

Malati & Malattie

Come identificare nel neonato oltre 40 malattie metaboliche congenite

di Gloria Sacconi Jotti

Lo screening neonatale rappresenta uno degli strumenti più avanzati della pediatria preventiva. Consiste in programmi di medicina preventiva secondaria basati sulla misurazione analitica di specifici metaboliti attraverso il prelievo di alcune gocce di sangue del neonato, con l'obiettivo di selezionare in modo precoce e tempestivo i soggetti a rischio per alcune malattie congenite per le quali sono disponibili trattamenti e terapie in grado di modificare la storia naturale della malattia. Nuove metodiche analitiche ad elevata sensibilità e specificità consentono oggi di ampliare l'offerta obbligatoria di screening neonatale attraverso l'avvio di programmi di Screening Neonatale Esteso (SNE). L'uso della tecnologia Tandem Mass Spectrometry (TMS - spettrometria di massa tandem) consente infatti di aumentare il numero di metaboliti valutabili contemporaneamente sulla medesima goccia di sangue prelevata alla nascita per l'esecuzione degli screening neonatali obbligatori. In tal modo è possibile identificare profili metabolici alterati che aprono un sospetto diagnostico per oltre 40 malattie metaboliche congenite (MMC) consentendo, attraverso il passaggio ad esami diagnostici di secondo livello, di arrivare alla conferma della diagnosi. L'immediata presa in carico di questi pazienti da parte di centri clinici di riferimento e l'avvio tempestivo di terapie e trattamenti appropriati consentono un significativo miglioramento della prognosi, limitando gli esiti invalidanti. Lo screening neonatale esteso in tal senso consente un contenimento dei costi per il Servizio sanitario nazionale (SSN) a lungo termine. In Italia lo screening neonatale è obbligatorio per tre malattie (l'ipotiroidismo congenito, la fibrosi cistica e la fenilchetonuria), secondo quanto stabilito dalla legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104. Per quanto riguarda lo screening neonatale allargato o esteso attualmente viene attuato solo in poche regioni italiane, per diagnosticare oltre 40 malattie. Il Governo ha recentemente disposto un incremento di 10 milioni di euro del finanziamento del Servizio sanitario nazionale specificatamente destinato all'avvio dello screening neonatale esteso.

gloriasj@unipr.it

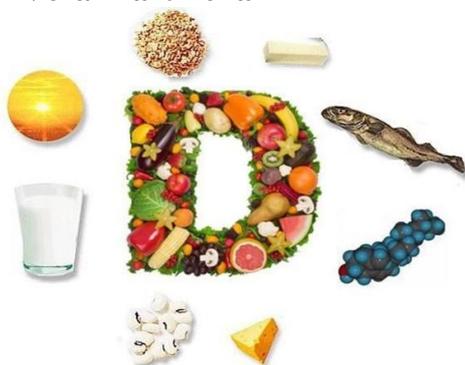


<http://www.corriere.it/salute/>

La vitamina D ferma il tumore alla prostata?

Una sperimentazione su un piccolo numero di pazienti sembra indicare che quantità aggiuntive prese ogni giorno rallentino l'evoluzione di carcinomi poco aggressivi

di Vera Martinella



Assumere quantità aggiuntive di vitamina D potrebbe rallentare, o persino invertire, la progressione di un tumore della prostata poco aggressivo, senza che il paziente venga sottoposto a chirurgia o a radioterapia. L'ipotesi è stata avanzata nei giorni scorsi durante il convegno dell'American Chemical Society, dove ricercatori statunitensi hanno presentato gli esiti di una piccola sperimentazione condotta per ora soltanto su 37 pazienti.

Molti dei tumori diagnosticati ogni anno sono a basso grado di malignità

«Quando si esegue una biopsia per avere la certezza della presenza di un carcinoma prostatico, per comprendere l'aggressività della malattia si usa una scala di grandezza nota come Gleason Score o punteggio di Gleason, che valuta il tipo e la quantità di cellule cancerose presenti - ha spiegato Bruce Hollis, ricercatore della Medical University of South Carolina, durante la presentazione dello studio al congresso tenutosi a Denver -. Se il Gleason è superiore a 7 si ritiene che la neoplasia sia aggressiva e che ci siano maggiori possibilità che cresca e dia metastasi, per cui si procede solitamente con l'intervento chirurgico di asportazione della ghiandola prostatica (prostatectomia) o con radioterapia. Mentre quando il Gleason è inferiore a 6 il tumore è giudicato a basso grado di malignità e meno "pericoloso", tanto che potrebbe non dare mai problemi o sintomi per tutta la vita della persona, specie se anziana». Oggi molti tumori (oltre la metà di quelli diagnosticati ogni anno) appartengono a una categoria di rischio basso o addirittura molto basso e quindi avranno una "storia naturale" molto lunga.

Cure o solo sorveglianza nei casi di malattia «indolente»

«Questi tumori "indolenti" - spiega Giario Conti, presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica (Siuro)- possono non avere una rilevanza clinica per la vita del paziente (in pratica non incidono sul suo pericolo di morte o sulla sua salute generale) e potrebbero non necessitare di un

trattamento invasivo immediato. Il carcinoma della prostata in fase iniziale, quando sia ancora confinato all'interno della ghiandola, deve essere inquadrato in base al rischio che può rappresentare, con il passare degli anni, per la salute del paziente e per la capacità o meno di metterne a repentaglio la vita – chiarisce Conti -. Per definire la classe di rischio devono essere presi in considerazione una serie di parametri come il livello del PSA, la sua evoluzione nel tempo, il punteggio di Gleason, il numero di prelievi positivi alla biopsia in rapporto al numero totale di prelievi eseguiti; la percentuale di interessamento di ogni singolo prelievo». In altre parole bisogna capire: il tumore è grande o piccolo? È biologicamente aggressivo o no? Avrà una crescita veloce o, al contrario, molto lenta? base alla risposta si potrà decidere fra i vari standard terapeutici disponibili per un carcinoma ai primi stadi: chirurgia (comunque eseguita, a cielo aperto, laparoscopica o robotica), radioterapia radicale a fasci esterni e brachiterapia, che prevede l'inserimento nella prostata di semi (o di aghi) radioattivi. «Ma anche la sorveglianza attiva, che prevede di limitarsi ad osservare nel tempo come si comporterà il tumore, per decidere se e quando intervenire, facendolo solo nei pazienti che ne avranno bisogno, se e quando ne avranno bisogno». In modo da risparmiare loro gli effetti collaterali di terapie eseguite subito e che potrebbero invece essere superflue.

Lo studio: effetti positivi dall'assunzione di vitamina D per 60 giorni

«Molti uomini, colti dall'ansia d'aver un tumore decidono comunque di farsi operare - dice Hollis -. Ma tra la biopsia e l'intervento devono passare 60 giorni, per dare tempo all'infiammazione della ghiandola di diminuire. D'altro canto, precedenti ricerche avevano dimostrato che pazienti con un tumore di basso grado che avevano assunto supplementi di vitamina D per oltre un anno in oltre la metà dei casi avevano visto calare il loro Gleason e taluni erano persino giunti alla scomparsa completa del tumore rispetto alla biopsia eseguita 12 mesi prima. Ci siamo allora chiesti: cosa succede se in quei 60 giorni di attesa i malati candidati a chirurgia prendono supplementi di vitamina D quotidiani?». I ricercatori lo hanno valutato in 37 uomini che hanno partecipato al trial (in parte trattati con 4mila unità di vitamina D quotidiane per 60 giorni, in parte con placebo) e, analizzando le condizioni delle neoplasie rimosse, gli esiti preliminari mostrano che in chi ha assunto la vitamina D il carcinoma era migliorato, mentre negli altri partecipanti le condizioni erano rimaste uguali o peggiorate. «La vitamina D combatte all'interno della ghiandola l'infiammazione che causa il tumore - ha concluso Hollis -. Questo non significa che lo curi, ma pare utile nei casi di malattie a basso grado di malignità affinché rimangano poco aggressive come sono. Servono certo maggiori e più approfondite conferme, ma questa è certo una ipotesi da approfondire».

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

Prostata: mappa mutazioni genetiche cancro apre a nuova cura

AGI) - Londra, 22 mag. - Un gruppo di ricercatori britannici ha scoperto quello che per il tumore alla prostata è stata definita la 'Stele di Rosetta', dal nome della lapide incisa in più lingue con cui si riuscì a decrittare i geroglifici egiziani. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Cel*, ha messo a punto una mappa genetica dei tumori della prostata avanzati ed è emerso che in nove uomini su dieci il cancro presenta mutazioni genetiche che possono essere trattate con medicine esistenti.

Il prof. Johan de Bono, dell'Institute of Cancer Research di Londra, ha definito la scoperta "una svolta, un'autentica 'Stele di Rosetta', perché possiamo ora decifrare la malattia per la prima volta. Nel passato trattavamo il cancro alla prostata come una singola malattia ma ora abbiamo scoperto che si tratta di un gruppo di malattie, ciascuna causata da un proprio gruppo di mutazioni (genetiche)". Questo significa che usando test genetici è possibile individuare cure individuali arrivando a trattamenti personalizzati". Non solo. Questo può rivelarsi la chiave anche per curare altri tumori, non solo quello alla prostata, innescati da aberrazioni genetiche. (AGI) .

<http://www.adnkronos.com/salute/>

Sesso alleato dei maschi: un orgasmo al giorno e il rischio prostata cala del 20%

Amare, si sa, fa bene alla salute. Dai benefici psicologici a quelli cardiovascolari, sugli effetti positivi del sesso sono state scritte molte pagine della letteratura medico-scientifica. L'ultima notizia rimbalza invece sulla stampa laica britannica e riguarda da vicino i maschi, in particolare i quarantenni: avere un orgasmo al giorno abbatte di oltre il 20% il rischio di ammalarsi di cancro alla prostata, affermano Jennifer Rider e colleghi della Harvard School of Medicine americana.

Gli scienziati hanno seguito per 18 anni circa 32 mila uomini sani. Di questi, oltre 3.800 hanno sviluppato un cancro prostatico durante il periodo di osservazione. Gli studiosi hanno osservato come i 40-49enni che riferivano almeno 21 eiaculazioni al mese avevano una probabilità di tumore del 22% minore (oltre un quinto in meno) rispetto a quelli che raggiungevano il picco del piacere da 4 a 7 volte al mese. Un dato confermato anche al netto di fattori che potrebbero avere un'influenza sui risultati: dal tipo di dieta allo stile di vita in generale, agli screening effettuati.

Il vantaggio appare dunque evidente, ma la stessa Rider invita a "prendere con cautela questi dati osservazionali", benché siano "i più convincenti finora emersi sui potenziali benefici dell'eiaculazione nella prevenzione del cancro della prostata".

L'atteggiamento prudente su questo fronte è un 'déjà vu'. Già lo scorso anno - ricorda infatti il Telegraph - uno studio firmato dall'università canadese di Montreal aveva indicato per gli uomini che hanno rapporti sessuali con più di 20 donne un rischio del 19% inferiore di sviluppare la forma più aggressiva di carcinoma prostatico. Tuttavia, quando alla ricercatrice a capo del team, Marie-Elise Parent, era stato chiesto se le autorità sanitarie pubbliche dovrebbero incoraggiare i maschi ad avere più partner nel corso della vita, la scienziata aveva ritenuto "premature" affermarlo. Nell'attesa di poter sciogliere le riserve, sembra comunque certo che amore e salute corrono a braccetto.

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

Le 4 pillole che aiutano l'uomo a fare l'amore

Tre milioni di italiani soffrono di disfunzione erettile. Ma soltanto il 20% ricorre ai prodotti che danno un «aiutino», Viagra, Cialis, Levitra e Spedra



Alla base della disfunzione erettile di cui soffrono circa 3 milioni di italiani c'è una mancata risposta dell'organo sessuale maschile al desiderio provato dal cervello, un difetto di “comunicazione” che può avere cause fisiologiche – legate a fattori cardiaci, neurologici o ormonali – oppure psicologiche, legate alla salute psichica o alla relazione di coppia. I rimedi non mancano e le cosiddette “pillole dell'amore” rappresentano una terapia efficace contro la disfunzione erettile.

Tuttavia, in Italia solo il 20% degli uomini che hanno problemi di erezione ne fa uso, anche se il nostro Paese si piazza al secondo posto in Europa – dopo l'Inghilterra – per la vendita di Viagra e suoi simili. “Questa contraddizione è facilmente spiegabile con il fatto che in Italia si curano troppo quelli che non ne avrebbe bisogno e troppo poco quelli che ne avrebbero bisogno” chiarisce Emmanuele A. Jannini, Presidente della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS) e docente di endocrinologia e sessuologia all'Università Tor Vergata di Roma. Ma come funzionano le pillole dell'amore e qual è la loro efficacia?

Ecco come funzionano le quattro “pillole dell'amore”

Oggi sono disponibili in commercio quattro diversi farmaci approvati per la cura delle disfunzioni erettile. Tutti sono accomunati dallo stesso meccanismo d'azione - l'inibizione dell'enzima fosfodiesterasi 5 (PDE-5) – ma hanno caratteristiche differenti tra loro. “Il Viagra rappresenta il capostipite, di colore blu, è stato responsabile di una vera e propria rivoluzione culturale che ha cambiato i rapporti tra i due generi. Ha cambiato il modo di vivere la sessualità nell'uomo in modo molto simile a quanto ha fatto la pillola anticoncezionale nelle donne” spiega il professor Jannini. Poi è stata la volta del Cialis (Tadalafil), la cosiddetta pillola del weekend, di colore giallo. “Mentre le altre pillole funzionano come un motore a benzina, il Cialis funziona come un diesel. È efficace per più tempo ma per entrare in azione ha bisogno di almeno un paio d'ore” spiega il professore. In seguito è arrivato il Levitra (Vardenafil), la cosiddetta “mentina” dell'amore, che sa realmente di menta e si scioglie sotto la lingua. “È il più potente a livello farmacologico ed è l'unico farmaco per la disfunzione erettile ad aver saputo incontrare il bisogno specifico dei pazienti di mantenere il segreto, data la sua facilità di assunzione e il fatto di essere un farmaco 'discreto' grazie al travestimento da mentina” afferma Emmanuele A. Jannini.

Infine, c'è l'ultimo arrivato Spedra (Avanafil), il farmaco “made in Italy” realizzato da Menarini, venduto con una frequenza di 4mila pillole al giorno nell'ultimo anno. “La sua principale caratteristica è quella di intervenire specificamente sull'enzima PDE-5, lasciando perdere altri enzimi simili, con un conseguente rischio di effetti collaterali ancora più ridotto” chiarisce il professore.

Il problema della mancata erezione non deve essere sottovalutato

In linea generale, tutti questi farmaci hanno un'ottima efficacia contro la disfunzione erettile ed effetti collaterali estremamente blandi. Tuttavia, nel nostro Paese sono ancora pochi gli uomini che ricorrono a terapie per migliorare la propria vita sessuale o che fanno riferimento al medico per segnalare il loro problema. Un dato, quest'ultimo, che può avere conseguenze anche serie. "Assieme alla SIAMS, abbiamo intitolato tempo fa una campagna informativa "Impotenza, che fortuna", per sottolineare il fatto che questo disturbo può essere un importante campanello di allarme di malattie come il diabete, l'ipogonadismo o i disturbi cardiaci, che possono così essere identificati precocemente dai medici. Chi ha una mancata erezione per cause vascolari, ad esempio, è a maggior rischio d'infarto negli anni a venire" sottolinea Emmanuele A. Jannini.

Attenzione agli acquisti on line

Un ulteriore problema è rappresentato dal fatto che molti utilizzatori delle pillole dell'amore acquistano questi farmaci senza ricetta medica su internet, ricorrendo a un mercato illegale che rappresenta oggi il 40% del mercato globale di questi farmaci. Una scelta che, oltre a violare la legge, mette in serio pericolo chi fa uso di queste pillole. "L'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato la prima e unica ricerca al mondo sui farmaci contro la disfunzione erettile acquistati attraverso il web, che ha dimostrato che non c'è praticamente mai corrispondenza tra il principio attivo contenuto nel farmaco - o la sua quantità - e quanto indicato in etichetta. Inoltre, una pillola su dieci contiene sostanze tossiche o pericolose, dato che questi farmaci sono realizzati in totale assenza di controlli in Paesi come Cina o India" ammonisce Jannini. Ancor peggio, chi accusa effetti collaterali dopo la loro assunzione appare restio a riferirsi al medico, peggiorando la loro situazione.

L'annuncio

Emma Bonino sta meglio
«Il tumore è sparito
Ora torno alla politica»

Paolo Conti e Mario Pappagallo
a pagina 27

Il cancro sparito, la gioia di Bonino «Una speranza per gli altri malati»

A quattro mesi dall'annuncio della malattia: «Solo una tappa, ma è un bel giorno»

L'impegno

«Appena recupero un po' di forze potrò tornare a dedicarmi alle attività politiche»

Il caso

di **Paolo Conti**

«È certamente un bel giorno per me». Emma Bonino stupisce ancora una volta, annunciando dai microfoni di *Radio Radicale* la scomparsa delle evidenze del tumore ai polmoni, male che aveva comunicato al popolo radicale nello stesso modo, sempre in diretta radiofonica, il 12 gennaio scorso.

Quella gelida mattina d'inverno aveva la voce rotta dall'emozione, da una umanissima paura delle incognite da affrontare. Ieri il timbro era allegro, squillante. Il contenuto, tipicamente boniniano, un misto di realismo, razionalità, voluto distacco e, insieme di emozioni: «Il bollettino medico contiene una buona notizia, perché gli esami clinici e la Tac fatti in questi giorni evidenziano una scomparsa di ogni evidenza di cancro, è il meglio che mi potevo aspettare».

E qui Emma Bonino pensa subito agli altri: «Il mio è anche un messaggio di speranza che voglio dare a tutti quelli che a milioni stanno seguendo dei percorsi per questo tipo o altro tipo di sfide che ci troviamo ad affrontare, e comunque mi pareva giusto e sacrosanto condividere la situazione come ho fatto dall'inizio con voi tutti tramite *Radio Radicale*».

Poi ringrazia il collegio me-

dico, i professori Santini, Cortesi e Tombolini, «il personale medico e paramedico che in questi mesi mi ha assistito durante le radio e chemio terapie, con grandissima attenzione, per non dire con grandissimo affetto».

Ha ben chiara la prospettiva che la partita non è chiusa. Una consapevolezza assoluta, anche qui Bonino entra nei dettagli: «So bene che, come scrive il bollettino, è solamente una tappa, che dovrò fare bene adesso questa radio terapia preventiva al cervello e poi un periodo di riposo abbastanza lungo che mi è stato prescritto proprio per evitare ricadute percentualmente molto alte in questo tipo di cancro nei primi dodici mesi dopo il trattamento. Però è un bel giorno per me, mi consente anche di dedicarmi un po' di più, appena recupererò un po' di forze, alle attività politiche che mi stanno a cuore, poterlo far sapere come messaggio di speranza».

L'annuncio ottiene l'effetto che lei stessa aveva voluto: un gesto in qualche modo «politico» e un messaggio di speranza. Dal Campidoglio le arriva un grande applauso collettivo durante la cerimonia di iscrizione nel registro delle unioni civili capitoline delle prime 17 coppie italiane.

Cadono i confini tra partiti, gli auguri sono tutti uguali, quelli di Renata Polverini o di Mara Carfagna da Forza Italia, o gli altri di Nichi Vendola, presidente di Sinistra Ecologia Libertà, e di Enrico Zanetti, segretario di Scelta Civica.

«Apprendo con grande gioia la notizia del netto miglioramento delle condizioni di salute di Emma Bonino, a cui rivolgo i miei più affettuosi auguri per un pronta e completa gua-

rigione — scrive in una nota il presidente di Forza Italia Silvio Berlusconi —. Emma è una donna forte e coraggiosa e il Paese ha ancora bisogno di persone come lei».

Carmine Pinto, direttore dell'Unità Operativa di Oncologia medica del Policlinico Sant'Orsola — Malpighi di Bologna e presidente dell'Associazione italiana oncologia medica (Aiom) si ricollega alla frase chiave sulla speranza: «La positività e la condivisione delle scelte di cura, non solo da punto terapeutico, ma anche emozionale, sono davvero fondamentali per la buona riuscita del trattamento oncologico. E aiutano ad accettare meglio anche le difficoltà insite nelle cure anticancro. Non dobbiamo più parlare di cancro come di una malattia incurabile e inguaribile, ma di una patologia come tante altre, che può essere trattata e spesso sconfitta».

Lei, Emma Bonino, non vuole dire altro («niente da aggiungere, e non sono il mio tumore»), un modo per negare l'identificazione malattia-persona). Tutto ora è affidato al suo sorriso degli ultimi tempi, alla sua capacità di capovolgere perfino lo stereotipo del foulard annodato per nascondere gli effetti della chemioterapia (ha inventato una originale copertura con una treccia di stoffa dal sapore mediorientale).

Modalità che hanno colpito



anche papa Francesco. Il 2 maggio Emma Bonino, di nuovo a Radio Radicale, aveva raccontato di aver ricevuto una telefonata dal pontefice: «Si è informato della mia salute incoraggiandomi a tenere duro, cosa che sto facendo con tutte le mie forze. Mi ha rinnovato l'impegno a tenere duro perché poi l'erba cattiva non muore mai, ma mia mamma diceva che sono un'erba resistente, cattiva no». Resistentissima, questo è sicuro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa sono

● I tumori polmonari — come quello che ha colpito Emma Bonino — sono classificati in base a quattro stadi di gravità crescente (indicati con i numeri progressivi da 1 a 4)

● Si distinguono due tipologie che rappresentano il 95% di tutte le neoplasie che colpiscono questi organi: il tumore polmonare «a piccole cellule» (detto anche microcitoma, 10-15%) e il tumore polmonare «non a piccole cellule» (il restante 85% circa), entrambi originati dal tessuto epiteliale che riveste le strutture polmonari

● Nel restante 5% dei casi il tumore non prende origine dall'epitelio, ma da tessuti diversi come quello nervoso

ONCOLOGIA Celebrato in Italia un decennale umanitario

Perché il malato non va isolato

Vanno riconosciuti i diritti del paziente neoplastico e della sua famiglia

Luigi Cucchi

■ Anno dopo anno crescono gli italiani che guariscono dal cancro. Sono tre milioni gli italiani che oggi vivono con una diagnosi di neoplasia maligna, di queste 704 mila possono definirsi guarite (1 persona su 4, pari al 27% degli italiani colpiti da tumore). La diagnosi di cancro non è più una condanna a morte, ma una malattia con la quale, se curati adeguatamente, si può convivere. Lo si è ribadito durante la Giornata nazionale del malato oncologico, giunta quest'anno alla X edizione, che si è celebrata giovedì scorso in tutta Italia.

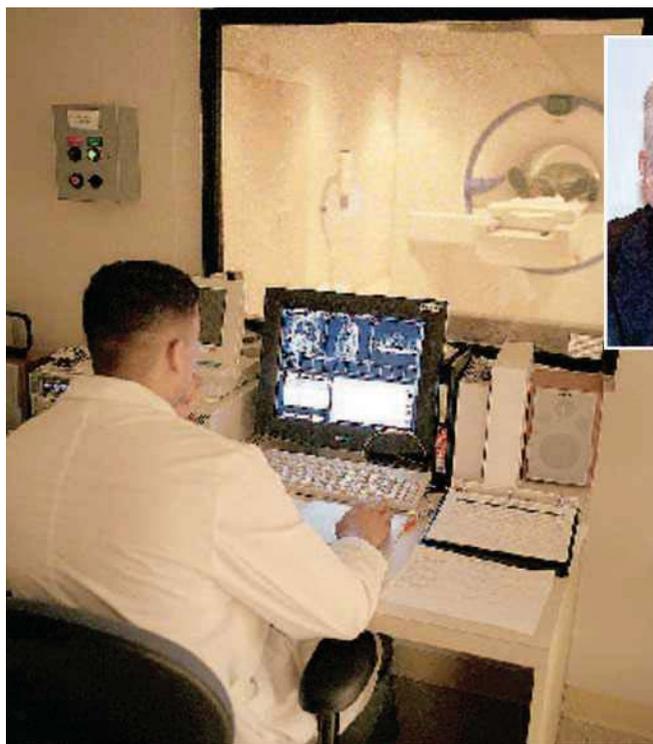
La riabilitazione oncologica deve essere riconosciuta nella sua specificità e rientrare nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini. Oggi non è così. La mancanza di supporto socio-economico carica di oneri le famiglie, costrette a provvedere a proprie spese alle forme di assistenza non previste dal Servizio Sanitario Nazionale. La denuncia è contenuta proprio nel VII Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato al Senato. Le Associazioni dei pazienti, coordinate dalla Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), chiedono che la riabilitazione venga inserita tra le pre-

stazioni previste sui Livelli Essenziali di Assistenza in corso di approvazione.

«Un malato di cancro su quattro può considerarsi guarito a tutti gli effetti», spiega il professor Francesco De Lorenzo, presidente FAVO. «Questi dati rappresentano un'inversione di tendenza. Ma non sappiamo se queste persone effettivamente conducano una vita normale. Sorge quindi una serie di interrogativi sulla condizione in cui versano coloro che hanno sconfitto il cancro dal punto di vista sanitario, sociale ed economico. Oggi è possibile avviare una battaglia politica non solo nazionale, ma anche europea, per abbattere le barriere che impediscono alle persone guarite di avvalersi dei loro innegabili diritti socio-sanitari ed economici, finora negati, a cominciare dall'accesso a mutui, assicurazioni sanitarie e servizi finanziari».

Nel 2014 i tumori hanno rappresentato la principale causa di riconoscimento sia dell'assegno ordinario di invalidità che della pensione di inabilità, con un trend in costante crescita negli ultimi anni. «Il Servizio Sanitario Nazionale - sottolinea il professor Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) - trascura sia la fase di riabilita-

zione post-trattamento acuto sia quella che segue alla remissione totale, argomentando, in maniera inaccettabile, che la riabilitazione oncologica è ricompresa nelle tipologie desunte dall'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità». In base a quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, la riabilitazione oncologica viene inclusa all'interno di altre tipologie riabilitative, riferite alle patologie articolari, cardio-circolatorie, del linguaggio, dell'apparato digerente, urinarie, mentali e dell'autonomia comportamentale. «Mail tumore - continua Elisabetta Iannelli, segretario FAVO - è una malattia diversa da tutte quelle elencate e determina bisogni riabilitativi specifici, non assimilabili agli altri. Si tratta di una omissione penalizzante per i pazienti, perché gli esiti dei trattamenti anticancro possono causare difficoltà non solo fisiche ma anche cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative. La sottovalutazione di questi aspetti ha portato anche a escludere, quanto meno in forma di consultazione, la voce delle Associazioni dei pazienti dal Patto della Salute, approvato il 10 luglio 2014». Prosegue la sfida del volontariato oncologico.



DE LORENZO

Va avviata una battaglia politica europea per abbattere le barriere che vietano alle persone guarite dal cancro di godere dei loro diritti



Ca al polmone resistente, incoraggianti i primi dati su rociletinib



21 maggio 2015

Rociletinib, un inibitore della tirosin-chinasi dell'EGFR di terza generazione diretto contro le mutazioni che causano resistenza al trattamento, ha mostrato un'attività antitumorale sostenuta contro il tumore al polmone non a piccole cellule resistente (NSCLC) in uno studio preliminare pubblicato di recente sul *New England Journal of Medicine*.

In particolare, i pazienti che hanno tratto il massimo beneficio da questi nuovi agenti sono risultati quelli con la mutazione T790M dell'EGFR.

Gli inibitori di prima e seconda generazione della tirosin-chinasi dell'EGFR in genere si dimostrano molto attivi nei pazienti con mutazioni dell'EGFR, garantendo percentuali di risposta tra il 50 e il 70%. Tuttavia, spesso il tumore diventa resistente al trattamento e spesso la resistenza è mediata dalla mutazione T790M del gene dell'EGFR, presente in più della metà dei casi resistenti. Questa resistenza si sviluppa dopo una mediana di 9-13 mesi, spiegano nell'introduzione i ricercatori, guidati da Lecia V. Sequist, del Massachusetts General Hospital Cancer Center e dell'Università di Harvard.

Dato che non esistono terapie approvate che colpiscano in modo specifico la mutazione T790M, i medici spesso si affidano alla chemioterapia citotossica, ma la sopravvivenza mediana dopo la comparsa di tale mutazione è tipicamente inferiore ai 2 anni.

Rociletinib è un nuovo inibitore dell'EGFR che si è dimostrato attivo in modelli preclinici di tumore al polmone non a piccole cellule con EGFR mutato, con o senza la mutazione T790M.

La Sequist e i colleghi lo hanno dunque messo alla prova in uno studio di fase I/II, che ha coinvolto 130 pazienti arruolati nell'arco di 2 anni in 10 centri di Stati Uniti, Francia e Australia. Tutti i partecipanti erano già stati trattati con almeno un inibitore dell'EGFR di prima seconda generazione (di solito erlotinib) e i loro tumori avevano mutato e sviluppato resistenza alla terapia. La metà di questi pazienti aveva metastasi in tre o più sedi e il 44% aveva un coinvolgimento cerebrale.

Nella fase II dello studio, i pazienti con tumori T790M-positivi sono stati trattati con rociletinib 500 mg due volte

al giorno, 625 mg due volte al giorno oppure 750 mg due volte al giorno e il trattamento è stato somministrato continuativamente in cicli di 21 giorni.

Gli endpoint primari del trial erano la sicurezza, il profilo degli effetti collaterali, la farmacocinetica e l'attività antitumorale preliminare.

Complessivamente, 92 pazienti hanno ricevuto dosi terapeutiche di rociletinib. Dopo un follow-up mediano di 10 settimane, la percentuale di risposta obiettiva tra i 46 il cui tumore aveva la mutazione T790M dell'EGFR è risultata del 59%. Come previsto, la risposta è stata inferiore, e pari al 29%, tra i 17 pazienti i cui tumori non avevano la mutazione T790M.

La percentuale di controllo della malattia (definita come la percentuale di pazienti che hanno raggiunto una risposta completa o parziale, più quelli che hanno raggiunto una stabilizzazione della malattia) è stata del 93% tra i pazienti con malattia T790M-positiva e 59% tra i pazienti con malattia T790M-negativa.

Inoltre, anche la sopravvivenza libera da progressione (PFS) mediana è stata superiore nel gruppo con un tumore T790M-positivo (13,1 mesi) rispetto al gruppo con tumore T790M-negativo (5,6 mesi).

Complessivamente, gli eventi avversi correlati al trattamento sono stati poco frequenti e lievi. L'inibitore non ha causato il rash, la stomatite e la paronichia che sono frequentemente associati all'inibizione dell'EGFR non mutato e il più comune effetto avverso di grado 3 è risultato l'iperglicemia, che ha avuto un'incidenza del 22% nei pazienti trattati con dosi terapeutiche dell'inibitore. Tuttavia, nessun evento iperglicemico ha portato alla sospensione del trattamento e la maggior parte degli episodi sono stati gestiti riducendo la dose e associando un ipoglicemizzante orale, di solito metformina. Sia l'iperglicemia sia l'impiego di metformina possono aver contribuito all'insorgenza eventi avversi gastrointestinali, risultati generalmente lievi.

Il limite principale di questo studio, riconoscono gli autori, è il basso numero di pazienti trattati con rociletinib. Tuttavia, segnalano la Sequist e i colleghi, sono già stati avviati studi più ampi su quest'agente.

Alessandra Terzaghi

L.V. Sequist, et al. Rociletinib in EGFR-Mutated Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2015; 372:1700-1709; doi: 10.1056/NEJMoa1413654.

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Sarcoma dei tessuti molli, trabectedina non frena la progressione



21 maggio 2015

In uno studio di fase IIb pubblicato di recente online sullo *European Journal of Cancer*, trabectedina non è riuscita a migliorare la sopravvivenza libera da progressione (PFS) rispetto a doxorubicina come terapia di prima linea per il sarcoma dei tessuti molli avanzato/metastatico.

Finora, nessun agente ha dimostrato alcun vantaggio rispetto alla doxorubicina nel sarcoma dei tessuti molli metastatico, ma l'efficacia di tale farmaco è limitata, in quanto si ottengono tassi di risposta che vanno dal 10% al 25% e una PFS mediana di circa 6 mesi. Il nuovo studio coordinato da Binh Bui-Nguyen, dell'Institut Bergonié di Bordeaux, è stato progettato per verificare se la trabectedina possa offrire un beneficio aggiuntivo rispetto a doxorubicina.

Inoltre, la fase IIb del trial è stata progettata per selezionare la schedula più appropriata di somministrazione di trabectedina (un'infusione da 3 ore oppure da 24) in termini di convenienza, sicurezza ed efficacia, oltre che per fare un'analisi di efficacia per determinare l'inutilità. Quando è stata fatta tale analisi, lo studio è stato interrotto e si è deciso di non passare alla fase III.

In totale sono stati inclusi nello studio 133 pazienti con carcinoma sarcoma dei tessuti molli avanzato o metastatico, di cui 43 assegnati a doxorubicina, 47 all'infusione di 3 ore di trabectedina e 43 all'infusione di 24 ore del farmaco sperimentale.

La PFS mediana è risultata di 2,8 mesi nel braccio assegnato all'infusione di 3 ore di trabectedina, 3,1 mesi in quello assegnato all'infusione di 24 ore e 5,5 mesi in quello assegnato a doxorubicina. L'hazard ratio (HR) di progressione nel braccio trattato con l'infusione di trabectedina da 3 ore rispetto al braccio trattato con doxorubicina è risultato pari a 1,50 (IC al 95% 0,91-2,48; $P = 0,944$), mentre quello nel braccio trattato con l'infusione di trabectedina da 24 ore rispetto alla doxorubicina è risultato pari a 1,13 (IC al 95% 0,67-1,90; $P = 0,675$). Dunque, nei bracci trattati con trabectedina non si è osservato nessun miglioramento significativo della PFS rispetto al braccio trattato con doxorubicina.

Al momento del cutoff dei dati, il 34% dei pazienti del gruppo sottoposto all'infusione di trabectedina da 3 ore era deceduto, così come il 23,3% di quelli del gruppo sottoposto all'infusione da 24 ore e il 23,3% di quelli del gruppo trattato con doxorubicina. La progressione è stata la causa del decesso in tutti i casi tranne uno, dovuto alla tossicità e avvenuto nel braccio trattato con trabectedina per 3 ore. Inoltre, non si sono trovate differenze significative nella sopravvivenza globale (OS) tra i due gruppi.

La comparsa di tossicità ha costretto a interrompere il trattamento sette pazienti del gruppo assegnato all'infusione di trabectedina da 3 ore (il 15,2%), otto pazienti del gruppo assegnato all'infusione da 24 ore (19,5%) e un paziente del gruppo assegnato a doxorubicina (il 2,5%).

Nelle conclusioni, gli autori scrivono che la doxorubicina rimane lo standard di cura per la terapia di prima linea nei pazienti con sarcoma dei tessuti molli avanzato o metastatico, mentre trabectedina dovrebbe rimanere il trattamento di scelta nella seconda linea e aggiungono che l'approccio dimostratosi migliore per la somministrazione del farmaco in seconda linea in questo setting è l'infusione di trabectedina 1,5 mg/m²/24 ore di infusione.

Proprio agli inizi di febbraio, la Food and Drug Administration ha concesso a trabectedina la 'priority review', un iter regolatorio accelerato, come trattamento per i pazienti affetti da sarcoma dei tessuti molli in stadio avanzato, inclusi i sottotipi liposarcoma e leiomiomasarcoma, già sottoposti a una chemioterapia di prima linea con l'antraciclina.

B. Bui-Nguyen, et al. A phase IIb multicentre study comparing the efficacy of trabectedin to doxorubicin in patients with advanced or metastatic untreated soft tissue sarcoma: The TRUSTS trial. Eur J Cancer. 2015; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2015.03.023>.

[leggi](#)

[chiudi questa finestra]

Leucemia linfoblastica acuta, inotuzumab ozogamicin meglio dello standard in termini di remissione



21 maggio 2015

Il trattamento con il coniugato farmaco-anticorpo inotuzumab ozogamicin ha migliorato in modo significativo le percentuali di remissione ematologica completa rispetto alla chemioterapia standard in pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta recidivato o refrattaria, CD22-positiva, nello studio di fase III INO-VATE ALL.

La remissione ematologica completa è uno dei due endpoint primari del trial; l'altro è la sopravvivenza globale (OS). Pfizer, che sta sviluppando il prodotto, riferisce in un comunicato stampa che lo studio proseguirà per consentire ai dati di OS di raggiungere la maturità.

"Siamo entusiasti dei risultati dello studio INO-VATE ALL, specie perché la leucemia linfoblastica acuta recidivata e/o refrattaria è una malattia particolarmente difficile da trattare negli adulti. I risultati top-line dimostrano che inotuzumab ozogamicin ha le potenzialità per rappresentare una nuova importante opzione terapeutica per i pazienti con malattia recidivante o refrattaria" afferma Mace Rothenberg, direttore medico di Pfizer Oncology, nella nota aziendale, aggiungendo che Pfizer presenterà questi dati alla Food and Drug Administration e alle altre autorità regolatorie.

Lo studio INO-VATE ALL, noto anche come studio 1022, è un trial di fase III randomizzato, controllato e in aperto, in cui sono state valutate efficacia e sicurezza di inotuzumab ozogamicin rispetto alla chemioterapia standard in 326 pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta recidivata o refrattaria CD22-positivi.

I pazienti del braccio inotuzumab ozogamicin sono stati trattati con 0,8-0,5 mg/m² di farmaco somministrato per via endovenosa una volta alla settimana per 3 settimane in un ciclo da 21 a 28 giorni per un massimo di sei cicli. Nel braccio di controllo, i pazienti sono stati trattati con fludarabina più citarabina e G-CSF, citarabina ad alte dosi o citarabina più mitoxantrone.

I due endpoint primari dello studio erano l'OS e la remissione ematologica (definita come una risposta completa, con o senza recupero delle piastrine e/o dei neutrofili). Oltre a queste valutazioni, lo studio prevedeva l'analisi di outcome secondari tra cui la sopravvivenza libera da progressione (PFS), la durata della

risposta, la percentuale di pazienti sottoposti al trapianto di cellule staminali, la malattia minima residua, la sicurezza e la qualità della vita.

In un precedente studio di fase II (pubblicato nel 2013 su Cancer), 49 pazienti con leucemia linfoblastica acuta recidivata o refrattaria, CD22-positivi, sono stati trattati con inotuzumab ozogamicin a un dosaggio pari a 1,3-1,8 mg/m² ogni 3-4 settimane. Dopo aver ottenuto risultati promettenti, i ricercatori hanno arruolato altri 41 pazienti, modificando il dosaggio: 0,8 mg/m² somministrati settimanalmente o 0,5 mg/m² nei giorni 8 e 15 di ciascun ciclo.

Nei primi 49 pazienti, il 18% ha ottenuto una risposta completa e il 39% aveva una risposta completa midollare, con una percentuale di risposta complessiva (ORR) del 57%. Due pazienti sono deceduti entro 4 settimane dall'inizio del trattamento.

Nell'analisi finale, effettuata su 90 pazienti, l'ORR è risultata del 58%, quella di risposta completa del 19% e quella di risposta completa midollare del 9%. L'OS mediana è stata di 6,2 mesi, ma nel braccio trattato con la somministrazione settimanale è arrivata a 7,3 mesi, mentre la durata mediana della remissione è stata di 7 mesi. Nel complesso, il 40% dei pazienti ha potuto sottoporsi al trapianto di cellule staminali allogeniche.

Gli eventi avversi di qualunque grado più comuni con inotuzumab ozogamicin sono risultati la febbre, l'ipotensione e la tossicità epatica. Nello studio di fase III di cui sono stati ora annunciati i risultati top-line, non sono stati segnalati eventi avversi nuovi o inaspettati.

Pfizer ha reso noto di essere intenzionata a presentare ulteriori dati dello studio in uno dei prossimi convegni del settore.

Inotuzumab ozogamicin è un coniugato farmaco-anticorpo formato da un anticorpo IgG4 umanizzato diretto contro CD22, un antigene di superficie espresso da circa il 90% delle neoplasie a cellule B, legato covalentemente a un agente citotossico (l'N-acetil-gamma-dimetil caliceamicina idrazide, CalichDMH). Quando si lega all'antigene CD22 presente sulle cellule B tumorali, il farmaco viene internalizzato e l'agente citotossico viene rilasciato all'interno della cellula, dove provoca rotture del DNA a doppio filamento e induce l'apoptosi.

Il nuovo agente si è dimostrato promettente in combinazione con una chemioterapia a bassa intensità come terapia di prima linea per pazienti anziani affetti da leucemia linfoblastica acuta in uno studio presentato al congresso dell'American Society of Hematology (ASH) lo scorso anno. Nel trial, che ha coinvolto 27 pazienti, la percentuale di risposta completa (comprese le risposte complete con recupero incompleto delle piastrine) è stata del 96%, la PFS a un anno dell'81% e l'OS a un anno del 78%.

In un secondo studio, presentato sempre al congresso dell'ASH, un trattamento settimanale con inotuzumab ozogamicin in monoterapia ha dato una percentuale di risposta completa del 65,7% in 35 pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta recidivante/refrattaria. L'OS mediana è stata di 7,4 mesi e gli eventi avversi più comuni di grado ≥ 3 sono stati trombocitopenia (34%), neutropenia (20%) e neutropenia febbrile (20%).

Intanto, Pfizer sta continuando a valutare inotuzumab ozogamicin come trattamento per diverse neoplasie ematologiche. Per esempio, lo si sta valutando in uno studio di fase I/II (NCT01371630) come trattamento per i pazienti anziani affetti da leucemia linfoblastica acuta; inoltre, è attualmente in studio in un altro trial di fase I/II (NCT01664910) come trattamento per i pazienti con neoplasie linfoidi CD22-positivo.

[\[chiudi questa finestra\]](#)

UNA RICERCA DELL'ISS E DEL REGINA ELENA

Lo stress prolungato favorisce lo sviluppo del tumore al seno

CIRULLI

L'infiammazione e gli ormoni in sovrapproduzione

— Uno stress prolungato nel tempo potrebbe contribuire alla progressione del carcinoma della mammella, seconda causa di morte per cancro e la più comune forma di tumore tra le donne. Il meccanismo alla base di questo fenomeno, ancora da chiarire, suggerirebbe che è il tumore stesso a creare un ciclo di auto-potenziamento in grado di promuovere la progressione tumorale, stimolando la sintomatologia depressiva indotta dallo stress. Tale è l'oggetto di una ricerca coordinata dall'ISS che, in collaborazione con l'Istituto Tumori Regina Elena di Roma e l'Istituto Europeo di Oncologia, mira ad identificare dei biomarcatori. I primi risultati di questa ricerca, finanziata dal [ministero della Salute](#) e dalla [Fondazione Veronesi](#), sono stati illustrati a Roma nel corso di un Convegno al-

l'ISS dal titolo «Stile di vita come fattore di rischio».

«Nonostante visiano evidenze di un'associazione tra isolamento sociale, stress e cancro al seno, i meccanismi che sono alla base non sono ancora stati del tutto spiegati», dichiara Francesca Cirulli, ricercatrice dell'ISS responsabile scientifico del progetto. «Sappiamo però che alcuni tipi di stress psicologico prolungato (quelli di breve durata sembrerebbero avere addirittura un effetto positivo) sono responsabili di un'accresciuta infiammazione o di una sovrapproduzione di ormoni dello stress in grado di favorire la sintomatologia depressiva, la funzione neuroendocrina e di stimolare il sistema immunitario». Oltre ad essere confermata dall'attivazione di marcatori già noti, quali i glucocorticoidi, questa ipotesi è avvalorata anche dall'attività di fattori quali il Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF). L'isolamento sociale amplifica la risposta allo stress acuto.

LC



chiacchiere e consigli

Monica Sori
il direttore di
Viversani e belli
risponde alle
vostre lettere



È molto turbata dalla polemica di Grillo sulla mammografia e si chiede perché un politico così in vista tuoni contro un esame, oltretutto gratuito, che a lei ha salvato la vita.

Non toccate la mammografia!



«LA PREVENZIONE È SECONDARIA NON PERCHÉ

È POCO IMPORTANTE, MA PERCHÉ CONSENTE LA DIAGNOSI PRECOCE»

Non riesco a comprendere perché Beppe Grillo abbia attaccato in modo così violento la mammografia e Umberto Veronesi che la promuove. Ho 58 anni e cinque anni fa, grazie a questo esame, mi è stato scoperto un nodulo maligno piccolissimo. La mammografia probabilmente mi ha salvato la vita e per farla non ho sborsato un euro. Vorrei un vostro commento sulla vicenda.

Laura C., via email

Durante un recente convegno sui tumori, il dottor Pietro Panizza, direttore della Radiologia diagnostica 1 dell'istituto nazionale dei tumori ha introdotto il tema "mammografia", utilizzando una foto di Elisabetta II di Inghilterra. Come dire: è ancora questa la regina di tutte le indagini per l'individuazione precoce del tumore al seno. Ed è Pietro Panizza a ricordare che sono le associazioni

di donne operate al seno a promuovere e sostenere la mammografia, che in molti casi ha contribuito a salvare loro la vita.

✓ **Accusare Veronesi e la classe medica di essere a favore della mammografia per ragioni economiche è, prima di tutto, offensivo nei confronti dei professionisti impegnati nella lotta contro il tumore al seno e delle donne operate. È, inoltre, un'insinuazione priva di fondamento e pericolosa. In Italia la mammografia è offerta gratuitamente alle donne a partire dai 50 anni (ma in alcune regioni a partire dai 45): quindi, non c'è business. Lo screening mammografico è previsto dai Lea, i Livelli assistenziali essenziali garantiti dal ministero della Salute, ed è un fiore all'occhiello della nostra sanità. C'è solo da augurarsi che l'esternazione di Grillo non**

getti discredito sull'esame, inducendo qualche donna a disertarlo, visto che almeno per il momento è ancora l'indagine di prima scelta nell'ambito della cosiddetta "prevenzione secondaria".

✓ **Ed è proprio quest'ultima dicitura che Grillo ha travisato: a suo (esclusivo) avviso i medici la utilizzano per ingannare le donne, per indurle a credere che la mammografia salvi dal tumore. Ma l'aggettivo "secondaria", che accompagna il termine**

"prevenzione", non lascia dubbi: indica, infatti, che la mammografia non può nulla contro l'iniziale sviluppo di un tumore, ma può molto per consentire di scoprirlo precocemente e, quindi, di asportarlo prima che produca i suoi effetti devastanti.

da sapere

La mammografia è l'esame di prima scelta per la diagnosi precoce del tumore del seno. Il Servizio sanitario nazionale la offre gratuitamente dai 45 ai 50 anni alle donne che la richiedono (screening spontaneo). Dai 50 ai 69 anni è proposta, sempre gratuitamente, ogni due anni, inviando alle donne una lettera di invito. In assenza di particolari problemi, prima dei 40 anni non va effettuata. Altre info si trovano sul nel sito europadonna.it

CIBO-SALUTE

Con il giusto
menu a tavola
si può guarire

Valentina Arcovio A PAGINA 28

A tavola si può guarire ma solo con il giusto menu

Ricerca Università-Policlinico Gemelli sui rapporti cibi-salute
Ecco cosa fa da scudo contro le malattie e gli errori da evitare

30 40

per cento

*Sono i tumori
che, secondo
le ultime
ricerche,
sono causati
da
comportamenti
alimentari
errati*

per cento

*È la riduzione
del rischio
di tumore della
bocca
e della gola
con
l'assunzione
di cibi ricchi
di vitamina E*

VALENTINA ARCOVIO
ROMA

Ogni volta che ci sediamo a tavola determiniamo il destino della nostra salute. Quello che scegliamo di mettere nel piatto può contribuire a curare o prevenire alcune malattie o favorirne e peggiorarne altre. Per questo la Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Policlinico Gemelli di Roma stanno realizzando numerose ricerche cliniche e sperimentali. L'obiettivo è definire il ruolo della nutrizione nella salute: dagli studi sui nutrienti che determinano alterazioni metaboliche a quelli che vanno a caccia dei cibi «scudo» o terapeutici contro il cancro, fino a quelli che rallentano gli effetti dell'invecchiamento. Una carrellata di ricerche che è stata presentata ieri a Roma in occasione della IV edizione della Giornata per la Ricerca, organizzata dall'ateneo e dal policlinico romano.

Malattie metaboliche

I risultati preliminari di uno studio presso l'Università

Cattolica suggeriscono che una dieta ad «alto indice glicemico» può causare una condizione di parziale inattivazione dell'insulina (ormone che regola la glicemia), con conseguente incremento del rischio di obesità, insulino-resistenza, diabete e precoci deficit cognitivi. «Con la biochimica clinica - spiega Claudio Grassi, direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana della Cattolica - stiamo arruolando le persone che per vari motivi eseguono una «curva glicemica», l'esame che registra come oscilla nel tempo la glicemia in risposta a ingestione di zucchero. Ogni paziente compila un complesso questionario che ci permette di sapere l'esatta composizione della sua dieta ed esegue una serie di test cognitivi». Alcuni pazienti saranno poi nuovamente visitati con lo scopo di valutare se i processi molecolari indotti da una dieta ad alto indice glicemico siano riconoscibili con un semplice prelievo di sangue attraverso la ricerca di particolari biomarcatori.

Malattie infiammatorie

L'obesità è uno stato infiammatorio cronico che porta con sé il rischio di molte gravi malattie, non solo di tipo infiammatorio, ma anche degenerative. I ricercatori romani stanno conducendo alcuni studi con lo scopo di scoprire i meccanismi molecolari che mediano l'azione infiammatoria dei chili di troppo e i cibi con proprietà antinfiammatorie ed antiossidanti. Altre ricerche hanno dimostrato che malattie come l'artrite reumatoide migliorano con il calo di peso, modificando alcuni biomarcatori specifici dell'obesità.

Malattie cardiovascolari

L'infiammazione gioca un ruolo centrale anche nello sviluppo



dell'aterosclerosi e di conseguenza delle malattie cardiovascolari, che rappresentano la maggiore causa di mortalità a livello globale. «Numerosi studi del nostro ateneo - spiega Elisa Gremese del Dipartimento di Scienze Mediche del Gemelli - si sono focalizzati sui rapporti tra obesità, e in particolare l'obesità severa, e malattie cardiovascolari, mostrando che i «grandi obesi» hanno più infiammazione di obesi e sovrappeso ma diversa attivazione del sistema immune, hanno più cellule progenitrici endoteliali nel sangue (cellule con potenziali capacità «riparatorie», verosimilmente prodotte in modo compensatorio) e risulterebbero quindi parzialmente protetti negli effetti vascolari a medio termine». Tuttavia, un altro studio dell'ateneo romano ha osservato che un calo ponderale significativo dopo la chirurgia bariatrica nei «grandi obesi» favorisce un rimodellamento cardiaco positivo.

Longevità

Quello che mangiamo può determinare anche come e quanto a lungo viviamo. I ricercatori hanno sviluppato specifiche linee di ricerca sull'impatto della dieta su muscoli e cervello, organi fondamentali per invecchiare in salute. «Le carenze nutrizionali e una non corretta alimentazione associate a una ridotta attività fisica - spiega Francesco Landi del Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia del Gemelli - possono essere la causa dell'insorgenza di fragilità fisica e cognitiva durante l'invecchiamento».

Tumori

Si stima che almeno il 30% dei tumori sia causato da comportamenti alimentari errati, come consumo eccessivo di carni rosse e basso consumo di frutta e verdura. Questa quota è quindi prevenibile con una dieta appropriata. Diversi studi alla Cattolica hanno permesso di individuare alcuni nutrienti che fanno da «scudo» contro molti tipi di tumore: dagli acidi grassi omega-3, efficaci contro cancro del colon e il melanoma, agli alimenti ricchi di vitamina B contro il tumore della bocca e della gola, dagli antiossidanti presenti nel caffè o nel vino rosso che proteggono dagli effetti della chemioterapia contro il cancro al seno, fino ai probiotici efficaci contro i danni della radioterapia dei tumori del distretto pelvico.



Salmone

Con gli elevati livelli di acidi grassi omega-3 rallenta la crescita del cancro del colon e anche del melanoma



Ciliegie

Ricche di sostanze antiossidanti, hanno un ruolo contro le malattie cardiovascolari e l'artrite reumatoide



Semi di zucca

Piccoli «serbatoi» di magnesio, contribuiscono ad attenuare la gravità del morbo di Crohn



Dolci

Se consumati in quantità eccessive, aumentano il rischio di obesità, diabete e di precoci deficit cognitivi



Caffè

Ricco di antiossidanti, ha effetti benefici sulle donne sottoposte a chemioterapia contro il cancro al seno



Carote

Grazie ai carotenoidi rappresentano un efficace «scudo» contro il tumore della bocca e della gola

<http://www.adnkronos.com/salute/>

Da scudo contro i tumori ad alleato anti-age, la ricerca svela le virtù segrete del cibo



La ricerca scientifica 'nel piatto' per scoprire come il cibo può aiutarci a combattere le malattie e a vivere a lungo. Quello che scegliamo di mangiare custodisce infatti i segreti per prevenire, favorire, curare o peggiorare, ad esempio, patologie infiammatorie e legate all'invecchiamento come i deficit cognitivi. Molti componenti (nutrienti come vitamine, ma anche aminoacidi e alcuni grassi) sono, infatti, in grado di spingere 'tasti' e interruttori molecolari nell'organismo umano e di regolare, così facendo il funzionamento, dei diversi organi. Alla Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica - Policlinico Gemelli di Roma sono in fase di avvio o già in corso numerose ricerche cliniche e sperimentali, pensate proprio per definire il ruolo di questi nutrienti nel determinare alterazioni metaboliche.

Il punto degli studi è stato fatto oggi in occasione della quarta edizione della 'Giornata per la ricerca' dell'Università Cattolica con i patrocini di Expo 2015, Regione Lazio e Comune di Roma. Il tema dell'edizione 2015, in linea proprio con Expo, è 'Il ruolo della nutrizione, dalla prevenzione alla cura'. Le ricerche abbracciano 4 macro-aree relative al tema della nutrizione, che spaziano dalla prevenzione alla cura di patologie oncologiche, infiammatorie e degenerative, del metabolismo e del circolo, e dell'invecchiamento e della fragilità (non solo legate alla senescenza, ma anche causate da malattie pregresse).

NUTRIZIONE E MALATTIE METABOLICHE. Risultati preliminari suggeriscono che una dieta ad alto indice glicemico, inattiva in parte l'insulina con aumentato rischio di obesità, diabete e iniziali deficit cognitivi. Come ricorda Andrea Giaccari, dirigente

medico di Endocrinologia e malattie del metabolismo al Gemelli, una dieta ricca di carboidrati rapidamente assorbibili, come le bevande zuccherate, bibite e succhi di frutta, o i dolci che fanno salire rapidamente la glicemia (zucchero nel sangue) e quindi provocano brusche oscillazioni glicemiche, può causare una condizione di parziale inattivazione dell'insulina (l'ormone che regola la glicemia), incrementando il rischio di obesità, insulino-resistenza, diabete e iniziali e precoci specifici deficit cognitivi.