

Diritto

Liste d'attesa  
ancora  
troppo lunghe

a pagina 53

**Assistenza** Poco rispettati i tempi «limite» per visite, esami, interventi

# Le liste di attesa ancora non si accorciano

**T**ac, risonanze magnetiche o mammografie sempre più spesso effettuate in strutture private. Secondo una recente indagine del Censis, negli ultimi sei anni è triplicata la quota di italiani (quasi 1 su 5) che ha pagato di tasca propria per eseguire accertamenti diagnostici. Il motivo principale? Nelle strutture pubbliche le liste d'attesa sono troppo lunghe. Dati, questi, che trovano una conferma indiretta nelle segnalazioni fatte al Pit Salute del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva dai pazienti: per esempio, un anno di attesa per una mammografia, più di sei mesi per un intervento alla carotide ostruita al 70%, più di un anno per un intervento all'anca dopo aver fatto la visita anestesiológica 9 mesi fa.

Norme che dovrebbero assicurare il diritto a cure appropriate in tempi certi esistono. Solo sulla carta, forse?

«I tempi d'attesa non sono diminuiti — fa notare Francesca Moccia, coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, che presenterà in autunno il nuovo rapporto —. Gli assistiti continuano a segnalare liste "chiuse", con la conseguente impossibilità di prenotare; pagando, invece, ottengono la stessa prestazione in tempi adeguati. Es-

ste, poi, un "federalismo delle attese" con sistemi di prenotazione, tempi massimi previsti e ticket diversi».

Eppure lasciava ben sperare il Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 (varato nel novembre 2010). Oltre a stabilire tempi massimi d'attesa, i codici di "priorità temporale" (che affida il giudizio di "urgenza" delle prestazioni ai medici di famiglia, *vedi infografica*) e corsie preferenziali per chi ha malattie oncologiche e cardiovascolari, ha introdotto un'importante novità: in caso di mancato rispetto del Piano per contenere le attese, alle Regioni inadempienti possono essere sospesi i finanziamenti integrativi, nell'ambito del riparto del Fondo sanitario nazionale. Il documento doveva essere recepito dalle Regioni con propri piani e poi dalle Aziende sanitarie con programmi attuativi (in caso contrario, comunque, si applicano i tempi fissati dal Piano nazionale).

Ma com'è andata? «Lazio e Campania non hanno recepito con Piani regionali quello nazionale, anche se hanno adottato azioni propedeutiche al Piano e al monitoraggio — riferisce Alessandro Ghirardini della Direzione generale programmazione sanitaria del **Ministero della Salute** —. Ciò non significa però che nelle altre Regioni che hanno un proprio Piano, a

volte identico a quello nazionale, i tempi di attesa siano rispettati. Inoltre, i percorsi diagnostico-terapeutici per l'area oncologica e cardiovascolare hanno una diffusione a macchia di leopardo». Gli esperti del **Ministero della Salute**, dell'Agenas (Agenzia servizi sanitari regionali) e delle Regioni sono già al lavoro per stilare il nuovo Piano nazionale di contenimento delle attese per il prossimo triennio. «Stiamo studiando un sistema che permetta a tutte le Regioni di accorciare realmente le attese — anticipa Ghirardini —. Indicazioni utili arrivano anche dal "Programma Nazionale Esiti" gestito da Agenas per conto del Ministero: mette in evidenza un problema presente in molte Regioni, cioè la frammentazione eccessiva delle richieste di prestazioni, che impedisce di concentrare risorse a favore dell'appropriatezza delle cure, genera un non "governo" della domanda e di conseguenza un aumento delle liste d'attesa».

Osserva Costantino Troise, segretario nazionale del sindacato dei medici ospedalieri Anaa Assomed: «Serve un modello di reti integrate tra ospedali e tra ospedale e territorio, con strumenti in grado di rilevare la domanda reale di prestazioni, che non potrà calare perché la popolazione invecchia e le patologie aumentano. Si potranno però ridurre, per esem-

pio, gli esami inutili attraverso protocolli condivisi con i medici di famiglia».

**Maria Giovanna Faiella**

## Sorveglianza

Dalla visita cardiologica alle ecografie, dagli interventi per tumore al seno alle protesi all'anca: sono 58 (43 ambulatoriali, 15 ospedaliere) le prestazioni ritenute a più alto rischio d'attesa e quindi "sorvegliate" speciali. Termina questo mese il loro monitoraggio, previsto dal Piano nazionale per le liste d'attesa. I dati raccolti dalle Regioni (la rilevazione riguarda tutte le strutture pubbliche e private accreditate) confluiscono nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario del **Ministero della Salute**: potranno essere utili per il "governo" delle liste d'attesa.

## Sanità

Sempre più  
persone pagano  
per sottoporsi  
alle indagini  
diagnostiche

### Per che cosa si aspetta di più



**Esami diagnostici**  
in oncologia, ginecologia  
e cardiologia



**Visite specialistiche**  
in oculistica, cardiologia  
e odontoiatria



**Interventi chirurgici**  
in ortopedia, urologia, oncologia

Fonte: **Rapporto Pit Salute 2011**  
di Cittadinanzattiva - Tribunale diritti del malato

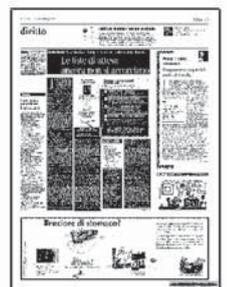
### Promemoria per usare al meglio il Servizio sanitario

- 1 Il medico di famiglia è tenuto a indicare il «codice di priorità» temporale sulla ricetta\*
- 2 Controlla sul sito dell'Asl o dell'ospedale se è pubblicato l'elenco delle prestazioni con i tempi massimi entro i quali devono essere garantite
- 3 Se non puoi prenotare perché le liste di attesa sono «chiuse», ricorda che si sta violando una legge: dal 1° gennaio 2006 è vietato il blocco delle prenotazioni
- 4 Se si sfiorano i tempi massimi stabiliti, hai diritto a effettuare la prestazione, pagando il ticket, in intramoenia o in strutture autorizzate dall'Asl. Chiedi il rispetto di questo diritto al responsabile dell'Asl
- 5 Prenota tramite il Centro unico di prenotazione (Cup)
- 6 Se non puoi presentarti il giorno prestabilito, disdici la prenotazione avvertendo il Cup. Tra l'altro, alcune Asl prevedono sanzioni per chi non rispetta l'appuntamento

\*Il Piano nazionale liste di attesa 2010-12 prevede:  
**U** per prestazione *urgente*, entro 72 ore; **B** *breve*, in 10 giorni;  
**D** *differibili*, visite in 30 giorni, esami in 60; **P** *programmata*,  
senza tempo limite. Sono possibili variazioni regionali

Fonte: **Elaborazione da Manuale di sopravvivenza per i cittadini - Cittadinanzattiva Umbria**

D'ARCO



**Il numero**

# Un Servizio Sanitario sempre più al femminile

**38 mila**

Sono le donne medico nel Servizio sanitario nazionale, rilevate al 2009. Il personale femminile nella sanità pubblica supera complessivamente le 407 mila unità

*Il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale è sempre più costituito da donne. È quanto registra la monografia «Personale delle Asl e degli Istituti di cura pubblici», a cura del ministero della Salute (Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario, Ufficio di direzione statistica), che presenta i dati al 2009 del personale dipendente delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliere integrate con l'università.*

*Secondo quanto illustrato nel documento, nel 2009 gli operatori del Servizio sanitario erano pari a 646.083 unità, considerando complessivamente i ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. La presenza femminile risulta prevalente, con 407.651 operatrici, quasi il doppio dei colleghi uomini (238.432). Nel dettaglio, sul totale di 107.179 medici si contano 38.216 donne (pari al 35,7%). Tra gli infermieri, 264.093 in totale, la quota delle donne è invece del 76,7%. Rispetto al 2008, il numero totale di dipendenti è in lieve aumento (+0,8%), così come la presenza femminile (+1,8%).*



# La nostra salute

## «Col bisturi dolce diamo ai pazienti una vita di qualità»

*Ermanno Leo, chirurgo del colon*



**L'INTUIZIONE  
SUL MALATO**

**Negli anni Novanta decisi di affrontare la patologia e mi accorsi che i pazienti erano costretti a portare un sacchetto per tutta la vita**



**AMPUTAZIONI  
NO, GRAZIE**

**Dimostrammo che il cancro non va quasi mai in basso e di conseguenza fu possibile non amputare parte del retto. Fu un progresso enorme**

### TRA PREVENZIONE E CURA

Viaggio nelle eccellenze di medicina e chirurgia dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

**Enrico Fovanna**  
■ MILANO

**PROSSIMO** a festeggiare i 30 anni all'Istituto Nazionale Tumori, il dottor Ermanno Leo è il fondatore e responsabile della struttura complessa di chirurgia del colon retto. Il solo reparto specifico ad occuparsi in Italia esclusivamente di tumori di questa specifica zona del corpo, la seconda per incidenza, dopo il polmone, tra le patologie oncologiche, con 50mila casi all'anno. «Ho sempre sperato che ne nascessero altre, ma al momento non è accaduto».

**Lei ha inventato qualcosa di rivoluzionario negli anni '90.**  
«In realtà l'invenzione nasce dalla cultura di questo istituto. Perché qui qui si era raggruppato il più grosso numero al mondo di pazienti che venivano a curarsi il tumore alla mammella? Perché solo dal grande numero di osservazioni vengono fuori i risultati. L'esperienza, l'osservazione, affinano la tecnica e determinano i miglioramenti, la tecnica e i risultati».

**Veniamo alla tecnica di sua invenzione.**  
«Negli anni '90, quando decisi qui di affrontare questa patologia, mi accorsi che, proprio come le donne a cui venivano tolte mammelle intere, venivano massacrati

i malati di cancro al colon retto, con vere e proprie amputazioni. E se sulla mammella il danno era anche psicologico, ancora peggio accadeva nei tumori del retto».

#### Ovvero?

«Le persone venivano costrette a portare un sacchettino per le feci per tutta la vita. E più vivevano, più erano torturate. Inoltre non venivano rispettati i nervi della funzione sessuale, con intuibili ulteriori conseguenze. Così, decidemmo di affrontare un nuovo approccio conservativo».

#### Come?

«Cambiando le regole dell'oncologia, come poi successe qui per la mammella. Prima, perché un intervento potesse considerarsi curativo, doveva amputare almeno cinque centimetri di margine sano alla fine del retto. Se uno aveva il tumore, per esempio a sei-sette centimetri, doveva tagliare tutto. Noi ci accorgemmo, con l'anatomia patologica, che questi cinque centimetri non erano necessari per garantire una radicalità».

#### E il rischio di recidive?

«Con il vecchio intervento, chi veniva amputato aveva una recidività a due anni del 30%. Qui in istituto non c'era ancora un reparto che si occupasse di questo, la competenza era delle chirurgie generali. Dedicarsi a questo è stata anche una sfida. Enorme: per-

ché non eravamo riconosciuti, all'inizio».

#### Come ha eliminato il sacchetto per il paziente?

«Anzitutto, studiando le tecniche di ricostruzione dell'ampolla rettale. Poi, dimostrando che, pur lasciando un solo centimetro di tessuto sano, noi eravamo oncologicamente corretti e curativi. E dimostrando che la malattia non va quasi mai verso il basso. Ma verso l'alto e anche per questo metastatizza il polmone o il fegato, o il colon stesso».

#### Obiettivo raggiunto?

«Tolto il sacchetto, volevamo stare almeno nello stesso range di recidive. Invece siamo scesi addirittura dal 30 all'8 per cento. Un risultato fantastico, dovuto al fatto che la chirurgia cominciò ad asportare una struttura che in passato era ignorata: il mesoretto. Un cuscino di grasso che avvolge il retto, che non veniva considera-



to curativo e quindi lasciato al suo posto. Invece conteneva strutture fondamentali, come linfonodi, nervi e vasi. Asportandolo, diminuiva il rischio recidive».

**E il tessuto oltretutto si poteva analizzare.**

«Certo, difatti a quel punto avevamo un bagaglio di conoscenze enorme, grazie al responso biptico dell'anatomia patologica. I risultati sono stati ottimi e, man mano che ci specializzavamo, abbiamo fatto proseliti. E grandi numeri negli accessi dei pazienti al reparto».

**Proseliti in che senso?**

«Con risorse personali di pazienti ho creato un simposio, finora ne abbiamo fatti otto, in cui da tutto il mondo venivano i maggiori chirurghi a confrontarsi con noi, senza gravare sul bilancio dell'Istituto. Visto che la gente ci era grata e ci voleva aiutare, ho creato un master di chirurgia, in cui venivano settete chirurghi alla volta. È servito anche a noi come momento di scambio, perché nessuno è maestro. In più abbiamo creato una rete con punti di appoggio in Italia, a cui abbiamo inviato dei pazienti, quando eravamo pieni. Un'esperienza che ha fatto bene a noi e agli altri».

**Quanti pazienti avete?**

«Ogni anno facciamo oltre 600 interventi di colon retto. I primi interventi duravano otto ore. Oggi abbiamo accorciato di molto i tempi».

*enrico.forzanna@ilgiorno.net*

**Domanda & risposta**

**1) Quanto conta la prevenzione nel tumore al colon retto?**



È l'unica malattia di cui si conosce l'evoluzione da maligno a benigno. Di qui l'importanza assoluta della diagnosi precoce. A differenza dell'infarto, il tumore ci mette anni prima di crescere. C'è tutto il tempo per indagare

**2) Come ci si accorge del rischio di averlo?**



Il sintomo di solito è un sanguinamento, non attribuibile a banali emorroidi. Ma un altro fattore chiave è l'ereditarietà. Chi ha avuto casi in famiglia, anticipi gli esami

**3) Quanto conta la colonscopia?**



È tuttora insostituibile, perché è anche operativa. Quando non è possibile quella canonica, si usa quella virtuale, ma in quel caso se uno trova un polipo poi deve comunque fare quella "invasiva" per toglierlo

**4) Quanto è alto il rischio di morte per il malato?**



Dipende. Nei casi avanzati, il terzo e quarto stadio, resta elevato, siamo purtroppo fermi a molti anni fa. Nei primi due siamo andati molto avanti. Questo ribadisce che la diagnosi è salvavita

**5) Colite e colon irritabile. Fattori di rischio?**



Il colon è irritabile se lo è la persona. Circa la colite ulcerosa, ha invece effettivamente un'insorgenza del 5-10% di tumori. Chi ha un processo acuto infiammatorio di solito però è già sotto controllo e quindi fa prevenzione

**6) Cosa accade se il tratto del colon malato è definito?**



Si procede a una normale e adeguata chirurgia del tratto e in quei casi la percentuale di guarigione definitiva è almeno del 95 per cento, sempre che l'anatomopatologo non rilevi metastasi occulte

**7) Il ruolo preventivo dell'alimentazione?**



Meglio adottare la più varia possibile. Non è mai stato un piatto di lasagne a far venire il cancro



Medicina

Più pericolosi  
i raggi  
UVA o gli UVB?

a pagina 51

## Lo specialista

# Gli UVB ci «scottano» Gli UVA ci invecchiano

di ANTONELLA SPARVOLI



**Enzo Berardesca**  
Dir. Dipartimento  
di dermatologia  
Ist. San Gallicano  
Roma

**L**a luce solare stimola la produzione di vitamina D (necessaria all'assorbimento del calcio nell'intestino), fa bene a disturbi della pelle come dermatite atopica e psoriasi, rende più allegri e rilassati. Ma, se l'esposizione al sole è incontrollata, può fare anche danni, a breve e a lungo termine. «Il rischio è legato alle radiazioni solari UVB (Ultravioletti B) e UVA (Ultravioletti A). Gli UVB hanno una forte carica energetica ed effetti soprattutto sugli strati più superficiali della pelle

(epidermide). Sono i principali responsabili della reazione immediata provocata dal sole sulla cute, che può dare origine a una scottatura o, in termini tecnici, a un *eritema solare*, che nei casi più seri si trasforma in una vera e propria ustione — spiega Enzo Berardesca, direttore del Dipartimento di dermatologia clinica dell'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma —. Gli UVB, stimolando la produzione di melanina, sono anche quelli che provocano una colorazione progressiva, responsabile dell'abbronzatura, che serve a proteggere la cute».

**Quali sono i possibili danni a lungo termine?**

«L'esposizione prolungata e ripetuta agli UVB favorisce l'accumulo di mutazioni nelle cellule dell'epidermide e quindi lo sviluppo di lesioni precancerose, quali le *cheratosi attiniche*, e di tumori. Più subdola è l'azione dei raggi UVA, meno potenti degli UVB, ma capaci di penetrare più in

profondità, fino al derma. Questi raggi stimolano solo la melanina superficiale e il loro effetto sul colore della pelle è transitorio. L'esposizione prolungata agli UVA è la principale responsabile dell'invecchiamento precoce della pelle, nonché un fattore di rischio per lo sviluppo di un'altra classe di tumori cutanei, i melanomi, che si possono formare ex-novo o per degenerazioni dei nei».

**Quali sono le precauzioni da adottare?**

«Esporsi al sole con buon senso: evitare bagni di sole, le prime volte che ci si espone; non esporsi nelle ore più calde; usare gli occhiali da sole e le creme antisolari, scegliendo all'inizio fattori di protezione maggiore ed eventualmente riducendoli nel corso della vacanza. Il grado di protezione va scelto in base al proprio fototipo e deve essere tanto maggiore quanto minore è il fototipo: una carnagione chiara, povera di melanina, è molto più delicata di una scura che, grazie a un maggior contenuto di melanina riesce a sopportare meglio i raggi ultravioletti. L'antisolare deve proteggere sia contro gli UVB che gli UVA e oggi tutti i prodotti offrono questa doppia protezione, anche se non sempre paritaria (i filtri UVA devono essere presenti come minimo in quantità di un terzo rispetto ai filtri UVB). Alcuni prodotti recenti contengono anche enzimi (*foliasi* ed *endonucleasi*), capaci di contrastare gli effetti degli ultravioletti sul Dna e quindi di limitare i danni a lungo termine. Infine: in gran parte dei casi si mette la metà della crema necessaria, riducendo così l'effetto protettivo. Quindi non centellinare e soprattutto riapplicare il prodotto ogni 2-3 ore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Entrambi i tipi di radiazioni possono contribuire all'insorgenza dei tumori della pelle

## Mi spieghi dottore Sono più pericolosi i raggi UVB o gli UVA?

### DANNI A BREVE TERMINE

#### Scottatura o eritema solare

- È la conseguenza più frequente di un'intensa ed eccessiva esposizione ai raggi solari senza le necessarie precauzioni
- Si tratta di una **reazione infiammatoria della cute** nei confronti dei raggi solari, in particolar modo degli UVB, che stimolano la produzione di melanina (il pigmento che dà colore a pelle, capelli e occhi) e quindi l'abbronzatura (che non è altro che un naturale sistema di autodifesa della cute a un insulto fisico)
- L'eritema si manifesta con:
  - **arrossamento** (a causa della vasodilatazione superficiale)
  - **gonfiore** (causato dalla fuoriuscita di liquido dai capillari)
  - **vescicole**
  - **squamosità** (le radiazioni solari stimolano la proliferazione delle cellule dell'epidermide, con conseguente aumento della desquamazione cutanea)
  - **prurito**

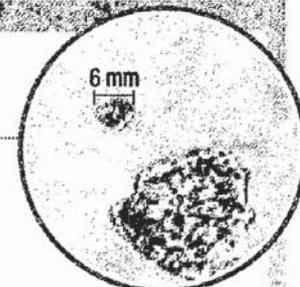
#### CHE COSA FARE

- Se si sviluppa un eritema bisogna evitare l'esposizione al sole della parte interessata senza adeguate protezioni
- Per contrastare l'infiammazione si può ricorrere a creme lenitive ed emollienti e, se questo accorgimento non è sufficiente, si può applicare localmente una pomata al cortisone
- Evitare invece le creme antistaminiche perché sono fotosensibilizzanti (aumentano la sensibilità della cute alla luce)

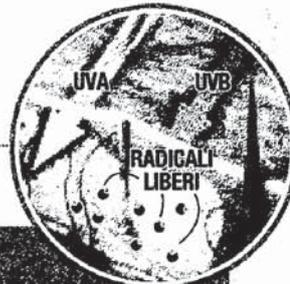
### DANNI A LUNGO TERMINE

#### Lesioni pretumorali e tumori cutanei

- L'esposizione prolungata e ripetuta al sole favorisce lo sviluppo di lesioni pretumorali, per esempio la **cheratosi attinica** (che se curata in modo adeguato può essere eliminata senza che si trasformi in tumore), e di **tumori dell'epidermide** veri e propri (carcinomi spinocellulari e basocellulari). In particolare si è visto che gli UVB hanno effetti cancerogeni a lungo termine, favorendo l'accumulo di mutazioni nelle cellule dell'epidermide
- L'esposizione intensa e intermittente ai raggi solari favorisce anche lo sviluppo del **melanoma** che può originarsi ex novo su una cute integra, oppure da nevi preesistenti. Rispetto ai carcinomi, il melanoma può essere più pericoloso in quanto ha la capacità di invadere i tessuti circostanti e diffondere nell'organismo attraverso la circolazione ematica e linfatica, dando metastasi in vari organi o tessuti



La **cheratosi attinica** si presenta con piccoli rigonfiamenti squamosi o ricoperti da croste. Le squame hanno un colore variabile (chiaro, scuro, marrone, rosa, ecc.), sono indurite, secche e ruvide e spesso sono rilevabili più al tatto che alla vista



#### Fotoinvecchiamento

L'invecchiamento cutaneo è il risultato dell'effetto cumulativo dell'esposizione ai raggi UVA, che causano un danno degenerativo a livello delle fibre collagene ed elastiche del derma, le quali perdono la loro funzione meccanica e di supporto. Come risultato di questo processo, che comporta la formazione di radicali liberi, la pelle perde tono, elasticità e compattezza

#### CHE COSA FARE

- Se si hanno molti nei o nei sospetti è bene sottoporsi regolarmente ad accurate visite dermatologiche
- Per tenere sotto controllo i propri nei può essere utile eseguire periodicamente un autoesame, dopo essere stati istruiti dal dermatologo. L'autoispezione va condotta in un ambiente ben illuminato, con l'aiuto di un grande specchio a figura intera e di un altro portatile

### LA PREVENZIONE

Identificare il proprio fototipo (che dipende dal colore degli occhi, dei capelli e della pelle), per adottare le misure protettive adeguate. Limitare la durata delle esposizioni al sole nelle prime giornate di vacanza: la pelle va abituata gradualmente, soprattutto se il fototipo è basso (pelle chiara, occhi chiari, lentiggini)

Non esporsi tra le 11 e le 15 (12-16 ora legale), ore in cui il sole è allo zenit e i raggi ultravioletti sono più intensi. Si consiglia inoltre di proteggere gli occhi con occhiali da sole e non esitare a ricorrere ai vestiti, quando l'intensità dei raggi solari è particolarmente elevata

Ricorrere sempre ai prodotti di protezione solare (creme, oli, stick, latt) scegliendo il fattore di protezione anti UVB e UVA in base al proprio fototipo e usando una quantità adeguata di prodotto. In generale più è chiaro il fototipo, maggiore deve essere il fattore di protezione. Non solo, bisogna considerare anche dove ci si espone al sole (ai tropici e in alta montagna è necessaria una protezione maggiore)

Chi svolge attività sportive al sole deve applicare le creme protettive con una frequenza maggiore: la sudorazione, infatti, favorisce l'allontanamento dalla pelle dei prodotti solari. In ogni caso conviene riapplicare spesso la crema solare (anche se è resistente all'acqua) soprattutto dopo il bagno

L'esposizione al sole favorisce la formazione di radicali liberi, «mine vaganti» derivate dall'ossigeno che possono favorire l'invecchiamento cutaneo e alterazioni a livello cellulare. Per questo motivo può risultare utile l'assunzione, tramite la dieta o specifici integratori, di sostanze antiossidanti, come vitamine C ed E, beta-carotene, zinco e selenio, a scopo preventivo nei 15-30 giorni che precedono l'esposizione al sole

### CREME SOLARI E FATTORE DI PROTEZIONE



Il fattore di protezione delle creme solari, indicato come **SPF** (Sun Protection Factor), è un parametro che viene calcolato in laboratorio sulla base di un rapporto matematico tra l'energia necessaria a produrre la comparsa di arrossamento (eritema) sulla cute protetta dal prodotto e quella necessaria a ottenere la stessa risposta senza protezione. Sulla base dell'SPF in Europa i prodotti vengono divisi in quattro gruppi: protezione bassa (SPF 6-10), protezione media (SPF 15-20-25), protezione alta (SPF 30-50), protezione molto alta (SPF 50+)



## CHE COSA SONO

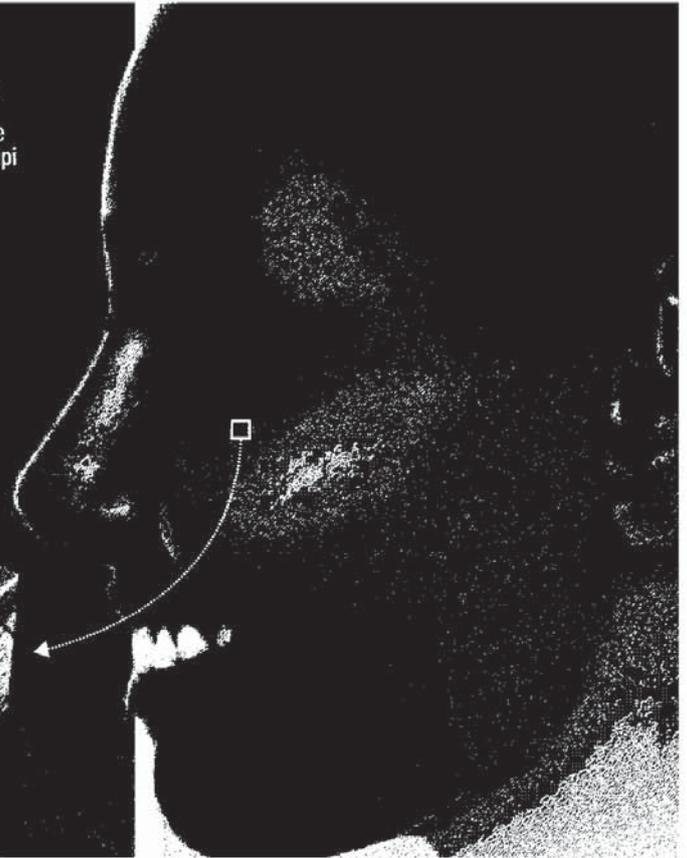
Un scorretta esposizione alla luce solare può provocare danni alla pelle a breve e a lungo termine. La radiazione solare viene in gran parte assorbita dall'atmosfera terrestre, che agisce da filtro. Le radiazioni che riescono a oltrepassare questa barriera protettiva naturale sono di tre tipi

- Luce visibile ad occhio nudo
- Infrarossi (invisibili e responsabili del senso di calore)
- Raggi ultravioletti (distinti in UVC, UVB e UVA)

① **UVC:** non arrivano sulla superficie terrestre

② **UVB:** possono oltrepassare l'ozonosfera e hanno effetti soprattutto sugli strati più superficiali della pelle (*epidermide*). A causa della forte carica energetica sono piuttosto aggressivi nei confronti delle cellule

③ **UVA:** sono trattenuti solo in minima parte dallo strato di ozono. Penetrano più in profondità nella cute, fino a raggiungere il derma e accelerano i processi di invecchiamento cutaneo



**Ricerca** I meccanismi evolutivi alla base dell'appetito

## Perché si mangia anche senza avere fame

**C**hiunque abbia cercato di perder peso sa che la gratificazione legata al cibo rende difficile seguire una dieta. Ora uno studio di Palmiero Monteleone, del Dipartimento di psichiatria della Seconda Università di Napoli, pubblicato sul *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, contribuisce a chiarire come l'organismo reagisce alla disponibilità di alimenti appetibili, indipendentemente dalla stimolo della fame. Per migliaia di anni l'umanità è stata selezionata a lottare per la conquista del cibo ed è stata la fame a regolare l'assunzione degli alimenti; oggi, invece, si mangia spesso anche quando si è sazi, per il solo piacere di farlo. «Comprendere i meccanismi con cui l'organismo risponde a questa situazione così mutata è fondamentale per fronteggiare l'epidemia di obesità del mondo sviluppato — spiega il ricercatore —. I risultati ottenuti, in collaborazione con il Gruppo di ricerca sugli endocannabinoidi del Laboratorio di chimica biomolecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pozzuoli, sono solo preliminari e andranno ap-

profonditi, ma suggeriscono la direzione in cui andare per capire che cosa sostiene il bisogno di gustare un succulento gelato con panna montata anche alla fine di un ricco pasto». «Abbiamo studiato un piccolo gruppo di uomini e donne, giovani e senza disturbi del comportamento alimentare, — continua lo psichiatra — che sono stati sottoposti a due test, a distanza di un mese uno dall'altro, nel corso dei quali sono stati invitati a consumare una colazione da 300 chilocalorie, composta al 77% da carboidrati, al 10% da proteine e al 13% da grassi, dopo la quale dovevano quantificare quanto appetito fosse rimasto loro. Dopo un'ora abbiamo presentato a ciascuno dei partecipanti allo studio il piatto che avevano indicato in precedenza come preferito, lasciandoglielo davanti per cinque minuti, da guardare e annusare, senza poterlo mangiare subito».

In questo intervallo di tempo i volontari dovevano di nuovo rispondere ad alcune domande: quanto appetito avesse, quanto forte fosse il desiderio del cibo che avevano davan-

ti e in che porzione intendessero prenderne. Nella prova ripetuta dopo un mese, ai partecipanti si chiedeva di assumere, al posto del loro piatto preferito, un preparato senza sapore, ma con le stesse calorie, e la stessa distribuzione di nutrienti, di quello presentato nella prima fase dell'esperimento. Sebbene dopo la colazione tutti si fossero dichiarati "pieni", nessuno dopo un'ora ha esitato ad approfittare del fuori pasto, ma in quantità molto maggiore nella prova con il cibo preferito rispetto a quella successiva con il cibo insapore, come c'era d'altronde da aspettarsi.

«Interessante è però il fatto che queste due situazioni hanno suscitato reazioni diverse a livello biochimico — interviste Vincenzo Di Marzo, esperto di endocannabinoidi, sostanze presenti nel cervello che agiscono sugli stessi recettori stimolati dai derivati della cannabis —. Quando i nostri soggetti hanno gustato il cibo che faceva venir loro l'acquolina, il dosaggio dell'ormone grelina, e di uno specifico cannabinoide naturale nel sangue, aumentavano in maniera significativa, e restavano elevati per un paio

d'ore. Al contrario, quando il "supplemento" non era gradito i livelli di queste sostanze andavano progressivamente scendendo».

Lo studio è interessante perché dimostra, ancora una volta, che siamo programmati per accumulare più calorie possibili in vista dei tempi di carestia, e il sapore dei cibi è funzionale a questo. La spinta a nutrirsi può venire dagli stimoli della fame, mediata dalla caduta dei livelli di zucchero nel sangue, ma anche dalla sola vista di alimenti invitanti: «I meccanismi alla base di questa seconda forma di appetito sono in gran parte ancora da capire» concludono gli esperti. Ma il loro lavoro è un primo passo per studiare questa "fame", paradossale, che non deriva dalla carenza di cibo, ma dalla sua offerta.

**Roberta Villa**

### Scorte

**Gli uomini sono «programmati» per accumulare calorie in vista d'una carestia**



# Sei pronto a vivere, cent'anni?

Per invecchiare bene non si può contare su una pillola «magica». Anzi, molto dipende proprio da noi. Corrette abitudini di vita fin da giovani e, soprattutto, una costante attività fisica e mentale sono il vero segreto per una terza età in forma.

Servizio di Elena Meli  
alle pagine 48-49

#### INCONTRO AL CORRIERE

Domani alle ore 18, al Corriere della Sera, dibattito aperto al pubblico sul tema dell'invecchiamento. Per partecipare telefonare allo 02-20.40.03.33 o scrivere a [Incontricorrieresalute@rcs.it](mailto:Incontricorrieresalute@rcs.it). Per inviare le domande da rivolgere agli esperti scrivere a [salute@corriere.it](mailto:salute@corriere.it).

**La ricetta** Non esistono pillole magiche che permettano di invecchiare bene

Per «andare a 120»  
pressione controllata  
e tanta azione

Usare il più possibile muscoli e cervello è decisivo

**S**i potrà presto "andare a 120"? Mentre gli scienziati si chiedono quale sia il limite d'età oltre cui l'uomo non potrà mai spingersi (pare che 120 anni sia una meta non superabile) e l'Ue celebra l'Anno per l'invecchiamento attivo e la solidarietà fra generazioni, tutti ci chiediamo che cosa possiamo fare per restare in salute il più a lungo possibile quando approderemo alla terza e quarta età. «Innanzitutto, è bene sgombrare il campo dagli equivoci: non potremo diventare tutti dei Matusallemme e non è pensabile arrivare in perfetta forma a 100 anni, facendo quello che era normale quando ne avevamo 40» puntualizza Niccolò Marchionni, presidente della Società italiana di cardiologia geriatrica. Conferma Giuseppe Paolisso, presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria: «Il concetto di salute nell'anziano è diverso da quello che vale per l'adulto: significa non avere malattie complicate, ma non esclude la presenza di piccoli disturbi. In altri termini, un anziano deve accettare alcuni limiti, non può pensare di essere lucido e scattante come un ventenne nel guidare l'auto, anche se è in grado di mettersi al volante. Detto questo, si può fare molto per arrivare in forma alla terza età, ma bisogna sapere che ad invecchiare bene si comincia da giovani: serve uno stile di vita corretto, da mantenere sempre, fatto di dieta sana, esercizio fisico regolare, astensione dal fumo e controllo dei fattori di rischio cardiovascolare come sovrappeso, obesità, ipertensione, diabete».

Le regole di buona salute sono insomma quelle note, e si sa anche che attività fisica e dieta mediterranea (che significa abbondanza di verdure e legumi, non pasta e pizza a volontà) potenziano a vicenda i loro effetti benefici scaccia acciacchi.

«Se fosse possibile mettere in una pastiglia l'attività fisica, sarebbe il medicinale più utile e più venduto» osserva il geriatra Roberto Bernabei del Policlinico Gemelli, di Roma. Pur-

troppo anche gli anziani più autonomi, come emerge dall'indagine SeBA (si veda pagina accanto, ndr), non sono attivi quanto dovrebbero. «Muoversi è fondamentale per invecchiare bene: chi si ferma perde pian piano la funzionalità motoria; bisogna sforzarsi di camminare un po' ogni giorno anche da molto anziani perché altrimenti si rischia un deterioramento maggiore e più rapido — puntualizza Paolisso —. Lo stesso vale per le funzioni cognitive, che vanno allenate proprio come i muscoli stimolandole attraverso letture, partecipazione sociale e interazioni personali. Guardare la tv "spegne" invece il nostro cervello». «Il tasso di demenza cresce fra chi fa lavori monotoni e nelle persone con bassa scolarità — osserva il neurologo Sandro Sorbi, direttore del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, dell'Università di Firenze —. Questo perché stimolare il cervello e tenerlo sempre in funzione regala una "riserva cognitiva" più ampia: chi non ha mai rinunciato ad attività socialmente e culturalmente impegnative anche in caso di demenza manifesta i sintomi più tardi, perché compensa meglio la perdita di neuroni. E poiché a noi interessa che il cervello funzioni e non che sia perfettamente integro, è bene mantenerlo sempre attivo».

La parola "attivo", fisicamente e mentalmente, pare insomma il fulcro della prevenzione dei guai della vecchiaia. Ma non basta: «Gli altri cardini della salute sono la prescrizione e l'aderenza alle cure opportune — riprende Marchionni —. Purtroppo tuttora gli anziani sono discriminati e al crescere dell'età cala la quota di pazienti trattati con i farmaci, che i medici non danno pensando sia meglio non sovraccaricare il paziente e considerando anche che la maggior parte dei dati sull'impiego dei medicinali arriva tuttora da sperimentazioni condotte su adulti sotto i 65 anni di età. Uno studio su tre esclude infatti gli anziani e questa carenza di informazioni precise pesa sulla pro-

pensione a prescrivere medicinali». «Eppure sappiamo — continua Marchionni — che perfino gli over 85 traggono gli stessi, se non maggiori, vantaggi dalle terapie: la riduzione della mortalità dando i farmaci giusti ai pazienti che hanno avuto un infarto, ad esempio, è più consistente proprio in chi è più in là con gli anni. C'è dunque ancora molto da fare per consentire a un maggior numero di anziani di restare in salute il maggior tempo possibile, peraltro con interventi che non sono sofisticati. Il 60-70% degli ultrasessantenni ha la pressione alta e i pazienti in terapia non arrivano al 50%, fra chi prende farmaci solo la metà tiene davvero sotto controllo la pressione. Eppure l'ipertensione è uno dei fattori di rischio più importanti per mortalità e disabilità, perché aumenta molto il pericolo di ictus, e gli antipertensivi sono farmaci tutto sommato poco costosi».

Vale la pena quindi curare ipertensione, diabete, colesterolo alto anche da (molto) anziani; meglio non credere, invece, alle promesse di eterna giovinezza con integratori od ormoni. «Invecchiando cambiano i segnali neuro-ormonali, il metabolismo, moltissimi parametri biologici — sottolinea Marchionni —. Dire che è possibile rallentare i processi di invecchiamento con una singola sostanza o un mix non ha senso, anche perché non siamo ancora in grado di capire i complessi rapporti reciproci fra tutti gli elementi biologici che si modificano durante la vecchiaia. Per quel che ne sappiamo a oggi, prendere dosi da cavallo di integratori o di ormoni non allontana malattie e morte. A volte può essere perfino controproducente. Un'integrazione può essere utile solo quando si sia dimostrata una vera carenza» conclude il geriatra.

## Prevenzione

**Specie per chi ha avuto problemi al cuore seguire bene le terapie**

è fondamentale

## A tavola

**Verdura, frutta e legumi sono i migliori alleati per un fisico longevo e in forma**

## Società

**Una nazione di centenari? Sfida individuale ma anche collettiva**

## Che cosa dice lo studio «Salute e Benessere nell'Anziano»

D'ARCO

Qui sotto i principali dati emersi dallo studio SeBA (Salute e Benessere nell'Anziano), condotto su circa 1.500 anziani (sopra i 65 anni) di tre Asl di Nord, Centro e Sud; il questionario è stato proposto dal medico di medicina generale durante una visita ambulatoriale, nella maggior parte dei casi (50%) per prescrizione routinaria di farmaci e solo nel 13% per malattia o problemi di nuova insorgenza

- Vive con una badante
- Riceve aiuti socio-sanitari a domicilio
- Lamenta problemi rilevanti all'udito
- Lamenta problemi rilevanti alla vista
- È molto soddisfatto della propria salute
- Soffre di solitudine
- Lamenta problemi rilevanti di memoria
- È abbastanza o molto soddisfatto della propria vita
- Giudica il proprio reddito adeguato
- Esce di casa quotidianamente
- Sta davanti alla televisione almeno 3 ore al giorno

