

LA POLEMICA

Pillola senza ricetta
anche 5 giorni dopo
I medici cattolici:
è aborto mascherato

.....
Bruxelles cancella
l'obbligo di prescrizione

MICHELE BOCCIA PAGINA 21

Pillola dei 5 giorni senza ricetta I medici cattolici: aborto mascherato

Bruxelles: non occorre la prescrizione
In Italia l'ultima parola all'Aifa
Anche i farmacisti verso l'obiezione

L'Agenzia del farmaco
intanto prende tempo
e annuncia che
interpellerà il ministero

MICHELE BOCCI

ROMA. Basterà entrare in farmacia e chiedere, senza avere con sé la ricetta di un medico. Dall'Europa arriva una decisione che potrebbe rivoluzionare la contraccezione di emergenza anche in Italia. Sempre che non si trovi il modo per aggirare la disposizione di Ema, l'agenzia del farmaco europea, e della Ue, in base alla quale per acquistare la pillola dei 5 giorni dopo (EllaOne è il nome commerciale, ulipristal acetato il principio attivo) non c'è più bisogno di una prescrizione. E in effetti, a giudicare dalle polemiche già scatenate dal fronte cattolico, è facile prevedere un percorso pieno di spine per il farmaco nel nostro Paese. «È solo un aborto mascherato», dicono medici e farmacisti cattolici italiani, mentre Francia, Inghilterra e Germania si preparano a partire a febbraio.

Ema ha spiegato che la pillola non ha effetti collaterali, se vie-

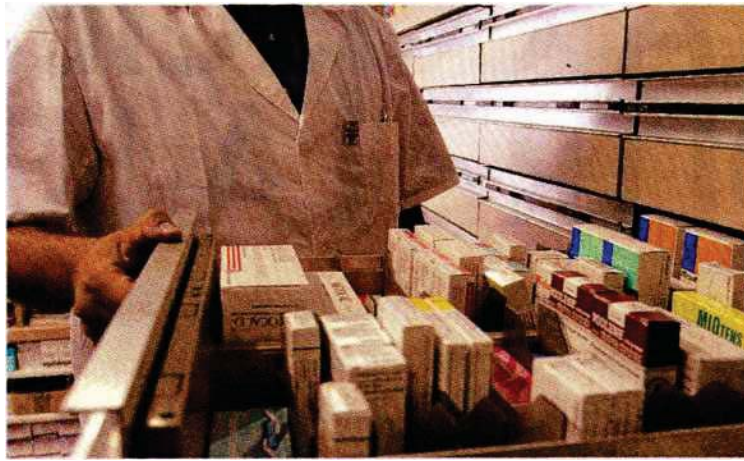
ne presa a gravidanza già iniziata non provoca danni. In Italia, invece, le donne che vogliono assumerla devono fare il test per escludere che siano incinte. Così solo in 20 mila l'anno scelgono EllaOne, mentre 320 mila prendono la pillola del giorno dopo. Il produttore già sei mesi fa ha chiesto ad Aifa di togliere l'obbligo del test, ma l'agenzia ha risposto che trattandosi di un aspetto eticamente rilevante avrebbe girato tutto al ministero. Quando l'agenzia del farmaco europea ha deciso di non richiedere più la ricetta, l'Italia è stata uno dei pochi Paesi a votare contro, il che fa capire quanto sarà difficile attuare la regola. All'Aifa prendono tempo e annunciano che la questione verrà sottoposta alla commissione tecnica. «È anche ipotizzabile la richiesta al **ministro della Salute** di un approfondimento in seno al Consiglio superiore di sanità». C'è da aspettarsi un lungo periodo di riflessione, come sempre quando gli organi tecnici devono prendere decisioni scientifiche che possono avere aspetti etici.

«Non vogliamo che sia sancito il divieto di usare la pillola — dice Filippo Boscia, ginecologo e



presidente dell'Associazione medici cattolici — ma definirla un contraccettivo è una bugia. Usarla vuol dire abortire, ma non è questo che mi preoccupa, quanto il fatto che ormai le giovani hanno rapporti a 13-14 anni. Se iniziano così presto a usare farmaci di questo tipo danneggiano il loro sviluppo riproduttivo. Confido che governo e Aifa blocchino tutto». Molto duro Pietro Uroda, dei farmacisti cattolici. «Per quanto ci riguarda questo rimedio non dovrebbe essere messo in commercio perché abortivo. È una vergogna: come la pillola del giorno dopo interrompe la possibilità di ospitare nell'utero il concepito. Stiamo facendo una causa legale e, se vanno avanti, diremo ai nostri associati di fare obiezione». Emanuela Lulli, presidente di Scienza e Vita, aggiunge: «È una deresponsabilizzazione enorme per un farmaco importante. In Italia nemmeno un rimedio da 100 milligrammi per il raffreddore viene dato senza prescrizione». Parla di «facilitazione» dell'aborto monsignor Elio Sgreccia, presidente emerito della Pontificia accademia per la vita. Sul fronte opposto c'è Emilio Arisi, presidente della Società della contraccezione: «È razionale dare il farmaco senza ricetta, cosa tra l'altro decisa da un ente importante come Erma. Penso alle donne e all'utilità dello strumento. Chi ne ha bisogno oggi lo insegue con una serie di peripezie inutili. Ricordo che stiamo parlando di contraccezione di emergenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN FARMACIA
Secondo la Ue la pillola potrà essere venduta senza prescrizione medica

Le Regioni: ticket anche dopo i 65 anni

► Sanità, il Coordinatore degli assessori: «Stop all'esenzione automatica per gli anziani con un reddito sotto i 36.152 euro»

► Bufera sulla proposta di Coletto al governo, poi la frenata Chiamparino si dissocia: «La sua è una posizione personale»

DAL PROVVEDIMENTO SAREBBERO ESCLUSI I PENSIONATI SOCIALI, I DISOCCUPATI E I SOFFERENTI DI SPECIFICHE PATOLOGIE

SULLA FORMAZIONE DEI MEDICI CHIESTO «CHE I LAUREATI POSSANO INIZIARE LA SPECIALIZZAZIONE SUBITO NEI REPARTI»

IL CASO

ROMA Niente più esenzione automatica dai ticket sanitari per i cittadini di età superiore ai 65 anni e con un reddito familiare che non superi i 36.152 euro l'anno. La proposta, pur tra cautele e smentite, viene dalle Regioni in attesa che il governo formalizzi una sua proposta in merito, in base a quanto previsto dal patto per la Salute. Ne ha parlato Luca Coletto, coordinatore degli assessori regionali alla sanità, provocando immediate reazioni visto che il tema, oltre ad essere di per sé sensibile, riguarda oltre 12 milioni di persone. La logica di questo riassetto sarebbe abbastanza chiara: la condizione di anziano - è il ragionamento sottinteso - non è di per sé sinonimo di uno stato di bisogno tale da meritare un'agevolazione automatica, tanto più se associata ad un indicatore di reddito non alto ma nemmeno particolarmente severo.

Questi cittadini attualmente non pagano la compartecipazione per le prestazioni specialistiche e in alcune Regioni nemmeno quella eventualmente prevista per i farmaci; in futuro, se la proposta sarà accolta, saranno invece chiamati a contribuire. Resterebbero invece beneficiarie dell'agevolazione categorie specifiche come i disoccupati, i pensio-

nati sociali o al minimo, coloro che soffrono di specifiche patologie. E nel nuovo modello allo studio particolare attenzione dovrebbe essere riservata anche alle famiglie numerose. Attualmente l'esenzione automatica con lo stesso livello di reddito familiari previsto per gli ultrasessantacinquenni è riservato - a livello nazionale - anche ai bimbi minori di sei anni.

IL PATTO PER LA SALUTE

Il tema di una revisione dell'attuale sistema di esenzioni è in discussione da tempo e lo stesso patto per la Salute sottoscritto tra Regioni e Stato prevede di andare nella direzione di un legame stretto tra i benefici e il reddito. Ma è chiaro che l'assottigliarsi delle risorse disponibili rende tutto il discorso più urgente. Lo ha fatto capire chiaramente lo stesso Coletto all'Ansa: «Non possiamo, a fronte dei tagli previsti dalla Legge di Stabilità, prevedere ulteriori livelli essenziali di assistenza (Lea) nel nuovo Patto per la salute: significherebbe far fallire le Regioni». «I Lea e i ticket - ha spiegato ancora l'assessore - sono due facce della stessa medaglia: i Lea sono le cure che le Regioni devono erogare. Le esenzioni previste dai ticket aumentano o diminuiscono la capienza del budget». Coletto ha poi fatto una parziale marcia indietro precisando che

«non c'è nessuna intenzione di toccare l'esenzione ma tutto va riparametrato all'interno di un disegno più complesso». E dalla proposta si è dissociato Sergio Chiamparino, presidente del Piemonte e della Conferenza delle Regioni, che l'ha qualificata come «una posizione personale».

Ma l'assessore ha annunciato anche altre possibili novità, sul tema della formazione dei medici. In sostanza le Regioni propongono un utilizzo più intensivo degli specializzandi, che potrebbero essere anche assunti dai sistemi sanitari regionali e poi maggiormente impiegati all'interno degli ospedali. «Proponiamo che il medico laureato e abilitato possa accedere alla specializzazione nel reparto, seguito dal primario e prosegua la didattica presso l'università - ha argomentato Coletto - insomma, vogliamo che acceda alla specializzazione appena laureato per evitare di avere, come oggi, 5 mila medici che non hanno accesso alle scuole di specializzazione». A giudizio dell'assessore questo approccio permetterebbe ai medici stessi di completare prima il proprio percorso formativo (che oggi termina in genere intorno ai 30 anni) e avrebbe l'effetto di limitare il ricorso all'importazione di medici dall'estero.

L. Ci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Luca Coletto



Sergio Chiamparino



SANITÀ: VERSO STRETTA SU TICKET, INCONTRO REGIONI-MINISTERO

(ANSA) - ROMA, 13 GEN - Nuovi incontri per rendere concreto il Patto per la salute ed un focus in particolare sulla revisione dei ticket sanitari: sono i due punti sul tavolo del ministero della Salute e degli assessori regionali alla Sanità che venerdì prossimo, 16 gennaio, si vedranno al ministero. Sul ticket il ministro della salute, Beatrice Lorenzin, già nei mesi scorsi aveva previsto una revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria, e si era a più riprese parlato di una partecipazione alla spesa basata sul reddito che dovevano essere definiti entro il 2014. "Nei mesi scorsi abbiamo messo a punto un lavoro tecnico sui ticket - conferma il vicepresidente della Regione Liguria, Claudio Montaldo, assessore alla Sanità e presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità - ma non c'è mai stata una conclusione politica di quel lavoro". In particolare, i tecnici hanno lavorato su nuovi indicatori per le esenzioni per reddito e patologia, studiando la composizione del nucleo familiare e calibrando una maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione. Allo studio anche nuovi 'ticket sull'inappropriatezza', ad esempio ricoveri diurni e ordinari o pronto soccorso, per le prestazioni più a rischio. In linea di massima venerdì al ministero gli assessori regionali e il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo si concentreranno sulle risorse umane in sanità, dal momento che recentemente è stata presentata la bozza del Ddl Delega ex art 22, elaborata dal tavolo politico.

Si ritiene che il sovrappeso provochi mezzo milione di nuovi casi di tumore l'anno

Per gli obesi cancro in agguato I più colpiti si trovano nei paesi ricchi e fra le donne

DI SIMONETTA SCARANE

Mezzo milione di nuovi casi di tumore diagnosticati ogni anno nel mondo sono dovuti al sovrappeso o all'obesità. Questa è la conclusione dello studio pubblicato sulla rivista *Lancet Oncology* dai ricercatori dell'Agencia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) di Lione.

Guidati da Melina Arnold, sotto la direzione di Isabelle Soerjomataram, hanno stimato il numero di nuovi casi di tumore causati al sovrappeso o all'obesità. Lo studio ha messo in parallelo la distribuzione degli indici di massa corporea della popolazione mondiale nel 2002 con le stime di incidenza e mortalità di 27 carcinomi nei dieci anni successivi, nel 2012.

L'équipe ha anche calcolato la percentuale di tumori che avrebbero potuto essere evitati se le persone avessero mantenuto il proprio peso del 1982.

Lo scarto di dieci anni fra i due registri studiati è necessario per valutare il rischio di sviluppa-

re una malattia come il cancro. «Il rischio è spesso spostato nel tempo ed essere troppo pesanti ora non aumenta il rischio di vedersi diagnosticare un cancro oggi», ha spiegato Catherine Hill, epidemiologo presso l'Istituto Gustave Roussy.

Secondo lo studio, il 3,6% dei nuovi casi di tumore negli over 30 sarebbero da attribuire all'eccesso di peso, con un'incidenza molto maggiore nei paesi ricchi rispetto ai poveri: il 64% dei tumori correlati al sovrappeso, secondo gli autori, sono diagnosticati in Nord America e in Europa. Le donne sono maggiormente interessate rispetto agli uomini, soprattutto nei paesi ricchi, dove l'8% dei nuovi casi di tumore femminili sarebbe causato dal sovrappeso, contro «solo» il 3% degli uomini. «Questo si spiega abbastanza semplicemente», ha detto Catherine Hill, «perché la localizzazione dei tumori nei quali il sovrappeso gioca un ruolo interessa maggiormente le donne».

I tumori favoriti dal sovrappeso sono i tumori dell'esofago, del colon-retto, del rene,

del pancreas, della colecisti (nelle donne), e il cancro al seno in post-menopausa, del collo dell'utero e delle ovaie.

Il sovrappeso è definito dall'indice di massa corporea (imc), ossia il peso in chilogrammi diviso per l'altezza (in metri) al quadrato. Se l'imc è uguale o superiore a 25 si è in sovrappeso, dal 30 in su si è obesi. Così, un adulto alto un metro e 75 centimetri sarà considerato in sovrappeso se pesa più di 77 chilogrammi e obeso a partire da 92 chilogrammi.

In tutto il mondo, l'obesità è raddoppiata dal 1980 e riguarda un po' più le donne (300 milioni) che gli uomini (200 milioni). Quanto al sovrappeso, interesserebbe 1,4 miliardi di adulti d'età superiore a 20 anni, all'incirca il 35%.

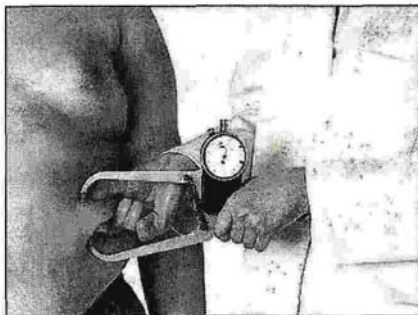
Se il ruolo dell'eccesso di peso in alcuni tumori è indiscutibile, più difficile è spiegarlo soprattutto perché il sovrappeso è spesso accompagnato da altri fattori di rischio, comportamentali e ambientali. Inoltre, ha aggiunto Catherine Hill, «non

sappiamo se e il peso massimo raggiunto a giocare un ruolo o il tempo trascorso da obeso».

Gli esperti sospettano in particolare tre meccanismi: un eccesso di ormoni secreti dal tessuto adiposo; problemi di infiammazione cronica, e fattori meccanici favoriti da sovrappeso (per esempio, reflusso gastroesofageo, che sarebbe interessato nella comparsa del cancro allo stomaco). Inoltre, l'obesità sembra peggiorare la prognosi, con un ritardo nella diagnosi e trattamenti non sempre adatti al peso del paziente, essendo i nuovi farmaci testati su persone di peso normale.

Fermo restando che l'obesità è un fattore importante di rischio per il cancro, aumenta soprattutto la mortalità per patologie cardio-vascolari, ha ricordato Benjamin Cairns (Università di Oxford), in un commento pubblicato su *Lancet Oncology*. Quanto ai fattori che favoriscono il cancro, il tabacco, seguito dall'alcol, è in testa: ogni anno in Francia, il fumo sarebbe responsabile del 30% delle morti per cancro: 44 mila morti.

—© Riproduzione riservata—



Il 64% dei tumori legati all'obesità sono diagnosticati in America e in Europa



MEDICINA

L'anno nuovo
porterà
tante nuove
terapie

DI TODARO PAGINA 18

Cervello, cuore
e tumori: le cure
in arrivo nel 2015Michael
Roizen
Anestesista

RUOLO: È ANESTESISTA E INTERNISTA
E RESPONSABILE DEL WELLNESS INSTITUTE
DELLA CLEVELAND CLINIC
IL SITO: WWW.USNEWS.COM/TOPICS/
AUTHOR/DR-MICHAEL-F-ROIZEN



FABIO DI TODARO

Se il 2014 verrà ricordato come l'anno di Ebola, che cosa c'è da aspettarsi per i prossimi 12 mesi nel campo della medicina? «Molte novità», promette un team della Cleveland Clinic, tra cui Michael Roizen, anestesista, responsabile del «Wellness Institute» dell'ospedale americano: come ogni anno il gruppo ha azzardato le previsioni per ciò che accadrà in una realtà-chiave come quella delle terapie.

Stroke unit mobili. Un'ambulanza attrezzata per curare un paziente colpito da ictus ancora prima che arrivi in ospedale. È questa la maggiore novità: le vetture saranno collegate in videoconferenza con i neurologi, chiamati a interpretare i sintomi e dare istruzioni al personale a bordo, in modo da ottimizzare i

soccorsi.

Dengue, ecco l'antidoto. Secondo l'Oms, quasi il 50% dell'umanità rischia di contrarre l'infezione, veicolata da un genere di zanzare. Il contagio è particolarmente aggressivo durante e dopo la stagione delle piogge nelle zone tropicali e subtropicali di Africa, Sud-Est asiatico e Cina, oltre a India, Medio Oriente, America latina e centrale, Australia. In quelle più povere è spesso fatale, ma l'imminente messa a punto di un vaccino potrebbe porre un argine alla malattia.

Prelievi indolori. Per chi ha paura degli aghi è in arrivo un dispositivo in grado di prelevare il sangue da portare in laboratorio attraverso una semplice puntura sul polpastrello (come già accade per la misurazione della glicemia).

Colesterolo controllato. Una nuova categoria di farmaci - gli inibitori dell'enzima Pcsk9 - ha dimostrato di essere efficace nel controllo del colesterolo «cattivo» (Ldl), soprattutto nei pazienti che non registrano particolari successi con la terapia a base di statine. L'approvazione del primo farmaco simile da parte della Food & Drug Administration è attesa negli Usa per il primo semestre di quest'anno.

Immunoterapia. L'oncologia conquista tre posizioni della graduatoria: la quinta (chemioterapia specifica), la sesta (immunoterapia) e la nona (radioterapia). Se la chemioterapia ha rivoluzionato l'approccio a molti tumori, più promettente appare lo sviluppo dei farmaci molecolari in grado di colpire in maniera diretta le cellule malate e senza danneggiare i tessuti circostanti.

Sviluppi sono attesi anche nell'ambito dell'immunoterapia, con la messa a punto di anticorpi monoclonali (già utilizzati nella cura del melanoma). Sul penultimo gradino del podio finisce, poi, l'opportunità di utilizzare la radioterapia contro il tumore al seno, con un'unica applicazione durante l'intervento chirurgico.

Pacemaker senza fili. Niente più fili né «tasche» sottocutanee: ciò che serve per regolare il ritmo cardiaco sarà contenuto in una mini-batteria inserita nel cuore. Dispositivi simili sono, in realtà, già in uso da un anno, anche in Italia, per regolare lievi alterazioni del ritmo cardiaco. Ma ora si prevede un dispositivo con batteria al litio che durerà fino a set-

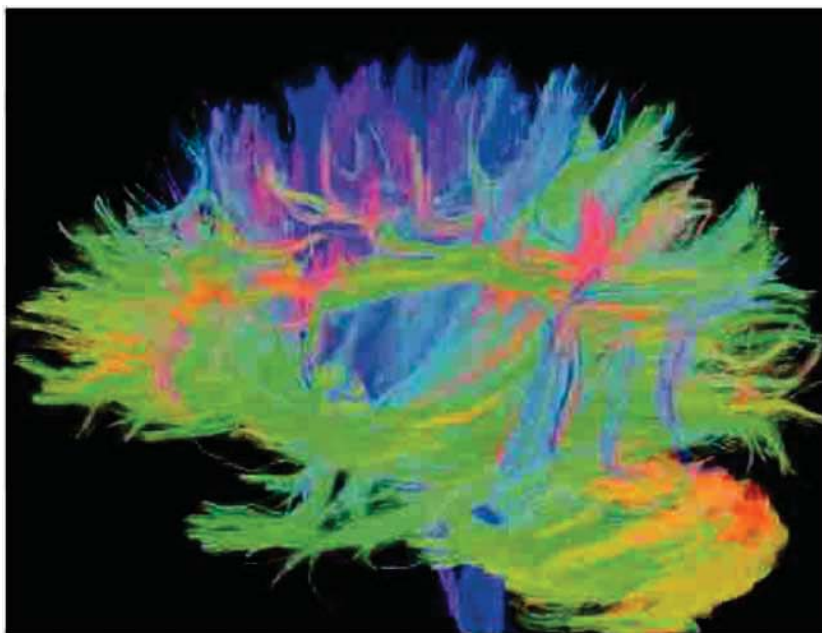


te anni.

Fibrosi polmonare. Quella idiopatica è diffusa dopo i 65 anni e in Italia colpisce 9 mila persone l'anno: provocata da cicatrici sulla superficie polmonare, è il preludio di un'insufficienza respiratoria (con conseguente carenza di ossigeno per gli altri organi). Si tratta della più frequente tra le malattie rare polmonari. L'aspettativa di vita è tre-cinque anni, ma lo scenario potrebbe cambiare con l'approvazione di due farmaci da parte della Fda: il pirfenidone (già in uso in Italia) e il nintedanib.

Insufficienza cardiaca. In Italia sono tre milioni le persone che soffrono di insufficienza cardiaca. Tutti, finora, sono stati trattati con una combinazione di farmaci per ridurre i sintomi. Molte aspettative, ora, sono riposte sulla neprilisina già approvata dalla Fda come «fast-track» (la procedura che abbrevia l'iter di approvazione di un farmaco per una malattia che non ha ancora una cura). È un inibitore del recettore dell'angiotensina e si è rivelato più efficace rispetto ai trattamenti con Ace-inibitori.

Twitter @fabioditodaro



Salvarsi
dall'ictus

Le nuove
unità
mobili
anti-stroke
garantiscono
soccorsi
immediati
e più
efficaci

CORRIERE DELLA SERA / SPORTELLO CANCRO



HOME **CORRIERE TV** ECONOMIA SPORT CULTURA SCUOLA SPETTACOLI **SALUTE** SCIENZE INNOVAZIONE TECH MOTORI VIAGGI CASA CUCINA IODONNA 27ORA MODA

SPORTELLO CANCRO

Come trovare l'ospedale migliore Dove si sperimentano i nuovi farmaci I centri di psiconcologia

PIRELLI SCEGLI PNEUMATICI WINTER PIRELLI. **PIRELLI**



Storia di una Madonna di Raffaello rubata (con



Milan, la Coppa Italia può salvare la stagione



Renzi: «O l'Europa cambia o sarà fanalino di



Ford al Salone di Detroit Gt, Mustang Shelby e non



DAL CONGRESSO AMERICANO DI EMATOLOGIA

I più difficili tumori del sangue sconfitti dai nostri «soldati naturali»

Dopo 40 anni di ricerche, i successi dell'immunoterapia: il sistema immunitario, equipaggiato e potenziato con nuove armi, riconosce e distrugge le cellule cancerose

di Vera Martinella



Finalmente è tempo di raccolto. Dopo quasi 40 anni di «semina» e duro lavoro nei laboratori di ricerca arrivano al letto dei pazienti i frutti degli studi che puntavano a rafforzare il nostro sistema immunitario nella lotta contro i tumori del sangue. Moltissimi lavori presentati al congresso annuale dell'Associazione americana di ematologia (Ash), tenutosi il mese scorso a San Francisco, mostrano

infatti i promettenti risultati di diverse strategie e farmaci che hanno un comune denominatore: insegnare alle naturali difese dell'organismo, equipaggiate e potenziate con nuove «armi», a riconoscere e aggredire le cellule cancerose. Moltissimi esperti sono convinti che l'immunoterapia sia un nuovo potente metodo di lotta al cancro da affiancare alle tradizionali chirurgia, chemioterapia e radioterapia. Tanto che la prestigiosa rivista scientifica *Science* l'ha messo al primo posto della top ten delle più importanti svolte scientifiche del 2013, quando già s'intravedevano i primi importanti esiti di alcune sperimentazioni.

Linfoma di Hodgkin: due farmaci impediscono al cancro di «immobilizzare» le nostre difese

Al convegno Ash 2014 grande rilievo ha avuto uno studio di ricercatori americani del Dana Farber Cancer Institute su 23 pazienti con un linfoma di Hodgkin in recidiva o resistente ai precedenti trattamenti, i cui esiti sono stati così buoni da convincere l'ente regolatorio statunitense (la Food and Drug Administration corrispettivo della nostra Aifa, Agenzia italiana del farmaco) ad accelerare l'iter di

SU **VVVVID.IT**
OLTRE 200 FILM GRATIS!
REGISTRATI



SPORTELLO CANCRO
Endometrio: se la diagnosi è precoce basta un intervento chirurgico



SPORTELLO CANCRO
Attenti ai tumori alla pelle per i nati in primavera



SU AMICA.IT
Chi sono gli under 30 che stanno cambiando il mondo



SPORTELLO CANCRO
Maratonete cercasi per New York (operate di tumore al seno)

approvazione del farmaco, rendendolo da subito disponibile per chi non ha altre opzioni valide (con un sistema detto «fast track»), nonostante il trial riguardasse un numero esiguo di pazienti e fosse di fase uno (mancherebbero ancora, infatti, le fasi due e tre). Alessandro Rambaldi, direttore dell'Ematologia all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, spiega il funzionamento di questa importante novità: «Sulla superficie dei linfociti T, cellule strategiche del nostro sistema immunitario, è presente un recettore chiamato PD1, che è come la serratura di una porta. Le proteine PDL1 e PDL2, presenti sulla superficie di alcune cellule cancerose, sono la chiave. Quando il tumore fa saltare il chiavistello riesce ad anestetizzare il sistema immunitario, lo addormenta così da impedirgli di reagire all'attacco delle cellule malate». Una volta capito questo meccanismo (al Dana Farber gli scienziati ci lavorano dagli anni Ottanta) i ricercatori hanno studiato il modo per intervenire: «L'anticorpo monoclonale nivolumab è stato creato per "tappare" la serratura e quindi impedire che le cellule cancerose riescano a immobilizzare i nostri naturali soldati, i linfociti T – prosegue Rambaldi -. Si è rivelato efficace in gran parte dei pazienti (l'87 per cento, molti dei quali sono ancora vivi ad un anno dalla cura, mentre in tutti le precedenti cure avevano fallito) ed è stato molto ben tollerato». Lo stesso meccanismo è all'origine di un altro medicinale, pembrolizumab (già in uso contro il melanoma cutaneo), dimostratosi anch'esso molto efficace in malati di linfoma di Hodgkin arruolati in una sperimentazione condotta da Craig H. Moskowitz al Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

Super-rinforzi anche contro la leucemia linfoblastica acuta e linfatica cronica

A testimoniare il "periodo felice" dell'ematologia c'è un'altra strategia, altrettanto promettente e importante per i malati di forme di leucemia che colpiscono i linfociti B, ovvero la leucemia linfoblastica acuta o quella linfatica cronica. «Si punta sempre a rafforzare i linfociti T, veri e propri soldati del nostro sistema immunitario – spiega Rambaldi -. I linfociti T vengono prelevati direttamente dal paziente per essere «addestrati» in laboratorio: si insegna loro a riconoscere come nemiche tutte le cellule che hanno sulla loro superficie la proteina CD19, che è presente su tutti i linfociti B, sia normali che leucemici. Poi li si reinietta nel paziente: tutti i linfociti B vengono distrutti, sia quelli cancerosi (quindi la malattia scompare del tutto) sia quelli sani (senza i quali però si può vivere, somministrando a vita una "terapia di compensazione" al paziente)». Anche in questo caso le sperimentazioni hanno dato ottimi esiti, seppur con alcune limitazioni: «Gli effetti della cura sono di lunga durata e questa strategia pare funzionare particolarmente bene in bambini e giovani adulti che sono fisicamente più forti – sottolinea Fabrizio Pane, presidente della Società Italiana di Ematologia -. Bisogna infatti tener presente che l'aggressione del sistema immunitario è talmente violenta e rapida che per lo "sbalzo" il 40 per cento dei pazienti è finito in rianimazione. Si tratta quindi di una cura molto efficace, ma anche difficile da gestire e con una tossicità considerevole. Inoltre in certi pazienti, per via di alcuni meccanismi, può non funzionare. Ma quando lo fa si ottengono successi finora insperati». Al congresso californiano è stata presentata anche una variante di questo metodo, che semplifica il sistema perché non richiede di prelevare e poi re-infondere i linfociti T dei malati. «Si raggiunge lo stesso scopo utilizzando l'anticorpo monoclonale blinatumomab, che da un lato si lega ai linfociti T e dall'altro alla proteina CD19 – conclude Rambaldi, fra i partecipanti alla sperimentazione del farmaco e tra gli autori dello studio appena comparso su Lancet Oncology -. L'approccio è lo stesso e gli esiti sempre promettenti».



SPORTELLINO CANCRO

Cancro alla prostata: malattia sessualmente trasmessa?



SU QUIMAMME.IT

I trends delle mamme vip



SPORTELLINO CANCRO

Terapie rispettose del bebè in arrivo



SPORTELLINO CANCRO

Si può curare il tumore preservando la fertilità



CORRIERE INNOVAZIONE

Rimani sempre aggiornato sulle novità



SPORTELLINO CANCRO

Protoni e ioni carbonio possono distruggere i tumori più difficili



SPORTELLINO CANCRO

In Italia gli «adroni» si trovano a Pavia



BUONPERTUTTI.IT

Clicca e stampa i buoni sconto su Buonpertutti.it



SPORTELLINO CANCRO

Nuovo caso di farmaci contraffatti

La minaccia pendente sui malati: farmaci troppo costosi

Di fronte a tanti successi e alle aspettative dei pazienti resta però aperto un problema non da poco e sempre più urgente, il costo altissimo delle nuove terapie. «Finalmente raccogliamo i frutti di 40 anni di studi – commenta Pane -. Quando si dice che i tempi della ricerca sono lunghi si intende proprio questo procedere per piccoli passi, che alla fine portano a momenti come questo, in cui possiamo concretamente vedere i malati che traggono i benefici di tanta fatica. Ma tutte queste strategie hanno un prezzo elevato, centinaia di migliaia di dollari per ogni paziente. Un prezzo che non è sostenibile dal nostro sistema sanitario, per cui urge trovare una soluzione che, pur dando il dovuto profitto alle aziende farmaceutiche, garantisca le cure a chi ne ha bisogno per salvarsi la vita».

13 gennaio 2015 | 14:31
© RIPRODUZIONE RISERVATA



SPORTELLINO CANCRO
Ottimizzare per evitare il taglio alle cure anticancro



E' NATO MYBEAUTYBOX
La bellezza ai prezzi più bassi del web

I PIÙ LETTI

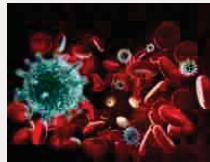
OGGI | **SETTIMANA** | **MESE**

- 1 Preoccupati, ansiosi e apprensivi? Siete i più intelligenti
- 2 Rughe sul collo? Tutta colpa della postura da smartphone e tablet
- 3 I «like» su Facebook raccontano la personalità meglio degli amici
- 4 Tumore al polmone, fino al 2mila per cento di rischi in più per chi fuma
- 5 L'ottimismo fa bene alla salute del cuore e tiene lontano le malattie
- 6 Stop al fumo nelle auto con minori Il ministero conferma la stretta
- 7 Fumo, verso divieto in auto e film Il Codacons plaude: bene su stretta
- 8 Per quanti giorni indossi lo stesso pigiama? Attenzione alle infezioni
- 9 Disordine ossessivo compulsivo: il cervello lavora troppo
- 10 In piedi su una gamba sola Il nuovo test neurologico

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE



Migliorano le terapie per i linfomi: farmaci tradizionali e biologici



«Combattiamo i tumori con il sistema immunitario»



Immunoterapia, grande promessa contro i tumori

DOPO AVER LETTO QUESTO ARTICOLO MI SENTO...



PUBBLICA QUI IL TUO ANNUNCIO PPN

DUSTER
Tuo sempre e solo a 11.900€. Scopirlo anche in versione GPL.
[Clicca Qui](#)

LANCIA YPSILON
Lancia Ypsilon Con Formula "Value Free", Gamma Ypsilon ancora da 9.950 €.
[Vieni a scoprirlo!](#)

Vacanza e dinamismo
Scoprite l'Alpe di Siusi e il nostro bell'hotel 4 stelle!
www.hotel-diana.it

La dieta

Poca carne e solo di qualità

Non solo vegetariani, vegani o fruttariani: la nuova frontiera è quella dei "reducetariani", cioè coloro che riducono il quantitativo di carne, scegliendola di qualità quando la mangiano. A descrivere è Brian Kateman, fondatore del Reducetarian blog, che ha coniato il termine. Kateman, secondo cui oltre al valore etico della scelta va considerato anche quello di protezione e difesa dell'ambiente perché si riducono le emissioni di gas serra su cui la produzione di carne incide per il 20% del totale e anche la quantità di una preziosa risorsa come l'acqua, spiega che il modo migliore per iniziare e' mangiare per almeno un mese meno carne.

L'importante e' sceglierla di qualità superiore, oltre a ridurre anche il consumo di prodotti lattiero-caseari e pesce. Passato il mese l'auspicio e' poi che questo diventi uno stile di vita da cui non si sceglie di tornare indietro. Tra i consigli di Kateman per ridurre il contenuto di carne nella dieta, di scegliere un giorno della settimana in cui non la si inserisce nell'alimentazione e di ridurre le porzioni.



quotidiano**sanità**.it

Martedì 13 GENNAIO 2015

Pronto Soccorso. Caos in tutta Italia. Barelle, materassi per terra, personale insufficiente e stressato. Anao: “Dall'addio al posto fisso alla fine del posto letto fisso”

Disagi lungo tutta la penisola, con corridoi intasati e ambulanze bloccate per ore negli ospedali. Alla base il picco dell'influenza, ma anche ragioni strutturali legati alla carenza di personale e di posti letto. Il sindacato dei medici dirigenti lancia l'allarme: "Lo stato dei Pronto Soccorso è diventato l'unico elemento nazionale di un Servizio Sanitario balcanizzato fino nell'attribuzione delle competenze professionali"

Ore di attesa prima di un ricovero, barelle addensate lungo i corridoi, il nervosismo che serpeggia in corsia. Sono giorni travagliati per i Pronto Soccorso italiani sovraffollati e, in molti casi, al collasso da Nord a Sud, accomunati da difficoltà analoghe che stanno persino azzerando le differenze geografiche. “Da Napoli a Genova, da Ancona a Roma – lancia l'allarme l'**Anao Assomed** - sono sospesi i ricoveri programmati e le foto di pazienti posteggiati sul tavolo operatorio, su panche o su barelle sottratte alle ambulanze, affollano il web. Ed i ‘barellati’ perenni, le corsie strapiene, gli operatori stravolti riempiono le pagine delle cronache cittadine. E non è ancora arrivato il picco di epidemia influenzale. Per una volta la latitudine non c'entra e lo stato dei Pronto Soccorso è diventato l'unico elemento nazionale di un Servizio Sanitario balcanizzato fino nell'attribuzione delle competenze professionali”.

Il processo di deospedalizzazione al centro della riorganizzazione del Ssn stenta a decollare, con le Regioni che ancora non riescono a implementare pienamente l'assistenza domiciliare e territoriale. Al Fatebenefratelli di **Milano** le foto scattate da medici e infermieri testimoniano la drammaticità del quadro, con barelle accalate in ogni angolo e pazienti costretti in condizioni precarie anche per quattro o cinque giorni. A Roma, intorno alle 14 di ieri, 42 ambulanze risultavano bloccate nei nosocomi da oltre un'ora, con picchi di addirittura nove ore al San Giovanni e al Sant'Andrea. Mancano infatti i posti letto e i portantini sono spesso costretti ad assistere i pazienti, in attesa che vengano presi in carico dal personale dell'ospedale.

Anche a **Palermo** i problemi sono consistenti. “I nostri Pronto Soccorso sono inadeguati – denuncia Luigi Galvano, segretario regionale della Fimmg – Sono angusti e i pazienti sono costretti ad attendere ore e ore prima di essere visitati”. E, la scorsa settimana, il consigliere regionale di Forza Italia, Luigi Mazzei, ha presentato un'interrogazione dopo che dodici ambulanze “sono rimaste in coda un'ora e mezza – ha ricordato – al Vito Fazzi di **Lecce** senza poter scaricare i malati perché mancavano le barelle”. L'impatto mediatico più dirompente spetta però a quanto accaduto al Martini di **Torino**, dove il 9 gennaio un caposala di 43 anni è stato colto da emorragia cerebrale dopo un turno di dodici ore nel Pronto Soccorso intasato sin dalle prime ore del mattino. Per lui gli sforzi profusi si sono tradotti in un ricovero in neurologia con diagnosi di aneurisma.

A incidere pesantemente è ovviamente anche l'impennata dei casi legati all'influenza. Il virus di stagione rischia però di attecchire in maniera più massiccia rispetto agli scorsi anni in seguito alla vicenda del Fluad, terminata con l'assoluzione dei lotti incriminati, ma comunque in grado di

innescare un panico collettivo che ha indotto alcune fasce della popolazione a rinunciare al vaccino. “Alcune segnalazioni evidenziano che dopo metà novembre le vaccinazioni si sono arrestate – ha spiegato **Carlo Signorelli**, presidente della Società italiana di igiene e medicina preventiva (Siti) – L'effetto Fluad c'è stato certamente e da un 50-55% di vaccinati si è arrivati a 40”.

Il sovraffollamento che sta attanagliando gli ospedali del Paese è però, ragiona **Sandro Petrolati** – componente della segreteria nazionale Anaa e segretario aziendale al San Camillo di Roma - dovuto prevalentemente a ragioni di carattere strutturale. “Con l'aumento delle malattie respiratorie in inverno si registra un fisiologico incremento degli accessi – sottolinea – Tuttavia la causa alla base del caos di questi giorni non risiede nella vicenda Fluad. Nel Lazio, a partire dal 2008 in corrispondenza dell'avvio del Piano di Rientro, la situazione ha mostrato un progressivo peggioramento a causa della diminuzione del personale”. Ma quest'anno la situazione in emergenza “è addirittura più pesante che in passato poiché la restrizione dei posti letto sta esplodendo in tutta la sua drammaticità”. E le difficoltà non sono da ascrivere neanche “a un eccesso di inappropriatazza che, in termini quantitativi, non è il fattore decisivo. Il nodo della questione è, invece, rappresentato dalla sperequazione tra necessità di ricovero e disponibilità delle strutture”. In questo senso le Case della Salute su cui Zingaretti punta con decisione “non risolvono assolutamente i problemi, poiché non garantiscono la presa in carico, per esempio, di un anziano con la polmonite”.

Per l'Anaa i problemi di questi giorni costituiscono quindi il sintomo di una dinamica ben più ampia e complessa. “Il nostro Ssn – osserva il sindacato dei medici dirigenti - sta precipitando nel baratro dell'incapienza. Un'incapienza di posti letto, di medici, di infermieri, di operatori socio-sanitari, di risorse in conto capitale, di formazione. Siamo ai margini dell'Europa come numero di posti letto per mille abitanti, sotto la media UE per le risorse destinate alla sanità. Ed il personale continua inesorabilmente a calare rendendo incompatibile assistenza e sicurezza”.

Per questo lo smottamento organizzativo dei Pronto Soccorso è “il primo segnale tangibile della insostenibilità di questa situazione”. Di fronte all'aumento dei pazienti cronici, “si tagliano risorse e posti letto agli ospedali. Il diritto ad essere curato in maniera appropriata ed in condizioni dignitose è diventato quasi un privilegio. Dall'addio al posto fisso alla fine del “letto fisso”. Come nei Promessi Sposi. Oggi lo regaliamo noi un tweet ed un hashtag ai nostri governanti: “Di nuovo i lazzaretti. La Sanità italiana #cambiaera”.

Gennaro Barbieri

Un pacemaker contro il reflusso

**La nuova tecnica eseguita nel Policlinico lombardo San Donato
Prima volta in Italia**

MILANO

Per curare il reflusso gastroesofageo, che interessa un italiano su dieci, è sufficiente un pacemaker di facile applicazione e modulabile a seconda dell'intensità dei sintomi. Ad aprire la strada italiana della nuova tecnica è stato il Policlinico lombardo San Donato (Gruppo ospedaliero San Donato) dove, nel dicembre scorso, è stato eseguito per la prima volta l'impianto di un sistema di stimolazione dello sfintere esofageo inferiore per via laparoscopica.

Il reflusso si verifica quando la valvola muscolare posta tra esofago e stomaco (sfintere esofageo o cardias), che normalmente si apre per consentire il passaggio degli alimenti e si richiude subito dopo per impedire ai succhi gastrici di risalire, funziona male, provocando bruciori, sensazioni di pesantezza, dolori. La tecnica "Endostim" apre una nuova strada rispetto a-

gli interventi tradizionali. Luigi Bonavina, responsabile della Chirurgia generale dell'Irccs Policlinico San Donato e docente dell'Università di Milano, ha impiantato nello sfintere, per via laparoscopica, due elettrodi collegati a un piccolo generatore di impulsi (pacemaker). Quest'ultimo, spiega una nota del nosocomio, è collocato in una tasca sottocutanea dell'addome, a sinistra e in basso rispetto all'ombelico. Gli elettrodi conducono impulsi a bassa energia che stimolano il tono del muscolo che, contraendosi, contrasta il reflusso proveniente dallo stomaco.

Il chirurgo lascia così «intatta l'anatomia» e pratica una piccola incisione per impiantare elettrodi e stimolatore (la cui batteria dura 10 anni ed è sostituibile). La procedura ha una durata di circa 30 minuti, è indicata nei casi iniziale e non complicati della malattia, e controindicata nei soggetti con gravi aritmie cardiache. «Con questo dispositivo – spiega Bonavina – non sarà più necessario assumere farmaci, quindi verranno azzerati tutti gli effetti collaterali conseguenti». (V. Sal.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro **Lorenzin**: «Daremo il farmaco a **50 mila persone**»

Un miliardo di euro in due anni. È quanto il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** ha ottenuto nell'ultima legge di Stabilità per il Fondo per i farmaci innovativi. Primo fra tutti, quello contro l'epatite C. «I malati gravi di epatite C sono 400 mila», spiega il ministro. «Con questa prima *tranche* riusciremo a garantire i nuovi farmaci a 50 mila di loro, ma l'obiettivo è implementare il Fondo per garantire il farmaco a tutti, anche a chi non ha ancora sviluppato la "fase infettiva" della malattia».

Ce lo possiamo permettere?

«È vero, i bilanci si fanno su base annua. Ma una proiezione sul medio-lungo periodo dimostra che per lo Stato è un investimento fattibile. Con questi farmaci, pur costosi, si guarisce. Mentre un malato di epatite C costa allo Stato centinaia di migliaia di euro».

Il metodo usato con l'epatite C sarà un modello per altre malattie?

«Ho sollevato la questione dell'accessibilità ai nuovi farmaci anti-epatite C un anno fa, quando sono entrati in commercio in Europa e Stati Uniti, e ho fatto in modo che in Europa si dibattesse la questione della sostenibilità economica delle innovazioni scientifiche in campo farmacologico. Dopo decenni di stallo, siamo in una fase in cui la ricerca sta rivoluzionando l'approccio alla cura di malattie assai diffuse, tra cui Alzheimer e patologie oncologiche. Siamo in una stagione di grandi scoperte e la sfida, europea, è renderne economicamente sostenibili i benefici».

Non tutte le Regioni hanno avviato le procedure per la somministrazione del nuovo farmaco per l'epatite C.

«Il Ministero ha stabilito i criteri per la somministrazione e fissato i requisiti degli aventi diritto. Ora le Regioni dovrebbero individuare i Centri in cui tutto ciò deve avvenire, con tempi che tengano conto di due questioni. La prima: parliamo di farmaci salvavita. La seconda: il federalismo sanitario deve riguardare solo l'autonomia di spesa e per nessun motivo deve tradursi in eccessive disparità nell'erogazione dei servizi tra una Regione e l'altra. Ho dato mandato ai miei uffici e all'Aifa di monitorare, e accelerare le relative procedure».

Marianna Aprile



Foto Angelo Di Pietro/Contrasto

I geni mutati del mesotelioma

“Perché è così aggressivo”

Giorgio Scagliotti
Oncologo

RUOLO: È DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO



MARCO ACCOSSATO

È in alcuni geni mutati il perché della ridotta sopravvivenza dei malati di mesotelioma, il tumore associato all'esposizione all'amianto. Grazie a una nuova tecnica sperimentata a Torino si cercherà qui, d'ora in poi, la ragione dell'aggressività di questa forma di cancro. Per la prima volta è stato individuato un alto numero di mutazioni geniche legate alla precoce progressione della malattia.

Lo studio - realizzato al dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino in collaborazione con i ricercatori dell'ospedale San Antonio e Biagio di Alessandria - è stato pubblicato sul «Journal of Thoracic Oncology». Spiega il professor Giorgio Scagliotti, direttore del dipartimento di Oncologia, primo autore dello

studio: «Abbiamo utilizzato un approccio mirato per valutare retrospettivamente le alterazioni in 52 geni fra quelli più frequentemente mutati nei tumori in 123 pazienti con mesotelioma maligno della pleura in stadio avanzato». Un «mirino» puntato al cancro, «che ci consente adesso - prosegue - di descrivere accuratamente il tipo, la posizione e il numero di mutazioni genetiche nel mesotelioma, e permette di identificare associazioni con le caratteristiche del paziente, compresi i dati di sopravvivenza».

Mentre si continua a percorrere con grandi punti interrogativi la strada dell'immunoterapia,

quello compiuto dai ricercatori di Torino e di Alessandria è un passo fondamentale nella lotta contro una malattia nella maggior parte

dei casi ancora imbattibile. «I nostri dati - evidenzia Scagliotti - non indicano la presenza di una specifica mutazione “driver”, in grado di influenzare il comportamento della cellula malata come si è osservato in alcuni casi di adenocarcinoma del polmone. Tuttavia nel mesotelioma c'è un accumulo di numerose mutazioni cosiddette “temporanee”, che potrebbero spiegare la fase di latenza molto lunga della comparsa della malattia».



Una molecola naturale molto efficace contro le infezioni gravi

Speranza dalla scoperta di un nuovo antibiotico

Un nuovo antibiotico promettente è stato identificato da una équipe di ricercatori americani e tedeschi. Lo studio è pubblicato su *Nature* dell'8 gennaio.

La scoperta potrebbe segnare una pietra miliare. La molecola identificata ha mostrato, nei topi, di essere efficace contro i batteri difficili da trattare. Tuttavia, saranno necessari una decina d'anni prima che possa venire impiegata dall'uomo. «È stato un po' come aver scoperto un nuovo campo di petrolio» ha affermato il professor Mathieu Molimard dell'università di Bordeaux.

Da tempo non c'erano scoperte nel settore degli antibiotici. L'allarme per il proliferare dei batteri resistenti dovuto al consumo eccessivo ed errato, era già suonato da molto. Sei nuove classi hanno visto la luce dopo il 1960. La situazione è tale che Francia, Inghilterra, Stati Uniti si sono mobilitati per trovare una molecola più resistente ai batteri. Secondo loro, la resistenza agli antibiotici potrebbe causare 10 milioni di morti l'anno di qui al 2050. È in questo contesto che i ricercatori americani e tedeschi si sono messi alla caccia di nuove molecole antibatteriche.

Lo sviluppo degli antibiotici finora è avvenuta identificando sostanze naturali prodotte da microrganismi presenti nel terreno. La penicillina è il prodotto di una muffa. Ma, lo sviluppo delle sostanze naturali richiede un tempo lungo. Eppure sono le sostanze naturali, piuttosto che i prodotti di sintesi, a sconfiggere in maniera mirata i batteri. Ma, i ricercatori dovevano limitarsi alle colture di microrganismi in laboratorio.

La svolta è arrivata grazie al lavoro dell'équipe americana e tedesca che ha utilizzato un dispositivo miniaturizzato molto innovativo:

l'iChip multicanale che ha permesso di coltivare in laboratorio, in vitro, una colonia di microrganismi naturali procurati da un prelievo di terreno.

In una fase successiva, 10 mila colture sono state testate su piastre ricoperte di stafilocco dorato per rilevarne l'attività antibiotica. I ricercatori hanno identificato la molecola responsabile di questa azione contro i batteri gram-positivi, come lo stafilocco dorato e l'hanno chiamata «teixobactine». È stata testata con successo nei topi infettati con lo stafilocco dorato, lo pneumococco e l'agente della tubercolosi con risultati incoraggianti. Comunque, prima che la molecola possa entrare nella farmacopea dovrà passare attraverso vari stadi di sviluppo e di valutazione sulla sicurezza per

gli esseri umani.

La scoperta potrebbe anche motivare l'industria farmaceutica a reinvestire in questo settore di ricerca. Qualche segnale c'è. Nel 2013, Roche ha acquisito Polyphor, un piccolo laboratorio specializzato in antibiotici, e a dicembre 2014 Merck ha annunciato l'acquisizione, per oltre 7 miliardi di euro, di Cubist Pharmaceuticals, società specializzata nel trattamento contro i batteri super-resistenti.

—© Riproduzione riservata—





13/01/2015

UNIVERSITA': GIANNINI, MODELLO FRANCESE PER MEDICINA NON ESCLUSO

(AGI) - Roma, 13 gen. - "Per quest'anno perfezioniamo il modello esistente, ma non dobbiamo precluderci la possibilita' di riflettere" al passaggio al modello francese. Lo ha detto riferendosi alla selezione delle matricole nelle facolta' di medicina il ministro dell'Istruzione, dell'Universita' e della Ricerca, Stefania Giannini, a margine di un'audizione alla Camera nel corso della quale ha confermato il mantenimento, almeno per quest'anno, dell'accesso con numero programmato. "Non ho voluto chiudere questa prospettiva", ha detto Giannini ai cronisti precisando che il modello francese, che prevede l'ingresso aperto a tutti per il primo anno e la selezione che avviene nel corso dell'anno, potra' essere contemplato "quando e se avremo ricondotto la domanda di iscrizioni a medicina a un numero ragionevole".

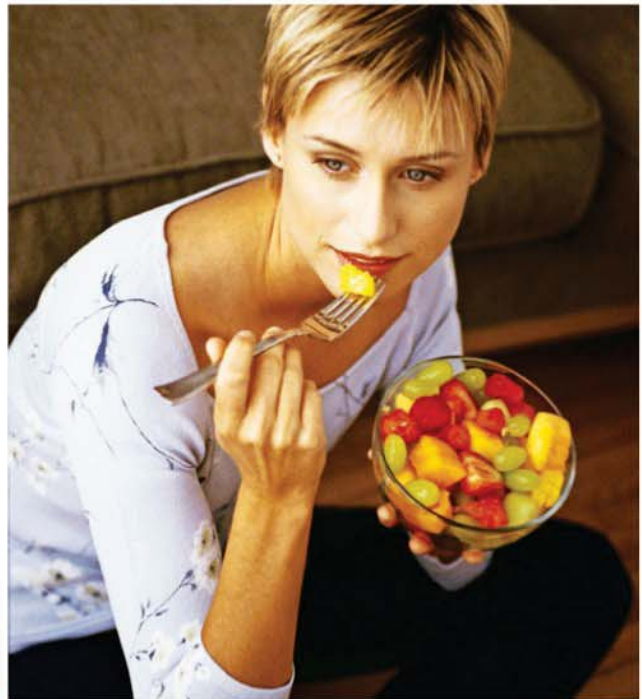
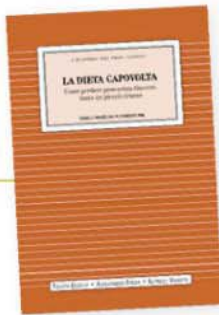
<http://scm.agi.it/index.phtml>

10 errori da non fare se ti metti a dieta

Saltare pranzo o cena, rinunciare alla pasta, esagerare con i caffè. Sono i comportamenti sbagliati di chi vuole dimagrire. E rischia così di abbandonare il programma alimentare

Si dice "l'Epifania tutte le feste si porta via". Peccato non porti con sé i chili che molti italiani accumulano tra Natale e il 6 gennaio. Due, secondo Coldiretti. «Ma potrebbero essere di più, se sommiamo l'acqua che i tessuti trattengono quando si mangiano molti zuccheri», spiega il professor Alfredo Vanotti, responsabile del Servizio nutrizione clinica ed educazione alimentare degli Istituti Clinici Zucchi di Monza e autore del libro *La dieta capovolta*, che spiega, recita il sottotitolo, "come perdere peso senza rinunce; basta un piccolo trucco". «Antipasti, dolci, cioccolatini... sommati fanno 700/800 calorie al giorno, 10 mila in una settimana che tradotto significa almeno un chilo e mezzo in più». Tutti a dieta, quindi. Con una certezza scientifica: l'80% la abbandonerà. Non volete mollare e portarvi a casa un risultato? Dribblate gli errori più comuni, che ci segnala l'esperto.

PRIMA LA FRUTTA
Nel libro *La dieta capovolta*, l'autore Alfredo Vanotti consiglia di ribaltare il pasto per dimagrire. Prima si mangia la frutta, poi la carne o, meglio, il pesce. Solo alla fine il primo, che sarà senz'altro meno abbondante.



1 Evitare la colazione. Sembra di ridurre il bilancio calorico, ma non è così, perché si finisce per mangiare di più a pranzo. In più, la colazione funziona come starter: attiva il metabolismo e permette di bruciare calorie durante la giornata.

2 Saltare i pasti. Se non si mangia a pranzo, e ci si mette a tavola la sera, si induce l'organismo ad assimilare (e ingrassare) di più.

3 Pranzare con una macedonia. Strategia sbagliata per due motivi: ci si fa mancare alcuni nutrienti indispensabili, come proteine e grassi; si rischia di fare incetta di zuccheri, che alzano la glicemia e favoriscono l'accumulo di grasso. E ci fanno arrivare affamati al pasto successivo.

4 Puntare sui cibi light. Non tutti gli alimenti light lo sono davvero. A volte, vengono privati dei grassi, ma si aggiungono zuccheri (o viceversa). In più, c'è il rischio che, con l'alibi della leggerezza, si abbondi con le quantità. Controllate l'etichetta

5 Muoversi poco. Stare a dieta senza fare movimento rallenta il dimagrimento. Per questo è indispensabile dedicarsi a un'attività fisica almeno 20 minuti al giorno.

6 Mangiare velocemente. Il *British Medical Journal* dice che consumare i pasti velocemente raddoppia le probabilità di ingrassare. Il motivo? Il segnale di sazietà che parte dallo stomaco non fa tempo ad arrivare al cervello.

7 Sostituire la pasta con il riso. Lo fa spesso chi è a dieta. È sbagliato, perché i due alimenti hanno le stesse calorie, ma il riso ha un indice glicemico più alto e sazia meno.

8 Bere poca acqua. Non è un optional: l'acqua idrata l'organismo e rallenta l'assimilazione dei nutrienti, oltre a dare senso di sazietà se abbinata alle fibre.

9 Evitare gli spuntini. Lo hanno evidenziato anche gli studiosi della *Mayo Clinic*: il nostro corpo smaltisce meglio le calorie quando si fanno più pasti nella giornata.

10 Bere molti caffè. Ogni tazzina porta con sé le calorie dello zucchero. Sono 25 a cucchiaino. Non è poco.

Enrica Belloni

● A Hollywood impazza la dieta Fast 2:5: ci si sacrifica per due giorni, si mangia in libertà per i successivi cinque

La cura passo dopo passo

La Società italiana di medicina generale ha fatto del camminare una vera e propria ricetta per star bene. Basterebbe passeggiare per 3 chilometri al giorno per proteggersi da diverse malattie e bruciare molte calorie

**I TIPI DI ATTIVITÀ
A SECONDA DEL RITMO:
VELOCE CON LA SCHIENA
DRITTA, O LENTO
MUOVENDO LE BRACCIA
IN AVANTI**

60

Secondi di camminata a passo svelto e 60 a passo moderato nei primi 5 min

3

Volte a settimana camminare per non più di 2 km se si è in sovrappeso

LA FORMA

Basterebbe camminare tre chilometri al giorno, 5mila passi, per proteggere la salute. Basterebbe evitare l'ascensore quanto più si può per bruciare 8 calorie al minuto salendo i gradini. "Discipline" sportive a basso costo che permettono di mantenersi (abbastanza) in forma con un medio dispendio di energie. Almeno fate questo, esortano i medici costretti a curare una popolazione in cui quattro italiani su dieci non si muovono proprio.

Esercizi, insomma, da condominio come da parco. Da non dimenticare il tipo di passo e l'intensità. Esistono due tipi base di camminate, una più lenta e una più veloce. La prima: fare passi a ritmo sostenuto, concentrarsi sul movimento del piede, tenere i gomiti piegati a 90 gradi, muovere le braccia avanti e indietro agevolando l'andare avanti. La seconda (molto simile a quella su un tapis roulant): camminare in modo veloce, tenere la schiena dritta; allungare il passo; "sentire" il movimento nei muscoli

delle gambe, dei glutei e degli addominali.

BENEFICI

Esiste una relazione tra la velocità della camminata e i benefici alla salute. In particolare nella fascia over 60. Una persona che percorre meno di 0,8 metri al secondo, infatti, ha un rischio di mortalità più alto del 50% rispetto a chi, invece, si muove ad una velocità superiore al metro. Condurre attività fisica costante e moderata di circa mezz'ora al giorno riduce del 18% l'incidenza di disabilità motoria grave l'incapacità di camminare per almeno 400 metri e del 28% l'impossibilità permanente di deambulare. E' quanto si legge nello studio "Life" (Lifestyle interventions and independence for elders) guidato dall'università della Florida che ha osservato per quattro anni oltre 1600 persone tra i 70 e gli 89 anni. Un lavoro su superanziani per dimostrare quali potenti effetti possono arrivare, dallo stesso tipo di attività, sui giovani e gli adulti.

La Società italiana di medicina

generale ha fatto del camminare una "medicina". Tanto che è diventato uno dei promotori di un progetto, meglio dire un movimento, "Città per camminare" (www.cittapercamminare.org), il primo in grado di coniugare l'attività fisica alla riscoperta delle città. Nel sito i percorsi. Nel Lazio, per esempio, "Scopriamo Roma attraverso i suoi parchi", "Alla scoperta della Ciociaria", in Campania "Il Parco di Capodimonte, il bosco di Napoli". Trentadue percorsi di diversa difficoltà validati dai più grandi esperti mondiali di camminata. Come Maurizio Damilano, campione olimpico e mondiale di marcia che ha ideato il progetto. «La città come palestra - spiega Claudio Cricelli presidente della Società italiana di medicina generale - Non dimentichiamo i benefici di una vita a piedi. Benefici che riguardano anche il portafoglio. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità ogni cittadino paga, ogni anno, trecento euro per pagare gli italiani sovrappeso o obesi».

Ester Maria Lorido

