

D LIFESTYLE

la Repubblica

PREVENZIONE

7 cose da sapere sulla pillola dei 5 giorni dopo

Dopo accesi dibattiti, anche l'Italia si allinea agli altri paesi europei in materia di pillola dei 5 giorni dopo. EllaOne, questo il nome commerciale del contraccettivo di emergenza che serve a prevenire gravidanze indesiderate, è ora disponibile in farmacia senza obbligo di ricetta e senza la necessità di eseguire prima un test di gravidanza (per chi ha più di 18 anni). Ecco tutto quello che c'è da sapere su questo farmaco

DI TIZIANA MORICONI

Il nome commerciale è ellaOne, il principio attivo ulipristal acetato. È la cosiddetta pillola dei 5 giorni dopo, il contraccettivo di emergenza prodotto dalla farmaceutica Hra Pharma che è stato al centro di un ampio dibattito nel nostro paese negli ultimi mesi. Ora, precisamente dallo scorso 9 maggio, per chi ha oltre 18 anni è possibile acquistarlo in farmacia senza ricetta medica e senza la necessità di eseguire prima un test di gravidanza. Esattamente come in tutti gli altri paesi dell'Unione europea. Ecco le indicazioni e le raccomandazioni su questo farmaco.

Come funziona e quanto è efficace. EllaOne è un **contraccettivo orale di emergenza** e non un farmaco abortivo (come la pillola RU-486). Agisce inibendo l'azione del progesterone e ritardando l'ovulazione di alcuni giorni, abbassando così il rischio che si verifichi la fecondazione della cellula uovo da parte dello spermatozoo. La vita media di uno spermatozoo all'interno delle vie genitali femminili, quando riesce a risalire fino alle tube, è infatti di 48-70 ore (molto meno in vagina, pochi minuti nell'ambiente esterno).

Sul *Journal of Obstetrics and Gynecology* si riporta per ellaOne un'efficacia prossima al 98%. “Se però l'ovulazione è già avvenuta e c'è la condizione biologica adatta, la gravidanza non viene arrestata”, spiega Emilio Arisi, ginecologo e ostetrico, presidente della Società medica italiana per la contraccezione (Smic). “È stato istituito un **registro**, voluto dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema), in cui vengono monitorate tutte le gravidanze avvenute dopo l'assunzione della pillola: a oggi, in tutta Europa, se ne sono verificate diverse centinaia”.

Quando assumerla. Il suo effetto è stato dimostrato fino a 120 ore (5 giorni, appunto) dal rapporto sessuale non protetto o dal fallimento di altro metodo contraccettivo. Andrebbe però assunta il

prima possibile: come specifica l'Agenzia europea dei medicinali (Ema), infatti, la maggiore efficacia si ha entro le 24 ore. Si può assumere in qualsiasi momento del ciclo mestruale.

Chi può comprarla. Come già anticipato, la pillola può essere acquistata da chi ha più di 18 anni in qualsiasi farmacia (non nelle parafarmacie, né come prodotto da banco) senza l'obbligo di prescrizione medica, né di mostrare il risultato di un test di gravidanza, come era richiesto prima del 9 maggio.

Per chi ha meno di 18 anni. L'obbligo di presentare una ricetta resta però per le minorenni. Cosa può fare una ragazza che non abbia ancora compiuto i 18 anni? “Può richiedere la ricetta al proprio medico di base, ai medici di un consultorio, a quelli di un pronto soccorso, alle guardie mediche o a ginecologi e ostetrici privati”, risponde Arisi. “Non è necessario che sia accompagnata dalla madre o dal padre, né da una persona maggiorenne: secondo le leggi italiane (194/78 e 405/75, ndr), i medicinali e i dispositivi per la contraccezione possono essere liberamente prescritti e dati ai minorenni senza l'obbligo di comunicazione a chi esercita la potestà genitoriale”. La ricetta deve essere rinnovata per ogni richiesta. Secondo Luca Pani, direttore dell'Aifa, queste precauzioni sono state prese perché “sull'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti per garantirne la sicurezza”.

Se il medico è obiettore di coscienza. Come hanno dimostrato ampiamente gli studi condotti e come riporta chiaramente anche il **bugiardino** del farmaco, la “pillola dei 5 giorni dopo” non è un farmaco abortivo. I medici, quindi, anche se obiettori di coscienza, non possono opporsi a rilasciare la ricetta. Lo stesso vale per i farmacisti, che non possono opporsi alla vendita.

I possibili effetti collaterali. “Gli effetti collaterali sono modesti. I più comuni sono gonfiore e fastidio addominale e possibili sanguinamenti a 4-5 giorni dall'assunzione del farmaco. Altri disturbi, come le cefalee, sono molto più rari”, spiega ancora il ginecologo. Che, per qualsiasi dubbio, consiglia di consultare i siti www.sceglitu.it, creato in collaborazione con la Società italiana di ginecologia e ostetricia, e www.mettiche.it.

Quanto costa EllaOne? A oggi, il prezzo è di 34,89 euro, mentre dal 27 maggio sarà di 26, 90 euro.

PREVENZIONE PERINATALE

Acido folico, la chance «epigenetica» che dobbiamo al nostro futuro

Strategie mirate

pre-concepimento

DI PIERPAOLO MASTROIACOVO *

Prevenire l'insorgenza delle malattie che affliggono l'umanità è uno degli obiettivi irrinunciabili di ogni comunità. La ricerca biomedica individua le strade da percorrere e la sanità pubblica le applica. Passi avanti ne abbiamo fatti, ma esiste una strada che dobbiamo ancora percorrere, quella della prevenzione prima e subito dopo il concepimento.

È innegabile che la nostra vita inizi al momento del concepimento. Il nostro destino biologico è in buona parte già scritto nella nostra prima cellula, denominata "zigote". Lo zigote è il risultato dell'unione delle cellule riproduttive dei nostri genitori: spermatozoo paterno e ovocita materno.

Il meccanismo epigenetico.

Le cellule riproduttive trasmettono allo zigote non solo i loro geni, ma, ed è questa la novità, anche il complesso meccanismo "epigenetico", che circonda i geni e che li rende attivi o inattivi in modo differenziato nel tempo e nei diversi organi. I geni rappresentano essenzialmente un sistema stabile, non abbiamo la possibilità di modificarli. Al contrario il meccanismo epigenetico di ogni cellula, comprese quelle riproduttive, è sensibilmente influenzato dall'esterno, dalle caratteristiche biochimiche dell'organismo in cui si trovano, ovvero dallo stato di salute, dallo stile di vita, e dall'ambiente in cui viviamo, in cui vivono i futuri genitori. Non c'è da meravigliarsi quindi se la ricerca biomedica sta scoprendo alterazioni epigenetiche trasmesse dal padre o dalla madre (o addirittura dai nonni) alla prole. Alterazioni che daranno luogo a problemi di salute evidenti alla nascita, durante l'età infantile o addirittura nell'età adulta. E che possiamo evitare, migliorando lo stato di salute e lo stile di vita dei futuri genitori. Alcuni "esperimenti naturali" lo confermano con abbondanza di ricerche. La malnutrizione occorsa negli anni passati in alcune popolazioni ha influito sull'insorgenza di patologie cardiovascolari, metaboliche e tumorali negli adulti concepiti in quegli anni di carestia. E ancora, la tempesta di ghiaccio occorsa nel Quebec, Canada, nel 1998 ha provocato gravi disagi e stress alla popolazione, comprese le donne (coppie) in periodo periconcezionale. La conseguenza è stata un aumento nei figli di patologie complesse quali disturbi cognitivi e comportamentali, tra cui autismo, obesità, tendenza al diabete, asma. Tali problematiche, e in ambedue le situazioni, sono risultate associate ad alterazioni epigenetiche dei geni coinvolti in queste patologie. Sono due esempi estremi ma le evidenze si affacciano legate al fumo di sigarette, all'uso di bevande alcoliche, all'obesità, al tipo di alimentazione. Siamo solo all'inizio di un nuovo capitolo della biologia che ci spiega quanto sia importante il periodo pe-

ri-concezionale nel determinismo della salute umana.

Le insidie alla nostra salute non derivano soltanto dalle alterazioni epigenetiche delle cellule riproduttive dei nostri genitori. Lo zigote genera milioni di cellule, diventa "embrione". Il "periodo embrionale" è breve, la formazione dei vari organi è completata dopo 8 settimane. Poi, quando tutto è formato, inizia il "periodo fetale" caratterizzato dalla crescita e dallo sviluppo più raffinato degli organi più complessi, come a esempio il cervello. È ben noto che durante le prime fasi della gravidanza, in particolare quando ancora la futura mamma non sa di essere incinta e non ha eseguito la prima visita ostetrica, è opportuno evitare che certe sostanze nocive raggiungano l'embrione attraverso la placenta e interferiscano con la formazione dei vari organi. Alcol, fumo, squilibri alimentari, certi farmaci o prodotti chimici, certe infezioni (es.: virus della rosolia), e certe alterazioni metaboliche materne (es.: iperglicemia legata a diabete) rappresentano tutte un pericolo per il nostro futuro biologico.

Come tradurre tutte queste conoscenze in interventi sanitari di prevenzione? Esistono ormai chiare raccomandazioni su come i servizi sanitari devono comportarsi per aiutare le coppie ad affrontare in modo corretto la paternità e la maternità responsabile. Purtroppo, troppo frequentemente, queste raccomandazioni, oggetto di svariati corsi di aggiornamento (sicuramente insufficienti!), e reperibili su www.pensiamociprima.net, vengono disattese. Un esempio tra tutti. La supplementazione con acido folico (0,4 gr/die) va prescritta a tutte le donne che possono rimanere incinta, perché pensano di avere un figlio nel breve termine, oppure perché non viene adottato un metodo contraccettivo efficace e sicuro. L'efficacia di questo intervento preventivo è nota: riduzione del 72% del rischio di avere un figlio affetto da difetto del tubo neurale (anencefalia o spina bifida) - 380 casi in meno in Italia - , riduzione sensibile di cardiopatie congenite, labio-palatoschisi, autismo, tumori cerebrali, e basso peso neonatale. Ma fino a oggi in Italia solo il 25% dei bambini che nascono ha avuto questa opportunità.

L'acido folico è un potente fattore che influenza il meccanismo epigenetico! Che dobbiamo fare, dunque? La strada è lunga. L'inizio è in salita, e non solo in Italia. Negli Stati Uniti da alcuni anni sono state attivate iniziative sia per incoraggiare la popolazione a pensare al futuro, a quando avranno dei figli e formeranno una famiglia, sia per aggiornare la classe sanitaria su come aiutare le coppie, e in particolare le donne, ad affrontare una futura gravidanza nello stato di salute ottimale. Anche in Italia dobbiamo muoverci su questi due binari. Non c'è tempo da perdere. Azioni efficaci potranno migliorare la salute delle future generazioni e ridurre una fetta rilevante della spesa sanitaria. Non facciamoci sfuggire questa opportunità.

* *professore ordinario Pediatria
direttore Centro difetti congeniti Icbp*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tutti i bebè a screening

Pronto il decreto ministeriale sullo screening neonatale esteso (Sne): consentirà in tutta Italia la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie. I paletti: laboratori ad hoc, formazione del personale e tutela della privacy.

A PAG. 6

Ecco il decreto per la diagnosi precoce ed estesa di patologie metaboliche ereditarie

Screening per tutti i neonati

Centri ad hoc, formazione degli operatori e presa in carico continua

Gravità della malattia, esistenza di un test di laboratorio efficace selezionato sulla base dell'accuratezza diagnostica nel discriminare soggetti potenzialmente affetti dalla popolazione normale; disponibilità di un trattamento efficace in grado di modificare sostanzialmente la storia naturale della malattia se adottato precocemente; raffronto con le raccomandazioni riportate nelle «Linee guida per lo screening neonatale esteso e la conferma diagnostica» pubblicate nel 2008 dalla Sisen e dalla Sismme; raffronto con l'esperienza internazionale.

Sono questi i criteri di selezione adottati dal gruppo di lavoro istituito presso Agenas, per mettere a punto l'elenco delle patologie metaboliche da sottoporre a screening neonatale esteso (Sne). L'elenco, oggetto di un prossimo decreto ministeriale ora inviato dalla Salute all'esame delle Regioni, mira a realizzare una copertura estesa e uniforme degli screening, sulla base di bacini di utenza ottimali proporzionati all'indice di natalità, e risponde al criterio dell'equità di accesso su tutto il territorio nazionale. Lo Sne - realizzato fra le 48 e le 72 ore di vita del neonato, con la raccolta dello spot ematico da parte del personale del punto nascita formato ad hoc - è fatto previa informativa fornita all'interessato nel pieno rispetto della privacy. In caso di risultato positivo dello screening, la comunicazione e il richiamo per la conferma diagnostica sono effettuati da personale sanitario formato, con modalità che tengono conto dell'indice di rischio della patologia, riportato nella tabella allegata al decreto, che per il 2014 mette a disposizione 5 milioni e per il 2015 la somma di 10 milioni di euro dal Fondo sanitario nazionale.

L'origine del decreto. La legge di stabilità 2014 ha disposto che il ministero della Salute adotti un decreto ministeriale, sentiti l'Iss e la Conferenza Stato-Regioni, per l'avvio anche in via sperimentale e nel limite di 5 milioni di euro dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie, «per la cui terapia, farmacologica o dietetica, esistano evidenze scientifiche di efficacia terapeutica o per le quali vi siano evidenze scientifiche che una diagnosi precoce neonatale comporti un vantaggio in termini di accesso a terapie in

avanzato stato di sperimentazione, anche di tipo dietetico».

I criteri. Per garantire gli standard di qualità degli screening neonatali, ridurre il numero di richiami dei nati esaminati e ottimizzare i tempi di intervento per la presa in carico clinica, nonché per favorire l'uso efficiente di risorse, è opportuno che i centri di screening operino su adeguati bacini di utenza, anche tramite accordi interregionali ad hoc.

La formazione. Riguarderà il personale sanitario coinvolto nel percorso nascita, anche sotto forma di aggiornamento professionale in materia di protezione dei dati personali. Spetta a Regioni e Pa, tramite le aziende sanitarie, ma anche a Iss e Agenas, organizzare iniziative di formazione sullo Sne per gli operatori dei centri di screening e i pediatri di libera scelta. Sono previste anche iniziative di informazione alla cittadinanza sull'importanza della diagnosi precoce delle patologie metaboliche ereditarie e di promozione dell'empowerment individuale e organizzativo in collaborazione con le associazioni che si occupano di malattie rare.

La modalità di raccolta e trattamento del campione. La raccolta da parte del personale del punto nascita, tra le 48 e le 72 ore di vita del neonato anche in caso di parto a domicilio, avviene tramite lo "spot ematico". Nei nati pretermine o con peso non adeguato all'età gestazionale o in nutrizione parenterale o trasferiti o dimessi o usciti prima delle 48 ore di vita, la raccolta dello spot ematico è ripetuta nel primo mese di vita, secondo protocolli specifici basati su evidenze scientifiche. Il centro di screening neonatale è un laboratorio di riferimento regionale o interregionale, in possesso di strumentazione analitica e dispositivi medici adeguati, in grado di garantire la continuità del processo di screening neonatale. Agisce in collegamento con uno o più centri clinici di riferimento afferenti alla rete delle malattie rare per garantire la conferma diagnostica, la presa in carico e il trattamento dei neonati positivi allo screening.

Barbara Gobbi

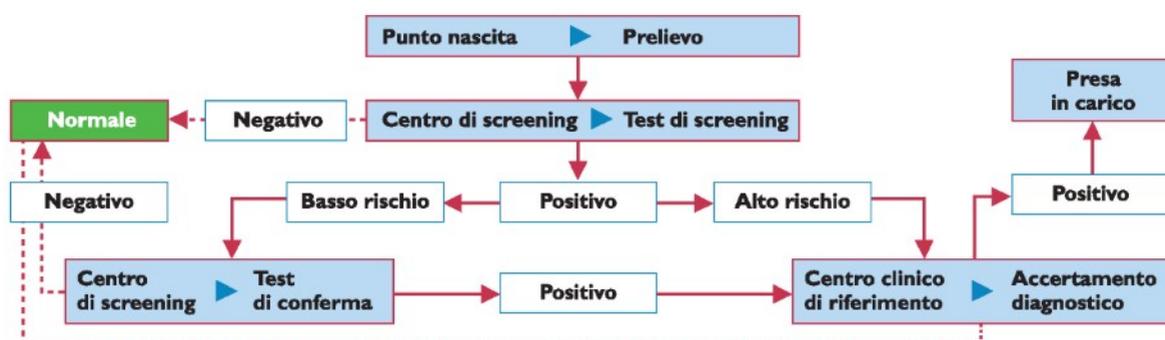
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Patologie identificabili con tecnologie diverse da Ms

Malattia	Rischio di scompenso metabolico/ raccomandazioni per richiamo
Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi	
Difetto di biotinidasi	Alto rischio Richiamo immediato
Disturbi del metabolismo e del trasporto dei carboidrati	
Galattosemia	Alto rischio Richiamo immediato

Nelle tabelle sono pubblicate le liste delle patologie oggetto dello Sne. Il "pannello primario" raggruppa le patologie che rispettano tutti i criteri di selezione; il "pannello secondario" le condizioni per cui non sono rispettati tutti i criteri e/o condividono biomarcatori con alcune delle condizioni elencate nel pannello primario; nel "pannello terziario" le condizioni occasionalmente identificabili in corso di screening neonatale per malattie metaboliche.

Raccomandazioni per il richiamo in base al rischio di scompenso

Basso rischio/richiamo non immediato: richiesta al punto nascita di un nuovo campione di sangue da inviare al centro screening per un ulteriore test

Alto rischio/richiamo immediato: convocazione immediata del neonato presso il Centro clinico di riferimento per l'accertamento diagnostico

L'elenco delle patologie da sottoporre a screening

Malattia	Rischio di scompenso metabolico/ raccomandazioni per richiamo	Malattia	Rischio di scompenso metabolico/ raccomandazioni per richiamo
Pannello primario			
Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi			
Iperfenilalaninemia benigna	Basso rischio Richiamo non immediato	Citrullinemia tipo II	Alto rischio Richiamo immediato
Deficit della biosintesi del cofattore bipterina	Basso rischio Richiamo non immediato	Deficit di glicina N-metiltransferasi	Basso rischio Richiamo non immediato
Deficit della rigenerazione del cofattore bipterina	Basso rischio Richiamo non immediato	Deficit di Met adenosiltransferasi	Basso rischio Richiamo non immediato
Tirosinemia tipo I	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit di S-adenosil-omocisteina idrolasi	Basso rischio Richiamo non immediato
Tirosinemia tipo II	Basso rischio Richiamo non immediato	Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine	
Malattia delle urine allo sciroppo d'acero	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit di carnitina palmitoil-transferasi (L)	Alto rischio Richiamo immediato
Omocistinuria (difetto di Cbs)	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit di carnitina/acil-carnitina translocasi	Alto rischio Richiamo immediato
Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine			
Deficit del trasporto della carnitina	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit di 3-OH acyl-CoA deidrogenasi a catena media/corta	Alto rischio Richiamo immediato
Deficit di carnitina palmitoil-transferasi II	Alto rischio Richiamo immediato	Acidemia glutarica tipo II	Alto rischio Richiamo immediato
Deficit di acil CoA deidrogenasi a catena molto lunga	Alto rischio Richiamo immediato	Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi	
Deficit di proteina trifunzionale	Alto rischio Richiamo immediato	Acidemia metilmalonica (Cbi D)	Alto rischio Richiamo immediato
Deficit di acil CoA deidrogenasi a catena lunga	Alto rischio Richiamo immediato	Aciduria 3-metil glutaconica tipo I	Basso rischio Richiamo non immediato
Deficit di acil CoA deidrogenasi a catena media	Alto rischio Richiamo immediato	Aciduria 3-metil glutaconica tipo II - Sindrome di Barth	Basso rischio Richiamo non immediato
Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi			
Acidemia glutarica tipo I	Alto rischio Richiamo immediato	Aciduria 3-metil glutaconica tipo III	Basso rischio Richiamo non immediato
Acidemia isovalerica	Alto rischio Richiamo immediato	Aciduria 3-metil glutaconica tipo IV	Basso rischio Richiamo non immediato
Deficit di beta-chetotilasi	Alto rischio Richiamo immediato	Aciduria 3-metil glutaconica tipo V	Basso rischio Richiamo non immediato
3-idrossi 3-metil glutarico aciduria	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit dei 2-metil butiril-CoA deidrogenasi	Alto rischio Richiamo immediato
Acidemia propionica	Alto rischio Richiamo immediato	Aciduria malonica	Alto rischio Richiamo immediato
Acidemia metilmalonica (Mut)	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit dei 3-metil crotonil-CoA carbossiassi	Basso rischio Richiamo non immediato
Acidemia metilmalonica (Cbl-A)	Alto rischio Richiamo immediato	Disturbi del ciclo dell'urea	
Acidemia metilmalonica (Cbl-B)	Alto rischio Richiamo immediato	Arginemia	Alto rischio Richiamo immediato
Acidemia metilmalonica (Cbl-C)	Alto rischio Richiamo immediato	Pannello terziario	
Deficit multiplo delle carbossilasi	Alto rischio Richiamo immediato	Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi	
Disturbi del ciclo dell'urea			
Citrullinemia tipo I	Alto rischio Richiamo immediato	Deficit di metilene-tetraidrofolato reductasi	Alto rischio Richiamo immediato
Acidemia argininosuccinica	Alto rischio Richiamo immediato	Intolleranza alle proteine con lisinuria	Alto rischio Richiamo immediato
Pannello secondario			
Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi			
Tirosinemia tipo III	Basso rischio Richiamo non immediato	Iperomitinemia con atrofia girata della coroide	Basso rischio Richiamo non immediato
Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine			
		Deficit di acil CoA deidrogenasi a catena corta	Basso rischio Richiamo non immediato
		Deficit di dienoil reductasi	Basso rischio Richiamo non immediato
Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi			
		Deficit di isobutiril-CoA deidrogenasi	Basso rischio Richiamo non immediato
Disturbi del ciclo dell'urea			
		Iperomitinemia-iperammoniemia-omocitrullinuria	Alto rischio Richiamo immediato

<http://www.ansa.it/>

Esercizio fisico in gravidanza può ridurre del 20% cesareo

Meno chance di avere un bambino più grande rispetto alla norma

(ANSA) - ROMA, 18 MAG - L'esercizio in gravidanza? Riduce il ricorso al taglio cesareo e le chance di avere un bambino più grande rispetto a un peso normale. E' quanto emerge da un ricerca canadese, dell'Università di Alberta, pubblicata sulla rivista *Obstetrics and Gynecology*. I ricercatori hanno fatto una revisione di studi precedenti che avevano coinvolto in totale 5322 donne, osservando in particolare come l'esercizio materno influenzasse l'esito della gravidanza e della salute del bambino: la conclusione alla quale sono arrivati e' che con un'attività fisica adeguata si riduce del 20% la possibilità di partorire con un taglio cesareo e del 31% quella che il piccolo sia troppo grande rispetto a un peso normale, una cosa che rischia di influenzare negativamente sia il suo peso da bambino che in età adulta, come spiega la ricercatrice Margi Davenport.

Lo studio canadese arriva dopo uno americano, pubblicato sulla rivista *BMC Pregnancy and Childhood*, secondo cui le donne che non fanno esercizio durante la gravidanza hanno maggiori possibilità di avere bimbi sovrappeso o obesi. "I medici dovrebbero avvisare le donne di smettere di fumare e al tempo stesso di fare una moderata attività fisica per evitare il sovrappeso dei piccoli" si legge nello studio.

Medicina Prevenzione, ricerca, scoperte: tutte le novità al XIX congresso nazionale Sieog che si conclude domani all'Ergife di Roma

Ecco come cambia la diagnostica con l'ecografia in 5 D

■ Tre corsi pregressuali, attenzione ai giovani, sessioni plenarie e parallele, dibattito aperto sulle linee guida, ma soprattutto limitazione delle relazioni su invito e spazio alle migliori presentazioni selezionate sulla base degli abstract valutati in forma anonima dal Comitato scientifico.

Sono i punti cardinali del XIX congresso nazionale della Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica (Sieog) in programma all'Hotel Ergife fino a domani.

«Negli ultimi due anni, grazie a un lavoro costante - sottolinea il presidente Giuseppe Rizzo - la Sieog ha avuto un rilancio importante dell'immagine scientifica. È aumentato il numero degli associati (oltre 1000), sono stati istituiti nuovi comitati scientifici e sono stati rivitalizzati quelli esistenti, senza dimenticare la pubblicazione di preziosi manuali ecografici pratici molto apprezzati».

Il programma scientifico del congresso affronta le ultime evidenze scientifiche nei campi di maggiore interesse ecografico ostetrico e ginecologico. Le novità al centro dell'analisi e della riflessione vanno dall'utilizzo delle tecniche più sofisticate (fino all'ecografia in 5 dimensioni) alla creazione di rap-

porti sempre più stretti fra differenti modalità diagnostiche (in particolare fra ecografia e Risonanza Magnetica Nucleare).

«Una attenzione particolare viene dedicata ai giovani e alle loro ricerche - spiega il presidente onorario della Sieog Domenico Arduini - per le quali sono stati istituiti cinque premi. Voglio ricordare anche i tre corsi pregressuali su temi di estrema importanza pratica: la Classificazione Iota delle masse annessiali, la gestione della gravidanza gemellare e la gestione della gravidanza iniziale. Per la prima volta in un congresso nazionale c'è anche un corso di ecografia dedicato alle ostetriche in collaborazione con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche che segna l'inizio di un confronto collaborativo indispensabile per la salute della mamma e del bambino».

La presentazione delle nuove Linee guida si svolgerà in una seduta plenaria per una discussione articolata che porterà alla approvazione e alla pubblicazione subito dopo il congresso in modo da fornire allo straordinario strumento di garanzia per i medici e i pazienti la necessaria immediata divulgazione.

Pina Sereni



LA FONDAZIONE ITALIANA PER IL BAMBINO

La salute comincia nel ventre materno

Allattare al seno nei primi sei mesi di vita del bambino riduce almeno del 40% il rischio che, da adulto, possa sviluppare diabete di tipo 2. Ma questo è solo uno dei tanti esempi di quanto abitudini, prassi e stili di vita corretti nei primi mille giorni di vita del bambino (compresi quelli in cui è ospite del ventre materno), possano fare di lui una persona sana.

Su questi presupposti nasce la Fondazione italiana per il bambino, presentata la scorsa settimana a Roma da **Alberto Ugazio** (direttore dipartimento di Medicina pediatrica del Bambino Gesù di Roma) e dal presidente Sip (Società italiana di pediatria) **Giovanni Corsello**. Sottotitolo: «Promuovere e creare salute da zero a cento anni: la sfida comincia da qui».

«Oggi abbiamo raggiunto aspettative di vita che sono tra le migliori del mondo - spiega Ugazio - ma con l'aumento della vita media aumenta anche l'incidenza di malattie come quelle cardiovascolari, tumorali e tante altre ancora che rendono precaria la qualità di vita dell'anziano, aumentano la spesa sanitaria e impediscono di condurre una vita attiva e serena. Oggi sappiamo bene anche dai più recenti progressi della medicina che, in larga misura, salute e malattia dell'adulto e dell'anziano originano durante la gravidanza e i primissimi anni di vita. La salute di domani comincia dalle scelte che facciamo oggi».

Da qui l'elaborazione di un decalogo essenziale sugli stili di vita per la donna in gravidanza e la neomamma: più movimento all'aria aperta, niente stress, niente alcol, niente fumo, cibi poveri di grassi e zuccheri, alimenti freschi, frutta e verdura di stagione, fibre, pesce azzurro, allattamento esclusivo al seno per almeno sei mesi.

Sfide non da poco anche per il "pediatra del terzo Millennio". «Fino a pochi anni fa - aggiunge Corsello - mai avremmo pensato che il pediatra avrebbe avuto in mano il destino della salute di una persona, passando dall'ontogenesi alla filogenesi. Per questo mai come oggi ha senso fare rete, tra assistenza ospedaliera e territoriale, e porre l'attenzione su conquiste che apparivano assodate e invece appaiono di nuovo a repentaglio. Mi riferisco in particolare al rispetto del calendario vaccinale, su cui va rilanciata una strategia culturale di prevenzione».

E proprio le vaccinazioni, insieme all'analisi della denatalità, sono tra i temi al centro dell'attenzione del Censis. La vicedirettrice **Carla Collicelli** afferma: «Registriamo a questo proposito una grande disinformazione: se appena l'1% delle famiglie dichiara esplicitamente di non aver vaccinato i propri figli, ben il 10% si trincerava dietro un "non ricordo", che la dice lunga sulla confusione imperante». Confusione che - tiene a sottolineare **Antonio Affinita** del Moige - va anche attribuita a un sistema di Welfare penalizzante: «tra tassazione alle stelle e latitanza di servizi, certo non incoraggia le coppie a procreare o a fare più di un figlio».

Inevitabili le considerazioni di politica sanitaria su un Servizio sanitario unico al mondo per meriti e per copertura ma in cui il modello Beveridge non regge più. Ne ha parlato **Walter Ricciardi**, direttore di Osservasalute e commissario straordinario Iss: «Il miglior servizio sanitario non sarà quello che fornisce tutto a tutti ma quello che stabilisce ciò che la società desidera spendere per l'assistenza sanitaria. Il migliore sarà quello che eroga con criteri espliciti servizi basati su prove di efficacia in modo umano e trasparente, senza chiedere l'impossibile al personale sanitario».

Sperimentare nuovi modelli diventa allora essenziale. E qui si torna alla neonata Fondazione: «Per raggiungere lo scopo di investire in prevenzione e quindi in salute è indispensabile - concludono i promotori - un impegno globale che coinvolga a tutti i livelli le istituzioni, i medici, gli opinion leader e gli stakeholder delle industrie e delle professioni. Perché la salute è un bene di tutti».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A DOMANDA RISPONDO

Furio Colombo

Nuova guerra alla maternità surrogata

CARO FURIO COLOMBO, non trova strano che le stesse persone, gruppi e chiese che si battono per il cosiddetto diritto alla vita (nel senso che, secondo loro, una vita vale più di un'altra, e quale lo decidono loro), si battano adesso per impedire che, una coppia sterile o gay o con problemi genetici possa avere un bambino (e tutto il suo mondo) attraverso una madre surrogata? Il 14 maggio, l'Avvenire ha pubblicato addirittura un appello, chiedendo firme. L'idea, come sempre, è proibire. Ma proibire ai bambini di nasce-

Matilde

LA CONTRADDIZIONE è molto estesa. Prima della guerra contro gli "uteri in affitto" (terminologia rude, perché non ci si commuova all'idea che persino un gay può avere un figlio) c'è stata la guerra contro la fecondazione assistita, che pure è un percorso di vita. Una guerra così impetuosa nel Parlamento italiano, che: primo, si è dovuto cambiare il presidente della Commissione XII (Igiene e Sanità, che al Senato era Ignazio Marino); secondo, sostituire quel presidente con una persona adatta (che infatti ha poi attraversato diversi altri partiti); e, terzo, partorito la cosiddetta legge 40, che viene abbattuta un po' per volta a colpi di sentenze dalla Corte costituzionale, sia per violazione della Carta, sia per incompatibilità logica e giuridica con fondamentali principi europei e internazionali. Prima della guerra contro la fecondazione assistita, c'è stata la guerra sul testamento biologico, approvato con una clausola di autodistruzione che consente al medico di non tenere conto della volontà chiara-

te espressa dalla persona. Poi, naturalmente c'è, c'era e continuerà a esserci in futuro, visto il coraggio da leoni dei deputati Pd, il problema del "fine vita" o testamento biologico. Ovvero il momento di dover dipendere dalla decisione di partiti, che vi abbandonano senza assistenza e senza diritti, per non dispiacere ai vescovi, anziché lasciarvi il diritto all'ultima dignitosa decisione. Ci sono stati momenti, nella storia della Repubblica, in cui su questioni fondamentali come queste, si poteva contare sui Radicali (partito, leader, deputati, persone). Ma un sistema ben congegnato ha fatto in modo che i Radicali siano esclusi da tutto, compresi cinque minuti in tv. E così, mentre l'Avvenire, giornale dei vescovi (che pure ha molti meriti quando si tratta di immigrati e di rom) si dà da fare affinché gli articoli di fede diventino articoli del codice, e continua a contare sull'interesse carrieristico dei medici (che diventano primari solo se si dichiarano "obiettivi" nel luogo giusto (pronto soccorso) al momento giusto (mentre nessun medico normale è al lavoro), la voce dei Radicali non può essere udita se non con qualche colorito accenno all'oro "vecchio leader" Pannella, ma senza il minimo riferimento alle battaglie della sua vita. La macchina funziona così: il giornale dei vescovi prende sul serio, come le questioni fondamentali del Paese, alcune legittime ma private prescrizioni religiose. Gli altri giornali (di rado) scherzano benevolmente sull'ennesimo digiuno di Pannella, stando bene attenti a non citare le ragioni.



Lunedì 18 MAGGIO 2015

Neonati. Nelle prime cinque settimane, le carezze materne si "imprimono" nel Dna

Secondo uno studio britannico, un aumento delle carezze materne a cinque settimane dalla nascita risulta collegato a una riduzione delle metilazione del promotore del recettore dei glucocorticoidi, ormoni prodotti dai surreni. "Ciò evidenzia l'importanza del primo periodo post-natale", hanno osservato i ricercatori.

(Reuters Health) – Le carezze materne hanno effetti fisiologici positivi sui neonati. Tecnicamente - secondo uno studio britannico – sono in grado di ridurre la metilazione del promotore 1-F del recettore per i glucocorticoidi (GR), ormoni prodotti dai surreni. Il team di ricerca della University of Reading (Regno Unito), guidato da Jonathan Hill, ha indagato sul nesso causale tra depressione pre e post-natale materna e aumento del promotore 1-F del gene recettore dei glucocorticoidi, allo scopo di valutare se le carezze materne possano mutare questo effetto. I ricercatori hanno utilizzato i dati del Wirral Child Health and Development Study di Liverpool.

Da questa indagine è emerso che l'aumento della metilazione nei neonati era associato a una crescente depressione post-natale materna, ma solo nel gruppo di bambini nati da madri non depresse prima del parto. In questo gruppo, un aumento delle carezze materne a cinque settimane dalla nascita, risultava collegato a una riduzione delle metilazione del promotore del recettore dei glucocorticoidi. Invece, a nove settimane dalla nascita, le carezze materne non producevano effetti.

"Ciò evidenzia l'importanza del primo periodo post-natale", hanno osservato i ricercatori nel loro articolo online su *Translational Psychiatry*. "Se l'effetto epigenetico verrà ulteriormente supportato, dovremo affiancarlo ad altre evidenze sul ruolo dell'esperienza sociale precoce (ad esempio, sensibilità paterna) per concludere che le prime esperienze possono avere degli effetti in molti modi. Inoltre, dobbiamo ancora capire se sono totalmente indipendenti tra loro o in qualche modo agiscono insieme", ha concluso il dottor Hill.

Fonte: *Translational Psychiatry* 2015

Will Boggs

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Dermatologia. Al recente congresso svoltosi a Parigi, si è parlato tra l'altro di emangiomi infantili. Che non fanno più paura, se trattati a dovere

Come tutelare la pelle dei neonati

ALESSANDRA MARGRETH

NOVITÀ in arrivo per il trattamento degli emangiomi infantili, una patologia piuttosto frequente che si manifesta nelle prime settimane di vita. Sono neoformazioni vascolari benigne e interessano prevalentemente la pelle e il tessuto sottocutaneo, soprattutto nel viso. Dopo un rapido sviluppo durante le prime settimane di vita, queste lesioni benigne in genere iniziano a regredire lentamente fino a scomparire dopo qualche anno.

Il 12 per cento dei casi richiede invece un trattamento specifico durante la proliferazione: è il caso delle lesioni localizzate in sedi a rischio di ulcerazione o di complicanze, ad esempio la perdita della vista nel caso di lesioni che interessano la palpebra. Se ne è parlato nel recente congresso Dermatology Forum organizzato da Pierre Fabre a Parigi.

Dal 2008, in seguito alla scoperta di Christine Labrèze della Clinica Universitaria di Bordeaux, viene utilizzato il propranololo, capace di arrestare la fase proliferativa dell'emangioma infantile

e di favorirne una rapida involuzione. Il farmaco viene inizialmente somministrato in ospedale sotto controllo medico ma in seguito può essere assunto anche a casa. Al momento in Italia il propranololo è fornito in preparazione galenica e dunque viene preparato in farmacia.

Oggi esiste un prodotto a base di propranololo autorizzato specificamente per uso pediatrico.

Una patologia frequente che si manifesta nelle prime settimane di vita. Sul viso le neoformazioni vascolari benigne

co dall'EMA, l'agenzia per il farmaco europea. Il farmaco è già disponibile in alcuni Paesi europei e in Italia è in corso l'iter autorizzativo previsto dall'AIFA l'Agenzia Italiana del farmaco. Nel nostro Paese esistono alcuni centri altamente specializzati e nel 2012 è nata la SISAV, Società Italiana per lo Studio delle Anomalie Vascolari, presieduta da Maya El Hachem, responsabile

della Dermatologia presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

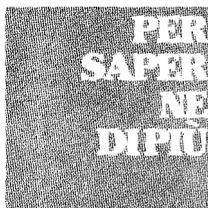
«Il primo consiglio ai genitori è di stare tranquilli - premette - perché si tratta di una lesione benigna. Però bisogna andare dal pediatra per un consiglio, dato che talvolta l'emangioma può dare dei problemi, comunque curabili. È necessario tenere sotto controllo gli emangiomi infantili nel neonato e nel lattante, in particolare nei primi 5 mesi di vita, proprio per il rischio di accrescimento anche notevole. Servono controlli ogni 2-4 settimane al massimo. Se il medico decide un trattamento, è indispensabile che questo intervento sia precoce, proprio per garantire maggior efficacia ed evitare complicanze».

Il propranololo ha cambiato l'approccio. «Ormai è il farmaco di prima scelta per il trattamento degli emangiomi infantili - continua - sia per la sua efficacia che per la sicurezza. Certo, la sua gestione richiede un'educazione terapeutica per prevenirne gli effetti collaterali. Si ricorre ai corticosteroidi solo nei casi in cui il propranololo è controindicato o nei pochissimi casi in cui non risulta efficace. La durata del trattamento è ancora dibattuta, alcuni lo consigliano per 6 mesi, altri sino al compimento dell'anno di età. Al Bambino Gesù lo seguiamo sino a un anno, come suggerito dalle linee guida italiane della Sicav. Poi controlli mensili. Spero di avere il primo possibile in Italia il farmaco in soluzione pediatrica e con la specifica indicazione».

Sempre al congresso di Parigi si è fatto il punto su un altro disturbo cutaneo, la dermatite atopica. Assai diffusa, colpisce il 30% dei bambini. Si presenta con lesioni eczematose croniche e ricorrenti, e provoca un forte prurito. Una terapia locale è in grado di ripristinare la barriera cutanea e la sua funzione alterata. Spiega Metite Deleuran, dermatologo presso la clinica universitaria di Aarhus, in Danimarca: «È importante trattare la pelle di questi bambini con prodotti emollienti. Secondo recenti ricerche, applicando due volte al giorno una crema emolliente fin dalla nascita si aiuta, in alcuni casi, a ritardare lo sviluppo della dermatite atopica stessa. L'uso quotidiano di emollienti riduce poi la necessità di usare corticosteroidi localmente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

 **PERSAPERNE DI PIÙ**
www.sisav.eu
www.siderp.it



Dermatite

Dal 31 maggio al 2 giugno le Terme di Comano organizzano le giornate della dermatite atopica, con consultazioni specialistiche gratuite. Un milione di bambini in Italia soffre di dermatite atopica, un problema cutaneo di difficile gestione per l'andamento

cronico-ricidivante della patologia, per l'intenso prurito che sfocia nell'insonnia e il conseguente disagio psicologico. Quasi 3000 bambini ogni anno si curano a Comano e i trattamenti sono coperti dal Servizio Sanitario Nazionale, con riduzione dell'infiammazione cutanea e del prurito.



INSONNIA? ANSA e STRESS? COLESTEROLO? I BUONI SONNI 9,90

SPECIALE SALUTE E BENESSERE



ALIMENTAZIONE BAMBINI

A CURA DI A. MANZONI & C.

La giusta nutrizione per la crescita

L'IMPORTANZA DI ACCOMPAGNARE LO SVILUPPO DEL BAMBINO CON UN'ALIMENTAZIONE ADEGUATA

IL BAMBINO NON È UN PICCOLO ADULTO E QUINDI ANCHE IL LATTE DEVE ESSERE A MISURA DI BIMBO. L'OMS RACCOMANDA L'ALLATTAMENTO AL SENO IN FORMA ESCLUSIVA ALMENO PER I PRIMI SEI MESI DI VITA, E OLTRE, NELL'AMBITO DI UNA ALIMENTAZIONE BILANCIATA. IL PROBLEMA DELLA OBESITÀ INFANTILE

Latte di mamma finché si può e dieta su misura: parte da qui il percorso verso una crescita sana del bambino. Nei primi anni di vita, la scelta e il ruolo del latte sono decisivi per la crescita corretta, ma anche per il futuro benessere dell'individuo.

I primi mille giorni

I primi mille giorni di vita di un individuo sono, secondo la teoria del *Nutritional Programming*, un periodo cruciale per l'intera esistenza dell'individuo. In questo periodo, infatti, l'organismo del bambino è particolarmente sensibile e vengono poste le basi per lo sviluppo futuro e le condizioni di salute dell'adulto. Come affermato anche dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), i primi due anni di vita di un bimbo sono cruciali perché in questo periodo una corretta nutrizione può anche contribuire a ridurre il rischio di sviluppare malattie croniche. L'Oms raccomanda l'allattamento

esclusivo al seno per almeno i primi sei mesi di vita e poi come principale fonte latte nell'ambito di una dieta diversificata e bilanciata fino ai due anni e oltre, e comunque il più a lungo possibile, secondo il desiderio di mamma e bimbo.

Il bambino non è un piccolo adulto e quindi anche il latte deve essere a misura di bimbo. Il latte vaccino, che ha un contenuto di proteine triplo rispetto al latte materno ed è povero di ferro, non è consigliato prima dei 12 mesi per i lattanti. Un atteggiamento ancora più prudente suggerisce di rimandare l'introduzione del latte vaccino dopo i 24 mesi. Questo alimento, infatti, non risponde al fabbisogno di un bambino che, comparato a quello di un adulto, necessita di cinque volte in più di ferro, quattro volte in più di calcio e tre volte in più di acidi grassi polinsaturi, in proporzione al peso.

Studi recenti dimostrano che molti bambini nella maggior parte dei Paesi europei sono esposti a un regime nutrizionale non equilibrato. Il latte di crescita potrebbe essere una valida soluzione nutrizionale dopo l'anno, nel caso di dieta sbilanciata del bambino, sentito il parere del pediatra.

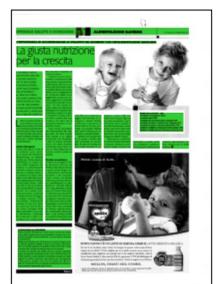
Obesità: un problema

Il sistema di sorveglianza "Okkio alla Salute", promosso dal Ministero della Salute, fornisce il quadro epidemiologico della distribuzione dell'eccesso ponderale e dei comportamenti a rischio nei bambini della scuola primaria, favorendo

la pianificazione e la valutazione di interventi efficaci. Sono stati presentati a Roma, presso il Ministero della Salute, i risultati della raccolta dati Okkio alla Salute 2014. Il sistema di sorveglianza nazionale raccoglie informazioni sulla variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale dei bambini, sugli stili alimentari, sull'abitudine all'esercizio fisico e sulle eventuali iniziative scolastiche favorevoli la sana alimentazione e l'attività fisica. I dati 2014, pur mostrando un leggero calo dei livelli di sovrappeso e obesità infantile, confermano il permanere di elevati livelli di eccesso ponderale, che pongono l'Italia ai primi posti in Europa per sovrappeso e obesità infantile.

I genitori non sempre hanno un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio: dai dati 2014 emerge che tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 38% non ritiene che il proprio figlio sia in eccesso ponderale e solo il 29% pensa che la quantità di cibo da lui assunta sia eccessiva. Inoltre, solo il 41% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga poca attività motoria.

Stili di vita non corretti hanno un forte impatto sulla salute e possono contribuire a provocare malattie croniche non trasmissibili. In questo contesto, sovrappeso e obesità, in particolare per la diffusione tra i bambini, rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica. ■



ATTENZIONE ALLE PROTEINE

Molte mamme introducono il latte vaccino prima dei dodici mesi. Questa scelta non è raccomandabile in quanto può comportare possibili eccessi (proteine) e carenze (ferro, vitamina D, vitamina A).

Nella prima infanzia, i piccoli assumono proteine in largo eccesso (più del doppio) rispetto ai livelli di assunzione raccomandati. Un elevato apporto di proteine nelle prime età è stato associato allo sviluppo di obesità nelle età successive.

Il numero di mamme che allatta al seno il proprio bambino dopo che questi ha compiuto i dodici mesi è infatti minimo. Per molte mamme si pone quindi la domanda di quale sia il latte migliore da offrire al piccolo. Guardando alla composizione, il latte vaccino contiene circa 3,3 g di proteine per 100 ml. Il latte di crescita fornisce un apporto equilibrato di proteine e micronutrienti importanti quali il ferro.

OKKIO ALLA SALUTE - 2014

- bambini in sovrappeso: 20,9%
- bambini obesi: 9,8%
- bambini che non fanno prima colazione: 8%
- bambini che fanno colazione non adeguata: 31 %
- bambini che fanno merenda abbondante: 52%
- genitori i cui figli non consumano frutta-verdura: 25%
- genitori i cui figli assumono bevande zuccherate: 41 %

Terapia con ormone della crescita non aumenta il rischio di neoplasie nei bambini



18 maggio 2015

Per i bambini che non hanno fattori di rischio noti di cancro, la terapia con l'ormone della crescita (GH) non aumenta il rischio di sviluppare in futuro un tumore maligno. Lo sostengono gli autori di una revisione sistematica della letteratura, pubblicata di recente sul *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.

Il lavoro evidenzia anche che l'ormone della crescita può essere usato per trattare i bambini sopravvissuti a un tumore che sono in remissione e hanno un deficit dell'ormone. Tuttavia, avvertono i ricercatori, questi pazienti dovrebbero essere sottoposti a una sorveglianza oncologica appropriata, perché un trattamento con il GH può aumentare il rischio di un tumore maligno secondario.

"Sulla base della letteratura attuale, non vi è alcuna evidenza di un'associazione tra terapia con ormone della crescita e rischio di cancro nei pazienti pediatrici che non sono a rischio aumentato di tumore per altri motivi" scrivono gli autori, coordinati da Sripriya Raman, del Children's Mercy Hospital di Kansas City.

Raman e i suoi colleghi hanno condotto una revisione della letteratura e non hanno trovato alcuna prova di un'associazione tra terapia con GH e successivo sviluppo di leucemia o altre neoplasie nei pazienti pediatrici che non hanno una predisposizione al cancro.

Per quanto riguarda i pazienti che hanno avuto un cancro in età pediatrica che sono al momento in remissione ma necessitano di una terapia con l'ormone della crescita, gli autori hanno trovato alcuni studi nei quali non si è trovata alcuna associazione tra la terapia con GH e lo sviluppo di una neoplasia primaria secondaria.

"Sulla base dei dati ottenuti da registri e studi epidemiologici ben progettati, i bambini trattati con GH senza fattori di rischio predisponenti non presentano alcun aumento del rischio di mortalità dovuta al cancro rispetto alla popolazione pediatrica" ha commentato Mitchell Geffner, endocrinologo pediatrico del Children's Hospital di Los Angeles, in California, non coinvolto nello studio.

"Non c'è bisogno di sottoporre questi bambini a un controllo speciale prima o durante il trattamento con GH sia

per quanto riguarda i tumori benigni sia per quelli maligni. Pertanto, non si dovrebbe avere alcuna esitazione a usare il GH per il trattamento delle condizioni caratterizzate da bassa statura in assenza di una predisposizione nota ai tumori" ha concluso l'esperto.

S. Raman, et al. Risk of Neoplasia in Pediatric Patients Receiving Growth Hormone Therapy – A Report from the Pediatric Endocrine Society Drug and Therapeutics Committee. J Clin Endocrinol Metabol. 2015; doi: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2015-1002>.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

<http://www.corriere.it/salute/>

Tre donne su dieci oggi scelgono la mastectomia. Ecco perché

Studio Usa, ma tendenza in crescita anche in Italia: molte pazienti preferiscono asportare tutto il seno e non più conservarlo. Esperti spiegano i possibili motivi

di Vera Martinella



Di fronte alla diagnosi di una forma molto aggressiva di tumore al seno, quello triplo negativo, molte donne scelgono l'asportazione totale della mammella, mentre grazie alle nuove strategie terapeutiche oggi disponibili potrebbero fare un intervento chirurgico più ridotto, che consente di conservare parte del tessuto mammario. Ad affrontare l'argomento, di grande attualità nella comunità scientifica, è uno studio statunitense pubblicato sulla rivista *Annals of Surgery* e presentato nei giorni scorsi durante il congresso della Società Americana di Chirurgia, tenutosi a San Diego (California).

Il 31 per cento delle donne sceglie di asportare tutto il seno

Oggi esistono diversi trattamenti chemioterapici in grado di ridurre le dimensioni del tumore in modo tale che possa essere asportato risparmiando una parte del seno e studi recenti hanno dimostrato che questa tecnica è sicura. «In particolare un'indagine condotta presso la nostra struttura - ha detto Mehra Golshan, direttore della Chirurgia Senologica al Dana Farber/Brigham and Women's Cancer Center - ha documentato che nelle malate candidate a questa strategia di cura somministrare i farmaci ha portato i risultati sperati in oltre il 90 per cento delle donne, che hanno poi potuto sottoporsi a chirurgia conservativa. Nonostante questo, però, il 31 per cento delle donne preferisce ancora farsi asportare tutto il seno».

Chemioterapia e intervento conservativo sicuri come la mastectomia

Altre sperimentazioni precedenti avevano già dato prove della sicurezza dell'eseguire prima la chemioterapia e poi l'intervento conservativo: la strategia ottiene gli stessi tassi di sopravvivenza della mastectomia. «Ci sono differenti mix di farmaci che possono essere somministrati in caso di un carcinoma mammario triplo negativo - ha aggiunto David Ollila, direttore del Breast Program al Lineberger Cancer Center del North Carolina, autore principale del recente studio -. Nell'ultima indagine abbiamo aumentato il numero di donne candidabili a chirurgia conservativa aggiungendo carboplatino e, in taluni casi, bevacizumab alla chemioterapia standard. Questa e altre ricerche dimostrano che nuove combinazioni di farmaci possono migliorare i tassi di risposta, ma resta da capire perché poi così tante donne scelgano di farsi asportare l'intero seno».

Gli esperti: «Diversi motivi per cui si sceglie la mastectomia»

«Recentemente sono state pubblicate diverse ricerche su questo argomento - commenta Paolo Veronesi, direttore

della Senologia Chirurgica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano -. Questi dati confermano quanto osserviamo quotidianamente nella nostra pratica clinica: dopo anni di rincorsa alla conservazione del seno "a tutti i costi", negli ultimi dieci anni la tendenza si è invertita». La tendenza, dunque, non è solo statunitense: anche in Europa e in Italia le statistiche indicano un «ritorno» alla rimozione completa della mammella. «Oggi sappiamo che esistono mutazioni genetiche che predispongono al tumore della mammella e in queste donne è spesso consigliabile effettuare la mastectomia, anche bilaterale» continua Veronesi. C'è poi una ragione legata ai progressi fatti con le tecniche di imaging: «Grazie ai nuovi raffinati strumenti di diagnosi (come le moderne risonanze) ci accorgiamo che una percentuale di casi molto superiore rispetto al passato presenta una malattia più estesa all'interno della ghiandola mammaria di quanto riscontrato clinicamente - aggiunge PierFranco Conte, direttore dell'Unità di Oncologia Medica 2 all'Istituto Oncologico Veneto di Padova -. Vediamo molti piccoli focolai che prima ci sfuggivano. Va però sempre verificato se si tratti di davvero di lesioni cancerose o benigne, come spesso accade nel seno femminile. Inoltre, quando si valuta come procedere, bisogna valutare i possibili danni ai tessuti lasciati da chirurgia conservativa e radioterapia». L'ultima e forse più importante ragione sta proprio nell'estetica, naturalmente sempre a parità di sicurezza: «Le tecniche di mastectomia e ricostruzione oggi sono molto più evolute rispetto al passato - concludono gli esperti -, per cui riusciamo quasi sempre a salvare completamente l'aspetto esteriore della mammella, conservando la pelle e il capezzolo e ricostruendo immediatamente la ghiandola con una protesi al silicone. In termini estetici il risultato può essere migliore di un intervento conservativo e questo, specie per le pazienti giovani, è importante».

Ca al seno, MM-302 promettente nel tumore HER2+ pesantemente pretrattato



18 maggio 2015

MM-302, un agente formato da doxorubicina liposomiale coniugata con un anticorpo, diretto contro il recettore del fattore di crescita epidermico umano di tipo 2 (HER2), in monoterapia o in combinazione con trastuzumab oppure con trastuzumab e ciclofosfamide, ha mostrato un profilo di sicurezza gestibile e risultati incoraggianti in termini di efficacia in un gruppo di donne con un carcinoma mammario metastatico HER2-positivo, pesantemente pretrattate, in uno studio di fase I.

I risultati di questo trial preliminare sono stati presentati da Patricia LoRusso, dell'Università di Yale, in occasione del recente congresso annuale dell'American Association for Cancer Research (AACR).

Le pazienti che durante lo studio sono state trattate con almeno 30 mg/m² di MM-302 più trastuzumab hanno mostrato una sopravvivenza libera da progressione (PFS) mediana di 7,6 mesi (IC al 95% 3,6-10,9), mentre in quelli trattati con anche ciclofosfamide la PFS mediana è risultata di 10,6 mesi (IC al 95% 1,8-10,6).

"Siamo incoraggiati da questi dati sulla sicurezza e l'attività clinica promettente di MM-302 in donne che hanno esaurito le diverse opzioni terapeutiche disponibili per la loro malattia. I nostri risultati giustificano l'ulteriore valutazione di MM-302 in una popolazione naïve alle antracicline nello studio HERMIONE " afferma la LoRusso in un comunicato stampa.

HERMIONE è uno studio di fase II in cui si sta valutando la combinazione di MM-302 30 mg/m² ogni 3 settimane in combinazione con trastuzumab in donne con un carcinoma mammario HER2-positivo localmente avanzato o metastatico. La sperimentazione è stata avviata su input della Food and Drug Administration a supporto di un'eventuale richiesta di approvazione accelerata che potrebbe essere presentata da Merrimack Pharmaceuticals, la biotech che sta sviluppando MM-302. Il trial dovrebbe arrivare ad arruolare circa 250 pazienti

Lo studio presentato al congresso dell'AACR, invece, ha coinvolto 69 donne con un carcinoma mammario metastatico HER2-positivo già sottoposte a una mediana di quattro regimi di trattamento. Le partecipanti sono

state assegnate a quattro diversi bracci: uno trattato con il solo MM-302 a dosaggi pari a 8, 16, 30, 40 e 50 mg/2 ogni 4 settimane; il secondo trattato con MM-302 a dosaggi pari a 30 e 40 mg/m² ogni 4 settimane più trastuzumab a 4 mg/kg ogni 2 settimane; il terzo trattato con MM-302 a un dosaggio pari a 30 mg/m² ogni 3 settimane più trastuzumab 6 mg/kg ogni 3 settimane; il quarto, infine, trattato con MM-302 a un dosaggio pari a 30 mg/m² ogni 3 settimane più trastuzumab 6 mg/kg ogni 3 settimane e ciclofosfamide 450 mg/m² ogni 3 settimane.

Il 12% delle pazienti ha risposto al trattamento con almeno 30 mg/m² del farmaco sperimentale da solo o in combinazione con trastuzumab.

Solo una partecipante ha mostrato una tossicità dose-limitante, rappresentata da neutropenia febbrile, e non è stata raggiunta la dose massima tollerata.

L'evento avverso più comune di grado 3/4 è risultato la neutropenia, che si è manifestata in otto pazienti. Gli eventi avversi che hanno avuto un'incidenza superiore al 20% sono stati stitichezza, tosse, calo dell'appetito, diarrea, dispnea, affaticamento, nausea, neutropenia, stomatite e vomito.

Per quanto riguarda gli eventi avversi a carico del cuore, i ricercatori hanno trovato riduzioni della frazione di eiezione del ventricolo sinistro al di sotto del 50% o una riduzione rispetto al valore basale superiore al 10% in sei pazienti (il 9%). Una, inoltre, ha manifestato uno scompenso cardiaco di grado 1 che l'ha costretta a interrompere il trattamento.

[[chiudi questa finestra](#)]

Lunedì 18 MAGGIO 2015

Cancro al seno. Più monitoraggio cardiaco per le pazienti che assumono trastuzumab

Le linee guida del National Comprehensive Cancer Network, per chi assume questo farmaco, raccomandano il monitoraggio cardiaco al basale e a 3 6 e 9 mesi dall'inizio della terapia.

(Reuters Health) – Le pazienti che assumono trastuzumab come terapie adiuvante per il cancro al seno necessitano di monitoraggio cardiaco, anche se la maggior parte delle volte non vengono sottoposte a controlli di questo tipo. Questa evidenza emerge dalla revisione di alcuni dati estratti dai database Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) e dal Texas Cancer Registry (USA), condotta **Mariana Chavez-MacGregor**, assistente di prevenzione del cancro alla University of Texas MD Anderson Cancer Center di Houston, per esaminare i pattern e l'adeguatezza del monitoraggio cardiaco e per valutare i fattori associati a questa pratica. La ricerca è stata pubblicata sul *Journal of Clinical Oncology online*.

I ricercatori hanno selezionato 2.203 pazienti a partire dai 66 anni, con un'età media di 72, a cui era stato diagnosticato un cancro al seno di fase da 1 a 3 tra il 2005 e il 2009. Tutte le donne erano trattate con trastuzumab. Le linee guida del National Comprehensive Cancer Network, per chi assume il trastuzumab, raccomandano il monitoraggio cardiaco al basale dopo 3 6 e 9 mesi dall'inizio della terapia. Coloro che erano state sottoposte a un monitoraggio cardiaco ottimale avevano ricevuto la diagnosi recentemente (rapporto di rischio 1.83), erano in cura da un medico laureato dopo il 1990 (rapporto di rischio 1.66), o da un medico donna (rapporto di rischio 1.37) e assumevano antracicline (rapporto di rischio 1.39).

Soltanto 793 (36.0%) delle pazienti erano state adeguatamente controllate. "Attestandosi al 36%, le percentuali di monitoraggio cardiaco ottimale in questo interessante studio sono risultate sorprendentemente basse, data l'immediata disponibilità delle linee guida per determinare la pratica medica e la consapevolezza che le pazienti più anziani sono particolarmente a rischio di cardiotossicità, rendendo fondamentale il monitoraggio", ha commentato **Tracey O'Connor**, professoressa associata di oncologia al Roswell Park Cancer Institute di Buffalo, New York.

FONTE: *Journal of Clinical Oncology 2015*

Lorraine L. Janeczko

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Lunedì 18 MAGGIO 2015

Tumori mammari. Identificate le caratteristiche cellulari e molecolari di quelli sensibili all'acido retinoico

Lo studio finanziato dall'Airc e pubblicato su Embo molecular medicine, è stato effettuato presso il laboratorio di biologia molecolare dell'Irccs Istituti di ricerche farmacologiche Mario Negri in collaborazione con il Dipartimento di Oncologia della Fondazione Maugeri di Pavia e con la facoltà di ingegneria del Politecnico di Milano.

Publicati sulla rivista internazionale *Embo Molecular Medicine*, i risultati di uno studio, finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro (Airc), che dimostra che circa il 70% dei modelli cellulari di carcinoma della mammella di tipo luminale, il gruppo più diffuso, e in particolare i tumori caratterizzati da positività al recettore degli estrogeni, risultano sensibili all'effetto anti-tumorale dell'acido retinoico. Solamente il 20% dei cosiddetti tumori basali o triplo-negativi è, invece, in grado di rispondere all'acido retinoico.

Lo studio è stato condotto, con un approccio multi-disciplinare ed integrato, dal Laboratorio di Biologia Molecolare dell'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri', coordinato da Enrico Garattini, e svolto in collaborazione con il Dipartimento di Oncologia della Fondazione 'Maugeri' di Pavia e con la facoltà di Ingegneria del Politecnico di Milano.

“Il lavoro – commenta **Enrico Garattini**, responsabile della ricerca - dimostra, tra l'altro, che l'effetto anti-tumorale è mediato da un recettore specifico dell'acido retinoico conosciuto con il nome di RAR α . Inoltre, identifica una trentina di geni che, nel loro insieme, sono in grado di predire la risposta dei diversi tipi di carcinoma mammario all'effetto anti-tumorale dell'acido retinoico. Tale “impronta” genetica ha il potenziale di essere utilizzata nella pratica clinica a livello diagnostico per la selezione dei pazienti in grado di beneficiare di trattamenti personalizzati basati sull'utilizzo di acido retinoico”.

L'acido retinoico è il derivato attivo della vitamina A e viene utilizzato con successo dalla metà degli anni novanta nel trattamento della leucemia acuta promielocitica e svolge la sua azione attraverso un meccanismo diverso da quello dei tradizionali chemioterapici.

La specificità dell'effetto anti-tumorale dell'acido retinoico ha dato il via ad una notevole quantità di studi mirati a valutare l'efficacia di questo composto in altri tipi di tumori, con particolare riferimento al carcinoma della mammella che è una collezione di malattie con caratteristiche molecolari molto diverse. E' altamente improbabile che tutti i tipi di carcinoma mammario rispondano egualmente all'effetto anti-tumorale dell'acido retinoico. Un utilizzo razionale di questo composto in ambito clinico richiede l'identificazione dei sottotipi di tumore del seno sensibili.

A PAG. 19

Tribunale Roma

**Colpa
medica:
la mediazione
non salta
se una
delle parti
è assente**

TRIBUNALE ROMA/ Ordinanza sulla procedura di mediazione nella responsabilità medica

«Assenti non determinanti»

Legittima la Ctu medico-legale anche se una delle parti non è presente

**Paziente contro Uno stop a chi
una clinica privata boicotta l'istituto**

Mentre la Scuola Superiore della Magistratura promuove per tutti i magistrati corsi che sensibilizzano i giudici circa il valore della mediazione, c'è già chi da tempo - il giudice Moriconi del Tribunale di Roma - si occupa di mediazione e interpreta il decreto legislativo 28/2010 in maniera tale da favorire (o spingere) al massimo il raggiungimento di un accordo tra le parti.

L'ultima decisione è l'**ordinanza 29 aprile 2015** del Tribunale di Roma, nel procedimento Rg n. 33187/2013 in materia di responsabilità medica.

Il fatto. Un paziente, lamentando un grave danno a seguito di operazione chirurgica presso struttura sanitaria privata (perdita completa della vista dell'occhio destro in persona sessantunenne), chiamava in mediazione sia la struttura sanitaria che la relativa assicurazione.

Non si presentavano in mediazione né l'una né l'altra, sostenendo la necessità di una più approfondita indagine circa i profili di responsabilità dell'équipe.

In mediazione, pur in assenza delle altre parti convocate, il paziente chiedeva di nominare un perito, che veniva effettivamente nominato dal mediatore e successivamente depositava la sua perizia.

Tenuto poi conto che l'organismo al quale il paziente si era rivolto prevedeva la possibilità della pro-

posta anche in assenza delle parti convocate, ma assenti per loro scelta (nel caso struttura sanitaria e assicurazione), il mediatore formulava la sua proposta conciliativa.

Allegando tali atti - perizia effettuata in mediazione e proposta conciliativa del mediatore - il paziente incardinava la causa avanti al tribunale di Roma (giudice Moriconi).

Quest'ultimo, attraverso un'ordinanza di ben 15 pagine, con tanto di indice iniziale, spiega perché la procedura seguita dal mediatore è stata corretta e come può essere legittimamente utilizzata la perizia effettuata in mediazione pur in assenza delle parti.

In sintesi si affermano i seguenti principi:

1) la mediazione può essere esperita anche se le parti convocate sono assenti; infatti non solo non sussistono divieti normativi espressi sul punto e il legislatore ha introdotto molte norme (specie con il Decreto Fare) finalizzate a «spingere» la parte a partecipare, ma soprattutto il raggiungimento di un accordo (finalità della legge) può essere raggiunto anche attraverso strumenti che rafforzando tale possibilità «implicano la proiezione esterna di alcuni contenuti della mediazione, attraverso ad esempio la formulazione (e comunicazione) della proposta della parte presente ovvero di quella, formale, del mediatore, alla parte assente». Né il quadro giuridico può dirsi

cambiato dopo il Dlgs 148/2011 (cosiddetto Decreto Fare);

2) la consulenza svolta in mediazione è legittima: sul punto si richiama la precedente ordinanza dello stesso giudice Moriconi 17 marzo 2014 Rg n. 78493-12;

3) la consulenza espletata in mediazione, pur in assenza delle altre parti, può essere prodotta nella causa successiva: sul punto il giudice considera che l'ordinamento tutela il contraddittorio nel conflitto tra le parti; se poi una parte decide di non voler partecipare ciò non può precludere l'uso dello strumento fornito dall'ordinamento (in questo caso la mediazione). Circa poi il rispetto della terzietà della perizia il Giudice fa presente che il perito è nominato dal mediatore e non dalla parte: non vi è ragione pertanto per ritenere che la perizia non sia terza ed equilibrata;

4) la consulenza tecnica assunta in mediazione può poi essere utilizzata dal Giudice per formulare la proposta ex art. 185 cpc.

Qui l'ordinanza è senza dubbio innovativa: il giudice infatti, condividendo le valutazioni svolte dal pe-



rito nominato dal mediatore, le utilizza per formulare la proposta ex articolo 185 del codice di procedura civile (che per i «non addetti ai lavori» è la norma del codice di procedura civile che dà potere al giudice di tentare la conciliazione tra le parti facendo una proposta conciliativa).

E quindi il Giudice Moriconi formula la sua proposta: 40mila euro di risarcimento di cui 80% a carico della struttura sanitaria con manleva dell'assicurazione e il restante 20% a carico dei medici divisi in quota parte; dando un tempo prestabilito alle parti per decidere se aderire o meno, chiedendo altresì che, nel caso di mancato accordo, le parti indichino le diverse posizioni assunte e per quale motivo non si è raggiunta la conciliazione.

E questo per valutare eventualmente, in causa, la responsabilità della parte che non ha permesso il raggiungimento dell'accordo.

Commento finale. Due sensazioni leggendo l'ordinanza: da una parte la sensazione di uno stravolgimento dell'istituto della mediazione (percezione forte in chi - come la scrivente - è mediatore e pensa che la mediazione non sia un giudizio ma un mezzo di possibile componimento di un conflitto); dall'altra parte una innegabile soddisfazione nel vedere che il continuo "boicottaggio" dell'istituto (che si concretizza nel non presentarsi mai alle mediazioni e quindi nel farle fallire) comincia finalmente a venire sanzionato dalla magistratura.

Un piccolo riscatto per chi negli ultimi anni ha creduto nella mediazione spendendoci tempo ed energie.

Silvia Stefanelli

Studio legale Stefanelli&Stefanelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianosanita.it

Lunedì 18 MAGGIO 2015

Ocse. Italia al 17° posto su 36 Paesi per stato di salute percepito. Speranza di vita a 82 anni, il 66% si dichiara in buone condizioni

E' quanto emerge dall'indicatore di benessere Better life Index che ha coinvolto più di 3600 persone in tutto il mondo. Il 74% circa degli adulti con un reddito disponibile compreso nel 20% più elevato, indica che la propria salute è "buona" o "molto buona", rispetto a circa il 63% dei soggetti il cui reddito disponibile è inserito nel 20% più basso.

L'Italia si colloca al diciassettesimo posto su 36 Paesi per la tutela e il livello della salute. E' quanto emerge dal Better life Index, l'indicatore di benessere elaborato dall'Ocse in collaborazione con Expo 2015, di cui è partner ufficiale. L'indagine ha coinvolto più di 3600 persone in tutto il mondo e ha radiografato undici componenti: oltre alla salute sono stati presi in esame abitazione, reddito, occupazione, relazioni sociali, istruzione, ambiente, impegno civile, soddisfazione, sicurezza, equilibrio lavoro-vita.

L'Ocse segnala che in Italia **la speranza di vita alla nascita si attesta sugli 82 anni, due anni superiore rispetto alla media**. Per le donne è di 85 anni, rispetto agli 80 degli uomini, in linea col divario medio di genere dell'area Ocse, pari a cinque anni. Nonostante molti altri fattori (come standard di vita, stile di vita, istruzione e fattori ambientali) esercitino un impatto sulla speranza di vita, quest'ultima è tanto più elevata quanto più elevata è la spesa per l'assistenza sanitaria per persona.

Alla domanda "Come va la tua salute in generale?" il 66% delle persone intervistate in Italia ha dichiarato di godere di buone condizioni, una percentuale inferiore rispetto alla media Ocse del 68%. Le risposte a questa domanda possono variare in base al sesso, l'età e la condizione sociale dell'intervistato. Nei Paesi indagati, gli uomini hanno in media maggiori probabilità di dichiarare una buona salute rispetto alle donne, con una media del 70% per i primi e del 66% per le seconde. In Italia, la media è pari al 70% per gli uomini e al 62% per le donne.

Le persone più anziane dichiarano di avere una salute più precaria, così come quelle disoccupate o con un livello di istruzione o di reddito inferiori. Il 74% circa degli adulti nel Paese, con un reddito disponibile compreso nel 20% più elevato, indica che la propria salute è "buona" o "molto buona", rispetto a circa il 63% dei soggetti il cui reddito disponibile è compreso nel 20% più basso. **Buone notizie provengono dai riscontri relativi alle regioni: sono ben in 18 a conseguire i risultati migliori dell'area Ocse.**

Nel complesso l'Italia si posiziona al 13/mo posto nell'equilibrio lavoro-vita, al 14/mo nel reddito e al 17/mo nella salute. In tutte le altre voci è al di sotto della media: nelle relazioni sociali siamo in 21/ma posizione, nell'impegno civile in 23/ma, in abitazione e in sicurezza in 24/ma, in soddisfazione personale e in ambiente in 27/ma. Performance negative anche per occupazione (29) e istruzione (21).

Emerge un notevole divario tra le fasce più ricche della popolazione e quelle più povere: il 20% più ricco della popolazione, infatti, guadagna circa il sestuplo delle somme guadagnate dal 20% più povero. Gli italiani sono meno soddisfatti della propria vita rispetto alla media Ocse. Quando è stato chiesto loro di esprimere una valutazione del grado di soddisfazione per la propria vita su una scala da 0 a 10, hanno

Ocse. Italia al 17° posto su 36 Paesi per stato di salute percepito. Speranza di vita a 82 anni, il 66% si dichiara in buone condizioni riportato una valutazione pari a 6.0, pertanto inferiore alla media Ocse (6.6).