

Interruzione di gravidanza. Diminuisce il numero totale
 I ginecologi: liste d'attesa, pochi spazi, tum over bloccati, difficile applicare la legge. E il Papa
 sostiene chi si rifiuta. La proposta: "Ricompense e promozioni per chi non si tira indietro"

Aborto, pillole, obiettori E allarme clandestinità

ELVIRA NASELLI

DAUN lato i dati dell'ultima relazione del ministro della Salute sull'attuazione della legge 194. Dall'altro i ginecologi non obiettori di coscienza, da poco riunitisi a Napoli per il congresso Laiga, che lamentano accessi difficili all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), organici striminziti e tempi lunghi di attesa per le donne, costrette a cambiare regione o a rifugiarsi addirittura nella clandestinità. Nel 2012, secondo le stime dell'Istituto superiore di sanità, gli aborti clandestini sarebbero stati tra 10 e 15.000, un numero sbalorditivo se si pensa che c'è una legge per poterlo fare legalmente.

Secondo la relazione del ministro, inoltre, i medici non obiettori sono sufficienti ma l'organizzazione territoriale non è adeguata: la stima è che un medico non obiettore faccia 1,4 Ivg a settimana, con un minimo di 0,4 in Valle D'Aosta e 4,2 nel Lazio. Numeri, però, che mal si conciliano con le cifre iperboliche dell'obiezione di coscienza che domenica ha avuto il sostegno anche di papa Francesco: nel 2012 media del 69,6%, con il Sud che supera l'80. Arrivando al 90,3% in Molise, l'89,4 in Basilicata, l'84,5% in Sicilia, l'81,9 del Lazio. Dove, però, con un decreto regionale, il governatore Zingaretti ha posto dei limiti all'obiezione di coscienza nei consultori, che potrà riguardare soltanto l'intervento vero e proprio ma non la prescrizione di contraccettivi, pillola del giorno dopo e spirali compresse, o il rilascio della certificazione richiesta per poter abortire.

Detto questo, le Ivg in Italia continuano a diminuire: i dati 2013 hanno fatto registrare un -4,2% rispetto all'anno precedente. Dei 102.644 casi del 2013, l'8,5% è stato un aborto farmacologico, con la RU486. Percentuale che però sale al 25,2% in Liguria o al 19 del Piemonte. Il problema della media Ivg per ginecologo non obiettore però resta. «Forse hanno compreso nel calcolo anche i ginecologi ambulatoriali - ragiona Massimo Srebot, direttore Ostetricia e Ginecologia e responsabile area materno-infantile della Usl 5 di Pisa - che non possono fare interruzioni di gravidanza. In ogni caso allungare le liste d'attesa è un'azione ai limiti del reato perché si favorisce l'aborto clandestino». Qualche soluzione Srebot

ce l'ha. «Snidare l'obiezione di comodo per cominciare. Con incentivi economici, come quelli riconosciuti alle cliniche convenzionate per l'Ivg. Ma anche con progressi di carriera, come la direzione di una struttura semplice a un non obiettore. C'è poi un discorso culturale. Il percorso dell'Ivg fa parte della fisiologia della vita della donna, anche se non è un percorso felice, e allora perché deve occuparsene un medico? L'ostetrica potrebbe fare l'80% del percorso, dall'accoglienza della donna, alla spiegazione dell'iter fino alla firma del consenso. E da noi lo fa, con tanti vantaggi: è più vicina alla donna, ha appropriatezza e costa meno di un medico».

Meno felice la situazione pugliese. «La metà degli aborti si fa nel privato convenzionato - attacca Antonio Belpiede, primario di Ginecologia e ostetricia, ospedale di Barletta - ma nel pubblico ci sono infinite criticità che, nonostante la sensibilità dichiarata dal governo regionale, non sono state risolte. Non ci sono spazi specifici e dignitosi per le donne, esiste una quota di obiezione di comodo e non c'è ricambio di medici non obiettori. Noi abbiamo circa 400 aborti farmacologici a fronte di 150 chirurgici, perché le donne arrivano in tempo utile per l'uso del farmaco. L'intervento è appannaggio delle meno informate e svantaggiate. Detto questo, ci sentiamo abbandonati: non abbiamo ostetriche neanche per i parti e non riusciamo a fare counselling contraccettivo».

Non va meglio nel Lazio. «I non obiettori sono dei garibaldini - racconta Elisabetta Canitano, medico 194 per la Asl Roma D e presidente di "Vita di donna" - ci sono operatori assunti solo per la 194 che lavorano in cinque ospedali diversi. E quando sono malati o in ferie l'attività si blocca. Inoltre ci sono gli ospedali laici che non fanno interruzioni di gravidanza, nel Lazio sono almeno dieci. Un altro tipo di

problema è quello dell'aborto terapeutico perché parliamo di donne che volevano un bambino ma hanno scoperto gravi malformazioni con la diagnostica. Al congresso di Napoli, Kypros Nicolaidis, specialista di medicina fetale del King's College di Londra, ha insistito sulla necessità di anticipare quanto più possibile i tempi della diagnostica. Entro il primo trimestre si deve arrivare a fare una valutazione precoce delle malformazioni, e quantificare il rischio di parto precoce. Se riusciamo a farlo, possiamo concentrarci sulle gravidanze a rischio con consulenze e interventi in utero. I medici non obiettori non sono pro aborto ma pro scelta della donna, quale che sia».

**Ancora poco diffusa la Ru486
per il ritardo con cui le donne
arrivano nei centri pubblici**

LA TESTIMONIANZA.

“Ipocrita e immorale

lavarsene le mani

**Io aiuto queste donne
fino a 24 settimane”**

GIUSEPPE DEL BELLO

A UN LATO orgogliosa dei risultati del «nostro centro in cui in una sola settimana ci si prenota e si abortisce», dall'altro furi-bonda per le «incongruenze della 194 che andrebbero assolutamente cambiate». Carla Ciccone lavora da 35 anni nella divisione di Ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino. Un'isola felice in una regione — la Campania — che, in linea con tutto il Sud, è al top per numero

di medici obiettori di coscienza.

Incongruenze di che tipo?

«Come quella che permette a un obiettore di coscienza di scaricare una donna appena arrivata la diagnosi di malformazione fetale. Da quel momento il collega se ne lava le mani, soltanto perché la paziente sarà affidata ad altri per interrompere la gravidanza e lui si sente esentato da qualsiasi compito assistenziale. È fuori da qualsiasi etica professionale».

Lei contesta l'impalcatura della 194?

«Senta, io mi interessò di aborti terapeutici: le infermiere

e tutto lo staff sono impeccabili e, al massimo entro 48 ore, una donna viene avviata all'Ivg, ma è proprio l'obiezione di coscienza che dovrebbe essere abolita dalla legge. Ipocrisia da cancellare».

Ma non è un'ipocrisia per il medico-obiettore?

«Eh no, invece è proprio così. Perché chi ha le tasche piene di soldi, anche se è trascorso il termine fissato, può comunque permettersi l'aborto. Tre giorni fa è arrivata da noi una donna alla 25esima settimana con una seria alterazione cromosomica fetale. Ebbene, lei non rientrava nei protocolli e io gliel'ho detto. Non ha replicato nulla, aveva il danaro e se n'è andata in Grecia dove se ne fregano del tempo di gestazione. Eppure io fino alla 24esima settimana do la mia disponibilità all'aborto».

Ma il limite di legge scatta prima, lei non lo rispetta?

«Alt. La legge dice che entro 90 giorni è possibile abortire volontariamente, mentre 22 settimane e tre giorni sono il limite per l'aborto terapeutico».

Appunto, lei invece va avanti per altre due settimane.

«Certo, perché questo limite se l'è dato la comunità scientifica, non l'impone la legge. Io accetto entro e non oltre le 24 settimane, una soglia decisa con il Comitato etico».

Quanti obiettori ci sono nel suo ospedale?

«La percentuale è equilibrata, 50 a 50. E anche lo staff anestesista fa registrare lo stesso trend, mentre tra le ostetriche,

**“Non vado contro
i tempi stabiliti
dalla normativa”**

due su sei sono obiettrici. L'anno scorso sono stati fatti 130 aborti terapeutici (dalla 13esima alla 24esima settimana); mentre quelli spontanei, entro i tre mesi, hanno toccato quota 700. E qui arrivano non solo donne da tutta la Campania, ma anche dal basso Lazio, da Foggia e dal Molise».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZE IN ITALIA

NEL 2012



NEL 2013

4000

Di CUI



DONNE STRANIERE

Pillola abortiva

(MIFEPRSTONE + PROSTAGLANDINA)

COS'È

Mifepristone (RU486)
È uno steroide sintetico che induce l'aborto chimico

Prostaglandina (Misoprosolo)
Intensifica l'attività contrattile del miometrio

COME SI ASSUME



COME AGISCE

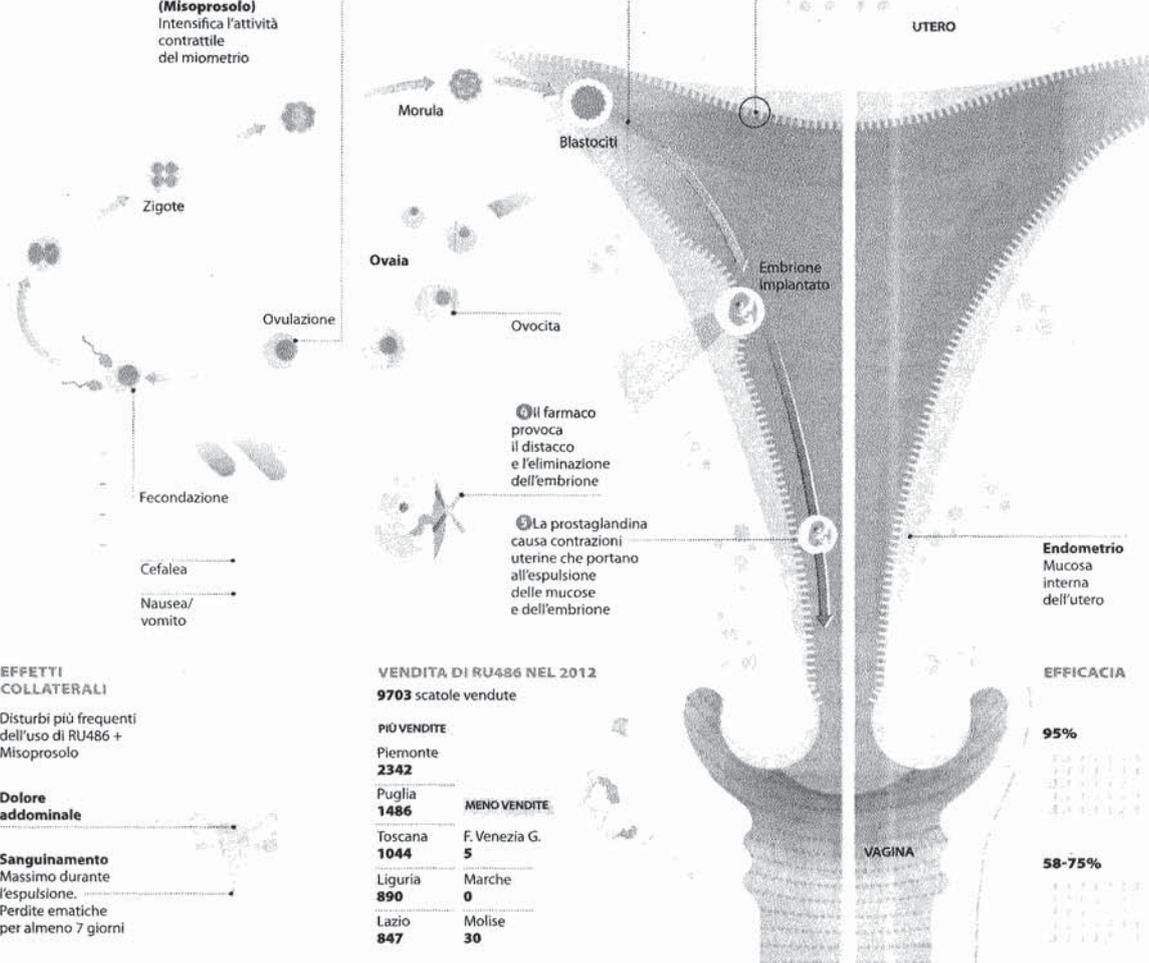
- 1 Dopo l'ovulazione, l'ovocita viene fecondato e va incontro a diversi stadi di divisione cellulare
- 2 Il sesto giorno avviene l'impianto nell'utero e poi inizia lo sviluppo dell'embrione
- 3 Il Mifepristone inibisce l'azione del progesterone sulle strutture uterine

Pillola del giorno dopo

(NON ABORTIVA)

COS'È

Levonorgestrel (NorLevo o Levonelle)
Progestinico, contraccettivo di emergenza. Inefficace nelle donne over 80 kg



IN CIFRE

7855 IVG* con RU486

18,5% di tutte le IVG

* Interruzioni Volontarie di Gravidanza in Italia nel 2012

EFFICACIA

95% dei casi se usati entrambi i farmaci abortivi

EFFETTI COLLATERALI

Disturbi più frequenti dell'uso di RU486 + Misoprosolo

Dolore addominale

Sanguinamento Massimo durante l'espulsione. Perdite ematiche per almeno 7 giorni

VENDITA DI RU486 NEL 2012

9703 scatole vendute

PIÙ VENDITE

Piemonte	2342
Puglia	1486
Toscana	1044
Liguria	890
Lazio	847
F. Venezia G.	5
Marche	0
Molise	30

MENO VENDITE

EFFICACIA

95%

58-75%

FONTE: RIFLABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA SALUTE / DITSSA ROSETTA PAPA, DIRETTORE UNITÀ COMPLESSA SALUTE DONNA NAPOLI / ADUC, ASSOCIAZIONE PER I DIRITTI DEGLI UTENTI E CONSUMATORI / AIFA / MINISTERO DELLA SALUTE, 2013

OBIEZIONE DI COSCIENZA IN ITALIA

Media dei medici obiettori nel 2012

AL SUD



più dell'80% dei medici

dei ginecologi

degli anestesisti

del personale non medico

COME SI ASSUME



RAPPORTO SESSUALE

1ª DOSE



Subito, entro le 72 ore

2ª DOSE



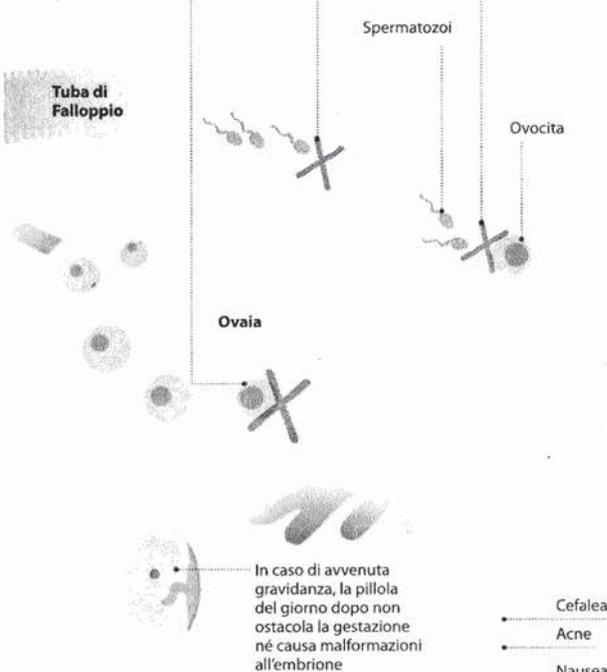
12 ore dopo

COME AGISCE

1 Il farmaco blocca l'ovulazione se questa non è ancora avvenuta

2 È anche in grado di ostacolare il passaggio degli spermatozoi verso l'utero e le tube

3 In caso di un ovulo già rilasciato ne impedisce la fecondazione



INFOGRAFICA PALLA SIMONETTI

ASSUNZIONE

Entro le 24 ore dal rapporto



Entro le 72 ore dal rapporto



EFFETTI COLLATERALI

Principali disturbi dell'utilizzo di Levonorgestrel

Alterazioni del flusso mestruale

Ipermenorrea, polimenorrea, spotting intermestruale, leucorrea



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Pillole di salute

La depressione post parto contagia anche i papà Un progetto per curarla

*** LUCA BERNARDO*

■ ■ ■ La depressione in gravidanza e nel post partum è una problematica più diffusa di quanto si pensi, riguarda infatti circa il 15% delle neomamme. Questi disturbi stanno fortunatamente ricevendo una sempre maggior attenzione da parte della ricerca scientifica, anche per individuare forme di intervento sempre più mirate e specifiche. Troppa infatti è la sofferenza delle donne in queste condizioni che va a influire anche sul bambino e sulle sue potenzialità di sviluppo.

Per questo il progetto pilota finanziato da Regione Lombardia e svolto dal Fatebenefratelli di Milano in collaborazione con O.N.Da e Itaca, rappresenta un nuovo modello organizzativo clinico assistenziale e riabilitativo interessante. L'obiettivo è creare una maggior consapevolezza della grande vulnerabilità psichica di ogni mamma, aiutandola a uscire dallo stato di solitudine in cui spesso si trova quando soffre di depressione perinatale, offrendo un trattamento personalizzato specialistico e multidisciplinare. Un gruppo di esperti (che hanno nel Centro Psiche Donna di Milano la struttura di riferimento) composto da psichiatri, psicologi, neonatologi, pediatri e volontari, si recano a domicilio coinvolgendo attivamente anche i papà, supportandoli nella loro genitorialità. I partner di donne depresse nel post partum presentano infatti una maggior vulnerabilità alla stanchezza e a sviluppare disturbi dell'umore o sintomi psichici di disadattamento. La depressione nei neo padri determina uno scadimento nella relazione di coppia e nella costruzione della struttura familiare appena formata, e interferisce con l'adeguato sviluppo del bambino.

SINTOMI DA RICONOSCERE

Il progetto è partito da una ricerca condotta da O.N.Da, presieduta da Francesca Merzagora, che ha coinvolto oltre 1000 donne e uomini lombardi per indagare percezioni e vissuto della depressione perinatale sia in chi aveva avuto questa

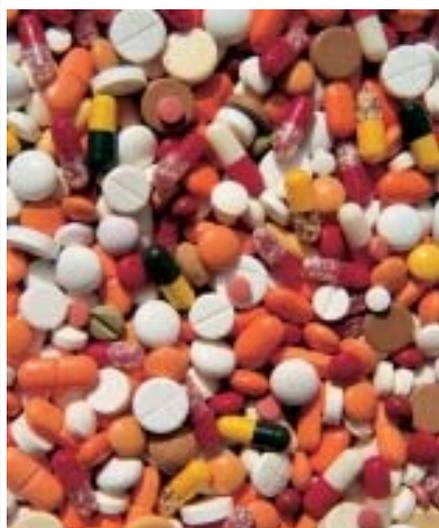
esperienza sia in chi ne aveva solo sentito parlare. La problematica viene vissuta come un disturbo grave, di origine multifattoriale. Le donne soffrono doppiamente di sentirsi male in questo periodo della vita, in cui nell'immaginario collettivo si dovrebbe essere necessariamente felici. L'informazione sulle possibilità di cura è ancora scarsa e anche il riconoscimento dei primi sintomi nonché l'approccio diagnostico terapeutico da parte degli operatori è migliorabile. Per questo sono state realizzate delle Linee guida su prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale (in attesa di riconoscimento regionale) da parte del gruppo del prof. Mencacci destinate ai professionisti della salute con la collaborazione delle principali società scientifiche coinvolte nella tematica.

Un aggiornamento sull'utilizzo degli psicofarmaci in gravidanza e nel puerperio nonché l'apprendimento di un modello di trattamento cognitivo comportamentale è stato recentemente oggetto di un corso organizzato in Regione Lombardia, con l'obiettivo di costruire una rete regionale per affrontare al meglio la depressione perinatale. L'auspicio è che tale assistenza, che si sta rivelando utile a tante famiglie, possa proseguire nel tempo e possa essere esportata in altre realtà territoriali per rendere gravidanza e post partum un periodo sereno per la famiglia.

*** Direttore del Dipartimento
materno-infantile Fatebenefratelli
e Oftalmico di Milano**



Contraccettivi ormonali e farmaci, da interazioni riduzione di efficacia



In occasione di Infogyn, congresso di ginecologia e ostetricia francese appena tenutosi a Tarbes, Haleh Bagheri ha ricordato le più comuni interazioni tra contraccettivi ormonali e gli altri medicinali. Situazioni di cui medico e paziente devono essere al corrente per poter gestire in modo ottimale l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci. Ad essere più o meno coinvolti sono tutti gli estroprogestinici, a dosi normali e a minidosi, indipendentemente dalla via di somministrazione, i progestinici a dosi normali o microdosati, gli impianti, gli IUD (dispositivi intra uterini) a rilascio di levonorgestrel, i progestinici iniettabili e i contraccettivi d'emergenza, cioè levonorgestrel e ulipristal. Le interazioni tra contraccettivi e altri farmaci possono essere molto varie, tuttavia il problema si pone quando ad essere alterata è la farmacocinetica di prodotti a ridotto margine terapeutico, come digossina, antiepilettici, anticoagulanti cumarinici, antiaritmici, per i quali una riduzione o un incremento di attività possono egualmente essere dannosi per il paziente. Gli estroprogestinici assunti per via orale seguono il circolo enteroepatico e sono metabolizzati dal fegato: è lì che si verificano la maggior parte delle interazioni farmacologiche perché ci può essere competizione per gli stessi sistemi enzimatici e quindi rischio d'accumulo di una delle due molecole interessate, con conseguente sovradosaggio. Gli enzimi interessati fanno parte della famiglia dei citocromi che intervengono nel metabolismo di numerose sostanze esogene ed endogene. Il citocromo P450 per esempio è un sistema complesso di isoenzimi: nell'uomo ne sono stati identificati 30 e almeno quattro sono implicati nel metabolismo dei medicinali. Il più importante è il CYP3A4 perché agisce sul 50% dei farmaci; i suoi inibitori aumentano l'azione e anche gli effetti

Lunedì 17 NOVEMBRE 2014

Giornata Mondiale Prematurità. Ogni anno nel mondo 1 milione di prematuri non sopravvive. E in Italia un neonato su 10 è prematuro

Le cause possono spesso essere prevenute. Importanti politiche mirate e la riduzione di fattori di rischio legati allo stile di vita. Oggi in diverse città i monumenti si illumineranno di viola, colore che idealmente rappresenta la prematurità. La manifestazione è promossa da EFCNI e in Italia da Vivere Onlus

Ogni anno, circa 15 milioni di bambini nascono prima del termine e ben un milione non sopravvive. Globalmente, un neonato su 10 nasce prematuro. Oggi, 17 novembre, ricorre la Giornata Mondiale della Prematurità 2014 (*World Prematurity day* 2014), una manifestazione globale, celebrata in più di 60 paesi, che dal 2011 ha come obiettivo quello di sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della prematurità e della malattia nei neonati, per dare voce alle famiglie dei piccoli pazienti, che talvolta hanno problemi di salute o non sopravvivono.

Nel 2008, alcune organizzazioni nazionali di genitori hanno unito le loro forze per creare un gruppo internazionale che raccogliesse le famiglie a livello europeo e globale: a partire da questa iniziativa, dal 2009 la Giornata viene celebrata in Europa e dal 2011 ogni anno il 17 novembre è il giorno dedicato alla prematurità, ovvero il *World Prematurity day*, sostenuta dall'European Foundation for the care of newborns infants' (EFCNI – Fondazione Europea per l'assistenza dei neonati), insieme ad altre Organizzazioni nazionali in altri continenti.

La scelta della data è dovuta al fatto che uno dei fondatori di EFCNI, dopo aver perso nel 2006 i suoi tre gemelli nati prematuri, è diventato padre di una bimba sana proprio nel giorno del 17 novembre 2008.

In occasione della Giornata Mondiale, in tutto il mondo verranno illuminati monumenti o punti di interesse con il colore viola (colore che nel mondo rappresenta la prematurità). Nel nostro paese, promossa in Italia dall'Associazione Vivere Onlus, Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia, insieme ad EFCNI (vedere l'approfondimento per i dettagli sulle città italiane che prenderanno parte all'iniziativa).

In Europa, ogni anno circa mezzo milione di bambini nasce prima del termine, secondo i dati EFCNI. La prematurità e il basso peso corporeo alla nascita rappresentano due delle principali cause di mortalità infantile e morbidità: ben il 63% dei bambini che muoiono prima dei cinque anni, infatti, sono neonati. Queste cause, sottolinea la Fondazione europea, spesso possono essere prevenute, migliorando l'assistenza e le cure prima e dopo il parto sia per le madri che per i neonati. I bambini nati prima del termine, in generale, presentano un più elevato rischio di complicazioni per la salute e condizioni croniche che possono avere un impatto sul loro sviluppo futuro e sulla vita quotidiana.

I fattori di rischio

In circa la metà dei casi di nascita pretermine, le esatte cause rimangono sconosciute; tuttavia, sono stati identificati alcuni fattori di rischio, collegati a tale problema.

Tra i fattori legati allo stile di vita, il fumo, il consumo di alcol, l'uso di droghe, alto livello di stress e prolungato orario di lavoro, cure prenatali tardive o assenti, assenza di supporto sociale; mentre tra le condizioni mediche, alcune infezioni (tratto urinario, vaginale), alta pressione sanguigna, diabete, disordini della coagulazione, essere sottopeso, obesità, gravidanza multipla, avere già avuto un parto pretermine, anomalie uterine o della cervice. Infine, alcuni fattori socio-demografici possono contribuire ad aumentare il rischio di parto prematuro (età inferiore ai 17 anni o superiore ai 35, condizioni economiche precarie).

Criticità su cui agire

Pochi paesi europei hanno messo in atto politiche mirate per l'assistenza specifica per i neonati, riferisce EFCNI. Nei luoghi in cui queste strategie sono state attuate, il tasso di neonati prematuri è al di sotto della media europea. I programmi di prevenzione sono spesso a titolo volontario o non sono ancora strutturati in maniera omogenea e ci sono delle differenze tra le linee guida ospedaliere e le procedure individuali. A livello generale, talvolta non c'è un supporto specifico e/o finanziario rivolto alle famiglie dei bambini nati prematuri, anche se ai piccoli è stata diagnosticata una specifica disabilità.

Un aspetto importante su cui agire, inoltre, riguarda la prevenzione e la consapevolezza dei genitori: talvolta l'informazione sui rischi, sui sintomi e sulle raccomandazioni relative allo stile di vita risulta carente o assente.

In Italia, la Società Italiana di Neonatologia (SIN) sottolinea che l'assistenza mostra livelli qualità non inferiori a quelli di altri paesi europei e oltreoceano, ma che restano ancora troppe differenze tra le regioni (vedere l'approfondimento).

Viola Rita

Cassazione: le colpe del primario «non informato»



Il primario ospedaliero risponde del danno derivato da deficit organizzativo della struttura da lui diretta, se non riesce a dimostrare di avere adempiuto tutti gli obblighi imposti dalla legge (Dpr 27 marzo 1969, n. 128, articolo 7). Ogni primario deve essere informato sulle condizioni dei malati, deve avere impartito le necessarie istruzioni al personale, e predisposto le direttive per eventuali emergenze. Con questa motivazione la terza sezione della Cassazione (sentenza n. 22338 del 22 ottobre), ha rinviato per nuova valutazione quella della Corte d'appello di Messina che mandò assolto il sanitario. Nella fattispecie, il sanitario fu chiamato a rispondere della negligenza dei medici del reparto, che non rilevarono i dati pelvimetrici della gestante e non eseguirono il necessario parto cesareo. Durante le manovre i medici del reparto provocarono la lesione del plesso brachiale al neonato. I giudici di merito rilevarono la disorganizzazione del reparto per poi escludere la responsabilità del primario per quanto accaduto.

Motivazione ritenuta contraddittoria e laconica, tanto da convincere i giudici a rispedirla al mittente per un nuovo riesame imponendo un vero e proprio decalogo: accertare se e in che misura i deficit organizzativi della struttura sanitaria fossero imputabili anche al primario; accertare se e in che misura il primario si fosse attivato per prevenirli o attenuarne le conseguenze; accertare se vi fosse la concreta possibilità di trasferimento della paziente in altra struttura; esaminare

analiticamente le censure mosse dai genitori del bambino.

In base al Dpr 128/1969, il primario risponde dei deficit organizzativi del reparto, quando questi siano consistiti in una carente assegnazione di compiti e mansioni al personale e in scarse istruzioni. Il primario ospedaliero deve avere, afferma la legge, «puntuale conoscenza delle situazioni cliniche che riguardano tutti i degenti, a prescindere dalle modalità di acquisizione di tale conoscenza». Di conseguenza, afferma la sentenza, è in colpa il medico che tiene una condotta difforme da quella che nelle medesime circostanze avrebbe tenuto un professionista diligente, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, comma 2, e un primario "diligente" non avrebbe trascurato di impartire adeguate direttive al personale a lui sottoposto per gestire le emergenze, né avrebbe trascurato di informarsi sull'andamento di un parto che si preannunciava distocico.

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/giurisprudenza/2014-11-17/cassazione-colpe-primario-informato-193642.php?uuid=AbMwBfeK>

indesiderati dei contraccettivi: vomito ed eventuali incidenti tromboembolici venosi. Tra i medicinali che lo inibiscono troviamo: macrolidi, antivirali, antimicotici, talvolta gli antitumorali che inibiscono la tirosinachinasi (quelli con suffisso -tinib) e il succo di pompelmo.

I farmaci che invece agiscono come induttori del citocromo possono portare al fallimento dell'azione contraccettiva, tra l'altro in momenti diversi di una cura: infatti l'alterazione degli effetti attesi può verificarsi per tutta la durata del trattamento e anche un mese dopo la sospensione del farmaco induttore. Per esempio l'antiepilettico lamotrigina perde efficacia se somministrato insieme a etinilestradiolo (Ee2), mentre la sospensione del contraccettivo provoca un sovradosaggio di rimbalzo. Il consiglio è di controllare i livelli plasmatici al momento di iniziare o interrompere un estroprogestinico, oppure optare per un progestinico da solo che non presenta questi inconvenienti. Anche le concentrazioni plasmatiche di acido valproico diminuiscono in presenza di Ee2 e se ne perde l'efficacia. Per quanto riguarda gli ormoni tiroidei è la loro frazione libera che cala, quindi occorrerà incrementare la dose di levotiroxina. Infine non bisogna dimenticare l'effetto degli antiacidi inibitori di pompa protonica in fase di assorbimento e metabolizzazione dei contraccettivi d'emergenza, soprattutto su ulipristal: bisognerà metter in conto una perdita di efficacia o persino un incremento degli effetti indesiderati. Per i farmaci anti-Hiv il discorso è molto complesso e l'autrice rimanda a un sito web apposito, in ogni caso è opportuno che il medico sia al corrente di tutti i farmaci che un paziente assume, sia per terapie croniche che per patologie acute.

<http://www.farmacista33.it/contraccettivi-ormonali-e-farmaci-da-interazioni-riduzione-di-efficacia/pianeta-farmaco/news--29534.html?xrtid=>

La medicina difensiva pesa 10 miliardi

Analisi realizzata da Agenas in Lombardia, Marche, Sicilia e Umbria

Troppi controlli, troppe prestazioni inappropriate, troppi soldi sprecati. Sono vorticosi i numeri della medicina difensiva nel nostro Paese. E il brutto è che i dati sono destinati a crescere. Senza timori, il 58% dei medici ammette apertamente di praticarla e per quasi tutti (93%), il fenomeno medicina difensiva sembra ineluttabile, destinato cioè ad aumentare inesorabilmente nei prossimi anni. Un fiume in piena di esami inutili che valgono il 10% del totale della spesa sanitaria (9-10 mld) con un costo pro capite di 165 euro su un totale di 1.847 euro. Sono i dati riportati nel primo studio-pilota elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e presentato a Roma nei giorni scorsi, durante il workshop «Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico».

Poker di Regioni sotto esame. Lo studio pilota è stato effettuato su quattro Regioni: Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria, su un campione di circa 1.500 medici ospedalieri.

Sei medici su dieci, ossia il 58% degli intervistati, ammettono di praticare la medicina difensiva. L'oscar dell'inappropriatezza lo prendono equamente con il 33% del totale gli esami laboratorio, al pari appunto degli esami strumentali, a seguire con il 16% le visite

specialistiche. Un comportamento difensivo preoccupante, ammesso dal 6% dei medici interrogati è di non fornire cure potenzialmente efficaci, perché sono ad alto rischio complicazioni.

Le cause principali attribuite dai medici interrogati sono: per il 31% la legislazione sfavorevole per il medico, per il 28% il rischio di essere citati in giudizio e il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari.

Dall'analisi emerge un altro aspetto significativo, i medici sanno benissimo di esagerare e hanno già la ricetta per uscire dall'impasse e ridurre la medicina difensiva: per il 49% basterebbe attenersi alle evidenze scientifiche e per il 47% si dovrebbero riformare le norme che disciplinano la responsabilità professionale. **La voce delle istituzioni.** «Con questo progetto - ha specificato il Dg Agenas, Francesco Bevere, si affronta un tema controverso, di grande attualità, quello della medicina difensiva, approntando strumenti validi alla valutazione del fenomeno in tutte le sue sfaccettature: dai fattori economici alle cause legate essenzialmente a una legislazione non sempre favorevole per i medici, agli aspetti emotivi del professionista sanitario. Tutto ciò è un grave sintomo del profondo malessere, ampiamente

diffuso tra i medici, che genera gravi conseguenze sulla qualità e la sicurezza delle cure e delle organizzazioni». Sul tema è intervenuto **Amedeo Bianco (Fnomceo)**: «Occorre potenziare la gestione e la prevenzione del rischio in tutti gli aspetti, lavorare su responsabilità civile e penale correggendo le situazioni anomale e inserire le tabelle per i risarcimenti. Se facciamo queste cose limitiamo anche l'impatto sulle assicurazioni». Sottolinea il danno prodotto dai comportamenti difensivi anche **Annalisa Silvestro (Ipsavi)**: «L'iper-prescrizione incide e si riflette su tutte le professioni sanitarie».

Dati in crescita. In questi giorni, il Cineas, Consorzio universitario del Politecnico di Milano, ha presentato il Libro bianco della medicina difensiva, dove il dato fotografato sale fino a 13 miliardi di euro, pari al 10% della spesa sanitaria. Ma cambia poco: dieci o tredici miliardi di spreco, in ogni caso, la sanità italiana non può assolutamente permetterseli.

Lucilla Vazza

La sintesi dei risultati	
I più frequenti comportamenti di Md (prescrizione di):	
● Esami di laboratorio	33%
● Esami strumentali	33%
● Visite specialistiche	16%
● Non fornire cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio di complicazioni	6%
Cause principali di Md	
● Legislazione sfavorevole per il medico	31%
● Rischio di essere citato in giudizio	28%
● Sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste/pressioni/aspettative da parte del paziente e dei familiari	14%
Stima dell'impatto economico	
● Generale in euro	9-10 mld
● Generale in % sulla spesa sanitaria	10,5%
● Generale in euro sulla spesa sanitaria pro capite (1.847 euro)	165 €
Stima dei costi della Md per settori rispetto alla spesa totale	
● Farmaceutica	14%
● Esami strumentali	25%
● Esami di laboratorio	23%
● Visite specialistiche	11%
Utilizzo della Md	
● Percentuale rispondenti al questionario che dichiarano di praticare Md	58%
● Percentuale rispondenti al questionario che ritengono che la Md sia destinata ad aumentare	93%
● Percentuale rispondenti al questionario (che dichiarano di praticare Md) che ritengono che la Md ha diminuito le loro probabilità di errore	64%
● Percentuale rispondenti al questionario (che dichiarano di praticare Md) che ritengono che la Md sia un fattore limitante	69%
Azioni potenzialmente efficaci per ridurre i comportamenti di Md	
● Personali: attenersi alle evidenze scientifiche	49%
● Organizzative: riforma delle norme che disciplinano la responsabilità professionale	47%



FARMACI: INDAGINE UE, ALLARME CARENZA PER QUASI 80% FARMACISTI ITALIANI =

Nel nostro Paese mancano soprattutto antibiotici, medicinali cardiovascolari e chemioterapici

Roma, 17 nov. (AdnKronos Salute) - Mancano i farmaci ed è allarme terapie a rischio interruzione per i pazienti europei, anche italiani. Il 77% dei farmacisti ospedalieri del nostro Paese segnalano infatti scorte limitate soprattutto di antibiotici (amoxicillina, linezolid), medicinali per malattie cardiovascolari (labetalolo) e persino per il cancro (cisplatino, metotrexato, oxaliplatino), ma non solo. Lo rivela un rapporto dell' Associazione europea dei farmacisti ospedalieri (Eahp), che ha esaminato le esperienze di oltre 600 farmacisti ospedalieri in 36 Paesi europei, e presenta un quadro impressionante di come la carenza di medicine stia influenzando il trattamento di pazienti in tutto il vecchio continente. Oltre l' 86% dei farmacisti ospedalieri europei sta vivendo difficoltà nel reperire i medicinali, con il 66% che segnala questo come un problema quotidiano o settimanale. I prodotti maggiormente coinvolti dal fenomeno, in generale a livello europeo, sono i farmaci per combattere le infezioni (57%), contro il cancro (55%) e gli anestetici (26%). Il 75% dei farmacisti ospedalieri intervistati si dice d' accordo o fortemente d' accordo con l' affermazione "la carenza di medicinali nel mio ospedale sta avendo un impatto negativo sulla cura dei pazienti".

Il 52% dei professionisti dice che i farmaci 'griffati' sono più spesso oggetto di carenza, mentre il 37% ha indicato i generici.

Le conseguenze per i malati includono ritardi nel trattamento o addirittura interruzioni della chemioterapia, effetti collaterali non necessari, un accresciuto rischio di infezioni da Clostridium difficile e il deterioramento delle condizioni generali, afferma l' Eahp. Anche altri disturbi sono a rischio di non essere curati: un farmacista italiano afferma ad esempio che il "lorazepam", un ansiolitico, "manca da oltre due anni". Secondo un farmacista siciliano, "qualche volta è davvero un grande problema assicurare la continuità delle cure". Oltre a questo, i farmacisti ospedalieri hanno riferito enormi costi in termini di tempo sprecato (almeno 5 ore a settimana) per trovare forniture alternative, l' aumento dello stress e della confusione, frequenti costi elevati per l' approvvigionamento di prodotti sostitutivi rispetto a quelli previsti, oltre al fatto che si deve rinunciare a migliorare il servizio, perché c'è la necessità più urgente di risolvere il problema e quindi di usare risorse per questo.

"Due cose mi sconvolgono sul problema della carenza di farmaci in Europa - ha detto il presidente dell' Eahp Roberto Frontini - la sua diffusione e l' impatto che sta avendo sulla sicurezza e il benessere dei pazienti. Per troppo tempo questo problema non è stato affrontato. E' arrivato il momento per coloro che hanno la responsabilità di proteggere i cittadini europei dalle minacce sanitarie transfrontaliere, di affrontare il problema. Abbiamo bisogno di sistemi evoluti per garantire la comunicazione anticipata di interruzioni di fornitura, che specifichino le cause, la durata e le alternative disponibili". "C'è bisogno di un cambio di passo nella registrazione delle informazioni sul problema - aggiunge Frontini - servirebbe che l' Agenzia europea per i medicinali sviluppasse una banca dati dei farmaci carenti in tutta Europa, replicando quanto già fatto dalla sua controparte americana. Abbiamo bisogno di criteri per un' equa distribuzione in caso di penuria, in base alle esigenze dei pazienti e non agli interessi commerciali. Infine, abbiamo bisogno che la Commissione europea si impegni nel condurre indagini e trovare soluzioni. Come chiarisce il nostro rapporto, la carenza di farmaci è una minaccia per la salute che non guarda alle frontiere, ed è il momento che l' Unione europea agisca", conclude.

RAPPORTO GLOCUS**«Si possono tagliare 22 mld in 5 anni»**

La revisione e la trasparenza di tutti i costi, anche degli attuali costi standard. La lotta senza quartiere alla corruzione, che è possibile e a portata di mano. Una cura massiccia di e-health per spendere meno e meglio. Un management scelto per la sua professionalità e non asservito alla politica e ai partiti. E una spuntatina d'unghe al potere regionale, riportando la barra al centro, con un'Agenzia nazionale che garantisca trasparenza, confronti e concorrenza tra pubblico e privato, monitoraggi costanti e un universalismo effettivo da Nord a Sud.

Cinque carte per vincere (e risparmiare) al tavolo della spesa sanitaria. Per cambiare il Dna del Ssn e salvare, migliorando la qualità dei servizi. Fino a far risparmiare il 20% ad Asl e ospedali: 22 mld in meno in 5 anni. La sfida per fare dappertutto del Ssn una casa di vetro capace di coniugare buona (e minore) spesa e servizi all'altezza, arriva dal «Rapporto Glocus» presentato la settimana scorsa a Roma, presente la ministra **Lorenzin**.

Un rapporto che arriva nel bel mezzo dell'esame della manovra 2015 con i governatori in allarme per i tagli che rischierebbero di ridurre pesantemente proprio i servizi sanitari. Ma **Linda Lanzillotta** (Scelta civica), vice-presidente del Senato e presidente di Glocus, la pensa diversamente. «Ogni anno si drammatizzano le riduzioni di spesa. Senza mai fare una vera analisi dei fattori di costo e di come potrebbero essere fortemente ridimensionati anche migliorando qualità e prestazioni». Col sottinteso che l'eccesso di potere conquistato in questi anni dalle Regioni, ha attribuito loro una logica di «condizionamento» che ha drenato risorse a settori strategici per indirizzarle alla sanità.

La revisione dei costi, secondo lo studio, deve partire dall'aggiornamento della remunerazione (Drg) degli interventi

in ospedale: vecchi, maturi, che non premiano le novità tecnico-scientifiche e rappresentano un deficit per il Ssn ma talvolta un surplus per i privati. Poi proseguire con un nuovo elenco degli ausili ai disabili, fermo a 15 anni fa e sganciato dalle tecnologie. Paradossi tali, spiega Lanzillotta, che il Ssn talvolta «rimborsa al fornitore un prezzo più alto di quello che si trova al negozio».

Un cambio di paradigma in cui anche le imprese dovranno però fare la loro parte. E che si aggiunge alla revisione degli attuali costi standard: «Sfatiamo - afferma la presidente di Glocus - il mito dei costi standard e dell'ancor più mitica siringa: così, oggi, lo standard incorpora inefficienze e sprechi. Mentre va fatto sui processi più virtuosi da prendere come riferimento anche con un'analisi dei prezzi grazie alla sanità elettronica».

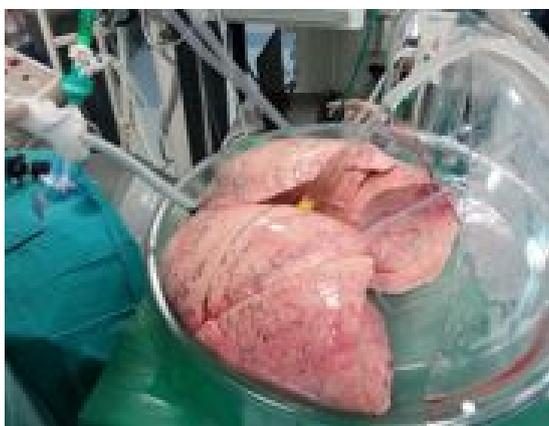
Non a caso la digitalizzazione (che una volta ancora spacca Nord e Sud d'Italia) dovrà essere la cartina di tornasole del cambiamento. In un combinato disposto con la trasparenza massima del sistema e il contrasto senza moratorie alla corruzione e all'onnipotenza della politica. «Management scelto e valutato su base professionale - è la parola d'ordine - garantendo massima autonomia dalla politica». Altra scommessa. Che dovrà avere in una Agenzia nazionale il garante dei nuovi processi e del cambio di passo. Il faro sul cambiamento con le spie sui comportamenti locali sempre accese. E portare a 22 mld di risparmi («anche da reinvestire in sanità») in cinque anni. «Su 200 mld di spese regionali 115 vanno in sanità, 72,5 ad altre politiche e 12,5 a spese di amministrazione. Esclusa la sanità, gli apparati burocratici locali varrebbero il 17% della spesa gestita. Non si impone, dunque - domanda Lanzillotta - un ripensamento sul numero, il ruolo e il costo delle Regioni?». (r.tu)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Trapianto di polmone da donatore a cuore fermo, nuova tecnica

La prima volta in Italia con una procedura che permette di preservare i polmoni
Lorenzin: «Gli organi disponibili al trapianto potranno aumentare del 30-40%»



Primo trapianto in Italia di polmone da donatore a cuore fermo alla “Fondazione Ca’ Granda” di Milano. L’intervento è stato reso possibile grazie ad una nuova tecnica messa a punto proprio al Policlinico, che potrebbe così aumentare il numero di organi disponibili al trapianto di circa il 30-40%. L’eccezionalità dell’operazione è proprio dovuta alla nuova tecnica che permette di “ricondizionare”, cioè ringiovanire il polmone del donatore: rispetto ai donatori in morte cerebrale, infatti, in quelli “a cuore fermo” gli organi non ricevono più ossigeno e si deteriorano molto rapidamente. Franco Valenza, del Dipartimento di Anestesia del Policlinico, con la sua equipe ha sviluppato una tecnica per preservare i polmoni nel cadavere, permettendo di allungare i tempi utili al prelievo.

Una donna di 36 anni ha ricevuto il polmone “ricondizionato”

In questo caso il pre-allarme scatta il primo novembre : al pronto soccorso del San Gerardo di Monza c’è un possibile candidato per la donazione di polmoni: un 45enne colpito da arresto cardiocircolatorio a seguito della rottura di un aneurisma dell’aorta toracica. Dopo aver accertato la morte alle 11.25 e raccolto il consenso dei familiari al prelievo degli organi, l’equipe trapianti di polmone del Policlinico arriva a Monza e porta il donatore in sala operatoria. Qui scatta subito la perfusione dei polmoni, l’ossigenazione, per mantenerli aperti. Gli organi vengono preservati nel cadavere per tre ore prima di essere prelevati; poi sono stati ricondizionati, ovvero “riparati” e “ringiovaniti” mediante perfusione e ventilazione extracorporea, in una macchina assemblata proprio dal ricercatore, Franco Valenza. Dopo 4 ore, intorno a mezzanotte, i polmoni vengono valutati e ritenuti idonei per il trapianto. «Nonostante le precarie condizioni della ricevente e la complessità dell’intervento - dicono gli esperti - i polmoni hanno iniziato fin da subito a funzionare adeguatamente». A beneficiare del trapianto una donna di 36 anni malata di fibrosi cistica, già in lista d’attesa per il trapianto e ricoverata da quattro mesi. L’operazione, durata 18 ore, è riuscita e ora la

paziente sta reagendo bene al decorso post-operatorio.

Il numero di polmoni disponibili potrà aumentare del 30-40%

L'applicazione della tecnica messa a punto al Policlinico di Milano «può consentire un aumento stimato tra il 30% e il 40% dei polmoni trapiantabili», ha sottolineato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che plaude al successo dell'Irccs di via Sforza: è «ancora una prova dell'eccellenza italiana nel mondo nel campo della trapiantologia e non possiamo che esserne fieri». «In questo momento - spiega Lorenzin - l'Italia della donazione e del trapianto sta attraversando un momento molto positivo. I dati a ottobre dimostrano, in proiezione, un aumento del 6% delle donazioni con un conseguente aumento dei trapianti». Il numero di pazienti in lista d'attesa per un trapianto è più alto del numero di trapianti effettuati, a causa dei pochi organi disponibili: circa il 20% dei malati muore in attesa di un organo. In Lombardia nel 2013, degli 87 pazienti in lista per trapianto polmonare, solo 46 sono stati trapiantati, mentre 18 sono morti per mancanza di un organo. «Inoltre, a differenza di altri modelli di donazione a cuore fermo - concludono gli specialisti - la semplicità del protocollo sviluppato a Milano potrebbe consentire la sua applicazione anche in realtà ospedaliere non altamente specializzate, contribuendo quindi ad aumentare ulteriormente il numero di polmoni disponibili a scopo di trapianto».

http://www.adnkronos.com/salute/medicina/2014/11/14/occhio-dottor-google-spot-salva-pazienti-contro-rimedi-fasulli-del-web_dhEhhcOrExc2LG5m9xV7kN.html



18/11/2014

FARMACI:ANTIBIOTICI,AUMENTA RESISTENZA BATTERI,PIU' MORTI E COSTI

(AGI) - Roma, 17 nov. - La resistenza agli antibiotici, soprattutto negli enterobatteri, continua ad aumentare in tutta Europa, con l'Italia in prima fila insieme alla Grecia, seguite da Cipro e Romania. In particolare, continua a crescere la resistenza ai fluorochinoloni e alle cefalosporine di 3a generazione da parte del batterio Escherichia coli e la resistenza alle cefalosporine di 3a generazione nella Klebsiella pneumoniae (responsabile di numerose e differenti infezioni che colpiscono i pazienti ricoverati in ospedale). A scattare la fotografia dell'andamento della resistenza agli antibiotici in Europa e', come ogni anno, il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (ECDC), in occasione della Giornata degli antibiotici, giunta alla sua sesta edizione. L'antibiotico-resistenza, si legge nel report, e' ormai un fenomeno in aumento ed e' ormai globale, dato che interessa sia paesi industrializzati che paesi in via di sviluppo, come evidenziato anche da un recente rapporto dell'Organizzazione mondiale della Sanita'. Il batterio della klebsiella, inoltre, risulta sempre piu' resistente anche ai carbapenemi, come dimostrano i dati relativi al nostro Paese dove nel 2008 meno dell'1% di tali batteri era resistente, mentre la tale percentuale e' arrivata al 15% nel 2010, al 29% nel 2012 e al 35% nel 2013. I carbapeni, ricordano gli esperti dell'Istituto superiore di sanita' (che fornisce all'ECDC i dati relativi all'Italia), sono antibiotici di ultima risorsa, dei veri salvavita per infezioni gia' resistenti alla maggior parte degli antibiotici disponibili. La resistenza a tali farmaci, dunque, puo' accrescere la mortalita' di almeno il 30%, percentuale che sale in caso di pazienti particolarmente fragili. Questi batteri, resistenti a tutti o quasi gli antibiotici disponibili, sono presenti in tutte le aree geografiche del nostro paese e in tutti i tipi di strutture di degenza, sia ospedali per acuti che lungo degenti e residenze assistenziali per anziani. Il controllo della loro diffusione e' difficile, perche' molti pazienti sono portatori asintomatici e possono trasmettere i batteri ad altri pazienti. Un altro problema per il nostro Paese e' rappresentato dall'Acinetobacter multiresistente, cioe' resistente a fluorochinoloni, aminoglicosidi e carbapenemi, e dallo Stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA), la cui percentuale di resistenza rimane sempre critica (intorno al 35%), mentre molti paesi Europei sono riusciti a riportare la resistenza a livelli piu' bassi. La resistenza agli antibiotici, sottolineano dall'Iss, e' divenuta ormai un'emergenza di sanita' pubblica, che determina aumento della spesa sanitaria, allungamento dei tempi di degenza, fallimenti terapeutici e aumento della mortalita'. Una tendenza che, nel nostro Paese, puo' essere invertita solo da una combinazione di interventi efficaci i cui cardini sono la promozione dell'uso prudente di antibiotici anche nel territorio e di strategie efficaci di controllo per bloccare la diffusione di batteri multiresistenti nelle strutture di assistenza. Quest'anno l'ECDC, in occasione della Giornata degli antibiotici, ha lanciato una conversazione di 24 ore su Twitter (#AntibioticDay), che coinvolge anche Stati Uniti, Australia e Nuova Zelanda. La campagna ha come target primario l'automedicazione, tematica che era stata affrontata gia' nel 2008 dallaprima campagna di sensibilizzazione coordinata dall'Iss, in cui il motivo dominante era la necessita' di utilizzare antibiotici solo se prescritti dal medico e mai su consiglio di amici, parenti o farmacisti.

<http://scm.agi.it/index.phtml>



ACCEDI ▾ REGISTRATI

METEO



Milano



SEGUI IL TUO OROSCOPO



Ariete

Salute . Medicina . **Meno del 50% dei farmaci è studiato per le esigenze dei bambini, parola di pediatri**

Cerca nel sito



MEDICINA

33 % 33 % 33 %

Meno del 50% dei farmaci è studiato per le esigenze dei bambini, parola di pediatri

[Tweet](#)

Articolo pubblicato il: 17/11/2014

(Adnkronos Salute) - Il bambino non è un adulto in miniatura, ma possiede peculiari caratteristiche metaboliche che possono rendere rischioso questo adattamento. "Delle centinaia di migliaia di ricette prescritte ogni anno ai più piccoli, la maggior parte indica farmaci mai studiati o sperimentati su di loro. Nel mondo, secondo uno studio della European Commission for Better Medicine for

Children (2002), meno delle metà di tutti i farmaci destinati ai bambini è stata espressamente studiata per loro. In genere, i farmaci, sperimentati sugli adulti, vengono poi 'adattati' per i più piccoli secondo il criterio del peso corporeo". E' l'allarme lanciato da Francesco Chiarelli, presidente della Società italiana di ricerca pediatrica (Sirp), in vista del congresso nazionale in programma a Chieti dal 20 al 22 novembre.

"Le somministrazioni farmaceutiche pediatriche sono centinaia di milioni l'anno, ciononostante la maggior parte dei farmaci attualmente sul mercato è priva dell'autorizzazione per l'uso specifico nei bambini e viene somministrata 'off label' - spiega l'esperto - I bambini in Italia sono il 20% della popolazione, si ammalano delle stesse malattie degli adulti e di quelle tipiche dell'infanzia, però differiscono dai più grandi anche per peculiarità farmacocinetiche (l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo) e farmacodinamiche (la durata del farmaco nell'organismo prima di essere eliminato)".

"In assenza di studi clinici sulla popolazione che assumerà questi medicinali - ricorda l'esperto - è difficile capire quale sia la dose corretta, il profilo di sicurezza e come limitare effetti collaterali o reazioni avverse. Nei neonati, ad esempio, specialmente prematuri, il fegato ha una scarsa capacità di eliminare i farmaci, e la funzione renale è ancora immatura. Al contrario - fa notare Chiarelli - i bambini in età prescolare possono avere un'aumentata capacità metabolica e richiedono, quindi, dosi più alte".

Video



Incidente durante 'Tu si que vales', concorrente si rompe gamba durante show/Video



Oxfam al G20: il mondo affoga in un mare di disuguaglianza



Stop all'emergenza arsenico, da fine dicembre, nei comuni della Toscana



Il rapporto superficie corporea-peso nei bambini può essere fino a tre volte maggiore che negli adulti, provocando un maggiore assorbimento delle molecole nella somministrazione topica. Questi fattori determinano la necessità di un'ulteriore diminuzione dei dosaggi rispetto al semplice valore 'aggiustato' in base al peso. "La ricerca serve a definire che ciascuna molecola non sia solo efficace ma anche sicura e a stabilire il dosaggio corretto per ciascuna fascia di età", avverte Chiarelli.

"In Italia, e anche nel mondo, la ricerca pediatrica è poco praticata - suggerisce l'esperto - Nel nono Rapporto nazionale dell'Aifa (relativo al periodo 2004-2009), solo il 9,8% delle sperimentazioni cliniche autorizzate nel nostro Paese comprendeva soggetti fra 13 e 18 anni, e l'8,9% ha 'arruolato' pazienti fino a 12 anni. Solo 70 studi avevano la pediatria come area terapeutica principale - sottolinea - Nonostante tutto, però, in molti settori della pediatria la ricerca scientifica ha fatto enormi progressi. Ad esempio, i bambini diabetici possono essere trattati molto meglio rispetto a 10 anni fa. In Reumatologia pediatrica - prosegue Chiarelli - molti bambini rispondono ai moderni farmaci ottenuti con gli anticorpi monoclonali che sono selettivamente formati contro una molecola citochinica specifica, responsabile della infiammazione, alla base della malattia".

"Anche nell'Oncoematologia pediatrica - ricorda il presidente della Sirp - i progressi scientifici hanno consentito di migliorare moltissimo la prognosi dei bambini con tumori: oltre il 90% dei bimbi con leucemia linfatica acuta oggi può potenzialmente guarire se la malattia è diagnosticata tempestivamente e trattata secondo i moderni protocolli terapeutici. Investire in ricerca è un vantaggio anche economico - conclude - da cui trae beneficio la qualità delle cure delle malattie pediatriche, per migliorare di conseguenza la qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie".

[Tweet](#)

TAG: [Sirp](#), [farmaci](#), [pediatria](#), [medicinali](#)

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)

Giovani chef a 'lezione' di cucina mediterranea



Vacanze in URSS, all'asta i poster russi anni '30



Cremonini, con "Logico Tour" volo senza rete per dare tutto me stesso



Cade il server pubblicitario di Google, in un'ora e mezza 2 milioni di dollari di danni ai siti



Neonato sta morendo, il papà gli canta i Beatles per l'ultima ninna nanna



Attori, registi, cantanti e scrittori illustri, alla scoperta dei diabetici 'vip'

> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

Ebola si è fermato in Africa

COME volevasi dimostrare, e non per fortuna, Ebola si è fermato in Africa. I casi registrati altrove superano appena la decina. L'unico italiano, il volontario di Medici senza frontiere, non è stato infettato. Dunque per adesso Ebola resta una pandemia — e una tragedia — africana. Confinata in Guinea, Sierra Leone, Liberia. Dove servono farmaci, strutture sanitarie, soldi, personale esperto per le epidemie. Questa situazione era chiara già mesi fa. Ma in Occidente si è voluto puntare sulla paura, come in passato con altri virus. Anche l'ignoranza ha avuto un ruolo: in Italia con Grillo e i leghisti che hanno indicato gli immigrati dei barconi come «untori». Perfino l'Oms «ha dato i numeri» prevedendo una progressione della malattia con diecimila nuovi infetti a settimana a novembre. Calcolo sbagliato. E speriamo che resti tale, perché il virus si può circoscrivere. L'allarmismo invece è ancora un male incontrollabile.

guglielmpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Espresso - 18 novembre 2014 - 39

