



## Fertilità, conoscere se stessi per evitare scorciatoie dannose

*Master dell'Istituto  
Giovanni Paolo II  
della Cattolica sulla  
sessualità coniugale:  
prendere coscienza*

*del proprio corpo  
può aiutare  
a evitare interventi  
farmacologici molto  
spesso dannosi*

**G**razie alla conoscenza dei ritmi del proprio corpo è possibile rimandare o evitare una gravidanza, o al contrario individuare i propri periodi fertili. Seppure non sia ancora molto diffuso e pubblicizzato, lo studio dei metodi di regolazione naturale della fertilità continua però a farsi strada. Come dimostrano gli iscritti della terza edizione del master di I livello universitario «Fertilità e sessualità coniugale» promosso dal Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per studi su matrimonio e famiglia e dall'università Cattolica, con la collaborazione della Confederazione italiana dei Centri di regolazione naturale della fertilità, Institut européen d'éducation familiale (Ieef), Fédération africaine d'action familiale (Faaf) e il Centro studi e ricerche regolazione naturale della fertilità.

«Ci troviamo di fronte a un paradosso - spiega monsignor Livio Melina, preside del Pontificio Istituto - . Per un verso, la ricerca scientifica è proseguita con risultati sempre più lusinghieri sia per quanto riguarda l'affidabilità diagnostica della fertilità femminile ottenuta attraverso varie metodologie, sia per la semplicità pedagogica di insegnamento e di applicazione. E, tuttavia, permane spesso tra le coppie anche di coniugi cattolici un pregiudizio, che superficialmente ritiene poco sicuri o difficilmente utilizzabili i metodi naturali. Purtroppo - continua

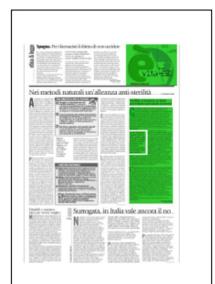
Melina - anche tra i presbiteri e gli operatori pastorali c'è spesso una grande superficialità che conduce ad accettare la mentalità utilitaristica e manipolativa della sessualità umana, trascurando di conoscere la ricchezza del più recente patrimonio di antropologia teologica e di morale che permette un'autentica evangelizzazione dell'intimità sessuale».

**L'**attenzione è comunque molto aumentata, come sottolinea Maria Luisa Di Pietro, dell'Istituto di Sanità pubblica della Cattolica, «le persone stanno cominciando a prendere consapevolezza del proprio corpo, hanno maggiore conoscenza dei danni che altri interventi di tipo farmacologico possono provocare sulla fertilità della donna. Stanno anche scoprendo il ruolo diagnostico, proprio ai fini della ricerca di una gravidanza. Un insegnamento degli indici diagnostici di fertilità - rimarca Di Pietro - è finalizzato innanzitutto alla migliore conoscenza di se stessi. Grazie alla lettura dell'indice diagnostico, la temperatura basale o muco cervicale, è possibile per esempio capire se ci sono rischi di patologie. Lo scopo di questo master è proprio quello di aumentare la consapevolezza da parte di coloro che poi opereranno con le coppie, dando nello stesso tempo contenuti di tipo scientifico ma anche antropologico». Il percorso formativo, in lingua italiana e francese, e di durata biennale, nelle prime due edizioni ha registrato complessivamente un totale di 161 iscritti, con il conseguimento nella prima edizione di 54 diplomi.

La presentazione delle domande si può effettuare fino al 31 ottobre 2015.

**Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## Surrogata, in Italia vale ancora il no

di Marcello Palmieri

**il caso**

*Davanti alle Cassazioni francese e italiana due casi simili. Ma mentre per i giudici d'oltralpe i genitori hanno diritto di generare quando e come vogliono, per quelli italiani i bimbi hanno diritto di non nascere da un accordo commerciale*

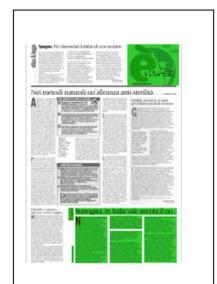
**N**el dibattito internazionale sulla maternità surrogata, è interessante illuminare due sentenze di altrettante Corti di Cassazione: quella francese e quella italiana. Entrambe si sono pronunciate sugli aspetti civili del problema, rispondendo a una delle domande che questa pratica suscita in modo sempre più pressante: di chi è figlio il bimbo nato da un utero in affitto? Del genitore (l'uomo, nella fattispecie) che ha fornito il proprio patrimonio genetico e della madre (a cui il bimbo è stato tolto) che l'ha partorito, han detto settimana scorsa i giudici d'oltralpe. Di nessun partecipante al contratto di surrogazione di maternità, avevano diversamente ritenuto i magistrati italiani nel settembre 2014. Due sentenze diverse, insomma, per due casi tutto sommato simili. Il punto di partenza è la pretesa di altrettante coppie. Che vogliono avere figli, ma non possono: quella francese è gay, quella italiana è incapace di generare. Entrambe decidono allora di ricorrere alla maternità surrogata, ma all'estero, perché i loro Paesi la vietano. I francesi vanno in Russia, gli italiani in Ucraina. I primi «assemblano» due bimbi (con il seme di uno dei due uomini, gli ovociti forniti a pagamento da una donna e l'utero affittato da un'altra ancora), i secondi uno solo (l'uomo fornisce il proprio sperma, ma per esami successivi certificheranno che - per ragioni ignote - quel corredo genetico non appartiene al bimbo). Rientrati in patria, si aprono diversi procedimenti giudiziari. Tra cui quello sulla genitorialità dei bimbi, che arriva alle due rispettive Cassazioni.

**P**er confermare lo stato di adottabilità del minore, quella italiana parte dal presupposto che il nostro ordinamento «contiene un

espreso divieto, rafforzato da sanzione penale, della surrogazione di maternità». E precisa che tale divieto è posto «a presidio di beni giuridici fondamentali», nel caso di specie «la dignità umana della gestante e l'istituto dell'adozione». Qui arriva il nodo fondamentale della pronuncia: per gli ermellini italiani il supremo interesse del bimbo consiste nell'esser dichiarato figlio di colui che è genitore in forza di legge (dunque maternità naturale o adozione), non in virtù di un contratto commerciale (qual è a tutti gli effetti l'accordo di surrogazione di maternità). Diversa la prospettiva disegnata dai giudici francesi che hanno asseverato una recente pronuncia emessa dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, che ha sanzionato proprio la Francia per non aver riconosciuto la genitorialità surrogata. Lasciando così il piccolo - a detta dei giudici di Strasburgo - in una situazione di incertezza rispetto ai diritti d'eredità. Non solo.

**P**er i magistrati d'oltralpe, «diritto» dei genitori è quello di generare quando e come vogliono, secondo quella pretesa «autodeterminazione nelle scelte procreative» che rischia di prender piede anche in Italia. Là dove la Cassazione italiana aveva ritenuto diritto inalienabile del bimbo quello di non nascere da un accordo commerciale, la collega francese ne ha fatto una mera questione ereditaria. Molto diverso il piano considerato: il primo attiene alla dignità dell'esistenza umana, il secondo a un aspetto di rango tutto sommato più basso e comunque disciplinabile nell'interesse del minore anche senza bisogno che venisse riconosciuta la surrogazione. E poi: se entrambi gli ordinamenti vietano l'affitto dell'utero, perché incoraggiare chi elude la legge con l'artificio dell'espatrio?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Un'informazione sana fa bene alla prevenzione



Prevenzione, diagnosi e ricerca: i temi più interessanti per i lettori.

## Attenti al sole

- **“Il sole per amico”** ovvero quando la prevenzione scende in spiaggia. La campagna di Intergruppo Melanoma Italiano, col patrocinio del **Ministero della Salute**, richiama l'attenzione sui rischi di un'esposizione solare selvaggia. A luglio interesserà la riviera adriatica: sbarcherà fra lettini e ombrelloni di Abruzzo, Marche, Veneto e Friuli Venezia Giulia dove verranno distribuiti opuscoli informativi e cappellini.

## Il 90% degli italiani sente l'esigenza di essere bene informata: lo rivela un'indagine delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

**CURE** Quando l'informazione (sana) fa bene. Cresce la richiesta di notizie medico-scientifiche corrette: la maggioranza dei cittadini, ben il 90%, sente l'esigenza di essere informata in maniera approfondita e verificata ma per il 40% i media (dai giornali alla tv fino alla rete) non lo fanno, per esempio quando affrontano l'argomento “tumore”. Prevenzione primaria, diagnosi precoce e stato della ricerca sono i temi su cui gli italiani vorrebbero saperne di più e soprattutto meglio in campo oncologico. È quanto emerso da un'indagine della Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia: «È compito di una moderna società scientifica anche diventare garante della buona informazione – spiega Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica -. Un

medico non deve temere di essere considerato poco professionale se parla ai cittadini con un linguaggio semplice e chiaro, semplificando, perché sia compreso meglio dal pubblico. In medicina la parola “cancro” non ha più il significato di spettro e il suo volto è cambiato. Oggi si può guarire, le terapie sono rispettose della qualità di vita. Ed è responsabilità dei media, non solo dei clinici, far conoscere ai cittadini ciò che la scienza ha ormai conquistato: da molti tumori oggi si guarisce».

Messaggi di importanza letteralmente vitale che puntano al grande pubblico considerando che più del 30% degli articoli pubblicati nei principali quotidiani toccano, in qualche modo, argomenti medici e legati al benessere.

«È indispensabile che le notizie non vengano distorte suscitando speranze infondate o allarmismi pericolosi – avverte Pinto -. Talvolta scienziati serissimi, per l'ansia di comunicare i risultati positivi di una ricerca che forse darà frutti nell'arco di anni, enfatizzano le loro scoperte». **LUISA MOSELLO**



## Cancro del polmone, afatinib supera erlotinib, studio su *Lancet Oncology*



08 luglio 2015

Publicati su **The Lancet Oncology** i risultati dello studio LUX-Lung 8, il più ampio studio prospettico di Fase III ad aver confrontato due terapie target dei recettori del fattore di crescita epidermico (EGFR).

In questo studio, condotto in pazienti con carcinoma polmonare avanzato a cellule squamose (SCC) in progressione dopo chemioterapia di prima linea a base di platino, afatinib è stato confrontato con erlotinib, un farmaco approvato e raccomandato dalle linee guida internazionali in questa popolazione di pazienti.

I risultati dello studio indicano che in questa popolazione di pazienti il trattamento con afatinib, un inibitore irreversibile della famiglia ErbB, ha determinato un prolungamento della sopravvivenza libera da progressione (PFS, endpoint primario) e della sopravvivenza complessiva (OS, endpoint secondario principale) rispetto a erlotinib,

Dati già presentati hanno dimostrato il raggiungimento dell'endpoint primario dello studio LUX-Lung 8, con un vantaggio statisticamente significativo in termini di sopravvivenza libera da progressione (PFS) a favore di afatinib verso erlotinib.

Afatinib ha, inoltre, prolungato la sopravvivenza complessiva (OS) dei pazienti con una mediana di 7,9 mesi rispetto ai 6,8 mesi osservati nei pazienti trattati con erlotinib e con una riduzione del rischio di morte del 19%.

Un'analisi aggiornata dei risultati di sopravvivenza libera da progressione, che è stata realizzata al momento dell'analisi della sopravvivenza complessiva, ha mostrato che i pazienti trattati con afatinib hanno avuto una mediana di sopravvivenza libera da progressione di 2,6 mesi rispetto a 1,9 mesi dei pazienti trattati con erlotinib.

Un maggior numero e di pazienti trattati con afatinib ha riferito un miglioramento della qualità della vita rispetto ai pazienti trattati con erlotinib, e la percentuale di eventi avversi gravi è stata simile nei due bracci di trattamento, con differenze osservate nell'incidenza di alcuni eventi avversi.

Il carcinoma polmonare a cellule squamose (SCC) è associato a prognosi infausta, con sopravvivenza a cinque anni, od oltre, in meno del 5% dei pazienti affetti da tumore in stadio avanzato. Le opzioni terapeutiche per questo tipo di tumore sono limitate.

Soria et al. Afatinib versus erlotinib as second-line treatment of patients with advanced squamous cell carcinoma of the lung (LUX-Lung 8): an open-label randomised controlled phase 3 trial. *The Lancet Oncology* 2015;DOI:10.1016/S1470-2045(15)00006-6.

[[chiudi questa finestra](#)]

[http://sport.sky.it/sport/ritratto\\_della\\_salute/](http://sport.sky.it/sport/ritratto_della_salute/)

# *Immuno-oncologia: la nuova frontiera per battere il cancro*

8 luglio 2015



Secondo gli esperti “ci stiamo avvicinando alla concreta possibilità di abbandonare la chemioterapia nel trattamento dei tumori, come quello del polmone”. Un grande vantaggio per i pazienti, a cominciare dagli effetti indesiderati meno invasivi

Il fumo, questo sconosciuto. Otto italiani su dieci ignorano la pericolosità di una sigaretta. Il risultato? Disturbi e malattie respiratorie dovute al consumo di tabacco e all'esposizione passiva al fumo sono sempre più diffuse, soprattutto tra le donne. Il tumore al polmone (la più grave patologia correlata al fumo) non fa eccezione. Ogni anno in Italia un quarto delle nuove diagnosi sono, infatti, state registrate tra la popolazione femminile. La rinuncia permanente all'appuntamento con “la bionda” rappresenta la prima strategia efficace per prevenirlo, ma anche quando questo non basta, oggi i progressi della ricerca oncologica aprono la strada verso nuovi trattamenti, più sicuri e meno invasivi di quelli classici.

L'immuno-terapia è una delle nuove armi di cui clinici e pazienti possono disporre per disarmare una volta per tutte il cancro. “Siamo arrivati a un punto di svolta – hanno spiegato il prof. Cesare Gridelli (Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia

Toracica - AIOT) e il prof. Filippo de Marinis (Past President AIOT) nel corso della conferenza internazionale *Immunotherapy and cancer, reality and hopes*, promossa a Napoli, con più di 150 esperti da tutto il mondo – Di fatto ci stiamo avvicinando alla concreta possibilità di abbandonare la chemioterapia nel trattamento dei tumori, come quello del polmone. Si tratta di un grande vantaggio per i pazienti”.

“L’immuno-oncologia funziona attraverso l’impiego di farmaci che hanno la capacità di attivare il sistema immunitario della persona portatore di tumore – proseguono i due esperti di oncologia toracica – Il trattamento permette di sbloccare il freno che le cellule tumorali pongono al nostro sistema immunitario, che diventa così in grado di riconoscere le cellule malate e distruggerle. Si tratta di rieducare le nostre difese naturali a riconoscere le cellule tumorali come bersaglio. In questo modo, la terapia agisce solo sul tumore e non sui tessuti sani. La parte sana dell’organismo viene cioè rinforzata per attaccare quella malata. Un concetto che anche i pazienti riescono a capire e che risulta fondamentale anche nella comunicazione medico-paziente perché favorisce l’adesione al trattamento e rappresenta uno stimolo positivo per il malato”.

“L’unica arma disponibile fino a ieri era rappresentata dalla chemioterapia, poco efficace e molto tossica. La chemio così come la radioterapia hanno effetti collaterali importanti, diversi da persona a persona e che possono minare la qualità di vita della persona malata – spiegano i proff. Gridelli e de Marinis – Con i nuovi farmaci immunoterapici, invece, gli effetti collaterali sono diversi e hanno un impatto inferiore sulla vita dei pazienti. Oggi un farmaco immunoterapico innovativo come nivolumab, ha le potenzialità per cambiare lo standard del trattamento ed è disponibile in Italia anche per uso compassionevole – aggiungono Gridelli e de Marinis – Molto importanti anche i dati sulla sopravvivenza: con la chemioterapia in fase avanzata non si superavano i 10 mesi. Oggi siamo di fronte a una grande opportunità per le persone colpite dal tumore del polmone: con l’immuno-oncologia un paziente è vivo a tre anni dalla diagnosi e con una qualità di vita migliore rispetto a qualche anno fa. Risultati che promettono bene anche per la cura di altre neoplasie”.

“L’immunoterapia rappresenta non solo un successo ma anche una scommessa per il futuro – concludono – E avrà sempre più spazio nel trattamento del cancro. I risultati positivi che stiamo ottenendo ripagano il lavoro di chi fa ricerca e s’impegna per assicurare alla persona malata una qualità di vita e prospettive di sopravvivenza migliori”.

Informativa

Questo sito o gli strumenti terzi da questo utilizzati si avvalgono di cookie necessari al funzionamento ed utili alle finalità illustrate nella cookie policy. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie, consulta la [cookie policy](#). Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina, cliccando su un link o proseguendo la navigazione in altra maniera, acconsenti all'uso dei cookie.

- Economia
- Cultura&Spettacoli
- Tech
- Gossip
- Salute
- Mare&Montagna
- Passioni
- Foto
- Video
- TheMediTelegraph
- original house

MAGAZINE | 07 luglio 2015

# Il carcinoma gastrico non fa più paura

daniele banfi

COMMENTI (0)  Mi piace 0   +1 0   Come è questa notizia?   
 LinkedIn 0   Pinterest 0   Email



## Marina Porto Antico

Luxury Marina a Genova Ormeggia nel Centro Storico



Negli ultimi 15 anni nessuna novità dal punto di vista terapeutico e una percentuale di sopravvivenza tra le più basse tra tutte le malattie oncologiche. Stiamo parlando del cancro allo stomaco, una neoplasia che colpisce oltre un milione di persone al mondo ogni anno. Ora però qualcosa comincia a muoversi e sul mercato si stanno affacciando i primi farmaci in grado di cambiare la storia della malattia. E' questo il caso di ramucirumab, una molecola capace di tagliare il rifornimento al tumore impedendogli così di crescere. Approvato dall'EMA il nuovo farmaco è ora in attesa del via libera da parte [dell'AIFA](#).

### Poche novità negli ultimi anni

Come spiega il professor Stefano Cascinu -direttore della Clinica di Oncologia Medica all'Università Politecnica delle Marche- intervenuto nei giorni scorsi

al World Congress on Gastrointestinal Cancer di Barcellona, «Nonostante la diffusione non sia paragonabile a quella di altri big killer, il cancro dello stomaco è secondo per mortalità subito dopo quello al polmone. Quando la chirurgia non è più possibile e la malattia si comincia a diffondere la prima strategia utilizzata nel cancro dello stomaco è la chemioterapia. Un approccio che negli ultimi anni non ha dato purtroppo grandi risultati».

### Tagliare i rifornimenti per sconfiggere il tumore

Una prospettiva che oggi potrebbe però radicalmente cambiare grazie ad una nuova classe di farmaci capaci di agire direttamente sui rifornimenti che il tumore utilizza per accrescersi. Il capostipite è ramucirumab, un farmaco in grado di inibire direttamente l'angiogenesi, ovvero la formazione di nuovi vasi sanguigni che portano nutrimento alle cellule cancerose. Dai dati presentati al congresso è emerso che il farmaco in questione, somministrato in seconda linea, è stato capace di aumentare la sopravvivenza complessiva e la sopravvivenza senza progressione della malattia. Risultati importanti che uniti a quelli ottenuti in prima linea portano l'aspettativa di vita media attuale ad oltre 18 mesi, ben 12 in più rispetto a quando non erano disponibili farmaci efficaci.

### Non solo carcinoma gastrico

«In un campo come quello del carcinoma gastrico, in cui non si sono registrate significative

## ULTIM'ORA

08:24 Cambi: euro in lieve calo a 1,1034

08:16 Petrolio rimbalza a 53,14 dollari

06:25 Mayweather perde titolo vinto a Pacquiao

23:18 Senato S.Carolina, via bandiera sudista

20:16 Turchia: nuovo appello unità

## THE MEDITELEGRAPH

MARKETS/FINANCE-AND-POLITICS | Luglio 06, 2015  
**Tsipras ha un nuovo piano. Merkel e Hollande aprono**

SHIPPING/SHIPYARD-AND-OFFSHORE | Luglio 06, 2015

**Caso Fincantieri, Squinzi: «Domani sarò a Monfalcone»**

TRANSPORT/PORTS | Luglio 06, 2015

**Piano della logistica: il testo approvato (e quello congelato) / DOWNLOAD**

SHIPPING/CRUISE-AND-FERRIES | Luglio 06, 2015

**Crocieristi in aumento nei porti spagnoli**

SHIPPING/SHIPYARD-AND-OFFSHORE | Luglio 06, 2015

**Fincantieri: «Centodieci assunzioni»**

## BLOG'N'ROLL

### Italiani strana gente

Impariamo dal coraggio dei greci

di Renzo Parodi



### Gli scarti di Rolli

Bastardi senza gloria

di Stefano Rolli



### Peccati di gola

L'albicocca di Valleggia

di Egle Pagano



evoluzioni dal punto di vista terapeutico, siamo ora in attesa di trasferire questi risultati –sino ad oggi limitati ad importanti studi- nella pratica clinica quotidiana e dare modo a tutti i pazienti che tratteremo di avere un vantaggio di sopravvivenza mantenendo una buona qualità della vita» spiega l'esperto. Prospettive importanti che potrebbero forse in futuro riguardare anche altri tumori. Allo stato attuale infatti sono in corso studi clinici per verificarne l'efficacia dell'inibizione dell'angiogenesi anche per la mammella, colon-retto, fegato e polmone. «Il cancro va attaccato su più fronti. L'angiogenesi è uno di essi» conclude Cascinu.

Twitter @danielebanfi83

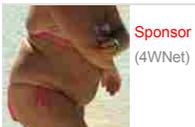
© Riproduzione riservata

## Prestiti Inpdap 100%

Fino a 60.000€ in 120 rate mensili. Preventivo in 2 minuti.  
Chiedi ora!



## ARTICOLI CHE POTREBBERO INTERESSARTI



Sponsor  
(4WNet)

Obesità addominale? 1 porzione brucia fino a 1,8 kg di grasso della pancia! VEDI

### Questa notizia è



IMPORTANTE



CURIOSA



INTERESSANTE



BANALE



INSIGNIFICANTE

0 commenti

Inoltra un nuovo commento

Login

Pubblica

### Furbo chi legge

Che buono, Signor Acqua!

di Stefania Mordegli



### Camici & Poltrone

Gaslini, comanda Pongiglione

di Guido Filippi



### Cene nere

Parmigiana leggera

di Simone Traverso



### Sfashion

Certi lavoretti fateli a casa, al mare no!

di Beatrice D'Oria



### Teatro: così è, se vi pare

Kristeva, moderna passione barocca

di Silvana Zanovello



### Un, due, tre...Stella!

Io che non avevo capito la Locomotiva (buoni 75, Guccini!)

di Nicola Stella



### Pilotina Blog

Tutto quello che vorreste sapere su shipping, politica e affari

di Giorgio Carozzi



METEO ▶

+ previsioni complete

GENOVA

IMPERIA

SAVONA

LA SPEZIA



Oggi  
+29° C



Domani  
+28° C



Gio 09  
+32° C

IL SECOLO XIX 1421313 "Mi piace"

Mi piace questa Pagina Condividi

Di' che ti piace prima di tutti i tuoi amici

RADIO E PODCAST

RICERCA

# I progressi nella lotta alla leucemia mieloide

**Luisa Romagnoni**

■ L'ematologia è nell'era della precisione. Ovvero di cure sempre più personalizzate, efficaci e con minori effetti collaterali. Ne è un esempio la Leucemia Mieloide Cronica (LMC). Una patologia per la quale l'avvento di terapie a bersaglio molecolare e lo sviluppo di tecnologie diagnostiche sofisticate, hanno segnato, in questi anni, una sorta di rivoluzione: si è passati, infatti, da una malattia che non lasciava speranze al paziente, alle attuali elevatissime percentuali di sopravvivenza, con una qualità di vita paragonabile a quella della popolazione generale.

All'Ematologia di precisione e relativi sviluppi, è stata dedicata la X edizione della «Giornata Nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma», promossa dall'AIL ([www.ail.it](http://www.ail.it)). La sinergia tra terapie a bersaglio molecolare e diagnostica avanzata, si è consolidata nella Leucemia Mieloide Cronica ed è oggi un modello, per altre malattie del sangue. Numerosi studi clinici di Fase II e III, condotti negli ultimi quindici anni, hanno dimostrato la capacità degli inibitori del-

le tirosinchinasi di indurre nelle LMC, significative e persistenti risposte profonde di malattia, in oltre il 90 per cento dei casi. E oggi si punta al traguardo della sospensione del farmaco e quindi alla guarigione. «La risposta molecolare profonda è l'obiettivo principale delle attuali strategie terapeutiche», spiega Monica Bocchia, responsabile dell'unità operativa complessa di ematologia all'ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena. «Vuol dire raggiungere un livello minimo di malattia residua tale per cui nemmeno i più sofisticati e sensibili metodi molecolari, riescono a vedere la proteina alterata BCR/ABL. Quando questa risposta viene raggiunta e mantenuta nel tempo, significa che le cellule leucemiche sono pochissime e inattive e si può parlare di guarigione». Fondamentale è monitorare la risposta alle terapie. Per questo è nata LabNet, una rete integrata di laboratori collegata ai Centri di ematologia che assicura ai pazienti prestazioni diagnostiche di qualità omogenee. Il progetto, realizzato da Gimema, con il supporto di Novartis, entro fine anno sarà attivo anche nella Leucemia Mieloide Acuta.





# Cure palliative, in corsia persone non corpi

di Silvia Guzzetti

*Mettersi a fianco di un malato terminale, anche solo per bere insieme un tè: il rispetto della dignità è il primo impegno dei palliativisti del St. Christopher Hospital di Londra, dove nacquero grazie a Cicely Saunders queste terapie innovative*

«**S**esso la cosa più importante che offriamo ai nostri pazienti è una tazza di tè e la possibilità di parlare della morte. Ed è quello che vogliono davvero. Qualcuno che li ascolti e che condivida con loro questo ultimo viaggio senza spaventarsi e senza scappare. Senza volere, a tutti i costi, fare qualcosa». Jane Manns e Sandie Bare, infermiere al St. Christopher's hospice, nel quartiere di Sydenham, nel sud di Londra, sono le eredi di Cicely Saunders. Fondatrice di un movimento che, soltanto negli Stati Uniti, aiuta oggi a morire a casa loro un milione di persone. Responsabili di infermiere che seguono, insieme a decine di volontari, centinaia di pazienti ogni anno, Jane e Sandie raccontano la sconfitta del *total pain*, il dolore totale, fisico, psicosociale e spirituale dei malati terminali, scoperto dalla Saunders sessant'anni fa.

Basti pensare ad Alan, 72 anni, malato incurabile di cancro alla prostata, vedovo, abitava da solo, spaventato dall'idea di finire a St. Christopher's. Molti, in questa zona di Londra vogliono tenersi alla larga perché pensano che sia «un ospedale dove si entra per non uscirne più». Jane e Sandie lo incontrano una prima volta per capire come sta e gli chiedono delle fette provocate dal cancro, ma anche della solitudine e della paura della morte. Alan rischia la depressione e St. Christopher's, dove comincia ad andare ogni tanto per una tazza di tè, gli serve per rompere l'isolamento e sentirsi ancora vivo e importante.

Comincia a frequentare il «Big anniversary centre», un salone luminoso, aperto su un giardino, una specie di grande sala da tè, con accesso Internet aperto a tutti gli abitanti del quartiere che vengono qui come si va al bar.

I corsi di musica e d'arte, che il St. Christopher organizza per i 48 pazienti che sono ricoverati qui e gli altri centinaia che vengono curati a casa loro, tengono alto l'umore di Alan. La palestra dove fa esercizio, insieme ad altri anziani, lo mantiene attivo. Comincia una nuova vita, interessante e piena di amici, proprio quando Alan pensava soltanto alla fine. Come voleva la Saunders, pioniera dell'uso della morfina usata non più come soluzione d'emergenza, ma come cura preventiva per impedire al dolore di distruggere fisicamente e psicologicamente i malati terminali. All'hospice si trova la finestra commemorativa del primo vero paziente di Cicely, quel David Sasma, ebreo polacco sopravvissuto all'Olocausto, che diede alla fondatrice i primi soldi per il St. Christopher's.

Al suo capezzale la Saunders capi che la professione medica, tutta presa dall'ansia di curare, trascurava i malati per i quali non po-

teva più fare nulla che finivano per morire, da soli e nel dolore, in affollati e rumorosi pronto soccorso.

Non così al St. Christopher dove al termine della propria vita i pazienti sono accompagnati da personale medico e familiari nel loro ultimo viaggio. Proprio come san Cristoforo, qui presente dappertutto in quadri e sculture, traghettò Gesù bambino oltre il fiume.

In questo hospice oggi non c'è più nessuno che, come quel primo malato terminale della Saunders, muore travolto dal dolore fisico, isolato e lontano dalla famiglia. Parte del primo colloquio riguarda i bisogni spirituali. Jane e Sandie chiedono al paziente che cosa la morte significhi per lui e cercano di capire se vuole un aiuto dal cappellano anglicano. St. Christopher's può mettere in contatto chi arriva qui anche con sacerdoti cattolici, ortodossi, rabbini e imam e offre un orecchio attento a chi sta ancora cercando una strada.

Nel cuore dell'hospice esiste una stanza molto speciale, la «Pilgrim's room», la stanza del pellegrino, dove si sta in silenzio e si viene a pregare, a riflettere e, anche, a consumare il pranzo in silenzio. I grandi cerchi blu e gialli oltre le enormi vetrate e l'altare al centro ricordano la cappella originaria voluta dalla Saunders. «Eravamo tutti cristiani convinti ed era la fede a sostenerci», spiega la dottoressa Mary Baines, amica della fondatrice, parte di quel primo gruppo di pionieri che hanno cambiato il modo di vivere la morte in tutto il mondo. «Oggi apparteniamo a una società multireligiosa e cerchiamo di raggiungere persone di fedi diverse. Qui si evita di fare proselitismo, approfittando delle ultime ore di vita di qualcuno per convertirlo», conclude.

Un enorme registro, accanto all'altare, consente ai parenti di chi muore di lasciare un messaggio. «Il nostro rapporto con la famiglia dei pazienti è fortissimo», spiega Dion Bachmann, responsabile del settore formazione del St. Christopher's, «accompagniamo i parenti con terapie di sostegno quando devono dire addio per sempre a una persona cara, e garantiamo loro un posto dove possono tornare per ricordarla. Molti decidono di fare volontariato qui. Altri vengono ogni tanto, magari per il pranzo e ritornano anche dopo molti anni». A Londra dove migliaia di persone muoiono da sole ogni anno il St. Christopher's rappresenta un'oasi di civiltà che ricorda una società più tradizionale dove lasciare questa vita era un fatto naturale, segnato da riti di comunità. «Sì, c'è la tendenza a trattare la morte come un tabù, a non parlarne mentre noi vogliamo rimetterla al centro della vita e testimoniare che è possibile morire bene e con serenità», conclude Dion Bachmann.

la pioniera

## Cicely Saunders: nella fase finale quei momenti preziosi di crescita



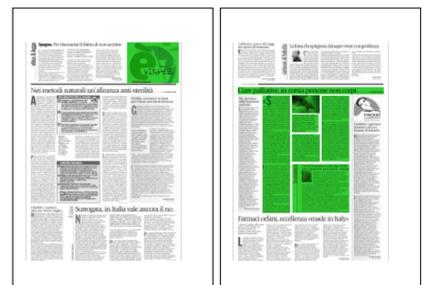
Cicely Saunders

Contraria all'eutanasia perché convinta che gli ultimi mesi di vita di un malato terminale fossero un momento preziosissimo di crescita, spirituale e psicologica, per lui e per la sua famiglia. Questa fu sempre la posizione di Cicely Saunders che si batté, per tutta la vita, perché la legislazione inglese proteggesse i malati terminali.

Cristiana convinta, prima nel movimento evangelico e poi nella Chiesa di Inghilterra, la Saunders scriveva nel 1989 che «la preoccupazione cristiana per la libertà personale comporta un dovere di evitare qualsiasi pressione per far terminare una vita». Secondo la Saunders sono le cure palliative che consentono spesso a intere famiglie di riconciliarsi, nelle ultime settimane di vita del malato, sono la risposta al problema della sofferenza fisica, psicologica e sociale di chi ha il tempo contato.

La Saunders, che aveva avuto un'infanzia agiata e infelice e aveva sofferto da adulta per la separazione dei genitori, arrivò alla fede tardi, dopo anni di agnosticismo, dopo aver sentito che Dio la chiamava personalmente ad occuparsi di questi malati lasciati ai margini dalla professione medica. «Diciamo "Questo è il Suo Corpo" di ogni persona che sta morendo», scriveva Cicely che nel 1996 ricevette da papa Giovanni Paolo II l'onorefrenza di Dama di Gran Croce dell'ordine di Gregorio Magno, «e le piccole trasformazioni alle quali assistiamo parlano, in continuazione, di un nuovo significato e di una Risurrezione che, alla fine, redimerà tutta la creazione». (S.G.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Ezio Mauro

R2/LA COPERTINA

## Se la vecchiaia non ha più età

ELENA DUSI

**I**L TEMPO non è uguale per tutti. Su alcuni un anno passa senza lasciare tracce. Per altri invece equivale a tre anni. E se ai mille volontari arruolati dalla Duke University per uno studio sulla longevità l'anagrafe attribuisce unanimemente 38 anni, la biologia assegna invece un range di età compreso fra i 28 e i 61 anni. Che alcune persone ingrigiscano più di altre è evidente a occhio nudo. Ma perché questo avviene, e quali sono le previsioni sulla longevità che se ne possono elaborare, restano in parte dei misteri da decifrare.

ALLE PAGINE 34 E 35  
CON UN'INTERVISTA DI FABIO TONACCI

# 10, 100, 1000 vecchiaie

Dalla forza all'equilibrio, dalla reattività alla salute:

gli anni non passano per tutti nello stesso modo

Uno studio della Duke University ha misurato

le differenze tra età anagrafica e biologica su mille

volontari. Obiettivo: contribuire a decifrare il mistero

della longevità e riuscire a rallentare lo scorrere del

tempo. Che è anche diverso fra le parti del corpo

ELENA DUSI

**I**L tempo non è uguale per tutti. Su alcuni un anno passa senza lasciare tracce. Per altri invece equivale a tre anni. E se ai mille volontari arruolati dalla Duke University per uno studio sulla longevità l'anagrafe attribuisce unanimemente 38 anni, la biologia assegna invece un range di età compreso fra i 28 e i 61 anni.

Che alcune persone ingriscano più di altre è evidente a occhio nudo. Ma perché questo avviene, e quali sono le previsioni sulla longevità che se ne possono elaborare, restano in parte dei misteri da decifrare. Alla Duke University, nello studio appena pubblicato su *Procee*

*dings of the National Academy of Sciences*, hanno scelto una strategia tradizionale rispetto ad altre più innovative sviluppate ultimamente. Hanno sottoposto i loro mille volontari a una batteria di 18 test: dalla forza della mano all'equilibrio su un piede solo, dai quiz di intelligenza alla salute delle gengive, dalla capacità respiratoria agli esami di sangue, fegato e cuore. Assegnando un punteggio a ciascun test, i ricercatori guidati da Dan Belsky hanno calcolato l'età biologica dei loro volontari e l'hanno confrontata con l'età anagrafica, trovando discrepanze anche di 23 anni.

Ma se lo studio della Duke ha il vantaggio di far capire che l'invecchiamento inizia da giovani e che già prima dei 40 anni

le sue impronte sono osservabili nei tessuti del corpo, la ricerca di strumenti efficaci per misurarne la velocità ha bisogno di ben altre frecce nel suo arco. Dal momento che il tempo all'interno del nostro corpo non scorre sempre uguale, occorre trovare un orologio capace di misurarne il ticchettio in ogni singolo individuo con la massi-



ma precisione. E su questo la scienza della longevità sta investendo oggi le sue energie migliori.

«Capire perché alcune persone sembrano più anziane della loro età non è solo una banale curiosità. Ci permette di penetrare nei meccanismi biologici profondi dell'invecchiamento» spiega Claudio Franceschi dell'università di Bologna, pioniere degli studi sui centenari nel nostro paese, coordinatore del progetto europeo Nu-Age su cibo e invecchiamento e referente per l'Italia di quello Mark-Age, che ha l'obiettivo di trovare un marcatore dell'età biologica per capire se sta procedendo più rapidamente o più lentamente rispetto a quella anagrafica.

«I nuovi strumenti - prosegue Franceschi - misurano la conformazione spaziale della doppia elica del Dna, gli zuccheri che si legano ad alcune proteine del nostro corpo, i prodotti del metabolismo che finiscono nel plasma e nelle urine e perfino il sequenziamento del genoma dei trilioni di batteri che vivono dentro di noi, soprattutto nell'intestino».

Usando questi marcatori su individui anziani, ma non solo, si sono fatte scoperte sorprendenti. «Non solo alcuni individui invecchiano più rapidamente di altri. Anche all'interno di uno stesso individuo ci sono tessuti che invecchiano più di altri» spiega Steve Horvath, il genetista e bioinformatico dell'università della California a Los Angeles che nel 2013 ha rivoluzionato il settore dei marcatori dell'età biologica. «Il cervelletto per esempio è la parte più giovane del corpo. Studiando trenta diversi tessuti di sei centenari abbiamo trovato che questa parte del cervello invecchia lentamente. L'obesità invece accelera l'orologio biologico di un organo come il fegato. L'infezione dell'Hiv aumenta significativamente l'età di cervello e sangue, così come la sindrome di Down». Quest'ultimo studio è stato condotto da Horvath in collaborazione con Franceschi.

Fra le altre scoperte, le cellule del cancro hanno un'età biologica di alcuni decenni superiore rispetto ai tessuti sani. Il seno e le ossa sono fra gli organi più "consumati", il cuore fra i più "freschi". Le cellule staminali, essendo abbondanti negli embrioni nelle prime fasi di sviluppo, sono ferme a pochi ticchettii anche quando si trovano in un individuo adulto. L'orologio dell'età biologica scoperto da Horvath quasi per caso ha una precisione vicina al 100%

nella misurazione del grado di invecchiamento dei tessuti del corpo. Senza che nessuno abbia ancora capito perché, le cellule di un individuo riportano impressa nel loro Dna l'età dell'individuo anche quando si sono formate da pochi giorni o da poche ore.

La doppia elica del Dna - è il punto di partenza della scoperta - può essere lunga fino a 5 centimetri e per trovare spazio all'interno del nucleo di una cellula (pochi micrometri) è avvolta su se stessa secondo geometrie molto complicate. In alcuni punti ben precisi del gomito a volte si legano alcune molecole chiamate in gergo tecnico "gruppi metili". «Nessuno ne conosce il motivo, ma il livello di metilazione del Dna è in grado di marcare con precisione l'età biologica dell'individuo cui quella cellula appartiene» spiega Franceschi. Tanto preciso - e inspiegabile - è il meccanismo scoperto da Horvath che all'inizio quasi tutte le riviste scientifiche ne rifiutarono la pubblicazione. Solo quando lo scienziato mise gratuitamente a disposizione dei suoi colleghi il metodo tutti si accorsero della sua efficacia.

Oltre che ai biologi, l'"orologio della metilazione" di Horvath promette di dare soddisfazioni anche ai detective. Ma per il momento queste scoperte lasciano ancora in sospeso una domanda. Ora che abbiamo un metro per misurare l'invecchiamento, come possiamo fare a rallentarlo? «Con il nuovo strumento possiamo misurare l'efficacia delle nostre tecniche anti-invecchiamento, dalla dieta mediterranea all'esercizio fisico. Questo è uno degli obiettivi del progetto Nu-Age».

Oltre all'orologio epigenetico di Horvath, altri metodi per misurare l'età biologica consistono nel contare gli zuccheri N-glicani: molecole di zucchero legate ad alcune proteine del nostro organismo che potrebbero indicare uno stato di infiammazione dei tessuti. Anche in questo caso le osservazioni iniziali degli scienziati sono avvenute per caso e non è per nulla chiaro se le alterazioni chimiche che misurano l'età biologica siano causa o effetto dell'invecchiamento. «È perfettamente chiaro però - spiega Franceschi - che malattie diverse come diabete, demenza o tumori condividono meccanismi di base simili. Tutte hanno lo stesso fattore di rischio: l'invecchiamento. Evidentemente con il passare del tempo nel nostro organismo si guastano dei meccanismi fondamentali. E le malattie ne sono la conseguenza.

ORIPRODUZIONE RISERVATA

seguì [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#)  stampa



## Farmaci. L'Academy of Medical Sciences lancia nuovo progetto per la valutazione delle evidenze

**L'organismo indipendente che rappresenta la scienza medica in Gran Bretagna ha avviato un progetto per studiare il modo in cui vengono utilizzate le evidenze provenienti da fonti differenti (studi clinici randomizzati e dati osservazionali) nel processo decisionale sulla sicurezza e l'efficacia di farmaci e interventi medici. Il progetto utilizzerà le statine come principale caso di studio.**



**07 LUG** - Sta suscitando un acceso dibattito la decisione dell'Academy of Medical Sciences, l'organismo indipendente che rappresenta la scienza medica in Gran Bretagna, di condurre una revisione delle modalità con cui vengono valutate le evidenze sui farmaci. L'iniziativa dà seguito alla lettera con cui il chief medical officer inglese, **Sally Davies**, aveva espresso al Presidente dell'Accademia, **John Tooke**, le sue preoccupazioni sugli effetti di alcune recenti valutazioni controverse di farmaci (es. statine e trattamento antivirale oseltamivir) sulla fiducia pubblica nell'attuale modo di condurre e presentare la ricerca. "Sono giunto a malincuore alla conclusione - scrive nella lettera Sally Davies - che abbiamo bisogno di una autorevole relazione indipendente che analizzi come la società dovrebbe valutare la sicurezza e l'efficacia dei farmaci".

Recependo l'input di Davies, l'Accademia ha avviato un progetto per studiare, mediante un gruppo di lavoro dedicato, il modo in cui vengono utilizzate le evidenze provenienti da fonti differenti (es. studi clinici randomizzati e dati osservazionali) nel processo decisionale sulla sicurezza e l'efficacia dei farmaci e degli interventi medici. Il progetto utilizzerà le statine come principale caso di studio, ma prenderà in considerazione anche altri esempi tra cui le malattie infettive come Ebola e le forme rare di cancro.

In un articolo pubblicato su *BMJ*, **Ben Goldacre** e **Carl Heneghan**, del Centre for Evidence Based Medicine, Nuffield Department of Primary Health Care dell'Università di Oxford, commentano la decisione dell'Accademia britannica e avanzano alcune proposte per rilanciare la medicina basata sulle evidenze.

"Un report di questo tipo - scrivono gli Autori - presenta due maggiori rischi. Il primo è un focus sulla "fiducia" o anche - nell'ipotesi peggiore - una falsa rassicurazione su problemi noti. Non crediamo che l'Accademia sceglierà questo percorso. Ma c'è un altro rischio più grande: l'Accademia potrebbe accettare i limiti delle evidenze come qualcosa di inevitabile. Su questo punto ci sono buoni motivi di preoccupazione. Concentrarsi esclusivamente sulle sperimentazioni esistenti e su studi

osservazionali infatti - proseguono gli Autori - sarebbe una mancanza di visione e di ambizione in un'epoca in cui la medicina ha la necessità e l'opportunità di innovare. Esistono problemi noti che riguardano il finanziamento e le priorità della ricerca, la sperimentazione, l'ommissione dei risultati, la comunicazione delle evidenze e le applicazioni concrete nella pratica clinica".

Gli Autori esaminano poi brevemente sei domini in cui l'Accademia potrebbe realizzare miglioramenti concreti per rispondere alle legittime preoccupazioni della comunità medico-scientifica. Il primo dominio è rappresentato dai bias di pubblicazione. "Conduciamo studi clinici per rilevare differenze anche modeste e spendiamo ingenti somme di denaro specificamente per escludere bias, - scrivono gli Autori - ma permettiamo che tali bias ritornino con la pubblicazione selettiva. Questo problema può essere risolto con interventi concreti e non con rapporti scritti da eminenti organismi. Abbiamo bisogno di nuovi finanziamenti per un lavoro sistematico di audit che ci consenta di esaminare quali trial siano sotto-riportati, evidenziare i migliori e i peggiori e gettare luce sugli studi non pubblicati".

Altri due aspetti su cui lavorare, secondo gli Autori, sono l'indipendenza degli studi clinici e il loro costo. "Un recente studio di coorte ha evidenziato che il 97% degli studi "testa a testa" sponsorizzati dall'industria

producono risultati favorevoli al farmaco dello sponsor. Medici e pazienti hanno ragione a pretendere studi clinici indipendenti. Inoltre il costo di conduzione degli studi dovrebbe essere radicalmente ridotto. Gran parte di questo costo – scrivono Goldacre e Heneghan – dipende da regole sproporzionate per studi clinici condotti su trattamenti utilizzati di routine. La guida NICE sul colesterolo raccomanda trial testa a testa in popolazioni a basso rischio; ciò richiederebbe più di 100.000 partecipanti, da seguire per un decennio. Tali studi possono essere eseguiti nella pratica solo riducendo l'onere normativo costoso e sproporzionato, incorporandoli nella realtà clinica quotidiana e raccogliendo i dati di follow-up dalle cartelle cliniche elettroniche”.

“I trattamenti di solito vengono approvati a seguito di trial con outcome surrogati. I farmaci sono quindi promossi in modo estensivo, al momento dell'approvazione, quando le evidenze dei risultati nel mondo reale sono paradossalmente le più deboli – scrivono gli Autori – Potremmo incoraggiare evidenze migliori, ad esempio, obbligando le aziende a fare il follow-up di tutti i partecipanti agli studi clinici di fase III fino a quando emergono i benefici nel mondo reale, considerando la randomizzazione di routine per i farmaci di nuova approvazione quando i benefici non sono chiari, in cambio dell'estensione del brevetto o della scelta della data d'inizio per l'esclusiva di mercato”.

Goldacre e Heneghan affermano che sarebbe opportuno promuovere processi terapeutici decisionali condivisi e ben informati tra medico e paziente. Un altro input è quello di dichiarare sempre e in modo il più possibile chiaro e lineare i conflitti d'interesse, che “sono diventati particolarmente rilevanti quando le evidenze non sono chiare: quando le decisioni su quale trattamento funziona meglio vengono effettuate sulla base di un racconto speculativo e superficialmente plausibile sul meccanismo di azione di un farmaco o sull'interpretazione di dati osservazionali deboli e confusi, quando sono possibili studi clinici randomizzati. Se saremo in grado di generare evidenze migliori e garantirci l'osservazione delle evidenze complete, gli interessi in gioco – sebbene debbano essere sempre dichiarati – diventeranno meno importanti”.

“La medicina basata sulle evidenze, nella sua vera incarnazione moderna, ha una storia relativamente recente – scrivono gli Autori – e quando sono stati introdotti i primi studi randomizzati sono stati spesso considerati una sfida trasgressiva, costosa, inutile e sgradita all'autorità medica. I cittadini sono sempre più consapevoli delle carenze che collettivamente tolleriamo nella base delle evidenze per la pratica clinica. Ora abbiamo la possibilità di utilizzare la frustrazione pubblica come combustibile per aggiornare la nostra implementazione della medicina basata sulle evidenze alla luce delle nuove tecnologie e mettere ordine in casa nostra. Limitare la revisione di questi problemi all'interpretazione degli insufficienti dati esistenti, come l'Accademia propone sarebbe – concludono Goldacre e Heneghan – uno sconsiderato sguardo all'indietro”.

Fonte: Aifa

07 luglio 2015

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Scienza e Farmaci



Ricerca internazionale. Hai 38 anni ma la “tua” vera età biologica può oscillare dai 30 ai 60 anni. Dipende dallo stato di salute della persona



Ricerca. Dalla proteina 'salva fegato' al 'frullato' che rigenera tessuti. I 5 progetti di punta del Campus Bio-Medico di Roma



Farmaci orfani, ricerca e sviluppo “made in Italy”. Se ne parla l'8 luglio all'Orphan Drug Day



Endocrinologia. Ame aderisce alla rete Slow Medicine e promuove le 5 pratiche da usare “saggiamente” per evitare esami inappropriati



Come fare una raccolta record di fondi per la ricerca: Just do it!



Ossa in pericolo nei pazienti con acromegalia: il 40% va incontro a fratture vertebrali e osteoporosi

QSnewsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

SCENARI FRONTIERE

# Pressione del sangue: il girotondo dei numeri

Più è bassa, meglio è. E se fosse meno di 120, si chiedono alcuni medici? Sotto quei livelli, però, ci sono altri rischi.

I farmaci contro la pressione alta sono i più prescritti in Italia e per cui si spende di più. La ricerca medico-scientifica sull'ipertensione comporta ogni anno qualcosa come 10 mila pubblicazioni. Nonostante ciò, sulla gestione della pressione alta, di cui soffrirebbe secondo le stime un italiano su tre, rimangono molti punti oscuri. I valori della «massima» e «minima» ideali per scongiurare infarti e ictus rimangono «numeri del mistero», come scrive il *New York Times*. In poche parole, nonostante il gran parlare e la mole di ricerche, non è del tutto chiaro fino a quanto la pressione alta debba tornare giù. Alcuni suggeriscono che la massima dovrebbe essere addirittura sotto i 120, altri non sono d'accordo.

«I grandi studi epidemiologici ci dicono che più bassa è, minore il rischio di eventi cardiovascolari» spiega Giuseppe Mancina, professore emerito di medicina all'Università di Milano Bicocca, uno degli studiosi più citati al mondo in materia di ipertensione e principale autore delle linee guida europee. «Ma è lo scenario generale. Il problema è decidere nei casi concreti quando intervenire con i farmaci e fino a che punto è conveniente far scendere la pressione». Le ultime raccomandazioni delle società scientifiche dicono che oltre i 140 di massima e i 90 di minima scatta il primo grado dell'ipertensione e quindi, per allontanare infarti e ictus, si dovrebbe stare sotto: inizialmente, e se non si hanno fattori di rischio, cambiando stile di vita, ossia dimagrendo e facendo attività fisica. Se niente migliora, con

## POSSIBILI SINTOMI



Mal di testa pulsante



Senso di vertigine, ronzii, lampi di luce



Stanchezza, fiato corto

Eventuale sanguinamento dal naso



## PERICOLI

### CUORE

Scompenso cardiaco, infarto

### RENI

Problemi o malattie renali

### CERVELLO

Alterazione funzioni cerebrali, ictus

### OCCHI

Danni ai vasi della retina

i farmaci. Se invece all'ipertensione si sommano altri fattori di rischio, è bene passare subito all'attacco con le medicine.

Negli Stati Uniti, da dove in genere vengono le maggiori le spinte per trattare aggressivamente i parametri fisiologici che rappresentano un allarme per la salute (dal colesterolo all'ipertensione), l'ultimo aggiornamento delle linee guida ha di recente innalzato a 150 la soglia accettabile di massima per gli ultrasessantenni che non presentano particolari fattori di rischio, adeguandosi a quanto già deciso dalle linee guida europee. La motivazione è stata che mancano dati attendibili di un beneficio dell'intervento farmacologico al di sotto di questo limite, mentre è stato segnalato un aumento di cadute e svenimenti. E proprio questa mossa ha riaperto il dibattito tra gli esperti, e portato in luce le considerazioni che si nascondono dietro i numeri.

Se sia bene scendere sotto la famigerata soglia dei 140 per arrivare ai valori considerati ottimali di 120 e 80, di fatto non lo sappiamo perché non sono mai state condotte indagini che paragonino pazienti che prendono anti-ipertensivi fino ad scendere a questi livelli. Le ricerche che dovrebbero fornire il quadro completo sono in corso proprio ora: uno studio americano chiamato Sprint su 9 mila persone (a un gruppo si fa scendere i valori sotto i 140, a un altro sotto i 120), e un altro tra Europa e Cina, ma per i dati si dovrà aspettare un paio d'anni.

Una volta si diceva che la pressione variava in funzione dell'età, e per stabilire quella giusta si faceva il semplice

Illustrazioni di Francesco Poroli

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

PER TENERLA BASSA



**PESO**  
Dimagrisci  
o evita  
di ingrassare.



**SPORT**  
Fai attività  
fisica regolare,  
come jogging.



**CIBI**  
Adotta una  
dieta sana e  
povera di grassi.



**SALE**  
Riduci  
il consumo  
di sodio.



**FUMO**  
Rinuncia  
alle  
sigarette.



**CAFFÈ**  
Diminuisci  
le tazzine  
di caffè.

calcolo «cento più il numero degli anni»: a 70 anni era lecita una massima di 170, a 80 di 180. Questa formula è stata del tutto sconfessata, ma resta il dubbio che anche far scendere troppo la pressione sia controproducente. «Un conto è portare ai valori ottimali un quarantenne, un altro è abbassarla a questi livelli a un sessantenne che ha magari problemi alle coronarie» spiega Maurizio Galderisi, professore di cardiologia all'Università Federico II di Napoli e coautore delle linee guida europee sull'ipertensione. «Il timore è che abbassandola troppo, si riduca la perfusione delle coronarie». O, in parole povere, si potrebbero favorire infarto e ictus invece di prevenirli. Il consenso, in ogni caso, è che i trattamenti più aggressive vadano riservati agli ipertesi che hanno anche altri fattori di pericolo, oppure ai pazienti che già presentino danni agli organi dovuti alla pressione alta.

**Un'altra preoccupazione è che la pressione bassa possa portare** nei pazienti, soprattutto in quelli più anziani, effetti collaterali pericolosi, per esempio aumentare la possibilità di cadute e fratture. Alcuni dati preliminari suggeriscono proprio questo. «Anche dall'analisi di dati sanitari della Regione Lombardia abbiamo visto che negli ultraottantenni che iniziano la terapia con i farmaci anti-ipertensivi, il rischio di fratture del femore aumenta in modo significativo nel mese successivo all'inizio della terapia» osserva Mancia. «Una ragione in più per essere cauti».

(Chiara Palmerini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**MOLTO ALTA**  
**110-170**  
IPERTENSIONE  
DI GRADO  
DUE, A  
RISCHIO  
ELEVATO.

**ALTA**  
**99-150**  
MMHG  
IPERTENSIONE  
DI GRADO  
UNO (LIEVE).

**IDEALE**  
**130-70**  
MMHG  
VALORI DI  
PRESSIONE  
NELLA  
NORMA.



## » DISTURBI RESPIRATORI STILI DI VITA SANI RIDUCONO DEL 70% L'USO DI FARMACI



■ Stili di vita sani riducono del 70% il ricorso ai farmaci. Soprattutto nel caso dei disturbi respiratori. È quanto emerso grazie al programma pediatrico "Io e l'Asma" che, allo stesso tempo, ha messo in luce come il "controllo" della patologia triplichi. «È un modello clinico e sugli stili di vita unico, nato nel 2009 e sviluppato a Brescia, grazie alla collaborazione tra Università e Spedali Civili - ha spiegato Sergio Pecorelli, Rettore della Statale, durante un convegno organizzato dal Dipartimento di Medicina dell'Università degli Studi di Brescia - Siamo alla fine di un altro ciclo, iniziato nel 2009, ma ci poniamo subito un ulteriore ambizioso obiettivo: adattare il programma ad altre patologie croniche, anche negli adulti». «La prevalenza dell'asma è in aumento - aggiunge Sebastiano Guarnaccia, responsabile del laboratorio clinico pedagogico e ricerca biomedica/Centro "Io e l'Asma", degli Spedali Civili di Brescia - non solo a causa dei già noti fattori di rischio: acari, pollini, infezioni e inquinamento, ma anche per l'incremento di fumo attivo, alimentazione scorretta, sovrappeso, sedentarietà. Spesso, inoltre, si innescano relazioni amicali difficili, ansia e depressione con importanti ripercussioni sul controllo della malattia. Questo costringe ad aumentare i farmaci, con un rischio maggiore di effetti collaterali sulla crescita del bambino. Stili di vita sani e corretti migliorano il "controllo" della patologia cronica in questione, prevenendone i sintomi».

**Country Fitness, Padel e Welldance tutte le nuove "manie" da spiaggia**

**Villa Santiago**

**Villa Fattori**

# L'anticipazione. Alcol, in Italia consumi a due facce

**Adolescenti e giovani bevono meno rispetto al resto d'Europa, ma si abbassa l'età media del primo bicchiere. Oggi la presentazione dello studio del Cnr**

**ILARIA SOLAINI**

**S**cende di poco il consumo di alcol da parte dei giovanissimi in Italia: bevono di più, in senso assoluto, i maschi tra i 25 e i 34 anni, seguiti dai 18-24enni che rappresentano la fascia più coinvolta nel *binge drinking*, vale a dire l'assunzione smodata di alcolici differenti allo scopo di ubriacarsi. Tra le ragazze, invece, i consumi di alcol sono inferiori e riguardano soprattutto la fascia di età tra i 25 e i 34 anni, poi arrivano marito e figli e il consumo di alcol viene quasi del tutto eliminato. «Le persone sposate sono meno soggette ai consumi smodati di alcol, mentre chi resta solo, è più fragile e può cadere facilmente in comportamenti a rischio, dall'alcol al fumo, all'assunzione di droghe» spiega Sabrina Molinaro, ricercatrice dell'Istituto di Fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (Icf-Cnr). L'istituto ha realizzato uno studio sul consumo delle bevande alcoliche dei giovani in Italia dal 2000 a oggi, che verrà presentato questa mattina a Roma presso la sede del Cnr. A promuovere tale indagine è stato l'Osservatorio permanente giovani e alcool (Opga), mentre l'Istituto di Fisiologia clinica del Cnr (Icf-Cnr) lo ha elaborato attraverso una nuova metodologia che «rimette insieme le migliori fonti informative accreditate rispetto ai consumi di alcolici, comparandole fra loro rispetto agli ultimi 15 anni» sottolinea Molinaro.

Il consumo di alcol si conferma un rito familiare: nel 59% dei casi l'alcol è stato assunto per la prima volta in cene o occasioni di festa in famiglia e solo nell'8,7% dei casi è stato vissuto come una «cosa proibita», oltre che dannosa per la salute.

Un altro dato comune a tutte le rilevazioni, indipendentemente dalla metodologia utilizzata, riguarda la riduzione dei consumi abituali di alcol che

pone l'Italia, in una posizione migliore rispetto al resto dell'Europa. Diminuiscono anche gli incidenti alla guida di scooter e auto, causati dall'abuso di alcool: -4,2% medio annuo per i ragazzi sotto i 18 anni e -6,1% tra quelli più grandi, mentre tra le femmine -9,9% per le minorenni e -7,9% tra le maggiorenni. E, seppur ancora molto diffuso, si registra un lieve calo del consumo di alcol tra i minorenni (dal 2002 -0,7% all'anno per i maschi, dal 2004 -1,3% per le femmine). Va precisato, però, che la diminuzione dei consumi riguarda, soprattutto, vino e birra, che «nella nostra cultura hanno sempre accompagnato i pasti, mentre ora si va sempre più verso un modo di bere "europeo" – prosegue Molinaro –: prevalgono gli aperitivi e i superalcolici, non a pranzo o a cena, ma nel resto della giornata, talvolta con scopi autodistruttivi». Insomma meno vino e birra a tavola, sostituiti da cocktail a casa di amici o dentro i locali. È la variabile tempo libero, soprattutto, per i giovani disoccupati, unita alla facilità con cui si acquistano gli alcolici nei bar e nei supermercati a portare all'abuso, a episodi di ubriachezza continuativi che riguardano sempre più da vicino i 18-24enni: «Molti di loro non stanno né lavorando, né studiando, non si sono ancora costruiti una famiglia – prosegue Molinaro – e hanno una minor consapevolezza dei rischi che corrono». È come se la crisi occupazionale si riflettesse anche in questi numeri e in queste nuove abitudini problematiche. «Va sfatato il mito che gli abusi di alcol siano legati a una scarsa cultura: l'indagine – spiega la ricercatrice dell'Icf-Cnr – mostra che anche tra gli *over 25* i più problematici sono generalmente maschi, celibi, con un titolo di studio medio-alto, spesso disoccupati, che hanno genitori con un elevato livello di scolarità e che percepiscono però la propria condizione economica familiare bassa; altri profili che emergono sono quelli di studenti universitari o ragazzi che già utilizzano altre sostanze psicotrope, perché l'alcol si può ritenere, ancora più del tabacco, una delle sostanze più usate per uscire dall'isolamento in cui vivono», in una realtà avara di speranze e motivazioni per tantissimi di loro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

