

**BOLOGNA / FESTIVAL DELLA SCIENZA MEDICA**

# Cominciate presto una lunga vita!

L'approccio evolucionista permette di affinare i consigli per vivere al meglio anche gli ultimi anni

di **Mark Hanson**

**V**erso il finale di *Re Lear*, quando tutto sembra perduto per l'anziano re, Shakespeare fa dire al personaggio di Edgar «tutto sta nell'esser pronti», cioè l'invecchiamento è parte di un processo continuo, che lega la fine della vita con il suo inizio. Il collegamento tra l'inizio e la fine della vita potrebbe non essere parso strano al tempo di Shakespeare, quando molti credevano che le congiunzioni celesti o altri segni al momento della nascita presagissero il futuro di una persona, ma sembra sia stato dimenticato fino a tempi recenti. Oggi gli scienziati biomedici conoscono nuovi meccanismi che collegano i processi che plasmano le nostre vite al loro inizio e quelli che influenzano l'invecchiamento.

Spesso pensiamo all'invecchiamento come l'inevitabile conseguenza dei danni causati dalle nostre vite quotidiane – quello che mangiamo, se fumiamo, quanto esercizio pratichiamo, etc. – e accumulati nel corso degli anni, ai quali si aggiunge forse la perdita della nostra capacità di riparare tali danni. Questo è vero in certa misura, e certamente non è mai troppo tardi per adottare uno stile di vita più sano, anche se i guadagni in termini di aumentata longevità diventano inferiori quanto più tardi cambiamo modo di vivere. Un'altra teoria dice che l'invecchiamento è parte di una strategia di decorso della vita, evolutasi nel corso di decine di migliaia di anni. Da un punto di vista evolucionistico classico, la sopravvivenza per riprodursi, per trasmettere i nostri geni alla prossima generazione, è tutto quello che conta per la nostra specie.

Se ognuno di noi ha una limitata capacità di riparazione e rigenerazione del corpo, una candela che cominciamo a bruciare dalla nascita, allora alcuni biologi evolucionisti sostengono che l'uso di questa preziosa risorsa è meglio sfruttato nel periodo fino alla riproduzione, in modo da promuovere le nostre *chances* di trasmettere i nostri geni, ma ignorando la manutenzione del nostro corpo dopo il raggiungimento di quel risultato. Nella mia conferenza al Festival della Scienza Medica di Bologna, discuterò come

**Un ampio spettro di fattori ambientali può influenzare durante la gravidanza il feto che si sta sviluppando con effetti a lungo termine sulla salute**

questa idea potrebbe essere ripensata alla luce di nuovi concetti relativi all'evoluzione dei processi di sviluppo.

Nuove ricerche stanno rivelando in che modo un ampio spettro di fattori ambientali che coinvolgono una madre gravida, come l'alimentazione, l'obesità, i livelli di stress e comportamenti come fumare, bere alcol e restare inattiva, può influenzare il feto che si sta sviluppando, con conseguenze a lungo termine sulla salute. Alcuni aspetti dello stile di vita del padre può altrettanto avere effetti deleteri sul bambino, successivamente. Tali effetti sono mediati da processi chiamati «plasticità dello sviluppo», per cui aspetti dello sviluppo degli organi, tessuti e sistemi di controllo del corpo sono modificati da segnali ambientali. La plasticità dello sviluppo si manifesta in un'ampia gamma di specie inclusa la nostra, e si è evoluta come modo di consentire all'organismo che si sviluppa di aggiustare il corpo per meglio sintonizzarlo rispetto alle condizioni ambientali future in cui prevede che vivrà. Ovviamente, se la predizione non è accurata, ci possono essere problemi che aspettano – e questo è in parte il motivo per cui il mondo sta sperimentando un'epidemia di obesità, gli scienziati pensano, perché cioè abbiamo esposto noi stessi a cibo insano abbondante, attività basate sull'uso di schermi, e alcune sostanze chimiche tossiche nel corso di una sola generazione.

I processi dello sviluppo influenzano molti aspetti della fisiologia che declinano con l'invecchiamento, come per esempio la resistenza dell'osso, la funzione del muscolo e le capacità neurocognitive. Queste funzioni raggiungono un picco nelle nostre vite adulte giovani, e quindi gradualmente si estinguono. Quanto veloce questi processi declinano dipende non solo da eventi che accadono più tardi nel corso delle nostre vite, come quanto esercizio facciamo, quale dieta pratichiamo, etc., ma anche dall'altezza del picco di salute raggiunto in precedenza, cioè nelle fasi precoci della vita adulta. Questa altezza, e quanto veloce è stata raggiunta, può essere influenzata dai processi dello sviluppo. Possiamo così vedere che questa funzione davvero risiede lungo una traiettoria che percorre il corso della vita, messa in moto anche prima della nostra nascita. Inoltre, stiamo cominciando a capire che alcuni di questi processi che sono alla



base della plasticità dello sviluppo posso anche essere implicati in un tipo di plasticità che opera durante l'invecchiamento. Questo può includere effetti sulla funzione immunitaria, cellule staminali presenti in molti tessuti e un esaltante nuovo insieme di processi chiamati epigenetici. In questo quadro dinamico, gli stimoli ambientali possono influenzare il modo in cui i nostri geni lavorano, senza alterare la struttura primaria delle informazioni che ereditiamo dai nostri genitori. I processi epigenetici si sa che sono implicati nella plasticità dello sviluppo e dell'invecchiamento. Può ben essere che misurando i marcatori epigenetici durante la vita precoce si possa fare una predizione del rischio successive per un ampio insieme malattie, incluso il diabete, le malattie cardiovascolari e alcune forme di cancro. Alcuni di questi processi possono essere reversibili, cosa che creerebbe nuove opportunità terapeutiche, non solo per prevenire e combattere queste malattie, ma forse anche per modificare i nostri stessi processi di invecchiamento. Quanto importante questa intuizione sia per la longevità si può capire dal fatto che l'epidemia di malattie cronico-degenerative in corso può significare che, per la prima volta nella storia e in molte regioni del mondo, che i giovani oggi possono aspettarsi di vivere meno a lungo dei loro genitori.

Il personaggio di Shakespeare dice che «Gli uomini debbono pazientare per uscir di questo mondo, come per entrarvi». La nuova scienza che lega l'evoluzione, lo sviluppo e l'invecchiamento mostra quanto questo sia vero. E può anche aiutare a migliorare le nostre vite ad entrambe le estremità – e a essere più sane più a lungo tra l'inizio e la fine.

- Mark Hanson, direttore dell'Istituto di Scienze dello sviluppo dell'Università di Southampton

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le linee guida Fecondazione eterologa: sì alla donazione di ovociti ma senza alcun compenso

**ROMA** Letteralmente significa «condivisione delle uova». *Egg sharing*. Tradotto nella lingua della fecondazione eterologa si intende una donazione di ovociti (le cellule della riproduzione femminile) da parte di una donna, già sottoposta a trattamenti, che accetta di cederne una parte a chi ne è sprovvista.

È una delle novità contenute nelle linee guida collegate alla legge sulla Procreazione medicalmente assistita. Usciranno entro l'estate con indicazioni univoche per i centri. Terminato il lavoro di una commissione del **ministero della Salute**, stanno per essere inviate all'esame del Consiglio superiore di Sanità. Non venivano aggiornate dal 2004. Da allora molte norme della legge sono cambiate a cominciare del sì al ritorno della fecondazione eterologa da parte della Corte costituzionale, lo scorso aprile.

La stessa Consulta nella sentenza ha precisato che la donazione dei gameti (ovociti e spermatozoi) deve essere gratuita. Ecco perché le linee non toccano questo aspetto che verrà però riaffermato in un prossimo decreto di recepimento di direttive europee e nel modulo del consenso informato.

Dunque niente rimborsi né remunerazioni di solidarietà, come avviene invece nella donazione di organi e tessuti da trapianto: per il midollo osseo è previsto un rimborso per spese di viaggio. Ai donatori di sangue l'Inps versa il corrispettivo della giornata di lavoro persa.

Il documento del ministero ufficializza anche la doppia eterologa. Si potrà tentare di avere un bambino del tutto privo del Dna dei partner ricorrendo alla donazione di ovociti e spermatozoi. In questo caso la mamma riceve dentro di sé un embrione concepito in provetta, estraneo dal punto di vista biologico.

Le linee guida non si occupano invece di diagnosi preimpianto. Mercoledì la decisione della Corte costituzionale sull'illegittimità del divieto alle coppie fertili, portatrici sane di malattie genetiche.

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it  
© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La legge

● La Corte costituzionale, con una serie di sentenze, ha reintrodotto in Italia la fecondazione eterologa, messa al bando dalla legge 40 approvata nel 2004

● In mancanza di una legislazione nazionale fino a oggi le Regioni si sono mosse in maniera autonoma, dando luogo a disparità nella pratica dell'eterologa. Il ministero si appresta a uniformare la situazione attraverso la formulazione di linee guida



Caserta

**Un'altra neonata abbandonata**  
**«Più informazione»**

È il terzo caso in otto giorni: una bimba è stata abbandonata poche ore dopo la nascita davanti a un bar nel Casertano. Le telecamere hanno ripreso la scena e ora si indaga sulla madre, forse una ragazza dell'Est. Gigli, presidente del Movimento per la Vita, al ministro **Lorenzin**: «Presto una Pubblicità Progresso per informare le donne sulle "ruote" e la "maternità segreta": possibile lasciare il neonato in ospedale».

BELLASPIGA E DALOISO A PAGINA 10

# Un'altra neonata abbandonata

## Terzo caso in 8 giorni. Mpv: subito una pubblicità progresso

**La piccola Emanuela salvata dalla strada nel Casertano. Appello al governo: serve informazione**

VIVIANA DALOISO

**E**manuela, l'hanno chiamata. Perché ad accorgersi di lei, che si muoveva piano e pianeggiava avvolta in una copertina vicino ai casonetti, è stato un operatore ecologico di nome Emanuele. Ed Emanuele è il nome dell'infermiere che l'ha presa tra le braccia alla clinica Pineta Grande, per prestarle le prime cure. La sua mamma, ieri mattina presto, l'ha lasciata vicino a un bar sulla strada provinciale che collega Villa Literno e Castel Volturno, nel Casertano. Due chili e mezzo, il cordone ombelicale reciso in modo professionale, la pelle chiarissima: una bimba amata, tenuta in grembo fino alla fine e poi chissà per quale disperata ragione abbandonata per strada.

Emanuela per fortuna sta bene: il proprietario del bar non s'è accorto subito della sua presenza dentro alla borsa di plastica in cui l'aveva accoccolata la madre, forse per trasportarla inosservata. Così l'ha spostata vicino alla spazzatura, dove poi è stata trovata e rianimata: faceva fatica a respirare, l'intervento dell'operatore ecologico e della polizia è stato provvidenziale. Le telecamere di videosorveglianza riprendono quei momenti, e quelli drammatici di qualche minuto prima: una donna anche lei chiara di carnagione, gli occhiali scuri e il cappuccio, che si avvicina e adagia piano il "pacco". Ora gli agenti del Commissariato di Aversa sono sulle sue tracce: vogliono stabilire chi sia, perché sia arrivata alla decisione.

La zona di Castel Volturno, d'altronde, è di quelle ad altissimo tasso di abbandono: «Abbiamo informato il Tribunale dei minori non solo per la situazione di Emanuela, ma anche per un'altra – ha spiegato il direttore sanitario della clinica, Vincenzo Schiavone –. È una bimba nata prematura, pesa appena 500 grammi. L'ha partorita e poi abbandonata una donna italiana, usufruendo della

legge apposita».

Già, perché la legge consentirebbe alle donne di partorire nell'assoluto anonimato negli ospedali italiani, con la certezza di vedere i propri piccoli assicurati all'amore di un'altra famiglia. E lungo lo Stivale sono ormai una cinquantina, sparse in tutte le regioni, le "culle per la vita": strutture realizzate appositamente per permettere alle mamme in difficoltà di lasciare i neonati, nel pieno rispetto della sicurezza del bambino e della privacy di chi lo deposita. Il problema è l'assenza quasi totale di informazione in merito: negli ultimi otto giorni quello di Emanuela è il terzo caso di neonato abbandonato, dopo quello di Milano (un maschietto, Alberto, anche lui lasciato per strada il giorno di Pasquetta) e di Giarre, dove la madre ha usufruito invece della "culla per la vita" locale. «È evidente che innanzi a questo fenomeno drammatico e sempre più diffuso misuriamo una mancanza da parte delle istituzioni – lamenta il presidente del Movimento per la vita Gian Luigi Gigli –: serve una campagna di sensibilizzazione capillare e incisiva, per questo scriveremo immediatamente al ministro **Lorenzin**, affinché il governo si muova immediatamente con l'attivazione di un numero verde o di una pubblicità progresso dedicata». Nel nostro Paese ogni anno sono una media di 400 i parti anonimi che avvengono in ospedale: «L'obiettivo è quello di far crescere questo numero a discapito proprio degli abbandoni – continua Gigli –. Una madre che porta a termine una gravidanza non vuole abortire e questa scelta per la vita è un dono, oltre che un grande gesto di coraggio. È assurdo che sia sprecata, e che quell'aborto evitato possa trasformarsi poi in un infanticidio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# quotidiano**sanità**.it

Sabato 11 APRILE 2015

## Cesareo. Oms: “In aumento nei Paesi ad alto reddito e spesso eseguito senza necessità mediche”

***In una nota l'Organizzazione mondiale della sanità torna sull'argomento parto cesareo. “Anche se può salvare la vita è spesso eseguito senza necessità mediche mettendo le donne e i loro bambini a rischio”. In ogni caso viene ribadito che sotto la soglia del 10% non vi è alcuna evidenza di miglioramento della mortalità. [In Italia siamo al 26%](#).***

“Il taglio cesareo è uno degli interventi chirurgici più comuni nel mondo, con tassi in continuo aumento, in particolare nei paesi ad alto e medio reddito. Anche se può salvare la vita, il taglio cesareo è spesso eseguito senza necessità mediche, mettendo le donne e i loro bambini a rischio di problemi di salute a breve e lungo termine”. Una nuova dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ([OMS](#)) sottolinea l'importanza di “concentrarsi sulle esigenze del paziente, caso per caso, e scoraggia la pratica di puntare ‘a tassi obiettivo”.

“Il taglio cesareo – si legge nella nota - può essere necessario quando il parto vaginale può rappresentare un rischio per la madre o il bambino, per esempio a causa di parto prolungato, sofferenza fetale, o perché il bambino è in una posizione anomala. Tuttavia, il taglio cesareo può causare complicazioni significative, invalidità o morte, in particolare in ambienti che non hanno le strutture per realizzare interventi di sicurezza o curare eventuali complicanze”.

### **Il Tasso Ideale per i parti cesarei: tra il 10 e il 15%**

“Dal 1985 – ribadisce l'Oms - , la comunità sanitaria internazionale ha considerato il “tasso ideale” per parti cesarei siano tra il 10% e il 15%. Nuovi studi rivelano che quando i tassi di taglio cesareo salgono verso il 10% in tutta la popolazione, il numero di decessi materni e neonatali diminuisce. Ma quando il tasso supera il 10%, non vi è alcuna prova che i tassi di mortalità migliorano”.

“Queste conclusioni evidenziano il valore del taglio cesareo nel salvare la vita delle madri e dei neonati”, spiega **Marleen Temmerman**, Direttore del Dipartimento di Salute Riproduttiva e Ricerca dell'OMS. “Ma illustrano anche quanto sia importante effettuare un taglio cesareo solo per le donne che ne hanno bisogno”.

In ogni caso l'Oms ribadisce come “gli effetti dei tassi di taglio cesareo sugli esiti materni e neonatali, come nati morti o patologie come asfissia neonatale sono ancora sconosciute”. E sono “ancora necessarie ulteriori ricerche sull'impatto del cesareo sul benessere psicologico e sociale delle donne”.

Grazie alla loro maggiore costo, alti tassi di parti cesarei non necessari può tirare le risorse da altri servizi dei sistemi sanitari di overload e deboli.

### **Adottare un sistema standard di classificazione internazionale del fenomeno**

L'Oms rileva poi come “la mancanza di un sistema di classificazione internazionale accettato e standardizzato per monitorare e confrontare i tassi di taglio cesareo in modo coerente è uno dei fattori che ha impedito una migliore comprensione di questa tendenza”. L'Oms propone di “adottare la classificazione Robson” come il sistema da utilizzare a livello internazionale per classificare il

fenomeno.

"Le informazioni raccolte in modo standardizzato, uniforme e riproducibile è fondamentale per le strutture sanitarie, che cercano di ottimizzare l'uso del taglio cesareo e valutare e migliorare la qualità delle cure", spiega Temmerman. "Esortiamo la comunità sanitaria e decisori a riflettere su queste conclusioni e metterli in pratica al più presto".

# Tumori orali, il tempo è prezioso

Le neoplasie della bocca oggi si curano molto meglio a patto che siano scoperte presto. Ma bastano alcuni accorgimenti per scongiurarle del tutto

## Segni da valutare

La patologia può presentarsi con un'ulcera, un nodulo o un'escrescenza

## Quando preoccuparsi

Se una lesione non guarisce nel giro di una quindicina di giorni, bisogna insospettirsi

**S**e un tumore della bocca viene diagnosticato al suo stadio iniziale, il paziente può avere fino al 90 per cento di possibilità di essere in vita dopo cinque anni e il costo delle cure si aggira attorno ai 304 euro a persona.

Se, invece, il tumore viene scoperto quando è in fase avanzata, le probabilità di sopravvivenza, sempre a cinque anni, sono del 5-20 per cento e le spese per curarlo risultano in media di 5.991 euro a malato.

La diagnosi precoce, quindi, non soltanto salva la vita, ma fa risparmiare soldi al sistema sanitario. Se si considera che annualmente nel nostro Paese vengono trattati 9 mila casi in fase già avanzata, si potrebbero risparmiare con un intervento tempestivo, almeno 35 milioni di euro all'anno.

L'identificazione di un tumore della bocca non è difficile, proprio perché il cavo orale è facilmente accessibile, basta non sottovalutare certi segnali.

«Il tumore può presentarsi con un'ulcera, un nodulo o un'escrescenza — spiega Enrico Gherlone, primario di Odontoiatria all'Ospedale San Raffaele di Milano e presidente del Collegio dei Docenti Universitari di discipline odontostomatologiche, che hanno appena concluso a Milano il loro XXII congresso nazionale —. Di

fronte a una di queste lesioni, se non guarisce nel giro di una quindicina di giorni, bisogna insospettirsi. E rivolgersi all'odontoiatra».

Il tumore del cavo orale è in oltre il 90 per cento dei casi un *carcinoma squamocellulare* e le zone più colpite sono lingua, pavimento della bocca e zona che dietro ai denti. Se la diagnosi tempestiva è importante, non lo è meno la prevenzione, che consiste nell'evitare i fattori di rischio più comuni.

«Al primo posto si colloca il tabagismo — continua Gherlone —. I fumatori hanno un rischio di sviluppare questo tumore cinque volte maggiore rispetto a chi non fuma. Poi c'è l'alcol, e soprattutto i superalcolici. Entrambi questi due fattori, se associati, si potenziano a vicenda. Ecco perché l'incidenza del carcinoma orale è più elevata in certe zone d'Italia come il Nord-Est dove, peraltro, esiste anche una maggiore sorveglianza epidemiologica. Un'altra causa, meno frequente, è rappresentata da protesi o corone dentarie che, quando sono mal fatte, possono provocare infiammazione cronica che a sua volta rappresenta un fattore di rischio. Oggi si ritiene che possano avere un ruolo anche le infezioni da papillomavirus (già riconosciuto come responsabile di tumore del-

la testa e del collo, ndr). Anche una dieta povera di frutta e verdura può avere un'influenza negativa».

I tumori del cavo orale non sono rari: rappresentano il 6-10 per cento di tutte le neoplasie e sono la terza causa più frequente di morte per tumore. In Italia in media si registrano 10 nuovi casi all'anno per centomila abitanti e l'incidenza negli uomini è maggiore del 50 per cento rispetto alle donne.

«Ma questa tendenza si sta modificando — commenta Gherlone —. Oggi sta crescendo la percentuale di donne colpite dalla malattia».

Allo stesso modo sta cambiando l'età di insorgenza: se fino a una decina di anni fa la fascia più colpita era compresa fra i 50 e i 60 anni, attualmente si registra un incremento nei giovani.

«Una nota positiva — conclude Gherlone — è che, mentre negli anni Ottanta il ritardo della diagnosi si aggirava attorno ai sei mesi, adesso è di tre». Merito anche delle campagne di sensibilizzazione delle associazioni dei dentisti.

La precocità della diagnosi comporta anche una minore invasività dei trattamenti, che si basano sulla chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia.

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Ricerca

### Test sulla saliva al posto delle biopsie

**L'**idea, per diagnosticare precocemente un tumore alla bocca, è quella di mettere a punto un test sulla saliva che sia meno invasivo di una biopsia. Un gruppo di ricercatori americani della Case Western University di Cleveland sta valutando se la presenza, in bocca, di elevate quantità di talune proteine antibatteriche (in particolare della beta-difensina 3 o BD3) può predire l'insorgenza della malattia. La produzione di BD3, infatti, aumenta in presenza

di un cancro associato o meno a papillomavirus. Un secondo team di odontoiatri dell'University of California di Los Angeles si è, invece, concentrato sullo studio di 7 frammenti Rna (materiale genetico prodotto dalle cellule) che potrebbero funzionare come marker del tumore: la loro presenza, infatti, è correlata a quella del tumore. Si tratta ora di vedere se le ricerche si tradurranno in un test utilizzabile nella pratica clinica.

**A. Bz.**

### La diffusione

#### Incidenza dei tumori alla bocca

**10** nuovi casi all'anno  
ogni **100 mila** abitanti

**L'età più colpita**  
fra i **50** e i **60** anni

#### I fattori di rischio



Fumo



Alcolici



Traumi dentali  
(dovuti anche a denti taglienti  
o protesi non perfette)



Predisposizione genetica



Infezione  
da Papilloma virus (Hpv)

Corriere della Sera

# Proteine con misura nella dieta per il **Parkinson**

Le fibre invece possono essere utili contro la stipsi, tipica della malattia, ma bisogna valutare se rallentano troppo lo svuotamento gastrico

## Cautele

La scelta del regime vegano va monitorata perché la carenza di vitamine del gruppo B può essere rischiosa a livello nervoso

## Difese a tavola

La preferenza per cibi mediterranei è ideale anche per questa patologia neurologica

**F**ra le migliaia di argomenti che saranno proposti nel corso dell'esposizione universale "Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita" di EXPO 2015 c'è n'è uno che dovrebbe essere dedicato al tema: "Nutrire il cervello, energia per la mente".

Ad affermarlo sono stati i ricercatori della Società Italiana di Neurologia, che hanno dedicato al ruolo del cibo la sesta Settimana Mondiale del Cervello, svoltatasi di recente a Milano.

Indetta dalla DANA Alliance e dalla Society for Neuroscience americana, la Settimana è un'iniziativa internazionale che ha lo scopo di incrementare la consapevolezza generale sulle neuroscienze, divulgando, con dibattiti e iniziative pubbliche, informazioni che spesso restano confinate nei laboratori.

E così veniamo a sapere che non solo i nostri ricercatori ma scienziati di tutto il mondo concordano sul fatto che l'alimentazione di tipo mediterraneo è la migliore per prevenire malattie neurovascolari come l'ictus, ma anche neurodegenerative come il morbo di Alzheimer e la malattia di Parkinson.

«Frutta e verdura, prive di colesterolo e ricche di fibre, vitamine E e C e antiossidanti (licopeni, antocianine), contrastano l'accumulo dei cosiddetti radicali liberi — sottolinea Carlo Ferrarese, direttore del Centro di Neuroscienze dell'Università Bicocca di Milano — opponendosi all'azione deleteria della proteina beta-amiloide il cui accumulo cerebrale rappresenta il "marchio" della demenza di Alzheimer».

Secondo uno studio della Northwestern University di Chicago appena pubblicato su *Brain*, l'amiloide comincerebbe a formarsi già a vent'anni, confermando l'importanza di prevenirne l'accumulo. «Ideale a questo scopo è l'olio d'oliva della nostra cucina — sottolinea Ferrarese — con il suo apporto di grassi insaturi. Utile anche un moderato consumo di caffè e di vino rosso: le numerose sostanze antiossidanti che contengono avrebbero infatti un ruolo anti-demenza».

«Il caffè e la dieta mediterranea sembrano preventivi anche nei confronti di un'altra malattia neurodegenerativa molto diffusa, il Parkinson, che colpisce solo nel nostro Paese quasi 300 mila persone — puntualizza Aldo Quattrone, dell'Università Magna Grecia di Catanzaro, presidente della Società Italiana di Neurologia—. Nel Parkinson ci sarebbe anche carenza di magnesio, ferro, calcio e vitamine D, E e C, che la dieta mediterranea può correggere. Per quanto riguarda l'effetto protettivo del caffè, le ricerche sono diverse, a partire dal noto studio svolto nel 2000 dai ricercatori del Veterans Affairs di Honolulu, pubblicato su *JAMA*, secondo cui l'equiva-

lente di tre caffè espresso o un cappuccino riducono fino a cinque volte il rischio di malattia».

Molti altri gli indizi riguardo le possibili strategie preventive alimentari per la malattia di Parkinson.

Latte e derivati caseari, per esempio, sembrerebbero aumentare, anche se di poco, il rischio. Il sospetto non ha ancora trovato un valido razionale scientifico e si propende piuttosto per fattori di inquinamento dei pascoli. Abbondare invece con frutti di bosco arricchisce di flavonoidi, soprattutto antocianine, protettivi non solo nei confronti della malattia di Parkinson, ma anche del morbo di Alzheimer.

Più complessa è la situazione di chi è già affetto da Parkinson: queste norme di prevenzione vanno comunque bene, ma il malato deve soprattutto fare i conti con problemi di alimentazione quotidiani molto più pratici.

Vanno evitati, infatti, cibi che rallentano lo svuotamento gastrico, come grassi e proteine, da assumere quindi almeno 15-30 minuti dopo il farmaco levodopa, essenziale per la malattia, onde evitare che la stasi gastrica ne limiti l'effetto. Una dieta ipoproteica è perciò la migliore.

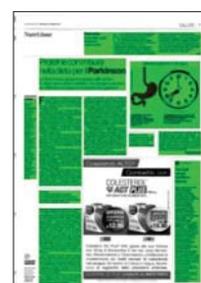
La dieta vegetariana, dal canto suo, essendo anche ricca di fibre, ha due facce: tanto utile nella prevenzione, riduce anche la fastidiosa stipsi tipica della malattia, ma se si esagera può rallentare lo svuotamento gastrico a causa della sua lunga digestione, ritardando la disponibilità di levodopa a livello duodenale e possono verificarsi fluttuazioni motorie di fine pasto.

«L'alimentazione di questi pazienti non è facile — dice Quattrone —. Nello stadio intermedio-avanzato si complica con disfagia, cioè difficoltà a deglutire, problemi di masticazione e di coordinazione della lingua. Allora, scegliere cibi vegetali, più semplici da masticare rispetto a quelli carnei, diventa quasi obbligatorio. Per di più, al contrario dei cibi di origine animale, permettono spuntini frequenti a basso contenuto di grassi e alto contenuto di carboidrati, utili a fornire una pronta riserva calorica».

Nel rapporto cibo-cervello occorre comunque sempre tenere in equilibrio i piatti della bilancia: «Non solo è importante assumere determinati alimenti, ma lo è anche non abolirli — avverte Mario Zappia, direttore della Clinica Neurologica dell'Università di Catania —. Se la dieta è carente di vitamine del gruppo B emergono evidenti danni a carico delle strutture nervose. Quindi diete vegetariane eccessive, come quella vegana ortodossa, possono rappresentare un vero rischio per il nostro cervello».

**Cesare Peccarisi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Esercizio

Il cervello vuole imparare cose nuove

**N**on di solo pane vive il cervello si potrebbe dire, parafrasando la frase evangelica: sempre più studi documentano l'importanza di cultura, lavoro, attività ludica e fisica come fattori "nutritivi": l'esempio più recente è "Nonni su Internet", corso di alfabetizzazione digitale per anziani guidati da studenti tutor, ormai all'undicesima edizione in 18 regioni italiane. «Il principale nutriente per il cervello è la novità, oltre a complessità del lavoro e

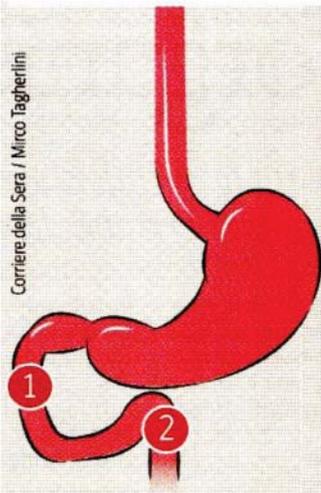
scolarità — dice Gioacchino Tedeschi, della Università di Napoli —. Si parla di apprendimento permanente per adeguarsi ai nuovi bisogni sociali o lavorativi». Clamoroso uno studio sui taxisti di Londra, pubblicato sul Journal of Neuroscience, in cui la PET ha documentato che l'attività lavorativa può cambiare l'anatomia del cervello: nei più abili l'ippocampo destro, sede della memoria topografica, risultava più sviluppato.

C. P.

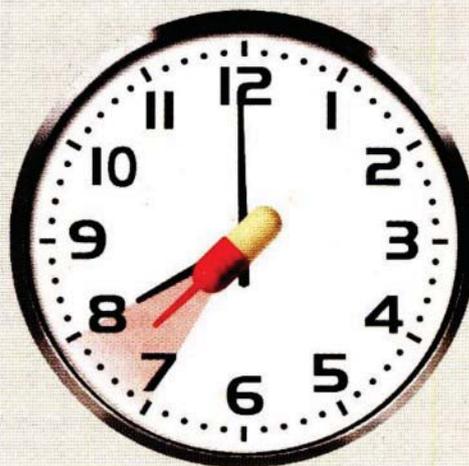
### In Italia

Nel nostro Paese le persone affette da malattia di Parkinson sono circa 300 mila, ma si stima che il numero sia destinato a raddoppiare nel corso dei prossimi quindici anni. Il Parkinson colpisce i due sessi con un rapporto uomo/donna pari a 1,5/1. Un malato su 4 ha meno di 50 anni, il 10% ne ha meno di 40. Oggi in Italia si calcola che le famiglie dove uno dei genitori è malato e ci sono figli in età scolare sono almeno 30 mila.

## Alimentazione e terapia



La **levodopa**, il principale farmaco per la cura della malattia di **Parkinson**, viene assorbita nell'intestino a livello di duodeno (1) e digiuno (2)



La **levodopa** va presa fra i **15 ed i 30 minuti prima dei pasti** perché diversi nutrienti possono ritardare lo svuotamento gastrico e quindi il suo assorbimento



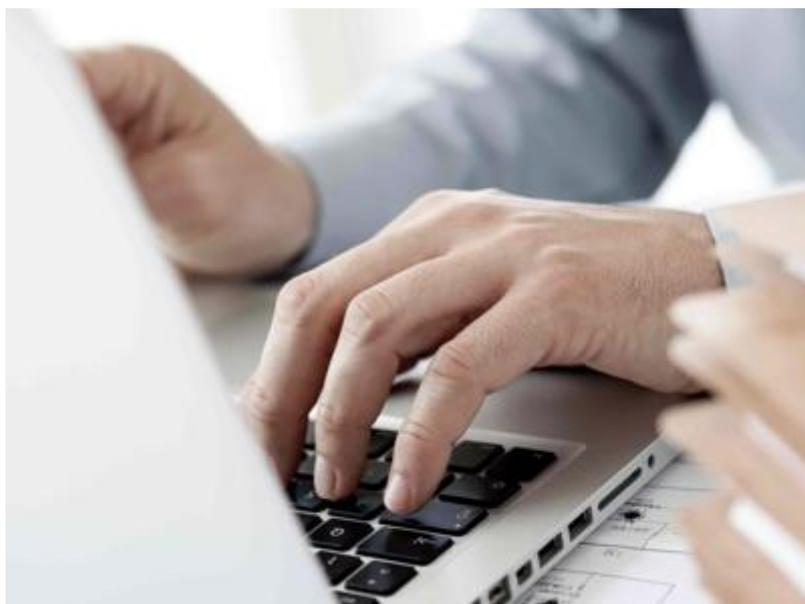
### Lo studio

## Non tutti i grassi sarebbero dannosi

Nello studio del Veterans Affairs di Honolulu, i ricercatori hanno verificato che l'effetto preventivo della caffeina nei confronti del Parkinson sembrava mantenersi anche se la sostanza proveniva da bibite e che restava invariato aggiungendo al caffè zucchero, dolcificanti o latte. «Se si continua a credere all'effetto protettivo della caffeina — dice Alfredo Berardelli, presidente dell'Accademia Italiana per la malattia di Parkinson — vacilla invece la convinzione dell'effetto negativo di una dieta ricca di grassi, ritenuti capaci di aumentare il rischio di malattia. Uno studio del National Institute of Environmental Health Sciences del North Carolina, pubblicato sulla rivista *Movement Disorders*, ha individuato una debole associazione solo con i grassi PUFA-6, gli omega-6, di cui sono ricche le carni di maiale e di pollo (mentre ne è privo il pesce). I ricercatori hanno concluso non si può più associare l'assunzione dei grassi in genere all'aumento del rischio di Parkinson e occorreranno ulteriori studi per comprendere il ruolo dei grassi omega 6.

<http://www.adnkronos.com/salute/>

## Dal modo di scrivere sulla tastiera del pc una possibile diagnosi precoce del Parkinson



In un futuro molto vicino basterà scrivere sulla tastiera del Pc per avere una diagnosi precoce di Parkinson. **Un gruppo di ricercatori americani e spagnoli del Massachusetts Institute of Technology (Mit) ha messo a punto un algoritmo capace di rilevare micro cambiamenti nelle modalità di battere le dita sulla tastiera.** Un primo passo importante, si legge sulla rivista 'Nature', verso la possibilità di individuare la malattia dal semplice modo di scrivere.

Infatti il modo in cui si spinge sui tasti può fornire molte informazioni sullo stato fisico e sull'affaticamento, secondo le osservazioni dei ricercatori che, sulla base degli schemi di battitura, hanno realizzato l'algoritmo. In una prima fase dello studio, infatti, sono state analizzate una ventina di persone che lavoravano al pc in un contesto normale e durante il giorno. Un altro gruppo è stato osservato di notte e con deprivazione di sonno. La stanchezza altera leggermente il modo di battere sui tasti. E i tempi di reazione, come noto, si allungano.

**Le conclusioni dello studio suggeriscono la possibilità di usare l'algoritmo, basato sulla durata di pressione del tasto, per individuare precocemente la malattia di Parkinson,** patologia neurodegenerativa che comincia da 5 a 10 anni prima dell'apparizione dei primi sintomi. E le prime manifestazioni sono proprio legate al rallentamento dei movimenti.

# Le reti regionali per garantire le cure hanno ancora troppe carenze

## Abusi

I Centri che funzionano sono spesso «intasati» dai pazienti che saltano il medico di base

**N**on sanno che la terapia del dolore è dovuta quattro italiani su dieci. Molti credono che il terapeuta del dolore sia «quello che dà la morfina» e anche molti medici non hanno le idee chiare sul ruolo di questo specialista. La rete antidolore non funziona bene in tutte le Regioni: il percorso ideale prevede che i pazienti con dolore si rivolgano al medico di base, il quale può trattare in prima persona i casi meno gravi e inviare i più difficili in un ambulatorio di terapia del dolore (centro spoke territoriale) o in una struttura di terzo livello, un ospedale in grado di attuare tutti i trattamenti più complessi (centro hub). «I centri per la terapia del dolore sono consultabili online: in varie Regioni la rete integrata è attiva ed è garantita una buona continuità assistenziale fra medico di base e strutture specializzate — dice Maria Rita Melotti, direttore della Scuola di specializzazione in anestesia dell'Università di Bologna —. Purtroppo in alcune aree le reti è solo formale, per cui l'accesso dei pazienti alle cure non è omogeneo e tanti peregrinano da uno specialista all'altro senza trovare soluzione». «Inoltre — aggiunge Marta Gentili, presidente dell'Associazione vivere senza dolore — molti malati che sanno della presenza sul territorio dei centri di terapia del dolore “saltano” il medico di base, rivolgendosi direttamente ai servizi ambulatoriali: un errore, perché parecchi malati potrebbero essere gestiti dal proprio medico e così le liste d'attesa dei centri si allungano, a scapito di chi ha davvero bisogno di cure più incisive».

**E. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Coltelli e minacce, noi medici lasciati soli

■ Da circa 30 anni lavoro nella sanità pubblica come psichiatra: nel Paese in cui è stata abolita l'ope legis la pericolosità per sé o per gli altri, i nostri servizi sono privi di qualsiasi genere di protezione. Non parlo di metal detector o presidi analoghi, non abbiamo diritto nemmeno ad una guardia giurata perché questo potrebbe turbare i pazienti. Durante la mia carriera ho visto aggressioni, più spesso verbali ma talvolta anche fisiche; devastazioni della struttura e degli arredi; tossicodipendenti in astinenza introdursi negli studi (tutti rigorosamente privi di chiavi sempre in nome della massima accoglienza) e sottrarre cellulari, portafogli etc.; ho visto perfino una mannaia fermarsi a pochi centimetri dalla mia fronte durante una visita domiciliare ad un paziente scompensato. Le forze dell'ordine intervengono soltanto dopo che viene commesso un reato e anche nei Tso la polizia municipale si materializza dopo un farraginoso iter, durante il quale medici e infermieri non solo sono lasciati soli e inermi, ma hanno anche la famigerata «posizione di garanzia», per la quale sono responsabili delle azioni auto- o eterolesive compiute dal paziente.

Potrei continuare, ma spero di aver reso l'idea. Quando è stata uccisa una collega a Bari, proprio da un tossico in cerca di farmaci o denaro, ho sentito al tg un assessore affermare che la dottoressa sapeva che quello era un rischio del mestiere e che non si possono militarizzare i presidi sanitari...

Nei nostri ambulatori entrano quotidianamente paranoici, maniacali, borderline, sociopatici con ogni genere di richiesta, legittima e non: finora nessuno armato di pistola, ma coltelli ne abbiamo visti tanti e le minacce non sono rare. È naturalmente una percentuale infima del complesso dei nostri utenti, per fortuna: noi ci siamo forse più abituati di altri, ma mi consenta di essere disgustata da ciò che ho letto e sentito in questi giorni sui poveri magistrati delegittimati e lasciati soli!

Per chiudere, il tentato omicidio nei miei confronti ha avuto luogo più di tre anni fa: i carabinieri intervenuti hanno inoltrato regolare rapporto, ma nessun magistrato ha ancora preso in mano la pratica e quel paziente lo gestisco ancora io in splendida solitudine. Ma si sa, noi psichiatri abbiamo poteri taumaturgici...

**M. C. PITZALIS**



# Il dolore cronico merita le cure giuste

A cinque anni dall'approvazione della legge 38, che dovrebbe garantire trattamenti efficaci per questo problema, bisogna ancora fare i conti con carenze organizzative. E rimane tuttora tanta confusione culturale sia fra i malati sia fra i medici su opportunità e rischi nell'utilizzo degli oppioidi

Quando dura mesi il dolore non è più solo un sintomo, ma è una vera malattia, che può compromettere il buon funzionamento di alcuni organi. Nel suo trattamento c'è tuttora molta improvvisazione, che porta a sottovalutazione o a scelte sbagliate

## Un percorso per trattare il **male** che non passa

**Disagi**  
È esperienza di molti il «pellegrinaggio» da vari medici prima di trovare sollievo

**Selezione**  
L'obiettivo è un approccio personalizzato, senza preclusioni verso nessun tipo di farmaco, perché tutti possono essere utili

# N

on si fa ancora abbastanza contro il dolore cronico. Lo ha ammesso un rapporto stilato dai National Institutes of Health americani un mese fa: il divario fra ciò di cui avrebbero bisogno i pazienti e quello che viene offerto loro è ancora troppo ampio. A peggiorare le cose anche tante paure, più o meno giustificate, dei malati. Vale per gli



Usa, ma anche per l'Italia, dove le persone con dolori cronici sono circa 12 milioni.

Spiega Marta Gentili, presidente dell'Associazione vivere senza dolore: «Col passare del tempo dall'approvazione della legge 38/2010, che tutela il diritto a ricevere terapie per non soffrire, l'attenzione sul tema è diminuita. Inoltre circolano informazioni che disorientano: una volta si demonizzano gli antinfiammatori, un'altra si sottolineano i possibili effetti collaterali degli oppioidi. Così i malati perdono fiducia, non sono aiutati a capire quale sia il farmaco giusto per loro e soprattutto a non averne paura».

Invece curarsi è fondamentale, se il dolore è cronico, dura cioè da più di tre mesi, facendosi sentire per la maggior parte dei giorni. «Il dolore cronico è una malattia, non più solo un sintomo — specifica Stefano Coaccioli, vicepresidente dell'Associazione italiana per lo studio del dolore —. Come tale ha conseguenze generali: un dolore neuropatico cronico al torace, ad esempio, compromette la capacità respiratoria e può aumentare il rischio di polmoniti e cardiopatie. Valutarne entità, caratteristiche e cause è perciò fondamentale, oltre che il primo passo per una scelta terapeutica corretta».

Purtroppo è esperienza di molti il «pellegrinaggio» da vari medici prima di trovare sollievo: è possibile andare a colpo sicuro? «Lo sarebbe se la rete per la gestione del dolore (si veda l'articolo in basso) funzionasse ovunque — risponde Maria Rita Melotti, coordinatore della Sezione di medicina del dolore e cure palliative della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (Siaarti) —. Il medico di base resta comunque il punto di riferimento, perché può fare una prima valutazione e inviare dallo specialista giusto».

L'obiettivo è un cura personalizzata sulla base del tipo di dolore, senza preclusioni verso nessun farmaco, perché tutti possono essere utili e tutti possono avere effetti collaterali. Perfino il diffusissimo paracetamolo, messo «sotto accusa» da una recente revisione pubblicata sugli *Annals of Rheumatic Diseases*, perché con l'uso cronico gli eventi avversi sarebbero più frequenti di quanto ipotizzato finora, soprattutto a livello cardiovascolare, gastrointestinale e renale (si veda anche l'articolo nella pagina accanto).

Parlando di dolore cronico però il pensiero corre subito agli oppioidi: gli italiani ne hanno

meno paura rispetto al passato, ma i timori rimangono. «Gli oppioidi vengono associati alla malattia in stadio terminale, per cui si fa fatica ad accettarli; in più il pericolo della dipendenza, che ha frenato molti medici in passato, è ancora percepito dai pazienti. Antinfiammatori e paracetamolo sono considerati meno pericolosi» ammette Melotti. Eppure a dosi relativamente basse usate per il dolore non oncologico i rischi a breve e lungo termine degli oppioidi sono accettabili, a fronte di un'ottima efficacia. Nonostante ciò in Italia gli antinfiammatori non steroidei sono i farmaci più usati, anche contro il dolore cronico, perfino quando non c'è più un'infiammazione a determinare il male, mentre le prescrizioni di oppioidi pur essendo in aumento sono ancora limitate.

«Tuttavia, negli Stati Uniti, dove gli oppioidi sono stati più utilizzati negli ultimi anni, ora si sta facendo marcia indietro per richiamare a un impiego più ragionato — interviene Paolo Grossi, responsabile del Servizio di terapia del dolore del Policlinico San Donato di Milano —. Prescrizioni "di manica larga" hanno portato a casi di assuefazione e anche a fenomeni secondari, come le allucinazioni negli anziani (uno studio appena pubblicato su *Pain* ha dimostrato che oltre oceano il tasso di utilizzo improprio degli oppioidi arriva a 1 paziente su 4, mentre il 10% sviluppa una dipendenza, ndr). La "giusta via" sta in mezzo: dobbiamo fare tesoro dell'esperienza americana per non ripetere gli eccessi con gli oppioidi, ma non dobbiamo neanche utilizzare troppo e a sproposito gli antinfiammatori non steroidei».

Indicazioni chiare sulle diverse possibilità terapeutiche si trovano nel *Vademecum* sul dolore disponibile online, redatto da Federconsumatori assieme a Impact Proactive, panel di esperti al lavoro per garantire l'attuazione della legge 38/2010: la terapia antidolore «ideale» è quella semplice da seguire, da assumere per via orale a orari fissi, con uno schema terapeutico centrato sui bisogni del paziente. «L'essenziale è non credere che esistano farmaci o tecniche miracolose: il dolore cronico si combatte con un percorso di cura personalizzato, senza sperare in una bacchetta magica che offra benefici immediati» conclude Grossi.

**Elena Mell**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Controlli

Le terapie vanno modulate nel tempo

Uno dei pilastri della legge 38/2010 è la valutazione e il monitoraggio del dolore: attraverso semplici «scale» si chiede ai pazienti di indicare se lo stiano provando e da quanto, dove sia localizzato e quanto sia intenso. Spiega Marta Gentili, presidente dell'Associazione vivere senza dolore: «La misura del dolore è solo il primo passo: a volte non c'è correlazione fra il dolore e il trattamento prescritto, inadeguato ai bisogni, ma soprattutto è carente il

monitoraggio una volta iniziata la cura, per verificare che l'effetto analgesico ci sia e basti». «Un paziente in terapia per dolore cronico non deve continuare a prendere farmaci senza controlli periodici in cui si valuti se la cura è efficace e tollerata, ma anche se sia opportuno integrare il trattamento con altre strategie o modulare l'approccio per avere migliori risultati con il minor rischio» conferma Maria Rita Melotti, di Siaarti.

**E. M.**

## Oppioidi

A fine gennaio hanno fatto scalpore i dati Aifa secondo cui l'utilizzo di alcuni oppioidi nel 2014 è aumentato di oltre il 30% rispetto all'anno prima. Stiamo esagerando? «I dati vanno letti considerando che in Italia il livello di partenza era molto modesto — commenta l'esperto di terapia del dolore Stefano Coaccioli —. Nonostante l'incremento, infatti, l'uso di oppioidi nel nostro Paese è fra i più bassi in Europa e non solo».

## Le definizioni

### Dolore acuto

- È limitato nel tempo e localizzato
- Ha cause chiare (trauma, intervento chirurgico, malattia)
- È sintomo di un possibile danno ai tessuti

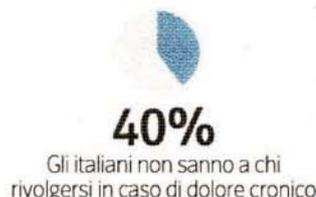
### Dolore cronico

- Dura da almeno tre mesi, con effetti debilitanti fisici e psicologici
- È indipendente dalla causa che lo ha inizialmente provocato
- È una vera malattia

### Dolore episodico intenso

- Si tratta di episodi di riacutizzazione improvvisi e transitori nei pazienti con dolore cronico

## Le cifre



## I farmaci disponibili

### Non oppioidi

- ✓ Paracetamolo: non è un antinfiammatorio; se l'uso è prolungato occorre monitorare la funzione epatica
- ✓ Antinfiammatori non steroidei (Fans): agiscono se il dolore è di origine infiammatoria, a livello periferico; devono essere usati per un tempo limitato e a dosi controllate per evitare il rischio di effetti collaterali, soprattutto gastrointestinali e cardiovascolari

### Oppioidi

- ✓ Agiscono velocemente e a livello nervoso, periferico e viscerale; se impiegati con attenzione il rischio di eventi avversi e dipendenza è basso

## Il possibile impiego secondo l'intensità del dolore

Criteri di trattamento del dolore, in base a una scala di intensità da 1 a 10, suggeriti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, da adattare al singolo caso



Fonte: Vademecum sul dolore, Federconsumatori-IMPACT proactive-ANT



## Il Movimento ENOUGH per il diritto a nutrirsi bene e a prezzi accessibili

# Mangiamo sempre peggio per colpa della crisi economica

■■■ Dall'indagine di SWG sul tema dell'accesso al cibo nei Paesi Europei, commissionata dal Movimento Enough di Elanco e, svolta su un campione di 2000 individui rappresentativo della popolazione nazionale di Italia, Germania, Francia e UK, emerge che - a livello di percezione generale sulle proprie abitudini alimentari e su quelle dei propri concittadini - circa il 50% degli intervistati ammette di non avere una dieta equilibrata. In particolare, tra gli alimenti più spesso assenti dalle diete, o consumati meno di una volta a settimana, spiccano le carni (di vitello e di manzo, soprattutto, seguite da quella di maiale) e il pesce. «Si tratta di una carenza non legata solo a scelte e preferenze individuali, ma dettata soprattutto da ragioni economiche - commenta Maurizio Pessato, Presidente SWG - Le criticità maggiori si osservano in Italia e Francia: in Italia, dove la crisi economica è stata più forte, la percezione è che si siano ridotti tutti i consumi di carne, con un picco sulle carni di vitello (79%, in Francia 62%) e di manzo (78%, in Francia 68%)». All'interno dell'attuale dibattito sul tema, il Movimento ENOUGH chiama a raccolta i cittadini e i principali attori coinvolti nella filiera produttiva. Per un mondo migliore, meglio nutrito e dove la produzione alimentare sia più efficiente e sostenibile, è arrivato il momento di passare all'azione: [www.enoughmovement.com](http://www.enoughmovement.com). (I. SER.)



# Scarpe da corsa «minimal» o tacchi troppo alti I piedi messi a dura prova

## Cambiamenti

L'uso delle calzature ha modificato le nostre estremità, creando l'arcata plantare

**È** stata la moda delle scarpe "minimaliste" per la corsa ad aver acceso i riflettori su quello che scegliamo di mettere ai piedi. Leggerissime, più simili a un calzino rinforzato che a una scarpa da ginnastica, stando ai sostenitori sarebbero le calzature giuste per tornare a correre (veloci) come i nostri antenati. Ma già si addensano le prime nubi all'orizzonte, perché alcuni studi hanno dimostrato che la scarpa per "correre come a piedi nudi" può provocare traumi.

L'ultima indagine, presentata al recente convegno dell'American Academy of Orthopaedic Surgeons, dimostra che i "runners" adulti, abituati alle scarpe standard, indossando quelle *minimal* non modificano gli appoggi del piede come invece sarebbe necessario nella corsa da scalzi, esponendosi perciò a un maggior rischio di incidenti. Così, dietrofront: gli scaffali dei negozi specializzati stanno già tornando a riempirsi di scarpe in cui l'ammortizzazione è ancora più elevata rispetto al passato.

Chi ha ragione? «Non essendo nati sugli altipiani del Kenia, non siamo abituati a camminare o a correre a piedi nudi: nel mondo occidentale è difficile poterlo fare ed è una forzatura provarci — commenta Angelo Chessa, del Reparto di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale San Paolo di Milano —. Soprattutto durante la corsa, un'attività che sollecita mol-

to il piede: in questo caso è bene che la scarpa sia ammortizzata e scelta con attenzione in base al proprio tipo di appoggio. Peraltro, bisogna cambiarla spesso, perché usurandosi perde la capacità di attenuare l'impatto con il terreno».

Secondo molti però è stato l'uso delle scarpe a cambiare il piede umano, che sarebbe nato per stare scalzo: le calzature esistono da "appena" 40 mila anni, ma sarebbero riuscite a modificare le nostre estremità, che sono molto flessibili, irrigidendone la parte centrale ed esterna e creando l'arcata plantare. Tant'è che le popolazioni che camminano a piedi nudi o con calzature meno costrittive delle nostre hanno piedi più "morbidi" e piatti, che appoggiano una maggior superficie anche nella parte centrale.

Allora il nostro piede da uomini moderni non è "sano"? «La varietà di piedi fisiologicamente sani e funzionalmente validi è enorme, non ne esiste uno uguale all'altro e lo spettro della normalità è ampissimo — tranquillizza Chessa —. Certamente però anche per noi occidentali camminare a piedi scalzi sulla sabbia o in un prato è un'ottima fisioterapia passiva, grazie alle superfici variabili che ci troviamo ad affrontare. Inoltre, il piede è un complesso organo sensoriale che invia al cervello informazioni essenziali per percepire la nostra posizione nello spazio e muoverci di conseguenza. "Allenare" queste capacità, camminando a piedi nudi, è importante nei bambini (*vedi sotto*) e utile pure negli adulti».

Quando è possibile, quindi, benissimo stare scalzi. Ma visto che le occasioni sono relativamente poche, come si sceglie la

scarpa ideale? «La calzatura perfetta non esiste: la migliore è quella che troviamo comoda — risponde Chessa —. Tutto ciò che stringe crea danni al piede, che è molto plastico, malleabile: basti pensare alle alterazioni alle estremità nelle popolazioni orientali dove fasciare i piedini dei bimbi era una tradizione. Quindi, no alle scarpe troppo strette o che costringono il piede in posizioni innaturali. L'esempio tipico è il tacco dodici tanto amato dalle donne, che non a caso favorisce la comparsa dell'alluce valgo e del dito a martello. Per questi problemi esiste una predisposizione genetica, ma difficilmente si manifestano nell'uomo, proprio perché le calzature strette portate per anni e anni sono un "fattore scatenante" decisivo. Quattro o cinque centimetri di tacco invece vanno benissimo anche per le scarpe da usare tutti i giorni».

Oltre all'alluce valgo, le calzature scomode possono provocare dolore sotto la pianta dei piedi, calli fastidiosi e perfino tendiniti: tipica è l'infiammazione del tendine d'Achille, che collega il muscolo del polpaccio al tallone, provocata a volte da scarpe troppo piatte o troppo alte, oppure eccessivamente usurate per l'attività fisica svolta.

«Questi sono tutti problemi che riguardano piedi sostanzialmente in salute. Se invece il dolore compare sempre durante l'appoggio, sia camminando sia in caso di attività sportiva, potrebbe essere presente un difetto patologico ed è opportuno sottoporsi a controlli» conclude l'ortopedico Angelo Chessa.

**Alice Vigna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Adolescenti

I ragazzi sanno adattarsi e così evitano i traumi

**C**ome cambiano gli appoggi quando si corre con una scarpa ben ammortizzata o con una scarpa che imita la condizione dei piedi nudi? Gli over 40, che hanno una postura consolidata: passando da una scarpa "sostenuta" a una superleggera non adattano l'appoggio del piede sul terreno e questo comporterebbe un maggior rischio di infortuni. Non così negli adolescenti, come ha dimostrato uno studio dell'Università del Kansas, secondo cui

nei giovanissimi la biomeccanica della falcata cambia a seconda della calzatura: con una scarpa da running classica, rinforzata sulla parte posteriore, appoggiano prima il tallone nel 70% dei casi; con le scarpe "minimaliste" la percentuale scende al 35%; correndo scalzi a meno del 30%. E, secondo i ricercatori, questa adattabilità di appoggio potrebbe mettere i ragazzi più al riparo da eventuali traumi.

**A. V.**



## Ieri e oggi

Le scarpe sono diventate più rigide e spesse a partire dal 1500, con il diffondersi della pavimentazione delle strade urbane. Per lungo tempo i tacchi sono andati di moda fra i nobili di entrambi i sessi, restando poi appannaggio delle donne. E motivo di apprezzamento da parte degli uomini: una recente ricerca (sugli Archives of Sexual Behavior) segnala infatti che l'attitudine maschile a correre in aiuto di una signora sarebbe correlata con l'altezza dei suoi tacchi.

## I RISCHI PIÙ FREQUENTI

Scarpe non idonee, perché strette, troppo piatte o troppo alte, possono causare diversi problemi, come, per esempio, infiammazioni al tendine d'Achille, dolori sotto la pianta del piede, alluce valgo

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

ALLUCE VALGO

INFIAMMAZIONE DEL TENDINE DI ACHILLE

DOLORE ALLA FASCIA PLANTARE

## COME CAMBIA IL CARICO

Quando il piede nudo è appoggiato al suolo il carico è diviso per il 55% sul tallone e per il 45% sulle dita

Con un tacco di 2 cm il carico si equilibra al 50% tra tallone e dita

Con un tacco di 9 cm il carico grava per l'80% sull'avampiede e per il 20% sul tallone

Quando la calzatura con tacco alto ha anche la punta stretta, l'alluce e il 5° dito vengono spinti verso il centro del piede, in una posizione che distorce in fuori l'alluce (*in valgo*)

## L'analisi

di **Bruno Dallapiccola**

### IL CIBO NECESSARIO PER LE MALATTIE RARE

**L'**idea che la dieta sia parte integrante della terapia è vecchia di almeno 2.500 anni ed è alla base della trasformazione del cibo e delle piante in principi farmacologicamente attivi. Affermava Ippocrate che non sarebbe nata l'arte medica se avesse giovato ai pazienti lo stesso tipo di alimentazione che utilizzano le persone sane e raccomandava di fare del cibo la nostra medicina e della medicina il nostro cibo.

L'insieme delle trasformazioni cui va incontro il cibo nell'organismo viene definito metabolismo. Queste trasformazioni comprendono processi di demolizione e trasformazione, che liberano energia, e processi di sintesi di nuovi materiali e di immagazzinamento di energia. Un certo numero di malattie genetiche, note come errori congeniti del metabolismo, non consentono il regolare svolgimento di questi processi fisiologici. Alcune di esse rispondono ad una dieta basata sulla restrizione del nutriente che si accumula o dei suoi precursori, se si tratta di un nutriente essenziale, come le proteine e alcuni aminoacidi essenziali, come la fenilalanina, la leucina ed altri, oppure beneficiano della sua eliminazione dalla dieta, se si tratta di un nutriente non essenziale, come il galattosio ed il fruttosio. In altri casi la malattia è dovuta ad un difetto del metabolismo dei cofattori vitaminici ed è sensibile al trattamento con vitamine.

Altre malattie sono riconducibili ad un difetto della produzione o dell'utilizzazione di energia, con interessamento prevalente del fegato e dei muscoli, compreso quello cardiaco. In queste patologie il trattamento dietetico mira a fornire il metabolita carente a valle del blocco enzimatico (di solito il glucosio), per prevenire l'ipoglicemia da digiuno, a volte letale, utilizzando l'amido di mais crudo, riducendo o eliminando gli acidi grassi, impiegando la nutrizione enterale continua. I benefici terapeutici del cibo si estendono comunque al di là delle classiche malattie metaboliche, come documenta la dieta chetogenica, che comporta una iperproduzione di chetoni e si fonda sull'impiego dei grassi, anziché dei carboidrati, come fonte principale di energia. Questa dieta si è rivelata utile nel ridurre e nel prevenire le convulsioni nei bambini in cui non possono essere controllate con i farmaci.

Ma i rapporti tra cibo e salute non si esauriscono nel binomio cibo-terapia. Intorno a questi temi si svilupperà la partecipazione dall'Ospedale Pediatrico Bambino all'Expo di Milano, all'interno delle iniziative promosse dalla Santa Sede.

\* Dir. scientifico Osp. Bambino Gesù, Roma



● **Il numero**

## La sanità costa anche perché viene truffata moltissimo

**A**nche nel 2014 la spesa sanitaria è stata gravata dalle frodi. Per la precisione nell'anno appena trascorso questa voce ammonta a 141 milioni di euro. E si parla solo di quelle rilevate dalla Guardia di finanza, che ha presentato il dato nel suo rapporto annuale.

Nel dettaglio, per quanto riguarda la sanità gli interventi eseguiti dalle Fiamme gialle sono stati 299, con 345 persone denunciate. Entrando più nel dettaglio si apprende che sono state scoperte truffe nell'ambito delle prestazioni sociali agevolate e dei ticket sanitari per un valore accertato pari a 6.299.077 euro.

In questo specifico ambito gli interventi eseguiti sono stati 17.927, le persone verbalizzate 13.590. Complessivamente sono state individuate frodi ai finanziamenti pubblici e al "welfare" per circa 1,5 miliardi di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# 141

I milioni di euro  
frodati  
al Servizio  
Sanitario  
Nazionale  
nel 2014



# Il premier, le Regioni e l'idea di tagliare le Asl Il modello della Toscana

## Ma Zaia attacca: sciocchezze, ne abbiamo 21 e siamo in attivo

### I risparmi

**ROMA** All'inizio c'erano le Usl, le unità sanitarie locali. Poi nel '93 sono arrivate le Asl, le aziende. Adesso, almeno in Toscana, arrivano le Super Asl. Tre secondo la legge approvata un mese fa, nord, sud e centro, ribattezzate aree vaste. Assorbiranno le attuali 16 sorelle più piccole (12 sanitarie e 4 ospedaliere universitarie), a capo di ciascuna un coordinatore.

L'assessore alla Salute della Regione Luigi Marroni, ingegnere meccanico, da alto dirigente di Fiat trattori ha gestito felicemente due fusioni. L'ultima impresa in un settore diverso lo inorgoglisce addirittura di più: «Lei non ha idea delle difficoltà. Quando la riforma entrerà a regime risparmieremo almeno il 5-6% del fondo totale. Avevamo già centralizzato acquisti, informatica e amministrazione del personale, compresi i bandi. Settanta milioni all'anno in meno».

Piacerà a Renzi la dieta dimagrante toscana, visto le affermazioni dopo il sì al Def, il documento di economia e finanza, venerdì sera: «Se fossi presidente di una Regione con 7 Province e 22 Asl le ridurrei con le relative poltrone, magari aiuterebbe ad avere migliori risultati». Luca Zaia governatore del Veneto si è riconosciuto nell'esempio ed ha replicato con veemenza: «Sono allibito. Forse non sa che il nostro sistema è in attivo da 5 anni senza

aver mai introdotto addizionali Irpef. Renzi sfrutta la sua veste istituzionale per fare campagna elettorale».

La proposta del presidente del Consiglio fa discutere. Le Asl italiane sono 139 alle quali si aggiungono le 86 ospedaliere e universitarie. Secondo i dati del [ministero della Salute](#), aggiornati al 2015 e rielaborati da Quotidiano Sanità, il primato è del Veneto, con 21 (anziché le 22 citate da Renzi), il record delle universitarie-ospedaliere è della Lombardia, con 29.

Non c'è un'indicazione nazionale sul contenimento. Le Regioni hanno dunque deciso autonomamente di tagliare ritenendo che la soluzione porti risparmi di soldi e poltrone (l'hanno già fatto Friuli ed Emilia Romagna). In Lombardia è in corso un processo che porterà alla nascita di un'unica Agenzia di tutela della Salute, con funzioni di programmazione, acquisto e controllo. Organismo di supporto tecnico amministrativo a aziende sociosanitarie territoriali con un bacino di utenza sotto i 600 mila abitanti. In Umbria il taglio risale al 2012, sopravvissute le Asl di Perugia e Terni. Un grande vantaggio afferma la presidente Catuscia Marini: «Il 60% degli acquisti avvengono attraverso una centrale unica. Le Asl fanno solo organizzazione dei servizi sul territorio. D'accordo con Renzi».

Ma per il cittadino cosa cambia? Enrico Desideri vicepresidente nazionale di Anci, l'associazione dei Comuni, ras-

sicura: «C'è il timore che la sanità si allontani. Invece se come abbiamo voluto in Toscana le amministrazioni delle città potranno intervenire sulla programmazione ci saranno servizi migliori specie per i più deboli, come gli anziani grazie all'integrazione col sociale». Teresa Petrangolini, consigliere della commissione sanità del Lazio, ricorda l'unificazione entro il 2015 di RmA e RME nella Capitale: «Se avremo indicazione di continuare non c'è problema». Quanto rende l'operazione in tema di risparmi? «Noi abbiamo quasi dimezzato, da 13 a 7 aziende — risponde Raffaele Calabrò, delegato per la sanità in Campania, in piano di rientro —. Però calcolare gli effetti sugli sprechi è difficile. In generale siamo quelli che hanno ridotto maggiormente i debiti».

E i vantaggi sulla perdita di poltrone? Andrebbero verificati. Troppo spesso chi viene scalzato dalle stanze dei bottoni, anche se per comportamenti non virtuosi, viene ricollocato da un'altra parte. Giovanni Monchiero, past president di Fiaso, la federazione dei direttori generali Asl, deputato di Scelta Civica, è molto irritato: «Non hanno di meglio da proporre e allora tornano sul vecchio modello del sistema centralizzato, della burocrazia, strada già percorsa, inutile. Un dirigente guadagna meno di un medico, 120-130 mila l'anno. Va motivato, non umiliato».

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

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# 3

**le super Asl** che in Toscana, in virtù di una riforma appena approvata, assorbiranno le attuali 16 più piccole (12 sanitarie e 4 ospedaliere)

## I tagli

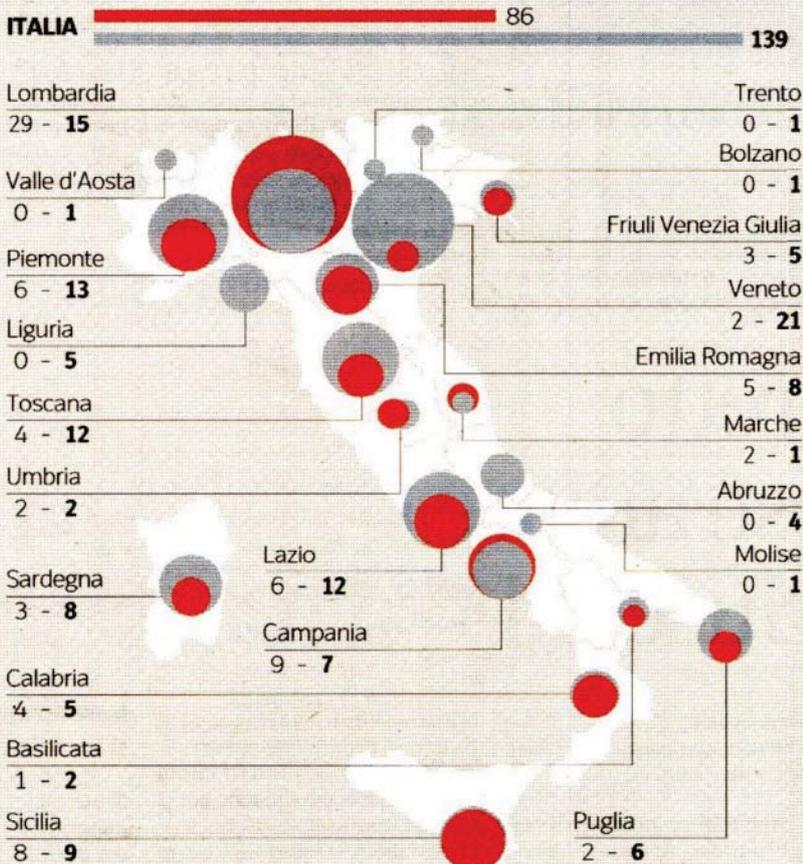
● Il presidente del Consiglio, presentando il Documento di Economia e Finanza, si è soffermato soprattutto sulla necessità di risparmiare sui costi dell'apparato pubblico

● In particolare, Matteo Renzi, in polemica con le Regioni, ha invitato i governatori a tagliare in campo sanitario. «Vi sembrano normali Regioni con 7 Province e 22 Asl?»

● Un riferimento al Veneto che ha scatenato la reazione del governatore uscente Luca Zaia: «Sono allibito per la polemica elettorale. Ma i nostri conti sono in ordine»

## La mappa della Sanità

LEGENDA ● Numero Aziende ospedaliere (2013) ● Numero Aziende sanitarie locali (2015)



Fonte: Quotidiano Sanità su dati del ministero della Salute

Corriere della Sera