

Secondo una ricerca realizzata dal Censis, in collaborazione con la Fondazione Ibsa

Perché gli italiani fanno pochi figli? «Disinformati su infertilità e cure»

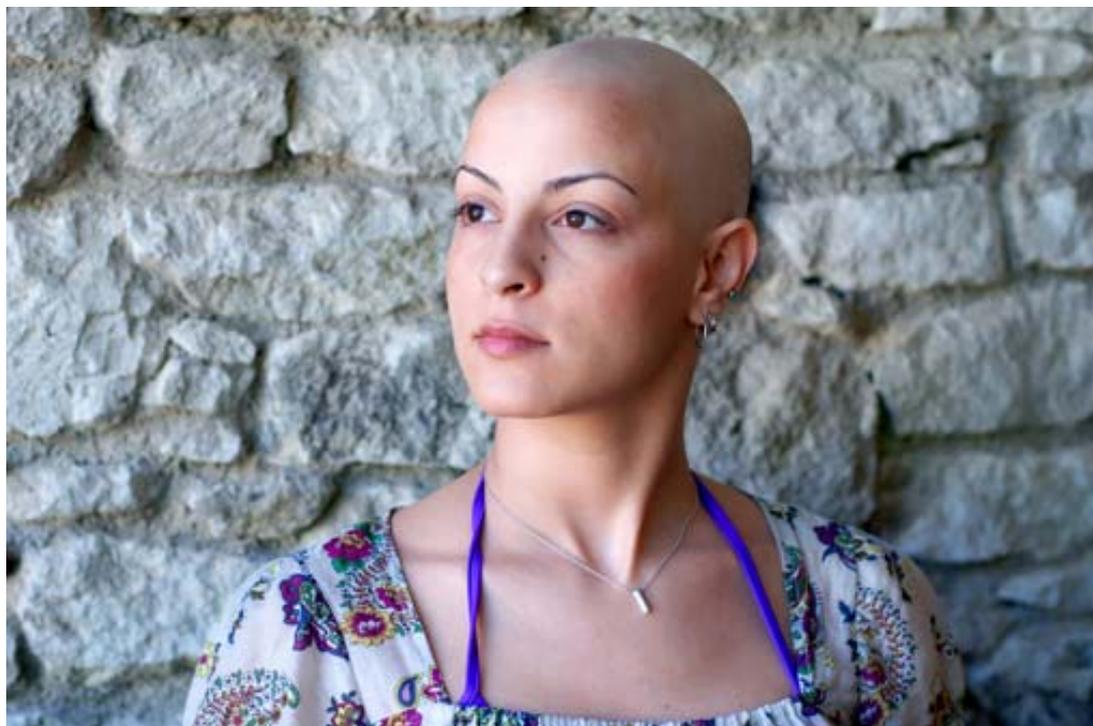
La scarsa propensione ad avere figli colpa soprattutto delle difficoltà economiche

■ ■ ■ STEFANO SERMONTI

■ ■ ■ In Italia facciamo troppi pochi figli, anche in confronto agli altri paesi europei. Ne sono convinti quasi nove ginecologi, andrologi e urologi su dieci, e la scarsa propensione degli italiani ad avere figli è ricondotta principalmente a motivazioni economiche (75,3%). Il 75% degli specialisti è convinto anche che la crisi economica scoraggi le coppie che devono ricorrere alla procreazione medicalmente assistita. È quanto emerge da una ricerca del Censis, realizzata in collaborazione con la Fondazione Ibsa, su un campione di medici specialisti (ginecologi, andrologi e urologi). Le coppie trattate in Italia con tecniche di procreazione medicalmente assistita erano 54.458 nel 2012 (ultimo dato ufficiale disponibile): +77% rispetto alle 30.749 del 2005. Nel 23,2% dei casi si arriva alla gravidanza. I bambini concepiti in provetta venuti alla luce sono stati 9.818 nel 2012: +169% rispetto ai 3.649 del 2005. La metà degli specialisti consultati dal Censis ritiene che i problemi di infertilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane, a fronte delle stime dell'Organizzazione mondiale della sanità che parlano del 10-15%. Ed è certo che i problemi di infertilità e sterilità siano aumentati rispetto al passato: lo pensa il 91,3% dei medici interpellati. La metà degli specialisti ritiene che una coppia dovrebbe iniziare a preoccuparsi tra i 12 e i 24 mesi dopo i primi tentativi di concepimento. Ma il 36% ritiene che bisognerebbe preoccuparsi prima, trascorsi da 6 a 12 mesi dai primi tentativi.



Cancro del colon retto metastatico, Ema approva panitumumab in prima linea con regime FOLFOX



06 aprile 2015

La Commissione Europea ha ampliato le indicazioni di panitumumab includendo anche la terapia di prima linea dei pazienti con cancro del colon retto in fase metastatica e con K-RAS non mutato in combinazione con il regime chemioterapico FOLFOX.

Lo schema di cura FOLFOX impiega i seguenti farmaci: fluorouracile, acido folinico, oxaliplatino. Circa la metà dei pazienti con tumore del colon retto metastatico hanno il gene KRAS non mutato.

Nel caso di tumore del colon-retto esiste un importante biomarcatore predittivo, il gene RAS (che include il KRAS e NRAS). Ne troviamo di due tipi: i geni RAS normali, detti "wild-type" (non mutati) e i geni RAS mutati

RAS è una famiglia di proteine correlate tra loro, presenti all'interno delle cellule. Sono coinvolte nella trasmissione di importanti segnali all'interno delle cellule. RAS è il membro prototipo della superfamiglia delle proteine RAS, che regolano diversi comportamenti cellulari.

Panitumumab è un anticorpo monoclonale ricombinante completamente umano del tipo IgG2, che si lega con elevata affinità e specificità all'EGFR umano.

Panitumumab è il primo e unico biologico a offrire un vantaggio significativo di sopravvivenza come trattamento di prima linea con FOLFOX, uno dei regimi chemioterapici più comunemente usati nel setting di prima linea per i pazienti con mCRC e KRAS wild-type.

[[chiudi questa finestra](#)]

SALUTE

Oncologia

È VERO CHE DI TUMORE AL POLMONE OGGI SI PUÒ GUARIRE CON UN INTERVENTO POCO INVASIVO?

a cura di **Daniela Natali**

Mia cugina, che ha 52 anni, è appena stata operata per un carcinoma polmonare. In famiglia siamo tutti preoccupati, ma anche stupiti, perché la nostra parente non ha fumato in vita sua neanche una sigaretta, eppure si è ammala. I medici, tuttavia, le hanno detto che la sua lesione polmonare era piccola e localizzata; niente metastasi. Asportata la lesione, con un intervento chirurgico che peraltro non è stato molto invasivo, mia cugina dovrà fare soltanto dei controlli.

Ma possiamo davvero fidarci di quello che le dicono i medici, oppure peccano di eccessivo ottimismo? O ancora, non sarà che, per non spaventarla, le presentano una situazione più rosea di quella reale?

Ho cercato notizie in proposito e così ho letto che, con trentotto mila nuovi casi in Italia ogni anno, quello ai polmoni resta un cancro «big killer», ovvero un tumore che causa ancora molte morti. Possibile che non ci sia modo di sconfiggerlo? A che punto è la ricerca su questa malattia?

Il fumo è la principale causa di tumore del polmone, sia tra i fumatori attivi sia tra chi è esposto al fumo passivo: nel nostro Paese, su 38 mila nuovi casi ogni anno (quelli che lei cita nella sua lettera) sono circa 35 mila quelli correlati al fumo. Sua cugina appartiene, dunque, a una sfortunata minoranza.

Va detto, tuttavia, che il tumore polmonare è tanto più curabile quanto più precocemente viene diagnosticato.

Si distinguono principalmente due forme di questa neoplasia: «a piccole cellule» e «non a piccole cellule».

Il primo tipo, quello «a piccole cellule», è più raro (rappresenta solo il 20 per cento dei casi) ed è anche il più difficilmente curabile, perché spesso viene diagnosticato in fase metastatica e, comunque, non è operabile neppure nelle forme apparentemente localizzate.

Per il carcinoma «a piccole cellule» l'unica chance terapeutica è, dunque, la chemio-radioterapia, in grado di ottenere la guarigione nel 20 per cento dei casi se il tumore è allo stadio iniziale.

Più diffusi sono i tumori polmonari «non a piccole cellule»: adenocarcinoma, carcinoma squamocellulare e carcinoma a grandi cellule costituiscono, in-



fatti, l'80 per cento dei casi.

Se diagnosticati precocemente, quando ancora operabili, questi tumori polmonari sono curabili con buone percentuali di guarigione.

Le neoplasie in stadio iniziale guariscono nel 60-70 per cento dei casi con la sola chirurgia; le forme intermedie con interessamento linfonodale (quello che gli oncologi definiscono «stadio III») sono comunque guaribili nel 30 per cento dei casi con un approccio di cura combinato, in cui all'intervento chirurgico viene associata la chemioterapia ed, eventualmente, nei casi che presentano un esteso interessamento dei linfonodi mediastinici, anche la radioterapia.

Lei chiede notizie sulle novità dal mondo della ricerca. Ebbene, possiamo dire che nel campo della chirurgia in questi ultimi anni abbiamo avuto una grande evoluzione delle tecniche.

Oggi è, infatti, possibile asportare tumori del polmone al primo stadio in modo non invasivo, cioè in «videotoroscopia», con la stessa radicalità oncologica dell'intervento tradizionale, e con un impatto prognostico che risulta perfino migliore. Purtroppo, però, solo una minoranza di tumori polmonari viene diagnosticata in fase operabile: neppure le campagne di screening con Tac spirale annuale hanno dato risultati chiari sui vantaggi di tale metodica.

L'astensione dal fumo rappresenta perciò ancora la principale — se non unica — forma di prevenzione.

Per le forme metastatiche di tumore polmonare, le terapie di cui disponia-

mo attualmente sono solo in grado di bloccare oppure di rallentare l'evoluzione della malattia, con un miglioramento dell'aspettativa di vita del malato che comunque rimane limitata al breve-medio termine.

Nell'adenocarcinoma dei non fumatori, quale è sua cugina, spesso si riscontra la mutazione dei geni Egfr o Alk, mutazioni per le quali è possibile un approccio terapeutico con farmaci biologici, che sono in grado di prolungare significativamente le aspettative di vita con una tossicità limitata. Negli altri casi di tumore (adenocarcinomi senza mutazioni, carcinoma squamocellulare e a grandi cellule) la chemioterapia rappresenta ancora oggi l'unica opzione terapeutica a nostra disposizione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Risponde

Armando

Santoro

Direttore

Humanitas

Cancer Center,

Milano,

e direttore

scientifico

Accademia

nazionale

di medicina

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

Una ricerca dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma

Come il tumore del fegato sfugge alla terapia di oggi

Lo studio apre le porte a nuove cure oggi limitate ad un unico farmaco

DI PIERLUIGI MONTEBELLI

R Ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma hanno scoperto un importante meccanismo di resistenza farmacologica operato da un tumore molto aggressivo e attualmente poco curabile – l'epatocarcinoma – per sfuggire all'azione dell'unico farmaco oggi in uso, individuando una possibile strategia per potenziare l'azione del farmaco ed accrescere le

chance di cura oggi non molto alte. È il risultato di uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista Scientific Reports – edita dal gruppo Nature – dal dottor Giovambattista Pani, ricercatore dell'Istituto di Patologia generale e dall'équipe del professor Antonio Gabarrini, ordinario di Medicina interna e gastroenterologia presso l'Università Cattolica- Policlinico A. Gemelli di Roma. Lo studio, molto articolato, ha coinvolto numerosi altri ri-

cercatori, sia dell'Università Cattolica (Giuseppe Maulucci, Istituto di Fisica; Roberto Scatena, Istituto di Biochimica Clinica) sia stranieri (Prof. Hans Spelbrink, Finlandia). "Abbiamo scoperto una possibile strategia per potenziare l'azione del farmaco" – sottolinea il dottor Pani - "che consiste nel limitare l'utilizzazione del glucosio da parte delle cellule maligne; infatti esistono già diversi tipi di agenti (ad esempio composti ipoglicemizzanti

o bloccanti dei trasportatori del glucosio) che potrebbero essere affiancati al Sorafenib, l'unico farmaco oggi disponibile, per potenziarne l'effetto". L'epatocarcinoma primitivo è una neoplasia molto difficile da curare; non è di per sé frequentissimo (30-40 nuovi casi l'anno ogni 1.000.000 di abitanti in Italia) ma diventa più frequente in presenza di alcune condizioni predisponenti come la cirrosi epatica e l'epatite cronica (B e soprattutto C).



«Un tumore poco sensibile alle terapie»



Antonio Gasbarrini

“In Italia - spiega il professor Antonio Gasbarrini - nel 95% dei casi l'epatocarcinoma si sviluppa in pazienti con cirrosi e per tale motivo, anche se trattato in modo radicale, ha una sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi inferiore al 50%, anche perché i pazienti svi-

luppano altri tumori o hanno una progressione grave dell'epatopatia sottostante. Il problema è che si tratta di un tumore che risponde molto poco alla chemioterapia come pure all'unica terapia 'biologica' oggi disponibile, il Sorafenib o farmaci della stessa famiglia. Purtroppo il farmaco ha una azione transitoria, e difficilmente è curativo perché le cellule tumorali sviluppano rapidamente resistenza attraverso vari meccanismi. Utilizzando delle cellule staminali di epatocarcinoma in provetta fornite dal nostro team e trattandole con Sorafenib abbiamo osservato che il farmaco oltre a esercitare gli effetti già noti sugli oncogeni, danneggia fortemente i mitocondri delle cellule tumorali, le centraline energetiche di tutte le cellule. Abbiamo visto che le cellule tumorali sono molto furbe e rispondono al danno mitocondriale subito a opera del farmaco potenziando l'efficienza di una sorgente alternativa di energia, la cosiddetta 'glicolisi anaerobia'. Ecco perché solo poche cellule tumorali (circa il 30-40% nelle condizioni sperimentali esaminate) muoiono in risposta al Sorafenib”. (P. MON.)



BOMBOLE OSSIGENO Sono dannose, indaga il Nas

Nelle case e negli ospedali italiani sono circolate bombole terapeutiche di ossigeno difettose e potenzialmente nocive per chi le utilizza. Lo hanno scoperto la procura di Torino e l'Aifa (Agenzia italiana per il farmaco). L'agenzia ha ordinato il ritiro del prodotto, mentre il pm Raffaele Guariniello ha aperto un fascicolo per "commercio di medicinali imperfetti" e "somministrazione di medicinali in modo pericoloso", iscrivendo i nomi di due persone nel registro degli indagati. Il problema delle bombole è nella valvola che regola il flusso dell'ossigeno: ne eroga una quantità maggiore o minore di quella programmata. Le bombole sono della Crio-salento. La ditta (i cui vertici sono stati iscritti nel registro degli indagati) ha un'officina a Peveragno, in provincia di Cuneo, alla quale è stato impartito un preavviso di sospensione della produzione. Raffaele Guariniello aveva cominciato a indagare alla fine dello scorso anno, dopo una segnalazione, e aveva affidato gli accertamenti alla propria squadra di polizia giudiziaria e ai carabinieri del Nas.



«Quelle tinture provocano il tumore» parrucchiere vince causa per danni

**I MAGISTRATI
DI BARI CONDANNANO
LA MULTINAZIONALE
WELLA CHE PERO'
RESPINGE
TUTTE LE ACCUSE
IL CASO**

BARI Per oltre un ventennio ha tinto i capelli delle sue clienti, non immaginando nemmeno che i prodotti che utilizzava, ritenuti tra i migliori sul mercato, potessero sprigionare sostanze nocive che per il Tribunale di Bari sono la causa dell'insorgere del tumore. Un parrucchiere di 63 anni, affetto da dismielopoietica e proprietario di una delle boutique più famose di Bari, ha vinto una causa civile contro la multinazionale "Wella", condannata dal giudice monocratico, Mirella Delia, a risarcire il professionista pugliese per il presunto danno biologico.

RISARCIMENTO

La cifra riconosciuta al 63enne non è elevata, soprattutto per le casse di una grande azienda, si tratta di circa 46 mila euro. La sentenza potrebbe fare giurisprudenza e dare il via ad altre richieste di indennizzo. Per questo il legale di "Wella", l'avvocato Gianluca Moretta, ha già annunciato il ricorso: «Siamo convinti che la decisione sia sbagliata nelle fondamenta - spiega - vogliamo rassicurare tutti che i prodotti non contengono sostanze vietate o cancerogene, prodotti che vengono testati prima di essere messi in vendita». Il Tribunale ha ritenuto che in due diverse tinture per capelli della Wella Italia Labocos fossero presenti sostanze tossiche che potrebbero aver provocato l'insorgere della sindrome tumorale nel 63enne, rappresentato dall'avvocato Ivan Lombardi. Non solo: il giudice ha punito l'azienda che produce cosmetici anche per non aver «predisposto sui prodotti maggiori cautele informative». La sentenza di condanna si basa principalmente su alcune analisi tossicologiche ef-

fettuate dall'istituto di Medicina dell'Università di Bari sulle tinte sotto accusa, "Kolleston 1+1" e "Creation color gel". Le indagini di laboratorio avrebbero individuato la «presenza - si legge nelle motivazioni - di sostanze cancerogene e tossiche», ovvero «benzene e toluene». I periti nominati dal Tribunale sostengono che, secondo quanto stabilito dall'Agenzia per le sostanze tossiche e registro delle malattie, il «benzene è irritante per la pelle, gli occhi ed il tratto respiratorio; causa la depressione del sistema nervoso centrale ed aritmia nelle persone esposte per lungo termine. Esposizioni più lunghe possono causare anemia, alterazione del sistema immunitario e leucemia. Tale molecola non deve essere presente nei cosmetici». Il toluene, invece, sarebbe «nocivo per inalazione e per contatto con la pelle». «I livelli di tossicità delle sostanze contenute nelle tinture esaminate - scrive ancora il giudice - aumentano esponenzialmente col passare del tempo e se vengono in contatto con l'acqua o l'ossigeno». Da qui la decisione del Tribunale di stabilire, seppure applicando il criterio civilistico del «più probabile che non», il nesso di causalità tra tinture e patologia, quest'ultima già riconosciuta dall'Inail nel 2004 come malattia professionale. La presunta colpa della multinazionale dei cosmetici, secondo il magistrato, sta nel fatto anche di non aver avvertito i consumatori del possibile pericolo e di non aver consigliato precauzioni. «Il diffuso uso di prodotti potenzialmente pericolosi - sostiene il giudice - non è stato accompagnato da informazioni sull'esatto impiego dei medesimi e sugli effetti collaterali, come invece s'impone alla stregua della normativa comunitaria. L'unica precauzione di impiego consigliata è la prova preliminare di sensibilità per la cute». Ma «nessuna avvertenza è espressa, quale l'utilizzo di mascherine, protezioni e precauzioni atte a evitare l'esposizione inalatoria nella fase della preparazione e miscelazione dei vari composti chimici».

Vincenzo Damiani

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO IN FRANCIA MA UNA LEGGE POTRÀ DEBELLARE L'ANORESSIA?

A prima vista, la proposta di legge contro l'istigazione all'anoressia approvata dall'Assemblea nazionale francese sembrerebbe una misura di buon senso: l'anoressia è una malattia grave, farne la propaganda è spaventoso, chi incita alla magrezza estrema — su Internet, con i siti «pro ana» — va punito. Come non essere d'accordo?

E invece, si può non essere d'accordo. Intanto perché c'è il sospetto di un polverone politico-giuridico che viene sollevato periodicamente in più Paesi con uguale, scarsa efficacia: un emendamento analogo, anzi più severo (due anni di prigione invece di uno, 30 mila euro di multa invece di 10 mila) era stato già presentato in Francia nel 2008, senza arrivare mai all'approvazione definitiva del Senato (e anche stavolta manca quel passaggio, la proposta non è ancora legge). Poi, i relatori francesi hanno portato a esempio l'Italia, dove nell'agosto scorso è stato presentato un testo bipartisan dai contenuti simili, che però è rimasto lettera morta.

Se queste misure raccolgono eco immediata ma poi faticano a entrare in vigore, è anche perché molti esperti le giudicano controproducenti: i divieti vorrebbero combattere la malattia, finiscono per colpire i malati. «Ho un vuoto allo stomaco, è lo stress — si legge per esempio sul sito *Pro-Ana, Mon Désir* —: lo stress di non raggiungere mai la magrezza. Quando penso al ventre piatto, alle ossa all'infuori, mi viene l'angoscia. Sogno un corpo

perfetto, ma il mio non è che un ammasso di grasso». Questa persona è da condannare o da aiutare? Il suo sfogo va represso penalmente o affrontato al più presto con cure mediche?

I molti oppositori alla proposta di legge francese, per esempio il gruppo di sociologi e filosofi riuniti nell'équipe «Anamia», sostengono che questi siti sono — anche — dei luoghi di aiuto reciproco, dove i malati possono scambiarsi sì informazioni sulla restrizione calorica, ma pure su un buon psichiatra. Una loro ricerca condotta dal 2010 al 2014 ha dimostrato che le misure di repressione intanto sono inutili, perché è molto facile spostare un contenuto proibito da un sito a un altro; ma soprattutto spingono i malati a nascondersi, a sentirsi perseguitati, a rinchiusi ancora di più in una nicchia auto-riferita senza rischiare contatti con il mondo esterno che invece potrebbe, dovrebbe salvarli.

Il problema è ovviamente complesso e tutti i tentativi di affrontarlo meritano attenzione. Però, c'è il pericolo che ancora una volta si scelga la scorciatoia più facile. Le società — e i sistemi sanitari — fanno fatica a individuare e risolvere le cause profonde, familiari, esistenziali, psichiatriche dell'anoressia. Vietare i forum su Internet è più semplice, e risponde alla tentazione in voga di reprimere «il lato oscuro della Rete». Resta il dubbio che prendersela con i sintomi non serva a sconfiggere la malattia.

Stefano Montefiori
@Stef_Montefiori

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Basta con le modelle-scheletro» Francia, giro di vite: multe e carcere

Sì alla legge anti anoressia, mai più ragazze troppo magre alle sfilate

Anta, la top che rischiò la vita «Una decisione sacrosanta»

«La legge francese che regola il peso delle modelle in passerella è giustissima», così la modella preferita di Jean Paul Gaultier, Anta Fall, che soffrì di anoressia.

L'IRA DELLE AGENZIE «Norma discriminatoria, molte sono così per natura»

Giovanni Serafini
■ PARIGI

SEI MESI di carcere e 75mila euro di multa per punire le agenzie di casting che fanno sfilare modelle troppo magre: è la decisione presa ieri dai deputati francesi, che hanno varato una legge – la prima dopo decenni di discussioni – che prende posizione contro un modello di bellezza femminile creato artificialmente e pericolosissimo per la salute psichica e fisica delle giovani donne che lo adottano.

PRESENTATA dai socialisti con l'appoggio del ministro della sanità Marisol Touraine, la proposta era stata in un primo tempo scartata in sede di commissione affari sociali: numerosi deputati la ritengono infatti «discriminatoria» e socialmente dannosa perché riduce la possibilità di assunzioni per le aspiranti mannequins. Votata dalla gauche, la nuova legge ha registrato l'opposizione del centrodestra e per motivi opposti degli ecologisti (che volevano un dispositivo più severo, non limitato alle agenzie di casting, ma esteso anche agli stilisti e ai pubblicitari). Il passaggio al Senato si annuncia tempestoso e gli emendamenti non mancheranno. Resta il fatto che per la prima volta il legislatore è sceso in campo contro una moda che sta portando migliaia di ragazze sulla strada dell'anoressia. Come decidere i criteri secondo cui una modella è «troppo magra»? Il neurologo e deputato socialista Olivier Véran, relatore del provvedimento, ha scelto il parametro dell'IMC, l'indice della massa corporea: quest'ultimo si calcola dividendo il peso (in chilogrammi) per la statura al quadrato. In base a questa formula l'IMC di una persona che pesa 75 chilogrammi ed è alta 1

metro e 80 centimetri corrisponde a 23,1. Si è sottopeso quando l'indice è al di sotto di 0,19 e in stato di grave denutrizione quando si scende a 0,16. Per poter essere assunte dalle agenzie di casting, le modelle dovranno esibire un certificato medico con il loro indice di IMC; le agenzie dovranno rispettare i parametri che verranno comunicati dall'organismo pubblico HAS (Haute Autorité de Santé). Il certificato dovrà essere rinnovato ed esibito alle autorità sanitarie un mese dopo l'assunzione. La legge votata prevede anche l'obbligo per gli organi di stampa di applicare una dicitura in cui si precisa se le foto pubblicate sono state o no ritoccate con Photoshop o altri programmi: l'obiettivo è impedire la promozione presso i giovani di modelli estetici «non sani». «Le ragazze che vogliono lavorare in Francia – ha dichiarato Véran – dovranno rispettare le regole. Quando si è alti 1 metro e 80 non è ammissibile pesare meno di 45 chili e vivere mangiando tre mele al giorno e verdure non condite. In questo modo si va dritti nell'inferno dell'anoressia, patologia psichiatrica di cui soffrono in Francia più di 30 mila giovanissimi, con tassi di mortalità elevati».

LA SYNAM, sindacato delle agenzie delle modelle francesi, ha protestato sostenendo che il provvedimento fa confusione fra anoressia e magrezza: «Molte ragazze sono magrissime per natura: non si capisce perché debbano essere penalizzate per avere caratteristiche fisiche che sono proprio quelle richieste dai creatori di moda e dalla stampa specializzata».



Il secondo emendamento prevede l'introduzione di un reato di promozione della magrezza eccessiva per i siti 'pro-anoressia'





Le sorelle

Due modelle sorelle, Luisel ed Eliana, sono morte a distanza di sei mesi. Entrambe per infarto e per entrambe molto probabilmente a causarlo è stata l'eccessiva magrezza

La ragazzina

Maiara Vieira, 14 anni, sognava di fare la modella a Rio de Janeiro. E così ha smesso di mangiare: pesava 38 chili ed era alta 1,70 metri. È morta dopo mesi di digiuno

La star

La modella brasiliana 21enne Ana Carolina Reston Macan è morta per l'anoressia. L'ultima sfilata in Giappone nel 2006, poi il ricovero: pesava 40 chili ed era alta 1,74

Lunedì 06 APRILE 2015

Antibiotico resistenza. Allarme in UK: "Nei prossimi 20 anni potrebbero esserci 80mila morti"

La cifra nell'ultimo report del Cabinet Office del governo Cameron "sui grandi rischi". Secondo gli esperti inglesi la resistenza agli antibiotici, se non si troveranno soluzioni o farmaci alternativi, potrebbe causare problemi seri ad oltre 200mila cittadini. E di queste 80mila moriranno. [IL RAPPORTO BRITANNICO.](#)

Ha suscitato grande scalpore sui media il rapporto del Cabinet Office del governo britannico contenuto nell'ultimo National Risk Register of Civil Emergencies appena pubblicato. E in particolare il rischio di una vera e propria epidemia di resistenza agli antibiotici che potrebbe colpire da qui a 20 anni 200mila cittadini del Regno Unito causandone la morte di almeno 80mila.

Il rapporto del Cabine Office (una sorta di sottosegretario alla presidenza nostrano) spazia dal rischio terrorismo a quello di catastrofi naturali. Ma il dato che ha più impressionato i media in questi giorni festivi è stato quello sull'antibiotico resistenza. E forse è un bene, almeno per scuotere l'opinione pubblica su un tema che, nonostante se ne parli da anni, ancora stenta a passare come rischio reale tra le comunità.

E pensare che solo un anno fa l'Organizzazione mondiale della sanità lanciava un allarme globale. "L'era post-antibiotici – nella quale infezioni comuni e lievi ferite possono diventare mortali – ormai lontana dall'essere considerata una fantasia apocalittica, è diventata invece una reale possibilità del XXI secolo": diceva **Keiji Fukuda**, Vicedirettore per la Sicurezza Sanitaria dell'Oms, nella prefazione al 1° Rapporto Globale sulla resistenza antimicrobica (AMR), pubblicato il 30 aprile 2014 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. Un rapporto a tinte foschissime che ora, indirettamente, il report britannico ci fa rileggere con dati più vicini a noi.

Quello che ha infatti impressionato i media sono senz'altro quelle stime, 200mila infettati e 80mila morti, a causa del flop degli antibiotici ormai divenuti "armi scariche" per il troppo uso che ne abbiamo negli ultimi decenni.

"Senza antibiotici efficaci – scrive il governo britannico nel suo rapporto - anche la chirurgia minore e le operazioni di routine potrebbero diventare procedure ad alto rischio, con conseguente aumento della durata della malattia e di mortalità prematura fine".

"Gran parte della medicina moderna (per esempio, trapianto di organi, chirurgia intestinale e alcuni trattamenti tumorali) – prosegue il report - può diventare pericoloso a causa del rischio di infezione. Inoltre, pandemie influenzali diventerebbero più grave, senza trattamenti efficaci".

Ed ecco le stime che hanno terrorizzato i britannici, e non solo, viste le prime pagine web anche dei nostri quotidiani nazionali. "Il numero di infezioni complicate da resistenza agli antibiotici dovrebbero aumentare notevolmente nei prossimi 20 anni. Se un focolaio diffuso dovesse verificarsi, ci si potrà aspettare che circa 200.000 persone colpite da un'infezione batterica del sangue non possano essere curate efficacemente con i farmaci esistenti, e che circa 80.000 di queste persone potrebbero morire".

E poi via con l'elenco delle azioni già intraprese a livello nazionale e internazionale. A partire dalla collaborazione necessaria con l'Oms e con le autorità sanitarie degli altri Paesi.

Per i britannici è infatti "necessaria un'azione internazionale coordinata per affrontare le antibiotico resistenze, ponendole come questione prioritaria per l'Organizzazione Mondiale della Sanità e di altri organismi delle Nazioni Unite".

Ma è chiaro che l'attenzione si pone anche sul piano della ricerca con l'impegno del Governo britannico a seguire da vicino e stimolare "lo sviluppo di nuovi antibiotici", ma anche nuove vie di ricerca scientifica per "al fine di modificare i metodi per il trattamento di malattie infettive".

SALUTE PER TUTTI Essere curati è un diritto garantito, ma stare bene è anche un tua responsabilità

STILI DI VITA SANI PER VIVERE DI PIÙ E MEGLIO

Vivere a lungo è un risultato importante, ma lo è anche regalare vita e benessere agli anni



Il nostro Paese è secondo al mondo dopo il Giappone, per la longevità della popolazione. È un risultato che non può che farci felici perché, con il loro bagaglio di esperienza, gli anziani sono una risorsa per la nostra società. Vivere più a lungo è sicuramente un risultato importante, ma è altrettanto importante regalare vita e benessere ai propri anni giungendo alla terza età sempre più in salute. Perché questo avvenga ognuno deve fare la sua parte. Il Servizio Sanitario Nazionale ha il dovere di curare i propri cittadini e di informarli sulla grande arma che abbiamo a disposizione per restare in salute più a lungo, un'arma che consente di non far ammalare i sani: la prevenzione. Ci deve essere, però, un impegno da parte delle persone a prendersi cura della propria salute. L'impegno a cercare di stare bene. Ciò può avvenire anche semplicemente adottando stili di vita salutari, che vanno considerati la nostra prima medicina.

CHE COSA SONO GLI STILI DI VITA SALUTARI?

Adottare uno stile di vita salutare significa ad esempio, seguire nel corso di tutta la vita, una corretta alimentazione per evitare lo sviluppo di tante malattie.

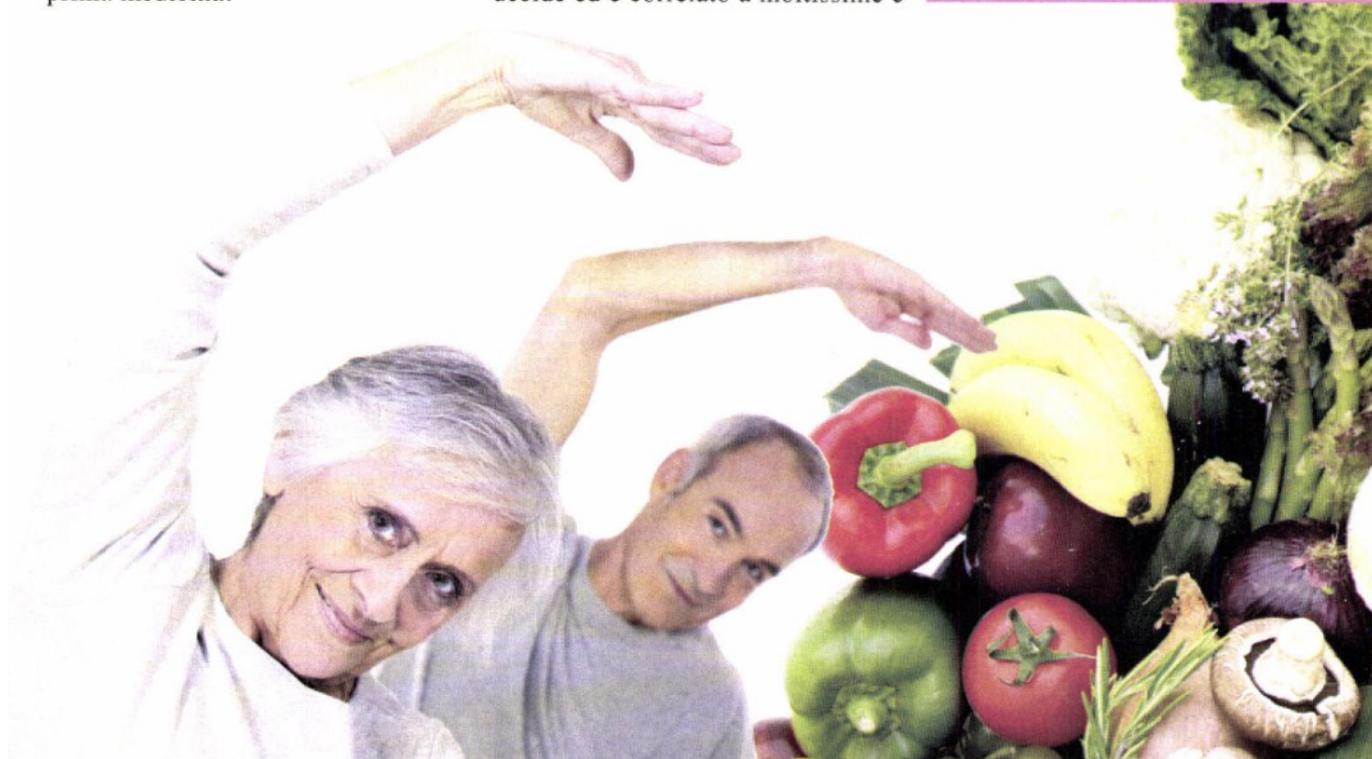
Pensiamo all'obesità, al sovrappeso, alle malattie cardiovascolari, al diabete alimentare e ad alcune forme di tumore.

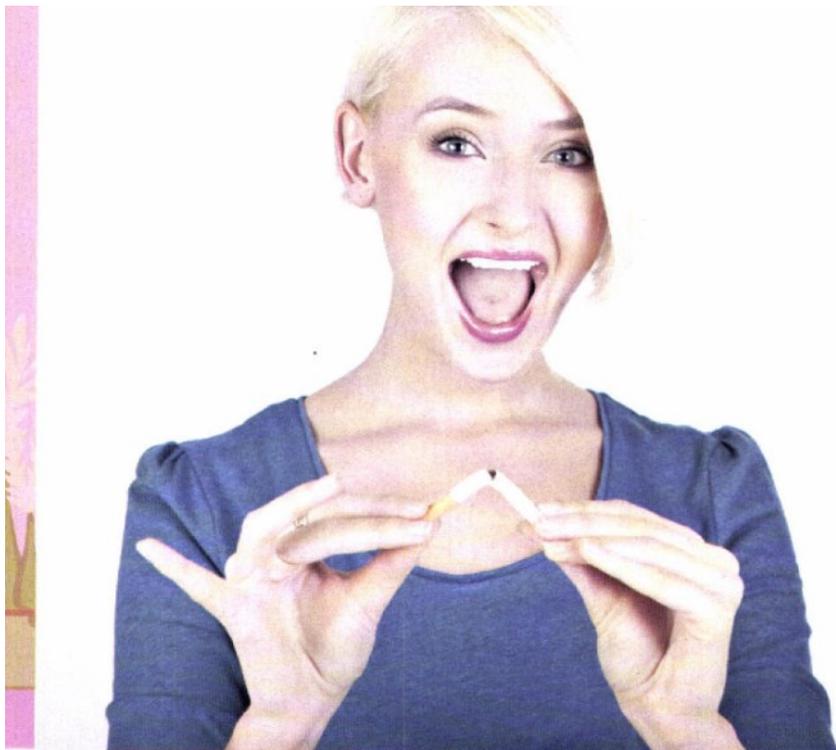
Seguite quindi il modello alimentare della "dieta mediterranea" basato sul consumo bilanciato di frutta, verdura e legumi e con pochi grassi pericolosi per la salute. Fondamentale è poi l'attività fisica.

Dobbiamo ricordare che il corpo umano è fatto per muoversi, è sufficiente anche una passeggiata giornaliera di almeno 30 minuti.

Il movimento è un grande alleato e fa guadagnare salute.

Non fumate, e se siete dei fumatori, sappiate che si può smettere a qualsiasi età, perché il fumo fa male, uccide ed è correlato a moltissime e





gravi patologie. Per un corretto stile di vita è essenziale anche non abusare di alcol.

L'alcol non è un elemento nutritivo, è ricco di calorie e dunque fa ingrassare.

L'abuso di alcol è correlato allo sviluppo di gravi patologie quali la cirrosi epatica, i tumori e le malattie dell'apparato cardiovascolare.

A questo aggiungo un'altra raccomandazione: se utilizzate dei farmaci non assumete bevande alcoliche perché ci potrebbero essere pericolose interazioni, consultate il vostro medico.

E ricordate: non mettetevi mai alla guida dopo aver bevuto, il 37% degli incidenti stradali sono attribuiti alla guida in stato di ebbrezza.



DAL SITO SALUTE.GOV.IT IL RAPPORTO ACI SUGLI INCIDENTI STRADALI

Nel 2013 si sono registrati in Italia 181.227 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti (entro il 30° giorno) ammonta a 3.385, quello dei feriti a 257.421. Rispetto al 2012, il numero di incidenti scende del 3,7%, quello dei feriti del 3,5% mentre per il numero dei decessi la flessione è del 9,8%. Tra il 2001 e il 2013 la riduzione delle vittime della strada è stata del 52,3%, in valore assoluto si è passati da 7.096 a 3.385. Nel 2013, le vittime di incidenti stradali sono state 26.010 (28.298 nel 2012), con una riduzione tra il 2013 e il 2010 del 17,7%, variazione analoga a quella registrata in Italia nello stesso periodo. Si tratta di 51,4 persone decedute in incidente stradale ogni milione di abitanti. L'Italia ha registrato un valore pari a 56,2, collocandosi al 14° posto nella graduatoria europea, dietro Regno Unito, Spagna, Germania e Francia. Sulle strade urbane italiane si sono verificati 136.438 incidenti, con 184.683 feriti e 1.421 morti; sulle autostrade gli incidenti sono stati 9.265, con 15.447 feriti e 321 decessi. Sulle strade extraurbane, ad esclusione delle autostrade, si sono verificati 35.524 incidenti, con 57.291 feriti e 1.643 morti. Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (escluse le autostrade), dove si sono verificati 4,63 decessi ogni 100 incidenti. Le vittime sono state invece 1,04 ogni 100 incidenti sulle strade urbane e 3,46 sulle autostrade. Rispetto al 2012, l'indice di mortalità risulta in netta diminuzione sulle strade extraurbane (5,03 nel 2012) e in lieve calo su autostrade e strade urbane (rispettivamente 3,51 e 1,12 nel 2012).



REUTERS/AR

news
sanitarie
dal mondo
Marilab

Vivendi

PERIODICO DI SALUTE E BENESSERE

Registrazione presso
il Tribunale di Roma
n. 423 del 19.10.2005
Direttore: Luca Marino

Disturbi alimentari

Celiachia? No, sensibilità al glutine

La ricerca

Un recente studio
dimostra
che la sindrome
del colon irritabile
può essere trattata
con la semplice dieta

di RAFFAELLA SALATO

Sindrome del colon irritabile o altre alterazioni dell'apparato digerente: un paziente su quattro non avrebbe più alcun disturbo semplicemente interrompendo l'assunzione di cibi con glutine. È quanto emerge da uno studio dell'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo), condotto per verificare la reale diffusione della sensibilità al glutine, "patologia diversa dalla celiachia e caratterizzata dagli stessi sintomi". Per capire quale fosse la reale causa dei disturbi lamentati dai pazienti, i ricercatori li hanno privati di alimenti

con glutine per tre settimane. Dopo questo periodo, l'alimento è stato reintrodotta ed è emerso che il 25% di loro manifestava di nuovo gravi sintomi. "Pertanto - dicono gli esperti - è possibile ipotizzare che questi pazienti potrebbero essere sottoposti a una terapia esclusivamente basata sulla dieta, simile a quella per la malattia celiaca".

FORTI DISAGI

Oltre alla celiachia "si sta delineando oggi un nuovo disordine, la sensibilità al glutine, sempre causato dall'ingestione di questo alimento, ma che colpisce pazienti né celiaci né allergici al grano". Si stima che potrebbe interessare tra il 5 e il 10% della popolazione italiana. Questo disturbo provoca sintomi simili a quelli della sindrome dell'intestino irritabile (dolore addominale, gonfiore) ma anche manifestazioni come eczemi, prurito e cefalea.



SALUTE

I chili da perdere? Li misuri con il metro

Per tanti, quando si parla di alimentazione, l'obiettivo è innanzitutto perdere peso. Il primo passo però è sapere quanti chili bisogna perdere e, stando agli studi discussi al convegno fiorentino, per valutarlo non basta salire sulla bilancia.

L'indice di massa corporea (Bmi), ad esempio, calcolato dividendo il peso in chili per il quadrato dell'altezza in metri, non è più considerato il mezzo migliore per capire se si deve dimagrire. «Non fa differenza fra massa magra e grassa e non distingue dove si è accumulato il tessuto adiposo — spiega la nutrizionista inglese Sigrid Gibson —. Oggi è chiaro che il grasso concentrato sul girovita e l'addome, nella cosiddetta forma "a mela", è quello che più aumenta il rischio di malattie cardiovascolari e diabete; uomini e donne in sovrappeso con adipe su fianchi e gambe, che appartengono alla tipologia "pera", hanno colesterolo e insulinemia più bassi rispetto a persone normopeso con la struttura "a mela". Misurando solo l'indice di massa corporea "perdiamo" il 10% di questi ultimi e sovrastimiamo il rischio di chi è sovrappeso ma a "pera". Neppure il girovita da solo dice tutto, perché il significato di una stessa cifra è ben diverso a seconda della statura. Il rapporto girovita/altezza è l'indicatore migliore ed è semplicis-

simo da misurare, basta prendere un nastro lungo quanto la nostra statura e passarlo attorno alla vita: per essere al sicuro, la misura che otteniamo deve essere pari o inferiore alla metà della lunghezza totale del nastro».

Ma se scopriamo di dover dimagrire, quali sono le raccomandazioni davvero utili? Pare chiaro che non sia opportuno dar credito ai cibi sciogli ciccìa, perché non esistono alimenti miracolosi, né a diete più o meno fantasiose che garantiscono risultati in poche settimane. «La dieta migliore è quella che è possibile e realistico mantenere nel lungo periodo — osserva Gibson —. Nei primi sei mesi è più facile perdere peso, ma se il nuovo stile alimentare è astruso e difficile da seguire i risultati prima o poi vengono persi. Molti regimi possono funzionare, non ne esiste uno in assoluto migliore di altri: l'unica regola sempre valida è ridurre l'introito calorico, facendo però attenzione a mantenere un buon apporto di micronutrienti e aumentando la "densità" nutritiva dei cibi scelti».

Significa in pratica prediligere alimenti con poche calorie ma tante sostanze utili, come frutta e verdura, limitando ciò che dà tanta energia a fronte di scarsi contenuti di fibre, minerali, vitamine, come i cibi

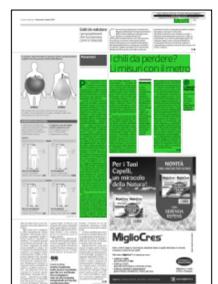
molto grassi o troppo ricchi di zuccheri. Attenzione, stiamo parlando di eccessi: grassi e zuccheri servono, così come le proteine che hanno un buon effetto saziante e non devono mancare nelle diete dimagranti. «Modificare il consumo dei vituperati zuccheri non ha conseguenze eclatanti sul peso: è stato verificato che dimezzarne la quantità senza interferire sull'introito energetico generale comporta una perdita di peso di circa mezzo chilo al mese» fa notare la nutrizionista.

Per dimagrire, insomma, bisogna mangiar meno e muoversi di più: lo dimostra una revisione appena pubblicata su *Obesity Reviews* in cui gli autori, analizzando tutte le ricerche sull'obesità dal 2005 a oggi, hanno cercato di stabilire quali siano gli approcci più utili a ridurre il peso nella popolazione. Fra le iniziative più efficaci tutte quelle che mirano a incentivare il movimento: dal «bike sharing» al «pedibus» per mandare i bimbi a scuola a piedi, dai parchi attrezzati alle città a misura di pedone, ciò che favorisce il moto fa calare di pari passo i chili di troppo.

«La sedentarietà è responsabile del doppio dei decessi rispetto all'obesità: bastano 20 minuti di camminata veloce al giorno per ridurre la mortalità» conclude Gibson.

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Strumenti

L'indice di massa corporea (Bmi), calcolato dividendo il peso (in chili) per il quadrato dell'altezza (in metri), non è più considerato il mezzo migliore per capire se si deve dimagrire, perché non distingue fra massa magra e grassa e non dice dove si è accumulato il tessuto adiposo



L'esperto risponde

alle domande sulla nutrizione all'indirizzo Internet <http://forum.corriere.it/nutrizione>

Salute
**Più memoria
e creatività
ecco i benefici
della pennichella**
Galdo a pag. 19

Quanti benefici dalla pennichella

Gli scienziati decantano i vantaggi che derivano dal sonno pomeridiano, tra cui l'aumento della memoria e della creatività. E se in Giappone il "pisolino" è addirittura diventato un benefit aziendale, in Olanda spopolano gli "sleep bar" dove ci si può concedere una pausa postprandiale. Intanto negli Usa gli hotel potenziano il lusso che riguarda il dormire

LA TENDENZA

Sveglia, sveglia. Nell'era della velocità, del tempo compresso, della competizione a tutto campo, prendere una pausa diventa sempre più complicato. Eppure grazie alle segnalazioni della ricerca scientifica stiamo riscoprendo un piacere caro già agli egizi ed ai romani che lo condividevano con gli amici più cari: la pennichella. Gli ultimi studi non fanno altro che individuare i benefici del riposino pomeridiano, smentendo tutta una letteratura che invece lo considerava un privilegio controproducente. I neuropsicologi dell'università del Saarland, in Germania, ci hanno appena comunicato che l'abitudine alla pennichella è un vero toccasana per la memoria, la cui potenza aumenta di cinque volte. In precedenza, erano stati gli americani della Sleep Foundation ad avvertirci che il riposino pomeridiano amplifica fino al 40 per cento la creatività dell'uomo. E ancora, sono sempre i medici e gli scienziati a parlare, la pausa dedicata a un completo relax abbassa lo stress, riduce i problemi cardiovascolari, migliora il metabolismo. Tutta salute, per dirla in breve.

LE AZIENDE

Quando vivo a Milano riesco a riposare il pomeriggio perfino con il pigiama. Ma dopo averlo racconta-

to a qualche amico, decisi di considerare la mia tregua come un segreto: mi guardavano come un marziano. Adesso, invece, il 34 per cento degli americani può fare la pennichella durante il suo turno di lavoro e il 16 per cento risulta occupato in aziende che dispongono di stanze appositamente riservate al relax. Anche in Italia il pisolino al lavoro si sta facendo strada, a partire da quelle multinazionali, come la Microsoft, che lo considerano un benefit per i propri dipendenti. La percezione della pennichella per gli americani è cambiata a 360 gradi da quando la Nasa ha comunicato che dormire per una ventina di minuti, nel pomeriggio, ha migliorato del 34 per cento le prestazioni professionali dei suoi piloti. E perfino nel Giappone stakanovista la pennichella, classificata come *Inemuri*, viene imposta in molte aziende. Con un trucco. Per risparmiare aria condizionata e consumi energetici nelle ore più calde, gli impiegati sono invitati a fare il pisolino a casa, ma le ore consumate nel rito del riposo sono poi sottratte ai giorni di vacanza. In Cina una serie di rivendicazioni sindacali sono state ispirate alla richiesta di rispettare il diritto alla siesta, qui si chiama *xiu-xiu*, scolpito nell'articolo 49 della Costituzione del Paese comunista. Accanto alla possibilità di

riposare in azienda, o a casa, sta crescendo anche un mini industria della pennichella. In Olanda, per esempio, è molto frequentata la catena dei *Sleep bar*, locali pubblici attrezzati con divani e poltrone reclinabili dove prima si sorseggia una bevanda calda e poi si dorme. Un'ora di stacco con il nuovo rito costa 10 euro.

I PROBLEMI

Il ritorno al pisolino pomeridiano, che grandi personaggi della storia come Giulio Andreotti o Pablo Picasso hanno sempre considerato un diritto irrinunciabile, si coniuga con un cambiamento negli stili di vita, dovuto al fatto che il sonno sta pericolosamente sfumando e coltivarlo è diventato un lusso. Il 30 per cento degli italiani dorme meno di sei ore a notte, complici anche la televisione, e la pessima consuetudine di tenerla accesa in camera da letto fino a notte fonda, e i cellulari, con i continui scambi di sms e mail. In appena dieci anni abbiamo perso, nella me-



dia pro capite, qualcosa come un'ora di sonno. Tanto. E gli unici a guadagnarci in queste vite ad occhi sempre aperti sono stati i produttori di sonniferi, un medicinale che nonostante le sue mille controindicazioni è diventato come l'Aspirina. Un altro errore, perché l'aiutino della pillola per dormire porta assuefazione e ci rende prigionieri di un sonno artificiale, non naturale.

IL LUSSO

Una conferma dell'equazione sonno uguale lusso arriva attraverso gli investimenti negli Stati Uniti delle catene di hotel di fascia alta per offrire sempre migliori condizioni di sonno ai propri clienti. Due dati: l'industria alberghiera americana ha speso in un solo anno qualcosa come 1,4 miliardi di dollari soltanto in materassi, migliorando continuamente la loro qualità, e il 69 per cento degli alberghi offre diversi tipi di cuscini, a misura delle differenti abitudini della clientela. Il ritorno alla pennichella, quindi, è anche una battaglia per riprendersi il sonno, indispensabile al recupero dell'organismo. Con una sola raccomandazione: attenzione a non esagerare. Per il riposino giusto bastano non più di 45 minuti, e l'orario preferibile è tra le 13 e le 15: altrimenti rischiate di scivolare nel girone infernale dei dormiglioni.

Antonio Galdo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SALUTE

Medicina

Impianti cocleari
per la sordità
anche negli anziani

di **Ruggiero Corcella**

L'anziano che **sente bene** conserva la mente lucida

È provato che i deficit di udito si accompagnano spesso a decadimento cognitivo. Protesi acustiche e impianti cocleari potrebbero evitarlo

Rischio maggiore

Un'ipoacusia moderata o severa è in grado di aumentare fino a 5 volte il pericolo di sviluppare demenza nel corso degli anni

Problema trascurato

Ricorre a un ausilio protesico solo il 16% di coloro che ne avrebbero bisogno

Con il trascorrere degli anni diminuisce la capacità uditiva, questo è risaputo. Le sempre più numerose prove scientifiche della correlazione tra ipoacusia e malattie degenerative negli anziani, però, stanno aprendo una nuova frontiera nella medicina come nelle tecnologie.

Nel mondo, 360 milioni di persone sono affette da sordità (328 milioni gli adulti; 32 milioni i bambini). L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) stima che 36 milioni di individui soffrano di deficit cognitivi e demenza ed entro il 2050 diventeranno più di 100 milioni. Interventi in grado di ritardare anche di un solo anno l'esordio della demenza come anche la sua progressione, possono incidere significativamente sulla prevalenza (numero di casi presenti in assoluto) di questa malattia.

Nella Giornata mondiale dell'udito, celebrata il 3 marzo scorso, l'Oms ha rilanciato la necessità di programmi nazionali non solo di screening e di offerta di servizi (compresi apparecchi acustici e riabilitazione), ma anche di informazione perché aumenti la consapevolezza nella popolazione. «In studi recenti l'équipe del professor Frank Lin, della Johns Hopkins University di Baltimora, negli Stati Uniti — sottolinea il professor Alessandro Martini, direttore del reparto di Otorinolaringoiatria dell'Azienda ospedaliera Università di Padova — ha calcolato che un'ipoacusia di grado moderato-severo è in grado di aumentare fino a 5 volte il rischio di sviluppare demenza in epoche successive. È una conferma della ricerca pionieristica da noi svolta nel 2001 sulla qualità della vita nell'anziano nel Veneto, da cui è risultato chiaramente che l'invecchiamento uditivo è collegato con un aumento di depressione e di deficit cognitivo. Oggi il problema è esploso».

Quali sono i meccanismi che possono collega-

re l'ipoacusia a una forma di decadimento cognitivo? Sono state fatte diverse ipotesi. La più ovvia riguarda l'esistenza di un processo fisiologico comune che contribuisce sia all'ipoacusia, sia al declino cognitivo. Un'altra possibilità è legata a quello che gli esperti chiamano «cognitive load»: cioè lo stress esercitato sul cervello dal continuo sforzo di comprensione dovuto a un deficit uditivo. «Il maggiore sfruttamento ed esaurimento delle riserve neuronali e cognitive per controbilanciare la perdita uditiva — spiega il professor Giancarlo Cianfrone, ordinario di Audiologia alla Sapienza di Roma — farebbe venire meno queste risorse e il loro deperimento sicuramente è una delle chiavi interpretative di alcune malattie neurodegenerative come l'Alzheimer».

Ma non solo. Un'altra ipotesi considera come la perdita di udito possa modificare la struttura del cervello, contribuendo così allo sviluppo di problemi cognitivi. Infine, sembra possibile che anche l'isolamento sociale, a cui spesso l'ipoacusia costringe, giochi un ruolo nel favorire lo sviluppo di questi disturbi. «La situazione è un po' nuova, nel senso che non ci si era mai soffermati sull'ipoacusia come fattore di rischio per le malattie neurodegenerative — aggiunge il profes-



sor Cianfrone —. Abbiamo sempre detto che l'ipoacusia è un fattore di rischio per il decadimento cognitivo in generale e questo è abbastanza ovvio perché vengono meno le informazioni più importanti dall'esterno».

Con l'invecchiamento della popolazione a livello mondiale, dunque, la necessità di prevenire, ritardare e invertire il declino funzionale degli anziani diventa ancora più urgente. Oltre alla diffusione degli screening come misura preventiva (vedi box), attraverso studi scientifici si sta cercando di verificare l'efficacia del recupero della funzione uditiva — e quindi i possibili effetti su deficit cognitivi ed eventuali malattie neurodegenerative — sia attraverso protesi di tipo tradizionale sia con impianti cocleari. «Abbiamo fatto una serie di studi sulla protesizzazione nell'anziano — racconta Martini — e abbiamo visto che anche in pochi mesi ci sono netti miglioramenti sia con le protesi acustiche sia con l'impianto cocleare».

In Francia, l'équipe di Isabelle Mosniere, del gruppo ospedaliero pubblico Ap-Hp Pitié-Salpêtrière, ha appena pubblicato sulla rivista *Jama*

Otolaryngology - Head & Neck Surgery i risultati di uno studio condotto in 10 centri francesi su 94 pazienti tra 65 e 85 anni con perdita di udito profonda, che sono stati sottoposti a impianto cocleare. Già dopo sei mesi, i test hanno dimostrato un miglioramento significativo nella percezione del linguaggio e nelle capacità cognitive dei pazienti e un'influenza positiva sulla attività sociale e sulla qualità di vita. «I dati sembrerebbero abbastanza consistenti sul fatto che eseguendo l'impianto su un soggetto si ha un rallentamento del deficit cognitivo — ribadisce Martini —. Se ciò fosse confermato, avrebbe dei risvolti enormi a livello sanitario, dati i costi molto alti dei pazienti affetti da demenza».

L'impianto cocleare però è indicato solo per le sordità gravi o profonde e riguarda quindi il 5-8% dei pazienti. «In Europa, l'Italia è un fanalino di coda — dice Cianfrone —. Secondo recenti indagini, solo un 16% della popolazione che avrebbe bisogno di una correzione protesica di fatto si avvia a questo tipo di rimedio».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prospettive

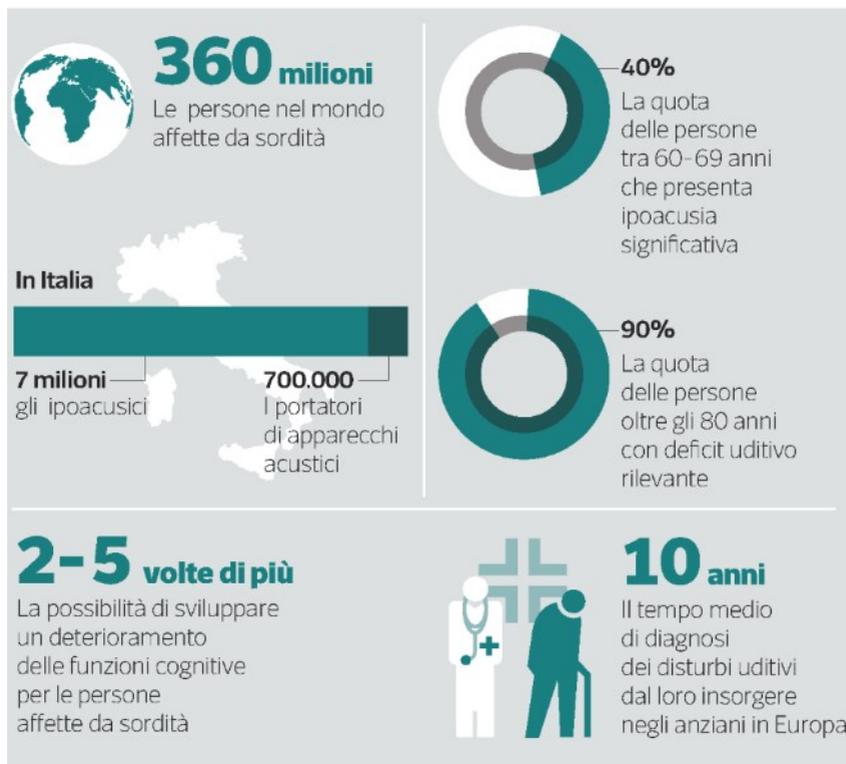
Test in pochi minuti e apparecchi meno costosi

Tecnologie accessibili a basso costo e nuovi modelli di business: sono questi i pilastri sui quali si reggerà la «rivoluzione» nel campo delle malattie uditive degli anziani. Ne è convinto il professor Ferdinando Grandori, direttore dell'Ielit Cnr (Istituto di elettronica e ingegneria delle informazioni e telecomunicazioni) al Politecnico di Milano. «Siamo ormai a una svolta — dice —. Prevedo che fra 5 anni in quasi tutte le sale d'aspetto dei medici di base sarà possibile

fare il test uditivo in 5 minuti. Il costo degli apparecchi è molto basso, anche perché si può pensare ormai di svilupparli su un qualsiasi smartphone, anche dotandoli di una cuffia adeguata agli standard». Intanto, in Germania e in Francia, gli esami di screening si fanno anche in farmacia. E i costi degli apparecchi acustici stanno comunque calando. Negli Usa, per le sordità lievi, si vendono protesi a 100-200 dollari l'una.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre



Fonte: Oms, Onu, Commissione Europea

Corriere della Sera

Il progetto

Nel reparto di Otorinolaringoiatria dell'Azienda ospedaliera Università di Padova, sta partendo uno studio innovativo su 120 pazienti con problemi di udito e decadimento cognitivo. La Regione Veneto lo ha finanziato nell'ambito del Programma per la ricerca, l'innovazione e l'Health Technology Assessment. Servirà a valutare l'efficacia della riabilitazione uditiva attraverso l'utilizzo di impianti cocleari e protesi acustiche.

Alessia 11 anni, Valerio 15
Baby sportivi,
vite stroncate
«Ma i controlli
sono efficaci»

BELARDETTI e MALPELO ■ A pagina 17

Campioncini stroncati da malori I sogni infranti di Alessia e Valerio

Casi a Torino e Roma: la pallavolista di 11 anni, il calciatore di 15

Messaggi di Totti e Mihajlovic «Un dolore sconvolgente»

La morte di Stella, che tifava Roma, ha ferito il mondo del calcio. «Ci stringiamo alla famiglia», il messaggio di Totti & co. Mihajlovic: «Un dolore, condoglianze»

«MI GIRA LA TESTA»

La ragazzina è svenuta
nella camera d'albergo
«L'aneurisma fatale»

Alessandro Belardetti
■ ROMA

I SOGNI di Alessia e Valerio si sono infranti, insieme, travolti dallo stesso crudele destino. Lei, 11 anni, aspirava a diventare una giocatrice di pallavolo professionista; lui, 15 anni, un giorno avrebbe voluto calcare i campi di calcio della Serie A.

Insieme, nonostante le centinaia di chilometri che li separavano – una a Rivoli, nel Torinese, l'altro a Fiumicino, in provincia di Roma –, sono stati stroncati da malori mentre coltivavano i loro sogni sportivi.

Alessia Berruti, di Finale Ligure, aveva raggiunto il capoluogo piemontese con la sua squadra di pallavolo per un importante torneo giovanile, poi sospeso: 1.400 iscritti dagli 11 ai 16 anni. E la madre di Alessia che guidava il pullman carico di compagne e amiche della figlia.

«**AVEVA** festeggiato con le compagne di squadra. Dopo aver giocato quattro partite – spiega Stefano Schiappapietra, presidente di Volley Finale, il team di Alessia –, ieri sera (giovedì, ndr) è tornata in albergo e si è sentita male. 'Mi gira la testa', ha detto alla compagna in camera, che ha chiamato i soccorsi. Poi è svenuta. Si è spenta poche ore dopo la corsa in ospedale, aneurisma cerebrale ci hanno riferito. Aveva fatto tutti i controlli per praticare l'attività sportiva. Tre mesi fa tutto ok la visita per fare sport agonistico. Ancora prima aveva fatto un'ecografia». Ma il pm di Torino, Raffaele Guariniello, vuole vederci chiaro e ha aperto un'inchiesta, disponendo l'autopsia. I carabinieri stanno prelevando le cartelle cliniche di Alessia e stanno svolgendo accertamenti sulla società per le visite mediche.

VALERIO Stella, alcune ore prima, nella Capitale, si è accasciato a terra durante l'amichevole del suo Sporting città di Fiumicino contro gli Allievi regionali della Lazio

(tra cui giocavano Enrico Lotito, figlio del presidente biancoceleste e Miroslav Mihajlovic, figlio dell'allenatore della Sampdoria). Era a centrocampo, mentre i suoi compagni attaccavano: il dolore ai reni e alle gambe non l'ha tenuto in piedi. La madre, sugli spalti del campo Cetorelli di Fiumicino, ha accusato un malore ed è stata ricoverata. Il 15enne è stato rianimato e si è ripreso, tanto che la gara è ricominciata.

IL RESPONSO al pronto soccorso, però, è stato un incubo: dissezione aortica, un problema vascolare raro – probabilmente congenito –, impossibile da rilevare se non dopo esami specifici a causa di sintomi precisi. Poche ore dopo Alessio è spirato, mentre veniva tentato un disperato intervento chirurgico. Il calvario è durato dalle undici alle 16.30, quando il cuore ha smesso di battere. Ora le indagini cercheranno di chiarire se le due tragedie sono state causate da fatalità o se, invece, eventualmente si possono ipotizzare responsabilità.





Superate le visite

Il presidente della squadra di pallavolo in cui giocava Alessia: «Aveva superato le visite mediche per praticare attività sportiva. Una tragedia inspiegabile»

Dopo quattro partite

Alessia Berruti, undici anni, l'altra sera in albergo a una compagna ha detto: «Mi gira la testa», poi è svenuta. Dopo averla rianimata, la corsa in ospedale. Inutile

Si era ripreso

Valerio Stella, dopo l'intervento dei soccorsi in campo, si era ripreso, tanto che la partita tra Fiumicino e Lazio era ricominciata. Poi in ospedale la tragedia

INTERVISTA IL CARDIOLOGO: CAPITA CERTE VOLTE CHE I SEGNI DEL MALESSERE NON SIANO SUFFICIENTEMENTE EVIDENTI

«Controlli tra i migliori al mondo, ma qualcosa può sfuggire»

SOCCORSI E RIANIMAZIONE

«Fondamentali i defibrillatori
Insegniamo alla gente a usarli»

Alessandro Malpelo

«È **INACCETTABILE** vedere dei giovani accasciarsi sul campo di gioco e perdere la vita come colpiti da una fucilata. I controlli sanitari cui sono sottoposti gli atleti in Italia, non solo professionisti, sono tra i più sofisticati al mondo, ma qualcosa può sfuggire». È il commento di Giuseppe Inama, presidente della Società Italiana di Cardiologia dello Sport, sugli ultimi casi di adolescenti stroncati da morte improvvisa, un calciatore a Fiumicino e una pallavolista di Finale Ligure.

Dottore, le visite cardiologiche sono in grado di svelare aritmie e vizi congeniti?

«Senza dubbio i controlli che si fanno per il certificato sportivo agonistico sono tra i migliori al mondo».

Quali sono gli esami praticati?

«Elettrocardiogramma, test sul gradino, visita specialistica, studio dei parametri».

Che grado di attendibilità hanno?

«Il test sul gradino ha spiccata sensibilità per identificare aritmie latenti. La prova da sforzo è più specifica, punta a svelare problemi di tipo coronarico dopo i 35 anni. Al minimo dubbio il medico sportivo si rivolge al cardiologo, che può approfondire con altre analisi».

Quanto incidono a livello statistico i problemi di cuore nei giovani sportivi?

«La morte improvvisa in gara o in allenamento colpisce tre casi ogni centomila l'anno».

Che nomi hanno queste malattie rare?

«C'è una anomalia, detta del QT lungo, che si evidenzia dal tracciato elettrocardiografico, ci sono poi la sindrome di Brugada, la malattia aritmogena del ventricolo destro e la fibrillazione ventricolare idiopatica».

Come mai, nonostante i controlli, si verificano ancora così tanti infortuni?

«Se muore un giovane che aveva superato lo screening i casi sono due: le spie di malessere sono state sottovalutate dagli esami strumentali oppure erano segni troppo poco evidenti».

Nei casi riportati dalla cronaca non si esclude l'aneurisma aortico.

«Un'evenienza rara e imprevedibile nei giovanissimi, in questi casi la rianimazione con il defibrillatore non sarebbe bastata».

Tante altre volte il soccorso immediato è stato in grado di scongiurare la tragedia...

«Questo è il punto: dobbiamo fare più prevenzione secondaria. Tutti dovrebbero imparare il massaggio cardiaco e le manovre rianimatorie, già nelle scuole. Grazie alle associazioni di volontariato e al Conacuore, il loro coordinamento, promuoviamo seminari su queste tecniche. Fondamentale diffondere l'uso dei defibrillatori, lo può usare chiunque, dopo un breve corso. Mantiene in vita la persona e ripristina il battito cardiaco in attesa dell'ambulanza. In Nord Europa sono più avanti nel primo soccorso, dobbiamo prendere esempio da loro».



Medicina

Le differenze
fra l'esercizio aerobico
e quello anaerobico

di Antonella Sparvoli

SALUTE

Meglio l'esercizio **aerobico** o **anaerobico**?

Lo specialista

Il primo favorisce circolazione e respiro, l'altro potenzia e rinforza i muscoli

L'attività fisica aiuta a prevenire e curare molte malattie e rallenta il naturale processo di invecchiamento. Ci si può allenare in tanti modi, ma una distinzione fondamentale è quella tra attività aerobica e anaerobica. «Ciò che le differenzia è innanzitutto il tipo di energia utilizzata — spiega Gianfranco Beltrami, medico dello sport, docente al corso di laurea in Scienze motorie dell'Università di Parma —. Durante l'attività aerobica l'organismo trae inizialmente energia dalle riserve di zuccheri (glicogeno) e, poi, per sostenere lo sforzo, dai grassi di deposito, il tutto usando come "combustibile" per bruciare i substrati energetici l'ossigeno, fornito ai muscoli attraverso il sistema cardiovascolare. Nell'esercizio anaerobico l'organismo ha bisogno di molta energia in brevissimo tempo, che ottiene senza usare ossigeno per la combustione dei substrati energetici. L'attività aerobica richiede uno sforzo moderato per un periodo di tempo prolungato, almeno 20 minuti. Ne sono esempi marcia, jogging, nuoto, bicicletta e sci di fondo. L'attività anaerobica è caratterizzata invece da sforzi intensi ma brevi (da pochi secondi ad alcuni minuti) come, per esempio, scatti, corsa sui 100-200 metri, salti e sollevamento pesi. Questo tipo di esercizio ha bisogno di momenti di riposo prima di essere ripetuto».

Quali sono i benefici offerti dall'allenamento aerobico o anaerobico?

«Un programma regolare di attività aerobica tonifica i muscoli, favorisce una riduzione della

pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, aiuta a ridurre lo stress e a controllare ansia e depressione, fa dimagrire, migliora respirazione e resistenza. L'esercizio anaerobico è un allenamento di potenza, che irrobustisce i muscoli, ne aumenta la massa, accrescendone la forza. L'attività aerobica può essere praticata da tutti calibrando gli sforzi in base a età, peso, condizioni generali; quella anaerobica è in genere sconsigliata se si hanno problemi di salute importanti, per esempio al cuore. D'altro canto, eseguita, almeno inizialmente, con la supervisione di un allenatore competente e alcune cautele, può essere praticata anche dagli anziani. Nei bambini e negli adolescenti in crescita è meglio evitare i pesi, cercando di migliorare la muscolatura solo con esercizi a corpo libero».

Quale attività è più adatta per dimagrire?

«L'attività aerobica "brucia" i grassi di deposito e alza il metabolismo, che si mantiene più attivo per ore dopo l'esercizio. Ma anche l'attività anaerobica contribuisce a far perdere peso perché aumenta la massa muscolare. E visto che il muscolo consuma molte calorie, più sono sviluppati i muscoli più si consumano calorie. L'ideale è abbinare i due tipi di attività, con allenamenti alternati o misti. Gran parte degli sport prevedono un mix di esercizio aerobico e anaerobico».

Quanto bisogna allenarsi?

«In generale, se si svolge un'attività prevalentemente aerobica l'ideale è almeno tre volte a settimana per circa un'ora, modulando l'intensità in base alle proprie esigenze, per esempio un'intensità bassa è adatta per i principianti, per chi ha problemi cardiovascolari e per chi è in sovrappeso e desidera dimagrire. Per chi predilige un tipico allenamento anaerobico, come il sollevamento pesi, in genere si consigliano sedute di almeno 45 minuti, 2-4 volte a settimana, a seconda del tipo di obiettivo. L'intervallo tra una sessione di esercizio e l'altra deve essere di circa un minuto, con un numero di ripetizioni che di solito è compreso tra 10 e 15, a seconda di quanto è pesante il carico».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quando si parla di attività fisica si possono distinguere due grossi filoni a seconda di come i muscoli generano energia durante l'allenamento

ATTIVITÀ AEROBICA

L'allenamento aerobico presuppone l'utilizzo di **ossigeno**, fornito dal sistema cardiovascolare, come combustibile per «bruciare» **zuccheri** prima (glicogeno) e grassi poi (dopo i primi 20 minuti di attività). In generale si basa su attività di **bassa intensità e lunga durata** (almeno 20 minuti)

Esempi

- Camminata
- Corsa (jogging)
- Ciclismo
- Nuoto a bassa intensità
- Sci di fondo
- Cyclette e tapis roulant

I BENEFICI

- Aumenta la resistenza
- Favorisce la moltiplicazione dei capillari sanguigni, incrementando così l'afflusso di sangue alle cellule
- Riduce la frequenza cardiaca
- Riduce la pressione sanguigna
- Aumenta la capacità respiratoria (maggiore ossigenazione dei tessuti)
- Permette di «bruciare» i grassi di deposito e quindi di favorire il dimagrimento
- Abbassa i livelli di colesterolo e trigliceridi
- Tonifica i grossi gruppi muscolari
- Contrasta ansia e depressione

ATTIVITÀ ANAEROBICA

Nell'allenamento anaerobico **non è utilizzato l'ossigeno** per la combustione dei substrati energetici. Si tratta di attività di **breve durata con sforzo intenso**. Esse si distinguono in:

Attività anaerobiche lattacide: viene utilizzato come substrato energetico il «glicogeno» muscolare senza l'ossigeno. Viene prodotto acido lattico. Hanno una durata che varia da **30 secondi a pochi minuti**

Attività anaerobiche alattacide: viene utilizzata come substrato energetico una sostanza chiamata «fosfocreatina». Hanno una durata di **pochi secondi**

Esempi

- Nuoto ad alta intensità
- Corsa 100-200 metri
- Lancio del giavellotto
- Sollevamento pesi
- Scatti
- Lancio del peso

I BENEFICI

- Aumenta la massa muscolare
- Irrobustisce la muscolatura
- Aumenta la forza
- Aiuta a controllare il peso e a rimanere in forma

L'attività fisica in generale è un ottimo strumento di prevenzione e cura di molte malattie come per esempio: diabete, dislipidemie (livelli elevati di grassi nel sangue), ipertensione, patologie reumatiche, disturbi dell'umore, ecc.

L'attività anaerobica è sconsigliata a chi non sia in piena salute. È utile anche negli anziani per contrastare la perdita muscolare. In questi casi conviene iniziare con un allenatore che sappia dosare lo sforzo e rendere la prestazione fisica migliore in modo graduale

COME E QUANTO ALLENARSI

A prescindere dal tipo di attività che si intende praticare è bene prevedere

- un periodo di **riscaldamento** di 5-10 minuti prima di iniziare, per esempio facendo una corsa lenta
- un periodo di **defaticamento finale**, di altri 5-10 minuti, basato su esercizi di intensità decrescente

ATTIVITÀ AEROBICA

- Per ottenere benefici è fondamentale allenarsi con regolarità, almeno **tre volte a settimana**
- La durata dell'esercizio non dovrebbe essere inferiore ai **40 minuti**, per arrivare a **un'ora e più** man mano che il fisico è maggiormente allenato
- L'**intensità** con cui eseguire gli esercizi dipende dal livello di allenamento e dalle proprie esigenze. Il parametro guida è la frequenza cardiaca che varia in base all'età. La **frequenza cardiaca massima (FCM)** si calcola sottraendo a 220 la propria età.
- **Intensità bassa (60-70% FCM):** in genere è consigliata a chi comincia a fare moto, ha problemi cardiovascolari o è in sovrappeso
- **Intensità media (70-80% FCM):** è raccomandata a chi desidera migliorare l'efficienza cardiovascolare e mantenere una buona forma
- **Intensità elevata (80-90% FCM):** di solito è riservata a sportivi che vogliono massimizzare le loro prestazioni aerobiche

ATTIVITÀ ANAEROBICA

- Le caratteristiche di un tipico allenamento anaerobico, come il **sollevamento pesi**, dipendono dall'obiettivo che si ha, per esempio ottenere una buona definizione dei muscoli, ridurre il tessuto adiposo o ancora aumentare la massa muscolare
- Un buon allenamento con i pesi dovrebbe prevedere sedute di durata compresa tra **30 e 75 minuti**, dalle due alle quattro volte a settimana
- Tra una sessione e l'altra è buona regola far passare un tempo **inferiore ai 90 secondi**
- In genere si consiglia un numero di **ripetizioni** compreso **tra 10 e 15**, a seconda che il carico sia massimale o submassimale
- Se si vuole ottenere una buona definizione dei muscoli si consiglia di **alternare agli esercizi con i pesi un'attività aerobica**. Un allenamento misto è ottimo anche per chi vuole dimagrire
- In bambini e adolescenti meglio evitare i pesi. Per rinforzare la muscolatura sono più adatti gli esercizi a corpo libero

Corriere della Sera / Micro Tangherlini

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Differenze

Non sempre
viene prodotto
acido lattico

L'esercizio *anaerobico lattacido* usa gli zuccheri di riserva del muscolo (glicogeno) per produrre energia, dura da 30 secondi a pochi minuti e comporta la produzione di acido lattico. L'esercizio *anaerobico alattacido* utilizza come substrato energetico la fosfocreatina, dura pochi secondi e non rilascia acido lattico. «L'acido lattico deriva dal metabolismo degli zuccheri. Durante un esercizio intenso, i muscoli ne producono più di quanto l'organismo possa

metabolizzarne. Se la velocità di sintesi supera quella di smaltimento, il composto si accumula nei muscoli. L'acido lattico non è, però, responsabile dei dolori muscolari avvertiti nei giorni successivi l'allenamento. Questa sostanza viene infatti smaltita in poche ore. Il dolore diffuso e la stanchezza muscolare sono da attribuire a un processo di "sfibramento muscolare", legato a microtraumi muscolari» puntualizza Beltrami.

A. S.