



RASSEGNA STAMPA

24-07-2016

1. AVVENIRE AIOM: La metà degli studenti non conosce la prevenzione dei tumori
2. QUOTIDIANO SANITÀ Ema: Semaforo per verde per 8 nuovi farmaci, di cui 2 anti cancro
3. QUOTIDIANO SANITÀ Cancro. Le terapie con anticorpi monoclonali possono provocare eruzioni cutanee
4. QUOTIDIANO SANITÀ Fumo. Layout, grafica e avvertenze sulla salute su pacchetti: si cambia. Arriva decreto con le nuove regole
5. TEMPO Erba libera In Parlamento è già scontro
6. TEMPO In trent'anni aumentata di 10 volte la percentuale di THC nella canapa
7. QUOTIDIANO SANITÀ Piano nazionale Cronicità. Il testo alla Conferenza Stato-Regioni
8. LIBERO QUOTIDIANO Sigarette alla gogna: o le vietate o smettete voi
9. TEMPO La scelta di vaccinare la figlia finisce in Tribunale
10. CORRIERE DELLA SERA Una dieta varia mantiene giovane anche il cervello
11. LIBERO QUOTIDIANO Riproduzione assistita Europa divisa, italiani "voce fuori dal coro"
12. CORRIERE DELLA SERA Latte, yogurt, frutta secca I «distributori» di salute
13. STAMPA Intervista a Luca Pani - "L'abuso porta a gravi disturbi alimentari"

NOTIZIE

AIOM: «La metà degli studenti non conosce la prevenzione dei tumori»

Presentati al Ministero della Salute i risultati della VI edizione di 'Non Fare Autogol' cui hanno partecipato 10.547 giovani

Il 53% degli studenti delle superiori sono 'bocciati' in prevenzione del cancro. Il 78% degli under 19, infatti, ignora che si debba consumare cinque porzioni di frutta e verdura al giorno, il 32% ritiene che le sigarette light non siano molto pericolose per l'organismo. Per il 54% le lampade solari incrementano la resistenza al sole e quindi possono rappresentare un 'buon rimedio' contro le scottature e quattro su dieci pensano che lo sport aumenti il livello di stress. È quanto emerge dal quiz 'Quanto conosci le regole del benessere' a cui hanno partecipato 10.547 giovani, condotto durante 'Non Fare Autogol', la campagna promossa dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e resa possibile da un educational grant di Roche, per spiegare ai ragazzi i corretti stili di vita. «Abbiamo girato l'Italia incontrando gli studenti delle superiori - spiega il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM in un convegno al Ministero della Salute - perché la vera lotta al cancro si deve iniziare sui banchi di scuola. Ben il 40% dei tumori è causato da scorretti stili di vita e fattori di rischio modificabili». Il progetto, da settembre a giugno scorso, ha coinvolto i campioni delle squadre di calcio di Serie A e di Serie B e alcuni allenatori italiani. «Nelle sei edizioni della campagna, abbiamo coinvolto poco meno di tremila Istituti, incontrato e dialogato con centinaia e centinaia di docenti e dirigenti scolastici, migliaia e migliaia di giovani, diffuso oltre un milione di opuscoli. Un lavoro impegnativo e fondamentale perché ci ha permesso di capire quanto sia necessario fare informazione ed educazione - sottolinea il prof. Pinto. Come dimostra l'indagine è ancora basso il livello di conoscenza dei ragazzi delle principali regole del benessere. Dobbiamo quindi proseguire e intensificare questo tipo di attività». (P.M.)



Venerdì 22 LUGLIO 2016

Ema: Semaforo per verde per 8 nuovi farmaci, di cui 2 anti cancro

Questi alcuni degli esiti della riunione del Comitato per i medicinali ad uso umano dell'Agenzia del farmaco Ue. Esteso l'uso del Truvada per includere la profilassi pre-esposizione (PrEP) contro l'HIV-1. Via libera anche ad un prodotto per il trattamento di adenocarcinoma metastatico del pancreas.

Il Comitato per i medicinali ad uso umano (CHMP) dell'Agenzia europea del farmaco nella sua ultima riunione ha raccomandato otto farmaci per l'autorizzazione all'immissione in commercio.

Il CHMP ha raccomandato la concessione di autorizzazioni all'immissione in commercio di due farmaci per il trattamento del carcinoma renale avanzato (cancro del rene). Cabometyx (cabozantinib) e Kisplyx (lenvatinib) sono indicati per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma renale avanzato, che sono stati precedentemente trattati con un fattore di crescita endoteliale vascolare (VEGF), un inibitore; Cabometyx deve essere utilizzato in monoterapia, mentre Kisplyx è per l'uso in combinazione con everolimus.

Il comitato ha raccomandato poi la concessione per uso pediatrico all'immissione in commercio il prodotto per Sialanar (glicopirronio bromuro) per il trattamento di grave sbavamento nei bambini e negli adolescenti con disturbi neurologici. Questo a seguito di un riesame del precedente parere negativo del Comitato.

Il comitato ha raccomandato la concessione di un'autorizzazione all'immissione in commercio per il medicinale orfano Onivyde (irinotecan) per il trattamento di adenocarcinoma metastatico del pancreas.

Via libera anche a Truberzi (eluxadolina) è che stato raccomandato per l'approvazione per il trattamento della sindrome dell'intestino irritabile con diarrea.

Un medicinale generico, Tenofovir disoproxil Zentiva (tenofovir disoproxil), è stato invece raccomandato per l'approvazione da parte del CHMP per il trattamento di HIV-1 ed epatite B cronica

Due medicinali biosimilari, Inhixa e Thorinane (entrambi contenenti enoxaparina sodica), hanno ricevuto pareri positivi per la prevenzione e il trattamento di vari disturbi legati a coaguli di sangue negli adulti.

Cinque raccomandazioni sulle estensioni delle indicazioni terapeutiche:

Il comitato ha raccomandato estensioni delle indicazioni per Ameluz, Imbruvica, Orencia, Truvada (come profilassi pre-esposizione (PrEP) contro l'HIV-1) e Xalkori.

Il Comitato per i Medicinali ad Uso Umano ha confermato poi "che i benefici del Zydelig (idelalisib) nel trattamento dei seguenti tumori del sangue: leucemia linfatica cronica (LLC) e linfoma follicolare, superano i rischi di [effetti indesiderati](#). Tuttavia, in seguito ad una revisione, sono state aggiornate le raccomandazioni relative alla minimizzazione del rischio di infezioni gravi nei pazienti trattati con questo medicinale.

A tutti i pazienti trattati con Zydelig devono essere somministrati preventivamente medicinali per l'infezione polmonare polmonite da Pneumocystis jirovecii durante il trattamento e il trattamento deve essere continuato fino a 6 mesi dopo che la terapia con Zydelig è stata sospesa. I pazienti che ricevono Zydelig devono anche essere monitorati per segni di infezione e devono effettuare regolarmente esami del sangue per misurare il livello di globuli bianchi.

Un basso numero di globuli bianchi può indicare un aumentato rischio di infezioni e rende necessaria l'interruzione del trattamento. Zydelig non può essere iniziato inoltre in pazienti con qualsiasi infezione generalizzata.

Il CHMP ha poi raccomandato la sospensione di un certo numero di farmaci approvati a livello nazionale per la quale sono stati condotti studi di bioequivalenza presso il Semler Research Centre Private Ltd, Bangalore, India.

La domanda di autorizzazione all'immissione in commercio Begedina è stata infine ritirata.

Venerdì 22 LUGLIO 2016

Cancro. Le terapie con anticorpi monoclonali possono provocare eruzioni cutanee

Nei pazienti affetti da cancro, le eruzioni cutanee dovute all'utilizzo di anticorpi monoclonali anti PD-1 e anti Pd-L1, mostrerebbero all'analisi istologica caratteristiche che possono ricondurre al lichen planus, una malattia mucocutanea di origine immunitaria.

(Reuters Health) - "La constatazione che le eruzioni cutanee associate a immunoterapia anti-PD-1 presentano peculiarità istologiche tipiche delle lesioni lichenoidi è molto intrigante – ha affermato la Jennifer N. Cho della Northwestern University Feinberg School of Medicine di Chicago – anche se non conosciamo ancora l'esatto meccanismo patogenetico di questo effetto collaterale che comporta implicazioni per l'eziologia della condizione cutanea riferita al lichen planus". PD-1 è una molecola inibitoria che si trova sulla superficie delle cellule T.

"Nivolumab e pembrolizumab sono IgG4 anticorpi antagonisti di PD-1 in grado di sbloccare l'inibizione delle cellule T tumore-specifiche, ripristinando l'immunità anti-tumorale – hanno sottolineato gli autori dello studio pubblicato da JAMA Dermatology – La recente approvazione da parte della Food and Drug Administration, FDA, di questi agenti per il melanoma avanzato, il cancro polmonare non a piccole cellule e il carcinoma renale, ha accelerato la necessità di caratterizzare meglio i loro profili di tossicità".

Lo studio

I ricercatori per fare questo hanno esaminato i dati riferiti a 13 uomini e 7 donne che hanno sviluppato eventi avversi a carico della pelle durante il trattamento con anticorpi monoclonali anti PD-1 e anti PD-L1, usati da soli o in combinazione con un altro farmaco. L'età media del gruppo studiato era di 64 anni. La maggior parte dei pazienti ha manifestato papule eritematose e le biopsie hanno evidenziato caratteristiche di dermatite lichenoidi. 18 pazienti sono stati trattati con corticosteroidi topici e solo un paziente ha dovuto sospendere l'immunoterapia. L'80% dei pazienti avevano assunto altri farmaci che tuttavia erano stati ben tollerati. Questo aspetto suggerisce che l'anti PD-1 e l'anti PD-L1 possano essere i responsabili delle reazioni lichenoidi; è anche possibile, però, che gli anticorpi monoclonali possano aver fatto emergere una risposta immunitaria a un farmaco in precedenza tollerato. Sono necessari ulteriori studi per capire questo evento avverso cutaneo e la risposta delle cellule T, "sebbene – ha commentato J. Milano Anadkat della Washington University School of Medicine di St.Louis – la comprensione della tossicità cutanea da chemioterapia continui ad aumentare e i primi risultati rispetto alla terapia con anti PD-1 e anti PD-L1 hanno notevolmente ampliato lo scenario oncologico".

Fonte: JAMA Dertmatol 2016

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Venerdì 22 LUGLIO 2016

Fumo. Layout, grafica e avvertenze sulla salute su pacchetti: si cambia. Arriva decreto con le nuove regole

Il provvedimento, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, stabilisce la specifica posizione dell'immagine, dell'avvertenza testuale e indicando le informazioni sulla disassuefazione dal fumo all'interno dell'avvertenza combinata relativa alla salute. Le norme entreranno in vigore ufficialmente da domani, ma sul mercato sono già presenti confezioni con le nuove grafiche. [IL DECRETO](#)

Pubbligate le norme tecniche per dare attuazione decisione di esecuzione della direttiva Ue antifumo al fine di definire le specifiche tecniche per il layout, la grafica e la forma delle avvertenze combinate relative alla salute.

Il decreto, tenendo conto delle diverse forme delle confezioni, specifica la posizione dell'immagine, dell'avvertenza testuale e indicando le informazioni sulla disassuefazione dal fumo all'interno dell'avvertenza combinata relativa alla salute, nonché le dimensioni di tali elementi, il formato, i colori e i caratteri da usare al fine di garantire che ciascun elemento sia pienamente visibile.

Qui di seguito il testo del decreto:

Art. 1. Oggetto e campo di applicazione

1. Il presente decreto stabilisce le regole relative al layout, alla grafica e alla forma delle avvertenze combinate relative alla salute da collocare sui prodotti del tabacco da fumo.

Art. 2. Layout e forma dell'avvertenza combinata relativa alla salute

1. I fabbricanti: a) se l'altezza dell'avvertenza combinata relativa alla salute supera la sua larghezza di oltre il 70%, collocano le avvertenze combinate relative alla salute in un formato impilato, come indicato nella sezione 1 dell'Allegato 1; alla b) se l'altezza dell'avvertenza combinata relativa alla salute supera la sua larghezza di oltre il 20% ma di non oltre il 65%, collocano le avvertenze combinate relative alla salute in un formato accostato, come illustrato nella sezione 2 dell'Allegato 1; c) se l'altezza dell'avvertenza combinata relativa alla salute è maggiore o uguale al 65%, ma minore o uguale al 70% della sua larghezza, possono scegliere se usare il formato impilato o il formato accostato, purché tutti gli elementi dell'avvertenza combinata relativa alla salute restino pienamente visibili e non siano distorti. 2. Se si usa un formato impilato, la fotografia si colloca in cima all'avvertenza combinata relativa alla salute, con l'avvertenza testuale e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo stampate sotto di essa, come illustrato nella sezione 1 dell'Allegato 1; la fotografia occupa il 50%, l'avvertenza testuale il 38% e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo il 12% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute all'interno del riquadro delimitato da un bordo nero. Se si usa il formato accostato, la fotografia si colloca nella metà sinistra dell'avvertenza combinata relativa alla salute, con l'avvertenza testuale in alto a destra e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo in basso a destra dell'avvertenza, come illustrato nella sezione 2 dell'Allegato 1. La fotografia occupa il 50%, l'avvertenza testuale il 40% e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo il 10% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute all'interno del riquadro delimitato da un bordo nero. 3. Se a causa della forma della confezione unitaria o dell'imballaggio esterno, l'altezza dell'avvertenza combinata relativa alla salute è minore o uguale al 20% della sua larghezza, l'avvertenza combinata relativa alla salute si colloca in un formato accostato extra largo, come illustrato nella sezione 3 dell'allegato. La fotografia occupa il 35%, l'avvertenza testuale il 50% e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo il 15% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute all'interno del riquadro delimitato da un bordo nero.

Art. 3. Grafica dell'avvertenza combinata relativa alla salute

1. L'avvertenza combinata relativa alla salute è stampata in quadricromia CMYK. Tutti gli elementi in nero sono

C0, M0, Y0 e K100 e quelli in giallo caldo sono C0, M10, Y100 e K0. L'avvertenza combinata relativa alla salute è riprodotta con una risoluzione minima di 300dpi quando è stampata in scala reale. 2. L'avvertenza testuale è stampata in bianco su fondo nero. L'informazione sulla disassuefazione «n. verde 800.554.088 per smettere di fumare», di cui all'art. 11, comma 2, lettera b) , del decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6, è stampata in nero su fondo giallo caldo, come illustrato nell'Allegato 1. Se l'avvertenza combinata relativa alla salute è multilingua l'avvertenza testuale nella prima lingua è stampata in bianco, l'avvertenza testuale nella seconda lingua è stampata in giallo caldo e l'avvertenza testuale nella terza lingua, se del caso, è stampata in bianco. 3. Se si usa un formato accostato, impilato invertito o accostato extra largo, si stampa un bordo nero di 1 mm. tra le informazioni sulla disassuefazione dal fumo e la fotografia all'interno del riquadro delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo. 4. I fabbricanti o gli importatori garantiscono che la fotografia a: a) sia riprodotta senza aggiunta di effetti, adeguamento dei colori, ritocchi o allargamento dello sfondo; b) non sia rifilata troppo vicino o troppo lontano dal punto focale dell'immagine; c) sia ridimensionata in modo proporzionale senza essere dilatata o compressa. 5. I fabbricanti garantiscono che: a) l'avvertenza testuale e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo siano allineate a sinistra e centrate verticalmente; b) l'avvertenza testuale e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo siano stampate in grassetto condensato Neue Frutiger; c) l'avvertenza testuale sia stampata con caratteri di dimensioni uniformi; d) la dimensione dei caratteri dell'avvertenza testuale e delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo sia la maggiore possibile per garantire la massima visibilità del testo; e) la dimensione minima dei caratteri dell'avvertenza testuale sia 6 pt e la dimensione minima dei caratteri delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo sia 5 pt; f) lo spazio tra le righe sia 2 pt maggiore della dimensione dei caratteri dell'avvertenza testuale e da 1 a 2 pt maggiore della dimensione dei caratteri delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo; g) l'avvertenza testuale sia riprodotta come indicato nell'Allegato I di cui all'art. 11, comma 2, lettera a) , del decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6, anche per quanto riguarda l'uso delle lettere maiuscole, ma esclusa la numerazione. 6. In deroga alle disposizioni di cui al comma 5, lettere e) e f) , i fabbricanti o gli importatori di prodotti del tabacco da fumo diversi dalle sigarette, dal tabacco da arrotolare e dal tabacco per pipa ad acqua possono ridurre la dimensione dei caratteri o l'interlinea dell'avvertenza testuale e delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo qualora inevitabile.

Art. 4. Regole speciali per alcune confezioni unitarie con una chiusura di tipo flip-top

1. In deroga all'art. 2, comma 2, primo periodo, si applicano le seguenti regole alle avvertenze combinate relative alla salute da collocare nella parte anteriore di confezioni unitarie con una chiusura di tipo flip-top: a) quando la chiusura è più piccola della superficie prevista per la fotografia all'art. 2, comma 2, e l'osservanza di tale disposizione comporterebbe la separazione in due della fotografia all'apertura della confezione: 1. l'avvertenza testuale si colloca in cima all'avvertenza combinata relativa alla salute, con le informazioni sulla disassuefazione dal fumo e la fotografia a sotto di essa, come illustrato nella sezione 4 dell'allegato; 2. la fotografia occupa almeno il 50% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute, l'avvertenza testuale almeno il 30% e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo almeno il 10% ma non più del 12% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute all'interno del riquadro delimitato da un bordo nero; b) quando la chiusura è più grande della superficie prevista per la fotografia all'art. 2, comma 2, e l'osservanza di tale disposizione comporterebbe la separazione in due dell'avvertenza testuale o delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo all'apertura della confezione: 1. la fotografia si colloca in cima all'avvertenza combinata relativa alla salute, con l'avvertenza testuale e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo sotto di essa, come illustrato nella sezione 1 dell'allegato; 2. la fotografia occupa almeno il 50% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute, l'avvertenza testuale almeno il 30% e le informazioni sulla disassuefazione dal fumo almeno il 10% ma non più del 12% della superficie dell'avvertenza combinata relativa alla salute all'interno del riquadro delimitato da un bordo nero. 2. I fabbricanti garantiscono che nessuno dei tre elementi dell'avvertenza combinata relativa alla salute sia diviso in due all'apertura della confezione unitaria. 3. I fabbricanti o gli importatori di sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua in confezioni unitarie con chiusura di tipo flip-top, in deroga all'art. 3, comma 5, lettere e) e f) , possono ridurre la dimensione dei caratteri o l'interlinea dell'avvertenza testuale e delle informazioni sulla disassuefazione dal fumo nella parte anteriore dei pacchetti, se l'avvertenza combinata relativa alla salute è multilingue, purché tutti gli elementi dell'avvertenza combinata relativa alla salute restino pienamente visibili.

Art. 5. Allegati 1. Fanno parte integrante del presente decreto l'Allegato 1 contenente l'esemplificazione delle misure previste e l'Allegato 2 contenente la versione a bassa risoluzione pdf. delle avvertenze combinate.

Art. 6. Disponibilità dei file contenenti le avvertenze combinate 1. I file ad alta risoluzione necessari ai fini dell'apposizione delle avvertenze combinate sono predisposti dal Ministero della salute secondo le specifiche tecniche adottate. 2. I file ad alta definizione di cui al comma 1 sono assegnati dal Ministero della salute, in copia digitale, al Ministero dell'economia e delle finanze - Agenzia delle dogane e dei monopoli - che provvede a metterli a disposizione delle aziende produttrici richiedenti.

Art. 7. Entrata in vigore 1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente decreto sarà inviato agli organi di controllo per la registrazione.

Legalizzazione della cannabis

Erba libera In Parlamento è già scontro

■ Dopo un complesso iter in due commissioni, domani comincerà la discussione parlamentare sul testo per legalizzare la cannabis.

Fondato → a pagina 12

La norma Monopolio dello Stato ma anche coltivazione privata entro certi limiti. Area Popolare sulle barricate

In Parlamento si litiga sulla droga libera

Domani approda per la prima volta in Aula un testo sulla legalizzazione della cannabis

Manuel Fondato

■ Dopo un complesso iter in due commissioni, dove non è stato votato il mandato al relatore per l'alto numero di emendamenti presentati, domani comincerà la discussione parlamentare sul testo redatto dall'Intergruppo parlamentare per la legalizzazione della cannabis, creato e guidato dal senatore e sottosegretario agli Esteri Benedetto Della Vedova.

Dopo la bocciatura da parte della Corte Costituzionale della Fini-Giovanardi del 2006, che inaspriva le pene eliminando qualsiasi distinzione tra droghe leggere e pesanti, in Italia la materia è ancora regolata da una legge del 1990 che porta i nomi di Rosa Russo Iervolino e Giuliano Vassalli.

La proposta di legge 3235, oltre a porre dei limiti alla legalizzazione, regola la coltivazione e il possesso. Come per il tabacco anche la cannabis sarà monopolio di Stato ma ogni persona maggiorenne potrà coltivare al massimo cinque piante di canapa di sesso femminile e usufruire dei prodotti. Per iniziare la coltivazione occorrerà inviare i propri dati all'ufficio regionale dei monopoli competenti. I maggiorenni potranno portare con sé massimo 5 grammi di cannabis che aumentano a 15 quando ci si trova nel «privato domicilio». Se il consumo è a fini terapeutici, previa decisione del medico curante che stabilisce le dosi tramite una ricetta, la quantità può aumentare.

Così come avviene già in Olanda, la storica apripista delle politiche anti proibizioniste, non sarà consentito fumare in luoghi pubblici, aperti al pubblico e in ambienti di lavoro, anche privati.

Non tutte le disposizioni entreranno in vigore contemporaneamente con l'eventuale approvazione della proposta di legge. Subito dopo la pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale, partiranno subito «le norme di riforma del sistema sanzionatorio, quelle relative alla detenzione consentita di cannabis e dei prodotti da essa derivati, nonché quelle sulla cannabis terapeutica». Dopo 90 giorni, «quelle relative alla coltivazione consentita, in forma personale e associata». Dopo 180 giorni dalla pubblicazione nella Gazzetta ufficiale dei decreti ministeriali di disciplina dell'attività di coltivazione, di preparazione dei prodotti e di vendita al dettaglio (che devono essere emanati entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge), tocca alle norme che disciplinano il mercato legale della cannabis.

Nonostante i 220 firmatari della proposta di legge provengano da un po' tutti gli schieramenti, coinvolgendo sia maggioranza che opposizione, sull'esito del percorso in aula pesano diverse incognite e i molti emendamenti, presentati soprattutto da Area Popolare i cui esponenti sono già sulle barricate. Il testo potrebbe anche tornare all'esame delle Commissioni Giustizia e Affari Sociali e rinviato a settembre.



I numeri La «Foundation for a Drug-Free World»: «In ogni spinello 400 sostanze chimiche. A lungo termine chi fuma è meno resistente alle comuni malattie»

In trent'anni aumentata di 10 volte la percentuale di THC nella canapa

■ In concomitanza dell'approdo in Parlamento del ddl per la liberalizzazione della cannabis, impazzano le attività dei fronti contrari e favorevoli alla liberalizzazione.

Nei giorni scorsi a Roma è stato distribuito un opuscolo curato dalla «Fondazione per un mondo libero dalla Droga» (Foundation for a Drug-Free World), una no profit con sede a Los Angeles, California, che prova a far luce sui reali numeri del fenomeno delle cosiddette «droghe leggere».

Il primo dato significativo è tratto da un sondaggio del 2005, nel quale l'11,2% degli italiani tra i 15 e i 64 anni ammisero di aver fumato almeno una volta marijuana durante il mese precedente alla rilevazione. Ma cosa hanno fumato con precisione gli italiani? «Anche se la canapa sostiene più di 400 sostanze chimiche - si legge nell'opuscolo - il principale ingrediente che influenza la mente è il THC». Con il tempo, però, i coltivatori di canapa hanno sviluppato tecniche che aumentano il contenuto di questa sostanza. Se nel 1974 i livelli di THC erano dell'1%, nel 1994 erano saliti al 4% e nel 2008 addirittura al 9,6%. Una forma particolare di canapa, chiamata «sinsemilla», può arrivare addirittura al 24% di cannabis.

«Gli effetti immediati della

cannabis - si legge ancora - includono aumento del battito cardiaco, disorientamento, assenza di coordinazione fisica, spesso seguiti da depressione o sonnolenza. Alcuni consumatori soffrono di attacchi di panico o ansia». Inoltre, «il fumo di marijuana contiene dal 50 al 70% in più di sostanze che causano tumori rispetto al fumo del tabacco. Tra gli effetti a lungo termine la riduzione della resistenza alle comuni malattie (influenza, bronchite, ecc) e i disturbi nella crescita. Ancora, l'uso della marijuana si rivela non solo dannoso per chi la fuma, ma anche per le altre persone. L'opuscolo, infatti, cita uno studio condotto su 129 studenti universitari: tra coloro che avevano fumato droghe almeno in 27 dei 30 giorni precedenti al sondaggio, vi era stata una grave riduzione delle capacità critiche collegate con attenzione, memoria e apprendimento. «Uno studio condotto su lavoratori postali - si legge ancora - ha trovato che gli impiegati positivi ai test sull'uso della marijuana avevano avuto il 55% in più di incidenti, l'85% in più di ferite e un aumento del 75% di assenze dal lavoro». Infine, in Australia uno studio ha rivelato che l'intossicazione da cannabis è responsabile del 4,3% di tutti gli incidenti automobilistici del Paese. **L. F.**



Venerdì 22 LUGLIO 2016

Piano nazionale Cronicità. Il testo alla Conferenza Stato-Regioni. Reti integrate sul territorio per presa in carico, 'tecnoassistenza' e Piani di cura personalizzati. Ecco tutte le novità

Integrazione dell'assistenza primaria, continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo della malattia, potenziamento cure domiciliari e attenzione ai bisogni globali dei pazienti. E poi Piani di cura personalizzati e Chronic care model. Questi alcuni dei capisaldi del Piano per far fronte alle cronicità inviato oggi dal Ministro Lorenzin alla Stato-Regioni. Resta il tema delle risorse economiche.

[PIANO CRONICITÀ – ACCORDO STATO-REGIONI](#)

Forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche. E poi una continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia e l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare. E ancora, potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza" senza dimenticare lo sviluppo di modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici. Questi alcuni dei capisaldi del "Piano Nazionale della Cronicità", documento che, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche, che oggi il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha trasmesso in Conferenza Stato-regioni.

Il nodo risorse. Il Piano nazionale della cronicità nasce "dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività proponendo un documento condiviso con le Regioni che compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza".

Il fine è "quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini". Un sistema in sostanza che si deve porre in modo integrato e proattivo (si al chronic care model per esempio) e che sappia anche valutarsi per correggere eventuali errori di percorso.

Il documento si compone di due parti.

La prima recante gli indirizzi generali per la cronicità e la seconda contiene approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici. Nella prima parte vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee d'intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei PDTA.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche (Malattie renali croniche e insufficienza renale; Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva; Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa; Insufficienza cardiaca cronica; Malattia di Parkinson e Parkinsonismi; Bpcp e Irc; Insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva; Asma in età evolutiva; Malattie endocrine in età evolutiva; Malattie renali croniche in età evolutiva) e per ciascuna il Piano prevede: un sintetico inquadramento generale; un elenco delle principali criticità dell'assistenza; la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee d'intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori di monitoraggio.

Invecchiamento e cronicità. Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

I costi crescenti. La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta. È stato calcolato che quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione multi-cronica e, di queste, circa il 30% a persone con patologie croniche gravi. Nel 2010 la spesa per ricoveri ospedalieri è stata attribuita per il 51% alla fascia di età over 65. In questa fascia di età si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale mentre la spesa pro capite di un assistito di età over 75 è 11 volte superiore a quella di una persona appartenente alla fascia 25-34 anni. La circostanza che i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero di malattie è confermata anche da dati regionali. In Lombardia nel 2013 il rapporto tra la spesa sanitaria procapite di un paziente non cronico e la spesa pro-capite di un paziente con 4 patologie croniche è stata di 1/21,5; per un paziente con 3 patologie lo stesso rapporto è di circa 1/12, per due patologie è di 1/7,3, per una patologia di ¼. Nel corso del tempo la spesa totale della Regione per le malattie croniche risulta aumentata dal 2005 al 2013 del 36%.

Il Piano, che richiama autorevoli modelli internazionali, prende le mosse dall'attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione (in Italia la percentuale di "over 65" sul totale della popolazione è pari al 21,2%), dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche e dal permanere di differenze assistenziali nelle singole realtà regionali.

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti. Per vincere la sfida contro queste 'nuove epidemie' per il Piano "è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al 'macrosistema-salute', formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui".

Un diverso modello integrato ospedale/territorio. Il Piano ribadisce come "l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e 'dimissioni assistite' nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità".

Riorganizzazione attività dei mmg e pediatri. Il medico di o pediatra che ha preso in carico un paziente cronico dovrà tener conto delle diverse competenze specialistiche e professionali coinvolte nel processo di cura per il sovrapporsi di patologie diverse, di funzioni lese o compromesse o di problematiche socio-assistenziali, operando una sintesi adeguata alla specifica condizione clinica. In casi particolari in cui il paziente cronico sia direttamente in carico ad una struttura o a un servizio specialistico, in ragione della complessità clinica o socio-assistenziale, il PAI specialistica sarà definito dal medico che ha l'effettiva responsabilità della cura e condiviso con il mmg o pls.

E strumenti principali della nuova rete sono proprio le famose AFT e UCCP su cui com'è noto sono in atto le trattative per il rinnovo della convenzione.

In particolare, il Piano si pone poi l'obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Tali obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'empowerment del paziente, nonché mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso sono responsabili dello scadimento della qualità di vita della persona e che rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali delle malattie stesse.

Il Piano fornisce, quindi, indicazioni per favorire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;

- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "teconoassistenza";
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

"Il Piano – si legge - segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici che la inseriscono in un piano di assistenza il più possibile personalizzato; il paziente quindi non è più utente "passivo" delle cure, ma collabora attivamente alla gestione della sua condizione, arrivando a definire con l'equipe un percorso di cura che gli consenta di convivere con il suo quadro patologico e di 'fare fronte' alla patologia".

O vietate il fumo o la smettete voi

di **FILIPPO FACCI**

a pagina 17

Lo sfogo di un fumatore

Sigarette alla gogna: o le vietate o smettete voi

Ancora l'ipocrisia delle immagini orripilanti sui pacchetti. Ma perché fingono di osteggiare una cosa lecita e su cui lo Stato lucra?

■ ■ ■ **FILIPPO FACCI**

■ ■ ■ Sono un fumatore (affari miei, ora non rompete) e mi chiedo quanto ancora ci metteranno a vietare le sigarette punto e basta, a metterle fuori legge e arvederci. Perché così è un'agonia, basta, ricacciateci almeno nella beatitudine clandestina del proibizionismo, fate come con la cannabis (cioè no, non fatelo) e lasciateci almeno fumare nei nostri scantinati carbonari: ma come dio comanda, senza la persecuzione del salutismo ipocrita.

Dunque, ora le sigarette è vietato pubblicizzarle, scrivere "lights" o similari, fumare in ogni spazio o mezzo pubblico e, ora, anche in auto coi minori: praticamente ovunque, spesso anche all'aperto, allo stadio, anche in alcuni parchi, in condomini interi, vogliono eliminarle dai film anche vecchi, in tv c'è Nino Frassica che ti dice «ma sei scemo?», la Commissione europea ha detto che è lecito non assumere un fumatore in quanto fumatore, gli inglesi mettono i fumatori agli ultimi posti delle liste sanitarie, un terzo dei datori di lavoro americani chiede esami del sangue per cercare tracce di nicotina, sui pacchetti compaiono scritte sempre più minacciose ("Non fumare", "il fumo provoca tumori orrendi", manca "sei un coglione") e poi stanno brigando per impedire ai tabaccai di esporre pacchetti sugli scaffali, anche in Italia presto vieteranno i marchi e i loghi riconoscibili (pensate alle effigi di Marlboro, Gouloises, Lucky Strike) a vantaggio di caratteri neutri e uguali per tutti, anzi, una ministra francese dice che certi marchi sto-

rici dovrebbero addirittura cambiare nome perché suggeriscono «mascolinità, femminilità, magrezza, giovinezza o abilità».

Cioè: niente sigarette "Fortuna" (troppo positive) e niente "Gitanes" perché il simbolo è una donna che sta ballando (troppo femminile) e niente "Gauloises" perché il simbolo è un elmo con le ali tipo Asterix (troppo patriottico) e poi, ecco, ci siamo: proprio in questi giorni stanno arrivando le immaginette-choc, quelle luttuose e schiuse immaginette che saranno obbligatorie sulla prevalenza del pacchetto. Eccone qualcuna: 1) gengive e denti marci 2) bara di neonato con genitori in lacrime; 3) uomo con gamba amputata; 4) giovane su sedia a rotelle; 5) occhi cecati; 6) collo con un buco nero sul gargarozzo; 7) donna che scatarra sangue nel fazzoletto; 8) orrendo tumore alla lingua; 9) disabili e infartuati in tutte le posizioni, per letto o per terra. E sono solo alcune.

Ora: ma perché? Perché dobbiamo nascondere (ai bambini, se non altro) qualcosa di perfettamente lecito, acquistabile e sul quale lo Stato guadagna una botta di soldi? È un arbitrio, una scelta politica come un'altra: se il criterio fosse puramente statistico allora dovremmo mettere le foto della gente maciullata sulle portiere delle auto, o immagini di adipe e colesterolo sulla confezione del burro, e fegati cirrosi sul vino. Fatela finita, allora: proibite le sigarette completamente, fate come in Buthan (nazione asiatica dove è completamente vietato fuma-

re) o come nelle due città californiane di Belmont e Calabasas, dove - secondo il quotidiano Usa Today - stavano valutando di vietare il fumo in tutti gli appartamenti: perché può infastidire i vicini, eh già, forse può traspirare dai muri, filtrare da quelle finestre che magari danno sulle highway a otto corsie, certo.

E allora probitele, vietatele, magari fatelo da un giorno all'altro (poi vedresti l'ufficio del Tesoro andare nel panico puro, perché verrebbero a mancare circa 14 miliardi di euro tra Iva e accise) ma piantatela di girarci attorno, smettete questa danza ipocrita e fingete pure di dimenticare che tutte queste campagne stanno facendo complessivamente calare i fumatori, sì, ma anche aumentare il tabagismo dei minori e delle donne, categorie che rispondono prima di altre al riflesso "tu proibisci, io voglio".

Piantatela, antifumo crudeli: negli Stati Uniti sono giunti a vietare il tabacco dalle carceri e il fanatismo allo stato puro è stato raggiunto quando a un condannato a morte fu rifiutata la tradizionale ultima sigaretta: ritenendo, forse, che potesse accorciargli la vita. Piantatela, antifumo professionisti: avevate la vittoria in mano, le sigarette andavano già sparendo - e spariranno - perché non avevano più appeal né status, facevano socialmente arretrato: e sentirsi sfigati può fare anche più paura del cancro. Piantatela: smetteremo quando lo vorremo noi, o quando le proibirete. Ma non succederà, lo Stato non può permetterselo. Si limiterà a rompere le palle.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Modena La madre della piccola è contraria, il padre favorevole. Ora la parola passa ai giudici civili

La scelta di vaccinare la figlia finisce in Tribunale

■ Vaccini sì, vaccino no. Una diatriba che nei giorni scorsi è stata affrontata anche a livello istituzionale, tanto che la Federazione degli Ordini dei medici ha lanciato l'allarme: «Chi non vaccina potrà essere sanzionato». Apriti cielo. La polemica non è mancata. E non è neanche terminata, visto che a Modena è stato addirittura aperto un procedimento davanti al Tribunale civile per decidere se una bimba deve essere o meno vaccinata. E a darsi battaglia non sono medici, ma un padre e una madre. Due persone con vedute decisamente opposte: da una parte la mamma sarebbe stata contraria a vaccinare la bimba fin da quando era neonata (si trattava di vaccini obbligatori come tetano, difterite, epatite B e poliomelite). Dall'altra il papà, che invece era favorevole a sottoporre la figlia ai vaccini.

Per anni la coppia, che ormai non vive più insieme e si è separata, ha litigato proprio per capire quale scelta prendere. Al centro, sempre la piccola, che ancora non è stata sottoposta ai vaccini, con tutti i rischi e i pericoli, secondo la scienza, di vivere senza vaccinazioni.

Insomma, alla fine, gli ex coniugi si sono rivolti al Tribunale di Modena, che ha chiesto a un consulente di svolgere una visita medica a settembre sulla piccola per stabilire quali siano le sue condizioni di salute.

Dopodiché, verrà depositata una bozza della relazione e ci saranno 20 giorni a disposizione delle parti per eventuali osservazioni. Poi, a dicembre, inizierà la causa civile davanti ai giudici del Tribunale. Ma intanto la bambina da alcuni mesi sarà già tornata a scuola senza «copertura» dei vaccini.

Au. Par.



CorriereSalute

Una dieta varia
mantiene giovane
anche il cervello

di **Carla Favaro**

Una dieta varia difende anche il cervello dall'**invecchiamento**

Vantaggi

Chi a tavola evita la monotonia ha un rischio inferiore del 44 per cento di andare incontro a declino cognitivo

La varietà della dieta, da sempre considerata uno dei pilastri della sana alimentazione, potrebbe essere utile anche per contrastare l'invecchiamento cerebrale. Lo suggerisce uno studio appena pubblicato su *Geriatrics and Gerontology International*. In questo lavoro alcuni ricercatori giapponesi, partendo dal presupposto che la carenza di alcuni nutrienti (specie le vitamine C ed E, il beta-carotene e gli acidi grassi omega 3 a lunga catena) aumenta il rischio di demenza, hanno voluto verificare se anche una alimentazione monotona, come è spesso quella degli anziani, fosse correlata con

il declino cognitivo. I ricercatori, attingendo ai dati relativi a 570 anziani seguiti per 8 anni nell'ambito di uno studio di sorveglianza, hanno osservato che chi mangiava in modo più vario aveva un rischio di andare incontro a declino cognitivo del 44% inferiore rispetto a chi aveva un'alimentazione molto monotona.

«Il risultato di questo studio non stupisce — commenta Mariangela Rondanelli, professore di Scienze e tecniche dietetiche applicate dell'università di Pavia — dal momento che il cervello necessita di tantissimi nutrienti. E una dieta basata su una ampia varietà di alimenti appartenenti ai 5 gruppi fondamentali (si veda tabella n.d.r.) aumenta fortemente la probabilità di introdurre nelle giuste quantità tutti i nutrienti di cui il cervello ha bisogno. Pensiamo, per esempio al glucosio: il cervello, pur pesando solo il 2% del totale corporeo, consuma circa un

quinto di tutto lo zucchero che ingeriamo ogni giorno. E ricordo che questo fondamentale nutriente è presente in frutta, verdura, legumi e cereali. Le proteine, invece, sono fondamentali per fornire gli aminoacidi, utili per la produzione di neurotrasmettitori che servono ai neuroni per comunicare fra loro. E prevedere una varietà di alimenti che contengono proteine, sia animali sia vegetali, permette di assumere anche altre sostanze utili come gli acidi grassi omega 3 e la vitamina D del pesce grasso; il ferro e le vitamine del gruppo B della carne; il calcio del latte e derivati. Infine, dalla frutta e dalla verdura attingiamo un'ampia gamma di sostanze protettive, comprese le già citate vitamina C e beta carotene che partecipano ai meccanismi di difesa antiossidanti, utili per contrastare lo stress ossidativo neurodegenerativo».

Carla Favaro *Nutrizionista*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'altra cucina

Uva spina indiana per contrastare il colesterolo alto

L a *amla*, o uva spina indiana è fra i frutti esotici più insoliti e utili per restare «in gamba». Secondo la medicina naturale, potrebbe servire contro il colesterolo alto e persino contro l'Alzheimer e il Parkinson. Si tratta di chicchi d'uva dalla buccia sottile, che lascia intravedere la vascolarizzazione della polpa. Ne esistono molte varietà coltivate anche in Europa. La più salutare sembra appunto quella indiana. Se ne può fare una salsetta per arrosti saporiti (in

Inghilterra la si abbina alla carne di montone). Per prepararla; mettere in padella una manciata di acini, zucchero e un po' d'acqua. Si passa il tutto e si porta in tavola. Una crostata di uva spina fu la carta vincente di Biancaneve per conquistare cuore (e stomaco) del sette nani. Foderare una teglia con pasta frolla, coprire con uva spina cotta e passata, mescolata con zucchero e un po' di farina. Coprire con un altro foglio di pasta frolla, infornare.

Roberta Salvadori

In tavola

Frutta e ortaggi	 Lasciarsi guidare dalla stagionalità, prevedendo nella giornata frutta e ortaggi di colori diversi, preferire ricette con più ortaggi anziché uno solo
Cereali e derivati	 Scegliarli spesso anche integrali, alternando la pasta con il riso, il farro, l'orzo, la quinoa (simile ai cereali)
Latte e derivati	 Alternare latticini, come la ricotta, con i formaggi freschi e stagionati, assumere latte o yogurt anche come ingredienti di alcuni piatti
Carne, pesce, uova e legumi	 Alternare vari tipi di carni magre e, per il pesce, utilizzare anche specie meno conosciute. Avvicinare fagioli, piselli, lenticchie, ceci in zuppe o piatti unici, ma anche per polpette
Grassi da condimento	 Oltre agli oli vegetali, anche la frutta secca a guscio è un'ottima fonte di grassi «buoni»

Corriere della Sera

La ricetta della salute

Mix di ortaggi cotti e crudi in insalata

Ingredienti per 4 persone: 250 g di fagiolini, 2 zucchine piccole, 1 mazzetto di basilico, 250 g di pomodorini, 1 cetriolo (o 1 carota), origano, olio extravergine d'oliva, sale.



Preparazione: mondare i fagiolini e lessarli per 10 minuti, tagliare le zucchine a fettine e grigliarle alcuni minuti per lato. Tagliare le zucchine a striscioline mescolandole con i fagiolini freddi a pezzi. Condire con 2 cucchiaini di olio, un pizzico di sale e il basilico spezzettato. Tagliare a spicchi i pomodorini e mescolarli con il cetriolo a fettine, condire con 1 cucchiaino d'olio, sale e origano. Servire in un piatto unico o separatamente.

Valore nutrizionale per porzione: proteine g 3, grassi g 8 (di cui saturi g 1), carboidrati g 5, energia kcal 103

Ricetta dello chef Giuseppe Capano

Il commento

Prevedere porzioni piccole di alimenti diversi (in questo caso due contorni) è uno dei modi più semplici per favorire la varietà della dieta, ma può anche rappresentare una utile strategia per aumentare i consumi di quegli alimenti che, come la frutta e la verdura, hanno un ruolo protettivo importante e che non sempre sono sufficientemente presenti nella nostra dieta.



L'esperto risponde

alle domande dei lettori sui temi di nutrizione all'indirizzo forum.corriere.it/nutrizione

Indagine Odoxa con il grant di Grupo Clinica Eugin

RIPRODUZIONE ASSISTITA Europa divisa, italiani «voce fuori dal coro»

■ EUGENIA SERMONTI

■ ■ ■ Proprio nei giorni in cui l'unità dell'Europa scricchiola, si scopre che esistono delle differenze tra i Paesi anche rispetto a delicate questioni di carattere sociale ed etico legate al tema della maternità. Secondo un'indagine condotta su 2.986 cittadini europei dall'istituto di ricerche francese Odoxa con il supporto di Grupo Clinica Eugin, l'Europa appare divisa sugli aspetti che riguardano l'infertilità, la possibilità di ricorrere alla procreazione medicalmente assistita e di conservazione degli ovociti. In questo contesto l'Italia appare la voce più fuori dal coro. Vediamo alcune risposte:

Confusione su picco di fertilità ed età ideale per avere il primo figlio. Praticamente tutti gli europei indicano un'età leggermente più alta rispetto alla realtà: il 40% degli europei situa, erroneamente, il picco di fertilità della donna tra i 25 e i 28

anni che invece è a 24 anni.

Infertilità, punto di non ritorno. Per la maggioranza degli europei l'infertilità sembra una condizione senza rimedi: 6 europei su 10 (59%) ritengono infatti che corrisponda all'"impossibilità di avere un figlio", piuttosto che alla "difficoltà di avere un figlio" (40%).

Europei a favore della riproduzione assistita, italiani dubbiosi. Più della metà degli europei, nonostante la riproduzione assistita appaia loro come "un terreno sconosciuto", sono favorevoli che vi ricorrano le donne single (59%) o le coppie di donne omosessuali (57%). Tuttavia, esiste un'eccezione importante: gli italiani si oppongono in gran maggioranza alla riproduzione assistita per coppie di donne omosessuali (60% di rifiuto) nonostante dimostrino apertura, seppure inferiore alla media UE, verso quella per le donne single (54% di approvazione).



Latte, yogurt, frutta secca I «distributori» di salute

Niente più dolci e patatine
Pronta una legge per bandire
dalle macchinette a scuola
le merendine ipercaloriche:
«Una black list degli snack»

L'allarme

Per i dati ministeriali il 25% degli scolari tra gli 8 e i 10 anni è ritenuto sovrappeso

Il ministro

Giannini favorevole: «L'educazione alla salute deve entrare nel curriculum»

Stop alle merendine e alle patatine fritte, sì allo yogurt, al latte, alla frutta e alla verdura fresca, ai biscotti integrali con la marmellata biologica. È l'obiettivo di una proposta di legge presentata da tre parlamentari del Pd per dire basta al junk food a scuola, e chiedere che venga introdotto per la prima volta l'obbligo per gli esercenti dei distributori automatici di rifornire le «macchinette» a scuola di alimenti sani, freschi e naturali. Ed evitare «alimenti e bevande contenenti un elevato apporto di acidi grassi saturi, acridi grassi trans, zuccheri semplici aggiunti, sodio, nitrati e nitrati utilizzati come additivi, dolcificanti, teina, caffeina, taurina», come si legge nel testo della proposta firmata da Umberto D'Ottavio, Massimo Fiorio e Luigi Dallai.

Ma come verrà stilata la black list delle sostanze da evitare per gli studenti? «Sarà un tavolo interministeriale, tra Salute, Agricoltura e Istruzione, a decidere», spiega Fiorio. «Oltre ai prodotti freschi, ci sono tanti snack, come la frutta secca, che possono essere inseriti, e sono una fonte di calorie e grassi buoni per i

ragazzi». La proposta di legge è stata assegnata alla commissione Affari sociali, e sarà incardinata a ottobre. Perché una legge? Ad allarmare i deputati sono stati i dati (**ministero della Salute**, Iss, Miur) sull'alimentazione dei bambini e dei ragazzi italiani: il sovrappeso è molto più diffuso che negli altri Paesi europei, con fasce di età — come quella tra 8 e 10 anni — dove la percentuale di ragazzini «in carne» arriva al 25%.

«E il 43-44% dei genitori — spiega Fiorio — non collega il comportamento alimentare con lo stato di salute. Per questo meglio intervenire dalla scuola, dove è più facile ingurgitare calorie «cattive» comprando qualcosa con pochi spiccioli al distributore. «Sappiamo che i venditori di distributori automatici stanno già storcendo il naso, perché poi dovranno adeguare loro la distribuzione — spiega Fiorio —. Ma gradualmente troveremo, con l'accordo di tutti, il modo migliore per dare una pausa sana ai nostri ragazzi». In questa ottica, fondamentale sarà la collaborazione con le aziende agricole.

Niente più bibitone gassate

e tortine farcite dunque? «L'esclusione non è mai una cosa positiva — dice Dallai —. L'obiettivo è che i ragazzi arrivino a scegliere liberamente i cibi per loro migliori. E anche tenere in conto gli interessi immediati di chi lavora nella distribuzione. Ma la prospettiva è di ridurre in maniera significativa la possibilità di procurarsi questi cibi, che non sono i più adatti». E infatti la proposta di legge si estende anche ad «altri luoghi pubblici frequentati soprattutto da minori».

Soddisfatta la ministra dell'Istruzione Stefania Giannini, che dà «pieno sostegno» alle iniziative parlamentari che integrano «la più ampia politica del governo: inserire nel curriculum degli studenti l'educazione alla salute». Una priorità, per Giannini, che ha infatti voluto inserirla anche nella riforma della Buona scuola: «Dagli aspetti alimentari a quelli motori, alla promozione dello stile di vita italiano che ci caratterizza nel mondo ed è parte integrante della nostra identità, la scuola deve esserne la prima testimone».

Valentina Santarpia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La parola****JUNK FOOD**

Il termine meglio conosciuto in italiano come «cibo spazzatura» è stato utilizzato per la prima volta nel 1950 da Michael F. Jacobson. Per il nutrizionista americano «spazzatura» sono tutte quelle sostanze con basso valore nutrizionale e ricchezza di grassi o zuccheri. Come hamburger, hot dog, patate fritte e bibite. L'uso prolungato di alimenti «spazzatura» potrebbe favorire l'insorgenza di obesità, diabete e alcuni tipi di cancro. All'Istituto Scripps, in Florida, hanno dimostrato che il junk food agisce sui recettori della dopamina (e dunque sull'organismo) come le droghe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'iniziativa

● Tre deputati del Partito democratico hanno presentato una proposta di legge per contrastare l'obesità infantile in Italia

● L'obiettivo è inserire nell'alimentazione maggiori quantità di verdura, frutta e prodotti integrali a scapito di merendine e patatine fritte e altri cibi «spazzatura»

● La lista dei cibi da evitare sarà stilata insieme dai ministeri di Agricoltura, Salute e Istruzione

● La proposta di legge è stata assegnata alla commissione Affari sociali di Montecitorio e sarà incardinata a ottobre

“L’abuso porta a gravi disturbi alimentari”

Il direttore dell’Agenzia del farmaco
“Non sono pozioni magiche per il corpo”

Intervista

ROMA

«**S**erve più attenzione all’uso degli integratori: possono creare dipendenza», avverte lo psichiatra Luca Pani, direttore generale dell’Agenzia nazionale del farmaco (Aifa).

C’è una correlazione tra abuso di integratori alimentari e diffusione dei disturbi alimentari?

«Esiste la possibilità concreta che l’utilizzo di determinati integratori alimentari (come quelli per l’accrescimento della massa muscolare o per la perdita di peso) finisca in abuso sfoci in veri disturbi alimentari. Alla base di questo tipo di comportamenti spesso ci sono problematiche relative all’insoddisfazione nei confronti del proprio corpo, i cosiddetti disturbi dell’immagine corporea, come avviene ad esempio nei maschi adulti affetti da quella che viene chiamata “muscle dysmorphia”: pur se di muscolatura normale o anche superiore alla media, si percepiscono come deboli, fragili e fisicamente inadeguati. Dallo squilibrio fra percezione e realtà può nascere l’ossessione, la ricerca della “pozione magica”, che li renda più forti, più muscolosi. E da questo alla dipendenza il passo è breve».

Dei 4000 «claims» richiesti solo 200 integratori hanno avuto riconoscimento a seguito di vali-

dazione scientifica. Per la scienza gli integratori servono davvero?
«Gli integratori non servono a niente in mancanza di una specifica carenza che va accertata prima di prenderli. Alcuni integratori possono svolgere una funzione preziosa solo in certi pazienti. Come l’acido folico nella prevenzione di difetti nello sviluppo del feto. Non va persa la loro funzione: integrare qualcosa che manca e non aumentare livelli normali. È immotivato usare integratori nelle quantità in cui vengono consumati oggi».

Quale la causa di questo boom?

«Lo spiega uno studio presentato lo scorso anno alla American Psychological Association su 195 uomini, frequentatori di palestre, tra i 18 e i 65 anni, consumatori di integratori come creatina, proteine del siero del latte e L-carnitina. Il 40% ha aumentato l’uso di integratori nel tempo e il 22% ha progressivamente sostituito gli integratori ai pasti regolari. Tra i fattori che li accomunavano, l’insoddisfazione rispetto al proprio fisico e un rapporto conflittuale con la propria identità di genere. Il ricorso all’integratore, al surrogato era legato a conflitti profondi sul piano psicologico individuale».

Anoressia e bulimia possono essere favorite dal ricorso massiccio agli integratori alimentari?

«Chi sviluppa un’attenzione eccessiva nei confronti di certi tratti fisici, come la magrezza, può trovare rifugio nel ricorso a prodotti che promettono di accelerare la perdita di peso. In que-

sto caso i prodotti per la perdita di peso si trasformano in strumento per soddisfare un’esigenza che nasce da un’autentica ossessione per l’aspetto corporeo».

I danni alla salute sono denunciati dalle associazioni dei medici ma il business degli integratori cresce di continuo. Perché?

«Sicuramente il consumatore è attratto da questi prodotti che promettono benefici per la salute e sono di facile accesso, dal momento che purtroppo non vi è bisogno di controllo medico o della ricetta per ottenerli. Il meccanismo psicologico è quello potentissimo del pensiero magico, che agisce sull’emotività e non sulla parte razionale della psiche. Si commette un grave errore se si pensa di poter assumere queste sostanze in quantità importanti senza correre rischi».

Emergenza di salute pubblica?

«Va tenuta alta la sorveglianza. Si tratta di un problema che è stato oggetto di approfondimento da parte delle istituzioni. Secondo uno studio dei “Centers for Disease Control and Prevention” degli Stati Uniti gli integratori sono stati responsabili di circa 23.000 “visite” al pronto soccorso negli Usa nello scorso anno. Gli integratori a base di micronutrienti (ferro, calcio, potassio) hanno causato numerose reazioni allergiche o disturbi della deglutizione nelle persone anziane. Nei giovani i prodotti dimagranti ed energetici spesso hanno provocato sintomi cardiovascolari come palpitazioni e tachicardia. Non è vero che non fanno mai niente di male». [GIA. GAL.]

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

