

stampa | chiudi

IL RAPPORTO

# In Italia aumenta l'adesione agli screening contro i tumori

*La tendenza è positiva, ma il Sud resta indietro. La crisi spinge gli assistiti a non perdere l'occasione dei test gratuiti*

NOTIZIE CORRELATE

Screening, le donne dimostrano più senso di responsabilità

I programmi di screening per i tumori segnano una progressiva (anche se lenta) diffusione, per cui, complessivamente, aumentano sia l'offerta sul territorio nazionale sia la partecipazione dei cittadini. La tendenza, però, non riguarda il Sud e le Isole. A dispetto degli sforzi importanti compiuti, in alcune regioni meridionali la situazione dei programmi per la diagnosi precoce continua ad apparire sganciata da quella del resto della penisola. È questo il quadro tratteggiato dal Rapporto 2014 dell'Osservatorio Nazionale Screening, appena presentato a Bologna, che traccia il bilancio sull'adesione alle campagne di diagnosi precoce per i tumori di seno, colon retto e cervice uterina (GUARDA).

**INVITI SPEDITI A CASA** - Nel 2012 sono stati oltre 10 milioni gli inviti spediti per sottoporsi gratis a un test per la diagnosi preventiva del cancro, più di 5 milioni gli esami eseguiti. Oggi, in particolare, il 70 per cento delle donne italiane dopo i 50 anni riceve un invito per sottoporsi allo screening mammografico contro il tumore al seno e al 77 per cento arriva l'offerta di sottoporsi al Pap test per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero, mentre il 57 per cento di maschi e femmine tra i 50 e i 70 anni è chiamato all'esame della ricerca del sangue occulto nelle feci per scoprire in anticipo la presenza di un eventuale carcinoma del colon retto. «Nella situazione attuale, segnata dal rischio di un tendenziale disinvestimento in campo sanitario, il radicamento (e il lieve aumento) di copertura del territorio nazionale e di adesioni è un dato molto importante - sottolinea Marco Zappa, responsabile dell'Osservatorio -. Anzi, parecchie realtà del Centro e del Nord Italia segnalano che proprio l'attuale crisi economica spinge ad accettare l'invito del programma organizzato persone che, magari, in precedenza, tendevano a scegliere percorsi individuali a pagamento».

**RITARDO AL SUD** - Il rovescio della medaglia è il ritardo del Sud, che si ripropone in maniera così uguale e costante nel tempo che, si potrebbe quasi dire, "non fa più notizia". Questa la situazione: se la mammografia viene offerta a oltre il 90 per cento delle donne tra i 50 e i 69 anni residenti al Nord, la percentuale crolla al 37 per cento al Sud. Differenza ancora più marcata per la ricerca del sangue occulto nelle feci: è proposta all'83 per cento delle persone con età compresa tra i 50 e i 70 anni al Nord e soltanto al 18 per cento degli "aventi diritto" al Sud. Maggiore equilibrio si registra invece nell'offerta del Pap test,

destinato alle donne tra i 25 e i 64 anni: in tal caso si passa dall'86 per cento del Nord, al 77 per cento del Centro e al 70 per cento del Sud. «Le istituzioni regionali - precisa Zappa - sono regolarmente avvertite delle carenze, senza che le cose cambino. A mancare, nelle regioni meridionali e nelle isole, è soprattutto l'organizzazione dei programmi di screening: in pratica non viene spedita la lettera d'invito a quelle fasce di popolazione che avrebbero diritto, periodicamente, a ricevere gratuitamente i controlli. Eppure si tratta di un servizio compreso nei Livelli essenziali di assistenza, cioè nelle prestazioni sanitarie che spettano a tutti i cittadini indipendentemente dalla regione di residenza».

**UNO SU TRE A RISCHIO TUMORE** - Margini di miglioramento restano però aperti anche sul fronte individuale: ancora troppi italiani non si sottopongono ai test offerti gratuitamente per ragioni del tutto incomprensibili, visto che si tratta di esami rapidi e indolore, che potrebbero salvare loro la vita. Secondo i dati del Rapporto, infatti, nel corso del 2012 più di tre milioni di donne sono state chiamate allo screening cervicale, ma soltanto il 41 per cento ha accettato l'invito; a oltre quattro milioni di connazionali è stata offerta l'opportunità dello screening per il colon retto, ma l'adesione è stata del 46 per cento; infine, dei 3 milioni di donne invitate a fare una mammografia, soltanto il 57 per cento ha colto l'occasione. «Oggi - conclude l'esperto - una persona su tre in Italia è a rischio di ammalarsi di un tumore nel corso della vita e la consapevolezza dell'importanza della diagnosi precoce è sempre più diffusa. Spesso scoprire la malattia agli stadi iniziali è fondamentale per poter avere maggiori probabilità di guarire. E nei casi di cervice uterina e colon possiamo scoprire e curare persino i precursori benigni del tumore, prevenendo così l'insorgenza di un carcinoma».

stampa | chiudi

**Per gli inibitori della proteasi di seconda generazione avviate le procedure di autorizzazione che si dovrebbero concludere entro l'anno. Negli Usa il primo prodotto in commercio costa 84 mila dollari a terapia per paziente**

# Epatite C

## La rivoluzione dei farmaci Super costosi, salvano la vita

ARNALDO D'AMICO

**N**ei prossimi mesi è prevista l'entrata in commercio di ben quattro nuovi farmaci contro l'epatite C, (inibitori della proteasi di seconda generazione) che agiscono in minor tempo e aumentano la percentuale di malati in cui viene sterminato il virus che la causa, lo Hcv. Se le autorità regolatorie europee si comporteranno come la Fda statunitense, sarà bruciato il record del costo: mille dollari a pillola alla Gilead Sciences per il suo sofosbuvir, moltiplicati per le 12 settimane di cura fanno 84 mila dollari a malato, più i costi degli altri farmaci del cocktail, più economici. Ma l'epatite C spesso evolve in cirrosi epatiche e/o cancro, patologie mortali e ben più costose da trattare. Per non parlare del trapianto di fegato, che si tenta in alcuni casi selezionati, costosissimo l'intervento e il post. E gli infetti sono tanti, due milioni solo in Italia, record europeo.

«Mai vista un'ondata di farmaci così innovativi ed efficaci -

osserva Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità - Sono i frutti dello sforzo fatto contro l'Aids. I due virus hanno "bersagli molecolari" simili e le scoperte fatte per colpire l'Hiv hanno accelerato lo sviluppo di quelli contro l'Hcv. Che però ha un vantaggio per l'uomo rispetto all'Hiv. Se si riesce a bloccare la replicazione abbastanza a lungo, il virus muore e si guarisce. I farmaci già oggi permettono l'eradicazione, ma in una minor percentuale di casi e con cure spesso insopportabili».

Anche il mercato rappresentato dai 180 milioni di casi nel mondo deve aver portato le industrie a investire in ricerca. Inoltre il vaccino è ancora lontano. «Come l'Hiv, l'Hcv ha un decorso cronico, per la debolezza delle armi che gli oppone il sistema immunitario. In queste condizioni è difficile fare un vaccino. Difatto, è lo stimolo per l'immunità a produrre le sue armi in anticipo. Ma essendo deboli, non fermano l'infezione».

Molti i punti in comune dei nuovi farmaci. I tassi di guarigione arrivano anche al 100% circa, a seconda del tipo di malato, del ceppo virale e della precocità della terapia. La sommi-

nistrazione non dura più anni ma solo 12 settimane. È per bocca, non più iniettiva, come l'interferone, il componente del cocktail che i nuovi farmaci, in genere, sostituiscono, abbattendo quei pesanti effetti collaterali che costringono moltissimi a smettere la cura. Tutti i nuovi farmaci hanno superato le sperimentazioni ed entro l'anno dovrebbero terminare anche le trafille burocratiche per essere disponibili nel nostro Paese.

«Ma - avverte Vella - come con l'Aids, a livello globale, si riproporrà il problema delle disuguaglianze tra ricchi e poveri per l'accesso alle cure, dati i costi». E anche in Italia il rischio di ingiustizie, e di disuguaglianze nel diritto alla salute, è alto (vedi articolo a sinistra n.d.r.). Ed ecco i 4 farmaci.

Sofosbuvir di Gilead Sciences, sta nella pillola da mille dollari. È attivo contro l'Hcv genotipo 2.

Faldaprevir di Boehringer Ingelheim è efficace, insieme a interferone peghilato, contro l'Hcv genotipo 1 anche con mutazione NS3 Q80K. Il che evita la necessità di sottoporre i pazienti a test genetici prima del trattamento.

Daclatasvir di Bristol-Myers Squibb. L'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema) ne ha validato la richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio per il trattamento dei genotipi 1, 2, 3 e 4 in uso combinato con altri farmaci, incluso sofosbuvir.

Infine "3D" di AbbVie, ha dimostrato nelle sperimentazioni cliniche concluse di eradicare il virus Hcv genotipo 1 fino al 100% dei malati.



**L'infezione spesso evolve in cirrosi o cancro, patologie gravi difficili da trattare**

### IL CONTAGIO

Da rapporti sessuali non protetti, scambio di siringhe, trasfusioni, strumenti chirurgici e odontoiatrici mal sterilizzati

**STRUTTURE CARENTI  
POCHI PAZIENTI IN CURA**

Pochi pazienti trattati, poco il personale dedicato e ancora molte differenze regionali nell'organizzazione dei servizi. È il quadro delineato dall'indagine (del 2013) sull'accesso alle più recenti terapie contro l'epatite C (ma non ancora quelle di cui parliamo a fianco), realizzato dal Coordinamento associazioni dei malati cronici Cnamc-Cittadinanzattiva in collaborazione con Epac onlus e presentato di recente a Roma. In Italia l'epatite C trasmessa per contagio sangue-sangue come epatite B e Aids, è una emergenza sanitaria. Abbiamo il record in Europa occidentale di malati - 3% della popolazione - e di decessi, con 20 mila morti l'anno da cirrosi e tumore del fegato, esiti di epatite C. Dalle interviste a 287 pazienti con genotipo 1, questionari ai 65 centri deputati alla prescrizione e gestione della terapia e analisi degli atti ufficiali di regolamentazione della terapia che spettano alle Regioni è emerso che solo il 15% dei pazienti con epatite C è ritenuto idoneo all'utilizzo dei farmaci e fra questi, solo un paziente su 4 ha avuto accesso alla terapia con inibitori della proteasi di prima generazione, mentre il 35% è ancora in lista di attesa. Le strutture che erogano la nuova terapia sono, a livello nazionale, 353. Fra i 65 centri intervistati risulta che ben l'80% continua a lavorare con la stessa dotazione di personale, nonostante l'aumento delle complessità gestionali dei nuovi trattamenti. Il 20% dei centri, inoltre, indica di aver aspettato da uno a tre mesi per avere i farmaci da somministrare ai pazienti. A livello regionale, poi, meno della metà delle Regioni ha formalizzato e reso pubblico un percorso diagnostico terapeutico completo per la gestione della cura. Manca invece una regia nazionale che uniformi i criteri di accesso alle terapie e per questo ogni Regione individua modelli diversi di organizzazione dei servizi per l'erogazione delle stesse

Nel dettaglio emerge che solo quattro pazienti su 10 sono ritenuti idonei all'utilizzo dei nuovi farmaci innovativi: per malattia troppo avanzata 18,6% o malattia troppo lieve (12,2%) a cui va aggiunto un 15% per i quali si consiglia di aspettare farmaci con minori effetti collaterali (a. d'a.)



## LA FINE ASSURDA DI UNA DONNA A PALERMO

## Da un ospedale all'altro: muore per un ascesso

*Quando il dolore è diventato insopportabile ha deciso di rivolgersi ai medici, ma la situazione è precipitata***Valentina Raffa**

**Palermo** Morire, nel 2014, perché non si vuole - o non si può - ricorrere alle cure di un dentista. Una storia alla Dickens, con la differenza però che oggi non siamo più nell'800 e romanzi sociali come «Oliver Twist», «David Copperfield» e «Tempi difficili» dovrebbero apparire decisamente anacronistici. Eppure... Eppure succede che ai nostri giorni si possa ancora morire per un mal di denti.

Un dolore a un molare che la protagonista di questa drammatica vicenda aveva cercato di sopportare. Difficile rivolgersi a un dentista, perché curare un ascesso avrebbe richiesto una certa spesa. E Gaetana, 18enne di Palermo, non poteva permettersela. Lei si sarebbe dovuta recare immediatamente in Pronto soccorso. Quando lo ha fatto, ossia quando il dolore era divenuto lancinante al punto da farle perdere i sensi, per lei non c'era più nulla da fare. È stata accompagnata dalla famiglia all'ospedale Buccheri La Ferla, di Palermo, dove avrebbero dovuto essere applicate le cure antibiotiche, ma purtroppo il nosocomio (a differenza del Policlinico) non dispone di un reparto specializzato. Quando quindi la situazione si è aggravata, la donna è stata portata all'ospedale Civico. Ricoverata in 2<sup>a</sup> Rianimazione, i medici hanno tentato il possibile per salvarle la vita. A quel punto, però, l'infezione aveva invaso il collo e raggiunto i polmoni. L'ascesso al molare era divenuto fascite polmonare. L'agonia è durata giorni. La vita di Gaetana era appesa a un filo. Poi è sopraggiunto il decesso. Le cause della morte sono chiare, per cui non è stata disposta l'autopsia.

Nel 2014 si muore ancora così. E pensare che esiste la «mutua». Ma Gaetana forse non lo sapeva. Sarebbe bastato recarsi in ospedale con l'impegnativa del medico di base. È una storia di degrado, non di malasani-

tà: ci sono 4 ospedali a Palermo con servizio odontoiatrico. Ma nella periferia tristemente famosa dello Zen questa non è un'ovvietà.



# Cibo, testa e fisico Così la scienza cerca l'elisir di lunga carriera

Medici ed ex atleti: "Guai a interrompere i sacrifici"

## Inchiesta

STEFANO SEMERARO

**P**er Kimiko Date, l'highlander tascabile del tennis che a 43 anni ancora vince partite sul circuito femminile, la ricetta della longevità sta tutta nel verso di un haiku: «Cibo giapponese, molta acqua, tè verde. E almeno nove ore di sonno al giorno». Secondo Dino Zoff, che a 40 anni nel 1982 ha vinto un mondiale leggendario, «prima di tutto ci sono le motivazioni. Certamente è necessario aver fatto vita d'atleta per mantenersi integro e il dna conta. Ma c'è anche il piacere di fare attività sportiva, che dopo una certa età si apprezza ancora di più».

Continuare a vincere quando l'anagrafe consiglierebbe altre attività - la cura della discendenza, le telecronache dei trionfi altrui, l'uncinetto - è un'arte che gli atleti praticano sempre di più. Armin Zöggeler, certo, ma non solo. E non solo in sport poco usuranti. Silvio Branco, anni 47, dodici titoli mondiali sparsi in quattro categorie di peso nel pugilato, sul ring è salito da giovanissimo, perché faticava a crescere, e non ha ancora deciso di scendere. «Mi chiamavano "schizzo", pesavo 38 chili - racconta - ma sono cresciuto fino ad un metro e 88 e ho vinto titoli dai 72 ai 90 chili di limite: non mi sono risparmiato. Il segreto è non imborghesirsi, anzi, non "incivilir-

si", non rinunciare ai sacrifici. La molla che mi spinge ormai non sono i titoli, né i soldi, ma il fatto che se in palestra mi confronto con i pugili di 25 o 30 anni, il migliore resto ancora io: in Italia e nel mondo. Ho vinto due volte il "Golden Hercules" come miglior corpo nel mondo della boxe, ma è la mia mente che è no limits».

Ci vogliono fisici celestiali, cervelli cannibali, «e una straordinaria capacità di reagire agli infortuni e alle sconfitte», concorda Maurizio Zenoni, il medico di un altro boxeur senza età come Giacobbe Fragoni. «Però ci sono anche metodologie di allenamento e di recupero che oggi consentono a chi una volta subiva infortuni "definitivi" di tornare a gareggiare, come nel caso di Giacobbe». Il dottor Luca Gatteschi fa parte dello staff della nazionale di calcio e punta il dito sull'intelligenza. «Per vincere da "anziani" bisogna essersi gestiti bene da giovani», spiega. «E capire che a 40 anni non ci si può allenare come a 20. Bisogna puntare sulla qualità, mirare magari alla pulizia del gesto più che sulla quantità. A 20 anni si recupera in fretta anche da un allenamento sbagliato, a 40 un quarto d'ora di troppo può causare problemi».

«Negli ultimi anni - prosegue Gatteschi - lo sport ha lavorato soprattutto sul recupero dagli infortuni e sull'alimentazione, perché si è capito che l'alimentazione è un complemento fondamentale della preparazione. La genetica poi agisce anche a livello mentale, aiuta a fare le scelte giuste. E l'atleta esperto può contare su schemi motori che si sviluppano nel tempo». Elena Casiraghi, ex canoista

azzurra, specialista in nutrizione e integrazione dello sport, sottolinea l'importanza del carburante. «Alla fine la chiave è tentare di rallentare l'invecchiamento biologico, che colpisce tutti. Con l'età calano gli ormoni e diventa più facile infortunarsi, il segreto è un'alimentazione antinfiammatoria, quindi ricca di pesce, specie di mari freddi, di olio extra-vergine d'oliva, cibi che contengono i famosi omega 3. Va ridotta la quantità di pasta e pane, favorita l'assunzione di frutta e verdure ricche di colore, segno della presenza di elementi antiossidanti. E poi mirtillo e cacao per aumentare la lucidità mentale, che per un atleta è fondamentale». Un esempio di come si può sfidare l'età nutrendosi con saggezza? «Rossano Galtarossa, il canottiere che seguì, e che a 40 anni fa gli stessi tempi di quando ne aveva 18». Ragionare a tavola, per non invecchiare in campo e in pista.

## Hanno detto

### Le motivazioni contano più di tutto, ma è anche questione



**STANDARD OSPEDALIERI SUL TAVOLO DEL PATTO PER LA SALUTE****3,7 POSTI LETTO PER MILLE ABITANTI E SOGLIE MINIME DI INTERVENTI**

(ANSA) - ROMA, 10 FEB - Standard qualitativi e quantitativi per ogni singola struttura e unità operativa, al di sotto dei quali non si può scendere se si vuole garantire la sicurezza dei pazienti. Da tempo attesi e solo in modo disomogeneo applicati, sono stati oggi sul tavolo del Patto per la Salute. Dopo la compartecipazione al finanziamento del Sistema Nazionale Sanitario e il capitolo degli investimenti in strutture ospedaliere, all'ordine del giorno degli incontri tra il ministro della Salute Lorenzin e le Regioni, è arrivato oggi il regolamento ospedaliero. Previsto dalla Spending review del 2012 e allegato alla legge Balduzzi, il regolamento, che non è mai entrato in vigore in modo organico in tutto il Paese, sarà uno dei punti qualificanti del Patto. L'assistenza ospedaliera dovrà mostrare di avere standard tali da poter garantire la sicurezza del paziente. Ad esempio ogni struttura complessa dovrà effettuare almeno 150 interventi di bypass annui, sotto i quali non potrà operare, 100, invece, gli interventi annui minimi previsti per tumore alla mammella. Nel regolamento ospedaliero, inoltre, si definisce anche il numero massimo di unità operative rispetto alla popolazione che ogni territorio deve avere: ad esempio una cardiocirurgia ogni 600.000-1.200.000 abitanti. Inoltre il limite di 3,7 posti letto per 1000 abitanti, per garantire i quali bisognerà chiudere unità operative complesse e investire nella rete di collegamento tra ospedale e territorio. "Quello degli standard ospedalieri è uno dei punti più attesi, in grado trasformare il volto del nostro Sistema sanitario", secondo l'assessore alla Sanità della Toscana Luigi Marroni che aggiunge: "con il regolamento del 20 dicembre 2012, per la prima volta in cui si fissavano parametri, che ora sono applicati in modo disomogeneo. Uniformarli sarà un passo decisivo". "Soddisfazione e fiducia", a detta di entrambe le parti, continuano ad animare agli incontri che si stanno susseguendo a ritmo serrato tra Regioni e Ministero, per cercare di chiudere il Patto quanto prima. "Certamente - conclude Marroni - non possiamo che apprezzare la determinazione, la coerenza e il pragmatismo con cui la Lorenzin sta portando avanti i lavori". Lavori che proseguiranno giovedì, sempre al ministero. All'ordine del giorno il personale sanitario. (ANSA).



11-02-2014

## **UNICEF: CON VACCINO MORBILLO 13,8 MLN BIMBI MORTI IN MENO**

(AGI) - Roma, 10 feb. - Il numero di casi di morti da morbillo tra i bambini e' diminuito del 78%, passando da 562.000 nel 2000 a 122.000 nel 2012, "a dimostrazione che gli investimenti sui vaccini e sulle campagne di vaccinazioni di massa e di routine sono importanti". E' quanto afferma l'Unicef, secondo cui durante questo periodo le vaccinazioni contro il morbillo hanno prevenute 13,8 milioni di morti di bambini. Nel 2012, 145 milioni di bambini sono stati vaccinati nel corso di campagne di vaccinazioni di massa contro il morbillo; e dal 2000 piu' di un miliardo di bambini sono stati raggiunti grazie alla Measles and Rubella Initiative, lanciata nel 2001 da Unicef, Croce Rossa USA, United Nations Foundation, U.S. Centers for Disease Control and Prevention e Oms. Il morbillo continua a essere, a livello globale, una minaccia in 5 regioni su 6 (come classificate dall'Oms) in cui sono state rilevate epidemie, mettendo a repentaglio, in queste aree, i progressi per l'eliminazione della malattia. Nella regione delle Americhe, l'eliminazione del morbillo e' avvenuta con la registrazione, nel 2002, dell'ultimo caso endemico e continua a mantenere questa condizione anche se si sta ancora rispondendo a molti altri casi di morbillo provenienti dall'esterno.

Lunedì 10 FEBBRAIO 2014

## Ictus. Dagli USA le prime linee guida per le donne

***Pubblicate su Stroke, le prime linee guida sull'ictus al femminile documentano i fattori di rischio della patologia. Dalla preeclampsia all'ipertensione combinata con l'assunzione della pillola contraccettiva, fino a fumare insieme all'uso dello stesso anticoncezionale. [LE LINEE GUIDA](#)***

Una sintesi completa di tutti i fattori di rischio 'al femminile' che sono legati all'ictus: la American Heart Association/American Stroke Association ha messo a punto le prime linee guida, specifiche per le donne, sull'ictus e sulla prevenzione cardiovascolare. Queste linee guida sono pubblicate sulla rivista [Stroke](#). Il documento fornisce raccomandazioni riguardo alla presenza di alcuni elementi e/o patologie collegati al rischio di ictus: tra questi, alcuni problemi della salute delle donne, come la preeclampsia (gestosi), la menopausa, la sostituzione degli ormoni, ma anche l'obesità/sindrome metabolica, la fibrillazione atriale e l'emicrania con aura.

**Ben una donna su cinque ha un ictus durante la vita.** E i numeri sull'ictus indicano che ogni anno più donne che uomini presentano questo evento patologico (superandoli di 55mila casi nel 2010). L'ictus è la terza causa di morte per il sesso femminile, mentre la quarta per il sesso maschile. Ma quali sono i fattori di rischio che fanno sì che le donne siano più soggette a questo grave problema?

In generale, oltre ai fattori di rischio per l'ictus condivisi con gli uomini, come alta pressione, essere fumatori e diabete, le donne ne hanno anche altri, legati a problematiche tipicamente femminili, che le rendono vulnerabili rispetto al problema dell'ictus in maniera unica. Lo ha sottolineato su [blog.heart.com](#) (un sito dell'American Heart Association/American Stroke Association) Monique Chireau, ostetrica e ginecologa alla Duke University Medical School, che ha collaborato alla stesura delle linee guida. La ginecologa spiega come vi siano evidenze scientifiche che mostrano il collegamento tra la preeclampsia, il diabete gestazionale ed altri problemi legati alla gravidanza con un aumento di problemi cardiovascolari, ha sottolineato su [blog.heart.com](#) (sito dell'American Heart Association).

Ad esempio, **la preeclampsia**, di cui negli Stati Uniti soffre circa dal 6 al 10% delle donne che partoriscono ogni anno, raddoppia il rischio di ictus e quadruplica il rischio di alta pressione sanguigna in età avanzata: lo ha affermato, sullo stesso sito, Cheryl Bushnell del Stroke Center at Wake Forest Baptist Medical Center, primo nome della pubblicazione.

### **Le linee guida forniscono le seguenti raccomandazioni:**

Tutte le donne che hanno una storia di preeclampsia dovrebbero regolarmente essere controllate rispetto al rischio di pressione alta, obesità, consumo di tabacco e colesterolo alto. Questo screening dovrebbe iniziare entro un anno dal parto.

Donne che hanno la pressione alta durante la gravidanza o che la hanno avuta in una precedente gravidanza dovrebbero informarsi presso le assiste a livello sanitario per sapere se devono assumere basse dosi di aspirina a partire dal secondo trimestre fino al parto, per ridurre il rischio di preeclampsia.

Inoltre, se hanno in gravidanza una pressione sanguigna molto alta (160/110 mmHg o superiore) o moderatamente alta (150-159 mmHg/100-109 mmHg), esse devono essere trattate con farmaci sicuri. La combinazione **ipertensione** e assunzione di **pillola contraccettiva** aumenta il rischio di ictus e

potrebbe raddoppiarlo: prima di iniziare a prendere questo anticoncezionale, le donne dovrebbero essere sottoposte a screening per misurare l'eventuale presenza di ipertensione.

Anche il tabacco è un 'indagato speciale'. Infatti, le donne non dovrebbero consumarlo: **fumare** e contemporaneamente assumere la pillola anticoncezionale aumenta il rischio di ictus, come anche avviene nel caso in cui il consumo di tabacco è unito alla presenza di attacchi di **emicrania con aura**. Sopra ai 75 anni, le donne dovrebbero essere sottoposte a screening per la fibrillazione atriale. In questa fascia di età, inoltre, le donne presentano una probabilità più alta rispetto agli uomini di sviluppare disturbi del ritmo cardiaco: e questo aumenta il rischio di ictus cinque volte.

***Viola Rita***

**CAMICI & PIGIAMI**

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**COME CONIUGARE RICERCA, PROFITTI E DIRITTI**



**L**a ricerca medica produce una gran quantità di dati sul genoma studiando tanti popoli diversi. L'accesso ai dati, ai campioni biologici e alle banche dati elettroniche accelera la capacità di comprendere il ruolo dei geni su salute e malattie, in rapporto ad ambiente e comportamenti individuali e collettivi. Accelera anche la capacità di tradurre la ricerca in diagnosi, costruire farmaci mirati e sviluppare nuove strategie di prevenzione. Assicurare che l'innovazione non diventi patrimonio esclusivo di pochi e ricchi privati, ma sia in equilibrio con gli interessi collettivi: questa è la sfida. Chi rischia il proprio danaro ha diritto di godere il frutto dell'investimento, ma dal momento che molte delle conoscenze da cui parte e di cui usufruisce originano da competenze pubbliche, la politica è chiamata a promuovere ogni innovazione calmierando prezzi e moderando appetiti. Il progresso medico deve essere goduto da tutti. Compito difficile, considerando che c'è chi nemmeno gode ancora della penicillina.

*camici.pigiami@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it



# Chi salta la colazione a 16 anni rischia il diabete quando ne avrà 40

*Indagine durata 27 anni su 800 soggetti sani: le cattive abitudini predicono la comparsa di sindrome metabolica*

Via libera ai dolci a colazione, anche per dimagrire

I ragazzini che trascurano la prima colazione, saltandola del tutto o limitandosi a bere o mangiare qualcosa di dolce, rischiano l'obesità o il diabete da grandi. A dirlo è uno studio del Dipartimento di medicina clinica e salute pubblica della Umea University, in Svezia, pubblicato su . Gli esperti hanno analizzato lo stato di salute e le abitudini di 889 soggetti sani di Lulea (città svedese), nel 1981 (quando avevano 16 anni) e nel 2008 (quando ne avevano 43), scoprendo che chi da ragazzino trascurava il pasto del mattino si è ritrovato da adulto con il 68% in più di rischio di soffrire di sindrome metabolica.

**FATTORI DI RISCHIO** - «Le cattive abitudini a 16 anni predicono la comparsa della sindrome metabolica a 43, indipendentemente da altri fattori come lo stile di vita e l'indice di massa corporea - spiegano gli autori -. Inoltre l'abitudine di trascurare la colazione durante l'adolescenza è connessa con un maggiore aumento di peso e un più elevato livello di glucosio nel sangue da adulti». La sindrome metabolica non è una vera malattia, ma un insieme di fattori di rischio cardiovascolare: grasso addominale, glicemia alta, pressione alta e livelli bassi di colesterolo buono (HDL). I ricercatori svedesi hanno scoperto che nel 2008 il 27% dei soggetti studiati aveva sviluppati segni della sindrome. «Può essere che mangiare bene a colazione aiuti a mantenere una dieta sana per il resto della giornata» ha concluso l'autore principale dello studio, Maria Wennberg. Anche un recente studio della Harvard School of Public Health ha messo in guardia sui rischi che si corrono saltando la colazione: una cattiva abitudine che accresce del 27% il rischio di malattie al cuore ed espone ad attacchi cardiaci fatali più frequenti della media.

## I cinque numeri per un cuore sano

Secondo gli esperti della salute del cuore, bisogna sempre tenere a mente le misurazioni di cinque aspetti importanti: pressione arteriosa, indice di massa corporea (BMI), la circonferenza della vita e i livelli di colesterolo nel sangue. Scopriamo quali sono i numeri vincenti



Ci sono cinque numeri vincenti da non dimenticare. E non stiamo parlando di numeri da giocare al Lotto, ma di **cifre che riguardano la nostra salute e che possono fare la differenza**, perché, si sa, quando c'è la salute.

I fattori più importanti, secondo gli esperti di cardiologia dell'Ohio State University Wexner Medical Center (OSU-WMC) sono: i livelli di pressione arteriosa, l'indice di massa corporea (BMI), la circonferenza della vita, i livelli di colesterolo e quelli di zucchero ottenibili attraverso un esame del sangue. Cinque numeri di vitale importanza, secondo gli studiosi, per mantenere la salute cardiovascolare in ottimo stato.

«Questi sono i numeri medici che usano per valutare il rischio di una persona in merito a **eventuali malattie cardiache**, sia a breve termine che per tutta la vita», specifica nella nota OSU la dottoressa Martha Gulati, Direttore di Cardiologia preventiva e salute cardiovascolare delle donne dell'Ohio State's Ross Heart Hospital.

«Quando controllate questi numeri, siete autorizzati a lavorare con il vostro medico per migliorare la vostra salute del cuore», aggiunge Gulati, rimarcando l'importanza di tener costantemente monitorati tali fattori.

Una **pressione sanguigna normale** si attesta intorno ai 120/80. Se è più elevata è bene parlarne con il proprio medico curante. A volte sono sufficienti cambiamenti anche molto semplici al proprio stile di vita per ridurre efficacemente la pressione sanguigna e, magari, anche evitare di assumere farmaci – non privi di effetti collaterali.

L'indice di massa corporea (BMI), indica la misura del peso della superficie corporea e viene considerato **un indicatore molto affidabile** circa la quantità di grasso corporeo, valido per la maggior parte delle persone. Un BMI inferiore a 18,5 indica che la persona è sottopeso, mentre se è inferiore a 25 è normale. Al di sopra di tale cifra e fino a 29,9 indica un sovrappeso,

mentre oltre il 30 è considerato un caso di obesità, la cui gravità aumenta in base all'aumentare del numero.

Non da meno è l'importanza del girovita. **Il grasso addominale aumenta fortemente il rischio di malattie cardiache e di diabete di tipo II.**

Secondo la Gulati, le donne dovrebbero avere un giro vita inferiore ai 35 pollici (circa 90 centimetri), mentre l'uomo non dovrebbe superare i 40 (un metro).

Tenere costantemente monitorato il livello di colesterolo è altrettanto importante, tenendo poi presente che si trova anche negli alimenti, è bene calibrare anche l'alimentazione in base a questo.

**Il colesterolo alto può portare a malattie cardiache e aterosclerosi**, ossia un accumulo di placca nelle arterie. Parlando di numeri, in particolare, è di fondamentale importanza tenere bene a mente il colesterolo totale e quello a bassa densità (LDL): il primo dovrebbe essere inferiore a 200, mentre un LDL inferiore a 100.

Infine, la dott.ssa Gulati raccomanda la lettura della quantità di zucchero nel sangue (glucosio ematico). Alti livelli di glucosio possono causare il diabete e, di conseguenza, il rischio di contrarre malattie cardiovascolari. Un buon livello è pari a 100, se viene misurato dopo almeno otto ore di digiuno.