



PRIMO PIANO

ECONOMIA

SPETTACOLI e CULTURA

CINEMA

SOCIETÀ

SPORT ROMA

TECNOLOGIA

HDBLOG

MOTORI

SALUTE

VIAGGI

WEB TV

SALUTE

Il Messaggero.it
Medicina, Prima Infanzia, Benessere



Home Medicina Bambini e Adolescenza Benessere e Fitness Prevenzione Alimentazione Salute Donna La Coppia Storie Foto e Video Focus

LA NOMINA

Walter Ricciardi, professore di Igiene, presidente dell'Istituto superiore di sanità

Tweet



Walter Ricciardi è il nuovo presidente dell'Istituto superiore di sanità. Lo comunica il ministero della Salute dopo la registrazione della Corte dei Conti.

«La nomina del professor Ricciardi alla presidenza inaugura una fase nuova per l'Istituto al centro di una strategia di innovazione e rilancio della ricerca biomedica italiana. Da commissario straordinario, il professor Ricciardi, in un solo anno di lavoro, è riuscito a sanare il bilancio dell'ente e ha dimostrato di avere una visione strategica per il futuro dell'Istituto. A lui adesso la guida di un programma di lavoro che deve portare il nostro Istituto a primeggiare a livello internazionale recuperando quel ruolo che lo ha fatto essere nel suo passato il fiore all'occhiello della sanità italiana sia nell'attività di ricerca che nelle innumerevoli attività di prevenzione e controllo svolte al servizio dei cittadini».

«E' una sfida che sono onorato di accogliere - è il commento di Ricciardi - e non riguarda solo l'Istituto ma tutto il Paese che ha bisogno di veder rinascere e valorizzare il grande patrimonio di conoscenze ed esperienze che ho potuto apprezzare in questi mesi di lavoro comune»

02 Set 2015 20:21 - Ultimo aggiornamento: 20:32
© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIVENTA FAN DEL MESSAGGERO



Il Messagg...

Mi piace questa f

Segui
@ilmessaggeroit

BLOG

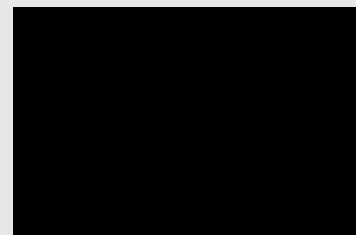


Sani & Salvi
di Carla Massi

Vedi un film, piangi e sarai tanto felice

La felicità arriva dalle lacrime e dalla commozione. Basta piangere per una ventina di minuti e l'u...

IL VIDEO PIÙ VISTO



L'assessore ai Trasporti di Roma Esposito a La Zanzara di Radio 24: "Allo stadio urlavo Roma m... e facevo risse"

Dica33

L'ESPERTO RISPONDE

Scegli l'argomento e poni direttamente la tua domanda agli **esperti** che ogni **settimana** sono a tua disposizione. Il servizio è gratuito.

Alimentazione Allergie Bocca e denti
Chirurgia estetica Circolazione sanguigna
Cuore Diabete Fegato Infanzia Infezioni
Mente e cervello Occhio Orecchie, naso e gola
Pelle Polmoni Reni Salute femminile
Salute maschile Scheletro e Articolazioni
Sessualità **Stomaco e intestino**
Tiroide Tumori

INVIA LA TUA DOMANDA

ULTIME DOMANDE

30/8/2015
Probabile virus intestinalw
Stomaco e intestino
Alberto Tittobello

30/8/2015
Reflusso e colecistectomia
Stomaco e intestino
Alberto Tittobello

30/8/2015
cardiopalm
Cuore
Alberto Tittobello

29/8/2015
prolasso valvola mitrale.
Cuore
Alberto Tittobello

29/8/2015
Dolori addominali, diarrea, poco appetito
Stomaco e intestino

<http://www.aboutpharma.com/>

ISS, RICCIARDI NUOVO PRESIDENTE. LORENZIN: “FIGURA DI ALTISSIMO PROFILO”

Il docente dell'Università Cattolica arriva alla guida dell'Istituto superiore di sanità dopo aver ricoperto per un anno il ruolo di commissario straordinario



Walter Ricciardi è il nuovo presidente dell'Istituto superiore di sanità (Iss). La nomina del docente dell'Università Cattolica, che nell'ultimo anno ha retto l'Iss da commissario straordinario, è stata registrata ieri dalla Corte dei Conti, ultimo passaggio formale. “Oggi si apre un nuovo percorso – scrive Ricciardi in una nota pubblicata sul sito dell'Iss – che spero possa raccogliere i frutti del lavoro di questi mesi. È una sfida che sono onorato di accogliere e non riguarda solo l'Istituto ma tutto il Paese che ha bisogno di veder rinascere e valorizzare il grande patrimonio di conoscenze e esperienze che ho potuto apprezzare in questi mesi di lavoro comune. Confido proprio in questo patrimonio, nella sua capacità di rinnovarsi e nel suo spirito di servizio, per rispondere alle nuove esigenze del mondo sanitario e costruire un Istituto che, senza dimenticare le sue radici, guardi al futuro e tuteli sempre meglio la salute di tutti i cittadini”.

Soddisfatta il ministro **Beatrice Lorenzin**: “Ricciardi alla presidenza inaugura una fase nuova per l'Iss, al centro di una strategia di innovazione e rilancio della ricerca biomedica italiana. Da commissario straordinario, il professore Ricciardi, in un solo anno di lavoro, è riuscito a sanare il bilancio dell'ente e dimostrato di avere una visione strategica per il futuro dell'istituto”, commenta in una nota. A Ricciardi adesso “la guida di un programma di lavoro che deve portare il nostro istituto – prosegue Lorenzin – a primeggiare a livello internazionale recuperando quel ruolo che lo ha fatto essere nel suo passato il fiore all'occhiello della sanità italiana sia nell'attività di ricerca che nelle innumerevoli attività di prevenzione e controllo svolte al servizio dei cittadini”.

Lorenzin si è detta “personalmente molto felice” che il nome di Ricciardi abbia avuto “pieno

apprezzamento dal presidente Matteo Renzi e dal Governo tutto, e trovato un grande consenso all'interno del Parlamento, come dimostrato nelle audizioni sostenute in Commissione, alla Camera e al Senato". Ricciardi, secondo il ministro, unisce "altissime qualità scientifiche a ormai comprovate capacità di gestione" ed è una "figura di altissimo profilo che saprà mettere in campo le azioni necessarie per rilanciare una delle più grandi istituzioni scientifiche del Paese".

Al ministro, al premier Renzi e alle commissioni competenti di Camera e Senato, il neopresidente dell'Iss ha voluto esprimere un sentito ringraziamento per la "fiducia accordata" e il "prestigioso incarico".

SALUTE DOLCE VITA GUSTO TURISMO HIT PARADE MOTORI FINANZA VIAGGI METEO

IL TEMPO.it

POLITICA CRONACHE ESTERI ECONOMIA SPORT CULTURA & SPETTACOLI ROMA MULTIMEDIA HITECH & GAMES

02/09/2015 17:10

Tweet

Influenza: 160 morti in ultima stagione, da ottobre torna vaccinazione

144 vittime in più dell'anno prima, 485 casi gravi contro 93

Milano, 2 set. (AdnKronos Salute) - L'estate sta finendo e con l'autunno alle porte è il momento di pensare all'influenza che verrà. Il ministero della Salute ha diffuso come ogni anno la Circolare 'Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-

2016', elaborata dalla direzione generale della Prevenzione sanitaria. Fra i punti chiave del documento il ritorno della campagna vaccinale, a partire dalla metà di ottobre. L'invito all'iniezione 'scudo', rivolto soprattutto alle categorie a rischio, viene rilanciato anche alla luce del bilancio particolarmente pesante dell'influenza 2014-2015, che ha colpito circa 6,3 milioni di italiani: 485 casi gravi contro i 93 registrati nella stagione precedente, con 160 morti. Ben 144 in più rispetto ai 16 decessi associati all'influenza 2013-2014. "L'influenza può avere un andamento imprevedibile e ogni anno impegna importanti risorse del Servizio sanitario nazionale", ricorda il dicastero di Lungotevere Ripa. "La stagione influenzale 2014-2015 è stata caratterizzata da un'incidenza cumulativa medio-alta (108 casi per 1.000 assistiti)", a fronte di un ricorso ai vaccini che secondo gli esperti ha toccato il minimo storico. "Solo il 7,6% dei casi gravi segnalati - evidenzia il ministero - riferiva di essersi vaccinato contro l'influenza dall'inizio della stagione. Tra i casi gravi, 11 donne erano in gravidanza al momento della segnalazione. Una di loro è deceduta, nessuna era vaccinata". Per ragioni climatiche e per l'andamento delle curve epidemiche disegnate dalla triade virale, in Italia "il periodo destinato alla conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è quello autunnale - si legge nella circolare - a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre", salvo eventuali specifiche indicazioni. "La campagna di vaccinazione stagionale, promossa ed economicamente sostenuta dal Ssn (vaccino gratuito, ndr), è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati come a rischio di complicanze severe e a volte letali. L'offerta gratuita attiva è rivolta anche alle persone non a rischio che svolgono attività di particolare valenza sociale". "L'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale - riassume dunque il ministero - è indirizzata prioritariamente alle donne che si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza, a tutti i soggetti a rischio di complicanze per patologie pregresse o concomitanti, ai soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, agli operatori sanitari che hanno contatto diretto con i pazienti e ad altri soggetti a rischio il cui elenco è contenuto nella circolare", visibile anche online sul sito del dicastero. L'inserimento dei bambini sani dai 6 ai 24 mesi d'età fra le categorie da immunizzare in via prioritaria contro l'influenza stagionale è "attualmente oggetto di discussione da parte della comunità scientifica internazionale, soprattutto a causa della mancanza di studi clinici controllati di efficacia", di precisa nella circolare. "Pertanto, allo stato attuale, non si ritiene necessario promuovere programmi di offerta attiva del vaccino ai bambini che non presentino fattori individuali di rischio". La nuova composizione vaccinale per la stagione 2015-2016 è stata stabilita nei mesi scorsi dall'Organizzazione mondiale della sanità. Comprende antigeni analoghi ai ceppi virali: A/California/7/2009 (H1N1), presente anche nel vaccino 2014/2015; A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2), nuova variante; B/Phuket/3073/2013 (lineaggio B/Yamagata), nuova variante. L'Oms raccomanda inoltre, in caso dei vaccini quadrivalenti, l'inserimento del virus B/Brisbane/60/2008-like (lineaggio B/Victoria/2/87), in aggiunta ai precedenti. Oltre all'adesione alla campagna vaccinale (gli obiettivi di copertura vanno da un minimo del 75% delle categorie a cui è raccomandata, a un 95% ottimale), nella circolare si ricorda l'importanza di misure di igiene e protezione individuale: secondo l'European Centre for Disease Prevention and Control, è "fortemente raccomandato" il lavaggio delle mani (in assenza di acqua con gel alcolici), e sono "raccomandati" una buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani), l'isolamento volontario a casa delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale, l'uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologia influenzale quando si trovano in ambienti sanitari (ospedali).

AdnKronos

Commenti

Scrivi un commento

Dillo ad un amico

Nome:

Email:

Commento:

Riscrivi il codice che compare qui sopra:

Se il codice risultasse illeggibile CLICCA QUI per generarne un altro

 consenso al trattamento dei dati

Invia

I commenti inviati vengono pubblicati solo dopo esser stati approvati dalla redazione

Tuo nome:

Tuo indirizzo email:

Nome amico:

Altri articoli che parlano di...

Categorie (1)



ACQUISTA EDIZIONE

LEGGI L'EDIZIONE

Mercoledì 02 SETTEMBRE 2015

Stagione influenzale 2015-2016. Ecco le raccomandazioni del Ministero della Salute. Campagna vaccinale al via da metà ottobre

Il vaccino per la stagione 2015/2016 conterrà una nuova variante antigenica di sottotipo H3N2 e una nuova variante di tipo B. Ma non solo farmaci per prevenire il virus conta anche la pulizia a partire dal lavaggio delle mani e da una buona igiene respiratoria (la mano davanti alla bocca quando si starnutisce per esempio). [LA CIRCOLARE](#)

Partirà dalla metà di ottobre e proseguirà fino a fine dicembre la campagna di vaccinazione per la stagione influenzale 2015-2016. È quanto riporta la Circolare Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016, elaborata dalla Direzione Generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute. Fatte salve specifiche indicazioni, che saranno fornite se particolari eventi legati ai vaccini e/o l'andamento epidemiologico stagionale dell'influenza lo richiederanno, questo è il timing prescelto.

“L'influenza – si legge sul sito del Ministero della Salute - è una malattia che ricorre in ogni stagione invernale; può avere un andamento imprevedibile e, ogni anno, impegna importanti risorse del SSN. La stagione influenzale 2014-2015 è stata caratterizzata da un'incidenza cumulativa medio-alta (108 casi per 1.000 assistiti). Purtroppo sono stati segnalati 485 casi gravi e 160 decessi da influenza confermata da 19 Regioni e Province autonome (contro i 93 casi gravi, dei quali 16 deceduti, della stagione precedente). Solo il 7,6% dei casi gravi segnalati riferiva di essersi vaccinato contro l'influenza dall'inizio della stagione. Tra i casi gravi, 11 donne erano in gravidanza al momento della segnalazione, una di loro è deceduta; nessuna era vaccinata”.

Il Ministero ricorda poi “che l'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale è indirizzata prioritariamente alle donne che si trovino nel 2° e 3° trimestre di gravidanza, a tutti i soggetti a rischio di complicanze per patologie pregresse o concomitanti, ai soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, agli operatori sanitari che hanno contatto diretto con i pazienti e ad altri soggetti a rischio il cui elenco è contenuto nella Circolare”.

Il vaccino per la stagione 2015/2016 conterrà una nuova variante antigenica di sottotipo H3N2 (A/Switzerland/9715293/2013), che sostituirà il ceppo A/Texas/50/2012 contenuto nel vaccino della stagione 2014/2015 e una nuova variante di tipo B (B/Phuket/3073/2013), appartenente sempre al lineaggio B/Yamagata/16/88, in sostituzione del precedente ceppo vaccinale, B/Massachusetts/2/2012.

Raccomandazioni sull'impiego dei vaccini antinfluenzali per la stagione 2015-16

Il vaccino antinfluenzale è indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni. Tuttavia, in accordo con gli obiettivi della pianificazione sanitaria nazionale e con il perseguimento degli obiettivi specifici del programma di immunizzazione contro l'influenza, tale vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente ai soggetti che per le loro condizioni personali corrano un maggior rischio di andare incontro a complicanze nel caso contraggano l'influenza. Il periodo destinato alla conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la

nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre, fatte salve specifiche indicazioni, che saranno fornite se particolari eventi legati ai vaccini e/o l'andamento epidemiologico stagionale dell'influenza lo richiederanno. La campagna di vaccinazione stagionale, promossa ed economicamente sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale, è rivolta principalmente ai soggetti classificati e individuati a rischio di complicanze severe e a volte letali, 8 in caso contraggano l'influenza. L'offerta gratuita attiva è rivolta anche alle persone non a rischio che svolgono attività di particolare valenza sociale.

L'inserimento dei bambini sani di età compresa tra 6 mesi e 24 mesi (o fino a 5 anni) nelle categorie da immunizzare prioritariamente contro l'influenza stagionale è un argomento attualmente oggetto di discussione da parte della comunità scientifica internazionale, soprattutto a causa della mancanza di studi clinici controllati di efficacia. L'offerta di vaccinazione è raccomandata dalla Sanità Americana e Canadese e da pochi paesi della Comunità Europea (Gran Bretagna, Finlandia, Ungheria e Malta), e i dati disponibili, anche se non conclusivi, mettono in evidenza che livelli di copertura intorno al 50% in soggetti di età compresa fra 11 e 17 anni, permettono una riduzione complessiva del 54% delle ILI, tuttavia ulteriori studi sono necessari per valutare l'impatto comunitario di tale intervento. Pertanto, **allo stato attuale, non si ritiene necessario promuovere programmi di offerta attiva gratuita del vaccino influenzale stagionale ai bambini che non presentino fattori individuali di rischio**. Pur in assenza di raccomandazioni per la vaccinazione dei bambini "sani" di età superiore a 6 mesi, qualora il loro pediatra optasse per tale scelta sono valide le stesse regole (dosaggio, n° di dosi) indicate per i bambini appartenenti ai gruppi di rischio.

Per tutti i soggetti della popolazione generale che decidano di vaccinarsi contro l'influenza stagionale, per varie motivazioni (timore della malattia, viaggi, lavoro, etc.), **il vaccino stagionale è disponibile presso le farmacie**. Occorre sottolineare che la protezione indotta dal vaccino comincia due settimane dopo l'inoculazione e perdura per un periodo di sei-otto mesi, poi tende a declinare. Per tale motivo, e perché possono cambiare i ceppi in circolazione, è necessario sottoporsi a vaccinazione antinfluenzale all'inizio di ogni nuova stagione influenzale

I Vaccini disponibili

Attualmente in Italia sono disponibili vaccini antinfluenzali trivalenti (TIV) che contengono 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B e un vaccino quadrivalente che contiene 2 virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e 2 virus di tipo B. L'efficacia del vaccino dipende soprattutto dal match esistente fra i virus in esso contenuti e quelli circolanti.

Per tale motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica ogni anno la composizione del vaccino basandosi sulle informazioni sui ceppi virali circolanti e sull'andamento delle ILI raccolti dal Global Influenza Surveillance Network dell'OMS, con la collaborazione dei National Influenza Centres (NIC), afferenti alla rete internazionale dell'OMS composta da oltre 140 laboratori.

L'OMS ha indicato che la composizione del vaccino per l'emisfero settentrionale nella stagione 2015/2016 sia la seguente:

- antigene analogo al ceppo A/California/7/2009 (H1N1)pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Phuket/3073/2013 (lineaggio B/Yamagata).

Il vaccino per la stagione 2015/2016 conterrà, pertanto, una nuova variante antigenica di sottotipo H3N2 (A/Switzerland/9715293/2013), che sostituirà il ceppo A/Texas/50/2012 contenuto nel vaccino della stagione 2014/2015 e una nuova variante di tipo B (B/Phuket/3073/2013), appartenente sempre al lineaggio B/Yamagata/16/88, in sostituzione del precedente ceppo vaccinale, B/Massachusetts/2/2012.

Dai dati raccolti dal network dell'OMS si evidenzia che la maggior parte dei virus A(H1N1)pdm09 identificati a livello mondiale sono risultati antigenicamente e geneticamente correlati al ceppo A/California/7/2009, contenuto nel vaccino della stagione 2014/2015. Una proporzione significativa dei virus di sottotipo A(H3N2) circolanti nella stagione 2014/2015 ha mostrato una scarsa reattività con antisieri diretti verso il virus vaccinale A/Texas/50/2012, e una maggiore reattività verso la nuova

variante A/Switzerland/9715293/2013, già inclusa nella composizione vaccinale 2015 per l'emisfero sud. Nell'ambito dei virus influenzali di tipo B, circolanti durante la stagione 2014/2015, i ceppi appartenenti al lineaggio B/Yamagata/16/88 sono risultati largamente predominanti. Tra questi, la maggior parte è risultata antigenicamente e geneticamente riconducibile al ceppo B/Phuket/3073/2013 (gruppo genetico 3), già incluso nella composizione vaccinale 2015 per l'emisfero sud. Dagli anni 70 in poi i virus influenzali di tipo B si sono suddivisi in due lineaggi distinti geneticamente sulla base di differenze dell'emoagglutinina (HA).

Dalla metà degli anni 80, i due lineaggi rappresentati dai ceppi B/Victoria/2/87 e dal B/Yamagata/16/88, hanno co-circolato in proporzioni variabili nelle diverse stagioni e nei diversi Paesi [Euroflu, Influnet].

Pertanto, nel caso dei vaccini quadrivalenti, l'OMS raccomanda, l'inserimento del virus B/Brisbane/60/2008- like (lineaggio B/Victoria/2/87), in aggiunta ai tre sopramenzionati.

Misure di igiene e protezione individuale

La trasmissione interumana del virus dell'influenza si può verificare per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce, ma anche attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Per questo, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie può giocare un ruolo importante nel limitare la diffusione dell'influenza. Recentemente l'ECDC ha valutato le evidenze sulle misure di protezione personali (misure non farmacologiche) utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza, e ha raccomandato le seguenti azioni:

1. **Lavaggio delle mani** (in assenza di acqua, uso di gel alcolici) Fortemente raccomandato
2. **Buona igiene respiratoria** (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani) Raccomandato
3. **Isolamento volontario a casa delle persone con malattie respiratorie febbrili** specie in fase iniziale Raccomandato
4. **Uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologia influenzale quando si trovano in ambienti sanitari (ospedali)** Raccomandato.

Tali misure si aggiungono a quelle basate sui presidi farmaceutici (vaccinazioni e uso di antivirali). La campagna di comunicazione sulla prevenzione dell'influenza dovrà quindi includere informazioni sulle misure non farmaceutiche.

Tra i messaggi da privilegiare vi sono: l'igiene respiratoria (contenimento della diffusione derivante dagli starnuti, dai colpi di tosse, con la protezione della mano o di un fazzoletto, evitando contatti ravvicinati se ci si sente influenzati); l'evidenziazione che un gesto semplice ed economico, come il lavarsi spesso le mani, in particolare dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, costituisce un rimedio utile per ridurre la diffusione dei virus influenzali, così come di altri agenti infettivi.

Sebbene tale gesto sia sottovalutato, esso rappresenta sicuramente l'intervento preventivo di prima scelta, ed è pratica riconosciuta, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra le più efficaci per il controllo della diffusione delle infezioni anche negli ospedali.

Medicina del futuro

LA SIRINGA NON C'È PIÙ

Con «Nanopatch» si inietteranno i vaccini senza bucare Un'invenzione che salverà milioni di vite nei Paesi poveri

Pubbllichiamo un articolo tratto dal numero di settembre del mensile «Arbiter» attualmente in edicola.

■ ■ ■ **MATTIA SCHIEPPATI**

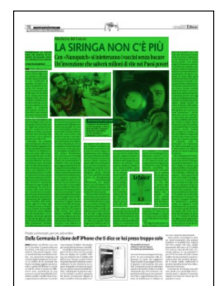
■ ■ ■ Think different. È la formula che guida ogni innovatore. Uscire dagli schemi, mettere in discussione idee e prassi consolidate. Con l'ambizione di cambiare il mondo, o almeno cambiarne un pezzettino. Per esempio: anche se così succede da più di 160 anni, chi l'ha detto che la siringa (strumento utilissimo, certo, che a metà '800 ha cambiato la storia della medicina, ma anche poco igienico se maneggiato in condizioni non ottimali, invasivo e, non ultimo, pure costoso) sia l'unico modo per effettuare una vaccinazione? Perché non immaginare che una tecnologia nata in tutt'altro campo e con tutt'altri scopi, magari per pressurizzare i gas per i motori dei razzi da mandare in orbita, non possa diventare uno strumento utile per salvare la vita a milioni di persone qui, sulla terra?

Domande che probabilmente frullavano nella testa di Mark Kendall, ingegnere biomedico australiano con dottorato a Oxford e una brillante carriera nel campo della ricerca aerospaziale davanti a sé. Fino a che proprio quella mania di "pensare differente" gli ha fatto cambiare strada. A portarlo sulla via della biomedicina furono un numero, una constatazione e una riflessione. Il numero è drammatico: 1,3 milioni di persone muoiono ancora ogni anno, soprattutto nei Paesi più poveri, per infezioni contratte durante le vaccinazioni

effettuate con ago e siringa. La constatazione: tra tutte le invenzioni della storia dell'uomo, i vaccini sono la tecnologia che ha più incrementato la nostra aspettativa di vita (nonostante questo, dice l'Organizzazione mondiale della sanità, ancora oggi nel mondo ogni 22 secondi muore un bambino per malattie che potrebbero facilmente essere debellate con una vaccinazione...). La riflessione, più banale, riguarda la fobia per gli aghi che colpisce, dicono le statistiche, il 20% della popolazione mondiale (con effetti devastanti: in molte popolazioni del sud del mondo i vaccini non prendono piede proprio per la diffidenza culturale verso gli aghi). Tre concetti che Kendall ha trasformato in un'idea. Un'idea rivoluzionaria che, come tutte le cose grandi ed epocali, è piccolissima (un quarto di un francobollo) e costa meno di un dollaro. Si chiama Nanopatch, ed è un quadratino di materiale plastico che ha su un lato circa 4 mila microaghi, invisibili all'occhio umano. Protuberanze che, attraverso una tecnologia agli ioni reattivi mutuata dal mondo dei semiconduttori (i cosiddetti "chip" che equipaggiano oggi qualsiasi device, tecnologia ormai a bassissimo costo) possono essere imbevute, a secco e senza interazioni con le condizioni di ambiente esterno, di sostanze vaccinanti. Ed essere applicate sulla cute addirittura con la semplice pressione di un dito, o con un applicatore a molla. Et voilà: le protuberanze del Nanopatch fanno breccia attraverso lo strato esterno della pelle (dove è presente la maggior parte di cellule immunitarie, con una concentrazione maggiore rispetto alle fasce muscolari, dove in ge-

nera va ad agire l'ago della siringa) e rilasciano il vaccino in pochi secondi. Zero dolore, nessuna possibile infezione per carenze di igiene, non è necessario personale medico specializzato per effettuare la vaccinazione, costi abbattuti in maniera impressionante perché, agendo sulle cellule cutanee, si ottiene il medesimo effetto usando un centesimo della dose di vaccino rispetto all'applicazione con la siringa, e così si può abbattere da 10 dollari a 10 centesimi il costo di un vaccino. Questo riassunto in cinque righe non rende giustizia a una tale rivoluzione, cui Kendall ha cominciato a lavorare nel 2003 e che ha via via sviluppato, testato, adattato con il suo staff dell'Australian Institute for Bioengineering and Nanotechnology dell'Università del Queensland e, poi, all'interno di Vaxxas, la biotech company che ha fondato sostenuto da alcuni fondi di venture capital.

Ma la vera forza di questa innovazione sta in una particolarità per iniziati alla scienza medica, che Kendall riesce a spiegare in maniera semplice. È il cosiddetto problema della "catena del freddo", l'anello più debole in tutta la filiera dei vaccini cui, fino a oggi, nessuna tra le grandi aziende del farma è riuscita a trovare una soluzione. «Uno dei requisiti chiave per garantire l'efficacia dei vaccini», spiega lo scienziato, «è mantenerli fin dalla produzione e per tutta la strada, fino a quando vengono inoculati, al freddo. Se il vaccino resta in un ambiente caldo, degenera, perdendo la sua efficacia». Il che presenta problemi logistici a volte insormontabili, specie quando parliamo di Paesi in



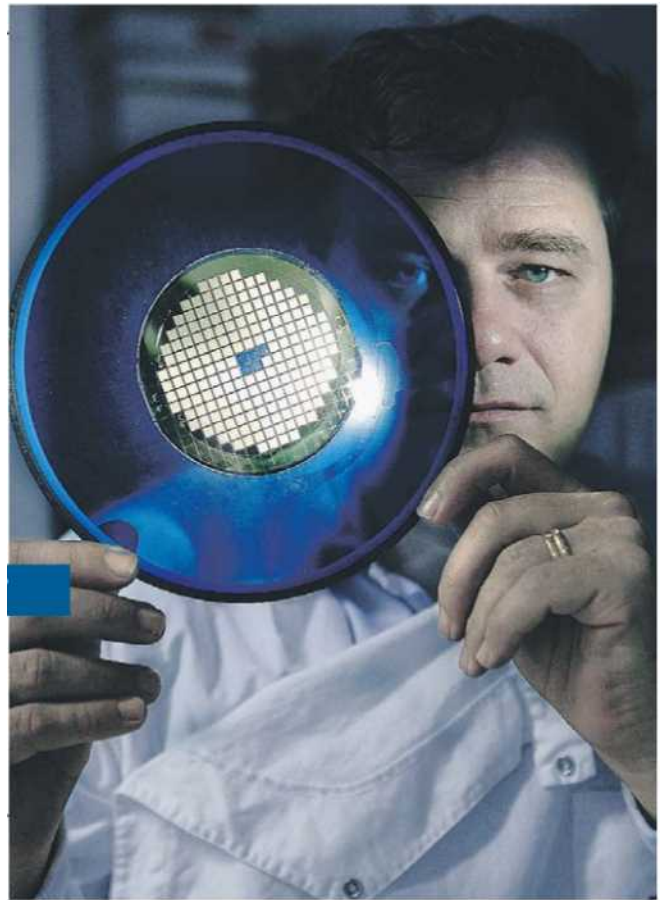
via di sviluppo, dove le temperature si aggirano costantemente intorno ai 40 gradi, l'umidità sfiora il 100% e il frigorifero non è certo l'elettrodomestico più diffuso. «Una banalità, certo, ma la posta in gioco è molto alta», dice Kendall.

«L'Oms stima che in Africa, per esempio, fino alla metà dei vaccini utilizzati siano da considerarsi non funzionanti correttamente, perché a un certo punto la catena del freddo è decaduta. La caratteristica-chiave del Nanopatch è che il vaccino è asciutto, e in quanto asciutto non ha bisogno di refrigerazione. Questo sì che è un aspetto rivoluzionario», dice con trasporto questo quarantatreenne che ha già all'attivo 96 brevetti e oltre 250 pubblicazioni scientifiche. «In quanto scienziato, sono felice che le verifiche fatte in laboratorio ne abbiano dimostrato l'efficacia», dice. «Ma, in quanto ingegnere, non potevo ritenermi soddisfatto fino a quando non avessi portato questa scoperta fuori dal laboratorio, mettendola al servizio di un ampio numero di persone, soprattutto di coloro che ne hanno più bisogno». La prova sul campo, ecco cosa trasforma una bella idea in una rivoluzione.

Per tagliare anche questo traguardo, Kendall e il suo staff prima di procedere con i trial clinici (in laboratorio) hanno scelto di provare l'applicazione del Nanopatch in Papua Nuova Guinea. Con questo progetto l'innovatore australiano nel 2012 si è candidato, vincendolo, al Rolex Award for Enterprise, un riconoscimento-fi-

nanziamento che gli ha consentito di uscire dalle pareti asettiche del centro di ricerca e confrontarsi con la realtà. «Così, grazie a Rolex, abbiamo portato il nostro strumento in Papua Nuova Guinea, modello perfetto di Paese in via di sviluppo, dove esistono molte delle principali barriere che oggi limitano la diffusione dei vaccini presso le popolazioni più disagiate», spiega Kendall. «In primis, la barriera della logistica: in tutto il Paese ci sono solo 800 frigoriferi per mantenere a bassa temperatura i vaccini. Molti sono vecchi, e pochissimi sono nelle aree extraurbane, dove sarebbero più necessari. Inoltre, la Papua Nuova Guinea ha la più alta incidenza mondiale di Hpv, il virus del papilloma umano, malattia per cui esiste un vaccino, ma che non è diffuso su larga scala perché molto costoso. Due elementi che ci hanno consentito di misurare tutte le potenzialità del Nanopatch. Ora stiamo lavorando su tutte le informazioni che abbiamo raccolto da questa esperienza sul campo».

Una soddisfazione? Di sicuro, ma non abbastanza per fermarsi, anzi. Perché il Nanopatch mandi in pensione la "vecchia" siringa c'è ancora tanta strada scientifica e imprenditoriale da percorrere, esperimenti da compiere, resistenze da superare... «Fare questo tipo di lavoro non è facile. È impegnativo, ma non c'è nessun'altra cosa al mondo che oggi vorrei fare», ha dichiarato tra gli applausi Kendall di fronte alla platea del Ted, l'annuale conferenza mondiale per innovatori. «E mentre con i miei colleghi scienziati e ricercatori che lavorano al progetto Nanopatch continuiamo a guardare avanti», ha aggiunto, «vorrei condividere con voi un pensiero: non faccio quello che faccio per passare alla storia, ma lo faccio perché sogno un futuro in cui i 17 milioni di persone che oggi muoiono ogni anno a causa di malattie infettive, loro sì, siano solo un ricordo da scrivere nei libri di storia».



SPERIMENTAZIONE

A sinistra la sperimentazione del Nanopatch. A destra Mark Kendall, l'ingegnere biomedico australiano che ha inventato il Nanopatch [Julian Kingma]



La copertina di «Arbiter»

I SUGGERIMENTI DEL PROFESSOR AIUTI

Il prezioso sistema immunitario va meglio conosciuto ed aiutato

STILI DI VITA

Come migliorare le nostre difese e conservare la salute

■ Molti medici nutrivano forti dubbi sulla efficacia della immunoterapia nella lotta alle forme tumorali, oggi tutti ne riconoscono i benefici al pari della chirurgia, della chemioterapia, della radiologia. Il sistema immunitario è il complesso di organi, cellule e sostanze deputato alla difesa del nostro organismo contro eventuali invasioni esterne. Per conoscere i meccanismi di funzionamento ed i segreti della battaglia che ogni giorno avviene all'interno del nostro corpo risulta prezioso il libro del professor Ferdinando Aiuti e Giuseppe Luzi, recentemente pubblicato da Guerini e Associati. Aiuti è stato professore e direttore della Scuola di specializzazione di allergologia e immunologia clinica dell'università Sapienza di Roma. Già presidente della Società italiana di immunologia. Il suo libro

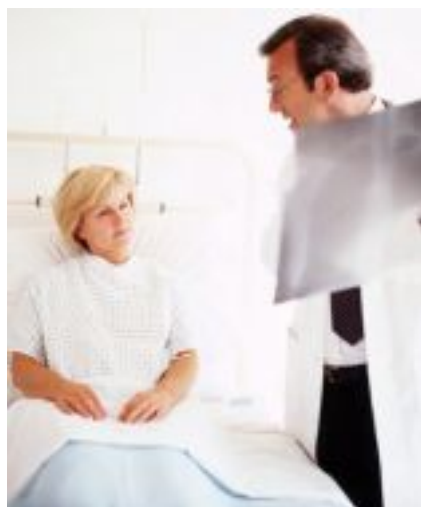
è un mosaico di storie di malati per raccontare l'esperienza clinica di un uomo che ha segnato il corso della medicina nello studio delle immunodeficienze e in particolare nella lotta contro l'HIV. Il suo libro unisce capacità di divulgazione e profondità d'analisi, scienza ed emozione, suggerimenti realistici e piccoli consigli. E non mancano nozioni scientifiche, raccontate in modo semplice e comprensibile per tutti e proposte per una sanità migliore. Particolare risalto è dato alle malattie autoimmuni. Patologie innescate da una reazione alterata del sistema immunitario che non riconosce più come propri i costituenti dell'organismo e reagisce con la produzione di autoanticorpi (anticorpi diretti contro sé stessi) o innescando una reazione cellulare. Questa modificazione dei meccanismi di difesa che conduce ad un attacco contro le cellule sane dell'organismo da parte del sistema immunitario, può favorire la comparsa di gravi malattie.

LC



<http://www.doctor33.it/>

Calo ricoveri, Cricelli (Simg): «Mmg efficaci su classi età a rischio, meritano investimenti»



«Se gli ospedali ricoverano di meno pazienti diabetici, scompensati, con insufficienza respiratoria è anche grazie al supporto della medicina territoriale, un supporto "strappato" senza che la parte pubblica abbia investito una lira in più. Ove si investisse non dico sulla remunerazione ma sulla dotazione dei medici di famiglia, per queste malattie avremmo una diminuzione dei ricoveri e della spesa relativa del 20%. E se si facesse riferimento al territorio per la presa in carico delle patologie di media complessità, per molte di quelle potremmo avere fino a un 40% di ricoveri in meno». **Claudio Cricelli** presidente della Società italiana di Medicina generale commenta i dati del Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero del Ministero della Salute. E conferma come i numeri dimostrino che la medicina del territorio abbia fatto la sua parte: non solo diminuiscono i ricoveri per patologie impropriamente trattate in ospedale, ma sono in calo soprattutto i ricoveri per diabete, insufficienza respiratoria e coronarica trattate dai Mmg, e il "ribasso" è più marcato nelle classi di età più a rischio, presidiate dalla medicina generale (-35 ogni centomila pazienti over 65 rispetto al 2013 per l'insufficienza coronarica). «I dati di ospedali pubblici e privati rivelano che, in Italia come nel resto del mondo, è in atto uno spostamento dei trattamenti delle "cronicità" sul territorio - afferma Cricelli - ma non ci dicono perché si ricoveri di meno, né come sono state distribuite le risorse

fuori ospedale. Ci lasciano immaginare che i pazienti sono stati presi in carico più massicciamente dai medici di riferimento con risultati migliori - e in ogni caso il dato sulla mortalità aumentato non è. Certo, restano 4-5 regioni in cui si emigra per le cure, e qui andrebbe studiato dove si possa inceppare il sistema di appropriatezza. Ma la vera notizia è questa positiva realtà a fronte di un'assenza di investimenti sul territorio». Scommessa vinta quella della legge Balduzzi? Si può cambiare il volto alla medicina territoriale senza investimenti, cioè a "isorisorse?

Cricelli rigira la domanda. «Si pensi che accadrebbe nella cura di patologie, nelle quali senza alcun aiuto esterno abbiamo intaccato i tassi di ricovero, se arrivassero nuove risorse alla medicina generale. Potremmo spostare interi percorsi di cura con risparmi ingenti».

Mauro Miserendino

Malati & Malattie

di Gloria Saccani Jotti



La ricerca apre nuove prospettive terapeutiche per il mieloma multiplo

Importante marcatore della progressione del mieloma multiplo e potenziale bersaglio terapeutico, torna alla ribalta la guerriera Che-1, con un nuovo ruolo chiave nelle neoplasie. Lo studio è di un gruppo di ricercatori diretto dal dottor Maurizio Fanciulli dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) di Roma ed è stato recentemente pubblicato. Dimostra che, in campioni ottenuti da oltre 100 pazienti con mieloma multiplo, l'inibizione della proteina umana Che-1 arresta la crescita delle cellule di mieloma. Non solo, con il silenziamento di Che-1 si riduce l'autofagia delle cellule cancerose, un meccanismo sfruttato da questo tipo di tumore, che produce un'abnorme quantità di proteine, per crescere e sopravvivere. Il lavoro ha dunque rivelato che, se in molti tipi di cancro Che-1 svolge un'azione anti-tumorale, nel contesto particolare del mieloma multiplo favorisce la crescita del tumore. La proteina Che-1 è stata scoperta nel 2000 dal team di ricerca coordinato da Maurizio Fanciulli dell'Istituto Regina Elena. Lo stesso gruppo ne ha poi riconosciuto il ruolo chiave nella resistenza dei tumori alla chemioterapia. Oggi è stata individuata un'ulteriore funzione cardine della pro-

teina umana: Che-1 infatti è in grado di regolare, in risposta a diversi tipi di stress cellulare, un importante circuito di molecole della cellula, controllato da TOR spesso alterato in diverse forme neoplastiche. «La regolazione di Che-1 su mTOR - spiega il dottor Fanciulli - avviene attraverso due importanti geni, Deptor e Redd1, che inibiscono mTOR e sono in grado di attivare il fenomeno dell'autofagia. In particolare Deptor è molto espresso in una forma di neoplasia ematologica, il mieloma multiplo, patologia ancora difficile da curare e caratterizzata da un'enorme produzione di proteine anticorpali». È stato dimostrato che la proteina Che-1 è molto espressa nel mieloma multiplo; inoltre, un'analisi in campioni ottenuti da oltre 100 pazienti ha messo in luce l'aumento di espressione di Che-1 e Deptor durante il progredire della malattia. L'inibizione di Che-1 - prosegue Fanciulli - in cellule di mieloma multiplo blocca la malattia e questa osservazione è rilevante». Queste ricerche nell'area neoplastica aprono stimolanti prospettive terapeutiche che nell'arco di pochi anni potrebbero essere una realtà.

gloriasj@unipr.it





HOME

CHI SIAMO

EDICOLA

FARMACI E FARMACIE

TICKET REGIONALI

SPESA FARMACEUTICA

RISERVATO

Edicola > FiloDiretto

Aifa, formalizzati i nomi delle nuove Commissioni

03/09/2015 07:19:34



Sono stati pubblicati ieri [dall'Aifa](#) i nomi degli esperti chiamati a comporre la Commissione tecnico-scientifica e il Comitato prezzi e rimborso dell'Agenzia, come formalizzati dal decreto del ministero della Salute risalente al 7 agosto scorso. Nella Cts, in particolare, siederanno la dirigente dell'Istituto superiore di Sanità Patrizia Popoli (che assumerà le funzioni di presidente), il farmacologo Salvatore Amoroso, il direttore dell'Unità di Farmacologia sperimentale clinica del Cro di Aviano Giuseppe Toffoli, il docente di medicina interna Sebastiano Filetti e i rappresentanti delle Regioni Antonio Addis, Anna Maria Marata, Paolo Schincariol e Armando Genazzani (farmacologo).

Nella Cpr, invece, siederanno Paola Testori Coggi (presidente), già direttore generale della dg Salute e consumatori della Commissione Ue, Massimo Riccaboni, docente di economia a Lucca, il generale Beniamino Colagrosso, direttore centrale di Sanità della Guardia di Finanza, Claudio D'Amario, dg dell'Asl di Pescara, e i rappresentanti regionali Stefano Sagratella, Tiberio Corona, Giovanna Scroccaro e Amelia Filippelli. Il mandato delle due commissioni si protrarrà per un triennio. (AS)

Notizie correlate

02/09/2015

[Ossigeno, Federfarma e Assogastecnici concordano linea condivisa](#)

Tra farmacie, strutture sanitarie e ambulanze, sono più di 100mila le bombole di ossigeno terapeutico in circolazione che dal 31 dicembre, come dispone una [nota dell'Aifa](#) risalente ad aprile, non potranno più essere riempite dalle aziende produttrici perché non di proprietà. Sostituirle tutte in quattro mesi, anche con l'eventuale acquisto dei recipienti in buono stato da parte delle stesse...

08/08/2015

[Farmaci ospedalieri a rischio anche per colpa del web](#)

L'autorità regolatoria della Repubblica Ceca ha diffuso lunedì un'allerta urgente (Rapid Alert) per alcuni blister contraffatti di Exjade, un farmaco utilizzato nel trattamento della talassemia. A far emergere il caso sono stati i controlli effettuati...

06/08/2015

[Ginetantum, l'Aifa ai farmacisti: istruire sul corretto utilizzo](#)

I professionisti della salute istruiscano i pazienti sulla corretta via di somministrazione del Ginetantum bustine. E' l'indicazione che arriva [dall'Aifa](#) dopo alcuni episodi di reazione avversa innescati da errori di assunzione. «Ginetantum bustine» scrive...

01/08/2015

[Farmacie online illegali, in arrivo campagna Aifa e Fakeshare](#)

Su quasi undicimila siti web che negli Usa vendono farmaco on line, il 96% circa viola le norme di legge. Lo rivela un'indagine condotta dalla National association of boards of pharmacy (Nabp), l'associazione cui fanno capo le commissioni che nei...

31/07/2015

[Pay-back 2013: resta lo 0,64% in attesa ricorso farmacie](#)

Le farmacie continuano ad applicare lo sconto dello 0,64% fino a quando non sarà pubblicata la sentenza del Tar Lazio sul ricorso di Federfarma contro la determina [dell'Aifa](#) che l'aveva istituito. E' l'indicazione che il sindacato ha trasmesso ai titolari

FILODIRETTO

- Ultimo Filodiretto
- Archivio
- Iscrizione Filodiretto

I piu' letti

Gdo in crisi, ristrutturazioni e chiusure soprattutto al Sud

Ossigeno, Federfarma e Assogastecnici concordano linea condivisa

Università, dai primi dati domande per Medicina e Farmacia ancora in calo

Comunali di Modena, cresce interesse della Fondazione Cassa di risparmio

Da Federfarma Verona guida alla salute in sei lingue

Multimedia



5 agosto 2015
Consegna a domicilio: interviste ai responsabili regionali



29 luglio 2015
Consegna a domicilio Servizio Rai1 Unomattina



20 luglio 2015
Consegna a domicilio Servizio del TG1 e spot



19 maggio 2015
I presidenti Racca e Scaccabarozzi a UnoMattina sulla carenza di farmaci



19 aprile 2015
Beatrice Lorenzin video-intervista Cosmofarma2015



18 aprile 2015
Beatrice Lorenzin video-messaggio di benvenuto a Cosmofarma2015



13 febbraio 2015
Beatrice Lorenzin a Uno Mattina sulle proposte del ddl concorrenza



16 dicembre 2014
Assemblea Federfarma Intervista Annarosa Racca (video realizzato da Socialfarma)

Melanoma metastatico, approvazione europea per combinazione dabrafenib/trametinib



02 settembre 2015

La Commissione Europea ha approvato la combinazione di dabrafenib e trametinib per il trattamento di pazienti adulti con melanoma non resecabile o metastatico che presentano la mutazione V600 del gene BRAF. La decisione è valida per i 28 stati membri dell'Unione Europea più Islanda, Norvegia e Liechtenstein.

Si tratta della prima combinazione di inibitori di BRAF/MEK a dimostrare un beneficio statisticamente significativo in termini di sopravvivenza globale per questa popolazione di pazienti in due studi di Fase III.

La decisione dell'agenzia regolatoria europea si basa, infatti, sui dati dello studio di fase III COMBI-d e COMBI-v, presentati al Congresso ASCO lo scorso giugno. Il primo studio ha mostrato che la combinazione dei farmaci aumenta significativamente la sopravvivenza generale dei pazienti con melanoma rispetto al solo dabrafenib (25,1 mesi con la combinazione dei farmaci vs 18,7 mesi con dabrafenib). Nello studio, la sopravvivenza generale era pari al 74% a un anno e del 51% a due anni con dabrafenib più trametinib rispetto al 68% e al 42% rispettivamente a un anno e due anni con il solo dabrafenib.

Lo studio COMBI-v ha mostrato che la combinazione dei farmaci aumenta la sopravvivenza generale dei pazienti con melanoma rispetto a vemurafenib, con una sopravvivenza generale a un anno del 72% con dabrafenib più trametinib rispetto al 65% con vemurafenib.

In entrambi gli studi il profilo di sicurezza della combinazione dei farmaci era consistente con quello degli studi precedenti. Gli eventi avversi più frequenti erano ipertensione, fatigue, nausea, emicrania, diarrea, rash, artralgia, vomito e ipertensione. Gli eventi avversi e la tossicità erano generalmente maneggiabili con interventi appropriati.

La combinazione dabrafenib e trametinib

Dabrafenib e trametinib hanno come bersaglio due diverse serina/treonina chinasi, rispettivamente BRAF e MEK, nella via RAS/RAF/MEK/ERK, che è coinvolta nel NSCLC e nel melanoma, tra gli altri tipi di tumore.

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

Esercizio e frutta proteggono chi soffre di reflusso da tumore

Aumenta il rischio all'esofago con la carne in scatola e salumi



Esercizio e molta frutta proteggono da reflusso e tumore esofago

Un'attività fisica regolare e una dieta ricca di frutta e povera di carne conservata proteggono chi soffre di reflusso gastroesofageo sia dallo sviluppo di una lesione precancerosa detta "esofago di Barrett" sia da una forma di tumore dell'esofago, l'adenocarcinoma. E' quanto emerge da uno studio condotto su 107 pazienti presso il Servizio di Endoscopia dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova, centro di riferimento del Nordest per la diagnosi e la terapia dell'esofago di Barrett, pubblicato su European Journal of Nutrition.

Dallo studio, condotto dal dottor Stefano Realdon, emerge che una regolare attività fisica veniva svolta dal 48% dei soggetti con reflusso, ma solo dal 20% di quelli con esofago di Barrett e da appena il 5% da quelli con tumore

dell'esofago, mentre il consumo di frutta era abbondante nel 37% dei soggetti con reflusso, ma solo nel 7% di quelli con esofago di Barrett e nel 5,6% da quelli con tumore dell'esofago e la carne conservata (in scatola, sotto forma di salumi, wurstel) veniva consumata frequentemente dal 90% dei pazienti con adenocarcinoma dell'esofago, dal 64% di coloro che erano affetti da esofago di Barrett e da circa il 50% con solo reflusso gastroesofageo. "La conclusione - come evidenzia una nota dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS - è che regolare attività fisica e molta frutta rappresentano fattori di protezione nei confronti del tumore all'esofago, mentre il frequente consumo di carne conservata è un fattore di rischio". Questo studio, inoltre - prosegue la nota - conferma l'utilità del seguire le Raccomandazioni dal Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (WCRF) per la prevenzione dei tumori. Tra i suggerimenti essere fisicamente attivi e consumare principalmente cibi di origine vegetale limitando le carni rosse ed evitando quelle lavorate.

UN FARMACO PER PREVENIRE L'ALZHEIMER

di NICOLA SIMONETTI

Il farmaco nel piatto per prevenire le malattie da degenerazione cerebrale, primo fra tutte l'Alzheimer. Il menu (9 famiglie di alimenti "amici del cervello" e 5 "nemici") viene dagli Stati Uniti d'America e deriva da studi di ottimale qualità scientifica (*Rush Memory and Aging Project*) su circa 1.000 volontari, della durata di quasi 5 anni: Mind (che in inglese vuol dire mente) e, cioè *Mediterranean-Dash Intervention of Neurodegenerative Delay*. Centrale di acquisizione di dati e discussione la rivista "Alzheimer and Dementia" e l'avallo della università (Rush) di Chicago ed altre collegiate.

"La dieta Mind si basa sulle conoscenze sugli effetti del cibo e dei nutrienti sulle funzioni del cervello. Essa - dice Martha Clare Morris, del *Rush university medical center* di Chicago - è combinazione, riveduta e corretta, tra diete Mediterranea e Dash"

I risultati: rischio di demenza diminuito del 53 per cento, tra i fedelissimi della dieta; del 35% tra coloro che si sono concessi qualche libertà. Puniti gli occasionali "traditori" definiti "adulteri, perché la dieta è matrimonio che vuole fedeltà".

"Dieta mediterranea, dieta "del cuore", dieta contro l'ipertensione arteriosa (DASH) vanno bene ma il cervello ne ricava solo benefici secondari, ne è colpito "di striscio".

Ed ecco la MIND che, invece punta direttamente a preservare il cervello nel quale la nemica degenerazione la fa da padrona confondendo le strutture, asfissando i neuroni (cellule cerebrali) strangolandole con una poltiglia di sostanza (amiloide) non più eliminata come spazzatura (garbage) che chiude le vie di comunicazione tra cellule. E la "mind" scoscende verso la demenza.

La dieta proposta garantisce il prima ed il dopo nel senso che essa riesce a prevenire la malattia e, quando questa sia scoppiata, ridurne la severità, ritardarne il decorso.

Alimento principe dei "cibi-cervello" della ricetta americana, la verdura a grandi foglie multicolore come cavoli, cavolfiori, verze, spinaci, cicorie, bietole, ecc. Si può spaziare ed alternare come si crede. Le possibilità di farne piatti gustosi sono infinite da portare a tavola due volte al giorno e, comunque, almeno sei volte per settimana. Altre verdure (pomodori, carciofi, melanzane, peperoni, carote rosse e gialle, ecc) almeno una volta al dì.

Seguono le "bacche" che comprendono mirtillo, fragole, frutti di bosco da mettere in tavola almeno due volte per settimana. L'altra frutta è posta in sordina tranne quella secca (mandorle, noci, nocelle) che va assunta almeno cinque volte per settimana.

I legumi (fagioli, ceci, lenticchie, fave) siano presenti 3 volte per settimana, carne di pollo e volatili due volte, cereali (pane, pasta integrali) 3 volte, pesce una volta. Olio extravergine di oliva, l'unico o principale olio da usare con parsimonia.

Su questa tavola, il brindisi con vino s'addice. Un bicchiere (per la donna due terzi del bicchiere) ai due pasti principali, e non di più, aiuta l'organismo a beneficiare dei tannini (antiossidanti che proteggono i vasi sanguigni), dell'alcol (prezioso nel sostenere l'azione per la memoria del neurotrasmettitore acetilcolina), altri antiossidanti tra i quali il resveratrolo più presente nei vini rossi, in particolare alcuni primitivi. Per il *dessert*, sia rarissimo, eccezionale il dolce ma ben venga un caffè "caldo, carico, comodo" ben fatto. Si può indulgere fino a 3 al giorno. La caffeina agisce favorevolmente sui recettori cerebrali (recettori dell'adenosina 2) la cui attivazione è alleata potente con l'Alzheimer. La caffeina ha capacità disattivante.

Da evitare carni rosse, burro e margarina, formaggi, dolci, caramelle, fritti, cibi dei *fast food*. Il menu è servito. Gli studi Usa hanno dimostrato che quanto più gli si è fedeli e per maggior tempo, tanto maggiori ne sono gli effetti benefici anti Alzheimer.

