

quotidianosanita.it

Mercoledì 31 LUGLIO 2013

Cancro. Gli scienziati Usa. E' il momento di cambiargli nome

Un report del National Cancer Institute. "Il paziente sente la parola 'cancro' e pensa che morirà a meno che non venga trattato al più presto". E invece "non c'è bisogno di trattare ogni massa che emerge dalle analisi". La proposta sta già facendo discutere il mondo dell'oncologia.

Ti arriva la diagnosi di cancro e il mondo ti cade addosso. Eppure, tra le tante patologie racchiuse sotto questo nome non ci sono solo malattie che porteranno inesorabilmente alla morte. Si tratta invece di un gruppo di condizioni molto più eterogeneo, che non per forza finirà per portare a metastasi o diventare letale, ma che anzi include anche patologie più indolenti, che anche nel caso non vengano mai trattate potrebbero non causare alcun danno lungo il corso della vita di un paziente. Ma allora perché non chiamare queste condizioni meno "pericolose" in maniera diversa? Questa è proprio la proposta di un gruppo di consulenti del National Cancer Institute statunitense, pubblicati in un [report](#) su *The Journal of American Medical Association (Jama)*. Secondo gli esperti, cambiare la definizione di cancro ed eliminare questo termine da alcune diagnosi comuni, potrebbe essere parte di un cambiamento più complessivo dell'approccio alla diagnosi e al trattamento dei tumori, volto a limitare sovradiagnosi e sovratrattamento.

Tutto parte, infatti, proprio da un problema che ultimamente si fa sempre più pressante tra il personale medico, gli scienziati e le associazioni di pazienti: molte persone si sottopongono a trattamenti inutili – spesso dolorosi e a volte dannosi – per lesioni precancerose la cui evoluzione è talmente lenta da considerarsi altamente improbabile possano avere ripercussioni gravi sulla salute dei pazienti. "Abbiamo ancora problemi a far capire ai pazienti che non tutte le diagnosi di tumore che derivano da mammografie o test alla prostata sono da ritenere "maligne" nel senso più spaventoso: non è detto per forza che ti uccideranno, né che sei destinato a stare male", ha spiegato in un'intervista al [New York Times](#) **Harold E. Varmus**, premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia e direttore del National Cancer Institute. "E non solo i pazienti fanno fatica a capirlo, ma comprendere questo concetto è difficile anche per la società intera".

Pensiamo ad esempio ad alcune condizioni precancerose come il *carcinoma duttale in situ*, che è una condizione che molti medici non considerano cancro ma che aumenta le possibilità che questo si sviluppi: secondo l'istituzione statunitense varrebbe la pena di escludere qualsiasi riferimento al tumore nel nome stesso della patologia, in modo che le donne cui viene diagnosticata si spaventino meno ed evitino trattamenti non necessari e potenzialmente dannosi, come la mastectomia preventiva (diventa tanto famosa per la [decisione di Angelina Jolie](#) di farsi asportare il seno per ridurre il rischio di sviluppare cancro).

Allo stesso modo, il gruppo di esperti suggerisce che ad altre lesioni simili rilevate durante gli screening per il cancro al seno, alla prostata, alla tiroide o ai polmoni possa essere cambiato nome, e che si smetta di fare riferimento ai tumori nella loro diagnosi. In particolare, queste dovrebbero essere riclassificate come "lesioni indolenti di origine epiteliale" (IDLE, indolent lesions of epithelial origin). "Abbiamo bisogno di una nuova definizione, che sia più adatta al 21esimo secolo in cui viviamo, e che non alluda al cancro inteso come era inteso nel 19esimo secolo", ha spiegato **Otis W. Brawley** dell'American Cancer Society, esperto che non era direttamente coinvolto nel report pubblicato su *Jama*.

L'arrivo di tecnologie di screening sempre più sensibili e precise negli ultimi anni ha aumentato

la probabilità di trovare incidentalmente masse neoplastiche (benigne o maligne che siano). Si tratta appunto dei cosiddetti "incidentalomi", che vengono rilevati durante analisi più o meno approfondite, e che probabilmente non causerebbero sintomi né problemi di alcun tipo. Tuttavia, una volta scoperti, inizia la procedura standard: prima biopsia, poi trattamento o rimozione. Il tutto accompagnato da dolore fisico e spesso psicologico e non privo di qualche rischio. Si tratta di quelle che gli esperti chiamano sovradiagnosi, e le terapie che ne conseguono sono chiamate sovra trattamenti, procedure farmacologiche o chirurgiche che in realtà potrebbero essere evitate. Anche perché questo tipo di trattamento aggressivo per le lesioni precancerose non ha nel tempo portato a una riduzione dei tumori invasivi.

Secondo molti esperti "cambiare il linguaggio che si usa nelle diagnosi è essenziale per dare ai pazienti la fiducia che non c'è bisogno di trattare in maniera così aggressiva ogni massa che emerge dalle analisi", come ha spiegato **Laura J. Esserman**, direttrice del Carol Franc Buck Breast Care Center dell'Università della California di San Francisco e prima autrice del report. "Il problema è che il paziente sente la parola "cancro" e pensa che morirà a meno che non venga trattato al più presto. Probabilmente sarebbe più intelligente riservare questo termine per le condizioni che hanno qualche probabilità in più di creare un vero problema".

Chiaramente gli stessi esperti che hanno proposto questo cambiamento sanno che non sarà accettato universalmente. La preoccupazione di molti, infatti, è che poiché i medici non sanno ancora sempre discernere quali siano i tumori benigni o a crescita lenta dalle patologie più aggressive, trattano tutte le condizioni come se fossero gravi. Come risultato, scovano e trattano dozzine di lesioni precancerose e tumori allo stato iniziale che non per forza sarebbero da trattare. "Cambiare la terminologia non risolve questo problema", ha commentato **Larry Norton**, direttore medico dell'Evelyn H. Lauder Breast Center del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. "Quali casi di "lesioni indolenti di origine epiteliale" porteranno a un cancro e quali no?", ha provocato. "Mi piacerebbe saperlo. Noi non abbiamo modo di guardare al microscopio un tessuto che viene dal carcinoma duttale in situ e dire con sicurezza che al massimo porterà a un cancro a crescita lenta".

Tuttavia, la discussione che si sta aprendo nel mondo accademico e clinico a partire da questo report è comunque un passo in avanti. "I nostri scienziati non cercano solo nuovi metodi per scovare i tumori ad uno stadio iniziale, ma stanno anche cercando il modo di capire se c'è modo di dire quanto saranno aggressivi", ha concluso il Nobel Varmus. "E questo è già un bel cambiamento nel modo di pensare rispetto a 20 anni fa. Ci sarà un giorno in cui la prima cosa che proveranno i pazienti cui verrà diagnosticato un cancro non sarà l'intensa paura per la sensazione di aver appena ricevuto una condanna a morte".

Laura Berardi

RICERCA
E SALUTERusso (San Raffaele): test
positivi, a livello murino,
per linfomi, neoplasie
polmonari e mesoteliomi

Scoperta la «benzina» che alimenta i tumori

Così i globuli bianchi si alleano col cancro

DA MILANO VITO SALINARO

È già noto da tempo come alcune cellule del sangue, che hanno il compito di presidiare e difendere il nostro organismo, "ingannate" dalle cellule tumorali e quindi indotte a "tradire", passano nello schieramento nemico, proprio come dei poliziotti corrotti, spalancando le porte alla proliferazione del cancro. Oggi i ricercatori dell'Ospedale San Raffaele di Milano - già protagonisti, nel 2009, di uno studio sull'argomento pubblicato su *Nature Medicine* - hanno compiuto un passo in avanti sia nella conoscenza di quei meccanismi biologici che favoriscono la crescita del tumore, sia nell'identificazione di una classe di molecole in grado di contrastare questo meccanismo, rallentandolo e in alcuni casi arrestandone la crescita.

In sostanza, la nuova ricerca dimostra che i metaboliti del colesterolo prodotti dalle cellule tumorali, hanno una capacità di "attrazione" su alcune cellule del sangue, i neutrofili, globuli bianchi che normalmente difendono il nostro organismo dall'attacco dei batteri. In caso di insorgenza di un tumore, però, i neutrofili vengono "stimolati" dai metaboliti del colesterolo e indotti a "tradire". Le conseguenze sono devastanti per l'organismo, aggredito, a questo punto, da un tumore la cui attività è fortemente potenziata proprio dai neutrofili. Insomma, i neutrofili

si trasformano in "benzina" per le cellule tumorali permettendo loro di crescere senza incontrare resistenza.

Ma, almeno nei modelli murini (la maggior parte è sviluppata geneticamente in laboratorio per lo studio delle interazioni cancro/ospite), gli scienziati del nosocomio scientifico milanese, attivissimo nel campo della ricerca, hanno identificato una classe di molecole in grado di «legarsi ai recettori dei metaboliti del colesterolo» e di «bloccare l'entrata dei neutrofili nel microambiente tumorale», rallentandone quindi l'azione e, in alcuni casi, consentendo il prolungamento della sopravvivenza. Insomma, i farmaci, legandosi a questi recettori, si trasformano in "tappi" e impediscono alla "benzina", ovvero ai neutrofili, di entrare nel tumore. Risultato: la crescita del tumore si arresta.

Lo studio, pubblicato sulla rivista *The Journal of Experimental Medicine*, è stato guidato da Vincenzo Russo, responsabile dell'Unità di Terapia genica dei tumori dell'Irccs San Raffaele, con il contributo dei ricercatori delle Università di Milano, di Pisa, di Brescia, del Karolinska Institute di Stoccolma, di Harvard e Molmed, e si è avvalso dei finanziamenti dell'Associazione internazionale per la ricerca sul cancro (UIC), di quella italiana (Airc) e del ministero della Salute.

«Per il momento - spiega Russo -, abbiamo testato con successo la te-

rapia farmacologica a livello murino per alcuni tipi di tumore come i linfomi, i tumori polmonari e i mesoteliomi». Il lavoro, aggiunge, «rappresenta un passo in avanti sia nella conoscenza dei meccanismi biologici che favoriscono la crescita tumorale, sia nell'identificazione di nuovi target terapeutici che consentiranno di mettere a punto, nei prossimi anni, nuove terapie antitumorali». Del resto, una delle strade più promettenti nella sfida dell'uomo al cancro, investe proprio la terapia genica e l'immunoterapia attiva. In sostanza, i ricercatori cercano di capire perché il cancro evade la sorve-

glianza delle nostre difese (come in parte dimostrato dallo studio odierno), e come è possibile insegnare al nostro sistema immunitario ad attaccare il tumore. Al San Raffaele si sta sviluppando una strategia di vaccinazione basata «sul trasferimento di antigeni tumorali nelle sedi anatomiche dove ha origine la risposta immunitaria, cioè nei linfonodi». In questa direzione, tra le ricerche più interessanti, vi è quella che ha permesso di individuare un nuovo meccanismo di immunoevasione messo in atto da differenti istotipi tumorali (melanomi, tumori del polmone, del colon, etc.). Tale meccanismo, attraverso l'inibizione di un recettore chemochinico, «paralizza le cellule dendritiche nel tumore, impedendone la corretta migrazione ai linfonodi e, quindi, la generazione di un'efficace risposta immune antitumorale».

E-cig, no alla pubblicità e alla vendita ai minori

LA NOVITÀ

ROMA È in vigore da ieri l'ordinanza firmata dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin che vieta le sigarette elettroniche contenenti nicotina ai minori e nelle scuole. Lo ricorda lo stesso ministero con un comunicato. «Il Consiglio dei Ministri - si legge nella nota - ha comunque varato un disegno di legge più organico, a firma del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che una volta in vigore dovrebbe sostituire l'ordinanza». Nell'attesa del ddl l'ordinanza, che era stata firmata il 26 giugno ed è stata pubblicata ieri sulla Gazzetta Ufficiale, avrà una durata di un anno. «È vietata la vendita ai minori di anni diciotto di sigarette elettroniche con presenza di nicotina. È vietato l'utilizzo delle sigarette elettroniche nei locali chiusi delle istituzioni scolastiche statali e paritarie e dei centri di formazione professionale».

L'entrata in vigore del provvedimento arriva in un momento difficile per le e-cig. Un emendamento al decreto lavoro approvato ieri in Senato prevede che alle e-cig si applichino «le disposizioni vigenti per i tabacchi lavorati in materia di divieto pubblicitario e promozionale, nonché di tutela della salute dei non fumatori». Un altro attacco alle "elettroniche" viene dalle verifiche dei carabinieri. È emerso che in quasi tutte le e-cig sequestrate dai Nas negli ultimi mesi era presente qualche sostanza tossica.



Il decreto

Sigarette elettroniche, stop alla pubblicità “Stesse regole di quelle tradizionali”

ROMA — Niente pubblicità per le sigarette elettroniche. Un emendamento al decreto lavoro approvato in Senato prevede che alle e-cig si applichino «le disposizioni vigenti per i tabacchi lavorati in materia di divieto pubblicitario e promozionale, nonché di tutela della salute dei non fumatori». Un'altra norma, dunque, assimila le sigarette elettroniche a quelle tradizionali. Intanto, è entrato in vigore il divieto di “svapare” per i minori (ma solo per le e-cig con nicotina) e nei locali chiusi delle scuole. La norma è contenuta nell'ordinanza del ministero della Salute del 26 giugno pubblicata ieri nella Gazzetta ufficiale. L'ordinanza sarà in vigore per un anno.



Sigarette elettroniche: niente spot



Con il primo «sì» al Dl 69/2013 in porto anche la proroga sulle polizze per la Rc sanitaria

Al «Fare» fiducia alla Camera

In pista la "tracciabilità" per la verifica della farmaceutica ospedaliera



La proroga di sicurezza sull'obbligo di polizza Rc per il personale sanitario (definitivamente al riparo rispetto alla scadenza di metà agosto). La corsia preferenziale per l'ingresso nella concedibilità a carico del Ssn per i farmaci di particolare rilevanza, col Big Ben della burocrazia farmaceutica tenuto allo stop in un massimo di cento giorni. E ancora: la marcia alta sull'agenda digitale, con l'obiettivo di dotare tutti i cittadini di un fascicolo sanitario elettronico capace di razionalizzare i servizi e tagliare i costi. E il definitivo approdo in soffitta di certificati che non servono più a nessuno, come i certificati di idoneità fisica ancora richiesti per una qualsiasi assunzione nel pubblico impiego.

Sono questi alcuni interventi al capitolo Sanità previsti dal Dl «Fare», nella versione che ha raccolto la fiducia della Camera. Un mix di misure che apparecchia soluzio-

ni urgenti e ragionevoli semplificazioni. E ria mantenendo in capo ai produttori farmacia quest'ultimo capitolo che afferisce a ceutici l'obbligo di certificare che le materie prime utilizzate per la produzione dei propri prodotti - anche importate da Paesi all'Inps di cui sono stati vittime finora terzi - rispettano le norme di Buona fabbricazione.

Queste e altre categorie di cui sia già stata accertata la menomazione non dovranno subirla di nuovo; e in attesa delle procedure nessuno perderà l'emolumento economico già ottenuto.

Sull'onda della semplificazione anche l'invio dei certificati di gravidanza, parto e Ivg dal medico all'Inps solo per via telematica e lo snellimento degli obblighi sulla sicurezza del lavoro per le prestazioni agricole, stagionali o di breve durata. In pista anche misure che impattano sulla galassia farmaceutica.

La prima affronta una impasse legata all'adeguamento alla normativa comunita-

La seconda modifica un passaggio della spending review prevedendo che il monitoraggio complessivo della spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica ospedaliera invece di fare riferimento ai dati rilevati dai modelli Ce delle Regioni dovrà prendere per buoni i dati trasmessi nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, ovvero i dati della tracciabilità basati sulla fatturazione delle imprese. Una misura secondo gli esperti destinata a risolvere i disguidi di calcolo che hanno spesso afflitto in passato i monitoraggi di settore.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ESEMPIO TEDESCO

Come evitare guai burocratici nel sistema sanitario

di **Alberto Mingardi**

Negli ultimi giorni sembra quasi che tutto il dibattito sulla sanità in Italia debba avere per oggetto soltanto la regolamentazione degli stili di vita dei cittadini. In realtà il nostro servizio sanitario nazionale ha problemi più urgenti dell'introduzione di nuovi divieti anti-fumo. Sul sistema sanitario nazionale infatti pesa la spada di Damocle di 14 miliardi di tagli previsti per il triennio 2012-2014.

Abbiamo una spesa pubblica già abbastanza contenuta (almeno rispetto ai Paesi comparabili), ma che andrà ulteriormente limata, e assieme osserviamo una tendenza di lungo periodo alla crescita della domanda di servizi in ragione dei trend demografici, e un aumento del costo degli stessi dovuto all'innovazione tecnologica. Il cocktail è potenzialmente letale.

«Ci sono due metodi per la gestione degli affari all'interno della società umana: uno è il sistema burocratico, l'altro è il sistema di profitto», ammoniva l'economista austriaco Ludwig von Mises. Quale dei due metodi governi la nostra sanità è cosa nota.

La differenza fra i due metodi risiede negli strumenti che hanno a disposizione per fare il miglior uso possibile delle risorse. Perseguendo il profitto, l'intelligenza imprenditoriale tenta continuamente di fare l'uso più proficuo dei fattori della produzione. Le esigenze della burocrazia invece sono altre, in primis quella di alimentare una base di consenso a vantaggio del suo datore di lavoro, cioè la classe politica. Questo significa, molto banalmente, che tagli anche importanti al settore della sanità saranno messi in atto quanto più possibile senza sfiorare il personale: pertanto essi incideranno sulle prestazioni offerte ai cittadini.

In un sistema burocratico, si tende a tutelare la forza lavoro (che esprime compattezza il consenso) e non i consumatori.

La politica è dunque a un bivio. È possibile provare a rendere più

economico ed efficiente il sistema sanitario nazionale tentando di mantenere inalterata l'offerta di servizi: questo richiede una riforma profonda, che consenta di fare un uso intelligente del «sistema di profitto» per la fornitura di questo servizio pubblico.

L'articolo 32 della Costituzione impegna a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e a garantire cure gratuite agli indigenti: ma non stabilisce che queste cure debbano essere offerte da un monopolio pubblico.

La strada è quella seguita dalla Germania, dove l'equilibrio fra ospedali pubblici e ospedali privati è in evoluzione, e vede il numero dei secondi crescere. La sanità è un settore ad alta intensità tecnologica, gli ospedali sono imprese che riuniscono fattori produttivi molto eterogenei, l'una cosa e l'altra suggeriscono che l'apporto di buone competenze manageriali può svolgere un ruolo decisivo.

Sappiamo per esperienza che il settore privato queste competenze le produce con relativa facilità, il settore pubblico no. Si può ripartire da questo dato di realtà, incardinando il sistema sul pagamento a prestazione per tutti e non soltanto per i privati, rivedendo i meccanismi di accreditamento, istituendo un organo di vigilanza e controllo autenticamente terzo rispetto a tutti gli erogatori. Costruendo insomma un modello nel quale «il denaro segue il paziente», e non vada a finanziare le inefficienze - anche facendo tesoro dell'esperienza della Lombardia.

L'alternativa è mantenere inalterata l'architettura, ma ridurre le prestazioni offerte, incentivando meccanismi di opt out per le persone ad alto reddito.

L'una strada e l'altra richiedono uno scatto sul piano culturale. Serve che la politica parli il linguaggio della verità, descrivendo problemi e opzioni.

I guasti della gestione burocratica della sanità non si riparano da soli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute Due litri d'acqua al giorno contro cefalee e stanchezza

Lorido a pag. 22

Quasi nessuno beve la quantità d'acqua necessaria con il rischio di cefalee, stanchezza e affaticamento cardiaco

Due litri al giorno di salute

«D'ESTATE EVITARE LE BEVANDE GASATE ED ENERGIZZANTI RICCHE DI ZUCCHERI»

Barbara Paolini
dirigente Adi
PREVENZIONE

Non basta il caldo torrido a convincere gli italiani a bere acqua. O comunque a idratarsi oltre la sensazione di sete. Incredibile ma vero: la stragrande maggioranza degli adulti, uomini e donne, è consapevole che si dovrebbero assumere complessivamente almeno due litri di liquidi al giorno ma si limita a mandarne giù meno di un litro. Esattamente 970 millilitri al dì. Sorpresa e preoccupazione da parte della Società italiana di medicina generale che, in collaborazione con Nutrition Foundation of Italy, ha lavorato allo studio "Calorie Management".

«Eppure - commenta Claudio Cricelli presidente della Società

italiana di medicina generale - la salute inizia proprio da un bicchier d'acqua. L'inverno quando arrivano l'epidemia di influenza e gli attacchi di tosse e l'estate per dare maggiore forza al fisico». Nonostante i numerosi appelli ogni estate si sommano i casi di persone, soprattutto anziani, che non sono sufficientemente idratate.

I PERICOLI

Una ricerca **Cis** dell'**istituto** conferma questa situazione: il 5% degli italiani, circa due milioni di età compresa tra i 18 e i 64 anni, non beve acqua. Né di rubinetto, né minerale. I rischi in questo periodo? Una diminuzione dell'acqua totale del corpo del 2% (come si legge nello studio "Idratazione per il benessere dell'organismo" firmato da Umberto Solimene, idrologo medico dell'università di Milano) è in grado di alterare la termoregolazione e influire negativamente sul sangue. Con affaticamento cardiaco, stanchezza, cefalea, difficoltà di concentrazione.

I CONSIGLI

Da qui la necessità, oltre che di bere di più, di fare attenzione a quello che si beve: consigliabili, secondo l'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, acque in grado di contrastare la perdita di sali dovuta alla sudorazione, quelle bicarbonato alcaline. «Scegliere quelle con residuo fisso 500-800mg/L - spiega Barbara Paolini, dirigente Adi e responsabile dietetica medica dell'**azienda ospedaliera universitaria senese** - bere a piccoli sorsi durante tutta la giornata e far sì che l'ac-

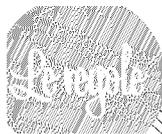


qua sia fresca e non fredda. Sotto i 4 gradi è da considerarsi fredda, quella del frigo deve sempre essere stemperata in bocca. Per rinfrescarsi e ritrovare energie si ricorre troppo spesso in giornate come queste a bevande gasate energizzanti e ricche di zuccheri. Ma questo è un errore proprio quando le temperature sono così alte. Questi prodotti oltre ad avere risvolti negativi sulla nostra salute non hanno un effetto né saziante né dissetante, come dimostrato da un recente studio in *Advances in Nutrition*».

Dalla Coldiretti un suggerimento pratico per sostituire, nei casi di ostinata avversità all'acqua, la dose quotidiana di liquidi in questo periodo: l'anguria (il cocomero) il cui nome scientifico è *Citrullus lanatus*. «E' un alimento che si mangia - spiegano i nutrizionisti della Coldiretti - ma è composto da ben il 95% di acqua. E' dissetante e sazia rapidamente apportando pochissime calorie, solo 16 per cento grammi. E' inoltre una buona fonte di vitamina A, B6 e C e ci aiuta a reintegrare i sali minerali che si perdono con il caldo durante la stagione estiva».

Ester Maria Lorido

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Con l'insalata si fa il pieno

1 Le insalate verdi contengono più del 90% di acqua. Ottime per mantenere una corretta idratazione. Le fibre della lattuga aiutano a mantenere più a lungo la sazietà

Spuntino ai peperoni

2 Tutti i peperoni sono idratanti. Contengono vitamina C, tiamina, vitamina B6, beta carotene e acido folico. Come spuntini o nell'insalata crudi

La sorgente cocomero

3 La polpa è costituita dal 95% di acqua, è dolce ma ha pochi zuccheri (3,7 gr ogni 100 gr) ed è priva di grassi

Tutti i sali del sedano

4 Ha poche calorie, è quasi totalmente composto da acqua. Fornisce un notevole quantitativo di sali minerali

Cetrioli nel bicchiere

5 Sono per lo più costituiti di acqua. Contengono vitamina C, si aggiungono all'acqua per preparare una bevanda rinfrescante

Stop alla sedentarietà e cibi sani: la formula per invecchiare bene

SIMONA REGINA

«Per invecchiare bene, nonostante gli acciacchi, una sana alimentazione è fondamentale. Ma perché l'organismo assimili efficacemente i nutrienti è necessario fare attività fisica regolarmente, almeno 20 minuti di camminata a passo veloce tutti i giorni». Lo sostiene Gianni Biolo, direttore della Clinica medica dell'Ospedale di Cattinara e coordinatore del gruppo di ricerca dell'Università di Trieste impegnato nel progetto europeo interreg italo-sloveno «Pangea: attività fisica e nutrizione per un invecchiamento di qualità». I ricercatori, per individuare i fattori in grado di favorire un maggior benessere nella

popolazione anziana, hanno monitorato gli stili di vita dei fortunati che invecchiano con successo. E per capire come migliorare l'invecchiamento, pur in presenza di malattie croniche, hanno valutato la capacità di ripresa degli «over 60» dopo un periodo di inattività fisica. «Solo il 20% circa della popolazione invecchia infatti in ottima forma - precisa Biolo -. La maggioranza invece si trova a dover fare i conti con alcune patologie croniche, come diabete, ipertensione o malattie a carico dell'apparato muscoloscheletrico, che possono causare periodi prolungati di inattività con perdita della massa muscolare. Abbiamo osservato che la capacità di ripresa dopo due settimane di riduzione dell'attività fisica è maggiore se la dieta garantisce un giusto apporto calorico e di proteine, essenziali per la riabilitazione muscolare e quindi per guarire». Insomma, mettere al bando la sedentarietà, facendo attenzione a quello che si mangia è determinante per mantenere una buona massa muscolare, essenziale per avere buone difese nei confronti delle malattie tipiche dell'invecchiamento.



“La globalizzazione dello starnuto è solo all’inizio”

Dilagano le allergie respiratorie, adesso ci vuole una strategia



IMMUNOLOGIA

STEFANO RIZZATO

Hanno colonizzato mezzo mondo sotto i nostri occhi, quasi senza che provassimo a fermarle. Così, debellarle è diventata utopia. Cresciute a dismisura in pochi anni, le allergie non hanno più confini e, contando solo quelle che colpiscono le vie respiratorie, sono arrivate a colpire 400 milioni di persone in tutto il mondo. In Italia toccano 15,5 bambini su 100, negli Usa quasi uno su cinque, a Hong Kong - in cima alle classifiche - addirittura il 22,6%.

È la globalizzazione dello starnuto e non è finita qui. «Le allergie si diffondono di pari passo rispetto agli stili di vita occidentali e hanno appena iniziato un boom nei Paesi di sviluppo più recente», spiega Ruby Pawankar, presidente della «World Allergy Organization», intervenuta all'Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma per un convegno sulle riniti allergiche infantili.

Professoressa, dobbiamo rassegnarci a un'ulteriore diffusione delle allergie?

«Tornare indietro non è facile, non ci sono dubbi, ma si può intervenire. Bisogna iniziare ad affrontare il problema in modo globale, approfondito, deciso. Le allergie non devono più essere un argomento solo per medici e ricercatori: devono essere tenute in considerazione ogni volta che si prendono decisioni sulla struttura e la vita delle nostre città. Serve un approccio “olistico”, che affronti il problema in tutti i suoi aspetti. È un cambio di mentalità indispensabile e urgente».

Molti esperti hanno indicato, come vera causa di questo

LE VITTIME
Almeno 400 milioni di persone nel mondo e molti sono bambini

boom, l'eccesso di igiene: lei che ne pensa?

«Penso che non basti a spiegare il fenomeno. È vero che la diffusione delle allergie segue quella degli stili di vita occidentali, ma di certo smettere di pulire le nostre case non risolverebbe nulla. L'aumento delle allergie tra i più giovani è il prodotto di una serie di fattori, come l'inquinamento e i cambiamenti climatici sempre più accentuati, la tendenza a vivere in case piccole e passare meno tempo all'aperto, i profondi cambiamenti anche nell'alimentazione. E ancora la lista non è completa».

Con così tanti fattori trovare una soluzione diventa ancora più difficile.

«È per questo che bisogna chiamare in causa anche chi fa leggi e chi progetta le città. Possiamo, dobbiamo iniziare a parlare di sviluppo sostenibile anche in relazione alla salute. Gli ultimi studi mostrano come la massiccia perdita della biodiversità, per esempio, abbia coinciso nei Paesi sviluppati con la crescita non solo delle allergie, ma anche di altre malattie come il diabete».

Ci sono dunque radici comuni tra la crescita delle allergie e quella di altre patologie divenute critiche?

«Sì e rendersene conto è la priorità. E un'opportunità. Le allergie hanno fattori di rischio identici rispetto, per esempio, a diabete e obesità. Si può insomma fare una prevenzione complessiva, agire su singole questioni e avere risultati su più campi. Per questo abbiamo chiesto che le allergie siano incluse nell'elenco delle malattie non infettive dell'Onu, insieme con diabete, cancro e malattie cardiovascolari. Questo ci consentirebbe di avere un piano di ricerca internazionale e trasversale e, quindi, risorse per studiare e combattere le radici di queste malattie».

LE CAUSE
«Sono molte, dagli eccessi dell'igiene alla distruzione della biodiversità»

Dove si può invece migliorare nel modo in cui le allergie sono curate?

«Il punto fondamentale è il tempismo nella diagnosi. Le riniti allergiche tendono a manifestarsi presto nella vita di un bambino e, se si tarda nel diagnosticarle e le si lascia senza cura, spesso danno origine anche a problemi di asma. Per questo individuarle e curarle subito è fondamentale ed essere qui a parlarne, in un ospedale pediatrico che si chiama “Bambin Gesù”, non può che essere d'ispirazione».

Oggi c'è molta attenzione intorno ai prodotti di medicina alternativa: sono efficaci?

«È difficile dirlo. Il problema è proprio la carenza di prove scientifiche che ne dimostri l'efficacia. Se e quando ve ne fosse, possono sicuramente essere un aiuto. Anche se c'è da tenere in considerazione un secondo problema: spesso si tratta di prodotti non purificati, che pongono rischi di effetti collaterali e reazioni indesiderate».

Quindi il «dilemma» resta tra antistaminici e vaccini?

«I vaccini sono l'unica soluzione permanente, che abbia un'efficacia di lunga durata e che continua anche dopo la fine della cura. Per combattere i sintomi oggi si fa molta ricerca sull'uso combinato di antistaminici e steroidi nasali, ma la verità è che l'efficacia di questa formula dipende da paziente a paziente. In alcuni casi non solo non è necessario combinare farmaci diversi, ma si ottengono risultati migliori con i soli antistaminici».

E per il futuro?

«Credo che avremo ottimi risultati dai farmaci biologici e biosimilari, che hanno già dato indicazioni promettenti e rappresentano la frontiera più interessante per la cura delle allergie».



Diabete, nuovo farmaco per i trapianti delle cellule

LA RICERCA

Lotta al diabete di tipo I: l'obiettivo degli scienziati è giungere a una cura definitiva, che possa liberare i pazienti dal-

l'insulina. Un approccio innovativo è il trapianto di isole pancreatiche, centinaia di migliaia di raggruppamenti di cellule, prelevate dal pancreas di un donatore e impiantate mediante una procedura di infusione nel fegato del ricevente. Una volta in sede le cellule iniziano a produrre insulina. In questo modo il fegato può diventare un doppio organo vicariando, grazie a queste cellule, la funzione delle "isole di Langerhans". «Questo tipo di trapianto è ormai una realtà nel mondo della medicina ma la sfida è

controllare al meglio la risposta infiammatoria, che si sviluppa nel paziente nei giorni successivi all'infusione delle cellule, in caso di trapianto da donatore», afferma Camillo Ricordi, direttore del Diabetes Research Institute di Miami.

LA SPERIMENTAZIONE

In questo senso proprio la ricerca italiana sta offrendo una possibile soluzione attraverso un farmaco, Reparixin, che negli studi clinici ha dimostrato di influire positivamente sulla risposta infiammatoria. Il farmaco, messo a punto dai ricercatori

dell'azienda biofarmaceutica Dompé, è in fase III di sperimentazione, ultimo step prima della commercializzazione. E' stato questo uno dei temi del Congresso mondiale sulle Terapie cellulari, che si è svolto a Milano. «Il trapianto di isole pancreatiche si è dimostrato efficace, ma abbiamo la necessità di migliorare i risultati clinici del trattamento - spiega Lorenzo Piemonti, vicedirettore San Raffaele Diabetes Research Institute - Alcuni fattori, a partire dall'isolamento delle isole stesse, possono infatti ridurre la funzionalità delle isole trapiantate».

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ora il menu è da rivedere

Il grande caldo impone un diverso mix energetico per l'organismo

ALIMENTAZIONE

FABIO DI TODARO

Non c'è una dieta per ogni stagione, ma l'estate fa sempre storia a sé: per condizioni climatiche e per differenti abitudini quotidiane. Perciò, quando scatta il momento delle vacanze, gli specialisti - a cominciare da gastroenterologi e nutrizionisti - scendono in campo con consigli e raccomandazioni.

Chi cercherà refrigerio in montagna non avrà di che preoccuparsi: le temperature saranno le stesse, se non più basse, di quelle lasciate in città e la dieta non sarà così diversa da quella seguita durante l'anno. I consigli, invece, non bastano mai a chi trascorrerà più della metà delle giornate sulle spiagge, in un contesto decisamente differente rispetto a quello delle metropoli.

«Durante le ferie bisognerebbe prendersi più cura del proprio corpo - spiega Maurizio Vecchi, docente all'Università Statale di Milano e direttore della unità operativa di gastroenterologia al Policlinico San Donato -. L'estate è un periodo in cui è più importante del solito garantire il giusto apporto di acqua all'organismo. Le raccomandazioni sono soggettive, ma in generale tutti ne dovremmo bere almeno due litri al giorno, da qui a fine settembre». Disidratarsi, infatti, resta il rischio più frequente: per i giovani che praticano sport - purché non si vada oltre le cinque volte a settimana, con un'intensità moderata per 30-60 minuti - e tirano fino all'alba e anche per gli anziani, ai quali si suggerisce sempre di non uscire nelle ore più calde del giorno.

La prima raccomandazione,

dunque, riguarda il consumo di bevande: l'acqua è la più indicata, considerato anche l'apporto di sali minerali. Ma succhi di frutta e altre bibite zuccherate (meglio se ipocaloriche) non sono da mettere al bando, sebbene meritino particolare attenzione da parte di chi è in sovrappeso e dei diabetici. «È importante bere sia durante sia lontano dai pasti. In pochi sorseggiano acqua mentre mangiano, ma è un passaggio cruciale per la regolarità dei processi di secrezione e di motilità intestinale, senza i quali diventano più frequenti i fenomeni di stipsi. Soddisfare la sete, perciò, permette di avere una risorsa preziosa con cui colmare la perdita di liquidi in altri distretti del corpo che vanno incontro a processi di disidratazione».

Cautela, invece, è consigliata se si parla di caffè e alcolici. Precise avvertenze sono state inserite nel decalogo stilato dall'Aigo, l'Associazione italiana gastroenterologi ospedalieri. «Non bisogna bere più di due bicchieri di vino al giorno». Gli altri consigli, poi, invitano a dosare i cibi fritti e troppo salati e a dare la priorità alle fibre contenute in frutta e

Lo strumento, incrociando i prezzi degli alimenti e il loro valore nutrizionale (elaborato attraverso le banche dati dell'Inran e dello Ieo), fornisce tutte le indicazioni per seguire una dieta equilibrata e a costi accessibili. La più recente analisi, condotta sulla frutta e la verdura di stagione, ha promosso kiwi, albicocche, melone e susine: frutti adatti a tutte le tasche che garantiscono un adeguato apporto di vitamine B6, C, E e folati e minerali (come fosforo e il potassio). Tra le verdure, invece, promossi i peperoni (fonte di vitamina A, B6, C e folati), gli spinaci, le carote e i fagiolini. Senza mai dimenticare che è meglio non eccedere con le insalate e i pomodori.



Gastroenterologo

RUOLO: È PROFESSORE ALL'UNIVERSITÀ DI MILANO E DIRETTORE DELL'UNITÀ DI GASTROENTEROLOGIA AL POLICLINICO SAN DONATO

verdura, ma stando attenti ai limiti. «Chi ha problemi di sovrappeso o steatosi epatica non dovrebbe andare oltre i 400 grammi di frutta fresca, o 700 di anguria, al giorno».

Se l'occhio controlla la linea, è bene considerare anche il portafoglio: nasce per soddisfare questa duplice esigenza il «barometro nutrieconomico», messo a punto dai ricercatori del Centro Studi Sprim.





Non è solo questione di piedi
Uno studio danese smonta molti falsi miti sugli infortuni di chi corre

È inutile ossessionarsi con le scarpe: il runner deve preoccuparsi d'altro

Sono età, massa corporea, grado di allenamento e lesioni precedenti

SPORT

STEFANO MASSARELLI

Sono lontani i tempi in cui l'etiope Abebe Bikila vinse la maratona olimpica di Roma percorrendo a piedi nudi il percorso, perché riteneva scomode le scarpe fornitegli dallo sponsor. A distanza di oltre mezzo secolo i «runner» possono contare su una vasta gamma di calzature all'avanguardia in grado di fornire comfort e sostegno all'andatura, correggendo anche alcuni difetti posturali. È opinione comune tra i podisti, infatti, che il fattore che più incide sul rischio di infortuni sia la pronazione del piede, ovvero la tendenza a ruotare il piede verso l'interno subito dopo la prima fase di contatto con il terreno. Un'attitudine del tut-

to naturale di alcuni corridori, riconoscibile dall'usura della suola della scarpa nella parte mediale interna, che si tende a correggere con modelli di scarpe cosiddette «stabili», ovvero dotate di maggior peso e stabilità. Ma questa scelta potrebbe non rivelarsi così azzeccata.

A dimostrarlo è una ricerca danese, tra le più vaste realizzate in questo ambito, pubblicata sul «British Journal of Sports Medicine», secondo cui la scelta della scarpa giusta non incide poi così tanto sulla frequenza degli infortuni durante la corsa, almeno non quanto altri fattori legati alla condizione fisica della persona.

Nel pianificare lo studio i ricercatori della Aarhus University hanno arruolato 927 «runner» novizi di età compresa tra i 18 e i 65 anni attraverso una serie di annunci pubblicitari. L'intento era prendere in esame atleti agli esordi nella corsa, dato che notoriamente ogni «runner» esperto ha una pro-

pria storia di infortuni alle spalle, spesso difficili da ricondurre a un'unica causa. I ricercatori hanno poi analizzato il grado di pronazione di tutti i

volontari e consegnato loro un modello neutro di scarpe da corsa assieme a un Gps per misurare i chilometri percorsi, dopodiché ognuno era libero di correre a proprio piacimento su diversi terreni e con la propria andatura.

A distanza di un anno, dopo che il gruppo aveva coperto una distanza pari a 326 mila km, si sono registrati 300 casi di infortunio. Contrariamente al credo comune, tuttavia, gli atleti con una pronazione o una supinazione eccessiva del piede non si infortunavano più degli altri. Anzi. Il tasso di infortuni tra chi aveva percorso oltre 600 km in un anno era

Medico

RUOLO: È RICERCATORE AL DIPARTIMENTO DI SALUTE E SCIENZE SPORTIVE DELLA AARHUS UNIVERSITY (DANIMARCA)



leggermente superiore nei podisti con appoggio neutro. «In sostanza, ciò che lo studio suggerisce è che i gradi apparentemente devianti di pronazione potrebbero non essere così anormali e non contribuire agli infortuni», ha spiegato Rasmus Ostergaard Nielsen, dottorando di ricerca alla Aarhus University e responsabile dello studio: secondo lui, non è tanto importante prestare attenzione alla scarpa per prevenire gli infortuni quanto a una serie di altri fattori, come età, indice di massa corporea, grado di allenamento e lesioni precedenti.

Conclusioni in linea con altri studi condotti in passato, che hanno dimostrato che scegliere le scarpe da corsa in base al proprio grado di pronazione non è poi così utile a evitare infiammazioni e stiramenti, purtroppo frequenti in uno sport come la corsa, caratterizzato da sollecitazioni continue su tendini e articolazioni. «Ciò che colpisce di questo studio sono la casistica e l'enorme mole di dati considerati - commenta Luca Ardigò, ricercatore in metodi e didattiche delle attività sportive all'Università di Verona -. Per anni ci si è preoccupati sin troppo di calzature, calze e abbigliamento - prosegue - quando le cause di ogni infortunio nell'ambito della corsa sono molteplici e non possono non essere ricollegate alla condizione fisica del corridore, al peso corporeo, all'età, alle aspettative di risultato e, naturalmente, al risultato sportivo effettivo».

Il modo migliore per correre e prevenire gli infortuni, quindi, è quello di affidarsi al buon senso nel pianificare l'allenamento così come nello scegliere la scarpa. Lasciando perdere i troppi tecnicismi e dando più spazio al comfort e ai propri gusti personali.