della pubblicazione o della troppa pubblicità — aggiunge — specie se si tocca la vita privata».

Figura chiave delle linee guida sarà il «responsabile per la prevenzione della corruzione»,

incaricato di redigere il piano per prevenire gli illeciti: dovrà essere un dirigente interno, caratterizzato da un comportamento «integerrimo». Tra i suoi compiti, la stesura di una «mappa dei rischi»: le aziende dovranno innanzitutto individuare in quali aree o settori di attività potrebbero più facilmente verificarsi i reati. E l'ambito di applicazione del provvedimento è particolarmente vasto: in base ai dati del Mef del 2012, le partecipate dall'amministrazione centrale sono 423, cui si aggiungono le 17 partecipate dagli enti previdenziali. A questi bisogna aggiungere i 7.726 enti collegati a Regioni, Province e Comuni.

Il documento prevede inoltre un rigido «sistema di controlli». E se le società ne fossero sprovviste, dovranno essere introdotti nuovi principi e strutture *ad hoc*. C'è anche un «codice di comportamento» orientato alla prevenzione. Inoltre è stabilito che «gli incarichi dirigenziali non potranno essere conferiti in caso di condanna per reati contro la P.a. o di contemporanei incarichi politici». Da notare il «divieto di assunzione per gli ex dipendenti pubblici che nei tre anni precedenti abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali» per la P.a. E gli incarichi dirigenziali «saranno conferiti a rotazione».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il lancio

Il presidente dell'Autorità anticorruzione Raffaele Cantone (a destra) ieri ha presentato con il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan (a sinistra) e il capo gabinetto Roberto Garofoli le linee guida per la lotta alla criminalità (Imago-economica)



Il ministro Variamo una profonda riforma strutturale contro l'illegalità e sono sicuro che non resterà lettera morta

L'ex pm È una rivoluzione ma siamo consapevoli che si tratta di una semina con un raccolto che si vedrà nel lungo periodo

Le misure



Il responsabile del piano

La figura chiave per le linee guida è il «Responsabile per la prevenzione della corruzione» incaricato del piano per prevenire gli illeciti. Deve essere un dirigente interno, dal comportamento «integerrimo»



La mappa dei rischi

Le aziende dovranno individuare in quali aree o settori di attività potrebbero più facilmente verificarsi i reati di corruzione. Sono interessati 423 enti, a cui si aggiungono le 17 partecipate dagli enti previdenziali



Il sistema di controllo

Il documento elaborato dal ministero dell'Economia e dall'Autorità anticorruzione prevede un rigido sistema di controlli. Qualora la società ne sia sprovvista, dovrà introdurre nuovi principi e strutture di verifica dei comportamenti e degli atti



Digitalizzazione. Da martedì entrerà a regime la fase-due della fatturazione elettronica nei confronti della pubblica amministrazione

Addio carta per le fatture alle Pa

Obbligo per ciascun ufficio di comunicare ai propri fornitori il codice univoco

PAGINA A CURA DI

Alessandro Mastromatteo
Benedetto Santacroce

■ A pochi giorni dall'avvio a regime della seconda fase della fatturazione elettronica nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni, gli operatori sono alle prese con gli ultimi adempimenti necessari per affrontare con successo la scadenza di martedì 31 marzo. Individuare il codice univoco ufficio, in assenza di idonea comunicazione da parte dell'amministrazione destinataria, e gestire eventuali fatture cartacee, emesse in tale formato prima del termine di avvio (si veda l'articolo qui a fianco), costituiscono due delle attività di tipo non esclusivamente tecnologico che devono essere state affrontate e risolte per tempo.

I destinatari

Fondamentale è innanzitutto capire se un'amministrazione rientra o meno tra i destinatari obbligatori di fatture elettroniche. Di grande ausilio risulta la circolare 1 del 9 marzo 2015 a firma congiunta della presidenza del Consiglio dei ministri - dipartimento della Funzione pubblica - e del ministero dell'Economia e delle finanze. Le classi di amministrazioni destinatarie non sono solamente quelle di cui all'elenco Istat, ma anche le autorità indipendenti e, comunque, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 165/2001. A questo proposito, l'Agenzia per l'Italia digitale (Agid) ha pubblicato il 17 marzo un comunicato, informando della pubblicazione di una lista dei soggetti che, dalle rilevazioni effettuate al 15 marzo 2015, non risultavano ancora registrate nell'Indice delle pubbliche amministrazioni (Ipa). Il codice univoco ufficio, attribuito dall'Ipa a seguito dell'accreditamento delle amministrazioni, costituisce un elemento non solo obbligatorio nei flussi di fatturazione ma anche indispensabile e funzionale alla corretta veicolazione delle fatture al destinatario. In effetti può capitare che un ente pubblico ab-

bia più Ipa e che il fornitore operi contestualmente su più uffici. In questo caso sarà necessario indirizzare ciascuna fattura all'Ipa di riferimento di ciascun contratto.

Il codice

La registrazione su Ipa e un'attività propedeutica per la transizione al sistema elettronico di fatturazione, garantendone l'identificazione degli uffici che, all'interno delle amministrazioni, devono recepire le fatture. Sono a questo riguardo ancora assolutamente applicabili le indicazioni già rese dal Dipartimento delle Finanze con la circolare 1 del 31 marzo 2014 che impone, in capo a ciascuna pubblica amministrazione, l'obbligo di comunicare ai propri fornitori il codice univoco ottenuto dall'Ipa in modalità tale da permettere l'associazione con i contratti vigenti. A ciascuna amministrazione che si accredita in Ipa viene innanzitutto attribuito un codice corrispondente all'ufficio

centrale di fatturazione elettronica. Questo codice deve essere utilizzato solamente se il fornitore non ha ricevuto dall'amministrazione la comunicazione del codice univoco ufficio destinatario della fattura.

L'interscambio

Sulla base dei dati fiscali di destinazione, presenti sulla fattura, il Sistema di interscambio, attraverso cui transitano tutti i flussi elettronici, verifica comunque l'esistenza o meno in Ipa di un ufficio, non centrale, preposto al ricevimento. In caso di riscontro positivo, il Sdi invia al mittente una notifica di scarto segnalando contemporaneamente l'ufficio competente. In caso contrario, la fattura viene inoltrata all'ufficio centrale individuato dall'amministrazione.

Potrebbe accadere invece il diverso caso in cui il fornitore, non avendo ricevuto alcuna comunicazione dall'amministrazione, riscontri in Ipa anche l'assenza di un ufficio centrale. In questa ipotesi, occorre indicare in fattura il valore di default indicato nelle specifiche tecniche operative predisposte da Agid e Agenzia delle Entrate. Il Sdi, analogamente al caso precedente, verifica l'esistenza in Ipa di un unico ufficio destinatario respingendo eventualmente la fattura con notifica di scarto e indicando il codice ufficio da utilizzare.

Il via libera

In tutti gli altri casi il Sdi rilascia al fornitore una «Attestazione di avvenuta trasmissione della fattura con impossibilità di recapito». La fattura in esso contenuta viene considerata in questo caso emessa. Può essere quindi recapitata all'amministrazione dal fornitore trasmettendo l'attestato tramite un servizio di posta elettronica, altro canale telematico, ovvero mettendola a disposizione tramite portali telematici che consentano di effettuare il download dell'attestato e della fattura elettronica nello stesso inclusa.

L'identikit

01 | LA FASE DUE

Dal 31 marzo partirà la seconda fase della «FatturaPa» che vedrà coinvolte tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'elenco Istat, le autorità indipendenti e, comunque, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 165 del 2001.

02 | IL DOCUMENTO

La «FatturaPa» è un documento informatico in formato xml, sottoscritto con firma elettronica qualificata o digitale. A differenza quindi della fattura elettronica nei rapporti B2B, per la cui emissione si possono utilizzare anche sistemi di controllo di gestione, la trasmissione EDI ovvero

analoghe modalità tecniche, l'unica FatturaPa validamente emessa è quella con tracciato xml individuato e sottoscritto con firma elettronica qualificata o digitale dall'emittente ovvero di un delegato.

03 | CARTA ADDIO

Con l'avvio a regime dell'obbligo, le amministrazioni destinatarie non potranno né accettare le fatture emesse o trasmesse in forma cartacea né procedere al pagamento, neppure parziale, sino all'invio del documento in forma elettronica.

04 | GESTIONE ELETTRONICA

I fornitori delle amministrazioni pubbliche dovranno gestire il

proprio ciclo di fatturazione esclusivamente in modalità elettronica, non solo nelle fasi di emissione e trasmissione ma anche in quella di conservazione. La firma qualificata o digitale è necessaria per garantire l'integrità delle informazioni e l'autenticità dell'emittente.

05 | SISTEMA D'INTERSCAMBIO

La trasmissione (anche tramite intermediari) delle fatture in formato xml avverrà attraverso il sistema di interscambio - Sdi - in grado di ricevere le fatture sotto forma di file con le caratteristiche della FatturaPa, inoltrarle alle amministrazioni destinatarie ed effettuare controlli sui file trasmessi dai fornitori.

Il regime transitorio per saldare i documenti

Vecchi invii da regolare in tre mesi

Il divieto di pagamento in assenza di fattura elettronica costituisce un limite all'emissione e alla gestione in formato cartaceo dei documenti da martedì 31 marzo 2015. L'articolo 6, comma 6 del Dm 3 aprile 2013, n. 55 dispone inoltre che, trascorsi tre mesi dalla data di decorrenza dell'obbligo di fatturazione elettronica, le pubbliche amministrazioni non possono procedere ad alcun pagamento, nemmeno parziale, sino all'invio delle fatture in formato elettronico. La circolare 1 del 31 marzo 2014 ha già analizzato la portata di tali disposizioni, individuando i comportamenti da tenere nel caso in cui siano state emesse fatture cartacee prima dell'avvio dell'obbligo. Le indicazioni rese allora sono applicabili anche in vista della prossima scadenza.

È stato chiarito innanzitutto come l'obbligo di emissione in forma elettronica precede di tre mesi la corrispondente decorrenza del divieto di accettazione e pagamento di fatture in forma cartacea. Si trat-

ta di un periodo di transizione durante il quale le pubbliche amministrazioni possono ancora accettare e pagare fatture emesse in forma cartacea entro il termine di decorrenza dell'obbligo. I fornitori, a loro volta, a partire dalla decorrenza dell'obbligo, non possono più emettere fatture in forma cartacea.

La trasmissione di una fattura cartacea non è infatti istantanea e, di conseguenza, è stato definito questo periodo di transizione tenuto conto, ad esempio, dei giorni che decorrono, nel caso di spedizione a mezzo posta ordinaria, dal momento dell'emissione a quello della ricezione. Quindi se al 31 marzo 2015 una Pa stesse ancora processando una fattura cartacea emessa prima dello scadere del termine, la necessità di instaurare una nuova procedura, a seguito dell'invio da parte del fornitore di una fattura elettronica, comporterebbe un ulteriore prolungamento dell'iter amministrativo, con aggravio di costi sia per il fornitore sia per l'amministrazione. Per queste

ragioni, il procedimento amministrativo avviato a seguito del ricevimento di fattura cartacea, emessa prima del 31 marzo 2015, può essere concluso con il pagamento senza attendere l'invio di una fattura elettronica.

L'attestazione della data di emissione della fattura prima del 31 marzo 2015, e la sua conseguente presa in carico dall'amministrazione ricevente, possono essere ottenute anche ricorrendo alle funzionalità messe a disposizione dalla piattaforma certificazione dei crediti. Infatti il fornitore che ha emesso e trasmesso una fattura cartacea prima dell'avvio della seconda fase di FatturaPa potrebbe accreditarsi sulla piattaforma e inserire i dati di fattura sulla stessa, assicurando così l'attribuzione, di fatto, di una data certa di emissione e trasmissione della fattura all'amministrazione destinataria. È esclusa al contrario la possibilità, per le Pa, di accettare fatture su carta emesse dopo il 31 marzo 2015.

*Trasparenza, il 25%
delle Asl è fuori-regola*

A PAG. 3

REPORT SULLA TRASPARENZA

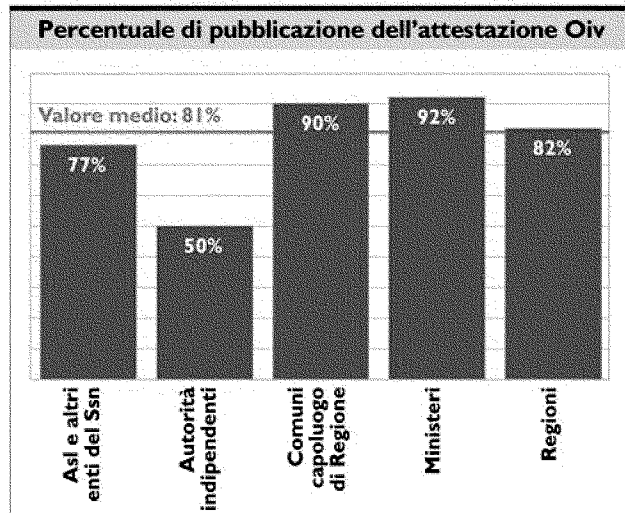
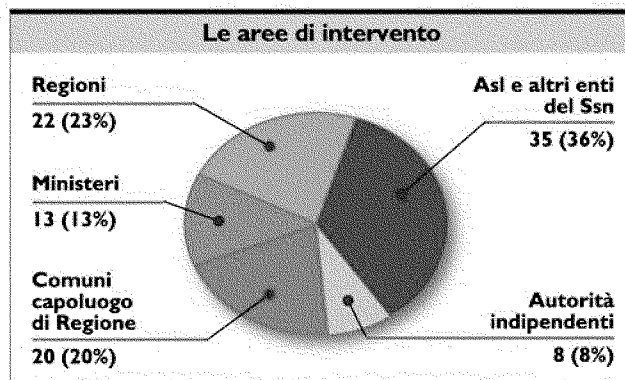
Anac, il 25% delle Asl è fuori regola

Anche il ministero dell'Economia, insieme a 2 Authority di vigilanza, nonché al 25% delle Asl non è in regola con le norme sulla trasparenza. Lo dice il «Report degli esiti delle verifiche sulla pubblicazione dell'attestazione Oiv (Organismi indipendenti di valutazione)» pubblicato dall'Autorità nazionale anticorruzione in attuazione della delibera 148/2014.

Il monitoraggio è stato condotto su autorità indipendenti, ministeri, Regioni, Comuni capoluoghi di Regione, Asl e altri enti del Ssn. In particolare, so-

no stati verificati 98 enti di cui 35 appartenenti alle Asl e altri enti del Ssn, 8 autorità indipendenti, 20 Comuni capoluogo di Regione, 13 ministeri e 22 Regioni.

Il 77% ha pubblicato l'attestazione Oiv sul proprio sito web, ma spicca comunque tra i ministeri l'assenza dello Sviluppo economico, nonché delle Authority per la regolazione dei trasporti e delle comunicazioni. Tra le Regioni in ritardo Molise, Campania, Piemonte e Trentino Alto Adige. Fanno meglio le Province con un'adesione che arriva al 90 per cento.



CAMPANIA

Migliora il conto economico ma l'efficienza resta bassa

Un bilancio fatto di luci e ombre per una Regione che continua a soffrire di problematiche legate al passato, ma che mostra miglioramenti sui conti pubblici. Questo il quadro relativo alla Campania descritto dal procuratore regionale, Tommaso Cottone, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario. Sulla sanità Cottone sottolinea l'azzeramento del deficit di 850 milioni e il «contenimento della spesa relativa al personale e alla farmaceutica», ma segnala che «al risparmio non corrisponde un'uguale efficienza dei servizi». Nel corso degli ultimi tre anni sono state aperte 293 vertenze, promossi 24 giudizi, richiesti 6 provvedimenti cautelari, archiviate 453 istruttorie mentre restano in corso 383 indagini. I processi sono stati celebrati nei confronti di amministratori, dirigenti amministrativi e sanitari; singoli medici; amministratori regionali; organi di controllo. Le materie intercettate dalle quali sono derivate ipotesi di danno al sistema sanitario raccontano di devianze nel settore dell'intramoenia; nelle forniture e negli appalti; nella gestione del personale; nella attività di riconoscimento delle partite di debito e di credito e nei ritardi che hanno generato maggiori oneri per interessi e spese legali; nella commistione di interessi pubblici e privati nel campo della sanità convenzionata; nel riconoscimento di indennità non dovute. I giudizi conclusi nell'arco del triennio hanno portato a condanne per complessivi 4.772.305 euro.

LA CULTURA DELLA VALUTAZIONE

Il monitoraggio delle performance affidato a una struttura centrale

Oltre alla infrastruttura esistente a livello di sistema, alcuni aspetti culturali di fondo possono determinare il successo o il fallimento delle strategie di miglioramento della qualità ed efficienza nei Paesi di area Ocse. I dati a nostra disposizione formano la base comune necessaria a pianificare gli interventi a più alta priorità.

Secondo gli indicatori Ocse, l'Italia si attesta su posizioni di assoluto primato in termini di salute e di esito a livello di popolazione. Il dato più evidente e ampiamente riportato è l'alta aspettativa di vita. Al tempo stesso, è però anche vero che l'aspettativa di vita in buona salute a 65 anni è al di sotto della media Ocse (figura 1).

A rendere più preoccupante la situazione, sono le differenze esistenti all'interno del nostro Paese, tra le Regioni e molto spesso anche al loro stesso interno, diventate ormai inaccettabili per mantenere l'eguaglianza dei diritti nel nostro sistema salute.

Queste differenze danno luogo a sperequazioni che minano la comune identità nazionale, quali liste d'attesa e migrazioni sanitarie, fenomeni che minano le posizioni di alto livello conquistate dall'Italia per gli indubbi meriti del Sistema sanitario nazionale (Ssn), e ostacolano le possibilità che le riforme attese per il recupero di efficienza, quali lo sviluppo delle politiche di assistenza territoriale, facciano il loro corso.

Il progetto Ocse "Medical Practice Variation" (Mpv) [2], i cui risultati sono stati pubblicati lo scorso settembre, ha messo a confronto i risultati ottenuti da indicatori traccianti su 13 Paesi, dimostrando che il fenomeno della variabilità nella utilizzazione dei servizi sanitari è un fenomeno preoccupante, e non solo per l'Italia. Al tempo stesso però, il progetto Mpv ha anche confermato che specificamente in Italia sussistono differenze drammatiche per interventi già oggetto di attenzione, quale l'eccessivo ricorso ai parti cesarei in un chiaro gradiente Nord-Sud. Su questo occorre agire in maniera veloce e decisa, al tempo stesso prevenendo tutte le possibili criticità future.

La cultura della valutazione è utile e necessaria per dare una decisa spinta in questa direzione. Per realizzarla, le raccomandazioni Ocse invitano il ministero a puntare in maniera ancora più decisa sul suo ruolo naturale di steward, confermando le linee già definite dalla Tallinn Charter 2008, quando 53 Paesi della Regione Oms Europa, con l'Italia in prima linea, si impegnarono a condividere le migliori pratiche per la misurazione standardizzata della performance.

Lo "steward" ricopre un ruolo essenziale e mitigatorio in un contesto che ha strutture, processi ed esiti, come in un viaggio aereo o in uno stadio di calcio, dove occorre ricordare a tutti le regole e spiegare come osservarle, ma anche intervenire senza indugio in caso di deviazioni significative dalle pratiche consentite.

Occorre quindi trovare il modo affinché il Ssn possa rafforzare le funzioni di "accompagnamento". Il punto cruciale è però garantire la partecipazione, piuttosto che cedere alla ovvia soluzione di imporre e controllare in maniera verticale, soluzione particolarmente costosa e di questi tempi anche non sostenibile.

La cultura della valutazione, quindi, vuol dire creare le basi per una necessità diffusa di misura-

zione della performance e di controllo reciproco, a esempio tramite audit basati su indicatori oggettivi scelti di comune accordo. Questa operazione non può essere imposta per decreto legislativo, o calata dall'alto dalle torri d'avorio della tecnocrazia, ma deve essere realizzata insieme come elemento fondante del sistema stesso. Affianco ai criteri economici, deve essere data eguale priorità alla qualità, considerata come elemento centrale per la lettura dei risultati nel campo della salute da parte di tutti i vari portatori di interesse (stakeholders).

Se il metodo per misurare la qualità proviene dalla ricerca (Donabedian: strutture, processi ed esiti) e dalle tecniche di management (pianifica => misura => valuta => ripianifica), la realizzazione di una cultura della valutazione è quindi compito di una intera società. La Revisione Ocse, facendo tesoro delle buone pratiche riscontrate in altri Paesi, invita medici, cittadini e decisori a discutere e a costruire insieme il quadro di riferimento comune, dagli schemi concettuali agli indicatori e ai dati necessari.

Questi elementi non sono statici, ma vengono normalmente determinati in maniera dinamica e interattiva dai forum degli stakeholders, che vengono chiamati a determinare obiettivi, metodi e parametri di misura, nonché ad aggiornarli in maniera regolare.

L'elemento terminale della catena della valutazione è la efficace comunicazione diretta dei risultati al pubblico, meccanismo che ha dei possibili effetti positivi sull'organizzazione e sull'efficienza dei servizi sanitari forniti.

Questo trend è ormai ben delineato in tutte le società ad alto grado di connettività, nelle quali la pubblicazione aperta dei risultati è ritenuta essenziale per valutare dal singolo professionista all'intero Sistema sanitario nazionale.

La Revisione Ocse sottolinea il ruolo che tali strumenti hanno sulla trasparenza e sul miglioramento della stessa infrastruttura informativa, che deve essere robusta e affidabile per sostenere un sistema che sappia davvero "rendere conto" a tutti i livelli ("accountability").

Una migliore cultura della valutazione non può quindi prescindere da una accresciuta cultura dell'informazione.

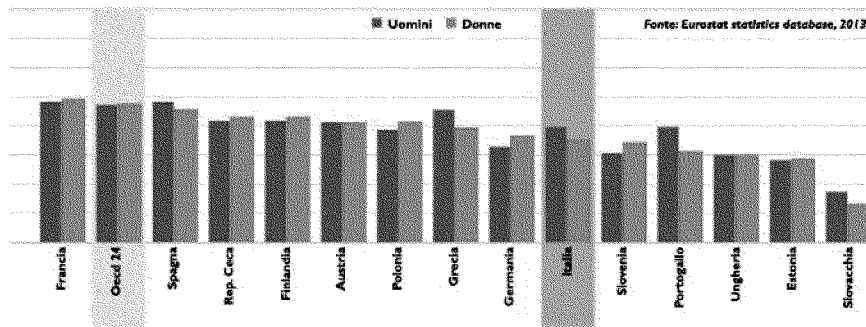
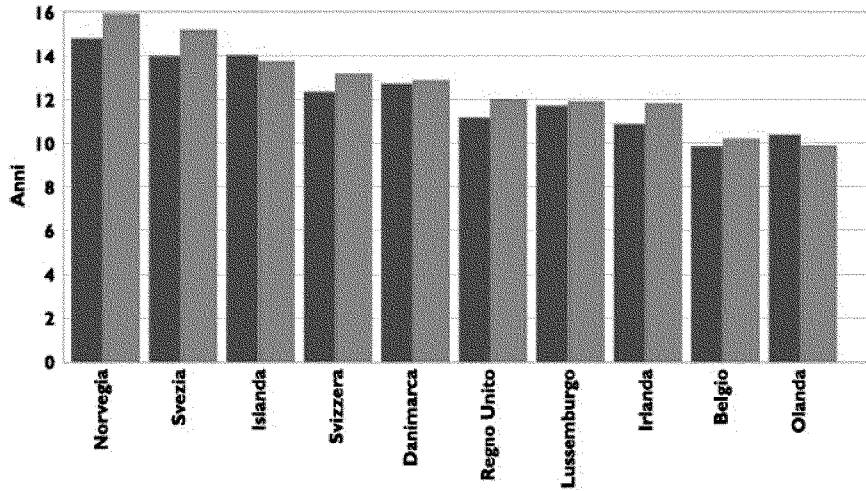
In questo contesto, il "Portale della Trasparenza dei Servizi sanitari", uno strumento completo, aperto, pubblico e partecipato, viene spesso citato nella Revisione come strumento nazionale divenuto ormai pressoché ineludibile. Il Programma nazionale esiti (Pne) rappresenta uno dei capisaldi essenziali per questa operazione, ma che secondo Ocse necessita di essere strutturato per diventare un riferimento pienamente fruibile per il pubblico generale.

A tal fine, la Revisione Ocse suggerisce opportune strutture organizzative, quali una struttura centrale specificamente attrezzata per lo scopo, capace di costituire uno strumento essenziale per la costruzione di un modello di valutazione della performance condiviso con le Regioni e pienamente sostenibile a lungo termine.

Infine, occorre un accesso ai dati decisamente più ampio, il che ci ricollega al secondo punto saliente della "cultura dell'informazione".

Figura I - Anni di

vita vissuta in buona salute a 65 anni (Paesi europei, 2011)



Autismo avanti piano

Senza risorse e senza criteri forti che garantiscano la formazione adeguata in tutti i settori coinvolti. La scuola come la pediatria di base, il socio-sanitario così come le famiglie.

Non è certamente la migliore delle leggi possibili quella tracciata dal Ddl sull'autismo approvato dalla commissione Igiene e Sanità del Senato in sede deliberante. Perché se è vero, come ha sottolineato anche la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, che i fondi (non quantificati) sono previsti nei nuovi Lea che dispongono l'attivazione dei servizi di neuropsichiatria infantile, di fatto il vento di tagli che spira è così gelido da far

quantomeno dubitare che le Regioni provvedano con solerzia a organizzare e finanziare servizi. Mentre alle famiglie strutture efficienti, diurne e residenziali, servono come il pane. Per riprendere fiato, per guardare ai disagi dei propri cari, quasi sempre i figli, senza sentirsi disperatamente sole. Per documentarsi, formarsi e informarsi.

Ben venga una legge. Ma la Camera, e il premier Renzi con la sua "buona scuola", non perdano occasione per rendere almeno migliore ciò che è oggi decisamente perfetibile. (B.Gob.)

A PAG. 12-13

SENATO/ Via libera della Igiene e Sanità in deliberante al Ddl di natura ordinamentale

Autismo, legge (soft) più vicina

Diagnosi precoce e assistenza intensiva - I fondi nei Lea - Formazione in sospeso

Con il via libera in sede deliberante da parte della commissione Igiene e Sanità del Senato si fa più vicina la prima legge-cornice sull'autismo. Nessuna risorsa ad hoc e il capitolo formazione ancora tutto da approfondire (forse con il passaggio alla Camera) non frenano gli entusiasmi dei relatori **Venera Padua** (Pd) e **Lucio Romano** (autonomie), che in una conferenza stampa hanno fatto il punto sul provvedimento (Ddl 334 e connessi), frutto di lunga concertazione con società scientifiche, esperti e associazioni di familiari. Con la benedizione della presidente della XII, **Emilia Grazia De Biasi**, che ha ricordato come il Ddl, «di natura ordinamentale», sia stato votato all'unanimità all'insegna del diritto delle persone con autismo e dei loro familiari di non essere lasciati soli.

«Ci auguriamo ora che in sede di seconda lettura alla Camera, si vada veloci con l'assegnazione in sede legislativa e puntando ad arricchire il capitolo formazione. Formazione che significa potenziare il canale scolastico prevedendo nella legislazione nazionale una preparazione ad hoc degli insegnanti di sostegno, ma anche puntare su interventi a tutto tondo, frutto di addestramenti mirati sul territorio, di un'integrazione socio-sanitaria necessaria per l'attuazione della legge, della valorizzazione del volontariato e del terzo settore. Ultimo, ma non certo in ordine d'importanza - conclude De Biasi - è l'appello al premier Renzi affinché inserisca nel Ddl sulla "Buona scuola" un

capitolo dedicato alle persone diversamente abili».

E se l'articolo 4 inserisce la clausola di invarianza finanziaria, i senatori - salvo **Maurizio Romani** (gruppo Misto), secondo cui «la cornice è pronta, adesso bisogna riempirla di contenuti e risorse» - garantiscono che le risorse sono già previste nei nuovi Livelli essenziali di assistenza trasmessi da **Beatrice Lorenzin** alle Regioni. «Nei confronti di questo disturbo il Ministero ha grande attenzione - ha precisato Lorenzin - e nei nuovi Lea abbiamo previsto interventi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e quindi anche per chi soffre di autismo. Ora la vera sfida è garantire che questi servizi vengano erogati davvero e su tutto il territorio nazionale».

Un punto cruciale, una volta che la legge (chissà quando) avrà visto la luce, sarà infatti monitorare da vicino l'organizzazione che a livello locale a questi servizi sarà data.

Il Ddl intanto fissa due cardini: «l'importanza cruciale della diagnosi precoce e l'attivazione di servizi di terapia riabilitativa intensiva», come ha ricordato la senatrice Padua. Che è tornata sulla scarsa formazione di tutto il personale, sia sanitario che socio-sanitario e scolastico, e delle famiglie.

A sottolineare l'alta valenza etico-sociale del provvedimento è invece il senatore Romano: «Il testo ruota sui tre concetti di fragilità, accoglienza e inclusione, trasformando la persona autisti-

ca da "straniero morale" ad "amico morale", in un'ottica di democrazia solidale».

I contenuti. Il testo licenziato dalla XII di Palazzo Madama si compone di 4 articoli: finalità, linee guida, politiche regionali e l'invarianza finanziaria. L'obiettivo è «garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico». All'Iss il compito di aggiornare le Linee guida sul trattamento in base all'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche. Diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato spettano a Regioni e Pa. Che «possono individuare» centri di riferimento per coordinare i servizi, stabiliscono i percorsi e ne verificano l'evoluzione. L'ammissione ai servizi e la presa in carico dovrà avvenire con unità multidisciplinari ed équipe territoriali, mentre i centri residenziali e semiresidenziali saranno depositari, sottolinea De Biasi, «anche dell'integrazione sociale e lavorativa».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL TESTO DEL DISEGNO DI LEGGE

Articolo 1

Finalità

1. La presente legge, ai sensi di quanto previsto dalla risoluzione Onu n. A/RES/67/82 sui bisogni delle persone con autismo approvata il 12 dicembre 2012, prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico.

Articolo 2

Linea guida

1. L'Istituto Superiore di Sanità aggiorna la Linea guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età della vita sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura e dalle buone pratiche nazionali e internazionali.

Articolo 3

Politiche regionali in materia di disturbi dello spettro autistico

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e tenuto conto del nuovo Patto per la salute 2014-2016, con la procedura di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche disponibili.

2. Ai fini di cui al comma 1, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano garantiscono il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con disturbi dello spettro autistico, possono individuare centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell'ambito della rete sanitaria regionale e delle province autonome, stabiliscono percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico verificandone l'evoluzione e adottano misure idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

a) la qualificazione dei servizi di cui al presente comma costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e l'abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico;

b) la formazione degli operatori sanitari di neuropsichiatria infantile, di abilitazione funzionale e di psichiatria sugli strumenti di valutazione e sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;

c) la definizione di équipe territoriali dedicate nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, anche in collaborazione con le altre attività dei servizi stessi, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza;

d) la promozione dell'informazione e l'introduzione di una figura che svolga una funzione di coordinamento degli interventi multidisciplinari;

e) la promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della persona;

f) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con disturbi dello spettro autistico;

g) la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sui disturbi dello spettro autistico in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti;

h) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico, che ne valorizzino le capacità.

Articolo 4

Clausola di invarianza finanziaria

Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate alla relativa attuazione vi provvedono con le sole risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente. ●

UNA GUIDA PER I GENITORI

La provocazione del neuropsichiatra: «E se fossimo tutti un po' autistici?»

“Autismo” è una parola che fa paura ma che forse, alla luce dei tempi moderni, dovrebbe essere riconsiderata. Il termine origina dal greco *autós*, se stesso, e indica l'autoreferenzialità assoluta, la tendenza ad amplificare tutto ciò che proviene dal proprio essere e dai propri comportamenti, negando ciò che è differente da sé o si riferisce ad altri.

Una sorta di mancanza del senso di realtà. Forse anche per questo in principio l'autismo era classificato tra le psicosi infantili, il cui nucleo sintomatologico era, ed è tuttora, proprio la scarsa aderenza alla realtà.

Negli ultimi decenni la concezione del disturbo, e dunque l'approccio al trattamento, hanno subito importanti modifiche, che in realtà sono andate di pari passo con un cambiamento culturale della nostra società. Una volta un padre mi disse: «Dottore, mi faccia capire, in parole semplici, che cos'è l'autismo».

La risposta più esemplificativa che sul momento mi venne fu: «Un disturbo delle relazioni sociali». Lui, di rimando, tra l'ironico e lo sconfortato ribatté: «Ah, andiamo bene... Quali relazioni sociali? Quelle virtuali sui social network, dove sono tutti tanto bravi a ostentare emozioni e rapporti senza poi riuscire a viverli nella vita reale? Oppure le relazioni sociali nelle grandi città, dove sembra di conoscere tutti e poi ci si accorge che l'ultima volta che abbiamo guardato negli occhi un passante risale ad anni prima? O le relazioni sociali di alcune persone tanto prese dall'attenzione maniacale per il proprio corpo o le proprie passioni che si scordano di interagire con gli altri? Mi dica lei qual è la differenza con le presunte atipie o gli interessi ristretti delle persone autistiche...».

Non nego che la sua risposta mi spiazzò, perché, nonostante tradisse una certa quota di negazione nei confronti della patologia del figlio, dovette riconoscere che mi trovava in parte d'accordo. Poiché non volevo finire a ragionare sui cambiamenti culturali che negli ultimi anni hanno comportato una drastica rimodulazione delle relazioni sociali, sul momento feci quello che il mio ruolo di medico imponeva, e dunque chiarii perché non ci fossero equivoci: «L'autismo, in quanto disturbo neuropsichiatrico, compromette quella che è una normale funzionalità quotidiana. Paragonarlo alla deriva di una parte dei giovani sui social network, o ad altre malsane abitudini metropolitane, è concettualmente sbagliato e non ci consente di fare quello che è giusto in questi casi: terapie mirate, con lo scopo di ridurre il più possibile il deficit relazionale».

In questa sede mi permetto invece di fare un passo indietro, e una considerazione che si muove tra una verità scientifica ancora discussa e una provocazione ideologica nei confronti di una società sempre più sorda e introflessa sui propri bisogni.

Il versante scientifico riguarda la denominazione stessa del disturbo: come già accennato, il concetto di “spettro autistico” delinea un approccio dimensionale più che categoriale. Per chiarire la differenza: in ambito medico l'approccio categoriale viene utilizzato con alcune malattie, per esempio l'epilessia, il diabete o l'epatite, che

prevedono una diagnosi dicotomica “sì/no” (presenza o assenza del disturbo); l'approccio dimensionale si usa invece per altre patologie, come l'ipertensione, che prevedono una diagnosi “quantitativa”. Per esempio, si può essere “lievemente ipertesi”, ma faccio fatica a immaginare che si possa essere “lievemente epilettici”.

L'approccio dimensionale su cui la scienza sta focalizzando la sua attenzione considera dunque, per formulare la diagnosi di autismo, la gravità di quei sintomi che, se esasperati, possono compromettere le relazioni sociali e, di conseguenza, portare a un disturbo vero e proprio. Non a caso, negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi studi che hanno dimostrato come alcuni tratti autistici siano presenti nella popolazione generale, e come le persone con diagnosi di autismo siano semplicemente la “punta dell'iceberg” di una distribuzione di sintomi autistici che riguarda anche tutti gli individui classificati come “normali”. Di recente sono stati sviluppati dei questionari, somministrabili a prescindere dal sospetto di una diagnosi di autismo, che indagano il quoziente di autismo presente nella singola persona. Il più famoso e utilizzato è l'aq (acronimo di Autism Spectrum Quotient), pubblicato nel 2001 da un gruppo di ricerca di Cambridge che fa capo allo psicologo Simon Baron-Cohen. L'aq consiste in cinquanta domande che indagano le relazioni sociali, le capacità comunicative, l'immaginazione, l'attenzione ai dettagli, la possibilità di modificare il focus attentivo e la tolleranza ai cambiamenti.

È forse dovuto a questo nuovo approccio dimensionale, e a un migliore affinamento degli strumenti diagnostici, che sono diventati sempre più dettagliati nel riconoscere i sintomi autistici, l'aumento dell'incidenza del disturbo osservata nel corso degli ultimi anni. Le comunicazioni scientifiche ufficiali si riferiscono proprio agli aspetti sopra descritti per spiegare che il crescente numero di casi è dovuto a una migliore capacità di fare diagnosi piuttosto che a un reale aumento dell'incidenza. Io, in tutta onestà, tanto convinto non sono. Sarà che, occupandomi prevalentemente di questo disturbo, tendo a vederlo ovunque, sarà che ho sviluppato una particolare sensibilità a riconoscere i sintomi autistici, sta di fatto che, anche a prescindere dagli ambulatori clinici e dai casi in cui il confine tra patologia e sintomi non riferibili al disturbo è molto sottile, sono sinceramente colpito da quanti amici o conoscenti mi chiedono aiuto per un caso di autismo in famiglia.

Anche senza addentrarsi tra gli studi scientifici, basta dare uno sguardo alla nostra società per capire che il lamento di quel padre aveva qualche fondamento, e che molto sta cambiando nel nostro modo di stare in relazione.

Nella pratica clinica mi capita non di rado di incontrare genitori che comunicano prevalentemente scambiandosi e-mail, ed è sempre più frequente - non solo tra i giovani - vedere gruppi di persone, sedute a cena intorno a un tavolo, che passano la gran parte del tempo a testa bassa, intente a mandare messaggi o scaricare l'ultima

applicazione per lo smartphone, senza accennare alla forma più elementare di comunicazione. O, almeno, di quella comunicazione a cui eravamo abituati fino a qualche anno fa.

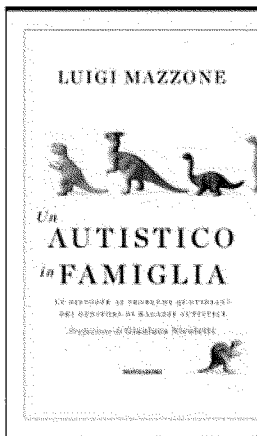
Anche osservando le modalità di gioco dell'età infantile, i cambiamenti culturali appaiono evidenti. Il periodo dei cortili dove i bambini si riunivano per tirare calci a un pallone sembra estinto e oggi li si vede isolarsi sempre di più, attratti da tablet, telefonini o videogiochi assai ripetitivi, verso cui alcuni sviluppano una dipendenza quasi ossessiva, che assottiglia i confini tra quello che, ai nostri occhi, è normale e quello che è patologico.

È difficile prevedere dove ci porterà tutto questo. C'è addirittura chi sostiene che, in questo "periodo barocco" della comunicazione, gli autistici rappresentino l'avanguardia della società futura. Io non saprei dire. Senza cadere in banali generalizzazioni, che rischiano di ledere la dignità di chi, la condizione autistica, la vive realmente e di delegittimare lo sforzo dei genitori che si fanno carico della pesantezza di una patologia cronica e complessa, vorrei comunque chiudere queste righe con una provocazione culturale a cui accennavo poco fa: e se, alla fine, fossimo tutti un po' autistici?

Luigi Mazzone

neuropsichiatra infantile ospedale Bambino Gesù

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LUIGI MAZZONE

Un AUTISTICO in FAMIGLIA

LE PERIODE DI FORMAZIONE GENITORIALE DEL QUOTIDIANO DI MARIO G. SCOTTELLA
Introduzione di Gianluca Nicoletti

MONDADORI

«**L**a convinzione che una guida pratica per i genitori di un figlio autistico potesse essere realmente utile è nata dai numerosi incontri che ho avuto con loro, in cui ho spesso avvertito, oltre al dolore, l'enorme confusione generata da una diagnosi di autismo. Mi è capitato assai di frequente di vedere genitori che cercavano risposte, legate non tanto alle possibilità di guarigione del proprio figlio, quanto piuttosto all'individuazione di una strada razionale e sensata da percorrere per ridurre tale confusione e ottenere dei risultati. Nella mia esperienza, infatti, una delle angosce maggiori delle famiglie di fronte all'autismo è proprio quella di non capire esattamente di cosa si stia parlando e di non avere un programma specifico per il futuro». Inizia così il bel libro del neuropsichiatra infantile dell'Opbg, Luigi Mazzone, "Un autistico in famiglia", Mondadori. Una guida pratica per i genitori, con una interessante e provocatoria prefazione del giornalista Gianluca Nicoletti, padre di Tommy, un ragazzo autistico di 18 anni.

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY

Perché serve varare subito il Patto digitale

Tecnologie utili a efficientare e ottimizzare costi e prestazioni

Il varo del Patto per la Sanità digitale - atteso ormai da tempo in Conferenza Stato-Regioni - potrebbe contribuire a superare in parte l'impatto dei tagli previsti dall'ultima Legge di stabilità, che sta determinando lo stallo fra ministero della Salute e Regioni in merito alle risorse disponibili per il Fsn nei prossimi anni. L'andamento della spesa sanitaria nel quadriennio 2010-2013 ha già registrato un decremento nominale del 2,8%, con una riduzione complessiva delle risorse pari a 3,176 mld di euro, così come certificato dall'ultima Relazione sulla gestione finanziaria degli enti territoriali della Corte dei conti, secondo cui anche la spesa per la protezione sociale si è ridotta del 10,7%, con un chiaro impatto negativo per il comparto socio-sanitario.

Già a luglio 2014 il Patto per la Sanità digitale (ex art. 15 del Patto per la Salute 2014-16) aveva posto adeguatamente due questioni centrali per l'ammodernamento del Ssn: da un lato una regia unitaria per l'innovazione, dall'altro la crescita degli investimenti attraverso un piano straordinario di sanità elettronica per conseguire obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del sistema.

Per realizzare questi obiettivi il documento programmatico del Patto prevedeva l'attivazione di 4 fonti di finanziamento: 1. fondi strutturali europei (in particolare procurement pre-commerciale e sviluppo dell'Agenda Digitale), 2. iniziative di partenariato pubblico-privato, 3. iniziative private di project financing e performance based contracting, 4. quote a carico dei cittadini per servizi premium ad adesione su base volontaria.

Stante l'attuale situazione finanziaria del Ssn, la mobilitazione di queste risorse aggiuntive non è più rinviabile, in particolare per quanto riguarda i fondi europei, le iniziative di partenariato pubblico-privato e i progetti di project financing, che dovrebbero entrare a far parte del Master Plan quinquennale 2015-19 per la sanità elettronica, peraltro atteso al varo già a fine 2014.

Innescare questo circuito virtuoso di nuove risorse economiche - anche attraverso il coinvolgimento dell'industria al fianco delle istituzioni sanitarie - significa allo stesso tempo spingere tutto il Ssn, verso un nuovo modello di sanità continuativa, sostenibile e technology-based, in grado cioè di collegare più efficacemente persone e informazioni, rafforzando anche la struttura informativa del sistema, come presupposto per il miglioramento della qualità dell'assistenza (cfr. il recente Rapporto Oceg sul Ssn italiano).

Una trasformazione di questo tipo avrebbe effetti di ampia portata, con ritorni già nel breve periodo, attraverso lo sviluppo di servizi e sistemi per la continuità assistenziale ospedale-territorio (Pdta, Pa-

tient Workflow Management), di soluzioni per il Patient Relationship Management (prenotazione e check-in on line, pagamento multicanale e contactless, download e upload bidirezionale di informazioni su stato di wellness), di nuovi modelli organizzativi per le cure primarie e per la cartella clinica condivisa, di sistemi informativi ospedalieri avanzati, di programmi innovativi per la telemedicina, integrati con il Fascicolo sanitario elettronico.

Per poter avviare concretamente queste iniziative è necessario definire al più presto la cornice normativa delle partnership pubblico-privato (Ppp) e le modalità operative del project financing e del performance based contracting, che identifichino univocamente le variabili di gestione diretta da parte del privato. Allo stesso tempo è necessario lavorare all'attuazione concreta dell'Accordo di partenariato 2014-2020 sui fondi europei di coesione, approvato a novembre 2014 dalla Commissione europea. Va inoltre precisato il concetto di "servizi premium" su base volontaria, per i quali si prevedono quote a carico dei cittadini.

Nell'ottica di una governance unitaria e trasparente della Sanità digitale andrà infine chiarita la natura e la forma dell'interazione fra la cabina di regia del Patto, che risponde in ultima analisi al ministero della Salute, e l'Agenzia per l'Italia digitale (AgID), che risponde in ultima analisi alla presidenza del Consiglio dei ministri. Se da un lato infatti il piano strategico del Patto dovrà essere individuato in raccordo con le azioni dell'Agenda Digitale Italiana, dall'altro il coordinamento della Strategia per la Crescita Digitale 2014-2020 è in capo all'AgID, chiamata ad assicurare il conseguimento degli obiettivi dell'Agenda.

Certamente aver posto la questione di un adeguato finanziamento della Sanità elettronica costituisce una presa di coscienza della necessità di dotare il Ssn degli investimenti necessari da un lato per rispondere ai cambiamenti socio-demografici in atto, dall'altro per cogliere appieno le opportunità offerte dall'Information and Communication Technology.

Già diversi Paesi europei, di fronte alla crisi finanziaria e alla progressiva riduzione delle risorse pubbliche disponibili per la Sanità, stanno riprogettando i propri sistemi sanitari, anche attraverso investimenti ad hoc in e-Health, mobilitando risorse pubbliche e private addizionali, per rafforzare efficienza, qualità e accesso alle cure. Il policy summary "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" (realizzato a fine 2014 dall'Oms Europa e dall'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie) registra significativi cambiamenti proprio nella direzione di maggiori investimenti in Sanità Digitale da parte di 11 Paesi europei nel periodo 2008-2012, fra cui Belgio, Francia, Portogallo, Serbia, Turchia.

Occorre tuttavia far presto con l'approvazione e l'operatività del Patto per la Sanità Digitale, perché anche l'incertezza sui tempi può creare guasti e non favorisce il già difficile dialogo Stato-Regioni.

Giuseppe Greco
segretario generale *Isimm Ricerche*

Anticipazione Un libro a due voci, edito da Giunti, sui fattori che consentono di rimanere giovani a ogni età

Veronesi: trasgredire allunga la vita

Anticonformismo e affetti, responsabilità e digiuno. Ecco la ricetta ideale per la longevità

Intervista a **Umberto Veronesi**
di **Mario Pappagallo**

Caro professor Veronesi, da bambino e poi da adolescente è sempre stato vegetariano?

«Sì, ma non è stata certo una scelta legata alla salute. Da bambino ho vissuto una dimensione che oggi, nell'era virtuale, è sconosciuta ai più piccoli: vivevo in una cascina lombarda e i miei primi amici sono stati gli animali, che mi hanno fatto sperimentare il calore e l'affetto di cui sono capaci. E non parlo solo di cani e gatti, ma anche di vitellini, maiali e agnelli. Appena ho avuto un barlume di coscienza, mi sono categoricamente rifiutato di mangiare esseri che amavo».

Ha mai fumato?

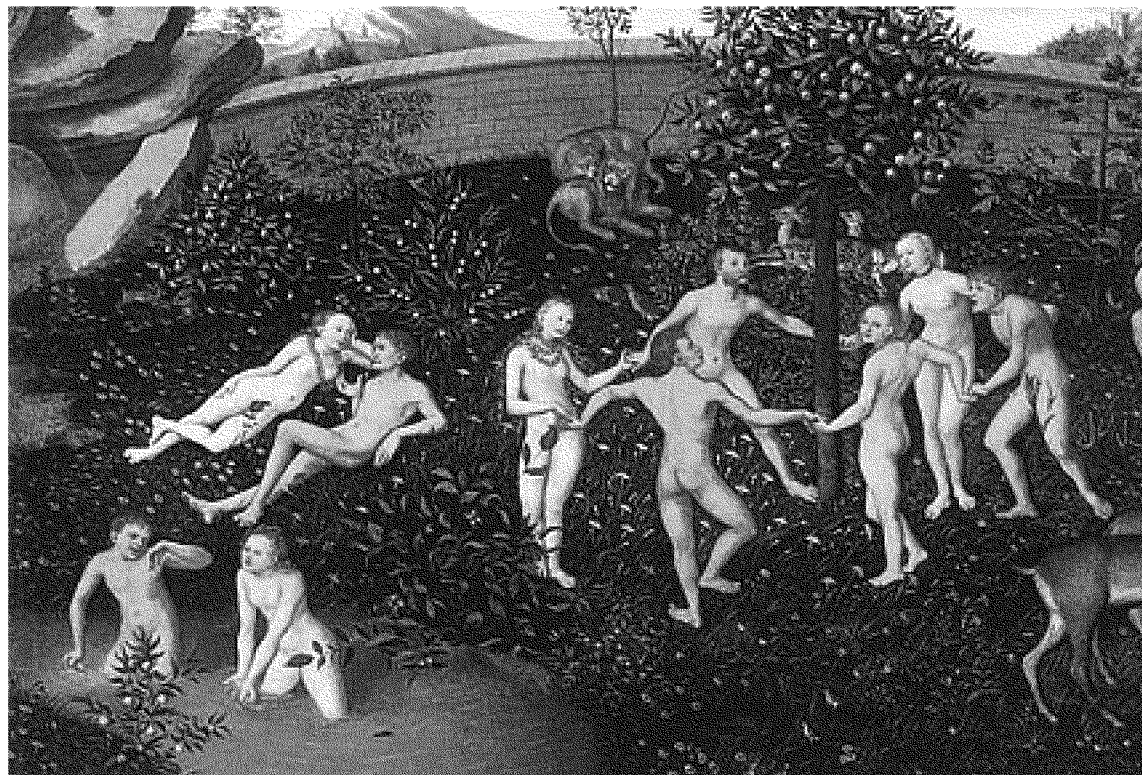
«Sì, come tutti quelli della mia età. Nell'Italia degli anni Quaranta, povera e tormentata dalla guerra, la sigaretta era uno *status symbol*, un segno di modesto benessere. Per la sensualità del gesto di portare alla bocca qualcosa che si trasformava in nuvole di fumo, aveva anche la valenza di un richiamo sessuale, in un mondo in cui il sesso era ancora un tabù... Ho fumato fino ai 35-40 anni... Ma appena mi sono reso conto dei danni alla salute, ho smesso da un giorno all'altro, con un atto di volontà».

Ha provato, anche solo una volta, qualche droga?

«No mai, non ci ho mai neppure pensato. La droga non circolava negli ambienti della mia giovinezza, e da adulto mi sono sempre preoccupato di tenere i miei figli lontani da eroina e Lsd, le droghe degli anni Settanta».

Ritiene che lo stile di vita giovanile possa avere influenza sulla qualità della longevità?

«Io penso che la mente abbia un'età indipendente da quella del corpo, ed è quella che più conta per la qualità della longevità. Se noi iniziamo da adolescenti, come ho fatto io, a porci delle domande, a mettere in dubbio tutto, a non dare niente per scontato e a impegnarci per costruire un nostro sistema autonomo di pensiero; se



Lucas Cranach il Vecchio (1472-1553), *L'Età dell'Oro* (1530, olio su tavola, particolare), Monaco, Alte Pinakothek

continuiamo per tutta la vita adulta a cercare, studiare, interrogarci; se non ci sentiamo mai "arrivati"; tanto più continueremo a essere mentalmente attivi anche da anziani. Io sono stato un adolescente "vivace", sono stato bocciato due volte al liceo classico perché trovavo la scuola di allora nozionistica e noiosa... Ho uno spirito "ribelle", "anticonformista": sono portato a trasgredire, cioè a non adeguarmi alle regole che non capisco e non condivido».

Essere «anticonformisti» allunga la vita?

«Certo. Il mio modo di essere e di pensare mi ha fatto spostare le età della vita. Ho creato l'Istituto europeo di oncologia a 65 anni, quando i miei coetanei andavano in pensione, poi la mia Fondazione per il progresso delle Scienze a 78 anni, e oggi a 89 ho ancora nuovi progetti da realizzare».

Quale attitudine mentale è importante per vivere a lungo?

«La curiosità è importante. Ma è essenziale la propensione al dub-

bio, che è l'altra faccia della trasgressione».

Quale ruolo ha la sfera emotiva?

«Amare e sentirsi amati è il miglior antidoto contro la tristezza della senilità, perché ci fa superare il ripiegamento su noi stessi e i nostri mali».

I contenuti

Da questa intervista è scaturito un libro, un «manuale di sopravvivenza» agli anni che passano. Non importa quanti, ma da vivere tutti in buona salute. Umberto Veronesi, 90 anni a novembre, traccia la filosofia di una «gioventù senile». Mario Pappagallo sintetizza le recenti scoperte scientifiche in chiave anti-aging. La sintesi è in un manuale che guida l'esistenza da zero anni in poi con l'obiettivo di riempire di salute, energia e vitalità il tempo che viviamo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E lo stress?

«Alcuni studiosi sostengono che lo stress, inteso come l'essere molto coinvolti e pieni di obiettivi da raggiungere, sia un fattore pro longevità... Io resto convinto che ritirarsi dalla vita attiva e dedicarsi ad attività che non comportano motivazione, impegno e soprattutto responsabilità verso se stessi e gli altri, sia un fattore aggravante dell'invecchiamento. Io vivo in *overbooking* permanente».

Quanta attività fisica ha fatto da giovane? La fa anche adesso?

«Da giovane ero molto sportivo. Sono stato campione di canottaggio e poi amavo lo sci, lo sci d'acqua, l'alpinismo e le scalate. Ora non faccio attività fisica perché metterei a rischio la mia salute...».

E il cervello lo allena?

«Certamente. Non ci sono limiti imposti dall'età. Faccio esercizi di logica come il sudoku, e poi leggo, approfondisco e coltivo le mie passioni, come lo studio delle religioni e la loro storia, o il cinema. Inoltre scrivo molto: poesie — che ho

Il volume



Esce oggi in libreria *I segreti della lunga vita*. Come *mantenere corpo e mente in buona salute* di Umberto Veronesi e Mario Pappagallo (Giunti, pagine 200, € 16,50), da cui è tratto il brano pubblicato in questa pagina

sempre composto e poi buttato via — testi scientifici, saggi e libri divulgativi. Mi piace dibattere con amici, figli, collaboratori».

Che cosa e quanto mangia nell'arco della sua giornata?

«Mangio una volta al giorno, complessivamente poco e rigorosamente vegetariano. Sono attaccato dai nutrizionisti, che sostengono che il pasto unico non è una buona abitudine alimentare. Io però non ho mai affermato che questa mia abitudine fosse una scelta dettata dalla salute».

Cibi preferiti?

«Mi piacciono i cibi semplici della dieta mediterranea: gli spaghetti al pomodoro e la pizza...».

Pratica il digiuno?

«Sì, una volta alla settimana. È una pausa per il fisico e una forma di controllo del pensiero sul corpo, una base per concentrarsi mentalmente e meditare».

Nel suo lavoro si instaurano rapporti empatici con i pazienti, quanti stimoli positivi riceve?

«Lo scambio emotivo con un paziente è uno stimolo emotivo che ti tiene saldamente attaccato alla vita. Una persona malata che si affida a te, ti fa sentire importante, a volte insostituibile, e questa percezione ti allontana infinitamente dal rifiuto della vita».

Da 1 a 10 quanto incide il lavoro sulla longevità?

«Direi 8, se è un lavoro che motiva, come il mio. È un lavoro particolare infatti, perché c'è la componente di ricerca e studio, che tiene in allenamento la sfera razionale della mente, e c'è la componente sentimentale».

Può essere negativo svolgere un lavoro che non piace?

«In questo caso il "voto" scende, perché la mente non è stimolata. Tuttavia, nell'atto stesso di svolgere un lavoro rimane una componente essenziale per la giovinezza mentale: la responsabilità».

Rifarebbe tutto quello che ha fatto finora? A posteriori cambierebbe qualcosa?

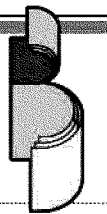
«Rifarei tutto, senza cambiare nulla».

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La biblioteca

di GIORGIO DELL'ARTI



Aristotele e il segreto della longevità

Immortalità. «Non voglio raggiungere l'immortalità attraverso le mie opere. Voglio raggiungerla non morendo» (Woody Allen).

Vita. La durata della vita equivale all'arco di tempo medio tra gli estremi della nascita e della morte; il tempo di generazione è il tempo che intercorre tra la nascita e la procreazione.

Uomini. Negli uomini il tempo di generazione è dell'ordine di venticinque anni, laddove la durata della vita si aggira sui settanta-ottanta.

Longevità. Il filosofo greco Aristotele (384-322 a.C.), definito il primo biologo della storia in virtù della sua osservazione diretta della natura. Scrisse alcune cose sulla longevità, rendendosi conto di come le piante fossero gli organismi più longevi, in quanto «rinnovano continuamente se stesse e per questo hanno lunga vita».

Balena. La balena della Groenlandia vive fino a duecento anni, record di longevità tra i vertebrati.

Bivaldi. Tra gli animali più longevi del pianeta: i bivaldi (vongole, cozze e ostriche).

Vongola. La decana, esemplare di vongola oceanica di 405 anni trovata al largo delle coste islandesi. Parr Thomas Parr, l'uomo che ha vissuto più di tutti, sepolto nell'abbazia di Westminster. Secondo l'iscrizione posta sulla pietra tombale, morì nel 1635 all'età di 152 anni.

Adulterio. Un tale John Taylor, poeta, che scrisse un poemetto biografico intitolato *Il vecchio, vecchio, vecchissimo uomo*, dedicato a Thomas Parr. Raccontò persino dell'adulterio commesso dal vecchio all'età di 105 anni con «la bella Katherine Milton».

Segreto. Nell'opuscolo *La vita*

straordinaria e i tempi di Thomas Parr, scritta due secoli dopo la morte di Parr, si sosteneva che nel suo testamento il vecchio avesse svelato il segreto della longevità: un intruglio di erbe acquistabile sotto forma di «pillole di lunga vita di Parr per la salute, la forza e la bellezza». Il prodotto fu pubblicizzato fino al 1906.

Descartes. Il filosofo René Descartes, che a 41 anni, vedendo spuntare i primi capelli grigi, cominciò a preoccuparsi dell'estensione della vita. Morì di polmonite a 53 anni.

Folle. «È morto in Svezia un folle che si vantava di poter vivere quanto voleva» (così un gazzettiere dell'epoca commentò la morte di Descartes).

Donna. Jeanne Calment, la donna più longeva mai vissuta di cui esista un regolare certificato di nascita, morta nel 1997 all'età di 122 anni, 5 mesi e 2 settimane. Nata e cresciuta ad Arles, nel sud della Francia, vi conobbe, a tredici anni, Vincent van Gogh.

Uomo. Christian Mortensen, l'uomo più longevo la cui età sia stata sottoposta a verifica, un danese naturalizzato americano morto nel 1998 all'età di 115 anni.

Ruga. «Non ho mai avuto più di una ruga, e ci sto seduta sopra» (Jeanne Calment).

Legge. La «legge di Gompertz»: studiando le tavole di sopravvivenza, nelle quali si indica il numero dei morti per fasce d'età, Gompertz scoprì che dai venti anni in su il tasso di mortalità cresce esponenzialmente con l'età. Cioè, il tasso di mortalità raddoppia a ritmo costante. Negli uomini raddoppia ogni otto anni.

Aspettativa. Dal 1840 l'aspettativa di vita è cresciuta al ritmo di quasi tre mesi all'anno, quindici minuti all'ora.

Ricchezza. Gli scienziati hanno scoperto che l'aspettativa di vita tende a essere più alta negli Stati in cui il divario tra ricchi e poveri è minore. In Giappone, dove la disparità è minima, l'aspettativa di vita è assai elevata.

Portogallo, Usa e Singapore presentano le più alte disparità di reddito e le aspettative di vita più basse tra i paesi avanzati.

Notizie tratte da: *Jonathan Silvertown, Mille anni o un giorno appena. I segreti della durata della vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 186 pagine, 22 euro.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il piano: meno addetti nei reparti per garantire assistenza immediata

L'escamotage

Nel presidio sanitario oltre 60mila accessi all'anno
Turni di lavoro fino a 16 ore

Mariano Fellico

GIUGLIANO. Sono venti medici, di cui 12 precari, due dell'Asl e sei dei reparti. Al Pronto Soccorso dell'ospedale San Giuliano di Giugliano vengono visitate in media oltre sessantamila persone. Numeri da record. Da qualche giorno, però, i precari sono in malattia. Non riescono a mantenere questo ritmo che va avanti da quasi dieci anni. Turni che vanno dalla notte, poi il riposo di qualche ora, per poi riprendere in diversi casi alle 14. E così che molti di loro hanno marcato visita. Sono stressati, altri hanno l'influenza. Nella struttura, momentaneamente

spostata al piano terra del nosocomio per i lavori di ampliamento, non ci sarebbero gli aeratori a norma. Uno dei tanti problemi della struttura. L'azienda sanitaria è corsa ai ripari: ordine di servizio per i camici bianchi dei reparti che da oggi dovranno operare al Pronto Soccorso.

«Il pronto soccorso è il punto nevralgico di ogni ospedale, quello di Giugliano supera i 60mila accessi l'anno - spiega in una nota Guido Amato della segreteria aziendale della Fials Asl Napoli 2 Nord - pertanto medici, infermieri e operatori sanitari devono essere nel numero sufficiente per garantire una immediata e qualificata assistenza alla popolazione. Siamo oggi vicino ai dirigenti medici che vivono questo assurdo ed inaccettabile disagio lavorativo, abbiamo preteso dal direttore del presidio di attivarsi al fine di coprire i turni vacanti dei medici in pronto soccorso, dopodiché avvieremo un confronto serrato che,



Il caso
Troppo stress: tra i dipendenti tre morti di infarto

se privo di risultati, ci porterà a farci promotori di un urgente tavolo di confronto alla presenza imprescindibile del commissario straordinario».

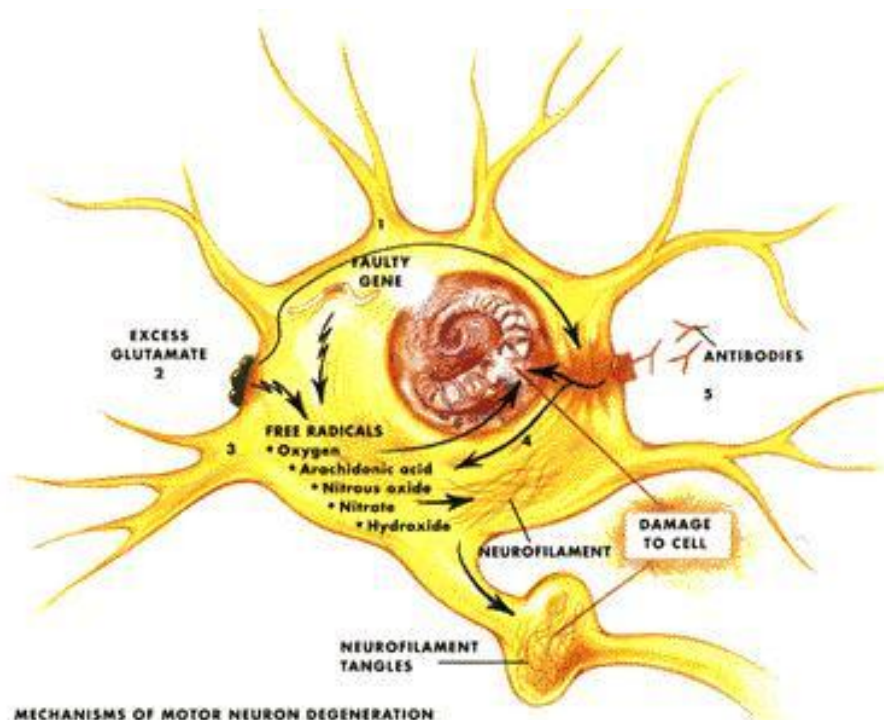
I medici precari in un mese lavorano dalle 160 alle 200 ore. E con loro ci sono gli operatori sanitari: tre di loro sono stati colti da infarto mentre erano in servizio, malore causato, secondo alcuni dallo stress. Poi ci sono i reparti non attrezzati per le emergenze come la Gastroenterologia o la neurochirurgia: per le visite immediate ed urgenti bisogna spostati in ambulanza in altre strutture come quella di Pozzuoli o di Frattamaggiore. Ma nel mezzo di soccorso ci devono salire a bordo, oltre al degente, anche il medico e l'infermiere. E spesso accade che l'ammalato deve attendere fino a tre ore per poter essere trasferito in altri ospedali per le visite specialistiche ed urgenti per la troppa mole di lavoro al Pronto Soccorso. Trecento persone al giorno tra il caos e il rischio di essere aggrediti. Nella struttura c'è anche un posto di polizia del Commissariato di Giugliano: «L'agente lavora per sei ore e si occupa delle denunce - spiega il personale del Pronto Soccorso - e dal tardo pomeriggio in poi qui diventa terra di nessuno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Nell'Alzheimer il "crac" del Dna

Studio firmato Telethon sulla neurodegenerazione
"Indaghiamo i danni localizzati nei telomeri"



GENETICA

STEFANO RIZZATO

Un frammento di Dna che si rompe e non può più essere aggiustato. Potrebbe esserci questo al centro di molte delle malattie neurodegenerative più gravi: Parkinson, Alzheimer e corea di Huntington. Per capirle ora c'è una strada inedita: guardare all'interno del Genoma, tra i cromosomi, esplorando il loro contributo alla degenerazione delle cellule nervose.

«Quello tra danni del Dna e processi

neurodegenerativi è un legame che emerge con forza». A dirlo è Fabrizio d'Adda di Fagagna, ricercatore dell'Ifom di Milano e al Cnr di Pavia. Esperto dei processi di invecchiamento delle cellule, lo scienziato ha parlato della nuova frontiera alla convention di Telethon, che si è svolta a Riva del Garda. «Le evidenze sperimentali suggeriscono che esistono specifici "loci genici", dove un danno al Dna risulta irreparabile. O meglio: sono porzioni dei cromosomi che, se danneggiati,

le cellule non riparano». Ora l'obiettivo è decifrare questi meccanismi e studiare come operano sulle cellule del sistema nervoso. In particolare ci si concentra su un punto cruciale della doppia elica del Dna: le sue estremità, cioè i telomeri. Sono loro che contribuiscono a determinare se la cellula si dividerà o se andrà incontro a senescenza. Sono meccanismi in cui le dimensioni contano. Più i telomeri sono lunghi e più chance ha una cellula di proliferare. Per questo si cerca di capire se e come si possano accorciare quelli

delle cellule tumorali, arrestando il proliferare di un cancro. Al contrario all'invecchiamento corrispondono te-

lomeri che si accorciano, ostacolando il rinnovamento cellulare.

Che sia dunque un danno al Dna all'altezza dei telomeri a causare Alzheimer e Parkinson? «È un'ipotesi interessante - spiega d'Adda di Fagagna -. Ma c'è un altro fenomeno da approfondire. Quando un danno del Dna colpisce le staminali neurali, queste tendono a diventare qualcos'altro, differenziandosi in astrociti. Anche questo può contribuire a interpretare meglio i processi neurodegenerativi».

**Fabrizio d'Adda
di Fagagna
Biologo**

RUOLO: È RICERCATORE DELL'IFOM
DI MILANO E AL CNR DI PAVIA

«Io, ragazzo autistico: scrivo le parole e non riesco a dirle» Andrea Antonello comunica con un pc. Si racconta in un libro: resistiamo se esistiamo, parlate di noi, grazie

Andrea ha un fisico da Bronzi di Riace. Alto, spalle larghe, schiena dritta, capelli ricci, abbondanti. Uno che per strada si nota. Andrea Antonello ha 20 anni ed è autistico. Tocca tutto, a volte si perde e non torna indietro. Vive del suo ordine. Ma sogna, desidera e va al cinema. Con il tempo è diventato scrittore e pittore.

«Ora che sta per uscire il suo terzo libro — “Baci a tutti” — se la tira pure e si atteggia da star», scherza suo padre Franco. Negli altri due si parla di lui. In questo è lui che parla. Dei suoi sentimenti. Incredibile per un autistico? Forse. Ma per capire occorre partire dal geni-

tore. E da una Harley Davidson rossa.

Estate del 2010, Castelfranco Veneto. Franco è in pizzeria con un amico. Parla delle vacanze che non saranno facili con Andrea. Perché non te lo porti in giro?, suggerisce l'amico. Un lampo. Così per tre mesi padre e figlio viaggiano in moto, contro il parere dei dottori. Ventiduemila chilometri, da Miami al Brasile, passando per Guatemala, Messico, Costa Rica e Panama.

Il viaggio farà molto bene ad Andrea. La sua storia comincia a due anni e mezzo, quando gli viene diagnosticato l'autismo. I genitori entrano in un mondo



di cui si sa poco. Lui è un imprenditore che può permettersi di lasciare l'impresa pubblicitaria ai collaboratori e dedicarsi al figlio: uno dei circa 400 mila autistici italiani. Si documenta e scopre che in Italia

In viaggio

Andrea Antonello, 22 anni, con papà Franco in uno degli ultimi viaggi

l'autismo si affronta attraverso la permanenza in istituti e con gli psicofarmaci. Tutto qui. Da padre invece sa che al figlio serve altro. Il viaggio *on the road* in America era sfociato in un libro («Se ti abbraccio non aver paura» di Fulvio Ervas), nato dagli appunti che Franco teneva per informare la moglie. «Ha aperto una porta all'autismo, senza lacrime e sentimentalismo».

Nell'ultimo è Andrea lo scrittore. Dall'età di 10 anni comunica attraverso il pc, perché non è in grado di parlare ma riesce a scrivere: «Vedo le parole e non riesco a dirle», racconta. Suo padre ha raccolto i suoi pensieri. «Sono io e la mia storia di ragazzo autistico — scrive Andrea —, sicuro che senza l'aiuto di tutti non vive. Resistiamo se esistiamo, parlate di noi, grazie. Andrea autistico è Andrea bello».

«Tutti vorremmo capire cosa c'è nella mente di un bimbo autistico — dice il padre —. Ma è impossibile. Con questo libro è come se per una decina di minuti uno possa entrare in quel mondo». Franco ha dato vita alla fondazione «I bambini delle fate», ha coinvolto 600 aziende che finanziano progetti. Fin qui hanno aiutato 27 ragazzi.

Agostino Gramigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sono 1.400 i ricercatori in prima linea

Molecole create da Genentech

Negli Stati Uniti, in un'area incastonata tra San Francisco e la Silicon Valley, un'impresa chiamata Genentech si occupa dal 1976 della produzione di molecole. La sede è formata da una quarantina di edifici nei pressi della baia di San Francisco. I laboratori, dove lavorano 1.400 ricercatori, furono i primi a coltivare il batterio E.coli e alcune cellule ovariche di criceti geneticamente modifica-

te. Nel 1978 gli scienziati di Genentech riuscirono a sintetizzare con questo procedimento l'insulina umana. Ora, a distanza di quasi 40 anni, decine di molecole vengono bioprodotte dalle grandi case farmaceutiche.

Ogni anno l'azienda americana crea circa 250 molecole in piccole quantità, su richiesta dei gruppi di ricerca. All'interno di Genentech metà dei ricercatori si occupa di oncologia, il 20% di immunologia,

un altro 20% di neuroscienze, mentre numeri più piccoli riguardano le malattie infettive e quelle opportuniste.

La selezione, tuttavia, molto elevata perché, fra tutte le nuove molecole sintetizza-



Il quartier generale di Genentech

te, saranno poche quelle che passeranno dai laboratori al servizio ai malati: il 90% delle sostanze prodotte, essendo inefficace o tossico, non approderà neppure ai test clinici. Qualche sopravvissuto, tuttavia, finisce per essere utile alle multinazionali del farmaco. È il caso del bevacizumab, commercializzato con il nome Avastin e sviluppato da Roche, impiegato nel trattamento del cancro al colon retto.

—© Riproduzione riservata—■

Pianeta Sanità

Alterazioni vascolari e disturbi neurologici Napoli per due giorni capitale della ricerca

GIUSEPPE DEL BELLO

DALLA sclerosi multipla al morbo di Alzheimer, al Parkinson. Per due giorni Napoli sarà capitale della ricerca. Venerdì e sabato farà tappa infatti il congresso mondiale dell'International Society for Neurovascular Disease, l'associazione scientifica internazionale che promuove la ricerca, lo sviluppo e la diffusione di informazioni sulle alterazioni vascolari che caratterizzano le patologie degenerative. Le sessioni, che inizieranno alle 9 nel centro della Federico II (in via Partenope 36), saranno focalizzate su eziologia e immagini, e sulle associazioni tra anomalie del sistema vascolare e i disturbi neurologici. E soprattutto saranno presentate le ultime novità in ambito diagnostico e terapeutico. In Europa tra 6,3 e 7,3 milioni di persone sono affette da Alzheimer. E si prevede che le altre forme di demenze quadruplicheranno entro il 2050, mentre per il Parkinson si stima un raddoppio già nel 2030. «I trattamenti attualmente disponibili per le malattie neurodegenerative — anticipa Marcello Mancini, diret-

tore dell'Istituto di Biostrutture e Bioimmagini del Cnr — hanno efficacia limitata e, soprattutto, affrontano i sintomi piuttosto che le cause. La ricerca internazionale e gli investimenti sono, invece, rivolti proprio a trovare le cause e le tecniche diagnostiche sempre

Venerdì e sabato in via Partenope un congresso mondiale. Mancini (Cnr): «Trattamenti più efficaci soltanto con diagnosi precoci»

più avanzate, perché solo la diagnosi precoce può consentire trattamenti mirati efficaci».

Al congresso saranno presentati i risultati della ricerca sulla sclerosi multipla e sulla Sla a cui stanno lavorando i dipartimenti di Scienze biomorfologiche e di Scienze neurologiche della Federico II con l'Istituto di Biostrutture e del Cnr e l'università di Ferrara. Il progetto, aggiunge Mancini, «parte dal reclutamento di pazienti affetti da sclerosi multipla e da La-



terale amiotrofica. L'obiettivo è migliorare l'imaging neuroradiologico con metodiche in grado di svelare le alterazioni vascolari associate e di identificare condizioni genetiche di predisposizione alle alterazioni». Anche in questo caso si tratta di studi innovativi di grande importanza se si pensa che circa 250.000 persone in Europa e circa 350.000 negli Stati Uniti hanno una diagnosi certa di sclerosi multipla. Solo in Italia ci sono circa 71 mila malati, con una frequenza di uno ogni 1000-1500 abitanti. Allarmante la situazione in Campania dove si contano 7 mila casi di malattia. «È una malattia — sottolinea Marco Salvatore, coordinatore del programma — con un impatto economico e sociale elevato, soprattutto perché colpisce giovani, ha un decorso cronico e una tendenza alla progressione altamente invalidanti».

Celiachia. Capsule che spezzano la molecola rendendola innocua
O che agiscono sull'intestino. Ma la strada della sperimentazione è ancora lunga
Aumento dei casi, imputate le nuove qualità di grano, oggi molto più proteiche

Pillole e vaccini tutte le strade della lotta al glutine

ELENADUSI

UNA dieta senza glutine è l'unica terapia per la celiachia. Ma le industrie farmaceutiche si stanno organizzando per regalare di nuovo il gusto di pane e pasta a chi è affetto da questa malattia autoimmune. Le sperimentazioni di farmaci sull'uomo sono una ventina in tutto il mondo, ma le strategie più promettenti si contano sulle dita di una mano. Tutte hanno ancora bisogno di almeno tre o quattro anni di studio per arrivare in farmacia.

Una delle strade battute punta alla pillola con enzimi che spezzano il glutine ingerito, riducendolo in frammenti innocui per l'organismo. La difficoltà è rendere questi enzimi resistenti all'acidità dello stomaco.

**Un paziente su cinque non ha benefici dalla dieta gluten free
E i sintomi sono molto più subdoli**

Strategia alternativa è agire sull'intestino. «Stringendo le sue maglie» si può evitare che il glutine ne sia assorbito, eliminando l'infiammazione. Entrambe queste tecniche sono in sperimentazione avanzata sull'uomo. Leggermente più in ritardo sono i trial sui vaccini, la somministrazione sotto pelle di minuscole dosi di glutine per assuefare l'organismo e ridurre con il tempo la sua reazione. Le tecniche che intervengono sul grano prima della lavorazione industriale (digestione del glutine tramite batteri o trattamento dei semi prima della macinazione) sono ancora allo studio soprattutto sulle cellule in provetta.

«Ognuno di questi potenziali farmaci — spiega Umberto Volta, che per 20 anni ha diretto il centro per la celiachia del Sant'Orsola di Bologna, per 10 il board scientifico dell'Associazione italiana per la celiachia e oggi è professore all'università di Bologna — è testato su volontari che assumono due grammi di glutine nelle 24 ore. Una dieta mediterranea normale ne contiene invece tra 8 e 20 grammi. Quando saranno disponibili, le pillole non permetteranno ai pazienti di abbandonare il loro regime alimentare. Serviranno a contrastare gli effetti delle contaminazioni, cioè di quel glutine che involontariamente anche il più attento dei celiaci finisce con l'ingerire».

Rispetto ad altri farmaci, quelli contro la celiachia sono più complicati da realizzare. Mentre molte malattie si studiano sui topi da laboratorio, l'intolleranza al glutine non esiste negli animali. E misurare gli eventuali benefici di una pillola non è facile, visto che la sofferenza dei villi intestinali può essere valutata

con precisione solo con una biopsia. «Non possiamo certo fare una biopsia ogni mese ai volontari della sperimentazione — conferma Volta — già nei bambini e nei ragazzi tendiamo a evitare la biopsia al momento della diagnosi, se diarrea, anemia e malassorbimento sono evidenti, se gli anticorpi sono almeno dieci volte la norma e se ci sono i geni predisponenti».

Ai medici che cercano di sconfiggerla, la celiachia offre poi un bersaglio mobile, con un paziente su cinque che non trova beneficio nemmeno dalla dieta senza glutine. La proteina può nascondersi perfino in farmaci e dentifrici e la celiachia non solo diventa più diffusa con il tempo, ma presenta anche caratteri più subdoli. Volta e collaboratori hanno passato in rassegna 770 pazienti del Sant'Orsola di Bologna in 15 anni (fra il 1998 e il 2012). Nello studio, pubblicato su *Bmc Gastroenterology*, emerge che sempre più spesso la celiachia non si manifesta con i classici sintomi della diarrea e della perdita di peso (nel periodo in esame si è passati dal 47% dei casi al 14%). Due terzi dei pazienti soffrono piuttosto di stipsi, anemia, osteoporosi precoce, afte. Mentre un tempo la celiachia era considerata una malattia dei bambini, oggi può esordire a qualunque età. Il miglioramento dei test e l'osservazione dei parenti di primo grado dei malati ha permesso di identificare il momento preciso in cui insorge. Anche se il momento tipico della diagnosi è intorno ai 40 anni, «abbiamo trovato persone che si sono ammalate a 65-70 anni», continua Volta.

Con i pazienti in aumento, il crescere anche delle intolleranze al glutine diverse dalla celiachia e il ventaglio dei sintomi che si allarga, i ricercatori si sono chiesti come mai l'organismo umano stia diventando sempre più fragile di fronte a questa proteina presente in frumento, segale, orzo e farro. «Una delle ipotesi — spiega Volta — è che i cereali siano cambiati. La selezione che è frutto dell'uso di pesticidi e lo sfruttamento estremo delle coltivazioni con due semine all'anno hanno reso il grano di oggi molto diverso da quello di 50-60 anni fa. Le varietà attuali sono nane e contengono quantità molto maggiori di proteine a rischio intolleranza».

> A TAVOLA
EUGENIO DEL TOMA



**PALESTRA
MA SENZA
ECCEDERE**

L'aspetto giovanile e la forma fisica hanno assunto grande importanza con una ricaduta di attenzioni concentrate sulle diete e sull'attività sportiva. Dato che in questa rubrica ho invocato spesso quello che è diventato anche il titolo di un mio libro "Meno diete e più movimento", vorrei mettere in guardia i neofiti della vita muscolarmente attiva a non passare dai pericoli della sedentarietà a quelli di una frequentazione maniacale di palestre ed attrezzi concepiti solo per l'esuberanza muscolare. Il termine vigorosità sottolinea il culto del vedersi bene piuttosto che di sentirsi bene e quindi comporta anche abitudini alimentari esasperatamente finalizzate allo sviluppo muscolare. Perciò, non solo diete iperproteiche incompatibili con le raccomandazioni

nutrizionali proposte dagli esperti ma anche uso e abuso di integratori a base di aminoacidi e di sostanze ergogene. Il problema, per fortuna ancora limitato, coinvolge in particolare quei giovani che si vedono poco muscolati, con un aspetto poco virile che sperano di correggere vivendo in palestra tra una serie di noiosi allenamenti ripetitivi che un pessimista potrebbe definire maniacali. Concludiamo, precisando che questo esasperato tipo di attività fisica non ha nulla a che fare con l'attività ludica o di semplice movimento (passeggio, footing, jogging, bici, ballo, ecc.) di cui tutti dovrebbero avvantaggiarsi per star bene e per fare prevenzione.

edeltoma@gmail.com

LE NOVITÀ

Enzimi e batteri che agiscono contro la proteina su grano e farina

NON solo sui farmaci si concentra la lotta alla celiachia. Un'alternativa alla dieta, con l'Italia in prima fila nella ricerca, potrebbe arrivare dal trattamento del grano prima o dopo la macinazione. Dissattivando la proteina del glutine, la farina potrebbe essere usata per produrre cibi dal sapore del tutto normale.

Da anni è allo studio una tecnica di digestione del glutine da parte di batteri del genere *Lactobacilli*. Fra i capofila di questa ricerca c'è l'università di Napoli. Durante la fermentazione,

specialmente se molto lunga, i legami fra alcune proteine che compongono il glutine (le gliadine) vengono dissolti. Questo processo sembra efficace nel diminuire la tossicità del grano, ma non è ancora certo che possa eliminarla del tutto. Le sperimentazioni sugli uomini sono appena cominciate.

Dall'Istituto di scienze dell'alimentazione del Cnr di Avellino arriva la tecnica "Safece-reals", che prevede una "digestione" del glutine da parte di alcuni enzimi mescolati con la farina. Le proteine nocive vengono in questo modo disciolte e riassemblate in una forma che non è tossica per l'organismo. Gli studi sulla procedura, brevettata sia in Italia che all'estero, vengono portati avanti in collaborazione con il pastificio Lo Conte. Sempre dal Cnr arriva una tecnica che sfrutta un fenomeno fisico (il cosiddetto effetto piroelettrico) per capire quanto glutine è presente in un alimento. Partendo da un campione del cibo, è possibile aggregare (e quindi visualizzare)

anche tracce minime della proteina nociva. La procedura è in grado di identificare livelli di glutine (in particolare delle gliadine) fino a 0,005 parti per milione, laddove il limite per poter etichettare un prodotto come "gluten free" è di 20 parti per milione. La descrizione di questo test — condotto per il momento con apparecchi piuttosto complessi — è stata pubblicata a dicembre dell'anno scorso sulla rivista *Nature Communications*.

Riscaldando prima della macinazione i semi del frumento al microonde è possibile neutralizzare il glutine prima ancora che si formi all'interno della pianta, secondo una tecnica messa a punto dall'università di Foggia e brevettata sia in Italia che all'estero. L'Istituto di scienze degli alimenti e della nutrizione della Cattolica di Piacenza, poi, ha provato a introdurre farinadi fagioli fra gli ingredienti della pasta per ottenere dei prodotti con buon sapore e consistenza.

(e. dusi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



250 milioni

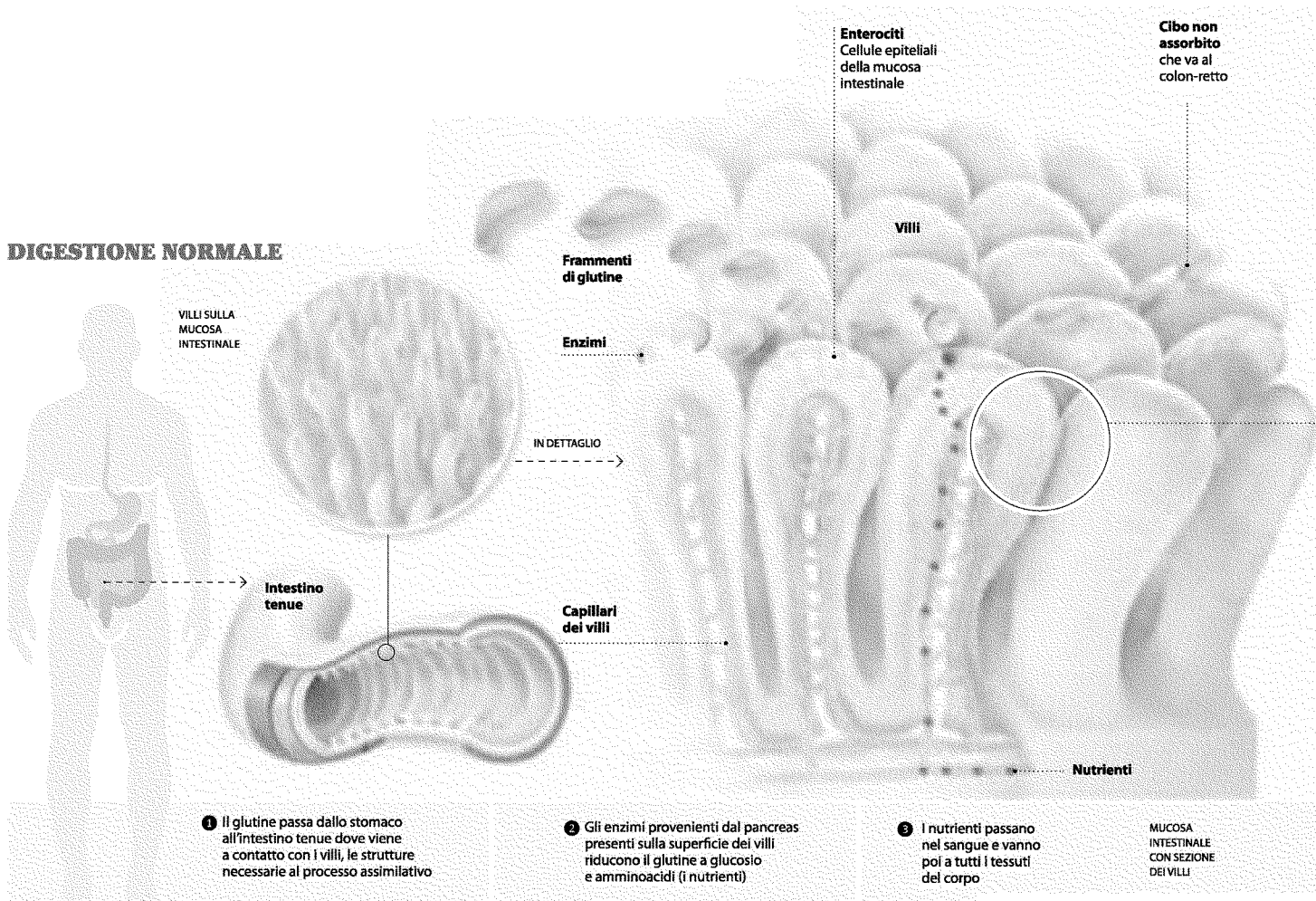
Il giro d'affari annuale dei prodotti "gluten free" in Italia. Anche molte persone non celiache scelgono di ricorrere alle diete senza glutine



165 mila

I celiaci in Italia secondo i dati del 2013 (15 mila in più rispetto al 2012). Le donne sono il doppio degli uomini. Si stima che 3 casi su 4 non siano diagnosticati

DIGESTIONE NORMALE



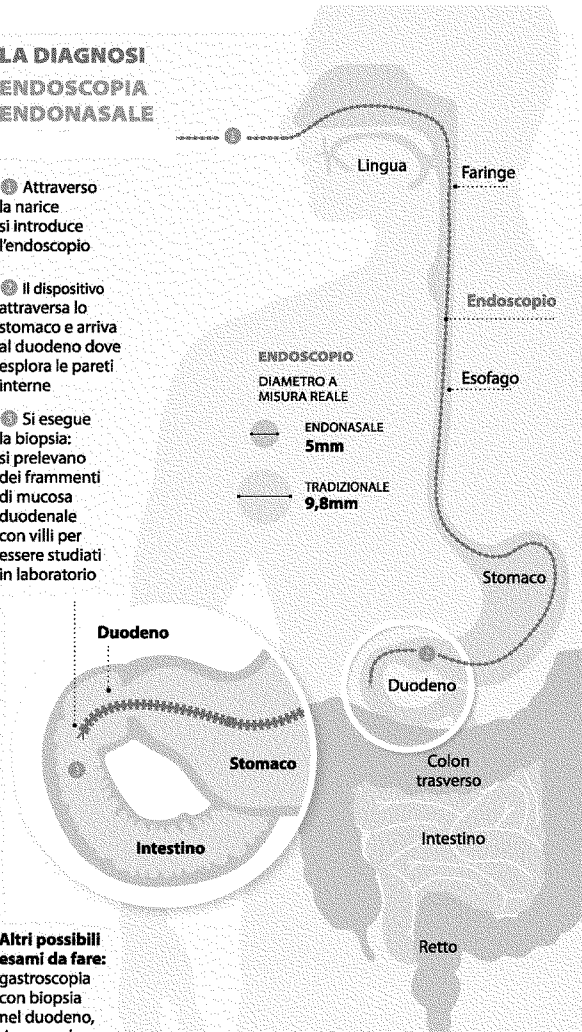
1 Il glutine passa dallo stomaco all'intestino tenue dove viene a contatto con i villi, le strutture necessarie al processo assimilativo

2 Gli enzimi provenienti dal pancreas presenti sulla superficie dei villi riducono il glutine a glucosio e amminoacidi (i nutrienti)

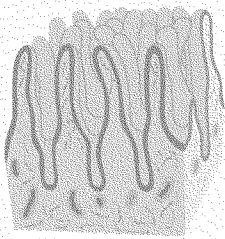
3 I nutrienti passano nel sangue e vanno poi a tutti i tessuti del corpo

LA DIAGNOSI ENDOSCOPIA ENDONASALE

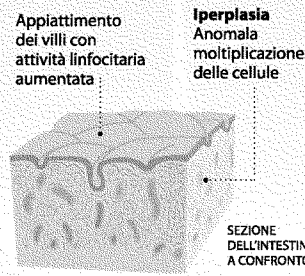
- Attraverso la narice si introduce l'endoscopio
- Il dispositivo attraversa lo stomaco e arriva al duodeno dove esplora le pareti interne
- Si esegue la biopsia: si prelevano dei frammenti di mucosa duodenale con villi per essere studiati in laboratorio



Altri possibili esami da fare: gastroscopia con biopsia nel duodeno, ricerca nel sangue degli anticorpi specifici, test sul Dna



VILLI NORMALI



VILLI CON CELIACHIA

DIGESTIONE CON CELIACHIA

Frammenti di glutine

Nei celiaci le giunzioni cellulari si rompono aumentando la permeabilità dell'intestino

DETTAGLIO DI UN VILLO INTESTINALE

1 Frammenti di glutine attraversano la mucosa intestinale e si accumulano in abbondanza sotto l'epitelio

2 Il glutine induce gli enterociti a secernere interleuchina-15 (IL-15), sostanza che stimola i linfociti ad attaccare la mucosa intestinale

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / SCIENTIFIC AMERICAN

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

LE CAUSE PRINCIPALI

- Intestino tenue con aumentata permeabilità
- Predisposizione genetica
- Risposta immunitaria al glutine

Cuore.

Uno studio presentato al congresso dei cardiologi americani.

Diminuire il tempo trascorso seduti, anche di due ore al giorno, riduce il rischio d'infarto. Il fare attività fisica non compensa i danni indotti dalla sedentarietà

La sindrome della sedia fa ammalare le arterie

MARIARITA MONTEBELLI

GLI americani ormai la chiamano "sitting disease", la "malattia dell'uomo seduto", anche se in realtà, più che una malattia vera e propria, è un nuovo fattore di rischio per la salute del cuore, che si va ad aggiungere a quelli già noti.

Mentre è ormai appurato da tempo che fare attività fisica aerobica fa bene alla salute di cuore e vasi, di recente si è fatta strada anche un'altra verità: stare troppo seduti indurisce le arterie.

Per questo, ridurre il tempo trascorso in poltrona o seduti dietro una scrivania anche di un'ora o due, può fare la differenza sulla salute del cuore e dei vasi.

E uno studio presentato al congresso dei cardiologi americani (American College of Cardiology), da poco concluso a San Diego, conferma appunto questo dato.

La ricerca, condotta nell'ambito del Dallas Heart Study, ha interessato oltre 2000 persone senza malattie cardiovascolari note e di 50 anni d'età media. A tutti i partecipanti è stato fatto indossare un accelerometro da polso, per misurare il livello di attività per 7 giorni di seguito. È una differenza importante rispetto ad altri studi del genere condotti in passato e basati solo sulle dichiarazioni dei partecipanti, perché l'accelerometro consente di misurare con accuratezza e in modo oggettivo il grado di sedentarietà o di attività.

Tutti i partecipanti venivano inoltre sottoposti a cardio-TAC, per misurare la quan-

2 ad un massimo di 12 ore). I più sedentari sono risultati quelli più avanti negli anni, più sovrappeso, quelli affetti da diabete e da ipertensione.

I ricercatori americani hanno calcolato che per ogni ora in più trascorsa da sedentari, il rischio di calcificazioni coronariche rilevate alla cardioTAC, aumentava del 14%. Un'associazione questa che è risultata indipendente dal fatto che i soggetti praticassero o meno sport e che non è risultata influenzata da altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica.

La cosa interessante scaturita da questo studio infatti è proprio che il rischio comportato dall'eccessiva sedentarietà non viene controbilanciato dalla quantità di attività fisica svolta da un individuo. È, insomma, come se, sul rischio di sviluppare calcificazioni coronariche, pesasse più l'eccessiva sedentarietà che il fatto di essere dediti a qualche attività sportiva. Un'ora di corsa o di palestra non bastano a bilanciare il rischio comportato dallo stare fermi troppe ore al giorno.

«È chiaro che l'attività fisica è importante per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e migliorare il livello di fitness — spiega Jacquelyn Kulinski, professore di medicina cardiovascolare al Medical College of Wisconsin e primo autore dello studio — ma questa ricerca suggerisce che limitare il tempo trascorso seduti rappresenta una nuova strategia di prevenzione, insieme a quella tradizionale dell'esercizio fisico, per aiutare le persone a ridurre il rischio cardiovascolare».

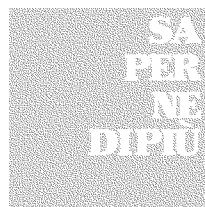
Lo studio conferma i risultati di altre recenti ricerche che hanno messo in relazione l'eccesso di sedentarietà con l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, diabete, cancro e mortalità precoce.

Ma lo studio presentato a San Diego fa un passo avanti e dimostra che trascorrere troppo tempo da seduti si associa ad un marcatore precoce di cardiopatia ischemica, l'accumulo di calcificazioni coronariche appunto, gettando così le basi per successive ricerche, che dovranno dimostrare se, il cambiare questa abitudine possa poi portare effettivamente a cancellare il danno e prima che si traduca in malattia conclamata.

Il consiglio che viene intanto dai ricercatori americani è quello di cercare di muoversi il più possibile durante il giorno, ad

esempio facendo una passeggiata nella pausa pranzo, camminando mentre si sta al telefono, facendo le scale anziché prendere l'ascensore e usando un pedometro per monitorare i passi fatti ogni giorno. In più, chi fa un lavoro sedentario, dovrebbe evitare di andare a casa e finire il giorno seduto davanti al televisore. Parte della soluzione potrebbe venire anche dalle cosiddette scrivanie "verticali", sempre più di moda, soprattutto negli Stati Uniti, ma ancora prive di una "certificazione di efficacia" che può arrivare solo da uno studio clinico controllato. Infine, per chi non riesce proprio a rinunciare ai videogiochi, il consiglio è di scegliere quelli d'azione, che coinvolgano tutti i muscoli del corpo, anziché solo quelli del pollice.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Colesterolo

Alirocumab ed evolocumab, nuova generazione di farmaci anticolesterolo, si somministrano sottocute 2 volte al mese e sono potentissimi contro il colesterolo "cattivo". Due studi appena completati confermano la loro efficacia (la maggior parte dei pazienti trattati raggiunge valori LDL inferiori a 70 mg/dl) e sicurezza. Ma soprattutto, i dati preliminari suggeriscono che sono in grado di abbattere il numero di infarti, ictus e decessi per cause cardiovascolari, già dopo un anno di trattamento.

(mr. mont.)

Aritmia

Bruciare con uno speciale cateterino all'interno del cuore le vie elettriche impazzite che generano la fibrillazione atriale, è una strategia 2,5 volte più efficace di farmaci come l'amiodarone, nell'eliminare in modo duraturo l'aritmia. Lo dimostra lo studio AATAC del prof. Luigi Di Biase che evidenzia un dimezzamento di ricoveri e mortalità nell'arco di due anni, nei pazienti sottoposti ad ablazione transcateretere.

(mr. mont.)

Ogni ora passata in poltrona fa aumentare il rischio di calcificazioni

tà di calcificazioni a livello delle coronarie, le arterie che nutrono il cuore. L'aumento di depositi di calcio nell'albero coronarico rappresenta un biomarcatore di cardiopatia ischemica, anche se non ancora clinicamente evidente, e si associa dunque ad un maggior rischio di infarto.

L'analisi dei dati ha evidenziato che i partecipanti allo studio trascorrevano in media ogni giorno 5 ore da "sedentari" (con punte che andavano da un minimo di

Cardiomiopatia.

Al Careggi di Firenze un centro dedicato che esegue un nuovo test per individuarla

Morte improvvisa il danno genetico che può colpire giovani e sportivi

MICHELE BOCCI

UNA malattia silenziosa e dagli effetti potenzialmente drammatici. A illustrarla all'interno della "bibbia dei cardiologi", ovvero il volume *Braunwald's heart disease*, punto di riferimento per studenti e specialisti di malattie del cuore, è un medico dell'ospedale fiorentino di Careggi, Iacopo Olivotto. Insieme al collega Barry J. Maron di Minneapolis ha scritto il capitolo sulla cardiomiopatia, la patologia responsabile di molte delle morti improvvise degli sportivi, anche molto giovani. Nella sua forma ipertrofica colpisce una persona ogni 500, cioè circa 120 mila italiani. Si tratta del più diffuso tra i problemi genetici del cuore ed è ca-

ratterizzata da un inappropriato ispessimento delle pareti dell'organo (l'ipertrofia, appunto) e da una elevata incidenza di aritmie maligne. La mortalità è di circa l'1% l'anno. Vi sono anche le forme dilatativa, aritmogena, restrittiva.

A Firenze c'è un centro di riferimento nazionale per questo problema, grazie a una scuola iniziata dal professor Franco Cecchi, che ha lasciato il testimone ad Olivotto, medico ospedaliero con una quantità di citazioni nelle pubblicazioni scientifiche internazionali da fare invidia a molti universitari. Anche grazie ai lavori pubblicati su riviste come il *New England Journal of Medicine* ha scritto per il *Braunwald's heart disease*. «Nella nostra struttura oltre a

tutti gli esami strumentali necessari per la diagnosi facciamo anche un test genetico di ultima generazione per individuare la patologia — spiega Olivotto — e adesso partecipiamo ad uno studio internazionale su un farmaco sviluppato apposta per questo problema. Per ora infatti usiamo medicinali che servirebbero per altre patologie». Altri centri importanti sono a Padova, Bologna e Trieste e hanno contribuito a migliorare la comprensione di un problema che solo a torto è considerato raro. Il punto è che ad essere colpiti sono soprattutto giovani, cioè persone meno esposte ad altri problemi di cuore, quindi tra di loro l'incidenza è relativamente alta.

La cardiomiopatia è nota dagli anni Sessanta, ma fino ai No-

In corso uno studio internazionale per testare un farmaco

vanta è rimasta praticamente sconosciuta nel suo meccanismo. E invece è alla base di molte morti improvvise tra gli sportivi. Non tutti coloro che ne soffrono vanno incontro ad un incidente fatale, tanti sono intercettati prima. Come ad esempio il nuotatore Domenico Fioravanti, che ha dovuto ritirarsi per questa malattia. E forse c'è sempre una cardiomiopatia (di tipo aritmogeno) anche dietro la morte del calciatore del Livorno Piermario Morosini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sincope

Per diagnosticare la cardiomiopatia ci vuole almeno un esame che fanno tutti gli sportivi, cioè un

elettrocardiogramma da sforzo. Partendo dai risultati di questo accertamento, si può arrivare ad individuare il problema, e poi approfondirlo facendo altri esami, come l'ecografia o la risonanza magnetica. Se non si è sottoposti a controlli regolari perché non si fa attività sportiva agonistica, è meglio sentire un cardiologo quando ci sono certi segnali. Ad esempio, nel caso in cui anche persone giovani non riescano bene negli sport perché viene loro l'affanno, oppure quando si sente una grande debolezza dopo pranzo o si hanno delle palpitazioni fuori contesto. «Ma

l'evento rivelatore più importante — dice Iacopo Olivotto — è la sincope da sforzo, cioè lo svenimento. Va presa sul serio». In caso di un episodio del genere è meglio fare gli esami e magari studiare la storia familiare.

«Talvolta, magari due generazioni prima — dice sempre il medico fiorentino — si trovano casi di familiari che avevano generici problemi di cuore». Se uno specialista ha il dubbio di una patologia genetica, deve inviare il paziente a un centro di riferimento per le cardiomiopatie. È qui che può arrivare la diagnosi definitiva, e che può essere già in parte adottata una terapia. I rischi legati a questa malattia si possono evitare, se la situazione non è particolarmente

grave, semplicemente riducendo l'attività sportiva. Altrimenti ci sono i farmaci, nei casi più gravi, i defibrillatori impiantabili.

(m.b.)

Farmaco

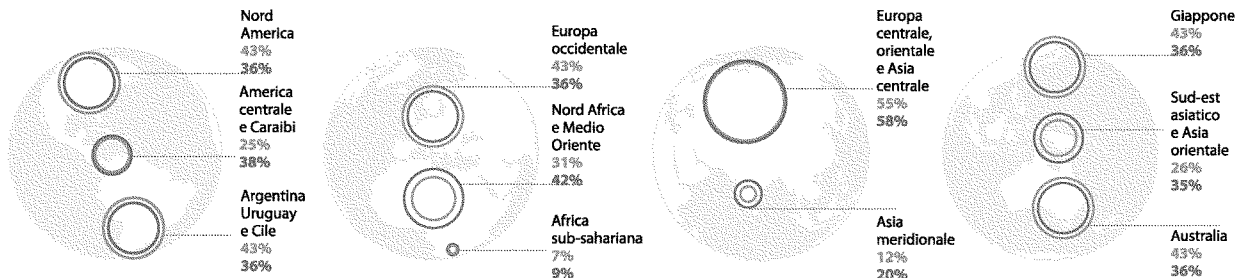
Il warfarin è l'anticoagulante orale più usato da 60 anni, ma uno studio dell'università di Harvard rivela che nei portatori di due varianti genetiche (CYP2C9 e VKORC1), aumenta di oltre 5 volte il rischio di gravi emorragie. Gli autori suggeriscono di fare il test genetico per individuare i pazienti troppo "sensibili" al warfarin e dirottarli verso i nuovi anticoagulanti orali. (mr. mont.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MORTALITÀ PER MCV NEL MONDO

% di morti per malattie cardiovascolari (MCV) in entrambi i sessi, tutte le età

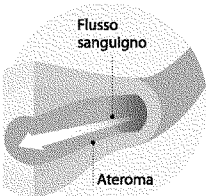
LEGENDA
1990 2013



L'INFARTO DEL MIOCARDIO

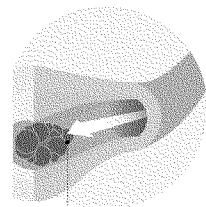
È un episodio acuto provocato dall'insufficiente irrorazione sanguigna in un'area del cuore

ARTERIA OSTRUITA



1 L'accumulo di grasso (ateroma) restringe il lume arterioso

Arteria coronaria destra



2 L'ateroma si rompe innescando un coagulo sulla ferita (trombo). Il flusso del sangue diminuisce o si interrompe

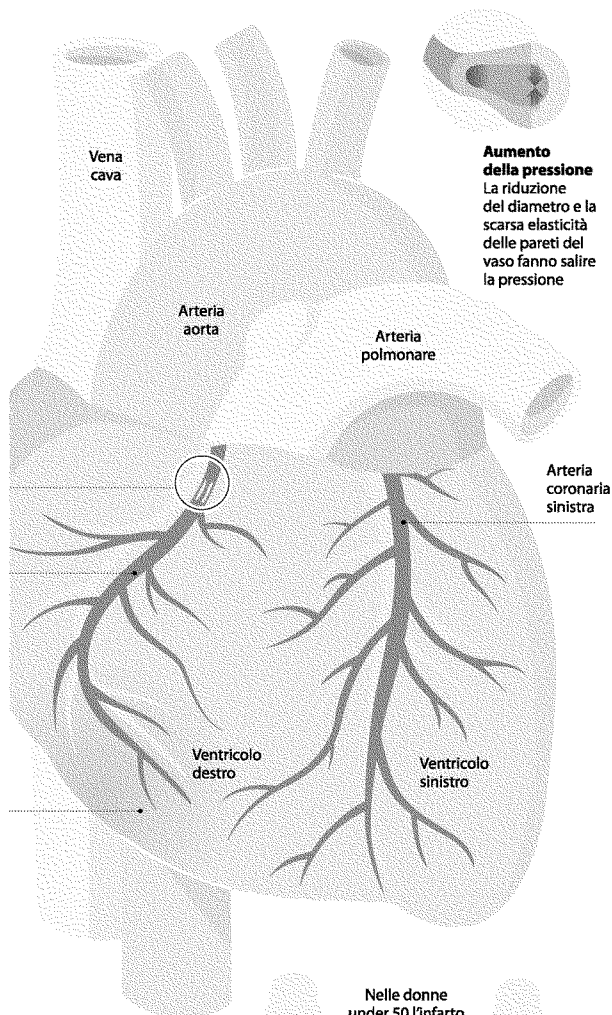
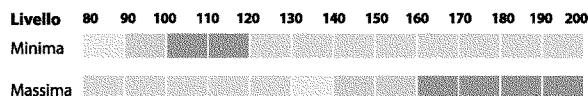
3 La zona del cuore irrorata da quell'arteria rimane senza circolazione sanguigna e il tessuto può andare in necrosi (morte cellulare)

La trombosi di una arteria del cuore non sempre causa un infarto

ATTENTI ALLA PRESSIONE

Valori negli adulti in mm di mercurio

LEGENDA NORMALE IPERTENSIONE LIEVE GRADO 1 GRADO 2

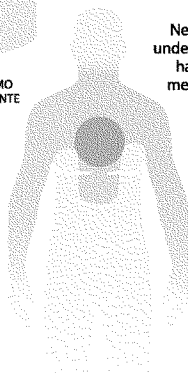


Aumento della pressione
La riduzione del diametro e la scarsa elasticità delle pareti del vaso fanno salire la pressione

I SINTOMI

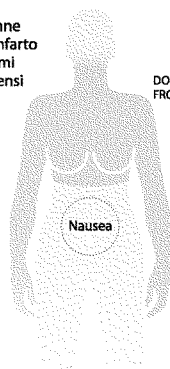
- LEGENDA
- Dolore oppressivo
 - Dolore meno intenso
 - Dolore meno frequente

UOMO FRONTE

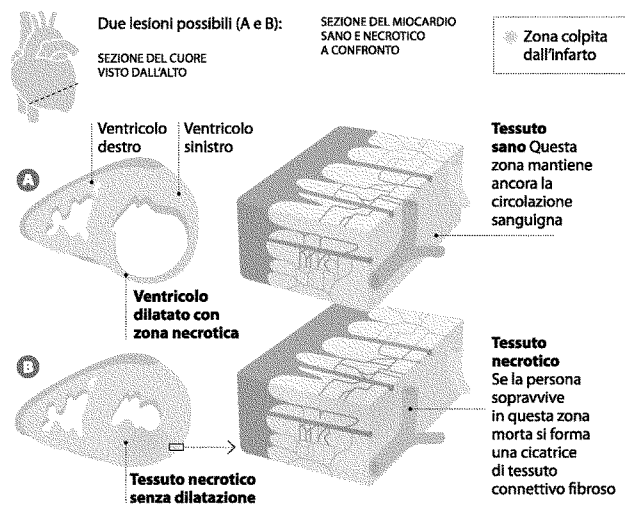


Nelle donne under 50 l'infarto ha sintomi meno intensi

DONNA FRONTE



LESIONI PERMANENTI DEL MIOCARDIO



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / OMS / THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT LIMITED 2013



Sessanta
La media dei giorni all'anno in cui sei anziani su dieci over 65 anni seguono le terapie per la Bpco



7,7
I milioni di italiani con malattie respiratorie croniche. 1,2 milioni di under 14 con asma



3 per cento
È la quota di italiani affetti da Bpco. La patologia è più diffusa tra gli anziani



1.758
I milioni di euro spesi per i farmaci respiratori (7° posto nella spesa totale)

Respiro. Arriva una nuova terapia per le malattie croniche: può migliorare l'aderenza alle prescrizioni. Un italiano su dieci ne soffre ma solo il 14% si cura con regolarità. Tra questi, il 70% degli under 14. Con peggioramenti e raddoppio di spesa

Un solo clic al giorno per asma e bronchite

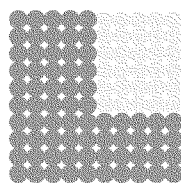
ALESSANDRA MARGRETH

POCCHI semplici gesti da eseguire una sola volta al giorno per respirare meglio. Arriva anche in Italia una nuova terapia messa a punto da GSK per sia per l'asma che per la bronchite cronica. Un'unica inalazione consente di tenere sotto controllo entrambe queste patologie lungo tutto l'arco della giornata. Si tratta della prima associazione fissa di un corticosteroide (fluticasone furoato) e di un broncodilatatore (vilanterolo) da assumere in un unico dosaggio quotidiano. Originale anche il dispositivo dotato di un pratico sistema di rilascio apri-aspirachiu.

Con questa innovazione ci si propone di combattere il fenomeno, sempre molto diffuso, della mancata aderenza alla terapia. «Un italiano su dieci soffre di queste malattie respiratorie - spiega Walter Canonica, ordinario di Pneumologia all'università di Genova - e solo il 14,3 per cento delle persone in terapia si cura regolarmente. Ben il 70 per cento dei giovani sotto i 14 anni non assume regolarmente la terapia. Negli adulti uno su due non aderisce correttamente alle cure e le terapie non vengono seguite per più di tre mesi l'anno».

Come mai? I motivi di queste "disattenzioni" sono segnalati da Fiorenzo Corti, presidente di FIMMG (la Federazione dei medici di medicina generale) Lombardia. «Tra le cause principali - spiega - c'è la difficoltà a ricordarsi di assumere regolarmente il farmaco prescritto, portarlo con sé e usarlo nei luoghi di lavoro o a scuola. Salvo poi trovarsi improvvisamente impreparati ad affrontare una crisi o il resto della giornata con il respiro corto».

Chi soffre di malattie respiratorie croniche come l'asma e la Bpco (Broncopneumopatia cronica ostruttiva) deve assumere i farmaci appropriati e seguire le prescrizioni dello specialista. Altrimenti rischia riacutizzazioni del problema e un conseguente ricovero in ospedale. Una mancata aderenza alle terapie si traduce in un 20 per cento di probabilità di peggioramento dei sintomi e in un raddoppio



70 per cento
La percentuale si riferisce ai soggetti sotto i 14 anni e affetti da asma che non assume regolarmente la terapia.

della spesa per il trattamento.

In Italia soffre di Bpco il 3 per cento delle persone (3,6 per cento uomini e 2,4 per cento donne), mentre l'asma colpisce il 6,9 per cento degli italiani. A soffrirne in questo caso sono più le donne (7,5 per cento) rispetto agli uomini (6,3 per cento) (Healthsearch Report 2013-14). In che cosa consiste la Bpco? La si riconosce da sintomi come fatica a respirare, tosse frequente, febbre causata da infezioni ripetute dei bronchi. Con la sigla Bpco si indicano due malattie molto diffuse soprattutto tra gli anziani, la bronchite cronica e l'enfisema polmonare. L'enfisema è causa della progressiva distruzione degli alveoli polmonari, il luogo cioè dove avvengono gli scambi tra l'aria e il sangue. Con la bronchite cronica si riduce invece il diametro delle vie aeree, con conseguente difficoltà per l'aria a entrare e uscire dalle vie respiratorie.

Specie per la bronchite cronica, il fumo di sigaretta è il principale imputato. Con l'esame della spirometria si riesce a capire se le vie respiratorie sono ostruite. Alcune sostanze contenute nella sigaretta, ad esempio, portano ad una modificazione delle cellule adette a "inglobare" i batteri che entrano nelle vie respiratorie. Fumando si favorisce anche un aumento delle secrezioni bronchiali, che divengono più dense. E le sigarette fumate dai genitori creano possibilità di sviluppare asma nei bambini.

L'asma bronchiale è caratterizzata invece dall'infiammazione cronica delle vie aeree. Questo stato provoca difficoltà o mancanza di respiro, tosse, respiro fischiante o sibilante, senso di oppressione al torace. I sintomi non si verificano sempre con la stessa intensità e possono svilupparsi in tempi diversi nel corso della vita. Anche in questo caso la spirometria è l'esame che permette di "fotografare" la situazione. I meccanismi dell'asma non sono ancora del tutto chiari, tranne che nelle forme allergiche, dove si riscontra una predisposizione familiare. La probabilità che un figlio abbia l'asma, se entrambi i genitori ne soffrono, è tra il 70 e il 90 per cento. Se ne

soffre solo un genitore, 40 per cento.

In entrambe queste malattie croniche è importante consultarsi con il proprio medico curante e seguire scrupolosamente le terapie. Ora le nuove soluzioni consentono di rispettare più facilmente le direttive dello specialista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Fatica a respirare, tosse frequente
febbre da infezioni ai bronchi?
È la Bpco, diffusa tra gli anziani**

Infarto

In un paziente su tre l'angioplastica non serve a ridare ossigeno al cuore. Un editoriale sul *New England Journal of Medicine* (Filippo Crea, univ. Cattolica di Roma) pone l'accento sulla ricerca di nuove terapie per questi pazienti che non rispondono all'aspirazione del trombo. In corso una ricerca sull'utilizzo del laser e sull'uso dell'adenosina.

Colon

Uno studio di AIGO (Associazione italiana gastroenterologi ospedalieri) su oltre 500 pazienti con sindrome dell'intestino irritabile ha dimostrato come questa malattia determini ripercussioni importanti sulla qualità della vita: un paziente su dieci soffre di depressione a causa della malattia e quattro su dieci di ansia.

Droghe

Circa 54.000 studenti delle medie superiori (il 2,3% dei 15-19enni) ha assunto nel 2014 droghe sconosciute, insieme a psicofarmaci, senza prescrizione medica. Cresce il consumo di cannabis, utilizzata dal 26% degli studenti (oltre 600mila), la cocaina è meno usata, l'eroina stabile. Sono i risultati dello studio del Cnr di Pisa ed Espad Italia.

Omeopatia

Il 9 aprile circa 300 studi omeopatici aprono le porte offrendo visite e consulti gratuiti. Su www.presidiomeopatiaitaliana.it è possibile prenotarsi.

Pasta

Per un errore nell'infografica dello scorso numero, dedicata alla dieta per nutrire il cervello, è stato scritto che non è consigliato il consumo di pane e pasta. In realtà il consumo di questi alimenti deve soltanto essere moderato.