

«Con un dito salvata una vita»

Nasce prematuro, decisivo lo «speciale» massaggio cardiaco

Il racconto dei due "angeli" che, nel Milanese, hanno guidato la mamma e il piccolo oltre i pericoli. A Messina, invece, un neonato non ce l'ha fatta

PIERFRANCO REDAELLI

POZZO D'ADDA (MILANO)

Un piccolo di 28 settimane ieri mattina è stato salvato da due "angeli" del 118 di Milano e ora è ricoverato presso il reparto di neonatologia di Lecco, in condizioni più che discrete. La mamma ha avuto la fortuna di poter contare sulla prontezza e sulle capacità del medico in servizio, il dottor Gianluca Marconi, e sulla grande esperienza di una infermiera, Francesca Sangalli, che ha accompagnato la puerpera nelle prime fasi successive al parto prematuro. È una storia di buona sanità, nel giorno in cui purtroppo un neonato di 38 giorni, nato anch'esso prematuro, è morto nel Policlinico di Messina dove era stato trasferito d'urgenza per presunti problemi respiratori. Sono le 7.42 quando al centro 118 di Milano arriva la telefonata di una donna che informa il medico che ha appena partorito un maschietto. La donna abita in una palazzina di Pozzo d'Adda, un Comune del Milanese al confine con la provincia di Bergamo. La donna dice di essere alla 28esima settimana, di aver già avuto un figlio che ha ora due anni. Al medico spiega di aver avuto un malore, poi la sorpresa per la nascita del bambino. La situazione è grave. Il medico attiva le procedure d'urgenza e trasferisce la telefonata ad un'altra postazione, dove si trova l'infermiera che online assiste la donna si-

no all'arrivo dei soccorsi. È la donna che guida la mamma nell'eliminare le escrezioni del cavo orale con un fazzoletto bagnato. Le indica poi come stimolare la respirazione per aumentare l'attività respiratoria. Quindi le suggerisce di ricoprire la sua piccola creatura con coperte per evitare l'ipotermia. Per alcuni minuti la piccola stanza di un appartamento si trasforma in una sala di ostetricia ben funzionante grazie ai preziosi suggerimenti di una esperta infermiera.

La mamma culla la sua piccola creatura sino all'arrivo dell'ambulanza, mobilitata dal 118. Quando i volontari con l'autolettiga arrivano a Pozzo d'Adda, però, il neonato è cianotico. L'operatore del 118 di Busnago, a questo punto, sotto la guida della infermiera, inizia le operazioni di rianimazione come prevede il protocollo. Il piccolo viene ventilato e con estrema prudenza, utilizzando le dita di una mano, viene rianimato attraverso un non facile massaggio cardiaco. Pesa infatti poco più di un chilo ed è determinante dosare le energie sul suo corpo. Nel frattempo in prossimità della casa atterra un elicottero, con un'equipe di medici della neonatologia di Niguarda. Ad allertare l'elisoccorso i medici, mentre si cerca un letto in un reparto di terapia intensiva per neonati prematuri. Quando i medici di Niguarda fanno il loro ingresso nell'appartamento il piccolo ha ripreso a respirare autonomamente. A questo punto, i sanitari di Niguarda con l'elicottero raggiungono l'ospedale di Lecco, dove tutta l'equipe del primario Roberto Bellù è in allerta. Il piccolo è ricoverato in una culla di terapia intensiva, la mamma in un letto della ginecologia. Entrambi sono in buone condizioni. Poco dopo a Lecco è arrivato il marito della donna. Nel pomeriggio, ai soccorritori e ai protagonisti della vicenda sono arrivati gli elogi dell'assessore regionale alla Sanità, Mario Mantovani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

La terza era dei danni da **amianto**

La prima ha colpito chi estraeva il minerale, la seconda chi lo utilizzava nel lavoro. Ora si attende quella prodotta da quanto ne è rimasto nell'ambiente

In Italia

Ogni anno vengono smaltite 380 mila tonnellate di rifiuti di questo materiale

Bonifica lunga

Ci vorranno 85 anni per completare la dismissione di tutto l'asbesto sulla penisola

Differenze di genere

Da noi donne più vulnerabili che altrove per il loro largo impiego nel «tessile» in passato

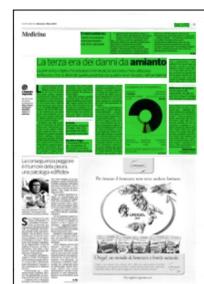
La cronaca di questi ultimi giorni ci informa che all'Istituto tecnico Leonardo da Vinci di Firenze non si può correre, chiudere con forza porte e finestre, forare le pareti, per non mettere in circolazione polveri di amianto, di cui sono fatti i muri di questa palazzina anni Sessanta. La vera notizia riguarda l'affissione, alle pareti della scuola, del vademecum che detta questi comportamenti. Non è, invece, una novità il fatto che un edificio pubblico sia costruito con cemento-amianto.

In Italia ci sono oltre 32 milioni di tonnellate di asbesto (l'altro nome dell'amianto) nascoste in case, palazzi, stabilimenti, vagoni di treno e navi: l'amianto è un ottimo materiale isolante e ignifugo (i cinesi lo chiamavano la pietra infernale perché indistruttibile) per cui è stato ampiamente sfruttato in molti settori, compreso appunto quello dell'edilizia, dove è stato mescolato con il cemento per produrre l'ormai tristemente noto Eternit. Ed è responsabile di un tumore particolarmente cattivo, il mesotelioma della pleura, oltre che di altre neoplasie del polmone e di altri organi.

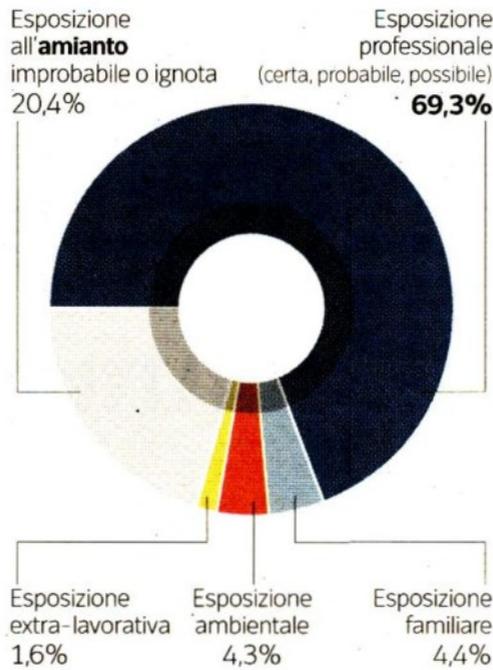
Ogni anno vengono smaltite nel nostro Paese 380 mila tonnellate di rifiuti di questo materiale, troppo poche visto che a questo ritmo serviranno ancora 85 anni per completare la dismissione di tutto l'amianto esistente in Italia. Ecco perché occorre uno sforzo comune fra istituzioni, clinici, associazione di pazienti, ricercatori, autorità politiche per monitorare la situazione e prendere suggerire le strategie più opportune ed è per questo che a Bari è stata appena organizzata la terza Consensus Conference sul mesotelioma, appunto la conseguenza più grave dell'esposizione all'amianto.

«È il cancro, mesotelioma in particolare, il marker dell'esposizione all'amianto — commenta Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) —. In 15 anni, fra il 1993 e il 2008, in Italia si sono registrati più di 15 mila casi di questa neoplasia. E adesso ci si aspetta la terza onda dei danni da amianto». La prima ha colpito chi estraeva il minerale dalle miniere, la seconda chi lo utilizzava nella costruzione di carrozze ferroviarie, navi, case, e la terza ha a che fare con il materiale rimasto in circolazione. Compreso il «polverino» che veniva regalato agli operai dell'Eternit di Casale Monferrato e veniva utilizzato per isolare sottotetti o per ricoprire cortili. «Si prevede un picco di casi nel 2020 — continua Pinto — ma è probabile che a questo segua un plateau, proprio perché l'amianto è ancora molto diffuso». E non esiste una dose soglia, un livello di esposizione sotto il quale il rischio non esiste. Semmai in chi è stato più esposto, la malattia si presenta prima. Ogni anno in Italia le nuove diagnosi di mesotelioma pleurico sono 1200-1300. «E nel nostro Paese — aggiunge Alessandro Marinaccio, responsabile del Registro dei mesoteliomi all'Inail — esiste un rapporto di genere sfavorevole alle donne: una donna colpita ogni 2,6 uomini (in Australia, per fare un confronto, il rapporto è 7,2). Questa situazione, finora poco nota, è legata al fatto che, negli anni 50 e 60 in Italia molte donne erano impiegate nell'industria tessile dove l'asbesto era usato negli edifici per contrastare la condensazione del vapore acqueo e assorbire il rumore e nelle garnizioni frenanti di tutti i macchinari».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La relazione con il mesotelioma



Fonte: Archivio del Registro nazionale dei mesoteliomi (ReNaM). Distribuzione dei casi per modalità di esposizione ad amianto. Italia, 1993-2008

centimetri

Il meccanismo

Tante mutazioni «temporanee» nel Dna cellulare

L'aggressività del mesotelioma pleurico, il tumore marker dell'esposizione all'amianto, è legata a una serie di mutazioni dei geni che hanno a che fare soprattutto con la riparazione del Dna e la capacità di proliferazione delle cellule. Per individuarle ricercatori dell'Università di Torino, guidati da Giorgio Scagliotti, e dell'ospedale di Alessandria, hanno adottato una nuova tecnica, il sequenziamento «mirato», che si concentra su gruppi specifici di

geni e non sull'intero genoma: nel caso del mesotelioma ne sono stati scelti 52. «I nostri dati — spiega Scagliotti — non indicano la presenza di una specifica mutazione che guida il comportamento della cellula, come nel caso dell'adenocarcinoma del polmone, ma tante mutazioni "temporanee" che potrebbero spiegare perché la malattia si presenti dopo molti anni dall'esposizione all'amianto».

A. Bz.

L'INCHIESTA

Il mondo ostaggio
del cibo spazzatura
i nostri bambini
più grassi di 5 chili

SILVIA BENCIVELLI

LENTA, troppo lenta. La reazione del mondo all'epidemia di obesità è di una lentezza inaccettabile. Mentre velocissima è la diffusione di cibi spazzatura, che ne è tra le cause. È la sintesi di una raccolta di articoli pubblicata da *The Lancet*, con il primo grande studio sulla qualità dell'alimentazione.

A PAGINA 23

L'irresistibile ascesa del cibo spazzatura ci ha fatto ingrassare di 5 chili in 30 anni

Dal 1980 aumento di peso record per i bimbi Usa
Lancet avverte: emergenza anche nei Paesi poveri

Il grande paradosso africano: aumentano sia la denutrizione sia l'obesità. Ma il Ciad e il Mali sono gli Stati in cui si mangia meglio

SILVIA BENCIVELLI

ROMA. Lenta, troppo lenta. La reazione del mondo all'epidemia di obesità è di una lentezza inaccettabile. Mentre velocissima è la diffusione di cibi spazzatura, che ne è tra le principali cause. È la sintesi di una raccolta di articoli pubblicata da *The Lancet*, tra cui figura il primo grande studio sulla qualità dell'alimentazione dei cittadini del mondo. Per la precisione, si tratta di una ricerca su quattro miliardi e mezzo di adulti che vivono in 187 Paesi, compreso il nostro, e che, ovunque, tra gli scaffali del supermercato trovano inevitabilmente sempre più bibite zuccherate e alimenti ipertrattati.

In realtà, se analizzata su scala mondiale, la situazione si rivela complessa. E il mondo visto dalla bilancia appare soprattutto pieno di contraddizioni. Infatti negli ultimi vent'anni abbiamo globalmente aumentato il consumo di frutta e verdura, ma abbiamo incre-

mentato, e in misura molto superiore, anche il consumo di cosiddetto junk food. Così nei Paesi ricchi oggi si mangia molto meglio e insieme molto peggio che nei Paesi poveri, perché la disponibilità di entrambi i tipi di alimenti è maggiore. E non sorprende che tra i posti dall'alimentazione più sana della Terra troviamo Paesi a basso reddito come Ciad e Mali, sebbene insieme a quelli del Mediterraneo (Turchia e Grecia in testa). Così come troviamo Paesi a basso reddito anche in fondo alla graduatoria, dove in particolare spiccano le ex repubbliche sovietiche: Uzbekistan, Turkmenistan e Kirghizistan.

In fatto di obesità, resta però l'emergenza americana, con i bambini di oggi che pesano in media



cinque chili più di trent'anni fa e mangiano almeno 200 chilocalorie al giorno più di quanto non ne mangiassero negli anni Settanta. Mentre si segnala l'inarrestabile avanzata del cibo spazzatura nel nord Europa. Per dire: il mercato delle bevande gassate nel Regno Unito vale più di venti milioni di euro all'anno, quello della cioccolata cinque milioni e mezzo e quello del takeaway otto e mezzo. E così un terzo dei bambini di dieci anni è sovrappeso, mentre a quattro anni lo è già il 20% dei piccoli inglesi.

Però le contraddizioni peggiori si trovano nei Paesi poveri. Qui, nonostante i forti progressi (oggi la fame del mondo interessa 209 milioni di persone in meno rispetto a venti anni fa), la denutrizione affligge ancora un bambino su cinque, ma si osserva anche un aumento dell'obesità. La grande paura è perciò quella che presto ci troveremo con miliardi di esseri umani tirati su a cibo spazzatura, malsano ma drammaticamente economico.

Delineati i problemi, *The Lancet* prova a proporre qualche soluzione. «Denutrizione e ipernu-

trizione — spiega Tim Lobstein della World Obesity Federation — ormai hanno molte cause, e molte soluzioni, in comune. Per questo abbiamo bisogno di una politica integrata». Ma, aggiunge l'autrice principale dello speciale, Christina Robert di Harvard, non è facile: «Da una parte dobbiamo capire che ciascuno di noi ha una qualche responsabilità sulla propria salute, ma dall'altra dobbiamo riconoscere che il mercato insiste su fattori biologici (la preferenza umana verso il dolce), psicologici (il marketing), sociali ed economiche (i costi), che insieme rendono molto più semplice la scelta a favore del cibo spazzatura». Per intervenire, concludono gli autori, c'è quindi bisogno di un pugno di ferro anche sull'industria. Insomma: al limite, spiega uno dei paper della serie, ci vogliono tasse più alte sul junk food e incentivi economici su frutta e verdura, compresi voucher per le famiglie povere. Ma si deve intervenire in fretta: le dispense degli abitanti della Terra devono cambiare quanto prima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'avanzata del cibo spazzatura e dell'obesità nel mondo (1980-2013)

Tra i bambini l'aumento è stato fino al **47%**

L'aumento di obesità e sovrappeso tra gli adulti di tutto il mondo è stato del **28%**

Gli obesi sono passati da:

857 milioni

2,1 miliardi

Più della metà di tutti gli obesi del mondo abita in dieci stati

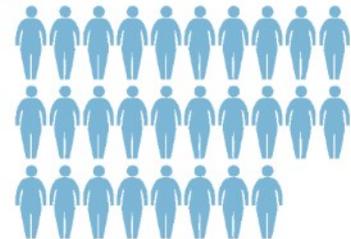
13% abita in Usa

15% tra Cina e India

I Paesi ricchi

che hanno il più alto tasso di obesità sono **Usa** (dove un terzo della popolazione adulta è obesa),

Australia



28% degli uomini



30% delle donne sono obesi

Regno Unito

25% della popolazione adulta è obeso

Intervista con il presidente della Società Italiana di Diabetologia SID

Enzo Bonora (SID): «Il diabete, sfida economica oltre che clinica»

Presentato al convegno "L'impatto economico per il servizio sanitario sull'autocontrollo glicemico domiciliare", organizzato a Milano sotto l'egida di Diabete Italia, con il patrocinio della Regione Lombardia, lo studio "Il costo della distribuzione diretta di sistemi di automonitoraggio della glicemia: un modello di analisi economica", realizzato dal Dipartimento di scienze del farmaco dell'Università degli studi di Pavia in collaborazione con la società di ricerca Studi.Analisi.Valutazioni Economiche (S.A.V.E.) di Milano e la consulenza di specialisti dell'ASL 3 Genovese. Secondo la ricerca i risparmi attesi dallo schema di gara centralizzata più distribuzione diretta dei presidi per le persone con diabete da parte del distretto sono, nella migliore delle ipotesi, estremamente variabili se non del tutto aleatori. 3,5 milioni di euro il risparmio ipotizzato ogni 100.000 persone con diabete dalla riduzione del costo delle strisce reattive, contro una spesa tra i 7 e i 9 milioni di euro, secondo la ricerca, applicando il modello economico dello studio. In margine al convegno abbiamo raccolto l'opinione del presidente della SIDS Enzo Bonora

■ LARA LUCIANO

■■■ Professor bonora, perché il diabete in questo momento rappresenta una sfida non solo dal punto di vista clinico ma anche economico?

Perché impegna tantissime risorse per assistere 3 o 4 milioni di persone solo in Italia e centinaia di milioni in tutto il mondo. Stiamo quindi tutti cercando il modo di liberare risorse per poter garantire l'accesso all'innovazione, sia nuovi farmaci che dispositivi per il monitoraggio glicemico domiciliare

E in che modo?

L'idea è che le risorse possono essere liberate ottimizzando, ad esempio, le prescrizioni degli esami di laboratorio o dei presidi e i dispositivi per le persone con diabete, evitando che chi fa troppe misurazioni domiciliari senza che ci sia un motivo clinico continui a farlo, liberando invece risorse per chi ha bisogno

di strisce per fare un monitoraggio più puntuale. Ma soprattutto la spesa che può essere contenuta è quella relativa ai ricoveri ospedalieri,

decisamente più lunghi nelle persone con diabete rispetto a quelle senza malattia, anche

per la non sempre tempestiva – e in alcuni casi 'totale assenza' – di richieste di consulenza diabetologica a pazienti ricoverati per altre patologie: una frattura, un'infezione, un evento cardiovascolare acuto.

Come si possono ridurre queste degenze?

In media sono più lunghe di due giorni nelle persone con diabete che nelle persone senza diabete, e possono essere 'accorciate' solo con un tempestivo ricorso alla consulenza dei diabetologi nel programma di cura di quel paziente che ha l'iperglicemia, che impatta sul risultato e sulla durata di quel ricovero. Ecco perché la SID ritiene che una tempestiva richiesta di consulenza del diabetologo allorché un paziente viene ricoverato in ospedale – quale che sia il motivo – possa generare un enorme risparmio, liberando risorse non solo per il diabete ma anche per altre patologie.

E per quanto riguarda l'autocontrollo glicemico?

Ci si sta muovendo in varie regioni per decidere se sia opportuno o meno fare delle gare per conseguire un risparmio. La SID ritiene che questo non possa essere realizzato, perché la tecnologia avanza e si evolve in maniera vorticosamente, e fare una gara

ingesserebbe il sistema e renderebbe inaccessibile quanto di buono, di bello e di utile e di vantaggioso dal punto di vista clinico viene messo a disposizione del paziente. Inoltre la tipologia dei pazienti – e la diversità tra un paziente e l'altro, visto che non c'è n'è uno uguale all'altro – è tale che si rende necessario disporre di molti e diversi dispositivi per l'autocontrollo. Senza dimenticare che i dispositivi sono oggi correlati a software e piattaforme tecnologiche alle quali si deve rendere disponibile l'accesso. Non ha alcun senso ricondurre tutto a pochi strumenti con l'idea che siano validi per tutti. Ancor più sbagliato sarebbe andare a sostituire strumenti in uso, perché questo ha dei costi relativi all'addestramento delle persone che li utilizzano e dei rischi di scompenso glicemico derivanti appunto, dall'utilizzo di strumenti diversi da quelli abituali. Senza considerare le implicazioni medicolegali di un'ipoglicemia fatale in una persona in cui, per motivi meramente economici, sia stato imposto il cambiamento da uno strumento ad un altro.



Enzo Bonora, Presidente della Società Italiana di Diabetologia



*L'intervento del professor Enzo Bonora,
presidente della società Italiana di diabetologia SID*

Diabete, una sfida economica, oltre che clinica

Il diabete in questo momento rappresenta una sfida non solo dal punto di vista clinico ma anche economico, perché impegna tantissime risorse per assistere milioni di persone solo in Italia e centinaia di milioni in tutto il mondo. Stiamo quindi tutti cercando il modo di liberare risorse per poter garantire l'accesso all'innovazione, sia nuovi farmaci che dispositivi per il monitoraggio glicemico domiciliare. L'idea è che le risorse possono essere liberate ottimizzando, ad esempio, le prescrizioni degli esami di laboratorio o dei presidi e i dispositivi per le persone con diabete, evitando che chi fa troppe misurazioni domiciliari senza che ci sia un motivo clinico continui a farlo, liberando invece risorse per chi ha bisogno di strisce per fare un monitoraggio più puntuale. Ma soprattutto la spesa che può essere contenuta è quella relativa a i ricoveri ospedalieri, decisamente più lunghi nelle persone con diabete rispetto a quelle senza malattia, anche per la non sempre tempestiva – e in alcuni casi 'totale assenza' – di richieste di consulenza diabetologia a pazienti ricoverati per altre patologie: una frattura, un'infezione, un evento cardiovascolare acuto. Quelle degenze, che sono in media più lunghe di due giorni nelle persone con diabete che nelle persone senza diabete, possono essere 'accorciate' solo con un tempestivo ricorso alla consulenza dei diabetologi nel programma di cura di quel paziente che ha l'iperglicemia, che impatta sul risultato e sulla durata di quel ricovero. Ecco perché la SID ritiene che una tempestiva richiesta di consulenza del diabetologo allorquando un paziente viene ricoverato in ospedale – quale che sia il motivo – possa generare un enorme risparmio, liberando risorse non solo per il diabete ma anche per altre patologie. L'autocontrollo glicemico. C si sta muovendo in varie regioni per decidere se sia opportuno o meno fare delle gare per conseguire un risparmio. Ma noi della SID riteniamo che questo non possa essere realizzato, perché la tecnologia avanza e si evolve in maniera vorticosamente, e fare una gara ingesserebbe il sistema e renderebbe inaccessibile quanto di buono, di bello e di utile e di vantaggioso dal punto di vista clinico viene messo a disposizione del paziente. Inoltre la tipologia dei pazienti – e la diversità tra un paziente e l'altro, visto che non c'è n'è uno uguale all'altro – è tale che si rende necessario disporre di molti e diversi dispositivi per l'autocontrollo. Senza dimenticare che i dispositivi sono oggi correlati a software e piattaforme tecnologiche alle quali si deve rendere disponibile l'accesso. Non ha alcun senso ricondurre tutto a pochi strumenti con l'idea che siano validi per tutti. Ancor più sbagliato sarebbe andare a sostituire strumenti in uso, perché questo ha dei costi relativi all'addestramento delle persone che li utilizzano e dei rischi di scompenso glicemico derivanti appunto, dall'utilizzo di strumenti diversi da quelli abituali. Senza considerare le implicazioni medico-legali di un'ipoglicemia fatale in una persona in cui, per motivi meramente economici, sia stato imposto il cambiamento da uno strumento ad un altro. (L. LUC.)



SALUTE

Bendaggio gastrico, bypass gastrico e diversione biliopancreatica sono le procedure più utilizzate

Indicazioni

Per adesso la nuova metodica è proposta per i casi meno gravi oppure come intervento ponte negli eccessi di peso più importanti

Opzioni

I tre interventi «classici» hanno efficacia diversa e comportano differenti gradi di rischio intra e post operatorio

La «cucitura» dello stomaco eseguita in endoscopia attraverso la bocca è l'ultima idea in un campo, quello della chirurgia bariatrica, in cui le alternative, spesso in concorrenza tra loro, abbondano.

Per ora la nuova metodica è proposta per i casi meno gravi oppure anche come intervento ponte nelle obesità più importanti per ridurre il BMI (Body Mass Index = indice di massa corporea) e il diabete di tipo 2 prima di sottoporsi ad altre terapie chirurgiche.

Al momento le procedure più utilizzate in tutto il mondo sono sostanzialmente tre: il *bendaggio gastrico*, che ha anch'esso lo scopo di restringere lo stomaco, il *bypass gastrico* e la *diversione biliopancreatica*.

Queste ultime due (applicate con diverse varianti) tendono a ridurre l'assorbimento del cibo facendogli «saltare» tratti del percorso naturale nel canale alimentare, collegando lo stomaco o una parte di esso con l'intestino tenue oppure direttamente al duodeno.

Questi tre interventi hanno, nell'ordine, un'efficacia crescente, ma comportano anche diversi gradi di rischio intra e post operatorio e diverse possibili complicanze. Tanto che da anni si discute sull'efficacia, sulle indicazioni e sui costi-benefici delle diverse tecniche.

Ora due studi comparativi, entrambi pubblicati sulla rivista *Jama* (Journal of American Medical Association) fanno un po' di chiarezza in un settore della chirurgia in cui ci sono forti interessi in gioco per la crescente diffusione della patologia.

Uno degli studi, condotto a Seattle e pubblicato nell'ottobre del 2014, ha confrontato bypass e bendaggio gastrico, concludendo che il primo è quasi due volte più efficace, anche se ha un rischio leggermente più alto (3% contro 1,3%) di complicazioni intraoperatorie e a breve termine. Un secondo recentissimo studio (Università di Oslo) ha dimostrato che il bypass gastrico è superato in efficacia dall'intervento di diversione biliopancreatica in pazienti con obesità tra 50 e

60 di indice di massa corporea, ma ha rilevato che questa tecnica comporta rischi di complicanze, di disturbi alimentari e di reinterventi molto più alti.

In sostanza si dimostra ciò che, secondo il parere di molti esperti, era facilmente intuibile: più gli interventi sono complessi, più possono essere efficaci, ma anche più rischiosi. I commenti a entrambi gli studi sono comunque favorevoli alla tecnica del bypass gastrico, che sembra raggiungere un buon equilibrio tra rischi e benefici. Ma la discussione resta aperta.

Pochi giorni fa poi un terzo studio di ampie dimensioni, dell'Università di Cincinnati (in *Annals of Surgery*), ha posto severi steccati all'intera chirurgia bariatrica. Secondo i ricercatori le diverse tecniche aumentano l'aspettativa di vita dei pazienti obesi (indice di massa corporea superiore a 35) con diabete di tipo 2, ma non portano alcun giovamento ai superobesi diabetici (oltre 62 di BMI), per i quali aumentano solo i rischi. La ricerca ha analizzato i dati di circa 200 mila pazienti e ha dimostrato che l'efficacia della chirurgia diminuisce via via che sale il BMI, fino ad annullarsi, appunto, a «quota 62». Questi dati dimostrano indirettamente anche l'importanza di studiare e realizzare terapie più semplici, più sicure e meno invasive, come appunto il nuovo intervento in endoscopia per via naturale, che siano efficaci in sé o che possano aiutare i pazienti a raggiungere la condizione più adatta ad affrontare interventi più complessi.

R. R.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

Chirurgia «zero tagli» per l'obesità

Si riduce l'assorbimento escludendo una parte dello stomaco dal canale alimentare con punti di sutura dati attraverso l'esofago

Esperienza

In Italia finora sono stati eseguiti 5 casi. In Usa e Giappone circa 2 mila in totale

Alimentazione

Ai pazienti è consigliata una dieta da 7-8 pasti al giorno invece dei tradizionali 2-3

Interventi sempre meno traumatici e facilmente reversibili: è lungo queste due direttrici che si muove la ricerca della chirurgia bariatrica, cioè di quelle tecniche che hanno l'obiettivo di ridurre l'obesità e gli squilibri metabolici che ne conseguono, in particolare il diabete di tipo 2.

Ora tra le tante possibilità ce n'è una nuova che sembra presentare diversi vantaggi.

È una tecnica endoscopica che utilizza la via naturale, dalla bocca attraverso l'esofago, e si avvale di un nuovo strumento che permette di «mettere dei punti», di suturare dall'interno lo stomaco. «Utilizziamo come accesso esclusivamente la bocca — spiega Cristiano Huscher, attualmente direttore dell'Unità operativa di chirurgia generale e oncologica dell'Ospedale Rummo di Benevento —. Da qui introduciamo un endoscopio speciale alla cui estremità è montato un sistema che consente di attirare il tessuto dello stomaco e «pizzicarlo». Qui vengono apposti 21 punti di sutura in modo da ridurre sensibilmente lo spazio interno. In questo modo lo stomaco viene schiacciato, ma non tagliato e il cibo ha solo una piccola apertura dove passare. Questo intervento rappresenta un'enorme semplificazione dell'intervento tradizionale».

Si tratta di una procedura ancora sperimentale (Cristiano Huscher ha effettuato cinque interventi di questo tipo in Italia), ma che si basa già su un'ampia casistica all'estero, circa 2 mila casi tra Giappone e Stati Uniti, dove è stata codificata e standardizzata. All'università di Harvard, per esempio, dove Huscher è visiting professor, sono stati risolti 140 casi.

«L'intervento dura un'ora rispetto alle quattro ore degli interventi tradizionali — continua Huscher —. Oltre alla riduzione dei tempi, la nuova procedura garantisce altri importanti vantaggi al paziente. Non essendoci incisioni esterne e neanche interne, infatti, il dolore e il trauma risultano sensibilmente ridotti. L'elevato rischio operatorio e quello altrettanto significativo delle complicanze, cui il paziente è esposto in caso di bypass gastrico, è quasi azzerato. Inoltre non vi sono cicatrici visibili, dato che non viene praticato alcun foro nell'addome del paziente. Anche la degenza e la convalescenza sono naturalmente molto più brevi di quelle previste dalle operazioni tradizionali».

Ma quali sono gli effetti sul paziente dopo l'intervento?

«In pratica — dice Huscher

— la ridotta dimensione dello stomaco permette di introdurre solo piccole quantità di cibo per volta e il paziente avverte subito un senso di sazietà. Come avviene per altre procedure di questo tipo al paziente è raccomandata una dieta che prevede 7-8 pasti al giorno invece di 2-3, in modo che vi sia un passaggio continuo di piccole quantità di cibo, che ha il vantaggio di stabilizzare anche la risposta insulinica».

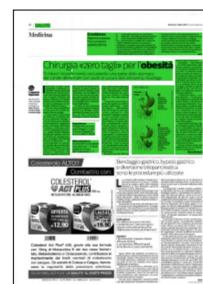
«L'obiettivo infatti — conclude Huscher — è anche quello di migliorare la prognosi del diabete di tipo 2, che spesso si accompagna all'obesità. Al paziente inoltre è richiesta un'attività fisica moderata, di solito una camminata di un'ora, un'ora e mezza al giorno. L'intervento poi è sempre preceduto da una visita psichiatrica, per valutare il grado di accettazione della terapia».

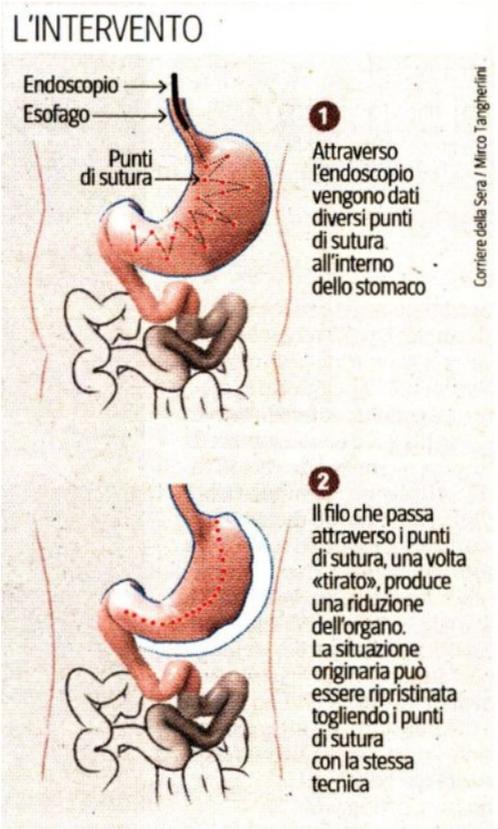
Come si diceva all'inizio, uno dei vantaggi di questa metodica è la reversibilità, nel caso in cui i pazienti non si adattino al tipo di dieta richiesto o mal sopportino la riduzione dello stomaco. In tal caso si procede a un analogo intervento endoscopico per togliere i punti precedentemente fissati.

Nei (per adesso pochi) casi italiani finora non si è registrato alcun «pentimento».

Riccardo Renzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Gravidanza Mamme oversize Può convenire operarsi prima

La chirurgia bariatrica può contribuire a diminuire i rischi della gravidanza di donne obese (soprattutto diabete gestazionale e preeclampsia) e a migliorare la salute dei nascituri (spesso prematuri, sovrappeso o sottopeso). Lo sostiene uno studio svedese del Karolinska Institutet, pubblicato sul *New England*, che ha analizzato 2.832 donne con problemi di obesità, che hanno partorito dal 2006 al 2011, confrontando quelle che si erano sottoposte a

chirurgia bariatrica prima della gravidanza con quelle che non lo avevano fatto, in rapporto di uno a cinque. Sebbene si sia rilevato un maggior numero di bimbi nati sottopeso (probabilmente per il ridotto assorbimento del cibo indotto dall'intervento), le mamme operate e i loro bimbi hanno avuto meno problemi delle altre. I risultati migliori, è stato rilevato, si hanno se la gravidanza inizia dopo almeno un anno dall'intervento.

R. R.

01 MARZO 2015

Sindrome da stanchezza cronica. "Non è una malattia psicologica". L'origine è biologica e potrebbe essere colpa di alcuni virus

Sono state rintracciate alterazioni immunitarie ben definite, che rappresentano la 'firma' propria di questa sindrome. Sotto accusa di contribuire alla malattia vi sono alcuni virus, tra cui quello della mononucleosi. Lo studio*, su più di 600 persone, è su Science Advances

La firma biologica della Sindrome da Stanchezza Cronica (ME-CFS) si trova all'interno del sistema immunitario. Ad affermarlo, oggi, è un gruppo di ricercatori della Mailman School of Public Health della Columbia University, negli Stati Uniti, che sottolineano come questo risultato rappresenti la **prima solida evidenza scientifica** della natura biologica della malattia, finora spesso associata ad un disturbo di natura psicologica - a tal proposito sono stati recentemente pubblicati i [nuovi criteri diagnostici](#) dall'Institute of Medicine. Lo studio* odierno è stato pubblicato su *Science Advances* del gruppo *Science*, la nuova rivista dell'American Association for the Advancement of Science. "Ora abbiamo una prova che conferma quello che milioni di persone con questa malattia già sanno, ovvero che ME/CFS **non è un disturbo psicologico**", ha dichiarato **Mady Hornig**, MD, direttore della ricerca traslazionale al Center for Infection and Immunity e professore associato di epidemiologia alla Mailman School della Columbia.

Grazie al supporto della Hutchins Family Foundation, i ricercatori hanno misurato i livelli di 51 biomarcatori immunitari in campioni di plasma provenienti da 298 pazienti con la sindrome da stanchezza cronica e 348 individui sani di controllo, raccolti in due studi multicentrici. I ricercatori hanno distinto i pazienti con la sindrome da quelli che non l'avevano mediante uno screening accurato. Sono stati presi in considerazione i livelli di stress dei pazienti, insieme a parametri quali l'ora del giorno in cui veniva effettuato il prelievo di sangue, la stagione, il luogo geografico, nonché l'età, il sesso e l'etnia dei partecipanti.

La sorpresa, per i ricercatori, è stata quella di scoprire *pattern* specifici nel sistema immunitario dei pazienti con la sindrome da stanchezza cronica diagnosticata da tre anni o meno, assenti invece nei pazienti con una diagnosi da più di tre anni. In particolare, nei 'nuovi' pazienti la quantità di alcune specifiche molecole immunitarie, chiamate citochine, risultava aumentata. "Sembra che i pazienti con *Me-Cfs* siano pieni di queste molecole fino al terzo anno circa [dall'inizio della patologia], momento in cui il sistema immunitario mostra una saturazione e i livelli delle citochine calano", ha spiegato il dottor Hornig. "La diagnosi precoce potrebbe fornire uno strumento unico per il trattamento, che sia differente da quello dei pazienti per i quali è appropriato intervenire nelle fasi più tardive della malattia".

I ricercatori hanno trovato un forte legame tra la citochina *interferone gamma* e la stanchezza conseguente ad alcune infezioni virali, tra cui il virus di Epstein-Barr, causa della mononucleosi. Molti pazienti con questo virus non hanno un recupero completo e i risultati suggeriscono che proprio queste infezioni mettono i bastoni tra le ruote alla capacità del sistema immunitario di ritornare allo stato di quiete di partenza; i ricercatori paragonano la risposta immunitaria ad una macchina bloccata in una marcia elevata, incapace di fermarsi.

La sindrome da stanchezza cronica è dunque dovuta ad una disfunzione immunologica, come spiega

anche **W. Ian Lipkin**, MD, autore senior e John Snow Professor di Epidemiologia alla Mailman School della Columbia. "La questione che stiamo provando ad investigare in un progetto parallelo sul microbioma è qual è l'interruttore di questa disfunzione".

Nel 2012, Il Professor Lipkin e i suoi colleghi hanno assolto definitivamente due virus dall'accusa di essere implicati nella Me-Cfs: si tratta di XMRV (virus della leucemia murina [MLV]) e le sequenze murine retrovirus-like (pMLV: polytropic MLV). Nelle prossime settimane, i due esperti Hornig e Lipkin presenteranno i risultati di un secondo studio sul fluido cerebrospinale nei pazienti con sindrome da stanchezza cronica: in questi studi durati un anno, gli scienziati hanno cercato le impronte molecolari di agenti specifici alla base della malattia, quali virus, batteri o funghi; inoltre hanno indagato le variazioni dei livelli delle citochine, per capire in che modo cambiano durante le diverse fasi della sindrome.

Viola Rita

*Mady Hornig, José G. Montoya, Nancy G. Klimas, Susan Levine, Donna Felsenstein, Lucinda Bateman, Daniel L. Peterson, C. Gunnar Gottschalk, Andrew F. Schultz, Xiaoyu Che, Meredith L. Eddy, Anthony L. Komaroff, W. Ian Lipkin, Distinct plasma immune signatures in ME/CFS are present early in the course of illness, *Science Advances*, vol. 1 no. 1 DOI <http://dx.doi.org/10.1126/sciadv.1400121>

«L'età non dev'essere una discriminante terapeutica»

Protesta la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia

«Sono preoccupato dalla barriera messa in base all'età per la chemio in versione 'nanotech' targata Celgene: è un principio pericoloso e inaccettabile che non possiamo avallare». Così Francesco De Lorenzo, presidente dell'European Cancer Patient Coalition e della Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo), sul farmaco della Celgene che ha ottenuto in questi giorni l'ok dell'Aifa alla rimborsabilità a carico del Ssn per il trattamento in prima linea di pazienti con adenocarcinoma del pancreas metastatico, in combinazione con gemcitabina. Ma non per gli over 75, secondo quanto spiegato dagli specialisti: «Se l'Aifa ha elementi per dire che il farmaco non è indicato per i pazienti in questa fascia d'età, nulla da dire. Ma in questo caso l'aspetto grave è che non si dice che non può essere dato perché non è utile, si dice che non può essere rimborsato agli over 75. Anche noi siamo preoccupati da temi come la sostenibilità, ma questa non si può raggiungere sulle spalle dei malati - incalza De Lorenzo - Userei altri criteri. È una considerazione di carattere etico. Negare l'accesso in base all'età è un principio pericoloso e inaccettabile che non possiamo avallare». (S. SER.)



F.A.V.O.
Federazione Italiana delle
Associazioni di Volontariato
in Oncologia



Autismo, i giudici assolvono il vaccino

Bologna, ribaltata in appello la sentenza di Rimini che aveva stabilito un nesso tra profilassi anti morbillo e malattia di un bimbo. La perizia su cui si sono basati fa a pezzi le tesi di chi aveva lanciato l'allarme: "Studi irrilevanti smentiti dalla comunità scientifica"

Il calo della vaccinazione antimorbillo - antiparotite - antirosolia - antivariella

Valori in %



FONTE: MIN. SALUTE, DG DELLA PREVENZIONE, MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

MICHELE BOCCI

NON c'è un alcun nesso tra il vaccino trivalente e l'autismo. Non esistono evidenze scientifiche per stabilire che il primo provochi la sindrome, c'è solo un collegamento temporale. Nel senso che l'iniezione che previene morbillo, parotite e rosolia viene fatta prima della diagnosi di malattia autistica, che di solito arriva tra i 3 e i 6 anni. Tutto qui. La corte d'Appello di Bologna ha ribaltato una discussa sentenza del 2102 del giudice del lavoro di Rimini, che aveva riconosciuto il risarcimento ad una coppia romagnola il cui bambino era stato vaccinato dalla Asl nel 2002 e successivamente aveva avuto una diagnosi di autismo. Si trattava di una decisione "storica", utilizzata come punto di riferimento in molte cause civili per decenni sono state avviate successivamente. E che, per via indiretta, insieme alle prese di posizione di certi pediatri, ha anche contribuito a rendere la Romagna una delle zone d'Italia dove il tasso di vaccinazione si sta riducendo.

Il giudizio di secondo grado è del 13 febbraio. Il processo è iniziato per l'appello del ministero della Sanità, condannato a Rimini a pagare i danni da vaccino (stimati intorno ai 200 mila euro). La corte ha nominato un consulente tecnico d'ufficio, il dottor Lodi, che ha letteralmente demolito le ragioni del giudice del lavoro. Intanto, si legge nella sentenza, il medico «ha segnalato in modo

minuzioso la non pertinenza e la non rilevanza degli studi in essa citati». Il consulente della famiglia ha presentato le ricerche del medico inglese Wakefield, autore di un discusso articolo su Lancet sui collegamenti tra vaccini e autismo, che poi venne ritirato. «Sono studi irrilevanti — ha scritto il perito — smentiti dalla comunità scientifica». Inoltre «nella storia clinica del bambino non c'è un'oggettiva correlazione temporale tra la progressiva comparsa dei disturbi della sfera autistica e il vaccino Mpr, vi è solo il fatto che i due eventi avvengano uno prima e uno dopo, ma come dimostrato, ciò non è sufficiente a mettere in relazione i due eventi».

In primo grado si era detto che in assenza di altre cause evidenti la malattia non poteva che essere dovuta al vaccino. Un assioma contestato da Lodi. «Dire che la sindrome non ha altre cause note e quindi è colpa dell'Mpr non aveva senso logico — aggiunge Antonio Ferro, medico responsabile del sito "vaccinarsi", impegnato a informare sulle vaccinazioni — E tra l'altro recenti studi dicono che la sindrome potrebbe essere dovuta a una predisposizione genetica. La sentenza di Rimini del 2012 non aveva precedenti, e i gruppi antivaccinali hanno fatto leva sulla decisione per convincere centinaia di famiglie a non fare il vaccino Mpr. Adesso speriamo che i magistrati che si occuperanno della questione tengano conto di quanto stabilito dalla

corte di Bologna».

Non sembra particolarmente colpito dalla sentenza, invece, Luca Ventaloro, avvocato della coppia romagnola. «Il consulente della corte ha fatto un approfondimento parziale, non collegato ai più recenti studi — dice — Ricorreremo in Cassazione». Il legale ha fatto decine di cause civili sui danni da vaccino (sostenendo che ha provocato casi di epilessia, diabete, encefalite, cardiopatia), di cui una decina per la correlazione con l'autismo. Dice di essere in contatto con Wakefield. «La maggioranza le perdo ma in questi ultimi anni la tendenza si sta invertendo. Vinco in appello e spesso in primo grado, ma stozzito, non lo dico altrimenti il ministero me lo impugna».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

500 mila i bambini da vaccinare ogni anno

5% le persone che non vaccinano i figli

L'unica Regione in cui non esistono vaccini obbligatori è il Veneto

95% I siti trovati con la parola di ricerca "vaccinazione" contrari a questa forma di prevenzione. Tra i più agguerriti comilva.org

LE TAPPE

LO STUDIO SMENTITO

Nel 1998 su Lancet uno studio mette in relazione vaccini e autismo. Nel 2010 l'articolo verrà ritirato

LA SENTENZA DI RIMINI

Marzo 2012: il giudice riconosce il nesso di causalità tra autismo e vaccino per morbillo e rosolia

L'INCHIESTA DI TRANI

Marzo 2014 la procura pugliese apre un'indagine su effetti vaccini partendo da due fratelli autistici



«Tracce» è una quantità sufficiente a scatenare la reazione in un **allergico**

Livelli soglia

Esistono dosi minime che nel 90% dei casi non danno problemi. Ma non ci si può fidare

Può contenere tracce di... Queste parole si trovano su innumerevoli etichette, così come «Prodotto in uno stabilimento che utilizza...»: due messaggi che servono a tutelare chi ha un'allergia alimentare e non vuole ritrovarsi nel piatto latte, uova, soia o altri cibi che non tollera.

Ma esiste una soglia al di sotto della quale le «tracce» non devono impensierire?

Trovare questo valore limite per cinque fra gli allergeni alimentari più diffusi è stato l'obiettivo di un gruppo di ricercatori dell'Università inglese di Manchester, convinti che si debbano dare indicazioni più precise ai consumatori.

I risultati dei loro sforzi sono stati pubblicati sul *Journal of Allergy and Clinical Immunology*: per arachidi, sedano, noccioline, pesce e gamberi sono state vagliate e individuate le quantità minime al di sotto delle quali il 90 per cento delle persone allergiche non ha alcuna reazione. Per riuscirci i medici hanno analizzato i dati di 436 partecipanti al progetto europeo EuroPrevall: in ospedale, in condizioni protette (perché in caso di shock anafilattico è indispensabile agire immediatamente), i volontari sono stati sottoposti ai test di provocazione, nei quali vengono somministrate quantità controllate degli alimenti allergizzanti, per registrare se e come si manifesti la risposta allergica.

Sedano, arachidi e noccioline innescano una reazione in dieci allergici su cento (i più «sensibili») già in quantità minime, comprese fra 1.6 e 10.1 milligrammi. Nel caso del pesce servono invece, in media, 27.3 milligrammi di pesce allo stesso scopo, mentre ancora più al-

ta è la soglia per i gamberi cotti, pari a 2.5 grammi (non è stato invece verificato il valore limite per i crostacei crudi).

Tutto risolto, allora: basterà che un prodotto contenga meno di queste quantità per «liberalizzarlo» e togliere le avvertenze destinate agli allergici? «Tutt'altro» sottolinea Antonella Muraro, presidente eletto dell'European Academy of Allergology and Clinical Immunology (Eaaci) e responsabile del Centro di riferimento per lo studio e la cura delle allergie e delle intolleranze alimentari dell'Università di Padova. «È uno studio prezioso, che per la prima volta indica come la maggioranza dei pazienti sia tollerante a specifiche quantità di alcuni allergeni — dice Muraro —. Tuttavia, i dati andranno avvalorati su un maggior numero di persone allergiche e per il momento non cambiano di una virgola le raccomandazioni: se l'etichetta afferma che in un prodotto sono contenute tracce del cibo a cui si è sensibili, bisogna evitare di consumarlo».

«A oggi, infatti, — spiega la specialista — l'allergico non può sapere se rientra nel 10 per cento degli «ultrasensibili», né sono disponibili regole e controlli dei processi produttivi che quantifichino effettivamente i residui di allergeni».

Purtroppo il «rischio zero» non esiste e si può solo ridurre al minimo la probabilità di una reazione, come precisa Maria Caramelli, direttrice dell'Istituto zooprofilattico sperimentale di Torino: «La risposta allergica non è dose dipendente, anche una quantità infinitesimale può indurre sintomi gravi.

Così, per legge le etichette devono segnalare la possibilità di «contaminazione» del prodotto con uno dei 14 alimenti allergizzanti più comuni (vedi grafico), indipendentemente dalla concentrazione dell'allergene».

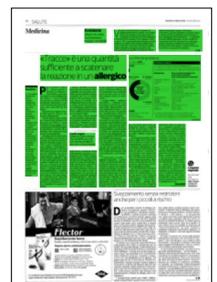
«E questa lista, in realtà, — aggiunge Caramelli — non basta più: con l'aumento delle im-

portazioni alimentari da Paesi lontani si vedono ad esempio sempre più allergie a pesche o kiwi, perché i frutti coltivati altrove presentano geni e quindi proteine diversi, che non siamo abituati a tollerare. Le etichette vanno sempre lette con attenzione: molti non hanno idea dei processi produttivi alimentari e non sanno, ad esempio, che il latte viene usato per mantenere umide e compatte le fette di prosciutto cotto, o che le proteine dell'uovo servono come «collante» negli hamburger».

La normativa peraltro è cambiata e dallo scorso dicembre anche l'Italia ha recepito le raccomandazioni europee per cui è diventato obbligatorio indicare tutti gli ingredienti dei piatti di mense e ristoranti e dei prodotti non industriali (per esempio, del cornetto al bar o dei biscotti del fornaio). Il «libro degli ingredienti» deve essere a disposizione dei consumatori e gli allergici dovrebbero consultarlo sempre.

Ma l'etichettatura attuale è sufficiente a proteggere i pazienti? «Le informazioni ci sono, ma spesso sono scritte in termini poco comprensibili o poco leggibili — osserva Antonella Muraro —. Inoltre, manca una formazione adeguata dei ristoratori perché abbiano indicazioni chiare su come evitare o segnalare possibili contaminazioni e sull'importanza di non sottovalutare l'argomento. Sarebbe relativamente semplice, e non è necessario «sovvertire» le ricette. La persona allergica, dal canto suo, deve pretendere la trasparenza sui menu, ma non accampare pretese culinarie impossibili».

Resta da capire se il miglioramento dell'etichettatura stia riducendo i casi di shock anafilattico, reazioni allergiche gravi che possono perfino costare la vita al paziente. «Non sarà facile dimostrarlo, — dice Muraro — perché non esiste un registro nazionale. Tuttavia, oggi senz'altro da un punto di vista legislativo si sono fatti progres-



Discussioni

Due studiosi propongono una terza via di maternità surrogata, oltre i modelli commerciale e altruistico: farne una professione, con status morale e tutele per le parti coinvolte

Il mio mestiere è partorire tuo figlio

di CHIARA LALLI

Per maternità surrogata (*surrogacy*) s'intende la pratica di portare avanti una gravidanza per qualcun altro. Non sarà quindi la gestante a crescere il bambino, che potrebbe essere figlio biologico di entrambi i genitori che lo allevano, di uno solo o di nessuno (in questi ultimi due casi si fa ricorso a un donatore e/o a una donatrice di gameti).

Ne esistono due modelli: quello commerciale, che prevede un compenso per la donna che porta avanti la gravidanza ed è legale in alcuni Stati degli Usa e in Canada, e quello altruistico, che in genere prevede un rimborso spese ed è permesso in Paesi come la Gran Bretagna, l'Australia e la Nuova Zelanda. In Italia non era vietato fino a qualche anno fa e nel 1993 fece molto discutere il caso di Novella Esposito, la cui madre si era offerta di portare avanti la gravidanza al posto della figlia che aveva subito l'asportazione dell'utero. Nessuno dei tentativi ebbe successo.

La discussione morale, come prevedibile, è molto accesa: si può scegliere di usare il proprio corpo per una cosa del genere? È una pratica intrinsecamente immorale? E, in caso di controversia, che strumenti abbiamo per cercare di risolverla? Che cosa succede se la gestante o gli aspiranti genitori cambiano idea?

Il caso forse più spinoso di tutti riguarda la decisione di interrompere la gravidanza in caso di grave anomalia fetale. Una scelta difficilissima già quando la donna incinta è e sarà anche la madre del nascituro, e che in caso di *surrogacy* si complica ulteriormente: chi sarà a decidere, la donna che porta avanti la gravidanza oppure

quelli che saranno i genitori del nascituro? Si può acconsentire in anticipo all'aborto e si possono esaurire tutti i possibili scenari controversi? Chi può essere coinvolto nella decisione?

Ruth Walker e Liezl van Zyl (studiosi di filosofia dell'Università di Waikato, Nuova Zelanda) hanno cercato di rispondere in un articolo su «Bioethics», *Surrogate Motherhood and Abortion for Fetal Abnormality*. Sia il modello commerciale sia quello altruistico — scrivono — non sembrano riuscire a offrire risposte soddisfacenti a queste domande. Walker e van Zyl propongono allora una terza via: considerare la *surrogacy* come una professione, come fare l'infermiere o l'insegnante.

Prima di procedere però dobbiamo anticipare due possibili obiezioni: la prima riguarda l'analogia che non significa identità, perciò non si sta dicendo che portare avanti la gravidanza per qualcun altro sia come insegnare inglese ma si vogliono suggerire delle somiglianze; la seconda riguarda le condizioni per discutere davvero di maternità surrogata e non di schiavitù o sfruttamento. Ovvero della possibilità che una donna scelga liberamente di offrirsi come surrogata per un'estranea, per un'amica o una sorella.

Walker e van Zyl cercano di rimediare alle debolezze dei modelli esistenti nell'affrontare e risolvere i conflitti che potrebbero emergere. Se, per esempio, nel modello altruistico sembra ci possano essere più probabilità che le parti vogliano trovare una soluzione insieme, il carico emotivo potrebbe causare più difficoltà rispetto al modello commerciale. E così arriviamo al modello professionale: la maternità surrogata dovrebbe essere inquadrata come un vero e

proprio lavoro. Se il paragone con l'insegnamento stride troppo, si potrebbe recuperare una professione tramontata: la balia.

G

Questo modello avrebbe i seguenti vantaggi: enfatizzerebbe il profilo morale della *surrogacy*; avrebbe un'autorità regolatoria che vigilerebbe sulle condizioni mediche e psicologiche delle donne e sull'equità dei compensi (sottraendoli al mercato); ci sarebbe un'attività continua di *counseling* e di supporto. I doveri e le responsabilità sarebbero i più chiari possibili. La donna che si offre come surrogata manterrà i suoi diritti e non potrà essere obbligata a compiere nulla che non voglia. Avrà delle responsabilità nei confronti del nascituro, impegnandosi come farebbe ogni donna incinta responsabile, ma senza subire coercizioni. I genitori dovranno rispettare questi limiti e il pagamento non sarebbe condizionato dalla consegna di un bambino sano. Sarebbero genitori legali dal momento della nascita e potrebbero darlo in adozione.

Nessuna accortezza potrebbe garantire la risoluzione dei conflitti ma il tentativo è di minimizzare i rischi e di favorire l'accordo, con l'aiuto dell'*authority* e dei servizi integrati nel sistema sanitario. La questione è evidentemente complessa. L'articolo di Walker e van Zyl può essere considerato anche come un invito a guardarci dalle reazioni di disgusto o condanna irrazionale, e a costruire argomenti razionali dopo aver analizzato correttamente le questioni. Un consiglio utile ma troppo spesso disatteso.

QUIRIPRODUZIONE RISERVATA

i

L'articolo

L'intervento di Ruth Walker e Liezl van Zyl *Surrogate Motherhood and Abortion for Fetal Abnormality* («Maternità surrogata e aborto per anomalia fetale») è uscito online il 17 febbraio scorso sulla rivista «Bioethics», edita da John Wiley & Sons

Il telefilm

Lo sceneggiato tv della rete americana Cbs *The Good Wife* («La buona moglie»), nella terza puntata della quinta stagione, racconta il caso di una maternità surrogata con un test prenatale di malformazione del feto. Tara, la gestante, non vuole abortire. Ma Kathy e Brian, futuri genitori, non intendono far nascere un bambino destinato a soffrire. Alla fine scadono i termini per l'aborto legale e la gravidanza prosegue

si per la tutela del paziente allergico, anche se resta fondamentale fare sempre molta attenzione quando si fa la spesa o si mangia fuori casa».

Elena Mell

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ambiente

Vivere in città fa diventare troppo sensibili

Vivere in città favorisce la comparsa di allergie alimentari? Sì, stando a uno studio della Johns Hopkins University (al pari di quanto già dimostrato per l'asma allergica): il 10% dei bimbi «cittadini» ha un'allergia al cibo, un altro 17% è «potenzialmente allergico», perché sebbene non abbia avuto reazioni evidenti ha in circolo molte IgE, «marcatori» dell'ipersensibilità. «Nelle metropoli si mangiano più spesso cibi meno genuini e manipolati che riducono la flora batterica intestinale "buona", si fa meno movimento, si sta poco all'aperto e quindi si riduce la vitamina D che ha effetti immunomodulatori — dice l'allergologa Antonella Muraro —. Le abitudini poi hanno effetti epigenetici, ovvero modificano l'espressione del Dna: alterazioni che, alla lunga, possono diventare ereditarie aumentando la predisposizione alle allergie. E quelle al cibo sono fra le prime a comparire nei bambini».

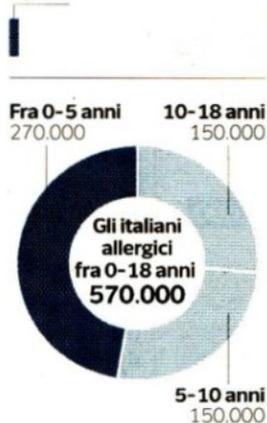
E. M.

Genetica

C'è una regione del genoma dove si «decide» l'allergia alle arachidi. Una ricerca (su *Nature Communications*) ha analizzato il Dna di 2700 bimbi, valutando circa un milione di marcatori genetici. Alcuni geni in una zona del cromosoma 6 sono presenti in un caso su 5 di allergia e sembrano perciò aumentare il rischio. Ma anche altri meccanismi (per es. fattori ambientali) contribuiscono a determinare chi, fra i soggetti geneticamente a rischio, sarà allergico.

Le cifre del problema

La quota di **adulti** con allergie alimentari **3,5%**



5.000 I bimbi sotto i 5 anni di età ad alto rischio di shock anafilattico

ATTENTI A QUESTI

I 14 ingredienti allergizzanti indicati dal Regolamento CE 1169/2011 (quelli di cui va indicata in etichetta la presenza o la possibilità di contaminazione negli alimenti industriali e non)

Allergizzante	Alcuni esempi di prodotti che, per processo produttivo o per ricetta, possono contenerlo
Cereali con glutine	Pasta
Crostacei	Sughi di pesce
Uova	Prodotti da forno, a base di carne (es hamburger) o di formaggi
Pesce	Surimi (a base di polpa di pesce)
Arachidi	Prodotti da forno
Soia	Farine, germogli
Latte	Prodotti da forno, gelati, preparazioni di carne (es. alcuni salumi)
Frutta a guscio	Prodotti da forno
Sedano	Sughi e salse
Senape	Sughi e salse
Semi di sesamo	Snack
Anidride solforosa	Vino, insaccati al vino
Lupini	Zuppe miste
Molluschi	Sughi di pesce

I cereali contenenti glutine e diossido di zolfo/i solfiti non determinano reazioni immuni mediate da IgE, ma sono definiti allergeni per semplificare la normativa

Fonti: OMS; Università di Padova; Efsa

centimetri

SALUTE

Svezzamento senza restrizioni anche per i piccoli a rischio

Dare ai bambini a rischio di allergie, durante lo svezzamento, proprio i cibi verso cui potrebbero sviluppare un'ipersensibilità. A prima vista può sembrare un controsenso, se non un azzardo, eppure i dati di una ricerca appena uscita sul *New England Journal of Medicine*, raccolti su 640 bambini dai quattro agli undici mesi, seguiti fino ai cinque anni, non lasciano dubbi: mangiare fin da piccoli senza limitazioni le noccioline (uno degli alimenti più allergizzanti negli Stati Uniti, dove è stato svolto lo studio) riduce di oltre l'80% la prevalenza di allergia. Il 17,2% dei piccoli che avevano evitato le arachidi ha, infatti, sviluppato l'ipersensibilità negli anni successivi, contro appena il 3,2% di chi non ha avuto divieti.

Il risultato non sorprende Antonella Muraro, responsabile del Centro di riferimento per lo studio e la cura delle allergie e delle intolleranze alimentari dell'Università di Padova e presidente eletto dell'Eaaci: «Già dal 2004 le linee guida europee Eaaci raccomandano uno svezzamento senza restrizioni anche per i bambini a rischio, ovvero con una familiarità per le allergie. Nel primo anno di vita c'è una sorta di "finestra immunologica" durante la quale il bimbo impara a riconoscere e tollerare gli alimenti tipici del suo contesto culturale, prima attraverso il latte materno e poi con lo svezzamento a base di cibi solidi. L'esposizione graduale agli allergeni non aumenta perciò il rischio di allergie, anzi lo diminuisce».

I consigli degli esperti sono chiari: «Allattamento esclusivo fino a quattro mesi con la mamma a dieta libera, perché possano essere "presentati" al lattante tutti gli allergeni che incontrerà; per chi non può allattare, si ai latti idrolizzati estensivi — dice Muraro —. Lo svezzamento con i primi cibi solidi si può iniziare fra il quarto

e il quinto mese, aspettare oltre non serve a ridurre la probabilità di allergie. Lo studio appena pubblicato indica anche come fra il quarto e il sesto-ottavo mese sia possibile un intervento di "immunomodulazione" che aiuti i bambini a sviluppare tolleranza esponendoli, appunto, all'alimento "a rischio", come tale oppure in forma modificata».

In fondo, il concetto è lo stesso della desensibilizzazione, il processo con cui si tenta di "insegnare" a chi è già allergico a non reagire al cibo incriminato: esponendo il paziente a dosi man mano maggiori dell'allergene, si prova a convincere il sistema immunitario ad accettarlo.

«È una terapia promettente, ma ancora al vaglio delle sperimentazioni — avverte Muraro —. Esistono molti protocolli diversi, non sono state identificate le modalità migliori di "presentazione" dei diversi allergeni, e non se ne conoscono gli effetti nel lungo periodo; inoltre, è un procedimento da condurre in condizioni controllate, in ospedale, per affrontare tempestivamente eventuali reazioni gravi. Sappiamo però che soprattutto i casi più difficili possono trarne giovamento, perché pare possibile abbassare almeno la soglia oltre cui si scatena la reazione allergica, riducendo così il pericolo di shock anafilattico».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

