

A NATALE PER ADOLESCENTI PI? RISCHIO GRAVIDANZE INATTESE

GINECOLOGI, LE CAUSE SONO SPESSO ALCOL E PROMISCUITA' RAPPORTI

(ANSA)- ROMA, 30 NOV - Un consumo esagerato di alcol e la tendenza ad avere partner di volta in volta diversi: ecco il mix spesso "letale" che può portare le adolescenti, soprattutto nel periodo natalizio, al rischio di gravidanze inattese. A lanciare l'allarme gli esperti della Sigo, Società italiana di ginecologia e ostetricia. "I ragazzi vanno spesso via in gruppo durante le Feste: l'eccessivo consumo di alcol, a cui si unisce l'abitudine ad aver rapporti con più partner, può far andare incontro ad una gravidanza non programmata, ma espone anche alla possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmesse", spiega il presidente della Sigo, Nicola Surico. E il trend osservato dai ginecologi italiani sembra essere confermato dai dati di un sondaggio inglese, condotto da LloydsPharmacy online doctor, in base al quale circa la metà delle donne rischia una gravidanza inattesa durante le festività natalizie: tra le cause la pillola anticoncezionale che viene troppo spesso dimenticata o l'eccessiva disinibizione a causa dell'alcol. "Nel nostro Paese mancano ancora dati statistici specifici, che permettano anche di caratterizzare il fenomeno con maggiore precisione - evidenzia il presidente Sigo - tuttavia sappiamo già che la situazione più critica riguarda le ragazze di età compresa tra i 14-15 anni e i 18 anni". "Tuttavia, questo discorso non può non coinvolgere anche i ragazzi, che troppo spesso hanno dei comportamenti sbagliati, di cui poi fanno prevalentemente le spese le ragazze", prosegue Surico, che sottolinea come proprio per questo si stiano pensando in alcune realtà ospedaliere, come ad esempio a Novara, degli ambulatori per l'adolescenza a carattere multidisciplinare. Con la presenza di specialisti come il ginecologo, l'infettivologo e altri che possono dare un'idea complessiva della corretta sessualità ai più giovani. "Agli adolescenti, a cui spesso su queste tematiche manca il ruolo 'educativo' della scuola e soprattutto della famiglia - evidenzia il presidente Sigo - occorre ricordare che è bene non dimenticare la pillola anticoncezionale e che è meglio optare per il preservativo se si hanno rapporti con partner diversi". "Per informazioni, oltre che al proprio ginecologo, ci si può rivolgere alla rete dei consultori, che in alcune aree del Paese, ad esempio al Nord, risulta abbastanza soddisfacente, mentre per le situazioni di emergenza ci si può recare ai Pronto soccorso ostetrici " conclude Surico. (ANSA).

I ginecologi: "A Natale più gravidanze inattese per gli adolescenti"

Colpa dell'eccessivo consumo di alcol, a cui si unisce l'abitudine ad aver rapporti con più partner. E aumenta anche la possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmesse

Il periodo natalizio è un momento dell'anno in cui si rischiano un maggior numero di gravidanze non attese, soprattutto tra gli adolescenti. A lanciare l'allarme sono gli esperti della Sigo, Società italiana di ginecologia. "I ragazzi vanno spesso via in gruppo durante le feste: l'eccessivo consumo di alcol, a cui si unisce l'abitudine ad aver rapporti con più partner, può far andare incontro a una gravidanza non programmata, ma espone anche alla possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmesse", spiega il presidente della Sigo Nicola Surico.



E anche se questo trend osservato dai ginecologi - ed evidenziato anche in un sondaggio svolto in Gran Bretagna secondo cui la metà delle donne rischia una gravidanza non programmata a Natale - non è ancora supportato nel nostro Paese da dati statistici specifici, secondo Surico "quello che si sa è che la situazione più critica riguarda le ragazze di età compresa tra i 14-15 anni e i 18 anni".

"Ma questo discorso non può non coinvolgere anche i ragazzi, che troppo spesso hanno dei comportamenti sbagliati, di cui poi fanno prevalentemente le spese le ragazze", evidenzia. "Agli adolescenti, a cui spesso su queste tematiche manca il ruolo "educativo" della famiglia e della scuola - prosegue il presidente Sigo - occorre ricordare che è bene non dimenticare la pillola anticoncezionale, che è meglio preferire il preservativo se si hanno rapporti con partner diversi, e che per informazioni ci si può rivolgere alla rete dei consultori, che ad esempio al Nord risulta abbastanza soddisfacente ". "Per le situazioni di emergenza, invece, ci si può recare ai Pronto soccorso ostetrici" conclude.

LA STORIA**A caccia
della****PILLOLA
DEL
GIORNO
DOPO**

**Una notte d'amore,
un incidente
di percorso.
La fretta di trovare
un rimedio
a una possibile
gravidanza
indesiderata. Ma gli
ospedali si rifiutano,
i consultori
nicchiano. Una coppia
racconta la sua
corsa contro il tempo
(e gli obiettori)**

di Monica I.

Mi chiamo Monica, ho 40 anni e da oltre dieci anni con mio marito abito a Chicago dove entrambi lavoriamo come pubblicitari. Veniamo in Italia tutti gli anni, durante la nostra ultima vacanza in patria abbiamo scoperto che il diritto alla pillola del giorno dopo praticamente non esiste più.

Novembre 2013, siamo a Bologna, per qualche giorno giochiamo ai turisti nella città dove ci siamo conosciuti e dove abbiamo frequentato l'università. La notte prima della partenza è tiepida e molto romantica, passiamo una splendida serata rovinata però da un incidente banale ma pericoloso: la rottura del preservativo. Io non prendo la pillola, facciamo un rapido calcolo e ci rendiamo conto che è anche il momento più fertile del mese. Marco, mio marito, ricorda che quando facevamo l'università ci era capitato lo stesso incidente ed eravamo andati al pronto soccorso ginecologico, mi avevano prescritto la pillola del giorno dopo e tutto si era risolto. Ripercorriamo gli stessi passi, andiamo all'Ospedale Maggiore, e lì comincia la nostra disavventura.

L'infermiera del reparto ginecologia non ci fa quasi finire di parlare, ci spiega che da loro non avremo la prescrizione della pillola perché la dottoressa di turno è obiettoressa e comunque la pillola del giorno dopo la prescrivono solo durante il fine settimana, ed è

giovedì; ci porge un elenco dei consultori bolognesi invitandoci ad andare da loro, la mattina dopo. Marco cerca di spiegarle che noi, la sera seguente, partiremo per Roma e poi per Chicago, non abbiamo tempo, ma non c'è niente da fare: non è né sabato né domenica e la pillola non viene prescritta. È quasi mezzanotte, torniamo in albergo un po' sconsigliati ma ancora fiduciosi in una risoluzione del problema.

La mattina seguente di buon'ora ci sediamo in un bar e telefoniamo a tutti i consultori della lista: quello di via Irma Bandiera non risponde, il poliambulatorio Carpaccio è sempre occupato, il terzo, di via Sant'Isaia, finalmente risponde ma ci dice che tutti i loro ginecologi sono a un corso di formazione, spieghiamo comunque la nostra situazione e l'operatore ci consiglia di aspettare e di prenderla in America, dove di certo troveremo meno burocrazia. «Sì, ma a quel punto non sarà più il giorno dopo», osserva mio marito. Gli viene risposto che comunque un po' di effetto può sempre esserci, certo più passa il tempo, meno il farmaco è efficace. «Non avete un medico di fiducia?», chiedono dal quinto consultorio. Cominciamo quindi a telefonare ai nostri amici, ex compagni di studi rimasti a vivere a Bologna. Le risposte non sono incoraggianti, per vedere un medico generico c'è bisogno di un appuntamento preso una settimana prima, uno di questi ci consiglia di andare al pronto soccorso.

La nostra certezza di trovare una strada si sta sbriciolando. Riprendiamo a telefonare alle nostre conoscenze bolognesi, ci sconsigliano di andare all'Ospedale Sant'Orsola, dicono che è solo una perdita di tempo e che anche lì sono tutti obiettori; continuiamo a telefonare cercando aiuto. Un nostro caro amico, direttore artistico del Cassero, sede dell'arci gay nazionale, si offre di metterci in contatto con un suo amico che ha affrontato il cambio di sesso e quindi conosce personalmente molti dottori. Apprezziamo lo sforzo ma decliniamo, dovrebbe essere un diritto ottenere quella ricetta senza passare per vie così traverse.

Chiamiamo il consultorio di Villa Mazzacurati, l'ultimo consultorio rimasto, ci dicono che di turno non c'è nessuno e ci suggeriscono di andare fuori Bologna. «Provate al comune di Bentivoglio, dicono, pare che lì ci sia un medico che la prescrive, ma non so darvi dettagli ulteriori, è un po' un viaggio della speranza».

Stiamo per perderla, la speranza, ma ci richiama un'amica che ha a sua volta telefonato a un'altra amica, femminista e socialmente impegnata, questa ha telefonato a un'ulteriore amica che ha telefonato al consultorio di via Sant'Isaia ed è riuscita a fissare per noi un appuntamento con uno dei ginecologi per il pomeriggio, a poche ore dalla partenza.

Ormai siamo talmente agitati che saltiamo il pranzo, arriviamo al consultorio preoccupatissimi, scrutiamo le espressioni degli operatori cercando di individuarne le intenzioni. La sensazione è di aver ottenuto un favore via raccomandazioni, telefonando a mezza Bologna: tutti i nostri amici e conoscenti ormai sanno che il nostro sistema contraccettivo abituale è il profilattico ma che ieri sera si è rotto, che non vogliamo figli e cerchiamo la pillola del giorno dopo.

Il ginecologo è gentile e collaborativo, mentre compila la prescrizione risponde a una domanda che rimbalza nelle nostre teste da ore: perché al primo pronto soccorso hanno detto che la pillola del giorno dopo poteva essere prescritta solo durante il fine settimana? «Durante la settimana i consultori sono aperti», dice il medico, «quindi se un ginecologo

Ma l'obiezione vale solo per l'aborto

Il calvario di Monica è tutto italiano. Negli Usa avrebbe avuto la pillola d'emergenza senza ricetta, a patto di avere più di 17 anni. Ma da noi gli ostacoli sono tali che si vendono solo 400mila confezioni, contro il 1 milione e mezzo della Francia. Spiega il ginecologo Silvio Viale: «Dal 2001 contraccezione d'emergenza è sinonimo di levonorgestrel, efficace nel 95% dei casi se preso entro 24 ore dal rapporto e nel 50% entro 72 ore. Non ha effetti collaterali, eppure si può acquistare solo con ricetta medica non ripetibile. Qualunque medico la può prescrivere, anche il dentista della porta accanto, ma pochi lo fanno e corrono al pronto soccorso o dalla guardia medica, dirottati poi al ginecologo, che in 9 casi su 10 è obietto di coscienza» (dati Libera associazione italiana ginecologi, per il Lazio, www.laiga.it). Eppure l'obiezione vale solo per l'aborto e la pillola del giorno dopo non è un metodo abortivo, ma un contraccettivo di emergenza che impedisce la fecondazione dell'ovulo. «Chi non la prescrive compie un abuso, ed è passibile di denuncia», interviene Gabriella Pacini di Vita di donna, che risponde al tel. 333.985.6046 con il servizio SOS pillola del giorno dopo. Su www.uaar.it i moduli per effettuare l'esposto. Su www.farmacie.it, invece, le farmacie dove trovarla senza intoppi. Riprende Viale: «C'è poi la pillola dei cinque giorni dopo, a base di ulipristal acetato, anch'essa efficace al 95% entro 24 ore, ma funziona fino a cinque giorni dopo». Qui la strada si complica. L'Italia è l'unico Paese, tra i 61 in cui è autorizzata, in cui per la prescrizione è obbligatorio il test di gravidanza. Peccato, denuncia un'indagine Datanalysis, che consultori e pronto soccorso non abbiano gli stick per effettuarlo. Uno su dieci, al Sud, ne è sprovvisto. La soluzione? «Eliminare quest'obbligo e abolire la ricetta», auspica Viale. Daniela Condorelli

obietto si rifiuta di fare una ricetta in ospedale ci si può sempre rivolgere altrove; nel fine settimana, invece, non esistono alternative, e un paziente in questo caso può denunciare l'ospedale per omissione».

Lo guardiamo farci la prescrizione pensando che la nostra è stata un'esperienza collettiva, abbiamo coinvolto chiunque conosciamo in città (la quinta in Italia per numero di abitanti, laica, progressista, o almeno così la ricordavamo) e solo così siamo riusciti a ottenere una ricetta che in realtà sarebbe un diritto avere.

Siamo una coppia affiatata che si conosce da sempre, con un livello culturale alto, una cerchia di amici solida e molto inserita nel territorio, ci domandiamo come ne sarebbero usciti una ragazza giovane, un abitante di un piccolo centro, una coppia di stranieri o anche di italiani con un giro di conoscenze meno collaborativo e meno introdotto nel tessuto sociale locale.

Le nostre riflessioni sono interrotte dall'sms di uno dei nostri amici: «Per essere certi di averla andate alla farmacia di via Nosadella, è sicura, visto che ci sono anche farmacie che fanno obiezione». Alla fine viene quasi da pensare che siamo stati fortunati. Se non avessimo avuto questo sms il viaggio della speranza avrebbe avuto un'altra puntata.

(Testo raccolto da Marina Catucci)

Tutti salvi usando l'aspirina

Previene tumori e demenza

In Australia il farmaco testato sugli anziani E basta prenderlo ogni tanto a piccole dosi

Lotta al cancro

Il medicinale
riduce la frequenza
delle metastasi
prima e durante
il decorso
della malattia

di **MONICA TAGLIAPIETRA**

È proprio il caso di dire che è la panacea di tutti i mali. Stando a quanto riportato da uno studio condotto presso l'Istituto di ricerca di Hobart, in Australia, il semplice utilizzo sporadico dell'aspirina sarebbe in grado di prevenire patologie estremamente gravi, debilitanti e degenerative, come la demenza senile, l'ictus e alcune forme di tumori intestinali. Lo studio, con relative sperimentazioni, è stato condotto su un campione di circa quindicimila anziani australiani (tutti oltre i settant'anni) e i risultati sono stati sorprendenti. L'uso dell'aspirina, infatti, ritarderebbe

l'insorgere della demenza e diminuirebbe le probabilità di avere un ictus o sviluppare un tumore all'intestino.

Effetto su neoplasie

Praticamente una pillola delle meraviglie che apre la strada a procedure di trattamento semplici e non costose. Ma andiamo con ordine. Sul cancro dell'intestino, spiegano i ricercatori, presa a piccole dosi per almeno tre anni di seguito, l'aspirina riduce di un quarto l'incidenza dei tumori sia nei maschi che nelle femmine, riduce la mortalità in misura crescente al crescere del numero di anni di terapia, e riduce tantissimo la frequenza delle metastasi, abbassando notevolmente sia la percentuale di pazienti che arrivano alla diagnosi già con repliche, sia quelle che si formano durante il decorso della malattia. Meno metastasi significa anche un rischio di morte considerevolmente ridotto. In particolare, in pazienti in prevenzione primaria, l'incidenza di cancro è stata ridotta del 24% a partire dal terzo anno. Dopo 6 anni, invece, ha ridotto il rischio di tutti i tumori con metastasi del 36%. Mentre altri studi hanno dimostrato che l'aspirina sembra ridurre del 21% il rischio di sviluppare un melanoma nella donna in menopausa.

Patologia sotto controllo

Ma il farmaco da banco ultracentenario sembra proprio che sia efficace anche nel ritardare l'insorgenza di demenza senile e l'ictus. Quest'ultimo colpisce un'ampia area del cervello e quindi la capacità di pensare. Ma c'è anche la possibilità che crei diversi microinfarti, in cui piccole aree cerebrali vengono danneggiate, anche se

lentamente. In questo caso sembra proprio che l'aspirina sia in grado di tenere sotto controllo la patologia.

Per prevenire

Inoltre è l'unico farmaco raccomandato anche nei pazienti in prevenzione primaria cardiovascolare, cioè in pazienti affetti da più fattori di rischio (ereditarietà, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, obesità), ma che non hanno ancora avuto un infarto o un ictus. Per il momento l'assunzione del farmaco si è però

rivelata efficace solo come forma preventiva, e non curativa. L'aspirina si conferma ancora oggi il farmaco più studiato e ricco di grandi sorprese, un rimedio che non invecchia ma aumenta di valore. Gli esperti però riconoscono che l'aspirina può anche indurre un ictus di maggiore gravità proprio perché aumenta il flusso sanguigno. Dunque gli esperti invitano alla cautela: saranno necessarie altre sperimentazioni cliniche per vederne davvero l'effetto.



Le testarde

di Cristina Lacava

Energia e sacrificio. È il segreto del successo delle donne che hanno raggiunto i loro obiettivi. Qui la storia di una ricercatrice che ha anticipato gli Ogm



Marialuisa Lavitrano

“I MIEI TRE MESI IN CAMPER”

Marialuisa Lavitrano, 53 anni, è professore di Patologia generale e direttore del laboratorio di Medicina molecolare all'Università di Milano Bicocca.

CI HO MESSO DIECI ANNI A FAR ACCETTARE la mia scoperta dalla comunità scientifica internazionale, anche se era già stata definita una “pietra miliare della scienza” sulla rivista *Cell*. Ma non ho mollato». Marialuisa Lavitrano, docente di Patologia generale e direttore del laboratorio di Medicina molecolare all'Università di Milano Bicocca, è un tipo energico e a *Io donna* racconta come è riuscita a superare gli ostacoli. «Dopo la laurea in Scienze biologiche a Napoli, ho iniziato a fare ricerca a Roma, all'Università La Sapienza. A metà degli anni Ottanta, erano appena stati scoperti i primi due oncogeni, cioè sequenze di Dna responsabili della trasformazione delle cellule in tumorali. Per studiare queste molecole, abbiamo condotto un esperimento che ha portato a una scoperta inaspettata: gli spermatozoi potevano essere accessibili anche a materiale genetico esterno e potevano trasportarlo nell'uovo

al momento della fecondazione. Era disrompente: secondo Darwin, le cellule germinali sono impermeabili a qualsiasi materiale per garantire l'identità della specie. Noi abbiamo infranto il “dogma”: fecondando uova con spermatozoi che avevano un pezzettino di Dna estraneo, nascevano **animali geneticamente modificati**. All'epoca, non si parlava degli Ogm, che oggi sono modelli per studiare lo sviluppo delle malattie e testare nuove cure».

La giovane ricercatrice andò allora a Vienna, in camper con un collega, per farsi ricevere da Max Birnstiel, direttore dell'Istituto di Patologia molecolare. Lui chiese di ripetere gli esperimenti nel suo laboratorio e lei restò per tre mesi, parcheggiata in camper, nella capitale austriaca. Alla fine, il risultato le diede ragione e arrivò la copertina di *Cell*. Era il 1989, Marialuisa aveva 29 anni. Agli americani, però, la scoperta di una scienziata “giovane, italiana, femmina” non andava giù. Le fecero guerra, ma persero e oggi la tecnica

Smtg (*sperm mediated gene transfer*) è nei manuali.

Adesso la professoressa Lavitrano si è gettata in una nuova avventura, fondando Bionsil, spin off dell'Università Bicocca. Si occupa di ricerca sulle molecole coinvolte nella farmacoresistenza ad alcuni tumori, come quelli del colon. «Ne abbiamo scoperte 49, di una abbiamo già il brevetto».

Obiettivo è capire perché in certi pazienti la chemioterapia non funziona e studiare farmaci personalizzati.

Una vita più che piena. Come trovare il tempo per la figlia di 16 anni? «Finché era piccola, me la portavo dietro. Lavoravo di notte per stare con lei di giorno. Oggi di sera studio il greco». ●

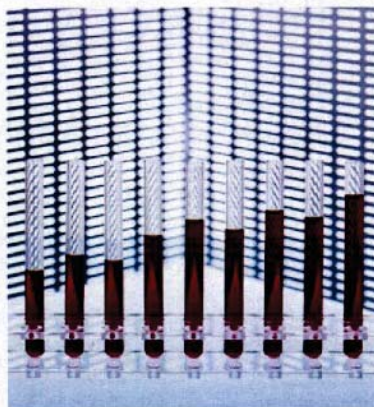
IO
DONNA

IODONNA.IT
DONNE CHE CE L'HANNO FATTA (E FANNO BENE AGLI ALTRI): VAI SU "A COSA STAI PENSANDO" E CLICCA SULLA NUVOLETTA "A STORIE POSITIVE"

Ma quanto serve un altro test?

CHIARIMENTI Una valanga di esami di laboratorio di troppo. Un terzo delle analisi eseguite sul sangue è inutile. Lo dice uno studio statunitense, pubblicato su *Plos One*, che ha analizzato oltre 1,6 milioni di risultati di una cinquantina fra i test più diffusi. Sono fra i più semplici e meno costosi: forse per questo i medici sono di manica larga. Lo studio, però, sottolinea che esiste un altro 30 per cento di casi in cui i test più adatti non vengono prescritti: di fatto, non sono molti i pazienti sottoposti alle indagini diagnostiche più indicate. «Un enorme spreco di risorse, che in Italia è perfino superiore e vale quanto l'utilizzo inappropriato dei farmaci», commenta Ovidio Brignoli, vicepresidente della Società di Medicina generale (*simg.it*). «Alcuni test specifici non sono così economici, inoltre stiamo parlando di grandissimi numeri: molti medici non usano gli esami a completamento di una diagnosi suggerita da segni e sintomi, ma all'inverso, per essere indirizzati verso un'ipotesi». Eppure, anche nel nostro Paese spesso non si compiono indagini necessarie, per esempio, dopo un ricovero, o una malattia di una certa entità. «Che senso ha prescrivere una batteria di test a una donna di 50 anni per confermarle che sta andando in menopausa? Oggi abbiamo molte informazioni a disposizione per evitare l'uso improprio degli strumenti diagnostici. Dal canto loro, i pazienti amano chiedere "tutti" gli esami, mentre dovrebbero capire, anche grazie a noi medici, che un'analisi a tappeto è superflua».

Elena Meli



Lunedì 02 DICEMBRE 2013

Fertilità. Conservare gli ovociti: una speranza per tante donne. Dalle tecniche alla legge

Anche se poco nota e tutelata, la crioconservazione ovocitaria mediante 'vitrificazione' è una tecnica "standard" che permette alle pazienti malate di tumore di preservare la fertilità. Se n'è parlato a Roma in un convegno del Centro Genera di Medicina della riproduzione

Il congelamento degli ovociti, cioè le cellule uovo, è una tecnica "standard" e non più "sperimentale". Ad affermarlo, sono le due più importanti società scientifiche americane di oncologia (ASCO - Società Americana di Oncologia) e di medicina riproduttiva (ASRM - Società americana di medicina della riproduzione). Facendo il punto sulla situazione italiana, i medici hanno parlato di questo tema durante il convegno "Preservazione della fertilità femminile", tenutosi lo scorso 29 novembre a Roma ed organizzato dal Centro Genera di Medicina della Riproduzione.

Dagli aspetti medici sulla conservazione degli ovociti fino alle difficoltà giuridiche e socio-economiche legate all'applicazione di questa tecnica: sono alcuni degli argomenti affrontati durante la giornata. In generale, il congelamento ovocitario serve a preservare la fertilità di pazienti affette da tumore, garantendo loro la possibilità di una gravidanza futura, una volta guarite. Le terapie antitumorali come la chemioterapia, infatti, distruggono i follicoli primari (elementi fondamentali dell'ovaio, contenenti le cellule uovo), sia a seconda del tipo di molecola usata che a seconda della dose.

"La medicina della riproduzione invece permette di crioconservare gli ovociti femminili con raffinate tecniche biologiche ormai consolidate e di raggiungere percentuali di successo analoghe a quelle delle gravidanze ottenute con ovociti 'freschi'. Inoltre, la crioconservazione ovocitaria risulta essere un tecnica sicura che non aumenta i rischi di patologie neonatali nei bambini", spiega il Direttore dei laboratori di embriologia dei centri Genera, **Laura Rienzi**.

"Per dare un'idea, 10 ovociti conservati a 30 anni offrono una possibilità di gravidanza di circa il 40%, mentre a 40 anni questa diminuisce ad un 10% circa. Dopo i 42 anni sconsigliamo la procedura, non solo per la bassa riserva ovarica ma perché diminuisce la qualità cromosomica degli ovociti rimasti", sottolinea **Filippo Maria Ubaldi**, Direttore Clinico dei Centri Genera.

Aspetti giuridici e socio-economici

Dal punto di vista legislativo, nel convegno viene evidenziato il vuoto normativo dovuto ai limiti della legge 40/2004 sulle Tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita, nella quale non rientra la conservazione degli ovociti nel caso di donne malate di cancro che desiderino una gravidanza. Così esse possono effettuarla solo a spese proprie: questo vale, ad esempio, per l'acquisto dei costosi farmaci induttori della crescita follicolare multipla, cioè che inducono l'ovulazione portando a maturazione contemporanea di più follicoli, (elementi fondamentali dell'ovaio, contenenti le cellule uovo). "Una cifra che non è alla portata di tutti" ha affermato Ubaldi, "e che rischia di rendere possibile il sogno della maternità solo per chi non ha problemi economici. Problemi che spesso insorgono dopo una malattia oncologica perché la persona per molti mesi non può più lavorare a pieno regime proprio per la durata delle terapie oncologiche. Oltre al danno quindi si configura una beffa piuttosto amara. Per i farmaci necessari ad ogni ciclo di stimolazione ovarica servono infatti circa 2-3000 euro e non è detto che basti un solo ciclo. A questa cifra va aggiunto il costo del prelievo, della crioconservazione

degli ovociti nel caso in cui la paziente si rivolga ad un centro privato. Il 30% circa dei centri pubblici infatti non congela ovociti (dati ISS)".

La tecnica è inoltre ancora poco nota e poco presa in considerazione anche tra gli oncologi e gli stessi ginecologi. "Purtroppo sia le pazienti oncologiche in età riproduttiva sia molti operatori del settore presentano un deficit di informazione: è normale che di fronte ad una diagnosi di tumore la priorità sia quella di combattere la malattia con tutte le risorse possibili ma di garantire la fertilità futura di queste donne non si parla ancora abbastanza", prosegue Ubaldi.

Non bisogna inoltre dimenticare l'aspetto psicologico legato al desiderio della gravidanza. "Molte pazienti desiderano avere dei figli proprio dopo essere guarite da un cancro, spesso è un modo per celebrare la vita; l'impossibilità di coronare questo desiderio può essere fonte di grande stress e sofferenza psicologica" aggiunge Rienzi. La mancanza di informazione, dunque, "porta le famiglie a trovarsi di fronte a scelte più limitate dopo la malattia, come la donazione di ovociti o l'adozione, alcune anche non percorribili nel nostro Paese, aprendo così la strada a lunghi e costosi viaggi della speranza".

Il *Journal of Clinical Oncology* ha pubblicato un [testo speciale](#) dedicato all'aggiornamento delle Linee Guida per la Preservazione della Fertilità per i pazienti colpiti da cancro. Il testo ha analizzato 222 pubblicazioni tra studi osservazionali, altri studi, report e trial randomizzati (nel periodo che va da marzo 2006 a gennaio 2013) e rappresenta una revisione sostanziale delle raccomandazioni del 2006, anno in cui l'ASCO ha pubblicato le prime Linee Guida sull'argomento.

Anche il testo della rivista evidenzia la scarsità dell'informazione e dell'attenzione verso questa tematica. La consulenza relativa alla preservazione della fertilità deve diventare parte del consenso informato prima delle terapie oncologiche e la responsabilità dell'informazione viene estesa ad altre figure sanitarie. Se il paziente non è consapevole del problema oppure la sua attenzione è centrata sul breve termine, cioè sulla guarigione dal tumore, è importante che sia il medico stesso a proporre l'argomento. In tal senso, un dato significativo è riportato in uno [studio](#) sullo stesso giornale: il 29% delle donne con tumore al seno ha riferito che l'informazione sui rischi di infertilità ha influenzato le loro decisioni sul trattamento.

Nei casi che interessano i minori le opzioni devono essere discusse con il consenso dei genitori o dei tutori. Il linguaggio deve essere semplice e accessibile: diverse ricerche hanno stabilito la necessità di 'disseminare' informazioni (materiali, brochure ecc) e la discussione di un eventuale piano di trattamento deve includere le evidenze scientifiche, i benefici e i rischi potenziali, statistiche sulla possibilità di portare a termine una gravidanza. Gli studi confermano come discutere gli aspetti relativi alla protezione della fertilità possa diminuire lo stress causato dalla malattia. Molte pazienti dopo la guarigione infatti desiderano avere un figlio ma temono che una gravidanza possa essere rischiosa per se stesse o per il feto.

Dati su: tumore, fertilità e crioconservazione

Ogni anno in Italia, le donne che si ammalano di tumore rischiano l'infertilità a causa delle terapie antitumorali. Di carcinoma mammario si verificano ogni anno 47mila nuovi casi di cui il 5,1% interessano donne con meno di 40 anni di età. Solo tra queste, circa 2400 ogni anno potrebbero proteggere la propria fertilità futura e sperare in una gravidanza dopo la guarigione. Grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle terapie antitumorali, la sopravvivenza a 5 anni nelle pazienti con cancro della mammella è dell'85%.

"Tra gli agenti chemioterapici, i più aggressivi sono gli achilanti (come la ciclofosfamide), che comportano un elevato rischio di menopausa o una fertilità comunque fortemente ridotta. Il rischio di perdita della fertilità è comunque influenzato da diversi fattori come l'età al momento della terapia, il tipo e il dosaggio di chemio e la posizione e il dosaggio della radioterapia", illustra ancora Ubaldi.

"Nelle donne che iniziano una chemioterapia a 39-40 anni il rischio di andare definitivamente in menopausa raggiunge il 90%, mentre sotto i 35 anni questo rischio diminuisce al 25-30%. Quindi la conservazione degli ovociti è una forma di prevenzione efficace che andrebbe sempre prospettata alle pazienti".

I tumori non colpiscono solo le donne adulte, ma anche le giovanissime; le nuove strategie antitumorali hanno portato negli ultimi anni ad un aumento della sopravvivenza di bambine, ragazze e donne con linfomi, leucemie tumori ovarici e della mammella.

"Tentare la crioconservazione di tessuto ovarico e degli ovociti nelle bambine prima della pubertà è

altamente consigliabile anche per queste pazienti che hanno una ottima riserva ovarica e quindi una maggiore probabilità di ottenere un buon numero di ovociti dalla stimolazione ormonale” continua il dottore. Le terapie standard per la stimolazione ovarica prevedono la somministrazione sottocutanea per circa 10 giorni di FSH – un ormone, prodotto dall’ipofisi, importante per la maturazione di alcuni follicoli-. La stimolazione è possibile anche per le pazienti con tumori ormono-dipendenti: “in quel caso combiniamo alla terapia con FSH anche un farmaco inibitore dell’aromatasi – un enzima importante a livello riproduttivo - che permette di tenere bassi i livelli di estrogeni. Questa stimolazione non sembra avere alcun effetto negativo né sul decorso della malattia tumorale né su eventuali recidive”.

Quali sono le tecniche

Le due principali tecniche sono la ‘vitrificazione’ e il ‘congelamento lento’, in cui quello che cambia è la velocità di raffreddamento delle cellule uovo. “La tecnica più nuova è la vitrificazione”, conclude Rienzi. “In essa, si portano le cellule al congelamento in maniera estremamente rapida (-30,000 C° al minuto): gli ovociti vengono trattati con sostanze che li proteggono dalla formazione di cristalli di ghiaccio intracellulare dannosi e poi immersi in azoto liquido alla temperatura di -192C°”.

Viola Rita

OBESITA': REGOLE GENITORI AIUTANO BIMBI A NON INGRASSARE

(AGI) - New York, 30 nov. - I genitori che stabiliscono e rispettano le regole di famiglia aiutano i propri bambini a restare magri, secondo un nuovo studio condotto dal Murdoch Children's Research Institute pubblicato su 'Pediatrics'. La ricerca ha coinvolto piu' di 4.000 bambini, dai 4 anni di eta' in su, seguiti per due anni. I risultati hanno rivelato un'associazione causa-effetto significativa tra la coerenza sulle scelte di vita dei genitori e il peso sano dei bimbi. Le regole imposte da mamma e papa' considerate sono state numerose. Abitudini di vita di tutti i giorni, come quando e per quanto tempo guardare la tv, quando cenare e quando dedicarsi all'attivita' fisica. I dati emersi suggeriscono la necessita' di informarsi sulle scelte quotidiane dei genitori quando si tratta di aiutare un bambino sovrappeso a perdere i chili di troppo.

VARIE DOPING INTERNAZIONALE E CONI

Marea di steroidi La Germania scopre 266 casi!

Il laboratorio di Colonia ha messo a punto un nuovo esame. Chi sono i dopati? La palla al Cio

I positivi sono di sollevamento pesi, lotta e atletica leggera e non sono tedeschi

VALERIO PICCIONI

Lo stanozolol caro a Ben Johnson non è andato in pensione, anzi lavora come un pazzo. Almeno nello sport. Il laboratorio antidoping di Colonia ha trovato nell'ultimo anno una montagna di positività legate a questo prodotto, addirittura 184. Con altri 82 casi relativi invece al turinabol, usato a tutto spiano negli anni dei trionfi della Germania Est, si arriva allo sconcertante totale di 266 casi di doping steroideo smascherati in una sola stagione. Non è una voce, ma una certezza. Ufficializzata ieri dallo scienziato tedesco Hans Geyer in un convegno della Fifa, a Zurigo.

Positivi «mondiali»? Le scoperte sono avvenute in gran parte «dal novembre 2012» e riguardano sollevamento pesi, lotta e atletica leggera. Non ci sono ciclisti e calciatori, non ci sono tedeschi. Fin qui le parole di Geyer. A quanto sembra poi, non si tratterebbe di campioni olimpici rianalizzati, ma di test su cui alcune federazioni internazionali hanno richiesto

«supplementi analitici». Controlli effettuati durante i Mondiali, dunque? Forse. Così sono arrivate positività nel «10 per cento dei casi».

Metabolita lunga vita Ma com'è possibile che l'antidoping in un colpo solo abbia allargato le sue reti con una pesca di dimensioni miracolose? Il segreto è un metabolita «long lasting» che è un nuovo bersaglio analitico, una spia che si accende per rivelare l'assunzione proibita. Spiega Dario D'Ottavio, docente universitario di chimica organica e uno dei più grandi esperti italiani di antidoping: «La «finestra» di rilevamento è varia: «piccola» per i farmaci liberi, un po' «più grande per i metaboliti glucuronati e ampia per i metaboliti solfati». Ed è proprio un metabolita solfato l'«investigatore» in questione. Una scoperta che può cambiare l'antidoping? D'Ottavio è scettico: «Si può cambiare il tipo di anabolizzante o assumerlo per bocca con tempi di scomparsa più corti». Il metabolite-spia smaschererebbe però fino a sei mesi dall'assunzione proibita. Secondo Geyer, ci sarebbe anche altro: «Può essere che i controlli a sorpresa non funzionino bene».

Pesci piccoli? I tedeschi dicono di aver mandato tutto alla Wada e alle federazioni internazionali di appartenenza dei positivi. Wada che però è prudente: «Noi possiamo soltanto raccomandare di analizzare di nuovo i campioni, ma non leggiamo i risultati. Crediamo che queste informazioni debbano essere passate al Cio», dice il direttore generale David Howman. Ma i pesci caduti nella rete quanto sono grandi? Lo stanozolol e il turinabol danno l'idea di un doping tutt'altro che moderno. Sono tutti pesci piccoli? Non è scontato, i prodotti potrebbero far parte di cure dopanti comprendenti altri tipi di assunzioni. Di certo il 2013 è stato l'anno della lunga collezione di casi di doping dell'atletica turca e dei 29 atleti positivi nel sollevamento pesi. Ma arrivare a 266 è lunga...

Esame Sochi La ricerca del metabolite-investigatore è avvenuta a Colonia e a Mosca, un laboratorio ancora sotto scacco in vista dell'Olimpiade invernale di Sochi (6-23 febbraio) per non aver rispettato gli standard Wada. Ora la ricerca è possibile anche in altri laboratori, compreso quello di Roma. Si utilizzerà proprio a Sochi e per testare di nuovo Pechino 2008. E ai 266 potrebbe aggiungersi qualcun altro nome...

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**DAL 2014
SI CAMBIA**



**Passaporto
biologico:
la nuova
frontiera**

La maggiore efficacia dei controlli antidoping sugli anabolizzanti potrebbe aiutare anche l'affermazione del passaporto biologico. Che nel 2014 vivrà un passaggio importante. Non ci si fermerà più ai dati ematici, come è

avvenuto finora, ma della carta di identità dell'atleta faranno parte anche i parametri steroidei, proprio il fronte su cui ha colpito il metabolita di lunga vita battezzato fra Colonia e Mosca. Finora il passaporto biologico aveva messo in evidenza i numeri anomali degli atleti soltanto sul fronte degli sport di resistenza, ora il suo spettro di azione è destinato ad allargarsi

INFARTO, SPERANZA CURA IN STAMINALI E ONDE ELETTROMAGNETICHE

(ANSA)- ROMA, 30 NOV- Potrebbe risiedere nelle staminali autologhe e nelle onde elettromagnetiche la speranza per una cura futura dell'infarto. Un progetto di Cnr ed Ispesl, che ha tra i promotori la Clinica Salvator Mundi International Hospital, si occuperà infatti di verificare che le cellule staminali del miocardio prelevate in condizioni adeguate e sottoposte a un trattamento con un particolare tipo di campo elettromagnetico (grazie ad una tecnologia brevettata dai ricercatori italiani), possano essere reincoltate efficacemente e senza rischi in pazienti colpiti da infarto. Consentendo così una rigenerazione dei tessuti e una guarigione senza il rischio di rigetto o altri effetti collaterali. La ricerca, presentata oggi a Roma, ha ricevuto un finanziamento di 1.102.000 euro dal Ministero della Salute: principal investigator è il professor Livio Giuliani (Inail-Ispesl), mentre curatrice della fase biologica è Antonella Lisi del Cnr. Tra i promotori anche il professor Luc Montagnier, insignito nel 2008 del premio Nobel per la Medicina. "Le onde elettromagnetiche a bassa intensità possono contribuire a risolvere e a prevenire numerose malattie perché permettono la diagnosi precoce da agenti infettivi che hanno un ruolo nelle patologie croniche come l'Alzheimer, il Parkinson, l'autismo, la sclerosi multipla - ha spiegato Montagnier - e' uno spazio di ricerca nuovo, ma percorribile in tempi brevi. La differenziazione delle cellule attraverso una debole stimolazione elettromagnetica apre nuove possibilità. Alla medicina rigenerativa". "La nostra partecipazione a questo progetto si spiega con la sua totale coerenza con il nostro piano di ricerca e sviluppo - ha sottolineato invece Michele Casciani, presidente della Clinica Salvator Mundi International Hospital -. Partecipiamo con l'intento di fornire un contributo di carattere fortemente multidisciplinare, per accorciare il più possibile la distanza tra la ricerca e le sue applicazioni di mercato".(ANSA).

SALUTE E BENESSERE

NUOVE TERAPIE FARMACOLOGICHE

DOLORE

I farmaci più usati al mondo per il dolore cronico sono i FANS, ma hanno controindicazioni per

chi soffre di insufficienza renale e, soprattutto, di scompenso cardiaco.

Stop al dolore, ma attenzione al cuore

Parla il professor Cesare Greco, Presidente GICR/IACPR* ROMA Area Prevenzione ANMCO

● I farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) sono tra i farmaci più usati al mondo, con indicazione al trattamento cronico di stati dolorosi legati a svariate patologie, soprattutto di tipo osteoarticolare. Il loro utilizzo è però limitato dalla presenza di importanti effetti collaterali, più frequenti negli anziani e nei portatori di insufficienza renale; è nota da tempo, inoltre, l'esistenza di una controindicazione all'uso per i cardiopatici portatori di scompenso cardiaco. Recentemente alcuni studi hanno infatti confermato l'incremento del rischio di eventi cardiovascolari derivante dall'assunzione di FANS.

Negli ultimi anni numerosi studi e due metanalisi hanno sottolineato il rischio trombotico correlato all'uso dei FANS. Pochi mesi fa una terza metanalisi, pubblicata sulla prestigiosa rivista medica 'The Lancet', ha esaminato gli effetti gastrointestinali e vascolari dei FANS. Nella metanalisi sono stati inclusi gli studi sugli ini-

bitori selettivi della COX-2, detti coxibs, ma anche i FANS tradizionali come il diclofenac e l'ibuprofene ed è stato dimostrato che gli effetti negativi e pro trombotici dei farmaci tradizionali sono comparabili al rischio associato con l'uso dei coxibs. L'aumento del rischio di eventi vascolari maggiori era pari ad 1.76 volte per i coxibs e ad 1.70 volte per il diclofenac. Ciò ha portato l'AIFA a diramare nel luglio scorso una nota che sottolinea la controindicazione all'uso del diclofenac nei pazienti con scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica ed arteriopatia e ne raccomanda un uso cauto nei soggetti portatori di elevato rischio vascolare globale. Uno studio recente, pubblicato sul 'British Medical Journal' ha mostrato come l'incremento del rischio cardiovascolare sia determinato da tutti i COX-2 inibitori, come ad esempio l'indo-

metacina. Il dosaggio assunto è in rapporto con l'incremento del rischio cardiovascolare mentre è più incerto il rapporto tra durata del trattamento ed incremento del rischio stesso. Va ricordato che la selettività dell'inibizione per la COX-1 comporta un incremento del rischio di sanguinamenti gastrici.

Un altro tipo di interazione negativa di questi farmaci è rappresentato dalla forte riduzione dell'effetto antiaggregante dell'aspirina, il più diffuso tra gli antiaggreganti per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, sia nei soggetti sani (prevenzione primaria) che nei pazienti già portatori di patologie di tipo vascolare aterosclerotico (prevenzione secondaria). Si valuta che l'aumento del rischio di infarto miocardico indotto dai FANS sia intorno al 10%; nei soggetti in trattamento con aspirina l'aumento è ancora più marcato per l'interazione con l'effetto antiaggregante prima segnalata. E' chiaro comunque che è necessario dare una risposta efficace al problema

del dolore cronico anche in queste categorie di pazienti. L'OMS prevede una terapia del dolore cronico a gradini il primo dei quali, basato sull'uso dei FANS, non è praticabile dai pazienti portatori o ad alto rischio di malattia cardiovascolare. Si tratterà quindi di utilizzare al meglio le altre categorie di antidolorifici ed in particolare gli oppiacei più efficaci, collocati al terzo gradino della terapia del dolore cronico dall'OMS come l'ossicodone e l'idromorfone. Questi farmaci possono essere usati nel contesto del dolore cronico senza rischi di dipendenza, utilizzando bassi dosaggi e sfruttando l'associazione con il naloxone che previene l'effetto collaterale più comune, la stipsi, attraverso un meccanismo di blocco dei recettori degli oppiacei nel sistema gastrointestinale.

***Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva/Italian Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**