

ALTRI ARTICOLI DI
Contracezioni

Pillola 5 giorni dopo, anche l'Italia ha deciso: obbligo di ricetta solo per le minorenni



Pillola dei 5 giorni dopo, "prescrizione medica resti obbligatoria"

Diritto all'aborto, il 9 vota l'Europarlamento. Appello ginecologi a centrosinistra: "Non..."



Pillola 5 giorni dopo, Italia verso obbligo ricetta solo per minorenni

Sei in: [Repubblica](#) > [Salute](#) > [Benessere Donna](#) > [Contracezione](#) > [Pillola 5 giorni dopo, anche l'Italia ...](#)

Pillola 5 giorni dopo, anche l'Italia ha deciso: obbligo di ricetta solo per le minorenni

L'anticoncezionale orale potrà essere richiesto in farmacia con il solo requisito della maggiore età e senza più test di gravidanza. L'Aifa ha adottato una linea parzialmente diversa da quella 'liberista' dell'Agenzia europea del farmaco ma ha ignorato il parere del Consiglio superiore di sanità che suggeriva la prescrizione obbligatoria generalizzata. Pabi: "Nostra posizione è più moderna di quella dell'Emma"

di MICHELE BOCCI



ROMA - Niente ricetta per la pillola dei cinque giorni dopo, tranne che per le minorenni. Le altre potranno ottenere il farmaco orale che impedisce l'inizio della gravidanza dopo un rapporto a rischio semplicemente richiedendolo in farmacia. Lo ha deciso la commissione tecnico scientifica dell'Aifa che ha approvato, per l'Italia, una disposizione che si discosta parzialmente dalle indicazioni dell'Agenzia europea del farmaco e del tutto dal parere espresso dal Consiglio superiore di sanità.

Scompare inoltre l'obbligo di eseguire il test di gravidanza per poter richiedere la pillola. "Il farmaco non ha grandi problematiche - ha detto il direttore dell'Aifa, Luca Pani dopo aver partecipato via teleconferenza alla riunione della Cts perché si trova negli Usa - ma sull'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti per garantirne la sicurezza. Per tutelare le più giovani e visto che in Italia esiste la possibilità di prescrivere la pillola in ogni momento in ospedali e consultori, è stato deciso di lasciare il limite". A parere di Pani, quella dell'Aifa è "una decisione ancora più moderna di quella dell'Emma".

A battersi per l'obbligo generalizzato di ricetta erano stati [soprattutto i medici cattolici](#) che avevano parlato di "aborto mascherato", ma anche il Consiglio superiore di sanità, richiesto di parere dal [ministro della Salute, beatrice Lorenzin](#), proprio paventando rischi legati a un possibile abuso del farmaco, [si era espresso a favore della prescrizione obbligatoria per tutte](#), a prescindere dall'età. Ma per l'Aifa sarebbe stato difficile adottare una decisione opposta a quella dell'Autorità europea. Lo stesso Pani lo sapeva bene, tanto che già alcune settimane fa aveva aperto alla soluzione della ricetta solo per le minorenni e la Commissione tecnico scientifica (Cts) dell'Aifa già a gennaio aveva dato un primo parere in linea con quello preso oggi pomeriggio.

La EllaOne, nome commerciale con cui è venduto il principio attivo ulipristal acetato, è già entrata anni fa in commercio nel nostro paese. Permette di impedire la gravidanza anche cinque giorni dopo il rapporto, cioè per un periodo più lungo rispetto alla cosiddetta pillola del giorno dopo. Nel nostro Paese, sempre in imbarazzo quando si tratta di anticoncezionali, fino ad ora viene prescritta solo se c'è un test di gravidanza. Questo esame è stato escluso con la decisione dell'Aifa di oggi, che anche in questo caso ha seguito l'indicazione di Emma. L'unica differenza con l'Europa - ma non con la Germania che ha deciso un provvedimento simile all'Italia - è che da noi le minorenni devono avere la prescrizione del medico.

"Sulla pillola dei 5 giorni dopo l'Italia si allinea all'Europa - ha commentato Laura Garavini, deputata del Pd - . "La decisione dell'Aifa di non richiedere più test di gravidanza per l'acquisto della pillola dei 5 giorni - aggiunge - è un successo per le donne italiane che vengono finalmente trattate come tutte le altre donne in Europa. Anche per le donne in Italia valgono finalmente standard europei. Mi auguro che il ministro Lorenzin non procrastini ulteriormente i tempi e confermi la scelta politica di allinearsi all'Europa seguendo le indicazioni suggerite dall'Aifa".

TAG [pillola dei 5 giorni dopo](#), [contraccezione](#), [Aifa](#), [Emma](#), [Agenzia italiana del farmaco](#), [luca pani](#)

(25 marzo 2015)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la Repubblica  KASPERKY#1

3 mesi a soli 19,99€

di notizie e sicurezza internet su tutti i tuoi dispositivi

[SCOPRI ORA](#)

I più letti

tvzap  la social TV  Seguici su

STASERA IN TV

Rai 1 21:15 - 23:10
Velvet - Stagione 2 - Ep. 2

Rai 2 21:10 - 00:00  72/100
The Voice of Italy - Stagione 3 - Ep. 5

5 21:10 - 23:40
Jack Reacher - La prova decisiva

 21:10 - 23:05
Matrimonio alle Bahamas

[Guida Tv completa >](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

 **1. Isola dei famosi**
 86/100

[ilmiolibro](#) [ebook](#)

L'Aifa: obbligo solo per le minori

La pillola dei 5 giorni dopo senza ricetta

Niente ricetta per la pillola dei 5 giorni dopo, tranne che per le minorenni. Lo ha deciso la Commissione tecnico scientifica dell'Aifa che ha approvato, per l'Italia, l'attesa disposizione che si discosta solo parzialmente dalle indicazioni dell'Agenzia europea del farmaco. Scompare anche l'obbligo di eseguire il test di gravidanza, fino ad ora obbligatorio nel nostro Paese. «Il farmaco non ha grandi problematiche - ha spiegato il direttore dell'Aifa Luca Pani - ma sull'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti». Anche altri Paesi, come la Germania, hanno lasciato questo obbligo. Solo lo scorso 10 marzo il Consiglio Superiore di Sanità aveva espresso un parere con queste indicazioni: prescrizione obbligatoria per le donne di tutte le età e test prima della prescrizione solo nel caso ci sia il sospetto di una gravidanza in corso. La pillola dei 5 giorni dopo è un anticoncezionale a base di ulipristal acetato.



L'Agenzia del farmaco

Pillola dei 5 giorni dopo, ricetta solo per le minori

Niente ricetta per la pillola dei 5 giorni dopo, tranne che per le minorenni. Lo ha deciso la commissione tecnico scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) che, dopo polemiche (in un primo tempo si parlava di prescrizione per tutti), ha approvato per l'Italia una disposizione che si discosta solo parzialmente dalle indicazioni dell'Agenzia europea del farmaco (Ema) che non prevedono ricetta per la pillola dei 5 giorni dopo. Scompare, poi, l'obbligo di eseguire il test di gravidanza. Così l'Italia si allinea all'Europa. Fermo restando l'obbligo di ricetta per le minori, in un'ottica di pura tutela della salute. Il farmaco infatti è sicuro, ma si sa ancora poco di quanto lo sia in caso di uso ripetuto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO/ LA DECISIONE DELL'AIFA

Pillola dei 5 giorni dopo ricetta solo per i minori

È stata rispettata
l'indicazione
dell'agenzia europea
del farmaco

MICHELE BOCCI

ROMA. Basterà andare in farmacia, chiedere il medicinale e pagarlo. Solo le minorenni avranno bisogno della ricetta per ottenere EllaOne, la pillola dei 5 giorni dopo, farmaco anticoncezionale a base di ulipristal acetato che evita la gravidanza se questa non è ancora iniziata. La commissione tecnico scientifica di Aifa ieri ha preso una decisione rivoluzionaria per il nostro Paese. È stata quasi completamente rispettata l'indicazione di Ema, l'agenzia del farmaco europea, che aveva escluso la prescrizione.

Non era scontato che l'Italia si accodasse agli altri Stati, visto che una decina di giorni fa il Consiglio superiore di sanità, coinvolto dal ministro **Beatrice Lorenzin**, aveva dato un parere opposto, ritenendo che la ricetta fosse necessaria sempre, come per la pillola del giorno dopo. Una posizione di retroguardia (col solo voto contrario di Silvio Garattini) che l'Aifa, organo tecnico strettamente collegato ad Ema, non poteva fare sua. Così ieri si è deciso di lasciare la prescrizione solo per le minorenni e di togliere il test di gravidanza per chi richiede la pillola. «Il farmaco non ha grandi problematiche — dice il direttore Aifa Luca Pani — ma nell'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti per garantirne la sicurezza. Per tutelare le più giovani è stato deciso di lasciare questo limite. Una decisione ancora più moderna di quella dell'Ema». Ora esploderanno le polemiche, ma l'Aifa è sovrana in questa maniera e si può tornare indietro in un modo solo: con una legge.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Pillola dei 5 giorni, la ricetta solo per le minori»

Coraggiosi, ma a metà. L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha fatto un passo avanti e due indietro nella gestione in Italia della «pillola dei 5 giorni», il farmaco catalogato come "contraccettivo d'emergenza" ma sul quale grava il (documentato) dubbio che possa avere anche effetti abortivi. Un capo d'imputazione che trova fondamento in un filone della letteratura scientifica e contro il quale si sono mossi con determinazione l'EmA (l'autorità di farmacovigilanza europea, omologa dell'Aifa) e l'azienda produttrice, la francese Hra Pharma. All'ingiunzione dell'EmA di modificare l'attuale disciplina togliendo l'obbligo di ricetta medica e di test negativo di gravidanza e declassando la pillola dei 5 giorni al rango di farmaco da banco, come un

*La decisione dell'Agenzia del farmaco contraddice il parere del Consiglio superiore di sanità
 Sparisce il test di gravidanza*

collutorio o un callifugo, l'Aifa ha opposto un mezzo rifiuto: la prescrizione resta, ma solo per le minorenni. E l'esame di gravidanza sparisce. Notato che anche chi aveva spinto per la rimozione completa della ricetta trova ora saggia la scelta dell'Aifa - che dovrà comunque essere ratificata dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin -, va sottolineato che almeno sono state ascoltate le voci preoccupate di chi teme un uso irresponsabile di un farmaco a elevata concentrazione ormonale e somigliante nel suo meccanismo

d'azione alla pillola abortiva Ru486. Per il direttore dell'Aifa Luca Pani la pillola dei 5 giorni, che ha l'effetto di impedire o fermare una gravidanza appena iniziata se viene assunta entro 120 ore da un rapporto potenzialmente fecondo, non presenterebbe «grandi problematiche» ma «sull'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti per garantirne la sicurezza». Un giudizio che avrebbe dovuto consigliare la conservazione della ricetta a prescindere dall'età. Ma la Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa ha preferito scegliere una soluzione di compromesso ascoltando solo in parte il parere del Consiglio superiore di sanità che pochi giorni fa aveva suggerito la conservazione della disciplina vigente. La palla passa a Beatrice Lorenzin.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.adnkronos.com/salute/>

Cresce il mercato del latte materno online. Camici bianchi in allarme: "Seri rischi"



La vendita di latte materno su Internet - un mercato che sta crescendo rapidamente - pone seri rischi per la salute infantile e necessita di una regolamentazione urgente". E' il nuovo allarme lanciato dai medici e arriva dal Regno Unito dove continua il business sotterraneo e fai da te del 'milk sharing', alimentato da forum e pagine Facebook in cui le mamme mettono in vendita il loro "oro liquido" e altre mamme lo comprano, nonostante recenti studi abbiano messo sotto i riflettori i pericoli della pratica. Stesso copione negli Usa, mentre in Italia, terra di banche del latte 'istituzionali' e solidaristiche, il mercato online fra madri non sembra affatto decollare.

Intanto le preoccupazioni degli esperti della Queen Mary University di Londra si guadagnano le pagine della rivista scientifica 'Bmj'. I benefici nutrizionali del latte materno per i neonati sono ampiamente documentati - scrivono gli scienziati - ma molte nuove mamme trovano difficile portare avanti la quotidianità della poppata o non sono in grado di allattare al seno. In più ci si mette la pressione sociale e questo mix, avvertono i medici, spinge alcune donne all'acquisto di latte materno sul web.

Il portafoglio pesa sulle scelte, fanno notare gli esperti: comprare latte materno su Internet può essere più conveniente che acquistarlo da banche del latte regolamentate, dove circa 30 ml possono costare più di 3-4 dollari (contro prezzi intorno a 2 dollari che possono trovarsi sul web). I venditori fai da te possono risparmiare tagliando le spese su passaggi fondamentali per la sicurezza come la pastorizzazione, i test per valutare le malattie e la contaminazione del latte, e una raccolta, conservazione e trasporto adeguati.

I clienti palestrati e gli studi che denunciano campioni contaminati. I 'consumatori finali', si denuncia nell'articolo scientifico, non sono solo bebè ma anche adulti con il cancro, feticisti e palestrati (attratti dai nutrienti contenuti nell'"oro bianco"). I camici bianchi non usano mezzi termini per stigmatizzare la scelta dell'acquisto online. Molte neomamme e persino alcuni operatori sanitari non sono consapevoli del fatto che questo mercato è "pericoloso" e "mette la salute infantile a rischio" perché non è regolamentato, sostiene Sarah Steele, docente nella Global Health, Policy and Innovation Unit della Queen Mary University di Londra, insieme ai colleghi. Il latte materno deve essere sottoposto a screening per le malattie, come ad esempio l'epatite B e C, l'Hiv, i virus dei linfociti T dell'uomo e la sifilide, elencano gli esperti.

Precedenti ricerche hanno dimostrato che il latte acquistato online ha una maggiore crescita batterica a causa della mancanza di pastorizzazione e di un trasporto e uno stoccaggio scadenti. Uno studio ha rilevato che solo 9 campioni su 101 non hanno crescita batterica. Altri lavori hanno mostrato che il 25% dei campioni di latte sono stati consegnati con imballaggio inadeguato e non erano più congelati, e presentavano contaminazione con vari tipi di sostanze. "Il latte acquistato sul web è ben lungi dall'essere un'alternativa ideale, poiché espone i neonati e gli altri consumatori ad agenti microbiologici e chimici", scrivono gli autori che lanciano anche un appello: "E' necessario intervenire immediatamente per rendere questo mercato più sicuro".

Gli operatori sanitari dovrebbero essere formati per offrire buoni consigli e alternative sicure alle neomamme, sostengono i ricercatori. Dovrebbero essere fornite anche informazioni sulle migliori pratiche, compreso lo stoccaggio e l'uso espresso di latte. I camici bianchi invitano anche gli ordini professionali, le Istituzioni e le associazioni a fornire informazioni accurate, consulenza e orientamento. La legge, aggiungono, dovrebbe punire chi contamina il latte per profitto e garantire che le madri siano protette contro lo sfruttamento.

Dalle 'vetrine' delle imprenditrici fai da te agli investimenti in grande dell'industria. Il mercato del latte materno è in continua evoluzione. Se in Italia le mamme non sembrano essere attratte dal business - tanto che nei forum di riferimento sul web appaiono più moniti sui rischi che indicazioni su come procurarsi o vendere l'oro liquido sul web - nei Paesi anglosassoni i siti Internet in cui il latte di mamma viene commercializzato esistono e sono anche frequentati. Da un lato le acquirenti: mamme che non possono allattare, magari perché stanno assumendo farmaci, donne che hanno adottato un bebè e non vogliono negargli i benefici del prezioso alimento naturale, mamme di famiglie numerose. Dall'altro lato 'imprenditrici' improvvisate: donne che hanno deciso di far 'fruttare' il latte che producono in eccesso rispetto al fabbisogno dei loro figli.

Le bacheche di siti come onlythebreast.com ed eatsonfeets.org (con annessa pagina Facebook) sono la loro vetrina. Il prodotto viene letteralmente pubblicizzato: "Sono una madre di tre figli con più latte di un'industria casearia: tre freezer pieni e una produzione di circa 25 onces al giorno - scrive una donna del Kansas - Sono una salutista, non bevo e non fumo e assumo tutti gli integratori necessari. Accetto solo pagamenti via PayPal. Contattatemi se vi serve latte fresco o congelato". Donne che vivono il business del latte materno come un lavoro part-time, per arrotondare. Alcune raccontano sui media britannici di avere cerchie di decine di clienti (fra cui bodybuilder) e di vendere una bottiglietta a circa 12 sterline. Un singolo affare può fruttare anche 3.700 sterline in un colpo solo.

Ma oltre al mare magnum del fai da te c'è anche chi pensa in grande e punta all'industria. Secondo quanto riportava il New York Times appena qualche giorno fa, negli States una società - Prolacta Bioscience (finanziata con 46 milioni di dollari da venture capital) - ha reclutato centinaia di mamme: il loro latte viene usato per un prodotto ad alto contenuto proteico per i neonati prematuri ricoverati nelle terapie intensive, a un costo di migliaia di dollari a bambino. E il latte 'concentrato' potrebbe essere solo l'inizio, annunciano i produttori lasciando intendere che altri usi si profilano all'orizzonte. Non a caso anche altre aziende ci stanno lavorando.



Tribunali di qua, Cassazione di là: sull'utero in affitto vince l'incertezza

contromano

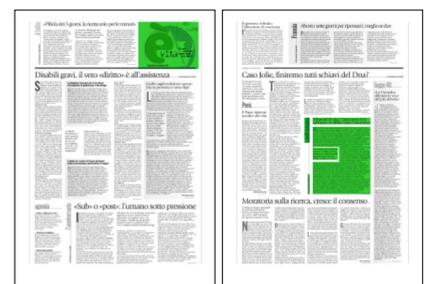
di Marcello Palmieri

Due sentenze di assoluzione mettono in dubbio la linea adottata con chiarezza dalla Suprema Corte. Ma così l'Italia «chiude un occhio»

Maternità surrogata: due nuove sentenze, l'altro ieri, hanno preso di mira ancora una volta il divieto legislativo italiano. La Corte d'appello di Brescia ha assolto dal reato di alterazione di stato di minore – quello commesso quando si indica come proprio un bimbo nato da altri – una coppia che aveva affittato un utero in Ucraina, trasmettendo al bimbo "assemblato" solo il seme del padre. A Milano, invece, il Tribunale non solo non ha comminato ai genitori pena alcuna ma, nonostante la precisa richiesta del pubblico ministero (penale), non ha nemmeno trasmesso gli atti di causa al pubblico ministero (stavolta civile). Se l'avesse fatto, il destinatario avrebbe potuto promuovere un'azione per ottenere l'annullamento della trascrizione dell'atto di nascita del bimbo che vede come genitori i due "committenti". Le due decisioni impongono una riflessione d'insieme. Da un lato, in Italia abbiamo diverse pronunce di primo grado che motivano le assoluzioni con il fatto che il 50% del patrimonio genetico trasmesso al bimbo è di uno dei due genitori: dunque quanto basta, secondo i tribunali, per escludere il reato di alterazione di stato. Dall'altro, invece, l'unica sentenza finora

pronunciata in materia dalla Cassazione parla più che chiaro: la maternità surrogata lede sia la dignità della gestante, a cui il piccolo viene strappato una volta dato alla luce, sia il diritto del bimbo di chiamare madre e padre coloro che la legge definisce tali, vale a dire i genitori naturali o adottivi. Ma ecco il problema: la Suprema Corte, mentre afferma questi principi, sta giudicando un caso in cui nemmeno la metà del patrimonio genetico del figlio proviene dalla coppia ricorrente. È vero: la Cassazione non considera questo dato se non tangenzialmente. Eppure, i liberalizzatori del "bimbo su commissione" strumentalizzano il caso concreto per creare confusione. E dicono che la Cassazione non ha riconosciuto la maternità surrogata ma solo perché nel caso specifico è totalmente inesistente il rapporto genetico con i genitori. Intanto, la confusione produce conseguenze: la Corte d'appello bresciana, l'altro ieri così benevola, è la stessa che poco più di un anno fa aveva confermato la condanna penale di due genitori "surroganti", in quest'ultimo caso però, biologicamente estranei al figlio. Morale: prima o poi, la Suprema Corte sarà chiamata a esprimersi su un caso "al 50%": l'auspicio è che confermi i principi già delineati, per la chiarezza di tutti e nel rispetto dell'ordinamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La Regione Toscana dà il via libera all'acquisto di gameti per l'eterologa

Nella corsa alla ricerca di introvabili donatori di gameti per la fecondazione eterologa, l'Ospedale Careggi di Firenze segna un altro punto. Una delibera della Regione Toscana ha infatti appena sbloccato l'acquisizione di gameti (ovociti e spermatozoi) all'estero, stante l'irreperibilità degli stessi in Italia. Infatti, nonostante la grancassa seguita alla sentenza della Corte Costituzionale che un anno fa diede il via libera all'eterologa, le cliniche hanno dovuto scontrarsi con l'evidente e cronica mancanza di "donatori" che ne ha paralizzato le attività. In particolare al Careggi da settembre 2014 a oggi nessuna donna si è fatta avanti per offrire i propri ovociti e si contano in una dozzina appena gli uomini che si sono proposti: solo uno, peraltro, ha superato tutti i test dello stringente percorso selettivo. Ora, a seguito della delibera e ad accordi già conclusi con quattro grandi biobanche estere, il Careggi sarà la prima struttura pubblica ad avvalersi di gameti comprati in altri Paesi europei. Circa 80 le coppie già individuate per accedere all'intervento. (Em.Vi.)



<http://www.corriere.it/salute/>

TUMORI

Verità sì o no? Il difficile rapporto tra i malati e i parenti

Metà dei pazienti oncologici vuole decidere le terapie insieme ai propri cari, pochissimi non vogliono saperne nulla. In Italia troppo spesso «mezze verità»

di Vera Martinella



I familiari hanno un ruolo decisivo nella scelta dei trattamenti da fare quando si deve curare un tumore, ma il coinvolgimento dei parenti è un terreno scivoloso su cui ancora resta moltissimo da fare: quanto i diretti interessati conoscono la verità sulla gravità della malattia? E quanto li si ascolta quando si decidono le terapie? E loro stessi, cosa vogliono sapere o chi desiderano coinvolgere? Le risposte sono ancora poco note anche per gli specialisti, ma uno studio italiano e uno americano da poco pubblicati aiutano a fare un po' di chiarezza. «Un fatto è certo – commenta Anna Costantini, responsabile del servizio di Psiconcologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma e presidente della Società Italiana di Psiconcologia – accade ancora troppo frequentemente che si cada in un «silenzio equivoco» e dannoso per tutti: i medici interpellano i parenti per sondare il terreno e capire meglio il paziente, che è naturalmente fragile e scosso nelle prime fasi; i parenti, spesso, armati dalla volontà di proteggere il malato tendono a riferirgli poi mezze verità, che lo agitano e impediscono di affrontare con calma la malattia in famiglia. E l'interessato finisce per sentirsi spaventato e solo, mentre vorrebbe poter parlare di più di quel che sta accadendo».

Solo un paziente su 100 lascia decidere tutto agli altri

Cosa accada all'interno delle mura domestiche quando scoppia la «bomba-cancro» è facile da intuire e ben documentato: choc, ansia, paura, spesso anche rabbia, sono le sensazioni comprensibilmente più ricorrenti. Ma, superato il primo impatto, come procede il dialogo con i propri cari? Certo generalizzare è impossibile, ogni malato e ogni famiglia fa storia a sé. Un'indagine dell'Università americana di Harvard (appena pubblicata su *Cancer*) ha però provato a dipingere un quadro, intervistando oltre 5.200 persone a cui era appena stato diagnosticato un tumore ai polmoni o al colon. I risultati mostrano che soltanto l'1,5 per cento dei pazienti ha detto di aver lasciato il comando ai parenti più prossimi, mentre in quasi la metà dei casi (49,4 per cento) la decisione sulle cure da iniziare è stata democraticamente condivisa in famiglia. In un quinto dei casi (22 per cento) i malati hanno avuto suggerimenti dai familiari e più di uno su quattro (28,5 per cento) ha ricevuto pochi consigli e pareri tra le mura domestiche o non ne ha ricevuti affatto. In

generale, i pazienti asiatici e ispanici (con tradizioni familiari più radicate) si sono mostrati più propensi a coinvolgere il nucleo parentale nelle scelte, così come le persone sposate e anziane, o le donne (rispettivamente più di single, mediamente giovani e uomini).

I malati vogliono sapere la verità

«Capire come varia il coinvolgimento familiare può aiutare i medici a interagire con i malati – sottolinea Gabriella Hobbs, autrice dell'indagine e oncologa al Massachusetts General Hospital di Boston -: personalizzare le cure significa anche capire meglio la volontà dei pazienti. Questo è tanto più importante alla luce del fatto che, sempre più di frequente, davanti alle molte nuove terapie disponibili, i pazienti sono chiamati a prendere decisioni importanti insieme ai loro curanti. Dev'essere chiaro, in questo percorso, quale sia il loro desiderio e se vogliono o meno condividere le scelte con i parenti». Oggi molte ricerche hanno dimostrato chiaramente che la stragrande maggioranza dei malati oncologici (ferme restando alcune differenze culturali) vuole conoscere la verità sul tipo di tumore di cui soffrono, sulle loro probabilità di guarire e sul percorso terapeutico che dovranno affrontare.

L'Italia delle mezze verità

«In Italia – dice Costantini – c'è sempre stata una tendenza alla “mezza verità” che vede spesso uniti medici familiari nell'intento di proteggere il malato. L'atteggiamento paternalistico che minimizza il numero d'informazioni date al diretto interessato si è però sempre più ridotto negli ultimi 10 anni, anche per via dell'obbligatorio consenso informato alle cure che i malati devono dare dal 2006». A tal proposito, in una ricerca riportata nell'ultimo numero della rivista scientifica *Psycho-Oncology*, Costantini e i colleghi di quattro Istituti Tumori italiani hanno riportato gli esiti dei questionari somministrati a 162 pazienti oncologici ed è emerso che, in effetti, la stragrande maggioranza (87 per cento) era consapevole della propria diagnosi, ma la metà delle persone con tumore metastatico credeva erroneamente di avere speranze di guarigione. Inoltre, circa un terzo degli interpellati credeva che i familiari nascondessero spesso o sempre le cattive notizie per proteggerli. «Ma i malati – conclude l'esperta – hanno dichiarato d'avere bisogno di parlare con i propri cari della malattia, mentre queste mezze verità e una “protezione” mal intesa ostacolano un dialogo sincero, che è ciò che i pazienti necessitano più di tutto. Emerge anche chiaramente che conoscere la realtà delle cose non porta a disperazione e non accresce lo stress dei malati. E' quindi fondamentale che dalla diagnosi in poi, per la scelta delle terapie e anche nella fasi più difficili della malattia avanzata, i pazienti siano al centro anche della comunicazione: è con loro che i medici devono parlare e poi coinvolgere, se lo desiderano, il nucleo familiare».

Cerotto transdermico di fentanil, meno dolore da cancro ma con qualche lieve effetto collaterale



25 marzo 2015

Il cerotto transdermico di fentanil potrebbe fornire un controllo del dolore stabile ed eliminare la necessità di iniezioni, migliorando la qualità della vita del paziente. Questo è quanto riportato da un lavoro pubblicato sulla rivista *Anesthesiology and Pain Medicine* in cui pazienti con dolore da cancro hanno avuto sollievo dal dolore manifestando eventi avversi nel 72% dei casi ma sempre di lieve entità.

Il dolore oncologico è un problema di grande importanza per gli operatori sanitari in tutto il mondo. Secondo diversi studi che riportano la gravità del dolore, un terzo dei pazienti riferisce di provare dolore da moderato a grave.

La gestione del dolore da cancro è uno degli obiettivi più importanti delle cure palliative.

Recentemente, numerosi studi scientifici sull'efficacia degli analgesici oppioidi nella gestione del dolore cronico hanno avuto il ruolo di far conoscere ed applicare norme sul controllo del dolore provenienti da agenzie governative di tutto il mondo.

Questo studio si propone di indagare l'efficacia del cerotto transdermico a base di fentanil nel trattamento del dolore cronico da cancro in tessuti molli.

Lo studio di tipo descrittivo, prospettico, ha valutato 86 pazienti con tumori dei tessuti molli con dolore cronico in cura presso l'istituto oncologico di Imam Khomeini Hospital, Teheran, Iran, durante gli anni 2006-2007. Tutti i pazienti sono stati trattati col cerotto fentanil transdermico (25 mcg / h).

La gravità del dolore è stata misurata sulla Visual Analogue Scale (VAS) inizialmente e dopo 24, 48 e 72 ore dall'inizio del trattamento.

Le caratteristiche dei pazienti e il punteggio VAS prima del trattamento non erano significativamente differenti ($p > 0.05$).

I risultati mostrano che la gravità del dolore è risultata significativamente ridotta dopo il trattamento ($p=0.001$). L'incidenza di eventi avversi nei pazienti era significativamente elevata (72%). Gli eventi avversi più comuni sono stati sonnolenza, nausea e vomito nel 30,2% e 18,6%, rispettivamente.

In conclusione, il fentanyl cerotto è un metodo efficace e sicuro per ridurre il dolore nei pazienti con tumori dei tessuti molli. Tale dispositivo può migliorare la qualità della vita in questi pazienti anche se con insorgenza di eventi avversi in circa il 72% dei pazienti ma di lieve entità. I ricercatori hanno inoltre sottolineato l'esigenza di condurre uno studio analogo di conferma ma su numeri più grandi di partecipanti e in tal caso misurare anche la concentrazione di fentanil nel sangue dei pazienti che potrebbe giustificare l'insorgenza degli effetti collaterali.

Emilia Vaccaro

Hemati K. et al. Efficacy of Fentanyl Transdermal Patch in the Treatment of Chronic Soft Tissue Cancer Pain. Anesth Pain Med. 2015 Feb 19;5(1):e22900. doi: 10.5812/aapm.22900. eCollection 2015.

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Mercoledì 25 MARZO 2015

Caso Angelina Jolie. Aiom: "Asportazione ovaio rientri in percorso di cura"

Commentando la [scelta dell'attrice](#), il presidente Carmine Pinto ha spiegato come "questo tipo di tumore colpisce spesso persone molto giovani, e le conseguenze dell'intervento sono l'infertilità e la menopausa precoce. Ogni anno in Italia 4.900 nuove diagnosi. "Va migliorato nel nostro Paese l'accesso al test genetico per le pazienti a rischio".

"I medici devono avere la capacità di parlare con la donna a rischio di sviluppare un tumore dell'ovaio e di spiegarle tutte le conseguenze a cui va incontro a seguito dell'intervento di asportazione dell'organo. È indispensabile che la paziente abbia la capacità e gli strumenti per valutare tutti i pro e i contro. Il 40% delle donne con mutazione del gene BRCA sviluppa il cancro dell'ovaio. Va anche sottolineato che i controlli non permettono una diagnosi precoce, perché non esiste uno screening efficace per una malattia che non presenta sintomi chiari. Ma la scelta di sottoporsi all'intervento chirurgico deve rientrare in un articolato percorso di cura, in base al programma di vita della donna. Questo tipo di tumore può colpire persone molto giovani, anche di età inferiore ai 30-40 anni. Le conseguenze dell'operazione sono l'infertilità e la menopausa precoce, una decisione di questo tipo deve essere ponderata e valutata in profondità". **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), sottolinea che [la scelta di Angelina Jolie di sottoporsi all'intervento di ovariectomia](#), a un anno di distanza dal duplice intervento di mastectomia preventiva, può rappresentare un momento proficuo di riflessione, sia per i clinici che per le pazienti.

Ogni anno 4.900 italiane sono colpite dal tumore dell'ovaio. "Otto diagnosi su 10 giungono quando il cancro è ormai in fase avanzata – continua Pinto -. In questi casi, la sopravvivenza delle pazienti è solo del 30%. Dato che si inverte radicalmente se la malattia viene scoperta in tempo. Allo stadio iniziale, infatti, la probabilità di vincere il cancro raggiunge il 90%. AIOM ha già stilato un documento operativo sulle migliori strategie d'azione con i ginecologi della Sigo (Società di ginecologia e ostetricia), predisponendo una serie di indicatori che le Unità Operative di riferimento sul territorio devono rispettare".

"Nel nostro Paese – conclude il presidente Aiom – va migliorato un aspetto fondamentale, l'accesso al test genetico per tutte le donne a rischio, cioè quelle che hanno avuto un tumore al seno da giovani o che presentano una forte familiarità. E deve essere gestita con attenzione la fase successiva a questo esame, per definire con la paziente il percorso di cura. Va sviluppata la cultura del counselling genetico, con tutti gli attori coinvolti: l'oncologo, il genetista e lo psicologo. Solo così potremo capire a fondo le aspettative della donna. Inoltre questo test non è solo preventivo, ma indica anche la sensibilità delle donne già affette da tumore ovaio a una categoria di farmaci, i PARP inibitori, che agiscono nei tumori causati dalle alterazioni dei geni BRCA. Aiom insieme alle altre Società Scientifiche coinvolte, proprio in questi giorni, sta producendo delle Raccomandazione per la gestione del test per BRCA nell'ambito del carcinoma ovarico".

ilFarmacistaonline.it

Giovedì 25 MARZO 2015

Caso Angelina Jolie. Aiom: "Asportazione ovaio rientri in percorso di cura"

Commentando la scelta dell'attrice, il presidente Carmine Pinto ha spiegato come "questo tipo di tumore colpisce spesso persone molto giovani, e le conseguenze dell'intervento sono l'infertilità e la menopausa precoce. Ogni anno in Italia 4.900 nuove diagnosi. "Va migliorato nel nostro Paese l'accesso al test genetico per le pazienti a rischio".

"I medici devono avere la capacità di parlare con la donna a rischio di sviluppare un tumore dell'ovaio e di spiegarle tutte le conseguenze a cui va incontro a seguito dell'intervento di asportazione dell'organo. È indispensabile che la paziente abbia la capacità e gli strumenti per valutare tutti i pro e i contro. Il 40% delle donne con mutazione del gene BRCA sviluppa il cancro dell'ovaio. Va anche sottolineato che i controlli non permettono una diagnosi precoce, perché non esiste uno screening efficace per una malattia che non presenta sintomi chiari. Ma la scelta di sottoporsi all'intervento chirurgico deve rientrare in un articolato percorso di cura, in base al programma di vita della donna. Questo tipo di tumore può colpire persone molto giovani, anche di età inferiore ai 30-40 anni. Le conseguenze dell'operazione sono l'infertilità e la menopausa precoce, una decisione di questo tipo deve essere ponderata e valutata in profondità". **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), sottolinea che [la scelta di Angelina Jolie di sottoporsi all'intervento di ovariectomia](#), a un anno di distanza dal duplice intervento di mastectomia preventiva, può rappresentare un momento proficuo di riflessione, sia per i clinici che per le pazienti.

Ogni anno 4.900 italiane sono colpite dal tumore dell'ovaio. "Otto diagnosi su 10 giungono quando il cancro è ormai in fase avanzata – continua Pinto -. In questi casi, la sopravvivenza delle pazienti è solo del 30%. Dato che si inverte radicalmente se la malattia viene scoperta in tempo. Allo stadio iniziale, infatti, la probabilità di vincere il cancro raggiunge il 90%. AIOM ha già stilato un documento operativo sulle migliori strategie d'azione con i ginecologi della Sigo (Società di ginecologia e ostetricia), predisponendo una serie di indicatori che le Unità Operative di riferimento sul territorio devono rispettare".

"Nel nostro Paese – conclude il presidente Aiom – va migliorato un aspetto fondamentale, l'accesso al test genetico per tutte le donne a rischio, cioè quelle che hanno avuto un tumore al seno da giovani o che presentano una forte familiarità. E deve essere gestita con attenzione la fase successiva a questo esame, per definire con la paziente il percorso di cura. Va sviluppata la cultura del counselling genetico, con tutti gli attori coinvolti: l'oncologo, il genetista e lo psicologo. Solo così potremo capire a fondo le aspettative della donna. Inoltre questo test non è solo preventivo, ma indica anche la sensibilità delle donne già affette da tumore ovaio a una categoria di farmaci, i PARP inibitori, che agiscono nei tumori causati dalle alterazioni dei geni BRCA. Aiom insieme alle altre Società Scientifiche coinvolte, proprio in questi giorni, sta producendo delle Raccomandazione per la gestione del test per BRCA nell'ambito del carcinoma ovarico".

L'INTERVISTA

“È un'opportunità per i pazienti mentre si studiano nuove cure”



SCIENZIATA
Elena Cattaneo,
scienziata
dell'università
di Milano e
senatrice a vita

ELENA Cattaneo, scienziata dell'università di Milano e dal 2013 senatrice a vita, studia nel suo laboratorio la corea di Huntington, malattia di origine genetica che devasta il sistema neuromuscolare. Un test può prevederla, ma non prevenirla.

La medicina predittiva in questo caso non rischia di essere una condanna anziché un'opportunità?

«In molti casi la medicina predittiva è un dato probabilistico che conserva margini più o meno ampi di incertezza e deve essere accompagnata da personale medico che dia spiegazioni chiare ai pazienti. Questo accompagnamento vale anche nei casi di quei geni la cui presenza, purtroppo, conferisce certezza che la malattia insorgerà. In alcuni casi, la conoscenza ha aiutato le persone a orientarsi nelle loro decisioni personali di vita. In altri casi le persone non desiderano conoscere. Credo sia molto importante che la medicina metta a disposizione queste opportunità, mentre si continua a lavorare verso strategie terapeutiche».

Cosa si può fare se la risposta del test genetico è positiva?

«C'è una strategia basata su farmaci molecolari che ha mostrato efficacia nell'animale sperimentale. Si tratta di molecole di Dna antisense che intercettano in modo selettivo il gene mal funzionante nella cellula, bloccandolo. Sono una specie di "scotch molecolari" che, veicolati nel malato, riconoscono e silenziano specificamente il gene che causa la malattia. A breve inizierà la sperimentazione di questa strategia nei malati di Huntington. A guidarla sono gli inglesi. Anche la medicina italiana dovrebbe organizzarsi al meglio per prepararsi ad accogliere queste nuove strategie che hanno così forti basi sperimentali».

(e. d.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Intervista Lucio Fortunato del Rome American Hospital

Il cancro al seno non ci fa più paura

Nel 97% dei casi il tumore non ritorna

Novità

In arrivo centri specialistici

Studi biologici più mirati

Mastectomia Radioterapia

La fa un terzo delle pazienti

A queste donne abbiamo dato la possibilità di fare mastectomia con risparmio totale della cute dell'aureola e del capezzolo

Ricoveri più brevi

La terapia che prima durava 30 giorni ora è modulata. In alcuni casi facciamo la ipofrazionata, cioè ne facciamo soltanto venti

Veronica Meddi

Il dottor Lucio Fortunato, chirurgo accreditato presso il Rome American Hospital, svolge la propria attività clinica in particolare nel campo della chirurgia oncologica e senologica. Deciso nel dedicare la propria vita professionale alla comprensione e alla cura del cancro della mammella, ci racconta una storia che parla di buona sanità e di grande speranza. Sì, perché i tumori alla mammella stanno diventando sempre più guaribili.

Dottore, ci sono novità?

«La prima novità è che anche in Italia, finalmente, l'organizzazione della senologia, cioè il trattamento del cancro della mammella, verrà fatto in unità specializzate. Questa era una cosa che richiedeva l'Europa da tanti anni e che noi abbiamo richiesto da almeno 15 anni, e che è stata recepita nel 2014 dal [Ministero della Sanità](#), e a fine 2014 dalla Conferenza Stato Regioni».

Cosa sono i centri di senologia?

«Sono delle vere e proprie task force che sono organizzate con chirurghi, oncologi, radiologi e vari specialisti che sono dedicati alla patologia della mammella. È noto da tanti anni che il trattamento dei vari centri specializzati del cancro

della mammella aumenta la sopravvivenza e migliora la qualità della vita».

Mastectomia, cosa è cambiato?

«Ancora il 30-35% di donne con cancro della mammella deve fare la mastectomia. Le nostre tecniche sono diventate sempre più sofisticate. Così come le nostre tecniche diagnostiche, e riusciamo a vedere anche tumori molto piccoli, che prima in perimetria non riuscivamo a scoprire. Oggi almeno 1/3 delle donne fa mastectomia. A queste donne abbiamo dato la possibilità di fare mastectomia con risparmio totale della cute, dell'aureola e del capezzolo. Tutto l'involucro esterno della ghiandola mammaria, l'involucro cutaneo, viene risparmiato, viene fatta una piccola incisione laterale o un'incisione sul solco inferiore della mammella che è anche molto estetica. L'involucro esterno è completamente risparmiato e la ghiandola mammaria asportata anche in una forma radicale. Quindi, non pensiamo che questo possa essere un compromesso dal punto di vista oncologico, e al posto della ghiandola viene messa la protesi anche in forma definitiva».

Cosa accade nel Rome American Hospital?

«Nel nostro centro abbiamo

un ritorno in sala operatoria di circa il 5-6%. È un dato molto basso. A dispetto di questo, e quindi per una maggiore liberalità dei margini di refezione, quello che è successo, e che è eccezionalmente importante, è che negli ultimi 10-20 anni le recidive locali sono diminuite».

Perché?

«Probabilmente perché i radiologi sono molto più bravi a capire se il tumore è multifocale o multicentrico. I chirurghi sono più bravi. La terapia è migliore. Fatto sta che per questo insieme di fattori le recidive locali sono nell'ordine del 3%. Nel 97% il tumore non torna. E questo è bene farlo sapere».

Ci sono cambiamenti nella radioterapia?

«Prima, dopo conservazione mammaria facevamo una radioterapia di 30 giorni. Adesso, anche quella è modulata, infatti in alcuni casi facciamo la ipofrazionata, cioè invece di 30 frazioni, ne facciamo 20. O spesso facciamo la terapia parziale e accelerata, cioè la terapia soltanto dove stava il tumore. E questo permette di cavarcela in 10 giorni».

Un'altra notizia?

«Si sta sviluppando in maniera enorme tutta la parte della caratterizzazione biologica del tumore. Si pensa che i tumori della mammella siano



tutti uguali. Non è così. Ci sono almeno 100 tipi di cancro della mammella. Uno diverso dall'altro. Ci sono dei tumori che sono localmente aggressivi, che si comportano in un modo anziché in un altro, che rispondono a terapie in un modo anziché in un altro. Finalmente oggi è possibile capire meglio l'azione comportamentale della neoplasia».

Lo specialista, chi è?

«Anche lo specialista è fattore prognostico. Se dico "caratterizzazione biologica" e "genetica" sembra che tutto quanto è predeterminato, che uno muore soltanto a seconda di come è il tumore. No, non è soltanto così. È anche così. Lo specialista senologo è fattore prognostico indipendente. La specializzazione, il lavoro multidisciplinare, il lavoro di équipe, fa una grande differenza anche in termini di sopravvivenza per questa malattia».

Tutti i mestieri a rischio amianto

Anche edilizia e tessile hanno visto salire i casi di tumore

**Le anticipazioni
del rapporto nazionale
sui mesoteliomi
Il governo accelera
sui fondi per le bonifiche**
MARCELLO PALMIERI

«**E**pidemie come quella di Casale Monferrato sono drammatiche e suscitano emozione, ma rappresentano solo una minima parte del problema amianto in Italia». Se lo dice Benedetto Terracini è impossibile non credergli: lui, epidemiologo formatosi negli Stati Uniti, docente di biostatistica in pensione all'Università di Torino e membro di diverse commissioni costituite in seno all'Unione europea, nel processo piemontese Eternit è stato consulente della Regione Piemonte, costituitasi parte civile: non avrebbe dunque nessun interesse a minimizzare la cosa. D'altronde, le evidenze del Registro nazionale mesoteliomi (istituito dal Governo presso l'Inail) parlano chiaro: «Il quinto rapporto che daremo alle stampe il mese prossimo – anticipa ad *Avvenire* il suo responsabile, Alessandro Marinaccio, primo ricercatore Inail – mostra che solo il 3% dei casi deriva da esposizioni professionali nel settore del cemento amianto, e si presume che il dato rimarrà stabile nei prossimi anni». Non era così in passato, quando tra il 1993 e il 1996 questa categoria registrava il 7,3% dei mesoteliomi maligni. Oggi la stessa tendenza emerge da un altro settore tradizionalmente a rischio, quello della cantieristica navale: partita dal 12,3% del 1993-1996, nel 2008 ha rappresentato solo il 6% dei casi. Al contrario, è l'edilizia ad aver registrato un vero e proprio boom: se tra il 1993 e il 1996 la malattia dell'amianto si era impossessata del 10,9% dei pazienti, nel quadriennio

2005-2008 ha funestato la vita del loro 15,3%. Fin qui, per Terracini non c'è nulla di strano. «Quando l'asbesto iniziava a entrare nei cantieri sotto forma di coperture, tubi e quant'altro – spiega – nell'ambiente della salute pubblica e in quello scientifico venivano avviate le prime riflessioni sulla pericolosità del minerale nell'industria navale e dell'Eternit. Erano gli anni Sessanta». Lo si sa: generalmente la malattia si sviluppa nascosta per circa 40 anni. Colpisce silente il torace, l'addome, talvolta anche la cavità attorno al cuore e la membrana che riveste i testicoli. Poi, una volta uscita allo scoperto, conduce alla tomba in circa 12 mesi. Non ci si scappa: «Il suo insorgere – conferma l'epidemiologo – è quasi certo che esprima una pregressa inalazione d'amianto». Ciò che vediamo oggi, dunque, è il risultato di quanto accadde 4 decenni fa. Un passato a volte oscuro, su cui il Registro sta cercando di far luce. Come è accaduto per esempio con il settore tessile, sotto la lente degli epidemiologi che non si spiegavano come mai dal 2,9% del 1993-1996 fosse giunto al 7,2% del 2008. «Stupiti da questi dati – è la testimonianza di Carolina Mensi, responsabile del Renam Lombardia – abbiamo svolto ricerche su diversi stabilimenti in cui si filavano lino, cotone e seta, soprattutto nelle province di Como e Lecco». Ebbene: «È emerso che l'asbesto veniva usato come materia-

le antinfortunistico, incastonato nei divisori contro rumore e umidità». Ma non solo. Che ci fanno malati d'amianto tra meccanici, panettieri, pasticceri, mobiliari e baristi? Ancora una volta, è stato il Registro a suggerire una fruttuosa ricerca del minerale killer nei luoghi più impensati: nei freni delle auto (in Campania, tra il 1996 e il 2007 ha provocato l'8,2% dei mesoteliomi professionali), nei forni, nelle condutture dell'acqua calda, nelle presse a caldo che squadrano il legno compensato, addirittura nelle macchine del caffè... Da qui l'allarme di Terracini: «Teoricamente l'amianto in Italia è bandito dal 1992 e da quel momento è cessata ogni sua lavorazione diretta. Ma nessuno può escludere che oggi stiano perdurando esposizioni indirette e inconsapevoli, per questo ancor più difficili da identificare». Il ministro dell'Ambiente, Gian Luca Galletti, non lo nasconde: «I siti inquinati – spiega ad *Avvenire* – sono oltre 30mila». E si tratta solo di quelli «già censiti», perché «i dati di alcune regioni mancano o sono parziali». Così, su suo impulso, proprio in questi giorni il governo ha presentato al Senato un emendamento al disegno di legge "collegato ambientale": se approvato, istituirà un credito d'imposta del 50% per i soggetti titolari di reddito d'impresa che tra il 2016 e il 2018 bonificheranno dall'amianto le loro attività. E pure un fondo da 11 milioni, che nel triennio 2015-2017 finanzierà i progetti di rimozione delle sostanze nocive dagli edifici pubblici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il regolamento firmato da **Lorenzin** **Nuovi ospedali, almeno 60 posti**

DI GIOVANNI GALLI

Dal 1° gennaio 2015 non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60 posti letto per malati acuti e dal 1° luglio 2015 non potranno essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospécialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per malati acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni. Lo prevede il regolamento firmato ieri dal **ministro del-**

la salute, Beatrice Lorenzin, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il provvedimento, che costituisce attuazione del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, «avvia», spiega una nota, «il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera; esso consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri e produrrà, nel contempo, una significativa riduzione dei costi garantendo l'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza».



Mercoledì 25 MARZO 2015

Obama lancia la “*Medicine Precision Initiative*” per offrire il giusto trattamento al momento giusto. E in Italia?

Il nuovo grande progetto è stato ufficializzato dal presidente degli Stati Uniti nel suo discorso alla Nazione del 20 gennaio scorso. Alla base un approccio per il trattamento delle malattie e la prevenzione che tiene conto della variabilità individuale nei geni, ambiente e stile di vita per ogni persona. Una via che in Italia ha già trovato buoni esempi come il modello sviluppato e realizzato in ambito oncologico e nelle emergenze

“Voglio che sia il Paese che ha eliminato la poliomielite e mappato il genoma umano a portarci a una nuova era della Medicina, capace di offrire il giusto trattamento al momento giusto”. Nel Messaggio alla Nazione del Presidente **Obama** del 20 gennaio 2015 la “*Medicine Precision Initiative*” viene annunciata con determinazione e orgoglio. Precisione: riecheggia il concetto dimenticato di un grande medico, **William Osler**, che definiva la medicina come la scienza dell’incertezza e l’arte della probabilità. Infatti, a parte il significato intuitivo assoluto che si potrebbe dare al termine, per “precisione” si intende il grado di “convergenza” (o “dispersione”) di dati rilevati individualmente (campione) rispetto al valore medio della serie cui appartengono.

Nella “iniziativa” Obama si è un po’ più dettagliati: è un approccio emergente per il trattamento delle malattie e la prevenzione che tiene conto della variabilità individuale nei geni, ambiente e stile di vita per ogni persona. Quindi, più precisione nella medicina. Mentre significativi progressi della “medicina di precisione” sono stati fatti per determinati tipi di cancro, la pratica non è attualmente in uso per la maggior parte delle malattie. Molti sforzi sono in corso per contribuire a rendere la precisione in medicina la norma piuttosto che l’eccezione. Va annotato con chiarezza che buona parte della nuova strategia di Horizon 2020, che abbiamo contribuito ad impostare negli anni passati e lanciata da poco più di un anno, in campo di salute e malattia, verte intorno al concetto e ai finanziamenti per innovazione in tema di “personalizzazione della salute e delle cure”.

Quali sono le finalità a breve termine di *Medicine Precision Initiative*?

- Il sostegno prioritario di studi clinici, in partnership con le aziende farmaceutiche, per testare le combinazioni di terapie mirate che si basano sulla firma molecolare del tumore;
- lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare la resistenza ai farmaci che comunemente limitano l’efficacia delle terapie mirate;
- lo sviluppo di approcci in grado di valutare la risposta alla terapia e il possibile sviluppo della resistenza, utilizzando “biopsie liquide” di plasma sanguigno;
- lo sviluppo di nuovi modelli di cellule tumorali per predire la risposta a combinazioni di farmaci e di definire meccanismi di resistenza.

La necessità di inserire tutto questo in un contesto quantificato di profili nutrizionali e di attività fisica implica la scelta di aderire a modelli di valutazione perfezionabili ma che sono già adottati nei nostri ambiti clinici, in Italia, dove utilizziamo la Dieta Mediterranea come paradigma di stile di vita salutare.

La definizione della strategia a lungo termine è assai più ambiziosa. La *Medicine Precision Initiative* costruirà una base di conoscenza scientifica globale per una scala molto più ampia. Per raggiungere

questo obiettivo, l'iniziativa si propone di:

- 1) sostenere una rete nazionale di scienziati che possiedono il talento e le competenze per sviluppare nuovi approcci per rispondere alle domande scientifiche e mediche critiche;
- 2) avviare uno studio nazionale di coorte di un milione o più americani per far avanzare la comprensione della salute e della malattia.

L'obiettivo è quello di impostare le basi per un nuovo modo di fare ricerca che promuove libero accesso ai dati per ricerca e studio con il massimo rispetto per la privacy dei pazienti partecipanti a questa iniziativa.

Una medicina partecipata, non una partecipazione “assistita”.

Ogni partecipante volontario metterà a disposizione della ricerca le proprie informazioni genomiche e campioni biologici. Queste informazioni avranno un riscontro “fenotipico” nei dati clinici provenienti da cartelle cliniche elettroniche, come ad esempio i risultati di test di laboratorio, esami radiologici ed endoscopici. Si prospetta che i dati sugli stili di vita, il consumo di calorie e esposizioni ambientali vengano monitorati attraverso dispositivi sanitari mobili, in maniera da permettere ai ricercatori di capire come le variazioni genomiche e altri fattori possano influenzare lo sviluppo della malattia. Attraverso il processo del consenso informato, i partecipanti potranno controllare come le informazioni sono utilizzate nella ricerca e condividerle. Come partecipanti attivi avranno accesso ai propri dati di salute, così come la ricerca utilizzerà i loro dati, per contribuire alla informazione rilevante per le proprie decisioni di salute.

Attraverso questa comunità dinamica, i ricercatori saranno in grado di trasformare le informazioni derivate da questa coorte in nuove conoscenze, approcci e trattamenti.

Un modello rivoluzionario per l’etica e la pratica della ricerca.

Ciò che rende differente questo da altri progetti è la visione complessiva e la prospettiva di gestione integrata dei risultati. Si prevede infatti:

- il reclutamento di esperti da più settori;
- il campo di applicazione previsto dall’intervento permetterà di stringere forti partnership anche con il settore privato per sfruttare il lavoro già in corso;
- La esplicita condivisione di dati sanitari e informazioni.

Con l'espansione dei primi successi nel campo della genomica del cancro e collaborando con più di un milione di partecipanti a livello nazionale, stabilendo una coorte di ricerca nazionale, l'iniziativa imposterà le basi per nuovi modi di coinvolgere partecipanti alla ricerca, promuovendo e utilizzando i progressi tecnologici per una visione complessiva e integrata dei risultati. Il punto critico è la rivoluzionaria condivisione dei dati, resi massimamente pubblici, in aperta polemica all’attività attuale di ClinicalTrials.gov, il data base cui si può aderire da tutto il mondo per registrare uno studio ma senza il vincolo di effettuarlo realmente e ancora meno di fornirne i risultati. La conseguenza è che l’attuale sistema sta validando per l’85% ricerche di profilo terapeutico, senza fornire una informazione trasparente; per circa il 15% registra e accredita ricerche di carattere diagnostico, o che riguardano device o strumenti vari, fornendo poi i data base dei risultati per solamente il 5% degli studi. La determinazione della Presidenza degli Stati Uniti su questo punto così sensibile, che coinvolge trasparenza, integrità e eticità degli studi, è una rivoluzione clamorosa che viene sottaciuta da critici ed estimatori.

L’esperienza italiana. La promozione della valutazione e degli interventi sugli stili di vita, unita ad effettive competenze in campo di diagnosi non-invasive affidabili e sostenibili, in particolare l’ecografia, è stata un modello sviluppato attivamente in alcune esperienze italiane. Queste competenze devono e possono essere concentrate nei singoli professionisti, come il modello sviluppato e realizzato in Italia a favore degli ambiti oncologici e delle emergenze negli ultimi dieci anni.

Un modello simile è proposto in misura analoga, ma più limitata, in Spagna e in Gran Bretagna, trovando interesse a livello di Medicina di Emergenza in USA e di “personalized medicine” in Europa. L’iniziativa USA “Precision Medicine” inserisce ricerca, innovazione e partecipazione attiva di popolazione, professionisti della salute e ricercatori. Ci si sta comportando, in maniera tipicamente americana, in linea con le indicazioni di Franklin: il saggio non ha bisogno di consigli, ma è lo sciocco che non li accoglie. In USA si è continuata la ricerca sistematica di proposte, ipotesi, valutazioni, singole

persone ed esperti, anche nostri, come all'inizio del primo mandato l'Amministrazione Obama fece con la dieta mediterranea. Oggi, questa è stata importata e sempre più assunta come paradigma di stile di vita salutare, con un approccio articolato alla valutazione e modifica delle condizioni di salute e malattia, in una impalcatura di informazioni cliniche e strumentali sostenibili integrata con la genomica e la metabolomica.

La ricerca in area medica, di salute e malattia, deve avere una struttura portante che nasce dalla esigenza della popolazione, da una effettiva applicazione clinica dei medici coinvolti, con conoscenze e competenze operative e attive, e dalla attenzione applicativa, traslazionale che viene dalla ricerca di base fondata su idee e con rapporto bidirezionale, top-down e bottom-up.

European Pride e Medicine Precision Initiative.

Vi è un progetto simile a quello Usa, quello "Inglese-Europeo", che renderebbe informazioni sanitarie dalla maggior parte dei pazienti in Inghilterra disponibili per la ricerca. Invece i dettagli del programma USA restano vaghi, piuttosto che top secret. Da qui le critiche, specie in merito alla scarsa credibilità del progetto. E sicuramente, al momento, il sistema sanitario inglese è assai più avanti nell'affrontare le varie problematiche, come la gestione del consenso informato e le successive conferme, i costi articolati e altro ancora. Però vi sono molte poste in gioco e vi potrebbero essere scoperte che rivoluzionerebbero la nostra visione della medicina.

Concisione nello stile, precisione nel pensiero, decisione nella vita.

È facile dire "sono tutte cose già dette e sentite". Perché quindi iniziativa? L'iniziativa è compiere la cosa giusta senza che qualcuno te lo dica, ed è esattamente quello che, apparentemente, sta avvenendo. Certamente, la prospettiva più immediata riguarda la genomica e le sue applicazioni come destino diagnostico e terapeutico di singoli individui, una prevenzione basata su predittività appropriata e su terapie personalizzate basate su profili integrati, metabolomici, ambientali e comportamentali. Una visione "interattomica" che ci si propone di perseguire con strumenti adeguati e perfezionabili. Che include profili di stili di vita definiti in maniera standardizzata con lo stesso rilievo dei profili desunti da biomarkers e da metodiche diagnostiche appropriate e validate. Poco importa qui la priorità nazionale o localistica. È motivo di speranza assistere al progresso delle idee che continuano a sembrare sostenibili e fruttuose e promettono di essere riproposte e accolte anche dove sono nate. Anche il nostro orgoglio è forse caduto con le nostre fortune. Ma ci resta l'istinto di sopravvivenza.

Guglielmo Trovato, Medico

Esperto-Membro di Federsanità ANCI, Italian Coordinator: Board of the European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine



L'Italia tra i primi 14 Paesi firmatari della Convenzione anti-traffico d'organi

Quattordici Stati europei tra i quali l'Italia hanno firmato ieri la Convenzione del Consiglio d'Europa contro il traffico di organi umani, primo trattato internazionale per la prevenzione e la lotta al fenomeno. La Convenzione è stata siglata anche da Albania, Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Grecia, Lussemburgo, Norvegia, Repubblica di Moldavia, Polonia, Portogallo, Spagna, Turchia e Regno Unito, in una conferenza internazionale a Santiago de Compostela. Il testo entrerà in vigore nel momento in cui almeno cinque Stati l'avranno ratificato nei rispettivi Parlamenti. «Il prelievo illegale e il traffico di organi umani rappresentano una grave violazione dei diritti dell'uomo - dichiara il segretario generale del Consiglio d'Europa, Thorbjørn Jagland - I donatori sono spesso persone molto vulnerabili, sfruttati dal crimine organizzato che approfitta della carenza di organi disponibili per i trapianti».



Super molecole contro il colesterolo

Dopo le statine, l'industria farmaceutica punta a farmaci che, in base agli studi, paiono più efficaci e potenti.

Che il colesterolo sia oggi considerato il nemico numero uno del cuore lo dimostrano gli sforzi titanici dell'industria farmaceutica: dopo le statine, sta per mettere sul mercato molecole che promettono di essere ancora più efficaci per ridurre i livelli nel sangue.

I nuovi farmaci (arriveranno forse quest'anno o nel 2016, dopo l'approvazione della Fda americana) sono anticorpi monoclonali con un meccanismo d'azione completamente differente: anziché abbassare l'Ldl (il colesterolo «cattivo») come le statine, fanno in modo che venga smaltito dal fegato e tolto dalla circolazione, abbassando il rischio di infarto e di eventi cardiovascolari. Simulano, in pratica, gli effetti di una rara mutazione genetica: una decina di anni fa gli scienziati avevano visto che alcune persone

con una forma mutata del gene PCSK9 mostravano livelli incredibilmente bassi di colesterolo Ldl, una donna addirittura sotto i 20 milligrammi per decilitro. E stavano benissimo. Sarebbe fantastico, si sono detti i ricercatori, mettere a punto un farmaco capace di mimare l'azione del gene mutato, mettendo fuori uso il colesterolo cattivo. Colossi come Pfizer, Sanofi e Amgen hanno pronte molecole che fanno esattamente questo: nei test clinici, la riduzione dell'Ldl è stata dal 29 al 68 per cento, a seconda del dosaggio.

Sostituiranno le statine? «Non sarà così. Le statine sono farmaci di prima scelta, molto efficaci in chi è a rischio cardiovascolare» risponde Cesare Fiorentini, direttore Sviluppo area clinica al Centro cardiologico Monzino di Milano. «Ma possono dare problemi ai muscoli, come la mialgia; e in alcuni pazienti, il

colesterolo non riesce comunque a scendere sotto i livelli desiderati. Nel primo caso, potremmo utilizzare questi anticorpi monoclonali al posto delle statine. E in chi è resistente alla terapia, potrebbero aggiungersi alla cura standard».

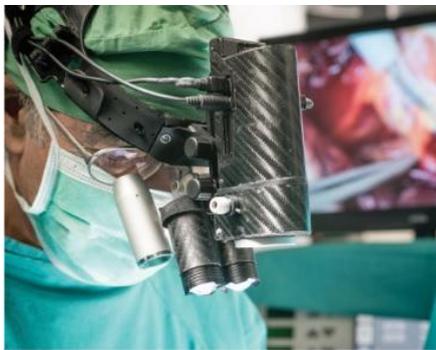
Negli studi preliminari, ci sono stati casi di pazienti che, con i nuovi farmaci, hanno visto il proprio colesterolo cattivo crollare da oltre 100 milligrammi a meno di 50-40. Non sarà un po' troppo, si sono chiesti i medici? «Su questo, in effetti, i dubbi esistono, e c'è discordanza di opinione tra cardiologi americani ed europei. Per loro, superdecisionisti, più il colesterolo è basso meglio è, un po' come avviene per la pressione arteriosa. Per noi europei, conviene non scendere sotto i 70 milligrammi. Ipertrattare, a mio avviso, è sempre sconsigliabile». (Daniela Mattalia)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.adnkronos.com/salute/>

Scatola nera in sala operatoria, una videocamera montata sul casco per il chirurgo



Una 'scatola nera' in sala operatoria, che registra tutto quello che accade sotto gli occhi del chirurgo. "A vantaggio della didattica, della trasparenza, e anche come traccia medico-legale". A descrivere l'utilizzo di un prototipo di videocamera frontale in chirurgia e nella microchirurgia tiroidea è Andrea Ortensi, direttore Uo Microchirurgia generale Casa di cura Fabia Mater di Roma, che ha illustrato l'iniziativa in un incontro oggi a Roma.

"L'idea - spiega Ortensi all'Adnkronos Salute - nasce dall'esigenza di maggiore trasparenza e di tutela sia del paziente che del chirurgo. Volevamo far capire a scienziati e medici, ma anche ai cittadini, cosa accade sotto gli occhi del chirurgo. Finora la videocamera fissa o l'operatore in sala registravano i movimenti, ma non li mostravano nel dettaglio, con eventuali ingrandimenti, tracciando anche l'evoluzione dell'operazione in tempo reale".

Così, anche guardando alle videocamere per sportivi ora tanto in voga, il medico ha pensato a una videocamera frontale applicata "con un caschetto sulla fronte di chi opera": una sorta di 'terzo occhio' che permette agli assistenti di visualizzare i movimenti del chirurgo, ma anche di tracciare l'intervento attimo per attimo, per garantire anche maggiore trasparenza dal punto di vista medico legale. "Inoltre la videocamera frontale può rappresentare, a livello didattico, una grande opportunità per gli studenti", rileva il chirurgo.

La 'scatola nera' è stata così adottata per "gli interventi più importanti e nel caso dei tumori alla tiroide. Usiamo un prototipo unico, che consente gli ingrandimenti necessari per la microchirurgia e pesa 300 grammi, dotato di un sistema anti-vibrazione e di un zoom attivabile sia manualmente che con un pedale", dice Ortensi. "Sul versante della responsabilità professionale, inoltre, la videocamera consente di ricostruire i fatti in maniera oggettiva, tutelando sia i pazienti che i professionisti". Il prototipo, assicura l'esperto, potrà essere utilizzato in tutti i settori della chirurgia.

ilpunto

Tutela sanitaria, salviamo la vita dello sport di base

di Massimo Achini

Le società sportive dilettantistiche dormono con l'incubo defibrillatori. Mi spiego. D'accordo nel tutelare in ogni modo la salute dei ragazzi e di chi fa attività sportiva. Su ciò che "dice o non dice" il famigerato decreto Balduzzi, in materia di defibrillatori, la questione è invece molto più complessa e per certi versi surreale. Partiamo dalla fine. A gennaio entrerà (forse) definitivamente in vigore quanto previsto dal decreto Balduzzi con l'introduzione obbligatoria dei defibrillatori in ogni campo di gioco. A "spaventare" non è dover portare il defibrillatore a bordocampo, bensì la poca chiarezza sulla normativa. Per parlare di tutela sanitaria abbiamo riunito in un comitato del Csi 200 dirigenti di società. Solito ritornello: «Abbiamo capito poco o nulla. Non siamo contrari al defibrillatore. Anzi. Ma non abbiamo capito le norme che ne regoleranno l'introduzione. Troppo confuse e complicate. Ci chiarite le idee?». Come dar loro torto? Per essere sicuri di non sbagliare abbiamo dovuto dare la parola ad un "avvocato" esperto nella materia. E qui arriviamo al nodo della questione. La sensazione è che il nostro Parlamento si occupi poco di sport. E quando lo fa, ragiona, a partire da una distanza "oceanica" dalla vita vera e vissuta delle società sportive. Il caso "defibrillatori" ne è una testimonianza: la società sportiva, infatti, da "centro di gravità" finisce per essere "vittima" seppellita da una tonnellata di burocrazia confusa e poco comprensibile. Noi siamo favorevoli ad ogni azione che tuteli la salute di chi gioca. Pensate che nelle scorse settimane abbiamo persino

trasformato gli uffici della Presidenza nazionale in un piccolo centro medico per sottoporre i nostri dipendenti e collaboratori ad una visita accurata. Ma siamo ancora di più favorevoli ad un "Governo" e ad un "Parlamento" vicini allo sport di base. Capaci di riconoscerne concretamente il ruolo sociale; di comprenderne i bisogni ed interpretarne le esigenze; di valorizzare il volontariato che muove il sistema sportivo di base e non di farlo affondare nelle complicazioni e nella burocrazia; capaci di cogliere i bisogni delle società sportive come agenzie educative e di semplificare ad esse la vita anziché complicarla. Siamo fiduciosi in questa direzione nella speranza di vedere passi avanti. Ma siamo anche realisti e concreti. E perciò preoccupati. Cosa accadrà adesso? In materia di tutela sanitaria non staremo fermi. Ci saranno sensibilizzazioni a livello parlamentare per semplificare e rendere più chiara la normativa. Ci riusciremo? Non possiamo promettere nulla se non il fatto di provarci. Intanto, sul tema defibrillatori, come sempre, l'universo delle società sportive viaggia un passo avanti. Così, pur nell'incertezza del momento, molte società sportive hanno già scelto di comprare una macchina "salva vita" e trovato tesserati da iscrivere ai corsi di formazione obbligatori. Perché parlarne adesso? Perché la prossima stagione sportiva inizia a settembre. La speranza è quella di trovarci ai nastri di partenza con le idee chiarissime in termini di tutela sanitaria evitando il rischio che a metà stagione (gennaio 2016) le cose cambino creando confusione per tutti.



EPATITI VIRALI

QUEI VIRUS INSIDIOSI CHE INFETTANO IL FEGATO

Il tipo che si trasmette con più facilità è quello dell'epatite A, attraverso il cibo contaminato. La malattia ha solitamente un decorso benigno



di **Filippo Tradati**
Medico e docente universitario

Le epatiti virali sono malattie infiammatorie del fegato causate da virus. Ci sono diversi tipi di virus, identificati con le lettere dell'alfabeto, che possono infettare il fegato, con quadri clinici e prognosi molto diversi tra di loro. A tutt'oggi abbiamo **cinque virus epatitici maggiori**: A, B, C, D (Delta) ed E. Ne esistono anche altri che causano epatiti ma la loro incidenza, soprattutto in Italia, è trascurabile.

Per fortuna negli ultimi decenni, **nel nostro Paese, si è assistito a un progressivo calo** della frequenza di tali infezioni: questo per il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie generali, per le vaccinazioni anti-epatite B e anti-epatite A, e per l'attento e **scrupoloso screening dei donatori di sangue** che ha praticamente annullato il rischio di epatite C da trasfusioni di sangue e di emoderivati.

L'epatite A è il tipo che si diffonde più facilmente con la cosiddetta trasmissione oro-fecale, cioè attraverso l'ingestione di cibo che è stato conta-



minato da feci, urine o altri liquidi biologici infetti. Il virus è presente nelle feci degli individui infetti da 7-10 giorni prima della comparsa dei sintomi e sino a una settimana dopo.

ATTENZIONE AI CIBI CRUDI. Scarse condizioni igienico sanitarie, il consumo di acqua o di alcuni cibi crudi o non cotti a sufficienza, come molluschi allevati in acque contaminate da scarichi fognari contenenti il virus, oppure verdura e frutta innaffiate con acque mal salubri, favoriscono il diffondersi della malattia.

Dopo l'ingestione del virus con gli alimenti infetti si ha un periodo di incubazione di 15-50 giorni (in media 30). Negli adulti la malattia dà sintomi nell'80 per cento dei casi, mentre nei bambini è più facile che l'infezione decorra in modo del tutto asintomatico.

Dopo l'incubazione compaiono, in genere bruscamente, febbre, malessere, nausea, inappetenza, vomito e dolore addominale, seguiti dopo pochi giorni da una colorazione giallastra,

dapprima degli occhi (subittero) e successivamente della pelle (ittero).

La diagnosi è possibile sulla base dei sintomi, dell'anamnesi e sul riscontro dei valori alterati degli esami del sangue (Ast, Alt, fosfatasi alcalina, gamma Gt bilirubina...). La malattia solitamente ha un decorso benigno, e dura dalle 2 alle 10 settimane, dopo le quali **si guarisce senza conseguenze, con una immunità permanente.**

L'epatite A non cronicizza mai. Raramente l'infezione determina un'epatite fulminante. Il tasso di mortalità è di circa lo 0,3 per cento, ma è più elevato con l'avanzare dell'età (in età superiore a 40 anni è di circa il 2 per cento).

LA DOMANDA DELLA SETTIMANA

Viaggio molto e spesso in Paesi esotici. Cosa posso fare per evitare di infettarmi con il virus dell'epatite A?

ADOLFO, CHIETI

– **L'epatite A può essere prevenuta** rispettando le normali norme igieniche: *lavarsi le mani accuratamente prima dei pasti, lavare e sbucciare frutta e verdura di non certa origine (magari usando prodotti a base di ipoclorito di sodio diluiti in acqua), evitare il consumo di frutti di mare crudi o poco cotti, soprattutto se non di origine garantita, proteggere gli alimenti anche dagli insetti, evitare di bere acqua di pozzo. Esiste anche la vaccinazione anti-epatite A: è un vaccino da virus inattivato che viene somministrato per via intramuscolare. Studi clinici hanno dimostrato come questo vaccino sia in grado di proteggere dal virus A oltre il 95% dei soggetti che hanno completato le due vaccinazioni. Non è tra le vaccinazioni obbligatorie ma lo si può consigliare per alcune categorie ad alto rischio (viaggiatori in certe aree del mondo sia per lavoro sia per diporto, operatori ecologici, militari, affetti da epatiti croniche, personale sanitario).*

<http://www.lastampa.it/>

Negli asili di New York vietato stare seduti più di mezzora

Giro di vite per le scuole dell'infanzia nel segno della lotta all'obesità sulle linee guida della first lady Michelle Obama. E i succhi di frutta sono ammessi soltanto per i bimbi dai 2 anni



FRANCESCO SEMPRINI

La crociata per la salute pubblica parte dalla prima infanzia. E' questa la filosofia alla quale si sono ispirate le autorità di New York nell'applicare una serie di misure restrittive a «salvaguardia» dei piccolissimi che ogni giorno trascorrono parte della loro giornata in asili e nidi. A partire dall'imposizione di un limite massimo di trenta minuti per tutte le «attività sedentarie», compreso lo stare seduti ai banchi o ai tavolini di scuola. Attualmente il limite era di 60 minuti, considerato dalle autorità un tempo troppo lungo, e quindi incline a favorire ozio e aumento di peso.

LE LINEE GUIDA DI MICHELLE OBAMA

Il giro di vite imposto ai «day care» certificati della City prevede inoltre limiti alla somministrazione di succhi di frutta e restrizioni severe ai tempi concessi davanti alla televisione. La «ricetta perfetta» per un'infanzia salutare - così è stata definita dagli esperti - è divenuta operativa a partire da questa settimana per disposizione del Board of Health della Grande Mela. Le autorità cittadine tengono a precisare di aver seguito le linee guida tracciate dalle strutture federali per contrastare il fenomeno dell'obesità giovanile, nell'ambito di quella crociata per la salute pubblica di cui è divenuta alfiere indiscusso Michelle Obama.

SUCCHI DI FRUTTA SOLTANTO DALL'ETA' DI 2 ANNI IN SU

E allora ecco fissata la nuova maggiore età per bere un succo di frutta presso la mensa di un asilo o un asilo nido, ovvero due anni, anziché gli otto mesi precedentemente fissati. Età superata la quale è possibile consumare comunque non più di quattro onces (circa 110 grammi) di succhi, rispetto alle sei onces previste prima. Si deve inoltre trattare di succhi al 100%, e quindi sono banditi tutti quei surrogati diluiti. Davanti alla tv si può trascorrere solo mezz'ora e non più un'ora, ben inteso che il limite è comprensivo anche del tempo che si passa davanti a un tablet, un pc o qualunque tipo di schermo.

IL TEMPO CONCESSO ALLA SEDENTARIETA'? AL MASSIMO 30 MINUTI

«La ricetta perfetta» passa inoltre per la lotta dura alla sedentarietà, ovvero non più di trenta minuti sono concessi per qualsivoglia abitudine che rientri in questa categoria, come lo stare seduti ad esempio. Non è compreso in questo caso invece il tempo che si dedica al riposo, inteso come sonno o pisolino pomeridiano, così come il tempo dedicato alla lettura, al disegno in tutte le sue espressioni, e quello concesso ai puzzle. Non è chiaro se i «Lego» rientrino nella categoria o siano un'attività «border line».

NON TUTTI I GENITORI SONO D'ACCORDO

Il giro di vite ha raccolto il plauso dei salutisti che lo hanno paragonato ai divieti imposti da Michael Bloomberg per le bibite gassate. Ma non tutti i genitori sono d'accordo, c'è chi sostiene che si tratta pur sempre di bambini tra 0 e 5 anni, per i quali tali regole sono veramente troppo severe. Tanto da essere considerate una forma di «pubblicità occulta» da parte del sindaco Bill De Blasio che vuole solo dimostrare di non essere da meno rispetto al suo predecessore in fatto di salute pubblica.