


Leggi e campagne

Divieti in auto e foto sui danni Ma è il prezzo il vero antifumo

di **Margherita De Bac**

La campagna antifumo del ministero della Salute è la prima dopo cinque anni con un testimonial popolare. A Renato Pozzetto (2009-2010), succede Nino Frassica, azzeccato persuasore, almeno si spera, protagonista di 4 spot dove ripete «Ma che sei scemo?». Scemo nel perseguire una cattiva abitudine che può portare a cancro e brutte malattie specie se coltivata in età precoce. La campagna fa parte di una manovra di accerchiamento contro il tabacco, condensata in un decreto legislativo con più fasi di attuazione che recepisce la direttiva europea, arricchito di norme italiane. Made in Italy è il divieto di fumo in auto in presenza di bambini e donne incinte, il no al consumo fuori dagli ospedali e alla vendita ai minori di ricariche con nicotina alle e-cig. Tra le restrizioni comunitarie,

aboliti i pacchetti di sigarette da 10 e le confezioni con più di 30 grammi di tabacco da arrotolare, largo ai pacchetti anonimi, dove le uniche scritte sono avvertenze e foto sui danni provocati dalle sostanze, via l'indicazione della percentuale di catrame per non indurre il cliente a credere che una concentrazione più bassa sia poco dannosa. Gli spot sono lo spunto per abbinare altri messaggi ad esempio contro il maltrattamento di animali. Basterà la controffensiva a abbassare la curva degli italiani che fumano, ferma da cinque anni su circa 10-11 milioni? Bene la simpatia di Frassica. Però va ricordato che i metodi terroristici non hanno evidenza di efficacia: i giovani se ne infischiano di sapere che si fanno male. Secondo l'Oms l'unico strumento davvero utile è il drastico aumento del prezzo dei pacchetti. Ma drastico, non 10 centesimi per volta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SIGARETTE: IL MINISTRO DELLA SALUTE ANNUNCIA IL DECRETO CHE RECEPISCE UNA DIRETTIVA EUROPEA

Divieto di fumo in auto con bambini a bordo

Lorenzin: «Via libera entro il mese». Vittime del tabagismo: in Italia sono 83 mila l'anno

IL CASO

CARLO GRAVINA

GENOVA. Proprio nel giorno in cui il **ministero della Salute** lancia la campagna contro il tabagismo, che solo in Italia provoca 83 mila vittime l'anno, **Beatrice Lorenzin** annuncia che il decreto legislativo che recepisce la direttiva Ue contro il fumo è pronto. E potrebbe essere approvato dal Consiglio dei ministri «già entro la fine di settembre». Si tratta di un provvedimento importante, che introdurrà diversi divieti e alcune novità.

Foto choc

Tra le misure che dovranno avere l'impatto maggiore, c'è l'introduzione sui pacchetti di sigarette di immagini choc che descrivono i danni causati dal fumo. Le avvertenze occuperanno il 65% del fronte e del retro delle confezioni e non più il 30-40 per cento come avviene oggi. Sul pacchetto, inoltre, troverà spazio anche il messaggio «il fumo del tabacco contiene oltre 70 sostanze cancerogene». Tra i divieti che ora sbarcheranno in Italia, anche quello che prevede lo stop all'uso di additivi che rendono più «attraenti» le bionde. Saranno aboliti, inoltre, i pacchetti da 10 sigarette e le confezioni di tabacco da arrotolare contenenti meno di 30

grammi. Altri divieti introdotti dal decreto, ma non previsti dalla direttiva, saranno quello di vendita ai minori di sigarette elettroniche con presenza di nicotina, divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza, divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali e inasprimento delle sanzioni per la vendita ai minori fino alla revoca della licenza.

I danni

Oltre ad annunciare i provvedimenti che a breve il governo approverà, **Lorenzin** ha illustrato i numeri del tabagismo in Italia. Il tabacco, ha ricordato il **ministro della Salute**, provoca più decessi di alcol, Aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. L'epidemia da tabacco è una «delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia», tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha definito il fumo di tabacco come «la più grande minaccia per la salute nella regione europea». In Italia, i fumatori sono 10 milioni e ben il 23,4% degli studenti dei primi anni delle superiori, secondo un'indagine 2014 in collaborazione con l'Università di Torino, afferma di fumare (erano il 20,7% nel 2010). Quanto all'acquisto delle sigarette, il 63,9% di questi non ha ricevuto un rifiuto dall'esercente nonostan-

te il divieto di vendita ai minori. E nonostante la legge Sirchia del 2003 per lo stop al fumo nei luoghi chiusi abbia portato a dei passi avanti, ancora molto resta da fare, anche considerando che l'80% di chi ha tentato di smettere ha fallito.

Vendite in calo

Il divieto di fumo nei locali pubblici ha portato in dieci anni a meno sigarette vendute e meno malattie cardiovascolari, con un bilancio sostanzialmente positivo anche se «occorre continuare a impegnarsi per mantenere e migliorare i risultati conseguiti». La diminuzione delle vendite di sigarette negli ultimi 10 anni (2004-2013) è pari a circa il 25,1%, e per il 2012, per la prima volta in 10 anni, sono scese anche le vendite del tabacco trinciato (-0,7%). Dall'elaborazione dei dati dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), nel corso del 2014 risulta che le vendite dei prodotti del tabacco si sono ridotte del 5,4% rispetto al 2011. Insieme alle vendite, negli ultimi dieci anni sono in calo anche il numero delle crisi cardiache legate al fumo con valori che vanno dal -4% al -13% dei ricoveri per infarto tra le persone in età lavorativa.

gravina@ilsecoloxix.it

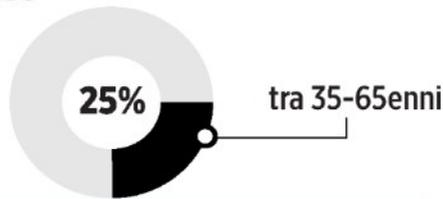
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Numeri in fumo

70-83mila

morti ogni anno
tra i fumatori



FUMATORI IN ITALIA NEL 2014

10,3 mil di fumatori

su 52,3 milioni
di abitanti over 14



di cui

6,2 mil di uomini



26,4% tra 25 e 34 anni

4,1 mil di donne



20,5% tra 20 e 24 anni

LA VENDITA DI SIGARETTE

-5,7% numero sigarette
vendute dal 2011

-25,1% tra il 2004
e il 2013

Fonte: Istat, [Ministero della salute](#)

ANSA [centimetri](#)



LE IMMAGINI CHE DEVONO DISSUADERE

TRA le novità che saranno introdotte dal testo che recepisce la direttiva Ue, anche l'introduzione di pacchetti di sigarette che riportano immagini choc che illustrano i danni del fumo. In alto, una delle foto che si troveranno sui pacchetti in Italia dopo il via libera del governo. Immagini simili, sono già diffuse in altri paesi europei

Dir. Resp.: Ezio Mauro

R2 / LA COPERTINA

La scienza
non è donna
(per colpa
dei maschi)

Nel mondo della ricerca
il 97% dei premi Nobel
assegnato agli uomini

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ANAIS GINORI

A PAGINA 32

La scienza non è donna (colpa dei maschi)

Hanno identificato il virus Hiv, trovato il gene responsabile del tumore al seno, scoperto la composizione a idrogeno ed elio delle stelle. Eppure i pregiudizi sull'attitudine femminile per fisica, matematica, chimica e altre discipline sembrano non tramontare mai. Come dimostra l'ultima indagine internazionale sul tema. In cui scopriamo che il "gender gap" qui in Italia è superiore alla media Ue

Per il 67% del campione del nostro Paese le ricercatrici non sono in grado di fare carriera

La Nobel Elizabeth Blackburn: "Perché non proporre quote rosa anche in questi settori?"

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ANAIS GINORI

Quando Elizabeth Blackburn era ancora al liceo, un professore le chiese: «Perché una ragazza carina come te studia materie scientifiche?». Blackburn rispose con un mezzo sorriso. «Come tante - ricorda - avevo poca fiducia in me stessa e non sono riuscita a rispondere con una battuta». La

sua rivincita sui pregiudizi è stata conquistare nel 2009 il premio Nobel della Medicina grazie alla scoperta del meccanismo di protezione molecolare dei cromosomi. «Eppure è passato mezzo secolo da quando il professore mi fece quella battuta sessista e i pregiudizi sono ancora molti» commenta la scienziata australiana, 66 anni, durante la presentazione del nuovo rapporto su *Donne e Scienze* realizzato da OpinionWay per la fondazione L'O-

réal.

Blackburn sa di appartenere a una piccolissima nicchia: il 97% dei premi Nobel scientifici sono stati finora assegnati solo ad uomini. E in Occidente, tra il



2000 e il 2010 la proporzione di donne con incarichi di ricerca scientifica è rimasta bassa, meno di un terzo dei posti, aumentando di soli tre punti: dal 26 al 29%. Il caso di Blackburn che ha diretto per anni il dipartimento di microbiologia e immunologia dell'Università della California non è così diffuso. Solo l'11% degli alti incarichi accademici in Occidente è occupato da scienziate.

«Gli stereotipi sono ancora straordinariamente forti» osserva Hugues Cazenave, presidente di OpinionWay. L'indagine condotta in cinque paesi europei, tra cui l'Italia, ha dimostrato che solo il 10% degli intervistati pensa che le donne abbiano particolari attitudini per la scienza e ben il 67% è convinto che non abbiano le capacità necessarie per una carriera scientifica di alto livello. Nel nostro paese il pregiudizio è superiore alla media europea e arriva al 70% del campione. Per la stragrande maggioranza degli intervistati le donne sono più portate per le scienze sociali (38%), la comunicazione (20%), le lingue (13%), l'arte (8%). Le scienze vengono alla fine (10%) seguite da management e politica (5%).

Per testare la persistenza dei cliché OpinionWay ha organizzato una sorta di quiz. Chi ha identificato il virus Hiv? Il 66% degli intervistati ha dato un nome maschile, senza sapere che si tratta dell'immunologa Françoise Barré-Sinoussi. Chi ha trovato il gene responsabile del tumore al seno? Un uomo per il 55% degli intervistati e pazienza se si chiama Mary-Claire King. Chi ha scoperto la composizione ad elio e idrogeno delle stelle? Il 77% è convinto che sia uno scienziato, e difatti si chiama Cecilia Payne. «La cosa sorprendente - spiega il presidente dell'istituto di sondaggi - è che queste risposte in qualche modo sessiste sono condivise sia dagli uomini che dalle donne». Le percentuali non variano

poi tanto a seconda del genere, segno che gli stereotipi sono ben radicati anche nelle mentalità.

In generale, quando si domanda a qualcuno di ricordare un grande scienziato il 71% delle persone dice un nome maschile, con Albert Einstein che batte tutti (citato dal 45%), mentre Marie Curie (27%) è l'eccezione che conferma la regola. Almeno nei simboli l'Italia è più fortunata: Rita Levi Montalcini viene ricordata dal 21% degli intervistati e Margherita Hack dall'8%. Eppure quando si chiede di immaginare una carriera da scienziata solo il 2% pensa all'astronomia e il 10% alla fisica o alla chimica. Un quarto degli intervistati (24%) cita il lavoro di ricerca e appena il 3% la matematica o l'ingegneria.

Il soffitto di vetro alla carriera scientifica femminile è creato soprattutto da resistenze culturali: la metà del campione (49%) non vede ostacoli innati nella natura delle donne. Almeno questo pregiudizio non c'è più. Ma è nella scuola che si formano le prime discriminazioni. L'ironia del professore della futura Nobel non è un'eccezione. Il "gender gap" inizia proprio durante l'adolescenza. Solo il 35% delle donne si è sentita incoraggiata a fare studi scientifici, il 9% ha avuto invece segnali negativi al riguardo. Il risultato sono due linee che si biforcano, ovvero l'andamento del percorso di studi e carriera a seconda del genere. Al liceo i ragazzi sono ancora quasi alla pari nello studio di materie scientifiche: 51% di uomini e 49% di donne. Già all'università comincia a scavarsi un solco. Nelle facoltà scientifiche gli iscritti sono il 68% contro il 32% di iscritte, una distanza che sale fino al 75% contro il 25% al livello di dottorato.

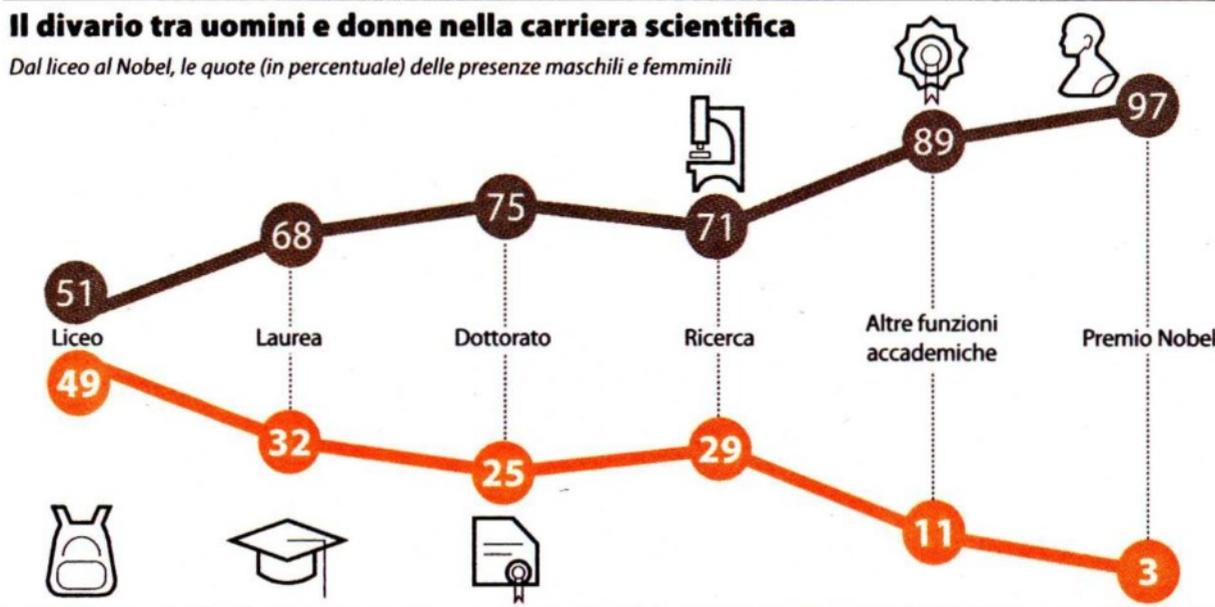
«Bisogna combattere i pregiudizi sin dalla scuola» com-

menta David Macdonald, direttore del programma *For Women in Science* di L'Oréal che ha già premiato insieme all'Unesco 2500 donne scienziate di 110 paesi. Una di loro è Nourtan Abdeltawab, ricercatrice in immunologia, che partecipa alla campagna #ChangeTheNumbers lanciata ieri, in occasione della pubblicazione del nuovo rapporto. «Quando sono partita dall'Egitto per andare negli Stati Uniti a studiare - ricorda Nourtan - molti mi hanno avvertito che al mio ritorno non avrei mai trovato un marito e che la mia vita sarebbe stata sprecata». Un'altra scienziata premiata dal programma di Unesco-L'Oréal è Signe Normand, ricercatrice nell'impatto del riscaldamento climatico sulla biodiversità. «Lavoro sul campo tre settimane all'anno - racconta - e spesso mi chiedono come faccio con i bambini e capisco che molti pensano che io sia una cattiva madre».

Blackburn sostiene che esiste ancora il cliché della scienziata un po' arcigna e bisbetica. Fare la cervellona non è sexy. «Guardatemi sono felice, ho fatto carriera e ho una famiglia» scherza la premio Nobel. Il primo passo per sconfiggere gli stereotipi è accorgersi che esistono, nonostante il lungo cammino di emancipazione. Lo studio di OpinionWay dimostra che molti non ne sono consapevoli. Il 28% del campione è convinto che le donne occupino alla pari le più alte cariche accademiche: una sottovalutazione del fenomeno che è anche femminile. Per fortuna c'è una disponibilità al cambiamento. Il 66% degli intervistati è scandalizzato dal fatto che i Nobel alle donne siano stati così pochi. L'84% vuole delle misure in favore della parità. Con delle quote? «Perché no - risponde Blackburn - se serve a ridare fiducia alle donne e creare un movimento si può studiare un meccanismo transitorio».

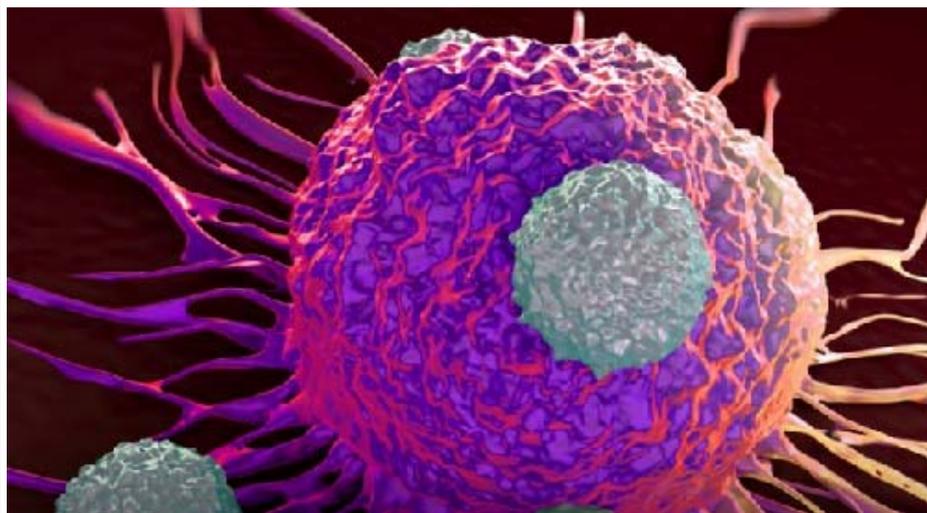
Il divario tra uomini e donne nella carriera scientifica

Dal liceo al Nobel, le quote (in percentuale) delle presenze maschili e femminili



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

CANCRO: COSÌ SI METTE UN FRENO ALLE CELLULE TUMORALI



E' possibile **riprogrammare** una cellula tumorale per farla tornare normale, disinnescando così la diffusione del tumore nei tessuti. Ci sono riusciti in vitro su cellule umane di tumore al seno e alla vescica i ricercatori della Mayo Clinic in Florida, e spiegano come in uno **studio** pubblicato su *Nature Cell Biology* che potrebbe rappresentare una **verasvolta per le cure** per il cancro.

Le cellule tumorali altro non sono che cellule normali che però durante la replicazione **continuano a dividersi** in modo incontrollato dando luogo al tumore. A dare il segnale di fermare la divisione di solito ci pensano i microRNA, piccoli ma importanti marcatori biologici all'interno delle cellule. In quelle cancerose, però, accade qualcosa che ferma questo processo.

La responsabilità sembra essere di due **proteine di adesione**, E-caderina e p120, che oltre a fungere da colla per tenere insieme le cellule hanno anche altri ruoli, tra i quali quello di segnalazione. I ricercatori si sono resi conto che il loro comportamento è diverso nelle cellule normali rispetto a quelle cancerose. Quello che hanno scoperto è che la differenza tra la versione "buona" di queste proteine (adeguati regolatori di crescita cellulare) e la versione

"cattiva" (promotori della tumorigenesi) era la presenza della **proteina PLEKHA7**. Se questa è presente, regola la produzione di una serie di microRNA che attivano il comportamento "buono" della E-caderina e della p120. In assenza della proteina PLEKHA7, viene invece espresso il comportamento "cattivo" e le cellule sono cancerose.

Iniettando nelle cellule tumorali la proteina PLEKHA7 o le catene di microRNA prodotte, i ricercatori sono stati in grado di **farscompare il comportamento tumorigenico**. In pratica mettendo un freno alla replicazione fuori controllo, le hanno ritrasformate in cellule normali. Gli autori avvertono che questi risultati sono stati ottenuti sì su cellule tumorali umane, ma solo in vitro e **non in vivo su pazienti** in carne e ossa. La prossima sfida consisterà da un lato nell'individuare il miglior **metodo di somministrazione** di questa rivoluzionaria terapia, dall'altro nel capire se questa scoperta può anche aiutare a capire se alcune lesioni precancerose sono destinate a diventare un tumore, in base alla presenza o all'assenza della proteina in questione. Una **diagnosi precoce**, ormai lo sappiamo, è il primo potente alleato sulla via della guarigione.



adnkronos
salute

○ 17 settembre 2015
○ NUMERO 140 | ○ ANNO 9

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Cocktail immunoterapici anti- melanoma, primi test a Siena

Partirà a Siena "il primo studio al mondo di immunoncologia nel melanoma cutaneo, che - spiegano i ricercatori - combina due farmaci innovativi mai associati tra loro: l'ipilimumab, che utilizzato da solo ha già dato ottimi risultati nella cura della malattia, e l'SGI-110, un nuovo farmaco epigenetico che modifica il Dna delle cellule tumorali". Nella ricerca saranno coinvolti 19 pazienti, spiegano gli studiosi. Una notizia che premia gli ultimi 10 anni di ricerca pre-clinica e clinica portati avanti a Siena dall'équipe di Immunoterapia oncologica, diretta da Michele Maio, ormai centro di riferimento internazionale per l'immunoncologia, e che sono stati appena pubblicati su 'Clinical Cancer Research'. In sintesi, il primo farmaco attiva il sistema immunitario mentre SGI - 110 cambia le caratteristiche molecolari ed immunologiche del tumore. "Sulla base dei risultati ottenuti prima in laboratorio, e quindi in modelli animali - prosegue Maio - vogliamo comprendere se possiamo aumentare l'efficacia dell'ipilimumab grazie al potenziale immunomodulante dei farmaci epigenetici, che permettono alle cellule tumorali di esprimere sulla loro superficie cellulare molecole che le rendono più sensibili al riconoscimento ed alla distruzione da parte del sistema immunitario del paziente, che è stato contestualmente 'iperattivato' dal trattamento con ipilimumab". Obiettivo della terapia combinata è "modificare le caratteristiche del tumore rendendolo maggiormente visibile da parte del sistema immunitario, attivando contestualmente le difese immunitarie del paziente per combattere meglio e in maniera più specifica la malattia".

(M.L.)

http://www.huffingtonpost.it/2015/09/15/olio-doliva-cancro-al-seno-_n_8138124.html

L'olio d'oliva riduce il rischio di cancro al seno. La dieta mediterranea aiuta a prevenire le malattie



L'olio extravergine d'oliva riduce il rischio di cancro al seno.

Uno [studio](#) pubblicato sul [Journal of American Medicine](#), e riportato da [The Daily Best](#), analizza l'incidenza di cancro al seno su 4282 donne di età compresa tra i sessanta e gli ottant'anni, che sono state sottoposte a tre diete differenti: una dieta mediterranea con un incremento di olio extravergine di oliva, una dieta mediterranea con un supplemento di noci, e una dieta povera di grassi.

Dopo cinque anni in cui le pazienti sono state studiate, i ricercatori hanno osservato che le 1476 donne che hanno seguito la dieta con olio di oliva hanno avuto il 68 per cento in meno di rischio di cancro maligno al seno rispetto alle 1391 donne che hanno invece fatto la dieta di controllo. La maggior parte delle donne, che in media avevano 67 anni, sono andate in menopausa prima dei 55 anni, e solo il 3 per cento ha dichiarato di seguire la terapia ormonale.

Il dottor [A. Martinez-González](#), autore di numerose ricerche sulla prevenzione attraverso la dieta mediterranea, aveva già studiato gli effetti benefici dell'olio di oliva ed extravergine sulla salute, e aveva concluso che aveva benefici sulle malattie cardiovascolari, che hanno aperto la strada a nuove ricerche, come questa

appunto.

I benefici della dieta mediterranea, chiaramente, non sono solo nell'olio di oliva, bensì anche nel consumo di legumi, frutta, verdura, formaggi, poca carne rossa e vino rosso. Infatti, che fosse un regime alimentare salutare e riducesse il rischio di determinate malattie, come l'Alzheimer, il Parkinson e disturbi al cuore, era cosa nota.

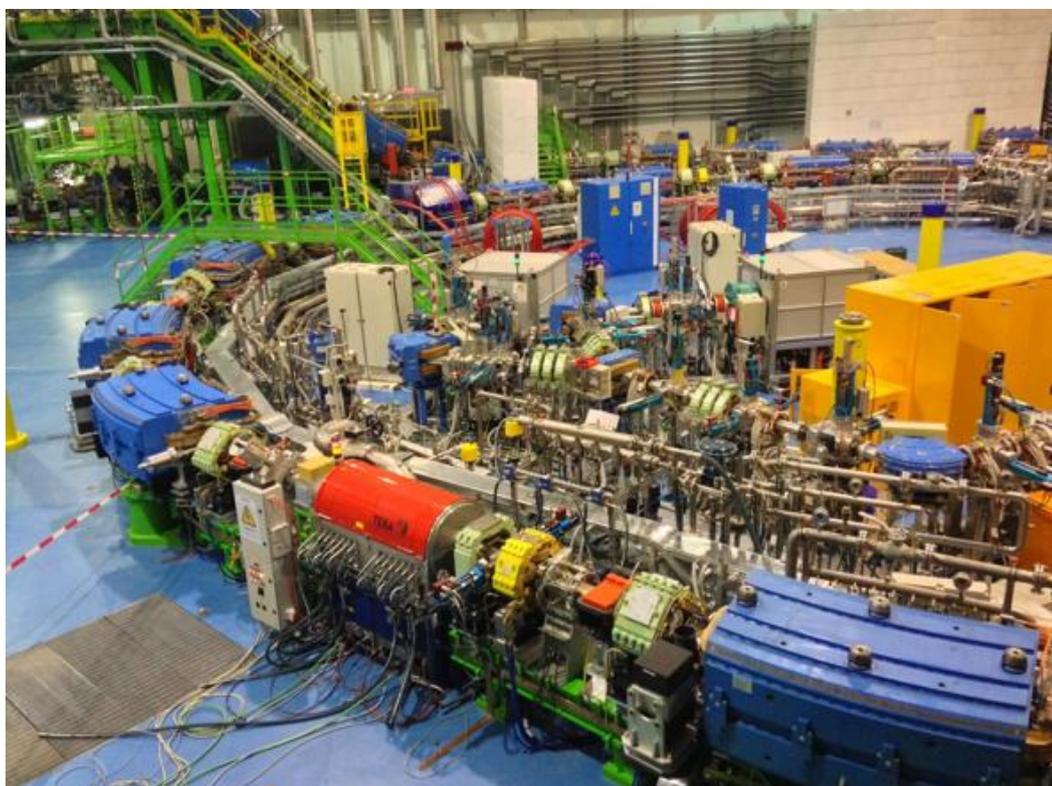
Ma la novità è proprio nella scoperta della prevenzione per quanto riguarda il cancro al seno. È lo stesso Martínez-González ad aver sottolineato che lo studio è solo una base per nuove ricerche, che dovranno essere effettuate su un numero più elevato di pazienti.

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

Adroterapia e radioterapia Quali sono le differenze? A chi serve?

La terapia tratta tumori non operabili e resistenti ai tradizionali trattamenti radioterapici. Unico centro in Italia è a Pavia

di Vera Martinella



A mia madre è stato diagnosticato un raro tumore cerebrale e pare che le cure tradizionali non siano adatte. Ci hanno detto di rivolgerci al Centro di adroterapia di Pavia. Prima di affrontare il viaggio (siamo pugliesi) vorrei capire come funziona questa cura. È una tecnica sperimentale? È rimborsata dal Servizio sanitario?

Risponde **Roberto Orecchia**, direttore scientifico del centro nazionale di Adroterapia Oncologica (Pavia).

Colpisce il tumore preservando i tessuti sani

L'adroterapia non è una terapia sperimentale ma una forma avanzata di radioterapia sviluppata per trattare i tumori non operabili e resistenti ai tradizionali trattamenti radioterapici. Non è sostitutiva della

radioterapia, con cui oggi è trattata circa la metà dei malati oncologici, ma è necessaria nei casi in cui la radioterapia si rivela inefficace. Ciò accade ad esempio con i tumori «radio-resistenti» e nei casi in cui i tessuti tumorali sono vicini ad organi vitali e delicati come, occhi, nervi, cervello o intestino, che devono essere preservati dagli effetti collaterali della radioterapia.

L'adroterapia, infatti, è in grado di colpire solo il tumore preservando i tessuti sani e permette di somministrare dosi più intense di radiazioni aumentando le possibilità di successo del trattamento. Questo perché mentre la radioterapia convenzionale utilizza raggi X o elettroni, l'adroterapia prevede principalmente l'uso di protoni o ioni carbonio: particelle atomiche, dette «adroni» più pesanti e dotate di maggiore energia degli elettroni e quindi più precise ed efficaci.

Protoni e ioni carbonio

Il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia è uno dei quattro centri mondiali, l'unico in Italia, in grado di effettuare l'adroterapia sia con protoni che con ioni carbonio. Il CNAO è una fondazione privata, senza scopo di lucro, istituita dal Ministero della Salute nel 2001. Il centro è ora convenzionato con il Servizio Sanitario solo per la Lombardia e l'Emilia Romagna. Per le altre Regioni è necessario procedere con l'autorizzazione delle ASL di residenza, con grandi difficoltà.

Trattati 620 pazienti: ecco i protocolli

A oggi qui sono stati trattati 620 pazienti per i quali non esisteva un trattamento alternativo e si continuano a curare pazienti che rientrano nei 23 protocolli clinici autorizzati dal Ministero della Salute, per i tumori che colpiscono: sistema nervoso centrale (gliomi ad alto grado, gliomi a basso grado); base cranica (cordomi e condrosarcomi, meningiomi); occhio e orbita (melanoma oculare e altri tumori rari che toccano la congiuntiva, ghiandole lacrimali, o i tessuti nervosi o connettivali); testa e collo (adenocarcinomi, carcinomi adenoidei cistici, sarcomi, melanomi mucosi; tumori di origine epiteliale come i carcinomi spino-cellulari in fase avanzata; seni paranasali e cavità nasali; ghiandole salivari; distretto addominale (fegato e pancreas per tumori in fase avanzata); distretto pelvico (prostata, per tumori ad alto rischi e retto, per le recidive); ossa e tessuti molli (sarcomi). Presto potranno essere trattati anche i linfomi di Hodgkin e i tumori pediatrici.

Come accedere al trattamento

Per accedere al trattamento è necessaria una visita con i medici del CNAO che analizzano gli esami diagnostici già eseguiti. Per limitare l'impegno economico del paziente, il centro prevede visite virtuali per valutare l'idoneità al trattamento attraverso una pre-valutazione della documentazione clinica per via telematica. Confermata la possibilità di un trattamento, inizia il percorso terapeutico. Medici e tecnici definiscono la posizione sul lettino studiata per consentire la maggior precisione possibile del raggio (indolore) che colpirà i tessuti tumorali. Poi si deve individuare, attraverso TAC, risonanza magnetica e PET, il tessuto tumorale da irradiare. Ogni ciclo di trattamento può durare da una a sei settimane con una seduta al giorno (di circa mezz'ora) per quattro o cinque giorni a settimana.

Il sito web di Pharmastar non utilizza cookie di profilazione. Sono invece utilizzati cookie strettamente necessari per la navigazione delle pagine e di terze parti legati alla presenza dei "social plugin". [Per saperne di più](#) [Accetto](#)



HIGHLIGHTS DEL CONGRESSO EULAR 2015

Altri articoli della sezione Orto-Reuma

- Più fratture per i diabetici di tipo 1 e 2
- Artrite reumatoide, conferme di efficacia per rituximab a lungo termine
- Quanto stare al sole per avere la giusta quantità di vitamina D? Ce lo dice una nuova APP
- Metabolomica: un nuovo approccio di ricerca in reumatologia
- Artrite reumatoide, efficacia abatacept e tocilizumab paragonabili

Ultime 5 notizie pubblicate sul sito

- Più fratture per i diabetici di tipo 1 e 2
- Entro il 2018 una rete per la gestione delle malattie respiratorie croniche in Italia. Un progetto AIMAR
- Epatite C: regime di AbbVie, nuovi dati sul genotipo 1 nella real life
- Immunoncologia: parte a Siena il primo studio al mondo che combina due nuovi farmaci nel melanoma
- Obesità: risposta precoce al trattamento con liraglutide 3 mg porta a maggiore riduzione del peso

Interviste

Osteoporosi malattia sociale: stiamo facendo abbastanza?



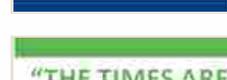
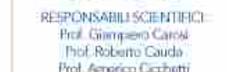
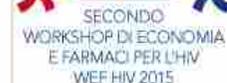
16 settembre 2015

Mi piace G+ Share

L'osteoporosi è un deterioramento della massa e della qualità dell'osso con aumentato rischio di fratture per traumi minimi che colpisce le donne dopo la menopausa ma anche i maschi, gli anziani ma anche i giovani affetti da patologie endocrine come le malattie di tiroide e paratiroidi e non endocrine come la celiachia.

Per la sua enorme rilevanza sociale e clinica l'osteoporosi sarà al centro dello Skeletal Endocrinology Meeting (in programma a Brescia a partire da domani) che vedrà a confronto esperti provenienti da ogni parte del mondo. Nel nostro Paese per fronteggiare "l'emergenza osteoporosi" sono stati appena aggiornati da parte di [AIFA](#) i criteri di rimborsabilità per i farmaci destinati al trattamento dell'osteoporosi.

"La nuova nota 79, che elenca tali criteri, ha introdotto diverse positive novità rispetto al passato" spiega il Professor Andrea Giustina, Ordinario di Endocrinologia all'Università di Brescia e Presidente del Gioseg "fra queste la maggiore attenzione per le donne che entrano precocemente (prima dei 50 anni) in menopausa e per i pazienti non solo con fratture non solo vertebrali o femorali, ma anche ad esempio alcune molto diffuse come quelle di polso o costali. Positiva anche la maggiore attenzione verso i sempre più frequenti casi di osteoporosi maschile. Infatti, sebbene questa sia percepita principalmente come una malattia femminile, in realtà, la crescita demografica e l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche che affliggono la popolazione più anziana ne fanno una patologia significativamente rilevante anche per il sesso maschile: un maschio su 5 dopo aver spento 50 candeline ha nel suo





Identikit del paziente con scompenso cardiaco, dati Osservatorio Arno



Cosa fare per chi deve assumere antiaggreganti e anticoagulanti?



Chi sono e come si trattano i pazienti fragili che presentano fibrillazione atriale?



Il futuro della terapia anticoagulante: cosa resta da fare?



Nuove analisi dello studio TECOS confermano la sicurezza cardiovascolare di sitagliptin



Cosa chiedono i pazienti europei affetti da fibrillazione atriale



Ipercolesterolemia familiare omozigote ed eterozigote: cosa sono e come si presentano i malati

[Guarda tutti i video ▶](#)

✓ Ultima Newsletter



Ogni minuto in Africa un bambino muore di malaria. L'impegno di Amref Health Africa

- Italia
- Ema
- Fda
- Cardio
- Diabete
- Dolore
- Gastro
- Neuro
- OncoEmato
- Orto-Reuma
- Pneumo
- Altri Studi
- Business

destino una frattura. Le fratture maschili sono circa il 30% del totale con particolare interessamento di femore (nel 30% dei casi), rachide (42%) e polso (20%).”.

Si stima che nei prossimi 10 anni il numero di uomini affetti da aumenterà del 10-15%, ma assai importante essere consapevoli del fatto che i maschi che subiscono una grave frattura come quella di femore hanno tassi di mortalità più elevati rispetto alle donne e in 1/3 dei casi si verifica una nuova frattura nei 12 mesi successivi.

Nonostante questo, negli uomini, l'osteoporosi e le fratture osteoporotiche restano tuttora sotto diagnosticate e sotto trattate.

Nella nuova nota è stato inserita anche la rimborsabilità per le terapie per la perdita di massa ossea indotta da inibitori dell'aromatasi nelle pazienti affette da tumore al seno e da blocco ormonale nei pazienti affetti da tumore alla prostata.

“Il Convegno sarà anche l'occasione per ribadire che quanto fatto finora non è ancora sufficiente per affrontare al meglio questa emergenza. Soprattutto” sottolinea il professor Giustina “la necessità che pazienti con osteoporosi severa complicata da fratture, che non dimentichiamolo, possono ridurre di molto la qualità della vita, debbano essere considerati alla stregua di pazienti affetti da altre malattie croniche disabilitanti e che attraverso un'esenzione specifica possano almeno accedere a quegli esami strumentali come la MOC, fondamentali per seguire l'evoluzione della loro patologia”.

Infine, durante il Congresso sarà discussa l'importanza di fornire ai pazienti la possibilità di eseguire un nuovo esame la morfometria vertebrale con la metodica DEXA metodica importante per la diagnosi delle fratture vertebrali in fase precoce.

© Riproduzione riservata



Scarica l'APP di PharmaStar per iPhone e iPad



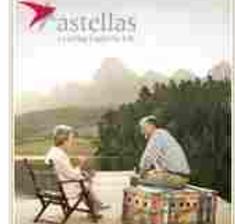
Come deve cambiare la comunicazione nel Pharma?



NUOVE IDEE PER IL MARKETING FARMACEUTICO

QUP VALUE

astellas



HELP CONTAIN THE DANGER IN HCRPC




per informazioni anche sui nuovi prodotti chiama il numero

800117678

Lilly

Osservatorio Malattie Rare

O.Ma.R.

La psicoterapia
previene le ricadute
della depressione
nel 60% dei casi
(il 10% se si usano
solo i farmaci).

La parola che cura

Gli antidepressivi
funzionano,
in media, nel
40-60% dei casi.

Depressione: 2ª causa di disabilità nel mondo (Oms)

**7,5
MILIONI DI
PERSONE IN
ITALIA CON
DIAGNOSI DI
DEPRESSIONE**

Gli psicofarmaci contro il mal di vivere, da soli, hanno scarsa efficacia. È invece fondamentale la psicoterapia, soprattutto nel prevenire le recidive degli episodi depressivi, come indica un nuovo studio italiano.

Se la depressione è leggera, i farmaci non danno alcun beneficio (soprattutto negli adolescenti). Quando il mal di vivere è più grave, le medicine possono aiutare, ma se alla cura chimica non segue una terapia della parola, la ricaduta è dietro l'angolo. Sembrano nozioni di buon senso, ma per distillare queste poche regole basandole su dati clinici e non sull'«impressione» del medico, ci sono voluti anni. Altri ne serviranno, probabilmente, prima che vengano messe in pratica sui pazienti, che oggi quasi sempre ricevono, con la diagnosi di depressione, solo una ricetta di psicofarmaci.

Un'analisi che ha preso in considerazione gli studi condotti in vent'anni su pazienti depressi, in corso di pubblicazione sull'*American Journal of Psychiatry*, la più importante rivista di psichiatria al mondo, a opera di tre studiosi italiani (Jenny Guidi, Elena Tomba e Giovanni Fava) fornisce le prime «linee guida» su come, quando e in quali casi usare la parola, i farmaci, o entrambi. Spiega Fava: «Quando agli antidepressivi segue una forma di psicoterapia, le ricadute sono circa il 40 per cento, nell'arco di sei anni, rispetto al 90 per cento tra coloro che hanno usato solo i farmaci». Un concetto

quasi rivoluzionario in psichiatria, dove non ci sono esami del sangue per stabilire chi è malato e chi no, o criteri uniformi e oggettivi per valutare l'andamento della malattia.

Queste conclusioni sono il punto di arrivo di un lungo percorso. In un'epoca in cui il Prozac la faceva da padrone, Giovanni Fava, docente di psicologia clinica all'Università di Bologna e di psichiatria alla State University di New York a Buffalo (Stati Uniti), provava a verificare sui pazienti se un ciclo di psicoterapia breve poteva aiutarli a superare i problemi, dall'insonnia ai disturbi dell'alimentazione che, com'era evidente ai terapeuti, rimanevano anche dopo un primo miglioramento ottenuto con i farmaci. La risposta, in quel momento sorprendente, fu che sì. Ma sono stati necessari molti altri studi per fare entrare di diritto la psicoterapia (o meglio alcune sue modalità come la terapia cognitivo-comportamentale o la terapia interpersonale) nello scarno arsenale delle armi contro la depressione. All'inizio non ci credeva nessuno, e lo spirito dei tempi proponeva soluzioni più facili e veloci. Ma che erano tali solo in apparenza. (Chiara Palmerini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Niente smartphone a tavola: si rischia l'obesità

L'avvertimento da Expo 2015

Una buona alimentazione non è solo una questione di scelte nutrizionalmente corrette ma anche di buone abitudini a tavola, e quella di utilizzare **smartphone** e altri dispositivi *mobile* anche mentre si mangia non è di certo tale. Il rischio è di mettere a rischio la propria salute, minacciata non solo da problemi digestivi ma anche da veri e propri disturbi dell'alimentazione e da errori che nel lungo termine possono portare all'**obesità**.

Articoli Correlati

[Tè verde, aiuta a combattere obesità e diabete](#)

[Adolescenza, sonno "sregolato" aumenta possibilità d'ingrassare](#)

[Da Expo il cibo per il cervello delle donne](#)

[Sorrisi e premi: così si convincono i bambini a mangiare sano](#)

[Smartphone: esiste legame emotivo con il telefono](#)

[Grassi trans contro grassi saturi: chi fa più male?](#)

L'argomento è stato portato al centro dell'attenzione dallo psicologo Guido Orsi, intervenuto ad un incontro con un gruppo di liceali organizzato dal Ministero della Salute a Expo 2015. L'esperto si è concentrato proprio sul caso dei giovani di casa, ricordando che accanto alle abitudini alimentari – favorite dall'arrivo del cellulare in tavola – anche la **comunicazione con i genitori** è a rischio.

A insegnarlo è anche la **Dieta Mediterranea**, da più esperti indicata come un vero e proprio stile di vita ideale per mantenersi in salute; alla sua base non ci sono solo indicazioni relative agli alimenti da portare nel piatto, ma anche sul tempo e lo spazio da dedicare all'alimentazione. Da questo punto

di vista gli esperti dell'Adi, l'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica, hanno già avuto occasione di spiegare come il concetto di **Mediterraneità** includa anche il tempo dedicato al cibo. "Il tempo – ha precisato Giuseppe Fatati, presidente della Fondazione Adi – va interpretato come spazio fisico, mentale e sociale dedicato al rapporto complesso con il cibo".

Tutto ciò fa letteralmente a pugno con la scelta di portare in tavola Internet. Come ha infatti spiegato Orsi quando accanto a coltello e forchetta si mette il cellulare si finisce per **isolarsi** anziché fare del pasto un'occasione di dialogo, di relazione e di condivisione. A ciò si aggiungono le conseguenze in termini di possibilità di sviluppare una vera e propria **dipendenza da Internet** e, non ultime, quelle nutrizionali.

Quando non si dedica abbastanza attenzione all'alimentazione si finisce infatti per **alimentarsi in modo inconsapevole**. Fra le possibili conseguenze ci sono gonfiori, disturbi digestivi e anche l'obesità. Non mancano infatti le ricerche che associano a un'alimentazione distratta il rischio di introdurre più cibo di quanto se ne avrebbe bisogno per soddisfare le esigenze dell'organismo o di consumare cibi ipercalorici poco ricchi dal punto di vista nutrizionale.

Per quanto riguarda i ragazzi, Orsi consiglia prima di tutto di non portare lo smartphone a tavola, ma non solo. Secondo lo psicologo un buon approccio è alternare a mezz'ora passata sui social network ad almeno un paio d'ore di studio, di sport o di tempo passato con gli amici. A trarne beneficio saranno sia il benessere psicologico che la salute fisica.

Foto: © Giuseppe Porzani Fotolia.com

di Silvia Soligon (16/09/2015)

Tags : smartphone alimentazione obesità adolescenza ragazzi tavola abitudini alimentari

Tweet

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lascia un commento

Nome Email

Testo

riferimenti utili



Asl e Ospedali



Farmacie



Aziende

TROVA IL MEDICO

powered by
abcsalute.it



1 Misuratore di pressione e battito cardiaco. Dialoga con lo smartphone.
2 Scanner a ultrasuoni. Si connette al tablet.
3 Bilancia che invia al telefono peso e indice di massa corporea.
4 Elettrodi per ridurre i dolori muscolari. Si attivano da una app.
5 Sistema contro le apnee notturne. Aiuta a dormire bene.

Le tecnologie a portata di mano e di salute

Sono i nuovi gioielli hi-tech di Philips: controllano come stiamo, alleviano il dolore, dialogano con il medico.

Oltre all'ennesima fotocamera per il selfie perfetto e la serie di display fuori misura, sta emergendo una tecnologia che pensa alla nostra salute: un'ondata di dispositivi, comandati da una app, in grado di mitigare dolore e fastidi fisici, di controllare numerosi parametri rendendoli accessibili, anche a distanza, ai nostri medici. «È una tecnologia che aiuta a stare meglio e, in parallelo, riduce i costi per i sistemi sanitari, ormai insostenibili in numerosi Paesi».

A introdurla a *Panorama* è Pieter Nota, ceo della divisione «Personal health» di Philips, tra i maggiori promotori di questo nuovo filone dell'hi-tech: sono bilance, orologi, termometri, misuratori di pressione evoluti e connessi senza fili a telefonini e tablet,



Pieter Nota, ceo di Philips.

elettrodi che riducono il dolore, sistemi per migliorare la qualità del sonno.

Arriveranno a partire dal 2016, raccoglieranno informazioni e, analizzandole, saranno capaci di elaborare in autonomia consigli mirati sul singolo utente, motivandolo a raggiungere i suoi obiettivi. Non solo: aumenteranno i dati a disposizione degli operatori sanitari per formulare diagnosi o valutare, giorno per giorno, l'efficacia di una terapia.

«La consapevolezza del proprio stato di salute ha un ruolo cruciale per prevenire e abbassare l'incidenza di diabete, problemi cardiaci e altre malattie che colpiscono molte persone» osserva Nota dall'Ifa di Berlino, la fiera europea dell'elettronica di consumo, dov'è stata evidente la virata verso l'hardware della salute da parte di Philips. I suoi disposi-

tivi, già oggi, monitorano 275 milioni di pazienti ogni anno. A conferma del fatto che questi prodotti non sono giocattoli né passatempi. «La garanzia» sottolinea Nota «sono le competenze che abbiamo accumulato tramite il nostro rapporto con professionisti e ospedali di tutto il mondo». E senza trascurare la sicurezza. Perché un conto è condividere foto sui social, un altro è consegnare alla rete i propri dati clinici: «Sappiamo quanto siano preziosi, perciò adottiamo i più alti standard di tutela della privacy» afferma Nota.

Impareremo a fidarci, un po' come abbiamo fatto con l'uso delle carte di credito per lo shopping sul web: «Succederà non appena ci renderemo conto di quanto i benefici siano ampi» conclude Nota. (Marco Morello - da Berlino)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALLA SUA SCOPERTA HA COLLABORATO L'UNIVERSITÀ DI BARI

Un ormone «sostituisce» la palestra rafforza le ossa e aiuta a dimagrire

● **ROMA.** Un ormone ha gli stessi benefici della palestra: fa bene allo scheletro, rafforzando le ossa, e in dosi maggiori aiuta a bruciare i grassi e quindi a dimagrire. Si chiama irisina ed è naturalmente presente nell'organismo, dove viene prodotto dai muscoli durante l'esercizio fisico. Se per i più pigri è suggestiva l'idea di un farmaco che possa far bene come la palestra, il primo obiettivo dei ricercatori è mettere a punto una futura arma contro malattie delle ossa tipiche dell'invecchiamento, come l'osteoporosi.

Sebbene l'irisina sia nota dal 2012 (scoperta dal gruppo statunitense di Boston coordinato da Bruce Spiegelman con la partecipazione dell'italiano Saverio Cinti, dell'università di Ancona), il suo effetto benefico sulle ossa è stato scoperto adesso grazie ad una collaborazione tutta italiana. Il risultato, pubblicato sulla rivista dell'Accademia delle Scienze degli Stati Uniti (Pnas), si deve alla collaborazione fra il gruppo dell'università di Bari guidato Maria Grano, e quello dello stesso Cinti.

I dati finora raccolti nei test sugli animali sono così incoraggianti che è stata depositata una richiesta di brevetto. «Ulteriori studi condotti su ani-

mali utilizzati come modello dell'osteoporosi si stanno rilevando promettenti», ha detto Grano. «Probabilmente - ha aggiunto - il principale ruolo della molecola sullo scheletro agisce a piccole concentrazioni, mentre a dosi più elevate agisce anche sul grasso».

Per Cinti, che dirige il centro sull'Obesità dell'università di Ancona, avere scoperto l'effetto dell'ormone sulle ossa risponde ad una duplice sfida: «sappiamo che la nostra società in futuro si troverà ad affrontare sia il problema dell'obesità, sia le malattie dello scheletro dovute alla durata sempre maggiore della vita, prima fra tutte l'osteoporosi. Sappiamo infatti - ha proseguito - che l'irisina stimola le cellule che fanno crescere l'osso».

Se questo ormone amico delle ossa diventerà un farmaco, i primi a beneficiarne, secondo i ricercatori, saranno gli anziani. «Puntiamo ad avere un farmaco per - ha spiegato Grano - chi non ha la possibilità di fare attività fisica, come gli anziani che non possono muoversi o persone paralizzate, ma anche per gli astronauti che quando sono in orbita perdono massa ossea a causa della mancanza di gravità».

Enrica Battifoglia



Inchiesta a Bologna

Lesioni agli occhi per 3 bimbi: «È il laser verde giocattolo»

I medici

«Ci siamo fatti portare i puntatori: erano lo stesso prodotto». Uno preso sulle bancarelle

Tre bambini, tutti con improvvisi problemi di vista, tutti accomunati dall'uso di un gioco: un puntatore laser. Non uno qualsiasi ma un laser pointer a luce verde.

«L'hanno guardato e hanno avuto un immediato calo della vista con danni permanenti alla retina», spiega Antonio Ciardella, il primario di Oftalmologia dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, il reparto dove i genitori li hanno portati per una visita, in tempi diversi anche perché i tre non sono amici né conoscenti. Si tratta di una bambina di 10 anni di Bologna e di due tredicenni di Lucca e Reggio Emilia. A subire il danno maggiore il ragazzino di Lucca che ha perso nove diottrie in un occhio, il suo coetaneo di Reggio tre gradi su entrambi, la piccola di Bologna se l'è cavata con un grado sempre su entrambi gli occhi.

«Abbiamo capito subito che si trattava di un danno causato da una sorgente luminosa, individuata poi in questi laser pointer a luce verde, una luce più corta ma anche più dannosa rispetto a quella rossa», racconta Ciardella che ha segnalato il caso in procura, dove il pm Valter Giovannini ha aperto un fascicolo attivando i carabinieri del Nas di Bologna. Per l'ospedale la diagnosi è «maculopatia fototossica», tradotta dalla procura in «lesioni colpo-

se aggravate», ancora contro ignoti.

Per il momento sotto accusa c'è solo questo puntatore laser a forma di penna stilografica, di colore nero, ma gli inquirenti stanno cercando di individuare produttori e commercianti. «Si tratta di prodotti non certificati», precisa l'investigatore. Nei tre casi finiti sul tavolo del procuratore aggiunto Valter Giovannini, coordinatore dei fascicoli di competenza del giudice di pace, le deposizioni dei genitori e dei nonni dei bambini che hanno raccontato storie analoghe. Tutti hanno acquistato il gioco da venditori ambulanti, probabilmente pakistani, bengalesi o cinesi, a Bologna, Rimini e Firenze. I tredicenni hanno ricordato di averlo puntato più volte sugli occhi, naturalmente ignorando il danno che avrebbe potuto provocare. «Dopo averli visitati ci siamo fatti portare i laser pointer — prosegue Ciardella —. Era lo stesso prodotto: a quel punto non abbiamo avuto dubbi, almeno sul fatto di dover informare il magistrato». Pochi dubbi anche sulla gravità delle lesioni che può provocare questo tipo di luce: «Colpisce direttamente la parte centrale della retina procurando un danno irreversibile». L'imperativo degli inquirenti è ora «toglierli dal commercio». Operazione che vede impegnato il Nas dei carabinieri, che nei giorni scorsi ha individuato alcuni venditori e sequestrato 15 «penne» diventate di colpo molto pericolose.

A. P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cos'è

● Il puntatore in questione è un laser fatto a forma di penna stilografica, di colore nero con rifiniture argento

● mette un fascio di luce verde a corto raggio

9

Diottrie Quelle perse (in un solo occhio) dal bimbo in condizioni più gravi





471

Giovedì,
17 settembre
2015

Dieci anni di Ru486, l'aborto «facile» si fa strada

Doveva sostituire la soluzione chirurgica, ma è rimasta una scelta di nicchia. Perché le donne non vogliono sentirsi abbandonate

di Emanuela Vinai

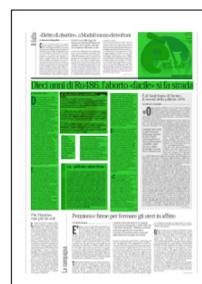
Dieci anni di Ru486. La data convenzionale è quel 2005 in cui l'ospedale Sant'Anna di Torino ne inizia l'uso, ma l'iter di autorizzazione in commercio in Italia del mifepristone conosce il punto di arrivo il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) espresse parere favorevole in merito. Tenuto conto del numero di decessi correlati all'uso della Ru486 e per verificarne l'aderenza e la compatibilità con la legge 194, in particolare relativamente al ricovero obbligatorio, nel novembre 2009 la Commissione Sanità del Senato chiese al governo di bloccare la commercializzazione in attesa di un parere tecnico del Ministero della Salute. L'autorizzazione all'immissione in commercio venne poi pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 10 dicembre 2009. Da allora, come ben evidenziato dalla relazione annuale del Ministero della Salute sullo stato di attuazione della 194, con il passare degli anni il ricorso all'aborto chimico è aumentato. La sede italiana della Nordic Pharma,

azienda distributrice del prodotto, contattata per avere una dimensione aggiornata del fenomeno con dati di vendita e distribuzione del prodotto, non ha voluto fornire direttamente cifre ma ha rinviato a quanto riportato proprio nella relazione del Ministero, invitando a effettuare proiezioni che certificherebbero il trend.

Ed è dall'analisi di questi elementi che emergono alcune sorprese. La Ru486 non piace, e non "sfonda". Secondo i dati disponibili, le 7.855 donne che nel 2012 hanno interrotto volontariamente una gravidanza con questo metodo rappresentano solo l'8,5% del totale. Inoltre l'incremento di utilizzo tra il 2011 e il 2012 è stato di sole 400 unità, a fronte dell'impennata registrata tra il 2010 e il 2011 quando le cifre raddoppiarono, passando da 3.836 a 7.432. Il ricorso all'aborto chimico varia molto per regione, nel numero sia di interventi che di strutture: valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (25,2%), Valle d'Aosta (24%), Piemonte (19%) ed Emilia Romagna (18,5%). Insomma, si è sicuramente creata una sorta di nicchia di mercato che ha i suoi punti di forza in alcune strutture (come il Sant'Anna con il suo 42%), ma in generale e nonostante corra voce di una certa raccomandazione dell'utilizzo da parte dei medici, la Ru486 resta una scelta del tutto minoritaria. «Non è solo un problema di organizzazione di strutture - spiega **Alessandra Kustermann**, ginecologa, responsabile del servizio di Diagnosi prenatale e del Centro soccorso violenza sessuale alla Mangiagalli di Milano -: non c'è richiesta di uso della

Ru486 anzitutto per il limite di 7 settimane per la sua assunzione e poi perché richiede tre giorni per completare il processo. Con l'aborto chirurgico basta mezza giornata. Agisce in questi casi dolorosi una componente psicologica quasi di rimozione: «In Italia l'80% delle interruzioni di gravidanza viene fatto in sedazione profonda, anche se basterebbe quella locale. Ho sempre pensato che le donne vogliano essere sedate per non essere presenti al momento dell'intervento, per non partecipare». Consegnare un paio di pillole e lasciare la donna sola per tre giorni in questo passaggio crudele dimostra che «è tutto delegato alla responsabilità della donna, in solitudine rispetto a una condivisione dell'atto con il medico».

Una tesi condivisa anche da **Paola Tavella**, giornalista e scrittrice: «Penso che la Ru486 sia molto comoda per i medici, che si liberano da un fardello lasciandolo sulle spalle delle donne». L'aborto chimico come strumento imposto di autogestione, mentre all'epoca dell'emanazione della 194 lo Stato si era fatto garante della corretta attuazione della legge attraverso la sua applicazione nelle sole strutture sanitarie. Paola Tavella



non pensa a una banalizzazione dell'aborto, «che resta un'esperienza terribile», ma punta il dito contro l'abbandono delle donne e il fiorente mercato clandestino che interessa soprattutto le straniere: «Sanno che esiste la Ru486 e si rivolgono a intermediari assumendo farmaci di dubbia provenienza e composizione, senza indicazioni e senza posologia, con esiti anche infausti. La disponibilità dell'abortivo non tutela le donne».

«**C**io che più stupisce nella logica del ricorso all'aborto "farmacologico" - commenta **Maria Luisa Di Pietro**, docente all'Istituto di Sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma - è che, mentre se ne sottolinea il presunto vantaggio per la donna (assenza di complicanze da intervento chirurgico, maggiore privacy, la possibilità di abortire anche a domicilio), non ne vengono mai citati i rischi connessi, pure ampiamente evidenziati nella letteratura medica. Si pensa che, modificando la tecnica (una pillola) o il nome ("contragestativo") dell'aborto, si possa eliminare per la donna anche il trauma di una scelta drammatica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE PILLOLE DELLA DISCORDIA

Ru486

È il farmaco con effetti abortivi entrato in commercio nel 2010, viene somministrato in combinazione con una prostaglandina per l'espulsione del feto morto. Comporta il ricovero, ma la donna può chiedere le dimissioni. Lo si somministra anche in day hospital. Va assunto entro la settimana settimana di gravidanza.



EllaOne

È la "pillola dei cinque giorni", che una disposizione europea ha trasformato da farmaco abortivo a contraccettivo. L'obbligo di ricetta medica è rimasto solo per le minorenni. La struttura molecolare dell'Ulipristal acetato, suo principio attivo, è quasi sovrapponibile al Mifepristone della Ru486. Va assunto entro 120 ore. Ne è stata autorizzata la vendita in Italia nel 2011.

Norlevo

È la "pillola del giorno dopo", si assume entro 72 ore dal rapporto potenzialmente fecondo. Ha effetto antinidatorio, impedendo l'impianto dell'ovulo appena fecondato. Può dunque produrre un aborto, per quanto precoce, ma è classificato come contraccettivo d'emergenza. È disponibile nelle farmacie con ricetta dal 2006.

La «pillola abortiva»

info

È la molecola costituita da mifepristone e prostaglandine. Nel processo agiscono due pillole consecutive. La prima, il mifepristone, interrompe la crescita del concepito: interferisce con i recettori per il progesterone, "l'ormone della gravidanza" bloccandoli. Impedendo l'azione di questo ormone protettivo della gravidanza, induce un aborto chimico. Inibisce lo sviluppo dell'embrione e favorisce il distacco del sacco che contiene l'embrione dalla mucosa interna dell'utero (l'endometrio), su cui proprio l'embrione si radica, con un meccanismo simile alla mestruazione. L'altra, la prostaglandina, somministrata due giorni dopo, provoca l'espulsione del "materiale abortivo" entro poche ore. O entro qualche giorno, due, tre, in alcuni casi anche sette o quindici. Ma per evitare ritardi, solitamente si ricorre a una seconda dose di prostaglandina: riduce la percentuale di "espulsioni tardive" e "aumenta l'efficacia del farmaco". Secondo le indicazioni "l'espulsione del materiale abortivo avviene mediante sanguinamento e contrazioni", come una sorta di forte ciclo mestruale con violenti crampi addominali. (Em.Vi.)

Mercoledì 16 SETTEMBRE 2015

Nati prematuri. In Italia sono 36mila ogni anno. Nel 90% dei casi avviene in maniera inaspettata. Le Terapie intensive neonatali sono mal distribuite sul territorio

Questa una delle criticità rilevate nella prima ricerca italiana di Medicina Narrativa su scala nazionale realizzata dalla Fondazione Istud in collaborazione con Vivere Onlus. Un supporto qualificato a domicilio viene offerto solo nel 10% dei casi e nel 70% dei casi una nascita prematura condiziona pesantemente il lavoro. [LA RICERCA](#)

In Italia ogni anno nascono circa 36mila bambini prematuri che hanno bisogno di cure speciali per sopravvivere. 36mila famiglie quasi sempre impreparate di fronte a una nascita prematura che incide profondamente sulla vita personale, di coppia e lavorativa. La prima ricerca italiana di Medicina Narrativa su scala nazionale ha raccolto le storie dei genitori di bambini nati prima del tempo che hanno fornito una preziosa testimonianza dell'esperienza vissuta.

“La prematurità è un percorso tutt'oggi poco esplorato – afferma **Martina Bruscagnin**, Presidente di Vivere Onlus Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia – che lascia molto spesso la famiglia senza sufficienti informazioni e senza un adeguato sostegno. Il progetto Nascere prima del tempo, il vissuto delle famiglie con nati prematuri in Italia, realizzato dalla Fondazione Istud in collaborazione con Vivere Onlus Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia, nasce con l'intento di raccogliere, attraverso i racconti di 149 famiglie, gli spunti relativi al vissuto, alle richieste, esigenze, aspettative che emergono lungo il percorso, per individuare gli spazi di intervento più idonei dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi e del supporto integrativo per le famiglie”.

Dalla ricerca emerge in primo luogo l'imprevedibilità della nascita pretermine. La diagnosi di una gravidanza a rischio si riscontra solo nel 28% dei casi, in particolare viene diagnosticata più frequentemente nei casi di gravidanze gemellari (nel 72% delle nascite gemellari). Il risultato è che per l'87% dei parti pretermine si è trattato di un evento improvviso ed imprevisto che ha richiesto un intervento di emergenza, 8 volte su 10 (78%) con un parto cesareo.

Le strutture che accolgono i bambini prematuri, ovvero le Neonatologie e le Terapie Intensive Neonatali, sono localizzate prevalentemente all'interno della propria Regione di residenza, anche se in quasi il 70% dei casi non nello stesso Comune, ma soprattutto nelle grandi città. Si rilevano inoltre pochi spazi a disposizione per agevolare la permanenza dei genitori, come ad esempio letti, sedie comode e stanze appartate. “Durante l'ospedalizzazione prolungata l'accesso al reparto, garantito ai genitori 24 ore su 24, dovrebbe essere un aspetto ineludibile dell'assistenza al nato pretermine”, aggiunge Martina Bruscagnin.

Successivamente alla dimissione, il supporto cala drasticamente: solo nel 10% dei casi viene offerto un supporto qualificato al domicilio.

“Dopo le dimissioni dall'ospedale, è importante che il piccolo sia inserito in un programma di follow-up in grado di guidare il bambino e la sua famiglia, soprattutto in caso di patologie, nel difficile percorso riabilitativo - afferma **Giovanni Corsello**, Presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP) -. I bambini nati pretermine, infatti, sono spesso più problematici, in quanto risentono di uno sviluppo incompleto di

alcuni sistemi e apparati, come quello respiratorio”.

“È quindi di fondamentale importanza evitare che contraggano qualsiasi tipo di infezione – aggiunge **Costantino Romagnoli**, Presidente della Società Italiana di Neonatologia –. Tra queste, l’infezione da Virus Respiratorio Sinciziale assume particolare rilievo sia per la frequenza che per la gravità. A questo proposito la SIN ha sentito il bisogno di elaborare nuove Raccomandazioni sulla profilassi di questa infezione: in assenza di un vaccino specifico, la profilassi ambientale sommata alla somministrazione di anticorpi specifici anti VRS si è dimostrato l’unico provvedimento efficace. Da oggi poi, grazie all’introduzione di un piano terapeutico, è possibile offrire una nuova opportunità di scelta ai genitori: continuare la profilassi anti VRS in ospedale oppure direttamente a casa, con il supporto di un’assistenza domiciliare qualificata e capillare”.

Infine, le narrazioni raccontano lo scenario della vita lavorativa dei genitori. La ripresa del lavoro risulta difficile sia dal punto di vista organizzativo che emotivo. Il 68% delle mamme dichiara impatti significativi sulle attività lavorative: ha dovuto utilizzare le ferie a disposizione, permessi speciali, ha diminuito sensibilmente le attività lavorative o addirittura ha dovuto smettere di lavorare.

“Molte mamme di bambini prematuri escono dall’ospedale quando il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, conteggiato dalla data del parto, si è già esaurito. Per questo l’Associazione Vivere si è fortemente battuta ottenendo degli ottimi risultati. Il 24 giugno è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n.80 , che apporta novità importanti nei casi di parto prematuro o di ricovero del neonato. Il decreto prevede che, in caso di parto anticipato, i giorni non goduti prima del parto si aggiungono al periodo di congedo di maternità dopo il parto, anche oltre i cinque mesi previsti. A questo proposito, riteniamo fondamentale una Circolare ministeriale che disciplini chiaramente questi aspetti del provvedimento, ovvero che il periodo che deve essere aggiunto ai cinque mesi di astensione obbligatoria già previsti vada dalla nascita alla data effettiva d’ingresso del bambino nella casa familiare, coincidente con il periodo di degenza in una struttura pubblica o privata del neonato. Non dimentichiamo, infatti, che l’ingresso del neonato nella casa familiare coincide con il momento in cui i genitori di un bambino nato prematuro hanno, di fatto, il coraggio di appendere fuori dalla propria abitazione il fiocco rosa o azzurro”, conclude **Martina Brusca**gnin.