PREVENZIONE oggi

aido

Poste Italiane S.p.A Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L.27/02/2004 n°46)
art. 1 comma 1, LO/BG - anno XXIII n° 217 APRILE 2014

Sommario

pagina 2 **Una generazione raccontata attraverso la ricerca scientifica**
Nel 1946 nasce la National Survey of Health and Development (NSHD), la ricerca di lunga durata più antica e completa mai fatta in Gran Bretagna su dei coscritti

pagina 4 **Nel girovita il futuro della nostra salute**
Come dieta, stile di vita e peso influenzano la nostra speranza di benessere in età avanzata

pagina 12 **Il cibo italiano bloccato da un semaforo rosso**
La strana storia delle etichette inglesi sugli alimenti

pagina 14 **Ma quanto ci piace mangiare?**
Una mostra cerca di dare una risposta usando gli strumenti che la scienza e l'arte contemporanea ci mettono a disposizione

pagina 17 **Educazione e ricerca scientifica**
Silvio Garattini lancia l'appello: il metodo scientifico è l'unica arma contro le false cure scientifiche

Spazio ai lettori

Per gli interventi dei lettori:
postalettori@aidolombardia.it

È attivo il sito dell'Aido Regionale:
www.aidolombardia.it

NUMERO VERDE
800 20 10 88
Risponde l'Aido Lombardia

pagina 23 **Otite**

pagina 25 **Una dieta per l'orecchio?**

pagina 28 **Cibo e stili di Vita**
Nuove abitudini alimentari

pagina 36 **Storia e culture alimentari**
Nella storia il perché dei comportamenti umani

PREVENZIONE oggi

Questo periodico è associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale Aido Lombardia - ONLUS

Anno XXIII n. 217 - aprile 2014

Editore:
Consiglio Regionale Aido Lombardia - ONLUS
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
segreteria@aidolombardia.it

Direttore Responsabile
Leonio Callioni

Collaborazioni scientifiche
Dott. Gaetano Bianchi

Dott.ssa Cristina Grande

Regione Lombardia - Sanità
Prof. Sergio Vesconi
Coordinatore regionale prelievo/trapianto

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott. Michele Colledan
Direttore Chirurgia Generale III
Direttore Centro Trapianti di fegato e di polmoni

Dott. Giuseppe Locatelli
Consulente del Dipartimento di Chirurgia Pediatrica

Prof. Giuseppe Remuzzi
Direttore Dipartimento di Immunologia e Clinica dei Trapianti

Azienda Ospedaliera A. Manzoni di Lecco

Dott. Amando Gamba
Direttore U.O. Cardiochirurgia

Università Milano Bicocca

Prof. Roberto Fumagalli
Docente

NITp - Nord Italia Transplant

Prof. Paolo Rigotti - *Presidente*

Dott. Giuseppe Piccolo - *Direttore Cir*

Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapie di alta specializzazione - ISMeTT

Prof. Bruno Gridelli
Direttore Medico scientifico
Professore di Chirurgia Università di Pittsburgh

Istituto Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Bergamo

Prof. Giuseppe Remuzzi - *Direttore*

Yale University School of Medicine

Prof. Mario Strazzabosco
Professor of Medicine,
Director of Transplant Hepatology
Department of Internal Medicine
Section of Digestive Diseases

Redazione esterna
Laura Sposito; Clelia Epis; Fernanda Snaiderbaur

Redazione tecnica
Bergamo
prevenzione.oggi@libero.it
Paolo Seminati

Segreteria e Amministrazione
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
segreteria@aidolombardia.it
amministrazione@aidolombardia.it
C/C postale 36074276
Ester Milani
Laura Cavalleri

Sottoscrizioni

Socio Aido	Simpatizzante	Sostenitore	Benemerito
€ 40,00	€ 50,00	€ 80,00	€ 100,00

C/C postale 36074276 Aido Cons.Reg.Lombardia ONLUS Prevenzione Oggi
C/C UBI BANCA POPOLARE DI BERGAMO
IT 57 R 05428 11106 000 000 071 903

Riservato ai Soci.

Il socio sostenitore ha diritto ad omaggiare un'altra persona previa segnalazione all'atto della sottoscrizione.

Stampa
CPZ - Costa di Mezzate BG

Finito di stampare prima decade di maggio 2014

Reg. Trib. di Milano n. 139 del 3/3/90

Le informazioni contenute in questo periodico vengono trattate con liceità, correttezza e trasparenza conformemente al D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Editoriale

Il fondamentale tema dell'alimentazione, legato alla prevenzione, al benessere delle persone e alla sostenibilità ambientale

Nell'era in cui i demografi avevano pronosticato l'inizio della grande crisi e dell'impossibilità della Terra di nutrire tutta l'umanità dobbiamo invece registrare che in realtà questo è un problema che forse si porrà nel futuro. Per ora dobbiamo invece affrontare una gravissima e intollerabile disparità di condizioni per cui succede che una parte dell'umanità soffre e muore di fame, un'altra consistente parte invece soffre e combatte gli effetti della superalimentazione.

Ma, fatte queste brevi considerazioni di natura più generale, mi fa piacere proporre ai lettori un numero di "Prevenzione Oggi" molto particolare e molto ricco di informazioni riguardo all'alimentazione, agli stili di vita, agli effetti sulla singola persona o addirittura sulla struttura sociale, con una "perla" particolarmente significativa. Mi riferisco all'articolo, ampio e documentato, della bravissima Fernanda Snaiderbaur che ci permette di conoscere, in anticipo su tutti gli altri organi di informazione, i risultati di una dettagliata ricerca svoltasi in Inghilterra. Non voglio qui anticipare nulla per non rischiare di togliere al lettore più interessato il gusto della scoperta, ma voglio sottolineare come, dal nostro punto di vista di operatori della cultura della donazione (e quindi impegnati a diffondere conoscenze e competenze socio-sanitarie utili a migliorare la situazione nel settore della salute e del trapianto) questa sia una ricerca dagli esiti molto interessanti. Risulta infatti come le malattie metaboliche stiano aumentando, al contrario di quelle vascolari. Altro dato su cui riflettere è che il diabete di tipo 2 in Inghilterra, dove appunto è stata svolta questa vasta ricerca, sta diventando una vera e propria piaga sociale. Accenno solo, giusto per richiamare agli aspetti essenziali, che trascurare questa patologia significa dare strada a problemi alla microcircolazione, agli occhi, ai reni, alle sofferenze cardiovascolari e ad altre patologie correlate all'eccesso di glucosio nel sangue. Un capitolo è dedicato infine al devastante problema dell'obesità infantile. Si tratta di un problema praticamente inesistente cinquanta anni fa ed oggi presente in molti Paesi del mondo cosiddetto sviluppato. Ne soffrono soprattutto gli abitanti degli Stati Uniti che si stanno interrogando su come rimediare ad una situazione che comporta difficoltà a tutti i livelli: psicologico, respiratorio, cardiaco, del fegato, del pancreas, e dei reni. Considerato che stiamo parlando di bambini è evidente che si tratti di una emergenza da affrontare con decisione.

Da leggere con attenzione anche l'intervista al prof. Silvio Garattini, scienziato che il mondo ci invidia e che non ha mai smesso di farsi carico della battaglia contro le false cure scientifiche e le false convinzioni sociali. Basti ricordare l'impegno di Garattini per una diffusione del metodo scientifico che, ripete spesso, "va insegnato nelle scuole", o la difesa della ricerca contro le ondate di accuse infondate (ma deleterie) avverse alla ricerca attraverso l'utilizzo di animali indispensabili per la sperimentazione di nuovi farmaci necessari alla cure di tante malattie che affliggono bambini, donne e uomini del nostro tempo.

Questo e tanto altro ancora, è offerto ai nostri lettori con questo numero di aprile che per certi aspetti apre la riflessione sulla necessità di una maggiore attenzione all'alimentazione, al rispetto della natura, alla cura della salute attraverso stili di vita sobri e sostenibili. Tutto nel solco, in definitiva, dell'ormai imminente Expo 2015.

Leonida Pozzi

In copertina:
foto di **Luca Paglioli** - Fotoclub Airuno (Lc)

Santuario
Madonna del Bosco di Imbersago (Lc)

Questa chiesa fu molto cara
a Papa Giovanni XXIII
tanto che durante il suo Pontificato
la elevò a Basilica.
Papa Giovanni è stato proclamato
Santo il 27 aprile 2014.

IN COPERTINA

Una generazione raccontata attraverso la ricerca scientifica

Nel 1946 nasce la National Survey of Health and Development (NSHD), la ricerca di lunga durata più antica e completa mai fatta in Gran Bretagna su dei coscritti

Nel 1946 nacquero in tutto il Regno Unito, durante una settimana di marzo di quell'anno, 13.687 bambini. Presso gli ospedali dove le madri registrarono la nascita dei loro figli vennero raccolte le informazioni su di loro tramite dettagliati questionari. Furono annotati i dati riguardanti gli aspetti più diversi della vita dei bambini appena nati, dal peso al lavoro del padre, compresi molti altri particolari come il numero delle stanze ed il numero degli abitanti della casa, contando anche eventuali domestici, dove sarebbero cresciuti i nuovi nati. Tra questi bambini vennero scelti poco tempo dopo 5.362 individui, provenienti da tutte le regioni del Regno Unito e di tutte le estrazioni sociali, che sarebbero stati seguiti con questionari e visite periodiche per tutta la loro vita.
Era l'inizio della National Survey of Health and Development (NSHD), la ricerca di lunga durata di questo genere mai fatta su dei coscritti in tutta la Gran Bretagna. A capo di questa ricerca venne designato James Douglas con un primo mandato per individuare le possibili cause dell'alta mortalità infantile di quegli anni e per studiare i costi a cui andavano incontro le famiglie in caso di maternità. Venne quindi creato un organismo ad hoc, il Medical Research Council (MRC), preposto a coordinare e che sarebbe diventato l'attuale Unit of Lifelong Health and Ageing (LHA). Da allora i membri di questa ricerca sono stati interessati da ricerche e studi per 23 volte. Durante la loro infanzia, dove a rispondere ai questionari furono i genitori, gli insegnanti o i medici, durante l'adolescenza e poi durante il periodo adulto.
Le prime ricerche di Douglas rivelarono una scioccante disparità tra le vite dei bambini appartenenti a famiglie povere e quelli che erano membri di famiglie ricche. Non solo infatti un bambino nato povero aveva quattro volte maggior rischio di morire durante l'infanzia rispetto ad un figlio di gente ricca ma, una volta a scuola, a seguito delle mancate opportunità, un bambino povero rischiava una maggior dispersione del proprio talento. Le pubblicazioni successive a queste scoperte, riassunte in due libri, divennero testi di riferimento nel settore dell'educazione in Gran Bretagna e contribuirono negli anni 60 all'avvento di un sistema scolastico inglese con istituti dal carattere più aperto alle diverse estrazioni sociali e non selettivi per censo.
Negli anni 70 molte delle domande immaginate da Douglas e rivolte ai membri dello studio su educazione, occupazione e mobilità sociale erano state soddisfatte e con l'arrivo come nuovo direttore della ricerca di Michael Wadsworth si cominciarono a inserire questionari riguardanti anche le capacità fi-

siche e la salute dei membri del NSHD. Inclusi pressione sanguigna, diete e esercizio fisico.
Si trattava di reimpostare la ricerca tenendo traccia della salute delle persone partecipanti al progetto e cercando i fattori che potessero spiegare la traiettoria che questa stava prendendo nei diversi membri. La volontà del nuovo direttore della ricerca era quella di capire se e come gli indicatori evidenziati dei test avevano e avrebbero influenzato la lunghezza e qualità della vita, ponendo una prima connessione tra infanzia e crescita nell'adolescenza e poi tra questa e l'età adulta. Mentre crescevano gli anni dei membri del gruppo di ricerca infatti, andava modificandosi anche il focus dell'indagine e si scoprivano nuove informazioni sullo sviluppo umano. Come l'incidenza del peso dell'infante sull'insorgenza di malattie nell'adolescente e poi nell'adulto oppure il rapporto tra il peso di un bambino appena nato e la sua percentuale di rischio di contrarre il cancro alla mammella in età adulta. Tra le occorrenze evidenziate dalla raccolta dei dati, si è rilevato con sorpresa anche che nelle donne intorno alla cinquantina la menopausa era posticipata nel caso di quelle che avevano un quoziente intellettivo più alto (QI), e facendo formulare ai ricercatori l'ipotesi che lo sviluppo maggiore del cervello incida anche sull'area dell'organo deputata al controllo della produzione degli ormoni. Un alto QI poteva cioè indicare un cervello che è stato complessivamente ben sviluppato e conseguentemente in grado di sostenere la riproduzione per più tempo.
A partire dagli anni 2000 lo studio si è ulteriormente profilato, focalizzandosi sulla maturità, e proponendosi come preziosa opportunità per capire come le esperienze fatte nella vita possano influire sulla lunghezza e qualità della stessa nel periodo della vecchiaia. Obiettivo molto interessante soprattutto se letto attraverso gli occhi di una società, come la nostra per esempio, dove i cittadini destinati a invecchiare sono molto più numerosi dei nuovi nati.
L'attuale direttrice della ricerca, Diana Kuh ha quindi cercato di perfezionare i risultati della ricerca focalizzata sull'invecchiamento includendo nuove analisi, questa volta sul cuore e sulle ossa, ed investendo 2,7 milioni di sterline tra il 2006 ed il 2010 per un nuovo modello di raccolta dati basato su sei cliniche in tutto il Regno Unito dove i membri del gruppo sono andati per fare gli esami richiesti. Attualmente l'equipe di ricercatori presso il Medical Research Council LHA conta 25 membri full time e 100 collaboratori che lavorano su una banca dati di oltre 20.000 variabili raccolte durante tutta la durata dello studio con relazioni e descrizioni dei dati che fino ad oggi hanno portato a pubblicare 8 libri e più di 600 ricerche scientifiche. Dall'inizio i membri oggetto di studio sono fisiologicamente diminuiti, il 13% è morto e alcuni non hanno partecipato in modo continuativo alla ricerca. Per questo motivo fin dal 1946, comprendendo l'importanza cruciale di mantenere vivo il senso di appartenenza al progetto scientifico, il MRC LHA si è mosso per incrementare e tenere vivo questo sentimento. Molte le iniziative messe in campo, dai cartoncini di auguri spediti ogni anno a tutti i membri del gruppo alla trasmissione via radio della canzone Penny Lane dei Beatles dedicata al loro 21esimo compleanno. L'iniziativa più importante si è però svolta nel 2011, quando i coscritti hanno festeggiato i loro 65 anni. Nel Regno Unito questa età è infatti un momento cruciale per molti inglesi perché corrisponde al momento in cui vanno in pensione. Il MRC LHA ha realizzato un party a loro dedicato facendoli per la prima volta incontrare tutti insieme a Londra.

Fernanda Snaiderbaur

Per maggiori informazioni sul MRC e le sue attività: http://www.nshd.mrc.ac.uk/default.aspx

L'intervista

Nel girovita il futuro della nostra salute

Come dieta, stile di vita e peso influenzano la nostra speranza di benessere in età avanzata

In Inghilterra esiste uno studio, la National Survey of Health and Development (NSHD), finanziato dal Medical Research Council (MRC), che da oltre 65 anni si occupa di cercare i fattori che influenzano la qualità della vita delle persone nel lungo periodo. Fattori di rischio che con il tempo, e la costante ripetizione, possono comprometterne o migliorarne la salute. Per il tipo di studio, realizzato tra coscritti, e la longevità dello stesso, in atto dal 1946, il Medical Research Council NSHD è il più antico d'Inghilterra nel suo genere. Presso il MRC lavora da 4 anni circa Silvia Pastorino, una dottoressa di Genova trasferitasi a Londra da 11 anni, che sta ultimando un dottorato di ricerca utilizzando parte dei dati raccolti dal centro per indagare la possibile correlazione tra diabete, peso corporeo e stili alimentari.

Com'è iniziato il suo rapporto con il Medical Research Council?

Prima di lavorare per il MRC mi oc-

cupavo, all'interno del World Cancer Research Fund UK (ovvero l'Associazione Internazionale di Ricerca sul Cancro ndr.) di divulgare presso il mondo scientifico la ricerca sulla prevenzione del cancro. Informazioni riguardanti stili di vita, alimentazione ed abitudini a rischio. Come quella del fumo per esempio.

In quel periodo cominciai a interessarmi allo studio delle malattie croniche. Ma mentre presso il centro di ricerca sul cancro mi occupavo di comunicazione scientifica, personalmente stavo iniziando a nutrire maggiore interesse verso la ricerca vera e propria, focalizzata sul rapporto tra malattie croniche e stili di vita delle persone.

Fu così che incominciai a cercare qualcosa che fosse più in linea con l'evoluzione dei miei interessi e nell'ottobre 2010 venni a sapere del bando che aveva pubblicizzato il MRC NSHD per un dottorato presso di loro. L'organismo si occupava esattamente di quanto stava cominciando ad interessarmi maggiormente, ovvero l'identificazione dei fattori biologici e sociali che hanno un effetto sulla salute nel lungo termine, la vecchiaia e lo sviluppo del rischio di malattie croniche. Il bando chiedeva di focalizzare la propria ricerca, a partire dai dati in possesso dello stesso MRC NSHD, sul diabete e le malattie che si possono accrescere nell'arco di una vita, compresi i cambiamenti di salute che si sviluppano a seguito dell'insorgere di fattori di rischio nella vita quotidiana. Del resto, sono già emerse in passato le prime evidenze dello stretto legame tra fattori di rischio e malattie laddove l'azione dei primi in un certo periodo della vita influisce sulle successive fasi nella stessa persona. In passato i dati hanno confermato il legame tra la vita del bambino e quanto succede a sua madre quando lui è ancora un feto nel ventre materno. Dai dati è emerso come eventi che influiscono sull'afflusso di nutrienti al feto, come per esempio il fumo e l'alimentazione materna, aumentano il rischio di malattie metaboliche nei bambini una volta venuti al mondo e divenuti adulti. Come si è notato soprattutto nei Paesi in via di sviluppo.

Dott.ssa Silvia Pastorino

Silvia Pastorino è nata a Genova. Dopo gli studi superiori ha perfezionato la sua educazione presso l'Università di Westminster a Londra frequentando un corso in Nutrizione Umana con una progetto conclusivo sulla relazione tra l'immagine di sé e sovrappeso nelle donne tra i 18 ed i 32 anni.
Si è quindi specializzata presso la London School of Hygiene & Tropical Medicine di Londra con un progetto sulla prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolari relati alla nutrizione ed all'esercizio fisico tra le persone più anziane in Cile. Attualmente sta concludendo il dottorato di ricerca sull'incidenza che la distribuzione del grasso nel corpo umano, l'indice di massa corporea e la dieta alimentare degli adulti hanno sull'insorgenza del diabete di tipo due.

Perché ha scelto di lavorare presso questo centro di ricerca?

Il bando risultava particolarmente interessante per me perché richiedeva il lavoro di una persona che, per una ricerca sul diabete, utilizzasse i dati che il MRC NSHD stava raccogliendo da oltre 65 anni a partire dall'osservazione di un gruppo di persone rimasto invariato negli anni. La banca dati più vecchia e completa, nel suo genere, di tutta l'Inghilterra. Una unicità che risiede nel fatto che pochi al

mondo hanno così tanti dati ripetuti per un arco di tempo così elevato. I 5362 neonati selezionati per partecipare alla ricerca iniziata nel 1946, erano stati scelti per essere un campione socialmente rappresentativo della generazione nata in tutto il Regno Unito in quell'anno, in una certa settimana di marzo, e per questo furono contattate donne incinte in tutto il Paese. Molte accettarono perché all'epoca la possibilità di avere da parte dello Stato controlli periodici della salute gratuitamente era un forte incentivo. Soprattutto per lo strato di popolazione coinvolta che apparteneva alle classi sociali più indigenti. La scelta di prendere dei coscritti è risultata fondamentale per le sorti della ricerca perché le osservazioni sui fattori di rischio di lungo corso collegati alla salute non le si potrebbero fare guardando persone di diverse età. L'uguale età è di fatto fondamentale e incrociando questo dato con le diverse provenienze sociali e geografiche di tutti i partecipanti, cresciuti con diversi climi, culture e territori ha permesso di ottenere dati descrittivi sufficientemente adatti per generalizzarli su altre persone di simile ceppo etnico. Ovviamente non sono descrittivi per i cittadini di tutto il mondo.

Negli ultimi anni infatti si è osservato che le malattie metaboliche stanno aumentando mentre quelle vascolari diminuiscono. Annoverando il diabete di tipo due tra le malattie metaboliche, una vera piaga sociale qui in Inghilterra, al MRC hanno quindi chiesto l'attivazione di uno studio mirato su questo problema che, se trascurato, provoca in chi ne soffre problemi alla microcircolazione, agli occhi, ai reni, sofferenze cardiovascolari ed altre patologie causate dall'eccesso di glucosio nel sangue.

Quando iniziarono le loro attività di monitoraggio i ricercatori del MRC NSHD dovevano indagare sul come mai in Inghilterra la fertilità si fosse abbassata nel dopoguerra e prendere informazioni sulla qualità del servizio sociale offerto dal Sistema Sanitario Nazionale per valutare come le attenzioni attivate durante i primi anni di vita dei bimbi potessero influire sulla loro speranza di vita futura. Gli stessi ricercatori pensarono che il progetto sarebbe durato pochi anni ma invece, poiché lo Stato trovò utili i risultati raggiunti, si videro rifinanziate le loro ricerche. Si iniziò allora a investigare anche sugli aspetti sociali e come questi potessero influire sulla salute, spostando la centratura del monitoraggio dal rapporto tra ineguaglianza sociale e salute al rapporto tra educazione e salute. Con l'andare dei decenni i ricercatori hanno raccolto e catalogato sempre più dati e sempre più precisi, fornendo materiale utile per suffragare molte ipotesi scientifiche sul rapporto tra stili di vita e malattie. In tempi più recenti, resisi conto che le malattie croniche divenivano sempre più rilevanti nella società, al MRC NSHD si sono specializzati in questa direzione. Fatto estremamente importante, soprattutto se si pensa che tutta la nostra società sta diventando vecchia, come i protagonisti della ricerca, e che se certo queste persone sono una generazione diversa dalla mia o quella di mio figlio, sono l'unico modo che abbiamo per capire cosa succede nell'arco di una vita. Capire come i fattori di rischio giocano nella salute durante tutta la vita di una persona.

In cosa consiste l'oggetto della sua ricerca?

Il MRC NSHD aveva chiesto esplicitamente che la ricerca fosse focalizzata sul tema del diabete di tipo due. Negli ultimi anni infatti si è osservato che le malattie metaboliche stanno aumentando mentre quelle vascolari diminuiscono. Annoverando il diabete di tipo due tra le malattie metaboliche, una vera piaga sociale qui in Inghilterra, al MRC hanno quindi chiesto l'attivazione di uno studio mirato su questo problema che, se trascurato, provoca in chi ne soffre problemi alla microcircolazione, agli oc-

chi, ai reni, sofferenze cardiovascolari ed altre patologie causate dall'eccesso di glucosio nel sangue.
Attualmente il diabete di tipo due è in forte sviluppo sia in occidente che tra le persone dei Paesi emergenti, particolarmente nel subcontinente indiano. Come India, Bangladesh, Bhutan, Maldive, Nepal, Pakistan e Sri-Lanka. In questi luoghi in particolare si è accertato che la popolazione ha la tendenza ad accumulare il grasso attorno al girovita e si sono notate persone non obese ma sovrappeso, con girovita ed addome grossi.
Per la mia ricerca ho proposto al MCR NSHD una prima indagine sull'andamento del peso corporeo nel tempo in relazione a certe particolari fasi della vita, incrociando questi dati con quelli sull'obesità' addominale, poi ho chiesto di poter accedere alle loro informazioni per quanto riguardava le abitudini alimentari in rapporto al loro indice di massa corporea.
Il mio punto di partenza era il rapporto tra l'aumento di peso in una certa fase della vita e il suo effetto su fasi della vita successive. Sapere il momento della vita in cui inizi ad essere obeso è infatti fondamentale per chi si occupa di salute pubblica per poter decidere dove indirizzare gli sforzi di contrasto a questa tendenza. Quello che ho notato a partire dai dati del MRC è che prima si aumenta di peso e più è difficile perderlo, così come, se si è obesi da piccoli, più facilmente lo si tornerà ad essere da adulti e più in giovane età rispetto a chi da piccolo non era obeso. Raramente ho potuto vedere tra i soggetti partecipanti alla ricerca persone che hanno perso il peso acquisito. E questa tendenza peggiora dopo i 50 anni di età. Ecco perché spesso qui in Inghilterra si consiglia ai genitori di portare regolarmente i figli ad un controllo medico e si è altresì notato che spesso questo non avviene perché i genitori non gradiscono sentirsi dire che il figlio è grasso e che devono provvedere a metterlo a dieta.
Ci sono certo stati casi di perdita di peso, ma nei grandi lo sforzo per riacquistare il peso forma è stato molto più forte che nei bambini. Ne consegue che è più facile prevenire l'aumento di peso che curarlo. Tenendo anche conto che le ultime ricerche suggeriscono che l'obesità non è causata in forte misura da una predisposizione genetica ad accumulare piu peso, se non in pochi casi, ma dipende soprattutto dall'ambiente in cui si cresce e dall'incrocio tra questo e la predisposizione a mangiare di più. Questa si, invece, genetica.

Ma parliamo anche della seconda parte della sua ricerca.

Dopo aver analizzato l'insorgere e lo svilupparsi dell'obesità nei vari momenti della vita dei soggetti della ricerca, ho pensato che sarebbe stato interessante incrociare queste informazioni con i dati in possesso del MRC sulle loro abitudini alimentari e l'insorgere di problemi di diabete. A partire dal compimento del loro 36esimo anno di età, i ricercatori del MRC NSHD avevano infatti iniziato a chiedere ai membri della ricerca informazioni sul loro stile alimentare nonché sui singoli alimenti che queste persone ingerivano durante tutto l'arco di una giornata, per 5 giorni. I test sono stati loro sottoposti quando i soggetti avevano compiuto 36 anni, poi 43, 53 e poi ancora a 63. Mai prima.
Il modo di raccogliere i dati da parte del MCR è stato sempre molto dettagliato, diverso dalle principali metodologie usate in campo epidemiologico dove tramite un questionario si chiede di sapere le porzioni mangiate ogni settimana. La metodologia del MRC è più rara di quella usata in epidemiologia perché richiede molto più tempo ai soggetti per la compilazione. Si invitano infatti tutti i membri della ricerca a compilare per 3 - 5 giorni un "diario degli alimenti" rispondendo alle domande sia su cosa hanno mangiato che le rispettive quantità, nel modo più pre-

ciso possibile. Per facilitare la compilazione, i diari sono forniti anche di immagini esplicative per aiutare a dare l'idea di quanto esattamente mangiato. Le informazioni che si ricavano tramite lo strumento del diario sono prevedibilmente molto accurate, cosa di solito difficile da ottenere in campo alimentare. Uno dei problemi principali della ricerca in campo alimentare è l'acquisizione di dati validi, che rispecchino la reali abitudini alimentari delle persone. A volte i questionari alimentari vengono infatti compilati in malafede, particolarmente da chi è obeso o semplicemente grasso, che dichiara di mangiar poco oppure di mangiare cose meno caloriche di quelle realmente assunte. Poi però, se analizzi il metabolismo, relandolo al peso, l'età e l'attività fisica scopri che probabilmente hanno mentito. Con i questionari esiste anche il problema che i partecipanti devono ricordarsi dei cibi mangiati durante i giorni, le settimane e a volte i mesi precedenti, aumentando il rischio d'informazioni inaccurate. Con i diari invece si sa che questo rischio è minore, soprattutto la gente non deve ricordarsi quello che ha mangiato la settimana prima, ma compila giorno per giorno il test e ha le figure per poter indicarne la quantità precisa. Per la mia ricerca ho preso in considerazione dati già puliti da imperfezioni o errori di rilevazione e li ho collegati alle variabili relate al livello sociale e all'educazione. Nel guardare questi dati è risultato evidente il rapporto tra salute ed elevata cultura: chi dei soggetti della ricerca è diventato un professionista o ha fatto l'università' tende ad avere una alimentazione più sana, con frutta e verdura, ed a fare più esercizio fisico. Chi viceversa ha potuto usufruire di un livello basso di educazione si ammala di più e muore prima. O magari è più obeso.
Il vero problema che ho riscontrato in questa parte della mia ricerca è che nel tempo molte persone si sono rifiutate di compilare questi diari. Finché si era trattato di fare esami per la propria salute con controlli gratuiti e l'incentivo psicologico dato dal far parte di una ricerca scientifica che coinvolgeva tanti tuoi connazionali, tutto è andato bene e le percentuali

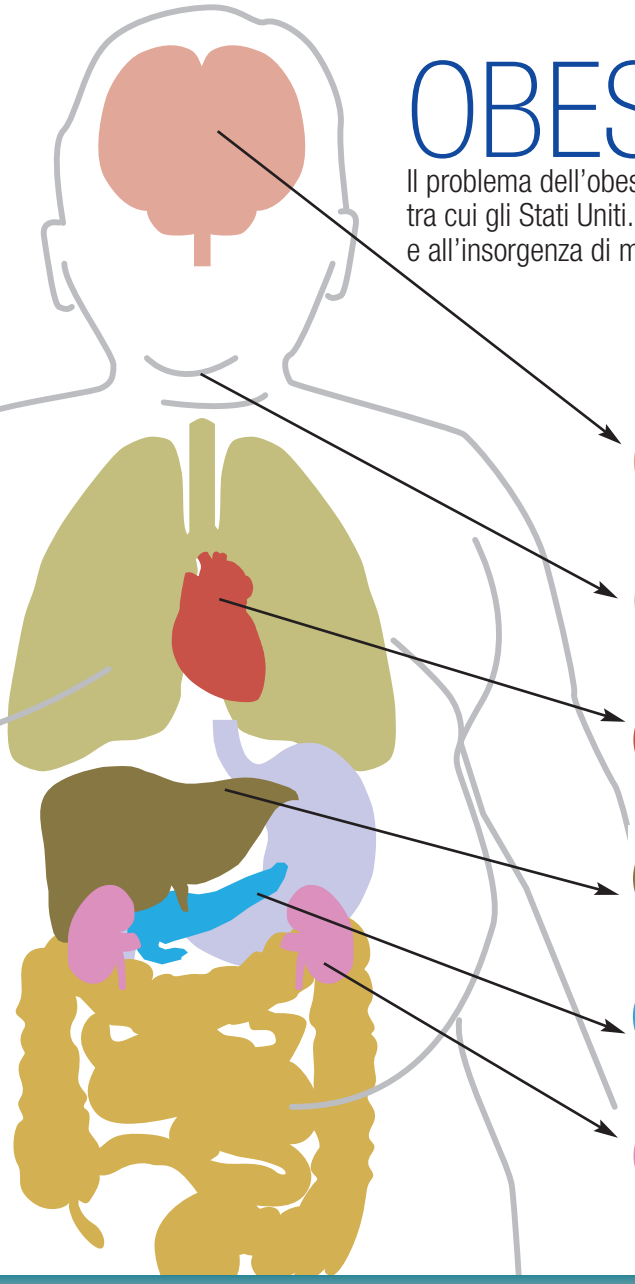
Ma quanto pesi, sweet child of mine!*

**Piccolo mio*

Tempi duri per gli anglosassoni e gli americani. Obesi, malati e circondati da una valle di tentazioni. Ma partiamo dai dati. Il 60% degli inglesi adulti e il 30% dei bambini è in sovrappeso e le cifre, analizzate dal Time, per gli Stati Uniti[1] sono anche peggio. Giustificando l'uso della parola epidemia per descrivere il fenomeno.
Dal 1980 l'obesità tra i bambini dai 2 ai 19 anni è triplicata: oggi il 32% di loro è sovrappeso o obeso, il 17% obeso. Considerando i figli di bianchi ed ispanici che vivono negli Stati Uniti, i più colpiti risultano i bambini rispetto alle bambine, mentre tra i neri sono le bimbe a soffrire di più di peso elevato con un 23% del totale affetti da problemi di sovrappeso rispetto al 17% dei maschi. La ricerca esposta dal Time punta i riflettori sui rischi che l'obesità in età così precoce può portare a fegato, pancreas, ormoni, cuore, tiroide, pelle e non da ultimo al cervello e all'apparato riproduttivo. "Le cellule di questi ragazzi, analizzate al microscopio, sono simili a quelle di persone molto più vecchie di loro e con alle spalle una vita di concessioni ai piaceri della tavola" si denuncia "Intorno ai dieci anni i corpi di questi ragazzini affetti da obesità arrivano alla pubertà, quando questi individui non sono ancora remotamente pronti per una vita sessuale attiva." A rischio è la qualità globale della vita per questi bambini che di qui a 40 anni, quando dovrebbero essere nel pieno della loro vita attiva, rischiano di ritrovarsi a lottare con attacchi di cuore e dialisi. Uno scenario davvero preoccupante. "Questo è l'incubo americano" sintetizza il giornale "che per la prima volta una generazione di bambini possa avere una aspettativa di vita più breve dei loro genitori".
Dopo aver scoperto di essere "the fat one", ovvero "quello obeso", a sua parziale discolpa si può dire che il popolo di lingua inglese è spesso destinatario di campagne di comunicazione contraddittorie. Se da un lato infatti il Governo Cameron spinge l'acceleratore con il Patto per la Responsabilità in campo alimentare ed i suoi "consigli per gli acquisti sani", fatti a colpi di semaforo verde e rosso (v. articolo in questo numero di Prevenzione Oggi), dall'altro il cittadino è bersaglio di pubblicità che lo spingono ad

OBESITÀ INFANTILE

Il problema dell'obesità infantile è oggetto di grande attenzione in diversi Paesi, tra cui gli Stati Uniti. L'eccesso di peso infatti porta a una crescita precoce e all'insorgenza di malattie solitamente legate in modo esclusivo all'età adulta



MENTE I bambini obesi hanno più probabilità di essere depressi ed hanno generalmente poca autostima.

GOLA L'eccesso di tessuto adiposo restringe le vie respiratorie, rendendo il respiro più difficoltoso e aumentando le probabilità di apnea del sonno.

CUORE L'accumulo di colesterolo può ingrossare le pareti delle arterie, restringere il flusso sanguigno aumentando il rischio di problemi al cuore e infarti.

FEGATO Il grasso accumulato causa il malfunzionamento del fegato proprio come fa il consumo eccessivo di bevande alcoliche.

PANCREAS L'OBESITà può compromettere la capacità del pancreas di utilizzare l'insulina per controllare la quantità di zuccheri presenti nel sangue portando al diabete di tipo 2.

RENI La prolungata presenza di alta pressione nel sangue o l'ipertensione, possono danneggiare la funzionalità renale.

azzannare, per esempio, una pizza che da sola apporta 2.880 calorie, molto sopra il fabbisogno di calorie raccomandato per un maschio adulto[2]. Interpellati dal giornalista di The Observer sulle incongruenze di questo sistema, i vertici del governo inglese preposti al tema alimentazione non hanno risposto. Ma gli anglofoni non sono da soli in questa emergenza. Come riportato sempre da The Observer[3], i cinesi stanno velocemente raggiungendo le posizioni da primato negativo degli occidentali, in certi casi vicini addirittura a tentarne il sorpasso. Nel settembre 2013 è stato pubblicato dalla Cina Noncommunicable Disease Surveillance Group un nuovo studio sulle malattie presenti in Cina basato sull'analisi di circa 100.000 persone. I dati sono allarmanti.
Se nel 1980 meno dell'1% della popolazione cinese era diabetica, al 1994 si era arrivati al 2,5%, nel 2001 al 5,5% e sei anni dopo al 9,7%. Il report rivela che attualmente l'11,6% dei cinesi è diabetico con un ulteriore 50% che manifesta i segni di pre-diabete. Se l'America, che ha il primato mondiale per il numero dei "ciccioni", deve vedersela con "solo" 8,5% di diabetici, i dati appena esposti hanno fatto vincere alla Cina la competizione globale per il maggior numero di persone sovra alimentate. The Observer fa quindi notare che, se per il trattamento di ogni diabetico il Regno Unito spende annualmente 900 sterline (circa 1300 euro), se anche solo un terzo dei prediabetici cinesi diventasse diabetico in pochi anni la Cina si troverebbe un conto di 300 miliardi di sterline all'anno. Le implicazioni finanziarie della malattia sono enormi.
Per completare il quadro il giornalista e scrittore Jay Rayner avverte infine che la classe media di Cina, India, Brasile ed Indonesia, cioè milioni di persone, sta iniziando ad accedere agli stili di vita e opportunità tipiche degli americani, compreso quindi il cibo spazzatura. "Se tutti mangiassimo come gli americani avremmo bisogno di quattro pianeta Terra per soddisfare le nostre necessità" ricorda il giornalista "E non mi sembra che attualmente ne abbiamo tanti a disposizione". Infatti. (F.S.)

[1] Time "Young kids, old bodies", 10 marzo 2014

[2] The Observer "Pizza Hut's 2,880-calorie monster: a taste of a burgeoning global food crisis", 2 Marzo 2014

[3] The Observer "Pizza Hut's 2,880-calorie monster: a taste of a burgeoning global food crisis", 2 Marzo 2014

di adesione alle attività proposte dai ricercatori si sono mantenute intorno all'80%. Nel tempo però le persone che sono restate nello studio sono risultate quelle con più alto livello sociale e scolarizzazione, con un senso civico più forte e spesso anche più sane. Le altre, che hanno cominciato a disertare gli appuntamenti, sono malate, morte o non vogliono più partecipare.
Ogni anno, per cercare di mantenere il senso di appartenenza a questa ricerca, MRC manda a tutti i membri una cartolina per il compleanno ma molti non hanno voglia di prender parte comunque alla cosa. Del resto a volte per compilare i questionari servono intere giornate, magari con viaggi anche a Londra o in altri posti. Ora i membri assidui del gruppo di ricerca sono restati in 2700, sempre gli stessi dal 1946.

Negli ultimi anni infatti si è osservato che le malattie metaboliche stanno aumentando mentre quelle vascolari diminuiscono. Annoverando il diabete di tipo due tra le malattie metaboliche, una vera piaga sociale qui in Inghilterra, al MRC hanno quindi chiesto l'attivazione di uno studio mirato su questo problema che, se trascurato, provoca in chi ne soffre problemi alla microcircolazione, agli occhi, ai reni, sofferenze cardiovascolari ed altre patologie causate dall'eccesso di glucosio nel sangue.

Cosa ha scoperto incrociando i dati di obesità, alimentazione e stili di vita delle persone oggetto della ricerca?

Guardando i dati sui cibi mangiati dai soggetti, le quantità e la frequenza con cui decidevano di alimentarsi, scelsi di puntare la mia attenzione sull'indice glicemico presente nei loro alimenti. Questo fattore è molto importante infatti per il diabete ma negli studi sugli stili alimentari quasi nessuno aveva guardato a questo elemento insieme al quantitativo di fibre e di grassi negli alimenti. In Inghilterra molti medici per esempio non prevedono diete particolari per i pre-diabetici e i diabetici, dicono semplicemente "Devi dimagrire".
Interessante sarebbe stato capire se una migliore alimentazione, oltre a farti ingerire calorie e grassi, avrebbe potuto ridurre il rischio diabete. Mi interessava vedere cioè se persone con un peso elevato ma con una dieta sana ed equilibrata avevano più o meno rischio di sviluppare il diabete rispetto a persone più magre ma viceversa con una dieta con poche fibre, molti grassi e ricca di cibi con alto indice glicemico, come per esempio il pane bianco, patate fritte, corn-flakes di mais o zucchero da tavola.
La mia ipotesi era che l'indice glicemico, nonché le fibre ed i grassi presenti normalmente nell'alimentazione di una persona, fossero importanti indizi, oltre al peso corporeo, per predire il possibile sviluppo del diabete.
Mentre nella prima parte della mia ricerca avevo infatti affrontato il tema dell'obesità' attraverso gli anni e del grasso che si forma intorno al girovita, incrociando questi fattori per vedere quando insorgeva il diabete, guardando agli stili alimentari sono passata ad analizzare il cibo come elemento utile per comprendere questa disfunzione metabolica.
Sovrapponendo i dati relativi ai livelli di fibre e indice glicemico negli alimenti mangiati dai soggetti della ricerca, ho notato quindi che se gli obesi migliorano il proprio stile alimentare possono diminuire il rischio di diabete rispetto a persone più magre di loro ma con dieta peggiore. Inoltre è emerso dalla ricerca che, per le persone più avanti d'età, la qualità del cibo diventa cruciale.
In caso di cattiva alimentazione infatti, aumenta molto più sensibilmente la probabilità di sviluppare diabete di tipo due in un cinquantenne rispetto ad un trentenne con la stessa scadente alimentazione in termini di apporto di grassi, poche fibre ed indice glicemico alto. L'effetto dell'alimentazione, in termini di diabete, per le persone oltre i 50 anni è

pressoché immediato e le tracce di una cattiva dieta si conservano molto più a lungo su una persona anziana rispetto ad una più giovane. Detto questo però, nel Regno Unito il diabete e l'obesita si stanno sviluppando sempre di più in età giovanile e lo Stato, nonostante le ingenti risorse profuse in campagne di sensibilizzazione sul problema non è riuscito a bloccarne lo sviluppo ma, forse, solo a rallentarlo. Da questo punto di vista molto interessante è stato l'appello lanciato da Jamie Oliver durante un notissimo programma di cucina inglese[1]. Lo chef ha segnalato in diretta tv come nelle mense delle scuole pubbliche inglesi i bambini mangino quotidianamente pochissima frutta e verdura fresca e consumino fritture e grassi in quantità molto superiori a quelle considerate salubri per la loro età e per il loro futuro sviluppo, denunciando anche come con una spesa per la mensa scolastica di ciascuno studente pari a meno di una sterlina, la cattiva alimentazione nelle scuole sia più che un rischio.

Quali le conclusione a cui è pervenuta?

Dalla ricerca fatta direi che è emerso che prima inizi ad aumentare di peso più diventa difficile dimagrire e più facile continuare invece ad ingrassare. Obesità ed età sono fattori che si cumulano e quindi la prevenzione resta la cosa più importante che ognuno possa fare.
Dai dati che ho analizzato è risultato poi che il grasso accumulato sul girovita, oltre che il peso corporeo in generale, è un dato da tenere molto più sottocontrollo, perché può essere un fattore di rischio per il diabete e il medico dovrebbe sempre monitorare la circonferenza addominale senza fermarsi al mero peso corporeo del paziente.
Analizzando l'alimentazione invece, ho riscontrato che i cibi che proteggono dal diabete sono sempre gli stessi, anche al cambiare dell'età dei soggetti, ovvero frutta, cibi integrali e latticini magri, mentre i cibi dannosi variano con gli anni.
Se all'inizio delle indagini, a 36 anni, i soggetti della ricerca mangiavano soprattutto patate e carne rossa, burro e latticini grassi, a 43 anni la dieta del campione osservato si è arricchita di altri ingredienti pericolosi per l'insorgere del diabete come il pane bianco, prosciutti, insaccati in genere, bacon e patate fritte. Questi alimenti sono apparsi sulle tavola dei protagonisti della ricerca per poi restarvi ed essere sempre più dannosi con l'avanzare della vecchiaia di chi li mangia.

Quali i prossimi passi per la sua ricerca?

Alcuni dei miei dati sono stati già presentati ad alcune conferenze scientifiche. I risultati della mia ricerca saranno resi pubblici questa estate con la pubblicazione della mia tesi. Successivamente, alcuni dei risultati saranno sottoposti alle pubblicazioni scientifiche dove saranno disponibili per la comunità di ricercatori e medici che ne faranno richiesta. In futuro mi piacerebbe approfondire il legame tra girovita e dieta. Nel campione del MRC infatti chi mangia molte fibre, a parità di peso corporeo, è risultato avere un girovita più stretto. Il legame tra potenziali fattori di rischio per il diabete, quali un girovita largo e una dieta povera di fibre, è in effetti molto interessante. Credo sarebbe stimolante indagare in modo più approfondito il rapporto giro vita-alimentazione. Magari prendendo un campione di persone ad hoc e dando ad una parte di essi una alimentazione ricca di fibre e ad altro una diversa per vedere che succede.

Ascoltando le parole di Silvia Pastorino penso "Allora è proprio vero che l'appetito vien mangiando…". Che si tratti di fame di cibo o fame di sapere.

F. S.

[1] Famosissimo chef inglese, scrittore e star dei fornelli in Inghilterra.

IL CIBO ITALIANO BLOCCATO DA UN SEMAFORO ROSSO

La strana storia delle etichette inglesi sugli alimenti

Vi ricordate la pubblicità della banana Ciquita? Quella che spiegava che una banana si riconosce dal bollino? In quel caso a garantire la qualità, e quindi la bontà del frutto, era un bollino di colore blu' intenso. Adesso anche in Inghilterra, per riconoscere i cibi migliori, i sudditi di Sua Maestà guardano i bollini o, più precisamente, le luci di un semaforo.

Cerchiamo di spiegare.

Lo scorso giugno il premier inglese David Cameron, dati alla mano sulle spese sostenute dal Sistema Sanitario Nazionale del suo Paese per aiutare i cittadini in sovrappeso, ha chiesto a produttori e distributori di alimentari di stampare sulle confezioni un segnale, il semaforo appunto, che in modo intuitivo e incontrovertibile chiarisse ai consumatori che cosa stavano per mettere nel proprio carrello. Se sul prodotto alimentare si accende (ovvero si trova stampato sopra la confezione) una luce rossa il consiglio è di evitare quel cibo, o quanto meno diminuirne drasticamente le dosi perché contiene livelli di grassi, zucchero e sale considerati eccessivi per una dieta equilibrata. Se la luce semaforica è ambrata i grassi contenuti nell'alimento sono sulla soglia di guardia, mentre se la luce è verde non c'è problema. Si può anche abbondare.

Questo sistema non è stato introdotto in Inghilterra come un obbligo di legge ma piuttosto come una richiesta a cui aderire, un "patto di responsabilità" come lo hanno chiamato quelli del Governo Cameron, per incoraggiare il pubblico a scelte di stili di vita più sani. "Se dobbiamo supportare la gente nel prendere buone decisioni per la loro dieta" ha dichiarato all'epoca Susan Jebb, responsabile del progetto e nutrizionista "le offerte di cibo che offriamo sono elemento cruciale e critico"[1]. Alla proposta Cameron hanno aderito oltre il 98% dei supermercati britannici, nonché vari ed importanti protagonisti dell'industria alimentare a livello internazionale.

Il problema del resto non è certo di poco conto. Oltre la metà della popolazione inglese è sovrappeso, con una aspettativa di vita più bassa di molti altri Paesi europei, e solo lo scorso anno, con 11.000 casi di ricovero tra il 2012 ed il 2013 per cause legate direttamente all'obesità[2], si è toccato in Gran Bretagna un record in questo senso. Eppure il Regno Unito, per curare le malattie legate ai disturbi alimentari, spende 5 miliardi di sterline. Un'epidemia quindi, quella del sovrappeso, che non poteva certo lasciare il governo fermo.

Ma quando il pragmatismo inglese si fa esemplificazione estrema, citando le parole di Leonardo Misiano dalle colonne del Sole24Ore, ecco che appaiono alcune macroscopiche storture. Questo fantasioso metodo per dare consigli ai consumatori infatti, nonostante a primo avviso potrebbe sembrare anche molto utile, vista la sua intuitività, ha però bollato, è il caso di dirlo, come pericolosi alimenti come l'olio d'oliva, la mozzarella e molte altre nostre specialità gastronomiche da noi esportate con successo oltre Manica. Leccornie come il prosciutto di Parma, il lardo di Colonnata, la mortadella, per non parlar dei dolci, che per la nostra economia, solo in Inghilterra, valgono qualcosa come 2,25 miliardi di euro, con un trend di crescita di oltre il 4%. Si è così calcolato che la politica dei semafori di Cameron potrebbe far perdere all'Italia non

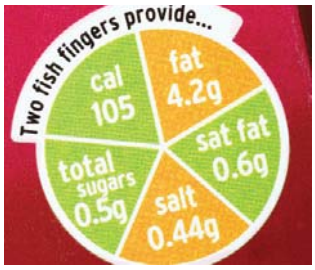
meno di 632 milioni di euro.
A questo punto sono prevedibilmente scattate le proteste dei produttori italiani e di tutta la filiera. La Coldiretti ha contestato "la visione tecnicistica della qualità, che rischia non far distinguo" tra prodotto scadente ed eccellenza culinaria.
Da fine anno scorso, e la questione non si è ancora chiusa, il semaforo inglese è diventato il casus belli di una dura battaglia tutt'oggi in corso a Bruxelles, presso la sede del Parlamento europeo. In campo, accanto all'Italia, si sono schierate le altre grandi nazioni europee che dell'export alimentare in Gran Bretagna sono le protagoniste: Spagna e Francia in primis. Una dieta sana, dicono in coro gli "avversari del semaforo" si basa non solo sui valori nutritivi dei singoli alimenti ma anche sulla quantità che si decide di introitare nell'organismo. È cioè una questione di bilanciamento tra i vari alimenti. Quello che si contesta alla scelta di Cameron è poi anche la genericità delle indicazioni. Con un appiattimento di tutti gli alimenti ai soli contenuti tradotti in valori di grasso, sale e zuccheri c'è il rischio reale di mischiare il prodotto buono a quello scadente. E allora non stupisce che con questa logica il latte per esempio è segnalato come alimento a rischio, perché ricco di grassi, mentre la Diet Coke ha semaforo verde.
Rilievi sono stati mossi anche da diversi altri rappresentanti parlamentari dei vari Paesi europei che si sono schierati contro il semaforo, fino ad ora già 17 membri dell'Europa Unita. Il Semaforo, si legge in alcuni commenti provenienti da Bruxelles, è in grado di influenzare in maniera immediata oltre il 41% delle donne inglesi e il 30% degli uomini inglesi che prendono in mano un prodotto così etichettato.
Questa elevata capacità di attirare l'attenzione del consumatore, si è fatto notare, spinge però a non leggere più la tabella nutrizionale, quella si obbligatoria per una legge europea di qualche anno fa, creando situazioni in contrasto con una informazione corretta. In sintesi, il semaforo tenderebbe a deresponsabilizzare chi "legge" le luci semaforiche perché distoglierebbe la sua attenzione dalle etichette UE, più chiare e trasparenti, portandolo a farsi una idea distorta e alla fine errata dell'alimento che decide o meno di comprare e mangiare.
Dalle ultime informazioni in nostro possesso[3], al momento della stesura del presente articolo, l'Italia è alla guida del gruppo degli scontenti ed ha presentato due ricorsi che hanno portato all'apertura da parte della Commissione Europea di indagini (EU Pilot) per analizzare se effettivamente questo sistema di etichettatura possa essere contrario alle regole del mercato interno. Anche la Francia ha presentato due ricorsi a firma dell'associazione francese dei trasformatori delle industrie lattiero casearie (Atla) e delle industrie agroalimentari (Ania).
Parrebbe infatti che il sistema inglese si stia rivelando discriminante, dando ampi margini di manovra alla grande distribuzione, che ha ormai quasi completamente adottato il nuovo sistema di etichettatura, e facendo pressione sui piccoli marchi. Anche la Rappresentanza europea delle Piccole e Medie Imprese (Ueapme) la pensa nello stesso modo e per questo vorrebbe venisse elaborata una valutazione di impatto di tale etichettatura sul sistema industriale.
Il Regno Unito, che per ora mantiene e difende la sua scelta, parla di pratica legittima, di natura volontaria, utilizzata anche da altri Paesi in differenti forme. Ribadendo l'ultilità di questo strumento per combattere l'obesità.
La domanda viene spontanea: possibile che gli inglesi non si sappiano controllare a tal punto da aver bisogno del semaforo rosso per smettere di mangiare? Non erano loro quelli freddi e razionali? Alla Commissione europea l'ardua sentenza.

Fernanda Snaiderbaur

[1] Da un articolo di Jay Rayner apparso su The Observer il 2 marzo 2014

[2] Fonte: The Guardian, febbraio 2014

[3] fonte: Europae, rivista affari europei. www.europaerivista.eu



Un esempio di bollino applicato nel Regno Unito sui cibi italiani

Ma quanto ci piace mangiare?

Una mostra, aperta in anteprima a Milano e poi dal 28 marzo al 13 aprile a Bologna, ha cercato di dare una risposta a questa domanda usando gli strumenti che la scienza e l'arte contemporanea ci mettono a disposizione.

Perché mangiare ci appaga, gratifica e, in questo atto più che in molti altri, ci rende simili gli uni agli altri in ogni parte del globo terrestre? Una mostra, aperta in anteprima a Milano e dal 28 marzo visibile a Bologna, cerca di dare una risposta a questa domanda usando gli strumenti che la scienza e l'arte contemporanea ci mettono a disposizione. "Gola. Arte e scienza del gusto", questo il titolo scelto per l'iniziativa promossa della Fondazione Mario Golinelli, indaga così sul gusto e sulla nutrizione, intesa come esperien-

Dipingere i cibi esposti sugli scaffali del supermercato

L'idea di dipingere o più genericamente ritrarre su tela dei prodotti della quotidianità, quali quelli che ognuno di noi può trovare e comprare andando al supermercato, non è certo nuova. Dalla volta in cui Andy Warhol presentò la sua versione della zuppa Campbell nel 1968 abbiamo infatti visto ogni genere di rielaborazione in tal senso. Comprese sculture e ologrammi. Eppure a febbraio di quest'anno il New Yorker ha presentato in un suo articolo la storia e l'opera del pittore Brendan O'Connell. Quest'uomo vive realizzando quadri che traggono il proprio soggetto dagli scaffali dei supermercati. File di prodotti dello stesso genere e con la stessa marca, allineati coscienziosamente lungo le corsie, diventano ispirazione per O'Connell che trasforma ciò che ogni uomo occidentale ha sotto gli occhi in quadri che vende a non meno di 1000 dollari a tela. "Trovo visivamente eccitante entrare in un negozio di alimentari" ha dichiarato il pittore 45 enne, aggiungendo che secondo lui "Le marche rappresentano il livello a cui noi siamo arrivati come cultura". La tecnica pittorica di O'Connell prevede una prima stesura del colore, con un ritratto piuttosto realistico del soggetto, ed un secondo momento in cui l'artista modifica leggermente le immagini ritratte dando all'insieme una maggiore astrattezza. "Una serie di atti che portano l'osservatore di fronte all'opera di O'Connell a completare lui stesso, con la sua immaginazione, il resto del quadro - ha spiegato una gallerista che ad aprile esporrà le opere di O'Connell ad Atlanta - questa

za multisensoriale che coinvolge prima di tutto il cervello, strutturando un percorso didattico suddiviso in cinque sezioni tematiche: I dilemmi dell'onnivoro, I sensi del gusto, Buono da pensare, I segreti dei cibi-spazzatura e La ri-costruzione del gusto.
Lo scopo dell'iniziativa, rivolta a tutti i cittadini italiani ma soprattutto ai ragazzi di età scolare ed alle loro famiglie, vuole essere quello di insegnare ai giovani a porsi domande, prima ancora che a trovare risposte giuste, per capire come le nostre scelte in fatto di gusto e degustazione siano fortemente influenzate non solo dalla fisiologia ma anche da ciò che vediamo, udiamo nonché dalle nozioni che abbiamo appreso dalla nostra cultura. Particolarmente interessanti risultano le sezioni dedicate al piacere di mangiare, indicato come lo stratagemma utilizzato dalla natura per guidare le nostre scelte a tavola verso cibi con le quantità di energia, vitamine e carboidrati che ci servono, nonché la sezione di approfondimento sul cibo-spazzatura, il junk-food. Si viene così ad apprendere che anche se nella storia dell'umanità non abbiamo mai auto a disposizione così tanto cibo, le nostre mutate abitudini di vita ci hanno portato ad avere bisogno di meno calorie di un

FONDAZIONE MARIO GOLINELLI

Nata ufficialmente nel 1988, la Fondazione Mario Golinelli ha sede a Bologna ed è riconosciuta a livello nazionale come ente di promozione della cultura scientifica che lavora al fine di promuovere una percezione positiva della scienza nella società. Le sue attività, tra cui spicca il Life Learning Center creato per l'insegnamento e la ricerca delle scienze, si muovono in tutti i settori delle scienze, comprese le numerose applicazioni nel settore scientifico, sociale, morale e legale ed hanno l'obiettivo di offrire corsi ed occasioni di aggiornamento per studenti, insegnanti nonché per tutti i cittadini. (F.S.)

tecnica lascia che il senso emerga dalla tela davanti agli occhi dell'osservatore". Per capire il successo che questi quadri stanno ottenendo, laddove in alcuni casi si parla di tele da parecchie migliaia di dollari, va certamente tenuto in considerazione il fattore "nostalgia". I suoi compratori infatti sono quasi tutti persone che acquistano arte per la prima volta e che scelgono i soggetti di O'Connell perché gli ricordano l'infanzia, quando per esempio da piccoli la madre dava loro da mangiare quegli stessi alimenti che ora sono ritratti nei quadri. Lo stesso O'Connell del resto ricorda come la nostalgia sia in grado di rendere tutto più caldo e confortevole e come questa venga costantemente evocata dalle sue pennellate mai completamente precise. Mai perfettamente nitide.
Per questa sua scelta in merito al soggetto dei quadri, le marche dei supermercati, O'Connell è stato tacciato di connivenza con il consumismo, avendo realizzato opere che sembrano legittimarlo ma, hanno replicato alcuni critici " adesso le persone non vivono più questo fatto come un problema. Il consumismo è ovunque e nulla vi sfugge". Ed i quadri di O'Connel ne sono una prova. Rappresentano un'immersione in un mondo pieno di loghi e marche che si dimostrano ormai inseparabili dalla vita di ognuno. I nostri ricordi sono popolati di persone, luoghi e… Confezioni di prodotti. "Consumismo non è una brutta parola. Consumare è qualcosa di profondamente umano, qualcosa di cui le marche dei prodotti consumati sono un fattore incidentale" ha dichiarato O'Connell "È parte dell'essenza dell'esistere, il consumare. Per percepire ed apprezzare l'arte, per esempio, devi prima consumare, inserire qualcosa dentro di te". (F.S.)

Fonti:
The Culture, Time
New Yorkers
https://brendan-oconnell-xw77.squarespace.com

In Italia oltre il 30% della popolazione è sovrappeso e più del 10% in stato di conclamata obesità. Ma la colpa, secondo le fonti raccolte da "Gola. Arte e scienza del gusto" è anche in chi produce il cosiddetto cibo spazzatura. Questi cibi sono programmati per dare assuefazione e, come nel caso delle droghe, attivano gli stessi meccanismi cerebrali suscitati dagli stupefacenti spingendoci a ricercarli e, col tempo, rendere un'abitudine la loro consumazione da parte nostra.

tempo mentre i meccanismi biologici del gusto, che non si sono evoluti quanto le nuove circostanze in cui ci troviamo a vivere invece richiederebbero, ci portano a continuare a desiderare e cercare quei sapori che per tanto tempo ci hanno assicurato la sopravvivenza. "Il risultato" si dice nella mostra "è che nel mondo gli adulti sovrappeso oppure obesi sono un miliardo e seicento milioni: il doppio di quelli che soffrono la fame". In Italia oltre il 30% della popolazione è sovrappeso e più del 10% in stato di conclamata obesità. Ma la colpa, secondo le fonti raccolte da "Gola. Arte e scienza del gusto" è anche in chi produce il cosiddetto cibo spazzatura. Per junk food (letteralmente cibo spazzatura in lingua inglese) si devono ritenere molti cibi confezionati e da fast food, alimenti studiati in laboratorio per super stimolare l'appetito e sopraffare i sistemi che normalmente controllano il senso di sazietà. Ma non solo.

Questi cibi sono programmati per dare assuefazione e, come nel caso delle droghe, attivano gli stessi meccanismi cerebrali suscitati dagli stupefacenti spingendoci a ricercarli e, col tempo, rendere un'abitudine la loro consumazione da parte nostra. Così si finisce per attivare una catena di comportamenti pericolosamente inconsapevole, sempre più automatica e quindi, in ultima analisi, incontrollabile. Il rischio di questa politica alimentare è molto forte: se attualmente nel mondo la proporzione delle persone sovrappeso ed obese è raddoppiata rispetto al 1980, entro il 2030 potrebbe raddoppiare ancora. Soprattutto considerando che coloro che sono più a rischio sono anche i piu' poveri del pianeta. Il junk food è infatti più economico e più gratificante rispetto ad altri cibi maggiormente sani ma anche più costosi.

Risposte uniche e certe per questi problemi la mostra non ne propone. Solo consigli, accompagnando i video esplicativi sulla ultime scoperte scientifiche in materia con alcune performance artistiche di personalità eminenti del mondo dell'arte contemporanea quali Marina Abramovic, Sophie Calle, Gabriella Ciancimino e il fotografo della Magnum Martin Parr. Il tutto nella convinzione, espressa dal curatore stesso della mostra Giovanni Carrada, che "Se capiamo il gusto possiamo capire anche altre cose su noi stessi. Comprese molte che con il gusto non hanno nulla a che fare".

F. S.

Educazione e ricerca scientifica

Silvio Garattini lancia l'appello: il metodo scientifico è l'unica arma contro le false cure scientifiche, va insegnato nelle scuole. E le accademie non devono più restare a guardare

Lo scorso 11 febbraio, in occasione dell'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università Statale di Milano nonché in coincidenza con il novantesimo anno dalla fondazione di questa stessa, il professor Silvio Garattini ha ricevuto la laurea honoris causa in Chimica e Tecnologia Farmaceutica. La motivazione recitava quanto segue: "Per aver contribuito allo sviluppo delle conoscenze farmacologiche e delle loro applicazioni alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, fondando e dirigendo l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", uno dei più prestigiosi Enti di Ricerca mondiali, e per aver rappresentato con rigore e passione, nel corso della sua lunga attività professionale, le ragioni e la funzione civile e sociale della scienza".

Nella lectio magistralis "Le responsabilità dell'Accademia nello sviluppo e impiego dei farmaci", tenuta dal professore a chiusura della cerimonia, Garattini ha tratteggiato un quadro generale del settore farmaceutico, citando esempi dalle situazioni in Europa ed in Italia. Se nel nostro Paese è stato confermato il dato di forte sperequazione tra le diverse regioni anche nel settore della sanità pubblica, come nel caso di Veneto e Calabria dove la differenza di spesa sostenuta dalle due regioni per la salute dei propri cittadini arriva a 60 euro procapite, nuovi, interessanti informazioni sono emerse invece dalla comparazione tra l'Italia ed altri Paesi membri dell'Unione Euro-

pea. A parità di patologia infatti, le scelte dei distinti sistemi sanitari nazionali divergono spesso, a volte anche in maniera molto vistosa.
"Il farmaco più prescritto in Italia per trattare la colesterolemia, contenuto nel prontuario dei medicinali rimborsabili, in Germania si trova soltanto alla 569 esima posizione nella lista dei farmaci più prescritti in quel Paese" ha fatto notare il professor Garattini "Dato interessante questo, che può fornire lumi sui fattori che dominano le prescrizioni fatte dai medici ai propri pazienti. A parità di informazioni sulla validità di un preparato e sull'utilità della sua somministrazione, emerge qui chiaramente come la scelta di prescrivere questo o quel medicinale dipenda da molti eterogenei fattori oltre alla patologia stessa dei pazienti, con conseguenti gravi rischi per i malati".

Sono convinto che sia tempo che l'Accademia assuma la leadership nello sviluppo e nello studio dei farmaci. Spetta a lei preparare i nuovi professionisti del settore e tenerli aggiornati con strumenti adeguati. Perché se i farmaci vengono studiati male c'è il concreto rischio di un loro cattivo impiego.

Un dato resta invece comune a tutti i Paesi dell'Europa ed è il crescere della spesa farmaceutica nel corso degli anni sia a livello pubblico che privato. Nella sua lectio Garattini ha fatto notare come a questo dato si sommi il forte rallentamento dell'industria farmaceutica nella produzione e immissione sul mercato di medicinali veramente innovativi. "Rispetto a 20 anni fa" ha avuto modo di mostrare Garattini "a parità di risorse spese, il numero dei farmaci validi ottenuti è molto diminuito. Si sono prodotti pochi nuovi farmaci e spesso in contrasto con le necessità dei pazienti. Tra il 1999 ed il 2008 per esempio, solo il 2% dei 961 nuovi farmaci immessi sul mercato francese è stato dichiarato realmente utile mentre sono trent'anni che non viene più prodotto un farmaco innovativo in psichiatria e le industrie hanno abbandonato il campo. Anche se le malattie mentali rimangono la maggior causa di disabilità al mondo".
In questa situazione Garattini ha ricordato i quattro concetti fondamentali, quattro parole chiave, che dovrebbero sempre essere guida nella sperimentazione dei nuovi farmaci. "Per determinare quale farmaco adottare bisogna che ci sia una sua evidenza scientifica, rilevabile tramite uno studio clinico controllabile che permette di superare il rischio di introdurre un trattamento inattivo o tossico per il paziente oppure viceversa di perdere un trattamento attivo. Serve operare secondo etica, con una legislazione adeguata e infine con appropriatezza. Ovvero usare il farmaco senza abusarne. Medicalizzare immediatamente il paziente può essere un grave errore perchè si rischia di dare troppi farmaci e troppo in fretta. Con il concreto pericolo di fare incorrere in effetti collaterali in chi assume più farmaci insieme e si trova, in un circolo vizioso, a dover contrastare le conseguenze di alcuni medicinali ingerendone altri".
Abbiamo incontrato il professore dopo aver seguito la sua Lectio magistralis presso l'Università Statale e gli abbiamo chiesto di approfondire alcuni dei punti da lui toccati nella relazione pubblica appena tenuta.

La sua lectio è suonata come una sorta di chiamata alle armi, una richesta di maggior coinvolgimento del mondo accademico e no profit nel settore farmaceutico che appare chiara fin dal titolo del suo intervento:"La responsabilità dell'Accademia nello sviluppo e nell'impiego dei farmaci". Perché questo invito?
"Sono convinto che sia tempo che l'Accademia assuma la leadership nello sviluppo e nello studio dei farmaci. Spetta a lei preparare i nuovi professionisti del settore e tenerli aggiornati con strumenti adeguati. Perché se i farmaci vengono studiati male c'è il concreto rischio di un loro cattivo impiego. Ancora oggi l'Accademia è spesso

passiva esecutrice dei dettami delle case farmaceutiche. Per ragioni di tradizione, perché fin'ora si è sempre fatto così, ma certamente anche per altre motivazioni. Studiare un nuovo farmaco, proposto dalle case farmaceutiche, non solo permette di avere maggiori fondi ma anche di fare pubblicazioni, essere chiamati per relazioni e convegni ed acquisire quella possibilità di mettersi in evidenza che tanto attrae i giovani ricercatori.
Chiedere che le Accademie diventino centrali nella ricerca e nella sperimentazione di nuovi farmaci non è qualcosa che si possa ottenere immediatamente, da un giorno all'altro. Di questo ne sono ovviamente conscio. Tuttavia ritengo che bisognerebbe iniziare un percorso in questa direzione, creando degli antidodi alla situazione odierna in cui sono le industrie farmaceutiche a dominare mentre le organizzazioni no profit come Università, Fondazioni e Accademie in generale sono sempre su posizioni più defilate. E per antidodo intendo, per esempio, non accettare progetti alla cui elaborazione non si è partecipato, partecipare alla preparazione del protocollo degli studi clinici controllati o chiedere quale si sia seguito. Ma anche avere la proprietà dei dati su cui si sta studiando e poter accedervi in ogni momento. I dati riguardanti gli studi clinici e preclinici sui farmaci devono essere pubblicati indipendentemente dal fatto che siano positivi o negativi. Se la situazione non cambia, come ho detto nella lectio, continueremo ad avere pochi farmaci nuovi, veramente innovativi, e molti denari saranno spesi per preparati non troppo dissimili dai precedenti anziché cercarne di utili, per esempio, per le malattie orfane (ovvero ancora senza una cura ndr). Bisognerebbe si facesse una analisi delle priorità, basandosi sulle necessità e sui bisogni non ancora soddisfatti degli ammalati. Penso per esempio alla ricerca di nuovi antibiotici, più adatti ai batteri resistenti, penso alle oltre 6000 malattie rare che aspettano delle cure e penso anche alle malattie mentali, di cui anche durante

Silvio Garattini

Silvio Garattini è nato a Bergamo il 12 novembre 1928. Laureatosi in Medicina all'Università di Torino, ottenne la libera docenza in Chemioterapia e Farmacologia e divenne ben presto parte del vivace gruppo di giovani farmacologi che negli anni '50 animavano l'Istituto di Farmacologia dell'Università degli Studi di Milano.
Fu con questo gruppo che entrò in contatto in quel periodo Mario Negri (1891-1969), il filantropo milanese vivamente interessato alla biologia ed alla medicina che alla sua morte, nel 1960, con un apposito lascito testamentario rese possibile la realizzazione di quella che diventerà la prima Fondazione italiana interamente dedicata alla ricerca biomedica, designandone direttamente Garattini alla direzione. Da allora, da quel primo nucleo dei 22 di Farmacologia della Statale, l'Istituto di Ricerche farmacologiche "Mario Negri", diventato nel frattempo Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ha conosciuto uno sviluppo straordinario: oggi conta 800 tra tecnici e ricercatori ed è distribuito su tre sedi. In oltre 50 anni di attività, sempre sotto la direzione di Silvio Garattini, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"ha prodotto oltre 13.000 pubblicazioni scientifiche e circa 250 volumi, nei settori dell'oncologia, della chemioterapia e immunologia dei tumori, della neuropsicofarmacologia e della farmacologia cardiovascolare e renale. Dei 50 ricercatori italiani di tutte le discipline scientifiche attualmente più citati nel mondo, quattro appartengono al "Mario Negri".
Accanto all'attività di ricerca scientifica nei campi della farmacocinetica, della farmacologia dell'immunologia, della biologia cellulare, della genomica e della proteomica, l'Istituto ha dedicato grande impegno ed attenzione anche alla attività di formazione. Sono oltre 7000 i giovani laureati e tecnici che si sono specializzati in questo periodo presso il "Mario Negri".
Attentissimo al valore della divulgazione, da direttore del "Mario Negri" Silvio Garattini ha guidato numerose campagne di informazione, spesso controcorrente: in difesa dell'ambiente, nella lotta contro il fumo e la droga, sui rischi e benefici associati all'impiego di farmaci, promuovendo la libertà di ricerca dalle ideologie politiche e religiose e l'attenzione per i diritti degli animali. Silvio Garattini è stato membro di vari organismi, tra i quali il Consiglio Nazionale delle Ricerche, la Commissione Unica del Farmaco del Ministero della Sanità, l'European Medicine Agency (EMA), l'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA). Attualmente è membro del Consiglio Superiore di Sanità e del Comitato Nazionale di Bioetica ed è Presidente del Comitato Scientifico del Centro Nazionale Prevenzione e Controllo delle Malattie. Fa parte del Gruppo 2003, che riunisce i ricercatori italiani più citati nella letteratura scientifica internazionale.
Autore di molte centinaia di lavori scientifici pubblicati in riviste nazionali ed internazionali e di numerosi volumi nel campo della farmacologia, Garattini è fondatore dell'European Organization for Research on Treatment of Cancer e presidente della Società Europea di Farmacologia Biochimica. Tra i numerosi premi e onorificenze ricevute, vanno ricordate la Legion d'Onore della Repubblica Francese per meriti scientifici, il titolo di Grande Ufficiale della Repubblica Italiana e la Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica, conferita dal Ministro della Salute. Garattini ha ricevuto due lauree honoris causa, dalle università di Bilystok, Polonia, e di Barcellona, Spagna. (F.S.)

la mia lectio magistralis ho accennato. Ed una volta stabilite le necessità e identificate le priorità bisognerebbe poi rispettarle. Se persiste ancora da decenni un diverso scenario invece, certo lo si deve anche al fatto che l'industria si adatta alla legislazione vigente, poco capace di spingere al miglioramento da questo punto di vista. Se infatti la legge parla soltanto in termini di qualità, efficacia e sicurezza, perché le case farmaceutiche dovrebbero fare anche ulteriori e costosi studi di comparazione, cercando il valore terapeutico aggiunto del nuovo preparato rispetto a quel che già esiste? Solo se verrà obbligata da leggi ad hoc, l'industria farà questo tipo di studi comparativi. Come tutte le industrie infatti, anche la farmaceutica è flessibile e si adatta a quel che le viene richiesto. Ci vuole però la volontà politica che renda obbligatorio per l'industria farmaceutica un adeguamento a nuove direttive, che metta in atto uno sbarramento, con linee chiare, ai farmaci che non si siano dimostrati superiori ai precedenti. In questo senso, se forze no profit non aiuteranno i governi a sviluppare questa tendenza non c'è alcuna chance che si riesca a superare la supremazia dell'industria farmaceutica, forte com'è di una sua organizzazione, soldi e strutture per fare pressione a sua volta sulla politica e opporsi in vari modi ad un cambiamento di rotta del settore. Sia ben chiaro, non si tratta di andare contro l'industria "cattiva" ma far si che le potenzialità delle società farmaceutiche vengano orientate verso progetti effettivamente di interesse dei pazienti e non solo per aumentare il mercato. Penso ai molti farmaci poco efficaci in commercio. Come gli antitumorali. Sono costosi e consentono un aumento della durata di vita dei pazienti mediamente di soli due mesi a fronte di un vistoso peggioramento della loro qualità. Varrebbe la pena usare i soldi di quei farmaci, nell'ultima fase della vita dei pazienti con tumore, per irrobustire le terapie palliative. Impegnandosi maggiormente ad aumentare la qualità della vita di queste persone.
Abbiamo bisogno di richiedere di più dall'industria. Ma in questo l'Accademia, le società scientifiche e ricerca non devono più essere latenti, lasciano campo libero alle lobby farmaceutiche. Ecco perché secondo me l'Accademia va richiamata ad assumere la leadership del settore, per comprendere gli obiettivi da centrare.

Penso al prontuario nazionale dei farmaci. In Italia non si è più fatta una revisione ed una razionalizzazione dei medicinali iscritti in questo elenco da quando, nell'ormai lontano 1993, ci mettemmo mano per l'ultima volta io ed alcuni colleghi. In quell'occasione la revisione portò a togliere farmaci per un fatturato di oltre 3mila miliardi di lire.

Quali altre proposte concrete si sente di fare per migliorare il sistema dello sviluppo ed impiego dei farmaci in Italia?
Penso al prontuario nazionale dei farmaci. In Italia non si è più fatta una revisione ed una razionalizzazione dei medicinali iscritti in questo elenco da quando, nell'ormai lontano 1993, ci mettemmo mano per l'ultima volta io ed alcuni colleghi. In quell'occasione la revisione portò a togliere farmaci per un fatturato di oltre 3mila miliardi di lire. Si può dire che nessuno se ne accorse, a parte le case farmaceutiche, perché i diretti interessati, ovvero sia i medici che i pazienti, non protestarono. Tutti erano consci che i farmaci espunti non servivano più ormai da tempo, divenuti com'erano obsoleti e non efficaci. Ora sarebbe il caso di rifare questa operazione. Da allora infatti sono passati oltre vent'anni e l'elenco è nuovamente ridondante, colmo di farmaci più o meno simili che si sommano di anno in anno, inseriti quasi automaticamente nel prontuario dopo l'approvazione prima dell'EMA (l'Organismo per l'approvazione dei farmaci europeo: European Medicne Agency ndr) e poi dell'AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco, il corrispondente organo per l'Italia ndr).
L'organismo di approvazione dei far-

maci europeo, se approva un farmaco, ne permette la messa in circolazione nei 27 paesi dell'Unione entro 90giorni. Un farmaco così approvato non vuol dire che sia rimborsabile, come molti erroneamente pensano, ma passa al vaglio dall'AIFA, che si occupa di valutare se sia adatto al nostro Sistema Sanitario Nazionale. Io ritengo che dovremmo essere più attenti ad inserire nel prontuario nazionale i farmaci, non agendo automaticamente solo perché il farmaco ha avuto l'approvazione europea ma scegliendo solo medicinali che offrono maggior benefici. Attualmente invece non solo succede raramente che un farmaco venga rifiutato, ma ancora più raramente che venga tolto dalla lista. Inoltre, all'aggiunta di un nuovo medicinale, quelli già esistenti nel prontuario non vengono mai tolti dall'elenco ma vi si vanno a sommare perché, in effetti, spesso non si tratta di preparati talmente innovativi da soppiantare i precedenti. Una revisione si rende davvero necessaria. La presenza di tanti farmaci nel prontuario può infatti certamente favorire la prescrizione disinvolta e la presenza ipertrofica delle medicine nelle ricette per i pazienti.

Nella sua lectio ha citato l'appropriatezza come una delle quattro parole chiave per la ricerca. Cosa intende?

Attualmente c'è la tendenza alla medicalizzazione immediata dei pazienti, spinta sia da interessi economici che dalla disinformazione propagata dai mass media e dai social networks che dalle promesse esagerate fatte dai ricercatori clinici e sperimentali. Il rischio che questo atteggiamento comporta è che si comprometta ulteriormente l'equilibrio di pazienti già fragili, penso soprattutto ad anziani e malati in generale, con cure non adeguate. Tenendo conto che le soglie di normalità, relativa per esempio ai dati di glicemia, colesterolemia e pressione arteriosa, sono molto variati dagli anni 70 ad oggi, bisogna evitare che si instauri il circolo vizioso dell'aumento delle prescrizioni, con il conseguente aumento di effetti collaterali, più interazioni tra farmaci e quindi ulteriori effetti collaterali che richiedono nuove prescrizioni aggiuntive. Come detto prima, bisogna cercare di usare un nuovo farmaco quando esso si sia dimostrato migliore e non solo non inferiore a quello precedente, come invece si fa oggi, cercando di rilevarne con uguale attenzione sia i lati positivi che i danni provocati.

Ma l'appropriatezza non riguarda solo l'astenersi dal prescrivere farmaci quando non necessari ma anche usare dei parametri per i test sui farmaci che siano rilevanti per il paziente, come il miglioramento della qualità di vita, non escludendo dallo studio sul medicinale quelle popolazioni che poi saranno implicate nell'uso dello stesso. Per esempio, inserendo nei test anziani, donne e anche bambini, quando questo è pertinente, non testare i farmaci con il solo, classico uomo bianco entro i 60 anni.

Che ruolo riveste l'etica in questo settore?

L'etica si gioca sulla bontà della ricerca, sul metodo scientifico, sul non delegare ad altri le proprie responsabilità. L' etica nello studio e sviluppo dei farmaci coincide con la legittimità della ricerca, lo studio clinico controllato.

La prima regola etica è infatti condurre la ricerca stilando un protocollo al meglio, sottoponendo per esempio il farmaco a condizioni in cui può dimostrare che ha qualità per agire meglio rispetto ad altri, magari comparandone gli effetti con un altro farmaco e non con un placebo. Come generalmente invece avviene. Se creiamo disegni di non inferiorità per testare i farmaci, anziché cercarne la superiorità, non facciamo il meglio.

A domanda importante, quale la salute, si deve una risposta che tenga in prima evidenza l'interesse degli ammalati e non del mercato. Se dominante è quest'ultimo aspetto, il protocollo degli studi clinici darà tutte le chance al farmaco di superare i test e non sarà in-

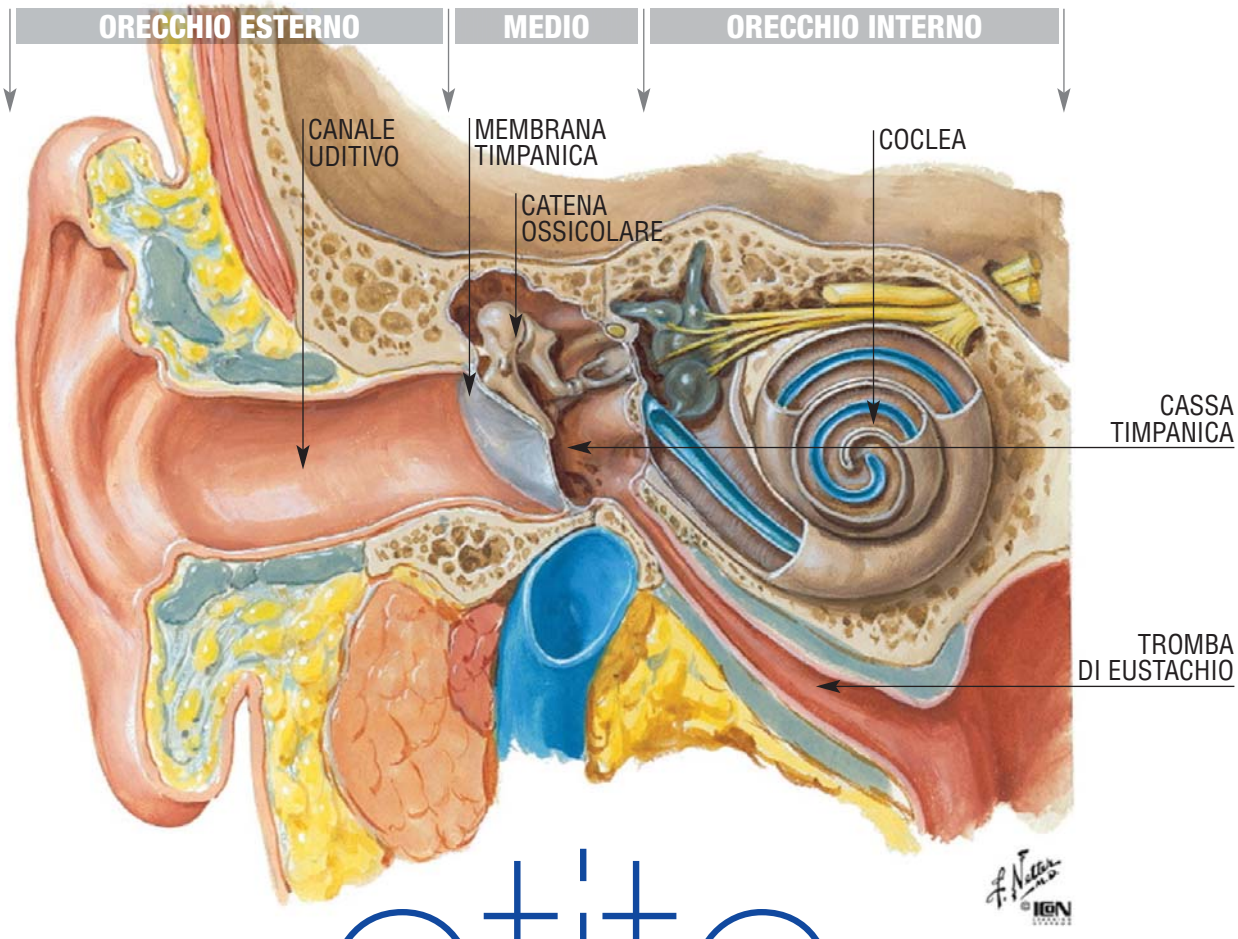
vece orientato a renderne difficile il suo superamento dimostrando che sia veramente meglio rispetto a ciò che esiste oggi. L'obiettivo del sistema del farmaco dovrebbe essere sempre quello di porre al centro gli ammalati ed i loro bisogni. Certo, è un obiettivo utopico, mi rendo conto, ma deve valere come l'orizzonte per chi cammina. Forse non lo si raggiungerà mai ma camminando in quella direzione si continuerà a progredire e migliorare".

Parliamo del metodo scientifico. Tra le motivazione della sua laurea ad honorem c'è la sua battagli in difesa delle regole che sorreggono l'intera comunità scientifica.

Negli ultimi anni assistiamo purtroppo, e soprattutto nel nostro Paese, a diversi tentativi di mettere in discussione il metodo su cui si fonda l'avanzamento delle nostre conoscenze scientifiche a livello mondiale. Penso al Metodo Di Bella o a Stamina. Il fatto che in Italia, e non in altri Paesi europei, siano attecchite ed abbiano fatto proseliti ciarlatanerie di questo genere dimostra come la cultura scientifica non sia mai entrata in modo adeguato e paritario nell'insegnamento scolastico e non abbia quindi potuto contribuire per la sua parte alla formazione dei nostri cittadini. Non abbiamo insegnanti preparati sul metodo scientifico e la scienza e del resto in tutte le riforme scolastiche hanno dominato sempre figure provenienti da una estrazione culturale letteraria, filosofica e giuridica e quindi, non in grado di proporre efficaci corsi scientifici. Quella che constato in Italia è una vera e propria anomalia. Il mondo culturale italiano che conta ritiene che la scienza non faccia parte della cultura, ma piuttosto la equipara e confonde con la tecnologia. Mentre è ciò che condiziona la vita di ogni giorno. Manca l'insegnamento della metodologia scientifica, dei principi scientifici. E così attecchiscono le credulonerie. In Europa, dove la preparazione in questa disciplina è molto forte e precoce, non ho visto casi come Di Bella e Stamina. Ci sono ciarlatani dappertutto, certo, ma in nessuna circostanza hanno creato casi nazionali come da noi. I colleghi europei che ho sentito in merito erano tutti meravigliati per la reazione dei nostri connazionali ed i commenti non sono stati certo lusinghieri a questo riguardo. Sul caso Di Bella bisogna ammettere che la comunità scientifica italiana ha avuto le sue colpe. Il mondo accademico è molto mancato nel dire la propria versione e gli oncologi non hanno preso di petto la cosa, lasciando che circolassero voci false. Diverso invece è stato sicuramente il comportamento con Stamina, dove chi aveva le competenze per parlare si è schierato nettamente e la gente ha capito che questa Stamina non ha base scientifica ed ha rappresentato inutili illusioni per i malati che vi si sono affidati e per i loro familiari. Il fatto però che le terapie Di Bella o Stamina non siano state subito collocate nella maniera corretta dagli italiani, è un campanello di allarme che dimostra quanto sia mancante il sistema educativo nazionale quando si parla di metodo scientifico. Se alle persone fosse stato insegnato, partendo dalla pratica di laboratorio, quanto è difficile stabilire il rapporto tra causa ed effetto, non avremmo questa situazione. Le persone saprebbero fare domande per sapere il metodo con cui è stata realizzata una proposta e potrebbero vagliarne da soli la bontà. Credo che l'introduzione della metodologia scientifica nelle scuole sia essenziale per prevenire altri casi Stamina ed anche se il percorso richiede tempi lunghi bisogna che si inizi questo cambiamento. Se non cominciamo non arriveremo mai.

Fernanda Snaiderbaur

Credo che l'introduzione della metodologia scientifica nelle scuole sia essenziale per prevenire altri casi Stamina ed anche se il percorso richiede tempi lunghi bisogna che si inizi questo cambiamento. Se non cominciamo non arriveremo mai.



otite

Tutti noi almeno una volta nella vita abbiamo sofferto di dolori ad un orecchio soprattutto in inverno quando il freddo e l'umidità favoriscono le malattie cosiddette da raffreddamento quali il raffreddore, le faringiti e anche alcune forme di otiti. L'orecchio da una parte è in collegamento con l'esterno attraverso il condotto uditivo esterno (orecchio esterno) dall'altra è in contatto con la parte posteriore del naso (rino faringe) attraverso la tuba di Eustachio (orecchio medio); queste due parti sono tra loro separate da una struttura chiamata timpano, una membrana molto importante per assicurare una capacità uditiva ottimale. Il fatto che le due parti siano aperte una verso l'esterno e l'altra verso il rino-faringe fa sì che la pressione dell'aria sulla membrana del timpano sia uguale sulle due facce della membrana e possa così rimanere tesa in modo equilibrato. E' esperienza comune quando si scende rapidamente da luoghi di alta montagna alla pianura, ad esempio attraverso la funivia, di avere la sensazione di orecchio tappato, fastidio che rapidamente si risolve con l'atto di inghiottire. Infatti la sensazione sgradevole è legata ad un temporaneo squilibrio della pressione esterna sulla membrana timpanica rispetto a quella del lato del rino-faringe, situazione di squilibrio che prontamente si ristabilisce con l'atto di inghiottire. L'orecchio medio è rappresentato da una piccola cavità (cassa timpanica) contenente tre piccoli ossicini: il martello posto nello spessore del timpano, l'incudine e la staffa, tenuti sospesi nella cavità stessa. Queste piccole strutture ossee sono deputate alla trasmissione delle vibrazioni sonore della membrana ai recettori nervosi di senso dell'orecchio interno.

Nella parte interna dell'orecchio sono alloggiate alcune strutture (coclea) contenenti i recettori acustici che convogliano i segnali sonori al nervo acustico e quindi al cervello: funzione uditiva. L'orecchio interno accoglie inoltre altre strutture importantissime: i canali semicircolari del cosiddetto labirinto con i due recettori nervosi (utricolo e sacculo) sensibili alle ac-

celerazioni lineari della testa e che insieme alle informazioni visive e muscolari forniscono al cervello le informazioni indispensabili che permettono la stazione eretta e l'equilibrio. Anche l'orecchio nel suo insieme è soggetto a processi infiammatori di varia origine a cui si attribuisce il nome di otite. L'otite che coinvolge l'orecchio esterno può essere localizzata, come nel caso di un foruncolo di solito dovuto allo stafilococco aureo, oppure diffuso a tutto il condotto uditivo esterno. Questo caso è particolarmente frequente nella stagione estiva ed è dovuta alla colonizzazione da parte di batteri che trovano un ambiente favorevole alla loro crescita sia in presenza di ristagni d'acqua, quali si osservano dopo bagni nell'acqua di mare o in piscina e di detriti squamosi da parte di cellule dell'epidermide. La macerazione della cute favorisce infatti l'invasione di batteri e quindi l'infiammazione. Di regola il condotto esterno si pulisce autonomamente e non è necessario intervenire meccanicamente dall'esterno in alcun modo, salvo casi eccezionali. I tentativi di pulizia del canale acustico esterno non sono utili, in quanto favoriscono l'accumulo di detriti nella parte profonda pre-timpanica. Anche i bastoncini di cotton-fiocc devono essere utilizzati limitatamente all'interno del padiglione dell'orecchio e mai introdotti nel canale. Se si è in presenza di tappi di cerume è bene utilizzare quei farmaci che ne favoriscono lo scioglimento, mentre nel caso di corpi estranei è bene evitare manovre che potrebbero peggiorare il problema e rivolgersi ad un otorino per il trattamento più opportuno. I sintomi dell'otite esterna sono caratterizzati da un dolore che talora viene accentuato dalla pressione sull'orecchio o lo stiramento dello stesso. Frequente è il prurito e talora una riduzione della capacità uditiva nella parte colpita. Nel caso di otite esterna di solito sono sufficienti farmaci antibiotici e cortisonici per uso locale; i foruncoli devono essere lasciati drenare spontaneamente e di solito bastano dei soli antidolorifici.

L'otite che colpisce l'orecchio medio può essere di origine batterica o virale e di solito è secondaria a processi infettivi del rinofaringe di cui rappresenta una complicanza. E' particolarmente frequente nei bambini piccoli tra i 3 mesi e i 3 anni, fino all' 80 %, ma può verificarsi in qualsiasi età. Frequentemente segue ad un raffreddore. I germi migrano attraverso il condotto uditivo interno di Eustachio dal rinofaringe determinando l'infiammazione della parte. Nelle otiti virali medie non è infrequente una sovrapposizione batterica, che causa una secrezione talora purulenta. I sintomi dell'otite media sono caratterizzati da un intenso e persistente dolore della parte (otalgia) con una riduzione dell'udito. Nei bambini sono frequenti la nausea, il vomito, febbre elevata e diarrea. Alla osservazione esterna attraverso l'otoscopio, la membrana appare arrossata ed estroflessa. Talora la membrana timpanica si perfora spontaneamente e si ha fuoriuscita di secrezione sanguigna, siero-sanguigna ed anche pus. Non sempre il dolore all'orecchio è da attribuirsi ad un processo infettivo infiammatorio. Un dolore nella zona dell'orecchio che compare quando si apre o si chiude la bocca non è indice di otite, ma è dovuta ad una disfunzione dell'articolazione temporo mandibolare, altre volte è legata ad una malattia della gola che, se persistente ed interessa una sola parte, deve mettere in allarme soprattutto nel fumatore, in quanto potrebbe essere una spia di tumori del laringe o del faringe.

Un caso di dolore all'orecchio, più spesso bilaterale, è quello che si osserva in chi pratica lo sport subacqueo ed è dovuto ad improvvise variazioni della pressione sui due lati della membrana timpanica. Per mancata apertura della tromba di Eustachio la pressione esercitata sulla parte interna della membrana timpanica risulta minore di quella esterna; ciò causa una irritazione nell'orecchio medio con formazione di versamento sieroso.

La prevenzione delle otiti è importante e la si può attuare tenendo le fosse nasali libere anche durante il raffreddore mediante lavaggi con soluzione fisiologica. Per l'otite esterna evitare di praticare abrasioni della cute del condotto uditivo esterno. L'otite del nuotatore può essere evitata tenendo ben asciutto l'orecchio esterno, utilizzando ad esempio una cuffia durante il nuoto, o dei tappi, soprattutto se si pratica immersione di tutta la testa.

Dott. Gaetano Bianchi

UNA DIETA PER L'ORECCHIO?

L'orecchio non è soltanto l'organo che permette di sentire i suoni ma è importante anche per regolare l'equilibrio. La comparsa di vertigini della durata di pochi minuti o anche qualche ora, può dipendere dalla sindrome di Meniere, un disturbo che colpisce l'orecchio e che può essere curato anche grazie ad una dieta adeguata.

La sindrome di Meniere

La sindrome di Meniere causa nausea, vomito, sudorazione intensa, deficit dell'udito e acufene che è un ronzio o un fischio fastidioso.
Le vertigini provocano spesso violenti capogiri che costringono la persona che ne soffre a sdraiarsi.
La struttura dell'orecchio colpita dalla sindrome di Meniere è il labirinto, una parte dell'orecchio interno, in cui si verifica un accumulo eccessivo di un particolare liquido, l'endolinfa.
Non si conoscono le cause di questo disturbo che potrebbe essere dovuto a infezioni o traumi e per la cura si prescrivono farmaci diversi che hanno lo scopo di diminuire la pressione del liquido nell'orecchio o di alleviare la nausea e le vertigini. Anche i consigli nutrizionali come l'astensione dall'alcol e dal caffè, che potrebbero scatenare la crisi, e una dieta iposodica, per evitare la ritenzione idrica, possono rivelarsi molto utili a combattere la sindrome di Meniere.

Il sodio

Il sodio è un minerale che svolge l'importante funzione di regolare il volume dei liquidi presenti fuori dalle cellule. In condizioni normali il nostro organismo elimina ogni giorno da 0,1 a 0,6 g di sodio che sono reintegrati facilmente grazie al contenuto di sodio presente nella dieta quotidiana.
L'aggiunta di sale ai cibi non è necessaria perché basta il sodio contenuto in natura negli alimenti per coprire le necessità dell'organismo. Solo in condizioni di sudorazione profusa i fabbisogni di sodio possono aumentare.
Un eccesso di sodio nell'organismo richiama l'acqua fuori dalle cellule e provoca un aumento del volume dei liquidi che può portare alla comparsa di gonfiori o edemi.

L'orecchio è importante anche per regolare l'equilibrio. La comparsa di vertigini della durata di pochi minuti o anche qualche ora, può dipendere dalla sindrome di Meniere, un disturbo che colpisce l'orecchio e che può essere curato anche grazie ad una dieta adeguata.

Il sodio si trova in percentuali molto elevate nel sale da cucina, nei dadi da brodo, nei formaggi stagionati, salumi, e alimenti conservati sotto sale o in salamoia. Un grammo di sale contiene circa 0,4 g di sodio.
Si è stimato che un adulto italiano ingerisce in media circa 10 g di sale al giorno (cioè 4 g di sodio), quindi molto più di quello che necessiti all'organismo.

La dieta iposodica

I nutrizionisti consigliano a tutti di utilizzare poco sale da cucina e di evitare di mangiare spesso gli alimenti che contengano sodio in quantità eccessiva. Troppo sodio nella dieta, infatti, aumenta il rischio di ipertensione, di tumore allo stomaco e di osteoporosi dovuta a un'aumentata perdita di calcio con le urine, in risposta all'alto tasso di sodio nell'organismo.
Nella dieta giornaliera è sempre presente una certa percentuale di sodio che si trova naturalmente nell'acqua e negli alimenti come verdura, frutta, carne pesce, ma in piccole quantità, se gli alimenti non sono stati preparati o conservati con il sale.
Il problema dell'eccesso di sodio deriva dal sale aggiunto ai cibi mentre si cucina, a tavola o dal sodio contenuto negli alimenti trasformati (artigianali o industriali).
Anche il pane comune e i prodotti da forno come biscotti, crackers, grissini, merendine e cereali da prima colazione contribuiscono ad aumentare il contenuto di sodio della dieta, perché consumati tutti i giorni.
Anche alcuni condimenti utilizzati in cucina come dadi da brodo, salse e ketchup apportano sodio e devono essere consumati con moderazione.
Una dieta con poco sodio si definisce dieta iposodica.

Anche il pane comune e i prodotti da forno come biscotti, crackers, grissini, merendine, e cereali da prima colazione contribuiscono ad aumentare il contenuto di sodio della dieta, perché consumati tutti i giorni.

Una quantità eccessiva di sodio nella dieta provoca una ritenzione idrica e una dieta iposodica è utile in tutti i casi in cui si verifica nell'organismo un' eccessivo accumulo di liquidi.
Oltre ad essere utile alle persone che soffrono della sindrome di Meniere, una dieta iposodica può aiutare a prevenire e a combattere la pressione alta del sangue, e altre malattie: cardiache, dei vasi sanguigni, dei reni o del fegato; o può essere utile in tutti i casi in cui siano presenti edemi e ascite (che è la presenza di un versamento di liquidi nell'addome).
Ridurre la quantità di sale che si consuma giornalmente non è difficile, soprattutto se la riduzione avviene gradualmente. Infatti il nostro palato si adatta facilmente, ed è quindi possibile rieducarlo a gusti meno salati. Entro poco tempo, questi stessi cibi appariranno saporiti al punto giusto, mentre sembreranno troppo salati quelli conditi nel modo precedente. Le spezie e le erbe aromatiche possono sostituire il sale o almeno permettere di utilizzarne una quantità minore, migliorando il sapore del cibo. Aggiungendo agli alimenti il succo di limone e l'aceto e' possibile dimezzare l'aggiunta di sale e di ottenere cibi ugualmente saporiti perché questi ingredienti agiscono come esaltatori di sapidità.

Frutta e verdura

La frutta e la verdura contengono potassio importante per mantenere l'equilibrio del sodio e combattere la ritenzione idrica.
Frutta e verdure di stagione possiedono il miglior patrimonio nutrizionale perché sono state fatte maturare sulla pianta e non hanno dovuto affrontare lunghi viaggi che le avrebbero impoverite di nutrienti.
Kiwi e albicocche, tra i

frutti freschi sono i più ricchi di potassio.

Leggere le etichette degli alimenti

Per poter scegliere alimenti con meno sodio è utile leggere attentamente le etichette, in cui sono indicate molte notizie utili come:

- la denominazione di vendita, cioè il nome specifico del prodotto, che ci permette di capire cosa stiamo effettivamente mangiando (latte, uova, olio…) e il trattamento che l'alimento ha subito: per esempio, caffè decaffeinato o olive in salamoia;
- l'elenco degli ingredienti impiegati nella preparazione del prodotto alimentare, in ordine decrescente di peso, compresi gli additivi. La dicitura, sale o cloruro di sodio tra i primi ingredienti ci fa capire che il prodotto contiene molto sodio.

Su molti prodotti vi è anche un'etichetta nutrizionale che riporta il valore calorico e la quantità di nutrienti presenti nell'alimento, informazioni indispensabili a chi vuole nutrirsi in maniera equilibrata perché permettono di valutare la quantità di energia e nutrienti che si introduce con quel dato alimento; permettono inoltre di scoprire, per esempio, che un prodotto che vanta di avere poco sale ha un contenuto di sodio, effettivamente inferiore, rispetto a un prodotto analogo.

Anche molti additivi contengono sodio: il glutammato monosodico (E621), per esempio, usato per esaltare il sapore dei cibi, come altri glutammati (E620 – E622) presenti nei dadi e in molti piatti pronti, aumentano notevolmente il contenuto di sodio dell'alimento.

Cristina Grande

I CONSIGLI PER RIDURRE IL SODIO NELLA DIETA

1 Non aggiungere mai sale a tavola.

2 Non aggiungere sale o aggiungere pochissimo sale durante la cottura degli alimenti

3 Evitare l'uso di condimenti alternativi contenenti sodio (dado da brodo, ketchup, salse ecc..)

4 Insaporire i cibi con succo di limone o aceto ed erbe aromatiche (come aglio, cipolla, basilico, prezzemolo, rosmarino, salvia, menta, origano, maggiorana, sedano, porro, timo, semi di finocchio) e spezie (come pepe, peperoncino, noce moscata, zafferano,curry).

5 Scegliere il pane toscano (senza sale) al posto del pane comune

6 Evitare gli alimenti in scatola e tutti gli alimenti sotto sale o in salamoia (tipo capperi, olive ecc..)

7 Evitare tutti i formaggi ad eccezione della ricotta, tutti i salumi, patatine fritte, salatini, crackers, grissini e snack salati

CIBO E STILI DI VITA
NUOVE ABITUDINI ALIMENTARI

All'alba del terzo millennio il mondo sta diventando sempre di più un "villaggio globale". Gli scambi commerciali, gli spostamenti delle persone e le mescolanze delle diverse etnie fanno sì che il vivere delle persone oggi non sia più quello a cui eravamo abituati. Anche le pietanze, i cibi e le abitudini alimentari, non sfuggono all'effetto di questo veloce processo di mondializzazione.
Pochi anni fa i cibi e le bevande che si potevano trovare dappertutto nel mondo erano molto poche: coca cola, pasta, chili con carne, cuscus, hamburger, pizza, caffè e sushi, oggi ovunque in commercio, si incontrano materie prime e pietanze "strane e diverse", che non appartengono alla cultura culinaria mediterranea. Nasce dunque un interrogativo: quali cibi che non fanno parte della nostra tradizione hanno proprietà vantaggiose? Come orientarci?
A guidarci in un ipotetico viaggio del mondo alla ricerca di risposte e consigli è Ettore Corradi: Direttore dellaStruttura Complessa di Dietetica e nutrizione clinica dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda.

Quale posto per i nuovi cibi nella nostra alimentazione?
"La combinazione della dieta mediterranea con altre diete può essere una promettente strategia per la prevenzione delle patologie croniche così da assicu-

rare la salute e un sano invecchiamento. Ad esempio la dieta mediterranea si accomuna a quella asiatica per la presenza di frutta, verdura e olio di pesce, ricco di omega 3.
In entrambe le tradizioni ci sono inoltre alimenti contenenti sostanze "utili" quali il resveratrolo nel vino, l'oleuropeina nell'olio d'oliva, gli isoflavoni della soia e l'epigallocatechingallato del thè verde.Vi sono però nella dieta asiatica alcuni prodotti ancora scarsamente diffusi nella nostra alimentazione che possono invece essere protettivi: ad esempio le alghe che sono ricche di antiossidanti e vitamine.
Uno studio ha dimostrato che anche l'unione della dieta mediterranea con quella indiana ricca in acido alfa linolenico (con cereali non raffinati come grano, miglio, riso, legumi e olio di senape), risulta maggiormente efficace nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie coronariche".

Aspetti culturali nell'approccio ai nuovi cibi?
"In base all'articolo 2 del regolamento CE 178/2002 viene definito "alimento" (o "prodotto alimentare"o "derrata alimentare") qualsiasi sostanza o prodotto trasformato, parzialmente trasformato o non trasformato destinato ad esser ingerito o di cui si prevede ragionevolmente che possa essere ingerito, da esseri umani. Rientrano in questa definizione anche le bevande, le gomme da masticare e qualsiasi sostanza, compresa l'acqua, intenzionalmente incorporata negli alimenti nel corso della loro produzione, preparazione o trattamento.
L'alimento non è però solo questo, il cibo e il modo di alimentarsi costituiscono continuità, legame con le culture e con le tradizioni famigliari, rappresentando uno spazio identitario.
Assumere cibi particolari, memoria del Paese di origine o della propria infanzia, è un'occasione per rafforzare "l'involucro protettivo della casa", "la sicurezza in emigrazione" ma è anche un modo per scoprire gli altri mondi senza abbandonare il proprio. Le diverse abitudini alimentari possono esser spiegate più fre-

Ettore Corradi

Direttore della Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedale Niguarda Ca' Granda

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1989 all'Università degli Studi di Milano, ha svolto attività clinica e ambulatoriale come specialista in nutrizione clinica presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano dal 1992 al 1999. Nel 1999 diviene dirigente medico della Dietetica e Nutrizione Clinica dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, di cui è Direttore facente funzione dal 2013.
Ha conseguito la Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano nel 1993.
Durante la sua esperienza all'A.O. Niguarda Ca' Granda ha particolarmente approfondito le problematiche diagnostiche e di cura riguardanti pazienti obesi e grandi obesi (adulti e adolescenti), sviluppando competenze di alta professionalità sulle valutazioni psico-nutrizionali, sulla gestione diretta della terapia cognitivo comportamentale e nutrizionale integrata e sullo sviluppo di nuovi protocolli clinici di intervento per il trattamento integrato della grande obesità.
Ha svolto attività didattica in qualità di docente ai corsi di laurea in Dietista e in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano, e ai Master di II livello dell'Università di Siena su Nutrizione Artificiale e Nutrizione Clinica e Dietetica (2009-2010). Dal 1994 al 2012 è stato tutor alla scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione dell'Università degli Studi di Milano, dove ora ha un incarico di docente a contratto.Dal 1994 partecipa in qualità di relatore a corsi di aggiornamento e riunioni scientifiche di interesse nazionale riguardo tematiche nutrizionali.

quentemente dalle tradizioni gastronomiche di un popolo, dalla sua cultura alimentare, dai suoi commerci e scambi commerciali.
Il processo di cambiamento delle abitudini alimentari è ormai una consuetudine nella nostra cultura, agisce sul fatto che l'alimentazione subisce sostanziali modifiche a causa dell'introduzione di nuovi cibi ottenuti grazie all'evoluzione della tecnologia, o di nuovi prodotti provenienti da culture diverse.
Il cibo, le abitudini, gli stili alimentari mutano per questioni economiche, sociali, religiose o più semplicemente contingenti.Lo scambio alimentare e culturale diventa un vero e proprio setting di comunicazione: portano al loro interno l'intenzione di volersi integrare. Il cibo assume quindi una valenza straordinariamente socializzante".

Cosa abbiamo da imparare e cosa stiamo imparando dalle altre culture riguardo al rapporto con il cibo?
"Dobbiamo recuperare il vero significato del momento del pasto che dovrebbe essere sinonimo di condivisione, di scambio di parole, emozioni, cultura.
Nel mondo occidentale la tecnologia ha permesso di conquistare, grazie ai frigoriferi e ai forni a micronde, traguardi inimmaginabili fino a poco tempo fa nella preparazione e nella conservazione dei cibi; così come ci ha concesso di ridurre i tempi di preparazione e la fatica in cucina. Tuttavia, purtroppo, i vantaggi legati allo sviluppo tecnologico sono stati assimilati in maniera distorta: il pasto è diventato qualcosa da consumare velocemente, qualcosa che molto spesso deve essere già pronto e preparato da altri, qualcosa da risolvere in modo sbrigativo e superficiale.
È necessario interrogarsi e ridisegnare le nostre abitudini, riuscire a farlo significa recuperare la qualità della vita , delle relazioni, e anche allargare i margini della nostra salute".

Nel mondo occidentale la tecnologia ha permesso di conquistare, grazie ai frigoriferi e ai forni a micronde, traguardi inimmaginabili fino a poco tempo fa nella preparazione e nella conservazione dei cibi; così come ci ha concesso di ridurre i tempi di preparazione e la fatica in cucina.

Quali i rischi dei prodotti sani all'origine, ma trasformati in merce global?
"La risposta pone la necessità di una riflessione sulle peculiarità della preparazione industriale e su quella domestica, con i loro vantaggi e svantaggi.Credo che ci siano due possibili pericoli legati alla disponibilità di prodotti pronti.
Il primo è di natura comportamentale: ho 50 anni e quando ero bambino qualche volta si andava dal fornaio e si compravano un paio di brioches. Erano prodotti freschi, senza conservanti, calorici ma si consumavano in via eccezionale. Oggi invece, grazie alle confezioni salvafreschezza e ai conservanti, nelle nostre dispense possiamo sempre avere a disposizione intere scatole di brioches correndo il rischio di abusarne e assumere un quantitativo eccessivo di calorie: è un altro esempio di uso scorretto della tecnologia. Questo uso spregiudicato dei vantaggi tecnologici ha tolto anche la magia che legava alcuni prodotti alle festività: basta pensare al panettone, che nella grande distribuzione si trova da settembre a febbraio, o dell'uovo di Pasqua i cui surrogati sono disponibili tutto l'anno...insomma non c'è più la sorpresa!
Il secondo si lega invece alla trasformazione alimentare che consente di ottenere sapori che prescindono dalla qualità originale, che resta nascosta o addirittura scompare senza che il consumatore se ne accorga. Recuperare la qualità deve essere l'obiettivo primario dei prossimi anni. Per farlo anche i consumatori possono fare il primo passo: ad esempio scegliendo gli ingredienti e cucinando direttamente, non delegando la preparazione, evitando il rischio di sofisticazioni.
Attenzione va fatta anche ai nuovi cibi,

dei quali solo nei prossimi decenni potremo valutare le conseguenze. È già successo, ad esempio con la margarina negli anni '70: era considerata un toccasana per la prevenzione delle malattie cardiovascolari perchè derivata da grassi di origine vegetale e non da quelli animali ritenuti dannosi all'epoca, putroppo con il tempo si è compreso che portava addirittura ad un rischio maggiore. Qualità e attenzione devono essere le parole guida per un cambio di tendenza.

Giro del mondo: quali gli alimenti da comprare e mettere in valigia?

"Sarebbero un'infinità - prosegue Corradi - ma in realtà dobbiamo comprendere che salute e gusto possono conciliarsi se si segue un corretto modello alimentare. Oggi, putroppo, l'atteggiamento diffuso è quello di esaltare i singoli nutrienti decontestualizzandoli dal contesto alimentare complessivo: è assurdo assumere antiossidanti e poi mangiare regolarmente nei fast food pretendendo di non essere a rischio di malattie cardiovascolari. Come sempre misura e buon senso sono le migliori linee guida anche per scegliere quegli alimenti, utili e preziosi per la salute, che pur proveniendo da altre culture oggi sono accessibili grazie alla globalizzazione.

Oggi, putroppo, l'atteggiamento diffuso è quello di esaltare i singoli nutrienti decontestualizzandoli dal contesto almentare complessivo: è assurdo assumere antiossidanti e poi mangiare regolarmente nei fast food pretendendo di non essere a rischio di malattie cardiovascolari.

Nel nostro ipotetico viaggio però potremmo acquistare prodotti di grande interesse in tutti i continenti.

IN ORIENTE

ALGHE: una risorsa di antiossidanti, vitamine e acidi grassi polinsaturi omega 3 utili per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Le alghe hanno proprietà anticancerogene soprattutto per il tumore al seno nelle donne in postmenopausa.

SOIA: una eccellente risorsa di proteine(36-56%) e di peptidi con attività bioattive con un buon ruolo antiipertensivo, ipocolesterolemico, antiobesiogeno, antiossidante. È stato mostrato un effetto protettivo dato dagli isoflavoni sul tumore al polmone e seno (nelle donne in post menopausa). Anche i derivati della soia quali il latte di soia e i prodotti fermentati risultano avere buone proprietà biologiche e una buona fonte di peptidi bioattivi (frammenti di specifiche proteine che hanno un impatto positivo sulle funzioni corporee e possono in ultimo influenzare la salute).

IN AFRICA

CORIANDOLO: erba della famiglia delle apicacee che nasce nel Sud Europa e nel Nord Africa. Il suo costituente principale è il Linalolo. Alcuni studi effettuati sugli animali mostrano che i semi di coriandolo sono in grado di promuovere il sistema antiossidante epatico. Il coriandolo è stato messo inoltre in relazione con l'attività anti cancerogena, ma ulteriori studi sono necessari in merito.

FOGLIE DELLA PATATA DOLCE: sono risorse di vitamine, antiossidanti, fibre dietetiche e acidi grassi essenziali. I componenti bioattivi contenuti in questi vegetali migliorano la funzione immunitaria, riducono lo stress ossidativo e il danno dei radicali, riducono il rischo di malattire cardiovascolari e la crescita delle cellule cancerogene. Attualmente sono consumate negli Stati Uniti, in Africa e Asia.

IN SUD AMERICA

SEMI DI CHIA: la chia è una pianta annuale della famiglia delle Lamiaceae che produce semi ricchi di nutraceutici con un elevato quantitativo di proteine. Una raccolta di studi mostra una possibile efficacia di tale alimento per allergie, angina, miglioramento performance atletiche, cancro, prevenzione delle malattie cardiovascolari, disordini ormonali, iperlipidemia, ipertensione, stroke e va-

sodilatazione. Il numero esiguo degli studi, però, richiede ulteriori approfondimenti.
Uno studio differente eseguito su un ridotto campione di donne in postmenopausa mostra un aumento dei valori ematici di EPA e ALA dopo una somministrazione per quasi due mesi di semi di chia macinati.
GUARANA': è una pianta dell'Amazzonia che gli indigeni hanno usato per secoli come anti-fatica e per le sue proprietà termogeniche. Tali proprietà possono essere ascritte alla sua elevata dose di caffeina. Uno studio l'ha messa in relazione con le vampate di calore nelle donne sopravvissute al cancro al seno con beneficio sia sul numero che sulla durata; nessuna controindicazione è stata trovata. Ulteriori studi sono necessari per confermare tali ritrovamenti. È stato riportato un beneficio maggiore sull'umore e sulle funzioni cognitive dall'assunzione di un multivitaminico con aggiunta di guaranà rispetto ad uno senza.
STEVIA: è una pianta perenne conosciuta per il suo naturale (e di importanza dietetica) contenuto di dolcezza delle foglie. Le foglie di stenia essiccate sono state usate come dolcificante non calorico, attualmente sono utilizzate nell'industria alimentare nelle preparazioni e nelle bevande in alternativa allo zucchero anche per contrastare l'aumento di DMT2, obesità e sindrome metabolica .
I ricercatori attualmente sono concordi sugli effetti anti-iperglicemici della stevia, ma differiscono nel contributo che può dare a questa patologia.
Una raccolta di studi sui cibi e le bevande contenenti dolcificanti non calorici mostra che non vi sono dati sufficienti per indicare che questi possono portare ad una riduzione degli zuccheri o dei carboidrati ingeriti, o benefici sul controllo glicemico, sul bilancio energetico o il controllo del peso.
È bene perciò ricordare che rimpiazzare gli zuccheri con i dolcificanti può essere di aiuto, ma non può sostituire lo stile di vita e l'alimentazione sana; in altri termini una bevanda con il dolcificante può o non può essere indicata come bevanda migliore rispetto ad altre, ma non sarà mai una bevanda di per sé salutare come può esserlo invece l'acqua. Inoltre in tali alimenti, per garantire la sicurezza e la standardizzazione è necessario istituire procedure di controllo della qualità.

IN NORD AMERICA

Il Nord America, ed in particolare gli USA, sono molto più noti per i "junk food" come testimoniato da uno studio svolto sui bambini dal 2003 al 2006 in cui le prime tre fonti energetiche della dieta sono: latte, torte e biscotti, pane; se poi queste fonti vengono ordinate solamente in base ai carboidrati troviamo: bevande zuccherate, pane, caramelle. Non solo la tipologia di alimenti, ma anche i metodi di cottura portano alla formazione di sostanze mutagene negli alimenti soprattutto carne (le famose steak), attualmente ancora oggetto di studio , ma che nel lungo periodo potrebbero essere fonte di rischio per la salute.

Quali sono le sette meraviglie del mondo a livello alimentare?
a) OLIO DI OLIVA EXTRAVERGINE: rappresenta la principale fonte lipidica della dieta mediterranea, È elevata risorsa di acidi grassi monoinsaturi (in particolare acido oleico) ha un apporto basso di grassi saturi. È significativa fonte di polifenoli che hanno potenziali effetti benefici risultanti dalla loro attività antimicrobica, antiossidante e antiinfammatoria (contribuisce alla proprietà antiaterogenica ascritta) come dimostrato da vari studi in vitro e in vivo.
b) VINO un moderato consumo di vino, soprattutto se rosso, è correlato ad un effetto protettivo e ad una riduzione del rischio nei confronti di malattie cardiovascolari e dell'ictus. Inoltre è sta-

to osservato l'effetto sulla riduzione del rischio del 30% di DMT2 nei consumatori moderati di alcol. Il ruolo protettivo del vino è dovuto, in gran parte, alla frazione non alcolica ricca di sostanze di tipo polifenolico a documentata azione antiossidante. Tra questi gli acidi fenolici (caffeico, ferulico, vanilico), i flavonoidi (catechine, quercitine, epicatechine, bquercitina, antocianine) e i non flavonoidi (resveratrolo). In particolare gli effetti benefici del vino rosso potrebbero essere dovuti soprattutto al resveratrolo ed alla quercitina.

Il vino bianco invece è ricco di tirosolo e acido caffeico anch'essi potenziali antiossidanti e antiinfiammatori.

c) SPEZIE e ERBE: sono conosciute per possedere un'insieme di proprietà antiossidanti e altre attività biologiche. L'attività antiinfiammatoria e antiossidante delle erbe e delle spezie può essere collegata a 3 principali gruppi di composti: terpeni, acidi fenolici e flavonoidi.

Sono i componenti fenolici ad essere associati con l'attività antiossidante ed attualmente stanno acquistando grande interesse perché possono essere utili contro lo stress ossidativo ed il processo infiammatorio. È stato dimostrato in vivo e in vitro che l'attività antiossidante dei composti bioattivi trovati nelle erbe e spezie potrebbe giocare un ruolo importante nella soppressione della crescita cellulare, nella replicazione virale, nella prevenzione del cancro e delle malattie cardiovascolari. Vari componenti e derivati delle erbe hanno anche mostrato avere attività antiinfiammatoria.

d)AGLIO: è stato riconosciuto per la prevenzione e il trattamento delle malattie cardiovascolari, nell'ipertensione, nell'iperlipidemiai in quanto abbassa lipidi ematici, per trombosi, demenza, per il diabete ed ha effetti antiaterogeni e sul cancro. Hanno iniziato ad emergere effetti positivi sulla fisiologia neuronale e sulle funzioni. Sono stati persino trovati composti antiossidanti nella buccia dell'aglio.

e)AVENA: è conosciuta per abbassare i livelli di LDL e di colesterolo, effetti attribuiti alla presenza delle fibre solubili quali i beta glucani ed ai composti bioattivi fitochimici in particolare ai polifenoli; sulla base di ciò possiamo asserire che abbia proprietà positive rispetto alle malattie cardiovascolari. Inoltre è stato dimostrato che i polifenoli dell'avena possono avere effetti antiinfiammatori, antiproliferativi e anti-prurito che possono garantire un'ulteriore prevenzione nelle malattie cardiovascolari, nel cancro colon rettale e nelle irritazioni cutanee.

f) KIWI è un frutto con significanti effetti sulla salute umana includendo attività antiossidante e antiinfiammatoria. Inoltre, essendo un frutto con il 2-3% di fibre e attività lassativa è stato utilizzato per 4 settimane nei soggetti con sindrome dell'intestino irritabile e si è visto ridurre il tempo di transito intestinale, aumenta la frequenza di defecazione e migliora la funzione intestinale.

Inoltre recenti studi han messo in luce (da indagare ulteriormente) tra le proprietà benefiche dei kiwi già citate quali gli antiossidanti, aggiungiamo la serotonina che è stato visto potrebbe migliorare la comparsa del sonno, la durata e l'efficienza negli adulti che auto-riportano disturbi del sonno.

g) NOCI: contengono acidi grassi polinsaturi che è stato visto ridurre l'incidenza della patologie cardiovascolari ed offrire benefici alle funzioni cognitive. Le noci contengono però anche altri nutrienti, come gli antiossidanti che possono anch'essi essere benefici nei confronti delle patologie cardiovascolari. I polifenoli e i tocoferoli trovati nelle noci non solo riducono lo stress ossidativo e infiammatorio nelle cellule cerebrali, ma migliorano il segnale interneuronale. Inoltre tali alimenti sono stati inclusi nella lista dei cibi con maggior quantitativo di antiossidanti. Un maggior consumo di noci è stato visto inoltre abbassare significativamente il rischio di insorgenza di DMT2 nelle donne.

Qual è la dieta migliore?
Le uniche certificate sono la Mediterranea e la Dash: ecco proprietà e vantaggi.
Dash diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension) è una dieta ricca di frutta, vegetali, latticini magri, carboidrati complessi e mira a ridurre l'apporto di grassi e i grassi saturi in particolare, colesterolo, carne, dolci e bevande zuccherate. Nella DASH diet non è prevista una riduzione del sodio aggiunto agli alimenti.
La Dash diet mostra una riduzione dei valori di pressione in individui con preipertensione e stadio I di ipertensione.
La dieta Mediterranea è conosciuta come uno degli schemi dietetici più salutari: è basata sul consumo di vegetali, frutta, cereali, legumi e frutta secca, prevede anche il consumo di pesce e crostacei, carne bianca, uova e latticini. Il consumo di carne rossa, carne processata, cibi ricchi di zuccheri semplici e grassi dovrebbero essere limitati sia in quantità che frequenza. La principale risorsa di lipidi della dieta è l'olio di oliva, l'idratazione è importante e anche un moderato consumo di vino è raccomandato.
Anche la stagionalità e la biodiversità sono elementi importanti.La dieta mediterranea è stata associata con una più bassa incidenza di mortalità per tutte le cause (malattie cardiovascolari, DMT2, patologie neurodegenerative e certamente il cancro).
Vari studi indagano su queste diete in relazione a diverse patologie. Entrambe le diete sono associate con un aumento delle funzioni cognitive. Altro studio evidenzia i benefici di entrambe le diete nella protezione per il rischio di adenoma colon rettale.
Un ruolo protettivo per patologie cardiovascolari è stato riscontrato solamente nella dieta mediterranea e non nella DASH diet.Anche per l'ictus si sono riscontrati miglioramenti significativi per uno stile di vita salutare come quello proposto sia dalla dieta mediterranea che dalla DASH, con un maggior riduzione del rischio per la dieta mediterranea.

Quali invece i segreti delle diete antiche?
Nella preistoria (circa 4.000.000 anni fa) l'alimentazione umana era basata prevalentemente su uova e frutta. In seguito (3.000.000 anni fa) si è provveduto anche ad integrare l'alimentazione con l'uccisione di animali di maggiori dimensioni.8000-9000 a.C. inizio coltivazione delle piante, raccolta (prevalentemente di radici, piccoli animali, erbaggi, noci, bacche, ritrovati inoltre ceci, lenticchie e fagioli selvatici) e domesticazione di animali.Perciò all'origine la dieta era ricca di alimenti non trasformati, cereali complessi, legumi che per essere reperiti, tra l'altro richiedevano una costante ed a volte intensa attività fisica.
Una sostanziale variazione nell'alimentazione e perciò nella dieta è stata riscontrata in Italia dagli anni '60 ad oggi. In generale il quantitativo di alimenti consumati è andato via via aumentando.
Tra gli anni '60 e il 2000 si è evidenziato un consumo quasi raddoppiato di acidi grassi saturi e colesterolo, probabilmente dovuto al consumo di carne triplicato nel periodo preso in esame, aumenti presenti ma più contenuti per frutta, verdura e pesce. Un calo invece è stato riscontrato nei cereali.
Già da questo spaccato possiamo notare la perdita graduale della connotazione di "mediterraneità" della dieta.Dai dati del 2013 della Coldiretti si registra in Italia una riduzione dei consumi soprattutto per i prodotti ittici (-10%), cereali e derivati, ortofrutta (mai stati tanto bassi da inizio secolo), prodotti lattiero-caseari, oli e grassi vegetali.
Da questi dati si può capire come i ta-

Tra gli anni '60 e il 2000 si è evidenziato un consumo quasi raddoppiato di acidi grassi saturi e colesterolo, probabilmente dovuto al consumo di carne triplicato nel periodo preso in esame, aumenti presenti ma più contenuti per frutta, verdura e pesce. Un calo invece è stato riscontrato nei cereali.

gli alimentari in seguito alla crisi siano fatti sulla qualità degli alimenti, diminuendo in particolar modo tutti quegli alimenti salutari che facevano parte della sana alimentazione e delle nostre tradizioni. Gli alimenti caratterizzanti la dieta mediterranea che rappresentano il gold standard dell'alimentazione salutare si stanno via via riducendo portando la dieta italiana verso l'occidentalizzazione. Inoltre ciò che è cambiato rispetto all'alimentazione antica è anche la qualità degli alimenti consumati dovuta ad allevamenti intensivi e sostanze chimiche ammesse nelle coltivazioni. In sintesi i maggiori cambiamenti negativi si possono ascrivere all'aumento della quota di acidi grassi saturi o acidi grassi trans ingeriti, soprattutto provenienti da alimenti di origine animale e da "alimenti pronti", riduzione dei consumi di frutta, verdura fresche e legumi.

Tra le nuove abitudini c'è anche la tendenza al "no global" con il crescente fenomeno dei Gruppi di acquisto solidale: vantaggi e svantaggi di un'alimentazione a Km 0.

Gli alimenti "a Km zero", rientranti nel termine più tecnico "a filiera corta", sono prodotti locali che vengono venduti o somministrati nelle vicinanze del luogo di produzione. Questi alimenti oltre a provenire da una specifica zona di produzione, offrono maggiori garanzie di freschezza e genuinità proprio per l'assenza, o quasi, di trasporto e di passaggio. Inoltre con questa scelta di consumo, si valorizza la produzione locale, si fornisce al consumatore un prodotto con migliori caratteristiche organolettiche e si recupera il legame con le proprie origini.

La Legge Finanziaria 2008, art. 1, comma 268 definisce"gruppi di acquisto solidale" i soggetti associativi senza scopo di lucro costituiti al fine di svolgere attività di acquisto collettivo di beni e distribuzione dei medesimi, senza applicazione di alcun ricarico esclusivamente agli aderenti, con finalità etiche, di solidarietà sociale e di sostenibilità ambientale in diretta attuazione degli scopi istituzionali con finalità etiche e con esclusione di attività di somministrazione e vendita. La filiera corta punta a stabilire una relazione diretta fra chi consuma e chi produce.

Attualmente il mondo agricolo si sta indirizzando, sempre di più, verso una agricoltura sostenibile o meglio ancora ecocompatibile, che punta anche alla qualità del prodotto, oltre che alla quantità, per soddisfare l'esigenza di un consumatore sempre più sensibile alla conservazione ambientale.

Attualmente il mondo agricolo si sta indirizzando, sempre di più, verso una agricoltura sostenibile o meglio ancora ecocompatibile, che punta anche alla qualità del prodotto, oltre che alla quantità, per soddisfare l'esigenza di un consumatore sempre più sensibile alla conservazione ambientale.

Tra i vantaggi sottolineo l'ampia gamma di prodotti di alta qualità, artigianali, l'elevata etica di produzione condivisa tra produttori e consumatori centrata sul sostegno delle economie locali e delle risorse ambientali.

Tra gli svantaggi il fatto che i consumatori non sempre sanno dove si può accedere a questi prodotti, o non hanno il tempo, o i mezzi per raggiungere tali punti vendita soprattutto se si trovano nelle fattorie ed il fatto che le condizioni climatiche possono minacciare la produzione e ridurre la varietà degli alimenti proposti. Si è in attesa dell'esame dei disegni di legge recanti norme per la valorizzazione dei prodotti agricoli e alimentari provenienti da filiera corta a chilometro zero e di qualità" (C. 77, 1052 e 1223). Il termine "filiera" indica tutto il percorso che compie un particolare prodotto per arrivare al consumatore: dal campo alla tavola appunto. Questo percorso, però, deve essere sempre più rispettoso dell'ambiente: il nostro tesoro più prezioso".

Clelia Epis

NELLA STORIA IL PERCHÉ DEI COMPORTAMENTI UMANI

Oggi la cucina italiana rappresenta uno dei settori di punta del made in Italy, il perchè è legato alla storia di uomini di un'epoca lontana, che hanno lasciato un'eredità straordinaria: la dieta mediterranea. Per comprendere il presente è necessario dunque ripercorrere la strada della storia, ci aiuta il professor Franco Cantarelli. "L'umanità sta cambiando comportamento in modo deciso - esordisce Cantarelli - per due secoli in Occidente, e per 50 anni in Italia, si è andati a caccia del profitto, sono aumentati gli interessi materiali della popolazione, sono stati utilizzati prodotti che hanno portato ad un aumento demografico mai registrato. Nella prima metà dell'800 la popolazione mondiale era di 1 miliardo di persone, oggi siamo a 7 e nel 2050 l'Onu stima che saremo 9 miliardi. Questa fase è stata importante anche per l'Italia, che è diventata uno dei Paesi più sviluppati economicamente e si è inserito tra quelli più industrializzati, ma questo periodo sta finendo. Oggi la disponibilità di alimenti e la capacità di produrre materie prime alimentari ha prodotto un aumento demografico tale che il pianeta non può più sopportarlo. Fortunatamente si registra un'inversione di tendenza, si sta vivendo quello che ho nominato Umanesimo di ritorno, si stanno rivalutando il mondo classico e l'antropologia culturale, si stanno aprendo una serie di questioni sul rapporto tra uomo e ambiente: perchè l'uomo ha capito che in un mondo inquinato non può vivere".

Quale la posizione dell'Italia?

"Stiamo cercando di recuperare l'equilibrio. L'Italia sta rivalutando il Mezzogiorno perchè è il luogo dove è nata la dieta mediterranea, sulla falsa riga di quella mesopotamica, dalla quale ha tratto quasi tutte le componenti base ad eccezione della carne suina. La dieta Mesopotamica è infatti giunta attraverso il mare e il canale di Sicilia in Campania, Puglia, Lucania, Sicilia, Calabria ed è stata adottata dagli autoctoni che gradatamente hanno abbandonato il nomadismo, si sono installati su un territorio, hanno avviato il processo agricolo trasformandosi da cacciatori in raccoglitori, ponendo le basi per una grande civiltà. Questo passaggio storico ha segnato la nascita della dieta mediterranea, nella quale i cereali, i legumi, e altri vegetali sono consumati in prevalenza; nella quale la carne o il latte o il formaggio o il pesce sono pochi; nella quale la bevanda principale è il vino e l'olio d'oliva alimento fondamentale, prezioso e sano".

Quale il ruolo dell'Italia nel sistema alimentare antico?

Nel 500 a.c. le colonie, grazie alla produzione di prodotti alimentari che esportavano verso la madrepatria greca (dove la richiesta era alta e la resa minore, tanto che si coltivava l'orzo anzichè il grano), giunsero ad un livello di ricchezza strepitoso. La resa era alta anche perchè nelle fasi di produzione venivano impiegati gli schiavi e, dunque, il guadagno era davvero notevole. Un guadagano che in una prima fase si concretizzava nel pagamento in opere d'arte (ne sono un esempio i Bronzi di Riace) e poi in denaro quando si raggiunse all'indroduzione del sistema monetario.

Gatronomia o cultura?

A Siracusa c'erano 2 scuole per cuochi i cui allievi erano richiesti come professionisti nell'intero bacino Mediter-

raneo. In tutta la Magna Grecia, ed in particolare in Sicilia, la cucina e la gastronomia erano delle vere e proprie declinazioni della cultura.
In Sicilia esistevano 72 tipi di pane diverso, i panettieri erano anche pasticceri e le diverse specialità erano richieste in tutto il Mediterraneo: l'alimentazione si caratterizzava per l'alta qualità. La Grecia imparava dalle colonie, ricordiamoci che i filosofi della madrepatria da Diogene a Socrate erano celebri per essere decisamente morigerati.

Fino a quando perdurò questa leadership?
Il sistema fu messo in crisi dall'arrivo dei Romani in occasione della 2° Guerra Punica. In quel frangente le popolazioni locali chiesero aiuto ai Romani che arrivarono, s'insediarono, assimilarono le abitudini locali tanto da dirottare le eccedenze verso il porto di Ostia e la capitale. Si ruppe dunque l'equilibrio che durava da tempo.

Quali altre contaminazioni chiave per la cultura alimentare europea?
"La dieta Mediterranea, come abbiamo visto, ha avuto grande successo in Italia e Occidente, poi è stata bloccata dai Celti. I Celti sono giunti non per mare, ma per terra ferma ed erano una parte delle popolazioni mesopotamiche. Erano degli emigranti perchè in patria la disponibilità di terra e di beni alimentari non era più sufficiente.
Gli emigranti presero dunque due vie. La prima li vide scendere lungo la costa orientale dell'Adriatico e incanalarsi nel canale danubiano, per poi proseguire fino al Mare del Nord, e ancora ridiscendere nell'Europa dell'Est e in quella Centrale, fino ad arrivare nel Sud Italia. Qui l'onda dei Celti risospinse la dieta mediterranea nell'area originaria delle 5 regoni colonie della Magna Grecia. La dieta però si era radicata e lasciando componenti fondamentali negli etruschi, nei Romani e negli Umbri, non fu mai eradicata. Un'altra parte delle popolazioni celtiche risalì la costa del Nord Africa, attraversando il canale di Gibilterra, risalendo in Spagna e Francia occidentale. Per loro il trasferimento sulla terraferma fu determinante e implicò la sostituzione degli alimenti vegetali prevalenti in origine nella loro dieta, con prodotti derivanti dagli animali che viaggiavano al seguito delle carovane. Si diffuse allora, per logica e per necessità, il consumo di carne, latte, formaggio, burro e strutto come condimenti, birra come bevanda (che proveniva dalla Mesopotamia)".

Tradizione mediterranea e tradizione celtica riuscirono ad integrarsi?
"Ai tempi di Giulio Cesare i Galli era-

Fausto Cantarelli

Medaglia del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano.
Accademico dell'Académie d'Agriculture de France.
Fondatore e primo presidente della Società Italiana Agro-Alimentare.
Fondatore e direttore della Rivista scientifica di Economia Agro-Alimentare.
Fondatore e Presidente dell'Accademia Alimentare Italiana.
Promotore della Fondazione per la Dieta Mediterranea, sorta nel 2012 a Catania, e membro del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Scientifico.

Per saperne di più
La primogenitura storica della Sicilia alimentare, Fausto Cantarelli

Economia agro-alimentare, storia e contesto alimentari, cap. 2, 2003, Franco Angeli Editore

L'aspetto sociale della nutrizione

CRISTINA GRANDE: «MANGIARE È COMUNICARE»

Il primo assioma della comunicazione dice Non si può non comunicare, altrettanto così accade mangiando : " Il cibo - spiega la nostra Cristina Grande - trasmette informazioni su di sé, sui rapporti interpersonali, sull'ambiente, contribuendo a definire l'identità di un individuo o di un popolo".

Approfondiamo l'aspetto sociale della nutrizione: cosa comporta nutrirsi bene o nutrirsi male?

"La domanda apre uno scorcio interessante sulle dinamiche che legano le persone al cibo, basta pensare che la maggior parte delle diete vengono seguite, con i relativi sacrifici, per obiettivi legati all'ambito sociale. Se le diete infatti sono consigliate dal medico per motivi strettamente legati alla salute, il paziente spesso è riluttante, fa fatica a seguirle e il medico deve convicerlo sugli esiti positivi del percorso. Tuttavia molto spesso le persone non sono invece reticenti a seguire diete famose, ad esempio la Dukan, che promettono bellezza e sono di moda.

L'alimentazione oggi è soprattutto un fatto sociale anche per i più giovani. I ragazzi, maschi, vogliono un fisico definito e scultoreo: per riuscirci abbinano palestra e cibo, putroppo seguendo anche in campo nutrizionistico le diete consigliate dai personal trainer identificati che, invece, non sono dei medici specialisti.

Le ragazze invece vorrebbero essere sempre più magre di che quel sono, desiderano raggiungere un traguardo di bellezza discutibile ma identificato come punto ideale per ottenere il riconoscimento sociale.

Quanto il peso incide sulla qualità della vita?

"Per una persona obesa perdere una percentuale del peso corporeo migliora davvero la qualità della vita: riesce a camminare meglio, a respirare meglio, può fare cose che prima gli erano precluse.

L'invito è dunque, in particolare per i giovani, a evitare il rischio dell'obesità dettata dalle cattive abitudini alimentari. E' necessario capire che chi mangia in modo poco equilibrato e scorrettamente è a forte rischio: bisogna dunque evitare un consumo regolare di cibo presso i fast food, dove i grassi abbondano, e delle bibite zuccherate che contengono tante calorie. Un fenomeno preoccupante è proprio legato alle bibite che sempre più spesso sostituiscono l'acqua nella dieta delle persone, a lungo andare il rischio è quello di non distinguere più fame e sete perchè alla richiesta di acqua del corpo si risponde con l'immissione di zuccheri e il cervello perde i parametri grazie ai quali aveva imparato ad orientarsi nelle scelte alimentari".

In questi anni si nota una crescita d'interesse attorno al tema della cucina naturale, è davvero così?

"È vero ed è bello: c'è una diffusa riscoperta dell'alimentazione naturale, della gastronomia locale, dei prodotti a km 0, ma anche in questo caso dobbiamo fare attenzione. Ad esempio è aumentato il consumo di latte crudo che ha più sapore ed è più ricco di sostanze nutritive, ma che non va bene per tutti: ad esempio per i bambini piccoli, le gravide o gli anziani a rischio d'infezione o per chi soffre di malattie croniche non lo consiglierei. Qualora lo si scelga è importante ricordasi che va consumato bollito e che in ogni caso ha un rischio microbiologico più

no diventati amanti del vino, tanto che Cicerone diceva che un Gallo avrebbe sacrificato uno schiavo per del buon vino".

Cosa può insegnarci la storia?

"A questo punto esaminando la situazione capiamo che i consumi derivano da quei passaggi storici. Tutta l'Europa oggi consuma carni e formaggi di origine animale, che non sono alimenti naturalmente adatti agli uomini. La dieta mediterranea nasce dalle esigenze della nostra specie. Non dimentichiamo che l'uomo 6 milioni di anni fa viveva nelle foreste dell'Africa centrale sfamandosi con bacche e alimenti vegetali, e che solo dopo essere fuoriuscito da questo ambiente, non trovando più quello con cui tradizionalmente si alimentava, ha cominciato a mangiare piccoli animali diventando onnivoro.

Da quel momento l'uomo non ha più cambiato ambiente mentre la sua dieta ha continuato a spingersi, sull'onda di quei viaggi difficili e faticosi, verso il consumo di prodotti derivanti dagli animali. Con il tempo, anche dove possibile, l'uomo non ha più lasciato questa dieta perchè i cibi di origine animale sono più sapidi, più gustosi e non ci ha rinunciato".

Quale la realtà odierna?

"Oggi il 10% della popolazione italiana è vegetariana, stiamo rientrando nella dimensione originale, più legata alla natura. Torna la voglia di riscoprire gli ali-

alto rispetto a quello pastorizzato dalla grande distribuzione. Non dobbiamo nemmeno abusare di prodotti a base di erbe perchè possono contenere principi ad azione farmacologica e sostanze che possono interferire con i farmaci assunti e non sono adatte a tutti indistintamente.
Il consumo di prodotti locali è più che positivo, così come di quelli biologici, ma stiamo attenti alla freschezza, alla provenienza, alla sicurezza delle fasi preparatorie, alla conservazione e a leggere bene le etichette. Purtroppo quello che spesso è definito naturale o biologico non sempre lo è. Spesso questi termini sono abusati dalla propaganda, ad esempio comprare in un supermercato natural non significa essere garantiti a priori. Siamo noi consumatori a poterci proteggere per mangiare meglio e migliorare la nostra salute, scegliendo controllati, prodotti DOP (Denominazione Origine protetta), controllando le etichette e i valori nutrizionali".

Quale il traguardo per il futuro?
"Aumentare la capacità critica del consumatore perchè diventi capace di riconoscere la qualità, capace di capire cosa sta consumando, capace di scegliere in modo consapevole".

menti originari.
Oggi l'obiettivo dell'uomo, ora che ha abbandonato caccia e profitto, è quello di puntare sulla qualtà di una vita lunga (favorito dai traguardi della medicina e della ricerca, basta pensare che in 30 anni la vita media si è allungata di 8). Diventa importante vivere meglio e più a lungo, senza più lo stress e l'ansia del guadagno.
Siamo in una fase di cambiamento e in questa logica il Mezzogiorno italiano si presenta come depositario della cultura originaria, perché è lì che la dieta mediterranea è nata. Oggi il nostro Sud è in condizione di poter dimostrare come la sua cultura alimentare originaria sia la migliore".

C. E.

EXPO MILANO 2015
Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita

È possibile assicurare a tutta l'umanità un'alimentazione buona, sana, sufficiente e sostenibile? Con questa domanda si apre la sfida dell'Esposizione Universale di Milano 2015. Il Tema di Expo Milano 2015 si propone di affrontare il problema della nutrizione per l'Uomo, nel rispetto della Terra sulla quale vive e dalla quale attinge le sue risorse vitali ma esauribili. Alimentazione, sostenibilità, ricerca e sviluppo sono i focus su cui si concentrerà l'evento con l'obiettivo di garantire cibo e acqua a tutta la popolazione mondiale. Ad Expo Milano 2015 i Paesi partecipanti porteranno le loro competenze nei settori dell'agricoltura, della produzione industriale, del commercio dei prodotti e della ricerca scientifica. Prendendo spunto da queste expertise, lo scopo sarà quello di trovare dei modelli di sviluppo per assicurare a tutta l'umanità un'alimentazione buona, sana e sostenibile capace di tutelare la biodiversità indispensabile per la salute del Pianeta. Il semestre di lavori, incontri, seminari lascerà utili spunti per ottimizzare la catena alimentare proponendo nuove prospettive, riducendo gli sprechi, aumentando la sicurezza alimentare e recuperando il valore nutrizionale del cibo. Per coinvolgere i partecipanti e i visitatori il confronto tra soluzioni innovative verrà articolato lungo cinque itinerari tematici.

STORIA DELL'UOMO, STORIE DI CIBO
Arti, mestieri, tecniche d'insediamento, commerci, ma anche gli aspetti degradanti della colonizzazione e dello sfruttamento che racconteranno la storia dell'uomo nella sua evoluzione. Interessante sarà l'interpretazione di questi temi attraverso la storia del cibo: le tecniche di coltivazione, allevamento, trasformazione e mutazione degli alimenti che evidenzieranno le caratteristiche della dieta degli individui.

ABBONDANZA E PRIVAZIONE: IL PARADOSSO DEL CONTEMPORANEO
Contraddizioni nel cibo e nella sua disponibilità: una parte della popolazione mondiale vive in condizioni di sotto-nutrizione e mancato accesso all'acqua potabile, un'altra parte presenta malattie fisiche e psicologiche legate alla cattiva/eccessiva nutrizione e allo spreco. Possono scienza, educazione, prevenzione, cooperazione internazionale, ingegneria sociale e politica ambire al superamento di questo doloroso paradosso? Questa sarà una delle domande a cui rispondere.

IL FUTURO DEL CIBO
Quale sarà il cibo del domani? Quale la dieta dei nostri figli? Il primo passo per rispondere sarà quello di far conoscere le tecnologie, le scoperte scientifiche, i traguardi della ricerca di oggi che sono la base di partenza per la formazione del capitale umano del domani, attento sia all'ottimizzazione delle filiere agroalimentari, sia alla qualità dei prodotti che finiscono sulle nostre tavole.

CIBO SOSTENIBILE = MONDO EQUO
Come si può responsabilizzare l'Uomo affinché mantenga uno sviluppo equilibrato tra la produzione del cibo e lo sfruttamento delle risorse? L'Expo di Milano dedicata al tema del cibo e della nutrizione sarà la piattaforma di discussione dalla quale lanciare i nuovi obiettivi per un millennio sostenibile, dove sia salvaguardata la biodiversità da un lato, tutelati i saperi, le tradizioni e intere culture dall'altro.

Il gusto è conoscenza
Nutrirsi è certamente un atto necessario, ma può essere anche uno dei più gioiosi per l'uomo. Il piacere del palato diventa strumento di conoscenza: i sapori e gli odori delle cucine internazionali raccontano la storia e le culture delle società del pianeta. Expo proporrà un itinerario a cavallo tra manifestazioni culturali e degustazioni diffuse, dove oltre ai prodotti finiti troveranno posto anche le tecniche di conservazione dei cibi, le diverse modalità di cottura, e le altre 'invenzioni' finalizzate a modificare o mantenere i sapori.

San Giorgio su Legnano (MI)

L'Aido di San Giorgio ha incontrato i ragazzi delle scuole medie

Anche quest'anno la sezione di San Giorgio su Legnano dell'Aido ha incontrato nella sala Consigliare Giacomo Bassi i ragazzi della terza media per far conoscere la sua attività. All'incontro hanno partecipato il presidente dell'Aido di San Giorgio su Legnano Alfredo Festa, la signora Donata Colombo, che da anni si reca nelle scuole della zona per far conoscere l'associazione e il dottor Liverta, medico coordinatore dell'attività di prelievi d'organi a scopo di trapianto. Per l'amministrazione comunale sono intervenuti il consigliere Fiorenzo Lenna e il sindaco Walter Cecchin che ha introdotto l'evento porgendo il benvenuto agli ospiti e ai ragazzi delle scuole, invitandoli ad ascoltare attentamente e a riflettere sul significato della parola "donare", perché è soprattutto da questi ragazzi che dovrà arrivare il cambiamento per una società migliore. Nessuno degli studenti era a conoscenza dell'Aido, ma tutti hanno subito prestato molta attenzione alle parole della signora Donata Colombo: «La vita è il più grande dei doni e va vissuta con consapevolezza e amore. Amore per se stessi e amore per gli altri, che è così forte da rendere il dono della vita trasmissibile tramite la donazione di organi. Proprio prendendo coscienza della capacità di donare vita, potremo vivere la nostra con l'intensità che merita». La Signora Colombo ha proseguito dicendo come la donazione degli organi sia un gesto di umana solidarietà e come il trapianto sia l'unica soluzione per curare molte malattie gravi, che colpiscono gli organi del corpo umano e che non sono curabili in altro modo. Il trapianto consente al paziente una durata e una qualità di vita migliore, che nessuna terapia è in grado di garantire. In Italia, ogni anno si eseguono circa 3.000 trapianti, ma sono oltre 9.000 i malati in lista di attesa per un organo. Sicuramente toccante e d'effetto è stata anche la testimonianza di Maurizio che ha raccontato la sua esperienza da ricevente d'organi. Venti anni fa ha ricevuto un rene che gli permette oggi di avere una vita assolutamente normale. Maurizio ha invitato i ragazzi a non trascurare mai la salute minandola con comportamenti dannosi, ma di avere sempre una cura massima di se stessi. Infine, il dott. Liverta ha illustrato le severe procedure per accertare la morte del donatore, il prelievo, l'attività per mantenere in vita gli organi e farli arrivare in brevissimo tempo agli ospedali che hanno già individuato un malato compatibile. L'incontro, molto interessante, si è chiuso con numerose domande fatte dagli studenti ai relatori per meglio comprendere la difficile situazione che coinvolge sia il donatore con i suoi familiari che il ricevente. Quest'anno i soci Aido sangiorgesi si sono presi un compito importante: ognuno di loro dovrà portare un nuovo iscritto. Se così fosse l'anno prossimo San Giorgio avrà oltre 600 iscritti e diventerà una delle sezioni più numerose della provincia di Milano. (Pubblicato il 2 aprile 2014)

Massimiliano Lini - www.legnanonews.com

Si ringrazia Legnano News per la gentile concessione alla pubblicazione

Suzzara (MN)

Massimo Bonetti nuovo presidente

Da sinistra: Cristina Altomani, Valentina Veltri, Antonella Cerioli, Monica Sogliani, Ilaria Truzzi, Massimo Bonetti, Balasini Dalmazio, Chilesi Liviana, Carlini Fabio, Giuseppe Gorgone.

Dopo anni passati in Aido come Consigliere Regionale, Presidente Provinciale e Presidente Comunale, Dalmazio Balasini rassegna le proprie dimissioni in anticipo rispetto alla scadenza del proprio mandato ritenedo giunto il momento per un ricambio con forze più giovani e più preparate sulle nuove tecnologie oggi indispensabili anche nel mondo del volontariato. Dopo aver avuto come esempio il rag. Arturo Affini, è stato di sicuro maestro al nuovo Presidente Massimo Bonetti. Nato a Suzzara il 2 luglio 1971, dopo aver conseguito la laurea in matematica oggi lavora presso la Bondioli e Pavesi, si è sposato nel 2003 con Antonella Cerioli (a sua volta segretaria Aido) e da pochissimo sono fortunati genitori adottivi. L'Aido, da oltre 40 anni, opera nella speranza che in un numero sempre maggiore di cittadini le idee di società e solidarietà si uniscano a quella di responsabilità. Acconsentire al prelievo dei nostri organi e tessuti dopo la morte diventa in quest'ottica manifestazione della nostra consapevolezza che le malattie degli altri, le loro difficoltà a vivere normalmente, devono coinvolgere anche noi. "Senza donazione non c'è trapianto".

Chiami facili
i giorni con il sole.
Li ritagli
come foglie
appena spuntate
e inventi
alberi e giardini.
Chiami facili
le ombre della sera
attaccate ai muri.
Come edera
senza cuore,
senza meta diversa
dai sassi.
E chiami facili
i ritratti dei ricordi
che non saranno mai negli specchi,
dove condividere se stessi
senza rimpianto.

Sonia Tri

Dalla raccolta «Senti come respirano gli alberi»

L'Aido Lombardia

Bergamo
Sezione Provinciale
24125 - Via Borgo Palazzo, 90
Presidente: Monica Vescovi
Tel. 035.235326
Fax 035.244345
bergamo.provincia@aido.it

Brescia
Sezione Provinciale
25128 - Via Monte Cengio, 20
Presidente: Lino Lovo
Tel./Fax 030.300108
brescia.provincia@aido.it

Como
Sezione Provinciale
Presso A.O. Ospedale Sant'Anna
22100 - Via Napoleona 60
Presidente: Mario Salvatore Bosco
Tel./Fax 031.279877
como.provincia@aido.it

Cremona
Sezione Provinciale
26100 - Via Aporti 28
Presidente: Enrico Tavoni
Tel./Fax 0372.30493
cremona.provincia@aido.it

Lecco
Sezione Provinciale
23900 - C.so Martiri Liberazione, 85
Presidente: Carlo Casari
Tel./Fax 0341.361710
lecco.provincia@aido.it

Lodi
Sezione Provinciale
26900 - Via Lungo Adda Bonaparte, 5
Presidente: Emerenziano Abbà
Tel./Fax 0371.426554
lodi.provincia@aido.it

Mantova
Sezione Provinciale
46100 - Via Frutta, 1
Presidente: Daniela Rebecchi
Tel. 0376.223001
Fax 0376.364223
mantova.provincia@aido.it

Milano
Sezione Provinciale
20066 - Melzo (Mi)
Via De Amicis, 7
Presidente: Felice Riva
Tel./Fax 02.95732072
milano.provincia@aido.it

Monza-Brianza
Sezione Provinciale
20052 - Monza (Mi)
Via Solferino, 16
Presidente: Enrica Colzani
Tel.039.3900853
Fax 039.2316277
monzabrianza.provincia@aido.it

Pavia
Sezione Provinciale
Presso Policlinico Clinica Oculistica
27100 - Piazzale Golgi, 2
Presidente: Enrica Negroni
Tel./Fax 0382.503738
pavia.provincia@aido.it

Sondrio
Sezione Provinciale
23100 - Via Nazario Sauro, 45
Presidente: Stefano Rossattini
Tel./Fax 0342.511171
sondrio.provincia@aido.it

Varese
Sezione Provinciale
21100 - Via Cairoli, 14
Presidente: Roberto Bertinelli
Tel./Fax 0332.241024
varese.provincia@aido.it

Aido Consiglio Regionale Lombardia
Sede: 24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Presidente: Leonida Pozzi
Tel. 035.235327 - Fax 035.244345
lombardia@aido.it
www.aidolombardia.it

NUMERO VERDE
800 20 10 88

Aido Nazionale
Sede: 00192 Roma, Via Cola di Rienzo, 243
Presidente: Vincenzo Passarelli
Tel. 06.97614975 - Fax 06.97614989
aidonazionale@aido.it
www.aido.it