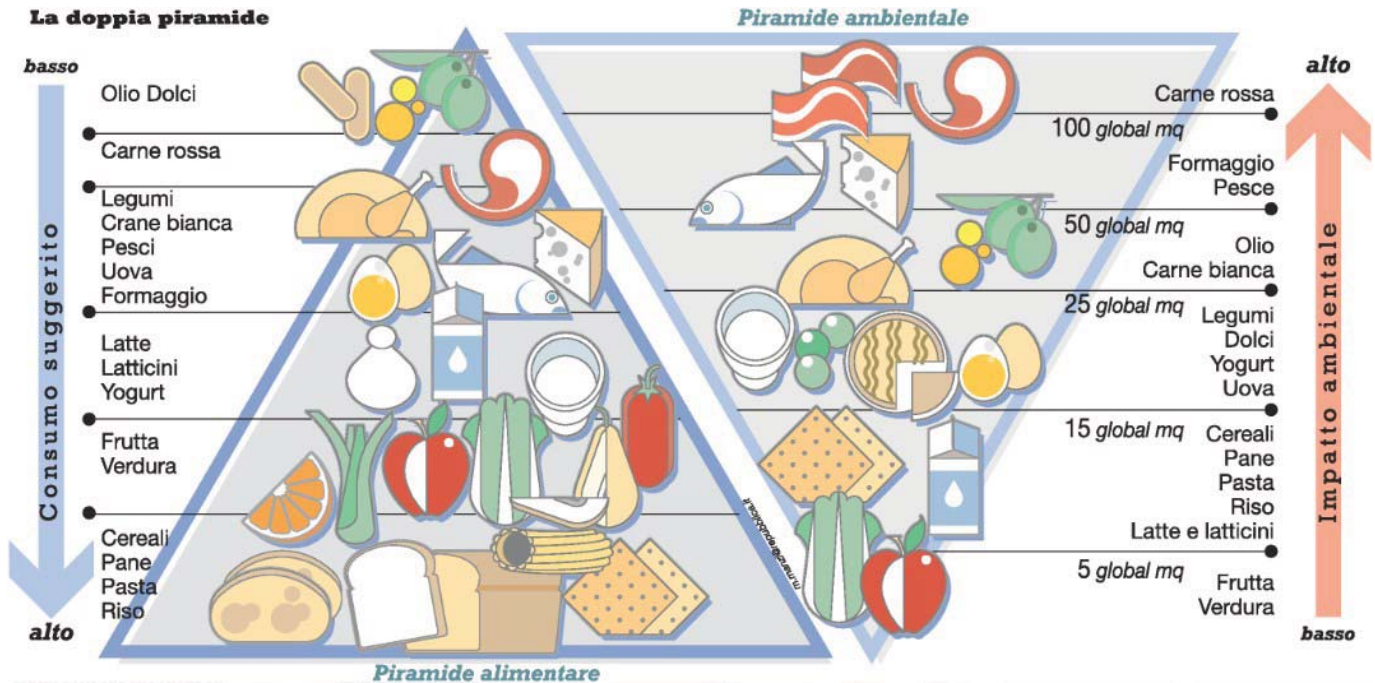


La dieta che fa crescere sani e aiuta a salvare il Pianeta

Il menu antiobesità è quello a minor impatto ambientale



Un pasto a base di carne "costa" all'ecosistema tre volte in più di uno vegetariano

PAOLA COPPOLA

ROMA — Dieta sana e a impatto zero, a misura di bambino e di ambiente. Per far crescere meglio i nostri figli senza compromettere l'ecosistema. È il modello della nuova - duplice - piramide alimentare, tarata sulle necessità nutrizionali di una crescita sana e sull'impatto che la produzione dei vari cibi ha sull'ambiente.

Ecosì la formula ideale prevede per i piccoli una dieta basata su vegetali - cereali integrali in primo luogo - meno carne e condimenti (olio e burro) e pochi dolci. Il menu? Carboidrati, latte, frutta e verdura tutti i giorni. Carne, legumi e formaggi due volte alla settimana, pesce almeno tre volte ogni sette giorni e uova una volta sola.

Il tutto suddiviso in cinque pasti quotidiani, per distribuire l'apporto calorico in questo modo: 30 per cento a colazione, 5 per cento nella merenda di metà mattina, 35 per cento a pranzo, poi un altro 10 per cento al pomeriggio e il restante 30 per cento a cena.

La doppia piramide è stata disegnata dai ricercatori del Barilla Center for food and nutrition e sarà presentata mercoledì a Roma. L'iniziativa nasce da un duplice obiettivo: combattere l'obesità infantile e attutire gli effetti sul Pianeta dei consumi alimentari: oltre il 31 per cento della nostra impronta ecologica deriva, infatti, dai consumi a tavola. I ricercatori sono partiti da una serie di dati: solo l'1 per cento dei bambini segue una dieta equilibrata. Gli altri - soprattutto tra i 6 e i 10 anni - assumono più calorie di quelle che dovrebbero. In realtà, il fabbisogno di energia necessario a crescere passa dal 35 per cento nel primo mese di vita al 5 per cento a un anno e, dopo, è solo del 2 per cento. Pasta, riso e cereali sono alla base della piramide che indica lo stile di vita sano nel bambino e nell'adolescente. Seguiti

da frutta e verdura e, al terzo posto, da latte, latticini e yogurt. Formaggi, uova, pesce, carne bianca e legumi devono essere presenti in quantità moderate. Ancor meno vanno consumati carne rossa, dolci, olio e burro. Ora, si dà il caso che gli alimenti da consumare di più sono anche quelli la cui produzione impatta meno sull'ambiente. Ogni individuo - calcolano gli esperti - ha bisogno di 60 metri quadri per soddisfare i propri bisogni, ma se per un menu vegetariano da 2030 calorie occorrono 16 metri, per uno di carne da 2140 ne servono ben 42.

«Un'alimentazione corretta a 3 anni getta le basi per la salute da adulto, garantisce una buona programmazione metabolica, protegge dalle carenze alimentari, contribuisce allo sviluppo del sistema immunitario» spiega Claudio Maffei, professore associato di pediatria all'università di Verona. Che ricorda come tanti bambini si muovano poco, mangino male e troppo: «Un bambino su tre è considerato "magro" dai genitori, che dimenticano come essere sovrappeso significhi decuplicare il rischio metabolico».

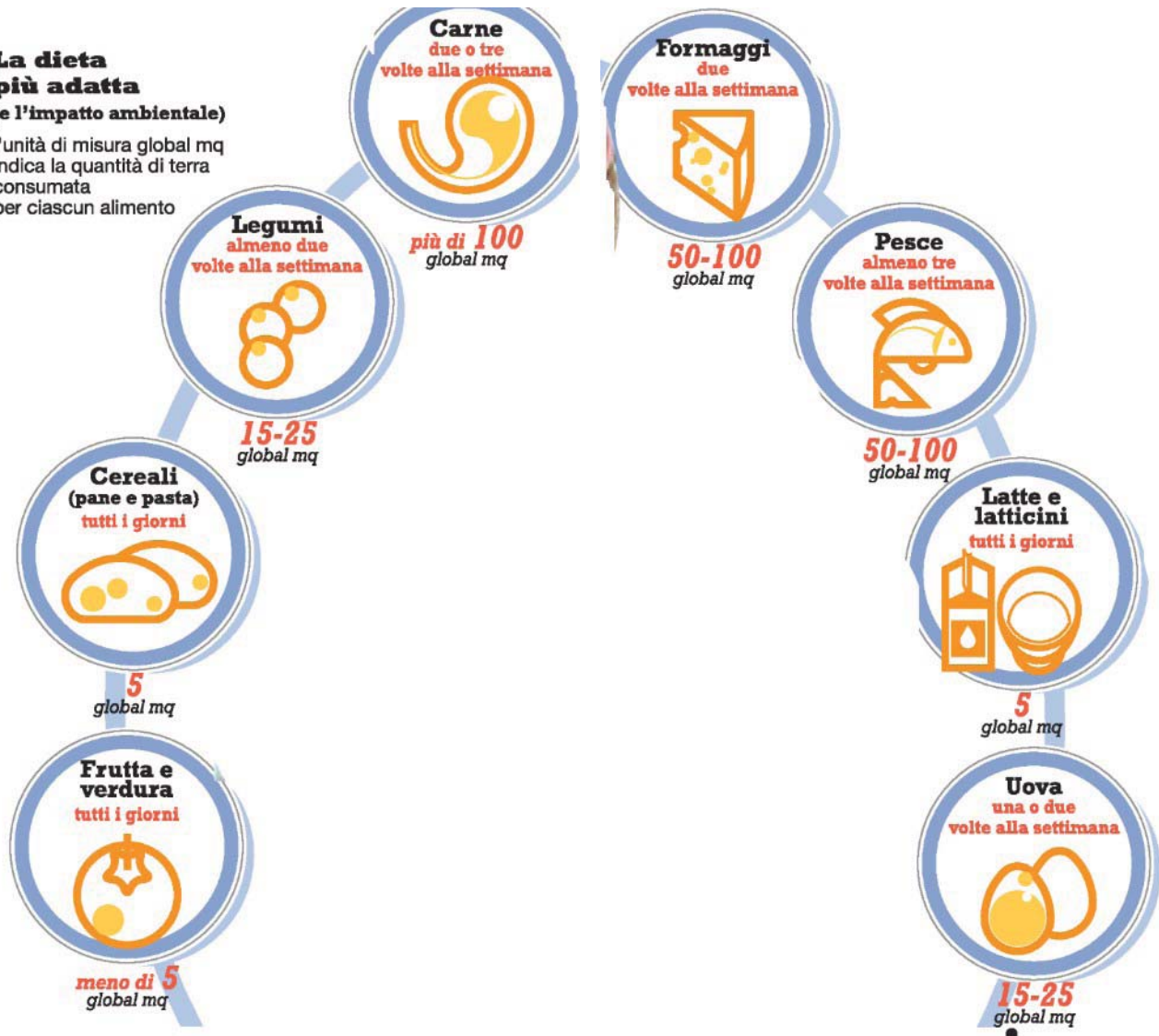


Quanto ai cibi a chilometri zero, c'è un mito da sfatare. Il loro impatto sull'ambiente dipende dal ciclo produttivo più che dal trasporto via terra. «Oggi, per produrre e confezionare un alimento, consumiamo cento volte l'energia che assumiamo con quell'alimento stesso», chiarisce Riccardo Valentini, docente di Ecologia forestale e sviluppo sostenibile all'Università della Tuscia. «Introducendo più cereali e prodotti freschi si torna a invece un'agricoltura sostenibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La dieta più adatta (e l'impatto ambientale)

l'unità di misura global mq indica la quantità di terra consumata per ciascun alimento



Menù vegetariano

2030 kcal totali
16 global mq

Menù di carne

2140 kcal totali
42 global mq

Aids: la Conferenza è in Italia, l'unico paese che ha tagliato i fondi per la ricerca

Paradossi

La denuncia è su «Science»: da noi niente soldi alla lotta all'Hiv

■ Dal 17 al 20 luglio si terrà la Conferenza internazionale sull'Aids. La novità è che quest'anno verrà ospitata a Roma. Una scelta che sembra un po' un paradosso, visto che l'Italia sembra aver deciso di non finanziare più la ricerca sull'Aids. La denuncia viene da un articolo pubblicato on line dalla rivista *Science*. «Nonostante i ricercatori italiani siano da tempo considerati tra i migliori a livello mondiale nella lotta all'Aids, il Governo non ha intenzione di proseguire il Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS» si legge nell'articolo. Il Programma, che fino a tre anni fa faceva capo all'Istituto Superiore di Sanità (Iss), negli anni Novanta ha ricevuto fino a 25 milioni di euro l'anno. Poi, nel 2009 è passato sotto l'ala del ministero della Salute che ha stanziato meno di 10 milioni di euro.

Soldi che sono diventati disponibili solo quest'anno e che finiranno nel 2012. E non è previsto al momento

nessun nuovo finanziamento. «Non c'è nessun piano di rilancio per il Programma di Ricerca sull'AIDS, sono tempi duri», ha commentato su *Science* Stefano Vella, che coordina il gruppo di ricerca su HIV, epatiti e salute globale all'Iss. «Quello che si percepisce - ha aggiunto Guido Poli dell'Istituto San Raffaele di Milano - è che è in atto una sorta di funerale silenzioso sulla questione del finanziamento pubblico per la ricerca sull'Hiv e l'Aids».

Ma c'è di più. L'Italia, infatti, è l'unico paese del G8 a non aver versato i contributi per il 2009 e il 2010 al Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Né c'è un impegno per il triennio successivo.

Il presidente dell'Iss Enrico Garaci sostiene che il **ministro della Salute** «si è impegnato a continuare a sostenere il programma» e che i ricercatori potrebbero anche ricevere finanziamenti attraverso altre vie. Ma Poli ha fatto notare che nel 2009 il **ministro della Salute** ha premiato i progetti di ricerca sull'AIDS con solo 2 milioni di euro (su 100 milioni potenziali) e solo uno di questi progetti era dedicato alla ricerca di base.

CRISTIANA PULCINELLI



LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

L'integrazione fallita tra ospedale e territorio



Incontro medici ospedalieri sempre più depressi, demotivati, arrabbiati con le direzioni generali, accusate di usare solo le forbici. Il guaio è che tutti hanno ragione e tutti hanno torto. I costi aumentano e i fondi diminuiscono ed è probabile siano destinati quest'anno a scendere ancora di 5-6 miliardi. Chi ha occasione di transitare nei grandi pronto soccorsi e nei reparti di medicina d'urgenza si può rendere conto di cosa questo significhi. In continuazione arrivano le ambulanze e i malati in barella vengono trasportati nella corsia di prima accoglienza. Non sempre trovano un letto libero o una poltrona. Così restano in barella, magari per parecchie ore, e l'autoambulanza, priva dell'indispensabile supporto, è condannata all'immobilità e i tempi di chiamata si allungano. Quando il malato o l'incidentato trovano un letto o, quando occorra, un posto in terapia d'urgenza, egli dovrebbe trattenersi per il tempo indispensabile ad essere stabilizzato. A quel punto, però, in genere necessita di un ulteriore periodo di cure ospedaliere in un reparto di medicina generale o specialistica. Qui, però, scatta un'altra tagliola: nei reparti letto sono stati tagliati. Qualcuno viene arrangiato in un corridoio, mentre nella maggior parte dei casi viene prolungato il soggiorno improprio del ricoverato al pronto soccorso. Frattanto l'ondata dei nuovi afflussi, 24 ore su 24, si gonfia, protesta, si dispera e attende. La condizione del personale sanitario, medici e infermieri, non è migliore. Bloccate le assunzioni, congelati gli stipendi, sotto la minaccia di nuove restrizioni costoro lavorano sovente allo stremo, costretti a straordinari sottopagati, nella vana attesa che gli organici stabiliti vengano rispettati.

Eppure una parte notevole di chi si rivolge al pronto soccorso in realtà non necessita dell'intervento ospedaliero urgente ma di diagnosi e cure che potrebbero essere offerte da strutture di supporto. Il *Rapporto Sanità 2011* (ed. Il Mulino) è non a caso quasi interamente dedicato quest'anno all'integrazione tra ospedale e territorio: "Un incontro mancato" intitola il suo lucido e impietoso saggio Cesare Catananti, direttore generale del Gemelli, che ricorda come da trent'anni se ne discuta senza che si sia fatto neppure un passo avanti, malgrado i presupposti siano semplici: esiste da una parte un costante aumento di popolazione affetta da patologie cronico-degenerative che non ha assolutamente bisogno, se non in fase di riacutizzazione, dell'intensità propria delle cure ospedaliere e, dall'altra parte, fortissima è l'esigenza di riservare all'ospedale solo i casi acuti di propria pertinenza. Questi presupposti sono stati da anni recepiti nei piani sanitari nazionali e regionali, prevedendo la progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri ed un forte presidio dello spazio territoriale. Il che vuol dire assistenza domiciliare, residenze socio-sanitarie, centri di riabilitazione, hospice. Tutto lineare e semplice ma purtroppo solo sul piano teorico. Nei fatti la riduzione dei posti e l'attivazione dei servizi territoriali è avvenuta con grande lentezza e a macchia di leopardo, con un forte gap tra Nord e Centro-Sud (dei 164.000 ricoveri impropri all'anno, certificati dal ministero, il 92% sono a carico del Mezzogiorno, principalmente della Campania). In sintesi si potrebbe dire che l'incontro tra ospedale e territorio non ha dato i frutti sperati perché non è partito da scelte condivise. Catananti conclude il suo saggio affermando l'impossibilità, comprovata dall'esperienza, di insistere in una integrazione tra ospedale e territorio affidata alle Asl e di sperimentare invece una organizzazione basata su un insieme di micro-reti territoriali, ciascuna delle quali è costituita dall'ospedale-azienda a cui afferiscono, direttamente o in convenzione, le funzioni proprie del post-acuzie, dell'ospedalizzazione domiciliare, delle Rsa e dell'hospice. Perché l'intelligenza politica di qualche Regione non prova a sperimentare questa strada?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per la sanità stangata da 500 euro

Il costo della manovra

Stanziati 10 miliardi di euro in meno in tre anni per l'assistenza sanitaria. Dal 2000 le manovre correttive sono costate 2.588 euro a italiano.

Roma

La manovra economica del governo potrebbe costare ai cittadini italiani, solo per la Sanità, 500 euro all'anno. Questa se, come appare da una prima lettura del testo, i finanziamenti per il settore diminuiranno di 10 miliardi in tre anni. A fare i calcoli è Federico Spandonaro, coordinatore Ceis Sanità della facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, secondo cui con la manovra il finanziamento pubblico della Sanità "si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014" (dal 6,7% degli ultimi anni). Per mantenere i livelli di spesa sanitaria (pubblica e privata) attuali che si attestano a circa il 9% del Pil, quindi, le famiglie dovranno sborsare circa 10 miliardi, ovvero circa 500 euro annui a nucleo familiare. Una cifra che si aggiunge a quanto gli italiani hanno pagato dal 2000 a oggi. "Dieci anni di manovre correttive sono costate a ciascun italiano 2.588 euro", spiega il segretario della Cgia di Mestre, Giuseppe Bortolussi". A cui si aggiungono 741 euro a testa: il costo della manovra per il 2011. (Cry)



Ricerca Uno studio del San Raffaele pubblicato sulla rivista scientifica «Nature» apre nuove prospettive di cura. Senza l'utilizzo di cellule staminali

I neuroni distrutti dal Parkinson «ricreati» dalla pelle in laboratorio

di EDOARDO BONCINELLI

Alcune cellule fondamentali del corpo umano si possono oggi produrre direttamente senza passare per una fase di cellula staminale. E' il caso dei neuroni dopaminergici del nostro cervello che si possono ottenere direttamente da cellule adulte della pelle. Un gruppo di ricerca italiano guidato da Vania Broccoli del San Raffaele di Milano ha appena pubblicato sulla rivista *Nature* i risultati di una ricerca su questo tema, in collaborazione con i gruppi di Alexander Dityatev dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit) di Genova e di Stefano Gustincich della Sissa di Trieste. Partendo da cellule adulte, fibroblasti per la precisione, di topo oppure di uomo, i ricercatori sono riusciti a convertirle in quegli specifici neuroni del mesencefalo che producono dopamina e che contribuiscono a controllare i movimenti del nostro corpo, così che la loro assenza o

ridotta attività causano i ben noti problemi associati al morbo di Parkinson.

Sono decenni che si cerca una soluzione cellulare per tale morbo. Poiché il danno implicato è relativamente ristretto — si tratta infatti di un difetto circoscritto a questo tipo di neuroni — sembrerebbe facile porvi rimedio, ad esempio rimpiazzando le cellule non più funzionali con nuove cellule all'altezza del loro compito. Però per ora non ci si era riusciti. Viene quindi più che a proposito l'esperimento di Broccoli e collaboratori, che *Nature* ha ritenuto così importante da pubblicarlo e darne anche un'anteprima on-line.

Cellule neuronali sono state già prodotte in vitro a partire da cellule staminali artificiali o anche direttamente da fibroblasti senza passare per una fase di cellula staminale. Si tratta però di una popolazione mista di neuroni di tutti i tipi e come tale difficilmente utilizzabile per scopi

clinici. Il bello dell'esperimento di cui stiamo parlando è che porta alla produzione di soli neuroni dopaminergici, proprio quelli implicati nel Parkinson. Lo scopo viene raggiunto inserendo nei fibroblasti in coltura tre geni di alto livello gerarchico che li riprogrammano completamente nella direzione voluta.

Non passare attraverso una fase di cellula staminale, commentano gli autori, aggira il problema della generazione di possibili cellule tumorali, un rischio sempre in agguato quando si maneggiano cellule staminali indotte. Ovviamente si può contare così su un numero ridotto di cellule, ma trattandosi di fibroblasti il problema del numero di cellule troppo basso non esiste.

Prima di essere riprogrammati, infatti, i fibroblasti possono essere coltivati in gran numero. Un gran bel lavoro che combina il rigore di una ricerca fondamentale con un notevole acume applicativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



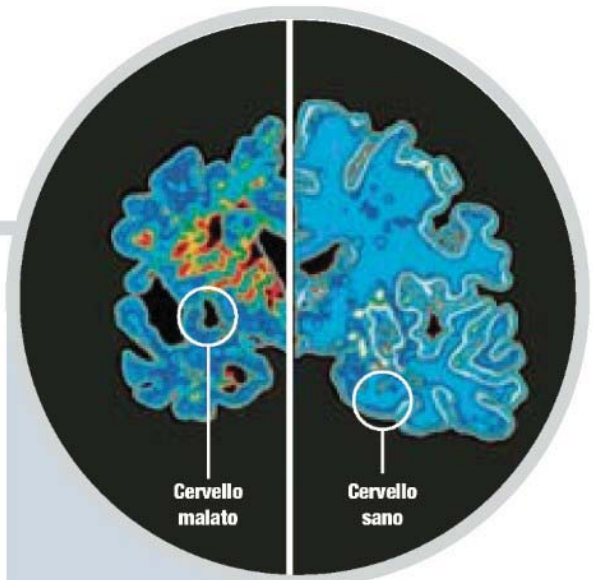
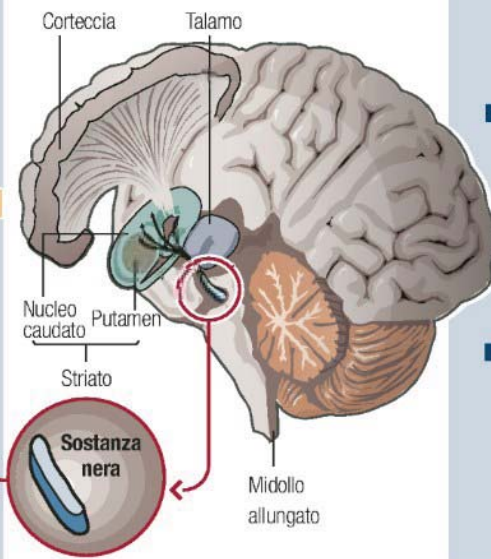
La nuova tecnica



Alois Alzheimer
neuropatologo
(1863-1915)



James Parkinson
medico
(1755-1824)



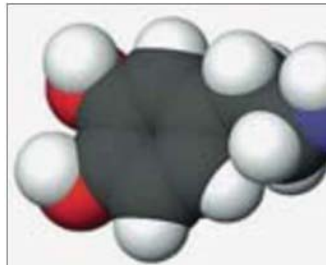
■ Cervello malato

Una sezione del cervello minato dall'Alzheimer. Evidente la riduzione della massa. Le aree rosse indicano le zone di maggiore deterioramento

■ Cervello sano

La stessa area cerebrale in un soggetto sano: la massa è regolare, non vi sono danni evidenti nelle zone delegate alla memoria e all'apprendimento

D'ARCO



La dopamina

La dopamina (nella foto la molecola) è un neuro-ormone prodotto in vescicole di determinati neuroni, che poi la rilasciano a livello di sinapsi (punti di contatto tra neuroni)

 Sanità

Nel Lazio la spesa più alta

Cosa succederà nel 2040 al nostro sistema sanitario, quando l'Italia avrà il dieci per cento della popolazione di ultraottantenni? E quali gli effetti sulla sanità del federalismo fiscale? Sono alcune delle domande a cui ha tentato di dare una risposta il rapporto 2011 sul sistema sanitario, patrocinato dalla Fondazione Farmafactoring e presentato a Roma. Con la ripresa economica ancora fragile, infatti, il tema della spesa sanitaria resta cruciale. Il costante invecchiamento, insieme ai bassi tassi di natalità e l'aumento delle aspettative di vita, sta creando nel nostro Paese un bacino di popolazione anziana sempre più ampio. A cui si aggiunge per forza di cose, l'aumento della spesa sanitaria, che nonostante l'attuazione di molte misure di contenimento, e quelle in arrivo con l'ultima manovra, è passata dal 2000 al 2010, dall'8,2 per cento al 9,5 per cento (in rapporto al Prodotto interno lordo). Con differenze di un certo peso da Regione a Regione, come ha rilevato il quinto rapporto della Fondazione Farmactoring. E così, ad esempio, mentre nel 2009 la media italiana della spesa sanitaria pro-capite è stata di 385,1 euro, nel Lazio è arrivata a 438 euro, a 431 per l'Emilia-Romagna e 422 euro per la Puglia.

C. D. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ULTIMO COMMA

Chiarezza per i fondi sanitari integrativi

di **Federica Rambaldi**

All'avvicinarsi della scadenza del 31 luglio per il rinnovo dell'iscrizione dei fondi sanitari integrativi all'Anagrafe, è utile una riflessione su una disciplina sviluppatasi con ripetuti interventi legislativi non sempre organizzati, tanto da lasciare aperti alcuni aspetti fondanti del sistema. Primo fra tutti il ruolo che i fondi sanitari rivestono rispetto al Servizio sanitario nazionale.

Le forme di assistenza sanitaria integrativa, introdotte nel 1992, sono state interessate da una revisione strutturale nel 1999 con la riforma Bindi (Dlgs 229/99) che ha affermato la figura del fondo sanitario integrativo nell'accezione di fondo «doc» e «non doc» sulla base dell'esistenza di differenti caratteristiche di tipo istitutivo, ad esempio si qualificano fondi «doc», quei fondi che adottano politiche di non selezione dei rischi e di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti e che sono emanazione di contratti e accordi collettivi, anche aziendali, e di accordi promossi da sindacati e associazioni, ovvero quei fondi che hanno le caratteristiche previste dall'articolo 9 del decreto. Qualora le stesse dovessero venire a mancare la riforma ha lasciato la regolamentazione di tali soggetti all'autonomia privata o alle fonti istituite del settore, si citano come esempio le società di mutuo soccorso, raggruppando tali entità sotto la denominazione di fondi «non doc».

Nonostante la razionalizzazione della materia, realizzata nel 1999 e ulteriormente integrata dal successivo decreto Turco del 2008, gli operatori hanno da sempre avvertito l'esigenza di maggiore chiarezza su alcuni temi fondamentali.

Neppure l'ultimo decreto Sacconi del 2009, entrato in vi-

gore ormai più di un anno fa, ha contribuito a risolvere le difficoltà interpretative, in cui da sempre si imbattono i professionisti del settore.

Uno degli aspetti più attuali, anche in considerazione dell'avvicinarsi della già ricordata scadenza, è il rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe, e questo per le potenziali ricadute negative sugli aderenti ai fondi derivanti dalla perdita dei benefici fiscali in caso di non rispetto delle previsioni di legge.

L'iscrizione all'Anagrafe dei fondi, o il rinnovo della stessa, prevede infatti l'individuazione delle risorse vincolate (da destinarsi ad esempio a prestazioni di assistenza odontoiatrica, prestazioni a rilevanza sociale per persone non autosufficienti), per le quali i fondi sanitari iscritti all'Anagrafe sono tenuti a destinare una quota non inferiore al 20% di quelle complessivamente impiegate alla copertura di tutte le prestazioni offerte agli assistiti, per garantire all'aderente il trattamento fiscale agevolato previsto dal Tuir.

Il principio ispiratore del provvedimento è stato quello di inserire per via legislativa in capo al fondo sanitario l'obbligo del rispetto della soglia delle risorse vincolate, che risulta essere condizione per poter beneficiare annualmente del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'articolo 51, comma 2 lettera a), del Dpr 917/86.

Le modalità individuate per l'iscrizione all'Anagrafe risultano, seppur coerenti con la ratio del decreto, non del tutto eque per quegli operatori appartenenti alla categoria dei fondi «non doc», in quanto in una certa misura sembrerebbe che la normativa ministeriale sia stata pensata seguendo il modello dei fondi sanitari contrattuali ed estesa ad altri soggetti, senza tenere in adeguato conto le differenze di obiettivi, forme di gestione e governan-

ce, specifiche di ciascuno.

Affrontate le problematiche relative all'iscrizione all'Anagrafe, resta poi aperto il ruolo che il provvedimento ha voluto destinare alla stessa. Purtroppo sembra che l'unico spiraglio che consentirà di ottenere maggiori informazioni in tal senso sia rappresentato dal decreto ministeriale, che dovrebbe venir prossimamente emanato e che si spera possa definirne le modalità di funzionamento a regime.

Quali saranno i criteri di controllo utilizzati dall'Anagrafe? Cosa accadrà al beneficiario fiscale dell'aderente qualora il fondo non rispetti la soglia delle risorse vincolate? L'Anagrafe avrà anche un potere di tipo sanzionatorio? La verifica da parte dell'agenzia delle Entrate sull'effettivo rispetto delle soglie vincolate potrebbe aprire il fianco ad aspetti sanzionatori di tipo fiscale in capo al fondo?

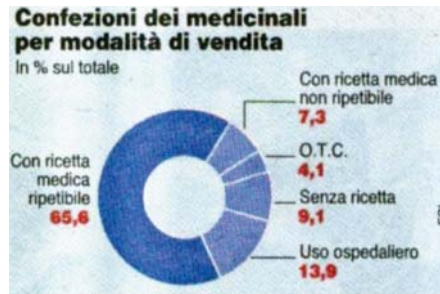
Sono solo alcuni degli interrogativi che l'attuale scenario normativo ha contribuito a far emergere, ma anche altri aspetti rilevanti non hanno ancora trovato adeguata sistematizzazione. Tra questi, ad esempio, la disciplina istitutiva, la governance dei fondi e le forme di gestione delle prestazioni.

In attesa di ulteriori interventi legislativi in grado di dare alla materia l'organicità necessaria, agli operatori di settore non resta che affidarsi ad attente interpretazioni, che consentano di individuare le linee guida entro le quali svolgere la propria attività.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il codice a barre supersicuro che rende tracciabili i farmaci

Brevettato dalla GiBiEffe un sistema che mette al sicuro dalla contraffazione e dalla manipolazione dei medicinali



CATIA BARONE

E se il consumatore diventasse lo sceriffo dei farmaci? L'occhio del Grande Fratello contro la contraffazione non è una fantasia ma una realtà possibile a basso costo. Almeno secondo Carmelo Lo Duca, ideatore di un brevetto registrato come "Tripla targatura" da GiBiEffe, una società di sviluppo del packaging, e presentato a Bruxelles al commissario alla Concorrenza, Joaquin Almunia. Il progetto promette di controllare l'intera distribuzione di farmaci

e cosmetici attraverso dei codici *randomici* ad alta sicurezza che gli utenti stessi potranno utilizzare per verificare l'originalità dei prodotti acquistati. L'obiettivo è combattere la contraffazione, che coinvolge il 7-10% dei prodotti presenti sui mercati mondiali.

L'idea ha attirato l'attenzione non solo dei consumatori ma

delle aziende. Come funziona il sistema? La società di sviluppo elabora i codici con un software e poi li stampa all'esterno delle confezioni richieste, memorizzando i dati in formato elettronico. A quel punto la palla passa alle aziende che dovranno riprodurre il codice non solo nella parte interna della confezione ma anche sul contenitore del farmaco o del cosmetico. E' in questa fase che il consumatore interviene a diversi livelli: è possibile confrontare i codici presenti sia nella confezione sia nel contenitore, e control-

lare la corrispondenza della sequenza numerica su un sito dedicato (potrebbe essere del produttore, di un ministero, della Commissione europea) nonché fotografare il codice con lo *smartphone* per poi inviarlo all'azienda e verificarne la validità. Tra le opzioni, la possibilità di utilizzare *Google* come piattaforma per accogliere i codici da controllare.

Il brevetto di tripla targatura incide su altri fenomeni come la manomissione: una volta aperta la confezione, non può essere più richiusa grazie ad un particolare *design* delle bandelle. Altro aspetto, la "deviazione": il monitoraggio dei codici permette di individuare dove vengono utilizzati i prodotti confermandone la destinazione originale. I farmaci inviati per gli aiuti umanitari non potranno più essere dirottati e venduti via web. Il sistema permette anche ai produttori di evitare contestazioni per danni provocati dal singolo *farmaco*: tramite *report* dei codici l'azienda può dimostrare che quel prodotto non è uscito dai loro laboratori ma è contraffatto. «Il sistema permette all'utente di essere la figura di controllo», spiega Renato Ostorero, responsabile del progetto. «Il nostro obiettivo è andare incontro alla pronuncia del Parlamento europeo sull'obbligo per le società *farmaceutiche* e cosmetiche di aumentare la sicurezza contro contraffazione, *tampering* e *diversion*».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

