

Le cure Audizione in Senato del comandante dei Nas

«Altri casi simili a Stamina» Le indagini dei carabinieri

ROMA — Due, tre, quattro casi uguali a Stamina, il metodo proposto per curare una vasta gamma di malattie gravi o rare. Approfittando della confusione e delle speranze delle famiglie, sono state fatte infusioni di cellule staminali al di fuori dei canali ufficiali, cioè degli Spedali Civili di Brescia.

Il comandante dei Nas Cosimo Piccinno ha rivelato questi ed altri risvolti inquietanti in un'audizione della Commissione Sanità del Senato presieduta da Emilia De Biasi: «Sono in corso accertamenti che potrebbero evolvere in atti di polizia giudiziaria su altre somministrazioni delle cellule non regolari con rischi molto seri per la salute dei pazienti. Potremmo avere altri fenomeni paragonabili a quello per cui abbiamo cominciato l'indagine».

Pericolo denunciato anche da Luca Pani, direttore dell'Agenzia per il farmaco (Aifa) e dalla senatrice Elena Cattaneo. I parenti dei malati, alla ricerca della guarigione o dei miglioramenti annunciati (senza prove) dai sostenitori del metodo, si passano parola ed ecco che finiscono per bussare alla porta degli speculatori. Altri fatti ascoltati ieri nell'audizione rendono ancora più inaccettabile l'intera vicenda. Secondo Piccinno «quando il decreto dell'ex ministro Renato Balduzzi (che ha aperto la strada alla sperimentazione) era in discussione in aula, sono circolati messaggi di propaganda e minacce verso coloro che avrebbero potuto votare contro emendamenti finalizzati alla prosecuzione delle infusioni. Il mittente era il Movimento vite sospese che fa capo a Stamina. Lo abbiamo segnalato all'autorità giudiziaria».

Non sorprende la strategia. Fra le vittime di minacce, per diversi motivi, il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e alcuni giornalisti. Tra l'altro

Pani ha ricordato che all'epoca della richiesta del brevetto negli Usa, rifiutato, i tecnici americani espressero «molte note di cautela sulla superficialità e i rischi del metodo che rappresenta a mio parere una regressione dei livelli della medicina che fa inorridire».

Preoccupata il ministro **Lorenzin**: «Guardo con viva attenzione e preoccupazione a quanto sta emergendo a Torino e dall'indagine conoscitiva, casi simili a Stamina possono nascere ogni giorno» e quindi «dobbiamo costruire dei sistemi di difesa del servizio sanitario nazionale».

Una cosa è certa. Questa storia andrebbe chiusa in fretta. Il ministero avrebbe dovuto nominare una seconda commissione per valutare Stamina, il decreto tarda. «La situazione è complicata — dice **Lorenzin** —. Non possiamo rischiare di creare un secondo organismo che poi viene sospeso dai tribunali».

Il fenomeno delle cure fasulle non è tipico soltanto dell'Italia, dilaga in tutto il mondo con minori probabilità di presa nei Paesi bene organizzati. Pseudo cure vengono proposte a persone colpite da malattie per le quali non esistono terapie pienamente efficaci e c'è chi si lascia imbrogliare perfino quando i **farmaci** «veri» possono essere utili. Negli Stati Uniti è stata pubblicata una guida da un'associazione no profit, «Sense about Science», per aiutare i pazienti a non farsi prendere in giro e turlupinare.

L'Aifa ieri ha pubblicato la versione italiana. Ci sono indicazioni su come riconoscere in linea generale il vero dal falso e sull'importanza di orientarsi guardando la bussola dell'evidenza scientifica. Consigli su come valutare i costi, soprattutto quelli emotivi, che molte di queste presunte terapie salvifiche portano con sé.

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

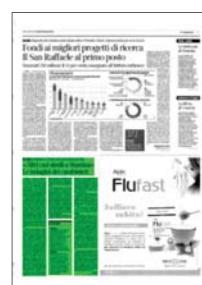
La vicenda

Il metodo

A fine settembre 2011 Davide Vannoni inizia ad applicare il metodo Stamina in un laboratorio degli Spedali Civili di Brescia. A maggio del 2012 l'Agenzia per il farmaco lo blocca. Da agosto 2012, 30 pazienti ottengono cure «d'urgenza» a Brescia e 130 finiscono in lista di attesa per ingiunzione dei giudici del lavoro

Il decreto

Il decreto Balduzzi del marzo 2013 stabilisce che le «cure» proseguano per chi le ha già iniziate. Il 29 agosto gli esperti del ministero della Salute bocciarono il metodo. Ma il Tar il 4 dicembre dichiara illegittimo il comitato scientifico. Intanto il ministro **Lorenzin** rivela di aver «ricevuto minacce di morte» dai pro Stamina



SANITÀ: DONNE MEDICO CIMO A LORENZIN, STOP A BLOCCO TURN OVER



Roma, 29 gen. (Adnkronos Salute) - Stop al blocco del turn over, più meritocrazia e maggiore chiarezza dei ruoli: queste le richieste avanzate al ministro della Salute Beatrice Lorenzin, e a tutte le Istituzioni competenti, dal Coordinamento Donne Cimo (Coordinamento italiano medici ospedalieri), che oggi a Roma hanno organizzato un incontro sullo stato di salute del Ssn, anche alla luce del mutamento della professione medica, che negli ultimi anni ha assistito a un aumento esponenziale di donne che con grande merito si fanno largo negli ospedali e nelle aziende sanitarie. Gli ultimi dati Fnomceo evidenziano due fasce di età che hanno superato per numero la popolazione medica maschile: quella compresa tra i 24 e i 39 anni (63,2%) e quella che va dai 40 ai 49 anni che ha raggiunto il 52%. "Finalmente ci stiamo avvicinando agli altri Paesi europei - commenta la coordinatrice Donne Cimo, Itala Corti - anche se siamo ancora indietro per tutto quello che riguarda la carriera. Ci siamo fatte spazio nel mondo del lavoro, ma questo non significa che riusciamo ad arrivare a ricoprire ruoli di leadership".

L'Ungheria con un tasso di occupazione femminile simile a quello italiano ha una presenza ai vertici quadrupla rispetto all'Italia; il Belgio, la Spagna e l'Irlanda hanno tassi di occupazione più elevati del nostro e una rappresentanza femminile analoga. "Il problema vero è che gli avanzamenti di carriera delle donne in Italia, sono bloccati dalla mancanza di strutture di supporto alla maternità e dal doppio carico di lavoro sostenuto lungo tutto il percorso professionale", continua Itala Corti. "Per non parlare del precariato femminile, che è notevolmente più alto rispetto a quello dei colleghi uomini. Ci troviamo ad affrontare disagi su disagi, al lavoro e in famiglia, senza peraltro nessuna certezza di acquisire diritti previdenziali".

"Tutto questo ha contribuito a creare una nuova coscienza femminile che propone un'evoluzione del Ssn, una maggiore tutela dei diritti delle lavoratrici ma anche e soprattutto per la salute dei cittadini - afferma Riccardo Cassi, Presidente Cimo Asmd - Nel Ssn è tutto precario: dalle strutture, alle dotazioni e al personale. In questo caos ci sguazza un clientelismo che ormai sa di altri tempi e la politica che continua a farla da padrone. Noi medici dipendenti siamo stanchi di essere sempre

bersaglio degli attacchi alla malasanita, che spesso dipende da inefficienza organizzativa piuttosto che da errori del singolo. Il problema riguarda tutto il sistema che va cambiato. Iniziative come questa, organizzata dalle colleghe, ci permette di individuare i punti nevralgici del sistema e di avere una forza in più che vorremmo continuare ad alimentare".

"Abbiamo individuato le priorità - aggiunge la coordinatrice Donne Cimo - e sono il blocco del turnover, meritocrazia e chiarezza dei ruoli. Su questi temi saremo irremovibili. Non possiamo più attendere, chiediamo pertanto al ministro Lorenzin e a tutte le Istituzioni competenti di: eliminare il blocco del turnover dei medici, garantendo da un lato un inserimento più precoce dei giovani medici nelle strutture sanitarie e dall'altro una gradualità nell'età del pensionamento".

E ancora: "modificare il sistema degli incarichi, a partire da quelli primariali. Va rivalutata e remunerata la qualità professionale di chi fa il medico; va riconosciuta l'autonomia professionale di chi svolge con competenza il proprio lavoro, attuando un nuovo modello di leadership eliminando la confusione di ruoli fra operatori sanitari". E ancora: "diffondere e orientare verso obiettivi concreti la costituzione dei Cug (Comitato unico di garanzia), in tutte le aziende sanitarie; identificare e separare dalla responsabilità professionale, anche ai fini assicurativi, quella della struttura.

http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Sanita-donne-medico-Cimo-a-Lorenzin-stop-a-blocco-turn-over_321163462313.html

Giovedì 30 GENNAIO 2014

Dispositivi medici. Assobiomedica: nel 2012 export italiano + 9,6%. Cala mercato domestico

Oltre il 79% delle imprese italiane esporta all'estero. La produzione segna +6,6%, nonostante la domanda interna registri una flessione (-4%). Gli Usa diventano uno sbocco sempre più gettonato: +21,2%. Sono le cifre analizzate e discusse nel corso di un convegno svoltosi presso l'Ice.

Nel corso del 2012 le esportazioni delle imprese italiane che producono dispositivi medici sono cresciute del 9,6% rispetto all'anno precedente e, contestualmente, la loro produzione ha registrato un incremento pari al 6,6%. Tutto questo a fronte di una contrazione del mercato domestico del 4%. Nel complesso il 79% delle realtà del settore ha venduto all'estero e, tra esse, oltre la metà si è mostrata operativa in almeno tre continenti: Europa occidentale e Russia; Stati Uniti, Argentina e Brasile; Paesi arabi, India e Cina.

I buoni risultati dell'export sono però maturati in un contesto di bassa domanda da parte dei tradizionali mercati di sbocco nell'area euro: le esportazioni verso la Germania hanno registrato una debole crescita (+4.1%) e le vendite in Francia sono calate (-1.5%), sono invece ottimi i risultati ottenuti negli Stati Uniti (+21.2%). In crescita lo sbocco in mercati come Cina, Turchia, Brasile e Venezuela.

E' sulla base di questi elementi che oggi Ice e Assobiomedica, in collaborazione con Sace e Simest, hanno proposto spunti e riflessioni nell'ambito del convegno "Strategie e strumenti per l'internazionalizzazione dell'industria italiana dei dispositivi medici", svoltosi presso l'Ice.

L'evoluzione dell'economia globale evidenzia come sia in atto "un processo di rientro della manifattura verso Occidente – ha sottolineato **Carlo Calenda**, vice ministro dello Sviluppo economico – Le realtà emergenti non sono infatti più soltanto economie di produzione, ma anche di consumo". E in questo trend si inserisce perfettamente il settore biomedicale " presente, in una fase di pieno sviluppo, in tutti i Paesi emergenti che stanno implementando importanti piani legati alla sanità qualificata. E in tale contesto deve lavorare l'Italia, caratterizzata sempre da un'importante produzione. La domanda internazionale è enorme e bisogna valorizzarla, soprattutto tramite accordi di libero scambio". Intese che devono tener conto" della realtà delle pmi, cioè "la colonna vertebrale del tessuto manifatturiero italiano, che necessitano di un sostegno pubblico in quanto faticano maggiormente ad affacciarsi verso i mercati esteri". Farmaceutico e biomedicale hanno registrato importanti tassi di crescita per quanto concerne l'export, "ma vanno sostenuti in maniera più adeguata, interloquendo con le associazioni di categorie per individuare dove convogliare le nuove risorse su piatto".

Essere presenti su tutti i mercati "è un elemento imprescindibile – ha osservato **Stefano Rimondi**, presidente di Assobiomedica – Ma allo stesso tempo bisogna costruire anche un mercato domestico recettivo. Serve quindi un approccio sistemico, non più incentrato sulla visione di singole aziende. Siamo convinti infatti che il settore si presti a strategie di filiera, che coinvolgano non solo le imprese, ma anche i centri di ricerca e le strutture sanitarie: esportare dispositivi medici insieme al know-how medico-organizzativo italiano aiuterebbe infatti sia lo sviluppo dell'industria del Paese che la valorizzazione del nostro Servizio sanitario nazionale".

Approccio pienamente condiviso da **Fulvio D'Alvia**, direttore Retimpresa di Confindustria, che ha ricordato come "il sistema di rete che caratterizza le imprese italiane rappresenti una best practice europea". Le aggregazioni devono però avvenire "all'insegna di un preciso programma di sviluppo, seguendo il concetto di network". E per raggiungere questo scopo la priorità "è investire sui distretti industriali che non vanno intesi come enti, ma da intendersi sulla base di unioni determinate da contratti".

I percorsi di internalizzazione dell'industria medicale italiana saranno pienamente supportati dall'Ice Agenzia, come ha garantito il direttore generale **Roberto Luongo**. "Un esempio è la Tavola rotonda italo-svizzera sul settore medicale, organizzata lo scorso mese di novembre presso la nostra sede di Roma, che ha rappresentato l'occasione per individuare ed illustrare le opportunità e le sfide che il comparto medicale offre nei due mercati, nonché per richiamare l'attenzione sul settore e sugli strumenti di sostegno e promozione che ciascun Governo mette a disposizione delle proprie imprese. Tra le iniziative in programma - ha ricordato - si segnalano anche la missione imprenditoriale di sistema in Arabia Saudita, organizzata dal ministero degli Affari esteri, ministero dello Sviluppo Economico, Ice-Agenzia e Confindustria, che si svolgerà nel prossimo mese di marzo, con il fine di approfondire le opportunità di collaborazione offerte dai due mercati alle imprese del settore e la partecipazione dell'Italia in qualità di Paese ospite d'onore alla fiera Expomed Eurasia, per la quale l'Ice-Agenzia, in collaborazione con il MiSE, di un padiglione imprenditoriale italiano e parallelamente una serie di tavole rotonde tematiche con il coinvolgimento di controparti locali".

L'Agencia del farmaco pubblica il manuale per smascherare chi promette cure miracolose: "I malati devono diffidare delle terapie non sperimentate"

Dai medici-stregoni ai siti web, il vademecum antitruffa

ROMA — Santoni infallibili, oli magici, veleni di serpente prodigiosi. Sono sempre esistite ma con la rete, dove le notizie false possono facilmente apparire vere, le "cure miracolose" che in realtà non servono a niente stanno esplodendo. E attirano tantissime persone disperate perché colpite da malattie incurabili. Non è certamente un caso se nei giorni in cui la vicenda Stamina vive uno dei passaggi più delicati l'Aifa pubblica un vademecum di una ventina di pagine dal titolo "Non ho nulla da perdere a provarlo". L'agenzia del farmaco, con il suo direttore Luca Pani, è da sempre schierata contro il metodo di Vannoni, al quale non riconosce alcun valore scientifico, anche alla luce di ispezioni e analisi. Dentro il libretto, che è la versione in italiano di una guida

per pazienti realizzata dalla agenzia no-profit inglese "Sense about science" ci sono consigli su come riconoscere le terapie farlocche, su come scegliere le fonti tra le migliaia disponibili, su come leggere le notizie sui giornali. Il testo è intervallato dalle testimonianze di pazienti che raccontano le loro esperienze con metodi di cura non sicuri e non sperimentati.

Aifa mette in guardia dalle possibili truffe, che passano dalla rete ma anche da presunti rimedi tradizionali. «Esistono molti siti web che pubblicizzano terapie non sperimentate come trattamenti o cure e nelle chat prendono piede voci infondate — è l'incipit del testo — In alcuni casi sostengono di basarsi sulle ultime scoperte scientifiche, mentre in altri affermano di rifarsi alla tradizio-

ne o alla saggezza antica. Solo raramente sono fondati su prove scientifiche che attestino la loro reale efficacia. Questi trattamenti vengono commercializzati con promesse e affermazioni che giocano sulla disperazione e sull'ansia di saperne di più». Si fa tra l'altro notare come provare trattamenti non sperimentati implichi un impegno in termini di tempo, stress ed energie per gli ammalati: «Uno dei costi emotivi maggiori è la delusione nello scoprire che ti è stata venduta una falsa speranza». C'è poi un elenco di domande a cui bisogna dare una risposta affermativa prima di prendere per buona una cura: «I risultati sono frutto di una ricerca indipendente e sono stati verificati? Lo studio è stato pubblicato su una rivista scientifica? Cosa dicono gli altri esperti del

settore? Si è svolto un trial clinico? Il trattamento è autorizzato? Per quale indicazione terapeutica?». Nel vademecum si spiega anche in modo semplice come funzionano le sperimentazioni cliniche, come si svolge tutto il processo che porta alla commercializzazione del farmaco e quali sono le attività svolte per controllare eventuali reazioni avverse una volta che il medicinale è arrivato in farmacia.

Dall'agenzia italiana del farmaco spiegano di ritenere «fondamentale mettere a disposizione dei pazienti, in particolare quelli affetti da gravi patologie, strumenti che permettano loro di riconoscere i trattamenti basati sulle prove scientifiche da quelli privi di presupposti rigorosi».

(mi. bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti

1

I RIMEDI DELLA NONNA

Spesso si passano come antiche e tradizionali, perché appaiono efficaci, terapie che anche se datate non hanno alcuna base scientifica

2

LE TESTIMONIANZE FASULLE

Un trucco è quello di utilizzare i racconti di pazienti per convincere l'efficacia di un metodo. In realtà è una tattica di marketing

3

I DOTTORI SU INTERNET

Bisogna fare attenzione alle notizie acquisite sulla rete, dove spesso si promuovono terapie non sperimentate spacciandole per efficaci

"Vanno evitati i trattamenti fondati su antiche tradizioni o scoperte recentissime"



La formula magica che scopre la medicina

Undici molecole in uso per alcune malattie, si sono rivelate un'arma preziosa per combatterne altre. Grazie a un motore di ricerca rivoluzionario, messo a punto da due italiani.

di Sergio Luciano

Ci sono 11 molecole salvavita nuove, appena scoperte in Svizzera da un'azienda farmaceutica, la Therametrics. O meglio, riscoperte: perché esistevano già, ma oggi si sa che servono a curare anche malattie diverse da quelle per le quali vengono già impiegate. Sono multuso, insomma, e nessuno lo sapeva. Guariranno malati di tubercolosi, di epatite B; altre saranno utili per far ricrescere vasi sanguigni; altre ancora serviranno contro le malattie rare, quelle che colpiscono poche migliaia di persone in tutto il mondo e vengono trascurate dalle industrie perché trovare rimedi specifici costa molto e rende poco.

Sintetizzare farmaci nuovi è costosissimo; trovare nuovi impieghi per medicinali già esistenti è dunque il sogno di tutti i ricercatori. E le molecole della Therametrics, sei delle quali (top secret) già opzionate dai gruppi di Big Pharma, i colossi delle pillole, sono state «pescate» da un archivio colossale: tanto grande da essere quasi insondabile senza il metodo brevettato da Therametrics e realizzato grazie a Ruggero Gramatica, che ha messo a punto il motore di ricerca per scoprire quelle 11 pepite, e al «patron» della Pierrel, Vincenzo Petrone, imprenditore napoletano di un gruppo che fattura 500 milioni di euro nel commercio dei farmaci.

E pensare che Gramatica, 45 anni (laurea al Politecnico di Milano, master a Chicago), è uno che di farmacologia capisce relativamente poco: è un ingegnere informatico. Non è nuovo però alle intuizioni: si deve a lui, per esempio, tutta l'architettura software, su base open-source, che fa funzionare la rete telefonica in fibra ottica di Fastweb. Acqua

passata, storie della new economy, quando Gramatica e un'altra decina di manager fondarono eBiscom con Francesco Micheli e Silvio Scaglia e diventarono milionari (Micheli ha poi proseguito nel biotech e ha quotato al Nasdaq un'azienda farmaceutica che vale oggi quasi 1 miliardo di dollari, Scaglia ha comprato la lingerie di lusso de La Perla).

Stavolta, Gramatica ha scritto un algoritmo specializzato nella ricerca delle molecole farmacologiche nell'oceano degli oltre 23 milioni di articoli scientifici, cartelle cliniche e documentazioni sanitarie sui farmaci già in produzione, schedate in 3 milioni di banche dati. Insomma, ha setacciato l'intero scibile farmacologico mondiale. Tra le molecole scovate da Search&Match, così si chiama il suo motore di ricerca, c'è per esempio il peptide Urocortin (in associazione con il Crh, che è un ormone e un neurotrasmettitore) destinato alle malattie cardiovascolari e rivelatosi utile anche contro il virus dell'Epatite B (Hbv): soluzione già autorizzata da Francia, Gran Bretagna, Germania e Svizzera. Un'altra molecola è l'octreotide: impiegata oggi contro i tumori gastroenteropancreatici e che sarà utilizzata anche contro la tubercolosi.

Un gioco di prestigio farmacologico, per così dire. «Provo a spiegarmi con un esempio chiaro» dice Gramatica, modi gentilissimi, zero boria. «Tutti conoscono il Viagra, ma non tutti sanno che è stato scoperto per caso, studiando gli effetti secondari di un farmaco sintetizzato per curare l'ipertensione. Un vero colpo di fortuna, che può capitare occasionalmente: una molecola sintetizzata per uno scopo che, in fase di test, rivela un effetto a volte più prezioso di quello principale. Ebbene, a Therametrics abbiamo industrializzato il caso,

cercando di rendere sistematica la ricerca di questi meccanismi trascurati nelle molecole già esistenti. E ci siamo riusciti con il nostro motore di ricerca semantico, di nuova concezione».

Nessuno, prima, aveva industrializzato in questo modo, cioè potenzialmente su vastissima scala, la logica del «Rescuing and repurposing» (salva e ripropone), cioè appunto il «modello Viagra». «L'algoritmo Search&Match» precisa Petrone «costruisce un complesso grafico, una nuvola di eventi e relazioni tra entità biologiche e chimiche e le loro applicazioni mediche. Qui entrano in gioco la teoria dei grafi e la meccanica per trovare percorsi che l'occhio e la mente umana da soli non possono rilevare. In totale, Search&Match e il know-how della nostra community di ricercatori clinici e biologi, ha identificato nella «nuvola» circa una settantina di potenziali farmaci per la cura di malattie neglette che riguardano polmoni, fegato e alcuni tipi di tumore».

Therametrics adesso farà i suoi business, e l'Università di Stanford, la prossima meta di Gramatica (da gennaio si è trasferito negli Stati Uniti), lancerà una stagione di ricerche per potenziare e perfezionare l'intero processo.

Business e ricerca pura a braccetto, insomma. Tanto più se si pensa che il modello bio-matematico Search&Match può dare soluzioni terapeutiche cui i malati possono ricorrere a basso prezzo per trovare nuovi percorsi di guarigione. Scoprire proprietà inedite per le molecole già apre le porte verso un mercato valutato a fine 2012 in circa 86 miliardi di dollari, con un Roi (redditività sugli investimenti) di 4 punti percentuali superiore a quello di un farmaco normale sintetizzato secondo i metodi tradizionali. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 29 GENNAIO 2014

Direttiva UE ferite da taglio in sanità. Parere favorevole delle Commissioni Lavoro e Affari Sociali al decreto attuativo

Le Commissioni chiedono però alcune integrazioni. Le misure preventive devono valere anche quando l'operatore opera a casa del paziente o in altra sede esterna all'ospedale o ambulatorio. Si inseriscano le norme anche negli accordi con le strutture accreditate e convenzionate.

Nella seduta di martedì 28 gennaio le Commissioni riunite Lavoro e Affari Sociali della Camera hanno espresso parere favorevole con alcune condizioni e osservazioni allo "[Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2010/32/UE](#)" che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

ECCO IL PARERE APPROVATO DALLE COMMISSIONI RIUNITE

Le Commissioni riunite XI (Lavoro pubblico e privato) e XII (Affari sociali), esaminato lo schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario (Atto n. 48);

premesso che:

- lo schema di decreto legislativo è volto al recepimento, ai sensi dell'articolo 1 e dell'Allegato B della legge di delegazione europea 2013 (legge n.96 del 2013), della direttiva 2010/32/UE, che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM (Associazione europea datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario) e FSESP (Federazione sindacale europea dei servizi pubblici), in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario;

l'accordo quadro – firmato il 17 luglio 2009 dalle parti sociali HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario – indica, all'articolo 3, come limite temporale per il recepimento l'11 maggio 2013, termine entro il quale gli Stati membri pongono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla direttiva o si accertano che le parti sociali attuino le disposizioni necessarie mediante accordo;

in data 23 luglio 2013, la Commissione europea ha inviato un parere motivato ex articolo 258 TFUE, nell'ambito della procedura di infrazione nei confronti dell'Italia (n. 2013/275), per mancato recepimento della direttiva 2010/32/UE, atteso che il termine per il recepimento della direttiva (pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* UE il 1° giugno 2010) era fissato all'11 maggio 2013;

nel campo di applicazione dell'Accordo quadro concluso da HOSPEEM e FSESP, e recepito dalla direttiva 2010/32/UE, rientrano, per espressa previsione dello stesso Accordo, anche gli apprendisti e i lavoratori assunti da agenzie di lavoro temporaneo ai sensi della direttiva 91/383/CEE (che completa le misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori aventi un rapporto di lavoro a durata determinata o un rapporto di lavoro interinale), che non risultano, invece,

espressamente richiamati nello schema di decreto;

le disposizioni contenute nel provvedimento sono riconducibili, ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione, alla materia di potestà legislativa concorrente Stato-Regioni «tutela e sicurezza del lavoro»;

auspicando che nel procedimento per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private da parte delle regioni si effettuino controlli e accertamenti volti anche a verificare il rispetto delle norme sulla tutela della salute dei lavoratori in particolare per quanto riguarda il presente decreto;

preso atto del parere favorevole espresso in sede di Conferenza Stato-regioni;

preso infine atto dei rilievi sulle conseguenze di carattere finanziario espressi dalla V Commissione (Bilancio), che si allegano al presente parere,

esprimono

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

a) all'articolo 286-*bis* del decreto legislativo n. 81 del 2008 – introdotto dall'articolo 1 dello schema di decreto – che individua i soggetti interessati, siano inseriti tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari che a qualunque titolo nel settore ospedaliero e sanitario operano o manipolano con strumenti da taglio o da punta;

b) al medesimo articolo 286-*bis*, siano richiamati espressamente i lavoratori aventi un contratto di lavoro a tempo determinato, di apprendistato o un rapporto di lavoro interinale;

c) all'articolo 286-*quater* del decreto legislativo n. 81 del 2008, previsto dal citato articolo 1, sia introdotta un'apposita disposizione che preveda che le regioni inseriscano i principi e le norme generali di tutela di cui allo schema di decreto in esame all'interno dei protocolli di convenzionamento e accreditamento dei soggetti privati operanti nel campo sanitario e socio-sanitario;

e con le seguenti osservazioni:

a) all'articolo 286-*ter*, comma 1, lettera a), del decreto legislativo n. 81 del 2008, sempre introdotto dall'articolo 1 dello schema di esame, andrebbe precisato che tra i luoghi di lavoro interessati debbano essere incluse anche le residenze dei pazienti presso le quali gli operatori sanitari prestano assistenza domiciliare, chiarendo che tutte le misure generali di tutela e prevenzione siano rispettate, in quanto compatibili, anche quando gli operatori svolgono la propria attività fuori dalle strutture sanitarie ovvero presso il domicilio del paziente;

b) ai fini di cui alla lettera a), si raccomanda, altresì, di introdurre un apposito riferimento all'esigenza di individuare forme di informazione e prevenzione per i volontari impiegati nelle cure domiciliari;

c) all'articolo 286-*septies* del decreto legislativo n. 81 del 2008 – introdotto anch'esso dall'articolo 1 – le sanzioni andrebbero elevate negli importi, al fine di produrre un efficace e concreto effetto deterrente.

INFLUENZA: PICCO VICINO, A LETTO 1,7 MILIONI DI ITALIANI

(AGI) - Roma, 29 gen. - Si avvicina il picco dell'epidemia influenzale: già 1,7 milioni di italiani si sono messi a letto con febbre e dolori articolari, circa 310mila solo nell'ultima settimana, quando il livello di incidenza totale è salito a 5,5 casi ogni mille assistiti. Sono i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità nel bollettino settimanale InluNet. Continua l'ascesa della curva epidemica, dunque, soprattutto grazie al moltiplicarsi dei casi tra i bambini: nella classe di età 0-4 anni, infatti, l'incidenza schizza a 16,49 casi per mille assistiti, scendendo a 8,28 tra i 5-14enni e a 4,44 tra i 15-64enni, per precipitare a 1,93 casi per mille tra gli over 65. Un'influenza che tuttavia sembra per ora piuttosto blanda: "Il livello di incidenza raggiunto finora - scrive l'Iss - è inferiore a quello osservato nelle precedenti stagioni influenzali". Campania, Molise, Marche, Sardegna e Val d'Aosta le regioni maggiormente colpite. Il picco è previsto nel giro di una o due settimane, poi dovrebbe iniziare il calo dei nuovi casi, anche se molto dipende dalle evoluzioni meteorologiche, con l'arrivo del freddo dopo un inverno fin qui insolitamente mite. (AGI)

Pubblicato il: mercoledì, gennaio 29th, 2014

Aifa: biomarcatori utili per lo sviluppo di nuovi farmaci

Un ruolo fondamentale nello sviluppo dei nuovi farmaci è giocato dai biomarcatori o "marcatori biologici", indicatori di processi fisiologici, patologici o di risposte biologiche all'intervento terapeutico.

Le Agenzie regolatorie, consapevoli che i biomarcatori, così come altre metodologie innovative, contribuiranno ad accelerare la disponibilità di farmaci sicuri ed efficaci, sono impegnate a definire dei modelli condivisi per il loro impiego.

L'Agenzia Europea dei Medicinali ha realizzato specifiche linee guida (l'ultimo, recente, aggiornamento è dell'8 gennaio 2014) e il CHMP (Comitato per i Medicinali per Uso Umano) fornisce su richiesta scientific advice con la consulenza scientifica del SAWP (Scientific Advice Working Party), l'organo consultivo dell'EMA in cui l'AIFA è attivamente rappresentata. L'Agenzia Europea ha anche concluso in passato con l'Agenzia statunitense (FDA) un processo di qualificazione congiunto su alcuni biomarcatori.

Proprio l'FDA ha di recente realizzato la Guida "Qualification Process for Drug Development Tools", che descrive il processo per la qualificazione degli strumenti di sviluppo dei farmaci. Una prima applicazione concreta ha riguardato gli strumenti di qualificazione per la misura dei sintomi di esacerbazioni batteriche acute di bronchiti croniche nei pazienti con malattia polmonare ostruttiva cronica. L'FDA ha presentato in proposito uno strumento, nello specifico una "valutazione dell'outcome clinico" (Clinical Outcome Assessment, COA), che, una volta messo a punto, potrà essere utilizzato come endpoint primario o secondario negli studi clinici di conferma.

La Guida dell'FDA fornisce una serie di interessanti considerazioni sui biomarcatori e sul loro impiego nei programmi di sviluppo dei farmaci. Di seguito ne riassumiamo alcune.

Misurati nei pazienti prima di un trattamento, i biomarcatori possono essere impiegati per selezionare i partecipanti a una sperimentazione clinica. Le variazioni di un biomarcatore a seguito di un trattamento possono predire o individuare problemi di sicurezza del farmaco in sperimentazione o rivelare un'attività farmacologica potenzialmente efficace. Possono inoltre contribuire a ridurre l'incertezza nella valutazione di un farmaco, fornendo previsioni quantificabili sulle sue performance e indicazioni sulla scelta della dose appropriata.

I biomarcatori impiegati nel processo di sviluppo dei farmaci possono essere diagnostici, prognostici, predittivi e farmacodinamici, anche se tali categorie non si escludono a vicenda.

Un biomarcatore diagnostico è una caratteristica che distingue un individuo in base alla presenza o all'assenza di uno specifico stato fisiologico, fisiopatologico o di una malattia.

Un biomarcatore prognostico è una caratteristica di base che distingue i pazienti per grado di rischio di insorgenza della malattia o in base alla progressione di un aspetto specifico della malattia. Fornisce informazioni sulla storia naturale della patologia di un particolare paziente, in assenza di un intervento terapeutico. Può essere usato come strategia di arricchimento per selezionare i malati che potrebbero avere risultati clinici interessanti o progredire rapidamente.

Un biomarcatore predittivo (o di risposta) è una caratteristica che distingue i pazienti sulla base della loro probabilità di risposta a un particolare trattamento rispetto a nessun trattamento. Può essere utilizzato come strategia di arricchimento per identificare una sottopopolazione che potrebbe avere una risposta specifica a una terapia (favorevole o sfavorevole).

Un biomarcatore farmacodinamico (o d'attività) è quel valore il cui cambiamento rivela una risposta biologica nel paziente sottoposto a intervento terapeutico, e per cui la misura del cambiamento è considerata pertinente alla risposta. Un biomarcatore farmacodinamico può fornire informazioni su uno specifico trattamento o, in modo più ampio, su come la malattia risponde. Alcuni esempi comprendono: la pressione sanguigna, il colesterolo, l'emoglobina glicata (HbA1C), la pressione intraoculare, le misurazioni radiografiche.

Il contesto clinico specifico può incidere sull'utilizzo e sull'interpretazione di un biomarcatore, che può essere impiegato come indice di sicurezza per segnalare la tossicità, o, in un diverso contesto, per monitorare l'effetto desiderato (ad esempio, la pressione sanguigna, la velocità di filtrazione glomerulare, i lipidi sierici). Questi biomarcatori sono spesso utilizzati durante gli studi di fase II per comprendere meglio come impiegare un farmaco e guidare nella scelta della dose o del regime da testare negli studi di fase III.

Dopo una lunga pratica, una conoscenza sufficiente di un particolare disturbo clinico e del ruolo del biomarcatore possono far sì che quest'ultimo venga utilizzato come endpoint surrogato (ad esempio, la pressione sanguigna, il colesterolo LDL, l'HbA1C).

La maggior parte dei biomarcatori farmacodinamici, tuttavia, è impiegata nella fase di sviluppo di un farmaco e non come base per l'approvazione regolatoria. Sono necessarie, infatti, solide prove scientifiche per giustificare la qualificazione di un biomarcatore come endpoint surrogato, per via dei potenziali rischi per la salute legati a un'erronea accettazione valutazione. Diversi biomarcatori rappresentavano endpoint surrogati plausibili (ad esempio il tasso ridotto di battiti prematuri ventricolari a seguito di un infarto, la gittata cardiaca nell'insufficienza cardiaca congestizia, l'aumento del colesterolo HDL nei pazienti con malattia coronarica).

Tuttavia, dopo essere stati testati in studi di outcome, questi biomarcatori hanno fallito nel predire il beneficio clinico atteso. Non è comunemente riconosciuto se si trattava di un'aspettativa erronea nella relazione tra il biomarcatore e l'output o di un effetto off-target non noto del farmaco. La qualificazione di un biomarcatore come endpoint surrogato è quindi molto meno frequente.

In conclusione, i biomarcatori sono comunemente utilizzati nei programmi di sviluppo dei farmaci, spesso sulla base dell'esperienza accumulata, e molti sono impiegati anche nella pratica clinica. Nella fase di sviluppo dei farmaci vengono utilizzati per identificare una reazione tossica in un paziente, spesso prima che diventi clinicamente evidente (ad esempio, gli elettroliti, gli enzimi epatici, i valori della funzionalità renale, gli enzimi muscolari).

In questa fase vengono spesso impiegati anche i valori di uno stato fisiologico o di una funzione organica (ad esempio, la pressione del sangue, la frazione di eiezione, il tasso di filtrazione glomerulare, GFR). I biomarcatori come già osservato, possono essere utilizzati anche per la selezione dei pazienti da arruolare in una sperimentazione clinica o per l'assegnazione dei partecipanti negli studi randomizzati.

Colazione scarsa, rischio di sindrome metabolica

L'università di Umea conferma una vecchia credenza: la colazione è uno dei pasti più importanti della giornata per mantenersi in buona salute. Se non è sostanziosa, si rischia la sindrome metabolica



Lo dicevano già i nostri nonni: la colazione è il pasto più importante della giornata. Molti giovani, tuttavia, la mattina hanno una gran fretta di uscire e preferiscono mangiare poco e veloce. Ma secondo studi recenti, **quest'abitudine è tutt'altro che salutare**: a lungo andare, infatti, potrebbe portare a sviluppare la cosiddetta sindrome metabolica. Questo è quanto suggerisce l'Università di Umea in Svezia, che ha condotto una ricerca appena pubblicata sulla rivista *Public Health Nutrition*. Dai dati è emerso che gli adolescenti che sono soliti consumare colazioni molto povere hanno **una maggiore incidenza nello sviluppare la sindrome metabolica** dopo circa ventisette anni, rispetto ai ragazzi che facevano una colazione abbondante. La sindrome metabolica non è una vera e propria malattia, bensì un insieme di sintomi collegati a un maggior rischio di soffrire di **tutta una serie di disturbi cardiovascolari**, ma anche grasso addominale, livelli di HDL (lipoproteine ad alta densità) eccessivamente bassi, ipertensione, glicemia e trigliceridi alti. Per arrivare a tali conclusioni, il team di ricerca nel 1981 aveva reclutato tutti gli studenti della città norvegese di Luleå, dell'età di nove anni, chiedendo di descrivere la loro colazione tipo. Ventisette anni dopo sono stati sottoposti tutti a un controllo sanitario al fine di rilevare e studiare la sindrome metabolica. Si è potuto così evidenziare come i giovani che non facevano colazione o la facevano in maniera scarsa, abbiano avuto **un'incidenza del 68% più elevata di sindrome metabolica in età adulta**, rispetto ai bambini che avevano mangiato colazioni molto più sostanziose. I dati sono stati elaborati tenendo anche presente i differenti fattori socio economici e lo stile di vita dei singoli adolescenti. «Sono necessari ulteriori studi al fine di poter comprendere i meccanismi coinvolti nella connessione tra la colazione scarsa e la sindrome metabolica, ma i nostri risultati e quelli di diversi studi precedenti suggeriscono che **una misera colazione può avere un effetto negativo sulla regolazione dello zucchero nel sangue**», conclude Maria Wennberg, autrice principale dello studio e ricercatrice presso il Department of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine dell'Umea University (Svezia). E' indubbio, quindi, che prima di andare a scuola bambini e ragazzi dovrebbero **prendersi un po' di tempo da dedicare a una sana e sostanziosa colazione**. Sia per evitare il rischio di sindrome metabolica, sia per i molti altri benefici che se ne traggono e che, sempre più, la scienza sta rivelando.

L'uso generalizzato degli antipiretici fa salire i casi del 5%

Farmaci contro la febbre propagano l'influenza

DI SIMONETTA SCARANE

In caso di influenza i medici prescrivono quasi sempre ai loro pazienti farmaci contro la febbre (paracetamolo, aspirina o ibuprofene). Alcuni ricercatori dell'università canadese McMaster sostengono che la prescrizione generalizzata dell'utilizzo degli antipiretici provoca l'incremento del 5% del numero dei casi di influenza stagionale, secondo il modello di calcolo da loro elaborato. Una stima al ribasso, comunque, dal momento che i ricercatori non hanno potuto tener conto di due altri fattori: l'allungamento della durata della contagiosità (difficile da calcolare perché dipende dall'età dell'ammalato) e la propensione dei pazienti a uscire di casa dopo aver fatto scendere la febbre con gli antipiretici. Comportamenti che portano a una propagazione dei casi di influenza, calcolato intorno a 5%. Una cifra che può essere al tempo stesso significativa e pure marginale. Meglio sarebbe invitare le persone ad uscire di casa con una mascherina sulla bocca, a lavarsi spesso le mani o a rinunciare a fare atto di presenza al lavoro quando sono malati. Sarebbe una strategia più efficace.

Lo studio dei ricercatori canadesi è stato pubblicato su *Proceeding of the Royal Society B*, e invita a consumi e prescrizioni



meno automatiche per i farmaci antipiretici. Meglio vaccinarsi: non è ancora troppo tardi per farlo perché l'influenza 2013-2014 è in ritardo e toccherà il suo picco intorno al 20 febbraio. Dunque, c'è ancora tempo tenendo conto che il vaccino sprigiona la sua efficacia a distanza di 15 giorni dall'iniezione. Certo non si può generalizzare. I pazienti non sono tutti uguali e reagiscono diversamente alla febbre: c'è chi ha l'impressione di morire con 38,2 e chi lavora senza problemi anche con la febbre a 39 gradi. Bisogna vedere caso per caso, e anche vedere come reagirebbero

senza l'uso degli antipiretici. I pediatri hanno già eliminato aspirina e ibuprofene, potenzialmente nocivi per i bambini. E a poco a poco stanno evitando di prescrivere il paracetamolo in caso di febbre lieve. È un modo per riconoscere che la febbre gioca un ruolo benefico, anche se mal compreso, nella risposta del sistema immunitario. Anche se

non è il caso di banalizzarla, dal momento che resta un sintomo importante di certe gravi malattie che richiedono una cura immediata come certe febbri maligne. Tuttavia, l'abbandono degli antipiretici non è comunque auspicabile nel trattamento dell'influenza. Non fosse altro che per lo stare meglio da parte dei pazienti che verrebbero privati di un molecola dalle virtù analgesiche.

— © Riproduzione riservata —



Sclerosi, glaucoma... così è usata in medicina

CRISTIANA PULCINELLI
ROMA

Gli studi sull'uso terapeutico dei cannabinoidi, ossia delle sostanze chimiche presenti nella cannabis, sono in corso da vari anni. Un articolo pubblicato sul Journal of Ethnopharmacology nel 2006 prendeva in esame settantadue studi controllati sull'effetto terapeutico dei cannabinoidi, e trovava che alcune di queste sostanze hanno mostrato potenzialità interessanti per il trattamento di nausea e vomito, per stimolare l'appetito nelle malattie debilitanti, per alleviare il dolore cronico. Inoltre, i cannabinoidi sono stati sperimentati nel trattamento di sclerosi multipla, lesioni spinali, sindrome di Tourette, epilessia e glaucoma.

Dallo studio comparato è emerso che effettivamente almeno due cannabinoidi (nabilone e dronabilone) combattono la nausea e il vomito associati alle chemioterapie a cui devono sottoporsi i malati di tumore meglio di molti farmaci antiemetici di prima generazione. Oggi però in commercio esistono farmaci più efficaci. Rimane quindi un'opzione interessante per un 10-20% di pazienti che non rispondono bene ai farmaci di prima linea.

Per quanto riguarda la capacità di stimolare l'appetito in pazienti affetti da malattie come l'Aids o il cancro, secondo un'altra revisione di circa 100 lavori, condotta in Germania e pubblicata sul Deutsches Ärzteblatt International nel 2012, tutti gli studi riportati hanno mostrato un effetto positivo del dronabinolo e delle ~~sigarette~~ di cannabis nel trattamento dell'anoressia nei pazienti, ma nel 2013 è uscito un articolo sulla Cochrane Library che sostiene che la documentazione a favore dell'uso dei cannabinoidi per l'anoressia da Aids non è ancora sufficiente.

La cannabis sembra inoltre efficace nel trattamento del dolore cronico, incluso quello provocato da neuropatie e forse anche da fibromialgia e artrite reumatoide, ma non di quello acuto. Nella medicina palliativa la cannabis si è dimostrata un'alternativa valida agli oppioidi perché ha meno effetti collaterali.

Alcuni cannabinoidi hanno inoltre mostrato effetti antispastici e rilassanti della muscolatura che potrebbero essere utilizzati per trattare alcuni sintomi della sclerosi multipla e delle lesioni spinali.

Per quanto riguarda la sindrome di Tourette (un disordine neurologico caratterizzato dalla presenza di numerosi tic) e il Parkinson sono emersi effetti positivi, ma gli studi sono ancora troppo piccoli per poter dire qualcosa di de-

finitivo. La cannabis aiuta ad abbassare la pressione intraoculare, ma l'American Glaucoma Society ha sconsigliato per ora il suo uso nel glaucoma per mancanza di prove della sua sicurezza ed efficacia.

Naturalmente anche i cannabinoidi possono avere i loro effetti collaterali non desiderati: problemi di memoria, riduzione delle performance psicomotorie e cognitive, euforia, in alcuni casi ansia e panico.

**Allevia il dolore per il
10-20% di pazienti malati
di tumore che non
rispondono ai farmaci**

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Anche il colesterolo «buono» (in certi casi) può danneggiare il cuore

*Possibile una modificazione «cattiva» dell'HDL.
Ma la scoperta apre nuove possibilità terapeutiche*

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Cuore

Anche il colesterolo «buono» (HDL) ha un volto «cattivo»: in alcuni casi può modificarsi aumentando il rischio cardiovascolare proprio come fa il suo «alter ego», il colesterolo LDL. Il processo che rende il colesterolo HDL pericoloso per la salute è stato individuato da un team della Cleveland Clinic statunitense (Ohio) in uno studio su 627 soggetti durato cinque anni e pubblicato sulla rivista .

NELLE ARTERIE - Diversi studi in passato avevano dimostrato che il colesterolo «buono» ha un comportamento più complesso del previsto. Ora gli studiosi americani hanno visto che le HDL (*High Density Lipoprotein*, lipoproteine ad alta densità) possono modificarsi direttamente sulle pareti delle arterie, perdendo le proprie caratteristiche cardio-protettive e rischiando di causare infiammazioni, aterosclerosi, indurimento delle arterie e coaguli. Tanto che i livelli elevati di questa forma anomala di HDL potrebbero essere usati per predire il rischio cardiovascolare.

COME SPAZZINI - Mentre le lipoproteine a bassa densità (LDL), o colesterolo «cattivo», sono temute da sempre, le HDL sono considerate uno scudo per le patologie del cuore poiché agiscono da veri e propri «spazzini» in grado di raccogliere l'eccesso di colesterolo e veicolarlo nel fegato, che poi provvede a eliminarlo. Tuttavia, secondo i ricercatori americani, si devono incrementare gli studi perché «il ruolo del colesterolo buono è chiaramente più complicato rispetto alle conoscenze attuali e quando questo subisce delle modificazioni può contribuire allo sviluppo delle malattie cardiache».

LA PROTEINA - La causa di tutto ciò sta in una proteina: l'apolipoproteina A1 (apoA1), presente nelle HDL, colei che permette di trasferire il colesterolo fuori dalle pareti arteriose fino al fegato, da cui viene poi espulso. È la apoA1 che normalmente conferisce alle HDL le qualità cardio-protettive, ma gli scienziati hanno scoperto che in alcuni casi una porzione di apoA1 (chiamata oxTrp72-apoA1) si ossida e non può più contribuire alla salute cardiovascolare, rischiando anzi di creare dei danni.

PASSO IMPORTANTE - «Il lato "oscuro" del colesterolo HDL è stato studiato da due gruppi, uno di Zurigo e quello di Cleveland - spiega il professor **Filippo Crea**, docente di Cardiologia presso Università Cattolica - Policlinico Agostino Gemelli di Roma e autore del forum sulle patologie del cuore di Corriere.it

- Quest'ultima ricerca è particolarmente interessante, perché individua precisamente la molecola che si trasforma da "buona" a "cattiva". In questo modo potremmo teoricamente creare farmaci che alzino i livelli di HDL senza aumentare però la parte di colesterolo buono che si "incattivisce". Ad oggi abbiamo dei farmaci per ridurre il colesterolo LDL, che a livelli elevati è responsabile di rischio aumentato di infarto e ictus, ma non abbiamo terapie per aumentare i livelli di HDL, perché quelle in uso in passato sono state ritirate proprio grazie agli studi dei due gruppi svizzero e americano. Si è infatti scoperto che, nei pazienti che avevano avuto eventi cardiovascolari importanti (infarto o ictus) e quindi un danno alle arterie, livelli elevati di HDL tendevano a comportarsi in modo anomalo: non solo non migliorava la prognosi, ma in alcuni casi peggiorava. Ora, con questo nuovo studio, sappiamo qual è la molecola responsabile di questa modificazione chimica. È un passo importante perché il livello di colesterolo "buono" è direttamente proporzionale a una riduzione del rischio di infarto e ictus, e questo è stato dimostrato in vari studi, sia in pazienti senza sintomi sia in pazienti con sintomi. Probabilmente il prossimo passo sarà capire se un elevato livello di HDL "incattivate", o disfunzionali, si associ a un aumentato rischio di recidive di infarto o ictus».

stampa | chiudi

MODI RITI

Lasciare intatto il piacere senza pensare al peso-forma non è facile, ma il tema stuzzica chef e pasticceri. Sono infatti in tanti a sperimentare come combinare **alta cucina, gusto e benessere**. Ecco alcuni nomi, appuntamenti e una ricetta griffata.

ZERO ZUCCHERO

LA TENDENZA DEI DOLCI ANTI-GRASSO

di Fiammetta Fadda

Ha più calorie il cioccolato fondente, il cioccolato al latte, il gianduja, quello al latte con le nocciole o quello bianco? La risposta esatta è: quello con le nocciole: sfiora le 600 calorie all'etto. Il fondente non arriva a 500, non contiene latte in polvere né grassi aggiunti e ha pochissimo zucchero. Per di più «teobromina e triptofano in alta concentrazione producono una sensazione immediata di soddisfazione e sazietà, agendo da regolatori naturali della gola» annuncia Gianluca Fusto, tra i pasticceri di *Gusto* in scena a Venezia in marzo (Gustoin scena.it), sesta edizione del congresso *La cucina del senza*, dove una nutrita serie di professionisti dimostreranno che alta cucina, gusto e salute possono convivere anche senza grassi, sale e zucchero.

Quella di Fusto, noto cioccolatier, è una doppia sfida: osare il mestiere più pericoloso del mondo per uno come lui che ha tendenza al diabete, e puntare a «creare una cosmologia inedita del dolce, con nuovi nomi, consistenze, sapori». Come Green, il suo dessert-simbolo, senza panna e uova, con crema di sedano, mousse di limone,

yogurt. Il tema cade a fagiolo nel momento in cui pasticceri e ristoratori, vittime della sindrome postnatalizia, piangono la discesa a picco della vendita di dolci e delle ordinazioni del dessert. Non che togliere il dazio dell'aumento di peso lasciando intatto il piacere sia facile. Adesso è la volta della stevia (Truvia, il nome commerciale), estratta dalle foglie di un arbusto esotico, tutta naturale e a zero calorie.

«Ci vogliono anni di sperimentazione» spiega Luca Montersino, antesignano della pasticceria alternativa, fondatore del marchio *Golosi di salute*. «L'errore è credere che basti sostituire lo zucchero o il burro con le stesse quantità di altri ingredienti. Basti dire che per fare una pasta frolla con l'olio, prima bisogna emulsionarlo come fosse una maionese» bacchetta Montersino. «E poi c'è il discorso della qualità. Bisogna dire no ai grassi idrogenati, ai conservanti, ai coloranti e agli ingredienti raffinati». Diabella, il suo dolce portafortuna, è una bavarese al cioccolato, nocciola e pan di Spagna senza zucchero; il più venduto è il Tiratisù, un ghiotto bicchierino senza glutine; il più audace, la Sacher impastata con l'olio, senza lattosio e senza glutine. Per Pietro Leemann,

Questione di calorie

Il cioccolato con le nocciole è il più calorico: 600 calorie all'etto. Meglio quello fondente.



LA RICETTA D'AUTORE

Salute, la torta crudista firmata

Per la brisé: 100 g di prugne secche; 100 g di noci brasiliane
Per la crema: 80 g di anacardi; 20 g di succo di limone; 40 g di sciroppo di agave; ¼ di stecca di vaniglia; 40 g di prugne secche; la scorza di 1/2 limone.
Per il gelato: 200 g di rabarbaro; 150 g d'acqua; 20 g di succo di limone; 20 g di lamponi; 60 g

di malto di riso; 200 g di fragole; 100 g di kiwi; 8 foglie di menta
Preparazione
1) Mettere a bagno gli anacardi per una notte, sgocciolarli e frullarli con l'acqua, il succo di limone, l'agave, le prugne, i semi della vaniglia e la scorza di limone grattugiata. Questa preparazione va

FOOD EXPERIENCE MONDADORI

Dall'8 al 10 febbraio va in scena a Milano (via Gattamelata 5, Gate 15) il Food Experience Mondadori, lo show-evento sulla cultura gastronomica in collaborazione con «Sale&Pepe». Tre giorni di show-cooking con degustazioni e corsi di cucina. Tra gli chef, il pasticciere Davide Comaschi, medaglia d'oro al World Chocolate Master 2013. I lettori dei magazine Mondadori (su carta, digitale e social) avranno un accesso privilegiato al Milano Food&Wine Festival: a loro è infatti riservato il codice promozionale che fino al 7 febbraio, su foodwinefestival.it/mondadori, consente di acquistare la prevendita per l'ingresso al prezzo più basso disponibile (20 euro).

■ SELPRESS ■
www.selpress.com



La tradizione che fa bene

La storica casa torinese Venchi produce cioccolatini senza zucchero e perfino una nutella. www.venchi.com/it/cioccolato/tipologie-cioccolato/cioccolato-senza-zucchero.

il protagonista dell'alta cucina vegetariana di Joia a Milano, l'alternativa più interessante è la frutta, per il naturale equilibrio di zuccheri. Lui la coltiva nella sua campagna e la fa maturare, come una volta, a temperatura ambiente, avvolta in carta da giornale insieme alle mele. Appare virtuosismo puro il suo dessert Salute, senza zucchero e tutto a crudo.

Difficile? Al contrario: «Molto più facile di una volta: agli avventurosi che non si spaventano leggendo maltitolo (un derivato dal malto) o xantana (che proviene dalla fermentazione dell'amido), internet consente di avere tutto a casa in un batter d'occhio e di sperimentare con soddisfazione» assicura Gianluca Fusto che sta completando un ricettario per permettere a tutti di vivere il piacere del dolce dalla mattina alla sera con ingredienti e attrezzi normali. «Inutile cercare di ingannare i recettori del gusto» prosegue Fusto «con il tiramisù o il panettone in versione light. Bisogna avere qualcosa di nuovo da raccontare al palato. Altrimenti hanno ragione quelli che comprano il cronut, il nuovo croissant che fa impazzire New York, così calorico che il sindaco De Blasio sta pensando di proibirlo». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pietro Leemann

sempre assaggiata e bilanciata di dolcezza e di acidità.

2) Per la brisé frullare le prugne, unire le noci brasiliane tritate fini e preparare un impasto. Foderare 4 piccoli stampi, versare la crema di anacardi e mettere a rapprendere in frigorifero. Frullare metà delle fragole e condirle con una cucchiata di miele.

3) Per il gelato frullare il rabarbaro pelato con l'acqua, i lamponi e il succo di limone, passare al colino fine, condire con il malto e mettere in sorbettiera.
4) Ricoprire le piccole torte con le fragole e il kiwi tagliato a fette, guarnire con due foglie di menta e accompagnare con il sorbetto.
5) Con la salsa di fragola scrivere Salute!



5 febbraio 2014 | Panorama 105