

GioVani del 2000



Giovani del 2000 - trimestrale – ANNO XXI – numero 2 (73) – giugno 2019

Redazione

Direttore: *Maurizio Martini* redazione@gio2000.it
Vicedirettore: *Antonio Quatraro*

Redattori:
Massimiliano Matteoni m.matteoni@gio2000.it (spedizione riviste, gestione iscritti)
Luigi Palmieri lpalmieri@gio2000.it (relazioni esterne, articolista, normative)
Giuseppe Lurgio g.lurgio@gio2000.it (articolista, satira, interviste, ecc.)
Mario Lorenzini m.lorenzini@gio2000.it (sito web, correttore di bozze)

collaboratori:
Madaschi Rossana info@nutrirsidisalute.it (alimentazione)
Pellicanò Stefano pellicanor@libero.it (medicina, religione, storia)
Carlotti Patrizia p.carlotti@virgilio.it (racconti e poesia)
Iacoponi Antonella antoiacoponi@gmail.com (racconti e poesia)
Alessio Begliomini begliominalessio@gmail.com (cultura, filosofia)
Andrea Paolo Vaccaro andreapaolovaccaro@gmail.com (cultura, filosofia)

Sede: via Leonardo Fibonacci 5, 50131 - Firenze (FI)
Telefono: 055 580319, 055 580324
E-Mail: redazione@gio2000.it
Sito internet: www.gio2000.it
Tipologia: periodico trimestrale

Pubblicazione registrata presso il Tribunale di Firenze al n. 4197 del 26.06.2000

N. B.: gli articoli inseriti nel periodico non rappresentano il pensiero ufficiale della redazione, ma esclusivamente quello del singolo scrivente. La pubblicazione si incarica primariamente di essere un organo divulgativo e comunicativo a 360°

Rubriche

- *Cucina e dintorni*
- *Cultura (normative, istruzione, musica, pari opportunità)*
- *Filosofia (religione, ufologia, paranormale)*
- *Informatica*
- *Lavoro*
- *Medicina (scienza dell'alimentazione, novità terapeutiche, farmacopea)*
- *Racconti e poesia*
- *Riflessioni e critiche (disagio sociale, politica, handicap)*
- *Tempo libero (sport, interviste, satira)*
- *Comunicati*



Articolisti...cercasi

Anche tu puoi scrivere sul nostro periodico!

Se hai una passione che vuoi condividere, un tema da sviscerare o un argomento su cui esprimere il tuo pensiero, ebbene puoi essere dei nostri. Inviaci il tuo scritto e, se ritenuto valido, sarà pubblicato.

Per poter essere pubblicato, devi tener conto dei punti seguenti:



- 1) Gli articoli devono essere inviati, via e-mail, al seguente indirizzo: redazione@gio2000.it; non saranno accettate altre modalità di invio; i formati di file ammessi sono i seguenti: testo libero (txt), documento di word (doc o docx), rich text format (rtf) no pdf;
- 2) eventuali immagini, per la versione pdf, possono essere inviate separatamente in allegato, specificando un nome significativo; diversamente si possono includere direttamente nel file del word processor;
- 3) Gli articoli devono pervenire in redazione entro il 1° del mese precedente l'uscita del giornale; a tal proposito ricordo che le uscite trimestrali sono le seguenti: marzo, giugno, settembre, dicembre; conseguentemente, le date per la presentazione degli scritti sono: 1° febbraio, 1° maggio, 15 agosto, 1° novembre. E' importante comprendere che la rivista può uscire nell'arco del mese previsto solo grazie alla puntualità degli articolisti. Agli articoli pervenuti oltre tale termine si applica la procedura seguente:
 - a) pubblicati comunque, in base alla mole di lavoro della redazione e all'interesse dello scritto;
 - b) pubblicazione rimandata al numero / ai numeri successivi, sempre come sopra, in caso di articolo non strettamente correlato al periodo temporale e quindi valido anche in futuro;
 - c) non pubblicato a causa di notevole materiale già presente in precedenza e/o rivista in fine lavorazione;
- 4) I testi pervenuti in redazione possono essere inseriti nel periodico, cestinati, conservati, in ogni caso non restituiti, senza motivazione comunicata dalla redazione stessa;
- 5) Se il testo eccede le 15 - 20 pagine, anche in relazione al tema trattato che potrà essere valutato più o meno attraente, la Redazione si riserva la facoltà di ridurre o modificare, in ultimo di cestinare lo stesso; in alternativa, lo scrivente può, di sua iniziativa, o su suggerimento della Redazione, suddividere l'articolo in due o più tranches da immettere in numeri sequenziali della rivista;
- 6) Il carattere di stampa del corpo dell'articolo, relativamente al file in formato pdf, è il "Tahoma", dimensione 10 punti. In generale, il layout della pagina è su due colonne, con formattazione giustificata. Questo tanto perché lo scrittore possa utilizzare lo stesso font per calcolare, orientativamente, il numero delle pagine del proprio articolo;

7) L'articolista non è tenuto a calcolare il numero delle pagine del proprio scritto, anche se ciò può essergli utile, al fine della consapevolezza dell'effettiva foliazione del suo scritto, per non scrivere troppo, o troppo poco. Non è tenuto altresì a rispettare lo stile descritto sopra come il carattere e la sua formattazione; gli articoli nel file pdf vengono tuttavia uniformati nel modo seguente:

a) Titolo dell'articolo in font Times New Roman, dimensione 12 punti, stile grassetto. Il titolo deve inoltre essere il più corto possibile;

b) nome dell'articolista in font Arial, dimensione 10 punti, stile grassetto e corsivo;

c) corpo del testo in font Tahoma, dimensione 10 punti, paragrafo allineamento giustificato e testo ripartito su due colonne;

altre personalizzazioni proprie di chi invia lo scritto saranno annullate; naturalmente, l'articolista è libero di scrivere nel modo e nel tipo di formattazione che più lo aggrada, al fine di potersi esprimere al meglio, consapevole del fatto che tali opzioni e scelte verranno perse per adeguamento formale alla struttura della rivista;

8) Requisiti minimi. Per poter essere inserito nel periodico, i canoni indispensabili richiesti sono:

a) scrittura in un italiano corretto e comprensibile; errori grammaticali o di sintassi, come alcuni refusi, saranno corretti o meno a discrezione della redazione. In caso di un'eccessiva presenza di queste inesattezze la redazione potrà decidere se cestinare il tutto o, in caso di contenuto particolarmente interessante, contattare l'articolista proponendogli di riformulare, in toto o in parte, il suo scritto;

b) Assenza di riferimenti espliciti a inclinazioni politiche. La rivista non è schierata o portavoce di una qualsiasi corrente politica. La nostra rivista è apolitica;

c) Rispetto della decenza e della morale, inteso come assenza di offese o termini ingiuriosi e di cattivo gusto, rivolti a figure o persone; è ammessa la satira o la piacevole ironia, se opportunamente dosata;

9) Inserimento in rubrica. L'articolista può indicare la rubrica di appartenenza del suo scritto, diversamente la Redazione inquadrerà di propria scelta l'articolo; L'elenco delle rubriche è riportato vicino al sommario. Gli articoli possono rientrare in una delle categorie ascritte;

10) A pubblicazione ultimata, ossia con gli articoli già inseriti negli spazi dedicati, l'articolista non può chiedere la rimozione, tantomeno la modifica dello stesso o la sua sostituzione con una versione più recente;



SOMMARIO

EDITORIALE

Cambiamenti attesi e non voluti
di Mario Lorenzini PAG. 5

Cucina

A tutto Gelato
Di Giuseppe Lurgio PAG. 6

Cultura

Viaggio nei sensi della Sardegna
Di Planet viaggi PAG. 11

Pelle e sole
Di Anadela Serra Visconti PAG. 13

Sudorazione: tossina botulinica quando l'eccesso crea disagio
Di Anadela Serra Visconti PAG. 14

"Magellano è nostro!" Nel quinto centenario della prima circumnavigazione del globo, "l'Accademia Reale di storia" di Madrid ne rivendica la titolarità

Di Francesco Olivo PAG. 15

"I crudeli tormenti di Turandot"
Di Bruno Gallotta PAG. 16

Filosofia, religione e dintorni

Perché insegnare le emozioni
Di Andrea Giachi PAG. 21

Piccola testimonianza su Natuzza Evolo
Di Anna Maria Comito PAG. 22

Informatica

ODIERNO CONFLITTO ASSURDO, sigla OCA
Di Paolo Giacomoni PAG. 25

PC Professionale fase 2: ecco l'accessibilità
Di Mario Lorenzini PAG. 26

Medicina

Novità in Farmacopea: XII parte
Di Stefano Pellicanò PAG. 27

Novità in Medicina: XII parte
Di Stefano Pellicanò PAG. 43

Novità in Sanità Pubblica: I parte (III)
Di Stefano Pellicanò PAG. 64

Morbo di Alzheimer (M.A) ...
Di R. Calzone, C. Chiefalo, R. Mauro PAG. 76

L'evoluzione della mammografia e della biopsia
Di E. Capalbo e A. Siciliani PAG. 82

Consigli nutrizionali per un'estate
Di Rossana Madaschi PAG. 84

Racconti e poesia

Tu
Di Mila PAG. 88

Natalino e Paolino
Di Giuseppe Furci PAG. 88

Il drago
Di Antonella Iacconi PAG. 90

Riflessioni e critiche

Sono TIM, mi vuoi ancora? NO, grazie
Di Mario Lorenzini PAG. 91

Monetizzare, sempre monetizzare
Di Mario Lorenzini PAG. 92

L'aeroporto si farà...decisione politica
Di Mario Lorenzini PAG. 94

Tempo libero

Il sole splende per tutti
Di Giuseppe Lurgio PAG. 98

Per sorridere un po'
Di Giuseppe Lurgio PAG. 100

COMUNICATI

Proposte di viaggio - Girobussola
A cura di Girobussola PAG. 101

Donatori di... voce
A cura di ANSI PAG. 102

Per tutti i lettori che abbiano bisogno di un audiolibro letto da voce umana
Di Florence Della Valle PAG. 103

Cambiamenti attesi e non voluti

Di Mario Lorenzini

Che cosa stiamo aspettando? O che cosa non desideriamo? Da questo mese l'estate dovrebbe finalmente affacciarsi. Ma, si sa, su che cosa possiamo contare di certo? Nulla è più sicuro. Allora affidiamoci all'instabilità! Da un giorno all'altro il tempo cambia, stagioni inesistenti, mischiate tra loro con fenomeni estremi e inconsueti. Nel momento in cui queste pagine arriveranno ai lettori anche la situazione politica potrebbe aver subito un cambiamento. Lo speriamo vivamente. In questo caso più che mai abbiamo bisogno di certezze. Siamo stati abituati da generazioni alle promesse dei nostri governanti, mantenute solo in piccola parte o addirittura per niente. E allora, in questo caso più che mai, vogliamo fortemente che i nostri politici, seriamente, si impegnino. Il tempo delle vacche grasse è finito. Non c'è più spazio per rubare. Adesso siamo chiamati, o sarebbe più giusto dire sono chiamati, a fare il loro dovere, una volta per tutte, onestamente. Anche loro, con un pizzico di sacrifici. Si è parlato di togliere vitalizi e privilegi annessi. È l'ora degli esami, quelli di coscienza. E se i comuni borghesi fanno sacrifici, perché anche i nostri rappresentanti al governo non devono farli? Sempre con un adeguato stipendio, s'intende. Ma finalmente, con la mano sul cuore. Al paese, agli italiani. Meno chiacchiere e più fatti. E chissà, tra le varie risoluzioni, potrebbero mettere in atto (in cantiere a discorsi ci sono già da una vita) pratiche eco sostenibili che darebbero influenze positive sull'ambiente e secondariamente, sul clima. Perché uno stato pulito è uno stato pulito. Parlamentari con la coscienza pulita, e un po' più di verde sano che ci circonda, anch'esso, pulito!



Ora che, nuovamente, i giochi sembrano conclusi, avremo fatto la scelta giusta? Indipendentemente dalla corrente politica, chi ci comanda realizzerà qualcosa di buono? Ne abbiamo urgenza, perché ci sentiamo scivolare verso il basso, il degrado, la povertà, l'assenza delle istituzioni.

È questa la realtà che abbiamo attorno, ormai da un pezzo, dalla quale sembra non riusciamo a staccarci. Al momento siamo tutti speranzosi, come del resto accade ogni volta dopo la tornata elettorale, nei risultati di queste votazioni. Più o meno Europa? E, a livello locale, andiamo a sinistra o a destra? Premiamo i bei discorsi di piazza (e chi si mette di fronte al popolo con brutti comizi?) o ascoltiamo i dibattiti delle varie trasmissioni? I talk-show la fanno da padrone, non solo in senso politico. E questo è indubbiamente un fattore dominante; un'idea azzeccata, diciamo la tendenza del momento. I pettegolezzi, grandi o piccoli che siano, non si fanno più di persona, ma sui social o attraverso programmi televisivi. E gli studiosi sanno bene cosa influenza la psiche umana.

Da questo numero la rubrica **comunicati** è stata spostata alla fine del giornale, dopo tutte le altre. Questo per consentire eventuali inserimenti di annunci dell'ultimo minuto senza dover modificare la struttura dell'impaginato. Anche in questa uscita abbiamo riscontrato favorevolmente l'ingresso di nuovi articolisti. Mi ritengo soddisfatto di come siamo cresciuti, tra piccole e grandi difficoltà, all'interno di questa redazione informale virtuale. Continuiamo a ripetere che "Giovani del 2000" è un bacino di raccolta di informazioni, di varia natura, provenienti da persone comuni, di qualunque levatura esociale con diversa istruzione. Non ci sono limiti o divieti per questo. Chiunque può raccontare la propria esperienza personale, mettere a conoscenza gli altri su fatti o situazioni alle quali non tutti facciamo caso o sappiamo. Divulgazione a 360 gradi, questo è sempre stato l'imperativo che ci contraddistingue. E non solo grazie a "core" redazionale, direi invece con grande sostegno da parte di esterni, che forniscono liberamente e gratuitamente il proprio pensiero. Su queste pagine trovano e avranno sempre spazio le conoscenze, le opinioni, se ben articolate, prive da influenze e coercizioni provenienti dai mondi dell'alta politica o comunque non veritiere perché influenzate da potenti.

[Torna all'indice](#)

A tutto gelato

Di Giuseppe Lurgio

Prosegue il nostro viaggio culinario e in questo numero per cos' dire "estivo" ci occuperemo di un alimento adattissimo al suddetto periodo.

Infatti, parleremo del gelato, includendo naturalmente qualche cenno storico, organolettico, e in ultimo passeremo per alcune ricette facili da preparare in casa. Ma partiamo dalle origini. Non è identificabile una data certa inerente la nascita del primo gelato.

Alcuni fanno risalire il tutto alla Bibbia asserendo che Isacco offrendo ad Abramo latte di capra con pezzi di ghiaccio avrebbe dato inizio alla produzione del freddo dolce.

Altri, invece, attribuiscono agli antichi Romani che si distinsero ben presto grazie alle loro "nivatae potiones", veri e propri dessert freddi.

Ma tralasciamo i tempi remoti e passiamo a quelli relativamente recenti. L'ascesa irresistibile del gelato si compie fra l'Otto e il Novecento. Il cono, cui il gelato è legato indissolubilmente, porta la firma di un italiano, Italo Marchioni, emigrato in America che lo brevettò? a inizio Novecento, ma ne esiste anche la versione di un pasticcere siriano, Ernst Hamwi, che la presentò in una fiera a Saint Louis nel 1904. La forma conica, recipiente ideale di creme, si è adattata talmente bene al contenuto da restare per pi? di un secolo l'unica.

Tuttavia, il primo gelato industriale su stecco, fu il mitico "Mottarello".



Esso era al fior di latte e nasceva in Italia nel 1948.

Subito dopo, negli anni 50, arriva il primo cono con cialda industriale il mitico Cornetto. Gli anni 70 e la diffusione del freezer domestico battezzano invece il primo secchiello formato famiglia, il Barattolino. Fino ad arrivare al primo biscotto famoso diventato un gelato di successo, il bicolore "Ringo".

Chi volesse visitare un museo del gelato raccomando vivamente La sede che si trova ad Anzola Emilia, alle porte di Bologna, all'interno dello stabilimento Carpigiani, azienda leader delle macchine da gelato fondata negli anni Quaranta. Il museo racconta come, da dolcime aristocratico, il gelato si sia trasformato in prodotto popolare a diffusione planetaria.

Qui si trova una collezione di macchinari dai pi? antichi agli attuali, luoghi e modi per gustarlo, migliaia fra foto e pubblicazioni, tutto incorniciato da citazioni letterarie d'autore dedicate a uno dei prodotti italiani per eccellenza, fra Proust, Tolstoj e Calvino.

Come detto oggi come oggi il gelato pare che sia un alimento che piace proprio a tutti senza limiti di eta e sesso!

Gli italiani secondo alcune statistiche sembrano apprezzare tantissimo il gelato. dal momento che ogni anno ne consumano ben 360 mila tonnellate, pari a circa 6 chili pro capite.

Fresco e dissetante, il gelato si pu? gustare come dolce, come goloso spuntino oppure, perch? no, quando il calore estivo provoca inappetenza, anche in sostituzione di un pasto.

Assicurano infatti i nutrizionisti che il gelato, meglio se di produzione artigianale, non andrebbe considerato un peccato di gola, ma un alimento vero e proprio, fonte di calcio e vitamine, tanto da poter entrare a pieno titolo in una dieta sana e varia.

Teniamo presente, inoltre, che si tratta di un prodotto che contiene molta acqua, contribuendo

così all'idratazione dell'organismo, senza contare che, a maggior ragione per quel che riguarda i gusti a base di frutta, è meno calorico di quanto si pensi e può essere consumato senza grandi problemi per la linea.

Oltre a contenere proteine, zuccheri e grassi, il gelato fornisce vitamine e sali minerali preziosi come calcio e fosforo, che stimola l'attività cerebrale.

Da qualche anno gli intolleranti al lattosio, i celiaci, i diabetici e tutti coloro che sono costretti a seguire un regime dietetico ipocalorico non devono più rinunciare al gelato, perché sono sempre più diffusi, anche presso le gelaterie artigianali, preparati a base di latte di soia o di riso, senza aggiunta di glutine o con latte delattosato, pensati per conciliare gusto e benessere.

Non dimentichiamo anche che il gelato rende felici e non soltanto i golosi.

Lo dimostra proprio una recente ricerca diffusa dall'Istituto del Gelato Italiano (IGI), condotta da due scienziati dell'Università di Amsterdam.

Grazie al programma messo a punto dai due esperti, in grado di mettere in correlazione le espressioni del viso con le emozioni che le determinano, misurandone le varie intensità, è stata stilata una classifica degli alimenti che più sono capaci di regalarci un sorriso.

Nel corso della ricerca sono stati esaminati i volti di oltre 300 volontari ed è emerso che, quando mangiano un gelato, il loro volto esprime un livello di felicità pari all'86%. Il gelato batte in questo perfino il cioccolato, universalmente considerato tra gli alimenti più appaganti. Per il cioccolato, infatti, il misuratore di felicità tocca soltanto il 61%.

Ma ora passiamo decisamente alle ricette!

Naturalmente prenderemo in considerazione solo alcuni tipi di gelato da poter fare in casa senza avere a disposizione attrezzi particolari che sarebbero indispensabili per preparazioni più elaborate.

Un attrezzo molto valido per la preparazione in special modo di sorbetti e granatine è il robot da cucina denominato "BIMBY" che prevede già nel suo ricettario vari tipi di gelati.

Comunque, per fare un ottimo sorbetto basta un buon mixer per frullare gli elementi, una macchinetta a manovella tritaggiaccio e alcuni recipienti adatti allo scopo.

Oggi si vendono a pochi euro delle utili e pratiche formine riutilizzabili per fare ghiaccioli.

Altri modi o meglio metodi di preparazione li affronteremo man mano che prenderemo ad esaminare le ricette.

Partiamo con le ricette dei gelati veri e propri ma senza aggiunta di uova e di sostanze chimiche come addensanti o peggiori coloranti.

Gelato Allo Yogurt

INGREDIENTI:

4 Vasetti Yogurt Intero

Un Bicchiere di Panna Da Montare

200 Grammi di Zucchero

Un Bicchierino di Liquore Dolce

100 Grammi di Cioccolato Fondente

Preparazione

Mettete lo yogurt e la panna in una terrina, unitevi lo zucchero e montate il composto fino a farlo diventare spumoso. A questo punto unitevi il liquore e il cioccolato tagliato a scaglie minutissime. Trasferite il composto in un recipiente da freezer e lasciate consolidare il gelato per il tempo necessario, avendo cura, però, finché sarà abbastanza morbido, di lavorarlo di tanto in tanto con un cucchiaino di legno: con questo accorgimento il gelato risulterà, alla fine, più mantecato. Servitelo subito, in coppette individuali, modellato in palline, che formerete con l'aiuto dell'apposito utensile.

Gelato Al Cocco



INGREDIENTI:

50 Cl di Panna
250 Grammi di Zucchero
25 Cl di Acqua
250 Grammi di noce di cocco
Latte

Preparazione

Scaldare l'acqua ed aggiungetevi la noce di cocco grattugiata ed il suo liquido e spegnete prima che possa bollire. Fate raffreddare, filtrate ed aggiungete a questo liquido tanto latte fino a raggiungere la quantità di un litro. Incorporate poi la panna e lo zucchero, mettete tutto in un recipiente ed infilate nel freezer. Dopo circa tre ore frullate il tutto fino ad ottenere una crema liscia ed omogenea ed aggiungete qualche pezzettino di cocco.

Gelato Al Melone.**INGREDIENTI:**

1 Melone Maturo
2 Banane Mature
3 Cucchiari Zucchero Di Canna
50 Cl Latte Intero

Preparazione

Veramente semplicissimo da fare e di ottimo sapore questo gelato casalingo!

Frullare il tutto e metterlo nella gelatiera finché non si rapprende. Se non si ha a disposizione la

gelatiera mettere il tutto in contenitore (nel freezer) e mescolare spesso finché non assume la consistenza di un gelato.

NOTA. La gelatiera è un ottimo elettrodomestico che serve proprio per preparare buonissimi gelati fatti in casa ma tuttavia se non si è in possesso di tale utensile non è che non si possa fare ugualmente un buon gelato.

Infatti, basta stare attenti a non far ghiacciare del tutto il composto rigirandolo spesso durante la fase di congelamento.

Gelato al riso**INGREDIENTI:**

120 grammi di riso
500 ml di latte
180 grammi di zucchero
500 ml di panna
2 bustine di zucchero vanigliato.

Preparazione

Lavate il riso, scolatelo e immergetelo nel latte addolcito con lo zucchero vanigliato. Portate a ebollizione e poi cuocete a bagnomaria per 40 minuti, rimestando di tanto in tanto.

Al termine della cottura, il riso deve aver assorbito tutto il latte. Allontanate dalla fiamma e lasciate raffreddare fino al raggiungimento della temperatura ambiente.

Lasciate riposare in frigorifero, sul ripiano più freddo, per un'ora e mezza, quindi frullate per un minuto. Rimettete in frigorifero per un'ora e ripetete l'operazione almeno altre 2 volte.

Dopo l'ultimo intervento con il frullatore, riponete il gelato nel congelatore e lasciatelo riposare per mezza giornata e comunque fino a quando ha raggiunto la giusta consistenza.

volendo si possono aggiungere scaglette di cioccolato a fine cottura.

Gelato Alla Frutta**INGREDIENTI:**

300 grammi di frutta sbucciata e snocciolata

20 Cl Panna Molto Fredda

Zucchero

Preparazione

Frullare la frutta dopo averla tagliata a pezzettoni, aggiungere poi lo zucchero, lavorando fino ad ottenere un pure omogeneo montare a parte la panna, aggiungere il purè di frutta mescolando finché l'impasto sarà omogeneo. Mettere in freezer in un contenitore basso di metallo per qualche ora.

Gelato di datteri



INGREDIENTI:

200 Grammi di Datteri

50 Grammi di Panna

325 Grammi di Latte

2 Cucchiari Vodka (o Rum)

100 Grammi di Zucchero

Preparazione

Snocciolate i datteri e frullateli accuratamente, eventualmente aggiungendo un po' di latte; aggiungete quindi la panna, il restante latte ed il liquore e mescolate accuratamente per amalgamare gli ingredienti: quindi preparate il gelato mettendolo nel freezer e rimestando spesso durante la fase di congelamento.

Gel al limone

INGREDIENTI:

1 litro di acqua

una scorza di limone

5 cucchiari di amido per dolci

5 cucchiari di zucchero

Preparazione

Mettere in una pentola 5 cucchiari di amido, 5 cucchiari di zucchero e versarvi sopra l'acqua.

L'amido non crea grumi, quindi non vi preoccupate di versare tutta l'acqua in una volta sola! aggiungere ora la scorza del limone che, per praticità, è meglio tagliare in un pezzo unico.

A questo punto mettere sul fuoco e portare a ebollizione dolcemente, mescolando di continuo.

Far bollire per un paio di minuti, togliere dal fuoco e eliminare la scorza di limone.

Versare in tante piccole formine (anche le coppette di plastica del gelato vanno benissimo) o in un contenitore più grosso.

mettere in frigo per qualche ora e servire molto freddo.

Il risultato? una specie di budino dalla consistenza di una gelatina, ottimo per lavare la bocca da un pranzo un po' pesante...

Gelato ai frutti di bosco

INGREDIENTI:

400 G Frutti Di Bosco

170 G Zucchero

25 Cl Panna

1/2 Limone

Preparazione

Pulite, lavate e asciugate la frutta, eliminate i piccioli. Mettetela nel frullatore. Aggiungete nel contenitore il succo di mezzo limone filtrato al colino, lo zucchero e la panna. Frullate il tutto. Versate il composto in un recipiente e mettetelo in freezer rimestando vigorosamente dopo un ora e dopo ogni 10 minuti così da non farlo diventare un pezzo solido ma cremoso.

Gelato al caffè con panna

INGREDIENTI:

250 Grammi di Panna
125 Grammi di Zucchero
2 Tazzine di caffè fortissimo

Preparazione

SBATTETE A NEVE la panna zuccherata ed unire il caffè freddo, versare in una vaschetta e mettere nel freezer per almeno due ore (freddo massimo).

Gelato al miele

INGREDIENTI:

Miele d'acacia 2 cucchiaini abbondanti,
panna 1/4 di litro
latte 1/4 di litro.

In un tegame far scaldare su fiamma moderata i vari ingredienti più un pizzico di sale. Mescolare bene sino all'apparire delle prime bollicine, impedire il bollore, togliere dal fuoco, lasciare raffreddare, versare nel contenitore e mettere a gelare bene. Ora ci soffermeremo un po' su un altro dolce freddo che pensate un po', pare sia stato inventato proprio da un bambino! Infatti l'invenzione del ghiacciolo risale al 1905 e si deve a una scoperta casuale da parte di Frank Epperson. un bambino di Oakland all'epoca appena undicenne che in una gelida notte d'inverno aveva inavvertitamente lasciato sul davanzale della finestra un bicchiere di acqua e soda con dentro il bastoncino che aveva usato per mescolarle. Il giorno dopo Frank riuscì a liberare il blocco di ghiaccio formatosi facendo scorrere acqua calda sul bicchiere, e prese a mangiare il "ghiacciolo" usando il bastoncino come manico. Nel 1923 Epperson ottenne il brevetto per l'idea del "ghiaccio sul bastoncino".

Oggi si vendono a pochissimi euro delle comodissime forme da ghiacciolo nelle quali basta versare dentro acqua con frullati di frutta, oppure sciroppi già preparati come orzata, menta o amarene diluiti e riporli nel freezer e dopo qualche ora sformarli e gustarli per la delizia di grandi e piccoli.

Naturalmente anche qui potete usare la fantasia e ad esempio usare il caffè rimasto in caffettiera che andrebbe buttato e che invece allungato con

acqua e zucchero fatto ben sciogliere darà vita a un ghiacciolo dal sapore intenso.

Continuando ancora il nostro breve viaggio tra i deliziosi tipi di gelato soffermiamoci sul cosiddetto sorbetto, che precede l'invenzione del gelato moderno e proviene da una ricetta araba. Infatti, gli Arabi conoscevano il metodo della refrigerazione attraverso l'aggiunta di sale alla neve, un processo endotermico che abbassa la temperatura fin dal XIII secolo. In Europa questo processo viene descritto dopo la metà del XVI secolo. Verso il 1660.

Il Sorbetto è fatto quasi esclusivamente con la frutta ed è un dessert estivo per eccellenza.

Esso è molto dissetante e rinfrescante e quando è ben preparato, restituisce tutta la fragranza della frutta.

Il segreto della riuscita sta nell'equilibrio. La quantità di zucchero deve essere abbastanza per farlo montare adeguatamente e conferire la giusta pastosità, ma non deve essere troppo dolce da prevaricare la frutta. E la quantità cambia con il variare del tipo di frutta. Per preparare un buon sorbetto di frutta di un litro di liquido, composto da metà acqua, metà succo e polpa passata di frutta, si devono aggiungere circa 400 grammi di zucchero. Unito lo zucchero alla frutta, si tiene il tutto a macerare per quattro ore, poi si fa montare il composto in una gelatiera, o se non si è in possesso di tale elettrodomestico usare il freezer girando energicamente il composto prima che ghiacci completamente.

Frutti molto acquosi come il melone, non richiedono aggiunta di acqua una volta frullati. Con lamponi, fragoline di bosco e more, si può ridurre lo zucchero anche a 300 grammi.

Leggero, magro, il sorbetto si può servire alla fine di un pasto molto sostanzioso, oppure, a metà di un pranzo di gala per dividere le portate di pesce da quelle di carne e ripulire così la bocca, oppure, per una merenda di bambini, persone anziane o con problemi di linea, oppure, ogni volta che se ne ha voglia, che si ha caldo e siamo colpiti da un attacco di golosità.

Bene, l'argomento non sarebbe certo finito qui in quanto ci sarebbe tanto altro da sapere ma per questa estate divertitevi e soprattutto rinfrescatevi con queste ricette appena lette!

BUONA ESTATE!

[torna all'indice](#)

Viaggio nei sensi della Sardegna

Planet Viaggi vince gli Italia Travel Awards 2019

Di Planet Viaggi



Sono tanti i viaggi accessibili proposti oggi dal nostro tour operator, ma sembra che il viaggio in Sardegna ci stia più a cuore degli altri itinerari, seppur tanto amati. Sarà perché viene svolto su suolo italiano, anche se si respira aria di una terra lontana. Per noi la Sardegna significa un'isola fatta di realtà artigiane e pastorali, di ferite aperte e mai richiuse, di orgoglio d'indipendenza e di una morfologia difficile e meravigliosa. Non la Sardegna degli yacht dei vip, delle ville private e degli aperitivi: il nostro amore per l'isola nasce dalla scoperta di una Sardegna inedita per il turismo tradizionale, fatta di sapori e di profumi, immersa in una storia millenaria di tradizioni popolari, un itinerario che raggiunge il cuore dell'isola, nelle zone dell'oristanese e del nuorese, di Sant'Antioco e di Cagliari. Siamo rimasti affascinati dalle incantevoli spiagge della costa ovest, dai nuraghi, testimoni silenziosi di una delle più antiche culture del Mediterraneo, siamo giunti fino a Seneghe, per scoprire tradizioni artigianali e musicali che si perdono nella notte dei tempi.

Così quest'anno abbiamo candidato il nostro programma di viaggio preferito, Viaggio nei Sensi della Sardegna, agli Italia Travel Awards, ed il viaggio si è aggiudicato il primo premio per la sezione turismo senza barriere. Il premio Turismo Accessibile di Italia Travel Award, istituito nel 2018, si tratta di un importante riconoscimento all'interno della notte degli Oscar del turismo italiano, in una categoria dedicata a tutte quelle realtà che quotidianamente si impegnano in favore dei viaggiatori disabili, permettendo una vacanza senza ostacoli e difficoltà, insomma un premio che sottolinea finalmente l'importanza del viaggio fruibile da tutti i viaggiatori indipendentemente dalle condizioni sociali e personali, premiando l'impegno di Planet Viaggi Accessibili alla serata che si è svolta a Roma il 6 maggio, presso l'Acquario Romano.

Viaggio nei Sensi della Sardegna è stato riproposto sia per persone con disabilità visiva che per persone a disabilità motoria e mentale. L'idea pionieristica che ha portato alla vittoria del premio di turismo accessibile è quella di aver creato un itinerario di viaggio interamente accessibile, dalla partenza all'arrivo, realizzata non solo grazie alla scelta di strutture ricettive e di mezzi di trasporto adatti all'esigenza del viaggiatore, ma anche – e soprattutto – grazie alla creazione di proposte, programmi ed attività specifiche che siano pienamente fruibili da tutti, nessuno escluso.



L'itinerario nasce dalla strettissima collaborazione tra tour operator e persone del luogo, per fare in modo che il turista abbia la possibilità di immergersi in un viaggio a contatto con il luogo di arrivo, seguendo i principi di un turismo accessibile e responsabile. Coinvolgendo un piccolo gruppo di persone con disabilità, è possibile arrivare laddove le grandi compagnie non arrivano: laboratori artigiani, piccoli musei, realtà tattili e senza barriere. Strettamente fondamentale è poi il coinvolgimento in prima persona delle persone del luogo, che si mettono in gioco per ampliare la fruibilità del loro territorio a persone con specifiche disabilità. Chi viaggia con bisogni speciali non deve dimenticare che sta creando attorno a sé un vero e proprio sistema, rendendo l'intera comunità più attenta ai suoi bisogni e portando con sé la consapevolezza che egli ha il diritto di essere accolto così come ogni altro viaggiatore. Le persone coinvolte sul luogo di arrivo sono pastori, artigiani, intagliatori, guide turistiche di piccoli borghi o siti archeologici, tutti

soggetti, pubblici e privati, che sono chiamati a confrontarsi con la disabilità, tutti coinvolti nell'unico scopo di rendere l'esperienza di viaggio come un momento unico, dal contatto umano sincero e che cambia il punto di vista sul mondo del turismo, svolto nel rispetto delle tradizioni del luogo di arrivo e della disabilità.

L'itinerario che è venuto fuori da questa bella collaborazione è un viaggio di mare, di archeologia e di tradizioni: ci rechiamo al Museo del Nuraghe di Norbello, dove abbiamo la possibilità di toccare i modelli riprodotti in scala dei vari nuraghi sparsi per la Sardegna. Grazie ai modelli presenti in questo museo possiamo comprendere la complessa architettura di questi giganti del passato, per poi entrare fisicamente in quello vero, il Nuraghe Losa. Nel nostro viaggio visitiamo un piccolo laboratorio artigianale dove, solo per passione, un artigiano costruisce antichi strumenti di questa terra, per poter conoscere strumenti del passato e del presente come launeddas, trunphas, bennas che passeranno tra le nostre mani, e i cui suoni ci rimangono impressi per l'intera vacanza.

A Oristano visitiamo il museo archeologico in cui è presente un interessante percorso tattile che ripercorre le tappe dell'archeologia sarda, oltre ad essere un sito ad alta attenzione verso il visitatore in sedia a rotelle. Il nostro viaggio ci porta poi al Museo delle Maschere Mediterranee dove scopriamo un altro aspetto delle tradizioni dell'isola, il carnevale sardo e i famosi Mamuthones, prima di recarci ospiti dai pastori, che ci servono un indimenticabile pranzo a base di porceddu, pecora e patate, ricotta, salumi tipici e, chiaramente, cannonau, pranzo che termina con il meraviglioso canto a tenores. Sperimentiamo anche la mungitura manuale delle pecore, entrando nel vivo dell'anima pastorale dell'isola.

Il viaggio è stato proposto per il quinto anno consecutivo ed abbiamo aperto le iscrizioni anche per l'estate 2019, poiché la popolarità del viaggio si è diffusa, e soprattutto le persone con disabilità riconoscono il valore e la qualità del viaggio pensato specificatamente per loro e sanno che possono usufruire del piacere del viaggio nella totale tranquillità di essere tutelati da accompagnatori professionisti del mondo del turismo e con specifiche nel settore del turismo responsabile ed accessibile, dalla regolarità del viaggio regolarmente emesso da un tour operator che da oltre dieci anni si occupa di turismo accessibile.

L'itinerario proposto per Sardegna, viaggio nei Sensi si struttura con la metodologia che

utilizziamo per tutte le nostre destinazioni di turismo accessibile, che consiste nella messa in rete di piccole realtà operanti nei diversi ambiti dell'accessibilità, dall'accoglienza del viaggiatore alle strutture, alle opportunità di visite, laboratori, facilitazioni, contatto con la gente del posto; insomma, la messa in gioco di tutti quegli elementi che rendono ogni progetto di viaggio unico nel suo genere, un'opportunità per vivere un'esperienza in grado di rispondere quanto più possibile alle esigenze dei viaggiatori, con l'obiettivo di realizzare itinerari di viaggio accessibili e responsabili in Italia e nel mondo per persone con disabilità visiva, a mobilità ridotta e su sedia a rotelle, con disabilità intellettive, con specifiche esigenze alimentari, persone in trattamento di dialisi, anziani ecc., di gruppo o personalizzati.



Sono più di trenta gli itinerari già pronti e già realizzati che proponiamo sul suolo nazionale e sovranazionale, coinvolgendo realtà museali, strutture alberghiere, guide turistiche, artigiani, pubbliche amministrazioni, e proponiamo viaggi sia sul territorio italiano, con programmi di visite alle città italiane (Genova, Bologna, Verona, Ancona...), sia con programmi estivi legati al turismo estivo (Puglia, Sardegna, Sicilia). Offriamo itinerari sulle grandi città europee (Berlino, Parigi, Londra, Lisbona, Madrid, Barcellona, Cracovia, Stoccolma...), e stupendi programmi di turismo responsabile per quanto riguarda il resto del mondo, come Messico, Perù, Marocco, Guatemala, Giordania, Madagascar, Sri Lanka.

Andremo in Sardegna dal 21 al 28 luglio e dal 28 luglio al 4 agosto, per due programmi differenti di cui è possibile scegliere di fare solo una settimana o entrambe, e con possibilità di richiedere accompagnamento se necessario.

Ecco il programma dei viaggi dell'estate:

Cipro 6 -13 giugno, Grecia 15 - 23 giugno

Praga 27 - 30 giugno, Berlino 3 - 7 luglio

Guatemala 30 giugno - 13 luglio,

Sardegna Oristanese e nuorese 21 – 28 luglio
Sardegna Cagliari e iglesiente 28 luglio - 4 agosto
Puglia 9 – 16 agosto, Stoccolma 22 - 25 agosto,
Andalusia 2 – 9 settembre,
Sicilia 6 – 13 settembre
Matera 26 – 29 settembre
Per informazioni sui viaggi accessibili:
Paolo: +39 3288628934, Linda: +39 3496816925

Per iscrizioni ai viaggi: +39 045 83 42 630

e-mail: info@planetviaggiaccessibili.it. Planet Viaggi Accessibili è un prodotto di Planet Viaggi Responsabili, tour operator iscritto presso la Camera di Commercio di Verona (Autor. Prov. le n° 5557/11 del 21/12/2011) operativo in Italia fin dal 1999, specializzato nell'organizzazione di viaggi di turismo responsabile, turismo sostenibile e turismo accessibile.

[torna all'indice](#)

Pelle e sole

Di Anadela Serra Visconti

Avete notato che nella vita non c'è mai una cosa tutta negativa o tutta positiva? Ogni cosa ha il suo rovescio, e in questo caso si tratta del sole.

La luce solare è composta da 4 tipi di raggi (raggi UVA, UVB, LUCE VISIBILE, RAGGI INFRAROSSI). Da un lato il sole ci da buonumore, ci colora, favorisce la salute delle ossa, e via dicendo ma dall'altro, come sappiamo, invecchia la pelle: rughe, macchie, a volte anche tumori. Prima si pensava che la colpa di tutto fossero gli ultravioletti A e B.



Recenti ricerche scientifiche dimostrano che anche la luce visibile (la luce del giorno) ed i raggi infrarossi (quelli che danno calore) invecchiano la pelle. I primi, ritenuti fino a poco tempo fa innocui, promuovono invece un'inflammatione cronica della pelle, i secondi, riducono la produzione di collagene. Per avere una pelle

perfetta dovremmo quindi vivere al buio? Sarebbe una buona soluzione, ma impraticabile. Per fortuna i protettivi solari di ultima generazione proteggono la pelle a 360 gradi, con filtri fisici e/o chimici che bloccano i 4 tipi di raggi. Questi prodotti si oppongono all'invecchiamento cutaneo e ci aiutano a mantenere giovani i tessuti, epidermide e derma.

Per la loro formulazione, sono vere e proprie creme antirughe/idratanti/ anti-invecchiamento. Contengono vitamine (A,C,E) antiossidanti e principi vegetali (come ad esempio l'estratto dalle foglie di una felce del Sudamerica, il Polipodium Leucotomos) che aumentano anche le difese immunitarie della pelle. Questa è la fase OUT, una protezione esterna con creme, gel , compatti colorati e emulsioni, rigorosamente 50+. Devono essere applicati uniformemente sul viso fin dal mattino (per le donne, sempre prima del fondotinta!) e possono sostituire la crema idratante. Ma la pelle si protegge anche dall'interno. Infatti gli stessi principi delle creme sono formulati anche come integratori sotto forma di capsule: è la fase IN, e la loro assunzione regolare durante il periodo estivo, rafforza il potere preventivo e protettivo delle creme. In particolare grazie anche all'inserimento di probiotici , riequilibrano la flora intestinale che come sappiamo, è fondamentale per avere una pelle sana.

[torna all'indice](#)

Sudorazione: tossina botulinica quando l'eccesso crea disagio

Di Anadela Serra Visconti



La usano anche le star prima del Red Carpet: così non si rovinano con aloni di sudore gli abiti griffati delle attrici o gli impeccabili smoking dei divi hollywoodiani.

La tossina botulinica, un farmaco che conosciamo soprattutto per ringiovanire il volto, ha anche la funzione di bloccare la sudorazione sotto le ascelle evitando imbarazzanti aloni su abiti, camicie o giacche indossate d'estate. E questo vale sia per l'uomo che per la donna, ed in particolare per tutti coloro che d'estate lavorano in ufficio o a contatto con il pubblico.

Questo trattamento medico (solo un medico lo può eseguire!) si pratica ambulatorialmente: su ascelle preventivamente depilate, viene applicata una crema anestetica per 30 minuti, il che rende indolore le micro-infiltrazioni. Sulla cute ascellare viene disegnata una "griglia" con tutti i micropunti che dovranno venir infiltrati in modo omogeneo. Il botulino viene quindi iper diluito e iniettato con un



sottilissimo ago (lo stesso che si usa per i filler sul viso) su tutta la superficie cutanea.

Il trattamento dura pochi minuti, il risultato si ha dopo 3/5 giorni dall'applicazione e dura per circa 3 mesi, consentendo anche a chi soffre di iperidrosi, un'estate a proprio agio. Dopo il trattamento si può tornare alle normali occupazioni.

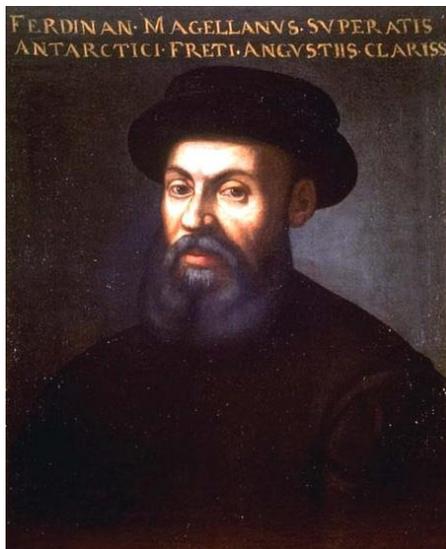
Per chi suda molto sul viso, un micro-applicatore americano permette di picchiettare il viso con all'interno tossina molto diluita: è il micro-botox, che riduce sebo e sudorazione. Quindi, tossina botulinica per le ascelle Micro-botox per ridurre sebo e sudore del viso.

[torna all'indice](#)

"Magellano è nostro!" Nel quinto centenario della prima circumnavigazione del globo, l' "Accademia Reale di storia" di Madrid ne rivendica la titolarità

Alla Spagna

Di Francesco Olivo



Mezzo millennio non è bastato per mettersi d'accordo: "Magellano è nostro!". Tra Spagna e Portogallo, stanchi di una polemica secolare sulla nazionalità di Cristoforo Colombo, ora tocca al di lui collega portoghese. A far esplodere la contesa sulle rotte oceaniche degli imperi è una campagna giornalistica portata avanti con veemenza dal quotidiano monarchico "ABC". Lo scandalo nasce quando il giornale si accorge che a celebrare i 500 anni della spedizione che per la prima volta fece il giro del Pianeta è il Portogallo, non la Spagna che finanziò e di fatto completò quel viaggio così importante, attraverso il comandante basco Juan Sebastian Elcano che prese il comando delle navi, alla morte di Magellano. In particolare, il governo di Lisbona ha organizzato la rete delle "città magellaniche" e un "percorso di Magellano", iniziative turistico-culturali che avrebbero

trascurato o completamente cancellato il ruolo della Spagna. L'indignazione è aumentata quando il capo del governo di Lisbona, Antonio Costa, ha pubblicato su "Le Monde Diplomatique" un articolo esaltando le imprese del navigatore e presentando il programma di commemorazioni. Apriti cielo.

Le accuse al Portogallo nascondono in realtà un attacco interno: il governo di Pedro Sanchez non difende il passato imperiale spagnolo, privilegiando il rapporto con l'esecutivo di Lisbona, uno dei rari esempi in Europa di socialisti al potere; anzi, per mettere una toppa ha voluto "organizzare un evento congiunto" con il Paese vicino. "L'Italia mai avrebbe fatto una cosa del genere con Colombo", assicura il giornale. Così, per non lasciare solo "sul piombo" conservatore i segni di questa battaglia, il direttore di "ABC" Bieito Rubido ha chiesto ufficialmente un parere alla Real Academia de la Historia. A differenza del governo socialista che ha evitato di pronunciarsi ufficialmente sul tema, l'organo ufficiale della storiografia patria ha dato ragione al giornale.

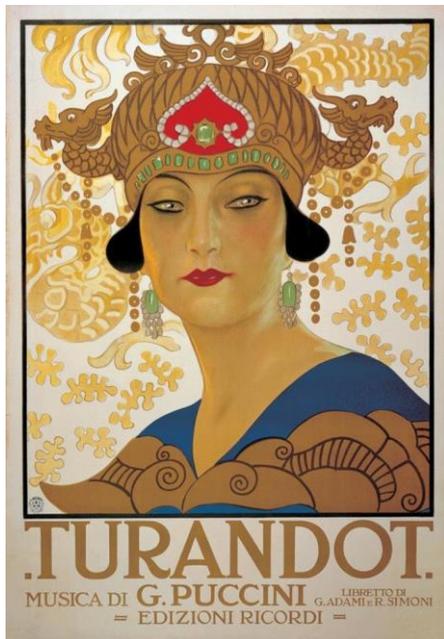
Il documento che n'è uscito è un lungo elenco di prove che dimostrano la "piena ed esclusiva spagnolità dell'impresa di Magellano". Il viaggio, in effetti, fu finanziato per il 75% dalla Corona spagnola, per il resto da un gruppo di borghesi spagnoli anch'essi; e il navigatore portoghese divenne suddito di Carlo I -conosciuto fuori dalla Spagna come Carlo V, prendendo una versione castigliana del proprio nome: da Fernao de Magalhaes a Fernando de Magallanes. Inoltre, si legge nel documento della Real Academia, "prima

di partire, Magellano istituì come erede il terzogenito Rodrigo, nato in Andalusia, imponendo agli altri figli di spagnolizzare il cognome e di vivere in Castiglia". "I Portoghesi - prosegue l'argomentazione- diedero la caccia alla nave del comandante Elcano". Inoltre, quando il successore di Magellano riuscì finalmente a tornare a San Lucar de Barrameda, consegnò al sovrano un documento che dichiara "la Circumnavigazione compiuta in nome del re-imperatore". Questo documento della Real Academia, viene da "ABC" celebrato con una prima pagina trionfante: con una nave messa in difficoltà dal mare grosso ma saldamente spagnola.

[torna all'indice](#)

"I crudeli tormenti di Turandot"

Di **Bruno Gallotta**



Da Lisbona non arriva una risposta ufficiale; ma agli storici Portoghesi (e anche a tanti loro colleghi spagnoli) questa polemica sembra composta da un "nazionalismo di fondo" che impedisce di giudicare le cose con la giusta distanza e freddezza. Dice Joao Damiao Rodrigues, dell'Università di Lisbona: "Magellano ed Elcano fecero il giro del mondo forzati dalle circostanze. Nessuno dei due aveva questo proposito alla partenza dalla Spagna. In Spagna si sottolinea il ruolo di Elcano; ma è eccessivo. Il navigatore basco andò al comando solo a causa della morte di Magellano e perché non c'erano altri capitani disponibili". Dubbi storiografici che non trovano posto nell'Europa della polemica muscolare tra vicini.

Giacomo Puccini moriva a Bruxelles il 29 novembre 1924, lasciando incompiuto il suo ultimo capolavoro, il dramma lirico "Turandot". L'opera venne rappresentata postuma alla Scala la sera del 25 aprile del 1926; così commentava l'evento, sul "Corriere della Sera", Gaetano Cesari: "E l'artista fu ieri fra noi con la tristezza della sua tragedia. Aveva esclamato un giorno: "Se non riuscirò a condurre a termine l'opera, a questo punto qualcuno verrà alla ribalta e dirà: l'autore ha musicato fin qui, poi è morto". L'opera, ieri, si è fermata al punto in cui il maestro l'ha voluta abbandonare(...). La serata trascorsa tra gli applausi si chiuse con un momento di silenzio: quando il corpicino trafitto di Liù sparì dalla scena insieme al corteo dei popolani dolenti; allora Toscanini, dal suo posto di direttore, con voce bassa e commossa, ha annunciato che a quel punto Puccini aveva lasciato la composizione dell'opera; e il velario s'è lentamente abbassato sopra Turandot".

A partire dalla seconda rappresentazione vennero aggiunti l'ultimo duetto e il quadro finale, completati da Franco Alfano.

Anche Puccini dunque, ci ha lasciato la sua Incompiuta: evento non nuovo nella storia della

musica, se si pensa alla celeberrima Sinfonia in si minore di Schubert, giunta al secondo movimento. Mozart morì senza concludere il Requiem; Mahler la sua Decima Sinfonia (ispirata alla "Nona" di Bruckner, anch'essa incompiuta perché mancante dell'ultimo movimento), Alban Berg il terzo atto della "Lulù". Arnold Schoenberg, nel 1951, mancò poco prima di poter musicare il terzo atto di "Moses und Aron".



"Turandot" ad ogni modo continua a destare interesse e fascino molto particolari. La ragione è presto detta, se si considerano alcuni elementi base: la figura di Puccini, le caratteristiche peculiari del suo ultimo dramma lirico e infine il punto di interruzione della musica, vero nodo drammatico dell'intera opera.

Anzitutto il soggetto, per la cui scelta fu certo importante il rinnovarsi della conoscenza tra il compositore e Renato Simoni, da lui già incontrato all'epoca di "Madama Butterfly", nel 1904. Autorevole critico teatrale del "Corriere della Sera", Renato Simoni era un'indiscussa autorità nel campo della storia del teatro e Puccini ritenne utile affiancarlo al suo librettista di fiducia Giuseppe Adami, che dopo "Il Tabarro" (1918) non era più riuscito a rifornirlo di materiale drammatico utilizzabile. Simoni aveva scritto anni prima una commedia sulla vita di Carlo Gozzi, il

"rivale" di Goldoni e autore di dieci fiabe teatrali tra cui "Turandotte". Molto probabilmente fu lui a suggerire l'idea del soggetto a Puccini. Una scelta che risultò piuttosto meditata da parte

del musicista, ma decisa e convinta.

La vicenda della bellissima principessa cinese che fa decapitare i pretendenti incapaci di risolvere i suoi enigmi era universalmente conosciuta. La fiaba, di origine persiana, era stata per la prima volta portata in scena nel 1762, trasformata da Carlo Gozzi in una fantasmagorica mistura di esotismo orientale e commedia dell'arte, con la presenza, alla corte imperiale cinese, di quattro maschere veneziane: Tartaglia, Brighella, Pantalone e Truffaldino. Come altre fiabe teatrali dello stesso autore, Turandot aveva subito suscitato l'interesse del mondo tedesco, in particolare di Goethe e Schiller. Quest'ultimo nel 1802 ne aveva dato una versione accompagnata da musiche di scena di Carl Maria Von Weber.

Rinnovata attenzione per Carlo Gozzi si registrò a inizio Novecento. Ferruccio Busoni poneva in musica nel 1917 una sua "Turandot" in due atti; più tardi anche Alfredo Casella si sarebbe cimentato con "La donna serpente", già terreno di prova per il giovane Wagner. Innovatori e contestatori del primo Novecento trovavano le fiabe gozziane un ottimo veicolo per teorizzare e creare vie nuove in piena libertà intellettuale, come dimostravano anche gli avanguardisti russi; ma per Puccini le cose stavano diversamente. Cosciente di essere per il pubblico degli appassionati della tradizione melodrammatica il vero e unico erede di Verdi, la sua fama internazionale era assicurata, i suoi capolavori venivano rappresentati in tutto il mondo; le rendite da diritti d'autore erano cospicue. Celebrità e ricchezza non gli mancavano davvero; nondimeno il musicista si sentiva inquieto. Certa critica dell'epoca, ispirata dal musicologo Fausto Torrefranca, stava conducendo una sorta di guerriglia contro l'opera italiana e in particolare quella verista, ritenuta responsabile, con "insulse canzoncine"

e "dozzinale sentimentalismo", della presunta decadenza della musica nella Penisola. Persino Verdi veniva messo in discussione. Il confronto era tra il sinfonismo tedesco e la ricchezza ed eleganza della tradizione strumentale francese, oltre che con gli strumentisti italiani dei secoli XVII e XVIII. Si cercava con tutti i mezzi, leciti e illeciti, della dialettica intellettuale di sostenere i musicisti della cosiddetta "generazione dell'Ottanta": Casella, Malipiero, Respighi, Pizzetti: compositori aperti alla musica da camera e sinfonica e pronti a trasformare il melodramma su

basi nazionali completamente nuove, in grado di tenere il campo con l'estero. Puccini, considerato il campione dei sentimenti piccolo-borghesi, era nell'occhio del ciclone. I suoi avversari lo ritenevano inoltre poco patriottico, incline all'"internazionalismo". Di ciò si trovava conferma nel suo atteggiamento neutrale allo scoppio della Grande Guerra. All'opposto, con curiosa contraddizione, lo si rinfacciava talvolta di "gretto provincialismo". Tracce evidenti di questa polemica sopravvivono ancor oggi. Puccini viene qualche volta ancora indicato con spregio come il compositore delle passioni piccole e banali, il cantore della borghesia minuta, una iattura per il gusto musicale nel nostro Paese.



L'autore di "Bohème" e "Tosca" era consapevole di questo assedio al quale talvolta, dall'alto del suo prestigio, rispondeva con ironia: "Già sono vecchio, è meglio che lasci il posto ai Malipiero, ai Pratella, a tutti gli altri che non vogliono avere idee".

Tuttavia, le cose erano più complesse. Anche in passato non sempre il successo era stato limpido e immediato. La caduta di "Madama Butterfly" alla Scala era stata un incidente di percorso, al quale il compositore aveva posto prontamente rimedio con lievi modifiche all'opera, invece "La fanciulla del West", "La Rondine" e il "Trittico" (Tabarro-Suor Angelica-Gianni Schicchi) ebbero molte più

difficoltà a imporsi anche presso una parte del pubblico degli estimatori.

La ricerca di novità espressive è già avvertibile in alcune di queste opere ed è obiettivamente difficile non ammettere che solo "Il Tabarro" e "Gianni Schicchi" rientrano a pieno titolo fra i capolavori pucciniani.

Il musicista lucchese aveva a più riprese sottolineato la necessità di tentare vie nuove, qualcosa di diverso, di più forte ed eroico rispetto alla vena patetico-sentimentale anteriore, come già il "Tabarro" lascia intravedere. Con "Turandot" Puccini era ben consapevole di muoversi su un piano diverso rispetto agli altri suoi lavori. La trama dell'opera è ben nota per essere qui ripetuta. Sicuramente quella principessa bellissima, irraggiungibile e crudele, che dopo tre oscurissimi enigmi ("Notte senza lumicino/gola nera d'un camino/son più chiare degli enigmi di Turandot") fa decapitare sadicamente i principi che da ogni parte del globo giungono da lei, attirati dalla sua sovrumana beltà, era qualcosa di differente rispetto alle patetiche e sofferenti figure di Mimi e Ci-Cio-San. Dall'eroicomico fiaba teatrale di Gozzi, Puccini vuol sì inizialmente ricavare un'ambientazione sensualmente e torbidamente esotica (l'opposto quindi dell'approccio intellettualistico di Busoni) ma in realtà egli si spinge ben oltre, presentandoci un oriente arcano, sacrale e con un campionario, dalle "teste mozze", ai "ferri aguzzi", al "morso delle tenaglie", che ha come riferimento centrale la figura di "Turandot la crudele". Di quest'antica barbarie, talvolta temperata da slanci pietosi, si nutre anche l'ambiente collettivo, la "folla", che nell'opera svolge un ruolo di primissimo piano.

Le intenzioni di Puccini risultarono chiare sin dal marzo 1920, dopo la lettura della Turandot nell'adattamento di Schiller tradotto da Andrea Maffei, procuratogli da Simoni, al quale scrive: "Ho letto Turandot e per mio conto consiglierei di attaccarsi a questo soggetto. Semplificarlo per il numero degli atti e lavorarlo per renderlo snello, efficace, soprattutto esaltare la passione amorosa di Turandot, che per tanto tempo ha soffocato sotto la cenere del suo grande orgoglio". Puccini ribadisce i medesimi concetti, in altre due lettere, anche ad Adami: "si tratta di adattare, stilizzare, sgonfiare il soggetto"; "Turandot di Gozzi come base, ma da quella deve sorgere un'altra figura". Soprattutto dalla prima di queste lettere si comprende che Puccini ha già centrato la figura di Turandot secondo precise intenzioni: una principessa orgogliosa e crudele, indiscussa protagonista della vicenda, soggiogata alla fine dall'amore del principe Calaf. Per raggiungere tale

obiettivo, Puccini mise sotto pressione Adami e Simoni, obbligandoli nel corso di quattro anni a riscrivere più volte sceneggiatura e versi. I suoi suggerimenti erano sempre incisivi ed efficaci. Poco per volta, da Gozzi a Schiller, prendeva forma una Turandot nuova, umana, vibrante, proprio come il musicista desiderava.

I problemi da superare furono numerosi, a cominciare dal trattamento delle quattro maschere veneziane, trasformate in tre dignitari cinesi. Altro aspetto controverso fu l'inserimento della piccola Liù, creatura della fantasia del compositore, personaggio teneramente lirico e votato al sacrificio.

Momenti di disperazione, tipici di Puccini, si alternavano in lui a grandi attese. Dirà: "Quanto più ci penso e quanto più mi sembra un soggetto come ci vuole oggi e che a me vada a pennello".

Per il Natale del 1920 gli fu fornito il primo atto completamente versificato. Fu un fiasco solenne. Per rendere l'atmosfera cinese i librettisti avevano impiegato senza riguardo tutta una serie di particolari etnografici a puro scopo decorativo, gonfiando il manoscritto fino a novanta pagine e rendendo tutto verboso e di nessun effetto. "Ma questo non è un atto, è una conferenza!" esplose Puccini; e i suoi librettisti, con rapidissima operazione chirurgica, gli ripresentarono una degna versione musicabile.

Terminata la stesura musicale del primo atto, l'ansia e l'impazienza di Puccini ripresero per il prosieguo dell'opera: "Io ho bisogno del secondo atto!"; ma per questa parte, come, del resto, per terzo atto, le difficoltà d'ordine drammatico apparivano insormontabili: "Quel secondo atto! Non trovo via d'uscita!", scriveva nel settembre del 1921 a Simoni; e già cominciava a insinuarsi la tentazione di lasciar perdere, come si legge in una lettera dell'ottobre: "Turandot langue, non ho ancora il secondo atto come io vorrei, già, non mi sento più di comporre musica". Il 5 novembre una notizia inquietante: "Turandot finirà a tramontare perché il libretto del secondo atto non va (...) cercherò altra cosa". A dire il vero sembra che fossero soprattutto i librettisti a cercare di liberarsi dello scomodo soggetto. Adami gli propose una vicenda ambientata nella Venezia del Settecento. Anche da altre lettere del musicista appare evidente che i maggiori problemi sorgevano dai suoi collaboratori. La cosa finì sulla stampa, che cominciò a parlare di gravi disaccordi al riguardo.

Le difficoltà che Adami e Simoni dovevano superare non erano poche. Stendere un testo che fondesse coerentemente i vari piani della vicenda, eroico, sentimentale, popolare, era già impresa

difficile; ancor più impegnativo era predisporlo per la musica di Puccini. E poiché questi si faceva a loro avviso sempre più esigente, ecco che da parte dei librettisti cominciarono a giungere al compositore lamentele accusate di inaridimento musicale. Dove si era nascosta la famosa melodia pucciniana?

Il musicista aveva tuttavia idee chiare nel proposito, insisteva (novembre 1921): "Credete che io faccia così perché smontato per il soggetto? No per Dio!

Penso che con un secondo atto più convincente e di maggior efficacia, la barca può entrare in porto (...). Ci sono leggi fisse in teatro: interessare, sorprendere e commuovere o far ridere bene. Il nostro atto deve interessare e commuovere". Nel resto della lettera egli s'occupa di sostenere le ragioni dell'opera, la necessità e l'opportunità di condurla a termine.

Puccini credeva profondamente in questo lavoro perché si rendeva conto di lavorare, dirà, ad "opera originale e forse unica"; sei mesi prima di morire scriveva ancora ad Adami: "Penso ora per ora, minuto per minuto, a Turandot e tutta la mia musica scritta fino ad ora mi pare una burletta e non mi piace più".

Il lavoro gli pareva duro ma lo appassionava, man mano che assumeva forma definitiva la strumentazione: punto di forza (con l'armonia) dell'intera struttura musicale per ricchezza, delicatezza ed efficacia espressiva. Era Puccini a trascinare gli altri, con continue sollecitazioni ed interventi sulla sceneggiatura e la versificazione. Scriveva: "Mi dite che lavorate. Ma come? In qual forma? Su quale idea? Avete tenuto conto di ciò che vi scrissi?".



Alla fine del giugno 1922 ebbe il testo provvisorio del terzo atto, quello più difficile, ove la morte di Liù, suicida per tacere il nome dell'amato Calaf, segna il momento di passaggio al nodo drammatico fondamentale: il duetto tra Calaf e

Turandot, col quale anche la "principessa cinta di gelo" si scioglie al fuoco dell'amore. Modulazione espressiva difficilissima e d'estrema perizia, che avrebbe dovuto direttamente condurre all'apoteosi finale. In questo passaggio Puccini impegnava tutto sé stesso. La transizione tra le due scene molto stretta, la trasformazione di Turandot giocata in poche frasi. Mai nelle sue opere aveva cantato l'amore con i toni tragico eroici dei due principi. Ancora sino alla morte di Liù il suo registro era stato quello patetico-sentimentale. Puccini rilevò "molto di buono"; ma anche molto da correggere e tagliare infatti in lui era ben presente il retaggio verista della massima sinteticità dell'azione. Fu soltanto nel giugno del 1923 che Puccini s'avviò seriamente a lavorarvi. Il periodo intercorso fu quello di maggior crisi per le prospettive dell'opera.

Puccini continuò a rilento, sia per via di suoi numerosi impegni anche all'estero, la stesura finale del secondo atto, contemporaneamente con una serie di interventi e modifiche anche sul primo. Ma il lavoro languiva anche per i problemi irrisolti del terzo atto. Ancora una volta si parlò di rinuncia e fece capolino l'ipotesi di ridurre l'opera a soli due atti. A ogni buon conto la crisi, una delle tante, passò. Nel novembre dello stesso anno terminò la scena della morte di Liù, senza i versi definitivi. Era stato più rapido dei suoi librettisti. Una situazione appena abbozzata gli aveva acceso la fantasia. Fu il musicista stesso ad adattare due quartine di versi, che alla fine furono mantenute pressoché integre dai poeti. Tra il dicembre del '23 e il febbraio 1924 terminò la strumentazione del secondo atto. Ormai si avvicinava il decisivo cimento con il duetto. Mentre Puccini iniziava, ora senza concedersi pause, a strumentare la prima parte del terzo atto, Adami e Simoni erano ancora impegnati sul tormentatissimo brano, indicato loro dallo stesso Puccini, sin dai primi abbozzi del libretto, come punto focale dell'opera.

Nel novembre del 1921 aveva scritto ad Abrami: "Il duetto! Tutto il decisivo, il bello, il veramente teatrale è là! "Ancora l'anno dopo, sempre in novembre:" La base deve essere il duetto e attenersi al fantastico, alla fantasia la più grande - e esagerata anche". Il nodo era sempre quello: lo "scioglimento" di Turandot soggiogata dal bacio del principe. Il duetto tenne banco anche nel 1923, quasi fosse un lavoro separato dal resto dell'opera. Già tre sue versioni in prosa erano state respinte dal musicista. Alla fine di maggio del 1924 Puccini riceve la quarta versione in

[torna all'indice](#)

prosa, non appare del tutto convinto ma dà ai librettisti il suo assenso per la traduzione in versi: "Sapete già che la musica esiste, non ancora stesa ma il motivo è quello che voi conoscete". Ancora a luglio: "vi prego mandarmi i versi". Mancavano soltanto questo brano e l'apoteosi finale per chiudere l'opera; cosa che il compositore riteneva affare di poche settimane e infatti erano già stati presi accordi per la prima assoluta, fissata per l'aprile del 1925 alla Scala; ma il problema del duetto continuava a trascinarsi e nel settembre del '24, a Toscanini designato a dirigere Puccini manifestava le sue perplessità: "Si è parlato del duetto che non piace molto. Come si fa?

Io non so...Io vedo buio. Ormai per questo duetto ci ho fatto un testone da elefante...E bisogna sortirne perché ho l'acqua alla gola".

Poco dopo, l'8 ottobre, la novità tanto attesa: "Finalmente ho ricevuto i versi di Simoni. Sono veramente belli e completano e giustificano il duetto". Puccini chiede ai poeti solo qualche leggera modifica, che tarda ad arrivargli. Così replica loro: "È proprio detto che io non debba più lavorare? Non debba finire Turandot? C'era tanto poco da fare per mettere insieme per bene il tanto famoso duetto (...) Ma fate in modo che sia definitivo e da non ritornarci più (...). Deve essere un gran duetto. I due esseri quasi fuori dal mondo entrano fra gli umani per l'amore".

Fu nello stesso mese che al musicista, sempre più tormentato da dolori alla gola che andavano avanti da tempo, venne diagnosticato un cancro in stato avanzato, tale da rendere superfluo ogni intervento chirurgico. Si decise di tentare un trattamento coi raggi x in una clinica di Bruxelles, unica città europea con Berlino dove si praticava una cura del genere. Il 4 novembre Puccini si mise in viaggio per la capitale belga, accompagnato dal figlio Tonio e da Carlo Clausetti, rappresentante di Casa Ricordi. Con sé portava abbozzi di partitura del duetto e del "finale", trentasei pagine in tutto. Evidentemente sperava di completarli sul posto.

Dapprima la cura sembrò giovargli, anche se le sofferenze non mancavano. Quando però si entrò nella fase decisiva, con le applicazioni interne, il cuore finì col cedere.

Turandot restava dunque incompleta. Era che la musica di Puccini s'interrompesse con la morte di Liù, suo più tipico personaggio: la "piccola donna" che con il proprio sacrificio doveva trasmettere a Turandot, liberandola dall'odio, il messaggio d'amore.

Perché insegnare le emozioni

Di **Andrea Giachi**

Informazioni e presentazione

Mi chiamo Andrea Giachi, sono insegnante da ormai 15 anni.

Ho insegnato nella scuola dell'infanzia e primaria.

Attualmente insegno nella scuola secondaria di primo grado (medie).

Ho fatto diverse esperienze di volontariato con bambini, adolescenti, disabili, ecc.

Questo mi ha portato ad essere estremamente curioso in campo educativo e a leggere, sperimentare e provare a trovare delle soluzioni diversificate e per riuscire a trasmettere, in modo efficace, a chi mi sta di fronte.

Per questo, da due anni, ho deciso di creare una pagina Facebook e un

profilo instagram (discretamente seguita, circa 20000 persone) con lo pseudonimo di "educatore seriale".

Scrivo, posto video, a volte faccio interviste... per aiutare a decifrare

la realtà complessa, ma affascinante, dell'attuale mondo educativo.

Post semplici e brevi ma che vogliono aiutare molti genitori che non riescono a capire come comportarsi con i propri figli.

Lo faccio anche (e soprattutto) alla luce della mia esperienza di padre.

Diventando genitore di due figli posso capire le difficoltà, ma anche le opportunità, che si possono avere con i figli.

E, alla luce di questo, spesso racconto come affronto e ho affrontato molte situazioni, in modo da dare delle risposte estremamente concrete a quello che quotidianamente può accadere a tanti.

Spero di tornare utile anche a molti di voi e di poter contribuire anche attraverso questo mensile online a costruire una umanità migliore.

Giorni fa, in parrocchia, con i bambini di terza elementare, abbiamo fatto colorare un albero IMMAGINARIO.

Un albero che conteneva frutti differenti:

positivi e negativi.

Il frutto dell'amicizia, dell'invidia, ecc.

Dovevano colorare con un colore le cose "belle" e con un altro... quelle "brutte". Appena hanno iniziato però sono fioccate un sacco di domande.

Non capivano il significato di molte parole!

-Scusa maestro, ma che cosa significa GENEROSITA'?

-...e UMILTA'?

-...e PRESUNZIONE? RANCORE? EGOISMO?

D'altronde oggi, più che mai, i bambini non fanno "scuola di relazioni" come le facevamo noi!

Noi, una volta, stavamo tutto il giorno per strada a inventarci giochi, creare attività, litigare, fare pace, ascoltare, correre, ecc.

E in base a questa nostra esperienza di vita anche se non conoscevamo il termine esatto di quello che provavamo e vedevamo sapevamo comunque, per esperienza, di cosa si trattava...

È ovvio che era meglio conoscerlo, perdinci bacco, e molto probabilmente anche noi avremmo fatto un sacco di domande, ma comunque l'essere umano e il suo relazionare era il nostro "pane quotidiano".

Oggi invece non è più così.

Quindi oggi, più che mai, forse è indispensabile FORTIFICARLI insegnandogli l'emotività.

Fargli conoscere le parole che hanno a che fare con il "cuore"... in modo che li aiuti più facilmente a capire sé stessi e gli altri.

Perché?

Perché se io conosco bene l'umiltà, la gelosia, la gioia, la presunzione, ecc.

È più probabile che li riconosca in ciò che mi circonda e che desideri, li approfondisca, li includa nella mia vita o, che ne so, anche che li allontani.

Semplicemente perché... ciò che conosco può fare VERAMENTE parte della mia vita, mentre ciò che non conosco magari lo fa ma non so più riafferrarlo o, eventualmente, allontanarlo.

Per questo oggi più che mai è indispensabile passare del tempo non solo per fargli fare un

sacco di attività ma anche, e soprattutto, per domandargli anche quello che provano o quello che, secondo loro, hanno provato gli altri.

In modo da insegnargli ad avere rispetto di se stessi e del mondo che li circonda.

[torna all'indice](#)

Piccola testimonianza su Natuzza Evolo

Di Anna Maria Comito



Già nel novembre 2018, Papa Francesco aveva autorizzato la Congregazione a procedere con il processo di beatificazione.

Così, il 6 aprile 2019, nella spianata della Villa della Gioia a Paravati, dopo una solenne concelebrazione, con l'insediamento del tribunale diocesano si è ufficialmente aperto il suddetto processo a Natuzza Evolo.

Fortunata Evolo, chiamata Natuzza (un diminutivo di Fortunata molto diffuso in Calabria), nasce a Paravati di Mileto il 23 agosto 1924, e muore sempre a Paravati di Mileto il primo novembre 2009

Proprio in occasione di questo evento, così importante per la cristianità, vorrei rendere la mia

piccolissima testimonianza o meglio alcune mie impressioni.

Ho conosciuto questa straordinaria persona nei lontani anni '80, attraverso la radio.

Mi piaceva molto ascoltare una trasmissione che intitolata "LA TELEFONATA DI PIETRO CIMATTI". Cimatti era un poeta e scrittore che nelle sue telefonate -interviste ricercava personaggi dotati di doni per così dire "paranormali".

Ascoltando dalla viva voce di Mamma Natuzza il racconto delle sue piaghe e delle stimmate che nel periodo Quaresimale le procuravano sofferenze atroci o delle apparizioni e degli straordinari colloqui con Gesù e la Madonna ne rimasi colpita e affascinata.

pensavo a Natuzza cercando di spiegarmi come potesse dividersi lei moglie e madre di ben cinque figli tra famiglia e la vita di mistica e di testimonianza cristiana alla quale era stata chiamata.

Passò del tempo ed un bel giorno incontrai per caso un suo figlio spirituale a cui lei aveva affidato il compito di portare avanti uno degli innumerevoli Cenacoli sparsi per il mondo e che la Madonna stessa le aveva chiesto di istituire e divulgare., Cominciai a frequentarlo settimanalmente e fu subito un'esperienza straordinaria.

All'interno di quel gruppo si viveva un clima di fraterna condivisione e preghiera, ma soprattutto venivamo informati continuamente di ciò che ruotava e accadeva intorno alla figura della grandissima Natuzza.

Fu proprio in uno di quegli incontri che apprendemmo con dolore la notizia della sua morte che ci lasciò sconvolti ed in un certo senso "orfani", perché era comunque diventata la mamma di tutti noi.

Quest'anno, nel mese di Aprile, dopo circa dieci anni che desideravo farlo mi sono recata in pellegrinaggio a Paravati.

È indescrivibile la gioia che si prova visitando e toccando con mano i luoghi dove lei e vissuta e ha operato la sua missione che Gesù stesso e la Madonna gli hanno affidato.

Ma il momento più intenso e emozionante è stato senza dubbio la visita alla sua tomba. Siamo stati accolti dalla sua voce che recitava il Santo Rosario che usciva da un ottimo impianto stereofonico capace di trasmetterci la stessa passione e intensità che avrebbe trasmesso lei se fosse stata ancora in vita ma confesso che in certi momenti sembrava effettivamente in mezzo a noi che stavamo pregando. Beh, in effetti, non a caso sulla sua tomba, scolpito a grandi lettere nel marmo vi è la scritta voluta da lei stessa che cita queste parole: "non cercate me. Alzate lo sguardo verso Gesù e la Madonna. Io sono con voi e prego." Queste ultime parole, io sono con voi e prego secondo me sono proprio l'essenza di NATUZZA, ovvero l'ultima, colei che analfabeta povera e umile non cerca di elevarsi dopo che Gesù e Maria l'avevano scelta ma resta in mezzo a noi a cercare di aiutarci ancora come ha sempre fatto in vita non risparmiandosi mai quando si trattava di portare persone verso la retta via

Oggi e dir poco stupefacente vedere una folla immensa di pellegrini che come pecore senza pastore in cerca di speranza e di perdono e nonostante lei non ci sia più a riceverli affluiscono al magnifico Santuario e agli ampi spazi annessi che lei stessa ha voluto per espresso desiderio di Maria e del suo figlio Gesù.

Natuzza non ebbe certo una vita facile, fu sottoposta a tantissime prove dolorose sia fisiche che spirituali, ma comunque non venne mai meno ai suoi doveri di madre di famiglia educando i suoi cinque figli ai valori cristiani dell'amore e dell'accoglienza convinta come era che chi bussava alla sua porta. Lo faceva perché aveva bisogno di preghiera e di conforto perciò anche se 1000 persone al giorno avessero bussato alla sua porta, bisognava aprire loro, oltre alla porta, il cuore.

La vita di Natuzza è stata molto travagliata e provata. Infatti, in un particolare momento molto tragico della sua giovane vita e cioè quando rimase sola con i suoi fratellini all'età di circa 10 anni, perché la madre era finita in prigione per aver rubato qualcosa da mangiare per lei ed i suoi fratelli. Rivolse alla madonna questa accorata preghiera che pur nella sua semplicità. Ha sicuramente toccato il cuore immacolato della Mamma celeste e di seguito mi piace riproporla anche a voi...

"Mamma del cielo, dispensatrice di grazie, sollievo dei cuori afflitti, conforto degli abbandonati, speranza di chi dispera, gettata nella più desolante angustia, sono venuta a prostrarmi ai tuoi piedi per essere da te consolata.

Mi respingerai forse? Ah! Non ci credo che hai il coraggio di mandarmi indietro. Il tuo Cuore di Mamma di misericordia spero che mi esaudirà! Povera me se tu non ci mettesti la tua mano, lo sarei certamente perduta!

Tanti e tanti vedendomi così afflitta mi hanno detto: "Se vuoi la grazia in questa circostanza devi andare a pregare la Madonna, alla quale chiunque ricorre per grazia indubbiamente l'ottiene", lo ho pensato che la Madonna delle Grazie fossi tu, o Cuore Immacolato di Maria Rifugio di tutte le Anime, al cui nome potente si rallegrano i cieli e l'universo intero ti chiama e ti invoca Mamma di ogni grazia.

Da quando sono nata io ho sentito sempre parlare che tu a tutto il mondo fai grazie. E a me no? Io la grazia la voglio e la voglio a forza.

E per questo io - nonostante fossi una povera ed indegna peccatrice - nella tribolazione che mi opprime ho avuto il pensiero di venire a piangere da te. E coi gemiti, coi sospiri e con le ardenti lacrime che mi piovono dagli occhi, a te grido, a te alzo le mani stringendo la tua corona, invocandoti, o gran Regina, consolatrice delle anime, tesoriera e dispensatrice di tutte le grazie, avvocata delle grazie più ardue, difficili e disperate.

Lo sono venuta sicura.

Non mi cacciare, ascoltami. Consolami e salvami, voglio da te assolutamente la sospirata grazia... La voglio.

Perdonami se approfitto della tua bontà.

Ahimè, la povera afflitta! Se sola sola, ad esempio, unica al mondo non riceverò la grazia sospirata! O Madonna Santa, tutta piena di Grazie, io ho tutta la speranza che tu mi fai la grazia. Da te l'aspetto, che sei la Mamma di tutte le grazie. Sono sicura che tu me la fai. E come farò se tu non me la fai? No! Non permettere che esca la voce che tu abbandoni e non aiuti più i tuoi figli. Pure io sono una figlia! Né che si dica che una indegna tua figlia, avendoti pregato con lacrime ed afflizione, dall'afflittissimo suo cuore, non l'hai voluta mai sentire né liberare, mentre tanti, senza numero, sono ricorsi e ricorrono ogni giorno al tuo Cuore Immacolato e sperimentano la potenza del tuo amore e senza ritardo ne ottengono le sospirate grazie. Ed io sola devo piangere in questa grande tribolazione?

Ah! No. Non te lo permetto! O mi neghi qui ai tuoi piedi che sei la Mamma di misericordia e la dispensatrice di tutte le grazie, o mi concedi senza altro la sospirata grazia. E se tu non mi ascolterai, senti che farò, o Mamma di grazie. Inginocchiata dinanzi a te, stringendo la tua Corona, ti strapperò il manto, ti stringerò le mani, ti bacerò i piedi, te li bagnerò di lacrime e tanto starò e tanto piangerò gridando, fino a quando tu intenerita e commossa mi dirai: "Alzati, chè la grazia, Gesù, te l'ha fatta". E me lo devi dire.

E ora che hai sentito quello che ti farò, che mi dici, o Mamma mia, che mi rispondi? Mi devi aiutare, me la devi fare questa grazia, pure che sono peccatrice. Se non vuoi farmela, perché peccatrice, dimmi almeno da chi devo andare per essere consolata in questo mio grande dolore. Se non fossi abbastanza potente, mi rassegnerei dicendo: "Tu sei la Mamma mia, mi ami, ma non puoi aiutarmi e salvarmi". Se non fossi la Mamma mia, con ragione direi: "Tu non sei la Mamma mia, non sono tua figlia, quindi non hai il dovere di aiutarmi". Ma tu sei la Mamma mia e di tutto il mondo! Se vuoi mi puoi aiutare. Me la devi fare questa grazia. Me la devi fare a forza.

Sono certa che me la farai, perché tu sei buona e non me la puoi negare. L'aspetto questa grazia, l'attendo da quella tua bocca che solamente si apre quando ha da pronunziare una grazia. La desidero da quella fronte, da quel seno, da quei piedi, da quel tuo benedetto e materno Cuore, tutto ripieno di grazie, rifugio di tutte le anime. Grazie ti cerco, o Mamma mia. Fammi la grazia che ti cerco. Te la chiedo con tutto il cuore, te la chiedo con la voce di tutti i bambini del mondo che sono anime innocenti, di tutti gli innamorati, di tutti i figli tuoi devoti. Da te dunque l'aspetto e tu me l'hai da fare a forza.

E ti prometto, o Mamma dal Cuore tenerissimo, che fino a quando la mia mente avrà pensieri, la mia lingua mi accenta, il mio cuore mi palpita, sempre, sempre griderò a te, e nelle ore del giorno e in quelle della notte ti sentirai chiamare piangendo: Mamma!

Quel grido, o Mamma, sarà il mio sospiro.

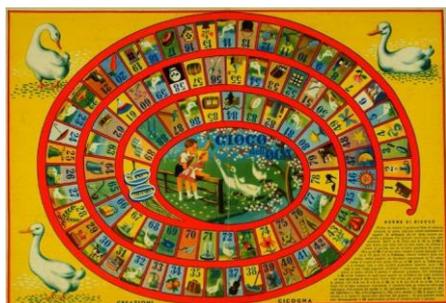
Restiamo così, o Mamma Santa? Sì, restiamo così! Affinché dopo tante lacrime e sospiri versati ai tuoi piedi potrò venire a ringraziarti per la grazia speciale da te fatta. Amen.

Questa preghiera è nata dal cuore di Natuzza, all'età di nove anni, in un momento di estremo bisogno e una sua amica, ascoltandola, l'ha messa per iscritto.

[torna all'indice](#)

ODIERNO CONFLITTO ASSURDO, in sigla OCA

Di Paolo Giacconi



Già, perché proprio di un gioco dell'oca si tratta: ricordate? Quello che si lancia un dado, si contano le caselle sul tabellone e là dove si arriva si possono trovare spinte per correre avanti od ostacoli che fanno tornare indietro, fino alla terribile Oca Morta che azzerava ogni velleità e fa tornare al via.

Bene. A cura della nostra associazione, La Girobussola, che si occupa tra l'altro di viaggi pensati appositamente per persone con disabilità visiva, vi mando qualcosa che è un po' racconto un po' gioco, scritto per computer, sì, ma sulla falsariga del vecchio gioco dell'oca.

Se lo vedete, non lamentatevi della "essenzialità" della grafica!!!! Pazienza! Sono cieco assoluto e la grafica Non è il mio forte!

A dir la verità, come gioco è poca roba. Credo che valga di più come sorridente catalogo di un portatore autorizzato di bastone bianco, il signor Paolo, alle prese con gli ostacoli da affrontare quando va in giro per la sua città! Niente di speciale, solo il consueto odierno conflitto assurdo... che infatti è poi il nome del gioco.

Questo il link per percorrerlo online anche da telefonino:

www.gruppoemiliano.it/oca

Vi allego anche il pacchetto zippato. Una volta scompattato, troverete sul computer Windows o Mac una cartella che si chiama odierno conflitto assurdo.

[torna all'indice](#)



© Depositphotos.com/RustyBandana

Entrate nella cartella e lanciate il primo file che si chiama via.htm.

Per giocare davvero dovrete anche avere un dado, lanciarlo e vedere che numero fa, ma forse è più interessante passare da una tappa all'altra lasciando perdere le penalizzazioni del gioco: in fin dei conti, è una cosa un po' seria un po' da ridere. Io mi sono divertito a farlo e spero che possa far sorridere anche voi.

Naturalmente avete licenza di diffusione: magari diverte qualcun altro! E posso dirlo? Sarò contento se vorrete mandarmi un commento alla fine... ma non è obbligatorio!

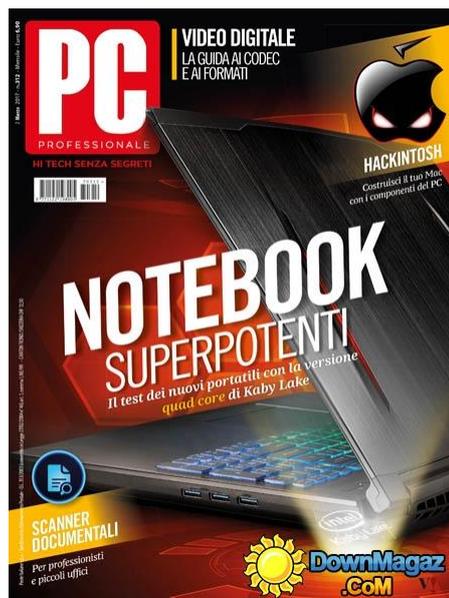
In quanto ad immaginare che cosa se ne potrebbe fare... beh, io qualche pensiero l'ho fatto, ma accollo volentieri suggerimenti.

Ad esempio avevo pensato ad una classe che, durante una lezione sulla disabilità visiva, giochi davvero il percorso non più digitale, ma stavolta proprio in carta e dadi: un tabellone con le quaranta caselle, la classe divisa in tre/quattro squadre che a turno lanciano il dado, muovono i segnalini, uno per squadra, e l'insegnante legge la scheda relativa e magari un signor Paolo in persona ne approfondisce il contenuto, spiegando anche l'aiuto che può dare il cane guida, disponibile ovviamente anche a rispondere a domande.

Come lezione interattiva sulla disabilità visiva non mi sembra male.

PC Professionale fase 2: ecco l'accessibilità

Di Mario Lorenzini



Dopo alcuni mesi, caratterizzati da scambi di e-mail con il direttore Moschini, nei primi giorni di maggio ho ricevuto una sua mail con il link alla rivista da scaricare. Già altre volte avevo visionato, o perlomeno tentato di farlo, le pagine del giornale.

Ma la sintesi vocale non era stata in grado di accedere ai contenuti. Stavolta invece, ho avuto il piacere di ascoltare da jaws la descrizione dei contenuti, titoli di copertina inclusi. Come tante cose avviate e poi tralasciate, non mi aspettavo nulla. Del resto, il problema è praticamente invisibile per la maggioranza delle persone e quando ci troviamo a chiedere di adattare qualcosa per noi, se non lo si fa subito, si dimentica. E siccome un giornale si legge con gli occhi... Nelle ultime conversazioni, la redazione di PC professionale mi stava dicendo che avrebbe

preso contatti con Adobe, al fine di porre in essere la conversione dei pdf. E così è stato.

Directive

on the accessibility of the public sector bodies' websites



Ci sono normative che incoraggiano gli editori in questo senso ma, credetemi, forse dobbiamo battere un'altra strada. Siamo anche noi clienti paganti, semplicemente; e se, essendo non vedenti, non troviamo un periodico digitale accessibile, non lo compriamo; noi non ci acculturiamo, il danno economico però è della testata editoriale. Tecnicamente, una volta capito il modo, non è difficile per i redattori rendere accessibile un testo. Indipendentemente dal taggare o escludere dalla lettura le immagini, i caratteri possono essere resi facilmente intercettabili, per i vedenti non cambia nulla. Spesso ciò che influenza negativamente il software di uno screen reader è la disposizione degli elementi, ma a anche qui può ovviato. A questo punto che dire? Ringrazio, anche a nome di altri non vedenti, Eugenio Moschini che, a capo di una importante rivista del settore informatico, non ha lasciato scivolare nel dimenticatoio la mia segnalazione. Invito pertanto i non vedenti che leggono, se interessati al filone tecnologico, a mettersi in contatto con l'ufficio abbonamenti per ricevere i numeri della rivista. Io continuerò la mia esperienza, ormai trentennale, con PC Professionale.

[torna all'indice](#)

Novità in Farmacopea: XII parte

Di Stefano Pellicanò

A) ANTIBIOTICI

a) In Italia il record di decessi per infezioni da superbatteri antibiotico-resistenti; l'antibiotico-resistenza (A.R.) si anniderebbe nelle acque reflue; prevenzione delle Infezioni Ospedaliere (I.O.).

Indagine U.E. sull'uso degli antibiotici e sulla percezione dell'A.R. Nuovi farmaci in arrivo

A livello internazionale, il 63% delle infezioni da superbatteri è correlato all'assistenza socio-sanitaria. In U.E. hanno provocato in un anno 33.110 decessi, soprattutto tra anziani e bambini nei primi mesi di vita. In Italia, secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), su 9 milioni di ricoveri/anno si riscontrano da 450mila a 700 mila casi di I.O. (5-8% del totale degenti) e oltre



10.000 decessi/anno. Tra le cause principali dell'A.R. c'è la scarsa tendenza a lavarsi frequentemente le mani, soprattutto in Italia; l'inappropriata gestione degli antibiotici negli animali da allevamento e nel territorio. La maggior parte degli antibiotici che assumiamo sono metabolizzati nel corpo ma piccole quantità vengono espulse e trasportate negli impianti di trattamento delle acque reflue, dove trovano batteri che consumano lo scarto incontrandoli ed esprimendo geni di resistenza, che riducono l'efficacia dei farmaci. Mentre il batterio mangia, si riproduce e cresce e si accumula la biomassa che, una volta trattata, viene smaltita in discarica o utilizzata come fertilizzante per l'agricoltura e per le colture di mangime per il bestiame. Piccole quantità di batteri antibiotico-resistenti possono uscire dall'impianto di trattamento attraverso la membrana di filtrazione e arrivare alle fonti di acqua potabile. Ricercatori della *University of Southern California* hanno notato una resistenza multi-farmaco in cui i batteri avevano geni che consentivano l'A.R. per la presenza di elementi genici chiamati plasmidi, che possono trasportare geni di resistenza per diversi tipi di antibiotici, determinando correlazioni positive tra un tipo di antibiotico e il gene di resistenza di un altro estremamente pericoloso. A causa delle loro dimensioni estremamente ridotte (sono 1.000 volte più piccoli dei batteri) i plasmidi liberi di

fluttuare possono facilmente passare attraverso il sistema di filtrazione nel processo di trattamento e uscire dagli impianti (*fonte: Environmental Science & Technology, 2019*). Infine, l'A.R. è dovuta al trasferimento genico delle resistenze da un batterio all'altro e all'esagerato turnover dei pazienti nelle strutture sanitarie (Ospedali, Cliniche, Rsa) per la cronica mancanza di posti letto. In atto qualsiasi tipo di infezione, dalle più banali alle più severe può essere causata da batteri A.R. e paradossalmente anche una persona che non ne ha mai assunto corre il rischio di contrarne una da batteri resistenti. In Italia, la maggior parte delle I.O. sono dovute a specie batteriche A.R. ma, circa il 50 % sono sostanzialmente prevedibili. Il record, dopo un intervento chirurgico, è della Valle d'Aosta (500 casi/100mila dimessi) seguita dalla Liguria con 454, Emilia Romagna con 416; Lombardia, Veneto, Umbria e Trento con circa 300 casi; Lazio con 211 mentre, nel Sud, solo la Calabria supera 200; all'ultimo posto l'Abruzzo con 70. Nel 2016 in Campania ne sono state registrate circa 50mila, causate per il 22% dall'*Escherichia Coli*, per il 12,5% dallo *Staphylococcus Aureus* e per il 9% da *Klebsiella Pneumoniae* soprattutto nei reparti di Terapia Intensiva (20,60%), Medicina (15,33%) e Chirurgia (14,20%). Decontaminazione inadeguata e utilizzo eccessivo di antibiotici sono alla loro base, responsabili di 7.000 morti/anno rispetto ai 3.500 degli incidenti stradali (*fonte: Forum nazionale del Centro Studi Mediterranea Europa a Napoli, 2018*). È ormai un'emergenza globale che si stima nel 2050 porterà le infezioni al primo posto tra le cause di morte (*fonte: VII Congresso biennale internazionale Amit - Argomenti di malattie infettive e tropicali, Milano, 14 - 15/03/2019*). Il *Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie* (ECDC) e l'agenzia *Public Health England* (PHE) hanno lanciato una nuova indagine, scaduta il 14

febbraio, per valutare il livello di conoscenza e la percezione degli operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti e tecnici farmaceutici) sull'uso degli antibiotici e sull'A.R. con l'obiettivo di comprendere quanto sia diffusa la sua percezione, per realizzare campagne di comunicazione più mirate. Negli USA sono disponibili, per l'uso ospedaliero, quattro nuovi antibiotici. L'iter di approvazione presso l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) è, a seconda dei casi, in corso o già terminato e si deve ora avviare la fase di approvazione in Italia. Il primo, per le infezioni delle vie urinarie o post-operatorie, è un carbapeneme + un inibitore della beta-lattamasi; due riguardano le infezioni acute della pelle e dei



tessuti molli: uno agisce sul pericolosissimo *Stafilococcus aureus* meticillina-resistente e un altro è un nuovo fluorochinolone, per il quale è allo studio anche un'estensione delle indicazioni alle polmoniti. Infine un antibiotico per via venosa agisce sull'*Acinetobacter baumannii*, uno dei batteri ospedalieri più diffusi. Ricercatori dell'*Università* del Wisconsin-Madison, hanno condotto l'indagine più ampia sull'attività antibiotica del microbioma di migliaia di specie di api, farfalle, formiche, mosche e scarafaggi, confrontando l'attività dei loro streptomiceti con quella di ceppi provenienti da suolo e piante, per

vederne la capacità di arrestare la crescita di 24 tipi diversi di germi. Dopo 50.000 test, i risultati hanno mostrato che questi ceppi erano spesso più efficaci di quelli del suolo nell'arrestare alcuni dei più pericolosi super batteri, come lo *Stafilococcus aureus* meticillina-resistente. I ricercatori hanno quindi realizzato un nuovo composto, a partire dai batteri presenti nella formica *Cyphomyrmex*, chiamato cifomicina (non disponibile come farmaco reale), efficace contro i funghi resistenti alla maggior parte degli altri antibiotici (*fonte: Nature Communications, 2019*). Uno studio italo-tunisino di scienziati delle *Università* di Pisa e Monastir ha permesso di individuare 60 diversi composti, 28 dalle carote a radice arancione, 22 da quelle a radice rossa e 28 dal finocchio, con una caratterizzazione globale della composizione degli oli essenziali del 93% e ha dimostrato che gli scarti agricoli possono diventare fonti di preziosi oli essenziali, dalle elevate proprietà antimicrobiche infatti l'estratto di finocchio *azoricum*, contro la candida, si è dimostrato anche più efficace del farmaco antifungino di sintesi di riferimento (amfotericina B) ma gli oli essenziali si sono rivelati efficaci anche contro altri microorganismi patogeni, fra cui lo *stafilococcus aureus*, il bacillo del fieno, la *salmonella enterica* e l'*Escherichia coli* (*fonte: Chemistry and Biodiversity, 2019*).

B) ANTIDOLORIFICI

a) Cannabis: squadra dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano farà chiarezza sul suo uso medico

A sei anni dall'approvazione all'uso medico in Italia, la cannabis è utilizzata soltanto da una piccola percentuale di pazienti che ne potrebbero trarre beneficio, a causa soprattutto della mancanza di informazione e formazione specifica.

Una squadra multidisciplinare composta da medici, farmacisti, farmacologi e ricercatori dell'IEO di Milano ha iniziato uno studio per chiarire gli effetti clinici, farmacologici, produttivi e normativi dei medicinali a base di cannabis.

b) Cannabis terapeutica: uso in incremento



In Italia sono disponibili due sostanze attive di origine vegetale a base di cannabis ad uso medico, la Cannabis FM1 e la FM2, prodotte dallo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze e distribuite

alle farmacie, il cui prezzo, stabilito in base del costo stimato di produzione, è di 6,88 €/gr, Iva esclusa. I consumi sono raddoppiati da 58.590 gr nel 2014 a 118.625 gr nel 2015, saliti ancora nel 2016 (229.715 gr); 351.485 gr nel 2017 e 578.460 nel 2018 (*fonte: Ministero della Salute*). Notevole anche l'importazione autorizzata dal Ministero alle ASL (128.265 gr nel 2017 e 147.265 nel 2018).

C) CARDIOLOGIA

a) Comunicazione EMA sui farmaci sartani (o bloccanti del recettore dell'angiotensina II)

L'EMA ha invitato le Aziende che producono questi anti-ipertensivi a rivedere i loro processi produttivi in modo da non produrre impurezze della classe delle nitrosamine prima di poter essere utilizzati

nell'U.E. Queste raccomandazioni seguono la revisione EMA di N-nitrosodimetilammina (NDMA) e N nitrosodietilammina (NDEA), rilevate in alcuni sartani e classificate come probabili cancerogeni.

D) CHIRURGIA

a) Terapia chirurgica dei sarcomi riduce le amputazioni

I sarcomi comprendono > 70 diversi tipi di tumori, alcuni molto rari, che colpiscono circa 4000 italiani/anno, a qualsiasi età e in qualsiasi parte del corpo. La chirurgia, trattamento primario nelle forme localizzate, è migliorata grazie alla loro maggiore conoscenza, all'integrazione con chemio- e radioterapia e alle nuove tecniche che consentono una rapida ripresa funzionale e che, come ad es. nelle forme degli arti, hanno ridotto quasi completamente il rischio di amputazioni

(1%). In ambito farmacologico, il fallimento della sperimentazione con Olaratumab non ha fermato la ricerca di nuovi possibili farmaci per alcuni specifici tipi di sarcoma; negli USA, ad es., l'FDA ne ha approvato uno per una rarissima forma pediatrica (fonte: Associazione Paola.Onlus,2019)



E) DERMATOLOGIA

a) Aur Derm crema: prodotto illegale

Questa crema, venduta online per la cura di psoriasi, dermatiti e di altri problemi della pelle presenta una composizione non a base di soli ingredienti naturali ma con quattro sostanze

farmacologicamente attive, quali clobetasolo propionato, procaina, benzocaina e lidocaina, ad azione immunomodulante o immunosoppressoria. L'AIFA informa che è priva di autorizzazione alla commercializzazione, sia in Italia che in U.E

b) Risankizumab fl 150mg nella psoriasi

La psoriasi è una malattia cutanea infiammatoria cronica, immuno-mediata con coinvolgimento sistemico e con un grande impatto negativo sulla qualità di vita che in Italia si stima abbia una prevalenza del 2.9%, di cui circa il 30-35% in una forma moderata-grave. Dopo uno studio internazionale di fase III su 2.000 pazienti con psoriasi a placche moderata - grave, il CHMP dell'EMA ha dato parere favorevole per risankizumab, inibitore dell'interleuchina-23 (IL-

23) per il trattamento della psoriasi a placche moderata- grave in adulti candidati alla terapia sistemica, in un'unica iniezione sottocutanea ogni 3 mesi, che ha ottenuto una risposta significativamente elevata in termini di scomparsa completa o parziale delle lesioni alla settimana 16 e mantenuta fino alla settimana 52. Le maggiori reazioni avverse, di cui la maggior parte di gravità lieve o moderata, sono state le infezioni delle vie respiratorie superiori (13% dei pazienti).

F) DIABETOLOGIA

a) Ipoglicemizzante dalle alghe marine

In uno studio delle *Università* di Pavia e di Bologna 65 arruolati con alti livelli di glicemia di 100 - 125 mg/dl (pre-diabetici) hanno assunto il

preparato naturale originato dalle alghe marine *Ascophyllum Nodosum*, *Fucus Vesiculosus* e cromo picolinato per tre volte/die prima dei pasti). A tre e sei mesi di distanza i controlli hanno

attestato un livello di glicemia < 100 mg/dl. Se i risultati dello studio saranno confermati, in caso di glicemia a digiuno > 100 mg/dl oltre a dieta e

attività fisica ed esclusi i casi di diabete, c'è indicazione per l'utilizzo di questo composto naturale (*fonte: Phytotherapy Research, 2019*).

b) Zynquista (sotagliflozin) nuovo trattamento aggiuntivo all'insulina nei pazienti in sovrappeso o obesi con un indice di massa corporea superiore (BMI) a 27 kg/m² nel diabete di tipo 1

Il Comitato per i Medicinali per Uso umano dell'EMA (CHMP) ha adottato un parere positivo per Zynquista, dopo tre studi di fase III su 1.853 pazienti. Il principale vantaggio è la sua capacità di migliorare il controllo glicemico oltre alla

riduzione del peso, della pressione sanguigna e della variabilità dei livelli di glucosio. Il farmaco è indicato solo in alcuni casi per il rischio di chetoacidosi diabetica, potenzialmente letale, ed è sconsigliato nei casi di basso fabbisogno di insulina.

G) DISLIPIDEMIA

a) Le statine potrebbero aumentare il rischio diabete

L'associazione tra utilizzo di statine, per ridurre il colesterolo, e diabete è emersa nel 2008 ("studio Jupiter") e confermata di recente anche dal punto di vista molecolare. Uno studio prospettico osservazionale olandese dell' *Erasmus*

Medical Centre su 9.535 non diabetici, > 45 anni, monitorati per un tempo medio di 15 anni, alcuni dei quali assumevano statine, ha evidenziato che, quest'ultimi presentavano un rischio maggiore del 38% di sviluppare diabete, nel corso dello studio, per un peggioramento della sensibilità all' insulina già di per sé con fattori di rischio per il diabete. Tuttavia, in atto, risulta maggiore il loro beneficio, in termini di prevenzione cardiovascolare, rispetto al rischio di sviluppare diabete (*fonte: British Journal of Clinical Pharmacology, 2019*).

il declino della sua produzione e presentavano un grado maggiore di insulino-resistenza, cioè il loro organismo rispondeva meno all' ormone ma i soggetti più a rischio erano quelli in sovrappeso o

b) Acido bempedoico, nuovo farmaco anti-colesterolo

In test su oltre 2.000 pazienti è riuscito, 1cpr/die per tre mesi, in aggiunta ad un prodotto a base di

statine, ad abbassare il colesterolo LDL ("cattivo") in media del 18% (*fonte: New England Journal of Medicine, 2019*).

H) EMATOLOGIA

a) Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO): l' Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) rivede i criteri di accesso e i prezzi e l'EMA informa sul rischio di sanguinamento associato a quelli ad azione diretta Eliquis (apixaban), Pradaxa (dabigatran etexilato) e Xarelto (rivaroxaban)

I nuovi anticoagulanti orali (NAO) sono di nuova generazione, diretti perché agiscono bloccando direttamente un fattore della coagulazione. A partire dal 2013, i NAO sono ammessi alla rimborsabilità per la prevenzione dell'ictus cerebrale e dell'embolia sistemica in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV) e nella prevenzione del tromboembolismo venoso (TEV), per il trattamento della trombosi venosa profonda

(TVP), dell'embolia polmonare (EP) e loro recidive. I NAO attualmente autorizzati in Italia sono apixaban, edoxaban, e rivaroxaban, inibitori diretti del fattore Xa (ATC B01AF) e dabigatran, inibitori diretti della trombina (ATC B01AE). L'AIFA ha ridefinito i criteri per l'accesso ai trattamenti a carico dal SSN con i NAO e ha rinegoziato i prezzi con le Aziende titolari per garantire una più efficiente gestione delle risorse pubbliche. Uno

studio osservazionale ha valutato il rischio di sanguinamenti maggiori nella prevenzione della coagulazione del sangue in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare [contrazioni irregolari e rapide del cuore], rispetto ad altri

anticoagulanti orali, mostrando differenze rispetto al rischio di sanguinamenti maggiori e sollevando, inoltre, preoccupazioni sul livello di aderenza alle restrizioni, avvertenze speciali e precauzioni da seguire.

b) Lusutrombopag per la trombocitopenia grave negli adulti con epatopatia cronica che dovranno sottoporsi a procedure invasive

Spesso i pazienti con epatopatia cronica necessitano di procedure che potrebbero aumentare il rischio di sanguinamento, pertanto

questo farmaco offre una nuova alternativa terapeutica efficace e ben tollerata, nei pazienti che necessitano di procedure invasive.

c) Cablivi (caplacizumab-yhdp), prima terapia in combinazione con lo scambio plasmatico e la terapia immunosoppressiva, per la porpora trombotica trombocitopenica acquisita (aTTP)

L'FDA ha approvato il farmaco per questa rara patologia della coagulazione del sangue. La sua efficacia è stata studiata in uno *studio clinico* di

145 pazienti. Gli *effetti indesiderati* comuni sono stati sanguinamento del naso o delle gengive e mal di testa.

d) Beta-talassemia: raccomandata l'immissione in commercio di Zynteglo dal Comitato per i Medicinali per Uso umano (CHMP) dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA)

Nel corso dell'ultimo meeting, del 25-28 marzo, il primo nella nuova sede ad Amsterdam. È un farmaco orfano indicato per terapie avanzate per la malattia ereditaria rara che provoca anemia

grave, in adulti e adolescenti di età ≥ 12 anni, che necessitano di trasfusioni di sangue regolari e per i quali non ci sono donatori compatibili per un trapianto di cellule staminali.

I) EPATOLOGIA

a) Epatite da HBV: in alcuni pazienti è possibile sospendere la terapia con tenofovir disoproxil fumarato (TDF). Super-farmaci riducono il rischio di neoplasie e di morte

Un'analisi ha mostrato che durante 24 settimane di TDF, il 50% dei pazienti ha mostrato anomalie di laboratorio di grado ≥ 3 e una soppressione virale continua in un piccolo sottogruppo con epatite B HbeAg-. La sospensione della terapia a lungo termine, con analoghi nucleotidici nei pazienti HbeAg-, potrebbe essere considerata in un sottogruppo di pazienti, ma sono ancora da determinarsi fattori predittivi affidabili sulla selezione dei pazienti, sulle tempistiche, sul monitoraggio e sull'eventuale reintroduzione della terapia. La sospensione definitiva potrebbe portare ad un elevato tasso di recidiva virale, e occasionalmente, ad esiti fatali. I



dati supportano l'uso di HbsAg ed HbeAg per prevedere il tasso di successo della sospensione della terapia, ma sono necessari ulteriori studi (*Lancet Gastroenterol Hepatol online, 19/2/2019*). Ricercatori della *Sorbona* di Parigi hanno analizzato i dati di circa 10.000 pazienti con epatite C cronica, seguiti in media per circa tre anni, di cui tre quarti trattati con i nuovi farmaci. I risultati hanno mostrato che in quest'ultimi il rischio di tumori era ridotto di oltre il 30% e quello di morte prematura del 52%. Anche in un sottogruppo di circa 3000 cirrotici si sono riscontrati gli stessi effetti positivi (*fonte: Lancet, 2019*).

L) ENDOCRINOLOGIA

a) Informazione AIFA sui farmaci a base di carbimazolo o tiamazolo (metimazolo)

I medicinali a base di carbimazolo o tiamazolo (metimazolo) vengono utilizzati nella terapia dell'ipertiroidismo. Il carbimazolo è un pro-farmaco che viene rapidamente metabolizzato a tiamazolo, metabolita attivo mentre il tiamazolo, agente antitiroideo che agisce bloccando la produzione di ormoni tiroidei, può essere impiegato per la preparazione alla tiroidectomia subtotale ed alla terapia con iodio-radioattivo e quando la tiroidectomia è controindicata. In Italia

non sono autorizzati medicinali a base di carbimazolo ma sono in commercio farmaci a base di tiamazolo (metimazolo). In seguito all'assunzione di carbimazolo/tiamazolo sono stati segnalati casi di pancreatite acuta, pertanto in tali casi il trattamento va interrotto immediatamente. Il carbimazolo/tiamazolo è sospettato causare malformazioni congenite, se somministrato in gravidanza, in particolare nel primo trimestre e ad alte dosi.

M) GASTROENTEROLOGIA

A) Ustekinumab 90mg nella colite ulcerosa

La colite ulcerosa è una malattia infiammatoria cronica dell'intestino che in Italia interessa circa 130.000 pazienti, dei circa 250.000 colpiti da malattie infiammatorie croniche intestinali. Lo studio di fase III *Unifi*, ha dimostrato che il farmaco ustekinumab 90mg, già usato per il morbo di Crohn, fa mantenere uno stato di remissione clinica, a 12 mesi, in adulti con colite

ulcerosa moderata-grave, da assumere con iniezioni sottocutanee ogni 8 o 12 settimane, entro 44 settimane, precisamente nel 44% dei pazienti che hanno ricevuto la terapia ogni 8 settimane e nel 38% di quelli che l'hanno ricevuta ogni 12, rispetto al 24% dei pazienti che hanno ricevuto il placebo (fonte: 14° Congresso della *European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO, 2019*).



N) GERIATRIA

a) Il 70% degli anziani non sono aderenti alle terapie croniche

Negli USA la mancata aderenza causa sprechi per circa 100 miliardi di dollari/anno, in U.E. si stimano 194.500 decessi e 125 miliardi €/anno per i costi dei ricoveri dovuti a questa problematica. La perdita economica cumulativa dovuta alle malattie croniche ammonterà a oltre 47 trilioni di dollari nel prossimo ventennio, il 75% del prodotto lordo globale del 2010. A ciò contribuiscono anche le patologie mentali, che da sole valgono 16,1 trilioni, e il 63% di tutte le morti a livello globale è legato alle malattie croniche, come cardiovascolari, oncologiche, respiratorie, depressione, osteoporosi, artrosi, artrite reumatoide, glaucoma e diabete. In Italia il 50% degli anziani (6.800.000), soffre di almeno una

malattia cronica e la gestione della cronicità assorbe il 70% della spesa pubblica socio-sanitaria ma secondo l'O.M.S. solo la metà assume i farmaci in modo corretto, l'11% degli > 65 (circa 1,5 mln in Italia) deve assumere ogni giorno 10 o più farmaci. In particolare in Italia, solo il 57,7% dei pazienti aderisce ai trattamenti antipertensivi, il 63,4% alle terapie per la cura del diabete, il 40,3% alle cure antidepressive, il 13,4% ai farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie e il 52,1% alle cure contro l'osteoporosi. Per sensibilizzare è stato depositato un disegno di legge che prevede l'istituzione, il 12 aprile, della "Giornata nazionale dell'aderenza alle terapie".

b) Lamivudina, farmaco anti-HIV, attivo nei topi anche nei disturbi associati all'età

Ricercatori della *Brown University*, della *New York University*, dell'*Università di Rochester*, dell'*Université de Montréal*, della Facoltà di Medicina dell'*Università della Virginia* e ricercatori

italiani di Bologna hanno constatato che la lamivudina, dopo due settimane di trattamento riduce, nei topi, significativamente l'infiammazione legata all'età bloccando l'attività di una particolare

classe di retro-trasposoni delle cellule (la L1), che compongono sequenze di DNA che possono replicarsi e spostarsi in altri luoghi del



corpo. È un risultato interessante per il trattamento di disturbi associati all'età, tra cui il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson ma anche la degenerazione maculare, l'artrite e il diabete tipo 2 (*fonte: Nature, 2019*)

O) GINECOLOGIA

a) Gioielli (anelli, collane, orecchini, orologi da polso) contraccettivi con l'ormone levonorgestrel integrati

L'Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale (USAID) sta studiando, in maiali e ratti senza pelo, la somministrazione di ormoni contraccettivi, contenuti in "cerotti" applicati su porzioni di gioielli a contatto con la pelle, in modo

da consentirne l'assorbimento. Se i test sull'uomo daranno risultati positivi, questa tecnica potrebbe essere utilizzata anche per somministrare altri medicinali (*fonte: Journal of Controlled Release, 2019*).

P) INFETTIVOLOGIA

a) HIV: Cabotegravir e rilpivirina riducono la terapia da 365 a 12 giorni

I dati completi a 48 settimane degli studi di fase III Atlas (Antiretroviral Therapy as Long-Acting Suppression) e Flair (First Long-Acting Injectable Regimen) hanno mostrato che Cabotegravir e Rilpivirina, iniettati ogni quattro settimane, risultano paragonabili a una terapia a tre farmaci/die nel mantenere la soppressione virale in adulti con infezione da Hiv-1. Se approvato (le

richieste di registrazione alle autorità regolatorie saranno presentate entro l'anno), questo regime a due farmaci darebbe un mese di intervallo tra ogni dose di terapia antiretrovirale, con la riduzione del numero di giorni del trattamento da 365 a 12 (*fonte: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, CROI, Seattle, Washington, 08/03/2019*).

b) Influenza: terapia con la molecola JNJ4796 sosia degli anticorpi

Un team internazionale coordinato dallo *Scripps Research Institute* di La Jolla (California) ha scoperto molecole che imitano il meccanismo d'azione degli anticorpi umani neutralizzanti ad ampio spettro (bnAbs), cioè speciali anticorpi capaci di riconoscere una struttura comune a vari tipi di virus, il "gambo" della proteina superficiale emoagglutinina. Essi sono stati utilizzati per allestire dei vaccini antinfluenzali universali, che però non sono di facile somministrazione mentre le piccole molecole "sosia", viceversa, possono essere assunte per via orale. Tra 500.000

molecole candidate, una è risultata capace di riconoscere un ampio spettro di virus influenzali, legandosi alla regione specifica del gambo dell'emoagglutinina CR6261. Perfezionata da un punto di vista chimico, la molecola "sosia" JNJ4796 somministrata per via orale ai topi, ha protetto contro dosi letali del virus H1N1, aumentando in modo significativo la sopravvivenza durante l'esposizione prolungata ed è riuscita a neutralizzare l'infezione virale in cellule umane dell'epitelio bronchiale coltivate in provetta (*fonte: Science, 2019*).

Q) MALATTIE METABOLICHE

a) Palyzinq (pegvaliase) per la fenilchetonuria

La fenilchetonuria è una rara malattia metabolica ereditaria che comporta la mancanza dell'enzima che scomponde la fenilalanina, un aminoacido contenuto nella maggior parte degli alimenti con proteine che, di conseguenza, può accumularsi nel sangue, causando danni al cervello e nel sistema nervoso con disturbi neurologici e psichiatrici, tra cui disabilità intellettiva, ansia, depressione e disfunzione neuro-cognitiva. Finora i pazienti dovevano seguire per tutta la vita una dieta rigida, a basso contenuto di alimenti contenenti fenilalanina (come carne, pesce, uova, noci, legumi e mais) per ridurne l'assunzione. Nell'U.E.,

finora, era autorizzato solo un trattamento. Il Comitato per i Medicinali per Uso umano dell'EMA (CHMP), nel corso del meeting di febbraio, ha raccomandato l'autorizzazione all'immissione in commercio per Palyzinq (pegvaliase, pegilato ricombinante di fenilalanina ammoniaca liasi, un enzima che scinde la fenilalanina e ne blocca l'accumulo), indicato nei pazienti di età ≥ 16 anni con livelli di fenilalanina nel sangue $> 600 \mu\text{mol/l}$ nonostante la precedente terapia. Gli *effetti indesiderati* più comuni sono stati artralgie e reazioni al sito dell'iniezione tra cui eritema ed eruzione cutanea.

R) MEDICINA INTERNA

a) Triptorelina nella disforia di genere (D.G.) in bambini e adolescenti: perplessità mediche e giuridiche

La D.G. è la patologia per cui non ci si riconosce nel sesso di nascita. La *Gazzetta Ufficiale* del 2 marzo riferisce che con la Determina del 25/2/2019 la molecola triptorelina, che "sospende" la pubertà, è erogabile a totale carico del S.S.N., in casi selezionati di D. G., con diagnosi confermata da una équipe multidisciplinare specialistica e dopo che l'assistenza psicologica, psicoterapeutica e psichiatrica non siano state risolutive. Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) non ha liberalizzato il suo uso ma raccomanda di usarlo solo in casi molto circoscritti, con una valutazione caso per caso, chiedendo ad AIFA una determinazione di alcune condizioni etiche indispensabili tra cui la

presenza di una profonda sofferenza dei ragazzi con psicopatologie psichiatriche e che giungono al rischio di comportamenti autolesionistici e/o tentativi di suicidio, a causa dello sviluppo del corpo nella direzione non desiderata, ove le loro condizioni patologiche non siano altrimenti trattabili. Dal punto di vista giuridico restano i dubbi sul consenso al suo uso a causa della scarsa consapevolezza di adolescenti e pre-adolescenti circa le proprie potenzialità procreative e sulla garanzia che il consenso di un pre-adolescente sia libero e volontario.



S) NEUROLOGIA

a) Approvato il primo equivalente di Sabril (vigabatrin) per le crisi epilettiche

L'FDA lo ha approvato come terapia aggiuntiva per le crisi parziali complesse, in età ≥ 10 anni refrattari ad altri farmaci.



Gli *effetti indesiderati* più comuni comprendono capogiri, affaticamento, sonnolenza, nistagmo, tremori, coordinazione

anormale, stato confusionale, diplopia [visione doppia], visione offuscata, alterazione della memoria, aumento di peso, artralgie, infezioni del tratto respiratorio superiore e aggressività. Tra gli *effetti collaterali gravi* perdita permanente della vista e rischio di pensieri o azioni suicidari.

b) Anti-ipertensivo potrebbe rimuovere i ricordi traumatici

Secondo uno studio dell'*Università di Scienza e Tecnologia* in Cina, su 59 maschi volontari, un inibitore dell'ormone angiotensina aiuta a disimparare la paura di un certo stimolo (ad es. la vista di qualcosa che riconduce a brutti ricordi), cioè disinnescando quel meccanismo del ricordo traumatico che porta le persone traumatizzate a

rivivere continuamente il proprio incubo. Si tratta di un approccio promettente per chi soffre di sindrome da stress post-traumatico, ad es. militari o vittime di incidenti o aggressioni. Attualmente alla *George Washington University* a Washington DC è in corso uno studio clinico con lo stesso farmaco (*fonte: New Scientist, 2019*).

c) Epilessia: testata su topi mini capsula blocca - crisi

Studiosi dall'*Università* di Ferrara, dell'*Università Vita-Salute del San Raffaele* di Milano, della svedese di *Lund* e della statunitense *Gloriana Therapeutic* hanno testato nei topi una mini capsula in grado di produrre e rilasciare nell'ippocampo una sostanza, il fattore GDNF (Glial cell line-derived neurotrophic factor), capace

di ripristinare l'attività fisiologica delle cellule malate con una rapida e progressiva riduzione delle crisi epilettiche, meno 75%, in due settimane, e meno 93% in due mesi; riduzione significativa dei sintomi legati allo stress e miglioramento delle capacità cognitive (*fonte: Journal of Neuroscience, 2019*).

d) Spravato (esketamina) spray nasale per la depressione resistente (DR)

Nella DM non c'è risposta ad almeno due precedenti trattamenti. L'FDA ha approvato, in combinazione con un antidepressivo orale, un farmaco a base di esketamina, un enantiomero della ketamina, valutato in tre studi clinici, a breve

termine e in uno a lungo termine. Gli **effetti indesiderati** più comuni sono stati dissociazione, vertigini, nausea, sedazione, ipoestesia, ansia, letargia, aumento della pressione, vomito e senso di ubriachezza con aumentato rischio di effetti avversi cardiovascolari o cerebrovascolari.

e) Farmaco anti-fumo contro epilessia e dolore

Ricercatori del *Janelia Research Campus dell'Howard Hughes Medical Institute* hanno constatato che un farmaco, studiato per smettere di fumare, è risultato in grado di attivare o disattivare i neuroni e quindi per curare malattia

fra cui l'epilessia e il dolore. Il sistema è basato su tecniche di chemogenetica, cioè la selezione computerizzata di molecole, collegate poi dai ricercatori a marcatori biologici (*fonte: Science, 2019*).

f) Sclerosi multipla: Mayzent (siponimod) cpr approvato dall'FDA nelle forme recidivanti, nella sindrome clinicamente isolata, nella malattia recidivante-remittente e nell'attiva secondaria progressiva (SPMS)

La sua efficacia è stata dimostrata in uno studio su 1.651 pazienti con SPMS, con progressione della disabilità nei due anni precedenti e nessuna recidiva nei tre mesi precedenti l'arruolamento, in confronto con placebo. Può aumentare il rischio di

infezioni, edema maculare, diminuzioni transitorie della frequenza cardiaca e declino della funzionalità polmonare. Le reazioni avverse più comuni includono aumenti nei test di funzionalità epatica, cefalea e ipotensione.

g) Montelukast (anti-asmatico) per l'ischemia cerebrale

Montelukast è un antiasmatico antagonista del recettore di tipo 1 per i cisteinil-leucotrieni, importanti mediatori chimici, coinvolti nel processo infiammatorio e nell'immunità. Uno studio aveva mostrato che fosse in grado di ripristinare la neurogenesi ippocampale, invertendo l'invecchiamento cerebrale e la perdita delle funzioni cognitive in vivo. Un gruppo di ricercatori internazionali ha individuato la possibilità di utilizzarlo per il trattamento dell'ischemia cerebrale, una patologia ancora senza una terapia adeguata, in quanto stimola il ripristino della connettività cerebrale, promuovendo la maturazione delle cellule simil-



staminali ancora presenti nel cervello adulto (i precursori oligodendrocitari) in cellule mature produttrici di mielina, la sostanza isolante che, avvolgendo i prolungamenti nervosi, permette la trasmissione di messaggi tra le cellule. Oltre a contenere l'evoluzione del danno nelle fasi post-insulto ischemico, è in grado, nella fase cronica di rimodellamento tissutale post-ischemico, di attivare il processo di riparazione delle fibre nervose danneggiate. Queste evidenze sono state ottenute, nei topi, mediante l'elettrofisiologia in vivo e la trattografia, che visualizza il tracciato delle fibre nervose (fonte: *Pharmacological Research, 2019*).

T) ODONTOIATRIA

a) I collutori modificano la popolazione di batteri presenti nel cavo orale (macrobiota)

Uno studio condotto nel *Baylor College of Medicine* (Houston, Texas) su 26 individui nei quali la pressione è stata controllata a ripetizione per 14 giorni durante e dopo l'uso del collutorio antibatterico clorexidina, per due volte/die per sette giorni, impoverisce la



bocca dai batteri che trasformano i nitrati presenti nel cibo (ad es. quelli buoni di frutta e verdura) in ossido nitrico (NO), con un temporaneo aumento della pressione del sangue. Poiché molti casi di ipertensione non sono ben gestiti, lo studio suggerisce che agendo sulle concentrazioni di NO si potrebbero sviluppare nuove strategie anti-ipertensive (fonte: *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, ANSA, 2019*)

b) Gengiviti prodotte da farmaci

Studi recenti e una nuova classificazione delle malattie parodontali hanno mostrato che alcuni farmaci di uso comune, come gli antiepilettici fenitoina e sodio valproato, i calcio-antagonisti anti-ipertensivi (come nifedipina, verapamil, diltiazem, amlodipina, felodipina), gli immunoregolatori, come le ciclosporine, usati nel post-trapianto e i contraccettivi orali, usati in alte dosi, possono avere, come effetto indesiderato, un aumento del volume e del sanguinamento gengivale, con effetti variabili anche nella stessa persona, a seconda dell'età o del cambio di abitudini, come l'aumento o la cessazione del fumo e una più o meno accurata igiene orale che,

in base a meccanismi diversi, favorisce l'accumulo di placca batterica sulla superficie dentale vicino alla gengiva che, a sua volta, ne causa l'infiammazione. Se si assumono questi farmaci, bisogna quindi informare il dentista e, in caso di necessità, recarsi da un parodontologo per una visita di controllo. Nella maggior parte dei casi basta una rimozione professionale della placca e del tartaro, associata ad una correzione delle manovre di igiene orale a casa. Nei casi più gravi va valutata la sostituzione della terapia farmacologica.



U) OFTALMOLOGIA

a) Ranibizumab (Lucentis®) 10mg/ml - soluzione iniettabile- uso intravitreo - 1 siringa preriempita 0,165 ml: confezionamento e lingua francese

L'AIFA informa che, con determina del 28/01/2019, accertato il rischio di carenza per il farmaco, ha autorizzato il suo utilizzo con

confezionamento e lingua francese al fine di consentire l'approvvigionamento agli Assessorati alla Sanità.

b) Nota AIFA su Ozurdex® 700 µgr impianto intravitreale (desametasone)

Nell'ottobre 2018 alcuni lotti del farmaco sono stati ritirati, a causa del potenziale rischio di impianto all'interno dell'occhio di una particella di

silicone proveniente dal manicotto dell'ago, durante la somministrazione. L'Agenzia Italiana del Farmaco informa che il mercato è stato rifornito con nuove scorte di medicinale.

c) Terapia genica contro la degenerazione maculare legata all'età (AMD)

Dal 2016 esiste una terapia genica per migliorare la vista nel coroideremia, un raro disturbo, quando all'*Oxford Eye Hospital* venne utilizzata una singola iniezione. Nel 2017 al londinese *Moorfields Eye Hospital* due pazienti con AMD, la forma più comune di cecità nel mondo occidentale,



hanno recuperato la vista con l'impianto di cellule staminali nella zona danneggiata, nella parte posteriore dell'occhio. Nell'AMD col progredire dell'invecchiamento i geni responsabili delle difese naturali dell'occhio iniziano a funzionare male e a distruggere le cellule nella macula (la parte centrale della

retina), portando alla perdita visiva. All' *Oxford Eye Hospital* è stato svolto, in anestesia locale, su una ottantenne, il primo trattamento mirato per colpire la causa genetica dell'AMD, prima di 10 pazienti che prendono parte a una sperimentazione, che consiste nell'iniezione nel retro dell'occhio di un virus vettore, che trasporta nelle cellule un gene sintetico che produce una proteina che previene la morte cellulare, salvaguardando quindi la vista residua. Se i risultati saranno confermati sarebbe auspicabile somministrare precocemente una terapia genica, per preservare la vista in pazienti che altrimenti la perderebbero (*fonte: ANSA, 2019*).

V) ONCOLOGIA

a) Comunicazione importante dell'EMA e dell'AIFA su Lartruvo (olaratumab) per il trattamento del sarcoma avanzato dei tessuti molli

Lartruvo è stato autorizzato a novembre 2016 e si stima che nell'U.E. siano attualmente trattati circa 1.000 pazienti. L'EMA e l'AIFA informano che i risultati preliminari dello studio di fase 3 *Announce* di esso in combinazione con doxorubicina, in pazienti con sarcoma dei tessuti molli in fase avanzata o metastatica, non ha confermato il suo

beneficio clinico rispetto alla sola doxorubicina, pertanto In attesa dei risultati completi dello studio, l'EMA e l'AIFA raccomandano che a nessun nuovo paziente venga prescritto, in attesa dei risultati completi dello studio. Per i pazienti attualmente in trattamento, il medico può valutare di continuare il trattamento se il paziente mostra di trarne beneficio.

b) Trattamento con l'adroterapia (protoni e ioni carbonio colpiscono la massa tumorale con precisione, limitando gli effetti collaterali) dei tumori rari come melanomi oculari, sarcomi ossei e dei tessuti molli, carcinomi adenoido-cistici delle ghiandole salivari, condrosarcomi, cordomi e meningiomi

Cina, Germania, Giappone e Italia dispongono dell'adroterapia, raggi-bisturi che al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia sono generati da un acceleratore di particelle di 80 mt di circonferenza e 20 di diametro, simile a quelli del Cern di Ginevra per la ricerca, ma di dimensione più piccole, in grado di accelerare i fasci fino a un terzo della velocità della luce e di indirizzarli con precisione

millimetrica sulla massa tumorale grazie a un complesso sistema di magneti. È indicata per il trattamento di casi resistenti alla radioterapia ai raggi X e inoperabili di tumori rari che interessano circa 2.000 italiani/anno. Al CNAO, uno dei sei centri di adroterapia al mondo, dal 2011 a oggi sono stati trattati complessivamente 1.183 pazienti con tumore raro, 280 nel 2018 (*fonte: Atti Giornata mondiale delle malattie rare, Roma, 28 febbraio 2019*).

c) Nuove terapie (immunoterapia, anticorpi monoclonali, CAR-T o Chimeric Antigen Receptor T-cell) nelle neoplasie ematologiche

Nel 2017 in Italia sono stati diagnosticati 31.700 nuovi casi di tumori ematologici. Oggi, oltre la chemioterapia, sono disponibili gli ac. monoclonali, che colpiscono specificamente, e sono in corso di sperimentazione anticorpi con doppia specificità o coniugati a tossine;

l'immunoterapia che stimola le cellule del sistema immunitario; la CAR-T che è una tecnologia (sperimentale) in grado di riprogrammare i linfociti T in modo che possano combattere la neoplasia dall'interno.



d) Blinatumomab, I immunoterapia contro la leucemia linfoblastica acuta (Lla) approvata in U.E.

La leucemia linfoblastica acuta è un raro tumore ematologico a rapida progressione, che insorge in adulti e bambini. Il farmaco è un anticorpo bispecifico CD19-CD3 che recluta le cellule T, indicato in monoterapia per pazienti adulti con Lla

da precursori delle cellule B positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia (Ph-), in prima o seconda remissione completa con malattia residua minima $\geq 0,1\%$.

e) Informativa importante AIFA sui farmaci contenenti tiocolchicoside per via sistemica, capsule rigide e compresse orodispersibili

Per via sistemica sono indicati nel trattamento adiuvante di contratture muscolari dolorose e nelle patologie acute della colonna vertebrale a dosaggio 8 mg/die per max 5 giorni per via intramuscolare e

16mg/die fino a 7 giorni per uso orale. L'AIFA informa che è controindicato in gravidanza, durante l'allattamento o a donne potenzialmente fertili, a meno che adottino metodi contraccettivi efficaci.

f) Nuove terapie chemio-free contro il cancro alla prostata

Questa neoplasia, solo nel 2018, ha fatto registrare in Italia 35.000 nuove diagnosi. Sono in arrivo nuove terapie, su misura e chemio-free.

che promettono oltre quattro anni di vita in più rispetto alle attuali terapie standard, anche nei casi più difficili (*fonte: Atti Congresso Europeo di Urologia, EAU, Barcellona, 2019*).

g) Neuroblastoma infantile (N.I.): molecola combinata (anticorpo riconosce e si attacca alla proteina ALK sulle cellule tumorali e una tossina distrugge specificatamente queste cellule)

Il N.I. è responsabile di circa il 12% dei decessi per neoplasia nei bambini. In uno studio italo-americano la molecola combinata riconosce il tumore e lo attacca in modo mirato, senza

attaccare i tessuti sani. Lo studio ha dato buoni risultati in provetta e su modelli animali della neoplasia (*fonte: Science Translational Medicine, 2019*).

h) Ixazomib (Ninlaro®), primo inibitore orale del proteasoma orale di II generazione per il mieloma multiplo (M.M.)

Il M.M. è una rara forma di neoplasia, con oltre 26.000 nuovi casi/anno negli USA; 114.000 nuovi casi/anno nel mondo; in Italia circa 2.700 nuovi casi/anno tra le donne e 3.100 tra gli uomini (in Campania circa 300-400 casi/anno). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è passata dal 41% al 51% nell'arco temporale 1996-2011, crescendo di 10 punti percentuali in 15 anni. Finora il bortezomib, un inibitore del proteasoma per il M.M., era considerato la terapia standard di prima linea. Ixazomib viene somministrato per via orale, una volta/settimana nei giorni 1, 8 e 15 di un ciclo di 28 giorni. Nel 2014 ha ricevuto anche lo status di *Breakthrough Therapy* dalla FDA per l'amiloidosi sistemica da catene leggere recidivante o refrattaria, una malattia ultra-rara. È

un farmaco orfano e ha ottenuto l'approvazione all'immissione in commercio in U.E. in associazione con lenalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti già sottoposti ad almeno una precedente terapia. La combinazione dei tre farmaci è risultata più efficace e finora almeno uno dei prodotti doveva essere somministrato in Ospedale. Il farmaco continua ad essere studiato attraverso il programma Tourmaline con 6 studi di fase III in corso e ha arruolato ad oggi circa 3.000 pazienti in 40 nazioni. In Italia è rimborsato in pazienti che abbiano ricevuto almeno 2 precedenti linee di terapia o ad alto rischio citogenetico con una precedente linea di trattamento.

i) Cancro ovarico bloccato dagli inibitori di PARG PDD00017273

Il tumore ovarico è una delle forme più aggressive di neoplasia femminile, spesso scoperto in fase avanzata e, nella maggior parte dei casi, recidiva tra 12 e 18 mesi dal trattamento. Studiosi dell'*Università* di Manchester hanno schermato le cellule tumorali ovariche per geni specifici che, una volta eliminati, avrebbero determinato la sensibilità agli inibitori di PARG. Prima della

divisione, una cellula deve replicare il suo DNA affinché la quantità necessaria venga trasferita alle sue cellule figlie e un difetto intrinseco nella capacità di replica del DNA può essere sfruttato dal PDD00017273 per ucciderla. Questa nuova classe di farmaci potrebbe aiutare i pazienti non responder ai trattamenti standard (*fonte: Cancer Cell, 2019*).

l) Osteosarcoma: l'estratto di foglie di agave ha un effetto antitumorale



Il 50% dei farmaci antineoplastici provengono dalle piante, parzialmente o totalmente. Nel 2007 è stato condotto uno studio sul vischio come terapia di mantenimento

in pazienti senza malattia, ad alta probabilità di ricadute, e si è avuta una percentuale maggiore senza ricadute rispetto a un altro gruppo che ha praticato terapia. Da una ricerca dell'*Istituto Nazionale Tumori Regina Elena* di Roma, condotta su cellule umane in vitro, è emerso che l'estratto

di foglie di agave ha un effetto antitumorale e, nelle cellule di osteosarcoma, inibisce la vitalità e migrazione. Questo potente estratto potrebbe

essere un presidio terapeutico importante a supporto, e non in sostituzione, delle terapie tradizionali (*fonte: Cancer Letters, 2019*).

m) Atezolizumab (tecentiq) + chemioterapia con nab-paclitaxel (Abraxane), prima immunoterapia contro il cancro al seno

L'FDA (Food and Drug Administration) l'ha autorizzata nel carcinoma mammario triplo negativo non resecabile localmente avanzato o metastatico (Tnbc), Pd-L1+, elemento che si determina attraverso uno specifico test approvato dalla stessa Amministrazione. L'approvazione accelerata si basa sullo studio IMpassion130 di

fase III, che ha dimostrato come l'associazione riduce significativamente il rischio di peggioramento della malattia (Pfs) del 40% rispetto al solo nab-paclitaxel (Pfs mediana 7,4 vs 4,8 mesi) in pazienti Pd-L1 + con Tnbc che non avevano ricevuto precedente chemioterapia per metastasi.

Z) OSTETRICIA

a) Informazione AIFA su contraccettivi ormonali combinati (COC)

L'AIFA segnala un rischio leggermente più elevato di tromboembolia venosa nelle donne che utilizzano COC a base con rinosinusite di

dienogest/etinilestradiolo rispetto alle utilizzatrici di COC contenenti levonorgestrel/etinilestradiolo.

Z1) OTORINOLARINGOIATRIA

a) Dupilumab in adulti cronica grave con poliposi nasale

Questa patologia delle vie aeree superiori è determinata soprattutto da un'inflammatione di tipo 2 ed è caratterizzata da polipi che ostruiscono i seni paranasali e le cavità nasali. I sintomi comprendono grave ostruzione nasale, difficoltà a respirare, iperproduzione di muco, disgeusia [riduzione o perdita di olfatto e gusto], dolore o sensazione di pressione al volto. È una terapia biologica mirata che inibisce l'attività delle interleuchine 4 e 13 (IL-4 e IL-13), due proteine chiave che potrebbero svolgere un ruolo centrale nell'inflammatione di tipo 2. Nei pazienti con la forma grave, spesso si presentano recidive

nonostante l'intervento chirurgico e/o il trattamento con corticosteroidi sistemici. La Food and Drug Administration (FDA) ha accettato di esaminare con procedura prioritaria (*priority review*) dupilumab come trattamento aggiuntivo di mantenimento (data prevista per la decisione il 26.06.2019). Dopo la dermatite atopica e asma da moderate a gravi, è la terza patologia infiammatoria allergica di tipo 2 nella quale dupilumab ha mostrato risultati positivi in studi clinici di fase III (*fonte: Atti American Academy of Allergy, Asthma & Immunology, AAAAI, febbraio 2019*).

Z2) PNEUMOLOGIA

a) Comitato di Valutazione dei Rischi per la Farmacovigilanza dell'EMA (Agenzia europea del farmaco, PRAC) e AIFA: bloccare gli antitosse con fenspiride sciroppi o pasticche

Nell' U.E. i farmaci a base di fenspiride sono stati autorizzati tramite procedure nazionali in Bulgaria, Francia, Lettonia, Lituania, Polonia, Portogallo e Romania e sono disponibili sotto vari nomi commerciali (Elofen*, Epistat*, Eurefin*, Eurespal*, Fenspogal*, Fosidal*, Kudorp*, Pneumorel*, Pulneo*, * e *) e in passato, dopo la

loro assunzione, sono stati segnalati casi di alterazioni del ritmo cardiaco. La sospensione è una misura precauzionale per proteggere i pazienti mentre il PRAC rivaluta il rischio di prolungamento dell'intervallo QT e torsioni di punta (anomalie dell'attività elettrica del cuore che possono portare a disturbi del ritmo cardiaco).

b) Fibrosi cistica: triplice associazione VX-445 (correttore di nuova generazione), tezacaftor e ivacaftor migliora la funzionalità polmonare

Due studi di fase III, condotti su pazienti con due mutazioni F508del, con aggiunta di VX-445 alla terapia con tezacaftor e ivacaftor, hanno mostrato miglioramenti significativi della funzionalità polmonare (% del volume espiratorio max in un secondo, o



ppFEV1) e il regime a triplice associazione è stato generalmente ben tollerato. I dati finali a 24 settimane, disponibili nel secondo trimestre 2019, per entrambi i regimi, permetteranno di selezionare il migliore da sottoporre alle approvazioni regolatorie a livello globale

c) Benralizumab: anticorpo monoclonale per l'asma grave

In Italia si stimano circa 5 milioni di asmatici, di cui circa 200.000 (5%) con forma grave e talvolta gravi complicazioni, che portano ad ospedalizzazione e morte. Essendo un anticorpo monoclonale è, tecnicamente, un farmaco biologico, che agisce contro gli eosinofili, che innescano il grave processo infiammatorio, quindi colpisce un obiettivo

specifico, con un effetto clinico e antinfiammatorio potente e rapido. Questo nuovo farmaco consente di ridurre l'utilizzo dei cortisonici per os, evitando i loro effetti collaterali e con un risparmio per il S.S.N.



Z3) PSICHIATRIA

a) Zulresso (brexanolone) fl, I farmaco per la depressione post partum approvato dalla Food and Drug Administration (FDA)

Il farmaco viene somministrato in infusione e.v. continua in 60h (2,5 giorni) in una struttura certificata. La sua efficacia è stata dimostrata in

due studi clinici. Le reazioni avverse più comuni comprendono arrossamento, perdita di conoscenza, secchezza delle fauci e sonnolenza.

Z4) REUMATOLOGIA

a) Artrite reumatoide (A.R.): comunicazione dell'Agencia Europea per i Medicinali su Xeljanz (tofacitinib)

Nell'U.E, la dose autorizzata per l'A.R. e psoriasica è 5 mg x2/die mentre per il trattamento iniziale della colite ulcerosa è 10 mg x2/die. L'EMA raccomanda di non superare il dosaggio

raccomandato, nel trattamento dell'A.R., in quanto lo studio in corso A3921133 ha mostrato un aumento del rischio di coaguli di sangue nei polmoni, embolia polmonare, e decessi.

Z5) UROLOGIA

a) Informazione importante AIFA sul rischio di gangrena di Fournier (fascite necrotizzante del perineo) associato all'uso di inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i)

La gangrena di Fournier è una rara forma di fascite necrotizzante, una grave infezione dei tessuti molli che colpisce gli organi genitali esterni maschili, talvolta preceduta da infezione urogenitale o da ascesso perineale. Suoi casi sono stati associati all'uso di inibitori del SGLT2. È

necessaria una tempestiva terapia, compresi antibiotici e sbrigliamento chirurgico, in caso di forte dolore, dolorabilità, eritema o gonfiore nella zona genitale o perineale associati a febbre o malessere e, nel sospetto, interrompere la somministrazione dell'inibitore del SGLT2.

Z6) VACCINAZIONI

a) Vaccino terapeutico italiano contro l'H.I.V. associato a terapia antiretrovirale (Cart) disponibile tra qualche anno

Oggi 40 milioni di persone nel mondo convivono con l'infezione da HIV/AIDS, di cui metà senza terapia che, quasi 40 anni dopo la sua scoperta, rimane un'emergenza globale. Il virus HIV non può essere eliminato dalla Cart perché persiste, senza replicarsi, in alcune delle cellule infettate in forma di DNA virale silente (DNA provirale) costituendo un serbatoio di virus latente che rimane invisibile al sistema immunitario, inattaccabile dalla Cart e che periodicamente si riattiva e comincia a replicarsi. Quindi poiché l'interruzione della Cart determina inevitabilmente la ripresa dell'infezione, è necessario assumerla per tutta la vita. La somministrazione del vaccino terapeutico, non preventivo, Tat allestito da ricercatori del *Centro nazionale per la ricerca su Hiv/Aids* dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), a 92 pazienti in Cart in otto Centri clinici italiani si è rivelata capace di ridurre drasticamente il serbatoio di virus latente inattaccabile dalla sola Cart, con un forte calo del DNA provirale, con una velocità in media 4-7 volte maggiore di quella osservata in studi analoghi su pazienti trattati solo con Cart. Nei volontari vaccinati, inoltre, la riduzione del serbatoio di virus latente si è associata a un aumento delle cellule T Cd4+ e del rapporto delle cellule T Cd4+/Cd8+ caratteristiche riscontrate anche nei rari "post-treatment controllers patients" (P-TC), cioè in grado di controllare spontaneamente la riattivazione della replicazione virale dopo aver sospeso la terapia. Forse questa vaccinazione conferisce la

capacità di divenire P-YC, cioè di controllare il virus senza assunzione di farmaci per periodi di tempo da valutare con specifici studi clinici. Il prossimo step sarà interrompere la terapia in modo controllato per sei mesi, per verificare per quanto tempo il vaccino mantiene bassa la carica virale, cioè ad un livello che non ha conseguenze cliniche. Gli studiosi pensano a uno studio pilota su 30 pazienti vaccinati e 30 di controllo, negli stessi otto Centri e in caso di risultati positivi si avvierà la fase III di sperimentazione, su un numero più ampio di malati, probabilmente in Africa. I dati vanno interpretati con la cautela in quanto la proteina Tat è stata somministrata in pazienti in trattamento antiretrovirale, nei quali l'attività replicativa del virus risultava già bloccata dal trattamento farmacologico, che hanno continuato ad assumere per tutto il tempo dello studio; non era previsto un gruppo controllo, costituito da persone che, partendo da caratteristiche individuali, conta delle cellule CD4+ e viremia comparabili a quelle dei vaccinati, abbiano assunto lo stesso loro trattamento antiretrovirale senza ricevere Tat. Questo confronto, che andrebbe attuato su un numero maggiore di pazienti è indispensabile per determinare l'effettivo contributo di Tat nell'incrementare la riduzione dei reservoir virali rispetto alla sola terapia antiretrovirale (*fonte: Frontiers in Immunology, 2019*).



b) Vaccino anti-Ebola virus Zaire (ZEBOV):

risposta anticorpale ad una singola dose stabile a due anni

Uno studio svizzero su 217 soggetti dell'*Ospedale Universitario* di Ginevra, in tre diverse zone geografiche, con risultati simili, ha mostrato che la risposta anticorpale ad una singola dose di un vaccino anti-Ebola virus Zaire (ZEBOV) persiste per due anni dopo la somministrazione, senza

riduzione significativa dei titoli anticorpali anche se non è noto se servirebbe una dose di richiamo e il suo comportamento in gravidanza e negli immunocompromessi (*fonte: Lancet Infect Dis online, 04/4/2018*).

c) Un vaccino contro l'allergia alle arachidi

Ricercatori dell'*Università* del Michigan Ahanno sviluppato uno spray nasale "vaccinale" testandolo su ratti e i risultati hanno dimostrato che tre dosi mensili potrebbero in pratica riprogrammare il

sistema immunitario e proteggere dalle reazioni allergiche alle arachidi anche se l'allergia è già presente (*fonte: J Allergy Clin Immunol online*, 13/3/2018).

Z7) TRAPIANTI

a) Informazione importante AIFA su carenza Nulojix (belatacept) 250mg polvere per concentrato per soluzione per infusione

Belatacept è una proteina di fusione prodotta con tecnologia del DNA ricombinante, in cellule ovariche di criceto cinese. In combinazione con corticosteroidi, acido micofenolico (MPA) e un antagonista del recettore dell'interleuchina IL-2, è indicato per la profilassi del rigetto del trapianto, per la terapia d'induzione a dosaggio basato sul peso corporeo del paziente (kg). L'Agenzia

Italiana del Farmaco informa che dall'11 marzo 2019 a settembre 2020, vista la temporanea carenza del farmaco potrà essere prescritto a nuovi pazienti a condizione che sia la migliore scelta terapeutica; che la Casa produttrice confermi che le scorte siano sufficienti per i pazienti già in trattamento e per i nuovi, dopo essere stata contattata dal Centro Trapianti

[torna all'indice](#)

Novità in Medicina XII parte

Di Stefano Pellicanò

A) CARDIOLOGIA

a) Ictus e acido folico

Ricercatori del *Chinese Stroke Primary Prevention Trial* hanno valutato l'associazione tra bassi livelli basali di piastrine e alti dell'aminoacido omocisteina in oltre 10mila ipertesi, di 45 - 75 anni, che non avevano mai avuto malattie cardiovascolari. Di questi, 5.408 hanno assunto una compressa/die di enalapril e 0,8 mg di acido folico (gruppo A) e 5.381 solo enalapril (gruppo B). In un follow-up di



oltre 4,2 a anni si sono verificati 371 ictus, 210 nel gruppo B e 161 nel gruppo A. Il sottogruppo con iniziali bassi livelli di piastrine e alti di omocisteina ha mostrato rischio più elevato di ictus durante il follow-up, rischio ridotto del 73% con l'acido folico, anche se quest'ultimo non ha avuto effetti nei casi di alti livelli di piastrine e bassi livelli di omocisteina. Ulteriori studi sono necessari a conferma (*fonte: Journal of the American College of Cardiology, 2018*).

b) Endocardite infettiva, conseguenza dell'epidemia di oppioidi

Secondo uno studio dell'*Università del North Carolina* alcuni esperti ipotizzano che è dovuta a stafilococchi e streptococchi cutanei che

penetrano nel flusso ematico con la droga (*Ann Intern Med* online 4/12/2018).

c) Rischi per il cuore da alti livelli di testosterone

Il testosterone è l'ormone maschile a cui è legato, tra l'altro, il desiderio sessuale. Diversi studi hanno stabilito un'associazione con malattie cardiache e ictus, ma non era stato chiarito un legame causa/effetto. Un team di ricerca internazionale, guidato da ricercatori della *City University* di Londra e dell'*Università* di Hong Kong, ha analizzato le varianti genetiche che predicono i livelli di testosterone in quasi 400.000 uomini e donne tra di 40 - 75 anni. Negli uomini il testosterone endogeno è risultato associato a un

più alto rischio di tromboembolia [coaguli di sangue], insufficienza cardiaca e infarto, viceversa nelle donne, in cui è presente anche a livelli più bassi. Questi risultati possono avere implicazioni per chi assume integratori di testosterone, per aumentare energia e desiderio sessuale. Il prossimo obiettivo sarà valutare se farmaci che riducono i suoi livelli proteggono contro le patologie cardiovascolari (*fonte: British Medical Journal, 2019*).



B) CHIRURGIA

a) Ricostruita tramite microchirurgia la mandibola da una tibia in un uomo con neoplasia

La microchirurgia richiede un lavoro su superfici molto ristrette e l'uso di speciali microscopi operatori, applicati all'area del volto, consente ai pazienti di riprendere subito le funzionalità e mantenere una buona qualità della vita ripristinando l'estetica dei tessuti affetti da

tumore. Presso il I Policlinico napoletano dell'*Università della Campania "Luigi Vanvitelli"* è stato asportato un carcinoma squamoso e ricostruita al computer la mandibola di un 53enne utilizzando parte della tibia.

b) Nuovi interventi dopo il fallimento della chirurgia antireflusso gastroesofageo refrattario

È stato condotto uno studio sulle esperienze relative a risultati a lungo termine e complicazioni su un campione retrospettivo di 56 pazienti di secondi interventi per grandi ernie iatali sintomatiche recidivanti e disfagia. È stato scelto un approccio a cielo aperto nel 64,5% dei pazienti, con un tasso di complicazioni intra-operatorie e post-operatorie rispettivamente del 18% e del 14,3%, ed una mortalità dell'1,8%. L'esito sintomatico è risultato positivo nel 71,4% dei casi. I pazienti operati per



disfagia o grandi ernie iatali hanno mostrato un tasso di fallimento significativamente più elevato, mentre il tasso di complicazioni è risultato significativamente inferiore nei pazienti trattati laparoscopicamente, approccio diffuso sino all'83,3% dei casi negli ultimi 5 anni. Gli esiti sintomatici, a seguito degli interventi secondari, sono stati dunque meno soddisfacenti, rispetto a quelli dell'intervento primario, e l'impiego di un approccio minimamente invasivo ha ridotto il tasso di complicazioni (*Am Surg*. 2018; 84: 1819-24).

C) DERMATOLOGIA

a) Efficacia delle terapie per le occhiaie scure

Dai risultati di uno studio su 45 donne con iperpigmentazione periorbitale è emerso che non esistono differenze significative fra carbossiterapia, peeling chimico e mesoterapia, a diverso meccanismo d'azione, in termini di miglioramento della pigmentazione, o di grado di soddisfazione della paziente, ma quelle trattate con mesoterapia hanno un maggior grado di sensazione di bruciore rispetto agli altri gruppi e

un significativo miglioramento nella pigmentazione e nel grado di soddisfazione rispetto a quelle trattate con carbossiterapia (fonte: *Cosmet Dermatol online 2018*).



D) DIABETOLOGIA

a) IQcast, "sentinella digitale" dell'ipoglicemia

IQcast è una nuova funzione che potenzia l'app SugarIQ, l'assistente personale dei diabetici, che utilizza l'intelligenza artificiale. IQcast analizza, tra l'altro, il livello di glucosio, l'insulina assunta, i

pasti effettuati e i precedenti eventi ipoglicemici, per stimare il livello di probabilità (bassa, media o alta) di ipoglicemia entro le 4^h successive.

b) Glicemia, dolcificanti e flora batterica intestinale; smog e diabete di tipo 2

Da uno studio dell'*Università* australiana di Adelaide, i dolcificanti ipocalorici sembrano influire negativamente su assorbimento del glucosio e glicemia, danneggiando la flora batterica intestinale, a favore di batteri patogeni, pertanto potrebbero risultare dannosi in associazione con gli ipoglicemizzanti (fonte: *European Association for the Study of Diabetes, 2018*). Ricercatori della *Washington University* di Saint Louis hanno

analizzato i dati di 1,7 milioni di persone, seguite in media per 8,5 anni, confrontando le loro condizioni di salute con i tassi di inquinamento. I risultati hanno evidenziato una forte correlazione tra inquinamento e diabete, infatti circa il 21% degli esposti ad un livello di smog 5 - 10 µgr per m³ ha sviluppato la malattia mentre per quelli tra 12 e 14 la percentuale è risultata del 24 % (fonte: *Lancet Planetary Health, 2018*).

c) Diabete e gravi malattie mentali

Da uno studio dell'*Università* di S. Francisco, su 15mila pazienti con gravi malattie mentali, è emerso che il 28,1% aveva il diabete vs il 12,2 della popolazione generale e, tra le minoranze etniche, il 36,9% riguardava gli ispanici, il 36,3% gli afroamericani e il 30,7% gli asiatici, ipotizzando che i farmaci antipsicotici, prescritti per la schizofrenia o il disturbo bipolare, possono far aumentare il peso corporeo, influire

sui livelli di colesterolo e la resistenza all'insulina. Inoltre questi pazienti si trovano spesso in condizioni economiche precarie, con poco cibo e situazioni abitative instabili, oltre allo stress del razzismo, tutti fattori che aumentano il rischio di prediabete o di diabete. Sarebbe quindi necessario monitorare tutti i pazienti con gravi malattie mentali anche per il prediabete (fonte: *Diabetes care, 2018*).

d) Elevati livelli di emoglobina glicata (HbA1c) e aumentato rischio di ictus

Commentato [P1]:

Ricercatori dell'*Università* australiana di Melbourne hanno considerato 29 studi osservazionali su oltre 532mila soggetti suddivisi in tre categorie: diabetici, con HbA1c \leq a 6,5%, pre-diabetici, con HbA1C compresa tra 5,7% e 6,5% e non-diabetici, con HbA1c $<$ a 5,7%. I risultati dello studio hanno mostrato che gli adulti con alta

HbA1c avevano un rischio significativamente aumentato di ictus, rispetto a quelli con HbA1c $<$ a 5,7%, e per ogni suo incremento di punto percentuale in questo gruppo, ci sarebbe stato un aumento del rischio di episodio di ictus del 17% (fonte: *Journal of the American Heart Association, 2018*).

e) Effetto dei lamponi nel pre-diabete

Ai soggetti a rischio di diabete viene spesso consigliato di non mangiare frutta, a causa del contenuto zuccherino, tuttavia alcuni frutti, come i lamponi, forniscono micronutrienti essenziali e antociani, ellagitannini e fibre con azioni anti-diabete. Una ricerca dell'*Illinois Institute of Technology* è stata condotta su 32 adulti di 20 - 60 anni, a rischio di diabete in sovrappeso o obeso e che avevano prediabete e resistenza all'insulina e un gruppo di controllo metabolicamente sano, sui quali sono stati effettuati prelievi ematici nell'arco di 24^h dopo la colazione in tre giorni distinti. I tre primi pasti



Una ricerca dell'*Illinois Institute of Technology* è stata condotta su 32 adulti di 20 - 60 anni, a rischio di diabete in sovrappeso o obeso e

della giornata erano simili in calorie e macronutrienti, ma differivano nella quantità di lamponi rossi surgelati: uno non ne prevedeva, uno ne prevedeva una tazza e un altro due. I risultati hanno evidenziato che aumentando la quantità dei lamponi introdotti, chi era a rischio di diabete necessitava di meno insulina e, quando sono stati inclusi nel pasto due tazze di lamponi, le concentrazioni di glucosio erano inferiori rispetto agli altri pasti, effetti particolarmente importanti nei soggetti in sovrappeso o obesi con pre-diabete (fonte: *Obesity, 2019*).

f) Il diabete incrementa il rischio di mal di schiena del 35% e di carcinoma epatocellulare e mortalità nell'Epatite B cronica

Il diabete è una patologia cronica che si stima interessa oltre 425 milioni di pazienti nel mondo, 52 milioni in U.E., 5 milioni in Italia (considerando anche chi non sa di averlo) mentre il mal di schiena colpisce milioni di persone in tutto il mondo ma secondo ricercatori dell'*Università* di Sydney il diabetico ha il 35 % di probabilità maggiore di soffrire di lombalgia e del 24% di dolore al collo probabilmente perchè condividono le stesse pre-condizioni, come il peso eccessivo e

la scarsa attività fisica. Sarebbe pertanto necessario uno screening per individuare la presenza di diabete in pazienti che lamentano dolore al collo o lombalgia (fonte: *Plos One, 2019*). Un recente studio su 2.966 pazienti con epatite B cronica e diabete di nuova diagnosi ha evidenziato che il diabete potrebbe essere un fattore di rischio di carcinoma epatocellulare nei pazienti con epatite B cronica, ed influenzare la mortalità complessiva nei pazienti diabetici (fonte: *J Viral Hepatol online, 9/2/2019*).

g) Terapie per il diabete nel prossimo quinquennio

Gli scenari futuri nella terapia del diabete che, entro cinque anni diventeranno realtà, comprendono: il pancreas artificiale autonomo in grado di rilasciare insulina e altri ormoni che regolano la glicemia, come il glucagone; le cellule

staminali, cioè riprogrammate per differenziarsi in cellule che producono insulina e impiantate senza l'utilizzo di immunosoppressione (entrambi disponibili per piccoli gruppi di diabetici insulino-dipendenti per limiti di sostenibilità con priorità

per alcuni malati); il trapianto di isole pancreatiche che comporta due grandi limiti rappresentati dal numero di donatori (gli organi da cadavere sono pochi e serve un sistema laborioso per estrarre le cellule) e dalla necessità di fare terapie immunosoppressive, con i rischi conseguenti; la terapia genica, con i primi studi di fase I, relativi alla sicurezza, in attesa di quelli che ne valuteranno l'efficacia; lo sviluppo di sistemi legati soprattutto alle nanoscienze, con tecnologie estremamente miniaturizzate, per avere delle insuline intelligenti che, assemblate all'interno di nanostrutture, siano in grado di avere un sensore al loro interno e di rilasciare il principio attivo in funzione della registrazione diretta dello

zucchero nel sangue, ancora in fase molto sperimentale. Quanto invece alle nuove tecnologie, che oggi permettono la misurazione della glicemia in maniera precisa con strumenti miniaturizzati e indossabili, fino a chip sottocute, microinfusori che rilasciano insulina e algoritmi di precisione permangono dei limiti intrinseci che però hanno margini di miglioramento grazie all'applicazione di algoritmi personalizzati e intelligenza artificiale, che potrebbero portare ad esempio al rilascio dell'insulina ma anche del glucagone (*Atti Congresso internazionale ATTD, Berlino, 2019*).

h) Diabete tipo 2: nei topi diabetici la proteina GSK3 fa degenerare le isole di Langerhans

La concentrazione di glucosio nel sangue è regolata da sensori, all'interno del pancreas, attraverso la produzione dell'insulina. Il diabete di tipo 2 è caratterizzato dalla perdita progressiva della funzionalità delle isole di Langerhans, che diventano incapaci di produrre l'ormone e da un'insoddisfacente risposta di vari organi periferici, come fegato e muscoli a prelevare il glucosio dal sangue, limitando di conseguenza l'innalzamento della glicemia. Un qualsiasi difetto in questo sistema di regolazione causa il diabete.

È stata identificata la proteina GSK3 come responsabile della degenerazione funzionale delle isole di Langerhans, attivata da alte concentrazioni di glucosio ematiche e se non si attiva blocca la produzione di insulina. Inibendola farmacologicamente viene ripristinata la produzione di insulina e la funzionalità delle isole di Langerhans in topi diabetici (*fonte: Cell Metabolism, 2019*).



E) GASTROENTEROLOGIA

a) Obesità e reflusso: gastrectomia e fundoplicatio (riparazione dell'ernia) in unica soluzione

15 pazienti con reflusso sottoposti a gastrectomia a manicotto con concomitante fundoplicatio, sono stati confrontati con 23 pazienti senza reflusso trattati con gastrectomia a manicotto. I pazienti del secondo gruppo hanno sviluppato reflusso ex novo, LES ipotensivo ed esofagite mentre quelli del primo gruppo hanno dimostrato



miglioramenti nel monitoraggio del pH esofageo e nella manometria a distanza di tre mesi. Con l'intervento combinato si osservano buoni risultati a breve termine, sia per quanto riguarda la risoluzione del reflusso che la perdita di peso, ma quelli a lungo termine sono scoraggianti, poiché nel 53,3% dei casi è richiesta la revisione chirurgica (*fonte: Arq Bras Cir Dig. 2017; 30: 216*).

b) Malattie infiammatorie intestinali e aumento del rischio di disfunzioni sessuali

Secondo una meta-analisi di 8 studi effettuata nella *Guangzhou Medical University*, giovani con malattie infiammatorie intestinali presentano un significativo incremento del rischio di disfunzioni sessuali, la cui etiologia potrebbe essere multifattoriale e comprendere fattori correlati alla

natura della malattia o psicosociali, disturbi del pavimento pelvico, percezioni dell'immagine corporea, farmaci, ipogonadismo ed interventi chirurgici (*fonte: Inflamm Bowel Dis online 9/12/2018*).

F) GENETICA

a) Aggressività: individuati 40 geni

Studiosi dell'Università di Barcellona hanno identificato una base genetica comune a uomini e topi per il comportamento violento. I ricercatori hanno trovato nei topi da laboratorio che RBFOX1, ad es., regola l'espressione di quindici dei quaranta geni identificati con una base genetica

condivisa tra l'aggressività nei bambini e negli adulti, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività e l'aggressività negli adulti e nella depressione maggiore (fonte: *Molecular Psychiatry*, 2018).

b) Cambiamenti genetici nel gene MAP2K3 e super memoria

Secondo ricercatori del *Translational Genomics Research Institute* e della *Northwestern University*, individui di età ≥ 80 anni che hanno ottenuto, nei test di memoria, valori \geq alla media in 50 - 65 anni hanno meno atrofia cerebrale e cambiamenti patologici associati all'Alzheimer,

scoprendo cambiamenti genetici nel gene MAP2K3. Se si arriverà agli inibitori di questo gene sarà possibile potenziare le capacità cognitive nell'Alzheimer (fonte: *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2018).

c) Il successo è anche su base genetica e la longevità è favorita anche dalla testardaggine

Un'analisi, su 20.000 persone tra USA, Gran Bretagna e Nuova Zelanda, della statunitense *Duke University*, ha individuato geni che intervengono nella scalata sociale tradotti in un punteggio dimostrando che le persone con il punteggio più alto sono quelle con maggiore successo, indipendentemente dallo stato sociale (fonte: *Pnas*, 2018). Ricercatori italiani,

statunitensi e svizzeri hanno analizzato lo stato fisico-mentale di 29 persone di 90 - 101 anni provenienti da nove piccole città del Cilento, zona ad alta densità di "grandi anziani". È emerso che le caratteristiche uniche, associate ad una migliore salute mentale, sono la positività, l'etica del lavoro, uno stretto legame con la famiglia, la religione, il proprio territorio e anche una certa

testardaggine (fonte: *International Psychogeriatrics*, 2019).

G) GINECOLOGIA

a) Endometriosi e consumo di troppa carne rossa



L'endometriosi interessa in Italia circa tre milioni di donne ed è caratterizzata da dolore pelvico, mestruazioni molto dolorose, disturbi gastrointestinali o urinari durante il ciclo e riduzione della fertilità fino alla sterilità nel 30-40%. Ricercatori dello statunitense *Fred Hutchinson Cancer Research Center* hanno analizzato i dati relativi a 81.908 donne non in menopausa tra il 1991 e il 2013 con la

compilazione quadriennale anche di un questionario dietologico e monitorato casi di endometriosi confermati chirurgicamente. È emerso che, consumando carne rossa due volte/die, il rischio aumenta del 56% attraverso gli effetti sui livelli di ormoni steroidei, mentre pollame, pesce e frutti di mare non hanno alcun effetto (fonte: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019).

b) Verso l'ovaio artificiale

Attualmente il tessuto ovarico viene congelato per essere reimpiantato. Nel *Rigshospitalet* di Copenhagen le strutture che racchiudono gli ovociti immaturi (follicoli ovarici) in topi sono state isolate e fatte crescere su un'impalcatura di tessuto ovarico privo delle sue cellule, finché sono state in grado di funzionare per preservare la

fertilità. La prossima tappa sarà capire come si sviluppa l'ovaio ottenuto con questa tecnica, quindi si potrà passare ai primi test sull'uomo (*Atti Congresso della Società Europea di Riproduzione Umana ed Embriologia, Barcellona, 2018*).



c) Primo trapianto al mondo in utero fra gemelle

Il cesareo è stato eseguito al *Policlinico Sant'Orsola* di Bologna, seguito da specialisti delle *Università* di Göteborg, Stoccolma, Belgrado, Harvard e dal *SISMER* (Centro di Ricerca per la

Fecondazione Assistita) ed è il XII caso di parto post-trapianto di utero, il I in Italia e al mondo che interessa due gemelle omozigote.

d) Le cisti ovariche vanno operate solo se sono pericolose

Le cisti ovariche sono sacche di liquido che si sviluppano nell'ovaio, sono molto comuni e in genere sono asintomatiche anche se a volte possono causare gonfiore e dolore. In caso di sospetta neoplasia, anche benigna, si raccomandava di rimuoverle per evitare possibili complicazioni o di monitorandone le dimensioni con ecografie, molte, infatti, non evolvono o si restringono fino a scomparire. Secondo precedenti ricerche quando si sceglie l'intervento i rischi, come la perforazione intestinale, sono del 3-15%. Uno studio dell' *Imperial College* di Londra ha

seguito per due anni 1.919 donne, di dieci Paesi, tra cui l'Italia, a cui sono state diagnosticate cisti ovariche della dimensione media di 4 cm non cancerose. Nell'80% dei casi la cisti si è risolta o non ha avuto bisogno di intervento; solo a 12 donne (0,4%) è stato successivamente diagnosticato un carcinoma ovarico (errore di diagnosi iniziale?). Il tasso di altre complicanze in chi non veniva operata, come la torsione ovarica o la rottura della cisti, è risultata dello 0,4%-0,2% (*fonte: The Lancet Oncology, 2019*).

Commentato [P2]:

H) INFETTIVOLOGIA

a) Legionellosi: dati in incremento

Anche se la legionellosi rimane una malattia sporadica (1,8 casi /100mila abitanti nel 2017), tra il 2013 e 2017 il numero di malati in U.E. è aumentato in modo continuo, nel 2017 del 30% rispetto al 2016 col 68% dei casi in Italia (il maggior numero di casi confermati, 1980), Francia, Germania e Spagna. Complessivamente nel 2017 sono 9238 i casi riportati da 30 paesi

U.E., di cui l'8% (574) fatali. I più colpiti, in generale, sono gli over-65 (7 casi/100mila). Il 58% dei casi si sono verificati tra giugno e ottobre, come negli anni precedenti, con il picco di 1301 a settembre. Il 21% dei contagi è avvenuto in viaggio e l'8% in strutture sanitarie (*fonte: Centro europeo per il controllo delle malattie, Ecdc, 2018*).

b) Correlazione toxoplasma/schizofrenia e tra il Citomegalovirus (CMV) e problemi psichiatrici

Studiosi del *Copenhagen University Hospital*, hanno esaminato i dati di oltre 80mila pazienti. È emerso che chi aveva avuto l'infezione da toxoplasma aveva un 50% di probabilità di

schizofrenia mentre l'esposizione al CMV è risultata associata a un qualsiasi problema psichiatrico, con un aumento del rischio del 17%.

c) Morbillo: record nella regione europea (U.E., paesi dell'Est compresa la Russia), Filippine e USA

Nel 2018 nei 53 paesi della regione europea, ci sono stati oltre 82mila casi di morbillo, il numero più alto del decennio, con 72 morti (*fonte: OMS Europa*), tre volte rispetto al 2017 e 15 volte al 2016, anno del record negativo, aumento anche se nel 2017 si sia raggiunta la più alta copertura vaccinale per la seconda dose, circa il 90%. Il 61% ha avuto bisogno del ricovero ospedaliero. Nelle Filippine, dove 2,5 milioni di bambini sono senza copertura vaccinale, è in corso un'epidemia con oltre 1800 casi e 26 morti, dall'inizio dell'anno, + 74% rispetto allo stesso periodo del 2018. Nel 2016 il tasso di vaccinazione era di circa il 75%, sceso al 60% nel 2017 e probabilmente ancora più in basso nel 2018. In Italia nel 2018 sono stati segnalati 2.526 casi di morbillo, di cui oltre 140 <12 mesi con otto decessi mentre nell'anno precedenti i casi sono stati oltre 5300. L'88,2% dei casi si è verificato in sette regioni, la Sicilia ha riportato l'incidenza più elevata, seguita da Campania, Lazio, Calabria e Lombardia con un'età mediana di 25 anni. Sono stati segnalati 440 casi in bambini < 5 anni, di cui 143 < 1 anno e cento casi tra gli operatori sanitari (*fonte: Morbillo & Rosolia News, I.S.S., 2019*). Nel 2018,

l'incidenza nazionale è stata di 42 casi/milione di abitanti con, negli anni, un andamento con picchi e cali. Dal 2013 sono stati segnalati 13.001 casi di cui 2.270 nel 2013, 1.695 nel 2014, 256 nel 2015, 861 nel 2016, 5.393 nel 2017 e 2.526 nel 2018. I maggiori picchi (> 300 casi) si sono osservati nei mesi di giugno 2013 e gennaio 2014, cui è seguito un calo nel 2015, una ripresa nel 2016 e un nuovo picco di 973 casi a marzo 2017. Dopo un calo progressivo, a gennaio 2018 nuova ripresa col picco ad aprile con 468 casi, diminuzione progressiva fino a 54 casi nel settembre 2018 e andamento stabile fino a dicembre. Sempre nel 2018 sono stati segnalati anche 23 casi di rosolia con un'età media di 24 anni. Migliaia di donne in età fertile non essendone immunizzate non possono trasmettere protezione immunitaria al figlio, nei primi mesi di vita, aumentando il rischio di contrarla in tenerissima età, con possibili complicanze gravissime, come, durante il primo anno a più alto rischio di sviluppare una panencefalite subacuta sclerosante, una rara forma cronica e progressiva di encefalite.



d) Virus Madariaga (MADV) o dell'encefalite equina del Sud America orientale (EEEV) in fase di spostamento nelle Americhe: misure di prevenzione

Il quadro clinico del virus MADV o EEEV ricorda la febbre dengue, una **malattia infettiva** tropicale causata dal **virus Dengue**, trasmessa da **zanzare** del genere **Aedes**, in particolar modo la **specie Aedes aegypti**. Si presenta con **febbre**, **cefalea**, dolore muscolo-articolare, **esantema** simil-morbilloso. In una piccola percentuale dei casi si sviluppa una **febbre emorragica** con **trombocitopenia** [riduzione delle piastrine], **emorragie** e perdita di liquidi fino allo **shock circolatorio** e morte. Secondo uno studio dell'*Università* della Florida, su 1.250 bambini in

età scolare, per quanto i casi osservati ad Haiti sono stati solo di entità lieve, il virus è stato collegato alla comparsa di encefalite sia in bambini che in adulti, e quindi per quanto l'infezione sia di solito innocua, sussiste il potenziale pericolo della comparsa di una patologia debilitante. I dati evidenziano che il virus sia in fase di spostamento, infatti i primi casi sono stati segnalati a Panama, di recente in Venezuela e ora anche ad Haiti sollevando preoccupazione sulla sua ulteriore diffusione nei Caraibi o in Nord America, è stato riscontrato negli

animali dell'America centro-meridionale ed il primo focolaio umano segnalato a Panama nel 2010. La minaccia per il Nord America non è in atto valutabile in quanto la sua variante nordamericana viene attualmente osservata in Florida ed in altri Stati meridionali, dove sono presenti insetti vettori adeguati, e già in passato altri arbovirus che circolavano nei Caraibi ed in America Latina si sono spostati in Florida. La

situazione va monitorata, specialmente nei pazienti con encefalite e patologie neuro-invasive e poichè i vettori sono le zanzare ed i reservoir sembrano essere i ratti, è importante mantenere un'igiene appropriata e ridurre le aree con habitat ideali per zanzare e ratti. Al momento come profilassi è indicata la protezione delle superfici corporee dalla puntura delle zanzare (*fonte: PloS Negl Trop Dis online, 10/01/2019*).

I) LABORATORIO

a) Mal. infiammatorie croniche intestinali (MICI): anomalie di laboratorio prima della diagnosi

I pazienti con MICI spesso presentano sintomi soggettivi mesi o anni prima della diagnosi. In 838 pazienti con morbo di Crohn, è stato osservato un significativo calo dei livelli di albumina sierica e del volume cellulare medio (VCM) ed un significativo incremento nella conta piastrinica sia 115 che 385

giorni prima della diagnosi. Nei pazienti con rettocolite ulcerosa, invece, si osservano alla diagnosi, cambiamenti di livelli di albumina, VCM, livelli di emoglobina, conta piastrinica e livelli sierici di ferro non rilevabili in precedenza (*fonte: Dig Sci, online 26/11/2018*).

b) Test ematico predittivo per la leucemia mieloide acuta e nuovo test (PCR LN34) per la rabbia

Da una collaborazione internazionale coordinata dal *Wellcome Sanger Institute* e dell'*European Bioinformatics Institute*, confrontando il sangue di 124 leucemici con quello di 676 sani è emerso che, già anni prima dell'esordio della malattia, nel sangue dei futuri pazienti vi sono modifiche genetiche in punti precisi del DNA, utilizzabili come test predittivo (*fonte: Nature, 2018*). I CDC

statunitensi hanno sviluppato il nuovo test rapido LN34, per l'infezione rabica negli animali, che potrebbe portare ad una riduzione della profilassi post-espositiva. Il test rileva RNA in diversi genotipi di Lyssa virus, ha elevata sensibilità e potenziale d'impiego in tessuti deteriorati (*fonte: PloS ONE, online 2018*).

c) Tumore pancreatico: diagnosi precoce dal test del microbiota della lingua

Da uno studio dell'Università cinese di Zhenjiang su 30 pazienti con tumore del pancreas in fase precoce (gruppo A) e 25 soggetti sani di controllo (gruppo B), utilizzando test del DNA sofisticatissimi, è emerso che la popolazione di batteri che forma lo "strato" superficiale sulla lingua, è



diverso nei due gruppi ed è minore nel gruppo A, con batteri come *Haemophilus* e *Porphyromonas* e viceversa livelli molto più elevati di microrganismi come *Leptotrichia* e *Fusobacterium*. Se questi risultati saranno confermati su casistiche più ampie, questo test potrebbe permettere una diagnosi precoce (*fonte: Journal of Oral Microbiology, 2019*).

L) LEGISLAZIONE SANITARIA

a) Cassazione: è responsabile anche il medico che aiuta l'equipe; colpa medica per chi prescrive medicinali a rischio; nessun risarcimento se il bugiardino è corretto

Negli interventi chirurgici, la responsabilità per un intervento negativo è anche del medico che

assiste l'equipe (per mancato consenso) se consiglia il paziente a sottoporsi all'operazione poi finita male, quindi il consenso non va ricevuto da

chi materialmente esegue l'intervento (Cassazione, sentenza n° 26728/2018). Omicidio colposo per il medico che prescrive una sostanza altamente tossica a una propria paziente che, invece di farla dimagrire, ne provoca il decesso. I Supremi giudici hanno rilevato che per il farmaco in questione (fendimetrazina) fosse vietata la somministrazione per più di tre mesi, condizione non rispettata nel caso de quo

(Cassazione, sentenza n° 8086/18). Le Aziende non sono tenute a risarcire per i danni collaterali prodotti da un farmaco, se hanno segnalato adeguatamente e con informazioni aggiornate, la possibilità dell' effetto indesiderato nel bugiardino (Corte di cassazione, sentenza n. 6587/2019).



M) MEDICINA INTERNA

a) Scoperto come il ferro entra nelle cellule

Studiosi del Dipartimento di Scienze biochimiche A. Rossi Fanelli e del laboratorio IIT@Sapienza, hanno osservato la struttura del complesso formato dalla proteina ferritina e il suo recettore cellulare (CD17). Il plasmodio della malaria, i virus famiglia arenavirus e parvovirus utilizzano la zona

del recettore che apre le porte al ferro, per introdursi nelle cellule, infettandole, quindi conoscere la via attraverso cui il virus o il plasmodio entrano nella cellula permette di mettere a punto una strategia per ingannarli (fonte: Nature Communications, 2019).

N) NEUROLOGIA

a) Autismo, anomalia strutturale nel circuito mesolimbico cerebrale

Il circuito mesolimbico, che fa percepire come piacevoli e soddisfacenti le relazioni interpersonali, è nelle profondità cerebrali. Ricercatori della Stanford University hanno scoperto, tramite

risonanza magnetica, una sua anomalia in bambini autistici, con intensità dell'anomalia direttamente proporzionale alla gravità delle sue manifestazioni (fonte: Brain, 2018).

b) Ipermnesia autobiografica, studio italiano

Studiosi della Fondazione Santa Lucia Irccs di Roma, I.S.S., Università di Perugia, della California-Irvine e la Sapienza di Roma, hanno monitorato otto persone con ipermnesia autobiografica, a partire dal 2015, e 21 soggetti di controllo con memoria normo-tipica, adesso al centro di uno studio di risonanza magnetica funzionale. Questi soggetti presentano una

completa assenza di esitazione o di sforzi quando devono ricordare eventi risalenti anche a decine di anni prima. Lo studio sembra mostrare che l'ipermnesia consista principalmente nella capacità di accedere, tramite il circuito prefrontale-ippocampale, a tracce mnestiche (fonte: FANS, 2018).

c) I traumi adolescenziali rallentano lo sviluppo del cervello

Ricercatori olandesi della Radboud Universiteit di Nijmegen, hanno monitorato per quasi venti anni 37 ragazzi privi di disordini neuro-psichiatrici, raccogliendo dati sui loro rapporti sociali, quindi hanno effettuato immagini di risonanza magnetica



per osservare come episodi stressanti si riflettessero su cambiamenti dell'amigdala e dell'ippocampo, regione del cervello che influenza memoria, sfera emotiva e comportamento, concludendo che i traumi in età adolescenziale erano collegati a un ritardo nella crescita di queste aree cerebrali (fonte: Scientific Report, 2018).

d) Nuovo meccanismo degli attacchi di emicrania

Il 15% della popolazione adulta è affetta da emicrania. Ricercatori francesi dell'Università della Costa Azzurra e dell'Inserm hanno trovato un nuovo meccanismo legato alla sua comparsa, una mutazione genetica che induce la disfunzione di

una proteina che normalmente inibisce l'attività elettrica che ne causa gli attacchi. L'obiettivo è quello di colpire questi canali ionici (chiamati K2p2.1) per ridurre la capacità elettrica neuronale (fonte: Neuron, 2019).

e) Sonno: scoperto il meccanismo della fase Rem (movimento oculare rapido)

Ricercatori francesi di Inserm, Espci Paris, Cnrs e Università Sorbona hanno identificato, grazie all'osservazione del cervello di roditori, un segnale elettrico nell'ippocampo (zona critica per la memoria) collegato con i picchi di aumento del flusso sanguigno, di solito notato in un ratto sveglio. La loro intensità durante il sonno Rem è

direttamente correlata con la spinta vascolare, ciò suggerisce che le oscillazioni potrebbero controllare il flusso vascolare di tutto il cervello (fonte: Nature Communications, 2018).



f) Meccanismo d'azione della serotonina, la molecola della felicità, e disturbo bipolare; e felicità è spostarsi in bicicletta e vivere nel verde

Studiosi dell'Istituto Italiano di Tecnologia, dell'Università di Pisa e Sorbona di Parigi hanno scoperto che in assenza della serotonina, è impossibile la comunicazione tra i neuroni del talamo e del corpo striato del cervello. La scoperta permetterà di comprendere meglio malattie come il m. di Parkinson o i disturbi ossessivo-compulsivi come la depressione. Uno studio dell'Università di Pisa e della Campania, Ceinge di Napoli, Fondazione Pisana per la Scienza, Istituto Italiano di Tecnologia di Rovereto e di Genova, attraverso una sperimentazione su topi, ha mostrato un legame tra la sua riduzione dei livelli cerebrali e l'insorgenza del disturbo bipolare (fonte: Scientific Reports, 2019). Ricercatori dell'Università del Minnesota hanno esaminato i dati 2012-2013 del sondaggio American Time Use Survey,



considerando come le caratteristiche degli spostamenti quotidiani modellassero sei emozioni diverse durante il viaggio, tra cui felicità, stanchezza, stress e tristezza. È emerso che la bicicletta è il mezzo che genera più felicità mentre a dare meno soddisfazione è il trasporto pubblico; la durata del viaggio ha un'associazione negativa con la felicità e una positiva con lo stress; se ci si sposta per raggiungere un amico, o per hobby o per fare attività fisica, le emozioni sono più positive che negative, viceversa se ci muove per lavoro (fonte: Transportation Research Part A: Policy and Practice, 2019). Ricercatori dello Urban Realities Lab (Università di Waterloo) hanno scoperto che gli spazi verdi e gli elementi di design urbano colorati sono associati a livelli più elevati di felicità, a una maggiore fiducia degli estranei e contribuiscono a mitigare l'isolamento sociale (fonte: Cities & Health, 2019).

g) Cosa succede a livello cerebrale quando comprendiamo una frase

Ricercatori del Trinity College (Dublino) e dell'Università di Rochester (New York) hanno registrato, con elettroencefalogramma, l'attività

cerebrale di volontari mentre ascoltavano audiolibri imbattendosi in un segnale legato alla comprensione di una frase (fonte: Current Biology, 2018).

h) Ictus e estratto di ginkgo biloba

Ricercatori cinesi della *Nanjing University Medical School* hanno condotto uno studio su 348 pazienti dopo un ictus, divisi nel gruppo A, che ha assunto una dose/die di estratto di ginkgo biloba + 100 mg di aspirina per sei mesi, e nel gruppo B (controlli) solo aspirina, con monitoraggio per 12,

30, 90 e 180 giorni. È emerso che il gruppo A aveva risultati leggermente migliori in termini di recupero di pensiero o capacità mnemoniche post-ictus (*fonte: Stroke and Vascular Neurology, 2018*).

i) Il cervello delle donne invecchia più lentamente

Uno studio dell'*Università* di Washington a St. Louis utilizzando la Tomografia e emissione di positroni (Pet), una scansione che dà informazioni sul funzionamento del cervello, ha misurato il flusso di ossigeno e glucosio nel cervello di 121 donne e 84 uomini di 20 - 82 anni. Successivamente un sistema di intelligenza artificiale, che ha messo in relazione età anagrafica e metabolica, ha mostrato che a tutte le età, a partire da 20 anni, il cervello delle donne è in media 3,8 anni più giovane di quello

maschile. Quindi diversi fattori legati al sesso influenzano l'invecchiamento cerebrale e la vulnerabilità alle malattie neurodegenerative. Poiché non è il cervello degli uomini a invecchiare più velocemente, questa scoperta spiegherebbe perché le donne sono meno suscettibili al declino cognitivo in età avanzata. È iniziato un nuovo studio per capire se i soggetti con un metabolismo cerebrale più attivo hanno minori probabilità di sviluppare problemi cognitivi (*fonte: Pnas, 2019*).

l) Diagnosi di morbo di Parkinson con sensori artificiali

Il morbo di Parkinson è la seconda patologia neuro-degenerativa più diffusa al mondo, che colpisce l'1% della popolazione > 65. I primi segni, che portano alla diagnosi, sono il tremore, la rigidità muscolare e il rallentamento motorio che compaiono dopo vari anni che il processo neuro-degenerativo ha avuto inizio, comportando un notevole ritardo nella diagnosi e terapia. Uno studio di ricercatori dell'*Istituto di BioRobotica della Scuola Superiore Sant' Anna* di Pisa, in collaborazione con la Neurologia dell'*Ospedale delle Apuane* di Massa e Carrara ha portato allo sviluppo del dispositivo indossabile SensHand, in grado di rilevare, misurare e analizzare i movimenti degli arti superiori che mira ad abbattere il tempo di latenza tra l' inizio della

malattia nel sistema nervoso e l' evidenza clinica. Attraverso SensHand, gli studiosi hanno acquisito dati motori da 90 persone (30 sane, 30 con iposmia idiopatica, cioè ridotta capacità olfattiva, e 30 con Parkinson). I test hanno dimostrato che, combinando le informazioni acquisite tramite l'analisi del movimento con i sensori e i risultati di uno screening olfattivo in grado di individuare persone con iposmia, è possibile identificare in questo gruppo lievi deflessioni motorie non rilevabili in altro modo, che caratterizzano l'insorgere della malattia in fase prodromica, permettendone potenzialmente la diagnosi diversi anni prima a quanto avvenga oggi (*fonte: Parkinsonism & Related Disorders, 2019*).



o) OFTALMOLOGIA

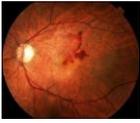
a) Etiologia della malattia di Devic (neuromielite ottica o NMO)

L'NMO è una malattia diffusa, con prevalenza di 1-2/100.000, caratterizzata da episodi di cecità acuta, anche grave, paraparesi e quadriparesi, associati a disturbi sensoriali e alterazioni degli

sfinteri. Si riteneva che fosse una malattia autoimmune associata a auto-anticorpi rivolti contro l'aquaporina-4 ma di recente studiosi della *Southweste* hanno scoperto che la sua causa è una mutazione genetica.

b) Il laser a nanosecondi sottosoglia per frenare la maculopatia senile

Studiosi italiani dell'Università di Roma *Tor Vergata* hanno dimostrato l'efficacia di questo tipo di laser, in atto usato di routine solo per l'edema maculare dei diabetici, su una rara malattia ereditaria della macula, la malattia leventinese, diffusa soprattutto in Svizzera, che somiglia fortemente alla maculopatia senile atrofica non ereditaria, in atto senza terapia che in Italia interessa oltre un milione di pazienti. Lo studio ha dimostrato, per la prima volta al



mondo, che un trattamento laser riesce a migliorare la funzionalità retinica di una patologia eredo-familiare, con un lieve miglioramento soggettivo della funzione visiva e un miglioramento obbiettivo della retina agli esami di routine. Il laser agisce stimolando la rimozione dei "detriti cellulari" che "intossicano" il centro della retina, la macula, inoltre sembra in grado di ringiovanire la *membrana di Bruch* della retina la cui permeabilità è fondamentale proprio per regolare lo smaltimento di questi detriti. Attualmente sono in corso dei trial clinici (*fonte: Journal of Medical Case Reports, 2019*).

c) Problemi oculari per 4 italiani su 10

L'ambliopia [occhio pigro] interessa il 5% dei bambini, la cataratta congenita uno ogni 2.000 e la retinopatia del prematuro un terzo dei pretermine. I problemi riguardano però anche gli adulti in età lavorativa, fra cui la prima causa di perdita della vista è la retinopatia diabetica mentre il 5,4% degli over 65 soffre di gravi limitazioni visive ma, se si considerano anche i problemi meno gravi, si arriva al 33% circa, quindi 4,5 milioni di anziani. Cataratta, degenerazione maculare, miopia, dai più lievi ai più gravi, i problemi alla vista interessano oltre 4 italiani su 10, e quasi il 18% è under 15. La L. 284/97 ha stabilito specifici Centri di prevenzione e

riabilitazione visiva che erano 70 nel 2015, 59 nel 2016 e 51 nel 2017 con un numero dei casi assistiti di 22.091 nel 2016 a 26.900 nel 2017, aumento che riflette la crescita della domanda di riabilitazione visiva, utile a prevenire o curare circa l'80% dei disturbi. La loro distribuzione è in atto però disomogenea, infatti a fronte dei 14 della Lombardia, otto Regioni, tra cui Campania, Calabria e Sicilia, e 2 Province Autonome ne hanno uno solo (*fonte: Relazione annuale del Ministero della Salute al Parlamento, pubblicata nella settimana Mondiale del Glaucoma, 10-16/03/2019*).



P) ONCOLOGIA

a) Fattore molecolare STAT3 e metastasi cerebrali da neoplasia mammaria e polmonare

Ricercatori dell'Ospedale Molinette di Torino e del CNR di Madrid, studiando circa cento campioni di metastasi cerebrali, provenienti da interventi neurochirurgici, hanno dimostrato che la crescita delle cellule metastatiche nel cervello è facilitata dalla presenza del fattore molecolare STAT3, soprattutto sugli astrociti reattivi. Adesso è da verificare la possibilità di bloccare questo fattore con farmaci specifici (*fonte: Nature Medicine, 2018*). Le mKRAS sono correlate ad una maggiore aggressività nelle metastasi polmonari dei tumori

colorettali. È stata condotta un'indagine su 168 pazienti, dei quali 95 con mKRAS. La resezione anatomica è stata praticata in 74 di essi. Il tipo di resezione non ha avuto alcun impatto nei soggetti non mutati ma un significativo beneficio in termini di sopravvivenza complessiva nei pazienti con mKRAS pertanto la resezione anatomica sembra migliorare la sopravvivenza complessiva e i tempi di recidiva polmonare (*Ann Surg online, 17/5/2018*).

b) Correlazione colite cronica - cancro del colon

Studiosi del *Medical College of Georgia* e dell'*Università di Augusta* (USA), hanno scoperto che l'infiammazione cronica della colite ulcerosa provoca l'accumulo nel colon di alti livelli di

interleuchina 10, una proteina secreta da cellule del sistema immunitario, normalmente con funzione anti-infiammatoria, ma nel colon attiva un meccanismo che silenzia il soppressore

tumorale IRF8. Adesso bisognerà individuare come inibire l'espressione di IL-10 nel colon

(fonte: *Cell Reports*, 2019).

c) Nuova tecnica per il cancro epatico

Ricercatori della *University of California* (San Francisco), hanno contrastato con successo la crescita di tumori al fegato aggressivi, usando un approccio genetico e un farmaco attualmente sottoposto a trial clinici, riuscendo a rallentare la

crescita del tumore in un nuovo tipo di topo modello di cancro del fegato e di bloccare la sua capacità di eludere la risposta immunitaria (fonte: *Nature Medicine*, 2019).

d) Il grasso espone al rischio di neoplasie e obesità

ma anche a riduzione del rischio di tumore al seno nelle giovani

Era noto che l'obesità aumenta il rischio di 13 diversi tipi di tumore, con un meccanismo ignoto. Studiosi irlandesi del *Trinity College* di Dublino hanno spiegato che le molecole di grasso impediscono alle cellule immunitarie di combattere adeguatamente il cancro. La speranza è riuscire a bloccare il loro assorbimento del grasso (fonte: *Nature Immunology*, 2018). In USA il cancro al seno è una patologia più comune nelle donne, con un'età media di diagnosi di 62 anni e l'obesità è

stata collegata a un maggiore rischio di cancro al seno in post-menopausa, in media a 51 anni. Poiché è meno frequente nelle più giovani, i ricercatori della *University of North Carolina* hanno raccolto dati da 19 diversi studi per indagare il rischio di cancro al seno su 758.592 donne under-55. I risultati hanno evidenziato che l'obesità aumenta il rischio di cancro al seno in post-menopausa, viceversa in pre-menopausa (fonte: *Jama Oncology*, 2018).

e) Melanoma: le molecole microRna come causa della farmaco-resistenza

e nuovo target molecolare per la terapia

In Italia si stimano circa 7.300 nuovi casi/anno tra gli uomini e 6.700 tra le donne di melanoma, il tumore cutaneo più aggressivo con un'incidenza in crescita raddoppiata negli ultimi 10 anni (dati *AIRTUM 2017*). Studiosi dell'*Istituto Nazionale Tumori Regina Elena*, dell'Università di Roma "Sapienza" e dell'IRCCS *Pascale* di Napoli hanno scoperto piccole molecole, chiamate microRna, con un ruolo determinante nello sviluppo della sua resistenza alle terapie infatti alcuni diventano più abbondanti nei tumori farmaco-resistenti e altri più scarsi, inoltre riportandoli a livelli normali nelle cellule di melanoma resistenti, queste riacquisiscono la farmaco-sensibilità. Questi microRNA, rintracciati nel sangue, potrebbero divenire un esame predittivo per capire i predestinati alla resistenza alla terapia (fonte: *Cell*

Death & Differentiation, 2018). Un gruppo di ricercatori del *Fox Chase Cancer Center*, del laboratorio di *Epigenetica* e di *Biologia dei Tumori*, collaboratori nazionali ed internazionali, tra cui *Università* di Siena e *Temple University*, sono riusciti a bloccare la proliferazione delle cellule tumorali del melanoma inibendo l'enzima di riparazione del Dna TDG, che agisce su due meccanismi differenti che interessano entrambi la proliferazione delle cellule tumorali. La scoperta apre la strada a una nuova potenziale strategia per il trattamento di questa neoplasia che spesso, in fase avanzata, metastatica, è farmaco-resistente (fonte: *Oncogene*, 2019).



f) Chip indossabile per rilevare cellule neoplastiche (e permettere terapie mirate)



La biopsia, attraverso un prelievo del tessuto, permette di studiare la neoplasia primaria, ma può rilasciare cellule libere che, attraverso il flusso ematico, possono arrivare in altri

tessuti dando metastasi. La cosiddetta biopsia liquida fornisce informazioni per studiare trattamenti sempre più mirati, ma non è molto precisa. Studiosi dell'*Università* del Michigan hanno sperimentato in animali un dispositivo intravascolare indossabile, attraverso un chip elettronico realizzato col nanomateriale ossido di

grafene, poco più grande di un orologio da polso, che cattura le cellule neoplastiche nel sangue e fornisce un quadro attendibile dello stato della malattia. Si stima che potrà essere sperimentato sull'uomo tra tre-cinque anni e potrà essere utile

g) Tumori esofagei: nuovo dispositivo individua i soggetti a rischio

La diagnosi precoce è di fondamentale importanza nei tumori esofagei ma una significativa quantità di pazienti con esofago di Barrett non presenta sintomi di reflusso, o tende a minimizzarli o a trascurarli. Questo nuovo dispositivo ha la forma di una piccola spugna, va deglutita e poi delicatamente ritirata attraverso l'esofago, raccogliendo materiale genetico nel tragitto senza richiedere un palloncino che vada gonfiato, una

volta raggiunto lo stomaco, e passa attraverso tessuti esofagei normali anche nei fumatori. Il nuovo dispositivo potrebbe essere utilizzato dopo un addestramento minimo, idealmente anche in uno studio medico e risulta più economico e semplice di un'endoscopia, utilizzabile a scopo di screening (*fonte: Clin Cancer Res online, 22/1/2019*).

h) Cancro coloretale (CRC) avanzato per errori diagnostici nei giovani adulti. Utile iniziare lo screening a 45 anni (anziché a 50) nei soggetti a medio rischio

I CRC possono intervenire a qualsiasi età, quindi non solo negli anziani. Ricercatori della *Colorectal Cancer Alliance* hanno condotto un'indagine online su 1.195 individui con CRC ad insorgenza giovanile. Il 57% hanno ricevuto la diagnosi tra i 40 e i 49 anni, un terzo tra i 30 e i 39 anni e il 10% prima dei 30 anni.

Circa il 30% dei soggetti aveva un'anamnesi familiare di CRC e l'8% una diagnosi di sindrome di Lynch, una sindrome genetica associata a un rischio più elevato di CRC. Nel 71% il cancro è stato diagnosticato in fase III o IV, mentre gli over 50 in fase I o II. Quasi due terzi dei pazienti hanno aspettato 3-12 mesi prima di consultare un medico, quasi uno su quattro ha aspettato più di un anno prima di eseguire dei controlli; due terzi hanno consultato due o più medici prima di ricevere la diagnosi e alcuni si sono rivolti a quattro specialisti. Tra le comuni diagnosi errate



figuravano anemia, diverticolite, emorroidi e sindrome dell'intestino irritabile. Ulteriori studi sono necessari per individuare i fattori che influenzano questi tumori ad insorgenza precoce (*fonte: American Association for Cancer Research, AACR, Annual Meeting, 2019*). In risposta all'aumento dei CRC nei giovani, la NAS (National Academy of Sciences) raccomanda l'introduzione dello screening a 45 anni nei soggetti a medio rischio, ma l'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) ne raccomanda invece l'introduzione a 50 anni. Ricercatori della *Stanford University*, autori di un modello analitico, affermano che entrambi gli approcci avrebbero un impatto positivo, ma l'ideale sarebbe iniziarlo più precocemente ed allo stesso tempo migliorarne la partecipazione tra gli anziani e le categorie a rischio. Un paziente su 5 presenta un fattore genetico ereditario che ne incrementa il rischio e, soprattutto in questi, lo screening anticipato sarebbe giustificato (*fonte: Gastroenterology online, 28/3/2019*).

i) Scoperta la proteina RAD52 che aiuta la moltiplicazione cellulare, come nella proliferazione dei tumori

Ricercatori dell'*Istituto Superiore di Sanità*, in collaborazione con l'*Università* dell'Iowa, premesso che, mediante un processo di replicazione, la doppia elica del DNA si apre e

viene copiata in due doppie eliche, virtualmente identiche, che finiranno poi, ciascuna, in una delle due cellule figlie e che se qualcosa va male, durante la copia del DNA, vari sistemi di sicurezza

fermano la replicazione che può aprire le porte a una neoplasia, hanno scoperto sistemi come la proteina RAD52 che, in caso di errori durante la copia del DNA, fanno sì che il processo di copiatura prosegua, favorendo la moltiplicazione cellulare. È stato anche osservato che in assenza di RAD52, altre due molecole (di cui BRCA2

coinvolta nel cancro al seno) agiscono per favorire la moltiplicazione cellulare con un meccanismo compensatorio dell'assenza di RAD52. L'idea è quindi che in tumori con ridotta presenza di BRCA2 si potrebbe attaccare RAD52 per fermare la loro crescita (*fonte: Nature Communications, 2019*).

Q) ORTOPEDIA

a) Ruolo dell'ansia nella frattura delle ossa in post-menopausa

Ricercatori del *Policlinico Universitario* di Messina, esaminando i risultati delle valutazioni di ansia e dei test di densità minerale ossea di 192 donne, in media di 68 anni e in genere in menopausa da vent'anni, hanno concluso che quelle con livelli più bassi di ansia avevano un rischio di frattura di 10 anni di circa il 20% vs il 25% delle donne con i

più alti livelli di ansia. Questi risultati mostrano che i livelli di ansia sembravano influenzati da età avanzata, età alla menopausa, anni dalla menopausa e sintomi depressivi e suggeriscono un possibile nuovo fattore di rischio clinico per l'osteoporosi (*fonte: Menopause 2018*).

b) Rottura del tendine di Achille: terapia conservativa o chirurgica

Le rotture del tendine di Achille stanno diventando più frequenti, in particolare tra gli adulti attivi di mezza età e tra gli anziani. Lo scopo di ogni trattamento è di mantenere vicini i tendini mentre guariscono, grazie ai punti di sutura nell'intervento chirurgico, sulla naturale capacità di guarigione del corpo nei trattamenti non chirurgici, utilizzando anche un tutore o un bendaggio. La guarigione si ottiene anche con una gestione conservativa, ma il tendine può guarire rimanendo stirato come un elastico allungato, non trasmette la forza sviluppata dai muscoli del



polpaccio in modo appropriato e non si è in grado di far forza con il piede. I soggetti atletici possono preferire un trattamento chirurgico per accelerare il recupero mentre quelli sedentari uno non chirurgico. Ricercatori della *University Medical Center* di Utrecht, esaminando i dati di 29 studi su circa 15.000 pazienti, hanno osservato che il 2,3% degli operati ha avuto un altro tendine di Achille lacerato vs il 3,9% di coloro che avevano optato per approcci non chirurgici. Il 4,9% dei primi ha avuto infezioni e altre complicanze, come coaguli di sangue, rispetto all'1,6% dei secondi (*fonte: British Medical Journal, 2019*).

R) OTORINOLARINGOIATRIA

a) Udito: poco iodio nelle urine degli adolescenti predice il rischio di perderlo

Ricercatori dei CDC americani analizzando i dati dell'indagine 2007-2019 *National Health and Nutrition Examination Survey* su 1.198 bambini, di 12 - 18 anni hanno concluso che gli adolescenti con basse concentrazioni di iodio nelle urine corrono un rischio più alto di perdere l'udito alle frequenze vocali. Secondo

i ricercatori, l'ormone tiroideo è indispensabile per la maturazione di aree come la coclea e le aree uditive centrali. L'ipotiroidismo, inoltre, sarebbe associato a un peggioramento dell'udito negli uomini, mentre la perdita dell'udito nella frequenza vocale sarebbe peggiore nei bambini in età prescolare con livelli di iodio nelle urine < 100 mcg/L (fonte: *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 2018*).

S) PEDIATRIA

a) Un bambino su dieci ha una malattia cronica, ma viene curato male (anche in U.E.)

In Italia un bambino su dieci è colpito da almeno una malattia cronica (asma, dermatite atopica, diabete e patologie infiammatorie intestinali), ma

l'aderenza alle terapie lascia a desiderare. Un problema in forte crescita in tutta U.E. e riguarda soprattutto gli adolescenti.

T) PSICHIATRIA

a) Incubi ricorrenti negli adulti: nuove linee guida 2018

Gli incubi ricorrenti interessano circa il 4% degli adulti, portando a insonnia e aggravamento di ansia e depressione. Dopo la prima edizione (2010), nuove linee guida sono state redatte da un team di esperti della *Mayo Clinic* di Rochester (Minnesota). Nei disturbi, anche associati a stress post-traumatico (PTSD), la terapia di ripetizione immaginativa è emersa come l'unico trattamento valido, una forma di terapia cognitivo comportamentale (CBT) che comporta la modifica del contenuto di un incubo creando una nuova serie di immagini positive e provando lo scenario del sogno riscritto per 10-20'/die, da svegli. Prove meno evidenti supporterebbero l'uso di CBT, CBT per insonnia, desensibilizzazione del movimento

oculare, rilassamento e terapia di recupero per gli incubi associati a PTSD. Anche nei casi di incubi ricorrenti non associati a PTSD, sarebbero utili CBT, ipnosi, terapia del sogno lucido, rilassamento muscolare profondo progressivo e terapia dinamica del sonno. Tra i trattamenti farmacologici per gli incubi associati a PTSD ci sono antipsicotici atipici (clonidina, ciproptadina, fluvoxamina, gabapentin, nabilone, fenelzina, prazosina, topiramato, trazodone) e antidepressivi triciclici, mentre per il disturbo non associato a PTSD, nitrazepam, prazosina e triazolam. Sconsigliati clonazepam e venlafaxina (fonte: *Journal of Clinical Sleep Medicine, 2018*).

b) Ansia e depressione peggiori nel colon irritabile che nelle malattie infiammatorie intestinali

Secondo una revisione di 22 studi del *China Japan Friendship Hospital di Beijing*, l'intensità della depressione è nettamente peggiore in presenza di colon irritabile vs malattie infiammatorie intestinali, in quanto è una patologia funzionale,

enormemente influenzata da fattori psicologici, mentre le malattie infiammatorie intestinali sono patologie organiche nelle quali la presenza di disturbi psichiatrici è spesso secondaria alla patologia stessa (fonte: *J Affect Disord, online 4/05/2018*).

c) Tutti sempre meno intelligenti

Una ricerca norvegese su 730.000 giovani, durante l'ingresso nel servizio militare, dal 1970 al 2009, del *Centro Ragnar Frisch per la Ricerca Economica*, ha rilevato punteggi dei test di Q.I. sempre più bassi, tendenza che dagli anni '70 ha portato via mediamente sette punti/generazione a causa della scarsa lettura e del molto tempo passato con i videogiochi. I risultati sono stati confermati anche da altri studi; ad es. ricercatori

britannici hanno trovato che i valori del Q.I. sono diminuiti tra i 2,5 e i 4,3 punti/decennio dal 1945; un'altra ricerca statunitense ha rilevato che i bambini che mangiano molto pesce diventano più intelligenti (*fonte: Proceedings of the National Academy of Sciences, 2018*).



d) Malattie psichiatriche e varianti genetiche

Un consorzio internazionale guidato dal *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), ha condotto un'analisi basata sul DNA di circa 900.000 persone, sane e con disturbi mentali, per 25 malattie psichiatriche e neurologiche misurando la quantità di "sovrapposizioni" genetiche tra le varie malattie, mettendole in relazione anche con diversi parametri cognitivi, come, ad es. gli anni di studio. I risultati hanno mostrato che i disturbi psichiatrici come anoressia, disturbo bipolare, ossessivo-compulsivo, iperattività e deficit di attenzione e schizofrenia, hanno molte somiglianze a livello molecolare e che lo stesso meccanismo di regolazione potrebbe essere comune a più disturbi, ad es. al deficit di attenzione e alle ridotte capacità esecutive tipiche della schizofrenia. È stato inoltre identificato un legame genetico tra fattori cognitivi (come intelligenza, anni di studio, laurea) e l'anoressia, l'autismo, il disturbo bipolare e quello ossessivo compulsivo, facendo ipotizzare una possibile

relazione tra migliori performance cognitive nella giovinezza e il rischio genetico di queste malattie. Ulteriori studi sono comunque necessari per confermare questi dati. Non sono state invece trovate corrispondenze genetiche per le malattie neurodegenerative, come Parkinson, sclerosi multipla e Alzheimer (*fonte: Science, 2018*). Precedenti studi sui gemelli avevano evidenziato che il 40% del rischio di depressione era il risultato di fattori genetici. Ricercatori del *Consortio di genomica psichiatrica* del *King's College* di Londra, analizzando il Dna di quasi 500.000 individui (di cui 135.000 con depressione), hanno scoperto 153 geni significativi; 44 varianti genetiche che ne aumenterebbero il rischio con sei di queste varianti in comune con la schizofrenia e che il rischio di depressione è collegato ad un indice di massa corporea più alto e ad un minor livello di istruzione (*fonte: Nature Genetic, 2018*).

e) Alterazione del ritmo sonno-veglia: aumentato rischio di depressione e disturbo bipolare



La regolazione dei ritmi circadiani è importante nel mantenimento dell'umore ottimale e del funzionamento cognitivo.

Ricercatori dell'*Università* di Glasgow hanno esaminato i livelli di attività nelle 24^h di 91.015 soggetti che indossavano un accelerometro al polso, per una settimana, e alcuni anni dopo sono stati sottoposti a test di salute mentale. Hanno concluso che un

ritmo sonno-veglia alterato, o una riduzione nella variazione tra sonno e attività nell'arco delle 24^h, aumenterebbe il rischio di depressione, disturbo bipolare e altri problemi mentali. Uno dei limiti dello studio è la valutazione dei partecipanti solo in un determinato momento della loro vita (*fonte: Lancet Psychiatry, 2018*).

f) Esercizi di resistenza e depressione

Studiosi dell'*Università* irlandese di Limerick hanno analizzato 33 studi clinici con 947 adulti sottoposti ad allenamenti di 6 - 52 settimane (media 16 circa), soprattutto di esercizio aerobico, come corsa e ciclismo, piuttosto che su allenamenti di resistenza, e 930 che dovevano restare inattivi.

L'esercizio avrebbe ridotto i sintomi della depressione, con effetto maggiore nelle forme lievi o moderate

(fonte: *JAMA Psychiatry, 2018*).

g) Litio in acqua potabile e riduzione del rischio di disturbo bipolare o di demenza

Il litio è un elemento naturale presente in tracce nelle falde acquifere, una terapia fondamentale nel disturbo bipolare con, forse, un ruolo nel trattamento della demenza. Da uno studio danese sull'analisi della concentrazione di litio in più di 3.000 pozzi di acqua potabile è emerso che la sua

presenza non riduce il rischio di disturbo bipolare o demenza mentre un altro studio, negli USA, ha riscontrato che sia associato con un minor tasso di patologie mentali (fonte: *JAMA Psychiatry online, 2018*).

h) Disturbo bipolare: ruolo predittivo dell'acido urico

Da uno studio su 250 pazienti dell'*Ospedale* portoghese e *Centro universitario Coimbra* i livelli sierici di acido urico possono aiutare a prevedere

la conversione verso il disordine bipolare nei pazienti con depressione maggiore (fonte: *Bipolar Disord online, 2018*).

i) Depressione: lavorare nei fine settimana ne aumenta il rischio

Ricercatori dell'*University College* di Londra hanno esaminato i dati di 11.215 uomini e 12.188 donne che hanno lavorato nel Regno Unito tra il 2010 e il 2012. Quasi la metà delle donne lavorava meno di 35 ore/settimana, mentre la maggior parte degli uomini più a lungo. Il 50% delle donne lavorava almeno qualche fine settimana, rispetto ai due terzi degli uomini. Gli uomini che lavoravano meno di 35-40 ore avevano un numero maggiore di

sintomi di depressione quando non amavano le loro condizioni di lavoro, mentre le donne avevano un maggiore rischio solo quando superavano le 55 ore/settimana. Lo studio ha mostrato differenze di genere nei legami tra orari lunghi e irregolari e sintomi depressivi (fonte: *Journal of*



Epidemiology & Community Health, 2019).

U) REUMATOLOGIA

a) Artrite reumatoide (A.R.): arrestato sui topi il meccanismo che crea il danno; il fumo aumenta il rischio

L'A.R., malattia autoimmune, che colpisce circa una persona su 200, causa gonfiore, rigidità e dolore alle articolazioni, ma può anche danneggiare altre parti del corpo, come il cuore. In pratica il sistema immunitario attacca (nello stesso modo in cui attacca batteri e virus) il tessuto sinoviale, cioè il rivestimento delle articolazioni che impedisce alle ossa di sfregarsi l'un l'altra. I farmaci attenuano i sintomi ma non correggono il comportamento anomalo delle cellule immunitarie, che provoca il danno infiammatorio. Studiosi dell'*Università* di Stanford in California hanno identificato la cellula immunitaria "T" che, reagendo in modo eccessivo ad una normale proteina che monitorizza lo stato energetico della cellula, può stimolare il danno al tessuto sinoviale. Hanno anche sperimentato con successo sui topi un composto che lo contrasta da testare nell'uomo (*fonte: Nature Immunology, 2019*). Ricercatori del *Brigham and Women's Hospital* di Boston hanno analizzato i dati di



230.000 donne, che nel corso di alcuni decenni avevano periodicamente compilato questionari relativi a salute e stile di vita, identificandone 1.528 nuovi casi, il 63% di tipo sieropositivo, cioè con anticorpi (fattore reumatoide o anti-citrullina) che caratterizzano i pazienti più gravi e spesso con familiarità. Al superamento dei 40 pacchetti, aumentava il rischio di ammalarsi di A.R. sieropositiva, quindi si tratta di fenotipi distinti caratterizzati da diversi fattori di rischio, ma non di quella sieronegativa rispetto alle non fumatrici; il rischio andava di pari passo con l'aumento di sigarette, era quasi nullo per quelle sporadiche (< 10 pacchetti/anno) e diminuiva se si era smesso di fumare da più tempo, ad es. 30 anni. Alcuni geni possono predisporre e il fumo, soprattutto in questi pazienti, favorisce la malattia attraverso modifiche proteiche a livello polmonare che innescano produzione di autoanticorpi e fenomeni infiammatori. Se si ha un familiare con artrite smettere di fumare dovrebbe essere un imperativo, anche in assenza di sintomi di malattia (*fonte: Arthritis Care & Research, 2019*).

V) SOCIOLOGIA

a) Social-dipendenza e annullamento della coscienza critica

Ad avvalorare la tesi che un uso eccessivo dei social sia paragonabile alla tossicodipendenza è uno studio dell'*Università* del Michigan (*fonte: Journal of Behavioral Addictions, 2018*) su 71 soggetti che ha evidenziato una correlazione tra il loro utilizzo e la compromissione del processo decisionale che non lascia più tempo per ascoltare, colloquiare e forse neanche per pensare, di norma nei tossicodipendenti. Il rischio è che lo sviluppo dei social, diffondendo messaggi uguali a grandi moltitudini di soggetti, tenda a fare aumentare il cervello collettivo, con la

riduzione progressiva della capacità critica e la perdita dell'io, in un livellamento delle menti come un gregge che risponde collettivamente a messaggi globali, e disposto a "seguire un pastore = colui che grida". Il cervello può stabilire una sorta di simbiosi con smartphone e tablet, principali veicoli dei social, perderli equivale a perdere uno strumento per pensare. Soltanto la scuola potrebbe correre ai ripari a partire dai giovanissimi.



b) Sigarette elettroniche aromatizzate; l'FDA fissa i paletti per la loro vendita

Il fumo è la maggior causa prevenibile di malattia e morte nel mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) prevede, per gli anni 2020-2030, oltre 8 milioni di decessi/anno per questa dipendenza senza tenere conto anche della pericolosità del fumo passivo. Il recente uso delle sigarette elettroniche ha fatto ipotizzare una riduzione del danno da fumo ed è stato promosso a strumento di sua disassuefazione ma con risultati degli studi non univoci. I risultati di un recente studio (*fonte: American Journal of*

Prevention Medicine, 2018) riferito agli anni 2016-2017 nell'U.E. suggeriscono che le sigarette elettroniche sono associate al concetto dell'inibizione piuttosto che dell'assistenza alla cessazione del fumo, con l'effetto della riduzione della cessazione del fumo di sigarette convenzionali, invece che alla facilitazione della disassuefazione. I fumatori che usano sigarette convenzionali assieme a quelle elettroniche fumano inoltre più sigarette/die. Secondo l'FDA l'uso di sigarette elettroniche tra i minori è

talmente ampio e preoccupante che si rischia di rendere un'intera generazione nicotina-dipendente, con l'annullamento dei progressi nella lotta al tabagismo. I negozi tradizionali, le stazioni di servizio e i minimarket potranno continuare a venderle solo se vieteranno l'ingresso dei minori o creeranno una sezione separata nel negozio

vietata ai minori; i siti che vendono sigarette elettroniche aromatizzate e fluidi aromatizzati dovranno usare sistemi di verifica dell'identità prima di venderle. L'FDA chiederà inoltre ai produttori di presentare i loro prodotti all'Agenzia per una revisione entro il 2021, con un anno di anticipo rispetto alla scadenza iniziale.

Z) STRUMENTISTICA

a) "Soma": pillola con ago dell'insulina per i diabetici e altre terapie somministrabili esclusivamente con iniezioni o infusioni

Ricercatori del *Brigham and Women's Hospital della Harvard Medical School, del Massachusetts Institute of Technology-Mit, del David H. Koch Institute for Integrative Cancer Research* e ricercatori dell'Azienda farmaceutica danese *Novo Nordisk* hanno sviluppato Soma, una capsula grande come un mirtillo o un pisello, che contiene un minuscolo ago "caricato" con 0,3 ml/gr di insulina umana, capace di auto-orientarsi, infatti a prescindere da come arriva nello stomaco, dopo aver resistito a condizioni estreme di temperatura e acidità, è in grado di praticare la sua iniezione nella parete gastrica abbassando la glicemia a livelli paragonabili a quelli ottenuti con le tradizionali iniezioni cutanee. La punta dell'ago, che è agganciato alla capsula con una molla

tenuta in posizione da un disco zuccherino, è costituita quasi al 100% da insulina liofilizzata mentre la parte che non punge lo stomaco, è costituita da materiale biodegradabile. Una volta ingerita e a destinazione, l'acqua con cui entra in contatto scioglie tutte le componenti inutili lasciando il micro-ago, che si infilerà nella parete gastrica dove farà il suo lavoro senza poter più viaggiare liberamente senza dolore poiché la parete dello stomaco è priva di recettori del dolore. Poiché Soma può essere adattata per trasportare anche altri farmaci proteici si spera di poterla utilizzare non solo per i diabetici ma in chiunque richieda terapie oggi somministrabili esclusivamente con iniezioni o infusioni (*fonte: Science, 2019*).

b) Siringhe non dolorose pungeranno come le zanzare

Ricercatori stanno studiando una siringa con due aghi all'interno, uno iniettante immediatamente un agente paralizzante, per rendere insensibile l'area, e il secondo ago, con un design dentellato

e più flessibile, più morbido sulla punta e ai lati, inietterebbe il farmaco o preleverrebbe il sangue (*fonte: Journal of the Mechanical Behaviour of Biomedical Materials, 2018*).

Z1) TRAPIANTI

a) Trapianti toracici ed Epatite C nell'epoca degli agenti antivirali diretti

Sono stati riportati casi di pazienti che hanno ricevuto cuori o polmoni ed hanno contratto l'epatite C, trattati con successo con i nuovi agenti

antivirali diretti (*Curr Transplant Rep. 2018; 5: 145-52*).

b) Primo trapianto di cellule staminali su tre pazienti con sclerosi multipla (S.M.)

Nel 2012 si è aperta la via dei trapianti per la cura delle malattie neurodegenerative, partendo dalla sclerosi laterale amiotrofica (SLA). È stato eseguito con successo il primo trapianto di cellule staminali su tre pazienti (l'ultimo il 13 giugno 2018) con S.M. nell'*Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza* di San Giovanni Rotondo in collaborazione con la *Fondazione Cellule Staminali* di Terni, il Dipartimento di Neuroscienze

dell'*Azienda Ospedaliera Santa Maria* di Terni, lo *Swiss Institute for Regenerative Medicine* e l'*Ospedale Cantonale* di Lugano. Nei tre interventi sono stati iniettati 5 milioni di cellule staminali nella cavità del ventricolo laterale cerebrale, per favorirne la diffusione nel sistema nervoso centrale attraverso il liquor che lo avvolge, per proteggerlo senza, a tutt'oggi, effetti collaterali.

Z2) VACCINAZIONI

a) Vaccino anti-Papillomavirus (anti-Hpv) e protezione da lesioni cervicali precancerose

Studiosi del *Musgrove Park Hospital di Somerset* effettuando la revisione di 26 studi hanno concluso che questa vaccinazione è altamente protettiva contro le lesioni cervicali precancerose,

soprattutto nelle adolescenti e nelle giovani rispetto al placebo, specie in caso di Hpv-negatività al momento della vaccinazione (*fonte: Cochrane Library* online, 9/05/2018).

[torna all'indice](#)

Novità in Sanità Pubblica: I parte (III)

Di Stefano Pellicanò

A) Nuove regole per privacy e consenso del paziente

Il Garante della privacy ha fornito chiarimenti sul consenso del paziente col provvedimento n° 55 del 7 marzo 2019. Diversamente dal passato, il medico, soggetto al segreto professionale, non deve più richiedere il consenso per i trattamenti necessari alla prestazione sanitaria richiesta dall'interessato, a prescindere se operi come libero professionista (presso uno studio medico) o in una struttura sanitaria pubblica o privata. Per i seguenti trattamenti attinenti solo in senso lato, ma non strettamente necessari alla terapia, servirà il consenso o un supporto giuridico:



trattamenti connessi all'uso di App mediche; trattamenti preordinati alla fidelizzazione della clientela delle farmacie, attraverso programmi di accumulo punti, al fine di fruire di servizi o prestazioni accessorie, attinenti al settore farmaceutico-sanitario, aggiuntivi rispetto alle attività di assistenza farmaceutica tradizionalmente svolta dalle farmacie territoriali pubbliche/ private nell'ambito del S.S.N.; trattamenti effettuati in campo sanitario da persone giuridiche private per finalità promozionali o commerciali (es. su programmi di screening, contratto di fornitura di servizi amministrativi, come quelli alberghieri di degenza); trattamenti effettuati da professionisti sanitari per finalità commerciali o elettorali;

trattamenti effettuati attraverso il Fascicolo sanitario elettronico (DL.vo ottobre 2012, n° 179, art. 12, comma 5). In tali casi, l'acquisizione del consenso è richiesta dalle disposizioni di settore, precedenti all'applicazione del Regolamento, il cui rispetto è ora espressamente previsto dall'art. 75 del Codice. Un'eventuale opera di rimeditazione normativa, in ordine all'eliminazione della necessità di acquisire il consenso dell'interessato all'alimentazione del Fascicolo, potrebbe essere ammissibile alla luce del nuovo quadro giuridico in materia di protezione dei dati. Riguardo le Aziende Sanitarie viene suggerito di fornire le informazioni in maniera progressiva. Nei confronti della generalità dei pazienti possono essere fornite le informazioni relative ai trattamenti rientranti nelle ordinarie prestazioni sanitarie, le informative relative a particolari attività di trattamento possono essere fornite in seguito, soltanto in caso di pazienti interessati da tali servizi. Il periodo, da indicare

nelle informative, può essere fissato da regole specifiche; in caso di dubbi dovrà essere il titolare del trattamento a stabilirlo e indicarlo nelle informative, come periodo fisso o precisando i criteri per individuarlo. Tocca alle Aziende Sanitarie nominare il Dpo o Responsabile della protezione dei dati o Rpd, anche nel caso di un Ospedale privato, casa di cura o una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il libero professionista a titolo individuale, le farmacie, le parafarmacie, le aziende ortopediche e sanitarie non debbono nominare un Dpo, tranne in caso di trattamenti su larga scala. Il registro delle attività di trattamento non va trasmesso al garante, ma conservato per eventuali controlli, dovrà essere compilato dai singoli professionisti sanitari, i medici di medicina generale e i pediatri, gli Ospedali privati, le case di cura, le Rsa, le Aziende Sanitarie, le farmacie, le parafarmacie e le Aziende ortopediche.

B) Contro i medici e strutture sanitarie private/pubbliche 300.000 cause mentre un italiano su cinque è in difficoltà per le spese mediche

In Italia il rapporto medico-paziente è in crisi, come dimostrato dall'escalation di aggressioni e denunce, e si è creato un clima di forte sospetto tra medici e pazienti sugli errori sanitari. Il 78,2% dei medici teme un maggiore rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato; il 68,9% pensa di avere tre probabilità su dieci di subirne; il 65,4% ritiene di subire una pressione indebita a causa della possibilità di subire un processo. Un medico che ha subito/teme una denuncia finisce per ricorrere alla medicina difensiva, cioè alla prescrizione di un maggior numero di analisi e accertamenti che costerà 8 - 12 miliardi/anno. Sono 300 mila le cause contro medici e strutture sanitarie private e pubbliche, 35.000 nuove azioni legali/anno (fonte: *Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, 2013* e *Tribunale del malato, 2015*); il 95% dei procedimenti per lesioni personali colpose si conclude con un proscioglimento. Le denunce, talvolta temerarie, vengono presentate principalmente al Sud e nelle Isole (44,5%), al Nord la percentuale scende al 32,2% mentre al Centro si ferma al 23,2%. Le aree maggiormente a rischio contenzioso sono quella chirurgica (45,1% d), materno-infantile (13,8%) e medica (12,1%). Per quanto riguarda i costi necessari ad intraprendere le azioni legali, partendo da una richiesta risarcitoria media di 100.000 €, per una

causa civile servono 36.901 € e 50.128 € per una penale, per ciascuna delle parti. È stato pertanto proposto l'istituzione dell' *Arbitrato della Salute*, un luogo di confronto, e non di contrapposizione, per la risoluzione delle controversie, con l'obiettivo di trovare, in tempi rapidi ed economici, soluzioni condivise e praticabili coinvolgendo tutte le parti interessate con la conseguente riduzione del contenzioso e dei costi. Negli ultimi tre anni 5,7 milioni di italiani si sono indebitati per sostenere i costi per cure mediche in quanto più di 1 italiano su 5 (23,2%) ha difficoltà a pagare le spese mediche, soprattutto al Centro-sud e Isole che hanno il 43,5% delle famiglie in difficoltà sulle spese mediche contro il 9,9% del Nord-est e il 19% del Nord-ovest e la problematica interessa più di 1 pensionato su 5 (27,7%) in un contesto con oltre 4 milioni di pensionati che prendono meno di 750 €/mese e un terzo di loro non arriva a 500 €/mese (fonte: *Uecoop, Unione europea delle cooperative, 2019*).



C) Liste d'attesa nella sanità: oltre 11.000 chiamate da ottobre – fine dicembre 2018. Soddisfazione per i Reparti di Oncoematologia. I medici italiani i meno pagati in U.E.

Una prima visita specialistica o una prima ecografia eseguita in ritardo, per alcune patologie, può cambiare il decorso della malattia, pertanto per i pazienti è molto importante



è il superamento dei tempi massimi previsti per l'erogazione delle prestazioni. Nei primi 4 mesi di attività (da ottobre a dicembre 2018) del numero verde 1500 di pubblica utilità, attraverso il quale è

possibile segnalare i disservizi e le criticità relative alle liste d'attesa nella sanità pubblica, sono arrivate oltre 11.000 chiamate, che riguardano anche il Nord, soprattutto da donne con età media di 64 anni. Le regioni in cui i cittadini lamentano maggiormente di dover aspettare troppo tempo per una visita, un esame clinico o un'intervento chirurgico sono Lazio (24%, soprattutto dalla ASL RM 2 e 1), Lombardia (13% con l'11,2% delle segnalazioni soprattutto dalla ATS della città metropolitana di Milano), Campania (8,6% soprattutto dalla ASL Napoli 3 sud), Sicilia (8%), Toscana (7,8%) e Puglia (6%). Agli ultimi posti il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta. Il 6% delle telefonate ha riguardato disservizi dei Centri Unici di Prenotazione (CUP): Lazio (24%), Sicilia (20%) e Lombardia (12%). Sei chiamate su dieci hanno riguardato gli eccessivi tempi di attesa; il 17% la richiesta di informazioni sulla possibilità di ricorrere all'intramoenia pagando solo il ticket; il 12% segnalazioni di attese superiori al limite previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa. Molte segnalazioni sono di cittadini che non riescono a prenotarsi perché trovano le liste

bloccate, cosa però vietata dalla legge, ma aggirata furbescamente, per es. con la frase "in questo momento non riesco a prenotarla" (*fonte: Report Ministero della Salute, 2019*). Alcuni sindacati medici contestano che l'attività dei medici in libera professione sia connessa con il problema delle liste d'attesa, in quanto criminalizzare i medici è solo un paravento per deviare l'attenzione e lo scontento da responsabilità politiche e inefficienze gestionali. Secondo un'indagine, condotta in 46 strutture di Oncoematologia, l'88% dei pazienti valuta positivamente le informazioni sul percorso di cura ottenute durante la prima visita e l'85% le professionalità e l'umanità del personale sanitario ma oltre il 36% dei Day Hospital è sprovvisto di una attività di orientamento ai servizi. Il nodo principale è il tempo che va dall'arrivo all'ingresso nella sala per la somministrazione della chemioterapia: il 43% dei pazienti lamenta una attesa di 3-4^h ore, il 28% dalle 5 alle 6, oltre l'8% anche fino a 8 dovuta, secondo oltre il 90% delle strutture, a causa di disfunzioni organizzative. Tempi morti più difficili da sopportare per chi soffre la debolezza e fastidi legati alla patologia (*fonte: Cittadinazattiva e Associazione Italiana Leucemie*). Il salario medio lordo in Germania è 42.300 €, in Francia e nel Regno Unito 38.900 €, in Spagna 34.300 €, in Italia di circa 32.600 €. Gli specialisti dipendenti in Germania guadagnano circa 148.000 € lordi mentre gli italiani circa 81.500 €. I medici specialisti autonomi in Germania arrivano a guadagnare quasi 225.000 €. In Francia i medici specialisti dipendenti guadagnano circa 85.600 €, in Spagna poco meno di 79.000 € e nel Regno Unito più di 132.200 € (*fonte: Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, OCSE*).

D) La corruzione in ambito sanitario ci costa 6 miliardi/anno

Negli ultimi cinque anni nel 37% delle Aziende Sanitarie si è registrato almeno un episodio di corruzione, che in circa un terzo dei casi non è stato affrontato in maniera adeguata (*fonte: indagine "Curiamo la corruzione 2017", realizzata da Istituto di promozione dell'etica in sanità o Ipe, Censis e Transparency International Italia*). La corruzione in alcuni casi va in parallelo con le infiltrazioni criminali, al Nord è più organizzata e verticistica mentre al Sud è più capillare e frammentata. Si annida in cinque grandi aree:

quella delle nomine apicali, che per decenni sono state oggetto di scambio politico e talora di condizionamenti criminali, da cui sono derivate inefficienze e sprechi; quella delle gare, per il mancato controllo del rispetto dei contratti; la cattiva gestione delle liste d'attesa e dell'intramoenia, con dirottamento dei pazienti dalla sanità pubblica a quella privata e scarso controllo sui percorsi di accreditamento dei centri privati con, talvolta il sovradimensionamento delle prestazioni effettuate rispetto alle reali esigenze dei cittadini; le relazioni, non sempre trasparenti,

tra Case farmaceutiche, modo clinico e società scientifiche che tolgono risorse da destinare alle cure e all'innovazione e rischiano di minare alle fondamenta la sostenibilità del S.S.N. Indubbiamente intervenire sulla corruzione in Sanità significa chiudere meno ospedali e mettere a disposizione più posti letto, quindi non generici infruttuosi intenti morali, ma risultati concreti. La lotta alla corruzione è una battaglia etica ma, anche e soprattutto, per una migliore efficienza della Sanità anche se il rischio di conflitto di interessi lo ritroviamo ogni giorno, nella gestione

della spesa e dell'approvvigionamento di farmaci e dispositivi. Scegliere la fornitura di un dispositivo medico piuttosto che un'altra può rappresentare un business colossale, come, ad es., dimostrato da spese paradossali per la ristorazione ospedaliera, con prezzi talvolta al triplo della media ai presidi per diabetici che in alcune regioni costavano 1 e in altre 10 (*fonte: indagini Anac*). Per mantenere alta l'attenzione sulla problematica, è stata istituita la *Giornata contro la Corruzione in Sanità* che si celebra il 6 aprile.

E) Attivato un sistema U.E. anticontraffazione per i medicinali. Allarme globale per falso antitumorale

Dal 9 febbraio è diventato operativo, in 31 Stati dello spazio economico europeo, il nuovo sistema U.E. di contrasto alla contraffazione dei medicinali, basato sull'apposizione di un codice identificativo univoco a barre bidimensionale (Datamatrix 2D). L'EMVS, il sistema U.E. di verifica dei farmaci, istituito nel 2016, collegherà duemila aziende farmaceutiche, circa seimila grossisti, 140mila farmacie, cinquemila farmacie ospedaliere e tutti gli altri dispensatori di medicinali con l'obiettivo di proteggere dai farmaci contraffatti, in atto lo 0,005% di quelli circolanti in U.E. Belgio,

Grecia e Italia hanno avuto una proroga al 2025 in quanto dotati di un pre-esistente sistema, in Italia il "bollino autoadesivo" (*fonte: Farindustria, Associazione Titolari di Autorizzazioni All'importazione Parallela di Medicinali dall'Europa e Assogenerici, 2019*). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato un'allerta globale per un farmaco falso, che circola in U.E. e nelle Americhe, indicato per il trattamento di adulti affetti da leucemia mieloide cronica e leucemia linfoblastica acuta che anziché costituito da ponatinib (Iclusig) contiene soltanto paracetamolo.

. F) Brexit no deal (senza accordi preferenziali) e salute degli inglesi

Il Regno Unito è fortemente dipendente dalle importazioni di frutta e verdura; nel 2017 ne sono state importate rispettivamente l'84% e il 48% e il loro costo aumenterà significativamente dopo l'uscita dall'U.E. Con una Brexit no deal, gli aumenti delle tariffe commerciali sulle merci importate porterà a notevoli rincari sui cibi, ad es. +17% per le banane, +15% per i pomodori e +14% per gli agrumi che porteranno a un'ulteriore riduzione dei loro consumi, già troppo bassi per la metà degli inglesi, con conseguenze dirette sulla salute. Le stime, basate su

modelli matematici, prevedono 12.400 morti in più tra il 2021 e il 2030 per malattie cardiovascolari (infarti e ictus), circa il 2% in più (*fonte: BMJ open, 2019*). Inoltre una Brexit no deal potrebbe portare alla carenza di alcuni farmaci, al di fuori del controllo dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) o dei Paesi membri, ad es. alla dogana, con ripercussioni sulla loro disponibilità per difficoltà di approvvigionamento in U.E. Ad es. un'Azienda con sede in Gran Bretagna che commercializza un farmaco nell'U.E. deve trasferire la licenza ad una che opera in quest'ultima.

G) Sistema Sanitario USA (S.S.U.): dalla copertura semiuniversale di Lyndon Johnson (anni '60) all'Obamacare (2010) e al Trumpcare (2018)

Il S.S.U., fortemente strutturato sulle compagnie assicurative, è stato creato negli anni 60 dal presidente Lyndon Johnson (1908-1973). Esso è basato su una semiuniversale, cioè per i cittadini che hanno stipulato una polizza assicurativa. Chi non lavora ovviamente non può accedere alla sanità che, quindi, a differenza dell'Italia, non è un diritto ma un lusso. In caso di emergenza i non assicurati possono essere sottoposti ad una attesa e subordinazione rispetto agli assicurati, tale per cui la loro malattia può raggiungere uno stadio più avanzato. È composto ancora oggi da due programmi federali: il medicare e il medicaid. Lyndon Johnson introdusse il medicaid per aiutare le famiglie a basso reddito, coprendo il 60% delle spese mediche. Questo programma anche se federale, è gestito interamente dai singoli Stati. Il medicare, invece, è un programma di assistenza agli anziani (over sessantacinquenni) e ai disabili, indipendente dal reddito, finanziato dai lavoratori e dai datori di lavoro, che obbliga ad iscriversi a un'assicurazione comprendente una parte ospedaliera e una medica. Si è valutato che i costi dei programmi La Sanità è seconda, dopo l'area delle Regioni e autonomie locali, come numero netto di perdite, con un tasso di riduzione da 648.729 dipendenti del 2016 a 647.048 del 2017,



cioè -1.681 in base alla sottoposizione o meno delle Regioni ai piani di rientro della spesa sanitaria (fonte: *Conto Annuale della Ragioneria dello Stato, 2017*). Nel periodo 2007-2017 i medici e il personale non dirigente sono scesi rispettivamente di 5.876 unità (- 5%) e di 26.073 (- 4,8%). Ma in realtà i medici aumentano per la prima volta nel 2017 di 376 unità, il personale non dirigente diminuisce di 1.705 unità (tra questi gli infermieri di 58 unità) e i dirigenti non medici calano di 274 unità (ma tra questi aumentano di 75 unità i farmacisti). Nel lungo periodo, i dirigenti non medici e la macrocategoria "altro personale" (direttori generali e personale contrattista) invece registrano decrementi maggiori, rispettivamente del 12,7% (2.629 unità) e del 36,4% (da 1.587 unità nel 2007 alle 1.010 nel 2017), come conseguenza del contenimento della spesa di personale infatti gli Enti del SSN, a differenza di altri settori del pubblico impiego, non sono sottoposti a turn over ma a un vincolo di spesa, quella 2004 - l'1,4 %. Per le Regioni adempienti, in equilibrio economico, è prevista dal 2015 al 2019, una graduale riduzione della spesa di personale, dello 0,1 % fino al totale

conseguimento nel 2020 degli obiettivi previsti dalla L. 191/2009. Ulteriori vincoli sono invece per le Regioni in Piano di rientro. Analizzando la variazione percentuale della distribuzione geografica del personale SSN 2007 - 2017, sono più penalizzate Campania (- 22,4%), Lazio (- 20 %) e Molise (-26,30%), viceversa Valle d'Aosta, Sardegna e Basilicata hanno registrato un incremento del personale rispettivamente del 10,2%, 5,2% e 4,7%. Infine, Regioni del centro-nord come Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte registrano un lieve calo dell'occupazione. La media dei dipendenti, ogni 10.000 abitanti, è di 122 unità e Liguria, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano si collocano sopra la media; sotto sono Campania, Lazio, Puglia e Sicilia. Nel periodo 2010-2015 l'andamento della retribuzione media è stata pressoché costante, per il blocco della contrattazione collettiva, che ha lasciato invariate quelle del personale dipendente. Le variazioni dopo il 2010 sono dovute alle cessazioni dal servizio, solo in parte ricoperte da nuove assunzioni, per effetto delle limitazioni del turn over. A marzo le Giunte Regionali di Molise e Veneto hanno assegnato ai Direttori generali delle ASL la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo ai medici pensionati, per fronteggiare la carenza negli organici che, nel solo Veneto, è di circa 1.300 (56.000 è la stima a livello nazionale), secondo alcune sigle sindacali di dubbia legittimità rispetto alla L. 124/2015 (o L. Madia), che autorizza il pensionato a svolgere attività per la pubblica amministrazione solo a titolo gratuito e per massimo un anno e col rischio di esporre medici ultrasessantacinquenni a turni particolarmente stressanti, con rischi anche per i pazienti. Un altro allarme riguarda i gastroenterologi, che da 1.400 diminuiranno a breve, per effetto di pensionamenti e quota 100, sono quindi a rischio l'esecuzione di vari test di screening, come le colonoscopie per la prevenzione del cancro al colon retto, la seconda forma tumorale più diffusa in Italia con 51.300 nuovi casi nel 2018. pubblici assorbono quasi metà dei bilanci degli Stati e che una delle maggiori cause di bancarotta delle famiglie statunitensi, fossero le spese mediche impreviste. Per ovviare venne approvato il *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)* proposto da Barack Obama (1961) nel 2010 che si basa su tre punti fondamentali: ciascun cittadino deve avere un'assicurazione sanitaria, pena una multa; nessuna Compagnia può rifiutarsi di stipulare una polizza a causa dei trascorsi clinici del paziente o delle sue attuali condizioni di salute; il Governo si impegna a garantire dei sussidi per supportare i meno

abbienti nel pagamento dei premi assicurativi. Si calcola che tra i 20 ed i 30 milioni di statunitensi,

ne abbiano beneficiato.

H) Influenza: andamento stagionale; in gravidanza può provocare bambini prematuri e sottopeso: misure di profilassi; gravidanza ed accettazione vaccino anti-influenzale nel Regno Unito: caratteristiche predittive comuni

Solo in Italia ogni anno colpisce da 5 - 8 milioni di persone con circa 8mila decessi per mortalità indiretta. In questa ultima stagione 2018-2019 ha messo a letto quasi 7 milioni di italiani. Soprattutto la sindrome influenzale non ha età, sebbene la maggiore mortalità (circa il 90% dei casi) si verifichi in over 65, i casi gravi ricorrono molto frequentemente, con ricoveri in terapia intensiva, anche in under 65. Gli italiani allattati quest'anno sono circa 6 milioni, uno in più rispetto a quelli stimati, con 95 decessi a causa di complicanze. Nell'ultima settimana monitorata (11-17 febbraio 2019) sono stati circa 663.000 i contagi, in calo rispetto ai 771.000 della precedente, ma la circolazione del virus ha un'incidenza di media intensità (11 casi/1000). La proporzione dei casi gravi rispetto al totale è quest'anno abbastanza alta, circa 1/1000, da ottobre 2018 sono stati infatti 516 le persone con influenza ricoverate in terapia intensiva, a causa di complicanze di tipo respiratorio acuto, tra cui anche 7 donne in gravidanza e 95 deceduti, in quanto ha girato soprattutto l'H1N1, il virus di origini suine che aveva provocato la pandemia del 2009, che è particolarmente aggressivo. Il 62% dei casi gravi è di sesso maschile e il 91% si è verificato in over 50. Nell'82% era presente almeno una condizione di rischio preesistente, come diabete, tumori, malattie cardiovascolari o respiratorie croniche. In otto casi su dieci, non erano vaccinati (fonte: *Sistema di Sorveglianza Epidemiologica dell'Istituto Superiore di Sanità*). L'influenza è la principale causa di assenza da scuola e dal lavoro, con un assenteismo che raddoppia durante il picco influenzale, provocando la perdita di 500mila giornate lavorative e l'influenza e le sindromi simil-influenzali costano € 10,7 miliardi, quasi quanto una manovra economica (fonte: *Respiratory Medicine, 2018*). Il problema è che solo 1 ultra 65enne su 2 e appena 1 malato cronico su 5 si vaccina, nonostante il vaccino sia a carico del SSN; le coperture vaccinali non arrivano al 16% nei soggetti cronici under 65, ad es. cardiopatici o diabetici pertanto gli obiettivi del Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 non sono stati raggiunti. La sindrome influenzale è un problema di sanità pubblica anche perché la pandemia influenzale impatta sull'utilizzo degli antibiotici e quindi sul fenomeno

dell'antibiotico resistenza (fonte: *I edizione "Flu Summit - Alleati contro l'influenza", Roma 13/03/2019*). Uno studio dei CDC di Atlanta, su 490 donne in gravidanza con influenza H1N1 contratta nel 2009, 1.451 donne senza influenza che hanno partorito nello stesso anno e 1.446



donne senza influenza che hanno partorito l'anno precedente ha mostrato che

queste forme sono generalmente rare, ma l'incremento del rischio che esse comportano a carico del bambino, evidenzia l'importanza di un'adeguata profilassi basata sulla vaccinazione antinfluenzale nelle donne in gravidanza, dei genitori e personale assistenziale, ogni anno, e di tutti i bambini dopo i sei anni; nel trattamento con antivirali per evitare l'aggravamento delle condizioni di queste pazienti; nel lavarsi le mani; nell'evitare stretti contatti con persone malate; pulire e nel disinfettare le superfici in cui i germi possono nascondersi (*Birth Defects Research online, 3/2/2019*). Nel Regno Unito le complicazioni legate all'influenza sono fattori contribuenti alla mortalità materna, dove meno della metà delle donne in gravidanza riceve la vaccinazione antiinfluenzale. In base ad un'indagine retrospettiva su 4.817 donne, è stato riscontrato che l'origine etnica, l'età all'atto della prenotazione, la pianificazione della gravidanza, la parità e la prenotazione nel primo trimestre sono significativi fattori predittivi della ricezione della vaccinazione antiinfluenzale stagionale. L'incremento dei tassi di vaccinazione per l'influenza stagionale in queste donne dovrebbe rimanere una priorità per la salute pubblica (fonte: *Midwifery, 2019 ;72: 67-73*). Secondo l'OMS la vaccinazione antinfluenzale è il mezzo più efficace per prevenire la malattia, le sue complicanze e ridurre la mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio; ha la duplice finalità di proteggere l'individuo e al tempo stesso la collettività. È importante proteggere anche i bambini, il principale vettore di contagio nelle famiglie e negli anziani, ecco perché ad es. la Gran Bretagna ha avviato una campagna vaccinale estesa a tutti i bambini sani, con

riduzione del 90% delle visite mediche nei bambini e benefici indiretti anche negli adulti. Ma l'influenza rappresenta un problema serio per tutti i soggetti, indipendentemente dalla condizione di

rischio, il rischio di ricovero per infarto miocardico acuto aumenta di 6 volte dopo un episodio influenzale.

I) Influenza: Un problema di sanità pubblica. I costi 2018. Il vaccino per il 2019-2020

A marzo 2019 sono stati oltre 7,6 milioni gli italiani ammalatisi, ma il bilancio finale potrebbe arrivare a 8 milioni in quanto in quasi metà delle regioni il periodo epidemico è terminato, ma ci si continua ancora ad ammalare. Nell'ultima settimana sono state colpite in 179.000 (*fonte: Istituto Superiore di Sanità o ISS*). Tra il 18 e 24 marzo si è arrivati a 2,9 casi/mille assistiti, un'incidenza molto vicina alla soglia di base di 2,74 casi che segna la fine del periodo epidemico, raggiunto in Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta, Veneto e provincia autonoma di Bolzano. I più colpiti sono stati i bambini tra 0 - 4 anni (8,16 casi/1000), e tra 5 - 14 anni (4,79), mentre sono stati più bassi nella fascia 15-64 anni (2,72) e tra gli over 65 (1,28 casi). Secondo il rapporto Flunews, i casi gravi, dall'inizio della sorveglianza, sono stati 730, di cui 170 mortali. Nel 2017-2018, in cui si sono superati gli 8,5 milioni di casi, era prevalso il ceppo B Yamagata, mentre quest'anno quelli di tipo A, cioè il virus pandemico del 2009 H1N1, e l'H3N2, più aggressivi che danno problemi soprattutto alle gestanti, obesi e agli anziani. Quello che stupisce gli epidemiologi è come il virus AH1N1, quello pandemico, continui di anno in anno a colpire tante persone, tutti si aspettavano che ne arrivassero di più dall'H3N2, in realtà, dall'inizio della stagione, i ceppi A di sottotipo H1N1 rappresentano il 47% dei virus circolanti, e quelli H3N2 il 44%. Le sindromi influenzali, dall'influenza vera e propria ai raffreddamenti con mal di gola e tosse, che si possono presentare anche in primavera e in estate, mediamente in Italia colpiscono ogni anno il 9% della popolazione, con un minimo del 4% (stagione 2005-2006) al

massimo del 15%, nella stagione 2017-2018. Nell'anno solare 2018, hanno fatto spendere 1 miliardo e 187 milioni, per farmaci non prescrittibili e 570 milioni da novembre 2018 al 28 febbraio 2019 (*fonte: Iqvia, 2019*). Nel 2018 è stato registrato un incremento di vendite di farmaci contro la tosse del 5,2% (322 milioni), 150 milioni (+7,8%) per i sedativi e 172 milioni (+4%) per espettoranti. Ha mantenuto il primato l'analgesico-antipiretico paracetamolo (Tachipirina). In questi quattro mesi, nel consumo di antipiretici, anti-allergici, antitosse, decongestionanti, espettoranti e soluzioni saline è stato evidenziato - 0,2% rispetto allo stesso periodo del 2017-2018, viceversa i prodotti per il mal di gola (+3,6%) le soluzioni saline nasali (+3,2%) e i prodotti anti-allergici da banco (+10,6%). Per la stagione influenzale 2019-2020 l'O.M.S. raccomanda che il vaccino quadrivalente contenga i ceppi A/Brisbane/02/2018 (H1N1), A(H3N2), B/Colorado/06/2017 e B/Phuket/3073/2013, mentre per quello trivalente raccomanda il ceppo B/Colorado/06/2017 per il virus di tipo B. Finora, da settembre a gennaio 2018, ha predominato il virus di tipo AH1N1 in Nord e Centro America, nella maggior parte dei paesi europei, Asia e Oceania, mentre l'AH3N2 ha dominato in diversi paesi africani e qualcuno dell'Asia. Entrambi hanno anche c Secondo l'OMS il mondo dovrà inevitabilmente affrontare una nuova pandemia di influenza, è una questione di quando, non di se. Il costo di un suo importante focolaio sarà molto più alto del prezzo della prevenzione. L'ultima pandemia mondiale di influenza è stata causata dal virus H1N1, nel 2009 e nel 2010. Nel primo anno è stata infettata almeno una persona su cinque con un tasso di mortalità dello 0,02% (*fonte: Reuters, 2019*).

L) In Italia un over 65 su 10 soffre di depressione



+Nel biennio 2016-2017 sono state intervistate 22.984 persone di età ≥ 65 , selezionate con campionamento

proporzionale, stratificato per sesso e classe di età dalle liste degli iscritti alle anagrafe sanitarie delle singole ASL. I sintomi depressivi, spesso ancora sottovalutati, arrivano a interessare quasi un anziano su 4 over 85, soprattutto nelle donne, tra le persone con difficoltà economiche o per bassa istruzione. Circa 9 anziani su 10 hanno fatto uso di medicinali nella settimana precedente l'intervista, più di uno su 3 (37%) riferisce di averne consumati per almeno quattro tipologie e l'

87% degli over65 giudica complessivamente positivo il proprio stato di salute ("discreto" il 50%, "buono" o "molto buono" il 37%, anche se la condizione sociale è importante e risultano maggiormente soddisfatte della propria salute gli anziani senza difficoltà economiche e più istruiti. I sintomi depressivi sono risultati più frequenti all'avanzare dell'età, da una prevalenza intorno al 6% negli adulti, negli over 65 si sale al 13% e negli over 85 al 22%. La situazione peggiora in

presenza di patologie croniche, i sintomi depressivi interessano infatti il 28% degli anziani che hanno 2 o più patologie croniche, come cardiopatie, cirrosi, diabete, ictus, insufficienza renale, ischemia cerebrale, malattie croniche del fegato o respiratorie e neoplasie. Oltre il 30% riferisce di sentirsi peggio rispetto all'anno precedente e la percentuale sale tra i pazienti con molte difficoltà economiche (fonte: Sistema di sorveglianza "Passi d'Argento", ISS).

M) Obesità: in Italia soltanto in 15mila scelgono il trattamento chirurgico che guarisce anche il diabete in 3 casi su 4.

L'obesità è uno dei maggiori problemi sanitari di tipo cronico, a livello globale sono in sovrappeso circa 2 miliardi di persone e 600 milioni sono gli obesi. Già nel 1948 l'O.M.S. la incluse tra le malattie ma poi venne tolta. In atto è crescente, il numero di interessati aumenterà e questo significa più malattie e, dunque, la necessità di prevedere risorse per patologie, ad es., come il diabete. Il problema inizia in età infantile, infatti circa 5 milioni di bimbi under 5 hanno problemi di peso. In U.E. è responsabile di circa l'80% dei casi di diabete di tipo 2, del 55% di ipertensione arteriosa e del 35% di cardiopatie ischemiche, con 12 milioni di persone gravemente ammalate e almeno un milione di morti/anno. Come profilassi, il primo punto è una dieta ipocalorica associata a un'attività fisica leggera giornaliera, a cui aggiungere, talvolta, un trattamento farmacologico ma, nei casi più gravi, si può ricorrere alle tecniche chirurgiche laparoscopiche e mini-invasive, con un incremento di tre anni di vita vissuta in condizioni di salute e una riduzione della spesa di € 11mila a paziente (fonte: *Centro Studi Sanità Pubblica dell'Università Milano Bicocca*). In Italia provoca la morte di 57mila pazienti/anno, una ogni 10' ma, a fronte dei 6 milioni di obesi, appena 15mila circa /anno si sottopongono all'intervento, soprattutto al Nord, in incremento considerevole al Centro e uno scarso ricorso nel Meridione, lo stesso numero che si fanno in Olanda, rispetto ai 60 mila della Francia e ai 300 mila degli USA. Uno studio danese dell'*Università Aarhus*, su 1.111 pazienti obesi e diabetici sottoposti all'intervento di

chirurgia bariatrica, contro l'obesità grave, più precisamente il by pass gastrico, e oltre 1000 diabetici non sottoposti a intervento (gruppo controllo) ha mostrato che, a partire dai sei mesi dall'intervento, oltre la metà dei pazienti è andato in remissione dal diabete; il 70% a un anno e la remissione è persistita anche a 5 anni. La probabilità di guarire dal diabete, dopo l'intervento, è risultata più alta nei pazienti giovani e che lo avevano da pochi anni. Su un periodo di monitoraggio di circa cinque anni, si è ridotto il rischio delle complicanze diabetiche microvascolari, una riduzione del 48% del rischio di retinopatia e del 46% del rischio di complicanze renali (fonte: *IV edizione "Live Surgery Workshop in Chirurgia Bariatrica e Laparoscopica", Roma, 2019*). Il 22 marzo in Senato, durante l'incontro "L'obesità, una malattia da prevenire e curare" è stato proposto di considerarla come una malattia, inserirla nei Lea, realizzare una rete di Centri di riferimento con team multidisciplinare per trattarla da un punto di vista chirurgico, fisioterapico, internistico, nutrizionale e psicologico. Il contrasto deve iniziare da piccoli, quindi sarebbe necessario inserire ore obbligatorie di educazione alimentare, già nella scuola primaria e la misurazione della circonferenza della vita nella pratica clinica quotidiana dei medici di famiglia.



N) Tumore al seno: differenze di trattamento in U.E. Venti geni tumorali predicono la metastasi



Il 30% di neoplasia al seno è in over-70. Ricercatori olandesi hanno esaminato i dati su oltre 236.000 anziane tra il 2000 e il 2013 in vari Paesi U.E. I tassi di

chirurgia per il tumore in fase I variavano dai 21,1% in Polonia al 65,1% in Belgio. Variazioni simili si riscontravano nella mastectomia in fase II. Anche quelli in fase più avanzata erano differenti tra i vari Paesi, con il 50,8% in Irlanda con diagnosi di fase III che non si sottoponevano a

chirurgia, vs il 22% del Belgio e il 4,6% in Polonia. Ancora, mentre il 19,5% delle pazienti in fase I in Olanda veniva sottoposto a terapia endocrina adiuvante, l'uso era più alto in altri Paesi, il 47,5% in Inghilterra e l'84,6% in Belgio. I tassi di sopravvivenza in fase I e II erano significativamente più bassi in Inghilterra vs gli altri quattro Paesi mentre la sopravvivenza in fase III era significativamente peggiore in Irlanda e Inghilterra (*fonte: British Journal of Cancer, 2018*). La ricerca sulle staminali della neoplasia mammaria è iniziata oltre dieci anni fa, con l'identificazione di un circuito molecolare che, se alterato nei tumori mammari, determina l'insorgenza di cellule staminali tumorali con caratteristiche immortali (*fonte: Nature, 2008*); successivamente venne svelato il loro profilo molecolare e dimostrato tumori mammari arricchiti in cellule con caratteristiche staminali, caratterizzati da una marcata aggressività di comportamento clinico-biologico (*fonte: Cell, 2010*). Un gruppo di ricercatori dell' *Istituto Europeo di Oncologia (IEO)* e dell' *Università Statale di Milano*, analizzando oltre 2000 pazienti con tumore del seno, per circa 15 anni, ha scoperto che lascia una firma molecolare, che predice il rischio individuale di sviluppare

metastasi, in quanto una serie di venti geni consentono di valutare l'entità del serbatoio di staminali tumorali. I parametri clinico-patologici in atto utilizzati non sono sempre accurati nel predire il reale rischio di metastasi in quanto considerano le caratteristiche dell'intera massa tumorale, ad es. il profilo ormonale o il livello di proliferazione invece che la rara sottopopolazione di cellule staminali tumorali che si nasconde all'interno delle neoplasie. Altre firme molecolari sviluppate in passato, analizzando i tumori mammari a livello della popolazione tumorale generale, hanno mostrato un valore prognostico limitato solo a quelli di tipo luminale mentre la firma molecolare staminale misura il rischio di metastasi in tumori mammari molto diversi tra loro, come nel caso dei luminali e triplo-negativi. L'obiettivo è attaccare le cellule staminali tumorali proprio nel loro potenziale lesivo di sviluppare metastasi, nella prospettiva di nuove terapie molecolari per eradicare la malattia. Gli studiosi adesso stanno programmando studi clinici per dimostrare che le pazienti a basso rischio di recidiva possono essere trattate con approcci terapeutici più conservativi e meno aggressivi (*fonte: EBiomedicine, 2019*).

O) Anche il "fumo di terza mano" (FTM) è dannoso per la salute

Il FTM, è quel cocktail di tossine che resta attaccato ai capelli e vestiti di chi fuma, ai rivestimenti, ai tappeti e tessuti, anche per oltre due mesi, anche quando i fumatori hanno lasciato l'area. Contiene undici sostanze cancerogene, cianuro di idrogeno, usato nelle armi chimiche, butano (combustibile negli accendini), toluolo o metilbenzene (diluente delle vernici), piombo,



monossido di carbonio e il polonio-210 che aumentano il rischio di patologie tromboemboliche e ritardano la rimarginazione delle ferite. È molto pericoloso, soprattutto nei più piccoli, infatti i figli di fumatori sono più esposti a malattie, anche quando i genitori non fumano in loro presenza, in parte perché chi fuma ha un'irritazione cronica alle vie respiratorie, a causa dei germi patogeni delle sue vie aeree, che diffonde respirando, e che in questo modo può contagiare un bambino per infezioni respiratorie e in parte perché un bambino che gioca o gattona sul pavimento può raccogliere con le mani residui di fumo ed ingerirli.

P) Continuano a calare i dipendenti del S.S.N.: -46.500 dal 2009 al 2017 (- 6,2%).

Proposte di richiamare i medici pensionati

La Sanità è seconda, dopo l'area delle Regioni e autonomie locali, come numero netto di perdite, con un tasso di riduzione da 648.729 dipendenti del 2016 a 647.048 del 2017, cioè -1.681 in base alla sottoposizione o meno delle Regioni ai piani di rientro della spesa sanitaria (*fonte: Conto Annuale della Ragioneria dello Stato, 2017*). Nel periodo 2007-2017 i medici e il personale non dirigente sono scesi rispettivamente di 5.876 unità (- 5%) e di 26.073 (- 4,8%). Ma in realtà i medici

aumentano per la prima volta nel 2017 di 376 unità, il personale non dirigente diminuisce di 1.705 unità (tra questi gli infermieri di 58 unità) e i dirigenti non medici calano di 274 unità (ma tra questi aumentano di 75 unità i farmacisti). Nel lungo periodo, i dirigenti non medici e la macrocategoria "altro personale" (direttori generali e personale contrattista) invece registrano decrementi maggiori, rispettivamente del 12,7% (2.629 unità) e del 36,4% (da 1.587

unità nel 2007 alle 1.010 nel 2017), come conseguenza del contenimento della spesa di personale infatti gli Enti del SSN, a differenza di altri settori del pubblico impiego, non sono sottoposti a turn over ma a un vincolo di spesa, quella 2004 - l'1,4 %. Per le Regioni adempienti, in equilibrio economico, è prevista dal 2015 al 2019, una graduale riduzione della spesa di personale, dello 0,1 % fino al totale conseguimento nel 2020 degli obiettivi previsti dalla L. 191/2009. Ulteriori vincoli sono invece per le Regioni in Piano di rientro. Analizzando la variazione percentuale della distribuzione geografica del personale SSN 2007 - 2017, sono più penalizzate Campania (- 22,4%), Lazio (- 20 %) e Molise (-26,30%), viceversa Valle d'Aosta, Sardegna e Basilicata hanno registrato un incremento del personale rispettivamente del 10,2%, 5,2% e 4,7%. Infine, Regioni del centro-nord come Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte registrano un lieve calo dell'occupazione. La media dei dipendenti, ogni 10.000 abitanti, è di 122 unità e Liguria, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano si collocano sopra la media; sotto sono Campania, Lazio, Puglia e Sicilia. Nel periodo 2010-2015 l'andamento della retribuzione

media è stata pressoché costante, per il blocco della contrattazione collettiva, che ha lasciato invariate quelle del personale dipendente. Le variazioni dopo il 2010 sono dovute alle cessazioni dal servizio, solo in parte ricoperte da nuove assunzioni, per effetto delle limitazioni del turn over. A marzo le Giunte Regionali di Molise e Veneto hanno assegnato ai Direttori generali delle ASL la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo ai medici pensionati, per fronteggiare la carenza negli organici che, nel solo Veneto, è di circa 1.300 (56.000 è la stima a livello nazionale), secondo alcune sigle sindacali di dubbia legittimità rispetto alla L. 124/2015 (o L. Madia), che autorizza il pensionato a svolgere attività per la pubblica amministrazione solo a titolo gratuito e per massimo un anno e col rischio di esporre medici ultrasessantacinquenni a turni particolarmente stressanti, con rischi anche per i pazienti. Un altro allarme riguarda i gastroenterologi, che da 1.400 diminuiranno a breve, per effetto di pensionamenti e quota 100, sono quindi a rischio l'esecuzione di vari test di screening, come le coloscopie per la prevenzione del cancro al colon retto, la seconda forma tumorale più diffusa in Italia con 51.300 nuovi casi nel 2018.

Q) Fecondazione eterologa a rischio dal 29 aprile

Dal 29 aprile potrebbe non essere più possibile importare gameti per la fecondazione eterologa in molti Centri preposti, pubblici e privati, in quanto il Ministero della Salute ha ribadito la scadenza, per quella data, per i Centri, di acquisire i

certificati di conformità dal Centro Nazionale Trapianti (CNT), di cui molti sono ancora sprovvisti, per il mancato rispetto della tempistica nelle ispezioni da Regioni e Enti. Questo potrà determinare gravi disagi alle oltre 6.000 coppie che vi ricorrono ogni anno.

R) Novità sui Dispositivi medici. Presto il registro per le protesi al seno e ortopediche. Vietate in Francia le protesi seno macro-testurizzate

Come per il settore farmaceutico, ci si avvia a uno strumento simile anche per i dispositivi medici, che sono oltre 1,2 milioni, con una spesa di 6 miliardi €/anno, che hanno acquisito un ruolo centrale nella pratica clinica, migliorando sia la salute che la qualità della vita dei pazienti. I principali obiettivi del "Documento in materia di governance dei dispositivi medici", presentato alle Regioni nella riunione della Commissione Salute e illustrato a Roma il 22 marzo in conferenza stampa dal Ministro della Salute, includono di fondare le decisioni sul loro acquisto da parte dello Stato sui bisogni dei pazienti e sul valore aggiunto di una tecnologia, dimostrato in termini

di risultati; assumere rischi calcolati e solamente in presenza di potenziali benefici altamente rilevanti; rendere efficiente il monitoraggio rischi/benefici; comunicare all'industria i requisiti di sicurezza ed efficacia comparativa necessari per proporre prodotti innovativi. La proposta potrà consentire un risparmio del 10% in alcune categorie. In Italia sono circa 51.000/anno le protesi mammarie impiantate, il 63% per finalità estetiche, il 37% per finalità ricostruttive mentre gli interventi di impianto di protesi ortopediche sfiorano i



200.000/anno (fonte: Registro protesi mammarie e quello delle artroprotesi del Ministero della Salute). Con una nuova norma in legge di Bilancio 2018, a cui segue un iter con una fase pilota e un'interlocuzione in conferenza Stato- Regioni, per questi registri vengono stabiliti i criteri della trasparenza e obbligatorietà. I distributori, ad es., facendo riferimento alle protesi mammarie, dovranno comunicare quali siano esattamente quelle distribuite/vendute sul territorio nazionale e importanti informazioni cliniche che consentano il monitoraggio del paziente impiantato. Il criterio dell'obbligatorietà è importante, perché, ad es., sul registro delle artroprotesi sono solo undici le

Regioni in cui la raccolta dati è attiva. Dal 5 aprile sono state vietate in Francia tredici modelli di protesi mammarie macrotesturizzate a superficie ruvida e gli impianti mammari con superficie ricoperta da poliuretano, impiantate su circa 400.000 donne francesi, in via precauzionale, rispetto al rischio che tali protesi possano favorire l'insorgenza del raro linfoma anaplastico a grandi cellule (ALCL, 59 casi dal 2011). Anche in Italia, dove sono 411.000 le donne portatrici di questo impianto con 41 casi di ALCL dal 2010 a marzo 2019, il ministro della Salute ha chiesto un parere urgente al Consiglio Superiore di Sanità (CSS).

S) Integratori alimentari solo a pagamento ai pazienti senza stomaco

Circa 80.000 pazienti che non hanno più lo stomaco, per una neoplasia, dopo l'intervento devono affrontare problemi considerevoli per la propria nutrizione, per alterazioni della flora intestinale, contaminazioni batteriche e disturbi dell'assorbimento ma sono lasciati a loro stessi e, nonostante ci siano accordi fra Stato – Regioni, che prevedono nutrizionisti nei Centri oncologici, spesso la gestione dell'alimentazione è tutta sulle loro spalle pertanto debbono ricorrere a fermenti lattici e integratori (usati dal 74% dei



gastrectomizzati). Una recente indagine ha dimostrato che il 72% dei pazienti utilizza probiotici, il 41% per i disturbi legati alla chemioterapia e per i problemi intestinali dovuti alla gastrectomia, il 38% per gestire le alterazioni della flora batterica, il 28% occasionalmente in concomitanza con una terapia antibiotica (fonte: Associazione "Vivere senza stomaco si può"). Le Regioni che prevedono l'erogazione gratuita di fermenti lattici e integratori superano di poco la metà ed escludono i probiotici, totalmente a carico dei pazienti, con una spesa media di 155 – 600 €/anno.

T) Cassazione: i professionisti (avvocati, medici, ingegneri, commercialisti, ecc.) devono giustificare i prelievi dal conto corrente

Con la sentenza 228 erano obbligati a giustificare prelievi sul conto corrente soltanto gli imprenditori, escludendo liberi professionisti e lavoratori autonomi non soggetti a contabilità separata, che potrebbero avere necessità di prelevare per motivi che esulano dalla loro attività di lavoro autonomo, per esigenze familiari o per gli acquisti quotidiani. Il 27 marzo la Cassazione, con la sentenza 13334, ha stabilito che i liberi professionisti dovranno giustificare i versamenti e i prelievi per non incorrere, in determinate circostanze, nel reato di evasione fiscale. Quindi anche chi esercita lavoro autonomo deve giustificare prelievi e versamenti sul conto corrente, applicando l'art. 32 del D.P.R. 600/1973, "sia i versamenti, in contanti/bonifico che i prelievi dal conto corrente bancario si presumono come

ricavo conseguito nella propria attività, pertanto reddito in nero qualora non si dimostri che ne ha tenuto conto nella base imponibile o che sono totalmente estranei all'attività come lavoratore autonomo". Questa presunzione di colpevolezza lascia al titolare del conto corrente l'onere di provare che prelievi e versamenti non nascondono un'evasione fiscale, in caso di movimenti bancari, in uscita o in entrata, poco chiari e privi delle opportune giustificazioni, l'Agenzia delle Entrate potrà chiedere ulteriori chiarimenti e, qualora non si giustifichi il prelievo, potrebbe scattare un controllo fiscale più approfondito, col rischio di una condanna per evasione fiscale.





U) AIFA: scende il consumo di antibiotici, rallenta la crescita dei generici, i biosimilari + 53%

In Italia l'uso di antibiotici, nonostante il trend in riduzione, è ancora superiore alla media U.E. Nel 2017 il consumo globale è stato di 25,5 Ddd/1000 abitanti/die [n° medio di dosi consumate giornalmente da 1000 abitanti], rispetto al 21,7 dell'U.E. con una grande variabilità nei consumi/spesa tra le Regioni, con valori maggiori al Sud e nelle Isole (*fonte: Rapporto "L' uso degli antibiotici in Italia" dell'AIFA*). La spesa pro capite (14,33 €) si è ridotta rispetto all' anno precedente dell' 1,7%. Il 90% del loro consumo, a carico del SSN (19,7 Ddd/1000 abitanti/die), è in regime di assistenza convenzionata, per prescrizione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. Continua la diffusione dei farmaci equivalenti mentre i biosimilari, cioè i biologici senza brevetto, registrano un incremento del 53% in un anno (*fonte: Report annuale 2018*

del Centro Sudi Assogenerici su dati Iqvia). Gli equivalenti nel 2018 hanno assorbito il 22,23% del mercato a confezioni e il 13,8% del mercato a valori (rispettivamente + 0,76% e +1,4% sul 2017) nel canale farmacia e il loro uso continua a salire al Nord (36,8% a unità e 27,8% a valori), più lentamente al Centro (27,2% a unità; 21,1% a valori) e al Sud (21,9% a unità e 16,8% a valori), in testa la Provincia Autonoma di Trento, con l'83,5% delle unità dispensate dal SSN in classe Aseguita da Lombardia e Emilia Romagna, all'estremo opposto la Calabria. Nel 2018, i biosimilari, molecole simili a farmaci biologici, cioè non prodotti sinteticamente, ma all'interno di sistemi viventi come le cellule sono saliti da 8 a 12 e hanno assorbito il 17% dei consumi vs l'83% dei corrispondenti originator, con un incremento del 53,7% rispetto al 2017. A registrare il maggior consumo sono la Valle d'Aosta e il Piemonte, con una incidenza dei biosimilari del 50,21%, seguono Emilia Romagna e Toscana; fanalini di coda Puglia (6,94%) e Umbria (5,31%).

V) Nuove norme U.E. sugli agenti cancerogeni acido arsenico, berillio, cadmio, formaldeide e 4,4'-metilene-bis (2-cloroanilina)

Il Parlamento Europeo ha approvato, in via definitiva, la III revisione della direttiva sugli agenti cancerogeni/mutageni, che interessa le condizioni di lavoro a lungo termine di oltre un milione di lavoratori, che dovrebbe prevenire oltre 22 000 casi di malattie professionali e ridurre ulteriormente il rischio di ammalarsi di neoplasia, la principale causa di decessi sul lavoro nell' U.E. I cinque cancerogeni aggiunti sono sostanze chimiche utilizzate nella fabbricazione di batterie al nichel-cadmio, fusione di zinco e rame, laboratori, elettronica, funerali e imbalsamazione, edilizia, sanità (reparti di patologia e sale di autopsia), plastica e settori del riciclaggio. Il testo approvato fissa dei periodi di transizione di otto anni per il cadmio, sette per il berillio, cinque per la formaldeide per il settore sanitario e funerario e quattro per l'acido arsenico. La Commissione

europea valuterà, entro la fine del secondo trimestre 2020, su richiesta del Parlamento, se modificare la direttiva sugli agenti cancerogeni/mutageni,



per includere le droghe pericolose, comprese le tossiche per le cellule o di proporre uno strumento più appropriato per garantire la sicurezza sul lavoro e di valutare, entro tre anni, se la direttiva debba essere modificata, per includere ulteriori disposizioni sul cadmio.

[torna all'indice](#)

Morbo di Alzheimer (M. A.): stato dell'Arte e ruolo della dieta nella prevenzione

Di Renata Calzone, Claudia Chiefalo, Rita Mauro

Negli ultimi anni si è accertato un ruolo importante della dieta nel contesto di varie malattie e nell'ambito della loro profilassi. La malattia di Alzheimer-Perusini, o demenza presenile degenerativa primaria di tipo Alzheimer, descritta per la prima volta nel 1906 dallo psichiatra e neuropatologo tedesco Alois

Alzheimer, è la forma più comune di demenza degenerativa, progressivamente invalidante, ad esordio prevalentemente pre-senile (> 65 anni), causa di circa il 50-70% dei casi di demenza vs il 10-20% dovute a cause vascolari, con un rilevante impatto socio-sanitario e ripercussioni sulla qualità di vita di migliaia di famiglie.

A) Epidemiologia

Secondo l'*Alzheimer's Association International* interessa circa 47 milioni di persone, con un costo di circa 818 miliardi \$/anno. In Italia i pazienti sono circa 1.000.000, soprattutto over-60, con circa 6.000 nuovi casi/anno, soprattutto uomini. Il 70% è over-65 mentre nel 5% dei casi è under-50. Negli over-80 colpisce un anziano su 4,

numeri destinati a crescere per il progressivo aumento della durata della vita, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, si ipotizza un raddoppio dei casi ogni venti anni e, secondo l'O.M.S., il numero sarà quasi triplicato nel 2050, arrivando a 131 milioni, quindi 1 persona su 85.

B) Etiopatogenesi

Uno studio del 1997 ha stabilito un maggiore rischio per le donne con Apo E4, rispetto agli uomini. Da una metanalisi della *Keck School of Medicine della University of Southern California* di Los Angeles, su 31.340 soggetti, è emerso che gli uomini e le donne con genotipo E2/E4 avevano lo stesso rischio elevato e debole alterazione a livello cognitivo. Esaminando i sottogruppi, le donne tra i 65 - 75 anni con Apo E E2/E4 avevano un rischio aumentato di 4,37 volte, rispetto a 3,14 negli uomini e sembrerebbero anche più predisposte a una debole alterazione cognitiva, con un rischio del 43% più elevato rispetto agli uomini, con un rischio maggiore del 7% nella fascia 55 - 70 anni

(fonte: *JAMA Neurology*, 2017). Secondo uno studio dell'*Università Campus Bio-Medico* di Roma, della *Fondazione IRCCS Santa Lucia* e del *CNR* di Roma la sua causa dipenderebbe dalla morte dell'area



tegmentale ventrale del cervello (VTA), che produce la dopamina, un neurotrasmettitore essenziale per alcuni importanti meccanismi di comunicazione tra i neuroni [cellule del cervello],

quindi il suo mancato arrivo nell'ippocampo porterebbe alla perdita della memoria. L'area rilascia la dopamina anche nel nucleo accumbens, che controlla la gratificazione e i disturbi dell'umore, garantendone il buon funzionamento per cui, con la degenerazione dei neuroni che producono dopamina, aumenta anche il rischio della progressiva perdita di iniziativa, indice di un cambiamento patologico del tono dell'umore, campanello d'allarme del suo inizio subdolo e non, come si riteneva, una conseguenza della sua comparsa. L'ipotesi è stata confermata somministrando ad animali l'amminoacido L-DOPA, precursore della dopamina e un farmaco che ne inibisce la degradazione, osservando che recuperavano il ricordo e la motivazione (fonte: *Nature Communications*, 2017). A un anno dallo studio, somministrando farmaci agonisti-dopaminergici, si è scoperto, con test cognitivi e risonanze magnetiche su 29 pazienti con Alzheimer, 30 con declino cognitivo lieve e 51 sani, che più piccola risultava la VTA, minori erano le dimensioni dell'ippocampo e la capacità di apprendere e ricordare (*Journal of Alzheimer's Disease*, 2018). In un recente ampio studio genetico della *Boston University School of Medicine* (USA), sono stati analizzati i dati sul sequenziamento di tutti gli esoni [che costituiscono, insieme agli introni, la porzione di

un gene trascritto dalle RNA polimerasi] di 5.617 malati, vs 4.594 controlli, ci sono quindi molteplici determinanti genetiche, ambientali e biologici. Sono stati individuati 24 varianti con un impatto a livello funzionale moderato o elevato da 19 geni su dieci o più partecipanti con Alzheimer, assenti nei controlli. Ad es., le mutazioni nel gene NOTCH3, sono implicate in una forma molto rara di demenza caratterizzata da forti mal di testa e ictus all'inizio dell'età adulta e seguita da demenza di origine vascolare intorno ai 40-55 anni, molto prima che si verifichi l'Alzheimer tipico. Trovati anche quattro portatori di una mutazione ad alto impatto a livello di TREM2, precedentemente implicata in un altro tipo molto raro di demenza (malattia di Nasu-Hakola), che ha anche esordio precoce, è accompagnata da cisti ossee multifocali che portano spesso a fratture, in particolare a mani e piedi e si verifica quando c'è la doppia mutazione, mentre nei casi con Alzheimer è stata identificata una singola mutazione. Questo studio può portare allo sviluppo di biomarker, test predittivi e nuovi approcci terapeutici correlati al meccanismo d'azione dei geni individuati (*fonte: JAMA Network Open, 2019*). Negli ultimi anni si hanno conferme del collegamento tra salute della bocca e patologie come artrite reumatoide, diabete, malattie C.V. e in campioni di cervello di malati di Alzheimer è stato trovato il batterio *Porphyromonas gingivalis*, coinvolto nella parodontite, infiammazione grave e cronica delle gengive, che inizia a infiltrarsi nelle gengive durante l'adolescenza e circa il 20% dei giovani adulti ne presenta bassi livelli in bocca. Soltanto se cresce in modo incontrollato può portare il sistema immunitario a scatenare infiammazioni, causando erosione del tessuto gengivale, gonfiore, rossore e sanguinamento. Ricercatori della *University of Louisville School of Dentistry* (USA) hanno osservato, nei topi, che il batterio può infiltrarsi nelle microlesioni della bocca, spostarsi attraverso il sangue e arrivare al cervello, dove la sua presenza è associata a un aumento della produzione di β -a. Hanno inoltre confrontato il tessuto cerebrale di 100 individui con/senza Alzheimer osservando che era più comune nei malati, come evidenziato dalla sua

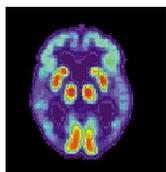
impronta del DNA e dalla presenza delle sue tossine chiave, chiamate gingipain (*fonte: Atti Congresso Experimental Biology, 6-9 aprile 2019, Orlando, USA*). Il M.A. è un processo clinicamente invisibile che comincia decenni prima che si manifestino i sintomi. Diversi studi, condotti in modelli cellulari, hanno dimostrato che il virus herpes simplex (HSV-1), è in grado di promuovere la formazione di marker molecolari di neurodegenerazione. Uno studio del *Dipartimento di Sanità pubblica e Malattie Infettive della Sapienza di Roma*, Laboratori affiliati all' *Istituto Pasteur Italia*, in collaborazione con l'*Istituto di Farmacologia traslazionale del CNR di Roma*, l'*Università Cattolica-Fondazione Policlinico Gemelli Irccs* e l'*Irccs San Raffaele Pisana*, ha dimostrato sperimentalmente, nei topi, che potrebbe contribuire all'insorgenza dell'Alzheimer, in quanto sue riattivazioni ripetute inducono la comparsa e l'accumulo nel cervello di biomarcatori di neurodegenerazione tipici, quali il peptide β -a (principale componente delle placche senili), la proteina tau iperfosforilata (che forma grovigli neurofibrillari) e neuroinfiammazione che, accumulandosi, provocano deficit cognitivi irreversibili, con l'aumentare del numero delle riattivazioni virali. Le recidive sono dovute al fatto che HSV-1 si annida, in forma latente, in alcune cellule nervose fuori dal cervello. In seguito a stress (es. infezioni concomitanti, calo delle difese immunitarie, esposizione a radiazioni ultraviolette) si riattiva, si replica e diffonde alla regione periorale, talvolta anche al cervello, producendo danni che si accumulano gradualmente associati a deficit di memoria (*fonte: PLoS Pathogens, 2019*). Il legame tra malattia renale cronica e disfunzione cerebrale è stato descritto nel 1930 ma secondo uno studio dell'*Università della Campania "Luigi Vanvitelli"* già dalle prime fasi la prima potrebbe innescare la seconda, interessando circa uno su due pazienti con insufficienza renale cronica (la prevalenza varia, negli studi, tra il 30% e il 60%) quindi non è legata all'età. La dialisi non interrompe questo processo ma soltanto il trapianto renale sembra rallentare il declino cognitivo (*fonte: Nephrology Dialysis Transplantation, 2019*).

C) Sintomatologia

Il sintomo iniziale, spesso scambiato per stress o normale invecchiamento, è la difficoltà nel ricordare eventi recenti; in seguito, con l'avanzare dell'età, possono aversi afasia [incapacità di

parlare], disorientamento, cambiamenti repentini di umore, depressione, incapacità di prendersi cura di sé, problemi comportamentali con graduale perdita delle capacità mentali basilari.

D) Diagnosi



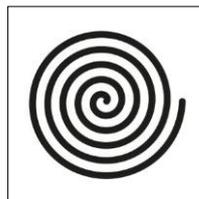
Il M.A. è di solito diagnosticato clinicamente dall'anamnesi [la storia del paziente] e da osservazioni cliniche. Il criterio diagnostico NINCDS-ADRDA, aggiornato nel 2007, richiede che la presenza di deficit cognitivi e

una sospetta sindrome di demenza debbano essere confermati da test neuro-psicologici con assenza di condizioni alternative, escluse mediante la tomografia computerizzata (TAC), la **risonanza magnetica** (RM), la tomografia a emissione di fotone singolo (SPECT). I biomarcatori nella saliva potrebbero aiutare a identificare i soggetti a rischio. La differenza fra sani e malati o con lievi deficit cognitivi riguarda la concentrazione salivare di 22 metaboliti, individuati mediante la metabolomica, una nuova tecnica atta a studiare molecole coinvolte nel metabolismo (fonte: *J Alzheimers Dis online*, 11/5/18). Ricercatori dell'Ospedale S. Andrea di La Spezia, per identificare i soggetti a rischio, hanno usato la PET cerebrale (Tomografia ad emissione di positroni, la fig. mostra la perdita di funzione del lobo temporale) per misurare nel cervello la quantità di proteina β -a, definendo l'accumulo oltre la quale il declino delle funzioni cognitive è più rapido e la probabilità di ammalarsi è maggiore, che potrebbero essere inseriti in programmi mirati di sorveglianza clinica e di trattamento (fonte: *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 2018). Studiosi della RMIT University di Melbourne (Australia) hanno ideato un test per diagnosticare e misurare il suo livello di gravità, basato sull'osservazione che questi malati acquisiscono una certa rigidità nei movimenti e quando scrivono o disegnano una spirale lo fanno più lentamente, esercitando poca pressione con la penna, come evidenziato tramite un tablet e un software in esso installato. I ricercatori hanno anche sviluppato un indice per misurare la gravità associando velocità di scrittura e pressione della penna (fonte: *Frontiers in Neurology*, 2018). Uno studio giapponese del National Center for Geriatrics and Gerontology presso Obu, su due campioni di 121 e 252



individui, suddivisi tra sani, con declino cognitivo lieve e con demenza, ha individuato nel plasma sostanze che indicano se e in quale misura nel cervello si stiano accumulando le placche di β -a; dati che, se confermati, farebbero utilizzare il test nell'uso clinico (fonte: *Nature*, 2018). Secondo uno studio della *Duke University* usando la OCTA (Aangiometografia a coerenza ottica, scansione ultrasensibile), per valutare 39 pazienti con Alzheimer, 37 con declino cognitivo moderato e 133 cognitivamente sani, i piccoli vasi sanguigni della retina sarebbero alterati nella malattia neurodegenerativa, ma non nei pazienti con declino cognitivo lieve o senza segnali di declino mentale. I ricercatori sono stati in grado di vedere le differenze nei tre gruppi, i più gravi avevano una maggiore perdita di vasi sanguigni della retina e una significativa riduzione della densità nel suo strato superficiale e nello spessore di uno specifico strato, in quanto la retina è un'estensione del cervello e quindi se c'è una perdita di vascolarizzazione si verifica anche a livello dell'occhio. Gli studi futuri devono concentrarsi sulle prime fase della malattia, per capire se l'OTCA possa essere uno screening pre-sintomatico della malattia (fonte: *Ophthalmology Retina*, 2019). Uno studio dell'University of Aberdeen (Scozia) consisterà nella raccolta di campioni di feci in pazienti con demenza e disturbi comportamentali; con sola demenza e in un gruppo di controllo. Il progetto all'inizio studierà se il microbiota [l'insieme di microorganismi simbiotici che convivono con l'organismo umano senza danneggiarlo] dei pazienti è diverso da quello dei sani, quindi l'obiettivo sarà vedere se modificandolo, attraverso l'alimentazione o l'integrazione con probiotici, si possono ottenere benefici, in termini di riduzione dei sintomi fisici e psicologici della demenza. In atto l'aspettativa media di vita, dopo la diagnosi, è di 3 - 9 anni.

individui, suddivisi tra sani, con declino cognitivo lieve e con demenza, ha individuato nel plasma sostanze che indicano se e in quale misura nel cervello si stiano accumulando le placche di β -a; dati che, se confermati, farebbero utilizzare il test nell'uso clinico (fonte: *Nature*, 2018). Secondo uno studio della *Duke University* usando la OCTA (Aangiometografia a coerenza ottica, scansione ultrasensibile), per valutare 39 pazienti con Alzheimer, 37 con declino cognitivo moderato e 133 cognitivamente sani, i piccoli vasi sanguigni della retina sarebbero alterati nella malattia neurodegenerativa, ma non nei pazienti con declino cognitivo lieve o senza segnali di declino mentale. I ricercatori sono stati in grado di vedere le differenze nei tre gruppi, i più gravi avevano una maggiore perdita di vasi sanguigni della retina e una significativa riduzione della densità nel suo strato superficiale e nello spessore di uno specifico strato, in quanto la retina è un'estensione del cervello e quindi se c'è una perdita di vascolarizzazione si verifica anche a livello dell'occhio. Gli studi futuri devono concentrarsi sulle prime fase della malattia, per capire se l'OTCA possa essere uno screening pre-sintomatico della malattia (fonte: *Ophthalmology Retina*, 2019). Uno studio dell'University of Aberdeen (Scozia) consisterà nella raccolta di campioni di feci in pazienti con demenza e disturbi comportamentali; con sola demenza e in un gruppo di controllo. Il progetto all'inizio studierà se il microbiota [l'insieme di microorganismi simbiotici che convivono con l'organismo umano senza danneggiarlo] dei pazienti è diverso da quello dei sani, quindi l'obiettivo sarà vedere se modificandolo, attraverso l'alimentazione o l'integrazione con probiotici, si possono ottenere benefici, in termini di riduzione dei sintomi fisici e psicologici della demenza. In atto l'aspettativa media di vita, dopo la diagnosi, è di 3 - 9 anni.



strato, in quanto la retina è un'estensione del cervello e quindi se c'è una perdita di vascolarizzazione si verifica anche a livello dell'occhio. Gli studi futuri devono concentrarsi sulle prime fase della malattia, per capire se l'OTCA possa essere uno screening pre-sintomatico della malattia (fonte: *Ophthalmology Retina*, 2019). Uno studio dell'University of Aberdeen (Scozia) consisterà nella raccolta di campioni di feci in pazienti con demenza e disturbi comportamentali; con sola demenza e in un gruppo di controllo. Il progetto all'inizio studierà se il microbiota [l'insieme di microorganismi simbiotici che convivono con l'organismo umano senza danneggiarlo] dei pazienti è diverso da quello dei sani, quindi l'obiettivo sarà vedere se modificandolo, attraverso l'alimentazione o l'integrazione con probiotici, si possono ottenere benefici, in termini di riduzione dei sintomi fisici e psicologici della demenza. In atto l'aspettativa media di vita, dopo la diagnosi, è di 3 - 9 anni.

E) Terapia

Dopo il fallimento delle terapie nella fase conclamata, le sperimentazioni sono rivolte alla

prevenzione. Sono in fase avanzata di sperimentazione, su migliaia di pazienti in fasi

iniziali di malattia e in sani con positività dei marcatori biologici (PET o liquorali), terapie sperimentali basate sulle β -secretasi, che riducono la produzione di β -a o su anticorpi prodotti in laboratorio, somministrati sottocute o endovena, che determinano la sua progressiva scomparsa dal tessuto cerebrale in parte facilitandone il passaggio al sangue e successiva eliminazione. In atto mancano strategie preventive, una terapia risolutiva, ci sono pochi Centri specializzati, la maggior parte delle Regioni mancano di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali basati su linee-guida recenti. Le Linee Guida, gestite dall'I.S.S., sottolineano la necessità di coinvolgere paziente, familiari e caregiver [badanti], in tutte le decisioni terapeutiche e particolare attenzione viene dedicata al disturbo del controllo degli impulsi, che evitino l'esecuzione di atti dannosi per sé o per altri (alimentazione incontrollata, gioco d'azzardo, shopping compulsivo e ipersessualità), quali effetti collaterali della terapia dopaminergica nel 14-24% dei pazienti, difficile da riconoscere soprattutto se i pazienti nascondono i loro comportamenti, responsabile di stress a pazienti, familiari e caregiver, difficoltà finanziarie, fino a condanne penali (www.evidence.it/parkinson, 2018). Uno studio presso il *Mount Sinai Health System* (New York City), analizzando campioni di tessuto cerebrale ha evidenziato che, i pazienti con M.A. trattati anche per il diabete, avevano almeno la metà dei segni molecolari di malattia, rispetto a quelli con Alzheimer senza diabete (fonte: *Plos One*, 2018). Per il suo trattamento e di altre malattie neurodegenerative da prioni, come il morbo di Creutzfeld-Jakob o *morbo della mucca pazza*, l'antidepressivo trazodone e l'anti-tumorale dibenzilmetano, in sperimentazione, potrebbero risultare utili nel ripristinare la produzione di proteine nel cervello. Lo studio è stato condotto su topi nel *Medical Research Council* di Leicester (fonte: *Brain*, 2018). Il trazodone è già stato usato negli stadi più avanzati di demenza risultando sicuro ma bisogna verificare nel giro di

2-3 anni se, ai primi stadi della malattia, possono arrestarla o rallentare la sua progressione. Ricercatori della *Brown University*, della *New York University*, dell'*Università di Rochester*, dell'*Université de Montréal*, della Facoltà di Medicina dell'*Università della Virginia* e ricercatori bolognesi hanno constatato che, dopo due settimane di trattamento con lamivudina, farmaco anti-HIV, c'è riduzione significativa dell'infiammazione legata all'età bloccando l'attività di una particolare classe di retrotrasposoni delle cellule (la Line 1 o L1), che compongono sequenze di DNA che possono replicarsi e spostarsi in altri settori del corpo (fonte: *Nature*, 2019). La notizia dell'interruzione di due studi clinici in fase III per aducanumab, conferma la complessità del suo trattamento. I ricercatori hanno deciso di far avanzare dalla fase II alla fase III un altro farmaco sperimentale, il BAN2401, un anticorpo monoclonale che agisce in modo molto simile a aducanumab per legarsi selettivamente, neutralizzare ed eliminare la β -a. Lo studio arruolerà 1.566 soggetti con lievi alterazioni cognitive da Alzheimer e patologia amiloide nel cervello. Dai primi di aprile 2019 a fine mese, nell'U.E. è stata bloccata, senza alcuna giustificazione, la produzione del farmaco d'elezione Levodopa - Carbidopa che ne contrasta i principali sintomi, come bradicinesia [rallentamento dei movimenti volontari], disfagia [difficoltà alla deglutizione], rigidità, scialorrea [eccessiva salivazione] e tremore, con un miglioramento medio delle capacità motorie del 40%. I due principi attivi permettono alla dopamina, prodotta dal Levodopa, di penetrare nella barriera ematoencefalica, grazie al Carbidopa, e agire sui neurotrasmettitori, insufficienti nel Morbo e la sua brusca sospensione peggiora notevolmente la qualità di vita, fino a una situazione di emergenza clinica. Il problema è reso più complesso dalla mancanza di un farmaco equivalente in quanto con la combinazione Levodopa - Benserazide non si è ottenuto il medesimo effetto

F) Dietologia e Malattia di Alzheimer

a) Effetti del consumo di alcool

L'alcol assunto in abbondanza è causa di deterioramento cognitivo, per l'aumento del rilascio di acetilcolina nell'ippocampo, causa di perdita di memoria e attenzione, oltre a effetti

neuro-infiammatori a livello centrale e periferico. Al contrario un suo consumo moderato sarebbe collegato ad una minore incidenza di M.A. tra gli uomini, viceversa nelle donne.

b) Colesterolo, grassi saturi, trans o grassi idrogenati

Tornando alla genetica, il gene Apo E codifica la proteina apolipoproteina E (Apo E) che, in combinazione con grassi o lipidi, forma la molecola lipoproteina, che svolge un ruolo nel trasporto del colesterolo e altri acidi grassi, attraverso il flusso ematico, quindi esiste un'interconnessione tra colesterolo e M.A. L'Apo E è stata ampiamente correlata alle malattie C.V. e alla demenza, con l'allele Apo E ε4 proposto come un importante fattore di rischio, infatti i suoi portatori hanno aumentate le placche amiloidi e tau fosforilate nel loro cervello, che possono anche essere coinvolti nella disfunzione/compromissione della motilità mitocondriale.

Poche volte/mese	
☉ Carne rossa	
Poche volte/settimana	
☉ pesce	☉ pollame
☉ uova	☉ zuccheri
Giornalmente	
☉ cereali	☉ cous cous
☉ formaggio	☉ frutta
☉ frutta secca	☉ legumi
☉ pane	☉ pasta
☉ patate	☉ verdura
☉ yogurt	☉ olio d'oliva
☉ vino ai pasti	
Altro	
☉ attività fisica regolare	

Tab. I: Dieta Mediterranea.

Anche se i meccanismi specifici sono poco noti, possono costituire un legame tra i livelli di colesterolo e la M.A., indipendente dalla malattia C.V. e il metabolismo anormale del colesterolo è indicato come una caratteristica nell'M.A. (fonte: *Diseases, 2019 Jan 26; 7; 1*). Una

come un indice di massa corporea elevato (BMI), diabete di tipo 2 e alti livelli di trigliceridi e colesterolo. Lo studio ha rilevato 90 punti nel genoma, chiamati polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) che predisponavano a rischio di Alzheimer e di malattia C.V. su un totale di 19 cromosomi. Sei di questi 90 SNP hanno entrambi fortemente influenzato il rischio di M.A. e aumentato i livelli di lipidi nel sangue, una scoperta che ha confermato studi precedenti. Alcuni di questi SNP erano in geni non associati precedentemente al rischio e includevano SNP

dieta ricca di grassi saturi (SFA) e di grassi insaturi bassi produce una diminuzione dei livelli di lipoproteine ad alta densità (HDL) e un aumento di quelle a bassa densità (LDL), riducendo l'espressione del recettore LDL nel fegato che influenza l'M.A. direttamente o attraverso un aumento indiretto del rischio di malattia C.V. (fonte: *Diseases, 2019 Jan 26; 7; 1*). La dieta anti-Alzheimer ideale è chetogenica, a base di trigliceridi a catena media (MCT), ma anche mediterranea (Tab. I). L'associazione tra dieta e M.A. può manifestarsi attraverso marker come la β-amiloide (β-a). Uno studio giapponese su 20 pazienti con M. A. lieve-moderata (11 maschi, 9 femmine, età media 73,4 ± 6,0 anni) ha mostrato che una dieta a base di MCT fornisce un substrato di energia alternativa al cervello, con effetti neuro-protettivi, positivi sulla memoria verbale e sulla velocità di elaborazione. Analizzando gli schemi dietetici di 115 partecipanti dal *Women's Health Aging Project* australiano, sono stati identificati quattro modelli alimentari: ad alto contenuto di **grassi**; dieta mediterranea; cibo spazzatura e a basso contenuto di grassi. **Il consumo di cibi spazzatura** è risultato un importante fattore predittivo della deposizione di β-a, viceversa la dieta di tipo mediterraneo (Tab. I) che può influenzare la malattia neurovegetativa. Un'altra recente ricerca ha scoperto molti altri geni che collegano il rischio di Alzheimer con quello delle malattie C.V., esaminando le differenze in oltre 1,5 milioni di DNA di soggetti a rischio per malattie C.V.,

nella regione CELF1/ MTCH2/SPI1 sul cromosoma 11, che studi precedenti avevano collegato all'immunità. I partecipanti con una storia familiare di Alzheimer avevano maggiori probabilità di avere questi geni di rischio, anche se asintomatici. I risultati evidenziano che i geni che influenzano il metabolismo dei lipidi siano correlati anche al rischio di M.A. ma quelli che contribuiscono ad altri fattori di rischio C.V., come il BMI e il diabete di tipo 2, non sembrano contribuire al rischio genetico per l'Alzheimer (fonte: *Acta Neuropathologica, 2019*).

c) Grassi insaturi (monoinsaturi o MUFA e polinsaturi o PUFA)

I MUFA sono biomolecole lipidiche contenenti un legame o un doppio legame di carbonio insaturo, mentre i PUFA hanno più di un doppio legame tra i loro carboni e comprendono omega 3 (ω3) e omega 6 (ω6). All'interno di queste serie, gli acidi

α-linolenico (ALA, ω3) e linoleico (ω6) sono acidi grassi essenziali che, introdotti col cibo, producono acidi grassi essenziali a catena lunga mediante allungamenti e desaturazioni. Il rapporto ac. grassi ω3/ω6 è importante nell'M.A.,

perchè competono per le stesse desaturasi, da incorporare nelle membrane cellulari. Il processo infiammatorio costituisce uno dei meccanismi essenziali della demenza e viene ridotto dagli ac. grassi $\omega 3$ con diversi meccanismi, ostacolando la sintesi di ac. arachidonico competendo con gli ac. grassi $\omega 6$ e bloccando la conversione dell'ac. arachidonico in fattori pro-infiammatori, attraverso l'inibizione della COX-2, mediata dall'EPA che, per ostacolare la produzione di

mediatori dell'infiammazione, produce eicosanoidi anti-infiammatori e resolvine E che facilitano la fine dell'infiammazione, quindi possono avere un effetto protettivo. Uno studio ha mostrato che, tra i cambiamenti fisiologici nell'invecchiamento cerebrale, c'è l'esaurimento degli ac. grassi a catena lunga $\omega 3$, che avviene più velocemente nell'Alzheimer (*fonte: Biomed Res Int 2015;2015:172801*).

d) Polifenoli

I polifenoli, ottenuti dal metabolismo secondario delle piante, si trovano nella pelle e nella polpa o nei semi di alcuni alimenti, come l'uva. Possono essere utili nella prevenzione e nel trattamento delle malattie neurodegenerative per le loro proprietà antiossidanti e antinfiammatorie, diminuendo i livelli di β -a, anche attraverso la modulazione delle vie del segnale intracellulare e l'espressione genica o azioni che potenziano i mitocondri. Ne è ricco l'olio extra vergine d'oliva, principale fonte di grassi monoinsaturi nella dieta mediterranea, ma includono anche catechina e

epicatechina (flavanoli del tè verde), resveratrolo (composto fenolico che riduce lo stress ossidativo, l'infiammazione e l'elaborazione dei precursori della β -a), curcumina (antiossidante fenolico della curcuma), quercetina, ecc.



e) Vitamine

Poiché le alterazioni cerebrali potrebbero essere dovute a una diminuzione della capacità antiossidante, l'assunzione di frutta e verdura, che contengono elevate quantità di vitamine A, C, D ed E, o il complesso B può svolgere un ruolo preventivo. Livelli bassi delle **vit. liposolubili**, A, D, K ed E, e la C sono stati associati al declino cognitivo in anziani con M.A. Come per altre vitamine idrosolubili, livelli più elevati di omocisteina plasmatica totale, un biomarker che riflette lo stato funzionale delle vitamine B6, B9 e B12, è considerato un fattore di rischio per demenza e declino cognitivo. Per quanto riguarda il gruppo di vitamine del complesso B, B12, B6 e B9 o acido folico, avrebbero un effetto benefico per l'azione sul ciclo metabolico dell'omocisteina, un amminoacido che coinvolge i cofattori acido folico o vit. B9 e la vit. B12 e la vit. B6. Appare evidente che un deficit dei cofattori coinvolti nella

via dell'omocisteina blocca il ciclo, ne aumentano i livelli con micro-infarti, correlati alla deposizione di β -a e ai grovigli neurofibrillari e conseguente demenza. La somministrazione di vit. B6, B9 e B12 ha ridotto talvolta l'omocisteinemia, rallentando l'atrofia cerebrale e il declino cognitivo. I benefici della supplementazione vitaminica rimangono poco chiari, in quanto i loro effetti potrebbero variare in base ai caratteri genetici (*fonte: Diseases, 2019 Jan 26; 7; 1*). Uno studio del Dipartimento di Medicina Psicologica e di Biochimica della National University of Singapore, su oltre 600 persone, per sei anni, ha svelato che mangiare mezzo piatto di funghi cotti/settimana, circa 300 gr, potrebbe dimezzare il rischio di declino cognitivo lieve, che spesso rappresenta l'anticamera della demenza (*fonte: Journal of Alzheimer's Disease, 12/03/2019; 68:197-203*).

G) Profilassi

Un problema è il ritardo nella diagnosi, pertanto il sospetto deve condurre ad approfondimenti diagnostici specifici. Una dieta equilibrata, esercizio fisico e stimolazione mentale (lettura, parole crociate, ecc.) sono state proposte per la prevenzione della malattia. Secondo *The Lancet* il 35% dei casi potrebbe essere prevenuto aumentando il grado di istruzione, proseguendola oltre i 15 anni che renderebbe più resilienti al declino cognitivo; riducendo/smettendo di fumare; riducendo la perdita dell'udito per poter sperimentare ambienti più ricchi e stimolanti,

[torna all'indice](#)

costruendo così una riserva cognitiva; riducendo l'esposizione a sostanze neurotossiche e migliorando la salute del cuore, che a sua volta influenza quella cerebrale; apprendendo nuove cose, mangiando e bevendo in modo sano, evitando la solitudine e la sedentarietà; riducendo obesità e pressione arteriosa; combattendo la depressione, l'isolamento sociale e il diabete. Indubbiamente la Malattia di Alzheimer costituisce una delle sfide sanitarie più grandi del nostro secolo, definita dal G8 come una priorità, con l'ambizione di trovare una terapia entro il 2025.

L'evoluzione della mammografia e della biopsia

Di Emanuela Capalbo e Adolfo Siciliani

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne. Circa un tumore maligno



ogni tre (29%) è un tumore mammario. Delle

donne che si ammalano di tumore al seno la mortalità registrata è di circa il 17%, anche se negli ultimi decenni si è registrato un costante aumento di frequenza di diagnosi, accompagnata da una riduzione della mortalità. Ciò è stato possibile anche grazie alla sempre più ampia diffusione della diagnosi precoce, che ha permesso di aumentare il numero di tumori identificati negli stadi iniziali, quando il trattamento ha maggiori probabilità di essere efficace e meno invasivo. La diagnosi viene effettuata mediante l'esame mammografico, che può essere associato all'ecografia e alla risonanza.

Storia della mammografia

La prima radiografia al seno ha ben **105 anni**. Nel 1913 il chirurgo tedesco **Albert Salomon** (1883 - 1976) descrive le prime **immagini radiologiche** della mammella, ricavate da 3000 campioni fra pezzi operatori e materiale **autoptico**. Fu però **Stafford Warren** (1896 - 1981) che, 17 anni dopo, presso il *Memorial Hospital* di **Rochester** eseguì l'esame su una donna. Da allora diverse innovazioni

tecnologiche apportate sulle apparecchiature, portarono ad un graduale miglioramento del contrasto delle immagini, migliorandone l'accuratezza diagnostica, che però avevano la controindicazione di sottoporre le pazienti ad elevate radiazioni. Nel 1967, Charles Marie Gros (1910 - 1984), direttore dell'Istituto di Radiologia dell'Università di Strasburgo, progettò e realizzò il primo dispositivo dedicato per l'imaging del seno a raggi X, in grado di produrre immagini

qualitativamente superiori a quelle ottenute con attrezzature convenzionali: era nato il primo mammografo "Senographe I".

I continui e successivi studi, hanno portato alla sostituzione della mammografia analogica con quella digitale che, con immagini di alta qualità e una migliore risoluzione di contrasto, ha migliorato l'accuratezza diagnostica, sviluppando anche applicazioni come la tomosintesi, tecnica di visualizzazione stratificata/tridimensionale del

seno e la recente CESM (Contrast Enhanced Spectral Mammography), cioè la mammografia con contrasto ad oggi ancora eseguita solo in protocolli di ricerca.

Le innovazioni che si sono susseguite nel tempo, sono state attente sia alla parte diagnostica che al confort delle donne. In Italia la mammografia, come esame di screening, è consigliato a tutte le donne sopra i 50 anni ogni due anni, se non sono nella classe a rischio.

Metodica

Per eseguire l'esame è necessario stringere la mammella tra due lastre e ciò favorisce la definizione dell'immagine radiografica, con l'obiettivo di ottenere informazioni dettagliate, fin nei minimi dettagli, sullo stato di salute dei seni. La compressione del seno serve quindi per uniformare il suo tessuto, per aumentare la qualità dell'immagine, in quanto la riduzione dello spessore del tessuto che i raggi X devono penetrare fa diminuire la quantità di radiazione diffusa, responsabile della degradazione dell'esito con diminuzione della dose necessaria di radiazioni e degli artefatti da movimento. La compressione del seno è graduale e facilita la tollerabilità dell'esecuzione ma alcune donne la trovano fastidiosa, con un disagio limitato alla sua durata.

Nella mammografia di screening, vengono realizzate due proiezioni della mammella: una dalla testa ai piedi (cranio-caudale, CC) e una angolata in vista laterale (obliqua medio-laterale, OML). Quella diagnostica può includere queste e altre proiezioni, incluse quelle ingrandite per lo studio e l'approfondimento di dettagli. Ai raggi X deodoranti, talco o lozioni possono sembrare calcificazioni, pertanto va evitato il loro uso il

giorno dell'esame. In passato l'esame era eseguito con delle

cassette contenenti la pellicola radiografica, oggi si utilizza la mammografia digitale il cui primo sistema è



stato approvato nel 2000, dalla *Food and Drug Administration* (FDA) negli USA. Questo progresso si è avuto molti anni dopo che nella radiologia generale, per diversi motivi, come le esigenze di maggiore risoluzione spaziale della mammografia; spesa significativamente elevata delle apparecchiature; preoccupazione dell'FDA che le macchine per la mammografia digitale dimostrassero standard altrettanto buoni come lo schermo-pellicola nel rilevare la neoplasia al seno senza l'aumento della dose.

Il Convegno



Dal 2017, il Reparto di Radiologia del Presidio Ospedaliero "S. Giovanni di Dio" di Crotone, è stato dotato di un mammografo di ultima generazione, sia per la diagnostica che per l'interventistica. Permette l'esecuzione di biopsia mammaria sotto la guida di Tomosintesi (ad oggi l'unico attivo in Calabria). Il responsabile FF del

Reparto, dott. Adolfo Siciliani, coadiuvato dalla dott.ssa Emanuela Capalbo (figg.), il data 11 Aprile 2019, presso la sala convegni dell'*Hotel Best Western San Giorno*, di Crotone, ha organizzato un Convegno teorico-pratico sull'argomento.

Il rationale dell'evento era quello di divulgare la potenzialità delle nuove metodiche di imaging senologico, con l'obiettivo di fornire ai partecipanti *Linee Guida* da applicare



nella pratica quotidiana, sia sotto forma di lezioni frontali che mediante l'analisi e la comprensione di un'ampia casistica mammografica. L'evento ha suscitato molto interesse, avendo il full degli iscritti, provenienti anche da fuori regione. Esso ha richiamato anche televisioni locali che hanno effettuato servizi nei Tg regionali. Sono stati presenti, relatori di grande rilievo su scala nazionale: prof. Lattanzio (Bari), dott.ssa Guerrieri (Bari), dott. Scaperotta (Milano), dott.ssa Tonelli (Firenze), ing. Mancuso (Torino), ing. Petracca (Torino). Nella senologia pitagorica, sono attivi sia programmi di screening rivolti alle donne tra 50 e

[torna all'indice](#)

69 anni, nonché programmi di mammografia clinica per le altre fasce di età. Forti della positiva esperienza, ci auspichiamo che l'attività della senologia crotonese, implementata negli ultimi anni, rinnovata nelle tecnologie, dotata di nuovi e maggiori spazi, più funzionali e confortevoli, continui la sua espansione, sempre al servizio delle donne con la massima professionalità e competenza sia nella sfera medica e umana che tecnologica, ricordando quanto scriveva C.M. Gros, in *"Le maladies du sein"*, 1963: « La mammographie ne tolère pas la médiocrité » (La mammografia non tollera la mediocrità).

Consigli nutrizionali per un'estate in salute

Di Rossana Madaschi

Quando arriva l'estate?

L'estate è per molti la stagione più attesa e, come ogni anno, ci accoglie il 21 giugno!

Ci aspettano numerose giornate soleggiate che ci invitano a stare maggiormente all'aria aperta e a muoverci di più.

Sicuramente durante questa stagione è programmata per molti anche una giusta pausa di riposo ed un periodo di meritate vacanze.

Ma cosa cambia dal punto di vista nutrizionale?

Ogni stagione ha il suo cibo...

Potremmo affermare che la salute non ha stagione, ma ogni stagione ha il suo cibo e la dieta deve essere sempre equilibrata, cioè garantire tutti i principi nutritivi che l'organismo deve assumere nella giusta quantità e qualità.

Perché è importante non saltare i pasti?

Sottolineiamo innanzitutto l'importanza dei 5 pasti giornalieri.

Spesso, è il desiderio di dimagrire uno dei principali motivi che spinge molte persone a non assumere cibo in determinati momenti della giornata.

Purtroppo accade però che questa convinzione produca conseguenze opposte, causando non pochi effetti collaterali.

Ad esempio, durante il digiuno si presenta un naturale calo di zuccheri che può provocare debolezza, nervosismo e infine si arriva così affamati al pasto successivo, che si introducono calorie in eccesso e sovente di scarsa qualità.

Inoltre, si perdono liquidi e non grasso, quindi quella apparente sottrazione di peso sarà facilmente, e velocemente, riacquistata!

Ricordiamo quindi che l'apporto calorico dovrebbe essere sempre distribuito in più pasti e preferibilmente 5: 3 principali e 2 spuntini, adeguatamente distribuiti nella giornata.

La prova costume si avvicina...

Infatti c'è chi si ritrova a "fare i conti" con qualche chilo di troppo e vuole correre ai ripari. A volte però questa decisione viene presa un po' in ritardo e la scelta alla fine ricade sulla dieta miracolosa, squilibrata o "fai da te" che, come molti hanno già sperimentato, dopo aver fatto perdere i chili promessi li fa recuperare tutti, con in più gli interessi!

Quindi il consiglio principale è di seguire diete bilanciate che ci aiutino veramente a perdere peso, ma in modo adeguato e soprattutto proteggendo la nostra salute.

La motivazione però non deve solo comparire prima della vacanza estiva e svanire quando questa si conclude!

Dovremmo infatti essere sempre motivati a ritrovare la nostra forma fisica e a mantenerla

durante tutto l'anno (qualche lieve oscillazione è permessa!), perché è sinonimo di salute.

In ogni caso, coloro che vogliono ritrovare la linea, possono prendere spunto da qualche piccolo consiglio sotto riportato, che non è equivalente di regimi calorici restrittivi o di continue privazioni (qualche eccezione o peccato di gola sono concessi a tutti), ma di regole basilari per un regime alimentare giornaliero corretto.

La linea si conquista anche con i carboidrati!

Uno dei falsi miti più diffusi, e da sfatare, è la convinzione che i carboidrati facciano ingrassare!

Infatti, il tormento di molte persone che vogliono perdere qualche chilo è che non potranno mai raggiungere il peso forma se non elimineranno i carboidrati. Inoltre, quando noi non li introduciamo nell'organismo, esso li va a recuperare dal glicogeno (riserva di glucosio) epatico e muscolare. A questa sostanza si lega molta acqua (e da qui il riscontro che l'ago della bilancia stia scendendo), ma non appena li reintroduciamo riacquistiamo i chili "persi" che vengono prontamente ripristinati.

Consiglio quindi di non escluderli dalla dieta perché devono essere presenti ogni giorno e di introdurre anche quelli integrali (preferibilmente da agricoltura biologica), perché sono più completi dal punto di vista nutrizionale, hanno un maggior effetto saziante ed un minor impatto sulla glicemia. Attenzione invece a non esagerare con i condimenti, spesso vera causa dell'aumento del peso e di un processo digestivo più lungo.

Porta il colore a tavola con frutta, verdura e garantisci le 5 porzioni!

Se è vero che l'occhio vuole la sua parte... non dimenticare di colorare le tue tavole!

Non solo con la nuance di tovaglie e tovaglioli, manici di stoviglie, fiori e servizi vari, ma anche mangiando ogni giorno 5 colori: verde, bianco, rosso, giallo-arancione e blu-viola!

Nell'opuscolo divulgato dal Ministero della Salute

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_5_allegato.pdf)

si sottolinea l'importanza di mangiare frutta e verdura fresche, ma "colorate".

Infatti, ogni tinta corrisponde a sostanze specifiche ad azione protettiva, per cui solo variando potremo giovare dei vari benefici e coprire tutti i fabbisogni dell'organismo.

Ecco alcuni importanti sostanze e nutrienti che rappresentano i 5 colori, che si possono trovare in moltissimi vegetali di tutte le stagioni.

Colore verde: clorofilla, carotenoidi, magnesio, vitamina C, acido folico e luteina.

Colore bianco: polifenoli, flavonoidi, composti solforati, potassio, vitamina C, selenio

Colore rosso: licopene e antocianine

Colore giallo-arancio: flavonoidi, carotenoidi, vitamina C

Colore blu-viola: ricco di antocianine, carotenoidi, vitamina C, potassio e magnesio.

Numerosi di questi componenti aiutano l'organismo a prevenire i tumori e a combattere i radicali liberi (molecole nocive che ogni giorno attaccano le nostre cellule), responsabili delle malattie degenerative e dei processi di invecchiamento cellulare.

Vuoi qualche consiglio per colorare i menù di alcuni pasti e spuntini della giornata?

Una strategia è rappresentata dal cominciare il pasto principale con una bella insalata multicolore (lattuga, carote, finocchio, radicchio, ravanelli, ecc.) e di aggiungere quando è possibile le verdure ai piatti.

Come snack, o dessert, si può aggiungere frutta fresca a un vasetto di yogurt (che io prediligo vegetale), utilizzare la frutta per farcire i dolci, o gustare un bel gelato alla frutta!

Questi vegetali possono essere aggiunti a colazione anche ai cereali (ad esempio fragole, mirtilli, chicchi d'uva, ecc.), mentre a metà mattina è buona abitudine consumare un frutto fresco e di stagione.

Soprattutto l'estate invoglia a preparare gustose e variopinte macedonie, spiedini di frutta ed è possibile dissetarsi anche con un estratto vegetale, così come con un invitante frullato non zuccherato. Si ricorda tuttavia che, pur trattandosi di alimenti di qualità, la frutta apporta anche zuccheri semplici, dei quali si deve tenere conto in un piano dietetico equilibrato e bastano 2 frutti al giorno grandi come il proprio pugno.

E se hai poco tempo per cucinare aggiungi lattuga, radicchio, pomodori al solito panino e il tuo snack sarà più allegro e colorato, oltre che sano. Non dimentichiamo che frutta e verdura sono alla base di una dieta sana e varia ed il loro prezioso contenuto in acqua, vitamine, minerali, fibre e sostanze colorate protettive, garantiscono al nostro organismo un pieno di vitalità e salute,

rinforzando le difese e riducendo il rischio di obesità, diabete, tumori e malattie cardiovascolari.

Grazie all'elevato apporto di fibra, frutta e verdura regolarizzano il transito intestinale e conferiscono un senso di sazietà limitando il consumo di cibo ed inoltre, alcune fibre, contribuiscono ad abbassare i livelli di colesterolo nel sangue e il rischio di ipertensione.

Sempre il Ministero della Salute consiglia di consumare 5 porzioni al giorno di vegetali di colore diverso ed anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) include il consumo di frutta e verdura tra le principali raccomandazioni per una dieta sana.

Sai a cosa corrisponde una porzione?

‡ Un frutto medio grande come il proprio pugno

‡ Un piatto di insalata

‡ Un piatto di verdure cotte o crude

‡ Una coppetta di macedonia

‡ Un bicchiere di succo di frutta

In ogni stagione, ma soprattutto in estate, fai attenzione alle modalità di preparazione dei vegetali; utilizzali preferibilmente crudi o cuocili a vapore per non disperdere le vitamine e i minerali.

"Ben arrivata estate! Quali vegetali suggerisci di aggiungere alla nostra lista della spesa?"

Risponde la natura: pesche, meloni, pomodori, ribes, lamponi, mirtilli, rucola, zucchine, anguria, cipolla, carote, patate, ravanelli, fagiolini, fragole, melanzane, aglio, sedano, cetrioli, susine, more, fave fresche, ciliegie, cicoria, bietole, peperoni, fagioli, pesche noci, fichi, limone.

Primi piatti sani, semplici e non troppo elaborati

Con il caldo la fame (ed anche la voglia di cucinare!) si attenua e così si rischia di mettere nel piatto "qualcosa di sbrigativo" che non sempre è sinonimo di qualità!

Per di più alcune persone non cambiano minimamente le loro abitudini alimentari e continuano a consumare tutto l'anno cibi troppi elaborati, conditi in eccesso, anche con troppo sale oppure con salse ricche di grassi.

In realtà, l'apporto calorico deve essere senz'altro ridotto, ma la qualità no!

Quindi anche la tavola estiva richiede attenzioni nutrizionali e non è difficile realizzare menù sani ed equilibrati. Innanzitutto, portate a tavola la semplicità, la "freschezza" e la varietà, che rallegra la tavola e conquista la salute!

In alternativa ai soliti menù, vorrei consigliarvi piatti innovativi, leggeri, salutari e 100% vegetali.

Ad esempio vi consiglio delle belle insalate di farro, di orzo, primi piatti a base di bulghur, quinoa, cous-cous, miglio, torte salate o altri cereali e derivati (preferibilmente integrali e da agricoltura biologica), arricchiti con verdure fresche e di stagione, che devono sempre accompagnare in quantità abbondanti sia i primi che i secondi piatti (come contorno oppure anche sotto forma di condimento o antipasti).

Questi piatti possono essere avvalorati anche da condimenti saporiti: abbiamo il pesto, che si può preparare anche in versione vegetale senza formaggio, oppure si può optare per il pesto con noci, con rucola, ma anche creme di avocado, paté di olive, gomasio, ragù di tofu, salse piccanti (curry, peperoncino, chili, ecc.), salse verdi, ecc.

Non dite addio ai legumi, frutta secca e semi oleosi. Anche se per molti potrà sembrare strano, i legumi si possono consumare anche in estate!

Ceci e lenticchie (anche decorticati), piselli e fagioli, cicerchie e lupini, soia e fave, sono solo alcuni esempi delle numerose varietà di legumi che in questa stagione abbiamo a disposizione, sia freschi oppure secchi, surgelati, in fiocchi, farine, ecc.

Ricette deliziose li vedono protagonisti in fresche insalate (avete mai assaggiato una crudité di carote e lenticchie?), oppure crocchette di legumi, sformati, verdure farcite, frittate senza uova, delicate creme, oppure sono ormai disponibili tanti prodotti da forno 100% a base di legumi come ad esempio pasta, cracker, gallette, piadine, pane e persino dolci!

Inoltre, si consiglia di abbinarli ai primi almeno 2-3 volte la settimana per ottenere piatti unici bilanciati ad alto potere saziante (da accompagnare sempre con contorni di verdura), oltre a garantire l'assunzione di nutrienti importanti e tutti gli amminoacidi essenziali.

Fondamentale, anche in estate, l'assunzione giornaliera di frutta secca e semi oleosi nelle giuste dosi, che corrispondono a circa 20-30 grammi al giorno.

Noci, mandorle, nocciole, pinoli, anacardi, semi di girasole, semi di sesamo, semi di zucca, ecc., sono infatti fonte di vitamine, minerali, fibre e acidi grassi essenziali e di qualità.

Questi preziosi vegetali si possono consumare a colazione, come snack mattutino, a pranzo o a cena, aggiunti ai primi, secondi, contorni, come ingredienti di salse, creme o antipasti.

Rispettare le modalità di conservazione degli alimenti

È sempre importante mantenere la catena del freddo per i cibi che lo richiedono, ma proprio a causa di temperature molto elevate, si deve porre maggior attenzione. Ricordiamo inoltre che gli alimenti conservati per lunghi periodi in frigorifero rischiano un peggioramento nutrizionale e/o una contaminazione da microrganismi se non sono conservati bene.

Acqua: alleata n° 1 dell'estate

L'acqua oltre a non fornire calorie (nemmeno quella con le "bollicine"), svolge numerosissime funzioni all'interno del nostro organismo.

Ad esempio trasporta l'ossigeno e i nutrienti alle cellule e aiuta il corpo ad assorbirli, a trasformare il cibo in energia, costituisce il 75% della massa muscolare e il 22% dello scheletro aiuta la respirazione e, di estrema importanza soprattutto in questo periodo, regola la temperatura corporea.

Infatti, soprattutto nelle giornate calde ed afose, l'equilibrio idrico è fondamentale, quindi è importante garantire l'assunzione di almeno 1.1/2 – 2 litri di acqua al giorno.

Inoltre, come sottolineato dal Ministero della salute, l'aumento della sudorazione e della traspirazione in estate determinano la perdita di minerali.

Per questo motivo è fondamentale bere molto (in particolare per gli anziani ed i bambini) e moderare il consumo di bevande contenenti zuccheri aggiunti.

Sono inoltre da evitare le bevande alcoliche; è ammesso, eventualmente, un bicchiere di vino al giorno.

Almeno 10.000 passi al giorno!

A piedi facendo delle belle passeggiate, in bicicletta o praticando qualsiasi altro tipo di attività fisica, da soli o in compagnia e anche all'insegna del buon umore!

L'importante è muoversi e camminare è forse il modo più semplice e facile, per molti di noi, per fare un po' di esercizio e consentire di mantenere in salute cuore e arterie.

Ma a quanto corrispondono 10.000 passi?

In termini di tempo potremmo tradurre questo numero di passi in circa 2 ore di camminata al [torna all'indice](#)

giorno (anche non continuativa), oppure a 6-7 Km e, se vogliamo un motivo in più per camminare, ci sono anche i "Gruppi di cammino" nati a Bergamo nel 2009. Sono gruppi di persone che si ritrovano regolarmente in un luogo definito per camminare insieme, inizialmente "guidati" da operatori e poi resi autonomi (vista il sito www.ats-bg.it).

Una bella abbronzatura, ma soprattutto un pieno di vitamina D!

Chi di voi, ricordando quando era piccolo, non ha colorato un bel sole giallo (forse con i raggi come le ruote della bicicletta) e rallegrato il proprio disegno con la sua presenza?

E quanta gioia, con l'arrivo della bella stagione, poter stare all'aperto a giocare e aspettare ansiosi, contando i giorni alla rovescia, la partenza per il mare o per altre mete di villeggiatura?

Tutto ciò era, ed è ancora, sinonimo di svago, gioco, vacanza, ma soprattutto sole!

Questo protagonista, icona dell'estate, è desiderato anche per ottenere una pelle dal colore caldo e dorato, ma è di fondamentale importanza soprattutto per soddisfare il fabbisogno della vitamina D poco presente negli alimenti, ma che possiamo sintetizzare a livello della pelle grazie ai raggi ultravioletti (UVB).

Come suggerisce il Ministero della salute, per una normale produzione di vitamina D è sufficiente stare all'aperto un'ora al giorno con mani, braccia o viso scoperti, mentre per gli anziani che escono poco e sono sempre molto coperti, possono essere indicati supplementi di questa vitamina.

Non resta che augurarci una buona e... sana estate!

Riferimenti bibliografici e sitografici:

- www.salute.gov.it
 - www.ats-bg.it
 - www.humanitasalute.it
 - www.ssnv.it
 - "Cinque stagioni in cucina" Cristina Fusi Terra Nuova Edizioni
- Rossana Madaschi
Ec.Dietista e Docente di Scienza dell'Alimentazione
Cell. 347.0332740
e-mail: info@nutrirsidialute.it
www.nutrirsidialute.it

Tu

Di Mila

Tu che non sei bellissimo ma sei il più bello del mondo...

Tu che non sei geniale ma sei il più erudito che io conosca...

Tu che non sei simpatico ma sei il più brillante fra i miei amici...

È difficile esprimerti la parte che hai nella mia vita Se non posso spiegarti quella che hai nel mio cuore anche se spesso mi permetti di leggere il tuo.., Tu che sei molto di più di ciò che tu stesso credi e io che attraverso la tua anima vedo molto di più di ciò che tu stesso vedi...

Tu che sei

Tu...

E questo è l'immenso...

[torna all'indice](#)

La Natalino e Paolino

Di Giuseppe Furci

Natalino e Paolino sono due giovani astanti, chechè ne dicano i loro nomi, uno del nord-ovest e l'altro del nord-est d'Italia, entrambi appassionati sfegatati dei cavalli e di tutto ciò che ruota attorno ai medesimi. Fino ad un paio di anni fa nessuno, tra loro, conosceva l'esistenza dell'altro, poi il destino ha deciso che, frequentando assiduamente il web, entrambi finissero in un forum dedicato al mondo dei cavalli. Sotto gli effetti della passione comune non hanno tardato a diventare amici per la pelle, anche se in pratica, strano, ma vero, non hanno mai trovato il tempo e la voglia di incontrarsi a tu per tu, sebbene in teoria si dichiarino costantemente alla ricerca dell'occasione del grande evento. In cambio la loro intesa stratosferica li porta a considerare blasfemi tutti coloro che non la pensano come loro. E' sufficiente perfino un'inezia, perché scatti in loro la molla che li induce a far fronte comune contro il sacrilego di turno. La maggior parte dei frequentatori del forum non dà gran peso alla cosa, accettando passivamente il loro atteggiamento non certo gradevole. Anche tra gli empi, seppur

tutti in preda ad una certa insofferenza, nessuno cede alla tentazione di dare libero sfogo alla propria irritazione. Al massimo qualcuno si limita a non darla loro vinta, ma senza tirarla troppo per le lunghe, così da non rischiare di andare oltre il confronto civile. Mezzogiorno di un mercoledì qualunque: Natalino avverte Paolino, attraverso uno dei loro soliti messaggi, che un imprevisto dell'ultimo momento gli impedisce di essere presente al solito appuntamento sul forum a quest'ora. "Vedi, amico mio, -chiarisce,- mi trovo già in un ristorante a cinque stelle con una coppia di distinti clienti, marito e moglie, per trattare un affare coi fiocchi. A stasera!" Paolino, a propria volta, informa l'amico che il rinvio giunge a puntino, considerato che anche lui è vittima di un imprevisto dell'ultimo momento. Chiarisce che si sta recando in una tenuta di primo piano per assistere un cliente distinto, altolocato, che ha la necessità di acquistare uno stallone della migliore qualità, il massimo che offre la piazza in questo senso. Ancora cinque minuti e saranno arrivati a destinazione col furgone del cliente. In realtà Gioacchino non è quel personaggio di alto rango che viene dipinto, pur essendo una persona squisita e preparata in tutto come poche. Da giovane è emigrato nel nord-est dalla punta dello stivale e non ha tardato a raggiungere una posizione sociale di ottimo livello. Impiega il proprio tempo libero a girovagare per le montagne a cavallo, per individuare sempre nuovi percorsi appetibili dagli amanti del trekking, delle escursioni e dell'equitazione in montagna. Fino ad adesso ha sempre utilizzato cavalli appartenenti

ad un gruppo di tali appassionati, ma ora vorrebbe acquistarne uno per non continuare a pesare sugli altri. Avendo trovato tutte le porte chiuse sul posto, ha pensato bene di rivolgersi a Giovanni Battista, chiamato comunemente Titta, un amico fraterno rimasto in punta allo stivale. Titta non ha esitato ad indicargli Paolino, conosciuto per caso sul web, mai di persona, non esitando, però, a mettere in guardia l'amico contro le eventuali fregature. Infatti è costretto a combattere spesso col dubbio atroce che Paolino possa essere soltanto uno sbruffone da strapazzo. Il calabro rimasto in Calabria si trova miracolosamente quasi in diretta di fronte ai messaggi dei due sedicenti esperti animaleschi. Un'idea gli folgora la mente: Perché non verificare se Natalino sia realmente al ristorante di gran lusso? Lo chiama al cellulare, il cui numero ha ottenuto per vie traverse, e l'energumeno, che non sospetta nulla, gli risponde da casa, essendo a letto in preda ad un forte mal di testa. Esauriti i convenevoli, Titta gli chiede se ha fatto bene a fidarsi di Paolino. Ovviamente è come chiedere all'oste se il vino è buono. La conferma dell'imbroglione rende Titta sempre più inquieto, non perché abbia paura per Gioacchino, ben sapendo che l'amico non è il tipo che si perde in un bicchier d'acqua, ma perché coinvolto in prima persona, anche se ha agito a fin di bene, e ciò gli causa un fastidio tremendo. Il tempo passa e più volte è tentato di telefonare, ma finisce sempre per non farne nulla. Gioacchino gli ha promesso solennemente di chiamarlo al termine dell'operazione, positiva o negativa che sia, e mantiene sempre le promesse. La telefonata finisce per arrivare e, con essa, i chiarimenti del caso. Il primo approccio con la meta, per Gioacchino, è stato come se lo aspettava, nel senso che lui e la propria guida sono arrivati realmente in una fattoria di lusso. Ad accoglierli si è presentato un garzone, una persona dall'aspetto gradevole e premuroso. Era stato con lui che Paolino aveva trattato e organizzato l'affare. E' stato perciò che i preamboli sono stati ridotti all'osso e tutt'e tre si sono trovati ben presto in una stalla, dove del cavallo non c'era la più pallida traccia. Al suo posto troneggiava uno splendido esemplare di asino, ma sempre un asino. Gioacchino non capiva perché si fossero fermati lì, ma attendeva pazientemente nel più rigoroso silenzio che gli altri due si decidessero a tagliar corto con i complimenti diretti al quadrupede. Ma i due non sembravano darsene per intesi e continuavano imperterriti a lodare l'animale. "Allora le piace, o no?" è sbottato improvvisamente il garzone all'indirizzo

dell'acquirente, visibilmente scocciato per il suo ostinato silenzio. Sulle prime Gioacchino è caduto dalle nuvole, fissando alternativamente i due senza riuscire a spicciar parola, poi, di fronte alla loro imperturbabilità, ha sentenziato che lui era lì per comprare un cavallo, non un asino. Seduta stante il garzone ha fulminato Paolino col più truce degli sguardi, in preda ad un attacco d'ira furibonda, rimproverandolo di avergli garantito che l'asino andava più che bene. "Nella foto che mi hai spedito via e-mail c'era soltanto l'asino, questo asino, ," ha obbietato Paolino con l'atteggiamento di chi era pronto a tutto pur di difendere la validità della propria tesi.

Infatti non ha esitato ad andare in escandescenza, di fronte alla contestazione categorica dell'altro che di foto ne aveva ricevute diverse, tra cui quella di cui parlava lui ed un'altra con l'asino, e partire all'attacco a testa bassa. Al suo avversario è bastato un semplicissimo sgambetto per spedirlo inesorabilmente al tappeto. Sfortuna ha voluto che l'asino avesse evacuato da pochissimo il serbatoio delle feci, per poi spostarsi in un angolo pulito della stalla, e Paolino ha centrato in pieno l'abbondante macchia al centro del locale. Prima che facesse in tempo a rimettersi all'impiedi con l'atteggiamento di chi intende vendicarsi di brutto, il garzone, afferrata l'antifona, gli è saltato addosso e lo ha costretto con una danza indiatolata da acrobata provetto a rotolarsi a ripetizione tra gli escrementi. Paolino le ha provate tutte senza alcun costrutto, per disarcionare il ballerino, e per lui sarebbero stati veramente dolori, se il titolare della fattoria, richiamato dalle sue urla di rabbia e di dolore, non fosse intervenuto in suo soccorso. Conclusione: Paolino è stato costretto a restituire la busta con diecimila euro, ottomila per pagare il cavallo e duemila per il proprio compenso, e a togliere il disturbo a piedi senza possibilità di farsi una doccia. Non gli è stato concesso neppure di sostituire l'abbigliamento imbrattato dalle feci. I patti tra lui ed il garzone prevedevano che Gioacchino portasse via l'asino e che i due rimanessero da soli per completare l'operazione a tu per tu. Il motivo del dettaglio? Paolino aveva preteso di pagare l'asino senza far sapere a Gioacchino che avrebbe sborsato solo 750 euro, tenendo per sé anche il resto degli 8000 euro. Beffa ulteriore per il trafficante: Gioacchino ha finito per comprare l'asino, conquistato dal suo vigore e dalla sua bellezza, pagandolo 750 euro, come previsto.

[torna all'indice](#)

Il drago

Di Antonella Iacoponi

Monte Pisano, Calci, 24 settembre 2018

All'improvviso, si desta il drago dei monti,
la strega non l'ha rivelato,
ma neanche lei, con le sue sfere, le sue fonti,

conosce fino in fondo il lato
malvagio dell'uomo: un cuore umano
domina il mostro; tutto è iniziato

con venti forti e un ruggito lontano,
il rosso già lambisce le creste ventate,
ineluttabile, malsano,

il drago indossa le ali arroventate,
subito sfreccia tra le lucide vette,
le valli profonde, le vigne spaventate,

i boschi, gli oliveti, le strette
gallerie,... il mostro diviene ancor più potente,
più grande, più forte, con perfette

lingue di fuoco,... in un istante,
si gonfia e si alimenta, mentre tutto travolge;
con schiocchi, tonfi, in un lamento struggente,

i boschi più folti divengono cenere, che avvolge
gli alberi più antichi, i rovi, gli sterpi,...
gli uccelli cercano il chiarore che avvolge:

ingannati da fiamme sinuose come serpi,
non sono in grado di fuggire,
scappano i cinghiali; come vermi,

le fiamme strisciano, senza svanire,
le case si accartocciano in un momento,
e piange il monte, sta per morire,

mentre continuano a sfrecciare il fuoco e il vento.

[torna all'indice](#)

Riflessioni e critiche

Sono TIM, mi vuoi ancora? NO, grazie

Di Mario Lorenzini

Ebbene sì, l'ho fatto, ho cambiato gestore telefonico. Ho avuto Telecom, Infostrada, Fastweb, poi di nuovo Telecom perché Fastweb peccava di gioventù e... adesso, di nuovo Fastweb. Nel giro di circa 15 anni ho avuto modo di provare quale potesse essere il nome più affidabile, anche per il traffico dati. E non vi dico le telefonate e le mail, forse qualcuna falsa, con le quali svariati operatori cercavano e tentano ancora oggi, di strapparmi all'attuale fornitore di servizi con promesse di una bolletta leggera, una velocità in Mbit ultraveloce e servizi di contorno.

Ma, alla fine dei conti, quanto si risparmia? È così facile passare da un gestore all'altro? Ecco la mia esperienza recente.

Da Novembre ho lasciato mamma Telecom, o TIM che dir si voglia. La mia promozione comprendeva chiamate illimitate a numeri fissi e cellulari da rete fissa, una connessione da 100 Mb, e un plus di 500 minuti a disposizione sul telefonino ogni mese. Nessun pacchetto per il traffico dati. 3 anni fa, questo non era poi così male, soprattutto per il prezzo di euro 44,90. Ma già si profilavano all'orizzonte altri concorrenti, con prezzi ribassati. Naturalmente c'è da considerare anche l'affidabilità; agli inizi del 2010 Fastweb era un disastro, almeno nel mio quartiere, con continue interruzioni, sono rimasto isolato senza telefono per 5 giorni. Con i servizi attuali, forniti in modalità VOIP, se il modem non funziona, non è alimentato, o non c'è rete, anche la fonia è assente. E così mi sono riparato presso la sicura Telecom Italia. Col passare del tempo però, i concorrenti si sono irrobustiti, TIM ha alzato le tariffe, fino al luglio 2018, quando sono arrivato a pagare quasi 60 euro. Dopo aver chiamato TIM per chiarimenti sull'aumento dei prezzi, non solo mi è stato detto che avevano avvisato degli aumenti nel mese di luglio, ma che tra ottobre e novembre ci sarebbe stato un altro rincaro. Non mi hanno proposto soluzioni alternative, sconti per vecchi clienti. A quel punto mi sono guardato intorno. Apro una parentesi. Le recenti normative del garante per le comunicazioni avevano già introdotto delle norme per la riduzione dei costi a favore dei disabili. Essendo non vedente mi sono informato sulla questione. E anche qui TIM fa un po' la furba. La normativa in generale dà per



scontato che ogni gestore debba offrire delle tariffe di favore per clienti con handicap; per i non vedenti, questo si traduce in uno sconto del 50% sui prezzi di base, di solito sulla promozione a prezzo più elevato. Ed ecco come TIM - parzialmente eluso la direttiva. Siccome i pacchetti odierni includono sia il traffico voce che quello dati, TIM dimezza il prezzo solo sulla componente internet, ossia sulla navigazione, ben poca cosa. Questo è un mezzo raggio in quanto non esiste una linea analogica separata ma un unico servizio, quello dati, attraverso il quale si effettua una separazione di banda riservando una porzione di essa al traffico voce. Ho deciso di dare una seconda possibilità a Fastweb. Mi sono recato in un centro apposito della mia città. Lì mi hanno confortato dicendomi che le linee fibra si erano notevolmente rafforzate negli ultimi tempi. Anche le tariffe si sono dimostrate vantaggiose; la riduzione del 50% a noi riservata sarebbe stata applicata pienamente dopo l'attivazione del servizio, previo l'invio della certificazione necessaria. Mi è stato detto che ci sarebbe voluto circa un mese per passare con loro. Poi mi hanno chiesto se avessi voluto ritirare il modem in negozio o farmelo recapitare a casa. Ho scelto il ritiro nel centro Fastweb per mia comodità. E qui apro nuovamente una parentesi. Il modem TIM non mi serviva, anzi non funzionava più. Per recedere completamente dal contratto ho dovuto restituirlo. Ho chiamato il 187 e chiesto se la riconsegna avessi potuto farla nel negozio TIM a me più vicino o altro. L'operatore mi ha risposto che... "Lo deve inviare a questo indirizzo..." e mi ha fornito i dati. Gli ho risposto che, in precedenza, quando già avevo effettuato il passaggio con altro gestore, il modem lo avevo riportato fisicamente, al negozio. L'operatore, un po' contrariato, ha fatto lo gnorri, dicendomi: "eh,

signore, ma il modem non è mica suo". "certo", dico io, "non voglio mica trattenerlo, a che mi servirebbe, ma non posso davvero riconsegnarlo a mano, evitando le code all'ufficio postale, oltre che le spese?". La risposta è stata deludente. Mi è stato risposto che TIM, diversamente dagli altri gestori, ha molti più clienti, e quindi non si poteva gestire la riconsegna manuale. Forse sì, ma il negozio Fastweb di cui ho parlato è piccolo, con una sola persona, mentre al centro TIM lì vicino ci sono 3 operatori, uno dei quali avrebbe potuto, forse, accettare indietro il modem? Sono andato in posta e ho speso 9,90€ per spedire al magazzino TIM il corpo del reato. Oltre a ciò, sempre parlando di costi e disagi, ho dovuto inviare una raccomandata con ricevuta di ritorno per comunicare il cambiamento, altrimenti sarei incappato in una sanzione di 70€; per fortuna, stavolta ho potuto evitare code e somme inutili via PEC.

Fastweb mi ha comunicato l'attivazione della mia linea il giorno 6 novembre scorso, dopo 25 giorni dalla richiesta. Finalmente ero libero, la Telecom era scomparsa... Ma voi ci credete davvero? Sapete che la bolletta mensile TIM è relativa a due mesi antecedenti? Quindi, a dicembre, ho pagato ancora 54€, poi mi è arrivata a casa la bolletta cartacea conclusiva, relativa ai 5 giorni del mese di novembre. 10,33 euro. Non avendo più la domiciliazione sul conto corrente, ho chiamato nuovamente TIM per sapere se potevo pagare con bonifico. Ho atteso un paio di giorni per telefonare, visto che, essendo passato a Fastweb, il numero 187 non era più gratuito, ho telefonato da casa di un amico. Ho avuto i dati per l'effettuazione del pagamento, prontamente eseguito. Oh, adesso sì che tutto il vecchio gestore non c'era più. Mi sono sentito sollevato. Ma... sorpresa! Nel mese di marzo, una bella mail di TIM mi avvisa dell'arrivo di una loro ennesima bolletta. Non avevo più i dati di connessione al sito Telecom, quindi non potevo visionare tale bolletta, a cosa corrispondeva, sempreché non ci fosse un errore, avevo pensato anche a quello. Ho

ricontattato TIM; la bolletta esisteva per davvero. Nessuno sbaglio. L'importo di 4,03€ era dovuto in quanto corrispettivo di mora per il ritardo di 3 giorni dell'ultimo pagamento. "Ok, pagherò", rispondo a TIM, non prima di avergli detto quello che penso dell'azienda, e che non tornerò mai più con loro, se non dopo un lasso di tempo lunghissimo, con proposte alternative economicamente convenienti. Reciso anche questo strascico di cordone ombelicale con TIM, posso dire di aver scelto bene. Con Fastweb spendo poco più della metà di quello che mi costava TIM, ma inclusi anche 3 ricariche mensili di cellulari. La connessione è stabile. Non vi dico nei giorni seguenti l'attivazione chi mi ha chiamato. TIM. Sì, candidi operatori con la voce trasognata, che dicevano di non sapere che gestore avessi e proponendomi contratti a buon prezzo. Ho risposto loro malamente e ancora continuo oggi perché le telefonate sono continue. Penso che Telecom Italia dovrebbe vergognarsi. Quando ero loro cliente non mi veniva fatta alcuna proposta di miglioramento tariffario. Dopo aver cambiato gestore vengo letteralmente tempestato da call center a vario titolo mandati da TIM, con proposte allettanti. Cambiare il proprio operatore telefonico non è immediato, né semplicissimo. Occorre tempo, spesso si incontrano errori e ritardi, si devono fornire dati personali e documentazione. Insomma, non si può fare questa tiritera continuamente. Al momento sono soddisfatto e ho trovato una situazione solida Consiglio a Telecom, dall'alto del suo passato di monopolio di stato, di comportarsi più correttamente, evitando di parlare male dei concorrenti. E aggiornare il database dei clienti o ex che siano, in modo da non tormentare questi ultimi facendo brutte figure, con un falso stupore di chi non si ricorda le proprie azioni passate.

[torna all'indice](#)

Monetizzare, sempre monetizzare

Di Mario Lorenzini

Le calamità naturali accadono, come pure gli incidenti, le infrastrutture cedono. E molti altri danni avvengono a immobili e terreni. Parliamo di incendi, terremoti, trombe d'aria, per restare nel,

più o meno naturale, a crolli di ponti, dissesti stradali o delle linee ferroviarie, rottura dei tubi degli acquedotti, autobus che si infiammano letteralmente e...avanti così.

Possiamo dividere questi piccoli o grandi disastri in due categorie. Quelli di origine naturale, sui quali l'uomo non ha influenza e non ha possibilità di intervento preventivo, e quelli che sono il risultato non tanto dell'incuria, ma proprio del menefreghismo assoluto dei manutentori.

Premesso che i terremoti sono una grande calamità, ma ci sono mappe delle zone sismiche, si sa, con una certa approssimazione, dove costruire e dove non. E poi c'è il rispetto delle norme antisismiche che dovrebbe garantire la resistenza degli edifici a scosse telluriche elevate. Ma, sia per mancanza di competenza dei progettisti, o per cercare di economizzare sui lavori, queste regole sono spesso disattese. Tutto a discapito non solo delle case, ma anche dei loro occupanti. Nelle ipotesi più floride di forti eventi, l'immobile non è più abitabile, la famiglia è costretta ad abbandonarlo, in quelle peggiori qualcuno ci rimette la vita.

Il ponte Morandi? 39 morti e 6 feriti. Il tutto quantificabile in un costo iniziale di 422 milioni di euro.

Il tristemente noto terremoto di 10 anni fa dell'Aquila? 309 morti e 1173 feriti, nel quale si stima in circa 13700 milioni di euro i danni ascrivibili all'intera regione abruzzo. Poco di più dei 13300 della regione Emilia, col più recente terremoto del 2012 con meno vittime, 7.

Roma, sulla Ostiense la motociclista Elena muore a causa della strada dissestata.

Pisa, rogo sul monte Serra, danni per 15 milioni di euro.

Cosa c'è di comune in questi fatti? Ci sono dei danni a cose e o persone, seguiti da statistiche che indicano quante altre situazioni del genere avvengono, al fine di porre un rimedio o comunque avere una consapevolezza di come potere affrontare in futuro quel dato problema. E poi la triste quantificazione in moneta di tutta la catastrofe.

E con questo si inizia a dire che tali soldi potevano essere risparmiati investendo di più prima, evitando così l'incorrere del fatto. Oppure, a cose avvenute, lo stato stima una cifra per gli interventi che dovrebbero rimettere in sesto le infrastrutture coinvolte. In queste stime, ahimè, viene calcolata anche la vita umana, le vite perse in quella calamità o incidente. Ma come si fa, come è possibile? Non tanto valutare il valore di una vita umana rapportando a x euro, ma anche il solo fatto di poter pensare sempre di risolvere tutto coi soldi. Una vita persa è una vita persa, punto. E se non si tratta di eventi totalmente naturali, bisogna

cercare il, o i responsabili. E' con loro che si dovrebbe incentrare una causa giudiziaria, al fine punitivo e per risarcire le vittime di quanto accaduto. Ma spesso questo non accade. I tempi della giustizia sono mastodontici, tant'è che i responsabili hanno il tempo di trovare cavilli e argomentazioni per rimandare e diminuire la pena. E quando poi si insabbia il marcio e i cattivi nemmeno si trovano? Cosa fare in questi casi? I malcapitati che restano senza la casa per colpa di un terremoto, nella cui zona gli immobili sono stati edificati frettolosamente con il beneplacito di tecnici del comune che hanno ricevuto favori dai richiedenti... ah, ma allora anche noi abbiamo monetizzato, verso queste persone... gran confusione!

Ho nominato gli autobus che si rompono anzi, prendono proprio fuoco; lo sapevate che non abbiamo autobus nuovi? Quelli così definiti, in realtà sono seminuovi, in genere con almeno 8 anni di vita, acquistati da altri paesi. E perché? Ma ovvio, per risparmiare! Certo, sulla pelle della povera gente, e magari, con i soldi così non spesi, anziché fare manutenzione, i dirigenti di queste aziende municipalizzate si intascano la differenza. Complimenti!

Il più eclatante esempio sappiamo tutti che è stato il recente crollo del ponte Morandi, a Genova. Un'arteria stradale rigonfia di un flusso veicolare cresciuto a dismisura nel giro di alcuni decenni, ma anche controlli e manutenzioni evitate, false dichiarazioni che confermavano la solidità di una struttura che invece, stava mostrando da tempo i segni di cedimento. E anche qui, non fare queste operazioni periodiche di sicurezza ha significato per i responsabili, somme non spese e probabilmente intasate illecitamente, vorrei dire soldi macchiati di sangue.

E quando poi si è purtroppo costretti a intervenire pesantemente, come in questo caso, per ricostruire tutto da zero, i tempi e i denari divengono importanti. E non potevamo pensarci prima? Nooo, quello a cui abbiamo pensato è stato di sottrarre risorse per il bene comune e farle nostre, in modo truffaldino e delittuoso. Tutto questo sistema di controlli, giustizia, statistiche, spinto dal motore dell'economia, che vuol essere la dimostrazione della perfezione, non riesce a funzionare per mancanza di rettitudine dell'uomo. Del resto, ci sono leggi e sanzioni perché l'animo umano è corrotto; regole e pene per chi non le rispetta perché, come vediamo tutti i giorni, manca l'onestà. Ma la cosa non tanto sbagliata, ma vergognosa, è cercare di risolvere gravi situazioni che non avrebbero dovuto essere, con i soldi. I fatti tangibili non sono le monete poi,

ma quello che occorreva al momento. Se i piloni del ponte di Genova fossero stati sostituiti a tempo debito, non ci saremmo ritrovati oggi con le vittime risultanti, i danni alle infrastrutture, a calcolare quanto tutto questo potesse mai valere.

Se il percorso autostradale di Roma non avesse quelle buche anomale, se l'asfalto fosse piano, forse la povera Elena, con la sua passione per la moto, sarebbe ancora tra noi. Nessuna cifra potrà mai colmare il dolore della perdita di un figlio accaduta in queste circostanze, con la rabbia che tutto sarebbe stato evitabile, non doveva accadere e basta.

[torna all'indice](#)

L'aeroporto si farà...decisione politica

Di Mario Lorenzini

A Peretola, località del territorio fiorentino, i piani di ampliamento dell'aeroporto si stanno attuando. Da molto tempo, l'amministrazione regionale punta alla crescita di questo scalo civile. La questione è osteggiata da molti comuni della zona, vedi Prato, Campi Bisenzio, Sesto Fiorentino, Signa, Carmignano e Poggio a Caiano. Secondo i primi cittadini interessati, l'impatto ambientale derivante dagli interventi necessari a questo ingrandimento sarebbe notevole; oltre al danno degli espropri dei terreni, pratica ammessa dalle pubbliche amministrazioni che rilevano aree geografiche, spesso con attività private in corso, dando ai proprietari delle briciole in cambio. Il tutto giustificato da pareri di parte politica o favori dell'amministrazione centrale, che poco o nulla conosce di quella realtà lontana.

Un aeroporto classificato come "pericoloso" da esperti del settore, ma queste sono osservazioni che anche la gente comune rileva facilmente. Lo spazio delle piste è sì imitato, ma questo perché è difficoltoso il suo prolungamento. Il circondario fitto di rilievi impedisce una naturale evoluzione di questa aerostazione. Ma siccome l'uomo pecca di presunzione di Dio, con certificazioni, rilevazioni e pareri distorti, intanto si guadagna il diritto e la liceità dei lavori. Poi, e qui sta l'aspra polemica, noncurante dell'impatto definito devastante circa

Spero, come ho detto già altre volte, che le cose cambino. Le persone ai vertici del comando possano acquisire un po' di coscienza e umanità, ma non vedo grandi cambiamenti. Credo che ci dovrà essere non tanto un cambio di persone qua e là nella politica e nella dirigenza in generale, ma un completo rinnovamento, certe cose, come quelle che hanno ispirato il titolo di questo articolo, non dovranno far parte più delle menti di chi è esponente politico o comanda un'azienda e, conseguentemente, non dovranno più essere messe nero su bianco. La regola dovrà essere prevenire, non curare malamente.

lo spostamento di un laghetto e di altre infrastrutture ormai stabilizzate da tempo, ricorre a un atto di forza, imponendo la propria volontà che stravolgerebbe un'ampia porzione ambientale, al fine della realizzazione di una pista che correrebbe parallelamente all'autostrada. Riusciranno le forze in disaccordo a dimostrare l'ovvietà di questa scelleratezza?

E perché poi insistere così tanto con questo aeroporto? Non ci fossero altre possibilità di imbarco capirei; ma l'aeroporto Galilei di Pisa ha da sempre rappresentato il punto di riferimento per la Toscana. Al contrario di quello fiorentino, sorge in zona pianeggiante e ha una storia che lo caratterizza da molto tempo. Vogliamo parlare della tratta Firenze-Pisa e di come è collegata? Dunque, anni fa esisteva il treno regionale con partenza da Firenze Santa Maria Novella e arrivo a Pisa aeroporto. Avete capito bene; questo mezzo conduceva direttamente, senza cambi, all'interno dell'aeroporto pisano. Il treno effettuava il minimo di fermate necessarie, Empoli, Pontedera e Pisa, giungendo in aeroporto in un'ora netta. Però poi c'era da fare il check-in, con relativa perdita di tempo...e invece no! Prima di salire sul treno, nella stazione centrale fiorentina era presente un ufficio che forniva questo servizio di controllo. I passeggeri potevano così, una volta scesi dal

treno, salire sul volo da loro prenotato. Una sciccheria. Scherzi a parte, questa era tutta la verità e tenendo conto che si parla di anni o sono, anche più di 20, la soluzione fu alquanto azzeccata, il massimo ottenibile per l'epoca. Ma, si sa, col tempo, la tecnologia e un'attenta valutazione di altre possibili soluzioni portano a miglioramenti di realtà esistenti. E così...non è stato! Il check-in fiorentino è stato rimosso, il capolinea del comodo treno non esiste più. Nessun treno giunge in aeroporto, si fermano a Pisa centrale, o proseguono per altre direzioni. Senza contare che, nonostante la realizzazione di un tunnel per evitare le curve di piccole stazioncine, alcune ormai dismesse, il tempo di percorrenza si è allungato. È vero che questo tunnel fa guadagnare sulla carta circa 7 minuti, ma una nuova stazione, sorta proprio all'uscita di questo passaggio, Lastra a Signa, e l'obbligo di fermata per tutti i treni alla Stazione di Firenze Rifredi, hanno vanificato quest'opera. E se qualcuno, dopo tutto ciò, volesse comunque recarsi in aeroporto a Pisa, dall'omonima stazione centrale, come fare? Bisognerebbe uscire dalla stazione e aspettare il relativo autobus che in pochi minuti ci porterebbe in aeroporto. È anche in fase di attuazione il servizio "people-mover", una navetta senza conducente che farebbe la spola dalla stazione ferroviaria all'aeroporto.

Per chi non lo sapesse, esiste anche un autobus diretto dalla stazione di Santa Maria Novella che trasporta fino al Galilei. Ma... in quanti lo sanno? Ben pochi perché la cosa non è pubblicizzata, anzi è passata un po' in sordina.

Insomma, raggiungere da Firenze l'aeroporto di Pisa è possibile, ma con un disagio e un tempo maggiore rispetto a prima. Senza contare i costi di formazione di nuove linee di collegamento, come il "people-mover" di cui sopra.

Alla fine, perché mettercela tutta per modificare un sistema già ben concepito, non solo non apportando benefici, ma peggiorando il servizio?

La risposta è sempre la stessa per domande simili che non riescono a spiegarsi il motivo dell'illogicità insensata di certi cambiamenti.

Politica.

Lo scopo è infatti screditare un qualcosa di funzionante, come il Galileo Galilei, e puntare i riflettori sul piccolo aeroporto di Peretola. Perché Peretola uguale Firenze, Firenze uguale capoluogo di regione, importante città d'arte e altro ancora.

Quindi, si deve per forza avere anche una stazione aerea.

Ecco cosa hanno scritto i giornalisti dei quotidiani del luogo nel corso del 2018 e del 2019:

20 APRILE 2018

PRATO. In attesa che si sciolgano ancora i dubbi sulla fattibilità della nuova pista di Peretola (pendono molti ricorsi al TAR). L'Enac ha avviato l'iter rendendo pubblici gli elenchi dei proprietari di terreni che ricadono nei comuni di Prato, Campi Bisenzio, Firenze, Sesto Fiorentino e Signa. Ha avviato l'iter degli espropri relativi sia ai terreni direttamente interessati alla costruzione della nuova pista dell'aeroporto Amerigo Vespucci di Firenze, che appartengono ai comuni di Firenze, Campi Bisenzio, Sesto Fiorentino, e marginalmente anche Prato, ma anche sia ai terreni nel Comune di Signa dove dovrà nascere la nuova oasi faunistica destinata a prendere il posto di quella attualmente esistente nella Piana fiorentina. I proprietari dei terreni hanno un mese per presentare le osservazioni. Negli elenchi dei proprietari dei terreni interessati compaiono anche molti pratesi, società pratesi o cittadini di altri comuni ma proprietari di terreni del comune di Prato.

"Enac fa il suo mestiere, ognuno fa la sua strada". Parole del sindaco di Prato Matteo Biffoni, rispondendo ai giornalisti che gli chiedevano un commento sull'avvio, a breve, degli espropri da parte di Enac per il potenziamento dell'aeroporto di Firenze. Il Comune di Prato tra le amministrazioni che ricorrono al Tar contro la nuova pista di Peretola.

Enac ha pubblicato oggi, venerdì 20, sulla stampa, l'avviso pubblico con l'elenco dei terreni, che ricadono in quattro comuni, interessati dagli espropri, e tra questi anche quelli di Unipol nell'area di Castello. I proprietari hanno ora trenta giorni per presentare le osservazioni. Della vicenda dell'avviso di Enac per gli espropri parla poi oggi Repubblica Firenze.

Aeroporto, lettera aperta al ministro Toninelli: «Così il nostro territorio viene stravolto»

I sindaci di Prato, Sesto Fiorentino, Campi Bisenzio, Carmignano e Poggio a Caiano preoccupati per l'impatto ambientale

di Azelio Biagioni

07 FEBBRAIO 2019

PRATO. Una lettera indirizzata al ministro Danilo Toninelli. E che porta la firma dei sindaci di Prato, Sesto Fiorentino, Calenzano, Campi Bisenzio, Carmignano e Poggio a Caiano. Al responsabile del dicastero dei trasporti chiedono di ascoltare le istanze del loro territorio e che il ministro definisca una strategia per le comunità da loro rappresentate. Questo alla luce del via libera dato dalla conferenza dei servizi per l'ampliamento della pista di Peretola. Nella lettera i sindaci lamentano la totale assenza di «una seria valutazione dell'impatto in chiave strategica sul territorio e sulle comunità», ricordando come la nuova pista «stravolgerebbe decenni di pianificazione urbanistica da tempo volta a ridurre il consumo di nuovo suolo in un'area delicatissima dal punto di vista dell'assetto idrogeologico e ambientale». Al ministro, i sindaci chiedono «un impegno concreto sulle opere veramente utili per le città, sul trasporto su ferro e la mobilità sostenibile e per le migliaia di pendolari che oggi incontrano enormi difficoltà». La conferenza dei servizi ha espresso parere favorevole alla realizzazione della nuova pista che sarà parallela all'autostrada. Non nasconde la sua preoccupazione il sindaco di Prato: «Sì – afferma Matteo Biffoni – sono preoccupato per quello che sarà l'impatto ambientale. Come amministrazione abbiamo sempre mantenuto la nostra posizione che era contraria al progetto. E poi vorrei capire la posizione di Toninelli che prima si dice contrario e il giorno dopo dà il via libera al progetto». Ma ci sono altri Comuni contrari, come quello di Poggio a Caiano.

«L'ampliamento di Peretola – dice il sindaco Francesco Puggelli – ha un costo di circa 500 milioni, una spesa destinata a crescere negli anni per i costi di manutenzione inevitabili che dovranno essere sostenuti. E se davvero, come ha annunciato il ministro Toninelli, saranno previsti dei tagli del Governo quelle risorse graveranno sulle nostre spalle ancora di più. Per Puggelli i soldi potevano essere spesi diversamente: «Per migliorare i collegamenti con l'aeroporto di Pisa, ad esempio – spiega – Ma soprattutto per avviare opere sul territorio che potrebbero davvero migliorare la vita dei tanti pendolari-lavoranti che si spostano ogni giorno da e verso i centri urbani».

Contrario anche il sindaco di Montemurlo Mauro Lorenzini: «L'aeroporto da potenziare non era Firenze – spiega – bensì Pisa e rivedere i collegamenti con i mezzi pubblici. Siamo in una bella regione ma che ha collegamenti deboli».

Rammaricato il sindaco di Carmignano Edoardo Prestanti: «Il via libera dato dalla conferenza dei servizi al masterplan dell'aeroporto di Firenze rappresenta una pagina negativa per tutta la Piana». Ma c'è chi è favorevole: «Si esce finalmente da uno stato di incertezza – commenta Marcello Gozzi direttore generale di Confindustria Toscana nord – Credo che quella odierna sia una tappa fondamentale per Firenze e non solo. E il potenziamento dell'aeroporto sarà importante per lo sviluppo».

Prato, Sesto e Campi contrari all'ok al masterplan del nuovo aeroporto

Toscana Aeroporti in una nota ricorda "il parere favorevole dei circa 40 soggetti intervenuti" in Conferenza dei servizi, "a esclusione dei 3 comuni di Sesto Fiorentino, Prato e Campi Bisenzio"

06 FEBBRAIO 2019

Penso che ora abbiate tutti le idee un po' più chiare. Ecco i punti che rappresentano i fondamenti del tema:

- 1) Esiste già un aeroporto, quello di Pisa, in posizione favorevole, facilmente raggiungibile (perlomeno così era in passato) e se vogliamo ampliabile;
- 2) I danni idrogeologici al circondario fiorentino interessato, nonché alle aziende ivi dislocate, non sono certo cosa da poco;
- 3) Il budget iniziale di 370 milioni di euro è già salito oltre i 500 e, come vanno le cose in questi casi, per via di costi di manutenzione e rettifiche costruttive, crescerà ancora;

Da ciò si evince l'evidente forzatura di un disegno progettuale volto solo a interessi di potere e dell'industria. Gli unici favorevoli sono infatti confindustria e i membri di regione Toscana, governatore in testa. Come sempre, quando ci sono in essere opere che richiedono l'intervento delle aziende realizzatrici, il vantaggio è subito, ovviamente economico, di queste ditte. Il reale beneficio che la realizzazione dovrebbe apportare ai cittadini alla fine, questo è un altro paio di maniche. Molti cantieri non sono altro che un mezzo di introito, per anni, ad interesse per le imprese coinvolte; talvolta si fa un dietrofront a lavori avanzati, rendendo l'opera incompiuta così, sicuramente, non servirà mai a nessuno e i soldi fin lì impiegati saranno stati sprecati. Questo a parziale ammissione che il progetto era stato mal pianificato o che era davvero inutile farlo. Ma non si poteva pensarci prima? Che ci stanno a fare

tutti gli esperti delle varie amministrazioni pubbliche e private, che fanno rilevamenti, e teorizzazioni varie, con tutte le loro qualifiche sostenute dai loro compensi?

Ma sentiamo le parole di Enrico Rossi, a capo del palazzone regionale toscano:

"Abbiamo fatto bene ad avere pazienza, a tornare tante volte, ad accogliere le opinioni di tutti. Finalmente il Masterplan dell'aeroporto Vespucci è approvato. È dal 2011 che lavoriamo per questo risultato, perché la Toscana è una regione che basa la sua economia sul manifatturiero, sull'export, sulla ricerca universitaria. Ha bisogno di essere connessa con il mondo ed il potenziamento degli aeroporti di Pisa e Firenze, che adesso stanno in un'unica società e quindi sono strettamente legati, è una condizione fondamentale per lo sviluppo". Il presidente della Toscana Enrico Rossi commenta così l'esito della Conferenza dei servizi sul Masterplan dell'aeroporto di Peretola, conclusa con parere positivo alla quarta seduta. "Sono serenissimo dal punto di vista dell'impatto ambientale - prosegue Rossi- sono certo che ci saranno miglioramenti rispetto alla situazione attuale". Ai giornalisti che chiedevano quali saranno i prossimi passi, Rossi ha risposto: "Anzitutto mi aspetto che non ci siano sorprese sui 150 milioni stanziati dal Governo. Questi soldi possono andare solo a Firenze, non hanno senso le ipotesi di dirottarli su Pisa, in quanto la normativa europea non consente contributi pubblici di sostegno per aeroporti che superino i 5 milioni di passeggeri, una soglia che il Galilei di Pisa già supera. E poi voglio ricordare che i 150 milioni del Governo dovrebbero essere destinati soprattutto alle compensazioni ambientali e paesaggistiche". "Sottrarre alla Toscana 150 milioni di questi tempi sarebbe davvero una grossa penalizzazione, perché tutto il Paese sta vivendo una fase di recessione e c'è bisogno di fare nuovi investimenti, non di cancellare quelli già fatti". Rossi ha infine ricordato le molte questioni ancora aperte con il Governo, soprattutto sul fronte infrastrutturale. "Resta da affrontare l'argomento Tirrenica, perché senza un'infrastruttura con 4 corsie in sicurezza la Toscana del sud è costretta ad una condizione di marginalità. Abbiamo bisogno di terze corsie autostradali sulla 11 Firenze-mare e sulla A1. E poi resta la cruciale questione del sottoattraversamento di Firenze, visto che la Toscana è rimasta l'unica regione sulla tratta Milano-Roma a non avere un sottoattraversamento e questo inizia a farsi

[torna all'indice](#)

sentire in termini di treni AV che bypassano Firenze senza fermarsi. Abbiamo bisogno di liberare la stazione di Santa Maria Novella dal traffico ferroviario ad alta velocità, anche per regolarizzare definitivamente il traffico ferroviario regionale. Fare tutte queste opere stimiamo che sarebbero necessari 3 miliardi di investimenti, una cifra che creerebbe vere condizioni di sviluppo".
Fonte: Regione Toscana - Ufficio stampa

Recentemente, Ubaldo Bocci, il candidato del centrodestra fiorentino, dimostra la sua piena propensione al da farsi per Peretola, quasi stupito del come, dopo svariati anni della gestione politica sotto la stessa corrente politica, non sia ancora stato realizzato.

A questo punto, come ben si capisce, non è tanto la corrente politica, sinistra o destra. Il nuovo esponente di centro destra la pensa come la sinistra. Diciamo stessa mentalità imprenditoriale? O stesso pensiero sull'investimento dei soldi degli italiani, pareri contrari ignorati? Francamente non me la sento di incolpare quello o quell'altro membro del comune o della regione, non posso puntare il dito direttamente su chi, prima o dopo, pensa che "bruciare" svariate centinaia di milioni di euro per costruire 2400 metri di pista sia favorevole, territorio escluso, alla popolazione. O forse bisognerebbe dire non favorevole ma redditizio, per installazioni di imprese che prenderanno parte all'opera. Due aeroporti, uno primario, Pisa, e uno secondario, Firenze, andava bene così. Senza bisogno di idee nuove, rivoluzionarie, considerato che ci sono già problemi da risolvere sul territorio. Ed è lì che le varie amministrazioni avrebbero dovuto mettersi in gioco, migliorando ad esempio la qualità della superstrada Firenze-Pisa-Livorno (FI-PI-LI). Ma no, perché non mettere in cantiere un qualcosa di nuovo, che possa attirare l'attenzione, l'interesse e, soprattutto, coinvolgere varie aziende? Perché poi, alla fine, la parola subdola investimento, significa anche questo. La validità dell'opera finale, o la creazione di nuovi posti di lavoro che ruoteranno intorno alle infrastrutture tese alla realizzazione? E intanto i soldi continuano ad essere spesi, uscendo dalle tasche degli italiani, senza la maggioranza del loro consenso, con l'approvazione di poche teste agli alti vertici istituzionali. Così funziona nel nostro paese e ne siamo certi, non è il modo giusto di funzionamento. Però è difficile fermare questa macchina politica. Vedremo in futuro la rinascita del Vespucci? e basta

Il sole splende per tutti

Di Giuseppe Lurgio

Ed eccoci ancora qui nel nostro salotto virtuale in compagnia di un giovane scrittore di nome Marco Farina del quale mi piace saperne di più e naturalmente farlo conoscere anche a voi affezionati di questa rubrica.

Siamo idealmente seduti su due sedie in vimini mentre sul tavolinetto dello stesso materiale un vassoio rettangolare contenente due bicchieri colmi di frullato di frutta ci attendono. Come sempre non può mancare il sottofondo musicale. stavolta affidato a un mix di musica italiana anni 80. Siamo pronti e allora parto con la mia prima domanda!

D: Dunque, caro Marco, prima di conoscere le tue qualità di scrittore vogliamo raccontare ai nostri lettori qualcosa di Marco FARINA nella quotidianità?

R: Ciao a tutti! Sono Marco e dalle soglie dei quarant'anni vi racconto un po' di me. Figlio di Francesco, tipografo grafico, pittore e disegnatore, scultore e di Barbarina, segretaria aziendale non che fratello di Monica, che si occupa di grafica pubblicitaria.

Dal 2007 son marito di Mariafrancesca e dal 2008 e 2011 padre di due fantastici mostri!

E sì, così mi piace chiamarli perché definisco mostruosa la creatività, intelligenza e fantasia di un bambino.

Per quanto mi riguarda ho avuto una vita costellata di ostacoli che più volte mi hanno messo alla prova forgiando il mio carattere e allenandolo come fa un atleta prima di una maratona di New York. Ma andiamo per ordine, a 14 mesi venni misteriosamente riconosciuto idrocefalo; non camminavo e in un periodo in cui ecografie e diagnosi prenatali scarseggiavano venni operato e da allora sono portatore di valvola e sondino di derivazione liquorale.

Fino a 21 anni ho vissuto sì con precauzione, ma comunque una vita normalissima e attiva. All'età di 8 anni ho visitato una redazione di un giornale locale a tiratura nazionale; a 13 anni ho scritto nel classico tema cosa vorrei fare da grande, e io senza esitazioni scrissi che avrei voluto fare il giornalista ed in particolare l'inviato. Mi iscrissi ad un istituto tecnico pensando di ottenere un diploma che a fine anno 90 aveva ancora una discreta importanza e faceva per cos? dire curriculum per l'accesso al mondo del lavoro.

A 20 anni la vita di sorride! Hai voglia di spaccare il mondo ed io in compagnia ma spesso anche da solo amavo conoscere e viaggiare e quindi partivo come un piccolo Colombo o meglio un Marco Polo alla scoperta di mondi sempre nuovi.

Sul più bello però, in una delle tante tappe del mio personale viaggio d'Italia, doveti rientrare frettolosamente a casa perché qualcosa non andava. Nell'estate del 2001 iniziò il mio personale calvario che per certi versi stravolse la mia vita. Inizialmente, un forte mal di testa e una leggera diplopia si trasformarono nell'attuale cecità. Dopo un anno di consolidamento e orientamento personale non potendo partire per la scuola di giornalismo di Urbino mi iscrissi a lettere per poi scegliere l'indirizzo in scienze della comunicazione e teorie e tecniche dell'informazione.

Mi laureai nel 2007 con la tesi "I processi mediali e la loro accessibilità, un viaggio dai vecchi ai nuovi media con al centro nel cuore, l'accessibilità, cioè visitabilità, navigabilità e fruibilità o vero la capacità di produrre un testo di qualsiasi natura compressibile da 0 a 100 anni.

Da qui dunque nasce la passione per la scrittura nelle sue mille sfaccettature che oggi è culminato nella stesura del libro in oggetto.

D: Bene. dopo essere entrato un po' nella vita privata di Marco Passiamo subito a una domanda più seria, per così dire! Caro Marco. siamo qui soprattutto per parlare del tuo libro che si intitola "Il sole splende per tutti". So che sta andando

molto forte sia a livello di vendite che di critica. A che pubblico e indirizzato principalmente questo tuo lavoro?

R: Il libro, *Il sole splende per tutti*, è destinato ad un pubblico sui generis poiché tratta vari temi. come sociologia, psicologia, filosofia, e tanto altro, ma sempre in una chiave, per così dire, "bambinesca", ovvero semplice, e fruibile da tutti.

D: Ci dici tre motivi per cui i nostri lettori potrebbero o dovrebbero, acquistare il tuo libro?

R: Il libro è per tutti. ma in special modo per coloro che cercano semplicità, passione per la conoscenza e opportunità di scoprire la parte positiva di sé stessi.

D: Sicuramente avrai pensato a una versione accessibile a noi non vedenti, oltre che al cartaceo. Puoi darci qualche dritta su come e dove acquistare il tuo libro?

R: Certo, basta andare sul link qui sotto.

<https://www.amazon.it/Sole-Splende-Tutti-Marco-Farina-ebook/dp/B075ZG3Z2P>

Il libro è accessibile ed è in formato e-Book, distribuito da 4000 librerie da Messaggerie libri.

<https://www.messaggerielibri.it/servizi-al-libraio/informazioni-utili/servizio-ricerca-e-ordina/>

D: *Il sole splende per tutti* è il tuo primo libro importante o prima avevi già pubblicato qualcosa?

R: Prima di pubblicare "*Il sole splende per tutti*" avevo pubblicato con un'altra casa editrice il libro "*Superare gli ostacoli*" che altro non è che una sintesi in forma narrativa di 28 anni di vita.

D: Marco, stai già lavorando a un altro libro o stai un po' in stand-by, alla ricerca di nuove idee? Se c'è qualcosa in cantiere ci puoi dare in anteprima qualche news?

<https://marcofarina79.wixsite.com/website>

<https://www.youtube.com/channel/UCxtMvSyjYxU3dlvE3cGZjdg>

<https://www.amazon.it/sole-splende-tutti-Marco-Farina/dp/8893842564>

<https://www.facebook.com/pages/category/Society---Culture-Website/Il-Sole-Splende-Per-Tutti-303936237111470/>

<https://m.facebook.com/profile.php?id=100001094185268>

[torna all'indice](#)

R: Sì, negli ultimi tre mesi ho lavorato ad un libro che avrà verosimilmente il titolo "ricominciare" che affronta dal punto di vista psicologico il blocco emotivo.

D: Spesso i sogni si avverano, specie se si raccontano qui sul nostro periodico! Tu hai un sogno nel cassetto che vorresti si avverasse?

R: Il mio sogno si chiama vita, ed è quindi in corso di svolgimento ogni giorno.

Ogni persona ha un sogno nel cassetto ma a volte non ha la fortuna di incontrare le persone giuste per poterlo realizzare. Ma è proprio in questi momenti che non bisogna perdere la speranza e credere in sé stessi e nelle proprie attitudini perché il sole splende per ognuno di noi!

D: Bene. siamo giunti alla fine di questa nostra piacevole chiacchierata. Prima di congedarci vuoi lasciare ai nostri lettori e lettrici una frase o un pensiero o un aforisma che di solito ti accompagna nel tuo percorso?

R: Molto volentieri! Il mio motto è "volere è potere" perché credo che se vuoi realizzare un sogno devi coltivarlo custodirlo e crederci anche quando amici, parenti o presunti tali, non comprendono il tuo punto di vista.

D: Io, insieme alla redazione tutta ti ringraziamo per averci concesso un po' del tuo tempo e ti salutiamo augurandoti belle cose!

R: Bene, sono stato felice di partecipare a questa bella chiacchierata e prima di congedarmi saluto a mia volta tutti i lettori e lettrici di *Giovani del 2000* compreso te e la redazione tutta ringraziando voi per avermi dato questa opportunità. Qui sotto vi lascio tutti i miei contatti sperando che mi contattiate in tanti!

Per sorridere un po'

Di Giuseppe Lurgio

*) Caro, sento cantare nell'armadio, forse ci hai messo la radiolina?

Ma no cara, e la camicia che si intona con la cravatta!

*) Un tizio passeggiando per la campagna trova in mezzo a un campo un pozzo.

Incuriosito, vuole cercare di capire quanto è profondo. Così decide di buttarci dentro un sasso; lo butta ma non sente il pluf neppure dopo parecchi secondi. Tenta allora con un sasso più grosso, ma anche con questo niente pluf. Allora prende un enorme masso e butta quello nel pozzo. Finalmente, dopo un minuto buono, si sente un bello splash.

Dopo qualche secondo, sente scalpitare alle sue spalle; si gira e vede un caprone che gli viene incontro caricando a testa bassa e correndo come un pazzo; quando si accorge che viene proprio verso di lui, il tizio sale sul pozzo impaurito; il caprone arriva di corsa e, saltato il muretto, si butta nel pozzo. Dopo un po' arriva un contadino che chiede al tizio: "Scusi, ha mica visto un caprone?". E il tizio: "Perché me lo chiede?". Il contadino: "Beh, vede, lo avevo legato a un masso con una corda lunga lunga ma ora non lo trovo più!".

*) Una coppia entra in un negozio d'abbigliamento e lei vuole provare una camicia. La ragazza: "Amore, ma secondo te questa camicia mi ingrassa?". Il ragazzo, parlando un po' sottovoce: "Ma scusa cara, ti senti bene? Le camicie non si mangiano!"

*) In treno due viaggiatori stanno scambiando quattro chiacchiere. Dice il primo: "Io faccio il rappresentante", racconta tanti episodi legati alla sua attività. "E lei, che cosa fa?" domanda poi. L'altro: "Io vivo di crimini: furti, rapine, assassini...". Il primo viaggiatore sbianca in

volto, ma l'altro aggiunge subito: "Sono un avvocato".

*) Marito e moglie durante un tour in Inghilterra trovano un ameno villaggio che si vanta di possedere un pozzo dei desideri tra le attrazioni turistiche. Quasi per gioco raggiungono il pozzo e il marito sorridendo lancia una monetina. La moglie per non essere da meno si sporge nel pozzo con la monetina in mano curiosa di dove cadesse ma scivola lei e cade dentro ma senza conseguenze gravi in quanto è molto basso e se la cava solo con un po' di spavento. Nel frattempo, il marito pensa: "cavolo! però funziona veramente!"

*) Un sacerdote genovese va in gita in Israele e rimane sorpreso quando gli chiedono un prezzo esorbitante per essere traghettato attraverso il lago Tiberiade.

Mentre si allontana borbotta tra se e se: "Non è un miracolo che Gesù ci sia passato a piedi, con questi trezzi che applicano da queste parti!".

*) Due amici si incontrano e uno dei due è tutto euforico: "Sai, mi hanno dato il numero di telefono di una ragazza, mi hanno detto che è come le sue misure: 90-60-90! Stasera la chiamo! Uauh!". Alcuni giorni dopo si incontrano di nuovo, ma l'euforico adesso è tutto mogio. "Come è andata con quella ragazza, quella del numero?" chiede l'altro. E lui: "Ah, avevo sbagliato a scrivere... Il numero giusto era 60-90-60".

*) Un carabiniere e sua moglie decidono di adottare un figlio. Vanno in Cambogia e scelgono un piccolo cambogiano di pochi mesi. Tornati in Italia si recano a Napoli dove ha sede l'Istituto di Lingue Orientali e chiedono al Direttore di poter frequentare i corsi di lingua. "Come mai?" chiede il Direttore. E il carabiniere: "Abbiamo adottato un piccolo cambogiano. Fra poco incomincerà a parlare e vorremmo capire che cosa dice!".

[torna all'indice](#)

Proposte di viaggio - Girobussola

A cura di Girobussola

Cari amici e cari soci,

Eccovi le nostre nuove idee per i prossimi mesi: sempre viaggi di qualità, sempre studiati in modo che le persone con disabilità visiva possano goderseli appieno, sempre in piccoli gruppi, sempre affidati ad accompagnatori e guide competenti premurose e affabili. E chiedete pure per conoscere i dettagli e se avete esigenze personali!

Qui l'elenco, Più sotto, presentazione e contributo per ogni viaggio.

Visita guidata Gratuita alla riproduzione tattile di parte del grande mosaico della chiesa del Corpus Domini a Bologna nel pomeriggio del 26 maggio.

Bologna dal 6 al 9 Giugno.

Berlino estiva dal 3 al 7 luglio.

Pergine Val Sugana e spettacoli no limit dal 5 all'8 Luglio.

Lisbona-Porto dal 17 al 21 Luglio.

Irlanda dal 5 al 12 agosto.

Stoccolma dal 28 agosto al 1 settembre.

Firenze dal 19 al 22 settembre.

Brevi presentazioni

* Domenica 26 maggio, Mosaicoaltatto. In occasione del festival di It.A.Cà per il turismo accessibile, La Girobussola e Pietre Vive, comunità internazionale di giovani che offre visite di Arte e Fede in luoghi sacri d'Italia e non solo, vi faranno conoscere un nuovo pezzo del patrimonio artistico liturgico presente nella città di Bologna: il grande mosaico della chiesa del Corpus Domini (quartiere Fossolo, via Lincoln 7). Il ritrovo è alle 15:30 davanti alla chiesa. Sarà presentato al tatto una parte del mosaico riprodotta in rilievo, tutta una intera parete.

Per favore prenotatevi: 051 614 28 03 - 334 83 00 187. Se avete difficoltà a raggiungere via Lincoln, sentiamoci e mettiamoci d'accordo per gli accompagnamenti.

* dal 6 al 9 giugno: "Bologna è una grassa signora": e se credevate che la città vi fosse già nota, vi accorgete che con noi sarà come

scoprirlo di nuovo: la gastronomia, certo, ma anche l'impronta medievale del suo centro storico, poi le memorie e le ferite, da quella del museo di Ustica a quella alla stazione del 2 agosto... e non volete passare dal Cavazza? Adesso lì ci sono il museo Anteros con riproduzioni tattili di celebri quadri, e il museo Tolomeo che raccoglie gli ausili che hanno aiutato tanti di noi (e anche altri prima di noi) a superare gli ostacoli del lavoro, dello studio e della vita in autonomia. Che se poi non ci volete passare perché ci siete già stati, allora andremo a trovare qualche amico artigiano, (un liutaio, ad esempio) o le macchine di una volta.

Contributo: 280€, (180 con tuo accompagnatore), a persona, più vitto e alloggio.

Hotel: 30-40€ a persona, a notte in doppia.

* dal 3 al 7 luglio, Berlino - questo viaggio ci porterà nella città in cui è passata la storia d'Europa, tra le tante facce di una capitale in perenne mutazione, dai traumi del ventesimo secolo alla rinascita degli ultimi anni.

Esploreremo le svariate idee di città su ambo i lati del muro, ci avventureremo fra bunker sotterranei e monumenti avveniristici, banchetteremo con delizie turche e autoctone lungo il canale, conosceremo il volto della grande Nefertiti, e scopriremo i tanti modi in cui i berlinesi spendono uno dei loro beni più apprezzati: il tempo libero. Cinque giorni all'insegna delle sorprese che questa irrequieta e vivace città ha da sempre in serbo.

Contributo: 850€ a persona, (590 ognuno se vieni con tuo accompagnatore), compreso hotel in camera doppia, esclusi volo e vitto.

* dal 5 all'8 luglio, Pergine Valsugana: c'è il festival "no limits", spettacoli senza barriere, pensati per essere accessibili per chiunque.

E noi della girobussola ci saremo, con chi vorrà essere con noi, per partecipare agli spettacoli audiodescritti, e, tra uno spettacolo e l'altro, per vivere il trentino, fare il bagno nel lago (con possibilità dell'esperienza di vela), la vita della malga, il castello e il forte medievali di Pergine, la città di Trento col suo museo della scienza.

Contributo: 560€ a persona. 450 ognuno, se vieni con tuo accompagnatore;

incluso hotel, escluso vitto.

30€ opzionali per l'esperienza di vela sul lago.

* dal 17 al 21 luglio, Lisbona-Porto: Ad ascoltare dal vivo la nostalgia del Fado, in una taverna, bevendo Porto o Madera, se preferite; a seguire le orme degli Arabi che qui hanno vissuto diversi secoli, ad ascoltare la voce dell'oceano, da quelle spiagge al limite di un continente da cui salparono Vasco De Gama e Magellano quando il Portogallo era una superpotenza, a sentire le stesse onde in quella loro parlata dolce che sa di genovese!

Poi saremo al cospetto di monasteri come fortezze e forse scopriremo le cicatrici di una non dimenticata dittatura. Da Lisbona, a Porto a gustare una cucina che mescola i sapori del mare con quelli delle lontane colonie.

Contributo: 1000€, (750 con tuo accompagnatore), a persona, più volo e vitto.

* dal 5 al 12 agosto, "sotto il cielo d'Irlanda": Dublino, Galway, le isole Aran, il Conemara! Entrerete in antiche chiese e monasteri, ma anche nelle carceri che rinchiusero chi lottò per l'indipendenza e la libertà del proprio Paese. Poi ascolterete musicisti per la strada e nei pub, accompagnando gighe e reel con un boccale di birra o qualcuno dei whiskey che avrete assaggiato nella distilleria, salirete sul veliero come quelli che portarono tanti irlandesi a emigrare in America, incontrerete un appassionato liutaio di Galway, sentirete la parlata gaelica, attraverserete in calesse la natura selvaggia delle isole Aran, a contatto con siti archeologici (Dun Aengus) che risveglieranno gli antichi miti e leggende di cui è ricca questa terra.

Contributo: 1940€ a persona, 1540€ se vieni con un tuo accompagnatore, più volo e vitto.

* dal 28 agosto al 1 settembre, "Stoccolma, mamma mia!" - Là Dove è nato il Nobel, dove sono ambientati i libri di Stig Larsson e non solo. A stoccolma l'efficienza del moderno e le orme

della storia s'intrecciano e i nostri tragitti tra le isole andranno a dipanarli, tra i fasti di una antica monarchia, tradizioni rurali così diverse dalle nostre e una socialdemocrazia che vorrebbe risolvere ogni conflitto odierno. Se poi vi va, c'è anche il museo dedicato agli Abba!

Contributo: €1050 a persona. 840 a persona se vieni con tuo accompagnatore; più volo e vitto.

* dal 19 al 22 settembre, Firenze: Che fai? Vivi in Italia e non conosci Firenze? Noi della Girobussola abbiamo studiato un itinerario che te la faccia conoscere e gustare.

Hai mai assaggiato, ad esempio, un lampredotto? Hai mai sentito come si fanno i profumi e come si conca il cuoio? Lo sai che a Firenze è disponibile un percorso tattile alla galleria degli Uffizi? Ti porteremo a scoprire la culla del Rinascimento, visitando dimore storiche fiorentine e angoli nascosti, tra curiosità e aneddoti. E faremo anche un appassionante viaggio tra le scoperte e le soluzioni della scienza al Museo Galileo. Insomma vogliamo proprio metterti a contatto con questa città, le sue bellezze antiche di marmi gloriosi e il suo vivere quotidiano di mercati, artigiani e specialità culinarie celebri nel mondo.

Contributo: 500€ a persona, 400 ognuno con tuo accompagnatore, vitto compreso, escluso hotel

hotel 40-45€ a persona, una notte la doppia.

Per ora è tutto, ma abbiamo altre idee in serbo.

Come sempre, per informazioni e prenotazioni:

info@girobussola.org

Marta - 320 25 19 115

Luigi - 331 963 93 28

Paolo Giacomoni - 051 614 28 03 - 334 83 00 187

<http://www.lagirobussola.com>

Buona giornata, Paolo G

[torna all'indice](#)

Donatori di... voce

A cura di ANSI

Volete diventare donatori di voce e dare la possibilità ai non vedenti di poter godere della bellezza dei libri?

E' partita un'altra iniziativa che coinvolgerà il Molise e non solo. Il suo nome dice già tutto: La Voce del buio. Chi non vede bene o del tutto

purtroppo non sempre ha la possibilità di assaporare il contenuto di un libro, sia per piacere che per studio. Anche se oggi la disponibilità di audiolibri è sempre più ampia, di certo non può ricoprire l'ampio panorama esistente. Non solo ipovedenti e non vedenti, anche chi ha difficoltà nella lettura o Disturbi Specifici dell'Apprendimento non può beneficiare di tutti i libri a disposizione. Da qui nasce il progetto La voce del buio, la prima piattaforma del Molise che mette a disposizione audiolibri. Il progetto, promosso dall'ANSI di Campobasso (Associazione Nazionale Scuola Italiana), è stato ideato per poter essere di aiuto agli altri. Come? Diventando donatori di voce. Perché diventare donatori di voce? "Le parole cardine del progetto sono reciprocità, condivisione e solidarietà: principi che bisogna fare propri per poter crescere con consapevolezza. I donatori di voce, gratuitamente e secondo le loro specifiche competenze, registreranno le loro letture che verranno in seguito caricate sulla piattaforma.

Da ogni parte d'Italia ci si potrà dunque cimentare in questa bellissima esperienza donando sì la propria voce ma migliorando anche la propria dizione e l'intonazione. "La tua voce può dare luce e colori a chi non riesce a vederli.

Non si tratta di un impegno da prendere alla leggera ma di un contributo importante che prevede un lavoro accurato e minuzioso: i donatori dovranno leggere prima e comprendere a fondo il testo per interpretarne al meglio tempi e toni. Per questo, dopo la registrazione sarà necessario riascoltare l'intera opera. Si potrà scegliere di registrare autonomamente un testo o di usufruire dei computer che l'Ansi mette a disposizione il sabato pomeriggio. Per ogni chiarimento potete contattare direttamente gli ideatori del progetto. A Campobasso, i referenti sono Pietro La Barbera (tel 338-9127408) e Florence Della Valle (tel. 338-9273427) A Termoli, Rosanna Masciantonio: tel. 339-4852420. Per ulteriori informazioni scrivete a info@lavocedelbuio.it .. Fatevi sotto, è un'esperienza che vi arricchirà!

[torna all'indice](#)

Per tutti i lettori che abbiano bisogno di un audiolibro letto da voce umana

Di Florence Della Valle

Salve a tutti, Sono Florence Della Valle è con piacere che voglio informarvi che è nato dal mese di Aprile il "Progetto la voce nel buio". In effetti si tratta di un nuovo sito sul quale basta registrarsi in maniera molto semplice e potete scaricare o leggere tanti libri, tutti rigorosamente letti da voce umana. La particolarità che distingue questo sito dagli altri che trattano audiolibri sta proprio nella grande professionalità di lettura che rende il libro molto più per così dire "assimilabile". Altra cosa importantissima che ci distingue e è sicuramente la possibilità di poter far leggere qualsiasi libro anche per studiare o semplicemente libri che non sono più reperibili. Infatti, basta contattarci ai recapiti che dopo vi lascerò e noi stessi cercheremo di reperire il libro che desiderate

leggere. Se non si dovesse trovare e voi lo avete basterà inviarcelo e noi provvederemo a registrarlo e metterlo sul sito. Ci sono soluzioni anche per chi non è troppo tecnologico. basta mettersi in contatto con noi e cercheremo di risolvere ogni situazione. Naturalmente è tutto gratis! Ecco qui sotto i nostri contatti e il nostro sito, vi aspetto in tanti!

Pietro La Barbera (tel 338-9127408)

Florence Della Valle (tel. 338-9273427)

Rosanna Masciantonio: tel. 339-4852420.

e-mail info@lavocedelbuio.it

sito www.lavocedelbuio.it

[Torna all'indice](#)