

Salute

La genetica a tavola

Proliferano sul web le proposte di diete basate sull'analisi dei geni. Ma l'interpretazione di questi test è molto complessa e può trarre in inganno. Invece è provato che è ciò che mangiamo ad influenzare il nostro Dna

Servizi di Elena Meli alle pagine 40-41

Nutrizione L'interpretazione dei dati del Dna è in realtà molto complessa

Le promesse e le illusioni delle diete genetiche vendute su Internet

Sono moltissimi i «semplici test» proposti per svelare quale sarebbe l'alimentazione adatta a ciascuno di noi

La procedura

Basta un po' di saliva su tampone, inviato per posta, per avere il «referto»

Costi abbordabili

Sono sufficienti 200 euro per ricevere un menu «personalizzato»

di ELENA MELI

La tendenza

Un fenomeno in crescita che espone a qualche rischio

Dieci o quindici anni fa sarebbe sembrata un'utopia: «sbirciare» nel proprio genoma per decidere come cambiare la dieta per dimagrire, sapere qual è il tipo di attività fisica più adatta a noi, fare semplici scelte di vita quotidiana che migliorino la salute. Complice il crollo del prezzo per l'analisi del genoma (con un migliaio di dollari oggi si può sequen-

ziare l'intero patrimonio genetico di un individuo), su Internet basta sborsare due o trecento euro per avere la «dieta genetica» che sarebbe più adatta per perdere peso, capire quale dovrebbe essere lo sport in cui potremmo eccellere, o sapere se dovremmo preoccuparci del colesterolo alto o se è il diabete il nostro tallone d'Achille.

Con il dilagare di sovrappeso e obesità sono soprattutto i test genetici che promettono di svelare l'alimentazione «bruciagrasso» ideale per ciascuno di noi ad andare per la maggiore: costo non proibitivo, procedura banale (basta raccogliere un po' di saliva con un tampone, inviare il campione via posta e dopo un paio di settimane il referto con la dieta genetica arriva a casa), il tutto corredato da un'aura di scientificità a prima vista inoppugnabile.

I geni hanno in effetti un peso nella diversa capacità di ciascuno di bruciare più o meno bene grassi e carboidrati, di accumulare più o meno facilmente peso, di reagire a regimi alimentari differenti: scoprire le caratteristiche di una manciata di geni coinvolti nelle «vie del grasso» potrebbe sembrare l'uovo di Colombo. Peccato che la faccenda sia molto meno semplice di così, come spiega Giovanni Neri, docente all'Istituto di genetica medica dell'Università Cattolica di Roma e presidente della

Società italiana di genetica umana: «Premesso che si dovrebbe avere la certezza dell'attendibilità tecnica dei laboratori che offrono questi test genetici fai da te, a oggi non esistono prove scientifiche per affermare che la presenza di un *polimorfismo* genetico (ovvero la "forma" che assume il gene nel singolo soggetto, ndr) indichi la necessità di una dieta piuttosto che di un'altra. L'interpretazione dei risultati di un test genetico, anche nel caso di polimor-



fismi per cui esistono maggiori certezze di correlazione con dati clinici, come il rischio di sviluppare specifiche malattie, poi è sempre un procedimento complesso e delicato».

«L'utilità dei test genetici non si discute, si tratta di una delle innovazioni di portata più ampia degli ultimi dieci anni — interviene Giuseppe Novelli, responsabile del Laboratorio di genetica medica del Policlinico Tor Vergata a Roma —. Il rischio però è che si passi dall'oroscopo al "genoscopo", pensando che i marcatori genetici possano dire tutto di noi: la *nutrigenetica* ha basi logiche, ma senza un percorso ragionato, senza sapere nulla della persona a cui si fanno i test, le conclusioni non possono essere serie. Anche perché ciascuno di noi è il risultato dei geni, dell'ambiente e del caso: i geni da soli spiegano qualcosa, ma non tutto».

«Focalizzarsi solo sul genotipo e pensare di stabilire una dieta è riduttivo — conferma Enzo Spisni, docente di Fisiologia della nutrizione dell'Università di Bologna —. Sappiamo, ad esempio, che se in animali da esperimento con lo stesso identico genotipo modifichiamo il *microbiota*, ovvero l'insieme dei batteri della flora intestinale, alcuni diventano obesi e altri no: segno che guardando solo ai geni abbiamo una visione molto parziale di ciò che siamo e di come rispondiamo all'alimentazione, perché contano tanti altri fattori. Inoltre, anche se sono stati individuati alcuni geni correlati all'obesità, sappiamo che questi "pesano" molto meno dell'ambiente e dello stile di vita nel provocare l'accumulo di chili. Uno strumento banale come un diario alimentare svela spesso errori madornali nelle abitudini di chi è sovrappeso: al momento è più importante individuare questi errori e modificare la propria quotidianità, che tentare la dieta genetica, la cui efficacia non è dimostrata. Magari in futuro avremo conoscenze più approfondite, ma oggi i test per la dieta genetica sono una fuga in avanti che non serve a molto. Per di più, l'in-

terpretazione dei dati è lasciata spesso a persone non sufficientemente preparate».

«Forse, — osserva Luigi Fontana, del Centro per la nutrizione umana della Washington University di St. Louis, negli Stati Uniti — come adesso misuriamo colesterolo, trigliceridi e simili per avere indicazioni sul rischio cardiovascolare, un giorno potremo valutare i geni e consigliare interventi mirati sull'alimentazione. Ma per ora è prematuro: oggi possiamo mappare il genoma, ma dopo averlo fatto ne sappiamo quanto prima». Insomma, la dieta genetica potrebbe avere un senso scientifico, ma è ancora presto per contarci troppo.

Vale lo stesso per i test fai da te con cui si scopre la suscettibilità alle malattie? «Bisogna sempre partire da una motivazione e non farli a caso o solo per curiosità, altrimenti i risultati, se non ben interpretati e valutati in un contesto, possono generare ansie, dubbi e portare una persona a cambiare vita senza che ve ne sia un reale bisogno — risponde Neri —. Fra i test fai da te ci sono anche quelli ormai ampiamente validati, per cui non devono essere demonizzati. Vanno però inseriti in un percorso guidato da medici in grado di spiegarne il significato, non sempre immediato. Prendiamo il caso del gene BRCA1 e 2 per il tumore al seno, le cui richieste sono molto aumentate dopo il caso dell'attrice Angelina Jolie (che ha dichiarato di essersi sottoposta a mastectomia preventiva sulla base di un accertato rischio genetico, ndr): se troviamo una mutazione in una donna con familiarità per carcinoma mammario, possiamo essere certi che è correlata ai tumori presenti in famiglia e che la donna avrà un rischio di ammalarsi 10 volte superiore al normale; se però il test fosse fatto a tappeto, o "a caso" in una donna senza familiarità per tumore al seno, oggi non abbiamo prove che quella mutazione, in tale diverso contesto, abbia lo stesso significato». In pratica, in un caso simile il genetista potrebbe consigliare mammografie più ravvicinate, ma non ci sarebbero i presuppo-

sti per una mastectomia preventiva.

Quali sono allora i passi giusti per utilizzare i test genetici, anche fai da te, in modo corretto? «Bisogna sempre essere affiancati da un consulente genetista, prima e dopo — dice Novelli —. Se si ha il dubbio di essere a rischio per una patologia, ad esempio perché ve ne sono stati diversi casi in famiglia, bisogna rivolgersi a un Servizio di genetica medica, dove un medico raccoglie la storia clinica, indaga su tutto ciò che potrebbe incidere sulla probabilità di ammalarsi e decide se e quale test genetico eseguire. Una volta fatto il test, è sempre il genetista a doverlo interpretare nel quadro di tutte le informazioni raccolte: solo così avrà senso, e si potrà sapere qualcosa di più concreto sul rischio reale di malattia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ultima trovata

Gli sputa party per cercare il partner ideale

L'ultima frontiera dei test genetici fai da te? Quelli per capire se abbiamo di fronte il partner «geneticamente giusto» per noi. Poche centinaia di euro e il test dice di svelare l'affinità con lui o lei: negli Stati Uniti vanno già di moda gli «sputa party», in cui i partecipanti raccolgono la saliva per inviarla ad analizzare e sapere chi, tra i presenti alla festa, è il proprio tipo. «Si tratta di test nati per fare cassa, che tuttavia partono da presupposti che potrebbero avere una certa validità scientifica — spiega il genetista Giuseppe Novelli —. Sappiamo infatti che se due persone hanno varianti diverse dei geni HLA (il cosiddetto "complesso di istocompatibilità", analizzato anche per valutare la compatibilità di un trapianto, ndr) l'accoppiamento funziona, se sono uguali no: il razionale perciò potrebbe anche esistere, ma un test di questo tipo è inutile, perché l'uomo non è fatto di sole HLA. La componente culturale e una miriade di altri elementi più "impalpabili" contano moltissimo perché una relazione funzioni».

Il genoma umano

È come un «libro» che racchiude le istruzioni per costituire il nostro intero organismo; contiene oltre un miliardo di «parole», cioè di basi del Dna, che costituiscono le «frasi», ovvero i geni

24 mila

Il numero (stimato) dei geni umani

2,7 miliardi di dollari

Il costo del primo sequenziamento del genoma umano (2003). Oggi un sequenziamento può costare 1.000-2.000 dollari

99,9%

La quota di patrimonio genetico identica in tutti gli esseri umani

0,1%

Le differenze, che dipendono da polimorfismi: quando in un gene una singola base del Dna è diversa da quelle degli altri individui

○ **10 milioni**

I polimorfismi nel genoma

○ **4-8**

I polimorfismi possibili in ogni gene

○ **53%**

La quota di polimorfismi comune, ovvero che si trova in oltre il 20% della popolazione

○ **6%**

I polimorfismi rari

D'ARCO

I test genetici attendibili

SCREENING NEONATALI

Test genetici condotti sui bimbi appena nati, per identificare malattie genetiche (come la fenilchetonuria o l'ipotiroidismo congenito) per le quali è possibile intervenire subito evitando conseguenze gravi

DIAGNOSTICI

Si usano per identificare o escludere la presenza di una patologia genetica o cromosomica, di qualunque tipo, della quale si conosca la mutazione responsabile. Non ne esistono però per tutti i geni coinvolti in malattie genetiche

PER INDIVIDUARE PORTATORI SANI DI MALATTIE

In questo caso il test riconosce un gene che, se presente in due copie, porta a una malattia genetica. Viene eseguito in soggetti con una familiarità per specifiche patologie; se entrambi i partner di una coppia vengono sottoposti al test, si può avere un'idea del rischio di dare alla luce un bimbo malato o portatore della malattia

Oltre 1.000

I test genetici in uso

Circa 40

I test farmacogenetici già entrati nella pratica clinica

PREDITTIVI

Si eseguono per individuare mutazioni associate a malattie con una componente genetica che si sviluppano dopo la nascita e sono utili soprattutto in familiari di soggetti con una di queste patologie. Se individuano mutazioni che concorrono a una malattia, ma non ne sono l'unica causa (es. Alzheimer, diabete), indicano una suscettibilità e un incremento del rischio di ammalarsi, ma mai una certezza di diagnosi

PRENATALI

Si eseguono, ad esempio, sul liquido amniotico o su altro materiale fetale per diagnosticare patologie genetiche o cromosomiche; non possono tuttavia identificare tutte le malattie genetiche note. Stanno diffondendosi i test su sangue materno: per nulla invasivi, non comportano rischio di aborto e si stanno dimostrando affidabili per riconoscere un gran numero di patologie del nascituro

FORENSI

Sono ampiamente usati per identificare soggetti coinvolti in indagini giudiziarie. In questo caso si cerca la «firma» genetica di un individuo che lo rende diverso da qualsiasi altro: sono perciò impiegati per il riconoscimento di paternità, per identificare le vittime di disastri, per scoprire i colpevoli nei processi per omicidio o altri reati

PREIMPIANTO

Vengono eseguiti su un piccolo numero di cellule degli embrioni da impiantare nelle procedure di fecondazione assistita, così da poter escludere dall'impianto quelli certamente malati

Salute

Prevenzione | I cibi inducono modificazioni nella struttura del Dna, che possono anche favorire lo sviluppo di alcuni tumori

Ciò che mangiamo influenza i geni Su questo non ci sono dubbi

Protezione

Livelli più elevati di vitamina D e selenio riducono il pericolo di ammalarsi

Studi in corso

L'eccesso di acido folico potrebbe avere, invece, un effetto negativo

I geni possono influenzare il modo con cui assimiliamo i cibi, ma è vero anche il contrario: i cibi influenzano l'attività dei geni, «accendendoli» o meno e modificando, di conseguenza, l'attività delle cellule. L'ultima dimostrazione arriva da una ricerca dell'Institute for Food Research dell'Università di Newcastle in Inghilterra, secondo cui ciò che mangiamo incide sulla probabilità di sviluppare un tumore, per effetto di modifiche dette *epigenetiche*.

Queste sono, in sostanza, piccoli cambiamenti dei geni (spesso consistono in *metilazioni*, ovvero nell'aggiunta al DNA di un gruppo metile con tre atomi di idrogeno e uno di carbonio) che non alterano il genoma, ma influenzano il modo e la tempistica con cui i geni vengono «accesi» o «spenti», agendo perciò sulla loro attività.

I partecipanti allo studio, che non avevano tumori né seguivano diete particolari o assumevano integratori, sono stati sottoposti a una colonoscopia durante la quale sono state prelevate cellule dalla pa-

rete dell'intestino; quindi i ricercatori hanno analizzato i geni più coinvolti nello sviluppo del tumore al colon, soffermandosi sulle eventuali metilazioni. «Queste modifiche epigenetiche vengono trasmesse con la divisione cellulare e sappiamo che possono essere coinvolte nello sviluppo di tumore — spiega Nigel Belshaw, il coordinatore dello studio —. Abbiamo quindi studiato la relazione fra le metilazioni che trovavamo e alcune caratteristiche del soggetto, come età, sesso, indice di massa corporea e dieta, valutando la quantità di alcuni micronutrienti, come selenio e vitamina D, nel sangue».

I risultati mostrano come età e sesso maschile incidano sulle alterazioni epigenetiche e la proporzione di cellule metilate: non a caso, dopo i 50 anni e soprattutto negli uomini cresce maggiormente il rischio di tumore del colon. «Ma anche il peso corporeo in eccesso si associa ad alterazioni epigenetiche che possono aumentare il rischio di cancro all'intestino, e lo stesso vale per il contenuto della dieta —

racconta Belshaw —. Abbiamo infatti dimostrato che nei soggetti con livelli plasmatici più elevati di vitamina D e selenio (derivanti dalla alimentazione, ndr) c'è una minore metilazione. Troppo acido folico (sempre collegato alla dieta, ndr), invece, stando ai dati raccolti, avrebbe un effetto contrario. Alcuni studi epidemiologici hanno già indicato una possibile correlazione fra un eccessivo introito di folato e un maggior rischio di tumore al colon in alcuni soggetti, adesso stiamo studiando più a fondo il tema per capire meglio l'eventuale legame».

Si parla comunque di eccesso, per cui è bene sottolineare che l'acido folico è e resta un componente fondamentale della dieta (si trova in verdure a foglia verde come spinaci, broccoli e lattuga, nei legumi, nei cereali e in agrumi come limoni e arance). Di certo il dato conferma che è importante non farsi mancare né la vitamina D, portando spesso in tavola il pesce, né il selenio, che si trova in prodotti ittici, frutti di mare, noci ma an-

che in cereali e vegetali (in cui però la quantità dipende dal terreno di coltura).

«Il cibo modifica le nostre condizioni di salute, è noto: ciò significa che gli alimenti alterano la funzionalità e l'attività dei geni, perché è solo così che poi si possono avere effetti più generali — commenta Luigi Fontana —. In altre parole, se colesterolo o glicemia cambiano in base alla dieta, certamente gli alimenti incidono sui geni che sovrintendono alle "vie" che li coinvolgono. Questo è certo. La sfida oggi è capire in dettaglio come ciò avvenga».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ALL'HUMANITAS DI MILANO

Scoperte le cellule mimetiche all'origine del tumore al colon

■ Scoperto a Milano dai ricercatori di Humanitas, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, uno dei meccanismi con cui il cancro del colon (8600 mila decessi nel mondo ogni anno) si diffonde nell'organismo, causando metastasi. Le cellule maligne, travestendosi - per eludere le difese naturali - da cellule normali che costituiscono l'impalcatura di un tumore (mesenchimali), attraverso la parete dei vasi si riversano nel sangue andando ad invadere organi distanti, primo fra tutti il fegato.

Lo studio, che ha anche svelato il meccanismo molecolare alla base di questo travestimento, è stato condotto dal dottor Giuseppe Celesti e dai giovani ricercatori del laboratorio di gastroenterologia molecolare, con la supervisione del direttore scientifico, professor Alberto Mantovani, e del professor Alberto Malesci. Il lavoro è pubblicato sul numero di settembre della prestigiosa rivista scientifica *Gastroenterology*. Questa scoperta apre nuove importanti prospettive a livello diagnostico. «La speranza - afferma il dott. Laghi - è che sia la base di partenza per utilizzare le molecole che orchestrano il travestimento delle cellule tumorali per fare una diagnosi migliore e più precoce del cancro del colon».





GRAVIDANZA: PERICOLI DA RISTRUTTURAZIONI E FAI-DA-TE

(AGI) - Bristol, 7 set. - Dedicarsi al fai-da-te, alle ristrutturazioni e al bricolage in case d'epoca puo' mettere le donne in gravidanza a rischio e danneggiare i bambini non ancora nati, secondo una nuova ricerca promossa dall'Universita' di Bristol. Ristrutturare vecchie abitazioni per l'arrivo di un nuovo membro della famiglia e' un pericolo per l'attesa equivalente a bere caffe' o appiccare fuochi all'aperto. Il nemico specifico e' il piombo liberato dalle vecchie pitture che aumenta il rischio di insorgenza di pre-eclampsia, condizione potenzialmente fatale per la madre e il bimbo. L'esposizione puo', inoltre, influenzare l'intelligenza del neonato, incrementando la tendenza a sviluppare iperattivita'. I risultati sono stati ottenuti dall'analisi dei livelli di piombo nei campioni di sangue di quattromila donne incinte. Il siero maggiormente contaminato e' stato quello delle partecipanti dedite al fai-da-te o che hanno ristrutturato casa durante i nove mesi di gravidanza. Lo studio e' stato pubblicato sulla rivista Plos One. -

«Puntiamo tutto su competenze e merito»

l'intervista

**L'Italia vista da Houston
Parla Mauro Ferrari,
esperto mondiale di
nanotecnologie: serve
una riforma della sanità
e l'omologazione dei
farmaci. A novembre
una proposta operativa**

DAL NOSTRO INVIATO A CERNOBBIO (COMO)
PAOLO VIANA

In Italia c'è nuovamente bisogno di medici. È sorpreso?

Francamente no – risponde in una pausa del forum Ambrosetti Mauro Ferrari, uno dei padri della nanotecnologia biomedica, presidente e ad del Methodist Research Institute di Houston (Texas), uno dei primi dieci ospedali degli Usa, con 15.000 dipendenti, 1200 dei quali impegnati nella ricerca scientifica – perché ci sarà sempre bisogno di questo mestiere: diversamente da altri campi, lo sviluppo della tecnologia aiuta, non riduce l'intervento umano. La medicina resterà sempre un rapporto medico-paziente e non si ridurrà mai a un algoritmo.

Dove nasce questa domanda?

La penuria di medici nasce dal fatto che la professione in Italia non è incentivata come dovrebbe. Avviene nei sistemi sanitari in cui non c'è competizione interna. Il *single payer system*, cioè il modello di sistema pubblico che c'è in Italia, cancellando gli incentivi attrae meno persone. Un altro fattore che allontana è la formazione del personale. Abbiamo puntato sui grandi numeri, sacrificando la competenza tecnica e pratica dei nuovi medici. Nell'Italia dei medici condotti, i neolaureati sapevano mettere le mani sul paziente: negli ultimi quarant'anni molti medici di base sono diventati, per loro ammissione, dei passacarte.

Se questa è una nuova chance, cosa fare per non perderla?

Una riforma è necessaria. I servizi sanitari devono essere coordinati in maniera piramidale, la maggior parte dev'essere fornita dai medici di base – ma va riformulata l'intera formazione, dando più competenze e più indipendenza a queste figure – e va stretta la cima della piramide:

i servizi specializzati devono essere forniti da pochi centri coordinati, non ovunque.

Ha un progetto?

Ho un'idea che presenterò in novembre al forum Meridiano Sanità di Ambrosetti. Uno dei punti sarà il nuovo sistema per l'omologazione dei farmaci, dei dispositivi medici e degli agen-

ti di contrasto. Mantenendo il ruolo dello Stato, cui tocca garantire che il prodotto sanitario immesso sul mercato sia sicuro, la verifica dell'efficacia va affidata al grande network dei medici di base, formati ad hoc e collegati da un sistema medico informatico nazionale, che oggi non c'è, nel quale confluiscono i dati (anonimi) dei pazienti e delle loro patologie. Così avremmo una grande banca dati pubblica, su cui studiare. Se riuscissimo a realizzare questo progetto, l'Italia diverrebbe uno dei primi Paesi al mondo perché vi ricorrono tutte le condizioni: un *single payer system* di 65 milioni di persone e università eccellenti. Senza contare che il nuovo sistema di omologazione costituirebbe anche un formidabile stimolo economico per il Paese.

Ogni anno centinaia di scienziati come lei lasciano questo Paese perché non riescono a fare ricerca. Perché questa tendenza dovrebbe cambiare?

Iniziamo col dire che la cosiddetta fuga di cervelli in alcuni casi è un osmosi salutare tra sistemi scientifici e universitari: rispetto al passato, quando si tagliavano i ponti con il Paese, oggi emigrare per fare ricerca è meno traumatico e definitivo. Distinguiamo la fuga dalla mobilità: io stesso ho assunto due ricercatori italiani e li ho inviati a studiare a Pechino... Ciò detto, la riforma cui accennavo, smonta una certa mentalità secondo cui la scienza è un'arte fine a se stessa, mentalità tragica perché ferma le scoperte nel cassetto ed impedisce di salvare vite umane. In Texas abbiamo creato una filiera di infrastrutture a metà tra il pubblico e il privato che permettono di fare studi di tossicità e addirittura "produrre" farmaci nuovi; lavoriamo in partnership con l'industria privata e abbiamo già creato dei fondi ad hoc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Lunedì 05 SETTEMBRE 2013

Lo sport è libertà: non medicalizziamolo!

Gli italiani hanno bisogno di fare attività fisica, ma l'attività motoria e lo sport non sono in assoluto né una terapia né un'attività sanitaria. La Conferenza delle Regioni rifletta sul documento che prevede la possibilità da parte del medico dello sport di "prescrivere l'esercizio fisico" come fosse un farmaco

Il Gruppo di Interesse Specifico dell'Associazione Italiana Fisioterapisti che si occupa della Fisioterapia nello e per lo sport da sempre è al fianco degli atleti e degli sportivi e ben esprime l'attitudine della Fisioterapia a promuovere il movimento come quintessenza dell'essere umano e della sua partecipazione attiva alla società, anticipando spesso quanto poi descritto dall'OMS nel 2001 con l'International Classification of Functioning, Disability and Health.

Ci sentiamo quindi particolarmente coinvolti dal recente documento, portato all'attenzione della Conferenza Regioni e Province Autonome (1) (*vedi documenti a fondo pagina*), sulla possibilità da parte di un medico (in questo caso lo specialista in medicina dello sport) di prescrivere l'esercizio fisico "...finalizzato al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute, alla terapia del sovrappeso e dell'obesità, al trattamento di pazienti con malattie metaboliche, cardiovascolari, dell'apparato muscolo-scheletrico, o con altre patologie croniche nelle quali sia dimostrata l'utilità di un regolare esercizio fisico personalizzato (concetto di sport-terapia)..." (1) cit.

L'utilizzo dei termini sport e terapia non è nuovo alla Fisioterapia e da sempre rappresenta, per chi cura il movimento e usa il movimento per curare, uno strumento terapeutico; al contrario, l'utilizzo del termine "terapia" è sicuramente almeno confondente se abbinato a professionisti non sanitari. I Cittadini Italiani hanno effettivo bisogno di fare maggiore attività fisica in generale ed il documento in questione pare tenda in alcuni tratti a questo che riteniamo obiettivo irrinunciabile. Tuttavia, la proposta pare sottendere ad un ragionamento programmatico ed a concetti che riteniamo superati e da non sottoscrivere.

Lo sport e l'attività fisica generale sono attività libere, ludiche e di relazione, con indubbi benefici sulla salute dell'individuo, tanto da essere necessarie per ognuno ed è sicuramente compito di una Società matura provvedere che tutti gli individui, anche quelli più in difficoltà, possano accedervi. Così come è doveroso che tali attività vengano considerate seriamente, condotte da professionisti competenti, tutelate dal punto di vista sanitario con percorsi standardizzati.

Ma quello che invece è il rischio che consegue al ragionamento della proposta citata è la medicalizzazione dell'attività sportiva e motoria, cosa che a nostro avviso, da professionisti sanitari, è assolutamente da evitare. L'esercizio fisico ed il movimento utilizzati a fini terapeutici esistono già e sono prerogativa proprio del lavoro del Fisioterapista.

Negli ultimi decenni l'evoluzione culturale e scientifica ha portato, in ambito sanitario, uno spostamento dei focus e degli outcomes sanitari dai concetti di malattia, menomazione e patologia a quelli di persona, disfunzione e di abilità diversa. La cultura socio-sanitaria e preventiva ricopre sempre più un ruolo centrale nei piani sanitari nazionali, regionali, del piano nazionale della prevenzione 2010/2012 e delle recenti Linee guida per la riabilitazione 2011. Secondo quest'ultimo documento, scopo dell'intervento riabilitativo "...è 'guadagnare salute', in

un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come 'malato', ma come 'persona' avente diritti...".(2)cit.

L'obiettivo di 'guadagnare salute' è espresso anche nel "Piano nazionale della prevenzione" (2010-2012). In esso si sottolinea ed enfatizza "...il ruolo dell'attività fisica nel promuovere non solo il benessere nelle persone sane, ma anche l'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e disabilità...".(3)cit Viene inoltre considerato come assodato che "...nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che accelera il processo di disabilità..." (3)cit.

E' inevitabile prendere atto che tutti i sopracitati documenti sono influenzati oltre che dalla crescente cultura del Benessere e della Salute della Persona, anche dalla crisi finanziaria originatasi negli Stati Uniti D'America nell'agosto 2007 e dalla successiva recessione economica mondiale che ha comportato, per l'Italia, la necessità di ridurre tutti i capitoli di spesa, incluso quello sanitario e sociosanitario.

Per quanto riguarda l'ambito riabilitativo, la progressiva crescita della richiesta di prestazioni e la contemporanea necessità di contenimento delle spese a carico dei sistemi sanitari regionali, hanno portato il legislatore e gli amministratori locali a "...un approccio educativo al paziente finalizzato a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica di desanitarizzazione ("attività fisica adattata" e criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente") ..." (2)cit.

Esiste anche, lo scrivevamo, la necessità di promuovere l'attività fisica generale anche per i soggetti che hanno più difficoltà ad accedervi, e proprio in merito alla c.d. Attività Fisica Adattata (AFA), il Ministero della Salute ha recentemente definito e delimitato, dopo un attento lavoro di sintesi condiviso con le professioni coinvolte, gli ambiti e le caratteristiche di tale attività motoria. Il Ministero ha così nuovamente chiarito come i percorsi di attività adattata non siano percorsi sanitari bensì abbiano "...il compito di ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita più corretti..." (4)cit.

Sia le Linee guida per la riabilitazione che il documento ministeriale citato poc'anzi, confermano come la terapia sia competenza specifica delle professioni sanitarie e, nello specifico, come la rieducazione funzionale sia competenza dei fisioterapisti.

In nessuno di questi documenti ministeriali viene assegnato all'AFA l'obiettivo del miglioramento dello stato di salute, come invece nella proposta in oggetto.(1) Nel medesimo documento si rintracciano, più volte, l'utilizzo dei termini "paziente" e "programma terapeutico" collegati alla prescrizione di esercizio fisico.

Tali affermazioni potrebbero risultare fuorvianti per i lettori che si sentirebbero così autorizzati a ritenere erroneamente tali percorsi come sanitari.

L'attività motoria e, in particolare, lo Sport non sono in assoluto né una terapia né un'attività sanitaria, benché la correzione degli stili di vita sia un'attività preventiva necessaria e fondamentale per tutte persone, ivi incluse quelle con disabilità e problematiche fisiche pregresse già stabilizzate.

A nostro avviso meglio sarebbe che, sotto l'attenta guida degli specialisti in Medicina dello Sport, si programmassero campagne informative nazionali tali da incentivare, e rendere praticabili a tutti, le differenti attività ludico-sportive.

Riteniamo, pertanto, fondamentale non medicalizzare lo sport che, per ogni persona, è relazione, sviluppo, piacere, integrazione sociale, gioco, evitando di porre ulteriormente al centro di ogni percorso il professionista, piuttosto che il Cittadino.

In Germania, nell'attuale dibattito politico pre-elettorale, il partito dei Verdi locale ha proposto di istituire "per legge" un giorno vegetariano nelle mense pubbliche.

Il popolo tedesco, di solito ligio alle regole, si è sollevato: il benessere va bene, ma per legge, no. Riteniamo che, su affermazioni come "prescrivere l'esercizio fisico come un farmaco" ci si debba riflettere.

Carlo S. Ramponi

Presidente nazionale GIS Sport - AIFI