

## Fertility day e culle d'Italia

**L**a ministra **Lorenzin** lancia il primo Piano nazionale fertilità per promuovere prevenzione e scelte consapevoli. Il 7 maggio sarà «Fertility day».

VAZZA A PAG. 6

**PREVENZIONE/** Presentato il Piano nazionale fertilità voluto dalla ministra **Lorenzin**

# «Così riempiremo le culle»

**Sinergia con Mmg e pediatri - Presto unità ad hoc e il «Fertility day»**

**P**ochi figli, poco futuro. In un'Italia sempre più anziana, mettere in condizione i cittadini di fare più bambini diventa una parte del programma di governo. La ministra per la Salute, **Beatrice Lorenzin**, ci ha messo la faccia sin dall'inizio del suo mandato, e dopo averlo annunciato qualche mese fa, ecco che arriva il primo Piano fertilità della storia italiana. E ogni anno il 7 maggio sarà il «Fertility Day». Il Piano è «un programma di salute pubblica e di prevenzione. Per informare i cittadini e metterli in condizione di fare scelte libere e consapevoli», ha spiegato **Lorenzin**. Insomma la fertilità deve tornare (se mai c'è stata) al centro delle politiche sanitarie ed educative del nostro Paese.

**Bonus bebè strutturale?** Realisticamente la ministra ha sottolineato nelle premesse della presentazione del Piano che un approccio sanitario «sulla questione della fertilità non risolve i problemi perché c'è una carenza di servizi, le donne sono poco occupate e servono misure di sostegno alla famiglia. Da qualche parte, però, dovevamo iniziare e lo abbiamo fatto con il piano della fertilità e con il bonus bebè». Un «primo passo, un contributo che vorremo far diventare strutturale e che vorremmo proseguisse per i primi 5 anni di vita del bambino». Insomma nessun piano «paternalistico», ma una mappa per orientarsi a livello medico-scientifico, ma anche sui comportamenti che possono favorire la salute riproduttiva.

**Una coppia su cinque non riesce ad avere figli.** E i motivi sono disparati. Come ha evidenziato **Andrea Lenzi**, presidente della Società italiana di endocrinologia, tra i partecipanti al Tavolo «Sono in crescita le malattie sessuali tra gli under 20: Hiv, sifilide, gonorrea, Hpv. Si fa poca informazione e prevenzione. I ragazzi non sono attenti. Se oggi il 20% delle coppie che vorrebbero figli è infertile, lo è perché non è stata fatta prevenzione prima. Stili di vita sbagliati, malattie trascura-

te, tutto porta all'aumento dell'infertilità» e dunque il piano avrebbe il merito di mettere insieme strategie di collaborazione insieme a medici di famiglia e pediatri, oltre alla definizione di programmi territoriali attraverso i consultori. Le cause di questa difficoltà procreativa risiedono per il 40% nella componente femminile, per l'altro 40% in quella maschile e per un 20% hanno un'origine mista. Negli ultimi 50 anni il numero di spermatozoi nel maschio si è ridotto della metà.

**Pma oltre i tempi.** Anche sulla procreazione assistita, ci sarebbero molte cose da dire: «Si arriva alla Pma troppo tardi, dopo i 42-43 anni, quando le possibilità di riuscita sono molto ridotte: se va bene una su dieci. La medicina aiuta, può fare tanto, ma non può fare miracoli», ha tenuto a precisare **Eleonora Porcu**, presidente del tavolo sulla fertilità. **Unità ad hoc in ospedale.** Ma la vera innovazione sarà la creazione di Unità specifiche negli ospedali per assistere le coppie che vogliono un figlio e hanno problemi di fertilità. «Tra gli obiettivi principali - secondo la presidente Porcu - la definizione di un percorso a tutela delle coppie, che parta dal primo contatto con il medico di base per poi arrivare al counseling con il consultorio fino a indirizzare le coppie, se necessario, verso strutture specializzate negli ospedali, appunto le Unità organizzative di medicina e chirurgia della fertilità che avranno il compito di intervenire sui pazienti per diagnosticare e curare le patologie riproduttive che insidiano la capacità procreativa, ma anche di informare e sensibilizzare». Una grande attenzione andrà alle Unità che saranno chiamate alla tutela della fertilità dei pazienti oncologici, attraverso la chirurgia conservativa, la crioconservazione dei gameti e il loro reimpianto con tecniche di fecondazione assistita.

**Lucilla Vazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I dati sull'infertilità

- Su **10 coppie il 20% circa** (1 su 5) ha difficoltà a procreare per vie naturali
- **Venti anni fa** la percentuale era circa la metà
- Circa il **40%** delle cause di infertilità riguarda prevalentemente la componente femminile, l'altro **40%** riguarda la componente maschile e un **20%** invece è di natura mista
- Negli ultimi **50 anni** il numero di spermatozoi nel maschio si è ridotto della metà
- Negli ultimi **30 anni** l'età media al concepimento in ambo i sessi è aumentata di quasi **10 anni**, sia per l'uomo che per la donna
- Nei primi **10 anni di vita** le patologie maschili che più danneggiano la fertilità sono il **criptorchidismo** (ritenzione testicolare), le **orchiti** e la **torsione del funicolo spermatico**
- Nel **periodo puberale (12-14 anni)** le patologie maschili che più danneggiano la fertilità sono **problemi ormonali** e il **varicocele** che prosegue a danneggiare la fertilità per tutta la vita
- Dai **14 ai 20 anni** le **patologie maschili** che più danneggiano la fertilità sono le **infezioni genitali** e gli **stili di vita alterati**
- Dai **20 ai 40 anni** potrebbero manifestarsi anche **problemi più o meno gravi di sessualità**, specie nel maschio
- Nella **donna fra i 10 e i 15 anni** le **patologie femminili** che più danneggiano la fertilità sono i **disturbi del comportamento alimentare** e le **infezioni genitali** oltre alle alterazioni ormonali
- Nella **donna fra i 15 e i 20 anni** le **patologie femminili** che più danneggiano la fertilità sono le **infezioni** e gli **alterati stili di vita** e le patologie più frequenti sono i **disturbi dell'ovulazione** spesso conseguenti a **ecceso o difetto ponderale**
- Nella **donna fra i 20 e i 40 anni** le **patologie femminili** che più danneggiano la fertilità sono i **disturbi ovulatori**, l'**ovaio policistico**, le **infezioni genitali**, i **fibromi**

## Le grandi questioni da risolvere

## Denatalità

In Italia la bassa soglia di sostituzione nella popolazione non consente di fornire un ricambio generazionale. Con 1,39 figli per donna nel 2013, l'Italia ha il record negativo di crescita nell'Ue.

## Previsioni demografiche

Le previsioni demografiche stimano, nel 2050, una quota di over 60 del 22% della popolazione mondiale (circa 2 mld di persone), pari al 37% della popolazione europea.

## La salute riproduttiva inizia nel bambino

Fin dall'adolescenza la funzione riproduttiva va difesa evitando stili di vita scorretti e cattive abitudini (il fumo di sigaretta e l'alcool), particolarmente dannose per gli spermatozoi e per gli ovociti.

## L'età femminile incide sulla fertilità

L'età femminile gioca un ruolo fondamentale sulla capacità riproduttiva. La "finestra fertile" è limitata e la qualità degli ovociti si riduce particolarmente dopo i 35 anni.

## Le tecniche di Pma possono aiutare la fertilità naturale ma non sostituirla

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita non possono correggere il danno ovocitario (qualitativo e quantitativo) correlato all'età femminile, ma possono solo facilitare e risolvere alcuni fattori meccanici o non di sterilità.

## Fertilità e malattie

Il sistema riproduttivo è particolarmente vulnerabile alle interferenze provenienti dall'ambiente in alcuni periodi critici e sensibili dello sviluppo biologico. La principale causa di sterilità femminile è la patologia ovulatoria, come la Sindrome dell'ovaio policistico che colpisce tra il 5 e il 10% delle donne.

## Fertilità, fumo e stili di vita

Fumo, sedentarietà e obesità sono tra i fattori tossici associati a un deterioramento della fertilità. La compresenza di questi fattori abbatte le chances di gravidanza spontanea in un anno solare dall'83 al 38%.

## Età media del parto

L'età media al parto è giunta ormai a 32 anni circa. Le donne giunte al parto a più di 30 anni passano dal 70% al 73%. Le madri over 40 sono raddoppiate (dal 3,1% al 6,2% nel 2012).

## Parti e livello di istruzione delle partorienti

Nel 2010, il 44,2% delle partorienti ha una scolarità medio-alta, il 33,3% ha un titolo di studio medio-basso, mentre il 22,5% è in possesso di laurea.

## I giovani e la fertilità

Meno del 50% delle persone sa che l'età è il fattore prevalente per la fertilità femminile. La percentuale di coppie infertili che chiede aiuto medico è in media del 56,1% nei Paesi sviluppati, e soltanto il 22,4% viene curato.

## Adolescente e giovane adulto maschio

L'allarmante incremento delle patologie andrologiche negli ultimi anni è riconducibile a comportamenti scorretti o dannosi acquisiti in età giovanile, legati a una insufficiente informazione.

## Le malattie sessualmente trasmesse e la malattia infiammatoria pelvica

Le infezioni a trasmissione sessuale rappresentano un importante fattore di infertilità, sia femminile che maschile, in grado di alterare il funzionamento degli organi della riproduzione.

## Sifilide, Papillomavirus, Hiv, Epatiti

Sono patologie che registrano in tutta la Ue un incremento notevole e rappresentano un importante fattore di rischio per la fertilità.

## Fertilità e tumori

In caso di tumore in età fertile, team di specialisti dovrebbero fare il counselling appropriato e proporre la giusta tecnica di preservazione della fertilità per ogni caso specifico.

**I messaggi chiave del Piano****Maternità e famiglia: inquadramento giuridico sulla base dei principi costituzionali ed europei**

- la Costituzione tutela la procreazione cosciente e responsabile
- la Costituzione tutela i diritti della famiglia e garantisce speciale protezione per la maternità

**Culle vuote**

- i figli sono il futuro della società

**Late mothers****Istruzione e condizione professionale**

- essere madri da giovani è più "facile"

**L'asimmetria dei ruoli porta al rinvio**

- il rinvio porta al figlio unico, se arriva

**La strategia delle good news per vincere la paura**

- valorizzare l'esperienza della maternità: una sfida per la società

**Impatto economico della denatalità**

- le politiche nazionali dei prossimi 30 anni dovranno tenere conto dei fenomeni demografici in atto, per rendere il sistema al contempo sostenibile e garantire equità generazionale

**Lo sviluppo momento chiave: fisiologia della fertilità dall'infanzia all'età adulta**

- la "Buona salute riproduttiva" comincia in giovane età

**Il maschio e i suoi spermatozoi: due soggetti da proteggere**

- la fertilità maschile è molto più vulnerabile di quanto non sembri

**La donna e i suoi ovociti: nascono e invecchiano insieme**

- il potenziale fertile della donna si riduce fortemente con l'età

**Educazione alla sessualità dal bambino all'adolescente**

- l'importanza di conoscere e aver cura della propria salute riproduttiva e sessuale fin dall'adolescenza per preservare la propria fertilità

**Metabolismo e riproduzione**

- la funzione ovarica e gli aspetti metabolici dell'organismo sono fortemente correlati

**I killer invisibili: condizioni ambientali, professionali e iatrogene**

- l'ambiente, lo stile di vita e le abitudini fanno la differenza

**Le malattie sessualmente trasmissibili e la malattia infiammatoria pelvica**

- il preservativo e comportamenti sessuali responsabili proteggono la tua salute e fertilità

**Il fibroma uterino: una frequente minaccia alla fertilità****Endometriosi: infiammazione pelvica e infertilità****Adenomiosi uterina: effetti sulla fertilità e sul quadro mestruale**

- alcune patologie ricorrenti, che riducono la fertilità, se tempestivamente diagnosticate e trattate, possono essere curate con successo

**Terapie etiologiche dell'infertilità**

- le disfunzioni ovulatorie si associano a buona prognosi riproduttiva e possono essere curate con successo
- le malattie dell'utero e delle tube possono essere curate con successo in un numero limitato di casi

**Tecniche di Procreazione medicalmente assistita**

- le tecniche di Pma rappresentano un'opzione per il trattamento della sterilità, ma non sono in grado di dare un bambino a tutti
- anche per i trattamenti di Pma l'età della donna rappresenta il fattore che più riduce la possibilità di avere un bambino
- dopo i 45 anni la possibilità di avere un bambino con le tecniche di Pma omologa è aneddotica

**La tutela e la conservazione della fertilità nel paziente oncologico**

- i pazienti oncologici possono preservare la propria fertilità, prima di iniziare le terapie

➔ **Chicago**

## Nuove speranze contro il cancro a seno e ovaie

■ **CHICAGO** Anche contro il cancro del seno Her2 positivo la combinazione di farmaci si dimostra una strada vincente. Al congresso dell'Asco sono stati presentati i dati di uno studio, «NeoSphere», che evidenziano l'efficacia dell'aggiunta dell'anticorpo monoclonale pertuzumab alla terapia classica basata su trastuzumab e chemioterapia prima dell'intervento, in pazienti con tumore scoperto in fase precoce. Il mix non aumenta gli effetti collaterali. «Questa combinazione terapeutica - spiega Arpino - riduce di circa il 40% la probabilità di avere metastasi a distanza o di morire per tumore mammario a tre anni dalla diagnosi e dalla terapia neoadiuvante». Progressi anche contro l'altro temuto tumore femminile, quello all'ovaio, il più grave tra le neoplasie ginecologiche. L'associazione di bevacizumab con la chemioterapia si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di progressione della malattia indipendentemente dallo stadio e dal risultato chirurgico. Bevacizumab, farmaco antinangiogenico che "affama" il tumore bloccando la formazione di nuovi vasi sanguigni, è stato testato in aggiunta alla chemio anche per il cancro dell'endometrio.



<http://www.adnkronos.com>

## **Oncologhe, test 'geni Jolie' per tutte le donne con cancro ovaio o seno**

A tutte le donne colpite da cancro del seno o dell'ovaio deve essere proposto il test per la ricerca delle mutazioni dei geni che moltiplicano il rischio di tumori femminili, quelli che hanno spinto l'attrice Angelina Jolie a sottoporsi a una mastectomia e alla rimozione di tube e ovaie per non ammalarsi, come era accaduto alla madre. L'indicazione del test genetico per tutte le pazienti arriva da due oncologhe italiane, Nicoletta Colombo, direttore della Divisione di ginecologia oncologica medica dell'Ieo di Milano, e Grazia Arpino, ricercatrice all'università Federico II di Napoli, dal 51.esimo congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco) a Chicago, dove hanno presentato i nuovi passi avanti terapeutici contro i tumori femminili.

"Il test per la mutazione dei geni Brca1 e Brca2 nelle pazienti con cancro dell'ovaio – sottolinea Colombo, esperta di questa neoplasia – è importante innanzitutto per poter dare la terapia migliore alla paziente. Ma anche per allargare l'analisi, se il risultato è positivo, alla famiglia (valutare poi la familiarità del rischio allargando l'analisi se il risultato è positivo) e fare così davvero prevenzione per una neoplasia che attualmente è impossibile prevenire. Il 70-80% delle diagnosi, purtroppo, arriva ancora in fase avanzata". Le mutazioni 'incriminate' sono presenti nel 20-25% di questi tumori. Fare prevenzione, conoscendo la familiarità del rischio, "significa prendere la pillola contraccettiva per le più giovani, che riduce nel 50% dei casi le probabilità di ammalarsi, oppure fare una scelta estrema, ma efficace: togliere le tube e poi le ovaie". Come ha fatto l'attrice hollywoodiana, che con la sua testimonianza ha diviso l'opinione pubblica e soprattutto i medici, ma forse ha fatto riflettere le donne.

Fare il test per la mutazione dei geni Brca1 e Brca2, dunque, è tutt'altro che un capriccio dovuto all'"effetto Jolie". Andrebbe fatto a tutte le donne con cancro dell'ovaio o anche del seno, affermano Colombo e Arpino. Ma non lo si fa, non in tutt'Italia almeno. "Al momento il test non è rimborsabile ovunque – spiegano – i criteri sono diversi a seconda delle Regioni e mancano le strutture accreditate dal Ssn per farlo. Eppure, con le tecnologie attuali, il costo del test non supera i 500 euro". Intanto, la ricerca prova a centrare il traguardo della diagnosi precoce anche per l'ovaio: "Stiamo lavorando – racconta Colombo – sui microRna rilasciati dall'organismo come reazione al tumore, sono dei marcatori precocissimi della sua presenza".

Anche contro il cancro del seno Her2 positivo - una delle forme più aggressive prime dell'arrivo delle terapie mirate - la combinazione di farmaci si dimostra una strada vincente. Al congresso dell'Asco sono stati presentati i dati di uno studio di fase 2, 'NeoSphere', che evidenziano l'efficacia dell'aggiunta dell'anticorpo monoclonale pertuzumab alla terapia 'classica' basata su trastuzumab e chemioterapia

prima dell'intervento, in pazienti con tumore scoperto in fase precoce. Il mix non aumenta gli effetti collaterali.

"Questa combinazione terapeutica - spiega Arpino - riduce di circa il 40% la probabilità di avere metastasi a distanza o di morire per tumore mammario a tre anni dalla diagnosi e dalla terapia neoadiuvante. Lo studio, inoltre, sembra confermare che la scomparsa completa del tumore dopo chemioterapia neoadiuvante possa essere predittiva di un beneficio a lungo termine. In pratica, le pazienti hanno buone probabilità di non ammalarsi più se ricevono da subito il giusto trattamento. Cambia la storia naturale di questo tumore, che era fra i più aggressivi: sono risultati importanti - sottolinea - che rappresentano un ulteriore passo verso la cura definitiva del carcinoma mammario".

Pertuzumab, già utilizzato contro il cancro del seno in fase metastatica, potrebbe ricevere a breve il via libera accelerato dell'agenzia Usa Fda con quest'indicazione, e la Roche ha sottoposto la richiesta anche all'omologa europea Ema. Progressi anche contro l'altro temuto tumore femminile, quello all'ovaio, il più grave tra le neoplasie ginecologiche. Nel mondo sono oltre 250 mila le donne colpite ogni anno, in Italia si contano 5.911 nuovi casi l'anno. Secondo i dati dello studio italiano 'Mito-Mango', l'aggiunta del farmaco anti-angiogenico bevacizumab alla chemio prima dell'intervento chirurgico in pazienti che non potevano essere subito operate, "ha ridotto il tumore a meno di 1 cm - spiega Colombo - e l'82% è riuscito ad avere un intervento di successo".

Sempre per il cancro dell'ovaio, sono stati presentati all'Asco i risultati dell'analisi di uno studio (Iconn7), già condotto su 1.528 donne con questo carcinoma. L'associazione di bevacizumab con la chemioterapia si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di progressione della malattia indipendentemente dallo stadio e dal risultato chirurgico. "Se prima si riteneva che l'anticorpo funzionasse solo per le pazienti con tumore residuo consistente dopo l'operazione, e questo era uno dei criteri di selezione per la somministrazione del farmaco, secondo questi nuovi dati la riduzione del rischio di progressione è pari al 23% nelle donne in cui rimangono residui impercettibili della neoplasia dopo l'intervento", prosegue Colombo.

Bevacizumab, farmaco antinangiogenico che 'affama' il tumore bloccando la formazione di nuovi vasi sanguigni, è stato testato in aggiunta alla chemio anche per il cancro dell'endometrio: "L'aggiunta ha consentito di ottenere un miglioramento di 5 mesi nella sopravvivenza libera da progressione di malattia, rispetto alla sola chemio. Un risultato importante in un tumore complesso da trattare se non diagnosticato in fase precoce e per il quale da tempo non si avevano nuove terapie", conclude l'oncologa.

## Ca ovarico avanzato, opzione valida fare la chemio prima della chirurgia



01 giugno 2015

Nelle donne con un carcinoma ovarico in stadio III/IV di nuova diagnosi, fare la chemioterapia prima dell'intervento chirurgico dà risultati di sopravvivenza simili e non inferiori al fare prima l'intervento e poi la chemio. Lo evidenziano i risultati dello studio CHORUS, un trial randomizzato internazionale di fase III, uscito da poco online su The Lancet.

Sulla base dei risultati di questo studio, Sean Kehoe, dell'Università di Birmingham, e gli altri autori concludono che "in questa popolazione, fare la chemioterapia prima dell'intervento chirurgico è uno standard accettabile di cura per le donne con un tumore ovarico avanzato".

Lo studio CHORUS ha coinvolto 552 pazienti con un sospetto tumore ovarico in stadio III o IV arruolate presso 87 centri di Regno Unito e Nuova Zelanda, di cui 276 sottoposte prima all'intervento chirurgico seguito da 6 cicli di chemioterapia e 274 sottoposte prima a 3 cicli di chemioterapia, poi all'intervento chirurgico e poi ad altri 3 cicli di chemioterapia.

Al follow-up, la strategia basata sulla chemioterapia prima della chirurgia è risultata non inferiore alla quella basata sulla chirurgia prima della chemio (attuale standard per questa popolazione di pazienti). La sopravvivenza globale (OS) mediana è stata, infatti, di 22,6 mesi nel gruppo che aveva fatto prima l'intervento chirurgico e 24,1 mesi in quello che aveva fatto prima la chemioterapia (HR di decesso pari a 0,87 per il gruppo sottoposto prima alla chemioterapia).

Inoltre, le donne sottoposte prima alla chemioterapia hanno mostrato una riduzione degli eventi avversi e un miglioramento della qualità della vita. Infatti, l'incidenza degli eventi avversi postoperatori di grado 3 o 4 è stata del 24% tra le donne sottoposte prima all'intervento chirurgico contro il 14% tra quelle trattate prima con la chemioterapia ( $P = 0,0007$ ). Inoltre, dopo aver aggiustato i dati in base ai punteggi basali, il gruppo trattato prima con la chemio ha ottenuto punteggi della qualità di vita (misurata con i questionari QLQC-30 e QLQ-Ov28) un po' più alti rispetto al gruppo sottoposto prima all'intervento, sia dopo 6 mesi sia dopo 12 mesi.

Anche la mortalità entro 28 giorni dall'intervento è risultata superiore nel gruppo sottoposto prima alla chirurgia (6% contro 1%; P = 0,001).

"CHORUS mostra che per le pazienti con un tumore ovarico avanzato e un performance status scadente, una chemioterapia primaria seguita dalla chirurgia è associata a una sopravvivenza globale simile a quella ottenuta da pazienti trattate prima con la chirurgia" scrivono i ricercatori. "La riduzione della morbidità e della mortalità associate al trattamento, assieme alla tendenza verso una migliore qualità di vita, suggeriscono che la chemioterapia primaria è una valida opzione per il trattamento di queste pazienti" aggiungono Kehoe e i colleghi.

Nel suo editoriale di commento, Sokbom Kang, del National Cancer Center di Goyang (nella Corea del Sud), scrive che, nonostante le evidenze emergenti che lo suggeriscono, tuttora non è semplice stabilire se la chemioterapia neoadiuvante prima dell'intervento chirurgico debba essere un nuovo standard di cura per queste pazienti. In particolare, a sostegno della sua affermazione, Kang cita il fatto che nello studio CHORUS le cure chirurgiche sono state di bassa qualità.

"Nel gruppo sottoposto prima alla chirurgia nello studio CHORUS, il 27% delle pazienti non è stato sottoposto all'ooforectomia bilaterale e il 24% non è stato sottoposto a un intervento di isterectomia" scrive l'esperto. "In più, oltre l'80% non è stato sottoposto a interventi chirurgici addominali superiori. Come risultato, il tempo mediano della chirurgia è stato solo di 120 min e nel gruppo sottoposto prima alla chirurgia si è raggiunta una citoreduzione ottimale solo nel 41% dei casi".

Questi risultati sollevano due questioni, osserva Kang: se i risultati dello studio CHORUS siano validi anche quando a fare l'intervento siano chirurghi esperti, e quali sono le donne che potrebbero beneficiare maggiormente di questa strategia di trattamento.

"C'è anche il timore crescente che il ricorso alla chemioterapia neoadiuvante possa essere usato come scusa per trascurare di fare i massimi sforzi chirurgici o il miglioramento delle competenze chirurgiche" rimarca l'editorialista. "Nonostante tali questioni e timori, Kehoe e i colleghi meritano le congratulazioni per il loro studio che mostra come la chemioterapia neoadiuvante riduca la morbidità correlata al trattamento senza andare a discapito dell'efficacia. Tuttavia, bisognerebbe ora indirizzare gli sforzi della ricerca verso l'individuazione e la risoluzione delle incertezze residue" conclude lo specialista.

S. Kehoe, et al. Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet. 2015; doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62223-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62223-6).

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

## Tumore ovarico, bevacizumab riduce il rischio di progressione della malattia



01 giugno 2015

Al Congresso ASCO sono stati presentati importanti aggiornamenti del trial clinico ICON7, dati preliminari dello studio dei gruppi cooperativi MITO e MANGO e ulteriori aggiornamenti dello studio registrativo AURELIA, nel trattamento del carcinoma ovarico. Il tumore ovarico è il sesto tumore tra le donne e rappresenta il più grave tra i tumori ginecologici.

Nel mondo sono oltre 250 mila le donne colpite ogni anno; in Italia si contano 5.911 nuovi casi all'anno, circa il 3% del totale dei tumori diagnosticati tra le donne. Lo studio ICON7, randomizzato, controllato, in aperto, ha coinvolto 1.528 pazienti con carcinoma ovarico ed è stato disegnato per valutare l'efficacia e la sicurezza determinata dall'aggiunta di bevacizumab a carboplatino e paclitaxel nel trattamento di prima linea del carcinoma ovarico.

Lo studio aveva già dimostrato il beneficio statisticamente significativo dell'aggiunta di bevacizumab alla sola chemioterapia nella popolazione ITT e nel sottogruppo delle pazienti ad alto rischio.

I risultati presentati a Chicago sulle pazienti con citoriduzione ottimale (RT=0) hanno messo in luce come bevacizumab sia efficace nel ridurre il rischio di progressione della malattia del 23% dimostrando in questo modo di riuscire a ridurre tale rischio indipendentemente dallo stadio e dall'outcome chirurgico.

Presentati anche alcuni dati preliminari dello studio di fase IV dei gruppi cooperativi MITO-MANGO: si tratta di un'analisi descrittiva finalizzata a valutare la fattibilità e gli outcome dell'utilizzo della combinazione bevacizumab-chemioterapia nella terapia neoadiuvante (prima della chirurgia) di intervallo.

Questa analisi suggerisce che l'aggiunta di bevacizumab alla chemioterapia nel trattamento di prima linea rappresenti un'opzione terapeutica fattibile per le pazienti sottoposte a chirurgia di intervallo (IDS). "I dati dei nuovi studi presentati all'ASCO 2015, che si soffermano sulla combinazione bevacizumab-chemioterapia, aprono interessanti prospettive nella terapia del carcinoma ovarico.

In particolare, i risultati dello studio ICON7 – ha commentato la professoressa Nicoletta Colombo, Direttore Divisione di Ginecologia Oncologica Medica, Istituto Europeo di Oncologia (IEO) - confermano ancora una volta come bevacizumab, aggiunto alla chemioterapia e somministrato in fase di mantenimento, sia in grado di ridurre in modo statisticamente significativo il rischio di progressione del tumore. Da sottolineare, poi, come l'aggiunta di bevacizumab alla chemioterapia sia un'opzione sicura e ben tollerata, come emerge anche dai dati preliminari dello studio di fase IV dei gruppi cooperativi MITO-MANGO.

Ciò significa che, se si valutano i tassi di risposta dimostrati negli studi registrativi, si può ipotizzare anche un ruolo importante di bevacizumab in fase neoadiuvante, consentendo cioè un miglioramento dell'intervento chirurgico”.

[[chiudi questa finestra](#)]

NOI & VOI

## Battere i complici del cancro

GUGLIELMO PEPE

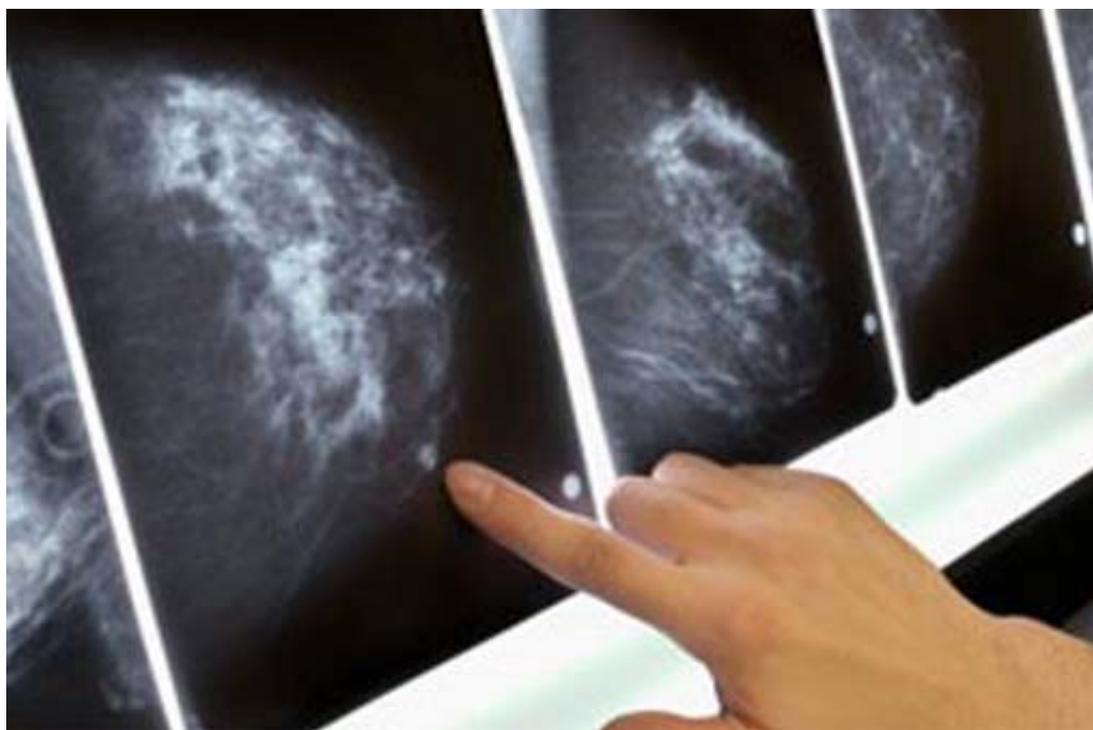
**L**AGUERRA contro il cancro è ancora difficile. Si vive più a lungo, è da tempo curabile, però le previsioni sulla sua sconfitta entro il 2020 sembrano molto ottimistiche. Secondo una ricerca Global Burden of Disease Cancer, pubblicata online da Jama Oncology, nel 2013 ci sono stati 14,9 milioni di nuovi casi, 8,2 milioni di morti e si sono persi 196,3 milioni di anni in buona salute. Lo studio - su 28 tumori in 188 paesi - spiega che dal 12 per cento del 1990 la mortalità è salita al 15 per cento nel 2013. Anche le previsioni dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) sono grigie: da noi le persone con una diagnosi di cancro triplicheranno nel 2020. Sconfiggere oltre 200 tumori non è semplice, a causa della loro complessità e mutazione. Perciò bisogna investire di più nella ricerca e puntare sulla prevenzione primaria e secondaria. Sappiamo che il cancro è cattivo. Ma ha tanti complici. Primo fra tutti, una Sanità insufficiente.

*guglielmpepe@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Tumore al seno: dall'ASCO conferme per pertuzumab nel trattamento delle fasi precoci di malattia



01 giugno 2015

Presentati al 51° meeting annuale dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) a Chicago, i risultati dello studio di fase II NeoSphere che mostrano come pertuzumab in combinazione con trastuzumab e chemioterapia con docetaxel, somministrato prima dell'intervento chirurgico, riduca il rischio di progressione e aumenti il tempo libero da malattia, rispetto a trastuzumab e chemioterapia, nelle donne con carcinoma mammario HER2-positivo in fase precoce (eBC).

Il profilo di sicurezza del regime con pertuzumab è risultato sovrapponibile con quanto osservato negli studi precedenti e nessun nuovo evento è stato riscontrato.

“I risultati dello studio NEOSPHERE presentati all'ASCO 2015 mostrano come pertuzumab in associazione a trastuzumab e chemioterapia riduca di circa il 40% la probabilità di avere metastasi a distanza o di morire per tumore mammario a tre anni dalla diagnosi iniziale e dalla terapia neoadiuvante. Lo studio inoltre, sembra confermare che la scomparsa completa del tumore dopo chemioterapia neoadiuvante possa essere predittiva di un beneficio a lungo termine. Questi dati – commenta Grazia Arpino, ricercatrice Università Federico II Napoli - vengono ottenuti con un profilo di tossicità sovrapponibile a quello evidenziato nell'associazione chemioterapia e trastuzumab da solo. Si tratta di dati importanti che rappresentano un ulteriore passo verso la cura definitiva del carcinoma mammario. Pertuzumab, che già ha cambiato la storia naturale della malattia metastatica mammaria, si appresta infatti a modificare anche quella della patologia mammaria operabile o localmente avanzata. La combinazione pertuzumab- trastuzumab-chemioterapia, già approvata dalla FDA per il setting neoadiuvante, potrebbe presto diventare anche il nuovo standard di terapia adiuvante per le donne con carcinoma mammario operabile, se i dati dello studio APHINITY dimostreranno un profilo di attività analogo a quello osservato nel NEOSPHERE”.

Nello studio NeoSphere, sia la sopravvivenza libera da progressione (PFS) sia la sopravvivenza libera da malattia (DFS) sono state valutate a tre anni. I risultati indicano che le donne trattate con il regime con pertuzumab prima dell'intervento chirurgico avevano una riduzione del 31% della probabilità di andare incontro a un peggioramento della malattia, recidiva o decesso (PFS HR=0.69; 95% CI, 0.34–1.40) rispetto a coloro che

avevano ricevuto trastuzumab e chemioterapia<sup>1</sup>. Le pazienti trattate con il regime con pertuzumab avevano il 40% in meno di probabilità di sviluppare una recidiva o di andare incontro a decesso. (DFS HR=0.60; 95% CI, 0.28–1.27)<sup>1</sup>.

Inoltre, le donne arruolate nello studio NeoSphere, trattate nel contesto neoadiuvante, hanno ricevuto un anno di trattamento adiuvante con trastuzumab dopo l'intervento chirurgico associato a ulteriore chemioterapia. I risultati di questa analisi sono descrittivi, poiché lo studio non è stato disegnato per dimostrare la rilevanza statistica per la PFS e la DFS a tre anni.

“Trattare il cancro al seno in fase iniziale, prima che si diffonda, può aiutare a prevenire la ricomparsa della malattia o evitare che questa raggiunga uno stadio avanzato”, ha dichiarato Sandra Horning, M.D., Chief Medical Officer e responsabile del Global Product Development di Roche. “Questi nuovi risultati si aggiungono alla quantità di dati relativi a pertuzumab nel contesto neoadiuvante e siamo ansiosi di conoscere i risultati dello studio di fase III APHINITY per comprendere meglio gli effetti più ampi di pertuzumab nel trattamento adiuvante del carcinoma mammario HER2-positivo in fase precoce”.

Questi risultati indicano che le pazienti che hanno raggiunto la pCR, vale a dire che non avevano tessuto tumorale rilevabile al momento dell'intervento chirurgico nella mammella e nei linfonodi locali interessati, hanno una maggiore probabilità in tutti i bracci dello studio di essere vive e libere da malattia a tre anni di distanza (PFS HR=0.54; 95% CI, 0.29–1.00; DFS HR=0.68; 95% CI, 0.36–1.26). Tale evidenza supporta l'associazione tra pCR e i risultati di outcome a lungo termine<sup>1</sup>.

La pCR raggiunta con pertuzumab, trastuzumab e chemioterapia è pari a 39,3% rispetto al 21,5%<sup>2</sup> di trastuzumab e chemioterapia. Questi dati, presentati ad ASCO, indicano che il beneficio della risposta patologica raggiunto con la combinazione di pertuzumab, trastuzumab e chemioterapia può tradursi in miglioramento a lungo termine negli outcome delle pazienti.

Nel 2013, la Food and Drug Administration (FDA) ha concesso l'approvazione accelerata (o 'condizionale') di pertuzumab in neoadiuvante per il trattamento delle pazienti ad alto rischio con eBC HER2-positivo. Sarà necessaria una revisione completa dei dati dello studio in corso di fase III APHINITY perché l'approvazione accelerata sia convertita in un pieno riconoscimento. Lo studio APHINITY mette a confronto pertuzumab, trastuzumab e chemioterapia verso trastuzumab e chemioterapia per il trattamento adiuvante (post intervento chirurgico) in pazienti con eBC HER2-positivo. I dati di APHINITY sono previsti per il 2016.

Di recente Roche ha presentato una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio all'Agenzia europea per i medicinali (EMA) per il regime contenente pertuzumab nel trattamento neoadiuvante per le pazienti con eBC HER2-positivo. Questa richiesta si basa sui risultati dello studio NEOSPHERE e sui dati aggiuntivi dallo studio di fase II TRYPHAENA, oltre che sui dati di sicurezza a lungo termine provenienti dallo studio di fase III CLEOPATRA sull'utilizzo di pertuzumab nel tumore al seno HER-2 positivo in fase avanzata.

[[chiudi questa finestra](#)]

## Tumori della pelle: vitamina B utile per prevenirli



01 giugno 2015

Vitamina B per prevenire i tumori della pelle diversi dal melanoma? E' l'indicazione di uno studio australiano presentato al Congresso ASCO. Per i ricercatori dell'Università di Dermatologia di Sidney, la nicotinamide - una forma vitamina B3 - ha un'azione protettiva contro il cancro della pelle in persone ad alto rischio: una compressa due volte al giorno riduce l'incidenza del 23%.

I tumori dell'epidermide diversi dal melanoma sono fra i più diffusi, in particolare nelle persone con la carnagione molto chiara. Ogni anno nel nostro Paese si registrano circa 70.000 casi, 40.000 nei maschi e 30.000 nelle femmine.

La causa principale è l'esposizione al sole se non ci si protegge adeguatamente, e l'incidenza è in continuo aumento in tutto il pianeta, nonostante le massicce campagne di informazione sui danni dei raggi Uv.

La possibilità di prevenire i carcinomi baso-cellulari e squamo-cellulari, i più comuni, con una vitamina disponibile in forma di integratore in diversi Paesi come la nicotinamide è "un'importante opportunità", sottolineano gli esperti. Lo studio ha coinvolto 386 pazienti che si erano già ammalati almeno due volte di questi tumori negli ultimi 5 anni, ad alto rischio di recidiva, valutando l'effetto protettivo della nicotinamide, confrontata con placebo, per un anno.

Fra i pazienti che hanno ricevuto la vitamina, le nuove diagnosi di carcinomi della pelle si sono ridotte del 23%, le cheratosi attiniche sono risultate l'11% in meno dopo 3 mesi e il 20% in meno dopo 9 mesi. "Questi sono i primi, chiari risultati - commenta il principale autore dello studio, Diona Damian, docente di Dermatologia all'università di Sidney - a provare che possiamo ridurre i tumori della pelle con una semplice vitamina insieme alla protezione dai raggi solari. Ovviamente, chi è a maggior rischio dovrà continuare a sottoporsi a controlli regolari".

[[chiudi questa finestra](#)]

**Bilanci.** In Campania, Liguria e Puglia i disavanzi più critici - La sfida della definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza

# Sanità, si riparte da 2,35 miliardi di tagli

## RISIKO POLTRONE

Nel parlamentino delle Regioni il Veneto controlla la Sanità. Entro giugno, dopo la formazione delle giunte, il riparto dei ruoli

**Roberto Turno**

■ Una manovra da 2,35 mld per quest'anno che ancora, e chissà per quanto, è nel limbo. I conti 2015 di asl e ospedali che intanto vanno avanti quasi al buio, affidati alle cure di manager di buona volontà (quando ci sono e ce la fanno). Un «Patto per la salute» che un anno dopo è ancora per larga parte in cerca d'autore. L'attesa (e l'intesa) per i nuovi livelli essenziali di assistenza (i Lea). E la lista infinita di partite (e scontri annessi) squadernate sul tavolo: ospedaletti da abbandonare, reparti doppi e primari da rottamare; asl da sfoltire col machete come tanto piacerebbe a Renzi; personale da sfoltire ma con tutte le cautele del caso data la delicatezza sociale e sindacale del caso; farmaci nel mirino anche a dispetto del premier e della ministra **Lorenzin**. E poi: quei nuovi ticket sullo sfondo, che dal prossimo anno costeranno di più ai redditi medio-alti, pensionati e portatori di patologie inclusi, con una manovra 2016 che rischia di portare con sé un nuovo, pesante salasso.

Confermati o nuovi di zecca che siano, i 7 governatori che hanno staccato il biglietto vincente nelle urne di domenica 31 maggio, saranno da subito alle prese con la sfida delle sfide per le regioni: tenere al guinzaglio la spesa sanitaria. Adomesticarla, ma insieme prendersi sulle spalle un welfare della salute destinato a ridimensionarsi. È la partita della vita per i bilanci locali, siano stati o meno ereditati dai governatori e dalle giunte uscenti. Il fatto che la sanità rappresenti anche fino all'80% dei bilanci regionali, soprattutto di quelle ordinarie, la dice lunga. E spiega quanto delicata sia la sfida da raccogliere sull'assistenza sanitaria. Quella sanità che le regioni hanno fortemente voluto sotto la loro ala "protettiva", ma che alla fine s'è rivelata una palla al piede, soprattutto al Sud dove tra deficit plurimiliardari s'è consumata la disfatta dei disavanzi. Su 31 mld totali dal 2006 al 2013 (ultimo anno di cui si hanno dati sicuri), oltre 22 mld di rosso vanno tra Lazio (10 mld), Campania (4), Sicilia (2,5), Sardegna (2),

Calabria (1,2), Puglia (1,5), Abruzzo (464 mln), Molise (340 mln). Anche se non mancano le spie preoccupanti di Piemonte (2 mld) e Liguria (809 mln).

Un circuito perverso, sul quale dal 2010 in poi s'è abbattuto un ciclone di tagli calcolati dalla Corte dei conti fino a 30 mld totali. Che da una parte ha contribuito a far ridurre fortemente i deficit negli ultimi anni, tanto che Campania e Lazio, ad esempio, possono ora dire di aver superato la fase acuta dei deficit e di aver raddrizzato i bilanci annuali. Sebbene il macigno del vecchio debito sia tutto lì da azzerare a colpi di maxi rate di prestiti trentennali. Fatto sta che nelle regioni sotto tutela, perché commissariate o in "semplice" piano di rientro, il livello di assistenza è spesso gravemente compromesso. Con l'aggravante che dove il livello e la qualità delle cure sono più bassi, si pagano più ticket e super addizionali. Per poco meno della metà degli italiani, fatti i conti, la sanità è sotto la tutela del Governo.

Ed è da qui che adesso si riparte. Contre regioni, tra quelle andate al voto domenica, che sulla sanità sono messe peggio: Campania, Liguria e Puglia. In due di esse - Campania e Liguria - c'è un passaggio di testimone tra schieramenti politici. Ora è tutto da vedere l'effetto che farà il cambio di casacca nelle nuove giunte. E se, e come, influiranno i passaggi di testimone di assessori negli schieramenti confermati.

Non sarà tutto scontato. Anche il risiko delle poltrone che ci sarà tra le regioni per il ruolo di capofila nei singoli settori: la sanità, ora in mano al Veneto, sarà ambitissima. Cosa accadrà da metà giugno, se non o anche più avanti? La "questione tempo" per la ripresa dell'attività del parlamentino dei governatori - e quindi anche della Conferenza Stato-Regioni - d'altra parte non è secondaria. Si dovrà attendere la formazione delle giunte (col rebus di quella della Campania) e il passaggio di consegne dei dossier. Questo per dire che l'intesa col Governo sui tagli da 2,35 mld per quest'anno rischia di allontanarsi ancora. Sempreché si trovi l'accordo tra le nuove giunte. E il decreto legge necessario, più si va avanti, più rischia di allontanarsi. Con l'effetto di spalmare i tagli in pochi mesi dell'anno. Il modo peggiore di iniziare per i neo governatori e di ripartire per quelli confermati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SPESA FARMACEUTICA/ Il monitoraggio dell'Aifa per il primo bimestre del 2015**

# In corsia un rosso di 326 mln

**Il territorio risparmia l'1% - E i ticket continuano a volare (+3,2%)**

**L**a territoriale cala dell'1%, sta sotto il tetto dello 0,5% con un risparmio di 97,7 mln di euro. Quella ospedaliera sfiora di 326 mln e sta dappertutto (tranne che a Trento) oltre l'asticella, in media di un terzo (5% contro 3,5%) sopra il budget. I primi due mesi dell'anno per i farmaci segnano ancora burrasca, ma in ospedale. E i ticket continuano a volare: +3,2% nel bimestre, dopo il nuovo boom anche dell'anno scorso. Pagano gli italiani. Lo conferma il nuovo rapporto Aifa.

L'intesa Governo-Regioni, fermatasi sul nodo farmaci, ancora non c'è. E chissà quando arriverà. Ma i nuovi bilanci della farmaceutica made in Italy, quelli sì che ci sono. E non sono (ma come poteva esserlo?) brillanti. Il nodo resta l'ospedaliera, capitolo cruciale nella diatriba,

diciamo così, tra Regioni e Governo. I dati Aifa del bimestre gennaio/febbraio di quest'anno, parlano chiaro.

**Territoriale fredda, ticket bollenti.** La spesa territoriale netta ha chiuso a 1,477 mln, con un calo dell'1% sullo stesso periodo 2014. In calo anche le ricette, -1,4%, pari a 1,5 mln in meno. A crescere, e parecchio, è però la compartecipazione totale a carico degli italiani: 262,6 mln nel bimestre, pari a +3,2%. Tutto questo, nell'Italia fatta a fettine dal federalismo, con le debite differenze regionali. Come sempre. La Lombardia ha fatto segnare +8,3% di spesa netta, la Sicilia un calo addirittura del 13%. Per le ricette, si va dal -6,9% del Veneto al +1,5% delle Marche. E sulle compartecipazioni, dal -4% della Sicilia al +18,2% di Trento. Ma attenzione:

a dominare è il reference price, che ha portato in cassa 168,2 mln sui 254 mln totali della compartecipazione. Da notare che sono 7 le Regioni fuori tetto: Sardegna (13%), poi nell'ordine Calabria, Puglia, Abruzzo, Lazio, Molise e Marche (11,5%). Per inciso, la distribuzione diretta ha fatto segnare -9,7% in media.

**Ospedaliera: -1,8 mld nell'anno?** Ma ecco poi le dolenti note della farmaceutica ospedaliera. Con una spesa totale di 1,072 mld, un rosso di 326 mln e una quota complessiva media del 5,03% sul Fondo sanitario, rispetto al tetto del 3,5%. Se andasse così per tutto l'anno, ma con tutte le cautele del caso, significherebbe arrivare aritmeticamente a quota 1,8 mld di buco. Tutte le Regioni, esclusa la Provincia di Trento (2,9%), sono sopra il budget, col picco del 6,9% in Toscana. (R.Tu.)

Spesa farmaceutica territoriale			
Periodo gennaio-febbraio 2015 e verifica del rispetto del tetto di spesa dell'11,35%			
Regioni	Inc. % su Fsr	Regioni	Inc. % su Fsr
Sardegna	13,91	Liguria	10,70
Calabria	12,80	Friuli	10,43
Puglia	12,67	Lombardia	10,38
Abruzzo	12,22	Piemonte	9,79
Lazio	12,21	V. d'Aosta	9,47
Molise	11,63	Emilia R.	9,39
Marche	11,50	Veneto	9,35
Basilicata	11,33	Toscana	9,28
Campania	11,30	Trento	8,95
Sicilia	11,17	Bolzano	8,17
Umbria	10,78	<b>Italia</b>	<b>10,83</b>

In arancione le Regioni che non rispettano il tetto di spesa

Spesa farmaceutica ospedaliera			
Individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo gennaio-febbraio 2015 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 3,5%			
Regioni	Inc. %	Regioni	Inc. %
Toscana	6,9	Basilicata	4,9
Puglia	5,9	Marche	4,8
Liguria	5,8	Lazio	4,6
Bolzano	5,8	Molise	4,6
Campania	5,5	Friuli	4,5
Sardegna	5,4	Sicilia	4,4
Umbria	5,4	Lombardia	4,3
Veneto	5,3	Calabria	3,9
Piemonte	5,1	V. d'Aosta	3,6
Abruzzo	5,0	Trento	2,9
Emilia R.	5,0	<b>Italia</b>	<b>5,0</b>

In arancione le Regioni che non rispettano il tetto di spesa



# Vaccini nessun pericolo

Il timore ingiustificato fa scendere le coperture: e tornano le malattie

Morbillo, varicella, pertosse e altre possono anche arrivare ad uccidere

## Coperture basse il vero nemico è la diffidenza

**Vaccini.** Troppe morti per malattie evitabili con l'immunizzazione

Fra pediatri che non incentivano e genitori impauriti, calano le percentuali dei bimbi protetti e aumentano i rischi per tutti. In arrivo il nuovo calendario

DAL NOSTRO INVIATO  
ELVIRA NASELLI

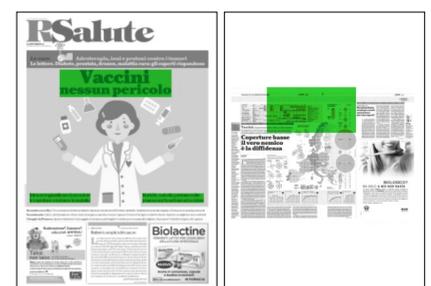
LIPSIA

ER'Organizzazione mondiale della Sanità sono la più grande scoperta scientifica mai effettuata dal genere umano. E però, si continua a morire di malattie che potrebbero essere prevenute facilmente con un vaccino: pertosse, morbillo, rotavirus, polmonite, meningite. Al recente congresso Espid (Società europea per le malattie infettive pediatriche) di Lipsia, molto si è discusso su come mantenere e incrementare la copertura vaccinale. Il nemico numero uno è la diffidenza portata avanti dai cosiddetti "movimenti antivaccino". Secondo uno studio condotto in Belgio, le ricerche in rete sui vaccini sono quasi 60 milioni nel mondo, di queste 15 milioni ne parlano contro. Un quarto esatto. Del resto, un'indagine condotta dalla Sipps, la società italiana di pediatria preventiva e sociale, su 488 pediatri ha dato risultati ancora più sconcertanti: il 22% ritiene che un bambino debba essere vaccinato solo contro le malattie più gravi, il 13 che sia meglio ridurre il numero di vaccini. E, soprattutto, nonostante le ormai numerose evidenze scientifiche contrarie, il 2,5% dei pediatri ha espresso dubbi o piena concordanza nel riconoscere una relazione tra vaccinazione e autismo.

«Se i pediatri non credono ad alcune vaccinazioni - ragiona Elisabetta Franco, ordinario di Igiene all'università Tor Vergata di Roma - non le incentivano. Ed è una sconfitta per la pediatria. Nel caso del rotavirus, per esempio, non c'è percezione di una patologia grave, mentre ci sono ogni anno circa 230 morti in Europa e tra 9 e 11 in Italia. Il 30% di tutte le gastroenteriti è da rotavirus,

più del 50% di quelle ospedaliere, che sono anche le più gravi. Per non parlare dei quindicimila ricoveri annui, con costi elevati per il sistema sanitario. I sintomi sono in genere diarrea, vomito, febbre. Le complicanze, disidratazione e squilibrio elettrolitico, vanno trattate immediatamente. Nel 2009 l'Oms ha raccomandato a tutti di introdurre la vaccinazione, speriamo che nel nuovo calendario che si sta predisponendo, che si ispira al calendario della vita pensato dalle società scientifiche, il vaccino sia previsto gratuitamente e con offerta attiva in tutte le regioni. Oggi lo ha solo la Sicilia».

La Sicilia in realtà ha applicato l'intero calendario della vita. «Abbiamo l'offerta più completa in Italia - promette Francesco Vitale, ordinario di Igiene all'università di Palermo - ma il problema anche da noi è la copertura. Il vaccino antirotavirus, per esempio, è in calendario dal 2012, dal 2013 come offerta gratuita e attiva. Dopo due anni, però, la copertura è di circa il 50%, mentre sarebbe

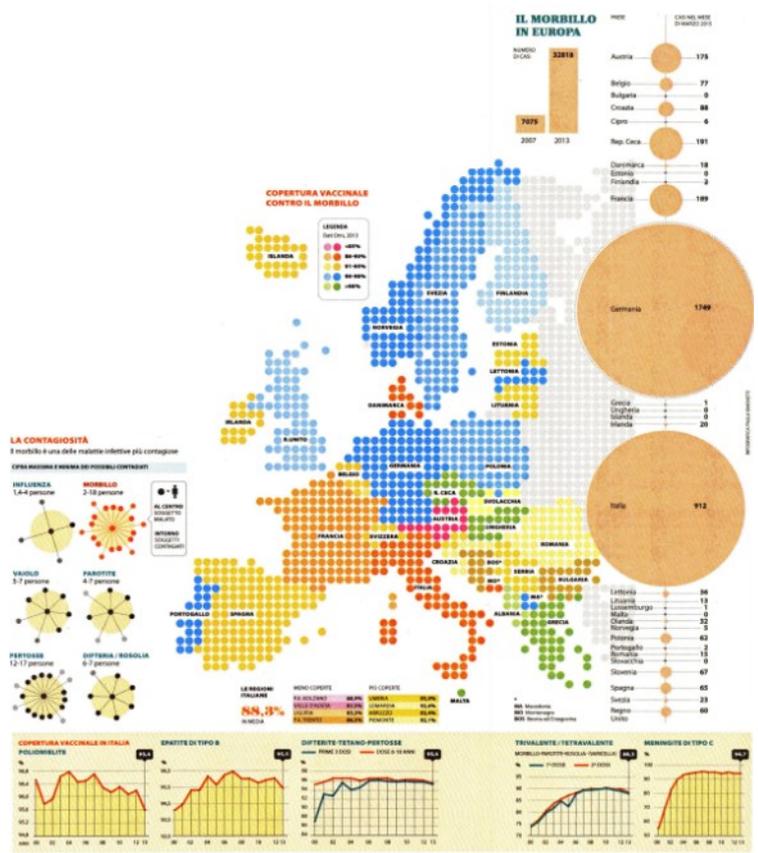


auspicabile almeno l'80. Abbiamo vaccinato circa 50.000 bambini ed è già stato approvato uno studio per indagare l'invaginazione intestinale da infezione di rotavirus, che accade se l'infezione è presa naturalmente, e quindi può accadere anche con la vaccinazione. Ma, nei 50.000 bambini vaccinati non abbiamo avuto alcuna segnalazione di eventi avversi gravi. Mentre già dopo un anno, con una copertura di circa il 30%, c'è stata la riduzione della metà delle ospedalizzazioni. Il problema è che i pediatri non aderiscono attivamente al programma proposto dalla Regione. Una soluzione potrebbe prevedere l'inserimento di questa clausola nei contratti di convenzione dei pediatri e dei medici generalisti con le regioni. Chi non la accetta non potrà lavorare per il servizio sanitario».

La situazione non è migliore per malattie come morbillo e varicella. L'Oms si era data come obiettivo la scomparsa del morbillo nel 2015 e «invece - sottolinea Alberto Villani, responsabile Pediatria generale e Malattie infettive all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma - solo in Italia ne abbiamo 2500 casi all'anno. Così come ci sono mille casi di meningite e circa 100 di tetano all'anno. Crediamo che alcune malattie siano scomparse ma non è così. Se un pediatra ha il 10% di bambini non vaccinati deve chiedersi se sta facendo bene il suo lavoro. E forse il sistema sanitario dovrebbe pagarlo in base a quello. È vero che la mortalità per morbillo è rara ma è una malattia seria e, in un caso su mille, ci sono esiti neurologici gravi. Ai genitori bisogna parlare delle malattie, non dei rischi dei vaccini. Mi pare pazzesco che si muoia ancora di pertosse».

I dati presentati a Lipsia raccontano di una malattia con incidenza alta, soprattutto nel Nord Europa: nel 2012, 76 morti nei Paesi Bassi, 42 in Germania. E in Gran Bretagna è ricordato come un anno nero, con oltre 9000 casi, molti in bambini sotto i tre mesi, e 14 morti. Tanto che a tutte le donne in gravidanza viene offerto il vaccino. «Una strategia per proteggere il neonato di pochi mesi - spiega Paolo Bonanni, ordinario di Igiene all'università di Firenze - che si può applicare insieme a quella del bozolo, ovvero vaccinare quelli attorno al bambino, almeno madre, padre e fratelli. Bisogna che il ginecologo spieghi bene alle mamme in attesa che gli effetti collaterali sono modesti, ma che vaccinarsi protegge il nascituro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Varicella

Ancora diversa la situazione della varicella. Dal 2013 otto regioni (Veneto, Provincia autonoma di Bolzano, Toscana, Puglia, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna) propongono la vaccinazione estensiva. «L'esperienza di queste regioni - precisa Giovanni Gabutti, ordinario di Igiene all'università di Ferrara - con il calo di nuove infezioni, la riduzione di complicanze e ricoveri ospedalieri e del numero di decessi, ci dimostra che bisogna allargare la vaccinazione a tutto il territorio nazionale. La varicella è molto contagiosa e può avere effetti pesanti se ci si ammala da grandicelli o addirittura da adulti: infezioni batteriche ma anche complicanze virologiche,

polmoniti, encefaliti, rialzi febbrili con convulsioni, soprattutto nei bambini tra 1 e 4 anni. Inoltre la varicella può essere rischiosa in gravidanza». In ogni caso, sui circa 500.000 casi stimati in Italia all'anno, e quasi l'1 per cento di ricoveri e il 3,5 di complicanze c'è poco da stare allegri. Numeri alti, soprattutto perché facilmente evitabili. Per questo motivo sono in cantiere alcuni programmi per migliorare la comunicazione sui vaccini alla popolazione. «Si comincia con un numero verde - spiega Rosa Prato, coordinatrice del gruppo nazionale che comprende sei regioni - al quale risponderanno 25 specialisti su tutto il territorio. E poi interventi nelle scuole, nei centri commerciali e anche presso gli operatori sanitari dei centri vaccinali e dai medici di medicina generale».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati

**CALENDARIO  
 VACCINALE  
 PER LA VITA**

**LEGENDA**

- NELLA STESSA SEDUTA
- SPECIFICI GRUPPI A RISCHIO
- IN SEDUTA SEPARATA
- DA SOMMINISTRARE
- NELLA STESSA SEDUTA
- O IN SEDUTE SEPARATE
- PER CATEGORIE A RISCHIO

\* EpB Per figli di madri con Epatite B  
 \*\*\* EpA Per aree geografiche ad elevata endemia (per viaggiatori)  
 \*\*\*\* EpB 4 dosi anche per pre-esposizione imminente  
 † MenC Oppure MenACWY coniugato

VACCINO	3-30GG	3° MESE	4° MESE	5° MESE	6° MESE	7° MESE	11° MESE	13° MESE	15° MESE	6 ANNI	12-18 ANNI	19-49	50-64	OVER 64
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa	dTpa-IPV	1 dose di dTpa ogni 10 anni		
Epatite B	Epb-Epb*	EpB		EpB			EpB					3 dosi: pre-esposizione 4 dosi: post-esposizione**		
Hib		Hib		Hib			Hib							
Pneumococco		PCV13		PCV13			PCV13		PCV13		PCV13 / PPV23		PCV13	
MPRV									MPRV					
MPR									MPR					
Varicella										V				
Meningococco C							MenC#		MenC#			MenACWY coniugato 1 dose		
Meningococco B		Men B	Men B	Men B			MenB		MenB					
HPV											HPV: 2-3 dosi			
Influenza							Influenza				1 dose all'anno	1 dose all'anno		
Herpes Zoster														1 dose
Rotavirus		Rotavirus												
Epatite A									EpA **			EpA **		2 dosi (0-6-12 mesi)

- IPV Antipolio
- EpB Epatite B
- Hib Haemophilus influenzae tipo b
- DTPa Difterite-tetano-pertosse (adulti)
- dTpa-IPV Difterite-tetano-pertosse e polio inattivato (adulti)
- MPRV Tetraivalente, Morbillo-parotite-rosolia-varicella
- MPR Trivalente, Morbillo-parotite-rosolia
- V Varicella
- PCV13 Pneumococco coniugato 13-valente
- PPV23 Pneumococco polisaccaridico puro 23-valente
- MenC Meningococco C coniugato
- MenB Meningococco B
- HPV Papilloma virus
- EpA Epatite A

Lunedì 01 GIUGNO 2015

## Pediatria. 4 bambini su 100 ipertesi già alle elementari

***È quanto emerge da un'indagine del Gruppo di studio della Società italiana di pediatria (Sip). Il sale non è l'unico nemico. Nuove evidenze anche sul ruolo di zuccheri e acido urico. L'aggiornamento delle raccomandazioni sulla prevenzione al 71° Congresso Italiano di Pediatria a Roma dal 4 al 6 giugno.***

L'ipertensione è una delle patologie più frequenti nella seconda infanzia e nell'adolescenza, ma il problema è sottostimato per la scarsa diffusione dell'abitudine di misurare la pressione a bambini e ragazzi. Un'indagine condotta dal Gruppo di Studio per l'Ipertensione Arteriosa della Società italiana di pediatria (Sip) su un campione di 8.300 bambini delle scuole elementari di Monza e di diversi centri della Brianza ha rilevato che il 4% della popolazione pediatrica presenta valori elevati di pressione arteriosa, inoltre la prevalenza di ipertensione risulta molto più alta nei soggetti in eccesso di peso. Il dato è confermato in analoghi screening condotti a livello internazionale.

“Un bambino iperteso sarà molto probabilmente un adulto iperteso, quindi a rischio di patologie cardiovascolari, che oggi rappresentano la prima causa di morte e di spesa sanitaria nei Paesi occidentali – spiega **Giovanni Corsello**, Presidente Sip – la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento dell'ipertensione dovrebbero iniziare in età pediatrica, superando il preconcetto che l'età evolutiva sia esente da questa patologia. Misurazioni sistematiche della pressione durante la visita pediatrica, ma anche nelle scuole, possono evidenziare un numero non trascurabile di bambini con valori elevati e consentire un intervento precoce”.

Sul fronte del trattamento dell'ipertensione arteriosa arrivano alcune novità. Al 71° Congresso italiano di pediatria che si terrà a Roma dal 4 al 6 giugno (congresso congiunto della Sip, della SIMGePeD e dei Gruppi di studio Sip su ipertensione arteriosa ed ecografia pediatrica) sarà infatti presentato l'aggiornamento delle raccomandazioni congiunte della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana della ipertensione arteriosa.

“La principale novità riguarda la relazione tra zuccheri semplici, acido urico e valori pressori – spiega **Marco Giussani**, segretario del Gruppo di Studio di Ipertensione della Società Italiana di Pediatria – gli zuccheri, e specificamente il fruttosio particolarmente contenuto nelle bevande zuccherate, aumentano la concentrazione di acido urico nel sangue, fattore che nei bambini è associato a un maggior rischio di ipertensione. La relazione tra alti valori di acido urico (anche se ancora compresi nell'intervallo considerato normale) e pressione arteriosa è stata infatti dimostrata anche nel bambino in uno studio recentemente pubblicato da un gruppo di ricercatori italiani sulla prestigiosa rivista 'Pediatrics”.

Oltre alla limitazione degli zuccheri, i cardini delle raccomandazioni Sip per la prevenzione e il trattamento della ipertensione arteriosa nell'infanzia rimangono quelli di agire sull'eccesso di peso, aumentare l'attività fisica e ridurre il sale nella dieta. La prevenzione andrebbe rivolta a tutti, ma alcuni bambini sono a maggior rischio: quelli con eccesso di peso, i nati piccoli per l'età gestazionale, chi ha una familiarità per l'ipertensione e i bambini con elevati valori di pressione non confermati in successive rilevazioni. Il trattamento farmacologico non è quasi mai necessario.

Rimane cruciale l'aspetto della “transizione”, cioè il passaggio dell'adolescente iperteso dal pediatra al medico dell'adulto. In questo campo c'è molto lavoro da fare, sia sul versante pediatrico che su quello

dei medici dell'adulto. È necessario aprire dei canali di dialogo e di condivisione delle competenze, a vantaggio dei bambini di oggi che saranno gli adulti e gli anziani di domani.