

ASCO

Da Chicago progressi per il tumore mammario

Luisa Romagnoni

■ Riflettori puntati sulle neoplasie femminili, al summit 2013 dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) di Chicago. L'appuntamento mondiale più importante, in ambito oncologico. Oltre 30mila i partecipanti e una ricerca italiana in primo piano, nella lotta al cancro: degli oltre 2700 lavori scientifici accettati, il nostro Paese si classifica ben al terzo posto, dietro giganti come Stati Uniti e Giappone. Avanzamenti importanti riguardano tumori tipicamente femminili, come quello della cervice uterina (neoplasia piuttosto rara nei Paesi occidentali, ma molto frequente in quelli in via di sviluppo, causa di circa 250mila decessi, ogni anno nel mondo). Uno studio clinico dell'US National Cancer Institute (NCI), ha mostrato come l'aggiunta alla chemioterapia di un anticorpo monoclonale (**bevacizumab**), in pazienti con tumore alla cervice in stadio metastatico, migliori la sopravvivenza media e riduca la dimensione del tumore nel 48% dei casi, contro il 36% della sola chemioterapia. Progressi arrivano anche per il carcinoma mammario. È il caso dello studio Atom che ha valutato, in donne con tumori al seno, positivi per i recettori degli estrogeni, l'efficacia dell'estensione della terapia con tamoxifene fino a 10 anni (meno rischio di recidive del 25% e della mortalità del 23%), rispetto a quella standard di 5 anni. L'attenzione è rivolta anche al trattamento delle metastasi ossee, nel carcinoma alla mammella metastatico. «In Italia oggi ci sono 30-40 mila donne con carcinoma alla mammella metastatico. Di queste, più della metà hanno metastasi ossee», spiega Paolo Pronzato, direttore della divisione di oncologia medica, Istituto Tumori di Genova. «Una condizione che pone problemi specifici, come dolore, fratture, qualche volta paralisi. Per questa ragione, oltre alla terapia antitumorale di fondo, bisogna usare dei trattamenti specifici. Farmaci come i difosfonati, o come il nuovo anticorpo monoclonale, denosumab, che interferisce con il processo di distruzione dell'osso, sono in grado di rallentare la progressione della malattia, proprio a livello dell'osso. Con il denosumab si ottiene una riduzione, vicina quasi al dimezzamento».



WELFARE FAI DA TE

Medici in anticipo Contributi versati già all'università

Debutta già sui banchi dell'università il "welfare fai da te". L'idea è dell'Ente di previdenza dei medici (Enpam). O meglio del vulcanico presidente Alberto Oliveti. Per garantire ai giovani un'adeguata pensione si sta concretizzando la possibilità di far iscrivere alla cassa anche agli studenti a partire dal quinto anno di medicina. «Ciò che noi vogliamo fare», spiega Oliveti, «è includerli precocemente nel sistema Enpam in modo che abbiano fin da subito le nostre tutele e possano cominciare a costruirsi una storia pensionistica. Stiamo parlando di studenti che, dopo aver superato gli esami di ammissione e gli ostacoli dei primi anni, sicuramente diventeranno medici». Il costo di questa pre-iscrizione? Quasi simbolico, si ipotizza un contributo di circa 2/300 euro l'anno integrato da un apporto di solidarietà da parte dell'Enpam. Con un avanzo di gestione 2012 di 1,29 miliardi di euro (patrimonio salito a 13,8 miliardi, + 10,3%) la categoria può anche permettersi uno sforzo di solidarietà generazionale.

AN.C.



Il governo vuole un'alternativa all'aumento dell'acconto Irpef. Pd, Renzi: candidato premier chi vince le primarie

Sanità, rivoluzione per i ticket E sull'Iva si cercano nuovi fondi

Lorenzin: troppi esenti, facciamo pagare secondo i carichi familiari

— Entra in vigore oggi il decreto lavoro, ma alla maggioranza piacciono poco le coperture per assunzioni e rinvio dell'aumento Iva al 22%. Il governo vuole un'alternativa all'incremento dell'acconto di fine anno dell'Irpef: da qui, la ricerca di altri fondi, almeno 600 milioni, con nuovi tagli e prelievi. Sanità, il ministro **Lorenzin**, in un'intervista a

La Stampa, punta l'indice sui ticket: troppe esenzioni, metà degli assistiti non li paga e consuma l'80% delle prestazioni, pertanto devono cambiare. Sul fronte politico, ancora acque agitate ne Pd. Renzi: candidato premier chi vince le primarie.

Giovannini, Iacoboni, La Mattina, Martini, Pitoni, Russo, Sodano e Talarico DA PAG. 2 A PAG. 7

Lorenzin: "I ticket? Troppe esenzioni Così devono cambiare"

Il ministro: oggi metà degli assistiti non li paga e consuma l'80% delle prestazioni. Serve un riequilibrio

Famiglie

Il costo dei servizi va rimodulato tenendo conto dei carichi familiari e non solo del reddito

PAOLO RUSSO
ROMA

Ministro **Lorenzin**, ecco qui: 96 euro di ticket per cardio ed ecodoppler, altri 40 per la visita specialistica, 36 per le analisi. In tutto per un controllo 172 euro. E per altri accertamenti può andare anche peggio. Non le sembra che qualcosa non vada?

«Certamente, ma lei quanto guadagna?»

Diciamo che posso permettermeli...

Risparmi

Abbiamo fatto una ricognizione e si possono risparmiare 10 miliardi da reinvestire

«Ma se avesse tre figli e mettiamo anche dei nipoti da aiutare con un reddito familiare che non arriva a duemila euro mensili sarebbe diverso. E infatti da tempo stiamo registrando un calo delle prestazioni. Da un lato perché i medici prescrivono in modo più appropriato. E questo è un bene. Dall'altro perché molti italiani rinunciano a fare gli accertamenti proprio per motivi economici. E questo è un male perché significa rinunciare a fare prevenzione ma anche a curare per tempo le malattie».

Sta dicendo che il sistema dei

Medici di famiglia

Sono relegati a un ruolo di compila ricette mentre sono fondamentali per la prevenzione

ticket va riformato?

«Senza dubbio e dobbiamo farlo in modo semplice e lineare, tenendo conto dei carichi familiari. Oggi metà degli assistiti non paga il ticket perché esente ed è quella fetta di popolazione che consuma l'80% delle prestazioni. In alcune aree del Paese gli esenti per reddito Irpef arrivano al 70%. C'è qualcosa che non va perché poi chi paga paga troppo. Allora diciamo: non usiamo i ticket per fare cassa ma riformiamo il sistema spalmandoli in modo più equo sulle prestazioni sanitarie e riduciamo il

Uso delle staminali

Bene la sperimentazione e spero porti risultati positivi. Però abbiamo il dovere di evitare illusioni

numero degli esenti in modo da garantire a chi ha veramente necessità sempre e comunque l'accesso alle cure».

Un modo potrebbe essere quello di agganciare le esen-



zioni al reddito Isee?

«Potrebbe, ma rivedendo un po' quell'indicatore di ricchezza delle famiglie perché le esenzioni siano graduate tenendo in maggiore considerazione i carichi familiari oltre che la ricchezza effettiva. Ma sono tutte cose delle quali parleremo nei prossimi giorni con le Regioni e con l'Economia».

Intanto si è capito se i due miliardi di aumento dei ticket previsti per il 2014 saranno rifinanziati?

«Le do una notizia. Proprio questa mattina il Ministro Saccomanni mi ha telefonato per dirmi che sarà garantita la copertura nel fondo sanitario. In cambio dovremmo metterci intorno al tavolo con le Regioni per chiudere al più presto un nuovo Patto della salute che riprogrammi sia la governance che la spesa sanitaria. Abbiamo fatto una ricognizione e le dico che possiamo risparmiare 10 miliardi da reinvestire nella Sanità. La tecnologia e la ricerca portano nuove cure che salvano le vite ma costano. Tanto. Dobbiamo recuperare eliminando quello che non è essenziale o funziona male».

Dieci miliardi da una nuova spending review sanitaria? Un'altra notizia...

«Non chiamiamola spending review perché vogliamo agire in

senso opposto ai tagli lineari. Possiamo risparmiare e ottimizzare le cure con il piano quinquennale per la deospedalizzazione e le cure domiciliari che stiamo perfezionando. Mettendo in rete ospedali asl e studi dei medici di famiglia, mentre una mano ce la darà l'informaticizzazione e il fascicolo sanitario elettronico, che impedirà inutili duplicazioni di prestazioni. Così come le farmacie di servizio possono fare la loro parte garantendo prestazioni base e prenotazioni. Ma si può risparmiare anche creando centrali d'acquisto per i servizi di lavanderia o gestendo meglio lo smaltimento dei rifiuti. Lo sa che alcuni ospedali non pagano al chilo ma a forfait spendendo dieci volte tanto?».

Medici di famiglia che lavorano in rete. Ma gli studi aperti 24h restano una chimera?

«No, ma c'è un problema di risorse. Dal piano di riprogrammazione della spesa che definiremo nel Patto dovremo trovarle. Anche per valorizzare i medici di famiglia, che non possono essere relegati al ruolo di compila-ricette ma tornare alla medicina d'iniziativa. Quella che ti fa chiamare i pazienti che sai essere nelle fasce più a rischio per prevenire, curare in tempo».

Parliamo di un'altra cosa che fa imbufalire gli assistiti: le liste

d'attesa, soprattutto quando per aggirarle basta farsi visitare privatamente...

«Già oggi l'attività libero professionale dei medici può essere autorizzata solo se diminuiscono i tempi d'attesa. Ma gli assistiti devono sapere che questo dipende dalla governance delle singole aziende e delle Regioni. C'è dove una Tac si fa in una settimana e dove in sei mesi, magari perché la si fa lavorare 6 ore al giorno anziché 20».

Voltiamo pagina. Lei ha appena vietato l'uso delle e-cig nelle scuole. Prossimi passi?

«Un decreto per garantire maggiore sicurezza dei dispositivi, in particolare per evitare che dal beccuccio fuoriesca nicotina con rischi di intossicazione. Ma anche regole più rigide sulla pubblicità e sulle informazioni da riportare al pubblico affinché si sappia esattamente cosa c'è dentro le ricariche».

Stamina. Lunedì si parte?

«Noi siamo pronti ma Vannoni non ha ancora consegnato i protocolli. Ha detto che lo farà il 2 luglio. A quel punto partiremo nel rispetto delle regole applicate in tutto il modo civile sulle sperimentazioni cliniche. La mia speranza è che i risultati alla fine siano positivi. Ma in questo momento abbiamo anche il dovere di non alimentare illusioni».

Spesa sanitaria per regione



Il ministro
Beatrice Lorenzin
 ministro della Salute

L'INCHIESTA

Caso amianto 34mila i siti contaminati

Il mesotelioma ucciderà ancora. Più di prima. Il picco per le morti di amianto (già 3mila all'anno) è atteso tra il 2015 e il 2025. Intanto manca un censimento completo sulla presenza di fibrocemento. Per gli esperti bisogna bonificare una porzione di Italia grande quanto Umbria e Marche insieme. Ma i centri per lo smaltimento sono solo 22.

SCAVO NEL PRIMOPIANO **6**

l'allarme Secondo gli esperti il picco di mortalità causata dal tumore pleurico sarà tra il 2015 e il 2025. Secondo Assobeton in Italia ci sono almeno 12 milioni di tonnellate di lastre contaminate, pari all'area di Marche e Umbria

Prigionieri dell'amianto

Ancora 34mila i siti contaminati, ma all'appello mancano le case private

**34 MILA
I SITI DA BONIFICARE
380
QUELLI AD ALTO
RISCHIO**

**12 MILIONI
LE TONNELLATE DI
AMIANTO ANCORA
PRESENTI SUL
TERRITORIO**

**73
GLI IMPIANTI DI
SMALTIMENTO
22
QUELLI
EFFETTIVAMENTE
FUNZIONANTI**

DA MILANO NELLO SCAVO

Colpisce alle spalle. E non è solo un modo di dire. All'inizio sembra un mal di schie-

na. Una fitta da mettere a tacere con uno di quegli impiastri venduti in farmacia. Ma ci vorrà altro tempo prima di accorgersi di essere stati colpiti da un nemico subdolo, che da anni si annidava nei polmoni. È così che generalmente si presenta il mesotelioma, il tumore pleurico provocato da esposizione all'amianto. Tremila morti all'anno. E il peggio deve ancora arrivare. Gli esperti si attendono il picco della mortalità dal 2015 al 2025. Per prevenire bisognerebbe quantomeno sapere dov'è che ancora si nasconde il veleno con cui sono state farcite coperture in cemento, coibentazioni residenziali, edifici produttivi, perfino scuole e ospedali. Ma al di là dei proclami, ancora manca una radiografia completa sulla presenza di amianto nel territorio. Una delle tecniche messe a punto

per le bonifiche riguarda la rimozione del cosiddetto "polverino". Si tratta della polvere di scarto ricavata dalla lavorazione dell'amianto che, specie nel Monferrato, dove l'azienda Eternit aveva il suo quartier generale italiano, gli abitanti del luogo prelevavano liberamente dalla fabbrica per utilizzarlo nelle proprie abitazioni come materiale coibente per sottotetti o per pavimentare i cortili.



«Questo materiale – spiega Federica Paglietti, ricercatrice e responsabile scientifico Inail – contiene in peso circa il 10-15% di amianto, che vi si trova in forma libera e risulta pertanto più pericoloso rispetto allo stato compatto, perché facilmente respirabile».

Secondo stime, peraltro poco aggiornate, sono almeno 34 mila i siti contaminati, di cui quasi 400 ad alto rischio. Da questo calcolo mancano le abitazioni private, cioè la maggioranza delle costruzioni. Secondo Assobeton (Associazione nazionale industrie manufatti cementizi), nella Penisola non ci sono meno di 12 milioni di tonnellate di lastre in cemento-amianto, pari ad 1 miliardo e 200 milioni di metri quadri di coperture. Come se una distesa vasta quanto Umbria e Marche messe insieme fosse interamente lastricata di fibrocemento.

Per avere un'idea di quanto allarmante sia il problema occorre tornare al 2012, quando il Centro nazionale per le ricerche completò una sorta di telerilevamento su incarico della Regione Lazio. Venne monitorato il 4,6% del territorio. Furono individuati 1,7 milioni di metri quadri di cemento amianto, pari a 2.966 coperture comprendenti soprattutto tettoie di capannoni industriali. E se questo riguarda meno del 5% del solo Lazio, basta fare le proporzioni per com-

prendere quanto grande sarà, da qui ai prossimi vent'anni, il cimitero delle vittime di mesotelioma. La radiografia completa dell'intera superficie italiana resta un miraggio. Le Regioni sono ancora ben lontane dal completare un censimento che andrebbe fatto casa per casa. Fino alla messa al bando del 1992, l'Italia è stata il secondo maggior produttore europeo di amianto dopo l'Unione Sovietica. L'Eternit, prima industria di manufatti in cemento-amianto fino ai primi anni '70, e la Fibronit, che a Casale Monferrato produceva esclusivamente cemento, fornivano oltre il 40% della produzione nazionale di manufatti in cemento-amianto.

Nell'Alessandrino, dopo il caso Eternit che ha portato alle recenti condanne per gli ex vertici della multinazionale svizzera, è stato messo a punto un metodo per la bonifica degli edifici contaminati. Viene effettuata la rimozione a umido del "polverino". Questa operazione è già stata eseguita gratuitamente in circa 150 siti distribuiti tra tutti i 48 Comuni dell'area inquinata dagli stabilimenti di Casale Monferrato.

Come se non bastasse, anche se le analisi e le bonifiche andassero a pieno regime, ogni sforzo rischia di infrangersi contro un'altra anomalia tutta italiana.

Una ricerca Inail ha rilevato 73 impianti per lo smaltimento del fi-

brocemento. In funzione, però, ce ne sono solo 22. Con il risultato che, visti i costi e le difficoltà d'intervento, tonnellate di eternit finiscono nelle discariche abusive. Avvelenando anche quelle porzioni di territorio da cui le polveri d'amianto erano state alla larga.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I DATI

LA METÀ DEI CASI AVVIENE AL NORD

Nei primi 15 anni del Registro nazionale dei tumori da esposizione all'amianto (dal 1993 al 2008, ultimo dato disponibile), sono quasi 16 mila i casi rilevati in Italia di cui il 50% è concentrato fra Piemonte (18%), Lombardia (17,7%) e Liguria (12%). Nel 93% dei casi il tumore ha colpito la pleura (per inalazione delle fibre). L'amianto rappresenta il 50% dei casi di tumori occupazionali e ha un periodo di latenza di 30-40 anni, dice uno studio dell'Inail, e il picco nella manifestazione della malattia e, purtroppo, dei decessi, è atteso tra il 2015 e il 2025.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NORME

VENT'ANNI DI DIVIETI MA CONTINUI RITARDI

Dal 1992 in Italia è vietato produrre amianto (ma in alcuni casi ne è consentita la vendita). A distanza di vent'anni dalla normativa con i primi seri divieti, non si è però realizzata quell'opera di bonifica del territorio che quelle norme ordinavano. Nel 1992 con la legge n. 257 l'Italia mette al bando tutti i prodotti contenenti amianto, vietando l'estrazione, l'importazione, la commercializzazione e la produzione di amianto e di prodotti contenenti amianto, secondo un programma di dismissione il cui termine ultimo è fissato al 28 aprile 1994. Solo recentemente, la legge 426 del 9 dicembre 1998 ha introdotto una deroga a tale divieto limitatamente ad alcune applicazioni particolari. Un decreto del 1998 ampliava ulteriormente il campo delle restrizioni estendendolo a tutti i tipi di amianto, quando questo sia impiegato in alcune tipologie di prodotti, quali giocattoli, articoli per fumatori, pitture e vernici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE INCHIESTE

VERSO NUOVI PROCESSI ALLE AZIENDE

Il processo Eternit celebrato in primo grado a Torino non è il solo procedimento giudiziario provocato dai decessi per mesotelioma. Certamente le condanne a 16 anni inflitte ai dirigenti del gruppo svizzero, faranno giurisprudenza. Sempre a Torino un'altra indagine è stata avviata dal procuratore aggiunto Raffaele Guariniello dopo che un'addetta alle pulizie - che per 12 anni ha lavorato in due palazzi coibentati con amianto, si è ammalata di mesotelioma. Verso il processo si va a Trieste, dove otto operai della "Grandi Motori", del gruppo Fincantieri, sono morti per cancro ai polmoni. Secondo l'accusa erano stati esposti all'amianto a loro insaputa e l'azienda non aveva mai fornito informazioni né mascherine protettive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pensa la salute

di Riccardo Renzi

Le sigarette vere e quelle elettroniche

C'è una nuova emergenza salute e si chiama sigaretta elettronica. Almeno a giudicare dall'intensità di discussioni e dibattiti, dalla quantità di norme, leggi e regole che si propongono e che si adottano. Le sigarette elettroniche sono vietate in Cina e permesse negli Stati Uniti, mentre in Europa un eventuale viaggiatore dovrebbe munirsi di un manuale per sapere dove, come e quando può utilizzarle. In Italia ci siamo limitati a ciò che sappiamo fare meglio: vietarle nelle scuole e tassarle pesantemente, mentre l'Aifa ha raccomandato che siano sottoposte alle norme sui farmaci. Questa ipotesi è stata però respinta dall'Fda americana e da due sentenze tedesche e una olandese, mentre l'Oms ha dato un giudizio salomonico: devono essere regolate o come dispositivi che rilasciano nicotina o come il tabacco. Francamente penso che le sigarette elettroniche non siano molto utili per smettere di fumare, ma mi sembra che si stia un po' esagerando, che ci sia una sorta di non trasparente accanimento per un gadget che può essere, a seconda dei punti di vista, un nuovo metodo «dolce» per disintossicarsi o un nuovo modo di fumare. Le sostanze usate, si dice, non sono sufficientemente testate, c'è rischio che siano dannose. Benissimo, che si facciano i controlli. Intanto però una cosa sappiamo per certa: che le sigarette normali fanno davvero male.

”

Le sostanze usate, si dice, non sono ancora testate sufficientemente



ROMA Sollecitato un piano nazionale

È un'emergenza l'epatite C

L'Italia ha il triste primato europeo delle gravi malattie epatiche da virus

Luigi Cucchi

■ «È necessario adottare il Piano nazionale al più presto, con stanziamenti specifici, perché l'epatite C è ancora un'emergenza sanitaria anche nel nostro Paese», ha affermato a Roma, durante un incontro dedicato alle malattie del fegato, Ivan Gardini, presidente di Epac, l'Associazione onlus fondata nel 2004 che ha come obiettivo il miglioramento della qualità di vita dei pazienti con epatiti e malati di fegato. Il Piano nazionale è in attesa del via libera definitivo del ministero della salute e poi dovrà essere approvato in Conferenza Stato Regioni.

«Il primo obiettivo del Piano - spiega Antonio Gasbarrini, ordinario di gastroenterologia all'università Cattolica Policlinico Gemelli di Roma - è la realizzazione di un vero studio epidemiologico a livello nazionale per capire la reale prevalenza nella popolazione generale e l'incidenza tra la popolazione a rischio perché i dati disponibili risalgono a 10 anni fa e si riferiscono solo ad alcune regioni italiane».

Occorre poi creare percorsi diagnostico-terapeutici uniformi in tutta Italia. Il paziente deve poter accedere subito alle terapie. Attualmente l'accesso alle cure è ancora diverso da regione a regione. Altro cardine del Piano nazionale è la diagnosi precoce della malattia in modo da poterla curare tempestivamente. Molti pazienti, se non adeguatamente curati, vanno incontro a complicazioni serie, come scompenso epatico o trapianto di fegato, per i più fortunati. L'epatite è diventata un'emergenza sanitaria in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito di proclamare per il 28 luglio 2013 la Giornata Mondiale dell'Epatite. Più di 170 milioni di persone convivono nel mondo con il virus dell'epatite C cronica e sono a rischio di cirrosi o cancro al fegato, mentre oltre

350mila ogni anno muoiono per malattie causate da questo virus, contro il quale non esiste un vaccino. Sono questi i dati mondiali che riguardano la diffusione delle epatiti. Un'epidemia contro la quale servono maggiori misure di prevenzione e di screening, oltre all'ampliamento della copertura del vaccino contro l'epatite B. L'Italia detiene il primato europeo per la prevalenza delle malattie epatiche da virus con una preoccupante incidenza sulla mortalità e numeri allarmanti: epatiti, cirrosi, tumori al fegato sono la causa di 20mila decessi all'anno, oltre un milione gli italiani affetti da epatite C e circa 500mila i malati di epatite B cronica.

L'epatite è un'inflammazione del fegato, generalmente causata da un'infezione virale. Cinque i principali virus (A, B, C, D, E) responsabili di una larga schiera di patologie, anche mortali. Soprattutto i tipi B e C conducono a patologie croniche, causa principale di cirrosi e tumori epatici. Oggi esistono cure con **farmaci** potenti e sicuri, capaci di spegnere l'epatite B e guarire almeno la metà dei malati con epatite C. Chi non risponde alle cure viene regolarmente sottoposto a sorveglianza con ecografia epatica per una diagnosi precoce di un'eventuale neoplasia del fegato. Per il trattamento di HIV e infezioni da HCV la ricerca **farmaceutica** ha fatto grandi progressi e in pochi anni ha ottenuto grandi risultati nella storia della lotta contro queste malattie. Daria Hazuda, World Wide Discovery Head of Antiviral and Infectious Disease Research dei laboratori di ricerca della statunitense Merck, tra i primi gruppi **farmaceutici** al mondo e all'avanguardia nella scoperta e sviluppo di terapie innovative per la cura delle malattie del fegato. «Si stanno sperimentando - ha ricordato - **farmaci** efficaci di ultima generazione, con meccanismi d'azione complementari e nuove combinazioni. La ricerca avanza.



FISCO E SALUTE

Sigarette elettroniche, il costo di una tassa

Fisco e salute

SIGARETTE ELETTRONICHE: I COSTI DI UNA TASSA

L'approccio del governo dimostra un tentativo disperato di trovare soldi senza proporre una politica fiscale a lungo termine

di ALBERTO ALESINA

Il governo sta meditando di tassare le sigarette elettroniche per rimandare di tre mesi l'aumento dell'Iva. La pressione fiscale, quindi, potrebbe salire: la si distribuirebbe solo in modo diverso e, forse, perverso. Le sigarette elettroniche servono anche ad aiutare chi intende smettere di fumare, permettendo una riduzione graduale del contenuto di nicotina. Tassandole, si renderebbe più costoso il tentativo di alcuni di migliorare il loro stato di salute.

Già che ci siamo, perché non tassiamo anche quei metodi **farmaceutici** che aiutano i fumatori a smettere? Sarebbero altri introiti per lo Stato. Ma, a parte il costo «morale» di una tale politica, si configura anche un costo economico. Ogni fumatore che non smette perché l'aumento del prezzo delle sigarette elettroniche lo scoraggia costerà alla sanità pubblica perché ha una più alta probabilità di ammalarsi.

Come mai, allora, il governo sta esplorando questa strada? Forse l'esecutivo ha fatto degli studi statistici per simulare gli effetti diretti e indiretti della maggiore imposta arrivando alla conclusione che non esistono i costi economici di cui sopra e che non si ritiene problematico tassare una attività che, almeno in parte, potrebbe migliorare la salute dei cittadini? Ma di questo studio

non c'è traccia.

La terza ipotesi potrebbe essere una pressione delle lobby del tabacco, cioè di chi vende sigarette «normali». L'ultima ipotesi a me sembra la più probabile: è un tentativo disperato di trovare qualcosa da tassare che colpisca una minoranza (fra l'altro appunto una minoranza che andrebbe protetta) perché si è incapaci di toccare la spesa pubblica per evitare l'aumento dell'Iva. Questa scelta immagino verrà giustificata con un pretesto assurdo: dato che sono tassate le sigarette normali, vanno tassate anche quelle elettroniche. Un criterio di «giustizia» che non ha senso. Parafrasando don Milani: non vi è nulla di più ingiusto che trattare due cose diverse nello stesso modo.

Questa tassa sulle sigarette elettroniche dimostra due cose importanti. La prima è che spesso si prendono decisioni di politica economica senza studi adeguati per capirne gli effetti indiretti e di lungo periodo oltre a quelli diretti. Ovvero, più tasse uguali più soldi per lo Stato. La seconda è che il governo si sta muovendo con un approccio che dimostra disperazione per reperire qualche soldo «dal fondo del barile» invece che proporre alla Ue e agli italiani un piano pluriennale di politica fiscale che permetta di ridurre tasse e spese in modo da favorire la crescita senza violare di molto i vincoli europei sul deficit. Il governo deve «volare molto più in alto» della tassa sulle sigarette elettroniche.

PS. Io non fumo quindi non ho alcun interesse personale sulla questione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

La «dieta» del Carico Glicemico

È il nuovo criterio che, insieme all'Indice Glicemico, serve a calcolare quanto gli alimenti fanno aumentare gli zuccheri nel sangue. Tenerlo in considerazione aiuta a scegliere i cibi che sono meno rischiosi per la salute cardiovascolare e metabolica

Servizi di Carla Favaro
alle pagine 42-43

Carboidrati Come valutare correttamente il loro «peso» nei diversi cibi

L'anguria o la banana? Il nuovo criterio per sapere cosa scegliere

Il Carico Glicemico ora affianca l'Indice Glicemico, «misurando» con maggior realismo zuccheri e amidi

Dopo il pasto

La glicemia aumenta secondo la qualità e la quantità dei carboidrati

I rischi

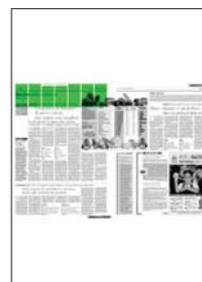
L'eccesso di glicemia non fa bene ai vasi sanguigni e al cuore

Tema di rilievo

Una questione al centro di un recente summit a livello mondiale

Sarà anche perché alcune diete di moda utilizzano l'Indice Glicemico (IG), talvolta a sproposito, come principio base per la scelta dei cibi, ma di questo «indice» si sente ormai parlare sempre più spesso. E lo stesso vale per l'importanza di evitare picchi troppo elevati della glicemia dopo i pasti.

A questo riguardo, la vecchia classificazione dei carboidrati (i «responsabili» degli aumenti della glicemia) in carboidrati *semplici* (gli zuccheri) e *complessi* (gli amidi) si è rivelata inadeguata. Infatti, contrariamente a quanto si credeva, non tutti i cibi contenenti zuccheri comportano rapidi picchi della glicemia, e non tutti gli alimenti contenenti amidi



si comportano in modo opposto, più salutare. Da qui, l'importanza di nuovi criteri di valutazione dei carboidrati: l'Indice Glicemico (IG), appunto. E, più di recente, il *Carico Glicemico*.

L'Indice Glicemico rappresenta una misura, valutata in condizioni sperimentali particolari, della capacità dei cibi contenenti carboidrati di aumentare la glicemia.

Il Carico Glicemico, invece, permette di tradurre nella pratica questa informazione, adattandola alla quantità di carboidrati che sono realmente presenti nella porzione di alimento consumato.

L'utilità di questi criteri è stata ribadita nel recente summit mondiale organizzato a Stresa dal Nfi (Nutrition Foundation of Italy) e Oldways Usa, con la partecipazione di alcuni fra i principali esperti in materia; è stata inoltre affermata la necessità di diffondere questi criteri non solo tra i medici, ma anche e soprattutto alla popolazione.

Ma perché si dà tanta importanza a ciò che accade nel nostro organismo in risposta al consumo di carboidrati? Lo spiega Gabriele Riccardi, professore di Malattie del metabolismo all'Università Federico II di Napoli: «Dopo ogni pasto la glicemia aumenta in ragione della qualità e della quantità dei carboidrati ingeriti. Per contenere questo incremento, il pancreas secreta insulina, al fine di normalizzare i valori glicemici nel giro di 2-3 ore. Un eccessivo incremento della glicemia postprandiale non fa bene alla salute dei vasi, facilitando l'insorgenza di arteriosclerosi, e condiziona un'intensa e prolungata secrezione d'insulina che, a lungo andare, può indurre l'esaurimento funzionale delle cellule che la producono e portare allo sviluppo di diabete. Se tali problemi non riguardano le persone giovani e attive, diventano invece rilevanti per una popolazione adulta che, come quella italiana, nella maggior parte dei casi è sedentaria, in sovrappeso ed è, pertanto, predisposta al diabete e all'arteriosclerosi».

Ecco perché conviene evitare picchi troppo elevati della glicemia dopo i pasti. Ma come farlo? Un modo potrebbe essere quello di ridurre drasticamente i carboidrati, ma vorrebbe dire limitare anche il

consumo di alimenti «buoni», come i cereali integrali, i legumi, la frutta, la verdura e, nel contempo, aumentare esageratamente grassi e proteine. Evidentemente non è questa la strada consigliata. Ed ecco, allora, l'Indice Glicemico, che può aiutare a fare scelte che, pur lasciando un adeguato spazio ai carboidrati, non comportino brusche oscillazioni della glicemia.

L'Indice Glicemico viene calcolato testando, su volontari sani, quanto aumenta la glicemia in risposta al consumo di un alimento contenente una quantità standard di carboidrati (50 grammi), rispetto alla stessa quantità di glucosio (assunto sotto forma di acqua zuccherata). Se, per esempio, l'IG di un alimento è 50, significa che questo cibo aumenta la glicemia della metà (50%) rispetto al glucosio. Ad un numero inferiore di IG corrisponde, quindi, un cibo più favorevole per il metabolismo glucidico. Per ridurre l'impatto dei cibi sulla glicemia, conviene perciò preferire alimenti a basso Indice Glicemico — come la pasta, l'orzo, i legumi, molti tipi di frutta e ortaggi — rispetto a quelli ad alto Indice Glicemico, come il riso brillato, le patate, il pane bianco, i cornflakes. Osservando i valori di IG riportati nella tabella (a destra), si notano alcuni dati inaspettati: per esempio, l'IG di vari cereali e loro derivati integrali non è molto diverso da quello dei prodotti più raffinati. «I fattori che determinano un rapido aumento della glicemia sono molteplici — spiega Furio Brighenti, professore di Nutrizione umana dell'Università di Parma —. Fra questi, la velocità con cui i carboidrati sono digeriti e assorbiti, la velocità di svuotamento dello stomaco, gli effetti diretti di alcuni componenti (per es. aminoacidi e acidi organici) sul rilascio di insulina. Per questo è difficile prevedere quale sarà l'Indice Glicemico di un alimento basandosi solo sulla sua composizione, ma è necessario testarlo in vivo, come viene fatto, su non meno di 10 volontari. Anche la cottura può influire sull'IG di un alimento, perché può comportare cambiamenti nella natura dei carboidrati (per es. la cottura dell'amido ne velocizza la digestione) e altre modificazioni che possono influenza-

re, ad esempio, lo svuotamento dello stomaco, rendendo più o meno veloce l'ingresso del chimo nell'intestino e quindi l'assorbimento dei nutrienti, inclusi i carboidrati».

Sempre guardando la tabella, si può notare che l'anguria ha un IG inaspettatamente elevato, addirittura superiore a quello della banana, notoriamente più zuccherina: questo significa che conviene evitare l'anguria e preferire il secondo frutto? «Sarebbe un modo sbagliato di interpretare l'IG — commenta Riccardi —. E, per evitare errori come questo, è più corretto far riferimento ad un altro criterio, il Carico Glicemico, appunto, che si calcola moltiplicando il valore dell'Indice Glicemico per la quota di carboidrati presente nella porzione di consumo. Usando questo criterio, si vede infatti che, pur avendo l'anguria un IG elevato, il suo impatto sulla glicemia è modesto, perché sono comunque pochi i carboidrati presenti in una porzione. E si nota anche che la banana, pur avendo un Indice Glicemico più basso, ha però un Carico Glicemico più elevato, perché una porzione (pari a una banana media) contiene significativamente più carboidrati di una porzione d'anguria».

«Il Carico Glicemico, quindi, — continua Riccardi — combina in un unico numero, l'informazione sulla qualità dei carboidrati, data dall'Indice Glicemico, con quella relativa alla quantità presente nella porzione consumata. Questo criterio consente di valutare in modo più corretto l'impatto sulla glicemia delle porzioni abituali di alimenti e permette di non escludere dalla dieta cibi come il pane, il riso, le patate, che verrebbero fortemente penalizzati valutandoli solo sulla base dell'Indice Glicemico».

«In sintesi, — conclude Riccardi — è importante, e soprattutto semplice, ricordare che ci sono alimenti ad alto e a basso Indice Glicemico: quando si tratta di scegliere fra cibi simili, come la pasta, il pane, l'orzo, il riso, è consigliabile preferire quelli a basso Indice Glicemico; quando invece la scelta ricade sugli altri, basterà ridurre la porzione di consumo del 30-50% (a parità di contenuto di carboidrati)».



L'Indice Glicemico (IG)

è un criterio di valutazione della **qualità dei carboidrati**. Indica quanto aumenta la glicemia (*zucchero nel sangue*) dopo aver mangiato un alimento che contiene 50 grammi di carboidrati, rispetto a quanto aumenta la glicemia dopo aver ingerito 50 grammi di glucosio. Tanto minore è l'IG tanto più favorevole è l'impatto di quel cibo sul metabolismo glicidico

Il Carico Glicemico (CG)

è un criterio che tiene conto sia della **qualità** che della **quantità dei carboidrati** in una porzione di alimento



COME SI CALCOLA

**IG x grammi di carboidrati
nella porzione : 100**

ALIMENTO	Indice Glicemico	Porzione media (grammi)	Carboidrati per porzione (grammi)	Carico Glicemico per porzione
Corn flakes	81	30	26	21
Patate (<i>bollite</i>)	78	200	36	28
Pane bianco	75	50	29	22
Pane integrale	74	50	24	18
Riso bianco (<i>bollito</i>)	73	80	64	46
Cocomero	76	150	6	5
Riso integrale (<i>bollito</i>)	68	80	62	42
Ananas	59	150	15	9
Muesli	57	30	22	13
Banana	51	120	18	9
Spaghetti	49	80	63	31
Spaghetti integrali	48	80	53	25
Arancia	43	150	12	5
Carote (<i>bollite</i>)	39	200	15	6



Su Internet

Dove si trovano le tabelle più complete

Cercate informazioni sull'Indice e il Carico Glicemico degli alimenti? Le tabelle più complete sono quelle sul sito www.glycemicindex.com, stilate da ricercatori dell'Università di Sydney (Australia). Le tabelle specificano per ciascun alimento quando, dove e come è stato valutato l'Indice Glicemico e la porzione abituale utilizzata per il calcolo del Carico Glicemico. Si tratta, però, di tabelle che hanno poco a che vedere con i nostri alimenti abituali. Per avere informazioni «all'italiana» dovremo attendere il volume dei Larn (Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di nutrienti), della Società italiana di nutrizione umana, di prossima pubblicazione. «Va però ricordato — sottolinea Furio Brighenti, professore di Nutrizione umana all'Università di Parma — che esistono ampie variazioni anche all'interno della stessa classe di alimenti, per cui l'uso di valori tabulati può essere utilizzato solo in modo molto generale per selezionare singoli alimenti basandosi sul loro Indice Glicemico».

Che cos'è l'IG

Il procedimento per fare i calcoli giusti

L'Indice Glicemico o IG è un sistema di valutazione della qualità dei carboidrati. Ma come si calcola? A dieci volontari sani si misura, prelevando il sangue dal polpastrello, la glicemia a digiuno e, a intervalli regolari, per due ore, dopo l'assunzione di un alimento di riferimento (soluzione di 50 grammi di glucosio in acqua). L'IG della soluzione è per convenzione pari a 100. In un altro giorno, si segue lo stesso procedimento, facendo però assumere, alle stesse persone, l'alimento di cui si vuole determinare l'IG (in quantità tale da apportare 50 grammi di carboidrati, come la soluzione con glucosio). Si costruiscono quindi due curve glicemiche, quella relativa all'alimento di riferimento e quella dell'alimento da testare, che vengono confrontate fra loro (o meglio, viene fatto il rapporto fra le due curve, che viene poi moltiplicato per 100). Perché non utilizzare la sola curva dell'alimento da testare e perché il test va fatto su almeno 10 persone? «Il corpo umano non è una macchina — sottolinea Gabriele Riccardi, professore di Malattie del metabolismo all'Università Federico II di Napoli — e la risposta glicemica a un alimento può variare da persona a persona e nello stesso individuo in giorni diversi. Per limitare il più possibile questa variabilità è necessario avere un termine di paragone (rappresentato, appunto, dall'alimento di riferimento) e un numero sufficiente di persone su cui fare queste valutazioni, calcolando poi la media tra gli IG ottenuti».

**SANITÀ E AIUTI PUBBLICI
ECCO I NUOVI TAGLI**

di LORENZO SALVIA

Da un lato la sanità, con l'ipotesi di una centrale unica di acquisto nazionale e l'estensione alle Regioni a statuto speciale del meccanismo dei costi standard, e dall'altro la revisione degli aiuti pubblici alle imprese e delle agevolazioni fiscali. Partirà da qui la nuova fase di revisione della spesa pubblica del governo Letta. A PAGINA 5

Tagli alla spesa, via alla fase 2 con sanità e aiuti alle aziende

L'ipotesi Giarda come commissario alla «spending review»



I risparmi nelle Asl

Si pensa a una centrale unica di acquisto nella sanità e ad applicare i costi standard nelle Regioni a statuto speciale



Società partecipate

Rinviato a fine anno la messa a gara delle tremila società partecipate da Comuni e Province

ROMA - La sanità, con l'ipotesi di una centrale unica di acquisto a livello nazionale e l'estensione alle Regioni a statuto speciale del meccanismo dei costi standard per impedire che una siringa venga pagata due centesimi da una Asl e tre euro e mezzo da un'altra, come avviene oggi. La revisione degli aiuti pubblici alle imprese e delle agevolazioni fiscali, riprendendo in mano i dossier preparati per il governo Monti da Francesco Giavazzi e da Vieri Ceriani. Partirà da questi punti la *spending review 2*, la nuova fase di revisione della spesa pubblica del governo Letta, i tagli «non indolori» di cui parla il ministro dell'Economia Fabrizio Saccomanni.

Sulla sanità, il primo passo arriverà a giorni quando il governo incontrerà le Regioni per definire il nuovo patto per la Salute, l'intesa con i governatori sui fondi e sul loro utilizzo. È stato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, la settimana scorsa, a parlare di un risparmio «totale di più di 10 miliardi», sostenendo che le risorse recuperate andrebbero comunque lasciate a disposizione per la sanità. Il risparmio complessivo si avrebbe comunque solo a regime, quindi solo in parte utilizzabile nell'imme-

diato, nelle intenzioni del governo, ad esempio per le coperture dell'Imu e del nuovo rinvio dell'Iva, che da soli di miliardi ne valgono cinque. Bisogna prendere in mano anche altre leve. Cominciando dai dossier già pronti, almeno nella loro fase istruttoria. Per questo sul tavolo del governo è tornato il rapporto Giavazzi che rivede gli aiuti pubblici alle imprese. Qui i numeri diventano variabili perché già il governo Monti aveva rivisto al ribasso i vantaggi dell'operazione: da 11 miliardi si era scesi a tre e poi a 500 milioni. Ma qualcosa si può recuperare. Stesso discorso per le agevolazioni fiscali, quella lista di 720 sconti sulle tasse di cittadini e imprese sulle quali aveva lavorato il sottosegretario del governo Monti, Vieri Ceriani. Ogni anno le agevolazioni portano meno entrate allo Stato per 253 miliardi ma la maggior parte degli sconti sono intoccabili perché riservati alla fasce sociali deboli. Si può intervenire su alcune voci minori, che pesano poco sulle casse dello Stato. Ma in tempo di caccia alle risorse anche questa strada sarà percorsa.

C'è poi il capitolo Province. Al momento il loro riordino è finito nel pacchetto delle riforme istituzionali all'esame della commissione di saggi. Ma non è da escludere che venga tirato fuori per procedere più velocemente. Il risparmio previsto dal progetto del governo Monti - che non le cancellava ma le tagliava da 86 a 51 - era stato fra i 370 e i 535 milioni di euro. Un intervento più deciso potrebbe fruttare ancora di più e i ministri Graziano Delrio e Gaetano Quagliariello hanno detto più volte che, così come sono, le Province saranno abrogate.

Scorrendo la lista delle priorità ci sono altri interventi. Sulla dismissione degli immobili pubblici, dopo un lungo iter è finalmente operativa a tutti gli effetti la Sgr, la società di gestione del risparmio che si occupa della questione. Con il mercato immobiliare in crisi, la vendita è un'opzione possibile ma ottimistica. E per questo si punterà sulla valorizzazione

degli immobili, cioè darli in affitto, oppure sulla loro razionalizzazione, utilizzandoli per uffici pubblici che oggi sono in affitto e quindi riducendo comunque la spesa pubblica. La lente finirà anche sui trasporti, esaminando con attenzione i contributi che oggi vanno sia alle ferrovie sia al trasporto pubblico locale. Mentre sulle privatizzazioni, in realtà, l'ultimo passo il governo l'ha fatto indietro. Nel decreto del fare è stato rinviato di sei mesi, fino a fine anno, il termine per chiudere e mettere a gara le 3 mila società partecipate da Comuni e Province. Danno lavoro a 200 mila persone e le possibili ricadute occupazionali, in un momento come questo, hanno spinto il governo alla proroga. La cessione era prevista proprio dalla prima *spending review*, quella del governo Monti. E questo lascia capire quanto possa essere ampio lo scarto tra le intenzioni e i risultati.

Dice l'ex ministro Piero Giarda, che sulla sua *spending review* ha depositato tre mesi fa un corposo documento arrivato sul tavolo del nuovo governo: «La revisione della spesa pubblica è un progetto che richiede tempo sia per essere progettato che per essere realizzato. Ottenere risparmi immediati non è semplice. E poi deve essere costante, non uno stop and go come si è fatto in Italia». Il nome di Giarda viene dato in pole position per il ruolo di nuovo commissario alla *spending review*: «Se me lo dicono ci penserò. Io al momento sto studiando la più bella legge Finanziaria mai fatta in Italia. Quintino Sella, 1870».

Lorenzo Salvia

lsalvia@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

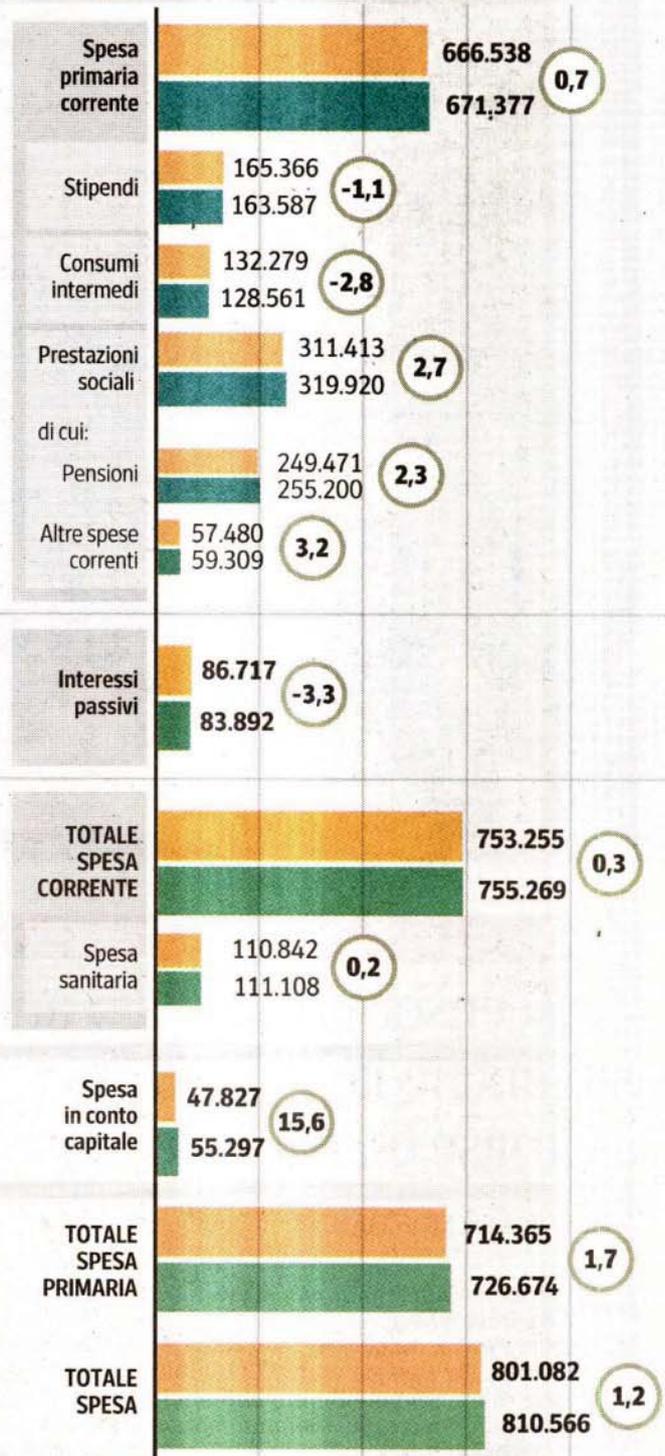


I conti dello Stato

La spesa pubblica

Previsioni sul 2013

2012 2013 Variazione %



Fonte: ministero del Tesoro

Le cifre chiave del governo

207

miliardi di euro

È quella parte di spesa pubblica sulla quale, secondo il ministro dell'Economia Fabrizio Saccomanni, si può lavorare per trovare dei risparmi. In tutto la spesa pubblica ammonta a 800 miliardi di euro l'anno

10

miliardi di euro

È il risparmio ipotizzato sulla sanità con una serie di misure che vanno all'estensione del meccanismo dei costi standard, stesso costo per lo stesso servizio in tutto il territorio nazionale, alla centrale unica di acquisto

253

miliardi di euro

È l'ammontare delle 720 agevolazioni fiscali che oggi sono previste per cittadini e imprese. Alcune non possono essere eliminate perché riguardano le famiglie e le fasce sociali deboli. Ma il governo riprende il progetto di riordino avviato dall'esecutivo Monti

3

miliardi di euro

È la somma che potrebbe essere recuperata dalla revisione degli aiuti pubblici alle imprese. Anche in questo caso il lavoro era stato avviato, con il rapporto Giavazzi, dal governo Monti che però aveva ridotto a 500 milioni la stima dei risparmi possibili

535

milioni di euro

I risparmi stimati dal progetto di accorpamento delle province varato dal governo Monti ma poi non approvato dal Parlamento. Anche su questo capitolo il governo Letta è intenzionato ad andare avanti

A fine anno l'ingorgo delle scadenze fiscali e contributive

NOVEMBRE 11 scadenze

- 1** Versamento ritenute IRPEF dipendenti e collaboratori
- 2** Versamento contributi dipendenti e collaboratori
- 3** Versamento III rata contributi INPS per commercianti e artigiani
- 4** Versamento liquidazione IVA mese precedente
- 5** Elenchi INTRASTAT (per chi è tenuto alla presentazione mensile)
- 6** Persone fisiche e società di persone: acconto IRPEF, IRAP, INPS Artigiani e Commercianti
- 7** Soggetti IRES: acconto IRES, IRAP
- 8** Comunicazione dei dati su acquisti o prestazioni confluiti nella liquidazione IVA
- 9** Presentazione all'INPS del modello UNIFORMIENS da parte del datore di lavoro
- 10** Comunicazione su operazioni IVA con operatori economici con sede in Paesi a fiscalità privilegiata
- 11** Comunicazione di minusvalenze oltre 50.000 euro da operazioni su azioni o altri titoli

DICEMBRE 13 scadenze (più eventualmente un'altra)

- 1** Versamento ritenute IRPEF dipendenti e collaboratori
- 2** Versamento contributi dipendenti e collaboratori
- 3** Versamento acconto imposta sostitutiva su redditi da rivalutazione TFR
- 4** Versamento liquidazione IVA mese precedente
- 5** TARES 3 rata e conguaglio
- 6** Elenchi INTRASTAT (per chi è tenuto alla presentazione mensile)
- 7** Versamento saldo IMU
- 8** Versamento acconto IVA
- 9** Comunicazione dei dati su acquisti o prestazioni confluiti nella liquidazione IVA
- 10** Presentazione all'INPS del modello UNIFORMIENS da parte del datore di lavoro
- 11** Opzione di rinnovo del regime trasparenza per le società di capitali
- 12** Comunicazione su operazioni IVA con operatori economici con sede in Paesi a fiscalità privilegiata
- 13** Studi di Settore: comunicazione giustificazioni delle anomalie o scostamenti relativi Unico 2012

nb: Non è stato ancora stabilito il termine della comunicazione delle operazioni IVA soggette all'obbligo di emissione della fattura, e di quelle non soggette all'obbligo di emissione della fattura di importo superiore a 3.600 euro

Fonte: **elaborazione ufficio studi Cgia di Mestre**

Salute

L'utilità Indicazioni soprattutto per coloro che hanno fattori favorevoli

Stare «bassi» è protettivo

Effetto nei confronti del diabete di tipo 2

Può sviluppare
più facilmente
la malattia chi è
affetto da sindrome
metabolica o è obeso

Positivo anche
il ruolo nel controllo
del colesterolo
e nella riduzione
dei trigliceridi

Conflitti di interesse

Furio Brighenti dichiara che il Dipartimento di Scienze degli alimenti dell'Università di Parma, di cui fa parte, fornisce prestazioni a pagamento per la determinazione dell'Indice Glicemico degli alimenti e che la Sinu, di cui è presidente, stampa e diffonde (a pagamento) il volume dei Lam che comprende una trattazione scientifica del concetto di IG. Andrea Poli, direttore scientifico di Nutrition Foundation of Italy dichiara di non avere conflitti di interesse relativamente al tema trattato. Gabriele Riccardi, professore di Malattie del metabolismo all'Università Federico II di Napoli, dichiara di essere stato nel 2012 componente del Nutrition Advisory Board di Barilla. Inoltre ha partecipato alla riunione di Consenso per la definizione dei cereali integrali sponsorizzata da General Mills e ha tenuto una relazione su invito al Meeting della Associazione internazionale dei produttori di arachidi.

Uno dei motivi per cui l'Indice Glicemico è sempre più noto anche fra i non addetti ai lavori va ricercato in alcune diete dimagranti di moda, che propongono questo criterio come una sorta di soluzione magica per ottenere risultati, spesso senza il bisogno di controllare le calorie.

Ma che cosa dice la ricerca in questo campo?

Le diete di cui stiamo parlando non sono quelle che restringono i carboidrati (*low carb* o addirittura *no carb*), ma quelle che fanno preferire carboidrati a basso Indice Glicemico. Basta, allora, una rapida ricerca bibliografica per rendersi conto che il mondo scientifico è diviso: da una parte, chi è convinto che una dieta basata su cibi a basso Indice Glicemico possa facilitare la riduzione del peso, perché riduce le oscillazioni della glicemia dopo il pasto (evitando le crisi ipoglicemiche che portano a un immediato consumo di carboidrati); dall'altra, chi ritiene invece che una dieta di questo tipo non dia vantaggi particolari in termini di dimagrimento rispetto alle diete tradizionali, almeno nelle persone sane.

Probabilmente, l'effetto sul peso corporeo si osserva solo in soggetti con specifiche caratteristiche (come la cosiddetta «resistenza insulinica», molto diffusa tra i soggetti sovrappeso o obesi), ma non negli altri, e questo spiegherebbe i risultati disomogenei.

Le evidenze sono molto più convincenti, invece, sul ruolo delle diete a basso Indice Glicemico nella prevenzione del diabete. «Gli esperti riuniti al summit sull'Indice Glicemico — conferma Andrea Poli, direttore scientifico di Nutrition Foundation of Italy (che con Oldways Usa ha organizzato l'incontro) — sono stati concordi sul ruolo protettivo di una dieta a basso Indice/Carico Glicemico nella prevenzione del diabete di tipo 2: protezione particolarmente importante per chi ha un rischio elevato di andare incontro alla malattia, perché affetto da sindrome metabolica o più semplicemente nel paziente marcatamente sovrappeso o obeso».

Anche per chi soffre di diabete si ipotizzano gli stessi vantaggi? «In questo caso — risponde Gabriele Riccardi, dell'Università Federico II di Napoli — i vantaggi sono ancora più marcati, come documentano decine di studi scientifici, tra cui anche quelli del nostro gruppo. Infatti, se alle persone con diabete si raccomanda di preferire alimenti a basso Indice Glicemico e di calibrare le porzioni sulla base del Carico Glicemico, si ottiene non solo un significativo calo della glicemia dopo il pasto, ma anche una riduzione del rischio di ipoglicemia (grazie a un assorbimento più lento e prolungato del glucosio), evitando così quelle oscillazioni glicemiche spesso difficili da gestire anche con i farmaci».

«Anche per la riduzione del ri-

schio di malattia coronarica — continua Poli — è stato espresso un consenso sul fatto che le diete a basso Indice/Carico Glicemico svolgono un effetto protettivo: probabilmente attraverso la riduzione delle LDL (colesterolo «cattivo»), l'aumento delle HDL (colesterolo «buono»), la riduzione dei trigliceridi. Ma anche grazie alla riduzione della proteina C reattiva e di altri marcatori dell'infiammazione: i fenomeni infiammatori, infatti, concorrono probabilmente in modo determinante allo sviluppo dell'arteriosclerosi e delle sue complicanze».

Chi decidesse, allora, di usare l'Indice Glicemico come criterio per migliorare la sua alimentazione, che cosa dovrebbe fare?

«Considerarlo non da solo, — consiglia Riccardi — ma insieme a tutte le informazioni che aiutano a adottare un'alimentazione più salutare: l'alto contenuto di fibre vegetali, l'utilizzo di cereali integrali, l'assenza (o la bassa quantità) di zuccheri aggiunti, la composizione in calorie, grassi e proteine, l'apporto di micronutrienti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ALTI I COSTI SOCIO SANITARI**Tre milioni di italiani rischiano il virus dell'insidioso gioco d'azzardo patologico**

■ È di oltre un miliardo e 800 milioni di euro la stima dei costi socio-sanitari in Italia causati dai circa 120 mila soggetti preda del gioco compulsivo. Un dato che, in un prossimo futuro, potrebbe crescere in modo esponenziale, in assenza di adeguate misure di contrasto e contenimento, se solo si considera che assomma a circa tre milioni di soggetti la popolazione potenzialmente a rischio di cadere preda del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

È questo il dato principale - e preoccupante - che emerge da un'ampia analisi dei dati di numerosi studi e ricerche, in materia di dipendenza dal gioco d'azzardo, condotta su vasta scala dal professor Walter Ricciardi, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico universitario Gemelli e dalla dottoressa Chiara Cadeddu, dell'Istituto di Sanità Pubblica dell'università Cattolica del Sacro Cuore, e pubblica-

LUDOPATIA**Questa malattia si associa a depressione, Parkinson e droga**

ta dall'Italian Health Policy Brief, la rivista di politica economica e sanitaria che promuove studi, ricerche e confronti per una sanità sostenibile.

Secondo un rapporto prodotto dal Centro Nazionale per la Prevenzione del ministero della Salute, è dimostrata una forte comorbilità della ludopatia con altri quadri diagnostici, quali malattia di Parkinson, depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze e disturbi della personalità. La Legge di Stabilità 2013 ha previsto bandi di gara per l'apertura di mille nuove sale da poker in tutta Italia. La liberalizzazione del settore, già nel 2004, ha prodotto una raccolta di 61,4 miliardi di euro, pari a circa il 4 per cento del Pil. Occorre considerare le pesanti implicazioni di natura etica e morale che si affiancano a questo grave fenomeno cui i giovani sono particolarmente esposti.

LC





AIDS: OMS, ANTICIPARE TERAPIA E SALVARE VITE UMANE

(ANSA) - GINEVRA, 30 GIU - Anticipare la terapia antiretrovirale per le persone con infezione Hiv potrebbe salvare 3 milioni di vite nel mondo da oggi al 2025. Lo afferma l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che ha pubblicato oggi nuove linee guida per il trattamento dell'Hiv. Recenti sviluppi indicano che una terapia antiretrovirale somministrata prima consente alle persone con infezione da Hiv di vivere più a lungo, di avere una vita più sana e di ridurre notevolmente il rischio di trasmissione del virus ad altri. Secondo l'Oms, il nuovo approccio potrebbe così scongiurare 3 milioni di morti e prevenire 3,5 milioni di nuove infezioni da Hiv da oggi al 2025. Le nuove raccomandazioni incoraggiano tutti i paesi ad avviare il trattamento negli adulti che vivono con l'Hiv quando il numero di linfociti CD4 scende a 500 cellule/mm³ o meno, ovvero quando il loro sistema immunitario è ancora forte. La precedente raccomandazione dell'Oms (2010), prevedeva il trattamento a 350 CD4 cellule/mm³ o meno. Le nuove raccomandazioni prevedono, inoltre, di fornire la terapia antiretrovirale per tutti i bambini con l'Hiv sotto i 5 anni, per le donne con Hiv in gravidanza o che allattano e ai partner sieropositivi con un partner non infetto. Un'altra raccomandazione prevede la prescrizione per gli adulti che iniziano la terapia di una pillola quotidiana unica che contiene una combinazione di farmaci in dosi fisse. Le nuove linee guida portano il numero di persone che possono beneficiare della terapia antiretrovirale di persone nei paesi a basso e medio reddito a 26 milioni. Oggi quasi 10 milioni di persone hanno accesso alla terapia nei paesi a basso e medio reddito ed "è un vero trionfo", ha detto Michel Sidibe', direttore esecutivo del Programma Onu per l'Hiv/aids (Unaid). "Dobbiamo fronteggiare una nuova sfida: garantire che i 26 milioni di persone che hanno diritto al trattamento vi abbiano effettivamente accesso", ha aggiunto. L'Onu stima a 34 milioni il numero di persone con infezione da hiv nel mondo.(ANSA).