



RASSEGNA STAMPA

20/03/2016

1. CORRIERE DELLA SERA Tumore alla prostata La miglior strategia può essere l'attesa - Tumore alla prostata La tattica «attendista»
2. CORRIERE DELLA SERA La relazione con il tumore al polmone
3. CORRIERE DELLA SERA Prenotazione delle visite online Italiani «maglia nera» in Europa
4. CORRIERE DELLA SERA Pensa la salute - Finalmente la siringa ha il suo costo ufficiale
5. CORRIERE DELLA SERA Perché condividere i dati delle ricerche
6. REPUBBLICA.IT Cannabis legale, radicali depositano proposta di legge
7. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro al seno. Pictilisib migliora la risposta anti-proliferativa
8. REPUBBLICA La sanità in fuga dalle liste d'attesa "Ecco le ricette per tagliare i tempi"
9. CORRIERE DELLA SERA Enti virtuosi, premiati alla Camera due ospedali
10. STAMPA Cibo di qualità la Cina chiede aiuto all'Italia
11. GIORNO - CARLINO - NAZIONE Intervista a Giorgio Zoli - Come guarire dal mal di pancia Farmaci contro stress e batteri
12. CORRIERE DELLA SERA Quanto conta l'indice glicemico nella dieta - Perché conta se un cibo alza in fretta la glicemia?
13. GIORNO - CARLINO – NAZIONE «È un paese per vecchi, non dimenticatelo: dovete allenarvi»

Dir. Resp.: Luciano Fontana

Medicina

Tumore alla prostata
La miglior strategia
può essere l'attesa

di Vera Martinella

SALUTE

Tumore alla prostata

La tattica «attendista»

Un attento controllo senza interventi immediati dà migliori risultati di una strategia aggressiva quando la malattia è a basso rischio di progressione

Protocolli strutturati

I pazienti vanno inseriti in protocolli ben precisi evitando il «fai da te» nella sorveglianza

Scegliere di tenere sotto attento monitoraggio la malattia invece di sottoporsi immediatamente a un trattamento si traduce in una migliore qualità di vita per gli uomini con un tumore alla prostata a basso rischio di progressione.

Secondo uno studio appena presentato al congresso dell'Associazione Europea di Urologia (EAU) la vita degli uomini che decidono di non fare subito un intervento chirurgico o una radioterapia resta pressoché uguale a quella dei coetanei che non hanno avuto una diagnosi di cancro.

Per la loro indagine ricercatori olandesi dell'*Erasmus University Medical Center* di Rotterdam hanno seguito per un lungo periodo di tempo (fra 5 e 10 anni dal momento della diagnosi) 427 uomini in media 70enni, ai quali hanno fatto compilare dettagliati questionari nei quali si chiedevano informazioni su numerosi parametri: stato di salute generale, percezione del proprio benessere, eventuale stato di ansia sofferto, preoccupazione per l'andamento del tumore, funzionalità urinaria e sessuale.

Gli stessi test sono stati eseguiti da altri tre gruppi di persone: uomini sani, pazienti con carcinoma prostatico sottoposti a prostatectomia radicale (l'asportazione totale della prostata) e malati curati con radioterapia.

«Questo è il primo studio a fare un simile paragone sul lungo periodo in quattro differenti categorie di uomini — ha spiegato, durante la sua presentazione all'EAU di Monaco, Lionne Venderbos, la ricercatrice olandese prima autrice dell'indagine —. I risultati indicano chiaramente che i partecipanti arruolati all'interno del protocollo di sorveglianza attiva (ovvero la strategia che prevede, in determinati casi, di tenere il tumore sotto controllo senza intervenire, ndr), vivono meglio rispetto a

quelli operati o trattati con radioterapia: hanno una migliore funzionalità urinaria e sessuale, soffrono meno di incontinenza e la loro qualità di vita risulta molto simile a quella di chi non è malato».

Un'informazione, quest'ultima, che non è affatto di poco conto perché spesso si ritiene che il solo monitoraggio possa essere fonte di grande stress per i pazienti. «La ricerca olandese, invece, conferma quello che mostra anche la nostra esperienza su centinaia di pazienti seguiti da anni in Istituto — commenta Riccardo Valdagni, direttore del Programma Prostata dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, pioniere della sorveglianza attiva in Italia —. Certo non è semplice accettare l'idea di non "eliminare" subito il cancro, è una questione psicologica e culturale. Ma, se ben informati e attentamente seguiti, malati e familiari vivono serenamente e gestiscono al meglio le loro preoccupazioni, come indica il dato sui bassi livelli di ansia degli appartenenti al gruppo seguito con la sorveglianza attiva».

In Italia nel 2015 sono state 35 mila le nuove diagnosi di tumore alla prostata: secondo le statistiche circa il 40 per cento (14 mila) sono forme cosiddette *indolenti* o a basso rischio di progressione. Si tratta, in pratica, di lesioni di piccole dimensioni e non aggressive, caratterizzate da una crescita che può essere molto lenta.

«Per questi pazienti è possibile adottare una strategia osservazionale come appunto la sorveglianza attiva — spiega Valdagni, che è anche presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIURO) —, tenendo sotto stretto controllo nel tempo il comportamento e l'evol-



luzione del tumore, riservando un eventuale trattamento solo a chi ne abbia in futuro bisogno. Ovvero si interviene con una terapia soltanto se e quando la malattia cambia atteggiamento e intanto si risparmiano agli uomini i possibili effetti collaterali delle cure, incontinenza e disfunzione erettile primi fra tutti. Ma, ad oggi, la maggior parte di quei 14 mila candidati alla sorveglianza finisce invece per fare una terapia». Il "sorvegliato speciale" viene sottoposto a controlli periodici e programmati del PSA (ogni tre mesi), a viste cliniche con esplorazione rettale (ogni sei mesi) a biopsie di riclassificazione (dopo uno, quattro, sette e dieci anni dalla diagnosi). Esami aggiuntivi vengono poi proposti sulla base di eventuali segnali dubbi per stabilire come procedere.

Oltre agli esami e alle visite è poi indispensabile che si parli con i pazienti, li si aiuti a superare le eventuali difficoltà psicologiche, come l'ansia, e che si instauri con loro un dialogo basato sulla fiducia e su tutte le informazioni di cui necessitano per vivere serenamente.

«Gli esiti di questo studio confermano che la sorveglianza attiva è ben accettata dai pazienti, oltre a essere un approccio sicuro in casi selezionati — dice Alberto Briganti, urologo del San Raffaele di Milano e membro del comitato scientifico dell'EAU —. È importante inoltre che tutti i malati candidabili alla sorveglianza vengano correttamente informati sia della necessità dei controlli periodici sia dell'impatto sulla qualità di vita che potrebbero

avere gli effetti collaterali delle terapie».

«La sorveglianza attiva è una strategia scientifica vera e propria che deve rispettare precisi criteri — conclude Valdagni —. È fondamentale che i pazienti siano inseriti in un protocollo strutturato con percorsi e procedure condivise tra le diverse figure professionali coinvolte, evitando così la sorveglianza "fai da te". Se i pazienti non si presentano alle visite devono essere richiamati e fra i nostri assistiti solo lo 0,1 per cento dei partecipanti è da considerarsi perso al follow up (controlli nel tempo, ndr)».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio

Per valutare se la sorveglianza attiva è una valida alternativa ai trattamenti radicali nei tumori della prostata «indolenti» è stato avviato nel 2006 il più grande studio multicentrico osservazionale

al mondo, il PRIAS (Prostate cancer Research International: Active Surveillance). Attualmente conta oltre 5 mila pazienti arruolati. Nel 2009, la Società Italiana di Urologia Oncologica (SIURO) ha promosso la diffusione del protocollo PRIAS in Italia, a cui aderiscono dieci centri coordinati dal Programma Prostata dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, che a PRIAS partecipa dal 2007

Terapie

Le cure disponibili oggi allungano e migliorano la sopravvivenza

A oggi sono molte le cure efficaci a disposizione per il carcinoma prostatico: intervento chirurgico, radioterapia o brachiterapia per le forme localizzate; terapia ormonale, chemioterapia e nuovi farmaci per quelle più avanzate. «Negli ultimi anni — dice Michele Gallucci, presidente dell'Associazione Urologi Italiani — l'aspettativa di vita dei malati si è poi praticamente quintuplicata grazie all'arrivo di nuove cure efficaci nell'allungare e nel migliorare la sopravvivenza dei pazienti anche quando il tumore avanza, presenta metastasi o diventa resistente alle terapie tradizionali». Studi

presentati all'EAU di Monaco hanno messo in luce i progressi ottenuti con due farmaci ormonali (abiraterone acetato ed enzalutamide) in grado di bloccare la neoplasia togliendole la "benzina" di cui si nutre per crescere, il testosterone. Inoltre, per i pazienti che soffrono di metastasi ossee e sintomi dolorosi c'è una nuova arma valida: un radiofarmaco (Radium223) capace d'incorporarsi nell'osso sede di metastasi e liberare un'energia molto intensa che uccide le cellule tumorali».

V. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fonte: I numeri del cancro in Italia 2015 - Aiom e Airtum

Corriere della Sera

La storia

Una filosofia nata per l'eccesso di diagnosi

A partire dagli anni 90 la grande diffusione del test del PSA (Antigene Prostatico Specifico) e l'aumento del numero delle biopsie hanno provocato una crescita delle diagnosi di carcinoma prostatico prima che compaiano sintomi. Ciò ha portato a scoprire anche molti tumori *indolenti*, che crescono lentamente e raramente saranno un problema per gli interessati. «Si è verificato un eccesso di diagnosi e di conseguenti trattamenti inutili — dice

Michele Gallucci, responsabile dell'Urologia all'Istituto Tumori Regina Elena di Roma —. Per ovviare al problema all'inizio degli anni Duemila è stata introdotta la *sorveglianza attiva*, un atteggiamento riservato a pazienti selezionati. Gli uomini con una neoplasia «a basso rischio», come suggerisce il termine stesso, hanno infatti alte probabilità che il loro tumore resti fermo nel tempo, non cresca, non dia metastasi».

V. M.

Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Ricerca

La relazione con il tumore al polmone

Una dieta ad alto indice glicemico sembra favorire la comparsa di tumore al polmone: lo ha appena dimostrato uno studio dell'Anderson Cancer Center dell'università del Texas condotto su circa duemila pazienti e altrettanti soggetti sani, secondo cui scegliere cibi che innalzano di più la glicemia comporta un aumento del rischio di cancro del 49% rispetto a chi opta per carboidrati a minor indice glicemico. Spiega Xifeng Wu, coordinatrice della ricerca: «Una dieta ad alto indice glicemico significa glicemia e insulina più elevate in circolo e ciò si traduce in alterazioni dei livelli di IGF, il fattore di crescita insulino-simile che sappiamo aumentare la probabilità di tumore al polmone. Il carico glicemico non sembra invece influenzare il rischio e ciò suggerisce che sia la qualità media dei carboidrati della dieta a modulare la probabilità di tumore, più ancora della quantità».

E. M.



CorriereSalute

● Il numero

Prenotazione delle visite online Italiani «maglia nera» in Europa

La digitalizzazione in sanità in Italia è in ritardo pur essendo, secondo esperti e addetti ai lavori, un importante strumento per contrastare la corruzione. Solo il 6% degli italiani prenota visite online, contro un terzo di finlandesi e danesi e il 27% degli spagnoli. E solo il 31% dei medici utilizza le reti digitali per lo scambio dei dati sui pazienti con altri operatori sanitari, mentre in Danimarca si arriva al 92%, in Spagna al 64%, nel Regno Unito al 53%. Sono i dati elaborati dai partner del progetto «Curiamo la corruzione» (www.curiamolacorrusione.it) che promuove una maggiore trasparenza in sanità. Veneto, Lazio e Trentino Alto Adige, le regioni più virtuose. «Maglia nera» la Puglia, dove meno dell'1% dei cittadini prenota visite online. Eppure, per il 18,8% degli italiani un utilizzo più intenso di internet nella pubblica amministrazione renderebbe le procedure più trasparenti.

6%

È la quota di italiani che usa il web per fissare visite, contro un terzo di finlandesi e danesi, e il 27% degli spagnoli



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

Pensa la salute



di **Riccardo Renzi**

Finalmente la siringa ha il suo costo ufficiale

Ok, finalmente sappiamo qual è il giusto prezzo. Raffaele Cantone, capo dell'Anticorruzione, mentre si sta occupando delle finanze di Roma capitale, ha trovato il tempo di firmare una delibera che stabilisce il costo di riferimento per siringhe, cerotti e cotone (in totale 39 dispositivi medici), diventati il simbolo degli sprechi in Sanità. Ora sappiamo che una siringa costa da 0,23 a 2,12 euro (ce ne sono 25 tipi) e l'ovatta da 0,99 a 3,2 euro al chilo. Ci si aspetta un risparmio complessivo del 15-20% all'anno. Certo è una ben strana "lista della spesa". Immagino uno storico, tra qualche secolo, di fronte a questo documento. Le "liste della spesa" sono importanti per gli storici, che siano di un monastero del Medioevo o di un mercante del '500, perché permettono di ricostruire vita quotidiana e comportamenti dell'epoca. Avrà probabilmente difficoltà ad afferrare il concetto di siringa, chissà se conoscerà ancora il cotone. Ma soprattutto, riuscirà a capire il senso, per noi evidente, di quell'elenco? Che serviva cioè a evitare che qualcuno ci facesse troppo la cresta?



CorriereSalute

La riflessione

di Danilo di Diodoro

PERCHÉ CONDIVIDERE I DATI DELLE RICERCHE

Quando un cittadino entra in una ricerca clinica (trial) si espone a possibili vantaggi e svantaggi in termini di salute. L'esito di una ricerca è infatti per definizione incerto, per cui quello del cittadino è un gesto di fiducia nei confronti dei ricercatori. Dei dati derivanti da ogni ricerca bisognerà quindi fare il miglior uso, proprio per rispetto di quel gesto di fiducia. E infatti ora l'*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), l'unione internazionale degli editori di riviste mediche, ricorda che c'è un obbligo etico per i ricercatori a condividere quanto più possibile i dati delle ricerche, per utilizzarli pienamente ai fini dell'avanzamento delle conoscenze mediche. Gli anglosassoni lo chiamano "data sharing", condivisione dei dati.

Ne ha parlato di recente un editoriale del *New England Journal of Medicine* (NEJM) firmato dagli editor delle più importanti riviste mediche internazionali. I dati delle ricerche dovranno essere condivisi dopo essere stati resi anonimi per proteggere la privacy dei cittadini, ma per il resto saranno completi, in modo da consentire ad altri ricercatori di ripercorrere lo stesso percorso fatto da chi quei dati li ha raccolti sul campo. Solo così si potrà ripercorrere il cammino fatto da ogni ricercatore, dai dati ai risultati, alle conclusioni. Una garanzia contro le frodi scientifiche, ma anche verso la riproducibilità, elemento fondamentale del metodo scientifico. Così si eviteranno ripetizioni inutili nella ricerca, e si potranno svelare salti ingiustificati dai dati alle conclusioni. Molti ricercatori infatti alle volte "spremono" i dati per estrarne conclusioni di dubbia correttezza scientifica.

L'ICMJE propone anche che, nel momento in cui una ricerca, prima di essere iniziata, viene registrata, ad esempio nell'apposito sito *ClinicalTrials.gov*, sia esplicitato il piano di condivisione online suoi dati. Comitati Etici che approvano le ricerche e le riviste che le pubblicano dovranno controllare che il piano sia esplicitato. Quando questo virtuoso sistema sarà pienamente operante sarà forse più difficile proteggere i diritti di scoperta dei ricercatori, perché altri ricercatori potrebbero cogliere nei dati implicazioni sfuggite a chi ha effettuato la prima ricerca; così come potrebbero essere meno tutelati i diritti di eventuali sponsor della ricerca, interessati alle applicazioni commerciali e al ritorno economico. Ma quello che davvero conta è che la ricerca medica sarà diventata più affidabile di quanto sia oggi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://la.repubblica.it/salute>

Cannabis legale, radicali depositano proposta di legge

Iniziativa popolare in Cassazione. Al via la raccolta di firme

di VALERIA PINI

Il manifesto della campagna Legalizziamo RACCOGLIERE firme nelle piazze italiane per legalizzare **la cannabis**. Una consultazione che partirà nei prossimi giorni dalla proposta di legge di iniziativa popolare presentata questa mattina in Cassazione da Radicali italiani e Associazione Luca Coscioni. Un'iniziativa della 'primavera antiprobizionista' inaugurata, alcuni giorni fa, con una petizione europea sul sito della campagna **Legalizziamo**, che chiede all'Unione europea di "promuovere e adottare una politica per la legalizzazione della marijuana e per la decriminalizzazione del consumo di tutte le droghe".

LEGGI - L'uso della marijuana in Italia e nel mondo

Consumo e coltivazione. L'obiettivo è quello di legalizzare 'l'uso dello spinello'. La proposta di legge dei **Radicali** e dell'**Associazione Coscioni**, sostenuta da associazioni come Cild-Coalizione italiana libertà e diritti civili, Forum Droghe, Lapiantiamo e da molte associazioni canapai italiani, punta a regolamentare la produzione, il consumo e il commercio di cannabis e dei suoi derivati, eliminando le sanzioni penali e a ridurre quelle amministrative previste dalla legge del '90 (9 ottobre 1990, n.309). All'articolo 2 della proposta si stabiliscono le modalità di coltivazione, mentre l'articolo 3 prevede che "qualsiasi persona maggiorenne può coltivare liberamente, in forma individuale, senza bisogno di autorizzazione" fino a 5 piante di cannabis.

Cannabis terapeutica. Per quanto riguarda la cannabis terapeutica, la proposta cerca di dare maggiore forza all'autorità statale centrale, per evitare le differenze dei servizi sanitari regionali. Sono previsti fra l'altro piani di informazione per il personale sanitario. "Con questa proposta di legge di iniziativa popolare continuiamo una battaglia storica per l'Associazione Luca Coscioni. Insieme alla legalizzazione della cannabis, infatti, prevediamo anche che il libero accesso ai farmaci cannabinoidi sia reso effettivo. Ciò è possibile sia attraverso un accesso immediato e gratuito ai farmaci, sia attraverso la regolamentazione dell'autocoltivazione per le persone malate", spiega Filomena Gallo, segretario dell'Associazione Luca

Coscioni.

"Lotta antiproibizionista". Per Riccardo Magi, segretario di Radicali Italiani "il fallimento della guerra alla droga è sotto gli occhi di tutti". "Dobbiamo quindi rilanciare la lotta antiproibizionista, allargando il fronte all'Europa e a tutte le droghe - ha detto Magi - . Ecco perché, insieme a questa legge popolare, abbiamo [lanciato una petizione](#) rivolta al Parlamento europeo per chiedere politiche comuni sulle droghe, non solo per la legalizzazione della cannabis ma anche per la decriminalizzazione dell'uso e del possesso per consumo personale di tutte le altre droghe. Se infatti il mercato europeo delle droghe europeo è già unico e ben organizzato, è tempo che le istituzioni europee facciano fronte comune".

L'altra proposta di legge. Risale invece a marzo del 2015 una proposta di legge con [la firma di 290 parlamentari](#) presentata in Parlamento per legalizzare la cannabis. A gennaio è stato annunciato l'inserimento nel calendario trimestrale della Camera ed è stata affidata alle commissioni congiunte affari sociali e giustizia.

Sabato 19 MARZO 2016

Cancro al seno. Pictilisib migliora la risposta anti-proliferativa

Secondo i risultati di uno studio pubblicato sul Journal of Clinical Oncology, l'aggiunta di pictilisib all'anastrozolo migliorerebbe la risposta anti-proliferativa nei pazienti con un carcinoma mammario ER-positivo in stadio precoce.

(Reuters Health) - Secondo i risultati di uno studio randomizzato, pubblicato sul Journal of Clinical Oncology, l'aggiunta all'anastrozolo di pictilisib, diretto contro i tumori in cui si ha sovraespressione di PI3K, ha migliorato la risposta anti-proliferativa, attraverso la riduzione di Ki-67, in pazienti con un carcinoma mammario ER-positivo in stadio precoce e, in particolare, tra quelle con tumori luminali B.

"Il risultato più interessante a mio parere è che l'ulteriore vantaggio della inibizione di PI3K sembra essere limitato ai pazienti con tumori luminale B, mentre le pazienti con tumore luminale A non sembrano beneficiare di questo trattamento", ha dichiarato **Peter Schmid** della Queen Mary University di Londra. "Questo risultato era coerente con l'ipotesi di fondo che lo stato luminale B sia associato ad una parziale resistenza endocrina che può essere modificata attraverso l'inibizione di PI3K". Studi preclinici e clinici hanno dimostrato che l'inibizione del pathway PI3K-mTOR è in grado di migliorare l'efficacia del trattamento endocrino.

Lo studio

Nello studio in open randomizzato OPPORTUNE, Schmid e colleghi hanno valutato se l'aggiunta di pictilisib potesse aumentare gli effetti antiproliferativi nel breve termine di un trattamento pre-operatorio con anastrozolo in 75 nelle donne con cancro al seno primitivo ER- positivo in stadio precoce. L'endpoint primario del trial era l'inibizione della proliferazione delle cellule tumorali, misurata mediante la variazione dell'espressione del marcatore tumorale Ki-67. Si è così dimostrato che la media della soppressione dell'espressione di Ki-67 era significativamente più elevata nelle pazienti trattate con anastrozolo più pictilisib (83,8%) rispetto a quanto si verificava nelle pazienti trattate con il solo anastrozolo (66,0%). In particolare, utilizzando il logaritmo naturale di Ki-67 (≤ 2) come criterio di risposta al trattamento, si è visto che al quindicesimo giorno di trattamento, vi era un numero significativamente maggiore di pazienti responder al trattamento combinato anastrozolo più pictilisib (90,9%) che pazienti responder al trattamento con il solo anastrozolo (61,5%).

Più precisamente, nel sottogruppo di donne con tumore endoluminale B si è verificata una risposta antiproliferativa significativamente maggiore con l'aggiunta di pictilisib all'anastrozolo. Gli eventi avversi correlati al trattamento sono stati significativamente più frequenti con il regime combinato, rispetto alla monoterapia con anastrozolo. Inoltre, l'incidenza della tossicità cutanea, associata alla terapia con pictilisib, è diminuita dal 38% al 3,3% quando la dose è stata ridotta da 340 mg a 260 mg. "Il ruolo degli inibitori PI3K nel cancro al seno dovrà essere ulteriormente definito", ha concluso Schmid. "Mentre i risultati di questo studio sono molto incoraggianti, i dati provenienti da studi su tumori in stadio metastatico sono stati meno convincenti. Questo potrebbe in parte essere dovuto al profilo di tossicità dei pan inibitori-PI3K, gli sforzi sono quindi sempre più concentrando su inibitori alfa-specifici".

Fonte: J Clin Oncol 2016

Will Boggs MD

Dir. Resp.: Mario Calabresi

L'inchiesta. Strumenti sottoutilizzati e scarsa organizzazione. Medici e manager spiegano dove e come intervenire

La sanità in fuga dalle liste d'attesa "Ecco le ricette per tagliare i tempi"

MICHELE BOCCI

MACCHINE sottoutilizzate, medici che prescrivono troppo, classi di priorità non rispettate, centri di prenotazione che non ci sono o funzionano male: le liste di attesa nascono da un insieme di problemi che possono essere affrontati e risolti quasi tutti all'interno dello stesso sistema sanitario. Così che i cittadini non si sentano più proporre attese lunghe, anche di 500 giorni, e alla fine decidano di rivolgersi al privato.

MACCHINARI, DEVONO LAVORARE DI PIÙ

L'Italia è uno dei Paesi con più macchinari diagnostici. Sulle risonanze in pochi ci battono in Europa. Ne abbiamo 1.220 e fanno in tutto circa 5 milioni di esami l'anno, cioè 4.100 per macchina. Si tratta ovviamente di un dato statistico, che tiene dentro le macchine accese 14 ore al giorno e quelle 4, ma qualcosa di interessante riesce a raccontarlo. I radiologi, infatti, stimano che una sola apparecchiatura possa fare pure 6.500 esami ogni 12 mesi. Anche stando più bassi, fissando cioè un obiettivo di 5.500 esami, si ottiene che nel nostro Paese le risonanze lavorano al 75% delle loro possibilità, se non meno. Per le Tac la situazione è simile, la media di ogni macchina sta sui 6mila esami all'anno contro un potenziale di 7-8mila. «Utilizzare le apparecchiature di più può ovviamente aiutare a ridurre le attese», spiega il radiologo Franco Vimercati, presidente della federazione delle società scientifiche italiane: «Ovvio che però ci vuole il personale».

Secondo Marco Campione di Assobiomedica «in Italia ci sono troppe macchine ma troppo poco utilizzate e vecchie — I mammografi qui hanno in media 13 anni di età, e la metà di quelli usati negli screening ha più di 20 anni. E le Tac, dopo le 5 di pomeriggio, sono ferme quasi ovunque. Abbiamo attrezzature il 30% più vecchie di quelle dei grandi Paesi europei, da 10 anni non si investe più». Secondo Corrado Bibbolino del sinda-

cato dei radiologi «le macchine non devono aumentare ma essere mantenute nuove. Se ci sono inefficienze vanno corrette ma non serve una iper produttività». Il Veneto ha però scelto aprire le radiologie per due sere alla settimana e nel weekend, esperimento confermato quest'anno che sarebbe servito a ridurre le attese.

STRAORDINARI E ASSUNZIONI

L'Emilia Romagna ha usato 10 milioni di euro per assumere 150 persone e le cose sono molto migliorate. La strada per l'abbattimento delle attese passa anche dal rinforzo del sistema. «Basterebbe anche — dice Costantino Troise del sindacato dei medici ospedalieri Anaa — sfruttare quanto previsto dall'ultimo contratto, cioè di pagare 60 euro l'ora lo straordinario dei medici. Se coinvolgiamo 120mila dipendenti per un'ora alla settimana avremmo 6 milioni di ore l'anno per ridurre le attese». Il periodo però è di vacche magre. «Lo sappiamo, in 5 anni il sistema sanitario ha perso 5mila medici — dice Massimo Cozza della Cgil — E invece bisognerebbe assumere, sia per fare le visite specialistiche che per mandare avanti i macchinari. Molto spesso lavorano poco perché non c'è chi li fa funzionare».

PRIORITÀ E CENTRI PRENOTAZIONE

Da tempo il ministero ha introdotto codici di priorità da inserire nelle ricette (72 ore, 10 giorni, 30/60 giorni, nessuna scadenza). Ancora molte regioni non riescono a rispettarli, soprattutto quelli da 30 giorni in su. «Per farli funzionare bisogna mettere insieme medici di famiglia e specialisti che accanto a questi limiti aggiungano anche la definizione clinica dei casi che vi rientrano — dice Giuliano Mariotti della Asl di Trento — Serve poi centralizzare le prenotazioni. I pazienti devono avere una panoramica di tutte le strutture del loro territorio. Il centro unico di prenotazione (Cup) è presente in molte Regioni ma ancora non in tutte».

Spesso chi prenota non disdice, intasando le prenotazioni. Per questo la Toscana già



da tempo e l'Emilia più di recente hanno previsto di far pagare chi non si presenta alla visita o all'esame senza avvertire.

RIDUZIONE DELLE RICHIESTE INUTILI

Le attese non nascono solo da un problema di offerta ma anche da distorsioni della domanda. È la cosiddetta inappropriata, la richiesta di esami inutili. Ridurla anche un po' darebbe risultati immediati.

«Secondo alcuni pareri è inappropriato oltre il 40% delle ricette per prestazioni radiologiche — dice il presidente di Slow medicine, Antonio Bonaldi — Le cause? Sono tante e una delle prime è l'idea, sbagliata, che fare più esami migliori lo stato di salute delle persone. Poi c'è il medico che teme il contenzioso e accetta quanto richiesto dal paziente. Così si occupano le liste di attesa, magari facendo aspettare di più chi ha davvero bisogno. Noi aderiamo al movimento Usa "choosing wisely" che promuove l'appropriatezza. Professionisti delle varie discipline si riuniscono e indicano 5 prestazioni inappropriate sulle quali lavorare, per ridurre le prestazioni inutili».

ORIPRODUZIONE RISERVATA

INUMERI

75%

RISONANZE

In media lavorano solo per tre quarti del loro potenziale

50%

MAMMOGRAFI

La metà di quelli usati per lo screening hanno più di 20 anni

40%

RICETTE

La percentuale di quelle considerate inappropriate

5.000

MEDICI

Sono quelli persi dal sistema sanitario negli ultimi 5 anni

500

ATTESA

Per la mammografia si può aspettare più di un anno

Enti virtuosi, premiati alla Camera due ospedali

Il rapporto di «italiadece» dedicato all'innovazione. Violante: «C'è un'Italia che funziona»

Domani

Il riconoscimento viene assegnato alle strutture sanitarie di Bologna e di Potenza

Il documento

Il rapporto punta sulla svolta digitale: «Per essere efficace deve investire tutto il Paese»

8

Le tesi

contenute nel rapporto di «italiadece»

10

Le proposte

avanzate sul tema della digitalizzazione

ROMA Si chiama «italiadece», è l'associazione guidata dal presidente emerito della Camera dei deputati Luciano Violante che si batte da anni per la qualità delle politiche pubbliche. Domani alle ore 11 a Montecitorio, nella Sala della Regina, presenterà il suo settimo rapporto dedicato nel 2016 alla trasformazione digitale e all'innovazione. Otto tesi e poi le proposte che, a parere dell'associazione, possono contribuire a quella crescita intelligente di cui l'Italia ha bisogno. «Vogliamo iniziare a sconfiggere la narrazione criminale del nostro Paese — spiega Violante —, provare a invertire la tendenza, cominciare a riconoscere e a segnalare accanto alle tante cose che non vanno anche quelle che invece funzionano e lasciano ben sperare per il futuro».

Alla presentazione di domani interverranno, oltre a Violante e al direttore scientifico di «italiadece» Enrico Seta, la presidente della Camera Laura Boldrini, la ministra della Pubblica amministrazione Marianna Madia e la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**. Ma un'altra novità di quest'anno è il premio istituito con il patrocinio del ministero della Pubblica amministrazione e intitolato «Amministrazione, cittadini, imprese». Un pre-

mio per far conoscere agli italiani esempi concreti di una pubblica amministrazione che risponde positivamente in termini di qualità dei servizi erogati, produttività ed efficienza e quindi anche dal punto di vista dell'impiego virtuoso delle risorse pubbliche. Per assegnare il premio è stata istituita una commissione, presieduta dal manager di lungo corso Vito Gamberale, già presidente di Eni e ad di Tim, che insieme alle ministre Madia e **Lorenzin** domani consegnerà due targhe ai vincitori: il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna (a ritirarla ci sarà il direttore generale Mario Cavalli) e il Centro di riferimento oncologico della Basilicata (Crob), l'istituto d'eccellenza di ricovero e cura antitumorali di Rionero in Vulture, Potenza (in rappresentanza interverrà il direttore generale Nicolò Cugno).

Tra le finalità del premio — dicono a «italiadece» — c'è soprattutto quella di «promuovere l'idea che il cittadino e l'impresa sono al centro dell'azione amministrativa», così da stimolare un'autentica «pretesa di trasparenza e *accountability* nei confronti degli uffici pubblici».

Fabrizio Caccia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cos'è



● «italiadece» (sopra, il logo) è l'associazione guidata dal presidente emerito della Camera dei deputati Luciano Violante



CIBO DI QUALITÀ LA CINA CHIEDE AIUTO ALL'ITALIA

GIORGIO CALABRESE

Gli scandali alimentari che hanno visto la loro origine in Cina sono innumerevoli, dall'aviaria al riso verde colorati con pigmenti nocivi. L'Italia ha combattuto per anni contro i prodotti alimentari cinesi di infima qualità, ed ora gli stessi cinesi si sono accorti della situazione e per risolverla hanno chiesto aiuto proprio all'Italia.

Per la prima volta, infatti, i cinesi hanno affrontato i temi della sicurezza alimentare. Loro stessi hanno accertato che hanno le terre piene di metalli pesanti e che hanno fattorie vecchie, fatiscenti e antistoriche. Anche l'acqua presenta dei problemi e il più delle volte è inquinata. Questa presa di coscienza ha portato lo Stato cinese a rivolgersi alla Camera di Commercio italiana a Shanghai, che ha organizzato un seminario formativo. All'incontro ha partecipato anche Jin Quan, vicepresidente di «Shanghai entry-exit» e delle aziende che importano cibo in questa città megalopoli. Recentemente è stato siglato un importante accordo per quanto riguarda l'importazione da parte della Cina del nostro ottimo olio extravergine di oliva e degli agrumi.

I cinesi quando vengono come turisti nel Bel Paese, non solo si innamorano del gusto della nostra cucina ma si rendono conto di stare meglio di salute. D'altra parte il cibo buono e sano alla base della nostra dieta ci porta a gareggiare sempre per il primo o secondo posto della classifica della longevità col Giappone. La Cina, attualmente, è ferma all'83° posto.

Ora siamo alla svolta. Il documento di indirizzo per il 2016, appena reso noto dal ministero dell'Agricoltura,

pone particolare attenzione all'ammodernamento delle strutture agricole e alla sicurezza dei prodotti. Se la Cina vuole continuare a crescere deve nutrire meglio la sua popolazione e allo stesso tempo deve raggiungere standard di qualità dei suoi prodotti alimentari accettabili anche dal resto del mondo.

Le malattie più pericolose sono venute spesso dalle città più popolose che nei loro mercati ammassano promiscuamente animali vivi e morti. Inoltre le merci sono tenute nella più completa assenza di normative igieniche. Condizioni queste che fungono da serbatoi ideali per varie zoonosi. È probabile che nei prossimi anni il governo provi a intervenire anche in quel settore, per uniformare e non vanificare gli sforzi fatti in questa direzione salutista. La nuova recente legge cinese sulla sicurezza alimentare si è addirittura rivelata tra le più severe di sempre: e con queste premesse possono cessare una volta per tutte gli scandali alimentari di cui da anni soffre il Paese facendo crollare la fiducia tra la popolazione interna ed estera.

Gli scandali hanno favorito la grande importazione di prodotti ritenuti di grande qualità. Ad esempio, i marchi stranieri detengono l'80% del mercato dei prodotti alimentari per neonati, ciò è la diretta conseguenza di eventi drammatici come quello dello scandalo melamina del 2008, quando il latte in polvere contaminato causò alcuni decessi e danni permanenti alla salute di oltre 300 mila bambini. La nuova legge sulla sicurezza alimentare introduce pene più severe ed indicazioni più dettagliate in merito alla produzione di alimenti destinati al consumatore finale.

nutrizionista

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Come guarire dal mal di pancia Farmaci contro stress e batteri

Le cure disponibili per la sindrome dell'intestino irritabile



Due diverse forme ma stessi disturbi

Le coliti si dividono in due grandi famiglie: organiche e funzionali. La diagnosi è più semplice per le forme organiche. Quelle funzionali derivano dallo stress, che prende come organo bersaglio l'intestino

Donatella Barbetta

MAL DI PANCIA, gonfiore addominale, colon irritabile, difficoltà digestive: un ventaglio di disturbi spesso chiamati generalmente colite, perché non sempre è facile dare la corretta spiegazione a ogni sintomo gastrointestinale.

Che cos'è la colite?

«Un'infiammazione del colon – risponde il professor Giorgio Zoli, direttore del Dipartimento di Medicina dell'Azienda Usl di Ferrara – cioè della parte finale dell'intestino, lunga circa due metri su un totale di nove, dove si formano le feci. Ma le coliti sono diverse: dal punto di vista diagnostico si dividono in due grandi famiglie: organiche e funzionali».

Quali sono le differenze?

«I disturbi sono quasi sempre gli stessi: dolori alla pancia, gonfiore, stitichezza o diarrea. La diagnosi è più semplice per le forme organiche. Si fanno gli esami del sangue, la ricerca del sangue nelle feci e se il risultato è positivo si esegue una colonscopia per capire se si tratta di un'infiammazione acuta o cronica, o altro (per esempio polipi, il più delle volte benigni ma a volte anche maligni). Nel caso delle forme organiche possiamo tro-

varci di fronte a infezioni virali o batteriche, oppure alle cosiddette Mici (malattie infiammatorie croniche intestinali, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn), curabili ma non guaribili. Quindi, saranno gli esami consigliati dal medico a fare chiarezza».

E le forme funzionali?

«In nove casi su dieci, quando una persona parla di colite ci troviamo di fronte alla sindrome dell'intestino irritabile, un tempo chiamata colite spastica o colon irritabile. Ne esistono due varianti: una con diarrea e una con stitichezza. Nella maggior parte dei casi sono forme derivate da stress, che prende come organo bersaglio l'intestino. Alla diagnosi si arriva escludendo la forma organica».

Quali sono le terapie consigliate?

«Le coliti acute batteriche si curano con gli antibiotici. Per quelle virali bisogna aspettare che passino, talvolta si possono assumere farmaci lassativi o antidiarroici. Per le coliti croniche la scelta è vastissima. Si va dal cortisone agli immunosoppressori, sostanze una volta usate per la cura dei tumori. Oppure si ricorre ai farmaci biologici, cioè anticorpi contro le sostanze che il nostro organismo produce quando ci sono queste malattie, che però risultano dannose per l'organismo stesso».

Come si affronta la sindrome dell'intestino irritabile?

«Non è facile trovare subito la cura più adatta perché le reazioni individuali sono diverse. Sono consigliati i probiotici, cioè i fermenti lattici. I probiotici, con i prebiotici, che aiutano la crescita dei primi, ripristinano la flora batterica buona e hanno potere antinfiammatorio sulle pareti dell'intestino. Oggi abbiamo a disposizione anche i simbiotici, un insieme di probiotici e prebiotici».

Le coliti possono essere provocate dagli alimenti?

«No, si tratta di disturbi che erroneamente vengono chiamate coliti, ma sono allergie alimentari. Bisogna evitare gli alimenti a cui si è allergici e in questo caso bisogna fare dei test specialistici».



L'aiuto degli integratori Arrivano i simbiotici

PER DARE una mano al colon non sempre è necessario ricorrere a medicine vere e proprie. A volte può risultare indicato anche un integratore alimentare. Il professor Giorgio Zoli ha messo a punto un prodotto di ultima generazione che è già sul mercato. Si tratta di un simbiotico, sostanza che contiene microrganismi in grado di esercitare un'azione benefica sulla microflora intestinale.

«Il simbiotico che ho 'inventato' - spiega il professor Giorgio Zoli - contiene al suo interno due probiotici, quindi fermenti lattici, chiamati Bifidobatteri, cioè batteri buoni, e due prebiotici, acido butirrico e frutto oligo saccaridi, che oltre a favorire la crescita e lo sviluppo dei batteri buoni hanno un effetto anti infiammatorio nei confronti della mucosa intestinale. Questo prodotto è efficace nel trattamento delle forme funzionali di colite, la cosiddetta sindrome dell'intestino irritabile, e può essere anche utile nelle forme organiche come la rettocolite ulcerosa e la malattia di Crohn».

Dieta mediterranea E il colon sta meglio

UN'ALIMENTAZIONE sana è l'obiettivo di tutti. Ma la scelta del cibo diventa particolarmente importante quando parliamo di intestino irritabile.

«Attenzione a quello che gli americani chiamano junk food - dice il professor Giorgio Zoli - e cioè il cibo spazzatura, dove dominano prodotti preconfezionati di scarso valore nutritivo e con eccessi di zuccheri e grassi. È bene anche cercare di evitare i dolcificanti privi di zucchero, ma con dolcificanti, perché hanno meno calorie, ma alterano la flora batterica dell'intestino e quindi possono stimolare sia le coliti funzionali che le coliti organiche».

Nel mirino del gastroenterologo anche le bibite gassate e l'eccesso di alcol. «L'anidride carbonica del gas favorisce l'obesità e il reflusso gastroesofageo, mentre i superalcolici possono infiammare il canale digerente e l'intestino».

Lo specialista consiglia la dieta mediterranea: pane e pasta, meglio se integrali, perché l'assorbimento è più lento e aiuta a prevenire le alterazioni del metabolismo di zuccheri e grassi. E naturalmente bere tanta acqua, mangiare frutta e verdura, pesce, uova, formaggi e carne bianca. Moderazione con le carni rosse.

Quanto conta l'indice glicemico nella dieta

Nell'alimentazione dei diabetici questo parametro è da molto tempo considerato importante. Più discusso il suo ruolo per chi ha valori normali degli zuccheri nel sangue. Ma gli ultimi studi dimostrano che tenerlo presente può comunque aiutare tutti a mangiare in modo più sano

SALUTE

Perché conta se un cibo alza in fretta la **glicemia**?

Gli studi sull'utilità dell'indice glicemico come criterio per le diete di persone sane è discusso. Però tenendo in considerazione questo parametro ci si orienta «automaticamente» su alimenti in genere più salutari e, viceversa, una nutrizione varia ed equilibrata ha di solito anche un indice glicemico basso



Scelte equilibrate
Nessun alimento deve essere criminalizzato. Nelle scelte di cosa portare a tavola conta piuttosto la qualità della alimentazione nel suo complesso

I cibi a basso IG sono in genere più ricchi di fibre perché queste, soprattutto se viscosi, rendono i carboidrati meno accessibili agli enzimi

N

on è scritto sulle etichette, ma l'indice glicemico (IG) secondo molti dovrebbe essere impor-

tante nella scelta dei cibi. L'IG indica quanto il consumo di un alimento specifico che contenga carboidrati aumenti la glicemia in rapporto a quanto la farebbe innalzare un carico fisso di glucosio. Proposto 35 anni fa, ha un ruolo chiaro nella dieta dei diabetici, ma è più discusso per persone sane che vogliono mantenersi in salute: seguire una dieta a basso IG serve davvero a prevenire malattie e a non ingrassare?

Sulla popolazione generale la risposta non è immediata, come spiega Furio Brighenti dell'Università di Parma, auto-

re del più recente documento di consenso sull'IG pubblicato nel 2015 su *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*: «Nelle tabelle dei Livelli di Assunzione Raccoman-



data dei Nutrienti (LARN) gli obiettivi di nutrizione per la prevenzione indicano di prediligere fonti amidacee a basso IG, soprattutto se l'apporto di carboidrati è vicino al limite superiore, pari al 60%, del totale delle calorie giornaliere. Gli studi mostrano che nei soggetti sani, soprattutto se donne e in sovrappeso, una dieta a basso IG possa dare benefici che vanno oltre la possibilità di prevenire il diabete, come una riduzione della probabilità di tumore al seno. Detto ciò i dati circa la prevenzione dell'obesità, per esempio, non sono ancora solidi quanto quelli sul diabete; ma a parità di nutrienti, attività fisica e fattori di rischio i cibi a basso IG migliorano la sazietà riducendo l'apporto calorico dei pasti successivi, contribuendo quindi a controllare il peso».

Ci sono però studi di segno contrario, come uno recente di ricercatori di Harvard e Johns Hopkins University che ha dimostrato come diete dall'IG molto diverso ma uguali per calorie e ricche di frutta, verdura e cereali integrali e povere di zuccheri raffinati non hanno effetti dissimili su pressione arteriosa, colesterolo e trigliceridi: quindi se si mangia sano non servirebbe l'IG.

«Non bisogna focalizzarsi su un solo parametro: scegliere vegetali come legumi, frutta e verdura abbassa da sé l'IG, e propendere per cibi a basso IG implica portare in tavola prodotti ricchi di vitamine, sali minerali e fibre preziose — interviene Rosalba Giacco, ricercatrice dell'Istituto di Scienze dell'Alimentazione del CNR ad Avellino e membro del consiglio direttivo della Società Italiana di Diabetologia —. È difficile scindere gli effetti del solo IG, soprattutto se la dieta è già salutare: nessun alimento va criminalizzato e conta la qualità dell'alimentazione nel suo complesso. I cibi a basso IG per esempio sono in genere più ricchi di fibre perché queste, soprattutto se viscosi, rendono i carboidrati meno accessibili agli enzimi; inoltre le fibre rallentano lo svuotamento gastrico, così i carboidrati arrivano più gradualmente all'intestino e l'assorbimento del glucosio in circolo è più lento. Nel lungo periodo riducono il colesterolo, abbassano la pressione arteriosa, modificano in senso positivo la flora batterica intestinale. L'esito finale è quindi più ampio del solo controllo glicemico "immediato"». Come individuare i cibi in base al loro IG?

«Valgono alcune regole generali — dice Brighenti —. Sono a basso IG legumi, frutta, vegetali, pasta; l'IG è intermedio per pane, patate e riso, alto per i dolci. La sola aggiunta di fibre nei prodotti integrali di per sé non riduce l'IG, occorre scegliere cereali intatti: il riso integrale ha un IG più basso, ma farine di riso integrali o bianche sono identiche. Ciò che è più "tenace" da masticare ha un IG più basso: cereali come orzo o riso, i legumi e la pasta, le patate al forno anziché in purè e la frutta intera invece che frullata sono meglio di pane e pizza, anche perché la lievitazione dà porosità e favorisce l'attacco degli enzimi digestivi che liberano subito glucosio. Ci siamo evoluti mangiando cibi crudi e difficili da digerire, la fisiologia si è adattata per trarne più nutrienti possibile: la nostra macchina-corpo funziona al meglio guidando senza strappi, dandole "benzina" senza picchi con cibi a basso IG. Con quelli di facile assimilazione di oggi, dall'alto IG, è come se guidassimo accelerando e frenando di continuo: rovinano di più il "motore"».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Umore

Una dieta ad alto indice glicemico, ricca di carboidrati raffinati, fa male all'umore: uno studio pubblicato sull'*American Journal of Clinical Nutrition* condotto su oltre 70 mila donne mostra che eccedere con i cibi che danno picchi immediati di glicemia può favorire stanchezza e variabilità dell'umore e si associa a maggior rischio di depressione, ridotto invece dal consumo di frutta, verdura e cereali integrali

La discussione

Quanto vale se il pasto è molto vario

C'è chi discute l'indice glicemico perché ritiene che perda valore in pasti abbondanti con cibi con indici molto diversi. «In realtà il suo significato resta — osserva Furio Brighenti, dell'Università di Parma —. I grassi, ad esempio, riducono l'indice glicemico di un alimento: mangiare pane e burro dà un picco di glicemia maggiore di un piatto di pasta col burro, ma il rapporto finale resta invariato ed è questa l'indicazione offerta dall'indice glicemico, una

caratteristica dell'alimento che non risente delle condizioni di consumo». L'indice è stato discusso anche perché ha favorito l'uso del fruttosio per i diabetici, salvo poi scoprire che se si esagera favorisce steatosi epatica, aumento di trigliceridi e acido urico e malattie cardiovascolari. Per questo oggi, indice glicemico a parte, i LARN consigliano di limitarne l'uso e di ridurre il consumo di bevande e alimenti zuccherati con fruttosio.

E. M.

● Che cos'è l'indice glicemico (IG)

È il rapporto fra la glicemia misurata dopo il consumo di un alimento e quella misurata dopo un carico standard di glucosio, moltiplicato per 100

● Che cos'è il carico glicemico

È l'indice glicemico «corretto» per la quantità di alimento. Si calcola moltiplicando la quantità di carboidrati contenuti nell'alimento per il suo IG, diviso cento. È fondamentale per avere un'idea realistica dell'effetto finale sulla glicemia

Esempio: due alimenti possono avere IG simile ma essendo consumati in porzioni molto diverse avranno un effetto diverso sulla glicemia (spaghetti e arance hanno IG simile, ma l'impatto della porzione di pasta è maggiore perché contiene più grammi di carboidrati)

«È un paese per vecchi, non dimenticatelo: dovete allenarvi»

■ MILANO

C'È UN DOPPIO binario che porta alla salvaguardia della memoria. La prevenzione dei fattori di rischio, attraverso la cura del corpo, il movimento, l'alimentazione e gli stili di vita sani da un lato. Il cosiddetto brain training, ovvero l'allenamento delle funzioni cerebrali, dall'altro. Lo assicura il professor Nicola Ferrara, presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, e direttore della scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Napoli «Federico II».

Con l'invecchiamento della popolazione il problema cresce a livello sociale?

«Dopo i 50 anni la memoria comincia progressivamente a ridursi, specie quella a breve termine, legata alle ore precedenti, mentre rimane ben salda sul passato remoto, sui grandi ricordi, sulle giornate importanti della vita. Un fenomeno così frequente, da essere considerato del tutto fisiologico, perché legato all'invecchiamento di per sé. Quando la perdita della memoria però si tramuta in una vera e propria riduzione della capacità cognitive, allora viene considerata un deficit patologico, che può essere sia di tipo vascolare che di tipo neurodegenerativo. Alcuni sostengono, anche se non è facile dimostrarlo, che la precoce perdita psicologica è un marcatore per predire una vera e propria demenza, quindi patologie come l'Alzheimer».

Come possiamo prevenire questo decadimento della memoria?

«La prevenzione cardiovascolare è decisiva. E una linea di pensiero, per quanto non dimostrata, sostiene la necessità di tenere in allenamento il cervello: quindi imparare un'altra lingua anche in età avanzata, leggere un libro, fare parole crociate, avere soprattutto rapporti sociali».

Quanto è vero?

«È così vero che alcuni gruppi hanno ipotizzato veri e propri gruppi di brain training, attraverso mezzi visivi come le associazioni di colori o di immagini diverse, sia attraverso strumenti informatici, certo ancora poco usati dagli anziani. Ma più invecchia la generazione dei nativi digitali e più ne sentiremo parlare».

Il corpo e la mente in salute dunque?

«Sì, correzione e controllo dei tradizionali fattori di rischio, associati a una vita sociale attiva, questa se non è la perfezione, ci assomiglia».

Enrico Fovanna

