

http://www.notiziarioitaliano.it/Gli_oncologi___Cambiare_il_modello_di_cura_dei_pazienti_guariti_da_piu_di_5_anni_.af48fdb60.a.html

L'ipotesi di costituire una rete informativa tra paziente, medico di base e specialista. Anche per risparmiare decine di milioni di euro

Gli oncologi: "Cambiare il modello di cura dei pazienti guariti da più di 5 anni"

ROMA - Prendersi cura dei tre milioni di pazienti che escono dalla fase acuta del tumore: una sfida che può avere un effetto virtuoso sul sistema sanitario. Ma come e chi deve seguire i pazienti dopo i trattamenti, quelli con sopravvivenza a 5 anni, i "lungo sopravvissuti", i "cronicizzati" e, ora si può dire, i guariti? Oggi i pazienti restano "in carico" all'oncologo per un tempo indefinito. E' logico e utile per il paziente? Una proposta e una risposta arriva dall'appuntamento romano organizzato da Aiom (associazione oncologia medica), sponsor Novartis oncology, e dal lavoro avviato da anni insieme a medici di medicina generale (Simg) e varie società scientifiche e associazioni di pazienti: un percorso comune tra territorio e ospedale per la cura della persona guarita, quello che negli Usa si chiama "survivorship care". Percorso di cura. Il modello contenuto in un documento di consenso firmato da 10 sigle che operano nell'oncologia, parla di una rete informativa (il fascicolo sanitario elettronico è condizione *sin e qua non*) per la sorveglianza clinica dopo il tumore, differenziata e mirata alla persona e alle sue specifiche caratteristiche, che vede il medico di famiglia riorganizzarsi insieme all'oncologo per reciproci invii e controlli. Paziente informato (dice il presidente Aiom, Carmine Pinto, "su tipo e durata dei controlli"), medico di famiglia avvertito ("un file o una lettera con informazioni precise sul programma di follow up e con l'indicazione dello specialista di riferimento in caso di dubbi"), oncologo

"disponibile" ("una via preferenziale nel caso vi sia sospetto di recidiva"). Un percorso virtuoso, attento anche alle problematiche psicologiche, riabilitative e socio-lavorative, in modo da ottimizzare l'assistenza e diminuire i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica. E soprattutto individuare prima possibile le ricadute e gli effetti anche a lungo termine della tossicità dei trattamenti farmacologici. La spesa. In un quadro di risparmi e di attenzione alla appropriatezza delle cure, si è visto che i costi reali delle visite di controllo in oncologia, pari a 400 milioni di euro l'anno, superano di 10 volte quelli previsti (40 milioni). Perché? Vengono prescritti troppo spesso esami inutili e la comunicazione tra specialista e medico di famiglia risulta scarsa. Silvia Francisci dell'Istituto Superiore di Sanità ha presentato alcuni dati (un lavoro compiuto insieme a Stefano Guzzinati del Registro tumori Veneto e Antonio Russo , Registro tumori provincia di Milano) riportando i dati sui costi reali nei primi due anni dalla diagnosi di tumore alla mammella, assai maggiori a quelli attesi in base alle linee guida. E questo a causa "soprattutto di esami inappropriati": a fronte di 200 euro previsti, i costi oscillano tra i 1600 e i 2000 euro. E non è solo sul tumore alla mammella: tutti i tumori principali (polmone, colon-retto, prostata) hanno spese sovradimensionate senza una contropartita in maggior salute.

In 20 mila si curano altrove

Continua il grande esodo dei pazienti, uno dei nodi della sanità locale

Ancona

Se i ricoveri per acuti in regime ordinario sono in calo - 148.049 cittadini marchigiani ricoverati in strutture marchigiane contro i 150.264 del 2013 - continua invece a persistere il problema della mobilità passiva che non accenna a dare segnali positivi. Sono infatti 20.140 i marchigiani che nel

2014 si sono recati fuori regione per curarsi e di questi oltre la metà (10.490) nella confinante Emilia Romagna, 2.352 in Lombardia, 1.783 nella piccola Umbria. Di fatto, come nel 2013, il 12% dei cittadini che ha avuto bisogno di ricoveri ospedalieri si è rivolto altrove. A mettere il dito nella piaga è il ministero della Salute che ha pubblicato i dati definitivi 2014 sui ri-

coveri ospedalieri rielaborati dall'Ufficio Studi Fp Cisl Marche. "La forte mobilità passiva - fa notare il segretario generale Fp Cisl Marche, Luca Talevi - non riesce contestualmente a essere attenuata dai 18.366 cittadini non marchigiani che sono venuti a curarsi nelle Marche. Anzi la mobilità attiva è in lieve calo".

Marinangeli A pagina 4

Continua il grande esodo dei pazienti

Nelle Marche cresce ancora la mobilità passiva: oltre 20 mila si curano fuori regione

Talevi della Cisl: "Abbiamo i conti in ordine ma non si riesce proprio ad essere attrattivi"

POLEMICHE IN CORSIA

MARTINA MARINANGELI

Ancona

Se i ricoveri per acuti in regime ordinario sono in calo - 148.049 cittadini marchigiani ricoverati in strutture marchigiane contro i 150.264 del 2013 - continua invece a persistere il problema della mobilità passiva che non accenna a dare segnali positivi. Sono infatti 20.140 i marchigiani che nel 2014 si sono recati fuori regione per curarsi e di questi oltre la metà (10.490) nella confinante Emilia Romagna, 2.352 in Lombardia, 1.783 nella piccola Umbria. Di fatto, come nel 2013, il 12% dei cittadini che ha avuto bisogno di ricoveri ospedalieri si è rivolto altrove. A mettere il dito nella piaga è il ministero della Salute che ha pubblicato i dati definitivi 2014 sui ricoveri ospedalieri rielaborati dall'Ufficio Studi Fp Cisl Marche.

"La forte mobilità passiva - fa notare il segretario generale Fp Cisl Marche, Luca Talevi - non riesce contestualmente a essere attenuata dai 18.366 cittadini non marchigiani che sono venuti a curarsi nelle Marche. Anzi - insiste - la mobilità attiva è in lieve calo, passando dall'11,2% dei ricoveri in strutture marchigiane del 2013 all'11% del 2014". Il sindacalista va di scorporo: "Di questi ben 8.519 provengono dall'Abruzzo, seguito dal Lazio (2.036), Puglia (2.014). Abruzzo a parte, anche in questo caso l'emigrazione sanitaria dei pazienti provenienti dal Sud Italia non viene raccolta dalle Marche ma da Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto: per esempio oltre 7.000 pugliesi e oltre 5.000 campani si rivolgono a strutture dell'Emilia Romagna bypassando le Marche".

Talevi non molla la presa. "Per quanto riguarda le attività di riabilitazione in regime ordinario a fronte di 950 extra marchigiani che sono venuti a effettuare riabilitazione nelle Marche abbiamo ben 1.552 marchigiani che si sono rivolti fuori regione di cui 623 in Emilia Romagna e 354 in Lombardia". E aggiunge: "Anche se il ministero non ha ancora fornito i dati disaggregati

per Regione è evidente che oltre alla consueta mobilità passiva verso l'Emilia Romagna, che da sempre coinvolge il pesarese, si unisce quella proveniente dalle aree montane verso l'Umbria".

Cambiando l'angolazione, le preoccupazioni restano. Tutte. "Se al problema della mobilità passiva - è ancora la voce di Talevi - aggiungiamo l'altro atavico problema delle liste d'attesa comprendiamo come, purtroppo, dalla relazione del ministero della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione dell'esercizio della attività libero professionale nel 2013, si evince come le Marche siano tra le Regioni dove aumenta il ricorso a visite private all'interno di strutture pubbliche (intramoenia, ndr) e contestualmente siano in aumento i costi delle visite stesse rispetto alla media nazionale". Le cifre: nelle Marche i ricavi da visite intramoenie sono stati nel 2013



36.950.000 euro contro i 35.995.00 euro del 2012.

“Dati importanti quelli del ministero - fa notare Talevi - sui quali il governatore dovrà riflettere soprattutto se vuole dare una risposta a questi problemi che creano disagi e costi ai cittadini marchigiani”. Tira le somme: “Ancora una volta si conferma un dato poco edificante: la sanità marchigiana - che sul fronte della contabilità è tra le regioni con i conti più in ordine - non riesce ad essere attrattiva per i non marchigiani e soprattutto per i marchigiani stessi che evidentemente trovano in tempi più rapidi fuori regione quelle risposte che non trovano all'interno del sistema locale”. E conclude: “L'altra novità negativa che emerge è che si è costretti sempre più spesso a pagare, a caro prezzo, prestazioni che dovrebbero essere offerte in termini ragionevoli dal servizio pubblico”. E i conti non tornano mai.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici impegnati in sala operatoria

Campidoglio Interrogazione urgente al sindaco Marino della consigliera Sveva Belviso

Nuovo contratto niente donazione

A lanciare l'sos una delegazione Atac: il permesso non sarà retribuito

Susanna Novelli
s.novelli@iltempo.it

«Donare perché è importante per le persone malate, e le persone malate possono essere familiari, amici, parenti cari, una sacca di sangue può salvare una vita». Così il sindaco Marino si appellava ai romani lo scorso 10 settembre al termine della donazione del sangue al centro di polemiche con il vicepresidente del Consiglio del Lazio, Francesco Storace, finite poi in querele. Un atto di civiltà, quello del primo cittadino che è stato talmente zelante da non attendere nemmeno i 28 giorni di sospensione dei prelievi previsti per chi si è recato in paesi stranieri. Procedura consentita a prezzo di ulteriori analisi sulla donazione effettuata. Per questo

suona ancora più assurdo quanto previsto dal nuovo contratto capitolino, ovvero l'abolizione del permesso giornaliero per chi dona il sangue. È quanto denunciato in una lettera dell'Associazione donatori sangue - problemi ematologici onlus presso il Policlinico Umberto I. «L'8 settembre una delegazione Atac comunica al direttore generale Adspem l'impossibilità di proseguire l'attività di donazione sangue a causa - si legge nella missiva - degli aggiornamenti apportati al riordino salariale Era1 - Era2 con entrata in vigore il primo ottobre, il quale non prevede la possibilità di godere del giorno retribuito per intero riservato alla donazione per tutti i dipendenti». Una situazione grave che ha allarmato l'associazione dona-

zioni del Policlinico Umberto I tanto da chiedere un incontro urgente alla presidente della Commissione Politiche sociali del Campidoglio, Erica Battaglia. Incontro che ci sarà il 2 ottobre. Un "cavillo" burocratico inaccettabile non solo perché contrario alla normativa nazionale, che riconosce al dipendente la retribuzione normale per le ore non lavorate, ma anche perché - ai maligni - potrebbe apparire come una ritorsione per quanto accaduto a Capadonna quando i vigili urbani si assentarono in massa per donare il sangue. Ovvero attuarono una sorta di sciopero bianco che scatenò le ire del sindaco Marino. E proprio il primo cittadino dovrà rispondere sulla vicenda paradossale quanto drammatica, considerato che come so-

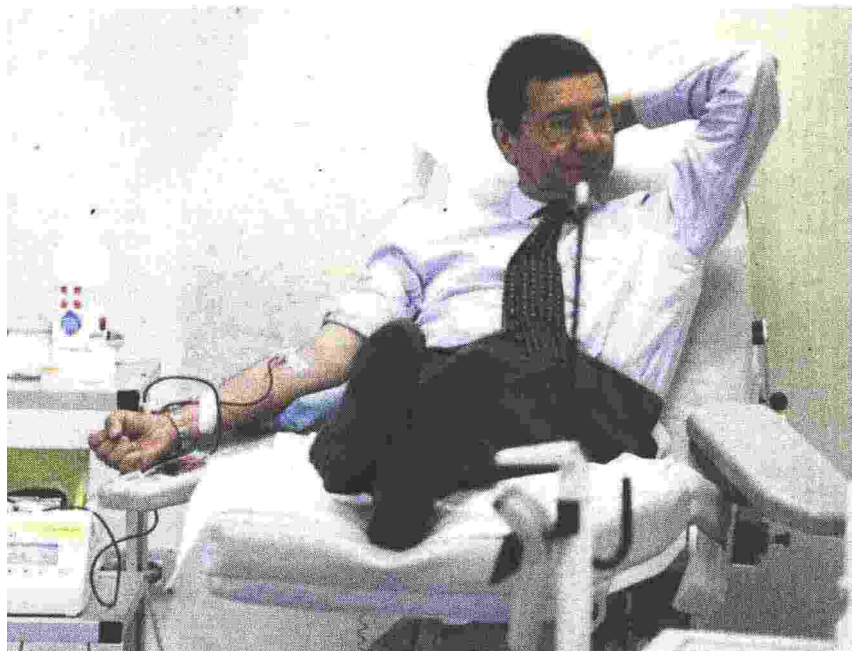
stenuto da egli stesso a Roma e nel Lazio c'è una carenza di almeno 30 mila sacche. La consigliera capitolina dell'Altra Destra, Sveva Belviso ha già prontamente infatti un'interrogazione urgente. «Praticamente da una parte si esortano i cittadini a donare il sangue e dall'altra si viola la legge scoraggiando chi compie questo meritevole gesto di generosità. È questa la strategia di Marino per sensibilizzare le donazioni di sangue? È questo l'esempio che il sindaco, nonché medico chirurgo, vuole trasmettere? - chiese la Belviso - anche questa volta Marino farà finta di non sapere e accuserà altri? Presenteremo un'interrogazione al sindaco perché chiarisca e soprattutto intervenga. Ma almeno questa volta ci risparmi patetici scaricabarile».

Attendiamo tutti, fiduciosi, una risposta chiara.

Il 2 ottobre

L'Adspem dell'Umberto I incontrerà Erica Battaglia

Polemiche
Durissime
quelle sulla
donazione
del sindaco
del 10
settembre



segui quotidianosanita.it [Tweet](#) [stampa](#)


Le professioni e il 566. Fnomceo e Ipasvi: "Ci siamo già incontrati tra di noi. Una soluzione è plausibile". Prove di intesa alla Festa Sanità PD

La conferma di un lavoro a latere tra le due federazioni viene dalla presidente Mangiacavalli dalla rappresentante della Fnomceo Ferrari. Da De Biasi l'impegno a una svolta anche per l'istituzione degli ordini delle professioni sanitarie. De Filippo: "Entro due-tre settimane il tavolo della cabina di regia". All'incontro anche Beux (Tsrn) e Dirindin (PD)



13 SET - Sabato sera ho avuto l'occasione di moderare una delle tavole rotonde organizzate dalla Festa nazionale welfare e sanità del PD a Reggio Emilia. Il tema era quello del ruolo delle professioni sanitarie nella sanità del futuro.

A confrontarsi:

- il sottosegretario **Vito De Filippo**, che ha la delega ministeriale per le relazioni sindacali e che proprio sul nostro giornale, il 15 agosto scorso ha lanciato la convocazione unitaria di tutte le professioni per sciogliere l'impasse createsi dopo il comma 566;

- la presidente della Commissione Sanità del Senato **Emilia De Biasi** che il 28 luglio scorso ha rimbrottato in Aula i colleghi della Bilancio che stanno tenendo nel cassetto il dd 1324 per la riforma e l'istituzione degli ordini delle professioni sanitarie fermo in Parlamento da 500 giorni e che dovrebbe onorare la promessa fatta più di 10 anni fa alle 22 professioni della sanità di avere un loro ordine;

- il presidente della Federazione nazionale dei tecnici sanitari di radiologia medica **Alessandro Beux** che nel 2012, prima delle grandi polemiche e prima dei "casi Marlia, Barga e Friuli Venezia Giulia" (tutte vicende giudiziarie, le prime due penali, la terza amministrativa, che hanno messo in discussione l'autonomia professionale dei Tsrn), sottoscrisse un accordo con i medici radiologi e le altre specializzazioni radiologiche sul chi "fa che cosa" in questa delicatissima branca sanitaria, senza particolari difficoltà ma che oggi ammette sconcolato che "un accordo come quello sarebbe difficilmente firmato", perché "il clima è diverso e c'è diffidenza tra le professioni";

- la senatrice PD **Nerina Dirindin**, già direttore della programmazione sanitaria del ministero della Salute all'epoca di Rosy Bindi, poi assessore alla Sanità in Sardegna con la giunta Soru e ora capogruppo PD alla Commissione Sanità del Senato, professoressa di economia sanitaria all'Università di Torino e tra gli autori del documento finale della Commissione sanità del Senato dove il rilancio delle politiche del personale, l'abbandono della logica del precariato a vita sono tra i punti segnanti le strategie di una possibile inversione di tendenza nel declino del Ssn;

- completavano il parterre degli ospiti la neo presidente Ipasvi **Barbara Mangiacavalli** e la presidente dell'Ordine dei medici di Reggio Emilia, **Anna Maria Ferrari**, delegata dalla Fnomceo a rappresentare il

punto di vista ufficiale della Federazione nazionale dei medici e odontoiatri italiani. Quelli di Mangiacavalli e Ferrari erano forse tra gli interventi più attesi, visto il clima da sfida all'O.K. Corral attorno al comma 566 sulle nuove competenze che dura ormai da mesi tra medici e infermieri.

Ecco come è andata.

"La cabina di regia si riunirà entro poche settimane". L'impegno è del sottosegretario **De Filippo** che conferma l'intenzione annunciata a ferragosto di sbloccare l'avvio dell'assise istituita da più di un anno ma mai riunita per il concomitante caso "566" che ha bloccato il confronto e l'interlocuzione tra le parti. "Ora ci riproviamo, senza alcun eroismo", ha detto De Filippo, convinto però che questo sia il momento di riprendere le fila di un progetto, quello delle nuove competenze di cui parla orma dal 2011, e di chiuderlo definitivamente con un accordo.

"La riforma degli ordini e l'istituzione di quelli delle professioni è indispensabile e la faremo". Così **De Biasi** che chiarisce che non saranno più accettati "veti" da questa o quella professione, chiarendo poi che "sono finiti i tempi in cui sugli ordini in generale cresceva scetticismo e diffidenza, perché oggi, Europa compresa, si è finalmente capito che le professioni sono una garanzia, per il sistema sanitario e il cittadino, contro un abusivismo sempre più penetrante e pericoloso per la salute dei cittadini".

"L'accordo dell'area radiologica è stato bloccato perché mancava una cornice giuridica. Ma ora che c'è una legge (comma 566) che lo contempla lo sblocciamo". Lo ha chiarito **De Filippo** rispondendo alla richiesta di **Beux** sul destino di quell'accordo sancito dalle professioni della radiologia ma mai sottoscritto in Stato Regioni.

“Dopo Marlia e le altre vicende giudiziarie passo indietro tra medici radiologi e tecnici”. Ne è convinto **Beux** che è certo che un accordo come quello fatto nel 2012 tra tutte le professioni dell'area radiologica oggi non si riuscirebbe a replicare. “Quelle vicende giudiziarie hanno riportato il settore ad anni indietro come se quello che sta accadendo da tempo nelle radiologie italiane dove i tecnici hanno di fatto una prassi professionale autonoma e consolidata non stesse accadendo”.

Fnomceo e Ipasvi: prove di intesa sul comma 566. L'annuncio, in sordina, con tanto di scambio d'occhiate (lo diciamo o no?) viene da **Ferrari** e **Mangiacavalli** che, dopo due interventi molto “*istituzionali*” dove avevano ribadito i punti di vista noti di medici e infermieri sul comma 566 – “ci sentiamo minacciati” i primi, “negli ospedali le nuove competenze specialistiche degli infermieri sono già una realtà” i secondi –, rispondono così a chi (il sottoscritto) chiedeva se Ipasvi e Fnomceo sarebbero state disposte a incontrarsi da sole, per vedere di risolvere la faccenda, tra professioni, senza il sostegno “ancillare” di Governo e Regioni: “In realtà ci sono già incontri formali ed informali e confidiamo in una soluzione positiva per entrambe le professioni e penso che ce la faremo”, hanno annunciato Ferrari e Mangiacavalli e tutti i presenti hanno tirato un sospiro di sollievo, come a dire, “era ora”.

“**Non vorrei che mentre pensiamo a riparare le sdraio sul ponte della nave (le nuove competenze professionali), il Titanic affondi**”. Questa la metafora scelta da **Dirindin** per dire la sua sulla questione personale Ssn. “Le nuove competenze sono importanti, figuriamoci, ma vorrei che non ci dimenticassimo o sottovalutassimo quanto sta accadendo al personale del Ssn nel suo complesso. Senza contratto, con la logica del precariato a vita ormai imperante e forse altri tagli in arrivo. Il personale è la risorsa primaria del Ssn e su questa risorsa dobbiamo investire, ristabilire la regolarità dei rapporti di lavoro, anche perché siamo all'assurdo che la precarietà ci costa di più, guardando anche ai conti economici, della messa in regola del personale necessario”.

E sui tagli veri o presunti, passati o futuri, siparietto finale: De Filippo: “Con il decreto di agosto non abbiamo tagliato il fondo, abbiamo congelato il suo aumento per quest'anno”; **De Biasi:** “Se tagliamo ancora la sanità il futuro è la sua privatizzazione, punto. Tutto il resto sono chiacchiere”. E non manca una steccata al presidente di Confindustria **Giorgio Squinzi** che lo stesso giorno sulla *Stampa* aveva parlato di una riforma dei contratti che contempli anche “pacchetti di welfare che prevedano prestazioni sanitarie e previdenziali”: “Squinzi ritorna su un *leit motiv* caro a Confindustria - dice De Biasi - quello di smontare il sistema sanitario universalistico in favore di un ritorno alle mutue. Ma a quel punto sarebbe coperto solo chi ha un lavoro stabile e tutti gli altri?”.

Cesare Fassari

13 settembre 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Lavoro e Professioni



[Lutto per il mondo della farmacia e della sanità. È morto Giacomo Leopardi, una vita al servizio dei farmacisti italiani](#)



[Donne medico. È arrivato il momento di concretizzare la contrattazione di genere](#)



[Veterinaria. Da commissione Ue linee guida per prevenire uso eccessivo di antibiotici](#)



[Ricetta veterinaria elettronica. Anmvi: “Sperimentazione utile se porterà a regime un sistema condiviso con i veterinari”](#)



[Primo Corso Nazionale per Giovani con Diabete](#)



[Ex specializzandi. Cassazione apre a rimborsi anche a chi ha iniziato prima del 1983. Consulcesi: “Si rischia voragine per lo Stato”](#)

OS *newsletter*

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

R2/LA RICERCA

Convivialità e non solo cibo
nella vera dieta mediterranea

MARINO NIOLA

Non solo cibo nella vera dieta mediterranea

Oggi la ricerca viene presentata a Expo, nella Settimana dedicata al tema da Unesco

Non a caso nel 2010 non fu patrimonializzato il format nutrizionale ma la sua storia di sostenibilità

In uno studio le sette virtù della nuova piramide (social): da "convivialità" a "zero sprechi"

MARINO NIOLA

LA piramide della dieta mediterranea diventa social. E si propone come stile di vita del futuro. In grado di assicurarci benessere, longevità e sostenibilità.

A condizione di non scambiarla per una semplice tabella nutrizionale, per un elenco di totem e tabù alimentari.

È quanto emerge da uno studio del *MedEatResearch*, il Centro di ricerca sociale sulla dieta mediterranea dell'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli. Che oggi (14 settembre) inaugura all'Expo di Milano la "Settimana Unesco della dieta mediterranea", voluta dal Ministro delle politiche agricole Maurizio Martina.

Si comincia alle 11, nel Cluster Bio-Mediterraneo, con il talk show "La ricetta della longevità". Il pezzo forte sarà la presentazione della nuova piramide universale elaborata dagli esperti del *MedEat*.

Antropologi, pedagogisti e sociologi, con il sostegno di medici di fama mondiale. Come il

diabetologo Gabriele Riccardi, il nutrizionista Franco Contaldo. E il clinico Mario Mancini, collaboratore di Ancel Keys, lo scienziato americano che scoprì la dieta mediterranea. Ma sono della partita anche chef stellati come Alfonso Iaccarino.

Il pool interdisciplinare è giunto alla conclusione che la classica piramide della dieta mediterranea, quella elaborata negli anni Novanta dal Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti, è largamente insufficiente.

Perché è un decalogo secco, che riduce la complessità dello stile di vita mediterraneo a un elenco di ingredienti. Dimenticando la cultura che c'è dietro. E soprattutto che, per vivere una vita buona, sana, lunga e possibilmente felice, i comportamenti e gli atteggiamenti sociali sono fondamentali quanto gli alimenti.

Non a caso l'Unesco nel 2010 non ha patrimonializzato il format nutrizionale della dieta mediterranea ma la grande storia di sostenibilità e comunità che c'è dietro.

Per mettere la salute nel piatto, insomma, non è sufficiente calibrare proteine, carboidrati e vitamine. Altrimenti andremo a pranzo direttamente in farmacia.

E allora qual è la ricetta? Ambiente sano, ritmi umani. E tanta, tantissima condivisione. Le ricerche più recenti dicono, infatti, che la solitudine fa più danno dell'obesità.

Perché è una disfunzione del corpo sociale. E dunque mangiare un pomodoro in piedi da-

vanti al frigorifero non significa seguire la dieta mediterranea. E meno che meno farsi del bene.

Perché la salubrità di un cibo non è un fatto esclusivamente biochimico. Non riguarda solo il nostro tessuto connettivo ma anche quello collettivo.

Per questo motivo, alla base della nuova piramide, gli esperti hanno inserito sette parole chiave. Sette virtù da coltivare il più possibile. Prima tra tutte la Convivialità, che da sempre è una ricetta infallibile per creare legami tra le persone.

Perché, come diceva Plutarco duemila anni fa, non ci sediamo a tavola per mangiare, ma per mangiare insieme. Segue la Tradizione, che è il patrimonio collettivo che si è stratificato nei secoli dando vita a quella cattedrale del gusto che è l'*Italian Food*.

Altrettanto importante è la Stagionalità, che è un principio etico, politico e gastronomico, perché consumare i prodotti di stagione significa mangiare alimenti più saporiti, meno trattati e ridurre l'inquinamento ambientale.

Ovviamente è fondamentale



anche l'Attività fisica, ma senza trasformare il movimento in un addestramento da marines.

In più, alla base della piramide entrano parole del tutto nuove. È il caso di *Insieme*, un invito alla collaborazione in cucina, senza distinzioni di genere.

Soltanto ridisegnando ruoli e compiti domestici sarà possibile continuare a nutrirsi di *real food*, il cibo vero, quello fatto in casa e trasmettere alle nuove generazioni i capolavori della nostra cucina. Si tratta di una responsabilità che va condivisa fra i generi, in nome delle pari opportunità.

Ma anche per non privare i nostri figli di quel patrimonio di intelligenza e conoscenza che abbiamo ricevuto in dono dai nostri genitori. Una *mission* educativa insomma. Che le famiglie devono condividere con la Scuola, altro mattone di base della piramide.

Perché solo una sana e consapevole abitudine alla cultura del cibo può favorire comportamenti virtuosi e insieme gioiosi.

Una vera pedagogia alimentare, infatti, non può limitarsi a sfornare decaloghi di norme restrittive, ma deve insegnare il valore e i significati che l'alimentazione ha avuto e avrà nella storia dell'umanità.

Anche per questo la parola conclusiva è Zero sprechi. In un mondo dove 800 milioni di persone soffrono la fame è infatti un dovere morale evitare di buttarne nella pattumiera quel surplus alimentare che è l'effetto perverso della nostra bulimia consumistica. E impegnarsi perché il cibo arrivi anche a chi non ne ha.

Insomma il Mediterraneo ci ha tramandato un modo solidale, sostenibile, sano, democratico di nutrire il pianeta.

Il simbolo della nuova piramide che lo studio dell'Università Suor Orsola Benincasa consegna all'esposizione universale di Milano declina al futuro questa preziosa eredità.

GRIPRODUZIONE RISERVATA

IPUNTI

LARICERCA

Lo studio è firmato dal MedEat Research, centro di ricerca sociale dell'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli

ILDECALOGO

Secondo il pool di studiosi la classica piramide (il decalogo) della dieta mediterranea elaborata negli anni Novanta è insufficiente

SETTEPAROLE

Ovvero, le virtù "da coltivare": Convivialità, Tradizione, Stagionalità, Attività fisica, Insieme, Scuola e Zero sprechi

All'Expo diventa protagonista il mangiare mediterraneo nell'ambito di una settimana interamente dedicata al tema con un progetto scientifico organizzato dal MedEatResearch dell'istituto Suor Orsola Benincasa: convegni e dimostrazioni Testimonial sarà Alfonso Iaccarino, il primo grande chef a introdurre pasta, olio e pomodoro nei menu «stellati»

La dieta per vivere più a lungo

ANCEL KEYS È IL
PROFESSORE
AMERICANO CHE
CONIÒ IL TERMINE
VIVENDO 40 ANNI
NEL CILENTO

IL PANE È IL
SIMBOLO
DEL NOSTRO
STILE
DIVITA

MARINO NIOLA DIRIGE
I LAVORI PUNTANDO
AL RECUPERO DELLE
TRADIZIONI CONTRO
LE TENDENZE PRIVE
DI RADICI CULTURALI

L'OLIO DI OLIVA
È IL GRASSO
SIMBOLO DEL
MANGIARE
BENE

Luciano Pignataro

Nella più grande Foodlandia mai costruita nella storia umana approda ufficialmente la Dieta mediterranea. Dovrà sgomitare tra gli stand delle multinazionali, i panini di McDonald's, gli stili alimentari asiatici e sudamericani, ma alla fine siamo sicuri che riuscirà ad attrarre l'attenzione dovuta per un motivo molto semplice: le altre diete cambiano e hanno alterne fortuna, hanno sempre un inventore. La Dieta Mediterranea invece è un insieme di abitudini, alimenti, stili di vita sedimentate nel corso dei secoli tra più di un popolo e in infinite civiltà dal oltre tremila anni.

Sarà il progetto de «La Dieta Mediterranea come ricetta della longevità» elaborato dal MedEatResearch, il Centro di Ricerche Sociali sulla Dieta Mediterranea dell'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli, diretto dall'antropologo Marino Niola, ad aprire dunque oggi la «Settimana della Dieta Mediterranea Unesco», dell'Expo.

«La dieta mediterranea è una ricetta di longevità - dice Niola - perché, come evidenziano i nostri studi, fin dalla sua scoperta, è stata considerata uno stile di vita, che fa bene alle persone, alla società e all'ambiente. E soprattutto che allunga la vita. Non a caso il suo scopritore, lo scienziato americano Ancel Keys, è morto a 101 anni e sua moglie e collaboratrice Margaret Honey a 97». Fu proprio Keys a ribattezzare il Cilento, dove si stabilì nel 1964, il Triangolo della Lunga vita, a causa degli alti tassi di longevità dell'area, paragonabili a quelli giapponesi e molto superiori alla media italiana. E nel 2012 la FAO ha proclamato la Dieta Mediterranea il regime più eco-compatibile e il più adatto a sfamare l'umanità del futuro prevenendo numerose malattie dal diabete ai disturbi cardiovascolari. Ed è proprio questo stile di vita che l'Unesco ha proclamato patrimonio dell'umanità il 15 Novembre 2010.

La Settimana sarà ospitata dal cluster «Bio-Mediterraneo: salute, bellezza e armonia» e sarà aperta da un talk show ideato dal MedEatResearch dell'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli, introdotto da Dario Cartabellotta, responsabile unico del Cluster Bio-Mediterraneo e condotto da Licia Granello di Repubblica.

Al termine della discussione verrà proiettato il documentario «I pionieri della dieta mediterranea», prodotto per l'occasione dal MedEatResearch, che ha intervistato i protagonisti della scoperta della dieta mediterranea: Jeremiah Stamler, cardiologo di fama internazionale e professore emerito della Northwestern University di Chicago, Mario Mancini, luminare della medicina italiana e allievo di Ancel Keys, Delia Morinelli, la cuoca personale di Ancel e Margaret Keys, che è stata la fonte etnografica dalla quale i due scienziati americani hanno appreso la cucina popolare campana, che hanno raccontato nel 1975 nel best seller «How to eat well and stay well. The Mediterranean Diet», Caroline Keys D'Andrea, figlia di Ancel e Margaret Keys, che racconta dell'amore dei suoi genitori per lo stile di vita italiano; Carolina e Nino D'Andrea, nipoti di Ancel Keys, Henry Blackburn, allievo e successore di Keys alla scuola di Public Health dell'Università del Minnesota, Alessandro Menotti direttore scientifico del Seven Countries Study.

Uno degli eventi clou della giornata sarà la presentazione del «Pane del gaio sapere», ideato dal Suor Orsola Benincasa, che sarà distribuito in contemporanea all'Expo di Milano e nel cuore del centro storico di Napoli, lungo Via Chiaia a ridosso della Piazza del Plebiscito. Preparato con farine di grano integrale e biologico di altissima qualità e lievito madre il «Pane del gaio sapere» è stato ideato e prodotto dall'Università Suor Orsola Benincasa come emblema stesso della nutrizione e della condivisione, non solo alimentare ma anche culturale.

«Un progetto non solo estetico, ma soprattutto etico - dice il rettore Lucio d'Alessandro - perché nell'era della rete, sapere e informazioni sono reperibili dappertutto, ma si tratta spesso di sapere inerti, fermi e l'unico sapere che innova realmente il mondo nasce, invece, nelle comunità vive e vitali come le università, dall'incontro e dal confronto delle intelligenze». L'artista Lello Esposito ha curato il progetto artistico di questo pane sul quale ha impresso una O che ricorda al tempo stesso l'iniziale della fondatrice dell'antica città della monastica seicentesca in procinto di divenire Patrimonio dell'umanità certificato dall'Unesco, dove oggi ha sede l'Università Suor Orsola Benincasa, e l'uovo, simbolo della vita che rinasce, che è la firma dell'artista.

All'ora di pranzo ci sarà uno show cooking di Alfonso Iaccarino, chef del ristorante pluristellato Don Alfonso 1890 di Sant'Agata sui Due Golfi (Napoli). Iaccarino spiegherà il segreto dei suoi celebri Spaghetti alla Don Alfonso: pasta di Gragnano IGP, essiccati lentamente e conditi con un sugo fatto con tre tipi di pomodoro fresco e una manciata di basilico raccolto a Punta della Campanella, tra Positano e Sorrento. Questa ricetta simbolo della dieta mediterranea, secondo una ricerca Oxfam del 2012, condotta in 137 Paesi, è il piatto più amato al mondo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'istituto

Il centro di ricerche del Suor Orsola sostiene gli studi sulla biodiversità

Il Centro di Ricerche Sociali sulla Dieta Mediterranea, istituito presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa di Napoli e diretto da Marino Niola, nasce nell'aprile del 2012 nell'ambito del

progetto denominato Ca.ri.na. (Sicurezza, sostenibilità e competitività delle produzioni agroalimentari della Campania) finanziato dal Por Campania Fse 2007/2013, con l'obiettivo di valorizzare,

promuovere, diffondere il patrimonio alimentare del Mezzogiorno d'Italia e incentivare gli scambi culturali sull'enogastronomia dei diversi Paesi dell'area mediterranea.

L'ANALISI

FRA STILI DI VITA SBAGLIATI E GRAVI RESPONSABILITÀ DELLE FAMIGLIE TRADIZIONALI

ITALO CUCCI

Provo un certo disagio a trattare dell'obesità dei bambini italiani mentre sono bombardato da immagini dolorose dei tanti piccoli che le guerre spingono disperatamente verso una speranza di libertà e di benessere. Non voglio insinuare sensi di colpa nelle famiglie italiane che hanno avuto la fortuna di lasciarsi alle spalle gli stenti dell'ultima guerra mondiale e sono riuscite a costruirsi - spesso a forza di sacrifici - un'esistenza positiva; e tuttavia, pur rispettando i rilievi scientifici che documentano il problema dell'obesità infantile, mi sento di dire, da padre e da... reduce dall'evento bellico che portò anche a noi fame e disperazione, che proprio la liberazione da quell'incubo ha pesantemente influito sugli stili di vita dei decenni successivi. Non esistono, a mio avviso, bambini che si comportano da impenitenti golosi ma genitori che prima hanno cercato di compensare la penuria di cibo che avevano sofferto e poi non sono riusciti a disciplinare la condotta nutrizionale dei figli.

Anche inseguendo modelli che una certa letteratura - in particolare sportiva - andava propagandando come conquista fisica e salutare. Non sempre a torto, e comunque in termini esagerati, si lodava la trasformazione dei giovani italiani «affamati e stortignaccoli», in difficoltà nei confronti sportivi con altre creature, in particolare del mondo anglosassone - così Gianni Brera - in atleti vigorosi e vincenti grazie a un'alimentazione più ricca di proteine.

Superato il vero o presunto handicap alimentare, la famiglia tradizio-

nale ha ignorato un aggiornamento essenziale, ovvero la ricerca di un nuovo stile di vita che ricercasse una salute fisica sostenuta da nuove regole che sostituissero il necessario all'abbondanza.

«Grasso è bello» è stato e continua spesso ad essere lo slogan che confonde la salute con un fisico avviato all'obesità. I dati del ministero della Salute sono allarmanti: è in sovrappeso il 22,9% dei bambini di 8-9 anni, esposti al rischio del diabete mellito e malattie cardiovascolari. Una ricerca internazionale cui aderisce anche l'Italia per approfondire le conoscenze sulla salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, ha evidenziato che la frequenza dei ragazzi in sovrappeso e addirittura obesi è in espansione e colpisce le generazioni più giovani; in particolare è più elevata negli 11enni (29,3% nei maschi e 19,5% nelle femmine), che nei 15enni (25,6% nei maschi e 12,3% nelle femmine).

A confermare che si tratta di una pessima educazione alimentare prodotta in famiglia, si documenta come in Italia il 32% degli adulti è sovrappeso, mentre l'11% è obeso: in totale, oltre quattro adulti su dieci (42%). Ecco perchè - soccorso medico a parte - è importante intensificare una nuova cultura alimentare strettamente collegata a un'attività sportiva non necessariamente agonistica. Non cito l'abusato motto latino ma è certo che la salute fisica non può rinunciare a un adeguato supporto intellettuale. Già la scelta di un'attività sportiva da parte dei famigliari deve corrispondere alle effettive necessità dei più giovani nell'età dello sviluppo. Ma questa è un'altra storia.



La ricerca

PER SAPERNE DI PIÙ
 www.nhlbi.nih.gov
 www.agenziafarmaco.gov.it

“La pressione a 120 è già troppo alta” la svolta degli Usa

“Stare sotto quei limiti riduce i rischi di infarto”
 Ma lo studio divide i medici: ci rende tutti ipertesi

MICHELE BOCCI

LA CORSA all'abbassamento dei valori della pressione ricomincia. Uno studio del National heart, lung and blood institute statunitense, in un colpo solo, trasforma alcuni milioni di italiani in potenziali soggetti a rischio che potrebbero avere bisogno di farmaci. La ricerca Sprint abbassa infatti il valore della pressione sistolica, cioè la massima, a 120. Le persone che restano sotto, dice il lavoro che ha coinvolto 9.300 soggetti a rischio ed è stato interrotto un anno prima perché i risultati erano chiari, vedono ridursi di un terzo la probabilità di avere l'infarto o l'ictus e di un quarto quella di morire. Tutto questo malgrado le più recenti linee guida delle società scientifiche sia americane che europee avessero ritoccato verso l'altro proprio il limite della massima portandolo a un valore compreso tra 140 e 150 a seconda dell'età del paziente. Tenere sotto controllo il colesterolo è fondamentale, visto che questo fattore di rischio è considerato dall'Oms la prima causa di morte nel mondo. Ma quando si entra nel campo dei valori ai quali fare riferimento ci sono più scuole di pensiero. E Sprint apre a una serie di problemi. Come raggiun-

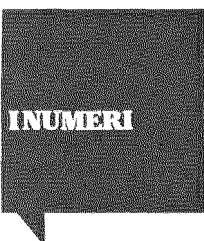
gere i 120? «Farlo con i farmaci è una cosa molto difficile, almeno su larga scala», spiega Sergio Taddei, ordinario di medicina interna a Pisa e tra i massimi esperti di ipertensione del nostro Paese. Le medicine hanno tutte effetti collaterali, e trattare milioni di persone per abbassare la pressione potrebbe dare grossi problemi di tollerabilità. «Certo, la relazione tra questo valore che misura la tensione esercitata dal sangue sulla parete vascolare e gli eventi come infarto e ictus è lineare — dice ancora Taddei — Maggiore è il primo, più aumenta il rischio. Ma fino ad ora nessuno studio ha dimostrato che abbassare la pressione con i farmaci riduca il rischio allo stesso modo. Soprattutto a questi livelli. E poi è difficile fare un discorso sulla popolazione in generale, va visto il singolo paziente. Ce ne sono molti, ad esempio, ai quali può bastare dimagrire e fare attività fisica anche per scendere sotto i 120. Per altri invece, che magari prendono già molte altre pasticche, non ha senso appesantire il trattamento. Bisogna sempre parlare del paziente e non della malattia».

In Italia già oggi ci sono circa 4 milioni di persone in trattamento perché ipertese, molte delle quali (circa il 44%) non seguono le cure date dal loro medico. Per questo

fattore di rischio ci sono pochi farmaci nuovi a disposizione, e i costi delle vecchie molecole sono ormai piuttosto ridotti. Aumentare la platea di persone in cura ovviamente sarebbe una manna per i produttori. «Se devo portare la pressione a 120-80 — dice sempre Taddei — sono obbligato a prescrivere almeno 3 o 4 molecole». Soprattutto nei soggetti anziani, coloro che più spesso sono costretti a prendere già altri farmaci, potrebbe essere dannoso un trattamento così pesante. E gli esperti segnalano anche il rischio, per gli ultra ottantenni, che una riduzione della pressione renda più probabili le cadute, tra le prime cause di morte.

Per fare chiarezza sulla materia, Aifa nei prossimi giorni presenterà un lavoro sull'ipertensione per dimostrare come nella maggior parte dei casi quando ci si trova di fronte a questo problema, si debba prima di tutto intervenire su stili di vita e alimentazione. Facendo moto e mangiando meglio si possono raggiungere buoni risultati nella lotta alla pressione alta. «Ci sono grosse perplessità nelle agenzie regolatorie e nelle istituzioni sanitarie internazionali su questa tendenza a ridurre continuamente questi valori, e persino in alcuni casi anche ad anticipare la terapia», dice il direttore dell'agenzia del farmaco Luca Pani.

©PRODUZIONE RISERVATA



120

IL NUOVO VALORE
 Il valore limite della pressione massima

indicato dal nuovo studio Sprint, condotto negli Usa

150

IL MASSIMO
 Il valore massimo indicato di recente dalle società scientifiche internazionali

90

IL MINIMO

Il valore di minima indicato dalle società internazionali. Precedentemente la minima era 80