

quotidianosanita.it

Venerdì 20 MARZO 2015

Pillola "5 giorni dopo". Garattini: "Il Css ha sbagliato. Ecco perché ho votato contro quel parere"

Netta stroncatura del noto farmacologo, membro del Css, del parere emesso sulla questione della prescrivibilità. "Non ho condiviso il parere del CSS ed ho votato contro perché non ritengo che il gruppo di lavoro abbia presentato argomenti che siano in grado di contrastare la decisione dell'EMA". "Messa in dubbio capacità delle donne di prendere decisioni sulla propria salute riproduttiva".

Il parere espresso il 10 marzo dal Consiglio Superiore di Sanità (CSS) – secondo cui l'obbligo di ricetta medica per la pillola dei 5 giorni dopo deve essere mantenuto, qualsiasi sia l'età della donna – ha suscitato critiche, anche al suo interno.

Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e membro della Sezione V del Consiglio Superiore di Sanità, commenta: "Non ho condiviso il parere del CSS ed ho votato contro perché non ritengo che il gruppo di lavoro abbia presentato argomenti che siano in grado di contrastare la decisione dell'EMA".

Gli effetti collaterali della pillola e il suo supposto effetto abortivo sono stati alcuni tra gli argomenti oggetto di discussione per la stesura del parere richiesto dal ministro **Lorenzin**. E Garattini chiarisce: "L'Ulipristal (il principio attivo della pillola) agisce attraverso un rallentamento della liberazione del follicolo - come meccanismo principale - e perciò non può essere considerato un agente abortigeno sulla base delle attuali conoscenze. E' stato già utilizzato in alcuni milioni di casi senza ricetta ed è certamente provvisto, come tutti i farmaci, di effetti collaterali – ma sono tali da poter essere paragonati agli effetti di altri farmaci da banco. Ironicamente la Germania, presentata come "sostenitrice" della ricetta, ha in questi giorni abolito la necessità della ricetta medica per le donne maggiorenni".

"Dopotutto è un problema di emergenza" ribadisce Garattini "e, se si mettono troppi ostacoli, si rende vano l'impiego del trattamento. Non si deve dimenticare che il trattamento diminuisce di efficacia con il passare dei giorni". E conclude: "la scelta del Consiglio, che di fatto è un mancato riconoscimento alla singola donna della capacità di prendere decisioni sulla propria salute riproduttiva, contribuisce a mantenere una situazione di dipendenza. Sarebbe invece importante con la liberalizzazione intensificare l'informazione e l'educazione sulla sessualità".

Fonte: partecipasalute.it

Storie di donne
Il calvario indiano
delle madri in affitto
«Non siamo niente»

ASSUNTINA MORRESI

Cathy e Dennis vivono nel New Jersey. Lei ha 42 anni, lui è vicino ai cinquanta e ha un figlio, già grande, da un matrimonio precedente, ma non riescono ad averne insieme. Lei lo desidera tantissimo. Decidono per l'utero in affitto dopo una trasmissione che ne parlava. Nasceranno due gemelli.

A PAGINA 3

UN LIBRO INCHIESTA SULL'UTERO IN AFFITTO

India, le madri rassegnate che partoriscono per altri

La maternità surrogata raccontata dalle protagoniste

«Queste persone che vengono e ci ingaggiano non vogliono mai guardarci in faccia o sapere i nostri nomi. Per loro siamo solo uteri». Dall'altra parte l'ostinazione di avere figli a ogni costo, che si trasforma in terrore quando stanno per nascere davvero

di Assuntina Morresi

Cathy e Dennis vivono nel New Jersey. Lei ha 42 anni, lui è vicino ai cinquanta e ha un figlio, già grande, da un matrimonio precedente, ma non riescono ad averne insieme. Lei lo desidera tantissimo. Decidono per l'utero in affitto dopo una trasmissione di Oprah Winfrey, che ne parlava. Nasceranno due gemelli, maschi, a Hyderabad in India, con il liquido seminale di Dennis e ovociti da donatrice. Rajappa e Sharada vivono a Andhra, in India, sono sposati da più di venti anni e non hanno figli. A Rajappa hanno consigliato di lasciare sua moglie per una più giovane e fertile, ma lui non vuole: cercano una madre surrogata e troveranno Manju, che partorirà a Bangalore due gemelli, maschio e femmina, concepiti con i gameti della coppia. Manisha vive a Kathmandu, in Nepal, con un marito senza lavoro e due bambini piccoli. Si è fatta sterilizzare. Sua sorella Bina le svela di aver risolto i suoi problemi

economici vendendo prima i suoi ovociti, e diventando poi madre surrogata: la convince ad andare con lei a Mumbai, in India, per fare lo stesso. Manisha non capisce la lingua, contratterà la vendita dei suoi ovociti tramite Bina, che però si spinge troppo oltre. Stimolazioni pesanti e ravvicinate - 25 ovociti, nell'ultima - le provocano la sindrome da iperstimolazione ovarica: Manisha sta malissimo. Bina, per pagare le cure, sarà di nuovo madre surrogata, stavolta per due gay spagnoli. Il bambino nella sua pancia è concepito con il seme di uno dei due e con gli ovociti di sua sorella Manisha.

Sumi è alla sua seconda gravidanza surrogata, a Anand, in India. Ha avuto già due gemelli da una coppia di giapponesi e adesso ne aspetta di nuovo da Dora e Ben, australiani. Nasceranno un maschio e una femmina, che Sumi allatterà - ben pagata - per tre mesi. Dall'Australia i contatti continueranno. La sua amica Disha, invece, è stata ingaggiata da una coppia coreana: aveva tre embrioni in pancia, ma uno lo ha eliminato il medico. I coreani sperano di avere maschi, ma rimarranno delusi, e per le due neonate Disha non riceverà nessun extra in denaro. Ram e Meena, sposati da dieci anni, vivono a Chennai in India. Meena si sente



colpevole per essere sterile, anche per l'invadenza dei suoceri che glielo fanno pesare. Scelgono la via dell'utero in affitto e trovano una ragazza, Alice, in forti difficoltà economiche perché è rimasta vedova a vent'anni, quando era incinta di sette mesi. Ha donato ad altri i propri ovociti, darà alla coppia due gemelle e seguirà la famiglia a Londra, per allattare le piccole e per aiutare Meena, senza dire a nessuno che è stata lei a partorirle. La ricompensa economica sarà generosa. Sono le storie raccontate da Gita Aravamudan nel suo "Baby Makers. A Story of Indian Surrogacy" (Produttori di bambini. Una storia di surrogazione indiana, Harper Collins Publishers, India, 2014).

L'autrice è firma di quotidiani e periodici, da "Hindustan Times" a "The Times of India", oltre che di saggi come quello sulle bambine mai nate "Disappearing Daughters: the tragedy of female foeticide" (Figlie scomparse: la tragedia del feticidio femminile). Questo suo ultimo libro è un'originale inchiesta sull'utero in affitto che intreccia episodi ricostruiti realisticamente e fatti documentati, insieme a importanti contenziosi giuridici. Ne risulta un grande e inquietante affresco della maternità surrogata, di cui l'India rappresenta oramai uno snodo mondiale: un enorme mercato con profitti da capogiro: 445 milioni di dollari all'anno, secondo una stima del 2010. Le protagoniste emergono con tutti i loro sentimenti, dall'orgoglio di portare a casa i soldi per far studiare i figli, alla rassegnazione per la propria condizione, specie per l'abbandono dei piccoli appena nati. «Disha non voleva piangere, ma sentiva le lacrime scendere lungo le guance. Aveva sempre saputo, fin dall'inizio, che i bambini non erano i suoi. Lei non era legata a loro in alcun modo. Eppure... li aveva portati per così tanti mesi. Aveva sofferto le nausee al mattino, il dolore, la fatica. Era stata così attenta a tenerli protetti. Che diritto avevano queste persone di essere infelici perché i nati erano femmine? Avrebbe voluto inseguirli e portarseli via con sé».

«Nessuno sa cosa passiamo. Quell'inutile marito che parla solo di soldi, soldi, soldi. E quei genitori che comprano i nostri servizi? Non sanno neanche la metà di quel che ci capita. Non hanno mai dovuto sopportare tutta quella roba terribile. Le nausee, il dolore, le doglie. Non sanno come ci si sente con quei piccoli piedi calciare dentro lo stomaco. Io canticchiavo loro le ninnenanne. Ma lo sanno, o gliene importa qualcosa? Queste persone che vengono e ci ingaggiano non vogliono mai guardarci in faccia o sapere i nostri nomi. Per loro siamo solo uteri». Dall'altra parte, c'è l'ostinazione di avere figli a ogni costo nonostante i ripetuti fallimenti della fecondazione in vitro, che però si trasforma in terrore quando stanno per nascere davvero: «Con chi si dovrebbe legare? Con due feti invisibili, nell'utero di un'aliena? Feti con cui lei non ha alcun legame biologico, né emotivo?». E' completo il controllo dei medici sulle madri surrogate, e forte la

volontà di convincerle, e di convincersi tutti che «sarebbe stata solamente una transazione commerciale pulita, senza coinvolgere nessuna emozione».

Sullo sfondo i casi famosi: la prima surrogata americana, che a otto anni dal parto si pente e racconta ai media una storia tutta diversa da quella sbandierata durante la gravidanza. E poi Baby M. e il bambino giapponese che il divorzio dei committenti ha reso apolide e che, dopo un lunghissimo contenzioso internazionale, è affidato in Giappone alla nonna paterna. E, ancora, i gay americani Mike e Mike, che nel loro blog raccontano la storia delle due bambine avute a Mumbai: hanno usato lo sperma di entrambi e gli ovociti di una sola donatrice, perché le piccole fossero legate geneticamente fra loro. Gli embrioni sono stati impiantati in due differenti madri surrogate, rimaste incinte contemporaneamente. Rose, figlia di un Mike, è nata il 24 marzo, ed Eva, figlia dell'altro Mike, il 12 aprile successivo. Una clinica, due bambine, tre madri e due padri: costo totale 60mila dollari. Negli Usa avrebbero pagato il doppio, più o meno. In India non c'è ancora una legge che regola la surrogata materna, ma linee guida stabiliscono che il nato deve essere legato geneticamente almeno a uno dei due genitori committenti, «perché il legame di amore e affetto con un bambino viene innanzitutto da una relazione biologica». E in mezzo a tutte le storie raccontate da Gita Aravamudan emergono i problemi per passaporti e cittadinanza: nato in India, da surrogata nepalese, con genitori committenti europei, americani o australiani: chi deve dare il visto? E soprattutto: chi è la madre? La committente, ma anche chi ha partorito. E chi ha dato i propri ovociti non può essere considerata una totale estranea.

Cathy, Sharada e Meena piangono di felicità nel vedere i neonati, mentre Disha e Sumi soffrono la mancanza dei piccoli appena partoriti, e Bina accarezza la sua pancia, perché sa che il bambino che porta è geneticamente di sua sorella, e lo sente più suo. Un simile campionario di casi non può essere privo di conseguenze: tanto da spingere Aravamudan a sostenere che «il concetto di maternità va ridefinito» e, coerentemente, a dire nella conclusione che «in questo mondo che cambia, dove le nazionalità e le religioni, le classi e i generi si uniscono mischiandosi per produrre bambini, lo sperma, gli ovociti e l'utero hanno acquistato un significato diverso». Ne scaturisce dunque una posizione problematica ma senza pervenire a un giudizio, ponendo semmai domande, prendendo atto dei cambiamenti radicali e delle implicazioni anche gravi ma senza opporvisi, quasi che l'autrice di questo importante contributo alla comprensione di un fenomeno drammatico fosse convinta della loro ineluttabilità. Non parliamo di scenari futuribili ma di un presente ben consolidato, che sta accadendo adesso ma che ancora non è pienamente compreso in tutta la sua inquietante portata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Salute, occhio alla prostata: problemi per 6 mln italiani ma metà li snobba



Occhio alla prostata. La metà degli italiani 'over 50', nonostante i campanelli d'allarme, la trascura. Eppure a fare i conti con l'ipertrofia prostatica benigna, l'ingrossamento della prostata, sono 6,6 milioni di uomini, per la precisione metà dei cinquantenni, il 65% dei sessantenni e l'80% dei settantenni. Ignorano i segnali che qualcosa non va e si rivolgono al medico non per affrontare il disturbo per tempo, ma per chiedere un 'aiutino' contro le defaillance in camera da letto, conseguenza della malattia.

"Gran parte dei pazienti considera i disturbi urinari come fisiologici, normali, ed è rassegnata a sopportarli ", spiega Vincenzo Mirone, segretario generale della Società italiana di urologia (Siu) e professore all'Università Federico II di Napoli, dal congresso della Società europea di urologia (Eau), in corso a Madrid. "Meno del 50% degli uomini che presentano difficoltà urinarie - ricorda l'esperto - si rivolge a un medico. Una riluttanza legata a imbarazzo, scarsa informazione o paura di un eventuale intervento chirurgico".

A differenza delle donne, per cui la visita medica o ginecologica diventa presto un appuntamento abituale, i maschi, prima di vedere un camice bianco in caso di problemi urinari, arrivano all'assurdo di circoscrivere e subordinare la loro vita sociale alla vicinanza di un bagno. Dovrebbe essere il medico, dunque, a fare il primo passo. Al centro dell'attenzione degli specialisti riuniti a Madrid, sono proprio le strategie per far emergere il problema, sensibilizzare i maschi fin da ragazzi, e formare al meglio i medici, che spesso tendono a non utilizzare gli strumenti che già hanno a disposizione per intercettare precocemente i loro 'uomini a rischio'. (segue)

"E' fondamentale che nel dialogo tra medico e paziente, durante la visita - sottolinea Mirone - si

comprenda qual è il reale impatto della malattia sulla sua vita e soprattutto si riesca a far emergere i sintomi che spesso non vengono riportati". Anche i disturbi sessuali vengono taciuti, ma la richiesta di 'aiutini' come le pillole per la disfunzione erettile dovrebbe far scattare l'allerta per il medico.

"Potremmo chiamare i nostri maschi 'uomini che odiano gli uomini', cioè se stessi - continua provocatorio Mirone - dal momento che avere vistose disfunzioni erettile è un segnale che sottovalutare è davvero da folli. Per questo far emergere in maniera precoce il problema è fondamentale: non solo aiuterebbe a ridurre le complicanze e il numero di interventi, ma migliorerebbe, anzi 'rivoluzionerebbe' la vita del paziente, facendolo tornare ventenne".

"Le linee guida internazionali non lasciano spazio a dubbi: tutti, ma proprio tutti, i maschi di 50 anni e oltre dovrebbero essere intervistati dal medico sull'ipertrofia prostatica benigna e informati su ciò che rischiano e su come invece il problema è facile da risolvere se individuato in tempo. E i modi per intervistarli sono davvero numerosi: dal 'Quick Prostate Test', alle domande specifiche, per poi passare all'esame delle urine, al Psa, compito del medico di famiglia, fino all'esplorazione digito rettale e ad esami più specifici in carico all'urologo", conclude l'esperto.

<http://www.corriere.it/salute/>

TUMORI

Test genetici online: pubblicità ingannevole?

Indagine su 55 siti web in America, quasi 9 su 10 non hanno ricevuto una convalida scientifica. In Italia tutto ciò che è approvato è disponibile tramite Servizio sanitario

di Vera Martinella



Il marketing su Internet è già fiorente, ma il rischio di incappare in una bufala è alto. E le conseguenze per la salute potrebbero essere anche molto serie. Negli ultimi anni, grazie anche agli enormi passi avanti compiuti dalla ricerca con l'impiego di nuove tecnologie, il mercato dei test genetici che prevedono il rischio di ammalarsi di cancro è fiorito. Nonostante siano ancora molto pochi quelli ufficialmente convalidati per stabilire chi porta nel proprio Dna il rischio di un tumore o quali pazienti possano trarre beneficio da un farmaco piuttosto che da un altro, sul web sono già sponsorizzati numerosi kit diagnostici il cui valore è tutto da verificare. A lanciare l'allarme è una ricerca statunitense (in America il problema è già molto più sentito che in Italia) appena pubblicata sul *Journal of the National Cancer Institute* dagli studiosi del *Dana-Farber Cancer Institute* guidati da Stacy W. Gray.

Quasi 9 test su 10 non hanno valore scientifico

L'analisi di Gray e colleghi ha valutato 55 siti web promossi da imprese commerciali, università, medici, istituti di ricerca e organizzazioni varie che sponsorizzano l'utilizzo della medicina personalizzata contro il cancro. E, in particolare, promuovono prodotti o servizi che possono essere utilizzati per ritagliare su misura della singola persona la prevenzione o la cura di un tumore. I ricercatori hanno analizzato sia i tipi di prodotti e servizi offerti, sia la qualità dell'informazione data ai potenziali acquirenti, verificando anche se quanto viene pubblicizzato è uno standard di cura o meno e se è scientificamente approvato e di provata utilità. I vari siti offrono test genetici sia relativi a possibili mutazioni acquisite (tumori ereditari) sia relativi a variazioni del Dna somatiche (ovvero non ereditarie): tra queste ultime, nell'88 per cento dei casi si tratta di test che non hanno ricevuto nessuna convalida scientifica e che non sono giudicati standard (ovvero manca l'evidenza di una loro chiara utilità nella pratica delle cure).

Servono regole per il marketing

Inoltre, l'85 per cento dei siti web fornisce informazioni sui benefici dei propri prodotti o servizi, ma soltanto il 27 per cento avvisa anche dei possibili limiti di quanto viene venduto. Circa la metà dei siti, poi, rende noto il costo dei test, che varia dai 99 ai 13mila dollari. «Gli esiti di questa indagine mostrano chiaramente che il mercato web su questo delicatissimo tema è privo di regole (le autorità americane competenti non le hanno ancora stabilite) e che i "venditori" esagerano nell'evidenziare i vantaggi di quello che sponsorizzano, mentre tacciono in gran parte su svantaggi o limiti - commenta Gray -. Sebbene alcuni siti internet siano equilibrati e be fatti, nella maggioranza dei casi ai consumatori vanno garantite informazioni più veritiere e complete di quelle ad oggi offerte». Nel 44 per cento dei siti viene infine venduta a chi è già malato di tumore una forma di cura personalizzata, vero tema-chiave nelle terapie anticancro attuali dove tutto ruota intorno a come prescrivere il trattamento ottimale per ciascun malato in base alla sua situazione individuale e alle caratteristiche molecolari della patologia in questione.

La situazione in Italia

Per determinati tipi di tumori, infatti, sono disponibili farmaci che funzionano in caso di precise mutazioni genetiche. Quindi tutti i pazienti che sono candidati a un trattamento medico vengono oggi sottoposti a un test genetico per capire se hanno o meno quell'alterazione del Dna e sulla base degli esiti si decide quale terapia somministrare perché può avere maggiori probabilità di successo. «E' il caso - spiega Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica - del gene Her2 e il ricettore per gli estrogeni in caso di terapia ormonale del tumore al seno; dei geni Egfr e Alk per il carcinoma polmonare; delle mutazioni Kras e Nras per il cancro colon rettale; o, ancora, di Braf nel melanoma cutaneo. Mentre per capire chi è a rischio di tumore, l'unico test oggi convalidato e utile è quello sui geni Brca1 e Brca2, che predispongono a un'elevata probabilità di neoplasie di seno ed ovaie». Il business però ferve e non tiene conto di un altro fatto fondamentale: «Scoprire di essere a rischio di sviluppare un tumore e dover decidere cosa fare può avere un contraccolpo psicologico enorme - continua Pinto, che è anche direttore dell'oncologia di Parma -. E' indispensabile che queste indagini genetiche vengano fatte all'interno di centri e percorsi specializzati, dove alle persone vengono fornite tutte le informazioni e l'assistenza necessarie». D'altro canto, i margini di guadagno possono essere enormi, se si pensa che in media il costo di un test si aggira intorno ai 3mila euro: «In Italia già esistono centri attrezzati di biologia molecolare in grado di fare la tipizzazione del cancro per stabilire quale cura dare a ciascun malato - conclude il presidente degli oncologi -. Il sistema pubblico già funziona per i farmaci che sono stati approvati e che vengono pagati dal Ssn insieme ai relativi test genetici. Il nostro problema è che questi centri sono a macchia di leopardo sul territorio, in alcune zone ce ne sono troppi, in altre nessuno. Bisogna intervenire su questo: che ce ne siano uno o due al massimo per regione, dove concentrare personale, macchinari e tecnologie specializzati, a cui inviare i campioni per ricevere la risposta in tempi brevi».

<http://www.corriere.it/salute/>

Tre sostanze usate in agricoltura a sospetto rischio cancerogeno

L'International Agency for Research on Cancer (IARC) di Lione le ha inserite nel Gruppo 2A, che comprende gli agenti che hanno probabilità di provocare il cancro negli esseri umani, ma per le quali le evidenze di cancerogenicità sugli uomini sono ancora limitate

di Vania Rivalta



Tre sostanze ampiamente utilizzate nella composizione di fitofarmaci - malathion, diazinon, glifosato - sono state inserite dall'International Agency for Research on Cancer (IARC) di Lione, massima autorità in materia di studio degli agenti cancerogeni, nel Gruppo 2A, quello che comprende gli agenti che hanno probabilità di provocare il cancro negli esseri umani, ma per le quali le evidenze di cancerogenicità sugli uomini sono ancora limitate. Lancet Oncology ha pubblicato un sunto delle motivazioni che hanno portato 17 esperti provenienti da 11 Paesi a giungere a questa conclusione, mentre le valutazioni dettagliate saranno pubblicate sulla Monografia 112 dello IARC.

Malathion

Il malathion è un insetticida utilizzato non solo in agricoltura, ma anche in igiene pubblica e per la disinfestazione domestica, anche per combattere i pidocchi. Prodotto in quantità consistente in tutto il mondo, è stato collegato a casi di linfoma non-Hodgkin negli USA, in Canada e in Svezia in seguito a esposizioni di tipo professionale. Questo anche se l'Agricultural Health Study (AHS), progetto ad ampio raggio nato con l'obiettivo di indagare la relazione tra il vivere e lavorare in campagna e la possibilità di ammalarsi di tumore, non aveva evidenziato un aumento di rischio per questo tipo di cancro. Sia l'AHS sia alcuni casi di studio canadesi hanno invece associato l'utilizzo professionale di malathion a un aumentato rischio per il cancro alla prostata.

Diazinon

Esperimenti su animali e in vitro hanno corroborato l'ipotesi di danni al DNA e al corredo cromosomico. Anche il diazinon è un insetticida, utilizzato sia in agricoltura sia in ambienti domestici. Anche questa

sostanza è stata associata a un aumento del rischio per il linfoma non-Hodgkin, oltre che per il cancro al polmone. Le prove sono tuttavia limitate e provenienti da studi sulle esposizioni in campo agricolo realizzate negli Stati Uniti e in Canada. L'inserimento del diazinon nel Gruppo 2A è comunque legata anche alle prove, questa volta tutt'altro che deboli, dei danni che la sostanza ha provocato a DNA e cromosomi nel corso di esperimenti in vitro.

Glifosato

Particolarmente complessa è la vicenda del glifosato. Anche in questo caso ci sono prove limitate di un suo legame con il linfoma non-Hodgkin, sempre derivanti da studi pubblicati fin dal 2001 in USA, Canada e Svezia relativi all'esposizione in ambiente agricolo. Si tratta di un erbicida utilizzato nella composizione di 750 diversi prodotti destinati non solo all'agricoltura, ma anche alle applicazioni domestiche e urbane. Perché la sua vicenda è complessa? Perché basandosi sull'evidenza che il glifosato fosse all'origine di vari tumori nei topi, l'Agenzia statunitense per la protezione dell'ambiente (US EPA) nel 1985 l'aveva inserito tra le sostanze che "forse provocano il cancro negli uomini". Sei anni dopo, la stessa Agenzia declassò la sostanza a "non cancerogena per gli esseri umani". Il gruppo di lavoro dello IARC, analizzando le scoperte più significative, è arrivato alla conclusione che sussistano prove sufficienti della cancerogenicità su animali da laboratorio, oltre che prove di danni al DNA e al corredo cromosomico di cellule umane.

Le reazioni

A poche ore dalla pubblicazione sul sito di Lancet dell'estratto della Monografia 112 sono arrivate le prime reazioni dal mondo dell'industria. In prima linea Monsanto, che in una nota ha dichiarato il suo disaccordo con le valutazioni dello IARC in merito al glifosato (il suo prodotto Roundup è a base di questa sostanza). Secondo Monsanto, il gruppo di lavoro avrebbe escluso dati rilevanti, basandosi su ricerche non nuove che non stabiliscono un legame tra glifosate e l'aumento di rischio per il cancro.

In Italia

La diffusione in Italia Gli ultimi dati pubblicati dall'ISTAT sull'utilizzo di prodotti fitosanitari in Italia mostra un trend in netto calo. Nel periodo 2002-2013, la quantità di sostanze distribuite per uso agricolo è diminuita complessivamente di 76mila tonnellate (-45,2%). La maggior parte viene utilizzata al Nord (53,1%), mentre il Sud si ferma al 34,6% e il Centro supera di poco il 12%. Dal 2012 al 2013 la quantità di principi attivi contenuti nei prodotti fitosanitari è diminuita complessivamente di 39mila tonnellate (-41,3%); a scendere sono soprattutto le sostanze attive insetticide, fungicide ed erbicide (rispettivamente -48,1%, -48,3% e -34,5%). Tutto bene dunque? Non proprio, perché un dato in aumento c'è. E a segnalarlo è l'ISPRA, l'Istituto per la Protezione e la Ricerca Ambientale, che nell'ultima edizione del Rapporto nazionale pesticidi nelle acque, basato sui dati forniti da 3.500 punti di campionamento, ha evidenziato come siano state trovate 175 sostanze diverse, un numero più elevato degli anni precedenti. Rispetto al passato è aumentata la presenza di fungicidi e insetticidi nelle acque sotterranee. La contaminazione è più diffusa nelle aree della pianura padano-veneta, zona intensamente sfruttata dal punto di vista agricolo. Il nemico più grande è il glifosato. È una delle sostanze più vendute a livello nazionale e la sua presenza nelle acque è ampiamente confermata anche da dati internazionali, ma il suo rilevamento è effettuato solo in Lombardia, dove la sostanza è presente nel 31,8% dei punti di monitoraggio (171) delle acque superficiali e il suo metabolita, AMPA, nel 56,6%.



L'allarme

Infezioni, cresce la resistenza ai farmaci

Epidemia

I casi più frequenti sono le polmoniti e i batteri con cui si entra in contatto negli ospedali

di ALESSANDRA FASSARI

Cresce l'allarme per il fenomeno delle infezioni resistenti ai farmaci: un antibiotico su due, infatti, non funziona.

Ad affermarlo sono gli esperti riuniti per il V Congresso internazionale sulle Malattie infettive, promosso a Milano dalla Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), che avvertono: a essere colpiti sono in particolare gli anziani e per le infezioni nelle case di riposo si segnala un aumento vertiginoso.

ANZIANI A RISCHIO

Sono 400mila circa i pazienti della Comunità europea che ven-

gono colpiti da infezioni legate all'assistenza sanitaria, con una stima di 147mila morti ogni anno.

Le infezioni più frequenti sono le polmoniti, soprattutto quelle legate alle comunità e agli ospedali, che percentualmente sono il 19,4% di tutte le infezioni, le post chirurgiche, che riguardano il 19,6% del numero complessivo e le infezioni urinarie (19%). A preoccupare è però il fatto che, secondo vari studi, in molti pazienti il 48% dei farmaci impiegati risulta inefficace. Sotto accusa soprattutto alcuni antibiotici tra i più usati sia dai medici di famiglia sia in ospedale.

UN'ECATOMBE

L'Italia è in Europa la nazione che ha le più alte percentuali di resistenza a molti antibiotici, con percentuali che vanno dal 25% a oltre il 50%. "Stiamo affrontando delle emergenze epidemiologiche, in alcuni casi drammatiche, causate dalla sempre più grande diffusione di ceppi batterici con sensibilità a poche o addirittura nessuna classe di antibiotici". ha spiegato il presidente del congresso Marco Tinelli.



segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)

Responsabilità professionale. Più risk management, ma senza una legge non si va avanti

Da medici, manager, magistrati arriva la richiesta di un intervento legislativo, ma ora un comitato ristretto dovrebbe sintetizzare a breve in un unico testo i sette disegni di legge all'esame dell'XI Commissione Lavoro della Camera. Delle circa 30mila denunce l'anno solo il 9.4% dei contenziosi vengono decisi in sede di mediazione. Se ne è parlato oggi in un convegno alla Corte d'Appello di Roma.



20 MAR - Revisione della definizione dell'atto medico, necessario per trovare una linea di confine nella medicina difensiva. Definizione delle tabelle per la valutazione economica del danno non patrimoniale alla persona. Ricorso alla giustizia penale solo in casi di estrema ratio risolvendo i contenziosi medico legali in sede civile o disciplinare, o anche affidandoli alla mediazione. E ancora, attivazione di cartelle cliniche elettroniche correttamente compilate e creazione di un sistema di Risk management in tutte le strutture sanitarie.

Sono queste solo alcune delle possibili soluzioni per sbrogliare la complessa matassa della responsabilità sanitaria che aspetta ormai da moltissimo tempo di essere definita in modo chiaro e univoco una cornice normativa, calmierando così gli effetti negativi del fenomeno della medicina difensiva.

Argomenti caldi sui quali si sono confrontati magistrati, giuristi, medici legali, economisti, assicuratori, manager ed esperti di rischio clinico, nel corso del convegno "La responsabilità sanitaria. Problemi e prospettive". Un convegno, organizzato oggi a Roma presso la Corte di Appello, dall'Istituto di ricerca Orme - Osservatorio sulla responsabilità in medicina, dall'Università di Tor Vergata Roma, dalla Corte di Appello e dal Tribunale ordinario di Roma, da Federsanita Anci - Federazione Lazio e dall'Omceo di Roma.

Ad aprire i lavori del convegno è stato il primo presidente della Corte di Cassazione, **Giorgio Santacroce** che ha sottolineato come "ci sia una difficoltà di definire la colpa lieve e la colpa grave. E comunque il ricorso alla giustizia penale deve essere l'estrema ratio. E solo in caso di colpa gravissima del medico".

Sul tema sono intervenuti il sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo** e il sottosegretario alla Giustizia, **Cosimo Ferri**. "La responsabilità professionale in campo medico - ha detto De Filippo - è un problema molto sentito. Il costo della medicina difensiva negli ultimi anni si stima in oltre 10mld di euro. La legge Balduzzi ha provato a fare chiarezza ma ha dei limiti. Oggi all'esame dell'XI Commissione Lavoro della Camera ci sono sette disegni di legge che un comitato ristretto a breve

dovrebbe sintetizzare in un unico testo. Parallelamente al lavoro del Parlamento anche il ministero della Salute produrrà un suo documento sulla responsabilità medica".

Non c'è una linea ben precisa del Governo su questo tema, ha affermato il sottosegretario **Cosimo Ferri**, "si sta lasciando alla giurisprudenza l'interpretazione e la definizione di alcuni punti che meriterebbero un intervento legislativo". "Bisogna rimettere il rapporto medico paziente al centro e renderlo trasparente - ha aggiunto - la cartella clinica digitale può essere uno strumento positivo. Occorre anche capire cosa si intenda per atto medico, per questo serve una definizione più puntuale. Laddove le regole sono chiare e c'è certezza di diritto si può prevenire il contenzioso. Bisogna anche puntare su istituti alternativi alla giurisdizione, ma i dati in possesso per quanto riguarda ad esempio la mediazione non sono soddisfacenti: solo il 9.4% delle questioni vengono decise in sede di mediazione, non c'è ancora una cultura nel definirle anche stragiudizialmente".

Comunque, nelle more di una legge che dia contorni ben precisi al tema della responsabilità sanitaria, secondo i dati del rapporto Marsh Risk Consulting, il numero delle denunce nonostante si rimasto stabile negli ultimi 5-6, si attesta intorno ai 30 mila l'anno, con 2,6 sinistri ogni mille ricoveri nel pubblico. E un'ampiezza dei risarcimenti intorno ai 40 mila euro.

Ma come ha ricordato **Lino Del Favero**, presidente di Federsanita Anci: "Nel 60-70% dei casi, le responsabilità degli eventi sono dovuti a deficit del sistema organizzativo delle aziende e gli eventi avversi accadono dove ci sono deficit gestionali e di governo clinico. Per questo bisogna sviluppare modelli di risk management ed anche attuare una ricognizione sistematica degli eventi sentinella e di quelli avversi quotidiani e sviluppare processi di audit clinico per imparare dall'errore".

"La gestione del rischio clinico è il core della governance, per questo si chiede al Direttore generale di avere la capacità di misurare in maniera tridimensionale tutti gli aspetti in tema di responsabilità sanitaria - ha affermato **Tiziana Fritelli**, direttore generale della Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma e presidente di Federsanita Anci Lazio - sul quale serve un intervento normativo immediato, ma anche un grande confronto etico e culturale per affrontare i problemi anche perché bisogna tenere conto di una serie di

criticità e delle molte figure deboli da tutelare".

HiQpdf Evaluation 03/20/2015

Per questo è stato attivato al Policlinico Tor Vergata il Comitato di garanzia, che vede partecipare la direzione del Policlinico con l'Università Tor Vergata, per gestire e coordinare la responsabilità professionale all'interno della struttura. "Gli obiettivi del Comitato sono l'adozione di strumenti di prevenzione e di miglioramento della qualità dei processi assistenziali per la tutela dei cittadini e degli operatori sanitari - ha spiegato Fritelli - la formazione di tutti gli operatori sul piano tecnico, professionale e organizzativo; l'adozione da parte del Policlinico di efficaci protocolli per una gestione trasparente, corretta e sollecita degli eventi negativi".

Per **Giovanni Bissoni**, sub commissario alla sanità della regione Lazio, c'è un quadro normativo insufficiente, una scarsa formazione degli operatori sanitari, una programmazione organizzazione sanitaria a volte incompleta mentre il tema della sicurezza delle buone pratiche dovrebbe essere più presente nei percorsi formativi.

Bissoni parte da alcuni dati dell'osservatorio nazionale dei sinistri errori sanitari: sono state 13mila denunce di sinistri nel 2013 nelle aziende delle 19 regioni che partecipano. Un dato stabile negli ultimi tre anni, anzi leggermente in calo nonostante l'enfatizzazione data al problema dovuta in larga misura a una crisi generale del sistema. Numeri importanti che vanno però rapportati al volume totale delle prestazioni offerte del Ssn, ossia oltre 10mln di ricoveri l'anno e 1 mld di prestazioni specialistiche. Il conto medio dei sinistri tra il 2009 e il 2013 è di 34mila euro con un trend in aumento, dai 17 mila euro del 2009 ai 41 mila euro del 2013. Soprattutto è aumentata la durata dei contenziosi: si è passati dai 286 giorni del 2009 ai 537 del 2013. "Bisogna evitare quindi soluzioni pasticciate - ha detto - che addossino alle Ssn tutte le contraddizioni del sistema senza un quadro normativo certo che invece gli altri paesi si sono dati".

E gli alti costi investono anche il sistema assicurativo. Come ha ricordato Bissoni, tra quello che pagano le aziende pubbliche e i professionisti si arriva ad 1 miliardo di euro a cui vanno aggiunti gli indennizzi liquidati per gestione diretta o per franchigia che rappresentano ormai circa l'85% dei sinistri.

Sta di fatto, come ha ricordato nel suo intervento **Dario Focarelli**, direttore generale dell'Ania che per l'incertezza di determinare il costo finale dei sinistri l'offerta assicurativa per la copertura dei rischi delle strutture mediche si è progressivamente rarefatta. "Oggi la maggior parte delle Regioni sono in un sistema di autoassicurazione totale o parziale - ha sottolineato Focarelli - quindi i medici lamentano una mancata copertura delle strutture dove operano. Le assicurazioni dei medici sono a prezzi accessibili, ci sono però eccezioni come i ginecologi o gli ortopedici".

L'Ania propone una sua ricetta per superare l'impasse creata dalla legge Balduzzi del 2012, che ha cercato di affrontare il tema della responsabilità sanitaria ma che ancora soffre di ritardi nell'approvazione dei decreti attuativi. "Si deve ridefinire il concetto di responsabilità civile dei medici - ha concluso Focarelli - poi si devono approvare le tabelle per i risarcimenti. A quasi tre anni dalla legge Balduzzi deve essere ancora emanato il decreto attuativo per le tabelle che farebbero chiarezza sull'entità dei danni biologici. Infine, all'interno degli ospedali andrebbe rafforzata la figura del risk management, per ridurre in maniera consistente il numero di incidenti".

20 marzo 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Lavoro e Professioni



Elezioni Fiomceco. Urne aperte fino a domenica. Sfida all'ultimo voto tra Chersevani e Amato. I programmi dei due sfidanti per il "dopo" Bianco



Responsabilità e colpa in medicina. Un vademecum per sottrarsi alla gogna. Ma una nuova legge è indispensabile



Tism. Eletto il nuovo comitato centrale per il 2015-2018: Beux confermato alla presidenza



Arriva il nuovo codice deontologico di Assogenerici: "Rapporti con tutti, ma trasparenti"



Specializzandi. Nasce una nuova associazione: "Coordinamento mondo medico". "Vogliamo colmare vuoto di rappresentanza"



Responsabilità sanitaria e rischio clinico. Convegno domani alla Corte di Appello di Roma

CSnewsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 marzo 2015

RESPONSABILITÀ SANITARIA/ Le urgenze: una nuova normativa, la lotta alla medicina difensiva e la gestione del rischio clinico nelle strutture

di Lucilla Vazza

Ogni anno oltre 30mila professionisti sanitari sono chiamati a rispondere davanti al giudice del loro operato: è questo infatti il numero delle denunce in tema di responsabilità sanitaria. Per questo motivo, il costo dei sinistri è schizzato del 50% nelle coperture per i medici e del 72% per le strutture. Con risarcimenti che valgono in media 30mila euro. Oggi su questi temi e tutte le sfaccettature della responsabilità sanitaria si è discusso nel lungo e ricco convegno che si è svolto presso la Corte d'Appello di Roma. L'evento è stato organizzato dall'**Osservatorio sulla responsabilità in medicina (Orme)**, il progetto nato dalla volontà del Tribunale e della Corte d'Appello di Roma, insieme all'Università di Tor Vergata, che dal 2007 ha avviato una sistematica raccolta e catalogazione delle pronunce civili e penali sulla responsabilità professionale medica.

Giurisprudenza in cammino

Ha introdotto e coordinato la prima sessione del convegno il primo presidente della Cassazione, nonché presidente onorario di Orme, **Giorgio Santacroce**, che ha ripercorso tutte le criticità della materia, anche alla luce delle pronunce più recenti e della legge Balduzzi, che ha introdotto elementi innovativi (aprendo però nuovi fronti interpretativi) a un istituto che dal 1999 era consolidato. Infatti la Cassazione con la sentenza del 22 gennaio '99 aveva indicato la via maestra, indicando che la responsabilità del medico debba essere considerata contrattuale, con tutte le implicazioni del caso: 10 anni per la prescrizione e colpa presunta in capo (si legga, la disamina della situazione, nel [commento del giudice Giuseppe Buffone](#)). «La responsabilità dei medici è essenzialmente civile, solo in extrema ratio, si deve passare al giudizio penale». Mentre di recente, con la sentenza n. 1430 del 2 dicembre 2014, il Tribunale di Milano, ha dato una lettura diversa della natura della responsabilità sanitaria, alla luce dell'articolo 3 della legge 189/2012, la cosiddetta legge Balduzzi (come spiegato, nel nostro [articolo di Umberto Vianello](#)).

Il richiamo al Parlamento: serve una nuova legge

Fomentati da una certa cultura sensazionalistica, oltre che da una generale sfiducia nelle istituzioni, da oltre un decennio si assiste in Italia a un'impennata delle denunce su vera o presunta malpractice, con ricadute pesantissime sulla spesa a carico del sistema sanitario pubblico. E questo è un aspetto che però non può ridursi a una questione meramente contabile, come ha sottolineato il presidente emerito della Corte costituzionale, **Cesare Mirabelli**, in apertura dei lavori: «Va tutelato il diritto costituzionale alla salute, perché è il diritto «perfetto» dell'individuo, che discende direttamente dal più alto dei diritti dell'essere umano: quello alla vita. Per questo la complessità della materia che, nel caso dei medici e della salute in generale, che investe molti settori (ambiente, lavoro ecc.), deve essere ripreso dal legislatore al più presto». Sono infatti 7 i provvedimenti che giacciono in Parlamento, ed è lì che occorre trovare la quadra per dare risposte certe a tutti gli attori coinvolti. Ma su questo tema, ha spiegato il sottosegretario alla Giustizia Cosimo Ferri: «Non c'è una linea ben precisa del Governo su questo tema», ha affermato il sottosegretario **Cosimo Ferri**, «si sta lasciando alla giurisprudenza l'interpretazione e la definizione di alcuni punti che meriterebbero un intervento legislativo».

Le assicurazioni

Sul costo che questa situazione porta in termini di sinistri e di esplosione delle tariffe assicurative è intervenuto **Dario Focarelli**, Dg dell'Ania, «tra il 2001 e il 2012 il costo dei sinistri del ramo ha ecceduto i premi raccolti in media del 50% nelle coperture per i medici e del 72% in quelle per le strutture». E come abbiamo scritto più volte su questa testata, le denunce contro medici e strutture sanitarie sono raddoppiate, raggiungendo il numero di 20mila. Il costo sinistri è di 107 euro a posto letto, secondo il rapporto del broker Marsh. Tutti i dati sono stati già anticipato sul **Sole 24 Ore Sanità, 5/2015**. In una situazione del genere, le soluzioni di policy da percorrere per cambiare rotta e ridurre il numero dei sinistri non possono essere univoche. Per gli assicuratori Ania «Nel campo della prevenzione occorre diffondere una cultura del rischio, incentivando l'adozione di protocolli di risk management presso strutture e professionisti».

Il dovere del risk management

Per **Giovanni Bissoni**, già ai vertici dell'Agenas e oggi sub-commissario alla sanità per la Regione Lazio, la

risposta deve partire dalla situazione di governance delle strutture «Va potenziata la ricerca sui sistemi sanitari. Occorre un cambio di mentalità, superare il discorso incentrato sul posto letto, orientandosi a quello molto più articolato che passa per le reti cliniche integrate. Le aziende devono curare sempre di più il risk management». «Tutto deve partire dalla gestione del rischio clinico» ha spiegato **Tiziana Frittelli**, direttore generale della Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma e presidente di Federsanità Anci Lazio - «in tema di responsabilità sanitaria - ha affermato sul quale serve un intervento normativo immediato, ma anche un grande confronto etico e culturale per affrontare i problemi anche perché bisogna tenere conto di una serie di criticità e delle molte figure deboli da tutelare». E, raccontando ai nostri microfoni, Frittelli ha spiegato «Quando sono arrivata al Policlinico Tor Vergata, ho trovato un conto di 10 milioni per la sinistrosità reale e presunta. Occorre individuare nuovi strumenti operativi, mappare i rischi e analizzare i sinistri. Solo in questo modo è possibile fare una sorta di "quaderno degli errori", e da lì ripartire. Ma il Dg non può fare tutto da solo. La gestione del rischio clinico è il cuore della governance, e attraverso la figura dei facilitatori, che hanno il compito di facilitare i percorsi clinici, portandosi sulle spalle determinate procedure, è possibile governare l'intero sistema attraverso una logica diffusa e mai accentrata».

20 marzo 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Ebola, l'Oms finisce sotto accusa: «Annunciò in ritardo l'epidemia»

**DOCUMENTI ED EMAIL
TESTIMONIEREBBERO
IL RINVIO PER LA PAURA
DI DANNEGGIARE
L'ECONOMIA AFRICANA
LA REPLICA: «FALSITÀ»
LA POLEMICA**

ROMA L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) avrebbe rinviato di due mesi l'annuncio dell'epidemia di Ebola in Africa occidentale, temendo di danneggiare le economie di quei Paesi. A dimostrarlo una serie di documenti ed e-mail interne ottenute dall'Associated Press. La notizia ha subito acceso le polemiche, e l'Oms ha replicato sottolineando che «non bisogna confondere la risposta operativa, che risale a quando sono stati segnalati i casi di Ebola, con la dichiarazione di un'Emergenza di salute pubblica di rilevanza internazionale».

L'ALLARME

L'Oms, ha affermato l'addetta stampa Margaret Harris «ha allestito una forte risposta operativa un anno fa, quando ci è stato notificato che l'epidemia era Ebola». L'elemento necessario prima di poter «dichiarare una emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale - ha quindi spiegato la Harris - è il fatto che altri paesi siano a rischio. Tale rischio non lo abbiamo osservato fino a quando una persona contagiata ha portato la malattia in Nigeria e si è diffusa presso 19 persone, 7 delle quali sono morte. Questo risale al 20 luglio». L'Oms ha allora riunito un comitato di emergenza che ha dichiarato l'emergenza l'8 agosto.

Secondo i documenti dell'Ap, i funzionari Oms sarebbero stati invece informati della situazione già a giugno ma i manager scoraggiarono l'idea dicendo che si potevano danneggiare le economie dei Paesi coinvolti.

«Se tale notizia dovesse essere confermata sarebbe molto grave, ma sono incredulo rispetto al fatto che l'Oms abbia potuto ritardare l'annuncio per timori economici», ha commentato Fabrizio Pulvirenti, il medico italiano di Emergency infettato dal virus in Sierra Leone e poi guarito.



Allarme degli scienziati “Basta modifiche del Dna o sarà troppo tardi”

L'appello dei biologi su “Science”: le nuove tecniche di manipolazione rischiano di sfociare nell'eugenetica

Prima firmataria è la stessa ricercatrice che ha inventato il metodo: “Bisogna approfondire”

Dopo gli esperimenti sugli animali, qualcuno potrebbe pensare di passare all'uomo

NICHOLAS WADE

JENNIFER A. Doudna, dell'università della California a Berkeley, ha inventato un nuovo editing genetico, ma è lei stessa ad aver firmato per prima l'appello che caldeggia la moratoria internazionale sull'uso della nuova tecnica: gli scienziati e l'opinione pubblica, sostengono Doudna e i suoi colleghi, devono avere il tempo necessario ad approfondire tutte le implicazioni di questa tecnica rivoluzionaria, che potrebbe cambiare il Dna umano in modo tale da rendere ereditaria la manipolazione.

I biologi temono che la nuova tecnica sia a tal punto efficace e facile da indurre alcuni medici a farvi ricorso prima che se ne possa valutare con affidabilità la sicurezza. E vogliono che l'opinione pubblica capisca fino in fondo le questioni etiche connesse a tale tecnica, che potrebbe servire a curare malattie genetiche, ma anche ad accrescere la bellezza o l'intelligenza. «Con questa tecnica si potrebbe esercitare una forma di controllo sul patrimonio genetico umano» ha detto David Baltimore, ex presidente del California Institute of Technology e membro di un gruppo il cui studio in materia è stato pubblicato da Science.

Da decenni gli esperti di etica si preoccupano per i pericoli connessi alla manipolazione della linea germinale umana. Fino al 2012 tali preoccupazioni erano solo teoriche, ma da quell'anno una nuova tecnica rende possibile manipolare il genoma umano con precisione e con una facilità notevolmente superiore. La tecnica è già stata utilizzata per modificare il genoma di topi, ratti e scimmie e lo stesso potrebbe accadere anche per l'uomo. I biologi dell'appello su Science sono favorevoli a proseguire le ricerche, ma pochi credo-

no che la tecnica sia pronta per l'uso clinico. Se infatti questo utilizzo è soggetto a una rigidissima regolamentazione negli Stati Uniti e in Europa, che cosa potrebbe accadere in quei Paesi che non regolamentano la scienza con pari rigidità? Una moratoria come quella richiesta dai biologi ha un precedente: nel 1975 fu chiesto agli scienziati di tutto il mondo di astenersi dal ricorrere a un metodo di manipolazione genetica, la tecnica del Dna ricombinante, fino a quando non fossero state fissate regole in merito. «Chiedemmo che nessuno effettuasse determinati esperimenti e, da quanto mi risulta, nessuno li fece» dice Baltimore. La tecnica del Dna ricombinante fu la prima di una serie di piccoli ma significativi progressi sulla manipolazione del materiale genetico. Due metodi messi a punto di recente, e noti come “Dita di zinco” ed “Effettori Tal”, sono arrivati assai vicini all'obbiettivo di manipolare il genoma con precisione, ma sono risultati entrambi di difficile utilizzazione. La nuova tecnica di editing del genoma è stata inventata da Jennifer A. Doudna di Berkeley e da Emmanuelle Charpentier dell'università svedese di Umea. Il loro metodo, noto con l'acronimo Crispr-Cas9, coopta il sistema immunitario naturale col quale i batteri ricordano il Dna dei virus che li attaccano così da essere pronti a reagire nel caso in cui si presentino quegli stessi aggressori. I ricercatori possono semplicemente “istruire” il sistema difensivo fornendo una sequenza-guida di loro scelta, e quindi distruggere la corrispondente sequenza del Dna in qualsiasi genoma al quale il sistema è esposto. Pur essendosi rivelata molto efficace, questa tecnica in alcuni casi taglia il genoma in punti non voluti. Ma c'è dell'altro: secondo gli scienziati, sostituire un gene di-

fettoso con uno normale potrebbe sembrare un'operazione del tutto innocua, ma probabilmente non è così. «Temiamo che si possano indurre mutazioni senza che le persone interessate siano consapevoli di quello che tali modificazioni implicano per il patrimonio genetico nel suo complesso» osserva il dottor Baltimore.

Esistono due grandi scuole di pensiero in relazione all'intervento sulla linea germinale umana, spiega R. Alta Charo, specialista di bioetica presso l'università del Wisconsin e membro del gruppo della dottoressa Doudna. La prima è pragmatica e cerca di bilanciare benefici e rischi. L'altra «fissa limiti intrinseci a come e quanto il genere umano debba alterare la natura». Alta Charo si definisce pragmatica, e dice che è meglio «regolamentare queste cose, invece di arrestare del tutto una tecnologia agli esordi». «È evidente che ci sarà chi effettuerà l'editing genetico negli esseri umani» dice Rudolph Jaenisch, biologo esperto di cellule staminali che lavora al Whitehead Institute di Cambridge in Massachusetts, «questo documento chiede che sia fissata una moratoria su qualsiasi applicazione clinica, e credo che sia la cosa giusta da fare».

La settimana scorsa, sulle pagine di Nature anche Edward Lanphier e altri studiosi che lavorano alla messa a punto della tecnica concorrente “Dita di zinco” per l'editing genetico hanno chiesto la moratoria. E giovedì anche l'Associazione internazionale per la ricerca sulle cellule staminali ha detto di essere favorevole alla proposta.

(Traduzione di Anna Bissanti. © 2015, The New York Times)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





LA SVOLTA

Nel 2012, viene sperimentata la tecnica che permette una manipolazione del Dna tale da essere trasmessa da un individuo all'altro

IL MANIFESTO

Nell'ultimo mese, numerosi scienziati - inclusi gli scopritori delle tecniche più recenti - hanno chiesto una moratoria sui test

CUORI FORTI

Riproduceva il cuore malato di un anziano e fu la prima rappresentazione di una patologia coronarica a noi pervenuta. Firmata: Leonardo da Vinci. Che tra i vari studi di anatomia si interessò soprattutto proprio "dell'organo sempre pulsante", quei 250-300 grammi di muscolo dall'attività che, a raccontarla in numeri, fa sempre effetto: 100mila battiti giornalieri e oltre 2 miliardi e mezzo in tutta la vita, per un totale di 12 tonnellate di sangue pompato ogni giorno, il motore di un sistema circolatorio che tra arterie e vene (come riporta la Harvard Medical School) arriverebbe a un'estensione di 100mila chilometri di lunghezza, con i soli capillari che occupano una superficie di 7mila metri quadrati e una lunghezza di 160mila chilometri.

MASCHI IPERTESI, FARMACI UTILI

Più di 500 anni dopo quel disegno, questa patologia è di gran lunga la principale causa di morte al mondo. E colpisce gli uomini più precocemente delle donne. «Se è vero che in assoluto, secondo l'Oms, muoiono d'infarto più donne che uomini (in Europa le patologie coronariche ne uccidono 2 milioni e 220mila, il 51% dei decessi annui, contro un 1 milione e 860mila), è fra i maschi che si registra il numero più alto di morti precoci», spiega Stefano Savonitto, fra i massimi esperti in materia e direttore dell'unità di cardiologia dell'ospedale Manzoni di Lecco. «Prima dei 75 anni, infatti, gli uomini sono colpiti da un infarto in proporzione quasi doppia rispetto alle donne: 940mila casi contro 536mila». Il genere maschile, conferma anche l'Istituto superiore di sanità (Iss), è quello più a rischio di problemi cardiovascolari tra i 35 e i 69 anni (+8% rispetto alle coetanee), percentuale purtroppo invariata negli ultimi 10 anni. «Gli uomini tendono a trascurarsi di più e sono meno disciplinati quando devono sottoporsi a una terapia», spiega Simona Giampaoli, responsabile del progetto Cuore dell'Iss, che da 18 anni osserva l'andamento dei fattori di rischio e della salute cardiovascolare degli italiani. «Negli anni non

ci sono stati grandi cambiamenti nell'incidenza delle malattie cardiovascolari, ma c'è stato qualche miglioramento nei valori medi della pressione arteriosa e nelle terapie: oggi gli uomini trattati in modo appropriato sono più del 15%, il doppio quindi rispetto a 10 anni fa, quando erano solo 7 su 100». In effetti i farmaci per l'apparato cardiocircolatorio sono i più consumati in Italia, 552 dosi giornaliere ogni mille abitanti. E sono anche quelli che si comprano di più: 4.194 milioni di euro in un anno, secondo l'ultimo rapporto annuale Osmed, dell'Agenzia italiana del farmaco. Altro successo è la diminuzione dei fumatori, campo nel quale gli uomini sono passati dal 32,3 al 23,8% della popolazione (benché lo stesso non si possa dire dei giovani). Le buone notizie, però, finiscono qui. Perché per il resto le statistiche rilevano un aumento dei valori medi di colesterolo, nessun miglioramento per diabete e glicemia e una maggiore diffusione di sovrappeso e obesità. «Condizioni che, sommate, riguardano purtroppo ben il 75% dei maschi italiani tra i 35 e i 74 anni», sottolinea Giampaoli. «In altri termini, uno su due è iperteso, uno su tre ha il colesterolo alto e l'11% ha il diabete: da qui la necessità di trattare il problema come un fatto di salute pubblica». Con politiche adeguate che portino le persone a mantenere uno stile di vita più sano e rivendicare un ambiente migliore.

MAL DI METROPOLI

Qui si apre un altro capitolo, che potremmo intitolare: "perché la città fa male". Sette persone su dieci infatti, nel 2050, vivranno in un centro urbano. E l'urbanizzazione non pianificata ha conseguenze importanti sulla salute. In particolare proprio sul cuore. Ecco perché a Ginevra, durante l'ultimo *World heart day*, una petizione internazionale ha chiesto a leader e governanti di riconoscere che un ambiente sano riduce le malattie cardiovascolari e di impegnarsi per tutelarle.

«Le persone che vivono in città», spiega Johanna Raiston, Ceo della World Heart Federation (world-heart-federation.org).



FRA I 35
E I 69 ANNI
GLI UOMINI
RISCHIANO
L'INFARTO
PIÙ DELLE
DONNE. E SE
I "BIG KILLER"
SONO NOTI,
I MODI
PER BATTERLI
CAMBIANO

**DI DANIELA CONDORELLI
E GINA PAVONE
FOTO DI HORACIO SALINAS**



FALSI MITI

È vero o non è vero che... Con il dottor Stefano Savonitto, direttore dell'Unità di cardiologia dell'ospedale Manzoni di Lecco, parliamo di "dicene" sul tema.

Chi ha problemi di cuore deve stare a riposo assoluto?

No. Il caso in cui l'attività fisica è sconsigliata si limita a un dopo infarto devastante. «Se il problema è stato lieve, invece, consigliamo di fare più sport di prima». Moto e attività fisica sono infatti alleati del cuore.

Dopo un infarto il sesso è storia chiusa?

«Dipende dalla gravità dell'insulto subito, ma non ci sono controindicazioni». L'erezione è un fenomeno vascolare e un problema a 45-50 anni può essere indice di disturbi cardiocircolatori, da indagare controllando colesterolo, pressione e glicemia.

Le pillole per favorire l'erezione fanno male?

«Dagli studi non è mai emersa una correlazione con gli infarti. Bisogna però fare attenzione all'interazione con altri farmaci, tipo quelli per abbassare la pressione». G.P.

org), «sono più esposte a fattori negativi che comportano rischi per il cuore: mangiano peggio, fanno una vita più sedentaria, respirano sostanze inquinanti, sono più esposte alla pubblicità di fumo, alcol e cibo spazzatura». E gli uomini, confermano le statistiche, sono meno virtuosi delle donne in fatto di comportamenti urbani a rischio. Città basate sul trasporto in auto piuttosto che sugli spostamenti a piedi o in bici, poi, hanno un forte impatto sull'attività fisica degli abitanti: «Fare le scale, non prendere la macchina per i tragitti brevi o se si prendono i mezzi fare le ultime due o tre fermate a piedi: sembrano i soliti consigli banali ma non lo sono», aggiunge Savonitto. Non solo: chi vive in città fuma di più e i bambini sono più spesso sottoposti a fumo passivo. Come intervenire? La dottoressa Ralston porta esempi di amministrazioni virtuose che hanno fatto scelte per creare un ambiente "favorevole al cuore". Parigi con il suo programma per bandire il fumo dagli spazi pubblici e persino dai parchi cittadini. O New York, che grazie alla creazione di zone "no car" (tipo Times Square) ha aumentato il numero di pedoni dell'11% per cento. O Bogotá, in cui tutte le domeniche il centro viene chiuso al traffico per incoraggiare la gente a camminare.

POCO MOTO, TROPPI ESAMI

Problema ulteriore: l'alimentazione. «Mangiamo decisamente troppo», riprende Giampaoli. «Hai voglia a sottolineare che non servirebbe parlare di rinunce se si riuscisse a limitarsi nelle quantità. Allora bisogna ricordare che la dieta mediterranea è ottima sia per il cuore sia per le malattie cronico-degenerative, ma ha tre debolezze: l'uso eccessivo di sale e sostanze ipercaloriche come l'olio d'oliva e il vino». A questo si aggiunge che i cambiamenti socio-culturali hanno modificato lo stile di vita in negativo: «Oggi si consumano cibi pronti, pieni di sale e sostanze aterogene, cioè in grado di danneggiare le arterie». Inoltre nelle metropoli e nelle periferie delle grandi aree urbane è decisamente più facile ed economico reperire grassi e zuccheri da cibi scadenti piuttosto che da frutta e verdura fresche. Ultime "killer" appunto, gli zuccheri: una recentissima ricerca pubblicata dall'*American Journal of Cardiology* (ajconline.org) li individua come responsabili della pressione alta più ancora del sale. Se non tutto - parlando di cuore e salute - lo stile di vita è

quasi tutto. Mentre andare a ricercare la "malattia" con esami diagnostici sofisticati è inutile e potenzialmente dannoso. «Di esami specialistici ne facciamo anche troppi», sottolinea Savonitto. L'infarto e l'ictus sono eventi difficilmente prevedibili: «Sono dovuti a processi degenerativi cronici, ragione per cui è fondamentale tenere sotto controllo i fattori di rischio nella quotidianità: non fumare, camminare ed evitare la sedentarietà, non aumentare di peso». Invece tra i controlli da fare, almeno per le persone ancora sane e senza sintomi, «basta la misurazione della pressione di tanto in tanto. E, dopo i 50 anni, controlli regolari per colesterolo e glicemia. Per intenderci, fare una Tac coronarica a persone che non presentano sintomi rischia di trovare anomalie senza spiegazioni, cui seguiranno spesso trattamenti inutili». Gli specialisti sottolineano che non c'è bisogno di strafare neanche in fatto di attività fisica: basta farne un po' ma in modo costante. E l'importante è farla sempre, non solo quando ci si rende conto di aver accumulato troppi centimetri nel girovita. «Ma è comunque vero», conclude Giampaoli, co-autrice tra l'altro del libro *Per mantenersi in buona salute basta poco* (Il pensiero scientifico editore), «che non è mai troppo tardi per rimettersi in forma».

2025: LA SFIDA È MONDIALE

Visto che le patologie cardiovascolari sono una delle emergenze planetarie, l'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato una data traguardo per una drastica riduzione della mortalità. La nuova campagna si chiama "25 by 25": entro il 2025 bisognerà ridurre del 25% i decessi. «È il cuore e i suoi disturbi sono la prima causa di morte», conferma Elena Tremoli, presidente della Fondazione italiana per il cuore. Nel mondo 17,5 milioni di persone muoiono ogni anno per una malattia cardiovascolare. Come si pensa di poterle ridurre di un quarto? La strategia dell'Oms è multipla: diminuendo del 10% il consumo di alcol e la sedentarietà, del 30% il fumo e il consumo di sale, mentre il tasso di obesità deve almeno restare invariato e il numero degli ipertesi diminuire del 25%. Molto farà anche la prevenzione specifica. Qui si inserisce il programma di collaborazione con il mondo del lavoro lanciato dalla Fondazione italiana per il cuore, che conta di fare campagne di screening nelle aziende, di intervenire sull'alimentazione nelle mense e rafforzare azioni contro il fumo. Questo permetterà di raggiungere oltre 20 milioni di persone in una fascia d'età in cui è possibile intervenire sul rischio cuore. «L'obiettivo "25 by 25" si può e si deve raggiungere», è convinto Roberto Volpe del Servizio prevenzione e protezione del Cnr, che cita il grande cardiocirurgo Christian Barnard: «Se mi fossi occupato prima di prevenzione, invece di salvare la vita a 150 persone avrei potuto salvarne 150 milioni».

» Qui e ora

di Karen Rubin

L'insonnia può favorire istinti omicidi

SE SALTANO I FRENI INIBITORI

Guai a non riposare abbastanza: il cervello rischia di andare in tilt fino a gesti esplosivi o estremi

Bambini con disturbi della condotta che in classe infastidiscono i compagni e la maestra e non riescono mai a finire l'esercizio, adulti che non portano a termine un lavoro se non con sviste ed errori, mariti che non reggono il conflitto coniugale e cedono all'impulso omicida potrebbero soffrire di un deficit delle funzioni esecutive. Quando discutiamo con qualcuno, quando avviamo un progetto dobbiamo essere in grado di pianificare e coordinare degli schemi d'azione in cui dominano un certo tipo di comportamenti e ne sono inibiti altri inadeguati al raggiungimento dello scopo che c'eravamo prefissati. Per raggiungere la meta serve autocontrollo, auto-monitoraggio e stabilità emotiva.

Uno studio italiano diretto dal professor Pietro Pietrini dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'Università di Pisa e dal professor Giulio Tononi del Centro per lo studio del Sonno e della Coscienza dell'Università del Wisconsin dimostra che per mantenere attive le funzioni esecutive non dobbiamo affaticare la mente privandola del giusto riposo. «Quando ci impegniamo a lungo in un determinato compito cognitivo, in cui mettiamo in gioco le nostre funzioni esecutive, utilizziamo notevolmente le aree cerebrali deputate a quello scopo specifico che vanno incontro a fatica cognitiva - spiega Pietrini - senza ristoro le risorse si esauriscono e con loro anche la capacità di eseguire quel compito senza commettere errori». Il recupero delle funzioni cerebrali è garantito in modo fondamentale dal sonno. È ormai noto che dormire poco ha ripercussioni gravi sul corpo e sulla mente. Nonostante la letteratura scientifica descriva un'insonnia senza cause identificabili nella pratica medica è possibile riconoscere e trattare il disturbo alla base dell'insonnia e ristabilire attraverso l'igiene del sonno il giusto riposo. «Se non ci concediamo le ore di sonno necessarie al buon funzionamento cerebrale le aree del cervello che impe-

gniamo di più nelle nostre attività prevalenti si metteranno a dormire da sole e ci abbandoneranno stanche quando ne abbiamo più bisogno», commenta Giulio Bernardi, giovane ricercatore del laboratorio di Pietrini e primo autore del lavoro. Un fenomeno, scoperto proprio da Tononi, che è stato definito «local sleep» e cioè sonno localizzato. È quello che può accadere a un chirurgo che opera per ore di fila senza aver dormito sufficientemente la notte precedente e ad un tratto compie un errore banale che se avesse riposato adeguatamente non avrebbe mai fatto. Le funzioni esecutive controllano il piano che si sta realizzando inibendo gli atti disfunzionali e predisponendo l'azione in accordo con il piano iniziale. Un impulso aggressivo durante una lite può essere dominato se le funzioni di controllo sono attive e queste possono disattivarsi in individui che sono sottoposti allo stesso stress troppo a lungo.

«Nei gravi reati d'impeto come quello dell'omicidio del coniuge può accadere che un individuo che ha una maggiore vulnerabilità a questi effetti per una ridotta efficienza della corteccia frontale abbia trascorso giorni e giorni di privazione di sonno a causa della conflittualità. L'area cerebrale deputata all'inibizione degli impulsi aggressivi potrebbe essere andata in affaticamento e aver favorito così l'azione esplosiva», osserva Pietrini. Il soggetto avrebbe quindi perso la capacità cerebrale rivolta al controllo del comportamento. Per dimostrare questa ipotesi lo studio - sostenuto anche da un finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca - ha reclutato 16 volontari sani che sono stati sottoposti a compiti che richiedevano l'uso prolungato delle funzioni esecutive in condizione di affaticamento e privazione di sonno. Attraverso registrazioni elettroencefalografiche, è stato possibile rilevare che a seguito dell'affaticamento cognitivo, compariva improvvisamente un'attività elettrica tipica delle fasi del sonno che era associata a errori comportamentali. I partecipanti allo studio erano svegli ma il loro cervello dormiva proprio in quelle aree deputate allo svolgimento del test.



LA DIETA dell'eterna giovininezza

Una dieta può essere per sempre. E può anche allungarci la vita. Siamo abituati a pensare alle diete come a brevi periodi di sacrifici per perdere peso. Meno durano, meglio è. Fare attenzione ogni giorno a quello che finisce nel piatto, però, non solo ha effetti sulla bilancia ma può anche aiutare a vivere a lungo. È nel cibo che si trova l'elisir di lunga vita: un'alimentazione equilibrata è il miglior trattamento per prevenire diabete, tumori e malattie cardiovascolari.

La regola generale è seguire un regime alimentare a base di frutta, verdura, cereali integrali e grassi di buona qualità. Ma se l'obiettivo è diventare ultracentenari, bisogna anche tagliare le proteine di carne e formaggi e ridurre le calorie. Nel 2014 una ricerca coordinata da Valter Longo, a capo dell'istituto per la longevità dell'Università della California del Sud, ha dimostrato come gli adulti che consumano grosse dosi di proteine animali hanno una maggiore probabilità di sviluppare problemi al cuore, tumori e demenze. Ci si ammala di più, si invecchia prima e si vive di meno. Una dieta ricca di frutta e verdura, al contrario, tiene alla larga molte patologie e assicura un'aspettativa di vita più lunga. «Questo avviene perché le cellule del nostro corpo "mangiano" quantità minori di amminoacidi delle proteine, restando in uno stato di quasi quiescenza e vivendo così più a lungo», spiega Giuseppe Passarino, docente di Genetica dell'invecchiamento dell'Università della Calabria, che ha partecipato alla ricerca guidata da Longo. «In presenza di maggiori quantità di proteine, le cellule lavorano di più e hanno un'esistenza più breve».

Molte diete dimagranti, dalla paleo alla Dukan, puntano su un consumo ridotto di carboidrati abbinato a un elevato apporto di proteine. «Si pensa che sia il modo migliore per perdere peso e massimizzare le performance fisiche. Quello che non si sa è che sul lungo tempo dosi eccessive di proteine accelerano l'invecchiamento del corpo», dice Passarino. Il responsabile di questo processo è l'ormone della crescita IGF-1. Stimolato dalle proteine, questo ormone ha un ruolo centrale per lo sviluppo dell'individuo nelle prime fasi della vita, ma in età adulta non fa altro che accelerare l'usura delle cellule. Limitare le proteine animali diventa così il modo migliore per controllare l'avanzare dell'invecchiamento. Ma dopo i 65-70 anni il metabolismo cambia e l'effetto negativo dell'apporto proteico diminuisce, anche grazie a un calo fisiologico dell'ormone della crescita. «Così si spiega perché la Calabria e l'isola giapponese di Okinawa siano le aree in cui si concentra il maggior numero di centenari», spiega Passarino. «Entrambe sono le regioni più povere dei Paesi più longevi al mondo. Per molti anni queste popolazioni hanno avuto una dieta povera di proteine animali, cominciando a mangiare molta carne solo dopo i 70 anni. In pratica, hanno condotto involontariamente una dieta perfetta, e il risultato è che in tanti superano la soglia dei cento anni».

La longevità, certo, in parte dipende da una genetica favorevole. Ma la variabile che meglio possiamo controllare resta l'alimentazione. Il piatto della longevità è composto per tre quarti da vegetali e cereali, il resto è occupato dalle proteine delle carni bianche e del pesce. Una ricerca durata 12 anni e pubblicata sul *British Journal of Cancer* ha dimostrato che vegetariani e vegani hanno il 45% delle probabilità in meno di ammalarsi di cancro. Nelle donne, in particolare, i cibi che aiutano a vivere più a lungo sono le verdure a foglia verde

ALIMENTAZIONE

Verdura sempre, carne solo da una certa età. Più fragole e peperoncino, capaci di convincere il corpo a ridurre le calorie

di Lidia Baratta

come bietole, spinaci e insalata, associate a una minore insorgenza del tumore al seno.

Povera di carne rossa e ricca di pasta, frutta, verdura, legumi, olio d'oliva e pesce, la dieta mediterranea è di certo un'alleata della longevità. Gli studi che la associano a un ridotto rischio cardiovascolare e di sviluppo del cancro sono moltissimi. Nel 2009 un gruppo di ricercatori inglesi ha assegnato a 7.447 persone a rischio cardiovascolare tre tipi di diete: dieta mediterranea con l'aggiunta di una maggiore quantità di olio d'oliva, dieta mediterranea con l'aggiunta di nocciole, e una normale dieta ipocalorica con pochi grassi. Per i due gruppi associati alla dieta mediterranea il rischio di infarti e ictus si riduceva del 30%. I risultati furono così netti, che la ricerca venne subito bloccata per evitare di procurare danni ulteriori al terzo gruppo. Non solo. In uno studio pubblicato di recente sul *British Medical Journal*, un team di ricercatori statunitensi ha dimostrato che la dieta mediterranea agisce direttamente sui telomeri, i cromosomi associati alla longevità, rendendoli più lunghi e quindi più durevoli.

Con la crisi, però, anche in Italia la dieta mediterranea è stata abbandonata soprattutto dalle fasce di reddito più basse, a favore di cibi meno costosi ma anche più calorici. E questo ha avuto ricadute anche sulla aspettativa di vita media. Maria Benedetta Donati, membro del comitato scientifico della Fondazione Veronesi, ha monitorato la dieta di 25mila cittadini del Molise tra il 2005 e il 2010. Il risultato è che la minore diffusione della dieta mediterranea ha portato,

come spiega, a «un progressivo peggioramento delle condizioni di salute, con una più elevata prevalenza dell'obesità e una maggiore mortalità tra i diabetici».

Colpevoli sono anche le calorie, da tenere a bada se si vuole invecchiare bene. Una dieta ipocalorica facilita i meccanismi di difesa contro le malattie degenerative. Alzheimer in testa. Scienziati e nutrizionisti, non a caso, raccomandano ogni tanto una giornata di digiuno. Astenersi dai piaceri dalla tavola a intermittenza abbasserebbe i livelli dell'ormone IGF-

1 riducendo anche il rischio di tumori. «Gli studi dimostrano che se togliamo il 30% dell'apporto calorico a qualsiasi specie, dai lieviti ai macachi, si ha un allungamento della vita e una minore incidenza di malattie», spiega Lucilla Titta, nutrizionista responsabile con Giuseppe Pellicci, direttore dell'Istituto europeo di oncologia, del progetto *Smart Food*, che studia quali principi nutritivi degli alimenti favoriscono la longevità. «I cibi smart», spiega Titta, «sono gli alimenti che contengono i composti mimetici della restrizione calorica, cioè sostanze di origine vegetale che hanno sull'organismo lo stesso effetto della riduzione di calorie, e che quindi sono in grado di allungare l'aspettativa di vita». Una specie di «pillole della longevità», concentrate nel peperoncino, nelle fragole, nei mirtilli, nell'uva rossa, nelle cipolle e nelle arance. I nomi sono poco conosciuti e difficili da pronunciare: capsaicina, fisetina, resveratrolo. Ma

se associati a una dieta corretta e alla giusta attività fisica, possono essere il passaporto per una lunga vita.

Al di là dei cibi smart, il segreto per controllare le calorie resta comunque la diminuzione di dolci e zuccheri. Non a caso, l'Organizzazione mondiale della sanità da poco ha chiesto di ridurre dal 10 al 5% la soglia dell'apporto giornaliero di zucchero. «La verità è che nostro corpo non ha bisogno di per sé di assumere zuccheri semplici», spiega Lucilla Titta. «Basta mangiare frutta due o tre volte giorno». Gli zuccheri contenuti in mele, pere e kiwi non alzano il livello di glicemia nel sangue, non aumentano il rischio di diabete e assicurano una vita più lunga. Meglio di un cucchiaino di zucchero nel caffè.

Il piatto perfetto

L'Harvard Medical School di Boston ha ribattuto la classica piramide alimentare, rappresentando in un piatto la composizione ideale che dovrebbe avere ogni pasto della giornata, dalla colazione alla cena. Per mantenersi in salute, un piatto dovrebbe essere composto per metà da frutta e verdura, prediligendo quella di stagione e variando i colori. Gli onnipresenti di ogni pasto dovrebbero essere cereali e derivati integrali, inclusi pane, pasta, riso, orzo e farro. L'ultimo spicchio, quello più piccolo, è occupato dalle proteine. Ma è importante variare le fonti: si al pesce azzurro e ai legumi tre volte alla settimana; carne bianca, uova e latticini (meglio freschi e magri) non più di due volte alla settimana. La carne rossa va limitata. I salumi dovrebbero essere del tutto evitati. Ultimo tocco: condire i piatti con olio extravergine di oliva a crudo, e insaporire con spezie ed erbe aromatiche. Per arricchire di sapore, e di salute, ogni pasto.

DIABETE

Donne oltre i limiti (glicemici)

Sono curate come gli uomini, mantengono nella norma i fattori di rischio cardiovascolare - come pressione, colesterolo e peso - ma non sempre i valori della glicemia. Sono le italiane con diabete di tipo uno, secondo il rapporto dell'Associazione medici diabetologi (aemmedi.it), basato sui dati di 2,4 mila pazienti di 320 centri specialistici. «Nelle donne la glicemia e l'emoglobina glicata (indicativa dell'andamento degli zuccheri nel sangue nell'arco di due-tre mesi, *ndr*) sono più di frequente fuori limite» spiega Valeria Manicardi, coordinatrice del Gruppo Donna Amd. «Succede perché il ciclo mestruale, la gravidanza, la menopausa comportano interferenze ormonali con effetti negativi sul glucosio nel sangue: così, solo una su cinque raggiunge stabilmente gli obiettivi, contro il 25 per cento degli uomini». La buona notizia è che affidarsi ai centri diabetologici aiuta a restare nei binari. «Per contrastare le differenze di genere nel controllo metabolico, alle donne viene più spesso applicato il microinfusore, che simula meglio la funzione del pancreas erogando l'insulina in maniera più continua: lo usa una su cinque». *E.M.*



MEDICINA

Secondo ricerche recenti
la flora intestinale
gioca un ruolo preventivo
nei confronti di diverse patologie

Amici batteri

Federico Mereta

Nel nostro corpo c'è un vero e proprio organo invisibile. Pesa circa 800 grammi, più o meno come il cuore quando è vuoto. Ma non esiste sulle tavole anatomiche, anche se lavora indefessamente per ventiquattro ore. E' fatto di un numero di cellule che supera di circa dieci volte quello dell'organismo che lo ospita. Si chiama flora batterica e si concentra soprattutto nell'intestino, anche se i batteri che lo formano si trovano anche in altre aree del tubo digerente. Negli ultimi anni, la scienza si è concentrata molto sulle possibili azioni di queste cellule, anche grazie allo studio del loro patrimonio genetico.

Laboratorio segreto

Tanto che oggi sono in corso sperimentazioni su come i mutamenti di questa popolazione batterica possono influire sull'organismo umano. Per alcune possibili attività del 'laboratorio segreto' ci sono già certezze, come nel caso del ruolo che gioca nella prevenzione delle allergie della pelle nei bambini. In altri casi la ricerca sono agli inizi, ma il futuro appare affascinante: si parla di ricerche nel settore della lotta all'obesità e del diabete, nei meccanismi di difesa dalle infezioni, della prevenzione di patologie neurologiche gravi come la malattia di Alzheimer. In attesa degli sviluppi futuri della scienza,

già oggi ci accorgiamo che quando qualcosa non funziona a dovere, magari perchè abbiamo l'intestino squassato da un virus o abbiamo assunto a lungo antibiotici, anche l'organismo ne risente. Grazie ai batteri 'buoni' infatti avvengono molte reazioni enzimatiche che ci permettono di assorbire correttamente i principi nutritivi degli alimenti che ingeriamo. Ma non basta. Il laboratorio invisibile che abbiamo nel nostro apparato digerente ci permette anche di produrre energia che ci aiuta a superare gli sforzi e addirittura è responsabile della sintesi di vitamine del Gruppo B e in particolare della B12, presente solamente negli alimenti di origine animale.

1

Alzheimer, uno studio tutto italiano per 'sfiappare' i neuroni

Secondo uno studio condotto dai ricercatori del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità, del Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie e del Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche dell'Università di Bologna, apparso su PLoS One, nei topi una tossina prodotta dal batterio escherichia coli ha permesso di eliminare l'infiammazione che si lega al danno dei neuroni che si osserva in questa malattia.



2

Le alterazioni influiscono su diabete e metabolismo

Esistono già diverse prove del ruolo della flora batterica intestinale nella genesi del diabete e dell'aumento di peso che spesso si lega a questa condizione. In particolare uno studio realizzato dall'Istituto nazionale per il Cancro degli Usa ha

dimostrato che agendo sui batteri presenti nell'intestino con una sostanza ad azione antiossidante è possibile modificare il rischio che compaiano il sovrappeso e le conseguenze sul metabolismo legate a questa condizione.

«Un ecosistema geneticamente complesso»

«La vita umana è condizionata dalla presenza di batteri che abitano diverse aree del corpo umano – spiega Lorenzo Morelli, preside della Facoltà di Scienze agrarie, alimentari ed ambientali dell'Università Cattolica di Piacenza –. Quando la flora batterica intestinale è composta in prevalenza da batteri 'buoni', molte funzioni dell'organismo si svolgono regolarmente. Quando invece questo equilibrio si altera, possono comparire fenomeni diversi, legati proprio alle alterazioni che si verificano. Per capire la complessità di questo ecosistema basti pensare che il patrimonio genetico di questi batteri contiene un numero di geni più che centuplicato rispetto a quello dell'uomo».

Il buonumore nella pancia

I batteri intestinali potrebbero influenzare l'attività del sistema nervoso centrale agendo sul sistema immunitario, ovvero scatenando la produzione di citochine. Inoltre alterazioni della flora batterica potrebbero favorire ansia e dolore. Recenti studi hanno anche dimostrato che la composizione della flora batterica potrebbe contribuire a regolare i livelli di cortisolo e quindi lo stato di stress. Infine, i batteri 'buoni' arrivano a produrre sostanze che potrebbero agire direttamente sul sistema nervoso centrale e sul buonumore.

3

Gli spazzini della carnitina

I batteri intestinali buoni degradano la carnitina, sostanza presente nelle carni rosse il cui consumo eccessivo è correlato con un maggior rischio di malattie cardiovascolari. Una ricerca condotta alla Cleveland Clinic ha scoperto che esiste un composto presente nella carnitina, trimetilamina-N-ossido (Tmao), si associa con la formazione di placche aterosclerotiche. In chi mangia spesso carne, in caso di terapia antibiotica che modifica la flora batterica, si altera anche la produzione di Tmao.

Alcol. Si consolida il consumo “fuori pasto”. E il binge drinking continua a colpire. La Relazione al Parlamento

Nonostante i cambiamenti emergenti nei modelli di consumo, l'Italia occupa una posizione migliore rispetto a molti Paesi europei, anche di ambito mediterraneo. Nell'area europea solo Georgia, Armenia e Turchia presentano valori inferiori a quelli dell'Italia. Lorenzo Zing: "Attenzione soprattutto ai giovani". [LA RELAZIONE.](#)



20 MAR - Il nostro Paese, negli ultimi dieci anni, ha registrato un progressivo cambiamento dei comportamenti di consumo di alcol, appare infatti sempre meno diffuso il tradizionale modello di consumo basato sull'assunzione quotidiana di vino durante i pasti che tuttavia persiste nella popolazione adulta e anziana, mentre si consolida il consumo occasionale e al di fuori dei pasti. Continua ad essere una criticità il fenomeno del *binge drinking* soprattutto nella popolazione più giovane.

Lo rileva la Relazione al Parlamento del ministro della Salute per il 2014. Nonostante i cambiamenti emergenti nei modelli di consumo, l'Italia occupa una posizione migliore rispetto a molti Paesi europei, anche di ambito mediterraneo. Infatti, secondo i più recenti dati del WHO-HFA Database, aggiornati all'anno 2010, il consumo medio pro capite di alcol puro in Italia è pari a 6,10 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età, valore ormai vicino a quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia per il 2010 (6,10 litri) appare tra i più bassi registrati nella Regione europea, dove il valore medio è di 9,82 litri e solo Georgia, Armenia e Turchia presentano valori inferiori a quelli dell'Italia.

Certamente questo dato riconosciuto a livello internazionale sembra confermare la validità delle politiche di contrasto attivate a livello nazionale e regionale e incoraggia, in linea con gli orientamenti della legge 125/2001, un loro ulteriore rafforzamento.

Infatti, dai dati nazionali, si evince la necessità di mantenere alta l'attenzione soprattutto per i modelli di consumo di alcol più rischiosi per la salute (consumo abituale eccedentario e *binge drinking*) e in particolare per gruppi specifici di popolazione più a rischio (giovani e anziani).

Nel decennio 2003-2013 l'ISTAT ha rilevato la diminuzione della quota di consumatori totali – *almeno una bevanda alcolica su base annua* –, la diminuzione della quota di consumatori giornalieri, l'aumento dei consumatori occasionali, l'aumento dei consumatori fuori pasto.

Nel 2013 hanno consumato almeno una bevanda alcolica circa 34 milioni e 644 mila persone, con una prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi rispetto alle femmine; mentre beve quotidianamente circa 12 milioni e 300 mila persone, anche in questo caso con una netta prevalenza dei maschi rispetto alle femmine. Rispetto all'anno precedente la quota complessiva dei consumatori si presenta in lieve calo.

Il consumo fuori pasto è progressivamente aumentato dal 2003 al 2013, e nel 2013 ha riguardato circa 14.000.000 persone. Rispetto al 2012 si osserva una sostanziale stabilità del fenomeno sul totale della popolazione considerata. Se tuttavia osserviamo il fenomeno per classi di età, risulta evidente che il consumo fuori pasto è soprattutto diffuso tra i giovani (18-24 anni) e i giovani adulti (25-44), che lo adottano spesso nell'ambito di occasioni e contesti legati al divertimento e alla socializzazione. Preoccupante invece è la crescita negli ultimi dieci anni del consumo fuori pasto tra le femmine, tale crescita si è verificata in tutte le fasce di età.

Il fenomeno che ormai desta preoccupazione, soprattutto per i più giovani, è il cosiddetto *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti in un breve arco di tempo, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Nel 2013 i binge drinkers rappresentano complessivamente il 6,3% della popolazione di 11 anni e più, il 10,4% tra i maschi e il 2,5% tra le femmine, in leggero calo rispetto al 2012. Il fenomeno del *binge drinking* negli ultimi anni (2010-2013) mostra pertanto una interruzione del trend in crescita che era in atto a partire dal 2003. Tuttavia è importante rilevare che, al contrario, nella fascia di età 18-24 anni maggiormente interessata a questo genere di consumo, il dato del 2013 è leggermente superiore rispetto al 2012, il fenomeno continua ad interessare soprattutto i maschi di 18-24 anni.

Occorre monitorare con attenzione anche la popolazione di età inferiore ai 18 anni, per la quale la legge stabilisce il divieto di vendita e di somministrazione delle bevande alcoliche in considerazione dei gravi danni causati dall'alcol nell'organismo dei giovanissimi, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol.

Per quanto detto, anche se nella fascia d'età 11-17 anni si riscontra una riduzione della percentuale totale sia del fenomeno “consumo giornaliero non moderato” (ovvero: *consumo abituale eccedentario*) tra il 2012 ed il 2013, sia del fenomeno del “*binge drinking*”, tuttavia è assolutamente rilevante il dato riportato da fonte ISTAT riguardo al fenomeno correlato ad almeno un comportamento di consumo a rischio che vede nella fascia di età 11-17 anni un valore del 10,2% (11,7% maschi e 8,5% femmine), valore che dovrebbe tendere allo zero.

La popolazione di età compresa tra i 65 e i 74 anni è a rischio soprattutto per il consumo giornaliero non moderato ovvero abituale eccedentario, per la quale tali modalità di assunzione di bevande alcoliche è quella largamente prevalente.

 segui [ilFarmacistaonline.it](#)


iPiùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Cuore. Un “calcolatore fai da te” per verificare rischio infarto o ictus. On line sul sito del Nhs
- 2 Vaccino influenza. Siprec: mancata vaccinazione è ‘complice’ di 8.000 decessi per complicanze
- 3 Pillola “5 giorni dopo” e obbligo di prescrizione. Dopo il parere del Css la palla passa all'Aifa. Ma i margini di autonomia rispetto alle decisioni europee sono molto ristretti. A meno che...
- 4 Automedicazione. Mercato stabile per farmaci da banco e Sop. Crescono invece tutti i prodotti “extra farmaco”
- 5 Jobs act. Fiafant: “I farmacisti non titolari pesantemente penalizzati”
- 6 Autismo. La Commissione Igiene e Sanità approva all'unanimità la prima legge italiana per affrontare al meglio la malattia
- 7 Agenda parlamentare. Terzo settore, autismo e assistenza e sostegno in favore dei disabili
- 8 Chirurgia estetica. Nel 2014 aumentano gli interventi: +6,2%. Superata quota 1 milione
- 9 Omeopatia. Report australiano: “Non ci sono evidenze della sua efficacia”. La replica degli omeopati italiani e australiani
- 10 Lorenzin e il caso Incalza: “Nei ministeri ci vorrebbe lo spoil system. E invece chi è Direttore generale lo è a vita. E non va bene”

Si conferma anche per l'anno 2013 l'andamento in calo del numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili, in atto dal 2003. La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica immediatamente seguita dalla sindrome di dipendenza da alcol. Va peraltro evidenziato che l'andamento nel tempo del numero assoluto delle diagnosi ospedaliere per cirrosi epatica alcolica, dopo la relativa stabilità o il lieve incremento rilevabili tra l'anno 2000 e l'anno 2006, a partire dal 2007 si presenta in progressivo calo, soprattutto negli ultimi anni.

L'analisi condotta dall'I.S.S. (ONA-CNESPS) mostra che il valore corrispondente ai decessi totalmente alcol-attribuibili nel corso degli anni è leggermente diminuito rispetto al 2007 sebbene sia rimasto pressoché stabile rispetto al valore registrato nel 2010.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, precede il trend in calo delle persone che guidano l'auto o la moto dopo aver bevuto, anche tra i giovani di età compresa tra i 18-21 anni, questo fenomeno potrebbe essere correlato all'applicazione della legge 8.11.2012 n.189 (legge Balduzzi, che ha inasprito le sanzioni per la vendita ai minori).

Fonte: Ministero Salute

20 marzo 2015

© RIPRODUZIONE RISERVATA

approfondimenti

:: Lorenzin: "Stiamo lavorando ad una grande campagna rivolta soprattutto ai giovani"

*allegati**

:: Relazione 2014 al Parlamento sull'alcol

*avvertenza: se il browser non consente il download immediato del documento: posizionare il cursore sul collegamento, quindi **'tasto destro' > 'salva oggetto con nome'** (Explorer) oppure **'salva destinazione con nome'** (Firefox)

articoli precedenti

:: Decreto Ilva. Via libera definitiva dal Senato

:: Costi standard. Rinvia a settembre la decisione sulle tre regioni benchmark

:: Di Fare. Parere favorevole della Commissione Sanità del Senato

:: Camera. Approvata la Legge di delegazione europea 2013 con le norme anti-vivisezione

:: Di lavoro. Emendamento Barani salva stipendi dipendenti Asl nelle Regioni in Piano di rientro

IlFarmacista online
Quotidiano della Federazione
degli Ordini
dei Farmacisti Italiani
www.fofi.it

Direttore responsabile
Andrea Mandelli

Direttore editoriale
Cesare Fassari

Editore
Edizioni Health Communication
srl
[contatti](#)
P.I. 08842011002
Riproduzione riservata.

