

# L'inquinamento dell'aria provoca il cancro

*Messo nel gruppo 1 («sicuramente cancerogeno») il cocktail di combustioni da traffico, riscaldamento, emissioni industriali*

## NOTIZIE CORRELATE

L'inquinamento dell'aria può provocare il cancro. Lo dice la massima autorità oncologica mondiale, lo IARC (International Agency for Research on Cancer) di Lione, l'Agenzia che per conto dell'Organizzazione mondiale della sanità analizza e classifica agenti e sostanze per la loro capacità di provocare il cancro. L'inquinamento da polveri e sostanze assortite che affligge le nostre città è stato classificato nel gruppo 1, cioè sicuramente cancerogeno per l'uomo: come il cloruro di vinile, la formaldeide, l'amianto, il benzene, le radiazioni ionizzanti. Già lo IARC si era espresso sulla cancerogenicità di alcune sostanze che compongono il classico smog, come il fumo da diesel e il benzo(a)pirene. Ma in questo caso è l'intero "cocktail" - formato da combustioni da traffico, riscaldamento e emissioni industriali - ad aver ricevuto la scomoda qualifica. Che avrà sicuramente vaste conseguenze politiche.

**LAVORO IMMANE** - «Classificare l'inquinamento outdoor come cancerogeno umano è un passo importante per spingere all'azione senza ulteriori ritardi, visto che la pericolosità dell'inquinamento è proporzionale alle concentrazioni in atmosfera e molto si può fare per abbassarle» ha spiegato nella conferenza di presentazione dei dati il direttore dello IARC, Christopher Wild. Il verdetto scientifico è frutto di un notevole lavoro di revisione di più di mille studi effettuato da una squadra di esperti di rilevanza internazionale, documentato dalla Monografia 109 dell'agenzia internazionale. Lo scrutinio ha portato alla certezza che l'esposizione all'inquinamento protratto nel tempo aumenti la probabilità di sviluppare un tumore al polmone o alla vescica. Certamente il rischio non è raffrontabile a quello del fumo di sigaretta, che resta il killer principale. Ma coloro che derubricavano lo smog a fastidio tutto sommato sopportabile devono ora ricredersi: l'esposizione ad alte concentrazioni di polveri sottili, idrocarburi policiclici aromatici, ozono e biossido di azoto non aumentano solo il rischio di malattie respiratorie, infarto a altri problemi come il basso peso alla nascita (come appena confermato da uno studio uscito su *Lancet*).

**DUECENTOMILA MORTI** - Ora si può dire con relativa certezza che almeno dal 3 al 5% dei tumori al polmone derivino da queste esposizioni ambientali. La percentuale apparentemente bassa non inganni: si tratta pur sempre, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, di 223.000 morti in tutto il mondo, a cui vanno aggiunti circa 3 milioni di morti per tutte le altre malattie correlate all'inquinamento dell'aria. I

circa 10mila litri di aria non propriamente immacolata che ogni giorno inspiriamo non resta quindi senza effetto. La monografia dello IARC ha evidenziato anche che l'inquinamento provoca il tumore al polmone attraverso un'azione diretta sul DNA, che mostra chiaramente i segni delle mutazioni indotte dai diversi inquinanti.

stampa | chiudi

# quotidiano**sanità**.it

Venerdì 18 OTTOBRE 2013

## Agenzia sanitaria francese: “I cellulari non fanno male, ma comunque meglio utilizzarli meno”

***Gli effetti sull'organismo sarebbero solo di tipo transitorio e non clinici, sebbene in alcuni studi si alluda ad un rischio aumentato di tumore al cervello per chi fa un uso intensivo di cellulari. L'Agenzia francese scagiona solo in parte le nuove tecnologie: “non ci sono rischi comprovati per la salute, ma meglio limitare l'uso soprattutto nei bambini”.***

Non ci sono rischi comprovati per la salute, dati dall'esposizione a radiofrequenze, tanto che non verranno introdotte limitazioni nell'uso di apparecchi che le sfruttano. Però, evitare di stare troppo tempo al cellulare è una raccomandazione da seguire, soprattutto per chi di solito ne fa largo uso o per i bambini. Questo, in sostanza, quanto ha fatto sapere l'Anses, Agenzia nazionale francese per la sicurezza sanitaria nell'alimentazione, nell'ambiente e nel lavoro, in una nota pubblicata in questi giorni. La posizione deriva dai risultati di una valutazione dei rischi legati alle radiofrequenze basata su una revisione della letteratura scientifica internazionale sull'argomento, che sostituisce la precedente , pubblicata nel 2009.

I dati, secondo i 16 esperti indipendenti che hanno fatto parte del board dell'Anses scelto per l'analisi, “non mettono in evidenza effetti sanitari conclamati, né sono tali da portare a una proposta di introduzione di nuovi valori limite per l'esposizione della popolazione”. Tuttavia, spiega anche la nuova pubblicazione, “esistono degli effetti biologici sia sull'uomo che sull'animale”, che emergono soprattutto in alcuni studi. Ad esempio, ci sono ricerche che sembrano alludere ad un possibile aumento del rischio di sviluppare tumore al cervello nel caso di uso intensivo di cellulari. Ed è proprio per questo che, in un contesto in cui la diffusione delle nuove tecnologie è in rapido aumento, l'Anses “raccomanda di limitare l'esposizione della popolazione a queste onde elettromagnetiche – in particolare per quanto riguarda quelle dei telefoni cellulari – soprattutto nel caso di grandi utilizzatori o di bambini, e di tenere sotto controllo l'esposizione generale della popolazione dovuta ai ripetitori”. Conclusioni che sono in linea con la classificazione delle radiofrequenze fatta dall'Oms, come “potenzialmente cancerogene” per chi è spesso a contatto con i campi elettromagnetici dei telefonini. E la posizione dell'Anses è simile a quella che hanno anche Istituto superiore di sanità e Consiglio superiore di sanità in Italia e . [http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=6288](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=6288)

L'accento dell'agenzia è posto proprio sugli effetti biologici su esseri umani e animali, e non su quelli clinici: come già riportato nel documento del 2009, gli effetti sul funzionamento interno dell'organismo sembrerebbero essere reversibili, come quelli che provocano molte altre cose nella nostra vita quotidiana. Ed è proprio per questo che non vengono stabiliti limiti d'uso, ma solo una generica raccomandazione a limitare l'esposizione alle radiofrequenze.

# il caso/1 Sanità, la riforma incagliata

DA ROMA

Il decreto 158 del 13 settembre 2012 (il "decreto omnibus" per la sanità, altrimenti detta riforma Balduzzi) realizzava, o per meglio dire programmava, un cambiamento e una messa a regime di tutta la sterminata materia sanitaria. Ma su molti punti chiave la riforma procede con grande lentezza, zavorrata dal malfunzionamento della legislazione concorrente Stato-Regioni generata dalla riforma del titolo V. In particolare procede con grande lentezza la riforma dei concorsi per primari, per i quali vien istituita una procedura selettiva affidata a primari della stessa disciplina, ma non della stessa Asl, sorteggiati a livello nazionale. Nel chiaro intento di bloccare le "cordate" fra professionisti, o i condizionamenti della politica a livello regionale. «Saranno costituiti entro tre mesi elenchi regionali dei primari per singole discipline e l'elenco nazionale sarà la sommatoria degli elenchi regionali». Semplice, no? Solo un passaggio di carte fra enti regionali e Stato centrale. Peccato che non sia stato ancora completato, anche se - pare - che ci si possa arrivare proprio in queste settimane, con grande vantaggio per la trasparenza delle procedure

**Per portare a sorteggio le commissioni per i primari erano previsti tre mesi, invece dopo più di un anno...**

e in definitiva per l'utenza. Ma va anche peggio per altri settori. Ad esempio ci sarebbe bisogno di un protagonismo dei Comuni nel contrasto alla ludopatia, mentre la sensibilizzazione a livello locale procede con mille resistenze. In grave ritardo anche la procedura per l'*intramoenia* che richiede un ruolo attivo delle asl e dei singoli professionisti per adeguare i loro ambulatori privati agli standard sanitari e amministrativi. Fra i più in ritardo infine sono

gli obiettivi, collegati, della riduzione dei plessi ospedalieri (con mille resistenze delle comunità locali) e del «coordinamento operativo tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, secondo modelli individuati dalle Regioni». Che, anche su questo, languono "a macchia di leopardo" in un ritardo cronico in grado solo di alimentare inefficienze e nuovi deficit.

(A.Pic.)



# Ospedali, si allungano le liste di attesa

**ROMA.** Il fenomeno delle liste d'attesa, che nell'immaginario collettivo riguardava soprattutto la sanità del Sud, ora si sta «spalmando» su tutto il territorio nazionale, con esempi anche in regioni settentrionali di servizi erogati con grande ritardo. Lo si deduce dai dati pubblicati dal sito del ministero della Salute, ricavati dalle schede delle dimissioni ospedaliere tra il 2010 e il 2012, che parlano di un peggioramento nei tempi di attesa per quasi tutti gli interventi. Se per il tumore alla mammella i dati riportano un aumento dell'attesa media di appena 0,5 giorni (da 22,7 a 23,2), per l'«equivalente» maschile, quello alla prostata, bisogna aspettare non più 40,2 giorni ma 42,6. Nell'ambito tumorale è invece impressionante l'aumento per la chemioterapia, che passa da un tempo di attesa di 10,3 giorni a 22,2, ma in questo caso a incidere è il valore in Campania, di ben 77,8 giorni, che nel 2010 non era stato inserito. «Il fenomeno delle liste d'attesa è naturale, l'importante è gestirle con managerialità – spiega il direttore dell'Osservatorio sulla salute nelle regioni, Walter Ricciardi –; il fatto che stiano aumentando è una conseguenza dei 25 miliardi di tagli al settore negli ultimi anni, che fa sì che anche le regioni migliori comincino ad avere difficoltà».



## PER POLIZZE RISCHIO CAMICI BIANCHI 525 MLN IN 2011

(ANSA) - ROMA, 17 OTT - Il caso del giudice che ha condannato gli Ospedali Riuniti di Bergamo a pagare circa 400mila euro a una madre il cui figlio era nato con la spina bifida a seguito di accertamenti sbagliati, riaccende i riflettori sulla problematica dei premi assicurativi che i medici devono versare per tutelarsi dal rischio errori e che, come piu' volte hanno denunciato i camici bianchi, hanno raggiunto importi ormai ''insostenibili''. Le polizze per la copertura del rischio da denunce di malpractice, secondo gli ultimi dati della Associazione nazionale imprese assicuratrici (Ania) relativi al 2011, hanno raggiunto la cifra di circa 525 milioni di euro.

Di tale somma, il 57% e' relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 43% relativo a polizze stipulate dai professionisti sanitari. Rispetto all'anno precedente i premi si sono incrementati del 5,5%: vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre otto punti percentuali registrato dal volume premi relativi alle polizze dei professionisti. I costi sono pero' tali che, solo pochi mesi fa, i ginecologi, e successivamente gli ortopedici - le due categorie maggiormente interessate dall'esplosione dei contenziosi medico-legali - hanno incrociato le braccia proclamando una giornata di sciopero per ciascuna categoria. Continuano dunque a salire i costi delle assicurazioni per i medici. Nel 2009 le polizze per la copertura del rischio da denunce di malpractice sono costate 485 milioni di euro, e nel 2010 hanno sfiorato i 500. La statistica documenta, sottolinea anche la Federazione degli ordini dei medici, una crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni (2000-2010) del 7,8% l'anno, rispettivamente 6,2% per le strutture sanitarie e 10,5% per i professionisti. I premi assicurativi pero', denunciano i medici, sono ormai alle stelle: le polizze possono arrivare anche a 18mila euro l'anno - 30mila nel caso dei ginecologi - a fronte di massimali che comunque, rilevano i camici bianchi, non sarebbero in grado di coprire risarcimenti elevati.(ANSA).



## L.STABILITA': LORENZIN, 5 MLD ANNO RISPARMI CON RICOVERI APPROPRIATI

Roma, 17 ott. (Adnkronos) - Niente tagli in sanita' nella legge di stabilita' ma il ministero inizia a tracciare la strada per ottenere ugualmente risparmi: "dai nostri calcoli emerge che e' possibile risparmiare 5 mld l' anno solo rendendo appropriati i ricoveri ospedalieri". E' quanto evidenzia il ministro della Sanita' Beatrice Lorenzin, nella puntata di Porta a Porta in onda stasera. Risparmi dunque "anche superiori a quelli dell' Imu sulla prima casa", ha proseguito Lorenzin, che snocciola i dati elaborati dai tecnici del ministero: "la sola Lombardia puo' risparmiare 1 mld di euro l' anno, la Sicilia 260 mln. Non e' piu' tempo di tagli lineari, questo e' un lavoro da manager. Le Regioni hanno ora la certezza di un fondo blindato e su questa base possono fare un salto di qualita' attraverso il Patto della salute, che intendiamo chiudere molto prima di Natale. O si fa in questo modo tutti insieme, oppure arriveranno dal ministero dell' Economia tagli che faranno piangere i pazienti". Anche guardando "alle Regioni che hanno adottato la centrale unica d' acquisto per beni e servizi, si stima che la Calabria abbia risparmiato 42 mln di euro nel 2011, la Basilicata 66 mln e la Campania 68 mln. Abbiamo anche firmato i costi standard. Insomma ora bisogna applicare le leggi che ci sono".

stampa | chiudi

STUDIO AMERICANO

## La proteina che fa da «scudo» all'Hiv

*Le persone che non hanno bisogno di farmaci per controllare il virus hanno una dose extra di una molecola immunitaria*

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Malattie infettive

Scoperto il mistero dello scudo che conferisce ad alcune persone una sorta di “immunità” rispetto all’Hiv. Alcuni scienziati statunitensi hanno messo in luce l’indizio fondamentale sul perché alcuni pazienti siano in grado di controllare a lungo termine il virus senza prendere farmaci. La scoperta potrebbe essere utile per limitare la durata nel tempo del trattamento farmacologico anche per tutti gli altri soggetti sieropositivi. Ecco spiegato il mistero: le rare persone che non hanno bisogno di farmaci per controllare l’Hiv possiedono una porzione extra di un certo tipo di proteina immunitaria, che blocca la diffusione del virus all’interno dell’organismo, trasformandolo in un “buono a nulla”, come spiegano su *Plos One* i ricercatori della Northwestern Medicine. La scoperta è frutto dell’analisi in laboratorio delle cellule degli “immuni”. Gli scienziati puntavano infatti a risolvere il mistero del perché l’1% delle persone affette da Hiv riesce a controllare il virus senza farmaci, a volte per tutta la vita.

**LINEA DI DIFESA** - La scoperta rappresenta, in pratica, una seconda linea di difesa celata in profondità nel sistema immunitario di alcune persone. Lo studio suggerisce un nuovo approccio che potrebbe consentire di trasformare ogni sieropositivo in un “controller”, ovvero un paziente in grado di controllare la malattia. Obiettivo, liberare questi pazienti dalla schiavitù nei confronti dei farmaci anti-retrovirali. «Preservare e persino potenziare questa seconda linea di difesa nelle cellule può rendere le persone con infezione da Hiv dei controller», spiega Richard D’Aquila, direttore della Northwestern Hiv Translational Research Center. Ora il suo team sta lavorando proprio allo sviluppo di un farmaco che consentirebbe di aumentare la proteina immunitaria difensiva “scudo”, chiamata Apobec3g o A3.

stampa | chiudi

# Un organo in maschera

**Cuore, fegato e reni trapiantati: il corpo non li riconosce come suoi e li rifiuta. Un maestro spiega come aggirare l'ostacolo**

COLLOQUIO CON SIR ROY CALNE  
DI AGNESE CODIGNOLA

**L'OBIETTIVO È QUELLO  
DI INGANNARE IL  
SISTEMA IMMUNITARIO  
CON FARMACI NUOVI  
E SEMPRE PIÙ  
PERSONALIZZATI**

**S**ir Roy Calne, classe 1930, non ha cambiato idea. Testardo al punto da diventare cocciuto. E relativamente isolato, in un'Europa che guardava con venerazione ai miracoli della chirurgia d'oltreoceano, pensando di non riuscire a eguagliarli. Il baronetto - autore nel 1968 del primo trapianto europeo di fegato, nel 1987 del primo di fegato, cuore e polmone insieme e nel 1994 del primo di stomaco, intestino, pancreas, fegato e rene - ci credeva. Credeva che il vero punto di svolta, per arrivare a trapiantare un organo da un essere umano a un altro, si celasse nella soppressione del sistema immunitario calibrata attraverso i **farmaci** e non, come si riteneva allora, in un bombardamento di radiazioni che debilitava il paziente fino a farlo morire.

**Professore, quando ha iniziato a pensare che fosse possibile trovare un farmaco che rendesse accettabile a un corpo un organo di un'altra persona?**

«Ricordo una data precisa. Nel 1957 il biologo Peter Medawar, durante un seminario, mostrò un trapianto di cute tra topi bianchi e topi neri, sottolineando che non vi vedeva alcun tipo di applicazione clinica. Ma io pensai: perché non provare con i reni, magari di un animale più grande come il cane? In quegli anni Tom Starzl in Colorado e Francis Moore ad Harvard stavano sperimentando varie tecniche chirurgiche, ma io ero in Gran Bretagna e tutto sembrava abbastanza lontano. Però iniziai a pensare a una mia via per raggiungere quel risultato. Dal punto di vista chirurgico, la metodica fu messa a punto in tempi piuttosto rapidi, ma la chirurgia, da sola, non bastava: i cani e gli altri animali morivano per il rigetto. Mi fu allora chiaro che dovevamo concentrare la nostra attenzione sul sistema immunitario e sulla sua modulazio-

ne. L'unico metodo conosciuto allora, e cioè l'irraggiamento, però, più che una modulazione conseguiva l'annientamento delle difese, e sapevo che non avrebbe mai funzionato. La soluzione andava cercata in un'altra direzione, quella farmacologica». **Ma non esistevano farmaci capaci di regolare il sistema immunitario.**

«Il primo tentativo - e lo studio uscì su "Lancet" nel 1960 - lo facemmo con un antitumorale usato allora, la 6-mercaptopurina, nei cani. In parte funzionava: gli animali con un rene trapiantato vivevano di più e meglio. Non era una soluzione ottimale, ma era il segnale che stavamo andando nella giusta direzione. Questo segnale venne colto da alcune aziende e, in particolare modo, dalla Sandoz (oggi Novartis), che intensificò gli sforzi e che, nel 1972, propose una molecola estratta da un fungo, la ciclosporina. C'erano però parecchi problemi di solubilità e al momento la molecola fu quasi accantonata. Poi un mio studente greco, Alkis Kostakis, propose di provare a sciogliere la molecola con l'olio di oliva che gli mandava la madre dalla Grecia, e la cosa funzionò. Finalmente potevamo partire con la sperimentazione. ▶

Nel frattempo anche Starzl aveva sperimentato altri **farmaci** come l'azatioprina, ma i risultati non erano stati soddisfacenti. Si capì molto presto che avevamo trovato la strada giusta. Grazie a questa nuova sostanza, nel 1977 il tasso di successi per il rene era già passato dal 50 all'80 per cento. E lo stesso accadde, a partire da quegli anni, per i trapianti di fegato e di cuore, assai più complicati del rene per le loro funzioni e caratteristiche. Non solo: furono tentati con successo quelli di polmone e intestino. L'avvento della ciclosporina rese poi possibile, alcuni anni dopo, i trapianti multi-

organo. In seguito ne furono introdotti altri basati su meccanismi d'azione diversi che hanno a loro volta contribuito a far vivere le speranze di migliaia di pazienti in tutto il mondo».

**La ciclosporina e in generale i farmaci anti-rigetto hanno dunque segnato un punto di svolta fondamentale, permettendo a molti malati di vivere. Oggi qual è il principale ostacolo per la riuscita di un trapianto?**

«Ancora la tolleranza. L'organismo cerca comunque di rifiutare un organo non suo, e anche se oggi abbiamo pazienti che vivono decenni con organi trapiantati, la durata media di un organo è 10-12 anni. Stiamo ancora lavorando, spesso con approcci anche molto innovativi (vedi riquadro a sinistra), alla possibilità di educare l'organismo a trattare l'organo ricevuto come se fosse suo. Negli animali ci si riesce, quindi è presumibile che, grazie a nuovi **farmaci**, a dosi ridotte e personalizzate, ci arriveremo presto. Ancora una volta, anche se teoricamente pensare di ingannare le difese può sembrare utopico, la risposta non può che essere: si può fare».

**Resta il problema della scarsità di organi. Come risolverlo?**

«Sono stati fatti molti passi in avanti dal punto di vista clinico, e oggi si trapiantano organi ottenuti anche da persone anziane o in condizioni per le quali un tempo sarebbero stati rifiutati. Inoltre le banche e le reti nazionali e internazionali hanno migliorato molto la situazione, soprattutto nei paesi più sviluppati. Ma non basta. L'unico modo per imprimere una svolta simile a quella data dalla ciclosporina è migliorare la cultura della donazione, come dimostra il caso della Spagna, che ha introdotto il silenzio assenso già nel 1979 e che oggi detiene il più alto numero al mondo di organi ottenuti da donatore deceduto». ■

## Nuove frontiere

Si scrive futuro dei trapianti e si legge staminali, organi artificiali, ibridi, biocompatibili, robotici. Ma la realtà clinica è un'altra cosa. Perché questi scenari, per quanto realistici, restano prospettive di un futuro non così prossimo. Nel frattempo, gli sforzi sono concentrati su come minimizzare il rigetto. Ecco alcune delle direzioni di ricerca:

**CURE ANTIRIGETTO:** è partito lo studio Transform, il più ampio mai lanciato, che cercherà di verificare, su oltre 2 mila pazienti in tutto il mondo, l'esito del trapianto di rene a 12 e 24 mesi attraverso la misurazione non solo delle condizioni dell'organo, ma anche della funzionalità renale, un ottimo indice delle probabilità di successo a lungo termine. I partecipanti verranno trattati con due diversi farmaci (everolimus e acido micofenolico) insieme alla terapia standard con farmaci della stessa classe della ciclosporina, e si vedrà se uno dei due è superiore.

Altri protocolli in corso prevedono una calibrazione di vari assortimenti di farmaci, sempre con l'idea di minimizzare le dosi di ciclosporina e analoghi, e con esse i danni per i reni e il cuore e il rischio di cancro, cioè i principali rischi cui va incontro un trapiantato.

**TERAPIA CELLULARE:** le biotecnologie stanno consentendo di mettere a punto e sperimentare cure impensabili pochi anni fa. In questo caso, l'idea di fondo è quella di far abituare l'organismo ricevente al nuovo organo dando, assieme all'organo stesso, anche alcune cellule staminali del sangue del donatore, prelevate prima del trapianto, opportunamente trattate e poi reinfuse al ricevente insieme all'organo. Sono al momento in corso (e in alcuni casi in fase II) alcune sperimentazioni sull'uomo con cosiddette piattaforme di questo tipo, cioè protocolli per il trattamento del sangue del donatore prima dell'intervento.

**TERAPIA GENETICA:** uno dei settori più promettenti è quello degli inibitori dell'Rna, i frammenti di materiale genetico che regolano gli anticorpi che causano il rigetto. Bloccare selettivamente le componenti del sistema immunitario che sostengono il rigetto vorrebbe dire azzerare il problema all'origine. Al momento anche le aziende stanno investendo in questo approccio che, se dovesse risultare vincente, potrebbe essere quello definitivo.

# quotidiano**sanità**.it

Venerdì 18 OTTOBRE 2013

## Cefalea. Nei prossimi due anni in arrivo nuovi farmaci e terapie

***Ad oggi i farmaci sono efficaci per una percentuale troppo bassa di pazienti e presentano numerose controindicazioni. Ma nel giro di poco potrebbero arrivare sul mercato nuove molecole e metodologie per trattare questa condizione, che affligge e debilita un grande numero di cittadini europei. E che costa ben 27 miliardi di spesa pubblica ogni anno.***

L'emicrania, caratterizzata da attacchi ricorrenti di forte mal di testa e malessere diffuso, è il disordine neurologico più frequente nel nostro continente: almeno 5 cittadini europei su 7 hanno sofferto di un attacco acuto almeno una volta nella vita. Eppure, i trattamenti attualmente disponibili per emicrania e cefalea a grappolo lasciano molti pazienti insoddisfatti. Ma la promessa della scienza in questo campo è chiara: nuovi farmaci per queste condizioni, con minori controindicazioni, saranno disponibili in appena due anni, ed ulteriori progressi sono attesi anche dai metodi innovativi di neuromodulazione.

**A rassicurare i pazienti sono in particolare gli esperti della Lega Italiana Cefalogici:** se le attuali terapie per l'emicrania, il più frequente tra i disordini neurologici, mostrano ancora una modesta efficacia e molte controindicazioni ed effetti collaterali, non sarà così ancora per molto. Le cure per prevenire l'attacco emicranico sono efficaci solo nel 50% dei pazienti, mentre quelle per fermare un attacco acuto in corso nel 70% dei casi. Entrambi i trattamenti prevedono molti effetti collaterali e controindicazioni.

**Ma la ricerca ha recentemente prodotto due importanti innovazioni** nel trattamento degli attacchi acuti di emicrania. Farmaci di una nuova classe, antagonisti del recettore CGRP (calcitonin gene-related peptide), chiamati "gepants", possono modulare verso il basso l'attività del sistema trigemino-vascolare, la principale via di innervazione del cervello ed una delle possibili cause per il mal di testa. La loro efficacia è simile a quella dei triptani, che agiscono su un recettore sottotipo della serotonina e che sono correntemente il supporto principale per il trattamento di attacchi emicranici e cefalee a grappolo. Ma a differenza dei triptani, i gepants non restringono i vasi sanguigni e non hanno quasi nessun effetto collaterale. Questo li rende, da un punto di vista terapeutico, più indicati per i molti emicranici con problemi vascolari, finora esclusi dai benefici dei triptani.

**Un'altra nuova sostanza, il lasmiditan, lavora come agonista di un recettore sottotipo della serotonina**, chiamato recettore 5-HT<sub>1F</sub>, che diminuisce il rilascio dei trasmettitori eccitatori e del CGRP in sistema trigemino-vascolare. A differenza dei triptani, che sono agonisti del recettore 5-HT<sub>1B/D</sub>, il lasmiditan non è un vasocostrittore ed ha una efficacia simile a quella dei triptani. È meglio tollerato e, grazie all'assenza di effetti vascolari, presenta meno controindicazioni.

Gli effetti collaterali di entrambi i composti sono ancora in corso di studio ma si crede che saranno disponibili in 2 o 3 anni e offriranno nuove opzioni terapeutiche a quei pazienti per i quali i triptani non sono indicati, tollerati o risultano inefficienti.

Inoltre, la recente ricerca ha dimostrato gli effetti positivi della tossina botulinica di tipo A, iniettata negli appropriati muscoli della testa, del viso e del collo, nella terapia della emicrania cronica. Ha efficacia in circa il 30% dei pazienti affetti da emicrania cronica, ma l'efficacia di iniezioni simili con soluzione fisiologica salina era di circa il 12%. L'effetto netto della Tossina Botulinica di tipo A non è profondo, ma considerando la scarsità delle opzioni e la quasi totale assenza di effetti collaterali può aiutare sottogruppi di pazienti ancora da identificare in studi futuri, per poter incrementare il valore

farmaco-economico di questa opzione terapeutica.

**Senza contare i benefici che potrebbero arrivare dalla neuromodulazione:** dal momento che l'attività delle terminazioni nervose implicate nella cefalea è di natura elettromagnetica, impulsi elettrici o elettromagnetici appropriati potrebbero cambiare ("modulare") i processi neuronali di induzione del dolore o controllo del dolore su livelli normali. Al momento sono disponibili quattro metodi di neuromodulazione con enorme potenziale nell'aiuto di pazienti emicranici e cefalalgici.

Due di loro, la stimolazione del nervo occipitale (ONS) e la stimolazione del nervo sfenopalatino (strutture nervose che giocano un ruolo importante nelle forti emicranie) si effettuano mediante l'impianto di strumenti di stimolazione che emettono impulsi elettrici. Altri due metodi, la stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la stimolazione corrente diretta transcranica (tDCS) generano campi elettro(magnetici) attraverso strumenti esterni posizionati sulla testa, modulando l'attività delle loro regioni bersaglio nella superficie cerebrale in modo non invasivo.

ONS si è dimostrata efficace nel prevenire attacchi nel 30/40% dei casi di pazienti affetti da emicrania cronica e più del 60% dei pazienti affetti da cefalea a grappolo ha ricevuto alcuni rilevanti benefici clinici da questa opzione terapeutica. Tutti gli altri metodi sono da considerarsi emergenti, con studi di validazione ancora in corso. La neuromodulazione non invasiva o minimamente invasiva può rappresentare il futuro nelle terapie di vari tipi di cefalee prive di effetti collaterali.

**Tutte risposte che potrebbero arrivare in breve tempo per chi soffre di emicrania cronica** (cefalea per oltre 15 giorni ed un minimo di 8 attacchi di emicrania tipica in un mese), condizione estremamente disabilitante che affligge dal 3 al 5% della popolazione. La cefalea a grappolo colpisce una percentuale minore di popolazione (lo 0,1%) ma non ha paragoni in quanto a severità: detta anche "cefalea da suicidio", è il più doloroso tipo di cefalea conosciuto. E queste nuove opzioni terapeutiche potrebbero avere anche un grande impatto sociale: oltre la sofferenza ed un enorme peso sul paziente, l'emicrania produce infatti anche circa 27 miliardi di euro di spesa pubblica in Europa. Che potrebbero essere in parte risparmiati.

## **SALUTE: GIOVANI SEMPRE PIU' ATTENTI A LINEA MA PESO OK SOLO PER 6 SU 10**

(ASCA) - Milano, 17 ott - Giovani italiani sempre piu' attenti all'alimentazione e a un corretto stile di vita. Lo evidenziano i dati della V edizione dell'Osservatorio Nestle' - Fondazione ADI, presentati in occasione del XV Corso Nazionale ADI (Associazione di Dietetica e Nutrizione clinica) in corso a Lecce. Lo studio, che rappresenta una delle piu' complete analisi sulle abitudini alimentari e sullo stato di forma fisica della popolazione italiana, in questa edizione ha raggiunto oltre 8 mila partecipanti, per un totale di oltre 43 mila interviste in 5 anni. Secondo l'indagine continua il trend positivo iniziato lo scorso anno con una percentuale stabile al 54 % di coloro che risultano normopeso. Ancora alta, pero', la percentuale delle persone in sovrappeso (30%) mentre risulta leggermente in calo rispetto al passato la percentuale degli obesi al 13% (16% nel 2010). La fotografia che emerge dai risultati dell'Osservatorio e' molto incoraggiante: circa il 66% dei giovani italiani tra i 16 e i 34 anni risulta essere normopeso (in confronto al 44,6% del cluster 45-65). "Purtroppo le buone abitudini sembrano limitate alla fascia piu' giovane e non coinvolgere proprio le persone piu' a rischio, in relazione all'eta', di malattie metaboliche e patologia cardiovascolare. I giovani cominciano a dare il buon esempio; abbiamo la speranza che questo trend possa in tempi brevi coinvolgere anche i meno giovani", commenta Giuseppe Fatati, Presidente della Fondazione ADI e coordinatore scientifico dello studio. Una fotografia che si puo' definire incoraggiante se correlata anche ai dati relativi allo stile di vita: sono infatti in diminuzione gli italiani che fanno vita sedentaria (31% rispetto al 35% dello scorso anno) e, anche tra coloro che dichiarano non praticare sport (66%), e' evidente una forte volonta' di avere uno stile di vita attivo, se si considera che il 35% infatti, dichiara di fare delle lunghe passeggiate appena possibile e di preferire, comunque, di muoversi a piedi. Secondo i dati sono in leggero aumento gli italiani che saltano i pasti (29% quest'anno contro il 26% dell'anno scorso), pessima abitudine radicata soprattutto tra le persone obese che ammettono di saltare i pasti piu' volte durante la settimana (23%), e meno nei normopeso (17%). In aumento, inoltre, gli italiani che fanno una colazione veloce: tra questi la maggioranza sono in sovrappeso o obesi mentre per le persone normopeso la percentuale rimane piu' bassa, nonostante piu' del 70% di questi dedichi ancora poco tempo alla colazione (meno di 15 minuti). 7 italiani su 10 dichiarano di vivere il momento dei pasti con convivialita' eppure solo il 15% degli italiani fa colazione assieme alla famiglia. Inoltre, sono in aumento anche le persone che pur parlando con i commensali svolgono altre attivita' (telefono, tablet, radio) durante il pasto. Fare un "bel pasto completo" al giorno d'oggi, sembra non andare piu' di moda: quest'anno solo il 15% del campione (23% lo scorso anno) se lo concede. A pranzo si preferisce un primo (44%) o un secondo (32%), a cena invece si preferisce un secondo piatto 54%, anche se il numero degli italiani che optano anche per un bel piatto di pasta e' aumentato leggermente rispetto allo scorso anno (16% nel 2013 rispetto al 12 %del 2012). Sia per pranzo che per cena gli italiani prediligono la compagnia della famiglia, ed in particolare la cena e' un momento casalingo (il 93% degli intervistati la consuma a casa) e da trascorrere con amici e famiglia (86%).

<http://www.asca.it/news->

[Salute\\_giovani\\_sempre\\_piu\\_attenti\\_a\\_linea\\_ma\\_peso\\_ok\\_solo\\_per\\_6\\_su\\_10-1326213-ATT.html](http://www.asca.it/news-Salute_giovani_sempre_piu_attenti_a_linea_ma_peso_ok_solo_per_6_su_10-1326213-ATT.html)