

Anche la voglia di figli passa attraverso un giusto stile di vita

Antonio Galdo



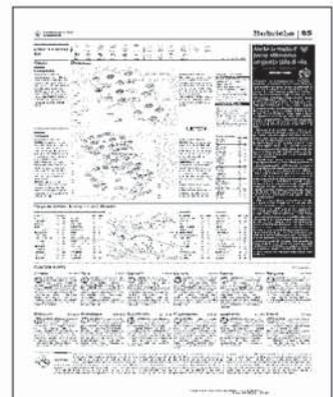
Gli studiosi la chiamano «la crisi degli spermatozoi». E' un fenomeno in forte crescita, specie nelle opulente società occidentali, e si moltiplicano gli studi per decifrarne con rigore le cause: stiamo parlando dell'aumento esponenziale degli uomini che non riescono ad avere figli. Negli ultimi 17 anni, questo è il dato elaborato su scala mondiale, il numero delle cellule riproduttive maschili si è ridotto del 32,2 per cento. Un vero e proprio crollo. Confermato anche in Italia, dove una ricerca compiuta dall'Università degli Studi di Padova su una popolazione campione di duemila persone, ha registrato una diminuzione della fertilità maschile attorno al 30 per cento, con punte più alte per la fascia di età compresa tra i 18 e i 40 anni.

Ma perché gli uomini vedono ridurre così drasticamente la loro capacità di fare figli? Qui le risposte degli scienziati si concentrano sugli stili di vita, su una forma diffusa di spreco della salute, che stanno alterando la produzione degli spermatozoi e la loro qualità riproduttiva. La «Società europea della riproduzione», dopo anni di studi, ha pubblicato una serie di linee-guida per migliorare la fertilità maschile, oggi ormai molto compromessa.

Al primo posto, tra le cause della «crisi degli spermatozoi» c'è un effetto collaterale dell'inquinamento: sotto accusa ci sono i composti chimici della plastica che agiscono sul sistema ormonale maschile e abbassano la produzione di sperma. Poi tocca al cibo. Tutti gli alimenti grassi sono micidiali e dannosi per la fertilità, a partire dalla carne rossa e dall'uso di olio che non sia quello extravergine. Il fumo aumenta i fattori di rischio, per non parlare della marijuana, incidendo in modo negativo sul metabolismo dei testicoli, e anche la vita sedentaria influisce in modo significativo sulla produzione di spermatozoi.

Che cosa possiamo fare per migliorare un quadro così desolante? Premesso che l'aumento dell'infertilità maschile ha fatto in modo che nel 50 per cento delle coppie che non riescono ad avere figli è l'uomo ad avere problemi, l'unica strada per uscire dalla «crisi degli spermatozoi» è quella della prevenzione. E di una revisione degli stili di vita. Serve una buona dieta mediterranea (con un bicchiere di vino rosso e cioccolato fondente con cacao superiore al 70 per cento), l'eliminazione delle sigarette e una costante attività fisica. Un'ultima avvertenza

arriva dalla Gran Bretagna: uno studio pubblicato sul British Journal of Sport Medicine dimostra come gli uomini che guardano troppa televisione hanno circa la metà degli spermatozoi di chi invece pratica, almeno una volta al giorno, un'attività sportiva. A questo punto, se vogliamo figli, siamo tutti avvisati.



IL CASO

Nuova tecnica sperimentata in Belgio, già nati quattordici bambini Duecento euro per avere un figlio la fecondazione diventa low cost

ELENA DUSI

CON trent'anni di esperienza e 5 milioni di bimbi nati, la procreazione assistita ora può forse permettersi di abbattere i costi. Ne è convinto un gruppo di medici della fondazione belga no profit "The walking egg".

SEGUE A PAGINA 21
CON UN'INTERVISTA
DI CATERINA PASOLINI

Duecento euro per avere un bambino in arrivo la fecondazione low cost

In Belgio con questa tecnica già 14 nascite. L'attrezzatura entra in una valigia

(segue dalla prima pagina)

ELENA DUSI

PORTARE una tecnica come la fecondazione in vitro dai 3mila euro medi a trattamento a 200 euro servirà, nella loro visione, a combattere il problema dell'infertilità nei paesi poveri.

Nel mondo, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, 180 milioni di coppie non riescono a soddisfare il desiderio di avere un figlio. Ma oggi quasi due procreazioni assistite su tre avvengono in Europa, Stati Uniti o Canada. Eppure, per portare la tecnica anche nei paesi in via di sviluppo, secondo i medici di The Walking Egg, basterebbe ridurre i farmaci per la stimolazione ovarica somministrati alle donne e limitare le costose cliniche a una semplice stanza di ambulatorio, con un lettino e apparecchiature che

trovano spazio in un trolley.

Jonathan Van Blerkom dell'università del Colorado è l'esperto di fertilità che ha ideato il metodo da 200 euro. «La fecondazione in vitro viene presentata come una procedura complicata. In realtà l'embrione appena formato non ha grandi esigenze». Willem Ombelet, ginecologo dell'università di Hasselt e presidente di The Walking Egg, sta sperimentando la tecnica in una clinica belga, il Genk Institute for Fertility Technology. Secondo lui un laboratorio da 300mila euro può svolgere le funzioni per le quali attualmente si usano cliniche da 2-3 milioni di euro.

Con la tecnica economica sono già nati 14 bambini. Una prima fase del trial iniziato nel 2012 ha coinvolto 35 coppie, 23 delle quali (65,7%) hanno ottenuto un embrione vitale. Le gravidanze iniziate sono

state 7 (30,4%). Il primo bambino "low cost" è nato il 7 novembre 2012: un maschio di 3 chili e mezzo. Quindi, concludono soddisfatti i medici del Genk Institute, spendendo poco si ottengono risultati per nulla inferiori ai laboratori di lusso. Per il test di partenza, come sempre avviene, gli esperti belgesi sono messi nelle condizioni più semplici possibili. E così le donne trattate erano piuttosto giovani (al di sotto dei 36 anni) e con uomini senza problemi di fertilità. I risultati preliminari erano già stati presentati a luglio al congresso di Londra della Società europea di riproduzione ed embriologia.

Uso ridotto di farmaci e strumenti molto comuni sono il segreto per tagliare i costi. Per la stimolazione ormonale si somministrano pillole assai più blande rispetto ai medicinali iniettati normalmente nelle cliniche dei paesi occidentali. L'ovulazione viene seguita con un normale apparecchio a ultrasuoni. La provetta in cui avviene la fecondazione, e dove per due o tre

giorni viene incubato l'embrione, viene mantenuta a pH costante con una sorta di "digestivo": il trucco di cui Van Blerkom va forse più orgoglioso. Un tubicino infatti inietta anidride carbonica nella provetta. E il gas viene ottenuto da una banale reazione chimica fra acido citrico e bicarbonato di sodio, mescolati in una seconda provetta. Nelle cliniche più costose, questo processo è

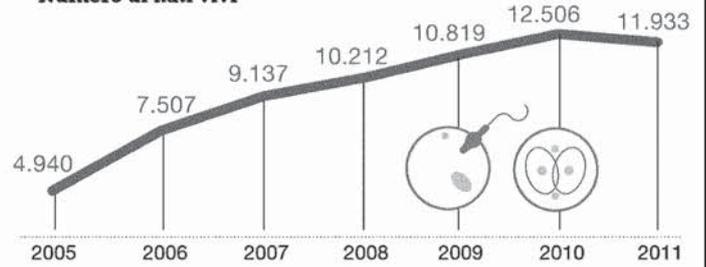
gestito da incubatori, filtri, gas medicali e apparecchi per il monitoraggio delle condizioni chimiche che arrivano a costare alcune decine di migliaia di euro. Per quanto riguarda la scelta dell'embrione da impiantare, le cliniche occidentali hanno un vastissimo (e carissimo) campionario di apparecchi che fotografano, scannerizzano, analizzano l'embrione in ogni dettaglio. Ombelet e Van Blerkom si accontentano invece di un normale microscopio. Dal Belgio, ora sono pronti a partire con il loro laboratorio in valigia alla volta del primo paese africano che vorrà ospitarli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La fecondazione in Italia Coppie che si sono rivolte ai centri



Numero di nati vivi



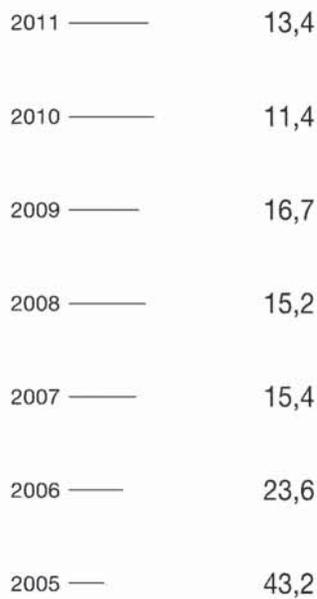
Il nuovo metodo

- 1 La dose di ormoni data alla donna è ridotta. Anziché per iniezione, è somministrata con una pillola
- 2 Solo un embrione alla volta viene impiantato nell'utero, invece di due o tre
- 3 Il risparmio si ottiene nell'incubazione dell'embrione: solitamente vengono impiegati gas medicali, filtri per l'aria e apparecchi complessi
- 4 La nuova tecnica usa solo un tubicino che inietta anidride carbonica nella provetta in cui l'ovulo viene fecondato con lo spermatozoo e si forma l'embrione

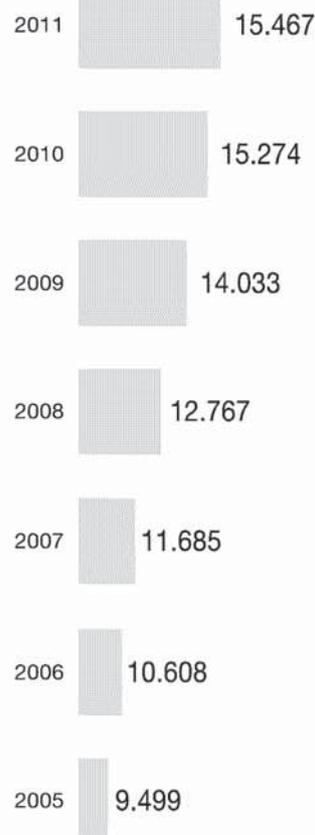


“Un embrione non ha bisogno di troppe cure. Ora andremo nei paesi poveri”

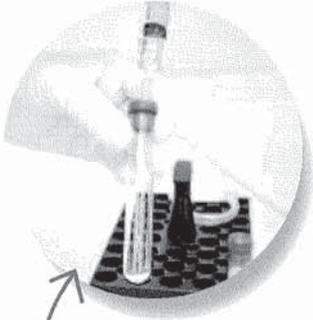
Gravidanze perse dati in %



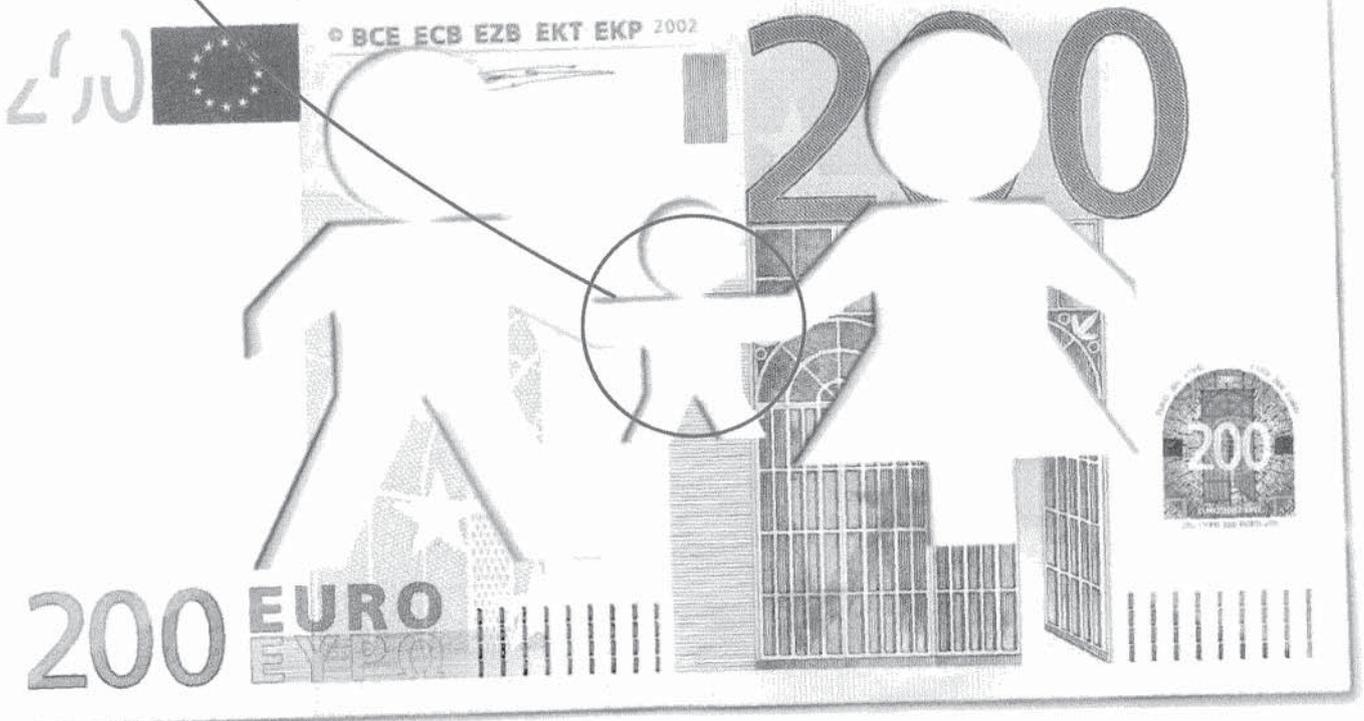
Gravidanze da fecondazione assistita



Fonte: relazione 2013 al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40, ministero della Salute



IL LABORATORIO
Una provetta nel laboratorio belga dove si sta facendo la sperimentazione sulla fecondazione low-cost



Tumori e inquinamento: comincia il monitoraggio

lo studio

Al via a settembre l'indagine conoscitiva in tutto il Paese: si comincia dalla Campania

DA NAPOLI VALERIA CHIANESE

A settembre, e già dalle prime settimane, la Commissione Igiene e Sanità del Senato avvierà le audizioni relative all'indagine conoscitiva su "Inquinamento ambientale ed effetti sull'incidenza dei tumori, delle malformazioni fetoneonatali ed epigenetica" autorizzata dal Presidente del Senato lo scorso 10 giugno. La prima regione a essere monitorata sarà la Campania: gesto simbolico e soprattutto risposta concreta alle accuse di indifferenza e disattenzione rivolte allo Stato sull'emergenza dei roghi tossici e sulla pericolosità di questi per la salute delle persone e per l'ambiente soprattutto nell'ampia area che comprende le province di Napoli e di Caserta, denominata appunto Terra dei Fuochi e dove purtroppo si registra da anni un elevato numero di decessi per cancro nonché di malattie tumorali, come già descritto nel rapporto della Protezione civile del 2007. «La Campania – spiega Lucio Romano, senatore di Scelta Civica e membro della Commissione nonché primo firmatario con il senatore Maurizio Romani dell'indagine conoscitiva – è teatro di conflittuali e drammatiche controversie nel campo dello smaltimento e del trattamento dei rifiuti, anche di quelli industriali, con vari siti di abbandono incontrollato».

Lo studio ha la finalità di documentare la correlazione, comprovata dalla rilevazione di dati epidemiologici o prevedibile da analisi scientifiche, tra inquinamento ambientale, già evidenziato da precedenti indagini parlamentari per specifiche aree in Italia, e incidenza di patologie tumorali e

di altre malformazioni. Un'esigenza di intervento concreto e razionale per cui Lucio Romano si sente doppiamente coinvolto e responsabile, come medico ginecologo e come cattolico impegnato in politica e in quanto tale, annota, «non cerco le prime pagine e le notizie ad effetto, ma di essere efficace e determinate. L'indagine – osserva – parte dall'ineludibile necessità di tutelare il diritto fondamentale alla salute di vaste popolazioni esposte correntemente a inquinanti ambientali tossici, smaltiti a tutt'oggi illecitamente e per lunghi anni in maniera criminale».

Oltre che come monitoraggio, con audizioni e sopralluoghi nei luoghi a maggiore impatto inquinante, lo studio, articolato e vasto, dovrà indicare, attraverso l'analisi epidemiologica e prospettica, tutte le azioni di prevenzione finalizzate alla tutela della salute con un migliore impegno di risorse economico-finanziarie da parte delle istituzioni preposte. Inoltre consentirà una sovrapposizione molto utile e da più parte richiesta tra i dati di inquinamento ambientale, la cosiddetta "cartografia" delle incidenze tumorali e malformazioni fetoneonatali, e gli insediamenti urbani e terreni agricoli, «per cui – precisa Romano – si potranno pensare possibili e successivi sviluppi produttivi no food». In dettaglio, ribadisce, «è auspicabile la correlazione con indicatori di esposizione, la valutazione delle associazioni fra variabilità degli indicatori di salute, cioè mortalità, morbosità, malformazioni congenite, sesso, e quella degli indicatori di contaminazione ambientale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità e la crisi

«Ticket troppo caro prevenzione in calo»

I «nuovi poveri» rinunciano a quella oncologica



Proposta
Il Sumai:
«Esami gratuiti per pazienti che hanno familiarità col cancro»

Marisa La Penna

Dopo l'allarme lanciato dalla Caritas che ha sottolineato la rinuncia forzata dei «nuovi poveri» all'acquisto di farmaci e il ricorso alle strutture di solidarietà per ottenere i medicinali di cui hanno bisogno, ora scendono in campo i sindacati dei medici di famiglia. Per denunciare la massiccia flessione delle visite di prevenzione oncologica dei loro pazienti. Soprattutto tra chi non usufruisce dell'esonero del ticket. Ne parla Giuseppe Tortora, leader nazionale del Sumai di Medicina generale, il sindacato dei medici di famiglia.

«La prevenzione rappresenta un capitolo troppo importante della nostra vita per essere affidata solo alle iniziative di farmacisti o dei medici di famiglia. Abbiamo pazienti che nella loro storia hanno una anamnesi di familiarità col cancro. Per cui li invitiamo a fare accertamenti, talvolta molto costosi. Ebbene sono in tanti che non possono affrontarle con la dovuta serenità la prevenzione per il costo alto del ticket. E rinunciano, mettendo in pericolo la propria salute» rivela Tortora. E aggiunge Saverio Annunziata, dirigente nazionale

dello stesso sindacato: «Sì anche in famiglie di ceto medio, con uno stipendio di 1500 euro mensili la spesa del ticket rappresenta un onere alto. Un ticket per una colonoscopia, per intercettare un cancro all'intestino, costa circa sessanta euro. E per famiglie monoreddito anche sborsare questa cifra rappresenta un problema». Questo significa che, per esempio, se malauguratamente chi ha rinunciato a sottoporsi a un esame di questo tipo scopre in ritardo di avere il cancro, non solo rischia la propria vita. Ma ha un costo altissimo, al servizio sanitario la sua cura. A fronte di sessanta euro «risparmiate» dal paziente si rischiano migliaia e migliaia di euro pagate dalla sanità pubblica. Un ciclo di chemioterapia, come è noto, può costare anche oltre i cinquantamila euro.

«In uno dei recenti incontri in Regione - riprende Tortora - ho sottolineato, come sindacato, che la prevenzione deve essere un problema di rilevanza sociale. E deve essere a totale carico della regione. Ho proposto l'assoluta gratuità».

I rappresentanti del Sumai di medicina generale sottolineano poi l'aumento esponenziale di alcuni tipi di cancro. «Nell'uomo c'è un forte incremento di tumori al colon, alla prostata e al polmone. Nella donna è in crescita il tumore alla mammella. E la cosa che più ci preoccupa è l'abbassamento dell'età media.

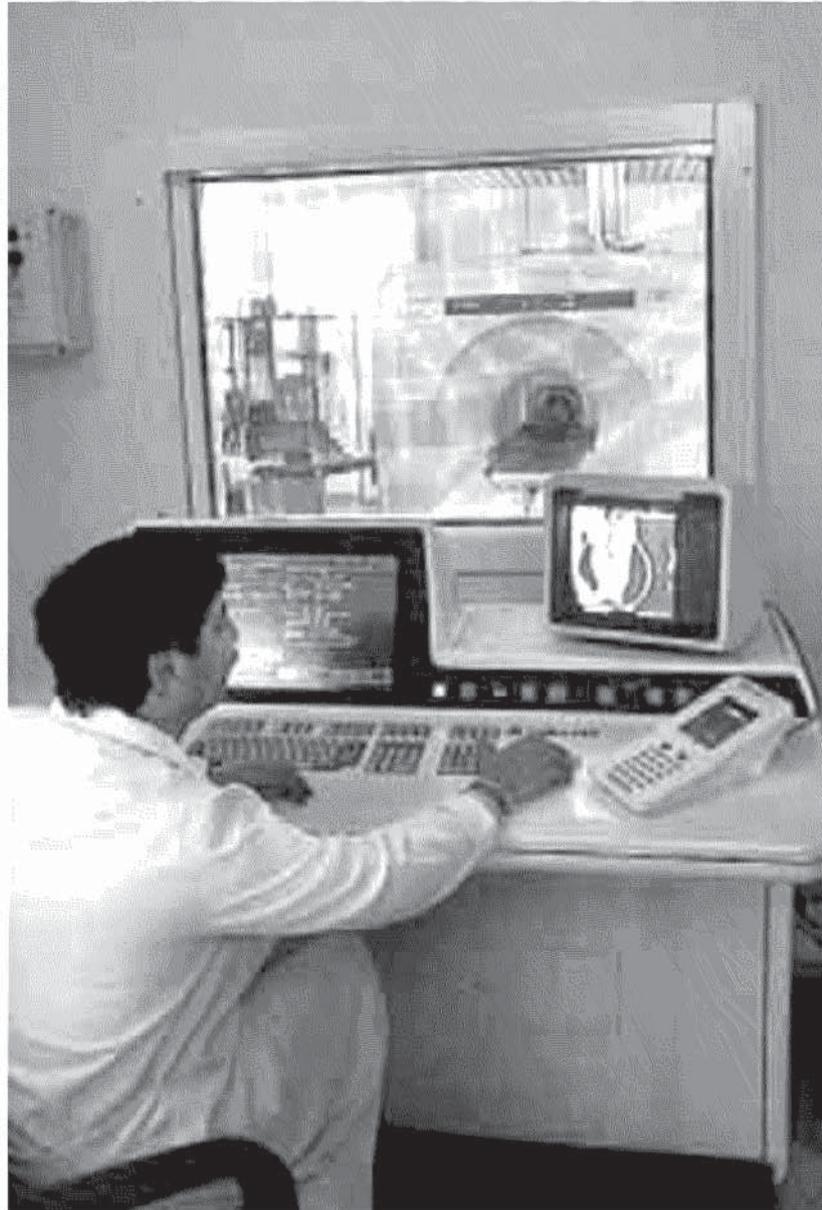
Al Cto, per esempio si è registra-

to il sensibile aumento del tumore al polmone in uomini giovani di 25, 30 anni» rivela Giuseppe Tortora. E aggiunge: «Nelle donne tra i trentacinque e i quaranta anni c'è un aumento di casi di cancro alla mammella. Pertanto lanciamo una proposta: per i pazienti a rischio vengano coinvolte unità che vedano partecipi medici di famiglia, che arruolano i pazienti a rischio, specialisti oncologi e radiologi. E attraverso le strutture pubbliche si effettuino screening gratuiti».

«La prevenzione vuol dire risparmio. Un ammalato di tumore costa decine di migliaia di euro alla collettività» dice Saverio Annunziata. E conclude: «Ho pazienti che effettuano chemioterapie in ospedale il cui costo, per ciclo, varia dai cinque ai cinquantamila euro. È un costo sociale che si evita se si fa la prevenzione».

Se prima le difficoltà economiche colpivano le famiglie costringendole a fare a meno di alimenti, di vestiario e di generi di consumo, oggi, dunque, è in difficoltà anche la capacità di procurarsi le medicine. Nell'arco di sette anni, dal 2006 al 2013, il numero di chi si trova in questa situazione ha sfiorato il raddoppio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Risorse

A causa del ticket molto caro sono in tanti a rinunciare alla prevenzione oncologica. Il sindacato dei medici di famiglia propone esami gratuiti per soggetti a rischio. A lato, Annunziata in basso, Tortora

La denuncia

Del Barone: studi presi d'assalto, rivedere le norme

File negli studi, telefonate a qualsiasi ora del giorno e della notte, nemmeno un giorno di tregua. Lo Smi, il sindacato dei medici italiani parla di «un agosto rovente e di medici di famiglia presi letteralmente d'assalto dagli assistiti che chiedono "prestazioni h24", vale a dire ventiquattro ore su ventiquattro». «Tutta colpa di un passaggio del

nuovo accordo regionale di Medicina generale in Campania che è stato strumentalmente male interpretato e propagandato» dichiara il presidente nazionale del Sindacato medici italiani, Giuseppe Del Barone. E riprende: «L'h24 è una farsa, non si può inserire in un accordo regionale e da qui è nato l'equivoco».

Al tavolo dedicato all'accordo hanno partecipato in rappresentanza dello Smi Salvatore Marotta, Luigi De Lucia e Antonio Pacelli. La norma - spiega Del Barone - deve essere contenuta in una convenzione nazionale che al momento non c'è. Inoltre non ci sono soldi. Siamo una regione in piano di rientro e l'h24 costa.

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 24 AGOSTO 2013

Il Codice deontologico dei medici e le professioni secondo l'Istat. Il cambiamento che non c'è

Ambedue i lavori, ben commentati nelle lettere di [Delzotti](#) e [Barbero](#), non colgono il significato di fondo dei cambiamenti in atto. Non viene infatti chiarito né quale deontologia né quali ruoli professionali sono più indicati a governare il conflitto in atto tra domanda di salute, limiti economici e professionalità

Due lettere al direttore hanno posto con puntualità due questioni che meriterebbero una discussione approfondita: la prima è di B. Delzotti sul "codice deontologico" dei medici, la seconda di F. Barbero sulla "classificazione delle professioni" decisa dall'Istat. Questioni apparentemente molto diverse ma che non solo sono comunicanti, perché i comportamenti professionali danno luogo a ruoli, ma pongono entrambe un problema comune di fondo:

- relativamente ai cambiamenti che da quasi mezzo secolo impattano in sanità e in medicina sui tradizionali rapporti tra società scienza economia, quale deontologia,
- come classificare i comportamenti professionali deontologicamente ridefiniti in ruoli?

Il problema comune è:

- a quale "genere" appartengono i comportamenti professionali normati con delle etiche deontologiche
- a quale "genere" appartengono i ruoli classificati con dei criteri operativi.

L'istat per un verso e il codice deontologico dei medici per un altro rispondono in modo contraddittorio senza cogliere il senso e il significato di fondo dei cambiamenti in atto. Tali cambiamenti sui quali si è scritto molto e che grosso modo sono riassumibili nell'espressione "post modernità", nei confronti delle professioni medico-sanitarie, si caratterizzano come un *conflitto* profondo tra una nuova domanda di salute, forti limiti economici e una tradizionale e declinante offerta di professionalità. Per cui il quesito vero al quale tanto le deontologie che le classificazioni dovrebbero rispondere è: quale deontologia e quali ruoli professionali sono più indicati a governare questo conflitto? Cioè quali professioni? Dando per scontato che quelle tradizionali vanno comunque ripensate.

L'idea del "conflitto", come chiave di lettura della post-modernità, non è altro che un espediente per introdurre nell'analisi un grado in più di complessità. Oggi le professioni hanno a che fare con una complessità superiore rispetto a quella della società precedente nella quale operavano perché da forme di relazioni una volta complementari, tra etica scienza economia, si è passati, ob torto collo, a forme di relazioni opposizionali. La complessità con la quale tanto i codici che le classificazioni si devono confrontare, è tutta qua. Le professioni quali combinazioni di conoscenze, pratiche e deontologie si trovano in mezzo tra etiche sociali che cambiano, scienza che evolve e forti condizionamenti economici per cui sarebbero "costrette" quanto meno ad adeguarsi.

A giudicare dalle obiezioni, che personalmente condivido, contenute nelle due lettere, la prima cosa che si capisce è che questo adeguamento evolutivo non c'è per cui tanto la deontologia medica, che la classificazione Istat, sembrano ignorare del tutto i problemi di fondo da cui bisognerebbe partire.

Cioè nelle premesse delle loro proposte manca del tutto l'analisi sulla post modernità, con il risultato che le proposte che emergono alla fine risultano meri aggiornamenti di una invarianza normativa di fondo con l'aggiunta di non secondarie contraddizioni. E già questo è un grosso problema perché espone le professioni al rischio, che più volte ho definito, della "regressività", cioè dell'inadeguatezza nei confronti di ciò che cambia.

La seconda cosa che si capisce è che gli aggiornamenti per esempio deontologici, cercano di adattare la figura tradizionale del medico al conflitto etica scienza economia che lo sta devastando, ma senza cercare di risolverlo. Le obiezioni di Delzotti mi sembrano molto pertinenti nel senso che la tendenza è quella di concepire un aggiornamento del medico in senso compatibilista soprattutto con le esigenze dell'economia anziché cimentarsi con la definizione compossibilista cioè con un nuovo "genere" di medico in grado di rendere compossibili tanto l'etica quanto la scienza che l'economia.

Per quanto riguarda le classificazioni professionali le osservazioni di Barbero mettono ben in evidenza le forti contraddizioni della classificazione Istat. Resta una classificazione tradizionale per compiti e/o competenze nel momento in cui proprio la post modernità mette in crisi l'idea burocratica di "compito" creando non marginali conflitti inter professionali, a fronte di un sistema formativo squilibrato che nel caso dei medici è fortemente in ritardo e nel caso degli infermieri ha comunque cambiato la loro identità professionale.

Viene così sancita una differenza certamente innegabile ma in un modo vecchio cioè senza tenere conto che il professionalismo degli infermieri almeno sulla carta è profondamente cambiato. Oggi si dovrebbero classificare senza appiattare le diversità tra professioni perché non sono indiscernibili ma sulla base di nuove differenze e nuovi generi. L'Istat ci propone una vecchia distinzione tra *specialismo* e *professionalismo* che francamente appare come un rottame di altri tempi. Oltre tutto si tratta di due nozioni che pur con delle aporie codefiniscono in forma diversa tanto il medico che l'infermiere, per cui si tratta di capire come diversificarli senza negare le loro intrinseche complessità. Non so se Barbero pensa che le contraddizioni che lui ha rilevato si possano rimuovere con un ruolo unico fatto da professioni intellettuali perché laureate, spero di no, perché sarebbe una soluzione formale sbagliata, che causerebbe conflitti ma soprattutto che non coglierebbe le diverse complessità in gioco.

Le soluzioni non sono negli appiattimenti formali ma nelle diversificazioni sostanziali per cui oggi serve ripensare sull'esempio di Linneo i generi e le specie di professioni, e se le tassonomie delle classificazioni sono inadeguate si cambiano le tassonomie. Non si può restare prigionieri come l'Istat della contrapposizione tra specialismo e professionalismo. Oggi tanto il medico che l'infermiere in modo profondamente diverso non sono solo professioni specialistiche o tecniche, ma qualcosa di più e di nuovo.

Concludendo a me pare che le due lettere ci dicono che tra post modernità deontologia e classificazione delle professioni esistono parecchie incongruità per cui esse introducono la questione di una rifondazione tanto delle prime che delle seconde.

Per me una strada possibile resta quella di ripensare, ancor prima dell'atto professionale o compito o competenza, tanto l'agente deontologico che quello professionale. Credere come pensano alcuni burocrati del ministero della Salute che si possano ridefinire i comportamenti professionali giocando sui compiti a "agenti" invariati è un finto riformismo e non ci porterà che conflitti.

Del resto come è possibile tradurre la post modernità in deontologie e ruoli professionali se non ripensando l'agente, sia esso medico o infermiere, cioè colui dal quale dipendono tanto i comportamenti deontologici che quelli professionali? L'epoca del *compito* è finita mentre sta prendendo piede quella dell'*impegno*. Non si tratta più di definire declaratorie, mansionari, profili a prescindere dall'agente ma di definire condizioni di autonomia e responsabilità dell'agente in funzione degli obiettivi che gli competono. Come si definiscono gli impegni? Una volta che si è risposto a questa domanda bisogna dire quale deontologia e come classificarli. Questo è il problema che un vero riformismo dovrà affrontare.

Ivan Cavicchi

stampa | chiudi

EDITORIALE SU «SCIENCE»

«L'indice di massa corporea? Inganna»

Non riflette la proporzione tra muscoli e tessuto grasso nel corpo, e non tiene conto del genere e delle differenze di razza

MILANO - Dopo quasi due secoli di onorato servizio l'indice di massa corporea, la formula matematica più compulsata da uomini e donne di tutto il mondo, inventata nell'800 dal matematico belga Adolphe Quetelet, potrebbe andare presto in pensione. A chiederlo è un editoriale pubblicato da *Science*, che dimostra sulla base di alcune ricerche recenti come in molti casi il famoso Bmi da solo non sia in grado di determinare lo stato di salute di una persona. A evidenziare come l'indice possa far prendere degli abbagli sono stati soprattutto due studi, uno del 2011 e uno pubblicato quest'anno, del Cdc di Atlanta, che hanno verificato come le persone che in base al Bmi sarebbero considerate sovrappeso, che lo hanno cioè tra 25 e 30, in realtà tendono a vivere di più rispetto a quelle che ricadono nel range considerato normale. Altre ricerche hanno invece evidenziato che l'attività fisica abbassa la mortalità indipendentemente dall'indice di massa corporea, e quindi persone che lo hanno più alto potrebbero essere a minor rischio rispetto ai magri.

I LIMITI - «L'indice - scrivono Rexford Ahima e Mitchell Lazar dell'università della Pennsylvania - non riflette accuratamente la proporzione tra muscoli e tessuto grasso nel corpo, e non tiene conto del genere e delle differenze di razza tra le persone. Inoltre l'accumulo di grassi in alcune aree del corpo sembra dannoso, mentre in altre appare poco pericoloso». Anche chi ha un indice normale, sottolineano gli autori, non può stare tranquillo, perché in realtà un Bmi basso può nascondere uno status nutrizionale povero, in cui il corpo non riesce a metabolizzare correttamente alcune sostanze. Secondo alcune stime il 24% degli americani che hanno un Bmi corretto presentano in realtà dei profili metabolici sballati, con problemi che vanno dalla resistenza all'insulina all'eccesso di colesterolo. Dall'altra parte metà dei sovrappeso invece ha profili normali dal punto di vista del metabolismo.

PROPOSTE - «È chiaro - scrivono gli autori - che c'è un bisogno urgente di mezzi accurati e pratici per misurare la composizione del corpo e il livello degli ormoni per individuare l'obesità e predire il rischio di morte». Tra le proposte per un nuovo Bmi c'è quella di utilizzare il cosiddetto Absi (*A Body Shape Index*) che tiene conto anche della circonferenza della vita, dove si annida il grasso più cattivo. «Ma anche altri parametri - aggiunge l'editoriale - come la misura dei cosiddetti ormoni dell'adipe, miocchine e citochine, potrebbero servire a predire il rischio associato a obesità e sindrome metabolica».

(Fonte: Ansa)

stampa | chiudi

STUDIO DELL'ISTITUTO DI RICERCA IN BIOMEDICINA DI BELLINZONA

L'anticorpo «jolly» che combatte quattro virus

MPE8 può neutralizzare il virus respiratorio sinciziale e il metapneumovirus, che causano malattie respiratorie

MILANO - Funziona come un jolly perché da solo riesce a colpire quattro bersagli diversi: è un anticorpo nato in laboratorio e capace di aggredire virus comuni e all'origine di malattie respiratorie diffuse, dal comune raffreddore alla bronchiolite che colpisce i neonati, all'asma. Indicato con la sigla MPE8, neutralizza quattro virus di specie diverse: i primi due, il virus respiratorio sinciziale (Rsv) e il metapneumovirus (Mpv), causano nell'uomo gravi infezioni delle basse vie respiratorie; gli altri aggrediscono invece gli animali e sono il virus sinciziale dei bovini (Bsv) e quello della polmonite dei topi (Pvm). Lo studio, pubblicato sulla rivista *PLoS ONE*, è stato realizzato in Svizzera da un gruppo di ricerca coordinato da Antonio Lanzavecchia, che in passato aveva messo a punto un anticorpo jolly contro l'influenza.

VACCINO - Avere a disposizione l'anticorpo MPE8 potrebbe essere il primo passo per mettere a punto un vaccino. Questo perché l'anticorpo si lega a una struttura molto ben conservata, comune ai quattro virus. Questa struttura potrebbe diventare il bersaglio di un futuro vaccino ed essere così una sorta di tallone d'Achille del virus. «MPE8 riconosce, sulla proteina di fusione virale, un sito che è conservato nei diversi virus. Speriamo di riuscire a utilizzare questa informazione per sviluppare un nuovo vaccino efficace contro il virus respiratorio sinciziale (Rsv) e il metapneumovirus (Mpv)», osserva Davide Corti, direttore del team che ha scoperto l'anticorpo e primo autore dello studio. «Siamo già al lavoro in questa direzione, ma la strada che abbiamo davanti è molto difficile» aggiunge Lanzavecchia, direttore dell'Istituto di Ricerca in Biomedicina di Bellinzona (Svizzera) e professore di immunologia umana al Politecnico Federale di Zurigo, in questi giorni ospite del 15° congresso internazionale di Immunologia a Milano. Tra un anno potrebbero essere disponibili i primi dati sugli esperimenti, ma per trasferire queste conoscenze all'uomo sarà necessario molto tempo.

LE TERAPIE - Le infezioni da Rsv o Mpv possono essere letali nei neonati e nei pazienti immunosoppressi che hanno ricevuto un trapianto di cellule staminali del sangue oppure un trapianto di polmone, situazioni cliniche in cui la mortalità arriva fino al 40%. Attualmente per la profilassi delle infezioni da Rsv nei neonati si utilizza un anticorpo monoclonale umanizzato (palivizumab), che però non è efficace quando somministrato a pazienti già infetti. Non esistono invece anticorpi in grado di prevenire un'infezione da Mpv e non sono disponibili vaccini contro Rsv o Mpv. «Avendo a disposizione un modello fisiologico di infezione in animali da esperimento abbiamo potuto dimostrare che l'anticorpo MPE8 possiede attività non solo profilattica ma anche terapeutica di gran lunga superiore a quella della ribavirina, che è attualmente il solo farmaco disponibile per il trattamento di queste gravi infezioni virali» spiega Corti.

COSTI ALTISSIMI - «È uno studio interessante - conferma Fabrizio Pregliasco, ricercatore virologo del Dipartimento di Scienze biomediche per la salute dell'Università di Studi di Milano -, anche perché il virus respiratorio sinciziale e il metapneumovirus sono tanto diffusi quanto sconosciuti. L'Mpv è stato scoperto solo tre anni fa. Sono virus cattivi, che hanno sintomi simili a quelli influenzali, per cui a volte vengono confusi con una "brutta influenza", mentre nel neonato l'Rsv può causare la bronchiolite che può essere addirittura letale ed è attualmente trattata con l'anticorpo palivizumab, che ha però un effetto più preventivo, mentre MPE8 sembra promettente anche come trattamento. Palivizumab viene somministrato per esempio ai prematuri, ma bisogna considerare che queste terapie hanno costi altissimi. Un ciclo annuale può costare 4 o 5mila euro: per questo bisogna valutare costi e benefici di questi farmaci, casi per caso. Per quanto riguarda il nuovo anticorpo MPE8, bisogna ora aspettare il trial clinico per valutare la praticabilità nell'uomo e gli eventuali eventi avversi. Ma direi che è promettente anche da questo punto di vista, perché di solito gli anticorpi non danno grandi problemi». Secondo Pregliasco, c'è un altro aspetto interessante nello studio svizzero: «La scoperta della proteina di fusione, possibile bersaglio di un vaccino, mi sembra aprire prospettive importanti».

SOCIETÀ BIOTECH - MPE8 è stato prodotto dalla Humabs BioMed, società biotech privata svizzera costituita come spin-off dell'Istituto di Ricerca in Biomedicina di Bellinzona, a sua volta affiliato all'Università della Svizzera Italiana. Lo studio, cui hanno partecipato anche ricercatori del Policlinico San Matteo IRCCS di Pavia, e dell'Università di Losanna, è stato finanziato in parte dal Fondo Nazionale Svizzero per la ricerca scientifica e dal Consiglio Europeo della Ricerca.

Laura Cuppini
stampa | chiudi

SALUTE. Un'indagine della Società italiana di gerontologia e geriatria, in collaborazione con Datanalysis

Medicinali, un anziano su due li assume in modo sbagliato

Uno dei bisogni più avvertiti nella terza età, secondo quanto emerge dallo studio, è avere a disposizione farmaci semplici da riconoscere

Lisa Cesco

Scatole colorate, grafica accattivante, forme innovative dal design sofisticato: anche le confezioni dei farmaci sono diventate un settore in continua evoluzione, che tuttavia non sembra aver risolto il problema degli errori nell'assunzione dei medicinali. A farne le spese sono soprattutto gli anziani, alle prese con packaging poco adatti alle loro ridotte capacità visive e manuali.

A Brescia come nel resto d'Italia un anziano su due - pari a tre milioni di over 75 su tutta la penisola - sbaglia dosi e terapie per colpa di scatole, gocce e blister. E' quanto emerge da un'indagine della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria-Sigg (in collaborazione con Datanalysis), che ha coinvolto un campione di 1500 persone con più di 75 anni nelle diverse zone d'Italia.

A rendere difficile la vita agli anziani sono confezioni spes-

so simili per forma e colore, gocce difficili da contare, nomi dei farmaci quasi uguali, pastiglie piccole che si possono confondere facilmente fra loro, foglietti illustrativi difficili da capire, blister con troppe pillole, spesso non numerate. E se si pensa che più di un anziano su quattro vive da solo (fra le donne la percentuale di chi abita sola si alza addirittura al 38 per cento), si comprende come la difficoltà nella gestione domestica delle terapie sia all'ordine del giorno.

«L'assunzione dei farmaci è qualcosa di oggettivamente complicato, soprattutto per gli anziani, molti dei quali devono prendere ogni giorno più di cinque medicinali», conferma Renzo Rozzini, direttore del Dipartimento di Medicina e Geriatria della Fondazione Poliambulanza. Uno dei bisogni più avvertiti dagli anziani intervistati dalla Sigg è avere a disposizione medicinali semplici da riconoscere, in confezioni facili da manipola-

re, con nomi chiari e foglietti illustrativi che non diano adito a dubbi: diversamente il rischio è di fare confusione, arrivando a un utilizzo inappropriato dei medicinali o un loro sovradosaggio, che può portare a effetti collaterali indesiderati o esporre a pericoli.

NON A CASO gli eventi avversi farmacologici rappresentano l'11 per cento delle cause di accesso in Pronto soccorso per gli over 65, mentre scendono al 4 per cento nella popolazione totale: a riprova che è piuttosto frequente fra gli anziani una non corretta «adesione» alle terapie.

«Il tema dell'assunzione di farmaci negli anziani ha due risvolti: da un lato la maggior parte delle terapie per gli anziani sono di tipo cronico, quindi le medicine da assumere sono sempre le stesse, e questo riduce il rischio di errori - spiega Rozzini -. Dall'altro lato, però, il panorama si è complicato con i farmaci generici, che cambiano packaging, colo-

re delle pillole, tipologie (capsule o compresse) a seconda del produttore, e possono creare qualche difficoltà in più, soprattutto in questa fase di transizione dai farmaci di marca a quelli generici».

Sarà anche per questo che, come dimostra l'indagine della Società di Gerontologia e Geriatria, c'è una scarsa abitudine fra gli anziani ad acquistare i farmaci generici, che peraltro consentirebbero un maggiore risparmio rispetto a quelli «griffati».

A COMPLICARE le cose, infine, ci si mettono anche i medici ospedalieri o gli specialisti che spesso, durante il ricovero dell'anziano in ospedale, gli cambiano il farmaco cui era abituato, sostituendolo con una diversa formulazione. «Una scelta che avviene troppo di frequente e non sempre con una effettiva necessità - avverte il primario -, e che ha come conseguenza quella di "scombussolare" ulteriormente l'anziano una volta tornato a casa con il nuovo medicinale». ●

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le confezioni spesso sono simili per forma e colore, le gocce difficili da contare, i nomi poco differenti

Renzo Rozzini: «Troppi cambi in ospedale e non sempre per una effettiva necessità»





Dagli Usa la moda delle gambe magrissime, allerta medici francesi

Su web post e foto ma il rischio è l'anoressia

23 agosto, 16:05



Dagli Usa spopola anche in Francia il 'thigh gap', la pericolosa moda, sempre più diffusa tra le adolescenti, di avere gambe così magre da creare un grande spazio tra le cosce quando si sta in posizione eretta a piedi uniti. Preoccupazione tra i medici transalpini sui rischi per la salute nel rincorrere una magrezza eccessiva, che possono sfociare nell'anoressia. Da twitter ai forum di discussione, foto, video e messaggi inneggiano al nuovo ideale di bellezza femminile, il cosiddetto 'spazio tra le cosce', e alle strategie per ottenerlo, dal digiuno forzato (accontentandosi di bere tanta acqua) all'attività fisica sostenuta, in una competizione continua tra le adepti al giro gamba più fine.

"Ho recentemente visitato una ragazza alta 1,60 metri che pesava 38 chilogrammi e che era angosciata dal fatto che le sue cosce si toccavano", osserva uno psichiatra parigino. Questo tratto fisico si accentua con l'adolescenza e tende a attenuarsi in età adulta ma non c'è una regola scientifica, tutto dipende dalla morfologia della persona: in pratica, che una persona sia grassa o magra più il suo bacino è largo più lo spazio tra le cosce si disegnerà naturalmente. "Se il thigh gap è troppo marcato, significa che la giovane sta perdendo massa muscolare e sta mettendo in pericolo la sua salute", sostiene la nutrizionista Fanny Nouet mentre per la specialista dei comportamenti alimentari, Veronique de Saint Front, "questo criterio è stigmatizzante sia per le donne magre che per le più robuste". E aggiunge: "Pubblicare su internet questo genere di foto è un modo per entrare in competizione e sentirsi valorizzate".