

Martedì 16 GIUGNO 2015

Non 'scuotete' i neonati! Allarme dal Gaslini: "Si rischia disabilità permanente o anche la morte del bimbo"

Nel 50% dei casi lo scuotimento può associarsi a disabilità permanente, nel 30% alla morte del neonato, spiega Edvige Veneselli, direttore dell'UOC Neuropsichiatria dell'ospedale pediatrico di Genova. Parte una campagna di informazione e prevenzione sui danni da "scuotimento" nel neonato.

"Non scuotete il neonato!". È questo il messaggio che gli specialisti dell'Istituto Gaslini lanciano nell'ambito del Convegno organizzato da Soroptimist International (Club di Genova due e Club di Genova) per discutere dei rischi della "Shaken baby syndrome", legati cioè allo scuotimento del neonato. "Il pianto inconsolabile di un neonato può portare all'exasperazione i genitori o chi si prende cura di lui – spiega **Edvige Veneselli direttore dell'UOC Neuropsichiatria del Gaslini** – nasce quindi una sensazione di rabbia, impotenza ed exasperazione, che può portare a perdere il controllo e scuotere con violenza il neonato, nel tentativo di farlo smettere di piangere". Ma quest'azione può provocare danni devastanti, a causa della fragilità del cervello del bambino molto piccolo: "Nel 50% dei casi lo scuotimento può associarsi a disabilità permanente, nel 30% a morte del neonato".

Pediatri, neuropsichiatri, rianimatori, chirurghi, neonatologi: tante specialità mediche a confronto questa mattina nel convegno del Cisef Gaslini, poiché alta è la varietà della tipologia delle lesioni riportate dai bambini vittime di questa sindrome. Lesioni multiple e di difficile interpretazione, che gli esperti stanno imparando a distinguere dalle lesioni causate da danni accidentali, in modo da individuare il più precocemente possibile le azioni volontarie, analizzando una serie di "situazioni di sospetto", grazie all'analisi delle lesioni, del racconto dei fatti, del contesto familiare ecc.

"Confrontati con bambini che presentano traumi accidentali severi, i bambini che hanno riportato trauma cranico non accidentale presentano più frequentemente emorragie, emorragie retiniche (in almeno 74% dei casi e in 82 % dei casi fatali) e lesioni cutanee, scheletriche e viscerali associate" spiega **Emanuela Piccotti responsabile del Pronto Soccorso del Gaslini**.

E gli esperti mettono in guardia tutti, perché lo scuotimento è una azione "che può essere messa in pratica da chiunque: il maltrattamento è un fenomeno 'trasversale', che coinvolge famiglie di diversa appartenenza economica e culturale, e genitori le cui caratteristiche psicologiche non necessariamente rientrano in quadri psicopatologici definiti". Ad aggravare la situazione c'è anche la scarsa conoscenza che la popolazione ha sui rischi legati allo scuotimento. Per questo il Gaslini, in collaborazione con Soroptimist International, ha deciso di lanciare una campagna di formazione/prevenzione sul tema.

"**La campagna di prevenzione** ideata da Soroptimist International si prefigge di diffondere la conoscenza in merito a questa azione violenta e dannosissima per il neonato, attraverso convegni e incontri e la realizzazione di locandine e brochure informative, che vogliamo diffondere in tutta Italia, dove purtroppo non c'è ancora abbastanza consapevolezza della gravità di questa azione" spiega **Rossella Rossi, già primario dell'UO Farmacia del Gaslini e presidente Soroptimist Genova Due**.

Attualmente in Italia non esistono dati pubblicati sull'incidenza e la prevalenza di casi di "Shaken baby syndrome", vista la difficoltà di identificare con certezza il legame tra i sintomi riportati

dai piccoli esaminati e le cause che li hanno determinati. Dai dati riportati oggi dagli esperti dell'Istituto Gaslini (tratti dall'Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia – 2015 ; Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAL, Terre des Hommes) la prevalenza del maltrattamento in Stati Uniti, Canada e Australia si attesta sull'1,21% dei bambini vittime di abusi negli Stati Uniti; 0,97% dei bambini vittime di abusi in Canada, lo 0,68% dei bambini vittime di abusi in Australia; mentre in Italia la prevalenza del maltrattamento indica lo 0,95 % dei bambini. Ogni anno negli USA le agenzie di Child Protection Service analizzano oltre 2 milioni di report per maltrattamento ai bambini ; l'analisi identifica oltre 650.000 vittime di maltrattamento; oltre 1500 morti vengono attribuite a child abuse o neglect (80% entro i 4 anni di età). Il Rapporto sulla prevenzione del maltrattamento all'infanzia 2013 – OMS Europa indica che 852 bambini minori di 15 anni muoiono ogni anno in Europa per maltrattamento.

Il fenomeno della violenza sui minori presenta anche costi socio sanitari altissimi: dal Rapporto OMS sui costi della violenza sui bambini in alcuni paesi:

- USA (2008): 124 miliardi di dollari;
- Regno Unito: 1,14 miliardi di sterline;
- Germania (2009): 11 miliardi di euro all'anno.

Il dato italiano, da una recente ricerca condotta dall'Università Bocconi di Milano, è pari a 13 miliardi di Euro quale costo complessivo con un'incidenza annuale in incremento di nuovi casi pari a 910 milioni di Euro.

MALASANITÀ Subisce un aborto ma le lasciano il feto nell'utero

MONZA

Ha perso il suo bambino, e alla tragedia si è aggiunto il dramma di doversi sottoporre a due interventi a distanza di un giorno in due ospedali diversi, perchè la prima volta i medici le avrebbero lasciato il feto nell'utero. Una vicenda su cui ora indaga la procura di Monza che ha disposto il sequestro della cartelle cliniche di entrambi gli ospedali. All'aborto la donna era stata costretta perchè il feto di 12 settimane risultava morto. La donna, brianzola, 38 anni, che ha denunciato l'ospedale di Desio (azienda ospedaliera di Desio e Vimercate in provincia di Monza) e due medici, per un intervento di rimozione del feto che, in realtà, non sarebbe avvenuto, causandole un'infezione e costringendola ad un secondo intervento, ha raccontato che «alla dodicesima settimana di gestazione, a fine maggio sono andata dalla mia ginecologa per una visita di routine e un'ecografia e per me è arrivato il buio: mi hanno detto che non c'era più battito, il mio bambino non c'era più».

Dalla clinica le dicono che deve mettersi subito in contatto con un pronto soccorso. A Desio le dicono che si può effettuare l'intervento. La mattina dopo essere stata dimessa avverte dolori all'addome, si reca al Pronto Soccorso a Melzo. Arrivata in ospedale la trentottenne è immediatamente visitata e sottoposta a ecografia e risulta che il feto era ancora nell'utero. Viene operata una seconda volta in meno di quarantotto ore. Nuovo dolore, nuova anestesia e nuovo trauma. ●



Il reparto di un ospedale



Malasanità/1. "Dimenticano" il feto nell'utero

La donna aveva subito un'interruzione di gravidanza, poi al ritorno a casa si era sentita male «Nessuno si è preso cura di me» Riscontrati anche sintomi di setticemia La Procura di Monza ha aperto un'inchiesta sul caso

PIERFRANCO REDAELLI
DESIO (MONZA BRIANZA)

Ricoverata nel reparto ginecologia dell'ospedale di Desio per una interruzione di gravidanza, una donna milanese di 38 anni, dopo le dimissioni, deve ricorrere di nuovo alle cure dell'ospedale di Melzo dove si scopre che è stata "dimenticata" nell'utero una parte del feto. Una storia di malasanità che vede protagonista una delle strutture pubbliche più all'avanguardia in Regione Lombardia, la divisione di ginecologia diretta dal dottor Guido Orfanotti dell'ospedale di Desio. La direzione sanitaria dell'ospedale di Vimercate, che comprende anche Desio, conferma il caso, ma per il momento tutti tengono le bocche cucite. I fatti risalgono a fine maggio. Secondo la denuncia presentata alla Procura della Repubblica di Monza, dopo una visita di controllo dalla ginecologa di fiducia, i due futuri genitori vengono informati che il nascituro, alla dodicesima settimana, è senza battito cardiaco. Da qui l'invito a trovare una struttura ospedaliera per l'intervento, che viene individuata a Desio. La donna ha raccontato che «la mattina successiva abbiamo raggiunto la ginecologia brian-

zola. Ero molto agitata. Ricordo la pre-anestesia, poi nulla. Quando mi sono risvegliata, ho atteso che qualcuno mi venisse a visitare. Nulla, neppure un'ecografia di controllo. Nel pomeriggio la lettera di dimissioni mi è stata consegnata da un'infermiera, senza nessuna indicazione e senza nessuna eventuale terapia da seguire». Durante la notte, i primi dolori acuti all'addome che in mattinata si acquisiscono. La coppia decide di raggiungere l'ospedale di Melzo per un controllo. L'equipe della ginecologia diretta dal dottor Giuseppe Losa, dopo un'ecografia provvede a riportare la donna in sala operatoria per un secondo intervento. Qui avviene la scoperta: nel precedente intervento, non era stata asportata parte del feto. La donna è stata quindi ricoverata e messa sotto osservazione, anche perché c'erano i primi sintomi di setticemia. La donna adesso non si dà pace. «Non voglio che altre future mamme vivano il mio dramma – spiega – per questo ho denunciato l'accaduto». Il dottor Michele Barbato, primario di ginecologia all'ospedale di Melegnano, conferma che in realtà non si tratterebbe del primo caso. Il fascicolo su questo caso di malasanità è sul tavolo del sostituto procuratore di Monza, Luisa Zanetti, che insieme alle forze dell'ordine e alla direzione sanitaria dell'ospedale di Vimercate e Desio è impegnata far luce su eventuali responsabilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il sistema immunitario femminile bersagliato da cento patologie poco note

La percentuale

Le forme relative alle articolazioni colpiscono al 90% le donne. Il peso del fattore ambientale

Lo studio

di **Adriana Bazzi**

Sono le donne a pagare il prezzo più alto alle malattie autoimmuni. Stiamo parlando di quasi un centinaio di patologie, poco conosciute e dai nomi difficili, che hanno un denominatore comune: un'alterazione del sistema immunitario che finisce per non riconoscere più certi tessuti dell'organismo e li aggredisce, provocando un'inflammatione. E si sa che quest'ultima fa danni.

Può succedere in un organo come la tiroide (sono le forme più diffuse) ed ecco la tiroidite di Hashimoto oppure in tessuti, come la pelle o quelli delle articolazioni, ed ecco il lupus sistemico (una malattia rara).

«Sono poco conosciute — commenta Carlo Selmi, responsabile della Reumatologia all'Istituto Humanitas di Milano e docente all'Università Statale — ma le forme strettamente autoimmuni (senza considerare psoriasi e malattie infiammatorie intestinali) interessano il 5% della popolazione generale. E le forme che coinvolgono le articolazioni colpiscono nel 90% dei casi le donne». Stiamo parlando di ar-

trite reumatoide, per esempio, o di artrite psoriasica che si manifesta in un quarto di pazienti affetti da psoriasi (che interessa in particolare la pelle).

Se la psoriasi colpisce il 3% della popolazione, malattie come la cirrosi biliare primitiva, la colangite sclerosante e l'epatite autoimmune (tutte patologie del fegato) sono molto rare: per la prima, la prevalenza è di 400 su un milione di persone.

«Noi seguiamo trecento pazienti con cirrosi biliare e un centinaio con epatite autoimmune non solo sul piano della terapia — commenta Pietro Invernizzi che all'Humanitas dirige il centro delle malattie autoimmuni del fegato, un centro di riferimento per queste patologie fra i più grandi d'Europa, — ma anche della ricerca. Stiamo studiando i fattori genetici coinvolti nella cirrosi biliare (uno di questi è per l'interleuchina 12, una sostanza infiammatoria) con l'obiettivo di trovare nuove terapie».

Il Dna ha un certo ruolo nella genesi delle malattie autoimmuni, ma molto più importante è l'ambiente.

«Altrimenti non si spiegherebbe perché queste patologie hanno avuto un incremento notevole negli ultimi cinquant'anni — spiega Silvio Danese, responsabile del Centro di malattie infiammatorie dell'intestino sempre all'Humanitas —. I geni infatti sono lì da sempre, quello che è cambiato moltissimo sono proprio le componenti ambientali, compresa l'ali-

mentazione. Il morbo di Crohn (una malattia infiammatoria dell'intestino) è aumentata del 300 per cento. Non sappiamo ancora il perché, ma stiamo focalizzando l'attenzione sullo studio dell'inflammatione e sulle interazioni fra sistema immunitario e microbioma intestinale (l'insieme di microbi che abitano nell'intestino: ha una grandissima influenza sulla salute dell'organismo e la sua composizione è influenzata dalla dieta, ndr)».

La terapia di queste patologie, che per anni non ha potuto contare su nuovi composti, adesso può avvalersi dei cosiddetti farmaci biologici (anticorpi monoclonali) che hanno come bersaglio certe molecole che favoriscono l'inflammatione: una di queste è, per esempio, l'alfa Tnf (*tumor necrosis factor*), un'altra è l'interleuchina 17, ma ce ne sono diverse allo studio. Gli anticorpi monoclonali si legano a queste molecole e le neutralizzano, rallentando la progressione della malattia e migliorando la qualità della vita del paziente.

«La sfida per il futuro è quella di trovare nuove terapie — aggiunge Selmi — ma soprattutto di diagnosticare precocemente queste malattie: una diagnosi tardiva aumenta la possibilità di andare incontro a complicanze. Non solo: è indispensabile anche cercare di individuare le forme che hanno una prognosi peggiore (come sta succedendo oggi per il tumore alla mammella) e di trattarle in maniera più aggressiva».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le più diffuse

Le tiroiditi

Le tiroiditi autoimmuni determinano una carenza dell'ormone tiroideo. La cura consiste nella somministrazione di quest'ultimo

L'artrite reumatoide

L'artrite reumatoide deforma le articolazioni e può colpire, nel tempo, anche altri organi. Oggi si può curare con i nuovi farmaci biologici

Il diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 (diverso dal tipo 2 che è il più diffuso) si manifesta nelle persone giovani (anche bambini) e deve essere curato con l'insulina



“Dottore, adesso parlo io!” Il paziente valuta la tossicità dei farmaci oncologici



16 giugno 2015

Dopo Giappone, Spagna e Germania, dal National Cancer Institute americano, arriva finalmente anche in Italia il PRO-CTCAE sigla tanto impronunciabile quanto innovativa per il cosiddetto patient empowerment e che sta a significare Patient Reported Outcomes - Common Terminology Criteria for Adverse Event.

Ma cosa è e soprattutto a cosa serve il PRO-CTCAE? Si tratta di un questionario che negli USA è ormai uno strumento standard usato nelle ricerche cliniche che consente realmente di mettere il paziente “al centro”. Il PRO-CTCAE è uno strumento che consente al malato oncologico di segnalare in autonomia e in maniera dettagliata gli effetti collaterali della terapia antitumorale che gli viene somministrata.

Non si tratta quindi di un superamento del ruolo del medico che fa ricerca, quanto di un validissimo mezzo di integrazione per poter definire la validità di una cura non solo in termini di efficacia terapeutica e di tossicità ma anche e soprattutto prendendo in attenta considerazione la percezione da parte del paziente del maggiore o minore impatto sulla propria vita degli effetti collaterali provocati dagli antitumorali.

Grazie alla rilevazione effettuata mediante il PRO-CTCAE, la rilevanza e la tollerabilità degli effetti collaterali delle terapie oncologiche saranno segnalati anche direttamente dalla persona che li vive sulla propria pelle.

Potrebbe accadere, infatti, che effetti soggettivi come la nausea o l'inappetenza possano essere avvertiti dal singolo paziente come fortemente invalidanti e pregiudizievoli per la propria qualità di vita (anche in relazione all'età o al tipo di attività lavorativa o di vita sociale, ad esempio) mentre per il curante gli stessi effetti potrebbero essere ritenuti non gravi.

Ora questa strategia di coinvolgimento del malato, che si trova ad essere davvero al centro del processo terapeutico, arriva anche in Italia grazie a una grande alleanza tra pazienti e oncologi medici che - in collaborazione con la Fondazione SmithKline - hanno costituito l'Italian PRO-CTCAE Study Group.

Proprio in questi giorni ha preso, infatti, il via la procedura di adattamento alla nostra lingua dello strumento

PRO-CTCAE elaborato oltreoceano, cui seguirà la fase di validazione. “L’obiettivo è valutare quanto un evento avverso – la diarrea, l’emicrania o quant’altro - possa interferire nel quotidiano, al di là di ciò che può essere colto dai medici, pur con il massimo dell’attenzione – spiega il Prof. Gian Franco Gensini, Professore ordinario presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Firenze e Presidente della Fondazione SmithKline.

“Nessuno più del paziente ha un’esperienza diretta delle tossicità dei farmaci – afferma l’Avv. Elisabetta Iannelli segretario generale della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) - e nessuno può comprendere al meglio quanto gli effetti collaterali delle terapie oncologiche possono pesare sulla vita di tutti i giorni a livello relazionale, psico-fisico e in tutti i versanti dell’esistenza”. Diversi studi, nel corso degli ultimi anni, hanno dimostrato come, durante la conduzione di uno studio clinico, spesso la tossicità relativa ai trattamenti antitumorali sia sottostimata dai ricercatori.

In Italia una ricerca pubblicata recentemente nel Journal of Clinical Oncology ha confermato questo dato prendendo in esame i dati di tre ricerche cliniche coordinate dall’Unità Sperimentazioni Cliniche dell’Istituto Nazionale Tumori di Napoli diretta dal Dr. Perrone che spiega: “Abbiamo valutato sei tossicità con una elevata componente soggettiva (nausea, vomito, anoressia, alopecia, diarrea e stipsi) in oltre 1000 pazienti e abbiamo trovato che vi è una sottostima da parte dei medici ricercatori che oscilla dal 47% al 74%. Solo l’integrazione con uno strumento compilato direttamente dal paziente può modificare questo fenomeno”.

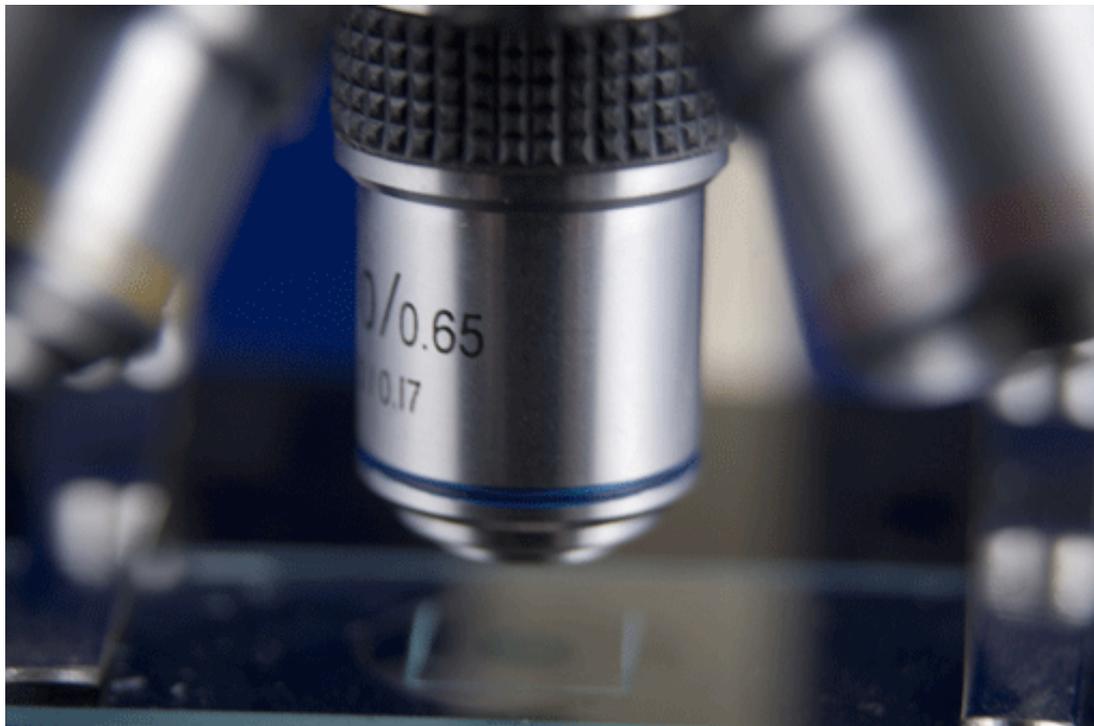
Italian PRO-CTCAE Study Group

L’Italian PRO-CTCAE Study Group si è costituito legalmente il 19 giugno 2014 e si avvale del supporto e delle competenze di: associazioni pazienti con la FAVO (responsabile delle relazioni con il National Cancer Institute con il quale ha sottoscritto l’accordo per il trasferimento e la validazione in Italia del PRO-CTCAE), società scientifiche con l’AIOM, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori – IRCCS Pascale di Napoli, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Fondazione SmithKline nonché dell’expertise della Direzione Medica di AstraZeneca e GSK.

L’iniziativa è supportata grazie ad un “unconditional grant” di GSK.

[[chiudi questa finestra](#)]

Epatite B, sotto-diagnosticata nei pazienti sottoposti a chemioterapia



16 giugno 2015

La maggior parte dei pazienti in cura con chemioterapia non vengono sottoposti a screening per l'infezione da virus dell'epatite B. Questo è quanto deriva dai dati pubblicati su *Clinical Gastroenterology and Hepatology*.

La chemioterapia dei pazienti affetti da virus dell'epatite B (HBV) inattiva può portare a riattivazione dell'epatite e flares dell'infezione.

In uno studio retrospettivo, i ricercatori hanno analizzato le cartelle cliniche elettroniche inserite in un database e relative a 8005 pazienti sottoposti a chemioterapia citotossica per trattare tumori solidi o ematologici presso la Mayo Clinic tra il gennaio 2006 e il settembre 2011.

"Solo una piccola percentuale di pazienti sottoposti a chemioterapia vengono valutati per l'infezione da HBV. Sono necessarie nuove strategie per assicurare che i pazienti sottoposti a chemioterapia risultino protetti dalle conseguenze dell'infezione da HBV non diagnosticata".

L'analisi di queste cartelle cliniche ha evidenziato che di tutti i pazienti sottoposti a chemioterapia (età mediana 61 anni;), "1.279 sono stati esaminati per l'infezione da HBV prima dell'inizio della chemioterapia (16%), tra questi 668 di 1.805 pazienti con neoplasie ematologiche (37%)" hanno sottolineato i ricercatori.

Nello studio, il tempo mediano tra lo screening dell'HBV e la chemioterapia è stato di 6 mesi, secondo la ricerca. Un certo numero di pazienti sono stati testati per HBV dopo l'inizio della chemioterapia (n=523), con un intervallo di tempo pari a 0,47 anni.

L'analisi di regressione logistica ha mostrato che la quantità di pazienti sottoposti a screening per l'HBV è aumentata dal 14,3% tra il 2006 e il 2008, al 17,7% tra il 2009 e il 2011 ($p < 0.01$). I ricercatori hanno attribuito l'aumento del tasso di screening a un aumento della percentuale di pazienti con neoplasie ematologiche, che sono anche aumentati negli stessi periodi 2006-2008 e 2009-2011 (32,7% vs 40,6%; $p < 0.01$).

Nel complesso, 13 pazienti sono risultati positivi per l'HBV, di cui solo l'1% era stato valutato, tra cui due diagnosticati dopo che la chemioterapia aveva avuto inizio. Cinque dei 13 pazienti non hanno ricevuto terapia antivirale profilattica e l'infezione da HBV si è riattivata in due di questi pazienti.

Alcuni pazienti, che non sono stati selezionati, hanno mostrato un aumento dei livelli di alanina aminotransferasi (n=58;> 300 U/L). Tuttavia, solo un paziente sembrava avere HBV non diagnosticata.

In conclusione, come hanno precisato i ricercatori: "Rimane una chiara differenza tra raccomandazioni delle linee guida emesse da parte delle società che studiano il fegato e quelle della comunità oncologica per quanto riguarda lo screening per l'HBV prima della chemioterapia".

Emilia Vaccaro

Chung-II Wi et al. Low Level of Hepatitis B Virus Screening Among Patients Receiving Chemotherapy. May 2015 Volume 13, Issue 5, Pages 970–975

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

<http://www.adnkronos.com>

A Chieti scatola cranica sostituita con una protesi stampata in 3D



Una protesi stampata in 3D per sostituire parte di scatola cranica. E' l'innovativa tecnica ricostruttiva per i tumori ossei del massiccio facciale messa a punto all'ospedale **SS. Annunziata** di Chieti per curare una quarantenne abruzzese colpita da un tumore osseo del distretto cranio-maxillo-facciale. Per farlo, è stata messa in campo una tecnica chirurgica altamente innovativa, divisa in due fasi: nella prima è stata asportata la massa tumorale, mentre nella successiva è stata eseguita la ricostruzione con il posizionamento di una protesi personalizzata, progettata e realizzata digitalmente in 3D, in materiale polichetonico (Peek).

Questa veloce e sicura metodica chirurgica rappresenta la nuova frontiera nel campo della chirurgia ricostruttiva successiva a quella demolitiva in oncochirurgia cranio-maxillo-facciale, e **permette di superare la tecnica tradizionale, basata sull'impiego di materiale osseo** prelevato da altri distretti anatomici del paziente, sicuramente più complessa, lunga e impegnativa nel decorso post operatorio.

"Il caso molto complesso, per una neoformazione ossea neoplastica che si era sviluppata sulla teca cranica e nella regione orbitaria, con aderenze fino alla dura madre, è stato trattato a quattro mani dal chirurgo maxillo-facciale **Lanfranco D'Archivio** e dal neurochirurgo Vincenzo Magliani", sottolinea l'Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti. **L'intervento** è perfettamente riuscito e la paziente è tornata a casa in buone condizioni dopo pochi giorni di degenza.

La realizzazione della protesi è avvenuta in Germania, presso laboratori specializzati, che sulla base di una tac della paziente hanno elaborato un modello tridimensionale della parte cranica **affetta da tumore, e realizzato una protesi perfettamente sovrapponibile con l'area ossea oggetto dell'asportazione chirurgica. La progettazione avviene sui dati del malato estrapolati dalle immagini diagnostiche, così da realizzare un 'pezzo' perfettamente compatibile con la parte da rimuovere chirurgicamente. La stampa in 3D, poi, permette di realizzare una protesi che va a**

incastrarsi, con precisione millimetrica, nel vuoto creato sulla superficie della scatola cranica.

"L'attività chirurgica intrapresa a Chieti vanta già una casistica significativa per una patologia rara come questa – sottolinea D'Archivio – oltre alle altre tipologie di intervento, come quella sulle malformazioni del massiccio facciale, dei traumi e delle neoplasie dei tessuti molli del viso. E' un'attività resa possibile dall'alto livello di specializzazione offerto dall'unità operativa multidisciplinare, che permette a questo ospedale di affrontare con mezzi e professionalità di stampo nordamericano casi chirurgici complessi, come anche quelli delle neoplasie del rene e del pancreas. Una risposta efficace - conclude - ai problemi di salute di tanti pazienti che hanno così la possibilità di curarsi in Abruzzo, evitando migrazioni, e per la nostra Azienda un punto di forza saldato al percorso di innovazione avviato ormai da tempo".

Il cancro «cronicizzato» da seguire col medico di base

Santoro: «Gestione collegiale dopo i 5 anni dalla diagnosi»

Dimenticare Tolstoj

L'oncologo del Cancer Center: «Ho sempre in mente i lamenti di Ivan Il'ic. Mi spingono a pensare ai pazienti in un ambiente più familiare»

di **Simona Ravizza**

Il suo pallino adesso sono i *cancer survivors*, i pazienti che sopravvivono da oltre 5 anni a una diagnosi di tumore. Armando Santoro, 65 anni, una vita dedicata alla lotta contro il cancro, prima come oncologo dell'Istituto dei Tumori di Milano, poi come primario del Cancer Center dell'Humanitas, è un uomo che ama le sfide.

Quando il 23 novembre 2010 è andato a lavorare a Rozzano, Santoro ha lasciato una carriera ben avviata nell'ospedale-tempio dell'oncologia italiana, per sperimentare un nuovo modello di cura dei malati di tumore, non più seguiti in un istituto monospécialistico, ma inseriti all'interno di un policlinico: qui l'oncologo può e deve confrontarsi con cardiologi, neurologi, nefrologi, internisti in generale, per una cura globale del malato (come avviene alla *Stanford University* e alla *Cleveland Clinic* dell'Ohio). Oggi che il Cancer Center è arrivato a curare 25 mila pazienti all'anno e i suoi 160 letti di ricovero sono quasi la metà dell'intera Humanitas, Santoro ha deciso di affrontare un'altra scommessa. Lo fa partendo da un dato su tutti: in Italia nel 2015 si contano oltre 2,5 milioni di *cancer survivors*, malati in cui si è riusciti a cronicizzare la malattia oppure pazienti guariti a tutti gli effetti (senza alcuna recidiva per almeno 5 anni). «La consapevolezza della possibilità di guarire, associata al numero sempre crescente di pazienti guariti, sta ponendo il problema della gestione ottimale dei successivi controlli — spiega Santoro —. I *cancer survivors* necessitano di un approccio personalizzato che consenta di seguirli nel tempo e che sia orientato non soltanto in senso oncologico, con esami indicati per definire una eventuale ri-

presa del loro tumore. Spesso questi pazienti sono da considerarsi come guariti, avendo praticamente un rischio di presentare una recidiva del vecchio tumore uguale al rischio di ammalarsi di chi non è mai passato attraverso questa esperienza. Tuttavia sono necessari programmi mirati».

Così negli ultimi tre mesi in Humanitas è stato lanciato il *Cancer free Program* che, con un modello unico non solo in Italia, permette di essere seguiti non più dentro l'ospedale, ma dal medico di famiglia. Finora il progetto è stato proposto a 480 pazienti. Nel *Cancer free Program* la gestione complessiva del paziente viene delegata ai medici di medicina generale, senza interrompere i contatti e il coinvolgimento dell'ospedale per la soluzione di eventuali problemi, ma solo nei casi che realmente lo richiedano. Il paziente viene munito di un *passport* con dati dettagliati sulla malattia, la terapia somministrata, il rischio di possibili patologie associate. Il medico di famiglia riceve una lettera con informazioni specifiche sull'(ex) malato, controlli per *follow up* oncologico e per altre malattie rispetto al rischio individuale, consigli personalizzati. È stato creato, poi, un sito Internet che permetterà da settembre di comunicare con il team di Humanitas, composto da un oncologo, un ematologo, uno psicologo e un esperto di comunicazione. «L'obiettivo è accompagnare il paziente oltre la fase acuta della malattia, al di fuori dell'ospedale, continuando a seguirlo nell'ambiente a lui più familiare». Del resto, che il paziente sia ancora malato oppure *cancer survivor*, Santoro vuole evitargli i tormenti di Ivan Il'ic, il famoso (e triste) personaggio del libro di Tolstoj, che si struggeva per le bugie sul proprio stato di salute da parte di medici e familiari. «È un passaggio del libro, fra i miei preferiti — dice Santoro — che mi ha sempre spinto a cercare un modo di comunicare franco ed esaustivo con i malati...».

 @SimonaRavizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

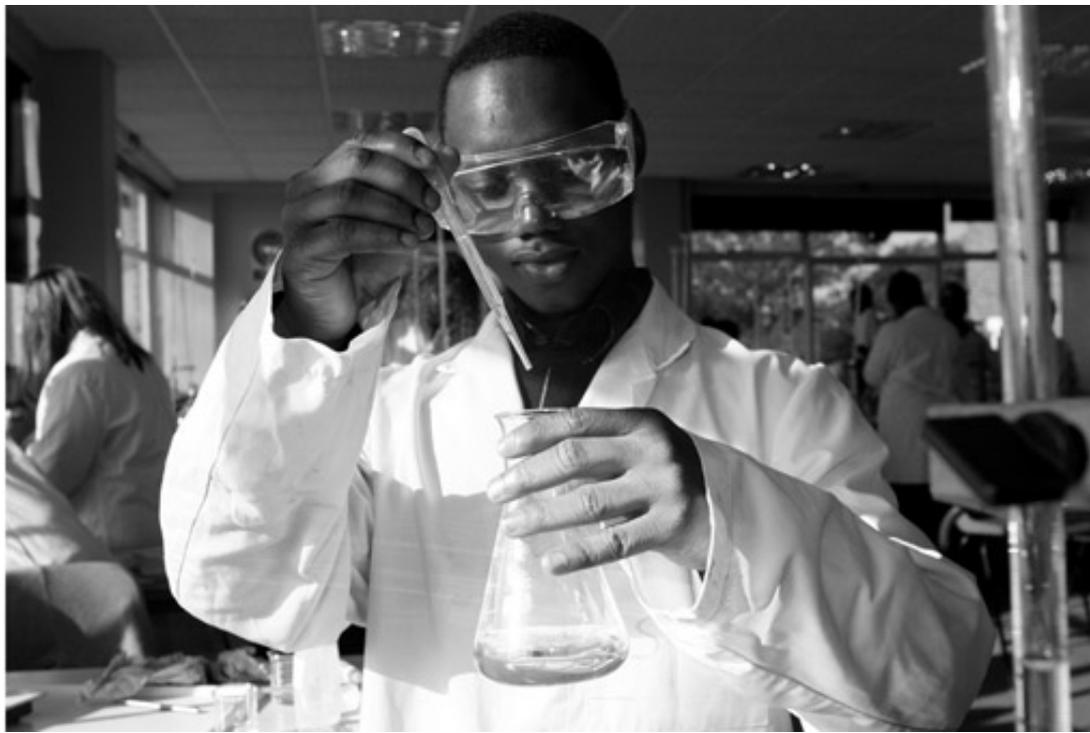


Esperienza

A sinistra, studenti di Hunimed con il tutor; a destra, Armando Santoro, primario del Cancer Center



Linfoma follicolare, promette bene polatuzumab vedotin



16 giugno 2015

In uno studio presentato al recente convegno dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), a Chicago, pazienti con linfoma follicolare recidivato o refrattario trattati con polatuzumab vedotin più rituximab hanno mostrato percentuali di risposta complessiva (ORR) elevate. L'ORR è risultata comparabile con le due dosi testate, ma quella più bassa è risultata gravata da una tossicità inferiore.

"Polatuzumab vedotin è un coniugato anticorpo-farmaco diretto contro l'antigene CD79b" ha spiegato Ranjana H. Advani, della Stanford University, presentando i dati. "CD79b è un componente del recettore delle cellule B ed è espresso in quasi tutti i tumori maligni a cellule B. Questo agente ha dimostrato di avere attività clinica nel linfoma non-Hodgkin recidivato e refrattario a dosi maggiori o uguali a 1,8 mg/kg in uno studio di fase I. Successivamente, sono stati valutati in uno studio di fase II nel linfoma follicolare recidivato e refrattario due livelli di dosaggio - 1,8 mg/kg e 2,4 mg /kg -, ma la durata ottimale della terapia al momento non è nota" ha proseguito l'autrice.

Studi precedenti hanno anche evidenziato che il dosaggio pari a 2,4 mg/kg è gravato da una tossicità cumulativa. Pertanto, nello studio presentato ora al congresso dell'ASCO, la Advani e i colleghi hanno cercato di confrontare la sicurezza e l'efficacia di entrambi i dosaggi di polatuzumab vedotin in aggiunta a rituximab.

A tale scopo, hanno arruolato 35 pazienti con linfoma follicolare recidivato o refrattario e li hanno trattati con 375 mg/m² di rituximab più polatuzumab vedotin 1,8 mg/kg (in 10 pazienti) o 2,4 mg/kg (in 25 pazienti) ogni 3 settimane fino a quando si manifestava una tossicità inaccettabile.

I pazienti del gruppo trattato con il dosaggio più alto erano tendenzialmente più anziani (età media 68 anni contro 62 anni) e avevano un tumore più piccolo (1824 mm² contro 2655 mm²). Il 40% dei pazienti nella coorte trattata con 2,4 mg/kg e il 50% di quelli nella coorte trattata con 1,8 mg/kg si erano dimostrati refrattari all'ultimo trattamento.

Gli autori hanno confrontato i dati al momento del termine del trattamento con polatuzumab vedotin con quelli ottenuti dopo otto cicli di trattamento.

Il follow-up è stato di 14 mesi per la coorte trattata con 2,4 mg/kg di e 8 mesi per quella trattata con 1,8 mg/kg.

Dopo otto cicli di trattamento l'ORR è risultata quasi identica nel gruppo trattato con 2,4 mg/kg e in quello trattato con 1,8 mg/kg: 76% contro 75%. Tuttavia, nella coorte trattata con il dosaggio più alto la percentuale di risposta completa è risultata decisamente superiore: 32% contro 10%. Inoltre, nella coorte trattata con 2,4 mg/kg la percentuale di risposta completa è aumentata, salendo al 44%, al termine del trattamento, mentre è rimasta del 10% nella coorte trattata con 1,8 mg/kg.

La durata mediana della risposta è stata di 10 mesi nel gruppo trattato con 2,4 mg/kg e non è stata raggiunta in quello trattato con 1,8 mg/kg.

La sopravvivenza libera da progressione mediana a 12 mesi stimata è risultata del 61% nella coorte trattata con la dose più bassa e del 66% in quella trattata con la dose più alta.

Sul fronte della sicurezza e tollerabilità, dopo otto cicli l'incidenza degli eventi avversi di grado 3 o superiore è risultata simile nei due gruppi (52% contro 50%). Tuttavia, i pazienti che hanno interrotto il trattamento a causa di un evento avverso sono stati più numerosi nel gruppo trattato con 2,4 mg/kg sia dopo otto cicli (28% contro 25%) sia al termine del trattamento (56% contro 30%).

Inoltre, nel gruppo trattato con la dose più alta si è registrato un decesso correlato al trattamento dovuto a una congestione polmonare, avvenuto 2 mesi dopo l'avvio del dodicesimo ciclo di trattamento.

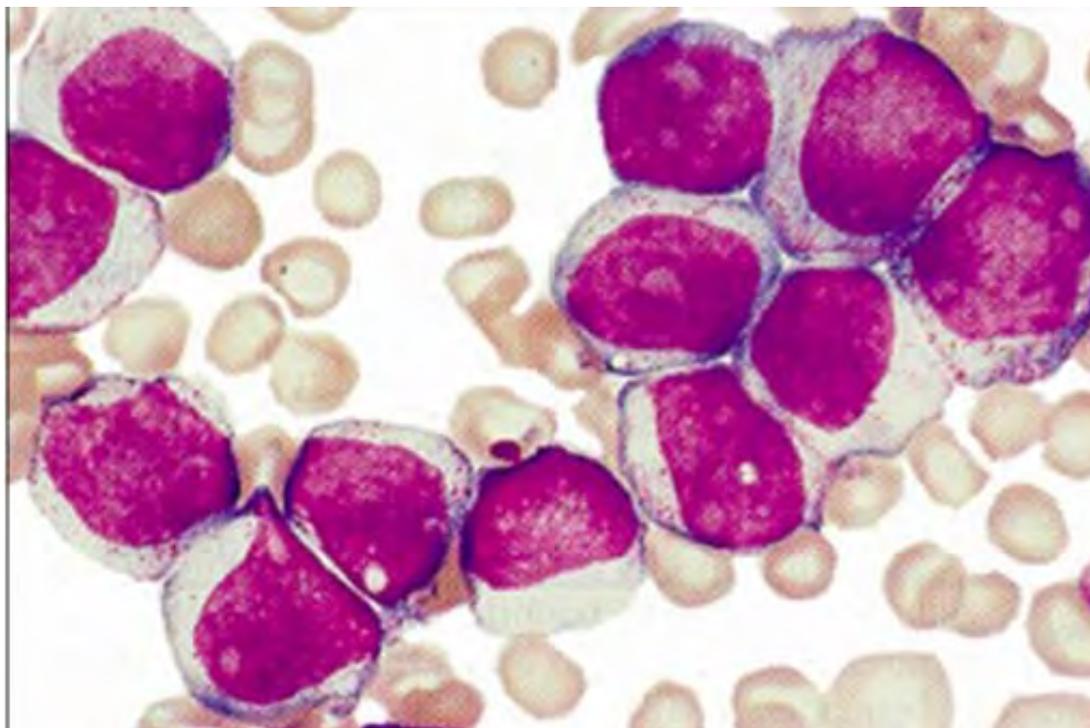
La Advani ha sottolineato che si può migliorare la tollerabilità del trattamento utilizzando il dosaggio pari a 1,8 mg/kg con una durata fissa di otto cicli o meno. "Entrambi i dosaggi si sono dimostrati efficaci, anche se con la dose più alta si è osservata una percentuale maggiore di remissioni complete. Polatuzumab può rappresentare un'opzione di trattamento significativa alla dose di 1,8 mg e sono in corso studi su questa combinazione di immunoterapia sia sul linfoma a grandi cellule sia sul linfoma follicolare" ha concluso l'autrice.

R.H. Advani, et al. Two doses of polatuzumab vedotin (PoV, anti-CD79b antibody-drug conjugate) in patients (pts) with relapsed/refractory (RR) follicular lymphoma (FL): Durable responses at lower dose level. J Clin Oncol. 2015;33:(suppl; abstr 8503).

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Leucemia mieloide cronica, da grande studio europeo conferme per nilotinib in prima linea



16 giugno 2015

Al 20° Congresso della European Hematology Association (EHA), in corso a Vienna sono stati presentati i risultati dello studio di Fase IIIb ENEST1st, condotto in 26 Paesi europei su oltre 1000 pazienti con leucemia mieloide cronica (LMC) di nuova diagnosi, positiva per BCR-ABL. I dati confermano i benefici del trattamento di prima linea con nilotinib già osservati nel corso di studi precedenti.

“Questi risultati dimostrano che i pazienti con LMC BCR-ABL positiva in fase cronica che ricevono un trattamento di prima linea con nilotinib ottengono rapidi ed elevati tassi di risposta molecolare, a fronte di una percentuale molto bassa di progressione verso lo stadio avanzato della malattia”, ha dichiarato il dottor Andreas Hochhaus, Direttore del Dipartimento di Ematologia e Oncologia Medica, Ospedale dell’Università di Jena, Germania. “Questi risultati – che provengono da 26 Paesi e rappresentano la cooperazione tra 307 centri di sperimentazione e 14 laboratori standardizzati, che hanno monitorato l’incidenza di MR4.0 come endpoint primario – confermano e integrano i dati provenienti dallo studio registrativo ENESTnd”.

L’endpoint primario dello studio ENEST1st era il tasso di raggiungimento della Risposta Molecolare 4 (MR4.0) a 18 mesi. L’MR4.0, che è una riduzione di 4 log di BCR-ABL, rappresenta un livello molto basso di BCR-ABL rilevabile, che è la causa della LMC Ph+ (Philadelphia positiva, misurata come BCR-ABL $\leq 0,01\%$ sulla Scala Internazionale [BCR-ABLIS] o come BCR-ABL non rilevabile nel cDNA con ≥ 10.000 trascritti ABL).

A 18 mesi, il 38,4% dei pazienti trattati con nilotinib (n = 1052) ha ottenuto la MR4.0. Questi dati dimostrano elevati tassi di risposta molecolare precoce e profonda con nilotinib. Nel corso dello studio, il tasso di progressione della malattia è stato scarso, con sei pazienti, pari allo 0,6%, che sono passati alla fase accelerata/allo stadio di crisi blastica della malattia. Nonostante l’età media dei pazienti fosse più elevata nello studio ENEST1st rispetto ai precedenti studi con nilotinib, i risultati di sicurezza sono stati coerenti con il profilo di sicurezza noto di nilotinib. Gli eventi avversi (EA) più comuni sono stati rash, prurito e mal di testa. Eventi avversi di grado 3/4 relativi a epatotossicità e pancreatite sono insorti rispettivamente nello 0,4% e nello 0,6% dei pazienti. Trombocitopenia (bassa conta piastrinica) e neutropenia (bassa conta di globuli bianchi) di grado 3/4 si sono verificate rispettivamente nel 6,0% e nel 4,8% dei pazienti.

Lo studio ENEST1st1

ENEST1st (Evaluating Nilotinib Efficacy and Safety Trial as First-Line Treatment – studio di valutazione dell'efficacia e sicurezza di nilotinib come trattamento in prima linea) è uno studio in aperto di Fase IIIb che ha valutato l'efficacia e la sicurezza di nilotinib 300 mg due volte al giorno (BID) in un'ampia popolazione di pazienti adulti con nuova diagnosi di LMC in fase cronica (CP, chronic phase), utilizzando una rete di 14 laboratori standardizzati EUTOS (European Treatment and Outcome Study) per monitorare la MR.

Lo studio è stato condotto in 26 Paesi europei e ha arruolato 1089 pazienti. In particolare, il 90,3% dei pazienti era cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) e il 97,0% aveva tipici trascritti BCR-ABL. I punteggi di rischio Sokal erano bassi, medi ed elevati rispettivamente nel 34,6%, 37,5% e 18,1% dei pazienti (9,8% mancante). I punteggi EUTOS erano bassi nell'82,6% ed elevati nell'8,6% dei pazienti (8,7% mancante).

L'80,9% in totale dei pazienti ha completato i 24 mesi di trattamento; il 19,1% ha interrotto prematuramente, in genere a causa di eventi avversi (10,7%). Gli eventi avversi osservati in questo studio sono stati coerenti con il profilo di sicurezza noto di nilotinib. Tredici pazienti (1,2%) sono morti entro i 24 mesi; di questi 13 decessi, uno è stato attribuito alla progressione della LMC (16 mesi dopo la sospensione del farmaco in studio). L'endpoint primario era il tasso di MR4.0 (BCR-ABL $\leq 0,01\%$ sulla Scala Internazionale [BCR-ABLIS] o BCR-ABL non rilevabile nel cDNA con ≥ 10.000 trascritti ABL) a 18 mesi. Il tasso di MR4.0 in tutti i pazienti trattati con un trattamento preventivo ≤ 3 mesi con imatinib ($n = 1052$) è stato pari al 38,4% a 18 mesi e al 40,4% a 24 mesi. I tassi di MR ottenuti in questo studio, in cui era prevista la misura mediante il monitoraggio molecolare multicentrico, hanno fornito la conferma prospettica dei tassi di MR rilevati centralmente nello studio registrativo ENESTnd. Nello studio ENESTnd, nilotinib ha dimostrato tassi più elevati di risposta molecolare sostenuta precoce e profonda, inclusa la MR4.5, e una riduzione del rischio di progressione rispetto a imatinib.

Coerentemente con gli studi precedenti, ENEST1st ha dimostrato l'importanza di una risposta molecolare precoce al trattamento di prima linea. L'analisi molecolare può variare da un Paese all'altro, confermando in tal modo l'importanza della coerenza di questi risultati. I pazienti con BCR-ABL1IS $\leq 1\%$ a 3 mesi hanno ottenuto i più elevati tassi di MMR, MR4.0 e MR4.5 in momenti successivi, mentre nessun paziente con BCR-ABL1IS $> 10\%$ a 3 mesi ha ottenuto una MR4.0 a 24 mesi.

Nel corso dei due anni dello studio, gli eventi avversi più comuni per qualsiasi causa sono stati rash (21,4%), prurito (16,5%) e cefalea (15,2%). Gli sperimentatori hanno concluso che i tassi relativamente bassi di questi eventi avversi potrebbero riflettere un miglioramento nella gestione dei pazienti trattati con nilotinib. Nell'1,9% dei pazienti è insorta arteriopatia periferica (PAD, peripheral artery disease), cardiopatia ischemica (IHD, ischemic heart disease) nel 3,4% ed eventi cerebrovascolari ischemici (ICVE, ischemic cerebrovascular events) nello 0,8%; lo 0,6% dei pazienti ha presentato liquido in eccesso intorno al polmone.

[[chiudi questa finestra](#)]

quotidianosanita.it

Martedì 16 GIUGNO 2015

Sanità integrativa. L'80% degli italiani non ne dispone. Più diffusa tra i dipendenti e al centro nord. Copertura scarsa per farmaci e grandi interventi ospedalieri. La ricerca Rbm Salute

Il livello spesa intermediata dalle forme di sanità integrativa è inferiore al 30% rispetto a media Ue. Buone le coperture su visite specialistiche e alta diagnostica. Carenze su grandi interventi e farmaci. Impatto contenuto sull'odontoiatria. "Il problema principale dell'attuale modello di Welfare Integrativo non è la sua estensione/concentrazione, ma l'intensità delle coperture che mette a disposizione". [LA RICERCA](#)

Oltre l'80% degli italiani non dispone di una Forma Sanitaria Integrativa e più del 90% è privo di una Forma Pensionistica Complementare. È quanto rileva la ricerca Rbm Salute sullo status del welfare integrativo in Italia e presentata nel corso del Welfare day 2015. La ricerca evidenzia come l'attuale modello di Welfare Integrativo è rivolto al lavoro dipendente e non include i nuclei familiari. I dati evidenziano poi come oltre il 55% dei lavoratori dipendenti aderisce a una Forma Sanitaria Integrativa e quasi il 40% beneficia di una Forma Pensionistica Complementare. I lavoratori autonomi presentano dei tassi di adesione alla Sanità Integrativa (poco meno del 15%) ed alla Previdenza Complementare (appena superiori al 5%) notevolmente più contenuti. Per quanto riguarda la geografia, il Welfare Integrativo è radicato prevalentemente nel Nord Ovest e nel Centro (oltre il 65%). Con particolare riferimento alle Forme Sanitarie Integrative bisogna osservare che gli aderenti risultano così distribuiti: 1 cittadino su 4 a Nord Ovest; 1 cittadino su 7 a Nord Est; 1 cittadino su 5 al Centro; 1 cittadino su 15 al Sud

“La limitazione di operatività delle Forme Sanitarie Integrative ai soli lavoratori dipendenti (e non anche ai relativi nuclei familiari) penalizza significativamente le famiglie italiane, tenuto anche conto della distribuzione media della spesa sanitaria tra i diversi componenti del nucleo”. Sottolinea **Marco Vecchietti** Amministratore delegato Rbm Salute.

Livello spesa intermediata da sanità integrativa è inferiore al 30% rispetto a media Ue.

Il problema principale dell'attuale modello di Welfare Integrativo non è la sua estensione/concentrazione, ma l'intensità delle coperture che mette a disposizione. Il livello di spesa privata intermediata dalle nostre Forme Sanitarie Integrative è inferiore di oltre il 30% alla media UE. Con riferimento alla Previdenza Complementare, la difficoltà di creare montanti previdenziali adeguati rischia di vanificare la mission pensionistica della previdenza complementare troppo spesso necessitata a far fronte alle più diverse esigenze di Welfare dei lavoratori e delle loro famiglie.

Prestazioni Ospedaliere: Solo un fondo sanitario integrativo su 3 copre tutti i ricoveri.

Il 35% delle Forme Sanitarie Integrative copre i Grandi Interventi Chirurgici, il 39% Grandi interventi ed alcuni ricoveri, mentre solo il 26% delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali copre tutti i Ricoveri.

Riguardo ai Grandi Interventi oggetto di copertura, peraltro, la Ricerca evidenzia come al di là del wording formale dei singoli nomenclatori, il 73% dei Grandi Interventi Chirurgici assicurati dalle forme sanitarie integrative sono effettuabili nel solo S.S.N. peraltro il 20% dei Grandi Interventi Chirurgici richiede una terapia intensiva che è disponibile in media in poco più di 1/3 delle strutture presenti nei network delle Forme Sanitarie Integrative contrattuali.

Questa impostazione porta pertanto tali fondi sanitari a svolgere, soprattutto in questo campo, una funzione prevalentemente sostitutiva del s.s.n che non garantisce, quindi alcuna intermediazione sul fronte della spesa sanitaria privata. “In quest’ottica, – commenta Vecchietti – per intervenire sull’effettività delle prestazioni bisognerebbe pertanto: migliorare/ampliare il network strutture private convenzionate introducendo strutture con una più elevata focalizzazione sui grandi interventi chirurgici e segnatamente su quelli di natura neurochirurgica e cardiocirurgica (qualità del network); estendere le liste delle Forme Sanitarie Integrative da CCNL dai Grandi Interventi Chirurgici a tutti i Ricoveri, riducendo la funzione sostitutiva delle Forme Sanitarie Integrative ed incrementandone il ruolo complementare rispetto al S.S.N.”.

Prestazioni di alta diagnostica: Importo medio liquidato da sanità integrativa pari al 26%

Tutte le Forme Sanitarie Integrative da CCNL garantiscono la copertura delle spese di diagnostica per immagini, e diagnostica strumentale, il 95,65% di tali Forme assicura anche le spese per terapie (tra le quali, in particolare, una quota rilevante è svolta da quelle di natura oncologica), solo poco più della metà delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali garantisce la copertura delle spese per esami endoscopici.

In quest’area bisogna considerare che l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 492,43, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 131,74, con un importo medio non intermediato, pertanto, pari ad € 360,68 (con un minimo di € 293,70 nel Nord Est ed un massimo di € 419,75 nel Centro Italia). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Visite Specialistiche: escluse visite di controllo, pediatriche e psichiatriche

Le Forme Sanitarie Integrative da CCNL prevedono la copertura delle spese per visite specialistiche a seguito di sospetto diagnostico o malattia. Sono, invece, escluse nella quasi totalità dei casi (il 96%) le visite routinarie e/o di controllo, fortemente limitate le visite pediatriche (ammesse solo nell’8% dei casi) e le visite psichiatriche (coperte solo nel 13% dei casi). In quest’area bisogna considerare che l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 222,11, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 56,66, con un IMPORTO medio NON INTERMEDIATO, pertanto, pari ad € 165,45 (con un minimo di € 132,45 nel Nord Ovest ed un massimo di € 171,33 nel Centro Italia). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Accertamenti diagnostici: garantita copertura solo dal 39% delle forme sanitarie integrative

Solo il 39% delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali garantisce la copertura delle spese sostenute per gli accertamenti diagnostici. Peraltro, ove la copertura è prevista, risultano rimborsabili nel 78% dei casi le spese per i prelievi, nel 65% dei casi le le spese per gli esami cito/istologici/ immunoistochimici e nel 60% dei casi le spese per esami di laboratorio. In quest’area bisogna considerare che l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 81,03, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 58,60, con un importo medio non intermediato pari ad € 22,42 (con un minimo di € 16,29 nel Centro Italia ed un massimo di € 18,53 nel Sud). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Farmaci: coperte solo le spese e/o post ricovero

Le Forme Sanitarie Integrative da CCNL coprono le spese per farmaci esclusivamente durante e/o post ricovero (87% dei casi) o nel corso di terapie in area extraospedaliera (nel 95% dei casi). Non sono rimborsate, invece, le spese per l’acquisto di farmaci stand alone. La Ricerca RBM Salute mostra chiaramente come l’area dei Farmaci rappresenti una delle aree di maggior bisogno di integrazione per le famiglie italiane. Infatti l’importo medio speso dai cittadini è pari ad € 2.766,10, l’importo medio liquidato dalle Forme Sanitarie Integrative di origine contrattuale è di € 726,99, con un IMPORTO medio NON INTERMEDIATO, pertanto, pari ad € 2.039,11 (con un minimo di € 428,42 nel Nord Ovest ed un massimo di € 1.064,70 nel Nord Est). Fonte: RBM Salute-Previmedical

Prestazioni odontoiatriche: livello copertura contenuto

Da ultimo la Ricerca RBM Salute sulle prestazioni dei Fondi Sanitari Integrativi di origine contrattuale si è soffermata sull'area dell'odontoiatria che ha, anch'essa, una particolare rilevanza nel campo della spesa privata Out of Pocket. Al riguardo la Ricerca sottolinea in primo luogo come il livello di copertura delle Forme Sanitarie Integrative sono piuttosto contenuto. Infatti Forme Sanitarie Integrative Contrattuali nel 78% dei casi si limitano a garantire la copertura della prevenzione odontoiatrica, nel 69% dei casi assicurano le cure odontoiatriche di minore intensità e solo nel 39% dei casi garantiscono la copertura dell'implantologia, nel 34% della chirurgia odontoiatrica e nel 21% delle spese odontoiatriche di tipo ricostruttivo conseguenti ad infortunio. La Ricerca RBM Salute conferma come anche la spesa odontoiatrica abbia una significativa incidenza sulla spesa privata delle famiglie italiane. Infatti l'importo medio non intermediato dalle Forme Sanitarie Integrative è rispettivamente di € 652,01 per l'implantologia, di € 353,59 per le cure odontoiatriche di minore intensità e di € 87,80 per la prevenzione

“Per poter rilanciare l'attuale Sistema di Welfare Integrativo sia necessario intervenire sulle sue debolezze strutturali, sulle sue contraddizioni e sulle sue fragilità. Il rinnovamento della previdenza complementare e della sanità integrativa del resto non passa (solamente) per interventi di natura normativa perché il fulcro del sistema è l'autonomia negoziale che negli anni lo ha costruito. In quest'ottica – conclude Vecchiotti – la nostra mission, ed in particolare quella del nostro nuovo brand RBM Welfare Solutions, è fornire alle Parti Sociali, ai Fondi ed alle Aziende soluzioni assicurative e gestionali per cogliere questa sfida ed andare insieme oltre l'attuale Welfare Integrativo verso un modello più inclusivo, più efficace e più equo di protezione sociale.”

Se fino a qualche decennio fa si pensava che fossero solo causa di infezioni, adesso l'approccio è cambiato: un manuale spiega come i microbi abbiano un legame con l'artrite, la depressione o altre malattie, ma allo stesso tempo ci proteggano. Ora si studia come utilizzarli per le terapie: alcune specie sconfiggono le allergie e il trapianto di flora intestinale è già realtà

Quando i batteri ci curano

1,300

il peso medio in chilogrammi dell'esercito dei microbi che abitano il corpo umano. Più o meno come il cervello e di poco più leggero del fegato

LA RICERCA

Un chilo e trecento grammi. Tanto pesa l'esercito di microbi che abita nel nostro corpo. Una sorta di "organo" che alloggia, con diversi nomi e diverse forme, dalla bocca ai piedi. Un universo di alieni dentro di noi particolarmente influente sulle funzioni vitali come la digestione o i meccanismi immunitari ma anche sulla personalità. E' una sorta di "secondo genoma" potenzialmente più determinante del primo, quello ereditato da genitori. Come dire che siamo i microbi che ospitiamo. Fino a qualche decennio fa si credeva che solo ogni tanto diventiamo ricettacolo di batteri capaci di provocare questa o quella infezione. «Ma ci sbagliavamo di grosso. La verità è che ci tocca convivere senza sosta con un'intera, nutritissima comunità di microbi», spiega Rob Knight pediatra, direttore del Microbiome Initiative all'università della California e autore, con il giornalista Brendan Buhler, del libro "Segui la pancia. Non tutti i microbi vengono per nuocere".

RUOLI ANTITETICI

Un viaggio in questo crogiolo di comunità diverse durante il quale l'autore spiega l'identità dei microbi, il loro sito, il loro ruolo.

10

volte più numerose di quelle umane sono le cellule microbiche che abitano all'interno del nostro organismo

Nello scatenare una malattia come nel proteggerci. Un esempio, le zanzare. «Si è scoperto - scrive Knight - che per le zanzare certe persone sono davvero più appetitose di altre. Ognuno di noi ha un gusto diverso, e questo è in gran parte dovuto alla varietà delle comunità microbiche della pelle». Le ultime ricerche hanno evidenziato uno stretto legame tra i nostri microbi e numerose malattie, tra cui l'obesità, l'artrite e la depressione.

Nel manuale viene tracciato e spiegato l'asse intestino-cervello, molto stretto. Tanto che proprio un batterio del letame, il "Mycobacterium vaccae" sarebbe in grado di modulare il sistema immunitario. Un gruppo di ricercatori sta lavorando alla creazione di un vaccino contro lo stress e la depressione. D'altronde il trapianto di flora batterica è già realtà e la sperimentazione ha dato buoni successi: 90 pazienti su 100 sono guariti da una grave forma di diarrea batterica da "Clostridium difficile" altrimenti incurabile. La metodica è stata usata per la prima volta in Italia al Policlinico Gemelli, unità di Gastroenterologia, diretta da Antonio Gasbarrini. Il trapianto di microbiota intestinale consiste nell'infusione di materiale prelevato da una donatore sano nel

99%

delle informazioni genetiche che vengono veicolate dall'organismo umano è di origine microbica, una sorta di "secondo genoma"

tratto intestinale del paziente.

LA NASCITA

Knight racconta un fatto personale per spiegare la sua teoria: il parto della sua bambina. Dal momento che è nata con il cesareo e, quindi non è passata per la vagina, sono stati i genitori a "contaminarla", una volta tra le loro braccia, con i batteri che vivono nel canale di uscita di un parto naturale. «Quando si è trattato di pensare ai suoi microbi - spiega il pediatra - io e Amanda abbiamo preso in mano la situazione, strofinandola con campioni prelevati dalla vagina della madre. La nostra piccola aveva bisogno di quei microbi. Con dei bastoncini di cotone sterile abbiamo spalmato i campioni sulla pelle, le orecchie e il naso. Su tutti quei posti in cui sarebbero finiti naturalmente se fosse passata per il collo dell'utero».

Nel futuro prossimo venturo, tra le terapie, anche quelle con i microbi. Alcune specie possono sconfiggere le allergie alimentari nei topi o addirittura prevenirle mentre altre specie batteriche le innescano. Perché presto si potrà disporre di mappe microbiche dettagliate dell'umanità insieme ad una specie di Gps dei "nostri" germi.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SEGUI LA PANCIA

Rob Knight e
Brendan Buhler
RIZZOLI ED.
144 pagine
15 euro



Dai vaccini antistress agli ansiolitici



I batteri del letame come il "Mycobacterium vaccae" potrebbero essere usati per creare un vaccino contro lo stress e la depressione



Si è scoperto che i batteri della classe "Oscillibacter" secernono una sostanza chimica che agisce come un ansiolitico naturale



La batterioterapia fecale con microbi di una persona sana come via terapeutica contro il "Clostridium difficile" che causa dissenteria



È stato sperimentato che il "Lactobacillus reuteri" riduce la probabilità che i topi sviluppino infezioni in situazioni di forte ansia



Michelle Obama in Italia

«Per battere l'obesità più tempo alle donne e salari adeguati»

La First Lady all'Expo: la mia battaglia sul cibo sano

MENO PASTI IN CASA

Il numero di pasti cucinati in casa è diminuito molto, e le porzioni sono diventate sempre più grandi

PROBLEMA DA RISOLVERE

I tassi di obesità hanno smesso di salire, ma dobbiamo fare ancora molta strada per risolvere il problema

FIRST FAMILY A TAVOLA

Il pranzo in famiglia include proteine magre, cereali e verdure

MICHELLE OBAMA
First Lady degli Stati Uniti

CUCINA SANA

Alla Casa Bianca Michelle ha spesso insegnato a cucinare ai bambini

INCONTRO CON RENZI

La First Lady sarà ricevuta dal premier italiano accompagnato dalla moglie



L'INTERVISTA

dall'inviato

PAOLO MASTROLILLI

NEW YORK. «Un tipico pranzo che piace alla famiglia Obama include proteine magre, cereali integrali e verdure. Per esempio, pollo al forno con riso integrale e broccoli, o pesce alla griglia con cous cous e un'insalata verde». Michelle Obama ci porta nella cucina della sua famiglia, alla Casa Bianca, per lanciare un messaggio a cui ha dedicato buona parte del suo mandato come First Lady: promuovere alimentazione e abitudini di vita più sane, che servono a migliorare la nostra salute e la nostra società. Nello stesso tempo, però, avverte: bisogna mettere le famiglie nelle condizioni economiche di permettersi queste scelte virtuose.

Michelle lancerà il suo messaggio a partire da oggi a Milano, dove guiderà la missione presidenziale all'Expo, e domani incontrerà il premier Renzi, prima di trasferirsi a Vicenza per trovare le famiglie dei soldati americani di stanza nella città. Una visita che capita a ridosso di quella del presidente russo Putin, e il vice consigliere per la sicurezza nazionale incaricato delle comunicazioni strategiche, Ben Rhodes, ha definito come l'occasione per «rinforzare le relazioni tra i nostri governi e i rapporti personali con leader chiave, con cui lavoriamo ogni giorno sulla nostra agenda globale». Alla vigilia del suo arrivo, la First Lady ha accettato di rispondere in esclusiva ad alcune domande.

«Nutrire il pianeta, Energia per la vita» è il tema centrale dell'Expo di Milano. Ci potrebbe spiegare quali problemi di alimentazione e di salute fronteggiano gli Stati Uniti, e quali sono le prospettive per trovare delle soluzioni?

«Sono venuta all'Expo perché, dovunque al mondo viviamo, vogliamo tutti cibi salubri e nutrienti per le nostre famiglie. So che cre-

scere figli sani è una sfida per le famiglie in tutto il mondo ed è importante che si possa imparare gli uni dagli altri.

«Il modo in cui viviamo e ci alimentiamo negli Stati Uniti e in altri Paesi sviluppati è cambiato drasticamente negli ultimi trenta anni. Per esempio, il numero di pasti cucinati in casa è diminuito notevolmente, mentre le porzioni sono diventate sempre più grandi. Abbiamo notato un aumento dell'obesità e di tutte le malattie che fanno capo all'obesità, quali il diabete e le malattie coronariche. Oggi come oggi, uno su tre bambini negli Stati Uniti è sovrappeso o obeso - per i bambini afroamericani e ispanici, il tasso si aggira intorno al quaranta per cento - e l'obesità è diventata una delle cause principali di mortalità e di malattie prevenibili negli

Stati Uniti.

«Però gli Stati Uniti non sono l'unico Paese ad affrontare questi problemi. A livello mondiale, la prevalenza dell'obesità è quasi raddoppiata dal 1980. Nel 2013, più di quarantadue milioni di bambini prescolari erano sovrappeso. Il diabete è aumentato in tutto il mondo del quarantacinque per cento negli ultimi due decenni. E finora, nessun Paese è riuscito a invertire il trend dell'obesità in maniera rilevante.

«C'è comunque molto che ci fa sperare - in tutto il mondo, c'è gente con nuove idee, pronta a creare sodalizi per cercare di arginare questa epidemia. Ed è a questo che si rifà la mia iniziativa "Muoviamoci!", "Let's Move!". Stiamo collaborando con ogni settore della società - genitori, scuole,

imprese, personalità religiose, operatori sanitari, enti locali e altri - nel tentativo di aiutare i nostri piccoli a crescere più sani.

«Perciò a Milano condivideremo i nostri successi. Ma, cosa ancora più importante, cercheremo di capire dai leader qui in Italia e nei vari Paesi del mondo quali sono le soluzioni vincenti. Perché nessun Paese ha il monopolio sulle buone idee - possiamo tutti aiutarci a vicenda a trovare soluzioni utili per le famiglie dei nostri paesi».

Lei ha appena celebrato il quinto anniversario della sua iniziativa «Muoviamoci!», «Let's Move!». Quali sono stati i risultati migliori, e quali obiettivi vi proponete per l'immediato futuro?

«Con "Let's Move!" abbiamo dato inizio a un nuovo dialogo su come viviamo e ci alimentiamo negli Stati Uniti e i risultati che abbiamo raggiunto finora hanno superato ogni nostra aspettativa: 1,6 milioni di bambini frequentano ora asili nido più sani dove frutta e verdure hanno sostituito biscotti e succhi di frutta; nelle mense scolastiche più di trenta milioni di bambini consumano prime colazioni e pasti di mezzogiorno più sani.

«Due milioni di bambini hanno nella mensa delle loro scuole un buffet con insalate e verdure promosso da "Let's Move!". Circa nove milioni di bambini delle Scuole attive con "Let's Move!" fanno almeno sessanta minuti di attività fisica ogni giorno. Migliaia di catene di ristoranti hanno creato menù più sani per i bambini, e i produttori alimentari e di bevande analcoliche hanno ridotto le calorie dei loro prodotti di 6.400 miliardi di calorie.

«Settanta milioni di persone ora vivono in città, comuni o province che aderiscono al programma di "Let's Move!" dove i bambini possono andare a scuola a piedi su nuovi marciapiedi appositamente costruiti, partecipare a programmi estivi che offrono pasti sani, e aggregarsi a leghe atletiche locali. I ministri delle

varie religioni insegnano alle loro congregazioni l'importanza del mangiar sano attraverso "Let's Move! Fede e Comunità"; famiglie intere stanno diventando più attive nei parchi nazionali attraverso la nostra iniziativa "Let's Move! All'Aria Aperta"; e i bambini possono visitare mostre che educano ad una sana alimentazione in circa 700 musei e giardini che aderiscono a "Let's Move! Musei e Giardini".

«Messi insieme, questi cambiamenti stanno cominciando ad aver un impatto. I tassi di obesità hanno smesso di salire e stanno, infatti, calando fra i bambini più piccoli. E anche se il progresso raggiunto è ragguardevole, rimane comunque fragile e abbiamo ancora molta strada da percorrere prima di aver completamente risolto il problema. Anche se sono ormai all'ultimo tratto del mio mandato di First Lady, non ho alcuna intenzione di mollare su questo argomento. Ho tutta l'intenzione di continuare questo lavoro anche dopo i miei otto anni alla Casa Bianca».

Come possono le famiglie fare scelte per una più sana alimentazione nella vita di tutti i giorni?

«Uno dei modi migliori in cui una famiglia può assicurarsi una sana alimentazione è preparare i pasti in casa tutti insieme. Quando una famiglia cucina a casa, può controllare meglio la propria dieta - decidi tu gli ingredienti, la misura delle porzioni e la quantità di verdure. Se ancora non vi siete abituati a cucinare insieme, cominciate a preparare almeno un pasto a settimana - e coinvolgete l'intera famiglia nella preparazione».

Ci può dire qual è un tipico menù sano che piace alla sua

famiglia a pranzo?

«Un tipico pranzo che piace alla famiglia Obama include proteine magre, cereali integrali e verdure. Per esempio, pollo al forno con riso integrale e broccoli, o pesce alla griglia con cous cous e un'insalata verde».

Le donne continuano ad avere un ruolo importante nel gestire le esigenze alimentari della famiglia. Come può la società venire loro incontro?

«Le donne hanno bisogno di essere informate e di avere la possibilità di decidere di fare della propria salute e di quella delle loro famiglie una priorità. E questo significa innanzitutto rendere i prodotti alimentari sani alla portata di tutti, cioè convincere più negozi e mercati a servire i quartieri e le comunità che finora sono stati più trascurati in questo senso. Significa anche assicurare alle famiglie un reddito sufficiente per poter tranquillamente comprare quei cibi.

«Dobbiamo inoltre far sì che sul lavoro sia gli uomini sia le donne riescano a mantenere in equilibrio le esigenze familiari con quelle del lavoro, perché è difficile essere sani se non si ha la flessibilità e il tempo che ci vuole per curare se stessi e i propri figli. Questo lo so per esperienza personale. Quando è nata la mia prima figlia, e passavo notti insonni, mia madre m'incoraggiava a prendermi cura anche di me stessa, non solo della mia famiglia. Mi ha fatto capire che se io non ero totalmente in forma, non avrei avuto l'energia e la forza di occuparmi della mia bimba e di mio marito. Sono fortunata di avere avuto un lavoro che mi ha dato flessibilità, ma tante donne non hanno questa opzione e ciò va corretto».



Michelle Obama arriverà stamattina a Milano. Domani visiterà il Padiglione americano dell'Expo. Poi sarà a Vicenza e Venezia



IL TÈ CON HARRY A KENSINGTON

DURANTE la sua visita a Londra Michelle Obama ha incontrato il principe Harry a Kensington Palace. Poi ha fatto visita al primo ministro David Cameron e a sua moglie Samantha al 10 di Downing street



UN CONIO ROSA “EXPO EURO”

A MILANO Michelle riceverà in dono un “conio” speciale: una moneta “Expo” rosa, grazie a una lega in bronzo rosato, e di grandi dimensioni, 150 millimetri di diametro per 936 grammi di peso

I numeri



1 su 3

Negli Usa un bambino su tre è obeso o in sovrappeso.

La percentuale sale al 40% se si prendono in considerazione afroamericani e ispanici



1,6 milioni

I bambini negli asili che hanno aderito al programma "Let's move!" (Muoviti) della First Lady.

Nelle mense frutta e verdura hanno sostituito succhi e biscotti



42 milioni

I bambini in età prescolare che nel 2013 erano in sovrappeso nel mondo.

Dal 1980 ad oggi l'obesità è quasi raddoppiata

Intervista con Michelle Obama: oggi è a Milano, domani all'Expo

“Così sconfiggeremo l'obesità”

Serve più flessibilità sul lavoro per occuparsi in modo corretto dell'alimentazione della famiglia
Uomini e donne devono avere un reddito che permetta di comprare prodotti sani

A Milano cercheremo di capire quali sono le soluzioni vincenti in tema di cibo e salute

Il tipico pranzo di casa Obama? Pollo al forno con riso integrale e broccoli. O pesce e cous cous

Paolo Mastroianni ALLE PAGINE 16 E 17

MICHELLE OBAMA

“Orari di lavoro flessibili e salari adeguati Così si batte l'obesità”

La First Lady all'Expo: la mia battaglia per il cibo sano

Intervista

PAOLO MASTROIANNI
INVIATO A NEW YORK

«Un tipico pranzo che piace alla famiglia Obama include proteine magre, cereali integrali e verdure. Per esempio, pollo al forno con riso integrale e broccoli, o pesce alla griglia con cous cous e un'insalata verde». Michelle Obama ci porta nella cucina della sua famiglia, alla Casa Bianca, per lanciare un messaggio a cui ha dedicato buona parte del suo mandato come First Lady: promuovere alimentazione e abitudini di vita più sane, che servono a migliorare la nostra salute e la nostra società. Nello stesso tempo, però, avverte: bisogna met-

tere le famiglie nelle condizioni economiche di permettersi queste scelte virtuose.

Michelle lancerà il suo messaggio a partire da oggi a Milano, dove guiderà la missione presidenziale all'Expo, e domani incontrerà il premier Renzi, prima di trasferirsi a Vicenza per trovare le famiglie dei soldati americani di stanza nella città. Una visita che capita a ridosso di quella del presidente russo Putin, e il vice consigliere per la sicurezza nazionale incaricato delle comunicazioni strategiche, Ben Rhodes, ha definito come l'occasione per «rinforzare le relazioni tra i nostri governi e i rapporti personali con leader chiave, con cui lavoriamo ogni giorno sulla nostra agenda globale». Alla vigilia del suo arrivo, la First Lady ha accettato di rispondere in esclusiva alle domande de «La Stampa».

«Nutrire il pianeta, Energia per la

vita» è il tema centrale dell'Expo di Milano. Ci potrebbe spiegare quali problemi di alimentazione e di salute fronteggiano gli Stati Uniti, e quali sono le prospettive per trovare delle soluzioni?

«Sono venuta all'Expo perché, dovunque al mondo viviamo, vogliamo tutti cibi salubri e nutrienti per le nostre famiglie. So che crescere figli sani è una sfida per le famiglie in tutto il mondo ed è importante che si possa imparare gli uni dagli altri.

«Il modo in cui viviamo e ci alimentiamo negli Stati Uniti e in



altri Paesi sviluppati è cambiato drasticamente negli ultimi trenta anni. Per esempio, il numero di pasti cucinati in casa è diminuito notevolmente, mentre le porzioni sono diventate sempre più grandi. Abbiamo notato un aumento dell'obesità e di tutte le malattie che fanno capo all'obesità, quali il diabete e le malattie coronariche. Oggi come oggi, uno su tre bambini negli Stati Uniti è sovrappeso o obeso - per i bambini afroamericani e ispanici, il tasso si aggira intorno al quaranta per cento - e l'obesità è diventata una delle cause principali di mortalità e di malattie prevenibili negli Stati Uniti.

«Però gli Stati Uniti non sono l'unico Paese ad affrontare questi problemi. A livello mondiale, la prevalenza dell'obesità è quasi raddoppiata dal 1980. Nel 2013, più di quarantadue milioni di bambini prescolari erano sovrappeso. Il diabete è aumentato in tutto il mondo del quarantacinque per cento negli ultimi due decenni. E finora, nessun Paese è riuscito a invertire il trend dell'obesità in maniera rilevante.

«C'è comunque molto che ci fa sperare - in tutto il mondo, c'è gente con nuove idee, pronta a creare sodalizi per cercare di arginare questa epidemia. Ed è a questo che si rifà la mia iniziativa "Muoviamoci!", "Let's Move!". Stiamo collaborando con ogni settore della società - genitori, scuole, imprese, personalità religiose, operatori sanitari, enti locali e altri - nel tentativo di aiutare i nostri piccoli a crescere più sani.

«Perciò a Milano divideremo i nostri successi. Ma, cosa ancora più importante, cercheremo di capire dai leader qui in Italia e nei vari Paesi del mondo quali sono le soluzioni vincenti. Perché nessun Paese ha il monopolio sulle buone idee - possiamo tutti aiutarci a vicenda a trovare soluzioni utili per le famiglie dei nostri paesi».

Lei ha appena celebrato il quinto anniversario della sua iniziativa «Muoviamoci!», «Let's Move!».

Quali sono stati i risultati migliori, e quali obiettivi vi proponete per l'immediato futuro?

«Con "Let's Move!" abbiamo dato inizio a un nuovo dialogo su come viviamo e ci alimentiamo negli Stati Uniti e i risultati che abbiamo raggiunto finora hanno superato ogni nostra aspettativa: 1,6 milioni di

bambini frequentano ora asili nido più sani dove frutta e verdure hanno sostituito biscotti e succhi di frutta; nelle mense scolastiche più di trenta milioni di bambini consumano prime colazioni e pasti di mezzogiorno più sani.

«Due milioni di bambini hanno nella mensa delle loro scuole un buffet con insalate e verdure promosso da "Let's Move!". Circa nove milioni di bambini delle Scuole attive con "Let's Move!" fanno almeno sessanta minuti di attività fisica ogni giorno. Migliaia di catene di ristoranti hanno creato menù più sani per i bambini, e i produttori alimentari e di bevande analcoliche hanno ridotto le calorie dei loro prodotti di 6.400 miliardi di calorie. «Settanta milioni di persone ora vivono in città, comuni o province che aderiscono al programma di "Let's Move!" dove i bambini possono andare a scuola a piedi su nuovi marciapiedi appositamente costruiti, partecipare a programmi estivi che offrono pasti sani, e aggregarsi a leghe atletiche locali. I ministri delle varie religioni insegnano alle loro congregazioni l'importanza del mangiar sano attraverso "Let's Move! Fede e Comunità"; famiglie intere stanno diventando più attive nei parchi nazionali attraverso la nostra iniziativa "Let's Move! All'Aria Aperta"; e i bambini possono visitare mostre che educano ad una sana alimentazione in circa 700 musei e giardini che aderiscono a "Let's Move! Musei e Giardini".

«Messi insieme, questi cambiamenti stanno cominciando ad aver un impatto. I tassi di obesità hanno smesso di salire e stanno, infatti, calando fra i bambini più piccoli. E anche se il progresso raggiunto è ragguardevole, rimane comunque fragile e abbiamo ancora molta strada da percorrere prima di aver completamente risolto il problema. Anche se sono ormai all'ultimo tratto del mio mandato di First Lady, non ho alcuna intenzione di mollare su questo argomento. Ho tutta l'intenzione di continuare questo lavoro anche dopo i miei otto anni alla Casa Bianca».

Come possono le famiglie fare scelte per una più sana alimentazione nella vita di tutti i giorni?

«Uno dei modi migliori in cui

una famiglia può assicurarsi una sana alimentazione è preparare i pasti in casa tutti insieme. Quando una famiglia cucina a casa, può controllare meglio la propria dieta - decidi tu gli ingredienti, la misura delle porzioni e la quantità di verdure. Se ancora non vi siete abituati a cucinare insieme, cominciate a preparare almeno un pasto a settimana - e coinvolgete l'intera famiglia nella preparazione».

Ci può dire qual è un tipico menù sano che piace alla sua famiglia a pranzo?

«Un tipico pranzo che piace alla famiglia Obama include proteine magre, cereali integrali e verdure. Per esempio, pollo al forno con riso integrale e broccoli, o pesce alla griglia con cous cous e un'insalata verde».

Le donne continuano ad avere un ruolo importante nel gestire le esigenze alimentari della famiglia. Come può la società venire loro incontro?

«Le donne hanno bisogno di essere informate e di avere la possibilità di decidere di fare della propria salute e di quella delle loro famiglie una priorità. E questo significa innanzitutto rendere i prodotti alimentari sani alla portata di tutti, cioè convincere più negozi e mercati a servire i quartieri e le comunità che finora sono stati più trascurati in questo senso. Significa anche assicurare alle famiglie un reddito sufficiente per poter tranquillamente comprare quei cibi.

«Dobbiamo inoltre far sì che sul lavoro sia gli uomini sia le donne riescano a mantenere in equilibrio le esigenze famigliari con quelle del lavoro, perché è difficile essere sani se non si ha la flessibilità e il tempo che ci vuole per curare se stessi e i propri figli. Questo lo so per esperienza personale. Quando è nata la mia prima figlia, e passavo notti insonni, mia madre m'incoraggiava a prendermi cura anche di me stessa, non solo della mia famiglia. Mi ha fatto capire che se io non ero totalmente in forma, non avrei avuto l'energia e la forza di occuparmi della mia bimba e di mio marito. Sono fortunata di avere avuto un lavoro che mi ha dato flessibilità, ma tante donne non hanno questa opzione e ciò va corretto».

30%

sovrappeso

Negli Stati Uniti un bambino su tre è obeso o sovrappeso e la percentuale sale al 40 se si prendono in considerazione quelli afroamericani e ispanici

1,6

milioni

I bambini negli asili che hanno aderito al programma «Let's move!» muoviti della First Lady. Nelle mense frutta e verdura hanno sostituito succhi e biscotti

42

milioni

Il numero di bambini in età prescolare che nel 2013 erano sovrappeso nel mondo. Dal 1980 ad oggi l'obesità è quasi raddoppiata

Il programma

Michelle Obama arriva oggi a Milano, alla guida della delegazione presidenziale americana all'Expo, e partecipa a un primo evento in cui cucinerà assieme ad alcuni bambini. La First Lady domani visiterà lo Usa Pavillion, incontrerà il premier Matteo Renzi e visiterà il padiglione italiano. La First Lady si trasferirà poi a Vicenza, dove venerdì incontrerà le famiglie dei soldati americani di stanza in città.

Ha detto

A Milano cercheremo di capire dai leader qui in Italia e nei vari Paesi del mondo quali sono le soluzioni vincenti

Il numero di pasti cucinati in casa è diminuito molto, e le porzioni sono diventate sempre più grandi

I tassi di obesità hanno smesso di salire, ma dobbiamo fare ancora molta strada per risolvere il problema

Il mio mandato come First Lady sta finendo, ma su questi temi non ho intenzione di mollare

Il pranzo in famiglia include proteine magre, cereali e verdure: pollo, riso integrale e broccoli

Michelle Obama

First Lady degli Stati Uniti

L'INTERVISTA BEATRICE LORENZIN

«Al ministero abbiamo il nido subito al lavoro con i bimbi»

Sul lavoro
Per le mamme si deve fare molto di più. Il part time durante il congedo è un elemento chiave

Valorizzare la donna
Serve un cambiamento culturale che valorizzi la donna nel periodo più importante della sua vita

ROMA Sms della scorsa settimana: «Quanto ho fatto finora è niente rispetto a questi due angioletti. È una fortuna aver avuto i gemelli. Tutto doppio. Anche l'amore».

Ieri, verso le 6 del pomeriggio, al telefono risponde sottovoce: «Le dico solo che sto allattando. È meraviglioso, sono felice». In sottofondo, brevi gorgheggi di accompagnamento alla poppata.

Lei ha il tono vellutato. Di sicuro sta sorridendo. È a casa da venerdì scorso con i due fagottini, Lavinia e Francesco, **Beatrice Lorenzin**. La prima intervista dopo il parto è tutta sulla maternità («e per favore niente politica»). Ma di tanto intanto la sua anima da ministra della Salute riaffiora.

Quando tornerà al lavoro?

«Appena i bambini potranno uscire sarò in ufficio con loro. Al ministero abbiamo il nido, finanziato con i contributi dei dipendenti. Lì metterò lì e continuerò ad allattarli finché posso. Spero almeno sei mesi. È una fortuna, ma le mamme che non possono farlo non si sentano in colpa. Le polveri artificiali sono un'ottima alternativa».

Come ha vissuto la gravidanza?

«Ho trasferito l'ufficio a casa. L'ultimo mese l'ho passato ferma a letto, i collaboratori al mio fianco. Fino all'ultimo ho firmato documenti e chiuso progetti importanti. Il piano sulla fertilità, la campagna contro l'alcol fra i giovani, il secondo malato di Ebola ricoverato

allo Spallanzani. Insomma, non mi sono fatta mancare nulla. Faticoso e appassionante. La maternità dà sprint, è un valore aggiunto. Non si fa abbastanza per tutelarla».

Eppure di leggi per il sostegno della maternità ne sono arrivate. Lei ha voluto introdurre il bonus bebè per le mamme con basso reddito. Il Jobs Act contiene norme che danno diritto allo sconto su babysitter e iscrizione all'asilo. Si deve fare di più?

«Molto di più. Non è una questione di congedi. Serve un cambiamento culturale che porti a valorizzare la donna nel periodo più importante della sua vita considerando il suo ruolo sociale specie in una fase di denatalità del Paese. Le culle si svuotano. Non è giusto che appena partorito si debba tornare in ufficio con l'angoscia e con tempi non elastici».

Uno dei decreti attuativi del Jobs Act prevede che durante il congedo parentale di sei mesi possa essere chiesto il part time e l'obbligo da parte del datore di lavoro di concederlo. Che ne dice?

«Ottimo, il part time è uno degli elementi chiave. La maternità rende più produttive».

Un parto facile?

«Un cesareo d'urgenza. Domenica 7 giugno ero a casa e stavo scrivendo quando ho sentito dei doloretto strani. Il mio ginecologo mi ha imposto per telefono di filare diritta in ospedale. Dopo mezz'ora ero in sala operatoria. Alessandro, il papà, è entrato con me. Ho par-

torito da donna normale, il personale era quello di turno. Ho scelto l'anestesia spinale dunque ero sveglia, li seguivo con gli occhi. Erano sconcertati perché non se l'aspettavano di dovermi assistere. E allora ho detto, ragazzi lavorate tranquilli, andrà tutto bene, fate conto che sia una paziente come tante. Solo dopo, quando l'ansia si è rarefatta ho potuto piangere, a lungo. Ho sempre desiderato avere figli, sono mamma per vocazione»

Curiosa di fare la paziente per osservare come funzionano le neonatologie in un ospedale pubblico, in questo caso il San Pietro Fatebenefratelli?

«Ebbene sì, lo ammetto. Non ho dimenticato il mio ruolo. Mi sono resa conto personalmente dei problemi delle neonatologie dove le emergenze sono all'ordine del giorno e vengono ricoverati bambini molto prematuri o con patologie. Sono rimasta colpita dall'abnegazione del personale, dalla professionalità ma anche dalle carenze che tocca a noi amministratori sanare. Sono stata fortunata. I miei pupetti sono nati alla 36ma settimana e non hanno avuto bisogno della terapia intensiva».

E la politica?

«Ha una domanda di riserva? È nel mio essere ma ora non fa parte delle priorità. La sto seguendo con grande attenzione. Ora la devo lasciare perché faccio il cambio della poppata...».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

