Tiratura 01/2015: 147.330
Diffusione 01/2015: 108.897
Lettori III 2014: 338.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-MAG-2015
da pag. 10

Padova. «Aborto in fase avanzata addolora»

Presa di posizione del Movimento per la vita sulla vicenda di una 32enne, ora indagata, seguita nel Policlinico della città veneta

Padova. «La notizia di un aborto eseguito in fase molto avanzata di gestazione nella clinica ostetrica del Policlinico universitario di Padova è di quelle che riempiono di dolore. Non ci permettiamo di giudicare la madre che ha deciso di impedire a suo figlio di vedere la luce. Ad essa vorremmo solo dire che vi era la possibilità di altre soluzioni...». Lo scrive in una nota il presidente del Movimento per la Vita, Gian Luigi Gigli, sulla vicenda della donna di 32 anni salernitana che è andata ad abortire a Padova e adesso è iscritta nel registro degli indagati per procurato aborto.

«La maggiore o minore età gestazionale del bambino non cambia la natura dell'atto, ma la magistratura sta indagando sull'eventuale falsificazione della cartella clinica. Tuttavia, se anche non dovesse esserci stato dolo nell'accertare l'età gestazionale, è necessario stigmatizzare la superficialità con cui sono state accertate le condizioni della donna e del suo bambino – prosegue la nota –, considerato anche che l'aborto dopo i 90 giorni è consentito solo in caso di grave pericolo per la vita della madre o per la presenza di gravi malformazioni fetali». C'è chi, continua Gigli, «ritiene che l'aborto sia un diritto valevole sempre e comunque, ben al di là dei fragili paletti posti dalla 194, fino a sopprimere in un ospedale pubblico un feto ormai capace di vita autonoma».

Scuola, piazza contro la riforma

Da venerdì salvati oltre mille migranti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Donatori di rene a rischio minimo di gotta

02 maggio 2015

I donatori di rene potrebbero andare incontro ad un rischio leggermente innalzato di gotta. L'innalzamento del rischio è, però, minimo e quantificabile in un incremento percentuale pari all'1,4% dopo almeno 8 anni dal trapianto.

Questi i risultati di uno studio canadese, pubblicato online ahead-of-print sulla rivista American Journal of Kidney Diseases, organo ufficiale della National Kidney Foundations USA che, lungi dal creare allarmismi, suggerisce semplicemente l'adozione di misure preventive in questo set di popolazione, agendo sullo stile di vita (dieta povera di purine, esercizio fisico, maggiore idratazione). Lo studio è stato condotto per conto della "Donor Nephrectomy Outcomes Research (DONOR) Network", una rete che monitora le ricadute in termini di esiti clinici delle ricerche sui soggetti donatori e trapiantati di rene.

E' noto come livelli elevati di acido urico contribuiscano allo sviluppo della condizione gottosa e come i donatori di rene presentino livelli di acido urico superiori ai non donatori.
Obiettivo dello studio, pertanto, è stato quello di verificare se tale osservazione di biochimica clinica si traducesse anche in un incremento del rischio di gotta in questi individui.
A tal scopo i ricercatori hanno concentrato la loro attenzione sui donatori di rene sottoposto ad intervento di nefroctomia tra il 1992 e il 2010 in Ontario, Canada.

Sono stati selezionati, quindi, 1.988 donatori e 19.880 non donatori sani per un follow-up avente una durata mediana di 8,4 anni (fino ad un massimo di 20,8 anni).
L'età mediana dei soggetti reclutati nello studio (donatori e non) era pari a 43 anni (35-51%) con una leggera prevelenza di donne (61% del campione totale).
La maggior parte dei donatori di rene era rappresentata, nell'ordine, dai fratelli dei soggetti trapiantati (34,4%), dallo sposo/a (19,2%), da uno dei genitori (13,7%) o da bambini (13%).

Prima della donazione di rene, i livello mediano della creatinemia era pari a 0,8 (0,7-1) mg/dL mentre il tasso presunto di filtrazione glomerulare (eGFR), utilizzato per monitorare i segni precoci di danno renale e monitorare lo stato di salute dell'organo, era pari a 99 (87-109) mL/min/1,73 m2.
L'outcome primario dello studio era rappresentato dal tempo alla diagnosi di gotta. Quello secondario, valutato

in una sottopopolazione, era rappresentato dal trattamento con un tipico farmaco anti-gotta (allopurinolo o colchicina).

Lo studio ha documentato 457 episodi di gotta (67 nei donatori di rene, 390 nei non donatori sani), con un rischio di gotta più elevato nei donatori (3,4% vs 2%; 3,5 vs 2,1 events/1,000 persone-anno; HR= 1.6; IC95%= 1,2-2,1; P< 0,001).
Dopo un tempo di follow-up mediano di 8 anni, la differenza di rischio assoluto, però, è risultata piccola (1,4%; IC95%= 0.6%-2.2%). Il tempo mediano alla prima diagnosi di gotta è stato pari a 5,7 anni (0,04-20,3 anni).

Lo studio ha valutato anche il ricorso ai trattamenti antigotta nei due gruppi una sottopopolazione costituita da ultra65enni (262 donatori e 2.620 non donatori sani). I risultati di questa analisi di sottopopolazione hanno mostrato che il rischio di ricorso a trattamento anti-gotta era più alto nei donatori rispetto ai non donatori (10/262 [3,8%] vs 33/2.620 [1,3%]; OR= 3,2; IC95%= 1,5-6,7;P= 0,002). Ulteriori analisi per sottogruppi creati in base all'anamnesi familiare di nefropatia, all'età e al sesso, non hanno dato sorprese: anche in questi casi il rischio di gotta è risultato maggiore nei donatori rispetto ai non donatori sani.

Nel commentare i risultati, gli autori dello studio sottolineano come l'incremento stimato dell'incidenza di gotta a 20 anni sia molto piccolo: “E' confortante che la probabilità del donatore di rene di sviluppare gotta non sia statisticamente maggiore rispetto alla popolazione generale”

Alla luce di queste considerazioni, gli autori concludono auspicando che “...le osservazioni riportate nello studio siano corroborate in trials futuri prima di inserire la possibilità del rischio potenziale appena descritta nel processo di consenso informato al trapianto. I dati sull'incremento in termini assoluti del rischio di gotta sono – ribadiscono gli autori - rassicuranti per la loro ridotta rilevanza numerica ed è improbabile che ciò rappresenti un deterrente alla donazione per i potenziali donatori d'organo, i pazienti trapiantati e i programmi di trapianto di rene”.

Nicola Casella

Lam NN et al. Gout After Living Kidney Donation: A Matched Cohort Study. Am J Kidney Dis. 2015; e-pub ahead-of-print
Leggi

[chiudi questa finestra]

Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Il Sole 24 ORE Domenica

03-MAG-2015

da pag. 31

LOTTA AL CANCRO

Come armare il nostro sistema immunitario

di **Alberto Mantovani**

Negli ultimi anni in Medicina abbiamo assistito all'avverarsi di un sogno lungo 100 anni: nella lotta al cancro, le armi del nostro sistema immunitario si sono affiancate con successo alle terapie più tradizionali: chirurgia, chemio e radioterapia, terapie mirate. Gli anticorpi, innanzitutto; in particolare i cosiddetti "monoclonali", prodotti in quantità illimitata. Dotati di grande specificità, come missili mirati contro le cellule tumorali, hanno rivoluzionato la diagnostica e la cura dei linfomi e di alcuni tumori solidi come colon e mammella. E ci auguriamo che, in futuro, migliorino sempre più la vita dei pazienti: tra i nuovi farmaci in sperimentazione, uno su tre è un anticorpo. La nuova frontiera, poi, è coniugare agli anticorpi i farmaci chemioterapici, portandoli direttamente contro il cancro e riducendone la tossicità sui tessuti sani. Nella lotta ai tumori abbiamo imparato ad utilizzare anche un altro componente del sistema immunitario: le citochine, ovvero le "parole" dell'immunità: segnali di comunicazione che permettono al sistema immunitario di attivarsi e ne regolano la risposta. Alcune di queste "parole" sono già entrate in uso clinico: i fattori di crescita emopoietici, che aiutano a contrastare gli effetti nocivi della chemioterapia, l'interleuchina-2 e gli interferoni, usati per curare alcuni tipi di tumori come il melanoma. E nel futuro speriamo di ampliare l'utilizzo di queste "parole": ad esempio per rieducare le cellule del sistema immunitario, inducendolo ad attivarsi contro il bersaglio-cancro. Proprio dalla consapevolezza che il sistema immunitario non aggredisce il cancro come dovrebbe, infatti, perché da esso viene corrotto o addormentato, stanno derivando nuovi approcci terapeutici, mirati a togliere alle nostre difese i "freni" che il tumore attiva.

Recentemente è stato approvato l'uso clinico di anticorpi che bloccano alcuni di questi "freni molecolari" contro il melanoma: sono CTLA4, PD1 e PDL1. E a breve ci attendiamo l'entrata in clinica di ulteriori anticorpi mirati contro freni diversi. Ancora, alcune cellule del sistema immunitario, i macrofagi, si comportano come poliziotti corrotti che aiutano il cancro: farmarli costituisce una linea di lavoro che sta muovendo i primi passi in clinica. Anche le cellule dell'immunità sono entrate a far parte dell'arsenale terapeutico contro i tumori. Siamo capaci di prelevare le cellule T del sistema immunitario, farle crescere, educarle ad un determinato scopo (ad esempio con una tecnologia costituita da recettori chimerici, CAR) e poi reinfonderle nei pazienti: le terapie cellulari stanno muovendo i primi passi in clinica con risultati incoraggianti, ad esempio nei tumori ematologici. Grazie ad Airc, in Italia sono stati attivati per le leucemie protocolli innovativi di terapia cellulare basati sull'attivazione delle cellule Killer o *Natural Killer*, componenti del sistema immunitario con la naturale capacità di uccidere: cellule potenzialmente in grado di sopprimere il cancro, ma che vengono come "disarmate" da esso. Infine, contro il cancro abbiamo imparato ad utilizzare i vaccini. Quelli preventivi sono già realtà. È infatti in uso clinico quello contro l'epatite B, in grado di prevenire questa malattia e i cancri del fegato causati dal virus che ne è responsabile. Così come il vaccino contro il *Papilloma virus* (HPV), che provoca il tumore della cervice uterina e, nell'uomo, alcuni cancri di testa e collo nell'uomo: un vero e proprio flagello responsabile, ogni anno, di circa 250mila morti nel mondo. I vaccini terapeutici, invece, rappresentano la nuova frontiera: una sfida, ma anche una speranza concreta, su cui si sta lavorando in tutto il mondo. Si tratta di vaccini basati sull'identificazione e il riconoscimento - da parte del sistema immunitario - di strutture presenti sulla cellula tumorale, e sull'utilizzo di cellule sentinella capaci di riattivare la risposta immunitaria. Per il futuro, approfondire la conoscenza della macchina straordinaria delle nostre difese naturali ci permetterà di imparare a guidarla sempre più, e sempre meglio, contro i tumori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

03-05-2015

http://www.notiziarioitaliano.it

Stare al sole, possibile arma contro cancro pancreas

ROMA, 3 MAG- Stare al sole potrebbe essere un'arma efficace per proteggersi da una delle forme di cancro più difficili da combattere, quello del pancreas. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di questo cancro potrebbe infatti esservi un basso livello di vitamina d, di cui proprio il sole promuove una maggiore produzione nel nostro organismo (e che si trova anche in alcuni alimenti come ad esempio le uova e i funghi), tanto che nei Paesi con la minor quantità di luce solare i tassi di cancro risultano più alti. E' quanto emerge da uno studio della University of California San Diego School of Medicine pubblicato sulla rivista Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. Gli studiosi hanno esaminato 107 Paesi, prendendo in considerazione nell'analisi dei tassi di sviluppo di cancro al pancreas anche altri fattori fondamentali, come il consumo di alcol, il fumo e il tasso di obesità. "Anche prendendo in conto questi fattori di rischio, restava forte questa correlazione tra minore luce solare e sviluppo di questi livelli di cancro"spiega il professor Cedric Garland, autore dello studio. "Le persone che vivono nei Paesi soleggiati vicino all'equatore hanno solo un sesto del tasso di incidenza di cancro al pancreas" aggiunge, concludendo che "l'importanza della carenza di luce solare suggerisce fortemente (ma non prova)che la carenza di vitamina D può contribuire al rischio di cancro al pancreas". Il tumore al pancreas e' un 'big killer' silenzioso: secondo alcuni dati diffusi dall'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica)ogni anno in Italia colpisce circa 12.700 persone, la maggior parte delle quali tra i 60 e gli 80 anni, circa il 3% di tutte le nuove neoplasie diagnosticate ed e' un nemico insidioso, perché in fase precoce i sintomi possono essere non molto evidenti e piuttosto vaghi. Le cellule tumorali pancreatiche sono particolarmente resistenti ai farmaci, che non riescono a bloccarne lo sviluppo, ma solo a rallentarne in modo estremamente limitato la crescita. Segnali chiari compaiono quando hanno ormai iniziato a diffondersi agli organi circostanti o hanno bloccato i dotti biliari. Si tratta di una delle neoplasie a prognosi più sfavorevole: solo il 7% degli uomini e il 9% delle donne risultano vivi a 5 anni, anche se alcune terapie basate sulle nanotecnologie possono migliorare seppur di poco la sopravvivenza. I fattori di rischio per lo sviluppo della malattia includono il fumo di sigaretta, l'obesità, la scarsa attività fisica e alcune patologie pregresse, come ad esempio il diabete mellito o la pancreatite cronica.

Corriere Adriatico.it

03-05-2015

Lettori
40.000

http://salute.corriereadriatico.it

Cancro al pancreas, come contrastarlo con la tintarella: studio dei medici Usa

NEW YORK - Stare al sole potrebbe essere un'arma efficace per proteggersi da una delle forme di cancro più difficili da combattere, quello del pancreas. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di questo cancro potrebbe infatti esservi un basso livello di vitamina d, di cui proprio il sole promuove una maggiore produzione nel nostro organismo (e che si trova anche in alcuni alimenti come ad esempio le uova e i funghi), tanto che nei Paesi con la minor quantità di luce solare i tassi di cancro risultano più alti.

È quanto emerge da uno studio della University of California San Diego School of Medicine pubblicato sulla rivista Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. Gli studiosi hanno esaminato 107 Paesi, prendendo in considerazione nell'analisi dei tassi di sviluppo di cancro al pancreas anche altri fattori fondamentali, come il consumo di alcol, il fumo e il tasso di obesità.

«Anche prendendo in conto questi fattori di rischio, restava forte questa correlazione tra minore luce solare e sviluppo di questi livelli di cancro» spiega il professor Cedric Garland, autore dello studio. «Le persone che vivono nei Paesi soleggiati vicino all'equatore hanno solo un sesto del tasso di incidenza di cancro al pancreas» aggiunge, concludendo che «l'importanza della carenza di luce solare suggerisce fortemente (ma non prova)che la carenza di vitamina D può contribuire al rischio di cancro al pancreas».

Il tumore al pancreas e' un 'big killer' silenzioso: secondo alcuni dati diffusi dall'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica)ogni anno in Italia colpisce circa 12.700 persone, la maggior parte delle quali tra i 60 e gli 80 anni, circa il 3% di tutte le nuove neoplasie diagnosticate ed e' un nemico insidioso, perché in fase precoce i sintomi possono essere non molto evidenti e piuttosto vaghi.

Le cellule tumorali pancreatiche sono particolarmente resistenti ai farmaci, che non riescono a bloccarne lo sviluppo, ma solo a rallentarne in modo estremamente limitato la crescita. Segnali chiari compaiono quando hanno ormai iniziato a diffondersi agli organi circostanti o hanno bloccato i dotti biliari. Si tratta di una delle neoplasie a prognosi più sfavorevole: solo il 7% degli uomini e il 9% delle donne risultano vivi a 5 anni, anche se alcune terapie basate sulle nanotecnologie possono migliorare seppur di poco la sopravvivenza. I fattori di rischio per lo sviluppo della malattia includono il fumo di sigaretta, l'obesità, la scarsa attività fisica e alcune patologie pregresse, come ad esempio il diabete mellito o la pancreatite cronica.

Tiratura 01/2015: 147.330
Diffusione 01/2015: 108.897
Lettori III 2014: 338.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Avvenire
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-MAG-2015
da pag. 23

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

È una grande notizia che giunge in aiuto di 140 piccoli pazienti oncologici

Progetto 'POSSO STARE A CASA' Sostegno ai bambini col tumore

'Fondazione Just Italia' sostiene 'Fondazione ANT' con 300 mila euro

DI **MARTINA BOSSI**

Nel 2014, in Italia, sono stati diagnosticati 366.000 nuovi casi di tumore. Per fortuna la fascia in età infantile è limitata e, oggi, per molte forme di patologia, le possibilità di guarigione sono elevate. Ma la parola cancro, soprattutto se riferita a un bambino, può devastare la vita di tante famiglie. Per questo, oltre alle terapie più avanzate, è importante sviluppare, diffondere e sostenere tutte le forme di supporto e assistenza medica, organizzativa e psicologica che possano aiutare le famiglie a fronteggiare prove così difficili. Nasce da questo l'iniziativa di solidarietà che Fondazione Just Italia, Onlus creata nel 2008 dall'omonima azienda di Grezzana (VR) che distribuisce i cosmetici naturali svizzeri Just tramite vendita diretta a domicilio, ha destinato quest'anno a Fondazione ANT, impegnata sin dal 1985 nell'assistenza domiciliare gratuita ai pazienti oncologici. Il progetto di ANT, validato per i contenuti scientifici e sociali da AIRIcerca, Associazione Internazionale Ricercatori Italiani nel mondo, prevede un contributo di ben 300mila Euro che verranno erogati da Fondazione Just Italia secondo un programma triennale che permetterà di dare assistenza domiciliare a 140 bambini. Per questo, l'iniziativa di solidarietà di Fondazione Just si chiama "POSSO STARE A CASA" e prevede il servizio gratuito di assistenza medica, infermieristica e psicologica direttamente a casa del paziente, per consentire quanto più possibile al piccolo malato e alla sua famiglia di avere una vita "normale". Quest'iniziativa rappresenta l'esito di un lungo iter che coinvolge migliaia di persone in una formidabile rete di solidarietà: come ogni anno Fondazione Just Italia ha riservato un bando alle Organizzazioni non profit italiane, ricevendo centinaia di candidature. Per la prima volta quest'anno, le candidature rispondenti ai requisiti indicati nel bando sono state sottoposte alla valutazione di AIRIcerca, l'Associazione Internazionale Ricercatori Italiani nel mondo, chiamata a "certificarne" il valore secondo rigorosi parametri scientifici. Fra i tanti progetti validati, il Comitato di Gestione della Fondazione è arrivato a una rosa di tre finalisti particolarmente vicini ai valori del mondo Just. I 3 progetti sono stati, infine, votati dai 22.000 incaricati alle vendite di Just Italia che hanno definito l'iniziativa di solidarietà da premiare. Grande soddisfazione per questa partnership è stata espressa all'unisono da Marco Salvatori, Presidente di Fondazione Just Italia, e Raffaella Pannuti, Presidente di Fondazione ANT: "POSSO STARE A CASA" è un'iniziativa appassionante, sia perché risponde a un bisogno profondo dei bambini sia perché aiuta, concretamente, tante famiglie a gestire situazioni complesse. L'impegno di Fondazione ANT e di Fondazione Just Italia è quello di far loro sapere che non sono soli e di aiutarli a guardare a un futuro di normalità e buona qualità di vita".

Per saperne di più:
www.possostareacasa.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 147.330
Diffusione 01/2015: 108.897
Lettori III 2014: 338.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

03-MAG-2015

da pag. 23

L'identikit di Fondazione Just Italia

Nata nel 2008 per volontà di Just Italia, Fondazione Just Italia sostiene i progetti sociali delle Organizzazioni Non Profit. La profonda relazione tra Fondazione, organizzazioni, operatori, comitato scientifico, incaricati alla vendita e clienti dell'Azienda offre una possibilità di cambiamento concreto a tante persone, garantendo loro il diritto a una vita piena di esperienze ed emozioni.www.fondazionejustitalia.org

L'identikit di Fondazione ANT Italia ONLUS

È la più ampia realtà non profit nel nostro Paese per l'assistenza medica specialistica domiciliare gratuita ai malati di tumore, con 10.000 persone curate ogni anno in 9 regioni. 400 professionisti (medici, infermieri, psicologi, operatori) regolarmente retribuiti lavorano per ANT, affiancati da 2.000 volontari impegnati in attività di raccolta fondi e logistica. ANT raccoglie 22 milioni di euro l'anno, di cui solo il 18% proveniente da fondi pubblici. Nata per iniziativa dell'oncologo Franco Pannuti, ANT assiste per 365 giorni l'anno, a domicilio, 4.250 malati,svolgendo inoltre una intensa attività sul fronte della prevenzione - www.ant.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 420.332
Diffusione 01/2015: 321.628
Lettori III 2014: 2.618.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-MAG-2015

da pag. 51

SALUTE

Non mi curo e il medico non lo sa

La scarsa aderenza alle terapie tra chi soffre di patologie autoimmuni è molto alta: un malato su tre «rinuncia». Migliori i risultati con i farmaci biologici

Disturbi
Molto spesso l'abbandono fa seguito alla comparsa di effetti collaterali

Il paradosso
Anche i miglioramenti (temporanei) possono indurre a lasciare pastiglie e iniezioni

Un paziente su tre— ma se si tratta di "pelle" uno su due — rinuncia alla cura, ha un comportamento "altalenante" e, per di più, molto spesso non lo dice neanche al medico, pur essendo consapevole del fatto che rischia di andare incontro a un peggioramento delle proprie condizioni di salute e quindi della qualità di vita.

La scarsa aderenza alle terapie tra chi soffre di patologie autoimmuni croniche — come artrite reumatoide, spondilite anchilosante, morbo di Crohn, colite ulcerosa, psoriasi e artrite psoriasica — rappresenta oggi una sfida tanto per la salute dei pazienti quanto per la sostenibilità dei sistemi sanitari. Non è infatti difficile capire che ogni pillola buttata corrisponde a una perdita netta per il Servizio sanitario.

Il progetto "Mosaico" (chiamato così perché "a mosaico" ha incrociato i dati provenienti sia da pazienti che da medici per tre diverse tipologie di malattie croniche), attraverso una ricerca condotta da Doxa Pharma e promossa dall'Associazione nazionale malati reumatici (Anmar), dall'Associazione nazionale per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino (Amici) e dall'Associazione Nazionale Amici per la Pelle (Anap), grazie al contributo di AbbVie, ha cercato di "misurare" il fenomeno .

Tra chi soffre di psoriasi, circa il 50 per cento dichiara di non seguire le indicazioni del medico, percentuale che passa al 44 per cento tra chi ha malattie infiammatorie croniche intestinali (morbo di Crohn e colite ulcerosa) e al 35 per cento tra chi è affetto da patologie osteoarticolari .

Ma i medici si rendono conto di questo fenomeno di abbandono? Solo in parte, perché tendono a sottovalutarlo. Secondo gli specialisti intervistati (243, mentre i malati interpellati sono stati 1017) è un paziente su quattro a essere discontinuo nel seguire le prescrizioni, con percentuali, che - sempre secondo i medici - vanno da circa il 20% tra chi soffre di patologie osteoarticolari o gastroenterologiche, fino al 30% per i pazienti affetti da psoriasi.

Nella maggior parte dei casi la decisione di dire addio alle cure è dettata dagli effetti collaterali dei farmaci, ma, paradossalmente, il miglioramento dei sintomi è al secondo posto tra le cause di abbandono e prevale nei pazienti affetti da psoriasi, probabilmente confortati da un miglioramento "visibile".

Anche Il tipo di trattamento ha un peso notevole nel determinare l'aderenza alla terapia.

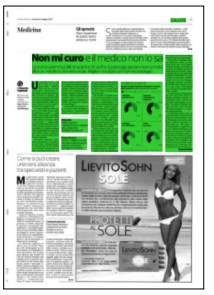
Chi ricorre ai farmaci biologici dimostra, infatti, di attenersi di più alle raccomandazioni del medico, in termini di quantità, modalità e periodo di assunzione dei farmaci, rispetto ai pazienti cui sono prescritti farmaci tradizionali. La percentuale dei pazienti "inadempienti" nel caso dei biologici sta infatti, secondo di medici, in un intervallo compreso tra il 10 e 17 per cento e percentuali non di molto dissimili denunciano i malati.

La discrepanza nell'aderenza alle cure con le due diverse tipologie di farmaci, dicono i responsabili delle associazioni coinvolte nell'indagine, è semplice: chi arriva ai farmaci biologici si rende conto di essere "all'ultima spiaggia" e si impegna maggiormente.

Come chiosa Salvo Leone, di Amici (Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino): «Dopo il biologico per noi c'è solo il bisturi. Meglio sopportare i fastidi delle cure». Ma anche se la disponibilità a seguire le cure con i farmaci biologici è migliore, ancora molto c'è da fare. E non solo sul fronte della comunicazione: farmaci in grado di dare risultati percepibili fin dall'inizio della terapia, che rendono più probabile l'aderenza alle cure, come pure medicinali più facili da utilizzare.

Daniela Natali

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 420.332
Diffusione 01/2015: 321.628
Lettori III 2014: 2.618.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

CORRIERE DELLA SERA

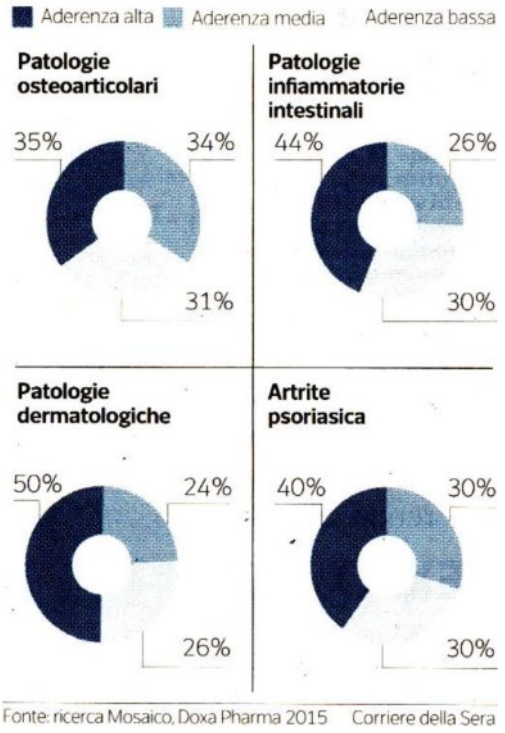
Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-MAG-2015

da pag. 51

L'indagine sui pazienti

Quanto i malati pensano di seguire in modo appropriato le cure (risposte in percentuale)



Fonte: ricerca Mosaico, Doxa Pharma 2015 Corriere della Sera

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 420.332
Diffusione 01/2015: 321.628
Lettori III 2014: 2.618.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-MAG-2015

da pag. 51

SALUTE

Gli sprechi

Non rispettare le prescrizioni pesa sui conti

Studi condotti dall'Oms, l'Organizzazione mondiale della Sanità, hanno rilevato che nei Paesi sviluppati l'aderenza ai trattamenti tra chi soffre di patologie croniche si attesta in media intorno al 50 per cento (percentuale che scende drasticamente nei Paesi in via di sviluppo). Si stima inoltre che il grado medio di aderenza passi dal 63% al momento della prima prescrizione al 43% in occasione della seconda. Indicativo anche i dato sull'impatto economico della mancata *compliance*: i costi sociali annui per la non aderenza alle cure in Europa sono di 125 miliardi di euro. Negli Stati Uniti i costi riconducibili alle spese mediche evitabili con una corretta adesione alle terapia prescritte sono pari a 310 miliardi di dollari ogni anno; il 14 per cento della spesa sanitaria totale. Ad essere più a rischio rispetto alla *compliance*, gli anziani, anche perché spesso con più patologie.

D. N.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

03 MAGGIO 2015

Cassazione. La responsabilità professionale dipende dalle mansioni e attività svolte. E non solo da ruolo e qualifica dell'operatore coinvolto

Questo il principio che ha ispirato due sentenze che hanno ritenuto comunque responsabili un autista di ambulanza che non ha aiutato l'infermiera a movimentare un paziente in lettiga e un medico "frequentatore volontario" per aver mancato di richiedere specifici accertamenti diagnostici a una paziente ricoverata

La Corte di cassazione estende la "posizione di garanzia" anche oltre i confini tradizionali. Prima di inoltrarci nella definizione della posizione di garanzia vediamo succintamente due recentissime sentenze del giudice di legittimità.Nel primo caso a un autista soccorritore" – figura non riconosciuta a livello nazionale - veniva contestato di non avere prestato collaborazione a un infermiera nella movimentazione di un paziente su una lettiga causandone la morte in relazione al "malaccorto imbragamento e alla circostanza che la barella, in violazione, delle prescrizioni del costruttore, era stata movimentata da una sola persona - l'infermiera giustappunto - invece che almeno da due operatori.

La difesa dell'autista si è concentrata sul non riconoscimento della figura di "autista soccorritore" in quanto la contrattazione collettiva prevede solo l'autista con mere funzioni di guida del veicolo. La Corte (sezione IV, sentenza 2 aprile 2015, n. 14007) ne ha riconosciuto comunque la responsabilità a prescindere dal "formale inquadramento" in quanto è emerso "dall'istruttoria svolgere il compito di autista soccorritore, avendo al fine superato con profitto un apposito corso e percependo un incremento retributivo proprio in ragione delle mansioni effettivamente ricoperte, peraltro, secondo il dire dello stesso medico che nell'occorso dirigeva l'unità di pronto intervento, con piena capacità". E' quindi "l'effettivo svolgimento delle mansioni" a contare senza che "assuma rilievo l'attribuzione allo Stato del potere di legiferare sui profili professionali". All'autista soccorritore viene dunque riconosciuta la "posizione di garanzia" e, nel caso di specie, l'obbligo di movimentare insieme all'infermiere la barella.

Nel secondo caso viene affrontato il caso di un "medico frequentatore volontario" il quale di "servizio" in un ospedale, a fronte di una donna sottoposta "ad intervento chirurgico di isterectomia radicale", "non aveva predisposto accertamenti diagnostici idonei a verificare se la paziente fosse affetta da trombosi venosa profonda, secondaria ad operazione chirurgica, benché fossero presenti sintomi e fattori di rischio indicativi di tale possibilità". Per la Cassazione (IV sezione, sentenza 8 aprile 2015, n. 14142) "tale condotta omissiva, aveva impedito, una tempestiva diagnosi e l'adozione di idonea terapia la quale avrebbe, con altra probabilità, consentito di evitare l'evento letale".

Anche in questo caso è stata riconosciuta la "posizione di garanzia" basandosi sulle reali mansioni del medico che "sebbene *frequentatore volontari*o della struttura sanitaria, aveva posto in essere condotte proprie di un medico strutturato" e, non poteva definirsi, quindi, come, un "mero accompagnatore della paziente da un reparto all'altro per fare un clistere (un clistere..?), mero trascrittore della cartella clinica degli esiti della visita effettuata da altri." Era stato infatti dimostrato che aveva "rimosso i punti di sutura alla paziente e per togliere i punti l'ha necessariamente sottoposta a visita raccogliendo i temi di sofferenza (dolore alla gamba sinistra gonfiata e disagio) che la paziente gli ha certamente

manifestato". Nonostante questo non ha disposto gli esami necessari con "conseguente adozione di idonea terapia".

Quindi riconoscimento della "posizione di garanzia" indipendentemente dal riconoscimento formale del ruolo in entrambi i casi (autista soccorritore e medico frequentatore volontario).

Come è noto la posizione di garanzia deriva dal comportamento omissivo previsto dal secondo comma dell'articolo 40 del codice penale: "Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".Ai fini della individuazione degli obblighi giuridici di impedire un evento sono state elaborate, nel tempo, tre concezioni:

a) la *concezione* formalistica;
b) la concezione sostanzialistica;
c) la concezione mista formale-sostanziale.

Secondo la *concezione formalistica* il riconoscimento della responsabilità omissiva esige l'espressa previsione dell'obbligo di agire da parte di "fonti giuridiche formali" che sono individuate dalla legge, dal contratto e dalla consuetudine. Solo quindi ciò che è scritto in tali fonti determina l'obbligo giuridico di agire.

Secondo la *concezione sostanzialistica* invece la responsabilità per omesso impedimento è insita nell'esigenza solidaristica della tutela rafforzata di beni giuridici rilevanti per incapacità dei titolari di proteggere tali beni. Secondo questa concezione si realizzano "di fatto" degli speciali vincoli di tutela tra il soggetto e il suo garante. Tipico esempio viene determinato dalla presa in carico di un soggetto debole (es. un paziente).

La *concezione mista, formale-sostanziale* si pone come sintesi tra le due concezione sopra esposte ed è stata, fino a oggi, prevalente nella dottrina e nella giurisprudenza italiana.

In sintesi l'obbligo di garanzia può essere definito come "l'obbligo giuridico che grava su specifiche categorie di soggetti previamente forniti degli adeguati poteri giuridici, di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l'incapacità die titolari di adeguatamente proteggerli". In questi casi si equipara il non impedire al causare al fine di riequilibrare una situazione di svantaggio.
Tralasciamo, in questa sede, la suddivisione dell'inquadramento della posizione di garanzia nelle posizione di protezione e di controllo e ci concentriamo sul riconoscimento di fatto delle mansioni svolte.

L'autista soccorritore è una figura esistente di fatto e non di diritto e non su tutto il territorio nazionale. I tentativi regionali di regolamentarne la formazione e le attività si sono scontrati con la dichiarazione di illegittimità costituzionale (vedi la legge della regione Basilicata 37/2009 e la conseguente sentenza della Corte n. 300/2010) per i motivi legati al conflitto Stato-Regioni che sono diventati usuali dopo la riforma del titolo V della Costituzione.

La mansioni di fatto determinano la "presa in carico" (terminologia professionale) e la conseguente "posizione di garanzia" (terminologia giuridica).
Stesso orientamento nella sentenza sul "medico frequentatore volontario" figura non regolamentata e ammessa consuetudinariamente nei reparti previa autorizzazione e stipula di una polizza di responsabilità professionale. Anche in questo caso la presa in carico determina la posizione di garanzia e il riconoscimento di responsabilità indipendentemente da fonti giuridiche formali di riferimento. In questi casi, in genere, è chiaro che il medico "frequentatore volontario" non debba essere, sulla carta, un professionista incardinato nella struttura e nelle sue decisioni. Alcune importanti realtà organizzative hanno regolamentato l'accesso e le funzioni di questa figura.

L'azienda ospedaliera di Padova, ad esempio, specifica:
"I frequentatori volontari sono osservatori, a fini di studio, formazione o ricerca, delle attività svolte nelle strutture aziendali di riferimento. I frequentatori non possono in alcun modo svolgere attività in sostituzione
del personale dipendente. Non possono esercitare direttamente in autonomia mansioni o funzioni che rientrino nelle competenze tecnico professionali del personale dipendente o convenzionato, né essere impiegato in attività che comportino autonomia decisionale", altri specificano che il medico frequentatore non "rilascia certificazione alcuna" (Università di Milano), altri ancora (Azienda per i servizi sanitari di Trento) equiparano ai frequentatori alcuni doveri che sono però del dipendente: obbligo di firma, di orario, di certificazione medica per assenza per malattia, altri infine (Università di Bari) pongono una serie di divieti: non possono eseguire atti operatori, atti invasivi, non possono firmare indagini diagnostiche, non possono firmare cartelle cliniche, non possono svolgere turni di guardia.

Nonostante questo corollario di regolamenti quasi del tutto univoci la Corte di cassazione guarda alle mansioni di fatto svolte: su queste si basa la posizione di garanzia.

Questo orientamento porta al superamento di molte disquisizioni sul carattere letterale di alcune norme e definizioni. In un recente articolo su Qs Daniele Rodriguez opera una sottile e approfondita analisi sulla comparsa del termine "cura" nel "comma 566" della legge di Stabilità 2015 enfatizzandone il significato in quanto contenuto in una fonte formale. Lo stesso Rodriguez aveva però avuto modo di ricordare che la cura è "una competenza intrinsecamente connaturata alla professione medica, nonché a qualunque professione sanitaria".

E' proprio su quest'ultimo punto che si incentra la più recente giurisprudenza sulla posizione di garanzia che la Corte di cassazione riconosce sempre più frequentemente, proprio in virtù della "concezione sostanzialistica" che abbiamo sopra riportato, che, prescindendo da specifiche norme di riferimento, punta alla sostanza delle attività, come dimostra la vicenda del medico "frequentatore volontario" e, ancora di più, dell'autista soccorritore, figura che, abbiamo avuto modo di ricordare, non è prevista dall'ordinamento giuridico e comunque verrebbe inquadrata nel ruolo tecnico e non sanitario del personale del servizio sanitario nazionale.

Luca Benci
Giurista

Tiratura 01/2015: 180.969
Diffusione 01/2015: 130.348
Lettori III 2014: 1.205.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Il Messaggero
Dir. Resp.: Virman Cusenza

03-MAG-2015
da pag. 8

L'intervista Beatrice Lorenzin

«Dallo scontro il governo esce più forte Dem più Ncd è un cocktail ben riuscito»

«LE RIFORME PORTANO I NOSTRI NOMI, SENZA DI NOI NON PASSEREBBE NULLA MA ANCHE NEL NOSTRO PARTITO CI SONO I GUFI»

«SIAMO DETERMINANTI PER LA TENUTA DELL'ESECUTIVO ABBIAMO SCONGIURATO UNA CRISI ECONOMICA DEVASTANTE»

ROMA Soddisfatta, anche se l'attesa dei suoi due gemelli la costringe a lavorare da casa, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, vede un futuro rosa per il governo e per il suo partito, il Nuovo centrodestra.

A cosa si deve tanto ottimismo, ministro Lorenzin? Forse al fatto che con la crisi del Pd voi Ncd vi sentite indispensabili per il governo?

«Preziosi e determinanti lo siamo sempre stati. I voti di fiducia sull'Italicum sono un risultato clamoroso. Mi domando a cosa sia servito alla minoranza Pd e alle opposizioni, che avevano già votato il testo al Senato, macerarsi per settimane in una crisi politico-mediatica, incomprensibile per i cittadini, su un testo che garantisce la governabilità e ci consente di superare il Porcellum. Nel frattempo in Senato ha concluso il suo iter la riforma della Pubblica amministrazione. E questo rende incomprensibili, se non strumentalmente, le critiche di immobilismo. Il risultato ottenuto ha rafforzato il governo, ma anche Ncd-Area popolare».

E perché, ministro?

«Perché il mio partito ha creduto per primo nelle riforme, ha contribuito a scriverle e ha garantito i numeri alla Camera e al Senato, così come abbiamo fatto per l'approvazione del Jobs act. Questo governo è nato per fare le riforme e per salvare il Paese da un baratro ampiamente annunciato. Noi abbiamo fatto un passo difficile un anno fa, ma siamo soddisfatti di contribuire al cambiamento».

Eppure, nel suo partito c'è chi si sente schiacciato da Renzi e dal suo decisionismo.

«Parafrasando Forrest Gump, schiacciato è chi schiacciato si sente. Noi non ci sentiamo minimamente schiacciati e le riforme portano i nostri nomi e cognomi. Con Renzi c'è rispetto reciproco e molta collaborazione per le riforme, che sono un obiettivo alto, da realizzare velocemente. Direi che tra noi c'è complementarietà. Il nostro governo è come un cocktail ben riuscito. E' la mistura che conta, non il peso dei singoli componenti».

Lei è molto ottimista. Eppure, poco tempo fa, dopo il caso Lupi, in molti scommettevano sulla vostra irrilevanza....

«Anche noi siamo pieni di gufi! E' vero il contrario. E si è visto plasticamente in questi giorni. Noi abbiamo tenuto la barra dritta e saremo ancor più determinanti in Senato. Comunque, in questo tipo di azioni, i numeri contano, ma sono il mezzo, non il fine, che è dato dai contenuti che sapremo portare nell'azione di governo».

Sentite di intestarvi la riforma dell'Italicum? E poi?

«E poi il Jobs act, la defiscalizzazione del lavoro, la riforma del welfare, tema che, come ministro della Salute, mi riguarda da vicino. La verità è che noi siamo determinanti nell'alleanza di governo e abbiamo scongiurato una crisi politica ed economica devastante per il Paese».

Ora però c'è da superare lo scoglio delle Regionali, nelle quali sostenete candidati del centrodestra, sempre contro il Pd. Non vi pare una contraddizione?

«Queste regionali hanno come non mai un carattere molto locale. Come Ncd abbiamo provato a sperimentare nuove formule, provando a superare vecchie logiche. Il nostro tentativo è cercare di costruire l'Area popolare con partiti, movimenti e liste civiche moderate, puntando sui candidati, più che sugli schieramenti. Abbiamo costruito in questi mesi le candidature di Tosi in Veneto, Spacca

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 180.969
Diffusione 01/2015: 130.348
Lettori III 2014: 1.205.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

03-MAG-2015

da pag. 8

nelle Marche, Schittulli in Puglia e Ricci in Umbria, aggregando realtà territoriali. E' un laboratorio politico che va oltre il vecchio centrodestra, ormai trainato da Salvini».

La Campania e la Liguria però fanno eccezione..lì siete con Forza Italia.

«Abbiamo deciso di sostenere Caldoro per la sua azione di questi anni e per dinamiche locali. In Liguria, la scelta è stata tutta determinata da fattori territoriali, che hanno attraversato tutti gli schieramenti, anche il Pd. A chi ci dice che siamo in contraddizione ricordo che in Liguria e in altri territori non ci sono stati i presupposti basilari per fare accordi elettorali con il Pd, in quanto la base tradizionale e la sinistra radicale non sono pronte ad abbracciare la visione più maggioritaria del leader nazionale su dinamiche territoriali. Mi sembra quindi una polemica fatta ad arte da chi vuole minare la maggioranza di governo, che si basa su altri presupposti. Le regionali sono per noi un laboratorio politico. E credo lo saranno anche per il Pd di Renzi. Il nostro obiettivo è far crescere Area popolare e darle un'identità chiara e forte. Dopo le elezioni del 31 maggio, il governo avrà nuovo slancio perchè avremo davanti tre anni senza elezioni, durante i quali potremo varare le riforme e insistere sui nostri temi. Anche nel mio dicastero sono certa di poter incassare ancora grandi risultati».

Claudia Terracina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Beatrice Lorenzin (foto ANSA)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 103.908
Diffusione 01/2015: 52.768
Lettori III 2014: 292.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

03-MAG-2015

da pag. 20

Progetto EURICLEA. Arriva un riconoscimento professionale

Leucemia Mieloide Cronica, nuovo ruolo per l'infermiere

Una figura specializzata di raccordo tra paziente e medico ematologo

PIERLUIGI MONTEBELLI

Tutti insieme al letto del paziente affetto da leucemia mieloide cronica: medico, infermiere e, ovviamente, il malato! Grazie ad un progetto sostenuto da un contributo incondizionato di Ariad Pharmaceuticals, i rappresentanti del Gruppo AIL Pazienti Leucemia Mieloide Cronica, della Società Italiana di Ematologia e della Federazione degli infermieri Ipasvi hanno pensato ad un nuovo percorso formativo per gli infermieri che quotidianamente di occupano di assistere i pazienti con LMC, una neoplasia dei globuli bianchi che nel 2013 ha colpito in Italia 7.881 persone, con un'incidenza di nuovi casi del 12% ogni anno, pari a 930 pazienti. La LMC è caratterizzata da una produzione eccessiva e non regolata di globuli bianchi da parte del midollo osseo a causa di un'anomalia genetica che produce la proteina BCR-ABL. In seguito alla fase cronica di produzione eccessiva di globuli bianchi, l'evoluzione della malattia conduce a fasi più aggressive definite fasi accelerata e blastica. Il ruolo dell'infermiere è determinate nella gestione degli effetti collaterali. Tuttavia, per gestirli in maniera ef¬ficace è fondamentale la collaborazione del paziente. I pazienti riconoscono nel ruolo dell'infermiere la figura più vicina e di aiuto, si stabilisce tra i due un rapporto di totale fiducia. Il paziente riconosce nell'infermiere il custode della propria qualità di vita. "Le terapie di ultima generazione pur controllando la patologia si accompagnano spesso ad effetti collaterali di varia entità per cui i pazienti hanno bisogno di una figura di riferimento per la loro segnalazione, gestione e controllo – afferma Felice Bombaci, presidente Gruppo pazienti AIL LMC. Siamo certi che questo progetto potrà essere di grande aiuto poiché i pazienti troveranno in una figura professionale preposta e specializzata un supporto clinico e psicologico di altissimo livello che potrà aiutarli a mantenere l'aderenza ai farmaci garantendo una buona qualità di vita". "Siamo lieti di poter supportare la realizzazione di un percorso formativo per un selezionato gruppo di infer¬mieri che si occupano quotidianamente di pazienti affetti da leucemia mieloide cronica – afferma Giancarlo Parisi, Generale Manager di Ariad Pharmaceuticals Italia. Ci sembra naturale che queste figure profes¬sionali di eccellenza ottengano un riconoscimento per l'egregio lavoro che compiono con grande impegno e serietà a beneficio dei pazienti".

LiberoSalute

140 bimbi malati di tumore Fondazione Just Italia in aiuto

Leucemia Mieloide Cronica, nuovo ruolo per l'infermiere

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 420.332
Diffusione 01/2015: 321.628
Lettori III 2014: 2.618.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-MAG-2015

da pag. 44

SPECIALE
RCS MediaGroup Communication Solutions
graficocreativo

ALIMENTAZIONE SANA

Dalla frutta alla verdura, dalle spezie ai legumi, ecco che cosa bisogna mangiare più spesso

A tavola più alimenti di qualità a basso indice glicemico

Oggi la scienza dà molta importanza ai quei cibi che non fanno innalzare in fretta i picchi di insulina nel sangue

L'alimentazione sana perfetta alleata di una vita lunga e priva di acciacchi

Se abbiamo poco tempo da dedicare alla cucina puntiamo su alimenti crudi e freschi

Fa effetto sapere che nel mondo una grande quantità di persone rischia malattie gravi a causa di ciò che mangia. Qui non stiamo parlando di denutrizione ma di malnutrizione. Cibi raffinati e poveri di nutrienti, alimenti che provengono da migliaia di chilometri e vengono stipati per mesi, eccesso di additivi, condimenti troppo grassi, minano alla lunga l'organismo. Eppure, con le conoscenze della moderna scienza dell'alimentazione, oggi potremmo puntare proprio sul cibo per vivere molto a lungo, fino a 100 anni, mantenendo una buona qualità di vita. Prendiamo per esempio gli zuccheri, mai come in questi anni è aumentata a dismisura la loro presenza negli alimenti che mangiamo. È dimostrato da numerosi studi che un loro eccesso nell'arco di un tempo più o meno lungo comporta problemi seri come obesità (anche nei bambini), diabete, infiammazione generalizzata di organi e tessuti, tumori. Lo zucchero, come è noto, ha l'effetto di far aumentare la glicemia nel sangue causando di conseguenza un innalzamento dell'insulina che ha il compito di controllare i livelli di quest'ultima. Secondo uno studio pubblicato su The American Journal of Clinical Nutrition, una dieta con un alto carico glicemico è associata all'aumento di peso e a tante altre patologie ad esso correlate. Per tutelare il nostro organismo, dicono i nutrizionisti, è bene orientarsi verso un tipo di dieta a basso indice glicemico. Con questo termine si intende la velocità con cui aumenta il livello di glucosio dopo aver mangiato un determinato cibo. È stato stabilito un punteggio che varia da zero a cento: per esempio, il pane bianco ha un indice glicemico di 79, i datteri 100, i cornflakes 84, i wafers alla vaniglia 77, cioè sono tutti nell'elenco dei valori over 70, dove vengono messi i cibi a più alto indice glicemico. Tra i valori medi (56 e 70) troviamo i kiwi (52), il gelato alla crema (61), l'hamburger (61), il riso bianco (56), le banane (53). Infine, c'è un lungo elenco di alimenti a basso indice glicemico, compreso tra 0 e 55, che dovrebbero abbondare sulla nostra tavola, in quanto producono un aumento lento e graduale dei livelli di zucchero nel sangue e di insulina. Tra questi abbiamo i pomodori (15), le mele (36), le pere (36), i pompelmi (25), la pasta (45), e tanti altri. Già dal 1999 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), consigliò ai popoli occidentali di privilegiare questi ultimi per non andare incontro a rischi sulla salute che riguardano le malattie coronariche, il diabete e il sovrappeso. È importante, quindi, correggere lo stile alimentare non solo se si soffre già di questi disturbi ma in termini preventivi, per godere di una vita lunga e una vecchiaia serena.

GLI ZUCCHERI NASCOSTI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura 01/2015: 420.332
Diffusione 01/2015: 321.628
Lettori III 2014: 2.618.000
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

03-MAG-2015

da pag. 44

Spesso non ci rendiamo conto di quanto sia sbilanciata la nostra dieta. Per problemi di fretta, impegni vari, stile di vita, tendiamo a privilegiare quei cibi già pronti che abbondano sugli scaffali dei supermercati, merendine, scatolette, insaccati, conserve, succhi, bibite. Ma questi alimenti industriali sono pieni di zuccheri, sale, vari additivi e conservanti, che li rendono più gustosi e attraenti, oltre che più longevi rispetto agli alimenti freschi. I nutrizionisti consigliano di guardare sempre bene le etichette, per diventare più consapevoli di ciò che mangiamo e fare le giuste scelte. Anche in mancanza di tempo da dedicare alla cucina bisogna cercare di variare il più possibile la dieta, evitando di sovraccaricare l'organismo con cibi troppo trattati: molto meglio orientarsi su alimenti crudi e freschi come le insalate miste con aggiunta di frutta secca, i carpacci, i pinzimoni, conditi con poco olio di ottima qualità, piuttosto che cibarsi di calorie "vuote" e nocive.

PRIVILEGIARE LEGUMI, FRUTTA E VERDURE

I legumi, così poco presi in considerazioni ultimamente e invece privilegiati dalle generazioni precedenti, vanno riscoperti per le loro innumerevoli virtù. Sono gustosi e soprattutto salutari. Infatti, i fagioli nelle tante varietà, borlotti, cannellini, neri, i piselli, i ceci, le lenticchie, sono tutti a basso indice glicemico, oltre a essere ricchi di proteine (alternative a quelle della carne), sali minerali come potassio, sodio, magnesio, calcio, ferro, fosforo, vitamine. Poi c'è la verdura che, come sappiamo, dovrebbe essere ogni giorno presente sulla tavola, rispettando i cicli stagionali. Via libera a cavoli, verze, zucche, spinaci, erbette, cicoria, zucchine, che hanno indice glicemico compreso tra 15 e 20 (la patata fa eccezione, va oltre i 70). Infine, la frutta, anch'essa alleata della buona prevenzione in quanto si piazza nell'elenco degli alimenti a indice glicemico sotto i 50, ribes, lamponi, albicocche, pesche, prugne, melograni, sono un valido aiuto contro i picchi di insulina.

SZ®, la linea di prodotti che aiuta a mantenersi in salute

SZ® è il marchio della Compagnia Europea Alimenti e Naturali (C.E.A.N.), l'azienda milanese specializzata in prodotti da forno salutistici che da ben 25 anni ricopre un ruolo di precursore, "inventando" e sviluppando il mercato dei prodotti senza zucchero e funzionali, in un settore considerato fino a pochi anni fa di nicchia e oggi in forte crescita.
La mission di SZ® è quella di soddisfare le esigenze del nuovo consumatore, oggi sempre più propenso alla ricerca di prodotti nutrizionali coerenti alle proprie necessità e a quelle del proprio organismo e alla ricerca di prodotti con peculiarità specifiche.
C.E.A.N. ha di recente sviluppato -in collaborazione scientifica con Istituti Universitari specializzati nella nutrizione- la nuovissima Linea Nutriceutica a Basso Indice Glicemico dalle spiccate caratteristiche salutistiche.
I prodotti della Linea SZ® a Basso Indice Glicemico sono tutti senza zuccheri aggiunti e senza lattosio: le BRIOCHé® farcite (con ripieno Pesca-Albicocca e Cacao-Nocciola) e i biscotti (Energelli® con Guaranà, Potassio e Magnesio, i Rossobrini® con ripieno ai mirtilli e frutti rossi e con antiossidanti zinco e selenio, e i mini Strudelini ripieni alla mela in pratiche bustine da 40 grammi) inducono un minor aumento del glucosio ematico dopo la loro assunzione rispetto ad analoghi prodotti tradizionali. Nella fattispecie, in Italia ci sono 5 milioni di diabetici più almeno altri 2 milioni stimati che hanno problemi di glicemia. Parliamo del 12% della popolazione italiana.
La linea di prodotti SZ® contempla un'ampia gamma di prodotti: dai biscotti prima colazione e snack alle merende farcite, dalle tavolette di cioccolato alla nuovissima crema spalmabile senza glutine e senza olio di palma, fino alle bevande zero zucchero e zero calorie.

www.senzazucchero.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Il Sole 24 ORE Domenica

03-MAG-2015
da pag. 30

LA LUNGA VITA - ISTRUZIONI PER L'USO / 1

Cento di questi anni! Mai stati così longevi e felici

Le nuove scoperte per affrontare il più grande problema della nostra epoca: l'invecchiamento della popolazione

Un approccio integrato che si concentra su pochi meccanismi molecolari sta rivoluzionando gli studi della terza età

di **Claudio Franceschi**

La lunga vita: è questo il titolo del Festival della Medicina di Bologna (7-10 maggio) e nessun argomento poteva essere più attuale ed urgente. L'aspettativa di vita sta aumentando in tutte le popolazioni del pianeta ed in Europa ed in altri paesi sviluppati è più del doppio di quella di un secolo fa (in Italia 80,2 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne). È questo *uno dei più grandi successi dell'umanità* avvenuto in un tempo brevissimo (gli ultimi cento anni) e che ha visto coinvolte quattro generazioni di umani rispetto alle circa ottomila vissute fino ad oggi nel pianeta. Qualche altro dato: in Italia i centenari, poche decine un secolo fa, sono oggi più di sedicimila e si prevede saranno intorno a centomila nel 2050. A seconda del paese il loro numero raddoppia ogni 5-10 anni e a livello planetario ci si devono aspettare nel prossimo futuro centinaia di migliaia se non milioni di centenari.

Questa sconvolgente rivoluzione demografica – che si accompagna a una drammatica diminuzione della fertilità - è dovuta alle migliorate condizioni di vita, ovvero più igiene, migliore nutrizione, abitazioni più confortevoli e sane (riscaldamento, servizi igienici), lavori meno faticosi e stressanti, aumentata scolarità e maggiore consapevolezza dei rischi per la salute (diminuzione dei fumatori). Ma certamente un ruolo cruciale hanno avuto le cure mediche (es. gli antibiotici) e chirurgiche, molto più efficaci e soprattutto disponibili per un più vasto numero di cittadini, le avanzate strumentazioni (ad es. quelle per immagini) che permettono diagnosi più precoci e accurate di moltissime malattie, le vaccinazioni, una maggiore attenzione alle donne gravide, al parto e ai primi anni di vita dei bambini e infine le strategie di monitoraggio (pressione sanguigna, lipidi plasmatici, glicemia) e prevenzione (ad es. tumore della mammella e dell'utero).

Anche se la Medicina ha avuto un ruolo preminente siamo oggi consapevoli che questi grandi successi pongono problemi nuovi che comportano una profonda rivisitazione di molti stereotipi e pregiudizi culturali e un riassetto complessivo di tutta la società che necessita di *strategie integrate* (amministrazioni locali, servizi, trasporti, scuole e università) e *partecipate* (coinvolgimento degli anziani nelle decisioni che li riguardano). La grande direttiva che le scienze dell'invecchiamento ci danno è infatti quella di *non de-contestualizzare l'invecchiamento*, dal punto di vista spaziale, cognitivo e sociale, affinché l'anziano rimanga nell'ambiente (casa) a lui familiare, tra persone che conosce e con le quali può interagire (famiglia, microcosmo sociale), possa muoversi (trasporti adeguati), fare attività fisica (parchi e giardini) e ludica (cinema, teatri, concerti, università della terza e quarta età) senza pericoli e stress. È questa la "visione" di una società "amica" per gli anziani, di città "amiche" per i vecchi (le tecnologie dell'informazione e della comunicazione potranno fare molto) ma anche per i bambini e per tutte le persone più

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

Il Sole 24 ORE Domenica

03-MAG-2015

da pag. 30

vulnerabili e con disabilità, dove quindi *tutti* possano vivere bene e a lungo.

Le più avanzate ricerche ci dicono che l'invecchiamento sano e attivo deve essere concettualizzato in modo integrato poiché comincia fin dai nove mesi che passiamo nell'utero materno, e poiché i primi anni di vita e di sviluppo sono essenziali (alimentazione, attività fisica e cognitiva, ovvero educazione e studio) per raggiungere i picchi di una serie di parametri e funzioni (es. sviluppo cerebrale e cognitivo, massa ossea) che risulteranno cruciali per un invecchiamento in salute.

Ma veniamo al punto dolente: l'invecchiamento è legato a un declino di molte funzioni e a una serie di malattie croniche (cardiovascolari, neurodegenerative, metaboliche, articolari) che rappresentano il lato oscuro di questa accresciuta longevità. I dati a questo proposito sono incoraggianti: la vita è e sarà universalmente più lunga («compressione della mortalità») ed in alcune nazioni (Usa ma non l'Europa) si sta allungando anche quella che chiamiamo «vita sana» (con quindi una «compressione della morbilità»). A questo riguardo la *nuova geroscienza* può e potrà fare molto: innanzitutto sappiamo che queste patologie vanno combattute non una alla volta ma *tutte insieme* poiché, malgrado la loro diversità clinica e malgrado siano viste e trattate da specialisti diversi (cardiologi, neurologi, endocrinologi) sono generate da e condividono un numero limitato di meccanismi molecolari e cellulari. Tra questi ricordiamo l'accumulo di prodotti derivati da eccessiva distruzione delle cellule («spazzatura cellulare») e da alterazioni del microbiota intestinale (un chilo di batteri e 100 trilioni di cellule batteriche nell'intestino), l'accumulo di cellule senescenti e di cellule con danni nel Dna e di organelli (mitocondri) disfunzionali, tutti fenomeni che comportano la produzione di massive quantità di molecole infiammatorie da parte di diversi organi e apparati. La funzione di queste risposte e di questi prodotti sarebbe di riparare i danni a livello tessutale e cellulare, ma poiché nell'invecchiamento sono prodotte in largo eccesso finiscono per provocare una infiammazione cronica sistemica e locale («*inflammaging*») che è alla base delle malattie dell'invecchiamento.

Fenomeni così complessi richiedono una visione integrata e sistemica («*systems biology*») anche a livello biologico, capace di utilizzare le più avanzate metodologie statistiche e i più sofisticati modelli matematici (ad esempio quelli ecologici). Sono questi inoltre i fondamentali bersagli molecolari e cellulari che potrebbero portare ad una seconda rivoluzione farmacologica dopo quella demografica, nella guerra millenaria verso le malattie e l'invecchiamento. La nuova geroscienza ci dice anche che l'invecchiamento è un fenomeno plastico e malleabile e forse reversibile, individuando e neutralizzando quelle sostanze che circolano nel sangue degli animali vecchi e che sembrano capaci di trasmettere e propagare l'invecchiamento a un animale giovane, ma anche individuando quelle sostanze circolanti presenti negli animali giovani che fanno ringiovanire gli animali vecchi. Si tratta di esperimenti (parabiosi) ancora preliminari ma che aprono prospettive teoriche (l'invecchiamento come uno stato che si propaga alla stregua di una malattia infettiva) e pratiche di grande portata. Più umilmente e realisticamente la nuova geroscienza ha riscoperto gli enormi benefici dell'attività fisica (moderata ma continua), della nutrizione (dieta Mediterranea) e di antichi "trucchi" sponsorizzati da pressoché tutte le religioni quali il digiuno. Sono questi i pilastri di un invecchiamento sano a basso costo e alla portata di tutti, anche se i meccanismi molecolari sottostanti sono ancora largamente sconosciuti e oggetto di intenso studio.

Infine ricordiamoci che l'invecchiamento in salute e la longevità vedono grandi disparità tra ricchi e poveri, tra persone con alta e bassa scolarità, che si riflette in profonde ineguaglianze tra nazioni ma anche all'interno di singole nazioni (es. Nord e Sud Italia) e di singole città e quartieri, e che anche le (giovani) generazioni di immigrati invecchieranno anch'esse. Tutto questo va largamente al di là della Medicina e rappresenta una sfida epocale per l'intera società: bisogna lavorare tutti insieme, medici, e politici, ingegneri e psicologi, amministratori e insegnanti, in una ritrovata solidarietà tra generazioni per una società più giusta, dove tutti possano vivere una vita lunga, più sana e se possibile più felice.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media