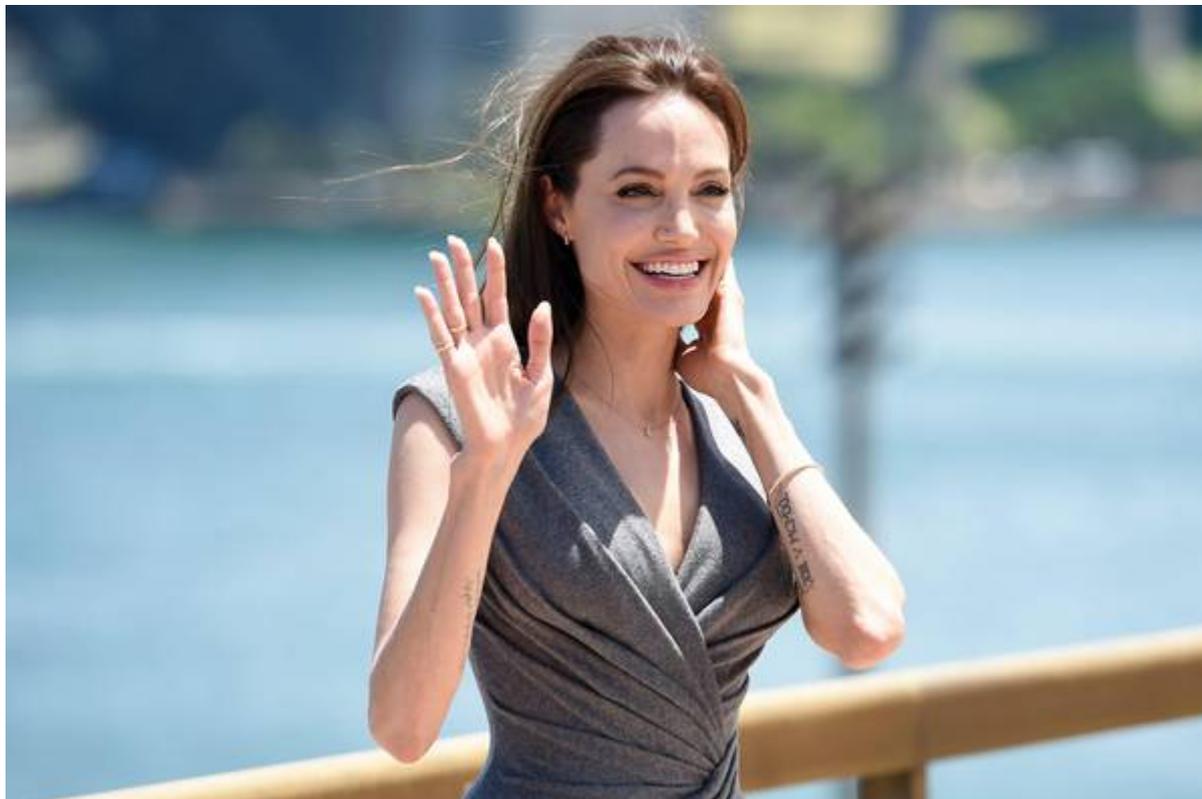


<https://www.ansa.it/>

Oncologi, sì a test per 'gene Jolie' contro cancro ovaio

Documento specialisti, migliorano terapie e prevenzione



Alle donne colpite da tumore dell'ovaio gli oncologi raccomandano di eseguire il test per il 'gene Jolie', ovvero il test per appurare la presenza della variazione del gene Brca, come accaduto all'attrice Angelina Jolie, che ha poi deciso di farsi asportare preventivamente mammelle e ovaio. Grazie al test genetico per il gene Brca, infatti, "migliorano terapie e prevenzione", afferma il presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), Carmine Pinto, annunciando la firma di un documento sull'esame dei geni che caratterizzano questa forma di cancro che, in Italia, colpisce ogni anno 4.900 donne. Il documento che raccomanda il test Brca è stato siglato da Aiom insieme alla Società Italiana di Genetica Umana, Società Italiana di Biochimica e Biologia Molecolare Clinica e Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia diagnostica.

"Le donne colpite da carcinoma dell'ovaio - si legge nel documento - subito dopo la diagnosi, devono svolgere un test genetico per valutare la presenza di mutazioni del gene BRCA.

L'esame deve essere prescritto solo ed esclusivamente da un oncologo, genetista o dal ginecologo con specifiche competenze.

I risultati di questo test forniscono informazioni sia per la scelta terapeutica che per individuare un rischio nei familiari di sviluppare un altro tumore. Per un'adeguata esecuzione del test è necessaria per i laboratori una comprovata validazione ed un controllo di qualità esterno del test proposto".

"Quello dell'ovaio - afferma Pinto - rappresenta il 3% di tutti i tumori femminili e 8 diagnosi su 10 arrivano quando il cancro è in fase avanzata. I test genetici rappresentano un'arma in più per sconfiggere la malattia. Attraverso un semplice prelievo di sangue è possibile sapere se una donna è predisposta ad ammalarsi di cancro e se risponderà positivamente o meno ad alcuni farmaci. L'esame deve però essere svolto seguendo specifici criteri stabiliti dai vari specialisti. Con questo documento - conclude - vogliamo favorire l'implementazione del test Brca nei percorsi assistenziali e terapeutici delle donne colpite dalla neoplasia".

<http://www.agenziarepubblica.it>

Tumore dell'ovaio: ogni anno colpite 4.900 italiane

Gli specialisti firmano un documento sull'esame dei geni che caratterizzano la neoplasia.



Le donne colpite da carcinoma dell'ovaio non mucinoso o borderline che devono affrontare un trattamento antitumorale, subito dopo la diagnosi, devono svolgere un test genetico per valutare la presenza di mutazioni del gene BRCA. L'esame deve essere prescritto solo ed esclusivamente da un oncologo, genetista o dal ginecologo con specifiche competenze. I risultati di questo test forniscono informazioni sia per la scelta terapeutica che per individuare un rischio nei familiari di sviluppare un altro tumore. Per un'adeguata esecuzione del test è necessaria per i laboratori una comprovata validazione ed un controllo di qualità esterno del test proposto. E' ancora indispensabile definire percorsi aziendali in cui vengano indicate, in modo chiaro per le pazienti ed i loro familiari, le funzioni e le responsabilità dell'equipe oncologica, del laboratorio e dell'equipe di genetica clinica oncologica nelle varie fasi del percorso individuato. Questi percorsi devono sempre prevedere per il rischio familiare la disponibilità di un counselling genetico. Sono queste le principali raccomandazioni contenute in un documento sull'uso dei test genetici BRCA nella cura del carcinoma ovarico stilato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) insieme alla Società Italiana di Genetica Umana (SIGU), Società Italiana di Biochimica e Biologia Molecolare Clinica (SIBIOC) e la Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia diagnostica (SIAPEC-IAP). "Quello dell'ovaio rappresenta il 3% di tutti i tumori femminili e lo scorso anno ha colpito 4.900 italiane - afferma il prof. **Carmine Pinto** presidente nazionale AIOM -. Otto

diagnosi su 10 arrivano quando il cancro è ormai in fase avanzata e, in questi casi, la sopravvivenza a 5 anni delle pazienti è solo del 35%. I test genetici rappresentano un'arma in più a nostra disposizione per sconfiggere la malattia. Attraverso un semplice prelievo di sangue è possibile sapere se una donna è predisposta ad ammalarsi di cancro e se risponderà positivamente o meno ad alcuni farmaci. L'esame deve però essere svolto seguendo specifici criteri stabiliti dai vari specialisti. Con questo nostro documento vogliamo favorire l'implementazione del test BRCA nei percorsi assistenziali e terapeutici delle donne colpite dalla neoplasia. Una paziente con mutazioni del gene BRCA può essere curata con una particolare categoria di farmaci, i PARP inibitori, il primo dei quali l'olaparib è stato recentemente registrato dall'Agenzia Regolatoria Europea (EMA) come terapia di mantenimento nelle pazienti con recidiva platino-sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma delle tube di Fallopio e di carcinoma primitivo del peritoneo. In questo modo - prosegue il presidente AIOM - è possibile personalizzare la terapia e garantire una maggiore efficacia del trattamento. L'esame influisce sulla decisione del tipo di terapia e quindi deve essere facilmente accessibile per tutte le donne e i risultati disponibili in tempi compatibili con le necessità cliniche. L'esito del test richiama ancora l'importante problematica nei BRCA mutati in merito alla comunicazione e informazione dei familiari della paziente per il rischio di sviluppo di neoplasia, e quindi dell'organizzazione di adeguati e specifici percorsi. Il 25% delle portatrici di una variante patogenetica di BRCA ha una diagnosi di tumore dell'ovaio dopo i 60 anni". "Queste raccomandazioni sono le ultime che abbiamo prodotto - conclude il prof. Pinto -In questi anni, insieme alla SIAPEC-IAP, abbiamo stabilito criteri condivisi che permettono di definire con precisione le caratteristiche biologiche ed i test patologici e molecolari richiesti in funzione della personalizzazione delle terapie in neoplasie ad importante impatto epidemiologico, quali i tumori della mammella, del colon-retto, del polmone, dello stomaco ed il melanoma".

Tumore dell'ovaio: col test genetico Brca migliorano terapie e prevenzione



16 luglio 2015

Le donne colpite da carcinoma dell'ovaio non mucinoso o borderline che devono affrontare un trattamento antitumorale, subito dopo la diagnosi, devono svolgere un test genetico per valutare la presenza di mutazioni del gene BRCA.

L'esame deve essere prescritto solo ed esclusivamente da un oncologo, genetista o dal ginecologo con specifiche competenze.

I risultati di questo test forniscono informazioni sia per la scelta terapeutica che per individuare un rischio nei familiari di sviluppare un altro tumore. Per un'adeguata esecuzione del test è necessaria per i laboratori una comprovata validazione ed un controllo di qualità esterno del test proposto.

E' ancora indispensabile definire percorsi aziendali in cui vengano indicate, in modo chiaro per le pazienti ed i loro familiari, le funzioni e le responsabilità dell'equipe oncologica, del laboratorio e dell'equipe di genetica clinica oncologica nelle varie fasi del percorso individuato.

Questi percorsi devono sempre prevedere per il rischio familiare la disponibilità di un counselling genetico.

Sono queste le principali raccomandazioni contenute in un documento sull'uso dei test genetici BRCA nella cura del carcinoma ovarico stilato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) insieme alla Società Italiana di Genetica Umana (SIGU), Società Italiana di Biochimica e Biologia Molecolare Clinica (SIBIOC) e la Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia diagnostica (SIAPEC-IAP).

“Quello dell'ovaio rappresenta il 3% di tutti i tumori femminili e lo scorso anno ha colpito 4.900 italiane - afferma il prof. **Carmine Pinto** presidente nazionale AIOM -. Otto diagnosi su 10 arrivano quando il cancro è ormai in fase avanzata e, in questi casi, la sopravvivenza a 5 anni delle pazienti è solo del 35%. I test genetici rappresentano un'arma in più a nostra disposizione per sconfiggere la malattia. Attraverso un semplice prelievo di sangue è possibile sapere se una donna è predisposta ad ammalarsi di cancro e se risponderà positivamente o meno ad alcuni farmaci. L'esame deve però essere svolto seguendo specifici criteri stabiliti dai

vari specialisti.

Con questo nostro documento vogliamo favorire l'implementazione del test BRCA nei percorsi assistenziali e terapeutici delle donne colpite dalla neoplasia. Una paziente con mutazioni del gene BRCA può essere curata con una particolare categoria di farmaci, i PARP inibitori, il primo dei quali l'olaparib è stato recentemente registrato dall'Agenzia Regolatoria Europea (EMA) come terapia di mantenimento nelle pazienti con recidiva platino-sensibile di carcinoma ovarico epiteliale sieroso di alto grado, di carcinoma delle tube di Fallopio e di carcinoma primitivo del peritoneo.

In questo modo - prosegue il presidente AIOM - è possibile personalizzare la terapia e garantire una maggiore efficacia del trattamento. L'esame influisce sulla decisione del tipo di terapia e quindi deve essere facilmente accessibile per tutte le donne e i risultati disponibili in tempi compatibili con le necessità cliniche. L'esito del test richiama ancora l'importante problematica nei BRCA mutati in merito alla comunicazione e informazione dei familiari della paziente per il rischio di sviluppo di neoplasia, e quindi dell'organizzazione di adeguati e specifici percorsi. Il 25% delle portatrici di una variante patogenetica di BRCA ha una diagnosi di tumore dell'ovaio dopo i 60 anni”.

“Queste raccomandazioni sono le ultime che abbiamo prodotto - conclude il prof. Pinto -In questi anni, insieme alla SIAPEC-IAP, abbiamo stabilito criteri condivisi che permettono di definire con precisione le caratteristiche biologiche ed i test patologici e molecolari richiesti in funzione della personalizzazione delle terapie in neoplasie ad importante impatto epidemiologico, quali i tumori della mammella, del colon-retto, del polmone, dello stomaco ed il melanoma”.

[[chiudi questa finestra](#)]

Per tumori ginecologici e dello stomaco

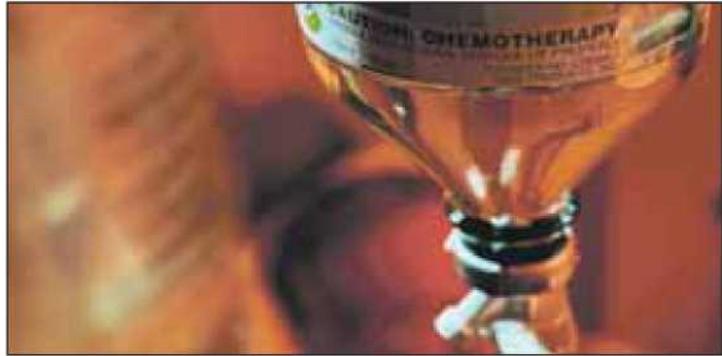
Ora la chemio è vaporizzata

Si apre una nuova frontiera nella chemioterapia per i malati di cancro ginecologico e dello stomaco: la somministrazione può avvenire, anziché in maniera tradizionale, attraverso la vaporizzazione delle sostanze da somministrare ai pazienti. Il primo tipo di tumore è difficilmente diagnosticabile in una fase precoce ed è quindi particolarmente soggetto a metastasi: fino al 40% dei noduli maligni non viene rilevato dagli esami per immagini. Inoltre non esisteva finora la possibilità di rendere efficace la cura chemioterapica, con speranze di vita ridotte per gli ammalati.

La terapia pressurizzata, come viene anche definita dagli addetti ai lavori, è ispirata alla tecnologia automobilistica e in particolare agli iniettori ad alta pressione. Essa è stata inventata dal chirurgo svizzero **Marc-André Reymond**, attivo nell'università tedesca di Bochum. In questo centro clinico, dal 2012 a oggi, 850 pazienti sono stati trattati con l'innovativo sistema.

Facendo leva sull'azione combinata della vaporizzazione e della pressione iniettata nell'addome, la chemioterapia viene distribuita in maniera più capillare e omogenea nell'area colpita dal cancro. Al punto che si riesce anche a ridurre fino a dieci volte la quantità di medicinale, abbattendo gli effetti collaterali che sono tutt'altro che leggeri.

—© Riproduzione riservata—■



Tumori

Stai al sole per proteggere il pancreas

VITAMINA D È attivata soltanto in presenza dei raggi solari Uvb, e continua a stupire. Negli ultimi anni, infatti, si è scoperto che oltre a essere essenziale per la salute delle ossa, gioca un ruolo primario in molte malattie, da quelle autoimmuni a quelle tumorali.

Ed è proprio a un tumore, quello del pancreas, che viene ora associata in uno studio pubblicato sul "Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology" dai ricercatori della School of Medicine dell'Università di San Diego, in California, che hanno verificato i dati provenienti dai registri dei tumori di ben 107 paesi, e li hanno messi in relazione con la quantità di sole e le condizioni meteorologiche. Dopo aver introdotto alcune correzioni associate a possibili fattori di rischio quali la percentuale di fumatori e quella di obesi di un certo paese, gli autori hanno visto che meno sole equivale a più tumori del pancreas, e viceversa.

Non sono ancora chiari i meccanismi biologici che stanno alla base di questo effetto, anche se sembra il medesimo riscontrato nei tumori del colon retto e della mammella.

Resta inoltre da capire se l'assunzione della vitamina, presente in quantità significative quasi solo in alcuni pesci, possa esercitare o meno un effetto preventivo, soprattutto per chi risiede in un paese poco soleggiato.

Agnese Codignola

Nuovi farmaci e stile di vita Così si combatte il cancro

L'oncologo Luciano Latini: "La prevenzione è sempre al primo posto ma è altrettanto importante la serenità e il benessere emotivo"

LE NOSTRE INTERVISTE

STEFANO FABRIZI

Macerata

Tempo di vacanze, ma l'occhio alla prevenzione deve essere sempre vigile. Come ci ha confermato il dottor Luciano Latini, direttore della struttura complessa di Oncologia medica dell'Area vasta 3 con gli ospedali di Macerata, Tolentino e Civitanova.

La parola cancro fa paura, come si può superare l'angoscia di una simile diagnosi?

Oggi di cancro si può guarire e con il cancro si può convivere. Tutti i nostri malati ci insegnano inoltre che il cancro non porta solo paura, dolore e tristezza, ma può diventare spesso occasione di miglioramento della propria esistenza e di rinnovata forza interiore.

La ricerca sta facendo grandi passi avanti, come possiamo agevolare.

Le case farmaceutiche sono impegnate nella ricerca di trattamenti sempre più mirati ed efficaci. Il nostro reparto, grazie a un team dedicato di medici, infermiere di ricerca e data manager, partecipa a numerosi studi clinici, una grande op-

portunità per i malati. L'Oncologia sta attraversando una delle più grandi rivoluzioni scientifiche. Nell'era genomica, possiamo avere un numero maggiore di guarigioni e di lunghe sopravvivenze, ma il tumultuoso avanzare dell'innovazione porta con sé due grossi rischi: un aumento incontrollato dei costi fino a rendere insostenibili i sistemi sanitari, e un eccesso di tecnicismo tale da offuscare il valore etico delle cure.

La prevenzione è sempre l'arma migliore, l'importanza dei controlli e dello screening.

Vorrei sottolineare che la prevenzione non è solo fare lo screening mammografico, sangue occulto nelle feci, Paptest, ect, ma ha a che fare con la nostra cultura e lo stile di vita, con le abitudini alimentari e l'esercizio fisico. L'educazione alla corretta alimentazione e all'attività fisica dovrebbe cominciare dalle scuole, perché obesità e sedentarietà sono i maggiori fattori di rischio per il cancro e per molte altre patologie.

Lei dirige in diversi ospedali il reparto di oncologia. Come riesce a portare avanti questo impegno?

Mi sostengono l'amore e la passione per questo lavoro, che provo da quando mi sono laureato, e la soddisfazione di sapere che sette ospedali lavorano nella stessa direzione, perseguendo gli stessi obiettivi con la stessa ideologia di fon-

do. Tutto questo è possibile solo se esiste una squadra che collabora con gli stessi principi e lo stesso impegno. Voglio sottolineare inoltre che sono i pazienti stessi a incoraggiare questo faticoso impegno. Sono appena tornato dal Cammino di Santiago: insieme ai nostri malati ho percorso a piedi cento

chilometri ed è stata l'esperienza più bella della mia vita. Loro hanno ringraziato me per aver reso possibile questa esperienza, ma in realtà sono io a ringraziare loro. Quando ero stanco, guardavo loro che nonostante tutto andavano avanti, pieni di serenità e di forza, e pensavo "Se lo fanno loro, posso e devo farlo anche io". Un viaggio straordinario in cui abbiamo conosciuto persone uniche, stretto amicizie, condiviso emozioni indimenticabili.

Spesso il paziente si sente un numero e le carenze di personale non aiutano di sicuro un approccio più "umano". Secondo lei ci sono possibilità di miglioramento, al di là della sensibilità dei singoli operatori?

E' l'uomo che fa la differenza. Se tra due reparti con gli stessi problemi e le stesse carenze, uno funziona e l'altro no, la differenza la fa l'uomo. E sono felice di aver letto qualche giorno fa, sul Corriere della Sera, che l'Università di Milano ha introdotto nel corso di laurea in Medicina l'esame di Umanizzazione in Medicina,

proprio perché l'accoglienza di tutti i bisogni della persona, al di là delle cure, non sia lasciata alla sensibilità del singolo ma sia una prassi comune e imprescindibile.

Il suo operato è spesso coadiuvato da iniziative di solidarietà e in tanti si prodigano per fornire mezzi e sussidi al suo reparto: come nasce questo rapporto di fiducia.

Da molti anni possiamo portare avanti i nostri progetti di

umanizzazione grazie al sostegno dell'Aom, Associazione Oncologica Maceratese onlus, e al contributo di privati che credono nel nostro lavoro e che, riscontrando risultati concreti, continuano a rinnovarci la loro fiducia. Inoltre tutti i nostri operatori, e in particolare le volontarie Avulss, sono costantemente impegnate nell'organizzazione di eventi di beneficenza.

Siamo in piena estate. I consigli che si sente di dare a

chi sta bene e chi, purtroppo, è in cura.

I consigli sono gli stessi per sani e malati e sono i soliti da cui siamo bombardati: mangiare molta frutta e verdura, idratarsi, evitare di esporsi al sole nelle ore più calde. Soprattutto però vorrei fare un invito forse banale, ma credo prioritario: stare con gli amici, con le persone che ci fanno stare bene, ridere e sorridere, cercare la serenità e la leggerezza... abbiamo perso l'abitudine a sorridere, è ora di ritrovarla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dottor Luciano Latini, direttore della struttura complessa di Oncologia medica dell'Area vasta 3

L'Università di Milano ha introdotto nel corso di laurea l'esame di Umanizzazione

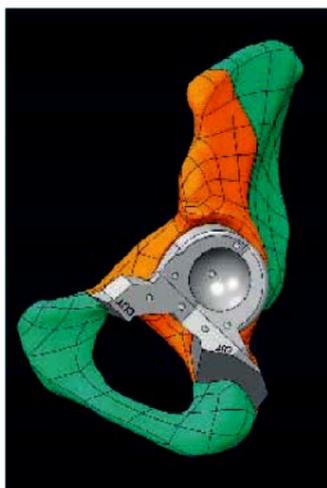
PER SOSTITUIRE OSSA AGGREDITE DA TUMORE, AL **RIZZOLI** DI BOLOGNA SONO STATI REALIZZATI PEZZI UNICI. A COSTI BASSI

PROTESI SU MISURA STAMPATE IN 3D

di **Angela Simone**

Dopo aver già prodotto oggetti di design, parti di dispositivi meccanici ed elettronici e addirittura pezzi di case da assemblare, le stampanti 3D stanno diventando parte integrante delle strumentazioni negli ospedali. E l'Italia è in prima fila in questo tipo di sperimentazioni. Da poco l'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna ha presentato i risultati del pionieristico impianto di protesi di titanio ottenute da stampa tridimensionale.

Le protesi sono state progettate perfettamente su misura, dopo l'acquisizione con tac ad alta definizione dei dati clinici e anatomici di cinque giovani pazienti che, a causa di un tumore osseo maligno, avevano perso una porzione di tessuto del bacino e rischiavano in futuro di non poter più camminare.

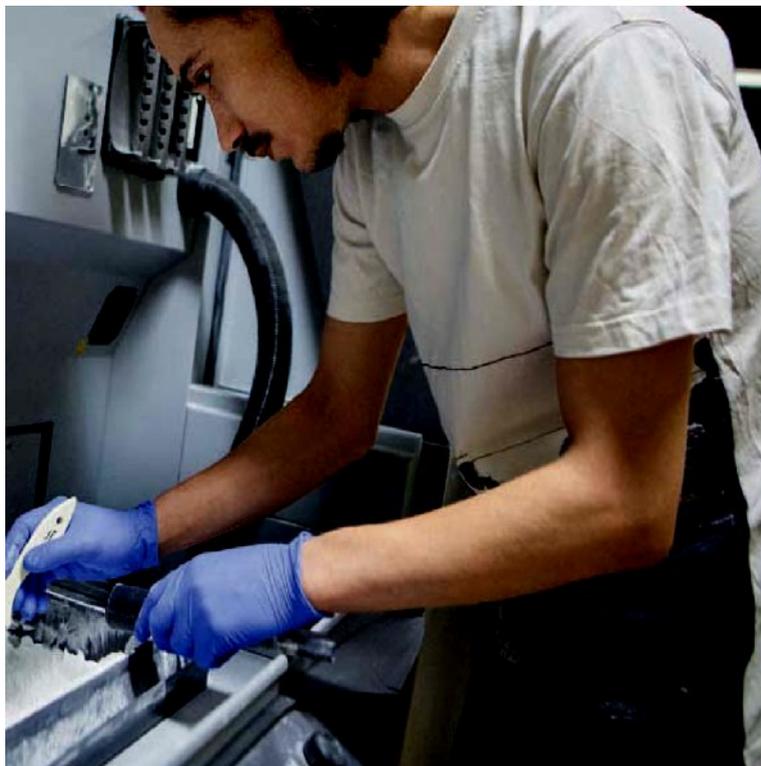


«Abbiamo aspettato due anni prima di comunicare i risultati di questo nuovo tipo di impianto, perché volevamo essere certi dell'integrazione della protesi dell'organismo. Il "rigetto" e l'insorgenza di infezioni in questo tipo di operazioni» spiega Davide Maria Donati, il chirurgo che ha eseguito l'operazione, direttore della III Clinica ortopedica del

A sinistra, il **progetto grafico** di una protesi ossea in titanio personalizzata da stampare in 3D al Rizzoli di Bologna. Sopra, una **stampante in 3D**

Rizzoli. «Il processo di disegno, produzione e impianto invece è stato molto veloce, cioè di sole tre settimane».

Oltre ai tempi ridotti, che rappresentano un beneficio non di poco conto, i vantaggi dell'uso di questa tecnologia sono soprattutto nella cosiddetta «customizzazione», cioè nella produzione di pezzi unici, ognuno su misura per il singolo paziente, realizzati a costi bassi.



«Il prossimo passo sarà quello di creare mini-protesi che sostituiscano solo la singola porzione danneggiata di un'articolazione, per esempio il punto di contatto tra bacino e femore o nel ginocchio. Al momento con le protesi articolari classiche, di cemento, ceramica e titanio, dalle misure e forme standard, siamo invece costretti a sostituire tutta l'articolazione per essere certi che l'alloggiamento della protesi funzioni» continua Donati.

L'altro scenario che si sta aprendo al Rizzoli è la stampa

3D di materiale biologico, cioè materiale capace di veicolare cellule al suo interno. Dice il chirurgo: «Siamo appena partiti con un progetto di *bioprinting*, grazie al quale, in futuro, potremo avere a disposizione la stampa di tessuti ossei o di cartilagine del tutto simili a quelli da sostituire, perché derivati da paziente, per cui sarà possibile un'integrazione ancora più naturale nell'organismo. Il materiale potrebbe anche essere riassorbibile». Con l'ulteriore vantaggio di lasciare al suo posto un osso nuovo rigenerato. ■

SANITÀ LA LOTTA AL CANCRO MAMMARIO: INAUGURATA NUOVA SEDE

Prevenire il tumore dall'analisi della saliva

Schittulli: dalla Lilt grandi passi avanti

● «Basta uno sputo per scoprire, da subito, il rischio che si corre di sviluppare il cancro mammario» e, rischio scoperto in tempo, vita salvata, essendo questo cancro guaribile nella quasi totalità dei casi, se individuato e curato precocemente. Angelina Jolie non ha fatto in tempo ad utilizzarlo. Essa si è sottoposta ad esami invasivi per scoprire il rischio elevato e correre ai ripari. Oggi - ha detto, inaugurando, a Reggio Emilia, la nuova sede della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, messa a disposizione della Regione E.R., il presidente nazionale della Lega, prof. Francesco Schittulli, senologo-chirurgo oncologo - la "scoperta" del rischio è possibile con un semplice esame della saliva della paziente. L'insorgenza di un tumore alla mammella produce cambiamenti nella normale quantità e nel tipo di proteine presenti nella saliva». Il profilo proteico delle ghiandole salivari di una persona sana viene modificato da 49 composti organici, sottoprodotti degli oncogeni, cioè i geni del cancro. Questi fanno la differenza fra donna sana o con cancro benigno o maligno. Il test genetico scopre

eventuali mutazioni a livello del gene BRCA1 o BRCA2 e rende possibile la stima, in termini probabilistici, del rischio di sviluppare il tumore associato a quel tipo di mutazione. Ricercando tali marcatori nella saliva, si avrà diagnosi sicura e precoce.

La struttura inaugurata (1.400 mq) è dotata - unica in Italia - di nuovi percorsi di laboratorio su interventi di formazione e ricerca. Schittulli ha annunciato che i progetti LILT per l'adozione di corretti stili di vita per contrastare la malattia cancro, sono inseriti nella programmazione di Expo 2015 dove saranno presentati ufficialmente al mondo intero. «La LILT è attivamente impegnata nel portare avanti i principi della medicina predittiva e rigenerativa, anche attraverso test diagnostici ed innovative analisi genetiche e sollecita - ha detto - le Regioni a dotarsi di servizi di Medicina Predittiva Genomica e Proteomica, con esperti di biochimica e genomica.

La struttura inaugurata (1.400 mq) è dotata - unica in Italia - di nuovi percorsi di laboratorio su interventi di formazione e ricerca. Schittulli ha annunciato che i progetti LILT per l'adozione di corretti stili di vita per contrastare la malattia cancro, sono inseriti nella programmazione di Expo 2015 dove saranno presentati ufficialmente al mondo intero. «La LILT è attivamente impegnata nel portare avanti i principi della medicina predittiva e rigenerativa, anche attraverso test diagnostici ed innovative analisi genetiche e sollecita - ha detto - le Regioni a dotarsi di servizi di Medicina Predittiva Genomica e Proteomica, con esperti di biochimica e genomica.

Nicola Simonetti

La battaglia di Alessia per il diritto dei malati a soffrire di meno

● Così la Toscana è riuscita a varare la prima legge italiana per semplificare l'uso dei cannabinoidi

Ballini, Brogi. Accanto, nei banchi del Consiglio regionale della Toscana, per l'ordine alfabetico. Di Alessia Ballini sapevo già abbastanza. Lei, come me, era stata sindaco di uno dei piccoli grandi comuni "rossi" della Toscana, io a Cavriglia lei a San Piero a Sieve. Mi piaceva esserle seduto accanto, curioso di poterla conoscere meglio e attratto da lei soprattutto dopo che aveva scritto su un quotidiano locale: "Da quando la mia vita ha svoltato e mi hanno consegnato una nuova carta d'identità, quella che ognuno di noi ha in tasca e che chi è fortunato non dovrà mai tirare fuori, ho capito il significato impagabile, incomparabile di una sanità pubblica efficiente ed universale. L'istituzione che si fa carico di te, quando tu non puoi. Lo Stato che ti affianca, che ti sorregge, quando ne hai bisogno. Che tu sia ricco o povero. Comunitario o extra. Uomo donna. Religioso o ateo. Questo è lo Stato che voglio. Che non mi invade, non mi prevarica. Che ha cura di me. Che mi rispetta. Che mi lascia libera. Che lascia libera la mia coscienza di decidere per me, per la mia vita." Alessia era stata aggredita, probabilmente in modo incurabile, dal cancro, e con la malattia era cresciuta in lei la convinzione che lo Stato o qualsiasi altra Istituzione non possa decidere al posto del cittadino. "La persona è sovrana per nascita, lo Stato solo per delega" mi ripeteva.

La conobbi così, devastata dalla chirurgia e dalle terapie. Spesso durante le sedute del Consiglio, mi raccontava della sua battaglia contro la belva che la divorava, ma anche degli insopportabili effetti collaterali come il dolore, il vomito e la disappetenza che, in particolare le abbondanti chemio, le provocavano. Per trovare sollievo a queste sofferenze aveva iniziato ad assumere cannabis.

Certo, era stata indotta dal decreto del 2007 con cui l'allora Ministro della salute Livia Turco aveva riconosciuto l'efficacia terapeutica del Thc (il principale principio attivo e naturale della cannabis), ma da allora poco era stato fatto. Lunghissimo e farraginoso il sistema per essere inseriti tra i pazienti che ne potevano fruire. Prima la prescrizione dello specialista, poi la farmacia

ospedaliera, poi ancora l'Ufficio nazionale stupefacenti. Nelle condizioni più favorevoli dalla prescrizione all'ottenimento del farmaco, se va bene, passavano (e passano ancora) almeno tre mesi. Troppi per chi soffre. Finito il farmaco si riparte con la giostra. Ancora oggi gli ammalati di Sla, di distrofia muscolare, di cancro, i pazienti che in tutto il Paese sono inseriti nel piano sanitario, previsto dal decreto Turco, sono appena un centinaio. Migliaia, si ipotizza, quelli che ricorrono al mercato illegale, un mercato orribile che ti offre un prodotto non controllato nelle specificità e percentuali del Thc, dalle preoccupanti condizioni igieniche, e che alimenta criminalità di strada e mafie.

Con Alessia cominciammo a lavorare alla stesura di una legge che permettesse, in Toscana, un accesso più rapido al farmaco e una sua maggiore divulgazione. Nei mesi in cui si scrivevano e correggevano gli articoli di legge non fui mollato mai da numerose mail e telefonate da parte di malati che, da ogni dove, ci sollecitavano ad andare avanti e a fare presto. Storie stanche e invisibili, che reclamavano il diritto ad allievare la loro sofferenza. Che non avendo più risorse e tempo, si arrendevano al mercato "illegale" mostrando prima di tutto una profonda ferita nella loro dignità.

Ce l'abbiamo fatta, la Toscana ha avuto la prima legge italiana per semplificare l'uso di farmaci cannabinoidi. La legge ed il suo regolamento adesso sono operativi. Alessia no, lei non ce l'ha fatta. Ma lo spazio che la Toscana ha aperto, adesso assieme ad altre Regioni come la Puglia, potrà essere una grande opportunità per approfondire la ricerca ed il confronto scientifico. Serve una legge nazionale, la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

La cannabis, utilizzata come rimedio medico dai tempi più antichi, si è persa nel tunnel del proibizionismo fermando per anni la ricerca scientifica sull'uso terapeutico. Un tabù che non si è curato di chi ogni giorno combatte un dolore incomprensibile, a cui deve aggiungere l'umiliazione di non vedere riconosciuto e supportato dalle istituzioni il diritto a soffrire meno. Il mio non è un auspicio o una fantasia, è una realtà che in altri Paesi sta già prendendo forma e generando frutti importanti. Alessia ce l'ha fatta. Ce l'ha fatta a farci capire che c'erano altre direzioni. Sulle quali non saremmo stati soli.

Testo:
Enzo Brogi

Ancora oggi sono migliaia le persone che ricorrono al mercato illegale dei farmaci

Il cannabinoide più importante è il tetraidrocannabinolo (Thc) principio attivo della marijuana

Cannabis, i rischi per la salute

Il focus La proposta di legalizzare e i rischi per la salute

Cannabis, una sfida alla scienza

Antonio Galdo

I 218 parlamentari, rigorosamente bipartisan come avviene quando la follia demagogica diventa contagiosa, che hanno proposto di legalizzare la cannabis, non sono maestri di tempismo. Nello stesso giorno, infatti, abbiamo appreso che il 60 per cento dei liceali del Lazio confessa almeno una «abbuffata alcolica» all'anno, ovvero l'assunzione di più bevande in poco tempo. Spesso abbinata alla fumatina di uno spinello, consuetudine che riguarda il 23,46 per cento dei giovani in età tra i 15 e i 19 anni. La proposta dei parlamentari ammantati di falsa modernità, prevede il divieto assoluto di detenere e coltivare anche modiche quantità di cannabis per i minorenni: ci mancherebbe. Ma questo non la rende meno pericolosa per i ragazzi e per gli adulti, come dimostra una vasta letteratura scientifica, non le solite profezie di qualche politicante di turno, ormai consolidata a livello internazionale. Ma vediamo con ordine.

I danni cerebrali. La cannabis è una sostanza psicoattiva, neurotossica e pericolosa per la salute mentale e fisica: su questo non ci piove. In particolare interferisce negativamente sulla maturazione cerebrale degli adolescenti, modifica e riduce la loro capacità decisionale. I genitori che hanno figli che fumano spinelli sanno bene, in concreto, che cosa significa un ragazzo distratto, svogliato, apatico, con un deficit quotidiano di memoria, di apprendimento e di concentrazione. Anche il rendimento scolastico, come quello lavorativo, diminuisce, e i sintomi dell'astinenza si traducono in ansia, irritabilità, angoscia e perdita del sonno. Chi ha usato cannabis in adolescenza può perdere fino a 8 punti di quoziente intellettivo in età avanzata. Vi sembra un quadro normale, con pochi e circoscritti danni?

Gli effetti collaterali. Alle alterazioni cerebrali si sommano poi alcuni effetti collaterali. Per esempio: se un ragazzo sale su un motorino dopo avere fumato, e ciò avviene specie il sabato sera dopo la notte della movida, il rischio di un incidente mortale au-

menta da 3 a 7 volte. Si è più distratti alla guida, e il coordinamento psicomotorio è indebolito, proprio come la concentrazione che crolla. Tra l'altro la cannabis, per i giovani, ha l'effetto induttivo di alterare la realtà, di renderla sbiadita, e dunque non sempre percepibile. La vita diventa come sospesa in un limbo.

I problemi per gli adulti. Anche i grandi, se fumano abitualmente cannabis, hanno problemi di depressione e di ansia. Le piccole arterie che portano il sangue al cervello si restringono, come nel caso delle persone malate croniche di pressione alta e di diabete, con un aumento del rischio di ictus e di patologie cardiovascolari. Il sistema immunitario si indebolisce, gli organi della respirazione perdono funzionalità e anche questo incrementa le possibilità di restare stecchiti per un infarto.

Altri danni. Negli adulti, oltre all'aumento del rischio di morte per incidenti stradali, l'uso corrente della cannabis incide sulla moltiplicazione del pericolo di suicidio, 5,3 volte in più delle persone normali, e di morte per omicidio o violenza, 3,8 volte in più. E' una leggenda, poi, che la cannabis non faccia più male dell'alcol o del fumo. La società internazionale degli pneumologi ha recentemente espresso un parere definitivo su questo argomento. Ovvero, la cannabis fa da 20 a 30 volte più male dell'alcol e del fumo, perché somma due effetti negativi. La combustione dello spinello e le sostanze psicoattive che contiene.

Dalla cannabis all'eroina. Non esiste, è vero, una prova scientifica in base alla quale chi fa uso di marijuana nel tempo sia destinato a passare ad altre droghe, come appunto l'eroina. Ci sono studi piuttosto controversi su questo aspetto e quindi il rapporto tra causa ed effetto non è proponibile in modo automatico. In parole povere: non è dimostrato che tutti i fumatori di spinelli diventino, prima o poi, degli eroinomani. Ma è accertato che oltre il 90 per cento delle persone classificate come tossicodipendenti da eroina, abbiano iniziato il loro percorso proprio con la cannabis. La spiegazione scientifica di questo tracciato è molto semplice. All'interno della categoria dei fumatori abituali di spinelli (tenete presente che in Italia ne consumiamo 20 pro capite) esiste una minoranza, tra il 20 e il 30 per cento del totale, di uomini e donne considerate potenzialmente «evolutive» in termini di uso di droghe. Sono loro i soggetti più vulnerabili, ovvero più a rischio di un passaggio dalla canna-



bis all'eroina, per fattori genetici e ambientali. Legalizzare l'uso e la coltivazione della cannabis altro non significa che esporre i più deboli, i consumatori «evolutivi», a maggiori probabilità di passaggio nel girone infernale delle droghe cosiddette «pesanti».

La super cannabis. Non credo che i 218 parlamentari firmatari della proposta di legalizzazione abbiano chiaro il quadro del mutamento radicale che è avvenuto, negli ultimi, nel tipo di cannabis generalmente utilizzata. Quella naturale, le rigogliose piante dalle foglie verdi che vediamo nelle fotografie, ha tra l'1,5 e il 2,5 di principi attivi, e contiene circa 60 sostanze della stessa famiglia. Tra queste si segnala il cannabibiolo, ovvero un ingrediente naturale che funziona da protettivo e riduce il rischio di schizofrenia.

La super cannabis, invece, è tutta altra cosa. Si chiama shunk, che tradotto in italiano significa puzzola, per il suo odore forte e sgradevole. I principi attivi si moltiplicano, con una potenza circa 30-40 volte superiore rispetto alla cannabis naturale, e nelle foglie di questa pianta, modificata geneticamente, non c'è più traccia del cannabibiolo. Ecco perché la super cannabis piace tanto: è un allucinogeno di rara potenza, come l'ecstasy, e trascina i consumatori in tempi molto rapidi in una sorta di nirvana artificiale. Ma questo è anche il motivo per cui la super cannabis è alla base di un caso di psicosi su quattro e aumenta di cinque volte il rischio di schizofrenia. La sua coltivazione è molto intensiva: il raccolto della cannabis naturale non avviene più di 2 volte l'anno; la super cannabis, grazie alla violenza fatta sulla natura, si produce anche 6 volte in un solo anno. Più produzione, più soldi, più affari, più piacere per i consumatori. La super cannabis oggi vale il 90 per cento del mercato di questa terribile droga che uno sciagurato gruppo di parlamentari vorrebbe legalizzare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEGLI USA, TEST SU FARMACI CHE DISATTIVANO UN **GENE**

COLESTEROLO: DUE NUOVE MOLECOLE PER BATTERLO

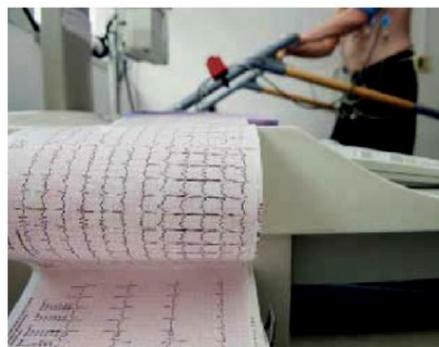
È prossima a partire, negli Stati Uniti, la sperimentazione clinica su larga scala di due potenti farmaci anti-infarto, i primi della nuova generazione di sostanze in grado di

abbattere drasticamente il livello di colesterolo nel sangue. Si tratta dell'alirocumab (sviluppato da Sanofi e Regeneron) e dell'evolocumab (di Amgen). Sono farmaci che disattivano un gene, detto Pcsk9, emulando così l'effetto di una mutazione benefica, in grado di proteggere da complicazioni cardiache anche i fumatori e gli ipertesi. I primi test, come ha riportato di recente il *New York Times*, indicano una capacità di abbassare il livello di colesterolo Ldl di una percentuale tra il 40 e il 65 per cento, anche a partire da un livello già abbassato in precedenza dalle statine.

I nuovi farmaci si basano su una scoperta fatta nel 2009 da Jonathan Cohen e Helen Hobbs dell'University of Texas Southwestern Medical Center di Dallas. Sapendo che una mutazione del gene Pcsk9 provocava alti livelli di colesterolo Ldl, i ricercatori si sono chiesti se fosse possibile trovare una diversa mutazione dello stesso gene che potesse avere l'effetto opposto. E così hanno scoperto che in effetti una piccola percentuale di persone che hanno una copia del gene mutata in modo da renderlo inattivo hanno livelli di colesterolo

Ldl del 28 per cento inferiori alla norma, e li mantengono tali per tutta la vita. Ognuno di noi ha due copie del gene Pcsk9, ereditate dai genitori, e Cohen e Hobbs hanno riscontrato che nei rari casi di persone nate con entrambe le copie del gene inattive, il livello Ldl è intorno a 15 milligrammi per decilitro, ossia drasticamente più basso della soglia dei 150 mg/dL prevista per i sani e della soglia dei 70 mg/dL raccomandata a chi ha già avuto un infarto. Si è visto da studi pilota che i nuovi farmaci possono emulare l'effetto di questa rara mutazione, e abbassare quindi il livello Ldl fino a circa 20 mg/dL. Per quanto si sa oggi, un livello così basso del cosiddetto colesterolo

cattivo non ha effetti collaterali sull'organismo, ma il responso finale su questo aspetto potrà venire soltanto dalla sperimentazione clinica su vasta scala. Il «semaforo verde» per la fase finale della sperimentazione (che si dovrebbe concludere nel 2017) dell'alirocumab sarà dato dalla Food and Drug Administration americana a fine luglio, mentre la decisione sul secondo farmaco sarà presa a fine agosto. Se le aspettative sono altissime, altrettanto lo è il costo previsto per ora, che potrebbe superare i 10 mila dollari all'anno a paziente. I due farmaci si basano su anticorpi monoclonali da iniettare al paziente una o due volte al mese, e la produzione di questi anticorpi a partire da cellule viventi è dispendiosa. (g.a.)



Un **elettrocardiogramma sotto sforzo**, è consigliato a chi pratica un'attività fisica molto intensa o ha un alto livello di colesterolo

SPL / AGF

Una tassa sull'innovazione allarma l'industria farmaceutica

IL "PAY BACK" FRENA L'INGRESSO DI NUOVI FARMACI NEGLI OSPEDALI, SPAVENTA GLI INVESTITORI E PUÒ GONFIARE LA SPESA

C'è un mostro burocratico creato da Monti che, oltre a penalizzare le aziende, non fa nemmeno gli interessi della finanza pubblica, tra perdita di gettito e costi per una maggiore ospedalizzazione. Starà a Renzi toglierlo di mezzo, se vuole continuare la luna di miele iniziata con i Big Pharma

In quello che fu un incontro senza precedenti nella storia dei tanti governi italiani degli ultimi decenni, il 6 ottobre del 2014 il presidente del Consiglio, Matteo

DI STEFANO DA EMPOLI*

Renzi, riunì a Palazzo Chigi i ceo mondiali di molte delle principali aziende multinazionali del farmaco, dalle americane Bms, Eli Lilly, Johnson&Johnson alle europee Bayer, Merck Serono, Novartis e Roche. Un segno di attenzione del presidente del Consiglio verso l'industria farmaceutica - ossia per il settore dove si spende di più in ricerca e sviluppo in rapporto al fatturato a livello mondiale e il primo comparto in Italia per investimenti esteri. Ma anche, in direzione opposta, una testimonianza dell'appeal dell'Italia e, di riflesso, del suo nuovo premier.

Peccato che, da allora in avanti, le notizie che sono arrivate dall'Italia ai quartieri generali di Big Pharma siano state più negative che positive.

Se i recenti tagli per 2,35 miliardi di euro, approvati dalla Conferenza stato-regioni, non hanno fatto stappare bottiglie di champagne a New York e neppure a Basilea (se non altro perché, ad anno ampiamente iniziato, automaticamente comprimono la spesa farmaceutica), la vera bomba che potrebbe scoppiare da un momento all'altro si chiama "pay back" sulla spesa farmaceutica ospedaliera, alla quale I-Com, l'Istituto per la competitività, ha appena dedicato uno studio presentato ieri alla Camera.

Il sistema, mutuato dalla spesa farmaceutica territoriale - che passa attraverso le farmacie e che ha risentito di sforamenti modesti o nulli - prevede che le aziende contribuiscano al 50 per cento dello sfondamento del tetto alla spesa farmaceutica ospedaliera. Il tetto di spesa (fissato dalla stessa legge al 3,5 per cento del finanziamento pubblico del Sistema sanitario nazionale, mentre quello della territoriale è l'11,35 per cento) viene suddiviso per ciascuna azienda, alla quale viene assegnato un determinato budget. In questo modo, si ripartisce a livello aziendale lo sforamento realizzato su base nazionale.

Il ripiano è stato introdotto con una legge del 2012 (la n. 135) ma i suoi effetti sono stati avvertiti dalle imprese solo dalla seconda metà del 2014, quando l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha comunicato l'ammontare dello sforamento sul budget assegnato a ciascuna per il 2013.

Da allora sono partiti una serie di ricorsi amministrativi contro la stessa Agenzia, che le aziende stanno vincendo. Non si sta parlando di pochi soldi. Nel 2013 lo sfondamento del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera è stato di 737 milioni di euro (di cui, come detto, il 50 per cento a carico

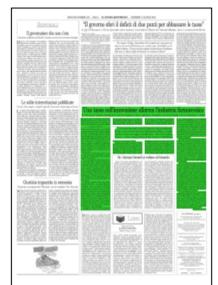
delle aziende). Nel frattempo lo sforamento sta salendo. Nel 2014 è ammontato a 1.050 milioni di euro e potrebbe arrivare a 1.360 milioni nel 2015 (dunque quasi un raddoppio nel giro di soli due anni). Facile quindi prevedere che negli anni successivi la situazione possa solo peggiorare ulteriormente, visto l'arrivo di molti farmaci innovativi. Già oggi (stime sul 2014), il pay back sulla spesa farmaceutica ospedaliera vale da solo il 117 per cento della somma di Ires e Irap pagata dalle aziende. E' come se si stesse parlando di un combinato disposto di un'addizionale Ires del 32 per cento e di un'addizionale Irap del 4,6. Un mostro senza precedenti a livello di settore e di paese. Per molto meno (la demagogica Robin Tax di tremontiana memoria, che imponeva alle aziende energetiche un'addizionale Ires del 6,5 per cento), si è discusso per anni fino alla sentenza di febbraio della Corte Costituzionale che ha dato ragione alle aziende (sia pure in maniera un po' pilatesca).

Tra l'altro, l'aspetto paradossale della vicenda è che ad essere penalizzati dal meccanismo, in misura più che doppia rispetto ai farmaci esistenti, sono le nuove molecole, quelle più costo-efficaci, che devono restituire nei primi due anni di vendita il 50 per cento del fatturato allo stato. Dunque, l'Italia è riuscita nel capolavoro di introdurre una doppia imposta sull'innovazione. Che da un lato tassa le aziende che investono di più in ricerca e innovazione (anche in Italia) e, nel loro portafoglio di prodotti, sceglie di colpire maggiormente i nuovi farmaci.

Con il risultato da un lato di scoraggiare la ricerca in Italia (già oggi più bassa che nel resto d'Europa, a differenza della produzione), dall'altro di mettere seriamente a rischio il lancio di nuove molecole. Privando i pazienti italiani di farmaci salvavita o comunque di forte valore terapeutico disponibili negli altri paesi. E con una buona probabilità di non realizzare neppure gli interessi di finanza pubblica del paese, tra perdita di gettito da imposte derivante dalle aziende che operano in Italia (l'industria farmaceutica versa all'erario circa 4,4 miliardi di euro l'anno) e maggiori costi di ospedalizzazione correlati a un minore impiego di terapie innovative (che guariscono più velocemente i pazienti).

Di questa situazione non è responsabile l'attuale presidente del Consiglio - al tempo c'era Mario Monti - ma a lui tocca risolverla se vuole fare dell'Italia il principale hub europeo dell'industria farmaceutica, come ha promesso il 6 ottobre scorso ai ceo delle multinazionali del farmaco. E non passare, come nel peggiore dei stereotipi nazionali, nella parte del solito italiano che non sa mantenere gli impegni presi.

*presidente di I-Com



Se i farmaci biotech si vedono col binocolo

Roma. Nel settore manifatturiero nazionale, il comparto farmaceutico è il terzo per valore in ricerca e sviluppo, dopo meccanica e trasporti, con 1,3 miliardi investiti nel 2014. Secondo Farindustria, la lobby del farmaco, nei prossimi anni il comparto delle biotecnologie (sviluppo di farmaci a base di cellule, materiale genetico modificato, tessuti ingegnerizzati e altro) avrà uno sviluppo esponenziale rispetto ai tradizionali farmaci da sintesi chimica: nei prossimi anni su 7 mila nuovi farmaci in arrivo, 303 saranno biotecnologici, dice il presidente dell'Associazione, Massimo Scaccabarozzi. Tuttavia secondo gli esponenti di aziende farmaceutiche, ricercatori, funzionari dell'Agenzia italiana del Farmaco (Aifa) che fissa i prezzi delle medicine, intervenuti alla presentazione del Rapporto sulle biotecnologie del settore farmaceutico prodotto dalla società di consulenza EY (ex Ernst & Young), solo in Italia il difficoltoso percorso di accesso a nuove cure cui i cittadini devono sottoporsi rischia alla lunga di fiaccare anche le attività di ricerca e sviluppo e con la conseguenza indesiderabile di ridurre i pur finora elevati investimenti (il farmaco biotech sul totale dell'industria farmaceutica rappresenta il 44 per cento dell'attività di ricerca, il 26 per cento del valore della produzione). Sergio Pecorelli, presidente Aifa, durante la conferenza tenutasi mercoledì a Roma, s'è lanciato in un'invettiva verso del legislatore che non migliora un sistema regolatorio castrante per l'uso in terapia di nuovi farmaci che, in alcuni casi, sono capaci di cronicizzare malattie altrimenti incurabili. Ciò accade per via di vincoli burocratici stringenti esercitati da parte da ciascuna regione secondo criteri peculiari. Analizzando i dati sulle vendite dei farmaci, il Rapporto rivela che, dopo l'approvazione europea dell'agenzia European medicines agency, sono necessari due anni per l'accesso nazionale e regionale, dopodiché una serie di vincoli limitano l'uso terapeutico. A condizionare l'accesso alle cure, dice l'associazione Cittadinanza attiva, c'è anche la compressione della spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera che viene usata come fonte di risparmio, quando invece sulle strutture ospedaliere - spesso ipertrofiche - si risparmia ben poco. (a.bram.)



Giovedì 16 LUGLIO 2015

Malattie cardiovascolari da adulti: i segnali già nella prima infanzia?

Negli adulti, bassi livelli di vitamina D inferiori sono associati a diverse disturbi tra cui malattie cardiovascolari. Oggi, un gruppo di ricercatori canadesi studia la presenza di campanelli d'allarme già nella prima infanzia ed individua un'associazione "statisticamente significativa" tra livelli di vitamina D più elevati e livelli di colesterolo non HDL inferiori

Un gruppo di medici del St. Michael's Hospital a Toronto si è chiesto se è possibile individuare già nell'infanzia alcuni 'campanelli d'allarme' associati al rischio di sviluppare, in età adulta, un disordine di natura cardiovascolare. In un gruppo di quasi 2mila bambini di età prescolare, i ricercatori hanno individuato un'associazione tra livelli di vitamina D e livelli di colesterolo non-HDL inferiori (dove per colesterolo non HDL si intende il valore del colesterolo totale meno quello del colesterolo cosiddetto buono HDL). I risultati della ricerca sono stati pubblicati* sulla rivista *PLOS ONE*.

Da qualche tempo, la ricerca medica punta l'attenzione sull'importanza della vitamina D: la sua carenza, infatti, è già stata associata ad un aumentato rischio di infarto ed ictus. L'esposizione al sole favorisce la produzione di questa vitamina, che si trova anche, in quantità ridotte, in alcuni alimenti, tra cui, ad esempio, pesce, uova e latte. Secondo i ricercatori, la sua carenza e insufficienza è molto comune tra i bambini e i ragazzi ed è importante introdurre la giusta quantità nella loro dieta. L'esposizione al sole permette al nostro organismo di produrre la vitamina D.

In questo caso, la vitamina D viene messa in relazione con il colesterolo non HDL, che rappresenta un marcatore biologico della salute cardiovascolare ed esistono evidenze scientifiche in base alle quali livelli inferiori di vitamina D sono associati a malattie cardiovascolari e ad altre malattie e condizioni di salute, tra cui obesità, diabete e ipertensione.

I ricercatori del St. Michael's Hospital hanno voluto studiare l'eventuale presenza di questa associazione specificamente in una popolazione di età prescolare.

I risultati hanno evidenziato **un'associazione "statisticamente significativa" tra livelli di vitamina D più elevati e livelli di colesterolo non HDL**.

"I fattori che portano a malattie cardiovascolari potrebbero avere inizio nella prima infanzia", ha affermato **Jonathan Maguire**, uno degli autori della pubblicazione, che è pediatra e ricercatore presso il St. Michael's Hospital. "Se la vitamina D è associata al colesterolo nella prima infanzia, questo elemento può fornire l'opportunità per interventi nei primi anni di vita finalizzati a ridurre il rischio cardiovascolare".

Nello studio, sono stati analizzati campioni di sangue di 1.961 bambini di età compresa tra 1 e 5 anni, arruolati nel Gruppo Applied Research Group for Kids (TARGet Kids!), una collaborazione tra i medici dei bambini e i ricercatori del St. Michael's Hospital and The Hospital for Sick Children.

Nella dieta dei piccoli, il latte vaccino rappresentava la principale fonte alimentare di vitamina D e i bambini assumevano quotidianamente una quantità di latte vaccino in media pari a 452 millilitri, pari a poco meno di due tazze. Inoltre, il 56% di loro assumeva regolarmente la vitamina D come supplemento.

Il programma ha seguito i bambini sin dalla nascita con l'obiettivo di studiare e prevenire problemi comuni nella prima infanzia e comprendere il loro impatto sulla salute e sull'eventuale sviluppo di

malattie nell'età adulta.

Viola Rita

*Catherine S. Birken, Gerald Lebovic, Laura N. Anderson, Brian W. McCrindle, Muhammad Mamdani, Sharmilaa Kandasamy, Marina Khovratovich, Patricia C. Parkin, Jonathon L. Maguire. *Association between Vitamin D and Circulating Lipids in Early Childhood*. *PLOS ONE*, 2015; 10 (7): e0131938
DOI: [10.1371/journal.pone.0131938](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131938)

PUNTO DI VISTA *di Beatrice Lorenzin*

Essere sani è più importante che essere magri



Beatrice Lorenzin,
43 anni, ministro
della Salute

Sono una vera e propria malattia della nostra società sostenuta dalla pericolosa equazione magrezza=bellezza e colpiscono tante persone, molte giovani. Mi riferisco ai disturbi del comportamento alimentare (Dca), come anoressia e bulimia. L'incidenza della sola anoressia nervosa è di otto casi ogni 100mila donne l'anno e la mortalità è aumentata di 5-10 volte rispetto a persone sane della stessa età e dello stesso sesso mentre per la bulimia l'incidenza è di 12 nuovi casi ogni 100mila donne. L'esordio di questo disturbo cade generalmente tra i 10 e i 30 anni, con un'età media di insorgenza intorno ai 17 anni. Molte persone pensano che i Dca siano un problema solo femminile. Non è così: gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa e il 10-15% dei casi di bulimia. Per affrontare questo fenomeno occorre sia una operazione culturale sia una prevenzione molto forte che favoriscano una sana percezione del proprio corpo e di ciò che invece mette a rischio la salute.

L'immagine di modelle sempre più magre, in tv, nelle pubblicità e sui social media ha alimentato uno stereotipo negativo. Molte adolescenti precipitano nell'anoressia e nella bulimia cercando di imitare la propria pop star preferita, l'attrice del momento o le top model più famose, insomma «modelli inarrivabili». Al [Ministero della Salute](#) arrivano continue segnalazioni di siti web o blog chiamati «Pro-Ana»

che incitano all'anoressia, nei quali il claim nascosto è «essere magri è più importante che essere sani». Questi siti sono circa 150mila, sono spazi nei quali le ragazze creano una comunità virtuale nella quale si danno supporto a vicenda e si scambiano consigli per riuscire a non mangiare per tutto il giorno, per aggirare i controlli della famiglia.

Questi modelli di bellezza basati su un'eccessiva magrezza contribuiscono ad alimentare il ricorso a espedienti rapidi per arrivare a quella magrezza tanto pubblicizzata, che spesso altera il rapporto tra le persone e il cibo. I dati epidemiologici ci suggeriscono infatti un nesso tra lo stare frequentemente a dieta e la comparsa di Dca. Il fiorire di regimi dietetici propagandati come miracolosi e spesso non equilibrati, diete dissociate, monotematiche, esageratamente iperproteiche, o digiuni ossessivi e prolungati espongono a seri rischi per la salute. Le diete sono una cosa seria, il fai da te non funziona, è sempre bene rivolgersi al medico di fiducia che saprà consigliarci al meglio in base alle nostre condizioni di salute.

I disturbi del comportamento alimentare sono un problema complesso che si può combattere e vincere promuovendo un cambiamento culturale sui modelli di riferimento per tanti giovani: magrezza=bellezza deve diventare un'equazione poco cool, un riferimento da rifiutare perché pericoloso per la salute.