



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Agenzia sanitaria, si apre la collaborazione tra enti

NAPOLI - L'Agenzia regionale sanitaria della Campania ha preso parte, ieri a Firenze, ad un incontro con le altre agenzie sanitarie del Paese. Su delega del direttore generale, **Angelo Montemarano**, a rappresentare l'Agenzia campana è stato il direttore della ricerca ed innovazione, **Sara Caropreso**. Sul tappeto ipotesi di collaborazione fra regioni, nell'ottica di razionalizzare ed ottimizzare le risorse. L'Arsan Campania fa da capofila, avendo già sottoscritto un protocollo d'intesa con la Regione Molise.

L'AGENZIA CAMPANA ALL'INCONTRO DI FIRENZE

## **L'Arsan capofila sull'innovazione dopo l'accordo con il Molise**

NAPOLI. L'Agenzia regionale sanitaria della Campania ha preso parte a Firenze ad un incontro con le altre agenzie sanitarie nazionali. A rappresentare l'Agenzia campana il direttore della ricerca ed innovazione, Sara Caropreso, su delega del dg Angelo Montemarano. Si è discusso di ipotesi di collaborazione tra le Regioni per razionalizzare ed ottimizzare le risorse. L'Arsan Campania è la capofila, avendo già sottoscritto un protocollo d'intesa con la Regione Molise che potrà così avvalersi della consulenza tecnica dell'Arsan Campania. «La nostra organizzazione per l'innovazione - ha detto la Caropreso - ha suscitato molto interesse nei rappresentanti delle altre agenzie».

## Personale. Deroga alla riserva per gli ex provinciali

# Il turn over 2013 apre a nuovi ingressi

**Arturo Bianco**

■ I risparmi derivanti dalle cessazioni di personale intervenute nel 2013 e non utilizzati nel 2014 per nuove assunzioni possono essere destinati a questo scopo nel 2015 e sfuggono dal vincolo per cui gli ingressi devono essere riservati al personale in sovrannumero di Province e Città metropolitane.

La Corte dei conti della Sardegna, con il parere 32 del 21 aprile, offre così una lettura estensiva della possibilità sia di utilizzare i resti del 2013 per assunzioni a tempo indeterminato nel 2015, sia di escludere queste assunzioni dai vincoli dettati dalla legge 190/2014. Questa lettura, coerente con le indicazioni della Funzione Pubblica, limita il vincolo di destinazione al collocamento del personale degli enti di area vasta alle sole assunzioni a tempo indeterminato finanziate con le cessazioni del 2014 e 2015, cioè a quelle che finanziano i programmi del fabbisogno di personale del

2015 e del 2016.

Il Dl 90/2014 ha previsto che dal 2014 gli enti locali soggetti al Patto possono utilizzare per finanziare le nuove assunzioni a tempo indeterminato i risparmi derivanti dalle cessazioni del triennio precedente. La sezione Autonomie della Corte dei Conti, con la delibera 27/2014, ha escluso che la norma consenta di utilizzare queste somme per le cessazioni degli anni precedenti. In modo consolidato le sezioni regionali consentono di avvalersi dei risparmi derivanti dalle cessazioni del 2013 non utilizzate per effettuare assunzioni nel 2014.

Per la Corte dei Conti della Sardegna, «qualora la cessazione sia intervenuta nel 2013, l'ente Locale soggetto al Patto di stabilità avrà nel 2014 una capacità assunzionale pari al 60% della spesa sostenuta per il personale cessato nel 2013. Se l'assunzione non viene effettuata nel 2014, ma programmata per il 2015 si potrà cumulare la capacità assunzio-

nale del 2014 con quella del 2015, sempre che nel 2014 siano intervenute cessazioni».

Nella stessa direzione va la delibera 24/2015 della Corte dei Conti della Campania: «Il 2014 si pone come momento di cesura con l'anteriore regolamentazione e registra un sostanziale ridisegno dei diversi limiti stabiliti in precedenza». La Corte dei Conti della Lombardia ha accolto quest'idea, ma (delibera 120/2015) con la limitazione che il Comune doveva «aver programmato, nelle forme previste dalla legge, una nuova assunzione per il triennio successivo». È da considerare scontato che i risparmi per le cessazioni degli anni precedenti al 2013 non possano essere utilizzati per finanziare nuove assunzioni da parte degli enti locali soggetti al Patto di stabilità (parere Corte Conti Lombardia 139/2015).

La conclusione ulteriore che viene tratta dai giudici contabili della Sardegna è che queste capacità di spesa non sono neces-

sariamente destinate alle assunzioni del personale che gli enti di area vasta collocheranno in sovrannumero: «Qualora le cessazioni siano intervenute nel 2013, la capacità assunzionale del 2014, eventualmente rinviata nel 2015, non soggiace alle limitazioni introdotte dalla legge 190/2014».

Il parere arriva a questa conclusione sulla base delle previsioni della legge, che al comma 424 detta il vincolo per le assunzioni del 2015 e del 2016, e della circolare 1/2015 di Funzione pubblica e degli Affari regionali, per la quale le assunzioni programmate nel 2014 sono escluse dai vincoli della legge di stabilità 2015.

## Cercansi super-manager per attuare la riforma

**ANALISI**

### Super-manager cercansi

**OSTACOLI E LIMITI**

**È auspicabile che tra settore privato e dirigenza pubblica vi sia massima osmosi, ma non sarà certo facile**

**GRAND COMMIS ADDIO**

**Dal Ddl Madia si ricava una figura di dirigente «post-moderna», versato nei rapporti con la politica e il mercato**

di **Giuseppe Franco Ferrari**

Nel disegno di legge del governo sulla «Riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», uno dei punti più controversi riguarda la riforma della dirigenza pubblica.

Si tratta di una legge delega, che fissa quindi solo principi (alcuni addirittura definiti «eventuali»), ma la tendenza che si indica è comunque evidente.

**L**o scopo è di unificare per quanto possibile i ruoli della dirigenza, statale e parastatale, con la sola esclusione di quella scolastica; di omogeneizzare gli accessi e i sistemi di valutazione; di ridurre le garanzie di stabilità tipiche del pubblico impiego; di rendere i dirigenti più direttamente dipendenti dal ceto politico. In complesso, il dirigente risulterà titolare di minori garanzie di permanenza sul posto, sarà più frequentemente valutato, più mobile, revocabile anche in costanza di incarico e più responsabile sia di risultati che di specifici provvedimenti.

Molti di questi principi non rappresentano una novità: si pensi, per la dirigenza degli enti locali, alla legge 142/90, poi ripresa dal Testo unico degli enti locali, e per quella statale al decreto legislativo 29/93. Il tentativo di alleggerire la presenza della politica nella gestione amministrativa - limitandola all'indirizzo politico-amministrativo, alla fissazione degli obiettivi e

alla verifica dei risultati - risale ai primi anni '90 (a fronte dei fatti corruttivi che coinvolgevano i partiti, parve necessario ridurre la sfera di influenza della politica). Questo approccio è stato poi razionalizzato dalle due leggi Bassanini (59 e 127 del 1997). Con il Testo unico del 2000, peraltro, era stata avviata una parziale correzione della rigorosa separazione tra politica e amministrazione, e ciò perché fenomeni di malcostume avevano investito anche la dirigenza.

Qual è, dunque, la portata innovativa del Ddl Madia? Innanzi tutto, l'elemento di fiduciarità si dilata e si rafforza: il dirigente viene incaricato per un triennio con nomina essenzialmente politica; è revocabile in corso di mandato; è destinato a ruotare; può essere espunto dai ruoli dopo un dato periodo di assenza di incarichi. Se non si è in presenza di un vero *spoils system*, la direzione è imboccata, benché in modo alquanto strisciante.

La posizione del dirigente diventerà decisamente onerosa. Superato il difficile scoglio iniziale della nomina, il dirigente rimarrà in carica per un breve periodo; provenendo da altra carica dovrà mettersi rapidamente in sintonia con le funzioni, perché sarà valutato alla fine del primo anno in base ai risultati; resterà nell'ufficio al massimo per un secondo mandato; potrà essere revocato e parcheggiato in

un ruolo in cui attende nuove nomine fino a eventuale decadenza. Si auspica che tra settore privato e dirigenza pubblica vi sia massima osmosi, ma da un lato la congiuntura di mercato non è favorevole a una facile circolazione del personale qualificato; dall'altro i limiti retributivi del pubblico potrebbero non invogliare i migliori dirigenti privati. Certamente il dirigente sarà responsabilizzato da un regime fortemente connotato di precarietà.

Peraltro, nella legislazione in tema di azione amministrativa, come quella sugli appalti, aumenterà la responsabilizzazione. Basti ricordare, ad esempio, che l'opinione pubblica reclama che, per evitare la crescita successiva del costo delle opere, le gare a massimo ribasso lascino il posto a quelle a offerta economicamente più vantaggiosa, in cui la discrezionalità della stazione appaltante è maggiore e quindi più esposto è il dirigente, come responsabile del procedimento o come

presidente di commissione. Oppure, si parla di ridurre gli automatismi valutativi della qualità delle imprese che partecipano a gare di evidenza pubblica, con la creazione di fattori di rating, cioè di punteggi aggiuntivi per la qualità; ma anche questo aumenta la discrezionalità dei valutatori.

Insomma, il futuro sembra richiedere al dirigente una visione completamente nuova. Dovrà accettare l'instabilità ed essere pronto al passaggio al privato; dovrà ricollocarsi ruotando sugli incarichi e ricorrere a una sorta di formazione permanente; dovrà essere preparato a lasciare il ruolo anche a prescindere da suoi demeriti, a esempio per mancanza di rapporti che favoriscano nuove nomine, si caricherà di responsabilità con l'aumento della discrezionalità, sarà sempre più esposto agli interventi di una Corte dei conti molto attiva, non dovrà precludersi contatti con il privato, dove potrebbe doversi collocare non per sua scelta.

In sintesi, dal Ddl Madia e dal trend normativo

precedente si ricava una figura di dirigente, si direbbe, post-moderna: ultraflessibile, capace di formarsi on the job, versato sia nei rapporti con la politica che con il mercato, non timoroso del rischio e sensibile alle istanze dei cittadini-consumatori di azione amministrativa. Nulla di più lontano dal grand commis francese, preparato specificamente in modo massiccio e raffinato per restare nei quadri a lungo, tanto da dover pagare per riscattarsi. Più vicino semmai alla mobilità del modello americano, pur in presenza di condizioni istituzionali e di mercato molto diverse.

La domanda semmai è un'altra. Il personale oggi disponibile è in grado di reggere un urto del genere? Certo è che riforme coraggiose comportano salti di qualità. Ma la medicina potente deve poter essere sopportata dal paziente.

Sanità, le Asl  
del Meridione  
spendono meno

L'Italia delle disparità:  
enorme differenza  
nei costi per assistito

Paolo Russo  
A PAGINA 13

## L'Italia degli sprechi sanitari: Bolzano costa 4 volte Pordenone

Le Asl italiane hanno una dotazione media di 1.400 euro per ogni assistito ma tra di loro ci sono enormi differenze. Spesso anche nella stessa regione

**PAOLO RUSSO**  
ROMA

C'è chi, come la Asl di Bolzano, per curare ogni singolo assistito ha in «dote» dalla sua regione 2.421 euro e chi, come gli assistiti di Pordenone dell'azienda sanitaria del Friuli occidentale, deve accontentarsi di 661 euro. E questi sbalzi si verificano anche all'interno di una stessa regione. In Sicilia la Asl di Palermo ha a disposizione 988 euro ad assistito, mentre Enna incassa per ogni cittadino 1.681 euro.

È l'altra faccia degli sprechi in sanità, quella fino ad oggi mai indagata.

Una elaborazione della rivista specializzata «About Pharma» su dati della Fiaso, la Federazione di Asl e ospedali, mette in luce gli sprechi evidenziando le mille distorsioni del sistema di finanziamento delle nostre aziende sanitarie pubbliche. Che produce sicuramente più sprechi dei prezzi divergenti delle siringhe perché finisce per ripartire i fondi in base al principio della spesa storica, per cui ti pago per quello che spendi, magari male, e non per quello che fai e per come lo fai.

Lo studio della Fiaso, dal quale sono state elaborate le classifiche, del resto dice a chiare lettere che nessuna delibera regionale di riparto del fondo sanitario prevede premi per chi ha ben gestito. Il fatto che non siano poche le aziende sanitarie che offrono servizi di qualità con pochi finanziamenti dimostra poi che qualche economia in più, rispetto ai soliti tagli, si potrebbe realizzare distribuendo meglio le risorse in partenza. E invece: spesso i finanziamenti alla Asl non rispondono né ai fabbisogni sanitari della popolazione, né ai costi di produzione dei servizi offerti; la

ripartizione dei fondi avviene al di fuori di ogni programmazione, definita dal Piano sanitario regionale solo in 9 regioni. E il tutto in un contesto di incertezza sulle risorse disponibili per consentire alle Asl di fare il loro lavoro, visto che le delibere regionali di assegnazione dei fondi vengono approvate a fine anno di esercizio se non nell'anno successivo. E qui tra quote trattenute centralmente dalle regioni, ripiani dei debiti ex post, diversi criteri di «pesatura» della popolazione assistita si arriva a scarti da tre cifre percentuali tra Asl magari confinanti. Fatto che rischia di generare anche iniquità di trattamento tra gli assistiti d'Italia.

### I fondi alle Regioni

Il sistema non funziona granché nemmeno quando sono le Regioni a spartirsi tra loro i 110 miliardi. La logica è quella di premiare chi ha un maggior numero di anziani da assistere. Ma le regioni meridionali la contestano, sostenendo la necessità di spartire le risorse anche in base a un indice di deprivazione, perché chi vive ai limiti della soglia di povertà ha comunque più necessità di assistenza. E poi alcune regioni stornano parte delle risorse sanitarie destinandole ad altre funzioni, altre fanno l'esatto contrario. Così in Abruzzo, Valle d'Aosta, Trento Bolzano si viaggia oltre i 2.000 euro ad assistito, mentre in Friuli ci si accontenta di 1.022 euro.

Tornando alle singole Asl, oltre a Bolzano in cima alla classifica di quelle che ricevono la dote più alta, sempre superiore ai duemila euro pro-capite, troviamo le aziende di Trento ed Aosta e tutte quelle abruzzesi, seguite con 1.951 euro dalla Asl Roma E. Una pioggia di denaro, rispetto alle 50 aziende che ricevono meno della media nazionale di 1.444

euro, che in parte ha delle spiegazioni. Le Asl abruzzesi ricomprendono anche tutti gli ospedali della regione e la «Roma E», nell'anno di rilevazione dei dati, ha percepito ben sette milioni di ripiano debiti a pie' di lista. Che poi è un'altra riprova del fatto che più sprechi e più soldi ricevi.

Decisamente sopra la media nazionale di risorse a disposizione per assistito troviamo anche le Asl Torino 2 e 4, rispettivamente con 1.872 e 1.670, mentre ad Alessandria vanno 1.703 euro.

### La spending review

«Buona parte di questi scarti non trova giustificazione se non nel fatto che si continuano a finanziare le Asl in linea con quanto speso l'anno precedente, senza alcuna aderenza ai reali fabbisogni sanitari del territorio», spiega il professor Federico Spandonaro, economista del Crea sanità-Tor Vergata che ha coordinato lo studio Fiaso. «I numeri - gli fa eco il presidente della federazione della Asl e degli ospedali, Francesco Ripa di Meana - non sono indicatori di iniquità assoluta perché evidentemente ci sono aziende che, con meno, fanno lo stesso di altre più ricche. E il management ha un ruolo importante nell'attuare le differenze e perseguire l'equità». Anche se su quei numeri è probabile finisca per buttare un occhio anche il governo impegnato nell'ennesima spending review.

## I numeri Sarà presentata alle Regioni

Mercoledì la manovra sanitaria

Decreto da 2,6 miliardi di euro

### 988

euro

La dotazione pro-capite all'Asl di Palermo, quasi la metà di quella riservata ad Enna, che incassa per ogni cittadino 1.681 euro

■ È pronta la manovra sanitaria che mercoledì il governo presenterà alla Stato-Regioni sotto forma di decreto. In tutto 2,6 miliardi, comprensivi di circa 300 milioni di blocco del fondo per l'edilizia sanitaria. Il grosso, circa 1,5 miliardi arriverà dalla ricontrattazione dei contratti di acquisto già in essere di beni e servizi e dispositivi medici. Altri 400 milioni arriveranno fissando un prezzo massimo di rimborso per categorie omogenee di medicinali. Salta la responsabilità patrimoniale per i medici che prescrivono prestazioni «inappropriate». Destinate infine a chiudere le cliniche con meno di 40 posti letto.

### 2.037

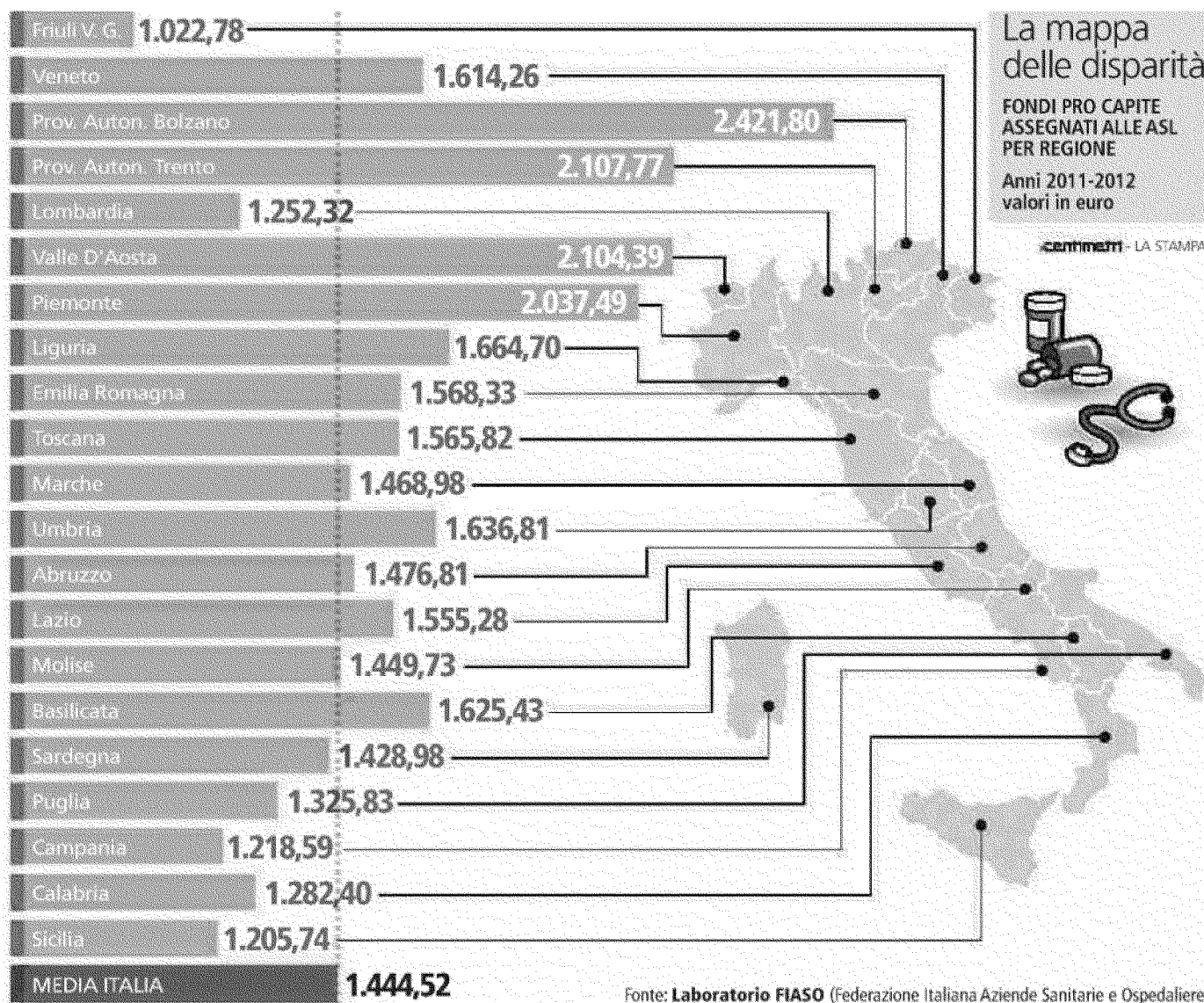
euro

È la dote media delle Asl abruzzesi, prima tra le regioni subito dopo le Province Autonome di Trento e di Bolzano, che guidano la classifica

### 1.872

Torino 2

Nel capoluogo piemontese, l'Asl più «ricca» è la numero 2. Seguono l'Asl To1 (1.741 euro), l'Asl To4 (1.670), To3 (1.574) e To5 (1.536)



Fonte: **Laboratorio FIASO** (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere)



RISPARMI PER 2,6 MILIARDI

## Farmaci e visite I tagli alla sanità

di **Margherita De Bac**

**D**ue miliardi e 600 milioni per il 2015. I tagli alla sanità prendono forma. Farmaci, dispositivi medici, beni e servizi, visite specialistiche ed esami ambulatoriali inappropriati al centro della stretta.

a pagina **44**

## Farmaci, acquisti, ricoveri e ricette Nella sanità tagli per 2,6 miliardi

Fitch conferma il rating all'Italia: «Più stabilità, avanti con le riforme. Crescita debole»

**ROMA** Prendono forma i tagli alla sanità, due miliardi e 600 milioni per il 2015 se si include la riduzione del fondo per l'edilizia sanitaria già concordato a febbraio. L'intesa tra Stato e Regioni potrebbe arrivare il 29 aprile. La discussione era prevista l'altro ieri, ma l'appuntamento è slittato, segno che il braccio di ferro continua.

Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti preferisce parlare di «razionalizzazione. Se si è in grado di spendere meno risorse per dare più servizi è un vantaggio per i cittadini». Facile a dirsi. La percezione da parte di chi la sanità la vive tutti i giorni, quindi malati, medici, infermieri, è tutt'altro che efficienza e crescita. I comparti interessati dalla stretta non sono nuovi alle manovre. Farmaceutica, dispositivi medici (ampia categoria di prodotti che vanno dalla siringa alle apparecchiature), acquisto di beni e servizi, prescrizioni di visite specialistiche ed esami ambulatoriali inappropriati, cioè non giustificati dalla reale necessità del paziente.

Medicine, il risparmio stimato è di 235 milioni. Deriva

### I tagli alla Sanità

#### La proposta alle Regioni

Dati in milioni di euro	
Dispositivi medici	845
Beni e servizi	652,5
Riduzione finanziamento farmaceutica	310
Edilizia sanitaria	285
Revisione prontuario farmaci e sconto su biotecnologici	235*
Prescrizioni	106
Riduzione ricoveri inappropriati	89
Riduzione primariati	68
Chiusura cliniche con meno di 40 letti	10
<b>Totale</b>	<b>2.600,5</b>

\*Il dato è riferito ai 200 milioni di risparmi per i sei mesi del 2015.

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità

d'Arco



**De Vincenti**  
Spendere meno per dare più servizi, è un vantaggio per i cittadini

dalla revisione del prontuario da parte dell'agenzia nazionale Aifa anticipata al 30 giugno. In realtà è difficile che in così poco tempo i tecnici riescano a compiere un vero e proprio giro di boa. Verrà rivisto l'elenco dei prezzi di riferimento che indicano il prezzo massimo di rimborso per i farmaci «terapeuticamente assimilabili». Più responsabilità per le aziende produttrici, chiamate a intervenire in caso di superamento dei tetti di spesa: 310 milioni in meno. Attenzione al fondo per i farmaci innovativi, istituito dalla legge di Stabilità

per rimborsare le nuove cure contro l'epatite C. La spesa in più incide sul tetto territoriale.

Rientrata la «patrimoniale» sui medici che prescrivono esami sproporzionati. Non pagheranno personalmente. Ne risponderanno i direttori generali delle Asl alla verifica di fine nomina. E ancora, taglio alle convenzioni con le cliniche private al di sotto dei 40 posti letto a meno che non si tratti di centri specialistici, ad esempio solo oftalmologia, odontoiatria, ortopedia. Tra i punti, la «riduzione progressiva delle centrali del 118», conseguenza della riorganizzazione della rete ospedaliera. Alcune Regioni hanno cominciato a unificarle. In Toscana le centrali sono scese da 12 a 6, in Emilia Romagna da 12 a 3, Lombardia da 9 a 4 e Piemonte da 8 a 4.

Un incoraggiamento è arrivato ieri sera da Fitch che ha confermato il rating all'Italia sulle considerazioni di una maggiore stabilità anche se, ha rilevato l'agenzia americana, le riforme vanno completate e la crescita è ancora fragile.

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La vicenda



● È attesa per il 29 aprile l'intesa tra Stato e Regioni che potrebbe decidere sui tagli alla sanità

● Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti (foto) sostiene che se si è in grado «di spendere meno risorse per dare più servizi, è un vantaggio per cittadini»

● Farmaci, prescrizioni di visite specialistiche ed esami ambulatoriali i settori in cui si concentrano i tagli

● I risparmi stimati dalla manovra sono pari a 2,6 miliardi nel 2015 se si include anche la riduzione del fondo per l'edilizia sanitaria

GARANTE PRIVACY

## Albo pretorio con il timer, delibere online per 15 giorni

Ciccia a pag. 26

*Il Garante della privacy: per mantenerle bisogna oscurare i nomi*

# Albo pretorio col timer

## Dopo 15 giorni le delibere online vanno tolte

DI ANTONIO CICCIA

**A**lbo pretorio on line con il timer: passati 15 giorni le delibere devono essere tolte. E per mantenerle, in omaggio alla trasparenza amministrativa, si devono oscurare i nomi delle persone citate. Con il provvedimento n. 182 del 26 marzo 2015 il garante della privacy ha stoppato la pubblicazione sul sito di una regione di una delibera contenente dati sul conto di un lavoratore, spostato di ufficio, tra cui valutazioni sulla professionalità e sul comportamento, motivi del trasferimento, dettagli su rapporti conflittuali, difficoltà di funzionamento dell'ufficio attribuiti alla sua presenza. Le delibere, però, devono essere pubblicate all'albo pretorio per 15 giorni. Al termine del periodo previsto dalla legge, le delibere vanno tolte. Il garante, inoltre, ha chiarito, che se la regione intendesse mantenere on line le delibere, potrebbe farlo solo dopo aver proceduto alla anonimizzazione dei dati personali. Non può dirsi che la persistenza delle informazioni sul sito sia imposta dal dlgs 33/2013 sulla trasparenza amministrativa: il decreto contiene un elenco tassativo delle informazioni che vanno obbliga-

toriamente pubblicate nella sezione «amministrazione trasparente». Gli obblighi del decreto 33 (che prevedono una permanenza della diffusione sul sito per 5 anni) vanno tenuti distinti dall'obbligo di pubblicità all'albo notiziario.

Il garante ha contestato non solo la durata della pubblicazione, ma anche il merito delle informazioni diffuse: la pubblicazione della delibera riportante il nominativo del segnalante, le valutazioni sulla prestazione lavorativa e le specifiche motivazioni del trasferimento ad altro ufficio, non è stata ritenuta conforme al codice della privacy.

**PERMESSO DI SOGGIORNO.** Il garante (provvedimenti n. 119 del 5 marzo, 141 del 12 marzo e 163 del 19 marzo 2015) ha dato il via libera a tre schemi di decreti direttoriali del Ministero dell'interno contenenti prescrizioni tecniche sul permesso di soggiorno elettronico (Pse).

Il Pse, rilasciato allo straniero dall'Ufficio immigrazione della Questura, è costituito da una smart card su cui sono stampati i dati e la fotografia del titolare, e nella quale è inserito un microprocessore con i dati identificativi dell'intesta-

tario, tra cui l'immagine del volto e le impronte digitali.

**SPESA SANITARIA.** Il garante privacy ha dato il via libera (provvedimento n. 162 del 19 marzo 2015) a uno schema di regolamento del ministero della salute su un nuovo sistema centralizzato di raccolta dati utile alla spending review sanitaria. L'interconnessione permetterà al ministero, alle regioni e alle province autonome di valutare gli esiti delle prestazioni assistenziali, di monitorare i livelli essenziali e uniformi di assistenza e di programmare l'attività sanitaria.

Con un secondo parere il garante ha dato il via libera ad un altro schema di decreto del ministero della salute che regola l'aggiornamento della disciplina riguardante i flussi informativi dei pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati (provvedimento n. 178 del 26 marzo 2015).

—© Riproduzione riservata—■

Esperti a confronto: «Si deve innanzitutto capire che esistono diverse espressioni sintomatologiche che oggi sono state accorpate nella diagnosi»

# Siamo di fronte a un'«epidemia» di **autismo**?

**P**otrebbe sembrare un luogo comune, ma per i genitori di un ragazzo autistico esiste una sola domanda che torna con insistenza ogni giorno: «Cosa ne sarà di nostro figlio quando non ci saremo più?». Un problema per il quale al momento non sembra esserci una soluzione, così come nell'opinione pubblica non pare esserci una piena consapevolezza dei costi economici e sociali legati a questa patologia. In occasione della giornata mondiale dell'autismo, celebrata il 2 aprile scorso sono stati molti i progetti e le iniziative realizzate nelle più importanti città italiane. Noi abbiamo voluto inquadrare il problema non solo dal punto di vista clinico, ma anche rispetto alle moltissime difficoltà e agli ostacoli che migliaia di famiglie devono affrontare ogni giorno.

«Per parlare di autismo – spiega lo psicologo e psicoterapeuta Giovanni Ippolito – si deve prima capire che esistono diverse espressioni sintomatologiche che oggi sono state accorpate nella diagnosi di disturbo dello spettro autistico. Negli ultimi anni si è assistito a un incremento delle stime di prevalenza tanto marcato da aver fatto parlare di una sorta di “epidemia di autismo”. La questione è in realtà molto complessa, ed è impor-

tante sapere che sono diversi i criteri da tenere in considerazione per una diagnosi corretta. Un passo importante in questo senso lo si è fatto con l'aggiornamento del criterio internazionale diagnostico».

In sostanza la diagnosi di autismo viene solitamente formulata facendo riferimento alle due principali classificazioni internazionali dei disturbi mentali: il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) detto Dsm e l'International Classification of Diseases (Classificazione Internazionale dei Disturbi e delle Malattie) o più semplicemente Icd dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Fino alla penultima edizione del Dsm le due classificazioni coincidevano sostanzialmente nei criteri diagnostici per l'autismo, mentre con il Dms-V (Apa, 2013) sono stati introdotti numerosi cambiamenti, per cui i criteri diagnostici per l'autismo ora si differenziano in maniera consistente rispetto a quelli dell'ultima versione.

In altre parole, spiega Ippolito «i parametri che devono coesistere affinché possa esserci una diagnosi di autismo sono due: deficit persistente della comunicazione e dell'interazione sociale e interessi ristretti. Questo è importante affinché si faccia la stessa diagnosi in presenza degli stessi sintomi».

Ma a quanti anni si può avere una diagnosi? «Prima si diceva entro i primi tre anni di vita, og-

gi si parla di prima infanzia. Questo perché molti genitori raccontano di uno sviluppo che inizialmente sembrava normale, sino ad arrivare ad un vero e proprio black out. Una caratteristica che spiega anche le voci che girano sulla possibilità che i vaccini siano pericolosi». E va detto che la questione vaccini continua ad essere molto discussa. Giovanni Ippolito ad esempio non si sbilancia, la sua personale idea è che «ci siano ancora molte pagine da scrivere su questo tema. La questione è complessa – aggiunge, io come ho avuto qualche remora a vaccinare le mie figlie; poi però ho scelto di farlo, perché i rischi, se ce ne sono, sono certamente molto meno dei vantaggi».

Al di là delle opinioni di ciascuno, un dato certo è che per i bambini con disturbi dello spettro autistico è fondamentale iniziare quanto prima una terapia cognitivo-comportamentale. E anche se dall'autismo non si guarisce, si possono avere significativi miglioramenti. «Si possono raggiungere grandi traguardi – conclude lo psicologo pugliese -, il mese scorso a Napoli si sono ritrovato 110 bambini con autismo, una giornata di sport organizzata dalla Cooperativa Tma Group del dottor Giovanni Caputo insieme al dottor Luigi Sentenza e alla Federazione italiana sport e disabilità intellettiva relazionale. I ragazzi sono stati fantastici, hanno saputo comprendere il senso della gara, l'attesa, l'importanza del risultato e del rispettare le regole».

Ma anche attività semplici come praticare uno sport o un gruppo di animazione, a causa delle tante carenze territoriali, possono diventare ostacoli insormontabili. Talvolta anche solo frequentare la scuola diventa impossibile e, come spiega Carlo Giacobini, tra i fondatori della Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap e direttore di Handylex.org, «essere esclusi da un percorso scolastico comporta ricadute molto pesanti. Per questi ragazzi l'inclusione

---

---

## Le soluzioni

Il problema va inquadrato non solo clinicamente ma anche sotto l'aspetto sociale

---

è vitale». E qui ci si scontra con le moltissime falle che esistono a livello normativo e organizzativo. Spesso, ad esempio, le scuole non sono in grado di accogliere adeguatamente persone con autismo. Eppure, già dal 1975, in Italia si è stabilito che le persone con disabilità non devono seguire percorsi differenziati.

«Lo sforzo di tutte le associazioni in quest'ultimo ventennio – prosegue Giacobini - è stato quello di insistere per garantire un'inclusione di qualità nei percorsi ordinari di studio». Naturalmente generalizzare è sempre un errore, in alcune realtà l'inclusione scolastica non solo è possibile ma è anche molto efficace.

Tuttavia, finita la scuola dell'obbligo, per tutte le famiglie, e in particolare per quelle che de-

---

---

## Giornata mondiale

Il 2 aprile sono state molte le iniziative realizzate nelle più importanti città italiane

vono combattere con un autismo a basso funzionamento, inizia un vero e proprio calvario. I familiari sono spesso infatti tutto ciò che resta a questi ragazzi, e altrettanto di frequente il pubblico non riesce a garantire alcun tipo di assistenza, di supporto, di sollievo, di percorsi personalizzati.

«Il più delle volte – aggiunge Giacobini – ad impoverirsi (non solo economicamente) è l'intero nucleo familiare, si crea una sorta di reciproca dipendenza assistenziale. Tanto che per alcune famiglie il regalo più grande è avere una settimana di tregua, poter dormire almeno una notte». Giacobini non è il solo a pensare che si dovrebbe riconoscere e sostenere, e presto, la figura e il ruolo dei "caregivers". «In Italia – conclude – siamo ancora molto indietro da questo punto di vista, così come siamo indietro sul problema del "dopo di noi". Questa è una questione che i genitori, comprensibilmente, vivono con grande ansia. Ecco perché è fondamentale arrivare presto ad una legge sul "dopo di noi". Alla Commissione Affari sociali della Camera è all'esame un testo, che ha necessità di emendamenti e correzioni, ma che certamente porta finalmente il tema anche nel dibattito politico. Ma vogliamo che le soluzioni adottate non siano quelle della segregazione o degli istituti, o delle comunità, ma quelle della reale inclusione nella comunità di riferimento anche quando mancasse il sostegno familiare».

**Raffaele Nespola**

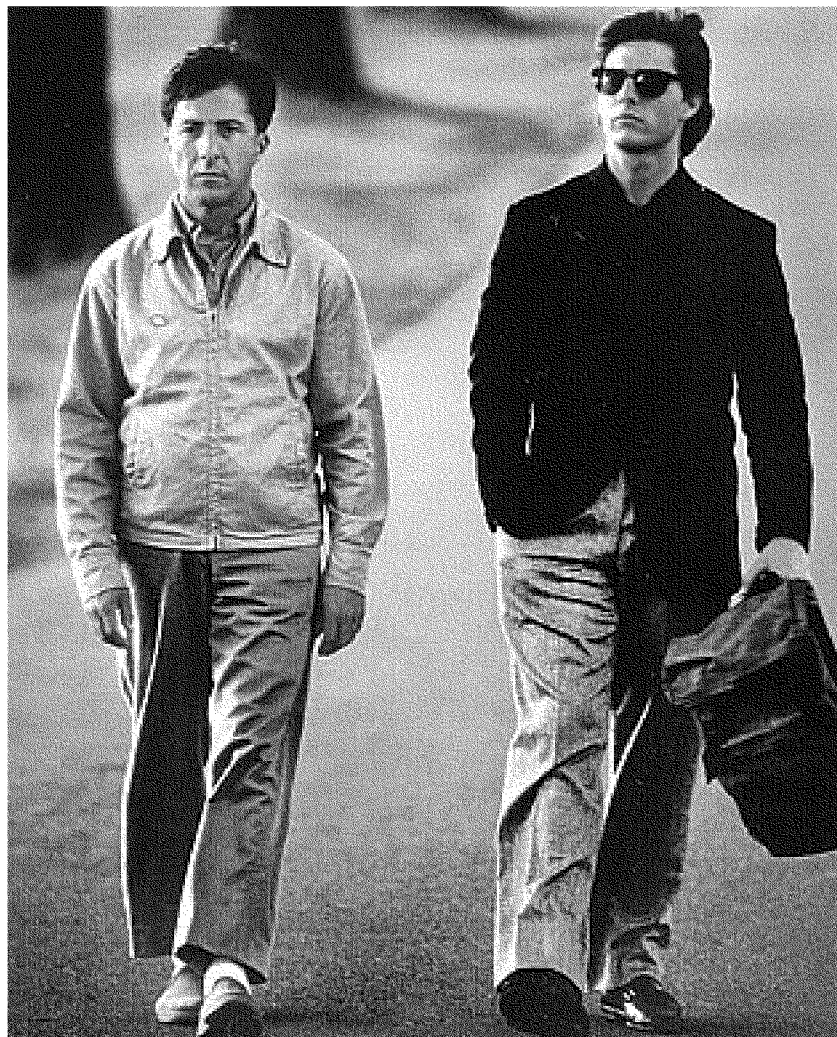
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Giovanni Ippolito** psicologo e psicoterapeuta è specializzato in psicoterapia sistemica relazionale e referente per attività ludico ricreative di diverse associazioni che si occupano di autismo



**Carlo Giacobini** direttore responsabile del sito HandyLex.org e della rivista HandyLexPress è consulente normativo della Federazione italiana per il superamento dell'handicap (Fish)



Dustin Hoffman e Tom Cruise in «Rain Man» film che narra la storia di un uomo affetto da autismo

## La patologia

**Le iniziative**  
Palazzo di Città  
si illumina  
di blu

Illuminare le coscienze sulla problematica dell'autismo per abbattere le barriere dell'ignoranza e dell'indifferenza. Questo lo scopo con il quale lo scorso 2 aprile sono state realizzate centinaia di iniziative in tutta Italia in occasione della giornata mondiale dell'autismo. Tra le iniziative più suggestive quella realizzata a Salerno, dove per circa un'ora, la facciata del Palazzo di Città è stata illuminata di blu. Sempre a Palazzo di Città si è tenuto l'incontro-confronto sul

tema «Autismo: attività svolte e prospettive future». Nell'occasione si è parlato non solo delle tante iniziative finora messe in campo ma anche delle prospettive future, che sembrano finalmente colorarsi di "sfumature più rosee" grazie anche alla recentissima prima Legge italiana sull'autismo, approvata in sede deliberante dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato e pronta ora a passare alla Camera per il varo definitivo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Dall'Oms

«Bisogna facilitare  
l'accesso alle terapie  
e la ricerca»

Una svolta storica per le persone che soffrono di epilessia e per il futuro della ricerca scientifica: lo scorso febbraio l'Assemblea mondiale della salute, il principale organo decisionale dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha inserito questa malattia tra gli «obiettivi» prioritari contenuti nel «Piano d'azione 2013-2020». In particolare, l'Oms esorta gli Stati a: rafforzare le politiche sociosanitarie a favore dei malati di epilessia attraverso l'aumento della disponibilità delle risorse umane e finanziarie; migliorare l'accesso alle cure;

promuovere l'educazione e l'informazione su larga scala con progetti e azioni che favoriscono la conoscenza e la corretta informazione dell'epilessia tra la popolazione, in particolare nelle scuole primarie e secondarie, allo scopo di abbattere i pregiudizi e le discriminazioni sociali; sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica.

**M. G. F.**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province





**Il saluto** Il digi del Rummo Berruti ha introdotto i lavori del convegno

## Il convegno

### «Sanità, ecco come contrastare la corruzione»

Le aziende devono essere legalmente orientate. Questo il concetto basilare per contrastare il fenomeno della corruzione nel Servizio Sanitario Nazionale - fotografato da più angolazioni - emerso dal convegno di aggiornamento organizzato dalla Uil-Flp in collaborazione con la Camera Penale di Benevento. Nell'aula magna «Maria delle Grazie» del «Rummo», dove a fare gli onori di casa è stato il direttore generale reggente Giampiero Berruti, si sono confrontati sul tema il consulente giuridico del Ministero degli Affari Esteri, il magistrato Giovanni Tartaglia Polcini, il chirurgo Antonio Rosa, esponente della sigla sindacale organizzatrice, Antonietta De Nicolò della giunta nazionale delle Camere Penali, Monica Del Grosso della Camera Penale di Benevento e il coordinatore dell'Area Medica della Uil-Fpl Roberto Bonfilii.

Rosa ha snocciolato le criticità del comparto sanitario causate dai fenomeni corruttivi e invocato ulteriori adeguamenti di legge. «L'illegalità - dice - brucia 6 miliardi all'anno nella Sanità, la corruzione si annida nelle consulenze esterne, negli incarichi tecnici e giuridici, nelle collaborazioni, nell'esternalizzazione dei servizi e negli appalti. Bisogna legiferare in maniera ancora più stringente e garantire pene esemplari e rimozioni immediate». Per Tartaglia Polcini, che fa parte della delegazione italiana anti-corruzione dell'Ocse e che ha citato i rilevamenti dell'associazione non governativa «Transparency International», l'Italia da qualche anno ha cambiato passo nella battaglia alla corruzione. «Nessuno dice - sottolinea il magistrato - che possiamo vantare una magistratura indipendente rispetto al resto del mondo. E che è in atto una rivoluzione sociale contro la corruzione e che in termini legislativi stiamo producendo tanto: dal potenziamento dell'Autorità nazionale Anticorruzione al rating di legalità per le imprese, fino all'aumento dei termini di prescrizione sui reati connessi per arrivare alla punizione delle condotte di autoriciclaggio. Siamo giunti a un livello che consente alle aziende, anche quelle sanitarie, di rivedere i rispettivi piani organizzativi: ben venga il whistleblowing introdotto dalla legge Gratteri, ossia la possibilità di segnalazione anonima degli illeciti e la figura del collaboratore di giustizia come avviene già per mafia e camorra. Questa è una mafia che usa il denaro al posto delle armi».

IL PREMIER RENZI SIGLA IL PROVVEDIMENTO

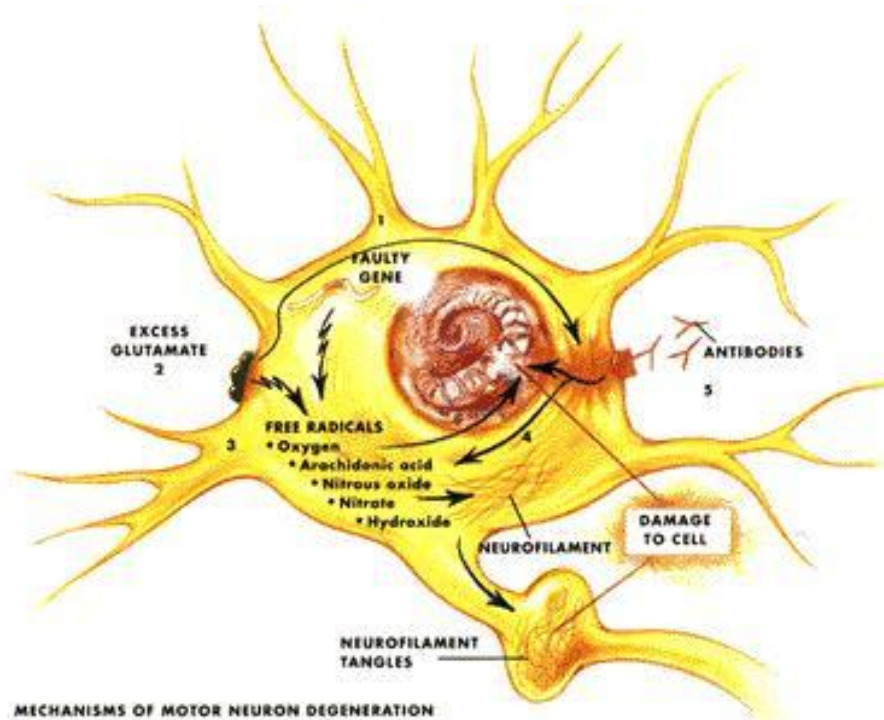
## Ospedale di Caserta, firmato il decreto di scioglimento della direzione generale

ROMA. Il presidente del Consiglio Matteo Renzi ha firmato a Palazzo Chigi, il decreto della presidenza della Repubblica sullo scioglimento per infiltrazioni mafiose della direzione generale dell'azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano a Caserta. La decisione era arrivata martedì su proposta del ministro dell'Interno Angelino Alfano. Nell'azienda ospedaliera erano state riscontrate forme di condizionamento da parte delle locali organizzazioni criminali. Secondo le accuse, l'ospedale della città era ormai diventato un affare privato del clan dei Casalesi, che lo aveva ormai completamente assoggettato ai propri interessi. Il ministro Alfano ha spiegato che la decisione «non vede coinvolto un Comune, come di solito accade in questi casi, ma un ente del sistema sanitario. Il provvedimento, che ha pochissimi precedenti, si è basato su una serie di elementi, emersi anche in sede giudiziaria, che hanno evidenziato la permeabilità al clan dei Casalesi, specialmente nel controllo degli appalti pubblici». Il numero uno del Viminale era poi entrato nel merito della vicenda e, soprattutto, sugli scenari che adesso si profilano: «L'attività della commissione straordinaria dell'Asl, che si insedierà immediatamente riporterà l'Ente alla sua normale gestione», ha spiegato Alfano. Lo scorso 13 febbraio il prefetto di Caserta, Carmela Pagano, aderendo alla proposta del Presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone, aveva provveduto a commissariare l'appalto per il servizio di gestione, presidio e manutenzione degli impianti elevatori dell'azienda ospedaliera di Caserta Sant'Anna e San Sebastiano, gestito dalla ditta Komè s.r.l.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# Anderson-Fabry l'importanza di una diagnosi precoce

Una terapia enzimatica specifica può rallentare il decorso della patologia

di **Raimondo Nesti**

**S**e è vero che con il termine malattie rare ci si riferisce a patologie che singolarmente colpiscono un ristretto numero di persone, altrettanto vero è che l'universo di queste malattie è estremamente ampio. In altre parole: le malattie sono rare, ma i pazienti sono moltissimi. Ecco perché il *Corriere del Mezzogiorno* ha deciso di tornare sull'argomento del quale ci si era già occupati nel precedente numero di *Salute e prevenzione*, focalizzando stavolta l'attenzione su quella che viene comunemente definita «malattia di Fabry».

Il nome di questa patologia è in realtà «malattia di Anderson-Fabry» dai nomi dei due medici che in maniera del tutto indipendente la descrissero per la prima volta alla fine dell'800. «In Campania — spiega il dottor Antonio Pisani, ricercatore della cattedra di nefrologia della Federico II — le persone diagnosticate sono circa 60, ma è lecito pensare che ci siano almeno altrettanti pazienti che non sono



In Campania le persone affette da malattia di Anderson-Fabry sono 60

riusciti ad ottenere una diagnosi o che hanno avuto una diagnosi sbagliata». Un problema, quello della diagnosi, che ricorre spesso nelle persone colpite da malattie rare. Spesso, infatti, la prima battaglia da affrontare per questi pazienti è quella di riuscire a dare un nome alla propria sofferenza; cosa ancor più difficile quando (come nel caso della malattia di Fabry) i sintomi sono abbastanza aspecifici.

Lo spiega anche lo stesso Pisani: «I primi sintomi si hanno generalmente nel periodo infantile, ma possono avere entità

e decorsi differenti. In genere comunque tutto comincia con dolori anche molto forti agli arti, febbre, stanchezza e intolleranza agli sforzi, al caldo e al freddo eccessivi; talvolta anche disturbi dell'udito e alla vista. Dunque, sintomi non specifici che rendono piuttosto difficile la diagnosi che può arrivare dopo anni, in età adulta, quando ormai ci sono compromissioni irreversibili degli organi interni».

Dal punto di vista strettamente clinico, la malattia di Fabry è una malattia da «accumulo lisosomiale», dunque caratterizzata da un accumulo di metaboliti o sostanze nei lisosomi con una conseguente perdita di funzionalità cellulare. Nella malattia di Fabry la carenza di un enzima, nel caso specifico dell'alfa galattosidasi, porta danni a livello renale, cardiaco e del sistema nervoso centrale.

Tra i maggiori esperti pugliesi c'è sicuramente il professor Loreto Gesualdo, dell'Università di Bari; anche lui denuncia il fatto che «troppo spesso è difficile arrivare ad una diagnosi precoce. Purtroppo — aggiunge — i pazienti vengono colpiti con il tempo da complicanze di natura renale, cardiaca, cerebrovascolare o anche da una

combinazione di questi problemi. Se ci fosse una diagnosi precoce e un appropriato trattamento si potrebbe avere anche un miglioramento dei sintomi ed una migliore qualità di vita». Altro aspetto importante riguarda poi la trasmissione della malattia. «Si tratta di una patologia ereditaria, legata al cromosoma X», prosegue Gesualdo, «le madri eterozigoti, ad ogni concepimento, hanno una probabilità del 50% di trasmettere il gene difettoso ai propri figli, indipendentemente dal sesso del nascituro. Mentre i padri con la malattia di Anderson-Fabry non trasmettono il gene difettoso ai propri figli maschi, ma solamente alle figlie femmine. In funzione di un complesso meccanismo genetico, noto come inattivazione del cromosoma X, i soggetti eterozigoti sviluppano la malattia in forma lieve, moderata oppure classica. In genere sono i maschi a sviluppare i sintomi in maniera più forte ma in ogni caso, anche all'interno della stessa famiglia, la malattia può presentarsi con sintomatologie ed evoluzione clinica anche molto differente. La prevalenza — conclude il professor Gesualdo — è stimata in un paziente ogni diecimila persone, questo significa che se fossimo in grado di diagnosticare tutti i casi di malattia di Fabry avremmo in Puglia circa 400 pazienti».

Oggi, spiegano gli esperti, esiste una terapia enzimatica specifica che promette di modificare la storia naturale della malattia, e sia in Campania che in Puglia i pazienti possono contare su centri altamente specializzati. In Campania il polo di riferimento è il Centro Malattie Rare della Federico II, dove lavora il team coordinato dal dottor Pisani. In Puglia i centri di riferimento sono due, uno a Bari (dov'è impegnato proprio il professor Loreto Gesualdo assieme al professor Francesco Papadia), e uno a Foggia (affidato all'esperienza dei professori Giuseppe Grandaliano ed Elena Ranieri).



I primi sintomi, spesso aspecifici, si palesano nel periodo infantile

La prima battaglia per i pazienti è quella di dare un nome alla sofferenza



**Antonio Pisani** è ricercatore della cattedra di nefrologia della Federico II di Napoli, è tra gli esperti incaricati di creare il Registro Mondiale dei pazienti affetti dal morbo di Fabry



**Loreto Gesualdo** si occupa di malattie rare presso il centro di nefrologia del Policlinico universitario di Bari, il suo team ha realizzato speciali chip per la diagnosi precoce

**Cardiologia**  
**Aneurisma aortico,**  
**le ultime tecniche**  
**di intervento**

Le nuove frontiere e i moderni trattamenti chirurgici degli aneurismi dell'aorta toracica sono stati al centro del simposio presso la clinica Mediterranea di Napoli, appuntamento inserito nei "Mediterranea cardiac surgery symposia", i seminari di aggiornamento e approfondimento cardiologico, organizzati dal Centro Cuore della clinica, diretto dal cardiocirurgo Luigi Chiariello. Al simposio, che ha visto una partecipazione internazionale di studiosi, fra cui il professor Paolo

Angelini, direttore del Center for Coronary Anomalies di Houston in Texas, si è parlato molto anche della sindrome di Marfan: due casi ogni 10 mila abitanti, circa 15 mila pazienti in tutta l'Italia e 120 casi solo in Campania. Sono i numeri di questa sindrome. Il rischio principale per la sopravvivenza è rappresentato dalla rottura dell'aorta, ma oggi vi sono metodiche diagnostiche sempre più raffinate e meno invasive oltre a innovative tecniche chirurgiche.

## Nella dieta dei diabetici non trova spazio nemmeno troppo sale

### Quali rischi

In chi ha la glicemia alta, l'eccesso di sodio raddoppia il pericolo di infarti e ictus

**T**roppo sale nel piatto fa male, si sa, perché aumenta la pressione. Ma oltre agli ipertesi, anche i diabetici dovrebbero nascondere la saliera, perché in chi ha la glicemia sballata esagerare col sale raddoppia la probabilità di eventi cardiovascolari come infarti e ictus.

Lo ha dimostrato una ricerca, pubblicata sul *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, analizzando le abitudini alimentari di circa 1600 diabetici e registrando poi per otto anni le complicanze avvenute: stando ai dati raccolti, raddoppiare la dose quotidiana di sodio significa raddoppiare il rischio di guai a cuore e vasi. La quantità considerata «pericolosa» dagli autori, un gruppo di giapponesi dell'Università di Niigata, è pari a poco meno di sei grammi al giorno di sodio, circa il triplo della quantità massima giornaliera consigliata dall'Organizzazione mondiale della sanità, secondo cui non dovremmo superare i due grammi di sodio quotidiani.

Nella pratica si tratta di non introdurre, con spuntini, colazione, pranzo e cena, più di un cucchiaino da tè di sale da cucina al giorno: una missione non da poco, visto che basta una pizza per superare la soglia.

Provarci però è necessario, come conferma Gabriele Riccardi, docente di endocrinologia dell'Università Federico II di Napoli: «L'80% dei diabetici muore per un problema cardiovascolare e correggere la glicemia riduce solo marginalmente il rischio: è lo stile di vita in generale a poter fare davvero la differenza. Ridurre l'apporto di sale migliora il tono dei vasi, che nei diabetici tendono a irrigidirsi, e amplifica l'azione protettiva sul cuore di farmaci come gli Ace inibitori, spesso usati da questi pazienti».

Ma ai diabetici serve una dieta globalmente più attenta: sì a frutta, verdura e cereali integrali, sì anche all'olio d'oliva, ricco anch'esso di antiossidanti con effetto antinfiammatorio. «Per le proteine, meglio prediligere quelle di origine vegetale portando in tavola i legumi — riprende Riccardi —. Alla carne è bene preferire il pesce, ma nessun alimento deve essere demonizzato: un diabetico non può fare colazione tutti i giorni con una brioche, ma per il compleanno può godersi una fetta di torta, se poi per far scendere la glicemia esce per una passeggiata». È tramontato, insomma, il tempo in cui ai pazienti si diceva di abbandonare pane, pasta e dolci senza appello. «Erano divieti assoluti impossibili da seguire e tutto sommato inutili, ciò che conta è l'alimentazione nel suo complesso» conclude l'esperto.

**Alice Vigna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Tonificazione per le ossa e corsa per la pressione

## La scelta

**F**are movimento aiuta a mantenersi in salute: vale per i giovani sani, ma anche per chi soffre già di qualche patologia o non ha più vent'anni.

Nell'ultimo mese sono stati pubblicati studi che dimostrano come un'adeguata attività fisica possa migliorare le condizioni di chi soffre di *steatosi epatica* (il «fegato grasso») e degli uomini con disfunzione erettile, ma anche rallentare la crescita di alcuni tumori e perfino essere un coadiuvante della terapia antiretrovirale per chi ha contratto l'Hiv.

Senza contare gli effetti su chi non è più giovanissimo: chi si mantiene fisicamente attivo durante la mezza età ha un minor rischio di morte cardiaca improvvisa, che contrariamente a quanto si teme sarebbe meno probabile proprio durante lo sport (i casi di arresto cardiaco durante gli allenamenti di un cinquantenne sono pochi e hanno anche maggior probabilità di essere trattati tempestivamente e con successo, stando a dati appena usciti sulla rivista *Circulation*). Lo stesso vale per gli anziani: un'indagine su oltre mille «over 75» pubblicata dal *Journal of the American Heart Association* ha provato che evitare la sedentarietà, anche quando si hanno limiti nelle capacità di movimento, riduce il pericolo di infarto.

Quel che conta in chi non è più giovane è puntare a un'attività a bassa intensità, ma distribuita su tutto l'arco della giornata: in altre parole, bisogna non stare troppo a lungo seduti, come conferma una ricerca su oltre tremila persone in sovrappeso, secondo la quale ogni ora passata di fronte alla tv aumenterebbe del 3,4% il rischio di ritrovarsi diabetici.

Dati confermati dallo studio internazionale Navigator, presentati all'ultimo convegno «Conoscere e curare il cuore» organizzato dal Centro per la lotta contro l'infarto. «In persone con ridotta tolleranza al glucosio o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, un'attività fisica regolare è più efficace dei farmaci nel diminuire la probabilità di diabete, infarto, ictus o altre malattie di cuore e vasi — spiega Francesco Prati, presidente del Centro per la lotta contro l'infarto —. I dati mostrano che chi partiva da un livello di moto modesto, circa duemila passi al giorno, ma nel corso di un anno ha incrementato l'esercizio, ha visto ridursi di circa il 10% il pericolo di eventi cardiovascolari: un effetto più ampio di quello possibile con i farmaci sperimentati allo scopo nello studio».

Ma se non si è perfettamente sani, come si sceglie l'attività più giusta? «Ad esempio, per chi è cardiopatico, iperteso, diabetico o anche sovrappeso od obeso esistono indicazioni specifiche — spiega Gianfranco Beltrami, docente del corso di laurea in Scienze motorie

dell'Università di Parma e membro del consiglio direttivo della Federazione medico sportiva italiana (Fmsi) —. In questi casi occorre spesso limitarsi ad allenamenti a bassa intensità». Quanto al tipo di esercizio da scegliere, esistono indicazioni di massima condivise dagli specialisti: in caso di osteoporosi l'attività fisica favorisce la deposizione di osso rinforzando lo scheletro ma servono esercizi di tonificazione con carichi leggeri e non è adatto il nuoto; la piscina può essere ottima, così come la corsa o la bicicletta, per ipertesi e pazienti con scompenso cardiaco o infarto; sì a yoga o arti marziali per «sciogliere» i muscoli di collo e spalle in chi soffre di cefalee muscolo-tensive, spesso dovute proprio a posture sbagliate; ottimi gli sport di squadra come pallavolo, calcetto, basket o danza per chi soffre di depressione o ansia, grazie al «carico» di endorfine che garantiscono.

L'esercizio aerobico, infine, è una buona opzione anche per gli obesi o i pazienti con diabete, in questo caso facendo attenzione che la glicemia non scenda troppo a causa dell'allenamento.

**E. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Yoga

Lo yoga o le arti marziali sono indicati per «sciogliere» i muscoli di collo e spalle in chi soffre di mal di testa muscolo-tensivi, spesso dovuti a posture sbagliate