

# Galles, pillola del giorno dopo a 13 anni

**LONDRA.** Da ieri in Galles la pillola del giorno dopo viene offerta gratuitamente in farmacia e anche alle ragazzine dai 13 anni in su. In Inghilterra invece costerà ancora 25 sterline, circa trenta euro, ma sarà ugualmente disponibile per le minorenni, anche di 12 o 13 anni. La decisione di offrire il farmaco gratuitamente ha sollevato forti preoccupazioni in Gran Bretagna non solo da parte delle associazioni contro l'aborto ma anche da molti medici che sostengono che in questo modo il governo si laverebbe le mani della responsabilità di educare i ragazzi sui rischi fisici ed emotivi di avere rapporti sessuali prematuri. La Gran

Bretagna è infatti il Paese in Europa con il numero più alto di malattie trasmesse sessualmente e di gravidanze tra minori. La pillola del giorno dopo è gratis in tutta la Gran Bretagna se prescritta da un medico o da un consultorio, ma il Galles è la prima regione a offrire il farmaco gratis direttamente in farmacia senza bisogno di ricetta medica. Secondo Josephine Quintavalle di Core, il governo così incoraggerebbe un atteggiamento «irresponsabile» nei confronti del sesso. «Le ragazzine di dodici, tredici anni non sono mature per capire le conseguenze di quello che fanno».

**Elisabetta Del Soldato**

**Esplode la polemica: sarà offerta gratuitamente in farmacia senza la necessità di prescrizione medica**



# Lampade abbronzanti, un rischio per i minorenni

**Melanoma** La richiesta dei pediatri americani di proibire i lettini solari agli under 18 riapre il dibattito anche in Italia

**L**a proibizione per i minorenni di fare uso di lettini solari senza il consenso dei genitori, introdotta in diversi Stati americani, non è servita ad arginare il fenomeno della tintarella artificiale per i più giovani. Lo dimostrano i dati di uno studio pubblicato sull'*American Journal of Public Health*, che ha coinvolto più di 6 mila ragazzi tra i 14 e i 17 anni, residenti in cento città americane: più di un adolescente su cinque ha sperimentato almeno una volta un lettino solare nell'anno appena passato. Dalla ricerca è emerso anche un identikit di chi ricorre di più alle "lampade": si tratta prevalentemente di ragazze, con una certa di-

sponibilità economica, con genitori che abitualmente ricorrono alla stessa pratica, che abitano a non più di tre chilometri da un centro per l'abbronzatura.

Ora l'Associazione dei Pediatri americani ha chiesto la messa al ban-

do di lettini e docce solari per gli under 18 e d'altra parte anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo auspica, sulla base di dati forniti dall'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, che ha rilevato un rischio di melanoma aumentato del 75 per cento in coloro che fanno uso di lampade abbronzanti al di sotto dei 35 anni. In Inghilterra, dove l'abbronzatura indoor è particolarmente diffusa tra i teenager, c'è una proposta di legge per proibire ai minorenni l'uso dei lettini solari; in Francia, Spagna e Germania già esistono provvedimenti simili.

In Italia sono circa un milione e mezzo i ragazzi tra i 14 e i 18 anni che ricorrono alle lampade solari al-

meno una volta all'anno e, tra questi, ben 700 mila lo fanno più di una volta al mese. «Occorrerebbe una legislazione nazionale più severa — afferma Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia medica e terapie innovative dell'Istituto Pascale di Napoli —. Personalmente non sono fa-

vorevole all'uso delle lampade abbronzanti in qualunque fascia d'età, ma a maggior ragione le eviterei nei giovanissimi».

Nel 2010 la Società italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle malattie sessualmente trasmesse aveva proposto Linee guida

sull'uso delle lampade abbronzanti, che prevedevano il consenso da parte dei genitori per i minorenni e consigliavano una visita dermatologica preventiva. «Per chi ha un fototipo considerato più a rischio, — puntualizza Ascierto — con pelle e capelli chiari, numerosi nei e magari una storia familiare di tumore della pelle, un consulto con uno specialista, prima di ricorrere all'uso dei lettini solari, sarebbe non solo consigliabile, ma direi obbligatorio». Nel panorama italiano, a rendere ancora più confusa la situazione, c'è anche la mancanza di controlli sulle strutture che offrono il servizio: non vengono fatte sufficienti verifiche sulla qualità delle apparecchiature e sulla loro manutenzione, né è prevista un'adeguata formazione del personale.

**C. G.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **Carenze**

**Sono scarsi  
i controlli sui «centri  
abbronzatura» e  
sulla manutenzione  
delle apparecchiature**



**Dermatologia****Per «leggere» i nei  
ci sono nuovi strumenti?**

Ho molti nei e me ne sono stati tolti sei. Certo è bene asportare un neo anche «dubbio», ma la prevenzione si basa ancora solo sull'osservazione della cute?

Risponde

**Nicola Mozzillo**

Direttore Dipartimento Melanoma,  
Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli



*Un occhio esercitato ha un'accuratezza diagnostica di circa l'80%, che può arrivare al 90% con strumenti come la dermatoscopia ad epiluminescenza. Esistono anche altri strumenti, quali la microscopia a laser confocale, che permettono di avere un approssimativo quadro istologico. Ma l'accuratezza diagnostica delle macchine dipende comunque dalla capacità di chi le usa.*



**Oncologia****Dopo un tumore al seno posso usare fitoestrogeni?**

Operata di tumore al seno, in cura con tamoxifene, posso bere latte di soia e usare integratori a base di soia per i fastidi della menopausa indotta dal farmaco?

Risponde

**Alberto Luini**

Direttore divisione di senologia  
Istituto Europeo di Oncologia, Milano



*I fitoestrogeni in preparati, per esempio sotto forma di gocce, di polvere o di granuli e capsule, sono controindicati dopo un tumore al seno, in particolare se*

*è stata consigliata una terapia endocrina con tamoxifene, come nel suo caso.*

*A priori, sarebbe comunque meglio evitarli se il tumore al seno è risultato sensibile agli ormoni.*

*Diversa la questione per i fitoestrogeni presenti nel latte di soia che non hanno una concentrazione tale da dare effetti (sia positivi, che negativi) in senso ormonale.*

*Il latte di soia può dunque essere assunto senza preoccupazioni, badando alla logica raccomandazione di non esagerare, perché nessuno degli alimenti di cui normalmente ci cibiamo dovrebbe essere assunto in quantità eccessiva.*

*Indipendentemente dal fatto che si sia o meno incorsi in qualche malattia, una dieta variata ed equilibrata è sempre il vero segreto della salute.*





Diritto

Tra paziente  
e medico serve  
il mediatore

a pagina 62

Errori medici È operativa la legge che prevede un nuovo modo di ottenere giustizia prima di andare in Tribunale

# Come chiedere i danni al dottore

*Adesso ci si dovrà affidare a un mediatore, per tentare un accordo*

*Le norme mirano a ridurre  
il lavoro dei Tribunali  
e a soddisfare i cittadini che  
chiedono tempi brevi  
per la soluzione dei conflitti*

Controversie

Il tentativo  
di conciliazione,  
ora obbligatorio,  
vale anche in  
ambito sanitario

**N**e abbiamo parlato un anno fa come di una realtà di là da venire, ma adesso il Decreto legislativo del 4 marzo 2010 è «operativo». Dal 21 marzo, se si vogliono far valere i propri diritti per tutta una serie di materie, compreso il risarcimento dei danni derivati da errore medico, prima di far causa rivolgendosi al Tribunale Civile, è obbligatorio passare per un tentativo di mediazione. Scopo della legge: alleggerire il peso che grava sui Tribunali e venire incontro ai cittadini che chiedono tempi brevi per la risoluzione dei conflitti. E se fino a poco fa ancora si discuteva sull'opportunità di questa legge, ora non resta che applicarla. E conoscerla. Anche perché adesso sono chiari molti elementi che sono stati precisati dal Ministero di Giustizia nel corso dell'anno, come l'elenco dei "mediatori" autorizzati e le cifre che i cittadini sono chiamati a sborsare per la richiesta di mediazione (vedi scheda a fianco).

Per di più, si è già maturata un po' di esperienza perché, anche se fino al 20 marzo la mediazione non era obbligatoria, era però possibile. E si sono visti i primi tentativi anche in ambito sanitario (come quelli riportati nei box sotto) che risultano davvero "innovativi" per le soluzioni che si sono tro-

vate per mettere d'accordo pazienti e medici.

«Quello che va chiarito — spiega Liliansa Ciccarelli, responsabile del settore Conciliazione di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato — è che la mediazione non è né un tentativo da riservare alle cose di poco conto, né un obbligo puramente formale da espletare prima di andare a occuparsi seriamente del caso in Tribunale. Il passaggio della mediazione è vincolante indipendentemente dal valore economico delle lite o dalla gravità degli errori medici. La mediazione non è invece obbligatoria quando un cittadino abbia subito un danno, derivante da reato, e decida di costituirsi parte civile nel processo penale per il risarcimento del danno stesso». Ma chi si è finora proposto come organismo di mediazione? Non in pochi. Se si scorre l'elenco del ministero della Giustizia si trovano 630 riferimenti che corrispondono ad altrettante sedi accreditate di 197 organismi. A fare la parte del leone sono le Camere di Commercio che vantano una lunga esperienza in tema di mediazione, anche se (finora) in tutt'altri settori della sanità; seguono gli Ordini degli avvocati e numerosi organismi privati. Tutti gli enti autorizzati possono fare mediazione in qualsiasi campo. «Per questo — ricorda Ciccarelli — bisogna andare a vedere

"chi" sono i mediatori e che formazione hanno», cosa che è facilmente fattibile consultando i regolamenti dei vari enti pubblicati sul sito del Ministero.

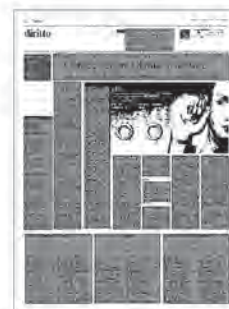
Aggiunge Stefano Cardinale, cofondatore di un organismo di conciliazione internazionale al lavoro ora anche in Italia: «È evidente che se un ente ha a disposizione molti mediatori, con preparazioni diverse, tra cui anche dei medici, non farà che affidare a loro le liti con aspetti sanitari e questo consentirà di risparmiare sulle spese di un consulente medico, spese che verrebbero sostenute dalle parti in lite».

Gli stessi medici, un anno fa, avevano detto di essere pronti a diventare mediatori in prima persona. Il progetto ha avuto un seguito. Spiega Gabriele Peperoni, segretario nazionale della Fnomceo, la Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri: «Gli Ordini numericamente più forti organizzeranno servizi di mediazione propri, come d'altronde ha già fatto l'Ordine di Roma, e a maggio il presidente della Fnomceo e del Consiglio nazionale forense stileranno un accordo per attivare scuole di formazione in collaborazione».

«L'idea di mettere insieme nei corsi avvocati e figure professionali diverse, come i medici, è senz'altro buona per formare me-

diatori specializzati in diversi settori. Comunque, il vero nodo di questa legge — commenta Fabio Florio, coordinatore della Commissione mediazione e conciliazione al Consiglio Nazionale Forense — per noi non è tanto la formazione quanto la necessità di aggiustamenti, come l'eliminazione dell'obbligatorietà e la previsione della necessaria assistenza di un avvocato per le parti».

Sul fronte formazione, si è attivata anche Cittadinanzattiva, che sta lavorando alla preparazione congiunta di medici, avvocati e responsabili del Tribunale dei diritti del Malato: il primo seminario pilota (in collaborazione con Asso-medico e Mediare, ente di formazione accreditato dal ministero della Giustizia) partirà il 16 aprile. Precisa Liliansa Ciccarelli: «Le iniziative di formazione sono certo molte, ma ricordiamo che tutti gli enti organizzatori per poter operare devono essere autorizzati dal ministero della Giustizia e che gli "studenti" debbono fare 50 ore di corso per imparare specifiche tecniche di mediazione, indipendentemente dalla loro formazione pre-





cedente. E comunque sarà soprattutto il tempo a "fare giustizia", eliminando dalla scena chi è poco serio o chi è impreparato».

Ma chi, tra i due "contendenti", sceglie l'ente mediatore? «Chi per primo presenta istanza a un organismo» risponde Ciccarelli.

E se la controparte non accetta? «Fermo restando che per legge il mediatore deve dichiarare i casi di incompatibilità (per esempio, legami di qualsiasi genere con la controparte), se ci sono reali difficoltà, magari logistiche, si può vedere se l'ente prescelto è "convenzionato" con altri più raggiungibili — conclude la responsabile del settore Conciliazione di Cittadinanzattiva-Tribunale del malato.

«Ma — precisa Stefano Cardinale — l'organismo può anche proporre di fare la mediazione in "deroga alle sedi", cioè in un luogo diverso dalle sue sedi». Insomma la mediazione ci viene davvero incontro.

**Daniela Natali**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Reati**

**La mediazione non è obbligatoria se ci si costituisce parte civile in un processo penale**

**Le novità**

**I passaggi necessari per «fare pace»**

**Errori medici: il passaggio attraverso la mediazione, prima di rivolgersi ai Tribunali (legge n.28 del 4 marzo 2010 in vigore dal 20 marzo 2011) è obbligatorio per 11 settori, tra cui il "risarcimento del danno derivante da responsabilità medica".**

**A chi rivolgersi: sul sito del ministero della Giustizia, [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it), c'è l'elenco di tutti gli organismi di mediazione autorizzati.**

**Tempi: il tentativo di mediazione deve risolversi in 4 mesi.**

**Incontri: il mediatore prevede solitamente un incontro con entrambe parti, un incontro con ciascuna e un ultimo incontro in cui arrivare alla mediazione. Ma gli incontri possono diventare anche 7-8.**

**Risultati: se si raggiunge un accordo viene registrato dal Tribunale. Se l'accordo non si raggiunge, il mediatore "può" formulare una sua proposta, o "deve" formularla se c'è una richiesta concorde delle parti.**

**Costi: le tariffe approvate dal Ministero (con D. M. del 18 ottobre 2010) vanno da un minimo di 65 euro (per ciascuna parte) per liti con valore sino a 1.000 euro e salgono fino ad un massimo di 9.200 euro per liti oltre i 5.000.000 euro.**

**IL VADEMECUM**

*Informazioni e consigli utili per orientarsi nella scelta dell'organismo di mediazione, elaborati da Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato*

**ELENCO** Scegliete l'organismo accreditato, consultando l'elenco del Ministero della Giustizia su [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)

**REGOLE** Scaricate dal sito dell'organismo individuato il Regolamento che può variare notevolmente da un organismo all'altro

**TARIFFE** Verificate la natura dell'organismo (pubblico o privato) perchè questo può influire sul costo della procedura. In alcuni casi gli organismi prevedono una riduzione rispetto alle tariffe indicate dalle norme (allegato al dlgs del 4 marzo 2010)

**CODICE** Leggete il codice etico dell'organismo (obbligatorio per legge)

**MEDIATORI** Consultate l'elenco dei mediatori iscritti all'organismo

**PRECEDENTI** Considerate l'esperienza dell'organismo (anno di iscrizione al Registro, statistiche — specie in futuro — sui risultati ottenuti)

**SPECIALIZZAZIONI** Verificate la presenza di mediatori specializzati in determinate materie (per es. la sanità)

**GRATUITÀ** Verificate la possibilità di incontri gratuiti con i responsabili dell'organismo per l'illustrazione della procedura

**VERBALE** Considerate che la sede legale dell'organismo determina la competenza territoriale del Tribunale che dovrà omologare il verbale

**CONSIGLI** Rivolgetevi a Cittadinanzattiva o ad altre associazioni di tutela per segnalare problemi o per farvi aiutare nella comprensione delle procedure o per assistenza



**Il caso del lifting mal riuscito**

## Il chirurgo estetico paga un secondo intervento

Protagonista: una signora, non più giovanissima, che si presenta nello studio di un ente di mediazione (tra i primi iscritti alla lista del Ministero) e dice di voler ottenere, dal professor "tal dei tali", un risarcimento di 250 mila euro perché: «invece di ringiovanirla, le ha guastato il viso e lei ora si piace meno di prima». «Stiamo parlando di qualche mese fa: la mediazione non era ancora obbligatoria, ma già possibile secondo la medesima legge» spiega Marco Carbone, vicepresidente dell'ente di mediazione. «A questo punto — prosegue Carbone — non resta che convocare le parti, insieme, e ci si accorge subito che il problema come spesso accade, sta nella

difficoltà di "ascolto" da parte del medico. Il medico non capisce che la signora si sente non tanto truffata, quanto tradita e abbandonata senza indicazioni sul da farsi». Nel giro di altri due incontri, con ognuna delle parti separatamente, e dopo le scuse del medico, si arriva all'appuntamento conclusivo. Invece di pagare il risarcimento richiesto, il medico propone alla signora di sostenere le spese per un altro intervento "risolutivo" da far eseguire a un luminare della professione. La signora accetta: avrà il viso che desiderava in breve tempo, senza le lungaggini e i rischi di un processo. E il medico eviterà la cattiva pubblicità che una causa può portare.

**Il caso dell'esame sbagliato**

## Per risarcimento anche l'abbonamento a una Spa

In questo caso le parti sono più di due. C'è il paziente, c'è il dottore, ma anche la struttura di cura. Privata. Racconta (debitamente autorizzato) l'avvocato Alessandro Bossi, mediatore del Servizio di conciliazione della Camera di Commercio di Milano, nonché consulente di aziende ospedaliere: «Durante un'endoscopia, un paziente subisce una perforazione al colon, in seguito alla quale deve affrontare due interventi che, per colmo di sfortuna, non vanno neanche lisci come si sperava». La richiesta di risarcimento del malato è di 70 mila euro. Nella sede dell'organismo di mediazione, pochi giorni fa,

arrivano: il paziente con il suo avvocato, il medico con il proprio, e un rappresentante dell'assicurazione che copre sia la struttura curante sia il dottore. Dopo un'unica, ma lunghissima discussione, si giunge a un accordo in tre punti. Primo: il chirurgo si scusa per iscritto. Secondo: al paziente viene riconosciuto un risarcimento monetario pari a un terzo di quanto richiesto. «Terzo — ed è qui che si fa una proposta "innovativa", certo diversa dalla possibile decisione di un Tribunale — si offre al paziente un abbonamento gratuito, valido per un anno, in una Spa convenzionata con la clinica privata». Mediazione riuscita.



**Il caso dell'infezione ospedaliera**

Per rimborsare il malato  
cure gratis pure ai parenti

Questa volta è in gioco una struttura ospedaliera pubblica. Un paziente dopo un ricovero, per un intervento ortopedico, si ritrova con un'infezione da stafilococco. Una delle infezioni ospedaliere più diffuse.

Anche in questo caso nello studio di mediazione si presentano in parecchi. L'avvocato fiduciario nominato dalla compagnia assicurativa dell'ospedale, il chirurgo che ha eseguito l'intervento (si suppone che la sepsi sia stata contratta durante l'operazione) con il suo legale, e il paziente danneggiato con il proprio. «Già nelle prime due ore, alle prese con tutte le parti in gioco, una persona esperta capisce se il lavoro di mediazione

andrà a buon fine — racconta il mediatore Marco Carbone —. Anche in questo caso abbiamo avuto buone speranze fin dall'inizio ma, per arrivare a una soluzione, di ore ce ne sono volute di più: otto, tra incontri separati e congiunti con le parti. Alla fine si è concordato con il paziente un parziale ristoro economico e una "fornitura di servizi" medico-ospedalieri, nella struttura chiamata in causa, estesa anche ai familiari, senza pagamento di ticket, o in attività libero professionale gratuita». Ma il paziente si fiderà ancora della struttura? «Sì, — risponde Carbone — l'ospedale ha molte altre specializzazioni oltre alla chirurgia ortopedica».

24%

La quota di segnalazioni al PIT (Progetto Integrato Tutela) - salute Cittadinanzattiva relative ai problemi di sicurezza, compresi gli **ERRORI MEDICI** (percentuale calcolata su un campione di 20.000 segnalazioni sul totale delle 66.712 riferite al report 2009)

**Quanti vorrebbero rivalersi sul medico**

**28%**  
La quota dei cittadini che richiede una consulenza in vista di un'azione legale



**72%**  
La quota di cittadini che desidera solo segnalare l'accaduto e ottenere informazioni

**L'esito della consulenza legale**

Nel **25%** dei casi, la carente documentazione fornita dal cittadino non consente una valutazione medico legale

Nel **31%** dei casi, viene dato parere favorevole all'inizio di un'azione legale



Nel **44%** dei casi, non si rilevano elementi di responsabilità professionale tali da supportare procedimenti legali



**Intervento**

# Record d'obesi in Italia La dieta mediterranea ormai è solo un ricordo

■ ■ ■ **LUCA BERNARDO\***

Il 2 Aprile si è tenuto a Bari il 4° Meeting Nazionale di Nutrizione Pediatrica "Mediterranea", presieduto dal prof. Vito Miniello, docente di Pediatria e Nutrizione dell'Età Evolutiva presso l'Università di Bari. Nella sessione dedicata all'obesità infantile e alle sue complicanze, sono emersi dati epidemiologici e clinici a dir poco sconcertanti. Durante gli ultimi due decenni la prevalenza del sovrappeso e obesità, registrata in Europa tra bambini e adolescenti, è aumentata del 10-50%.

Purtroppo, il nostro Paese ne vanta il primato, a dispetto di una favoleggiata dieta mediterranea che viene disattesa o adottata solo dagli adulti. A farci salire su questo podio invidiabile ci sono i numeri che parlano chiaro: il 12% dei nostri bambini risulta affetto da obesità e ben il 24% è in stato di sovrappeso. Abbiamo chiesto al prof. Miniello quali iniziative intraprendere per arginare questo trend. «Per l'entità di tale fenomeno dilagante che non risparmia l'età evolutiva, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'obesità "emergenza sanitaria del terzo millennio"». A tal proposito è stato recentemente siglato un protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute e la Società Italiana di Pediatria, presieduta dal prof. Ugazio, che propone precise strategie preventive sanitarie, sociali e soprattutto culturali. L'intervento è finalizzato a consolidare l'educazione ad una sana alimentazione e a corretti stili di vita sin dalla prima infanzia, onde evitare comportamenti a rischio, promuovere interventi congiunti di educazione alla salute rivolti alla famiglia, ai bambini ed agli adolescenti, sensibilizzare infine i genitori sulle problematiche dell'obesità, attraverso la figura del pediatra, determinante nell'individuare i soggetti a rischio, attraverso il monitoraggio di semplici parametri auxologici (peso, altezza, indice di massa corporea per età e circonferenza vita). Solo al pediatra ci si deve

affidare per consigli nutrizionali e per la prescrizione di un corretto regime alimentare sin dalla nascita. È bene chiarirlo: «L'obesità ha profonde radici nella culla».

In realtà, i lavori congressuali hanno individuato nella dieta del lattante, dalla culla al seggione, una sorta di ipoteca per la futura obesità. «L'allattamento al seno - sottolinea il pediatra nutrizionista - rappresenta un caposaldo nella lotta all'obesità. Quando il latte materno dovesse essere indisponibile o quantitativamente inadeguato, gli alimenti per lattanti (una volta definiti "latte formula") rappresentano l'unica alternativa nutrizionalmente valida per il lattante. Il latte vaccino intero è improponibile, almeno nel primo anno di vita, per il suo elevato tenore proteico. Difatti, è stato da tempo ipotizzato che durante i primi due anni un'alimentazione iperproteica è in grado di indurre un sensibile incremento del numero delle cellule adipose e, per meccanismi concatenati, maggiore predisposizione all'obesità. In altre parole, pappe e latte "artificiale", somministrati con amorevole generosità da mamme e nonne, possono condizionare un futuro di obesità». Si è parlato di obesità come malattia sistemica e non solo come eccesso di grasso.

«L'adiposità - conclude Miniello - comporta una serie di complicanze, in primis quelle cardio-vascolari. Dai nostri dati, pubblicati di recente, emerge un quadro decisamente allarmante. I bambini obesi presentano già in età scolare alterazioni funzionali delle arterie, una sorta di svantaggiosa rigidità che compromette stagioni future. Ma quel che più preoccupa è il riscontro di tale situazione in bambini e adolescenti in sovrappeso, quella "zona grigia" di popolazione sottostimata clinicamente perché culturalmente minimizzata dal termine ragazzo robusto».

\* direttore del dipartimento materno-infantile e direttore della U.O. di pediatria del presidio Fatebenefratelli.





**Alimentazione**

Lo zucchero  
va ridotto  
ma non abolito

a pagina 61

**La regola** Più ci si muove più se ne può consumare

# Lo zucchero va solo «moderato» non eliminato

**Idee sbagliate**

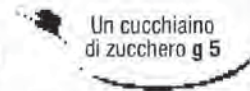
Un nutriente  
considerato  
erroneamente  
il primo nemico  
della linea

Quanto  
ce n'è

Ecco il contenuto di zucchero, espresso  
in «cucchiaini», di alcuni alimenti

	Quantità...	equivalente a	
■ Caramelle dure (una)	g 2,5		<b>mezzo</b>
■ Biscotti secchi	g 30		<b>1</b>
■ Un cucchiaino (da tè) di miele	g 10		<b>1,5</b>
■ Cioccolato al latte (5-6 quadrettini)	g 25		<b>2,5</b>
■ Torta Margherita (1 porzione)	g 100		<b>7</b>
■ Sorbetto al limone	g 100		<b>7</b>
■ Aranciata o bevanda tipo cola (1 lattina, valore medio)	33 cl		<b>7</b>

D'ARCO



**N**on mettere lo zucchero nel caffè, per non ingrassare, dopo aver mangiato dall'antipasto al dolce, è come vedere la pagliuzza e non la trave. Un cucchiaino di zucchero (quello da tè, raso, pari a 5 grammi) equivale alla ventesima parte delle calorie di un primo piatto asciutto, neppure troppo condito, e alla centesima parte del fabbisogno calorico medio giornaliero. Allora, forse, più che considerare lo zucchero come il peggior nemico della linea, conviene capire che cosa significa moderarne il consumo.

Un documento dell'American Heart Association pubblicato su *Circulation* dice: «la maggior parte delle donne dovrebbe limitare il consumo giornaliero di zuccheri aggiunti (esclusi quelli presenti naturalmente negli alimenti, come frutta e latte) a non più di circa 5 cucchiaini (100 kcal); la mag-

gior parte degli uomini, a non più di 7 cucchiaini (150 kcal)». Chi si muove di più, può concedersene di più.

È chiaro che non si tratta di quantità "raccomandate", perché non abbiamo "bisogno" di zuccheri aggiunti; è altrettanto chiaro però che non si parla di azzerare il consumo, ma di moderarlo. Come? Limitando le occasioni in cui si consumano cibi e bevande zuccherate e preferendo scelte più "contenute" (anche in grassi, come il dolce proposto qui a fianco).

E i dolcificanti acalorici? Alcuni studi suggeriscono che possano aiutare a dimagrire, o a mantenere il peso, nell'ambito di una dieta "attenta"; altri li associano all'aumento di peso, forse perché il cervello cercherebbe altrove l'energia che è abituato ad associare al sapore dolce. Allora, come comportarsi? «Non dobbiamo rinunciare — dice Andrea Ghiselli, ricercatore INRAN (Istituto Nazionale

Ricerca Alimenti e Nutrizione) — ma dobbiamo moderare l'uso del sapore dolce, che con la sedentarietà, può essere una concausa dell'epidemia di sovrappeso e diabete. Dobbiamo imparare che possiamo concederci un paio di biscotti, o una merendina, o un gelato, qualche quadretto di cioccolata, a patto però che scegliamo una sola cosa tra queste, che non concludiamo ogni pasto con un dolce e che ne prendiamo una porzione adeguata: piccolissima se ci muoviamo poco, un po' più grande se ci muoviamo di più. Quanto ai dolcificanti, non dimentichiamo che possono favorire la predilezione per il sapore dolce». Allora, anche per gli zuccheri potrebbe valere quanto proposto per grassi e sale: più che cercare sostituti, meglio abituarci gradualmente ad usarne meno.

**C. F.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Ricerca**

# Il progetto per mappare i geni della malattia

**P**er identificare i geni (sono 550 quelli sospetti) che possono contribuire al rischio e alla progressione della malattia di Alzheimer è stato attivato il progetto internazionale IGAP (International Genomics of Alzheimer's Project) a cui per l'Italia collabora l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. L'IGAP cercherà di individuare possibili bersagli di trattamento su cui sviluppare nuovi farmaci e nuove strategie di tipo genetico per i soggetti a maggior rischio. Da fine marzo i *loci genici* risultati implicati nella malattia di Alzheimer sono arrivati a 10, grazie a quelli appena individuati da due studi comparsi sulla rivista scientifica *Nature Genetics*: il primo studio ne ha identificati cinque che predispongono allo sviluppo di Alzheimer ad esordio tardivo, la forma più comune, la cui

frequenza raddoppia ogni 5 anni dopo i 65 anni di età. Il secondo studio ne ha identificati altri due che non risultano però associati a nessuna particolare età d'esordio. Uno degli ultimi grandi studi genetici sull'Alzheimer era comparso, sempre su *Nature Genetics*, nel 2009 e aveva identificato sul cromosoma 19 il gene che codifica l'apolipoproteina E (ApoE), considerata il marchio della malattia di Alzheimer. L'implicazione di questo gene è la più certa, mentre altri (l'APP per la proteina precursore dell'amiloide posto sul cromosoma 21 o il PS1 del cromosoma 14 per la presenilina 1 e il PS2 del cromosoma 1 che codifica la presenilina 2) lo sono di meno e comunque sarebbero responsabili di non oltre l'1 per cento delle forme di demenza.

**C. P.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Regioni** Obiettivo ridurre la spesa sanitaria e garantire nuove risorse all'innovazione terapeutica

# Risparmio con i farmaci biosimilari

## La previsione

### Medicinali bio sempre

### più utilizzati per

### patologie invalidanti

Isabella Sermonti

■ Organizzato da Assogenerici a Roma un Convegno sui modelli di governance delle Regioni in materia di biosimilari. Tra i temi del dibattito, la verifica sulle delibere già adottate dalla Toscana e dalla Campania, e l'intento di fornire spunti per la definizione di una normativa nazionale, su cui dibatte la Commissione Sanità del Senato. I Giudici Amministrativi si sono espressi a favore dei biosimilari, disponendo che un biosimilare (molecola ottenuta con la tecnica di ingegneria genetica - tecnologia del Dna ricombinante - prodotta utilizzando cellule o microrganismi geneticamente modificati in modo da poter produrre sostanze normalmente non riproducibili in laboratorio), nonostante non possa essere considerato allo stato attuale come un generico, non è un farmaco inferiore rispetto all'originatore. Le Regioni Campania e Toscana, supportate dalle evidenze dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), in termini di qualità, sicurezza ed efficacia del prodotto, e dalle recenti pronunce del Consiglio di Stato hanno intrapreso due percorsi diversi, ma che vedono nei farmaci biosimilari un'opportunità per ottenere un sistema sostenibile di governance della spesa sanitaria regionale. «L'uso del generico equivalente e del biosimilare consente di generare risorse per l'innovazione: è oggi di dominio pubblico che i farmaci biologici sono e saranno sempre più utilizzati per il trattamento di patologie invalidanti e rischiose per la vita del paziente, come ad esempio la sclerosi laterale amiotrofica (conosciuta come SLA o morbo di LouGehrig)» - afferma Giorgio Foresti, presidente di Assogenerici - «e il trattamento di tali patologie ha un costo elevatissimo e sarà accessibile ai molti pazienti affetti solo quando si provvederà a razionalizzare la spesa introducendo i farmaci biosimilari».





# Alzheimer che cosa possiamo fare

Ci sono progressi nella diagnosi e nelle terapie. Ma è sull'assistenza che è urgente puntare, soprattutto in vista dell'invecchiamento della generazione dei baby-boomers

di **RICCARDO RENZI**  
e **CESARE PECCARISI**  
alle pagine 56-57

**La prospettiva** Il nostro Paese non è pronto ad affrontare il prevedibile enorme aumento del numero dei malati nei prossimi decenni

## Per la «generazione Alzheimer» serve un piano d'emergenza

*Faremo i conti con l'invecchiamento dei «baby-boomers»*

Ci sono già tante emergenze, in questo momento. È giusto "lanciare" un nuovo allarme? Sì, se si tratta di un'emergenza che può essere prevista e per la quale ci si può attrezzare per tempo. È l'emergenza Alzheimer. Non si tratta di un'epidemia. L'incidenza della malattia è più o meno stabile in tutto il mondo. Ma i problemi nascono da fattori anagrafici, trattandosi di una malattia neurodegenerativa senile. Ci sono Paesi densamente popolati (Cina, Brasile, India) dove

l'età media sta aumentando. Nello stesso tempo nei Paesi occidentali, Italia compresa, dove l'età media è già alta, sta per arrivare alla soglia dei 65 anni la generazione dei baby boomers, vale a dire dei nati del dopoguerra, anni in cui si verificò appunto un boom della natalità. Il concorso dei due fenomeni demografici comporterà, a partire da domani, un enorme incremento dei casi di demenza, con i conseguenti problemi sociali, assistenziali ed economici.

### Neurologia

L'integrazione fra assistenza e trattamenti è insufficiente e disomogenea

**S**e il costo delle cure per la demenza fosse il bilancio di una nazione, questa sarebbe la 18esima al mondo per valore economico, 604 miliardi di dollari, pari all'1% del Pil mondiale. Secondo il Rapporto mondiale di *Alzheimer Disease's International*, pubblicato a settembre 2010, oggi nel mondo le persone affette da de-

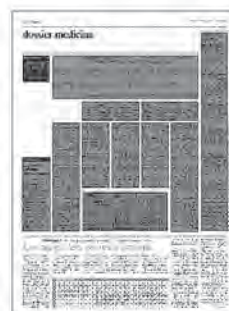
menza sono 35,6 milioni; ebbene questo numero è destinato a raddoppiare nel 2030 e triplicare nel 2050. In Europa è previsto un aumento del 34% in questo decennio. Negli Stati Uniti hanno fatti i loro conti e hanno pubblicato, a gennaio, un'analisi chiamata *Generation Alzheimer report*: calcola, per esempio, che dei 10 milioni americani che quest'anno compiono 65 anni uno su 8 si ammalerà di demenza e che, tra quelli che supereranno gli 85 anni, i malati saranno 1 su 2. Risultato: oggi negli Usa si spendono 172 miliardi di dollari, nel 2050 serviranno più di mille miliardi.

Queste sono le cifre che giustificano il termine emergenza, senza timore di essere accusati

di allarmismo. Meno di un mese dopo il rapporto sulla Generazione Alzheimer, Obama ha avviato una legge (National Alzheimer's Project Act) per coordinare ricerca, cure e assistenza pubblica e privata. In altri Paesi europei (Danimarca, Scozia e Inghilterra, Finlandia e Portogallo) sono partiti piani governativi per affrontare l'emergenza e strutture evolute sono presenti in Francia, Spagna e Germania. E in Italia? Noi in verità eravamo partiti bene, con il progetto Cronos, avviato nel 2000, che prevedeva l'istituzione sul territorio di circa 700 Uva (Unità di valutazione Alzheimer) che avevano il compito di individuare i malati, valutarne il grado di compromissione, mettere a

punto le terapie possibili e fornire i farmaci per i primi mesi, collaborando poi con i medici di famiglia. L'obiettivo era quello di creare una rete di centri di riferimento specialistici.

«Il progetto Cronos è stato sicuramente un passo avanti per i malati e le loro famiglie», dice Gabriella Salvini Porro, presidente della federazione Alzhei-





mer Italia, la principale associazione che si occupa delle demenze. «È stata una reale opportunità anche se l'integrazione tra assistenza e terapia non è stata sufficiente. In pratica si è troppo spesso prescritto solo farmaci e non ci si è presi cura in modo globale del malato». Ora però, compiuti dieci anni, il Progetto appare indebolito, sfaldato: attualmente le Uva dovrebbero essere 503, ma mostrano una grande disomogeneità. E non si sa nemmeno esattamente quali e dove sono, anche perché in alcune regioni hanno cambiato nome e funzioni e spesso mancano elenchi ufficiali.

«Non si capisce come le famiglie possano individuare il centro di cura dove portare il congiunto», ha denunciato in un recente convegno Nicola Vanacore dell'Istituto superiore di Sanità. Anche per questo in Lombardia è stato condotto un censimento (e una valutazione) delle strutture che si occupano dei malati con demenza, condotto dall'Istituto Mario Negri e dalla federazione Alzheimer Italia, con l'obiettivo di realizzare una banca dati online. Inoltre, ha aggiunto Vanacore, «accanto a realtà d'avanguardia c'è un 25 per cento di Uva che sono aperte un solo giorno alla settimana e un 8 per cento in cui è presente, quando può, un solo medico».

È il tipico ritratto della sanità italiana: da una parte centri di vera eccellenza (e alcuni lo erano già da prima del progetto), che hanno cercato di sviluppare i propri compiti verso l'assistenza ai malati e alle loro famiglie, dall'altra strutture burocratiche e vaste aree del Paese scoperte.

«I finanziamenti con cui sono nate le Uva servivano praticamente solo per i farmaci, tranne una piccola parte per la ricerca», ricorda Giuseppe Magnani del dipartimento dei disturbi della memoria dell'Istituto di neurologia del San Raffaele di Milano. «Per il resto hanno dovuto arrangiarsi con le strutture e il personale esistente, tenendo conto che i pazienti con

demenza richiedono molto impegno e molto tempo. E che serve personale specializzato, per esempio gli psicologi. E così ci sono quelli che si sono dati da fare, soprattutto per trovare le risorse, altri che si sono limitati al minimo. Ora servirà ben altro: è necessario rifinanziare, potenziare i centri, dare loro maggiori risorse». Perché anche i migliori oggi sono ricompensati con un enorme carico di lavoro e una domanda crescente, che resta spesso insoddisfatta.

Serviranno dunque, di fronte all'emergenza della «generazione Alzheimer», nuove risorse per ridare vigore ed estendere la rete di orientamento. Serviranno più soldi per la ricerca specifica, anche se l'emergenza arriverà probabilmente troppo presto per i tempi lunghi della scienza. Serviranno quindi soprattutto massicce risorse per un piano nazionale di assistenza. In Italia il costo dei pazienti non autosufficienti, in generale, ricade per la maggior parte sulle famiglie, perché, rispetto all'Europa, sono meno diffusi i servizi di assistenza domiciliare e residenziale. I circa 600 mila pazienti italiani affetti da demenza, per i quali servono, si calcola, circa 60 mila euro all'anno ciascuno (calcolando anche i mancati guadagni sia dei malati sia di chi li assiste), sono ancora più «abbandonati» degli altri. Sono i malati più scomodi, e saranno sempre di più, di cui nessuno vuole farsi carico.

**Riccardo Renzi**

IRRIDUZIONE/RESEVATA

## I dieci sintomi premonitori

**1 Perdita di memoria** che compromette la capacità lavorativa. È normale, di quando in quando, dimenticare un compito, una scadenza o il nome di un collega, ma la dimenticanza frequente o un'inspiegabile confusione mentale a casa o sul lavoro può significare che c'è qualcosa che non va

**2 Difficoltà nelle attività quotidiane.** Una persona molto impegnata può confondersi

di tanto in tanto: per esempio dimenticare qualcosa sui fornelli accesi o non ricordare di servire parte di un pasto. Il malato di Alzheimer potrebbe preparare un pasto e non solo dimenticare di servirlo ma anche scordare di averlo fatto

### **3 Problemi di linguaggio.**

A tutti può essere successo di avere una parola «sulla punta della lingua», ma il malato di Alzheimer può dimenticare parole semplici o sostituirle con parole improprie rendendo quello che dice difficile da capire.

### **4 Disorientamento nel tempo e nello spazio.**

È normale dimenticare che giorno della settimana sia o quello che si deve comprare, ma il malato di Alzheimer può perdere la strada di casa, non sapere dove è e come ha fatto a trovarsi là

### **5 Diminuzione della capacità di giudizio.**

Scegliere di non portare una maglia o una giacca in una serata fredda è un errore comune, ma un malato di Alzheimer può vestirsi in modo inappropriato, indossando per esempio un accappatoio per andare a fare la spesa o due giacche in una giornata calda

### **6 Difficoltà nel pensiero astratto.**

Compilare un libretto degli assegni può essere difficile per molte persone, ma per il malato di Alzheimer riconoscere i numeri o compiere calcoli può essere impossibile

### **7 La cosa giusta al posto sbagliato.**

A chiunque può capitare di riporre male un portafogli o le chiavi di casa. Un malato di Alzheimer, però, può mettere gli oggetti in luoghi davvero singolari, come un ferro da stiro nel congelatore o un orologio da polso nel barattolo dello zucchero, e non ricordarsi come siano finiti là



## I costi



**604**  
miliardi di dollari

Quanto si spende ogni anno per la malattia a livello mondiale

Fonte: Rapporto Mondiale Alzheimer 2010



**9**  
miliardi di euro

La spesa sostenuta complessivamente dalle famiglie in Italia in un anno per retribuire gli assistenti dedicati ai malati con demenza.

Fonte: Rapporto 2010 sulla non autosufficienza, Ministero della Salute



**60**  
mila euro

Costo medio annuo per ogni paziente affetto da Alzheimer in Italia (fra spese sostenute per l'acquisto di beni e servizi e risorse sottratte all'attività produttiva del malato e di chi lo assiste)

Fonte: Censis, dati 2007

## L'iniziativa

### La giornata nazionale della prevenzione

Sabato 2 aprile si è celebrata la quarta edizione della Campagna nazionale di prevenzione dell'Alzheimer, promossa da Anap e da Ancos. Nelle piazze di varie città i cittadini sono stati invitati a compilare questionari con domande su abitudini nutrizionali, su aspetti sociali e psicologici. I questionari saranno inviati all'Università La Sapienza, di Roma, che li utilizzerà per uno studio medico-statistico sui fattori di rischio dell'Alzheimer. L'iniziativa nazionale è stata organizzata in collaborazione con la Croce Rossa Italiana, la Federazione italiana medici geriatri (Fimeg), la testata giornalistica «Vita» e con il contributo istituzionale di Novartis.

EFARCC