

Niente posto in ospedale, muore neonata

►A Catania occupate le 35 culle per la rianimazione infantile ►Lo sdegno del presidente Mattarella: «Sono dispiaciuto il decesso in ambulanza durante il trasporto verso Ragusa e incredulo». E il ministro Lorenzin invia i suoi ispettori

**LA PICCOLA COLPITA
DA CRISI
RESPIRATORIA
IN UNA CLINICA
PRIVATA. I PARENTI:
«VOGLIAMO GIUSTIZIA»
LA TRAGEDIA**

CATANIA Non trovare posto in ospedale e morire in ambulanza, a oltre 100 chilometri di distanza dal luogo dove era nata da circa tre ore. È stato il tragico destino della piccola Nicole, venuta al mondo in una clinica privata di Catania l'altra notte, a conclusione di una gestazione regolare e un parto andato secondo i piani previsti. Ma la festa, in casa della sua famiglia, una giovane coppia alla loro prima figlia, dura poco. La neonata ha una crisi respiratoria, dopo il taglio del cordone ombelicale. Scatta l'emergenza nella casa di cura Gibiino: la piccola viene stabilizzata, ma le sue condizioni appaiono subito gravi e così è necessario il ricovero urgente in un'unità di terapia intensiva neonatale (Utin). Ma a Catania non c'è posto. Tutte le 35 culle sono occupate. Il coordinamento del 118 trova quella più vicina a Ragusa, con una stima di percorrenza per un'ambulanza di poco meno di due ore. La piccola non ce la fa e muore durante il viaggio.

LE INCHIESTE

Sull'episodio la Procura di Catania e quella di Ragusa hanno aperto due inchieste mentre il

presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in una telefonata al governatore della Sicilia Rosario Crocetta, ha espresso «incredulità e dispiacere» per la morte della neonata. Crocetta ha poi commentato: «Pugno duro con i responsabili». Secondo una prima ricostruzione, i medici si sono accorti subito della gravità del quadro clinico della bambina e hanno contattato le Unità di trattamento intensivo neonatale (Utin) di Catania per trasferirla. Ma negli catanesi dove è presente la Terapia intensiva pediatrica non c'era un posto. Si sono quindi rivolti al 118 che ne trova uno nell'ospedale Paternò-Arezzo. La clinica ha quindi provveduto, con un'ambulanza privata, al trasporto della neonata, ma prima dell'alba, vicino a Ragusa la piccola ha avuto una violenta crisi. I sanitari a bordo dell'ambulanza hanno tentato di rianimarla, ma non c'è stato nulla da fare. Intanto a Catania, dopo la denuncia di familiari ai carabinieri, la Procura ha disposto il sequestro della cartella clinica nella casa di cura. La dirigente dell'Utin dell'ospedale Garibaldi-Nesima di Catania, Agata Motta, scossa per quanto accaduto, ha sottolineato: «I posti nelle Utin a Catania sono meno di quelli necessari. Abbiamo ricevuto la chiamata del 118, ma il reparto era pieno. A Catania sono ufficialmente 35, distribuiti in 4 ospedali, i posti nelle Utin, due delle quali sono senza primari». Sconvolti anche i sanitari della clinica, Gibiino di Catania che hanno spiegato: «Solo dopo numerosi e vani tentativi,

in seguito a svariate e reiterate richieste rivolte al 118, preso atto che l'unica Utin era all'ospedale di Ragusa, con un'ambulanza attrezzata privata si è trasferita la neonata».

LE REAZIONI

Sulla tragedia si è mosso il governo. «Abbiamo immediatamente inviato gli ispettori in Sicilia per fare luce sulla morte della neonata. Abbiamo chiesto una relazione dettagliata e in tempi brevi», annuncia il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, esprimendo «profondo sdegno per la morte della neonata, una vicenda che lascia sgomenti». L'assessore regionale alla Sanità Lucia Borsellino, furiosa, ha annunciato anche lei una ispezione: «E' vergognoso che non si riesca a trovare un posto per una neonata. Verificherò come sono andate le cose senza guardare in faccia nessuno». Addolorato pure il sindaco di Catania Enzo Bianco: «Non possiamo permettere che si verifichino simili tragedie. Non si può giocare con delle vite umane». Distrutti i parenti della piccola. «È inconcepibile, quello che è successo, è inconcepibile», dice Giusi, la nonna paterna della piccola Nicole. La donna avanza il sospetto che «si sia perso del tempo prezioso. Forse i medici non si sono accorti che stava male e per questo non hanno accelerato». E ora la famiglia della piccola chiede «giustizia e di sapere se c'è stata negligenza. Lo vogliamo, ne abbiamo il diritto».

Gianluca Rossellini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I precedenti

24 marzo 2014

La procura aprì un'inchiesta per la morte di una donna di 43 anni. Nel reparto di rianimazione di Giulianova non c'era posto, fu trasferita a Sant'Omero, ma lungo la strada morì.

25 dicembre 2012

Ad Acquapendente, in provincia di Viterbo, una donna si sentì male. Con



un'emorragia cerebrale viaggiò cinque ore: l'eliambulanza non era disponibile, all'ospedale di Viterbo il reparto dopo le 20 era chiuso, alla fine arrivò al Gemelli in coma.

30 gennaio 2010

Era nato con un problema respiratorio all'ospedale di Catania, ma non c'era posto in terapia intensiva. Il piccolo fu trasferito a Palermo, dove morì.



IL TRASFERIMENTO Ambulanze a Catania: la neonata è morta durante il viaggio verso un ospedale a Ragusa

L'intervista **Il primario di Catania**

«Qui i letti ci sono, indaghiamo su come vengono utilizzati»

PAOLO SCOLLO È ANCHE PRESIDENTE DEI GINECOLOGI ITALIANI «ALCUNI BAMBINI RESTANO IN OSPEDALE PER MESI»

ROMA Quattro ospedali, 35 posti nelle rianimazioni neonatali, 8-9mila parti l'anno nella provincia di Catania. Ma Nicole non ce l'ha fatta a trovare un'incubatrice per lei. «I letti bastano, sono adeguati. Il piano regionale è stato appena adeguato. Ora l'indagine dovrà accertare il tipo di utilizzo di quei posti». Paolo Scollo, ginecologo, dirige il dipartimento Materno infantile dell'ospedale Cannizzaro di Catania ed è anche presidente della Società italiana di ginecologia.

Se, come lei afferma, il numero dei letti è corretto perché allora Nicole doveva essere portata a Ragusa?

«Verrà sicuramente controllata la congruità dell'occupazione dei letti. Stiamo parlando di pazienti particolari, dei lungodegenti. Non restano nel reparto pochi giorni o poche settimane. Rimangono mesi quando, per esempio, un bimbo nasce di 700 grammi».

Un drammatico intreccio di eventi avversi?

«Si dovrà capire come erano le condizioni di mamma e bambino, i tempi e, come ho detto, perché non è stato possibile trovare un posto per la piccola».

Un prematuro o un neonato con problemi resta sempre nella terapia intensiva post parto?

«Il bimbo rimane per un lungo periodo sì ma poi, quando la situazione migliora, viene spostato nella semintensiva. I gemelli spesso nascono prima del termine e vengono dimessi quando hanno concluso la loro crescita».

Ma ormai non è possibile prevedere gli eventuali danni al nascituro in modo di organizzare il parto?

«Certo, nei casi in cui si sa che si tratta di una situazione complessa si ricovera la mamma in un reparto protetto per evitare il viaggio al bambino. In questo caso mi sembra di aver letto che si trattava di una gravidanza a termine».

La bimba è nata in una clinica privata, questo può aver rallentato la macchina dell'emergenza?

«Generalmente non accade ma saranno gli ispettori del Ministero a far luce sulla dinamica».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Catania, la neonata muore in ambulanza

Crisi respiratoria dopo il parto in clinica, gli ospedali sono pieni: l'inutile corsa fino a Ragusa. Aperta un'inchiesta, il governo manda gli ispettori. L'incredulità del presidente Mattarella

La replica

«L'operatore del 118 ci ha fatto una chiamata impersonale, non ci ha avvertito della gravità»

CATANIA Magari non sarebbe cambiato nulla, ma a rispondere al telefono e a coordinare lo smistamento delle ambulanze del 118 a Catania non c'è un medico, come a Palermo. Solo un operatore, un tecnico, un impiegato che all'alba di ieri forse non ha capito il dramma consumato in una casa di cura privata, la Gibiino, dove era appena nata una bimba con una grave insufficienza respiratoria, già ai limiti della sopravvivenza, da trasferire immediatamente nell'incubatrice di un reparto di terapia intensiva per neonati. E a Catania ce ne sono tre. In tre ospedali. Un totale di 35 posti. Tutti occupati, come l'operatore del 118 s'è sentito rispondere e ha ripetuto richiamando i medici affannati della clinica privata. Dicendo loro che un posto lo aveva trovato solo a Ragusa, cento chilometri, un'ora e mezzo di viaggio.

È morta così la piccola Nicole, quando mancavano solo 10 minuti alle porte di Ragusa, mentre il medico a bordo tentava tutte le manovre possibili per tenerla in vita. Come avevano cominciato a fare, affannati, in sala parto quando cercavano le cannule da infilare in gola alla piccola per aspirarle il liquido amniotico e non le trovavano «perché non ne ce n'erano», stando al racconto del padre della bimba, Andrea Di Pietro, un barista di trent'anni, emozionato e felice nella notte entrando in sala parto con la moglie, Tania Egitto, sua coetanea, casalinga. Il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ha espresso tutta la sua

«incredulità» in una telefonata con il presidente della Regione Sicilia, Rosario Crocetta.

È un misto di incompetenze, di malasania e cattiva organizzazione questa drammatica storia segnata già da un odioso scaricabarile fra medici della clinica, operatori del 118, manager del tre ospedale catanesi e rispettivi direttori dei reparti di neonatologia. Tutti convocati per stamane da Lucia Borsellino, la figlia del giudice ucciso nel '92, assessore alla Salute del governo regionale. Decisa ad aprire una sua inchiesta, parallela a quella degli ispettori già inviati dal ministro **Beatrice Lorenzin** e soprattutto a quelle delle due procure della Repubblica interessate, Catania e Ragusa. Raggiunte già ieri sera da un primo rapporto del capo della Mobile di Ragusa Nino Ciavola, lo stesso funzionario impegnato da due mesi sul caso del piccolo Loris, il bimbo forse ucciso dalla madre, adesso chiamato a coordinare i periti per un'altra autopsia sul corpicino di un innocente.

Stavolta si spegne l'esistenza di un esserino che avrebbe fatto la felicità della mamma e del papà, i due ragazzi che si pentono di essere finiti alla Gibiino, Andrea e Tania, increduli, un dolore infinito, come la loro rabbia. La pensa in modo opposto Danilo Audibert, il direttore sanitario della Gibiino: «Non c'era alcun allarme. La bambina era stabilizzata, come mi assicurano il nostro neonatologo e l'anestesista rianimatore. Non so dire che cosa è successo... Il vertice disposto dall'assessore Borsellino? Ben venga per risolvere il problema della carenza di posti disponibili».

Attraversa trafelata i corridoi

di questa elegante clinica con le vetrate sulla circonvallazione di Catania, cinque minuti dall'ospedale Garibaldi, la nonna paterna di Nicole, la signora Giusi, esterrefatta: «Inconcepibile quello che è successo. Inconcepibile. All'alba è scattata l'emergenza, ma non hanno accelerato, non hanno capito e io voglio sapere di chi è stata la negligenza».

Non si rassegna davanti alle giustificazioni di medici ed amministratori della clinica, irritata dallo scaricabarile rimbalzato dagli ospedali. È il caso della direttrice del reparto di terapia intensiva del Garibaldi, Agata Motta: «L'operatore del 118 ha fatto una chiamata impersonale, senza specificare l'urgenza del caso e io un bambino non lo faccio morire anche se ho tutti i dieci lettini di "intensiva" occupati. Anche perché abbiamo le culle termiche da trasporto. Dovevano dirlo, dovevano spiegare, dovevano essere più chiari...».

È tema di discussione per stamane all'assessorato di Lucia Borsellino con il manager del Garibaldi Giorgio Antonocito e con i suoi colleghi degli altri ospedali «occupati», il Santo Bambino e il Cannizzaro. Tutti già indicati ai magistrati come «persone informate dei fatti» dalla Mobile di Ragusa che affida alla Scientifica i controlli sull'ambulanza utilizzata per trasportare la piccola Nicole, protagonista del dramma che inquieta il sociologo Antonio Marziale, presidente dell'Osservatorio sui diritti dei minori («Una neonata non può morire perché non c'è posto in ospedale») e fa commuovere la Borsellino: «Vergognoso quello che è accaduto a Catania».

F.C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



100

chilometri
la distanza tra Catania e Ragusa. Si impiega circa un'ora mezza attraverso strade statali e provinciali. A Catania i 35 posti di terapia intensiva erano tutti occupati

Il caso

● La piccola Nicole sarebbe entrata in crisi respiratoria dopo il parto avvenuto due notti fa in una clinica privata di Catania

● Sono state contattate le Unità di trattamento intensivo neonatale della città ma erano tutte piene, senza posti letto. A questo punto il 118 ha trovato l'unica disponibilità a Ragusa. Durante il viaggio, Nicole ha avuto una crisi ed è morta

Ospedali pieni, muore appena nata

Catania, no da tre strutture. Il papà: una cannula l'avrebbe salvata. Mattarella: incredulo

di Felice Cavallaro

Nicole è morta nell'ambulanza che la portava a Ragusa da Catania, dov'era nata tre ore prima con una grave insufficienza respiratoria. I medici della clinica privata dov'era venuta alla luce avevano chie-

sto l'aiuto di uno dei tre ospedali della città attrezzati per simili emergenze, ma non c'erano posti. Il capo dello Stato Mattarella ha chiamato il presidente della Regione Crocetta, esprimendo la sua incredulità.
alle pagine 18 e 19

«Nicole aveva del liquido nei polmoni Non c'erano le cannule per aspirarlo»

Il racconto del padre: ci avevano detto che è il posto migliore della città, ma erano impreparati

Il dramma

«Ho tagliato con le mie mani il cordone ombelicale. Un attimo dopo, il dramma»

CATANIA C'era pure il papà della piccola Nicole su quell'ambulanza. Andrea Di Pietro, trent'anni, barista a Gravina di Catania, ha visto spegnersi la sua bambina nata quattro ore prima «con un parto naturale fantastico». Gioiva alle quattro del mattino questo giovane papà accompagnando la sua Tania in sala parto, incoraggiandola, tenendole stretta una mano, sorridendo.

«Indossavo anch'io un camice. Come un infermiere. Eravamo entusiasti io e mia moglie mentre i medici eseguivano le manovre, controllavano i monitor, le pressavano il ventre, fino a quando è venuta fuori Nicole e io con le mie mani ho tagliato il cordone ombelicale. Tutto perfetto. Mia moglie sorrideva, dopo i dolori. Io, felice. Pensavo fosse finita. Che cominciasse la gioia, pronti per tornarcene in camera con la nostra creatura, dopo le ovvie ansie che avevamo avuto durante la gravidanza, quando si andava per i controlli, per le ecografie. E invece il dramma è cominciato a materializzarsi un attimo dopo il parto, subito, perché la bambina, dopo il primo vagito, non rispondeva, affannata, come non respirasse».

Ecco il racconto angosciante di questo padre che diventa testimone diretto del disastro

maturato in sala parto: «Che ci fosse una crisi respiratoria si è capito subito. I medici dicevano che forse la bimba aveva ingoiato liquido amniotico. E io a scongiurarli di toglierglielo dai polmoni. Ci vuole una cannula, diceva uno. E l'altro la cercava senza trovarla. Ma quanto costa una cannula, una cannucchia per succhiare un po' di liquido a una creatura appena nata? Dov'è?, chiedevo. Trovatela questa c... di cannula».

È la rabbia che a sera riecheggia mille volte in un bar di fronte alla clinica con le vetrate sulla circonvallazione, mentre la suocera resta in camera con Tania. E lui punta lo sguardo su questo complesso che passa per un fiore all'occhiello della sanità privata, orgoglio di una famiglia molto nota, quella di Vincenzo Gibiino, il coordinatore regionale di Forza Italia.

Ma non gliene importa niente ad Andrea Di Pietro della storia politica di questo inferno dove lui e sua moglie sono finiti «perché l'ha voluto Tania». Una scelta determinata dal fatto che proprio uno dei proprietari, Vincenzo, da ragazzo conosceva mamma Tania, come racconta il barista col cuore a pezzi: «Intanto, la clinica è molto rinomata a Catania, diciamo che è la clinica "in" della città. Ma non siamo arrivati qui per questo. Piuttosto, perché sia Vincenzo Gibiino che il fratello Daniele, anestesista, da ragazzi, frequentavano, andavano a ballare con Tania. Insomma, compagnie di comitiva. Non vere amicizie. Ma

quando s'è capito che aspettava la bimba, è capitato di incontrarsi. E Vincenzo l'ha rassicurata consigliandole di partorire nella sua clinica. "Non c'è di meglio a Catania", assicuravano tutti. E noi a crederlo. Ma dopo stanotte, la notte peggiore della mia vita, capisco che le cose sono diverse da come ce le prospettarono. Non mi pare che siano preparati a quello che promettono, se manca perfino una cannula per liberare i polmoni di una bimba appena nata».

Si ferma un attimo, scruta le vetrate della clinica dove sua moglie si dispera e chiede giustizia per la piccola che non potrà mai più abbracciare: «Lassù hanno permesso che per una cannucchia morisse mia figlia. Che cos'è? Negligenza, malasanità, strafottenza? Date una risposta. Che diano una risposta assessori e magistrati. E che la diano anche su questi tre ospedali di Catania dove non si trova posto per un'emergenza, per salvare una vita. Ma a cosa serve tutto il sistema con migliaia di medici, infermieri, impiegati se poi chiami il 118 e ti dicono che l'ospedale più vicino sta a cento chilometri, ad un'ora e mezza di strada?».

Felice Cavallaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Reazioni

● Il presidente della Repubblica Sergio Mattarella ha telefonato al governatore della Sicilia, Rosario Crocetta, esprimendo «incredulità, tristezza e sconcerto»

● Il ministro della Salute Lorenzin si è detta sdegnata, ha chiesto «una relazione immediata» e inviato gli ispettori

La ricostruzione



In sala Dopo il parto, Nicole ha una crisi respiratoria in una clinica privata catanese: scatta l'emergenza, la piccola viene stabilizzata ma bisogna ricoverarla in un'Unità di terapia intensiva neonatale



L'allarme A Catania però non c'è posto. Il coordinamento del 118 locale riesce a trovare la culla libera e pronta più vicina a Ragusa, oltre 100 chilometri di distanza: la stima di percorrenza per l'ambulanza è oltre un'ora e mezza



La corsa Sull'ambulanza salgono anche i medici della clinica dov'è nata la bimba. Ma poco prima di arrivare a Ragusa, Nicole ha un'ulteriore crisi e muore. Due Procure (Catania e Ragusa) ora cercano di fare chiarezza

Solo 509 mila nascite in un anno mai così poche dall'Unità d'Italia

L'Istat sul 2014: calano anche i decessi, siamo 55,7 milioni. La vita si allunga

Il ministero
Beatrice Lorenzin
pensa a una campagna di «incoraggiamento demografico»

Il medico
Anche le nuove madri sono sempre più anziane e la fertilità dopo i 30 anni cala

Il rapporto
● Secondo l'ultimo bollettino Istat nel 2014 in Italia i nuovi nati sono in calo mentre l'età media del primo parto sale a 31,5 anni

● Anche la natalità degli immigrati è scesa: da 2,1 a 1,91 figli per donna

1,39
I figli nati in media da ogni donna italiana, contro 1,58 dell'Europa

13,8
La percentuale di popolazione sotto i 14 anni. Gli over 65 sono il 21,7



Monsignor Paglia
Si torni a discutere con urgenza della famiglia

ROMA Lentamente muore, l'Italia. Già: nel paese continuano a nascere sempre meno bambini e nel 2014, ci avverte l'Istat, abbiamo toccato il picco negativo.

Siamo arrivati infatti ad avere appena 509 mila nuovi nati, ovvero 5 mila in meno rispetto al 2013. Ovvero: lo stesso numero di bambini che venivano alla luce ai tempi dell'Unità d'Italia. C'è poco da esser contenti.

In verità il nostro **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** è assai preoccupata e promette una campagna per promuovere la natalità e proteggere la fertilità e avverte. «Siamo vicino alla soglia di non sostituzione, vale a dire che le persone che muoiono non sono sostituite dai nuovi nati».

E poco importa che anche i morti nel 2014 siano calati di ben quattromila unità, perché sono stati comunque 597 mila i decessi contro i 509 mila bambini nati. Non solo. Nel 2014 per la prima volta è diminuito anche il numero medio di figli nati da straniere, tradotto in numeri vuol dire che nel 2013 il tasso di natalità delle donne immigrate in Italia era di 2,1 figli per donna, nel 2014 è sceso a 1,91.

Anche il tasso di natalità delle donne italiane, già piuttosto basso in partenza, continua a diminuire: eravamo a 1,46 figli per donna nel 2010, siamo arri-

vati a 1,39; per fare un paragone, nel resto d'Europa questo indicatore è in media 1,58.

«Questi dati devono farci riflettere molto», commenta monsignor Vincenzo Paglia, presidente del Pontificio Consiglio della famiglia. E aggiunge: «Come non preoccuparsi per un'Italia che non soltanto non va avanti ma indietro, e non solo di qualche decennio ma addirittura di qualche secolo? Credo sia indispensabile che il tema della famiglia e della generatività, venga con urgenza, anzi, con prepotenza rimesso al centro della preoccupazione dell'intera società italiana in tutte le sue articolazioni».

Nascono meno bambini, ci spiega l'Istat, per poi rincarare la dose e aggiungere sempre più preoccupazioni: le neomamme sono donne sempre più avanti con gli anni. L'età media del primo parto continua a salire: siamo arrivati a 31,5. Del resto siamo una popolazione che invecchia ogni giorno di più.

Sempre i bollettini dell'Istat ci dicono che oggi «nel mezzo del cammin di nostra vita» ci arriviamo a ben 44,4 anni. E basta confrontare la differenza numerica che c'è tra la popolazione fino a 14 anni di età e sopra i 65 anni: questi ultimi sono quasi il doppio dei ragazzi-

ni. Per la precisione: i ragazzi fino a 14 anni rappresentano il 13,8 per cento della popolazione, le persone sopra i 65 sono ben il 21,7%.

Lentamente muore, l'Italia. «Avere un figlio oggi viene vista come una responsabilità sempre più sentita», commenta Mauro Busacca, vice-presidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia. E spiega: «Prima, invece, avere un figlio veniva vissuto come qualcosa di logico, naturale. Oggi spesso ci si rinuncia, in funzione di una serie di fattori complessi».

Già: le coppie stabili oggi si formano non prima dei 30 anni, in media. «Ma dopo quell'età la fertilità cala del 3 per cento ogni anno», dice ancora Mauro Busacca che è anche direttore del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Macedonio Melloni di Milano.

Chissà se la nostra aspettativa di vita, che aumenta sempre di più, con il passare del tempo riuscirà a compensare anche il tasso della fertilità.

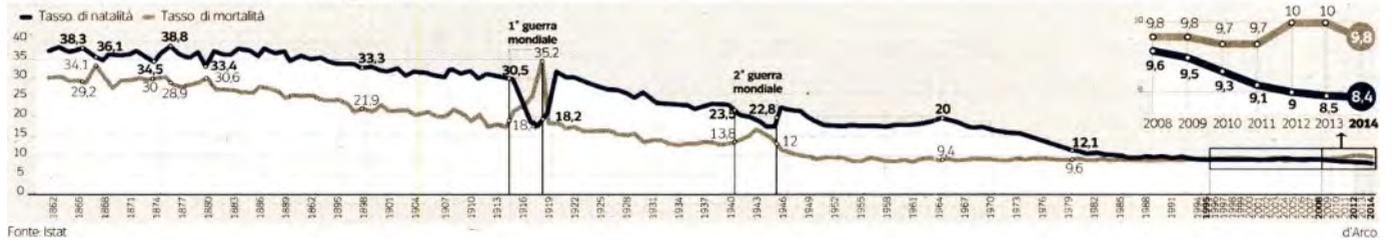
Perché oggi, ci avvisa sempre il nostro istituto nazionale di statistica, siamo arrivati al record anche per quanto riguarda l'aspettativa di vita. Più alta sempre le donne: 84,9. E appena un po' meno per gli uomini: 80,2.

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

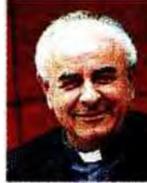


La popolazione italiana negli ultimi 150 anni



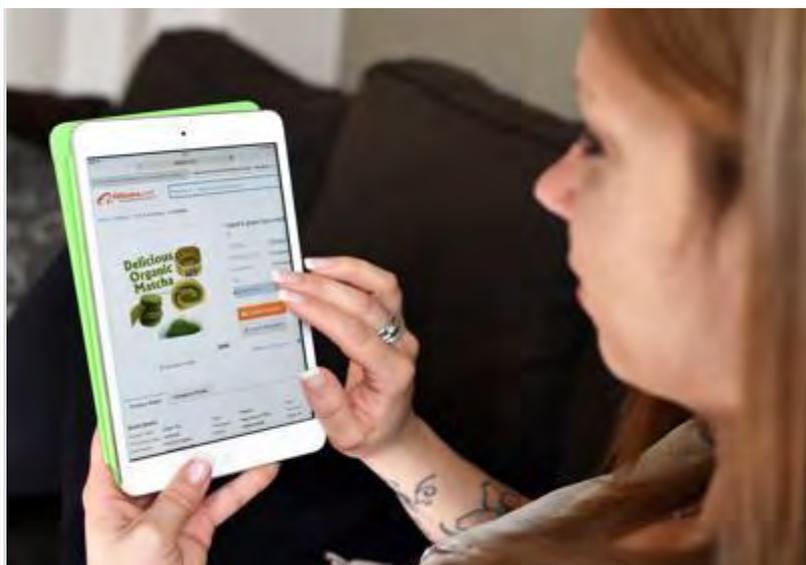
Fonte: Istat

d'Arco



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

Coca Cola spermicida & Co, i ginecologi contro i falsi miti sul web



Sesso e contraccezione, più di 1 under 30 su 5 preferisce 'dottor web'

Piuttosto che mettere piede nello studio del ginecologo, bussano alle porte del 'dottor web'. E' così che il 22% delle italiane fra i 20 e i 30 anni, più di una su 5, si istruisce su contraccezione e prevenzione delle gravidanze indesiderate. Internet per loro è la prima fonte di informazione, mentre solo il 16% riconosce il camice bianco in carne e ossa come punto di riferimento per temi così delicati. Oltre che dal web, il ginecologo viene scalzato dalla mamma (prima scelta per il 29% delle under 30), dai compagni di scuola (24%) e dal migliore amico (20%).

Visto il trend, gli specialisti hanno deciso di correre ai ripari e intercettare le ragazze perse nella Rete direttamente nel loro mondo virtuale. Da qui la scelta della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) di rafforzare la sua presenza online con un nuovo mini sito (contraccezionessmart.sceglitu.it) e una campagna contro i 'falsi miti' rivolta alle frequentatrici del web, che parte oggi ed è stata presentata a Milano. Su Internet, fa notare il presidente nazionale Sigo, Paolo Scollo, "si legge di tutto: che il coito interrotto rappresenta un metodo sicuro, oppure che la coca cola è spermicida, vere e proprie 'bufale'".

Tutto questo mentre nel mondo il 20% delle donne sottovaluta il rischio di rimanere incinta durante rapporti non protetti. Ogni anno il 90% dei 15 milioni di gravidanze non volute sarebbe evitabile se si riuscisse a sfatare idee errate sui rischi dei contraccettivi. E' il quadro che emerge dai dati di un'indagine GfK su un gruppo di donne italiane e da uno studio internazionale dell'Oms. Per promuovere la contraccezione consapevole, il progetto della Sigo 'Scegli tu' partecipa al primo Breakfast Rave italiano in programma il giorno di San Valentino (14 febbraio)

dalle 7 del mattino al 24esimo piano della Diamond Tower di Milano, in contemporanea ad altre città europee, con giornalisti, blogger, personaggi dello spettacolo e dello sport. In un corner una ginecologa risponderà a domande e dubbi.

A preoccupare i camici bianchi è in particolare il rischio che le ragazze si affidino a "fonti su Internet spesso non certificate", avverte Scollo. Sul mini sito curato dalla Sigo si "possono trovare informazioni su tutti i metodi contraccettivi, anche i più recenti come i sistemi intrauterini che consentono una contraccezione sicura indipendentemente dell'adesione al trattamento. Con la nostra iniziativa vogliamo indirizzare le donne verso siti affidabili".

Nell'era 2.0, anche i camici diventano digitali: "Da 10 anni - sottolinea Mauro Busacca, direttore dell'Ostetricia e ginecologia del Fatebenefratelli-Macedonio Melloni di Milano e vicepresidente Sigo - è attivo il progetto Scegli tu, un 'consultorio online' dove gli esperti rispondono alle domande dei ragazzi. La Sigo ha aperto anche un profilo Facebook e Twitter e nelle prossime settimane interverremo nei forum, blog e portali frequentati dai giovani". Per "una migliore cultura sulla sessualità e la contraccezione consapevole", aggiunge Scollo.

"Il progetto - spiega - è nato dall'esigenza di colmare una lacuna: la mancanza di un vero e proprio programma di educazione sessuale e affettiva a livello nazionale. In Italia, a differenza che nel resto d'Europa, i ragazzi non frequentano corsi obbligatori a scuola su questi temi". Ma consultare Internet, incalza Busacca, "non può e non deve sostituire il ginecologo. Il medico specialista può aiutare una donna a conoscersi meglio e guidarla verso una scelta contraccettiva adatta, duratura e responsabile. Al tempo stesso, assicura che il corpo femminile sia mantenuto in salute e che la fertilità sia preservata. Tutte le donne in età fertile dovrebbero recarsi dallo specialista almeno una volta l'anno. Quando vengono utilizzati contraccettivi, può essere necessaria una maggiore frequenza, soprattutto durante i primi periodi".

Scienze TUMORI FEMMINILI

Due o tre punture che ti salvano la vita

Fermare il virus del papilloma previene il cancro della cervice. Ma le famiglie non vaccinano le ragazzine. Per paura del sesso

DI LETIZIA GABAGLIO

Un vero peccato. E pensare che è l'unico metodo certamente capace di prevenire il cancro, nello specifico quello della cervice uterina.

A sette anni dal lancio della vaccinazione contro il virus Hpv, gratuita per tutte le undicenni, sono pochi i genitori che hanno aderito. E diminuiscono di anno in anno anziché aumentare. Il piano messo a punto dal [ministero della Salute](#) stabiliva infatti di vaccinare il 95 per cento delle ragazzine entro tre anni. I dati reali però sono impietosi: alla fine di giugno del 2014 risultano vaccinate con l'intero ciclo (3 somministrazioni) poco più del 70 per cento delle nate fra il 1997 e il 2000. Con forti differenze fra regioni: in Toscana, Umbria e Puglia si supera l'80 per cento, in Campania e Sicilia non si arriva al 60.

È come se l'idea di proteggere le figlie pre adolescenti da una possibile infezione non avesse convinto i genitori. E per capire come mai sia stato possibile il [ministero della Salute](#) ha promosso uno studio - Valore (VALutazione LOcale e REgionale delle campagne di vaccinazione contro l'Hpv) - che ha previsto anche la somministrazione di un questionario a un campione di famiglie che, pur avendo ricevuto la chiamata dei servizi sanitari per vaccinare la propria figlia, non si sono presentate. Come scrivono su "Bmc Infectious Diseases" i ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità che hanno svolto lo studio, «la paura di eventi avversi, le informazioni discordanti che i genitori ricevono dai medici, e la scarse notizie sull'infezione sono fra le

ragioni maggiormente indicate come barriere alla vaccinazione».

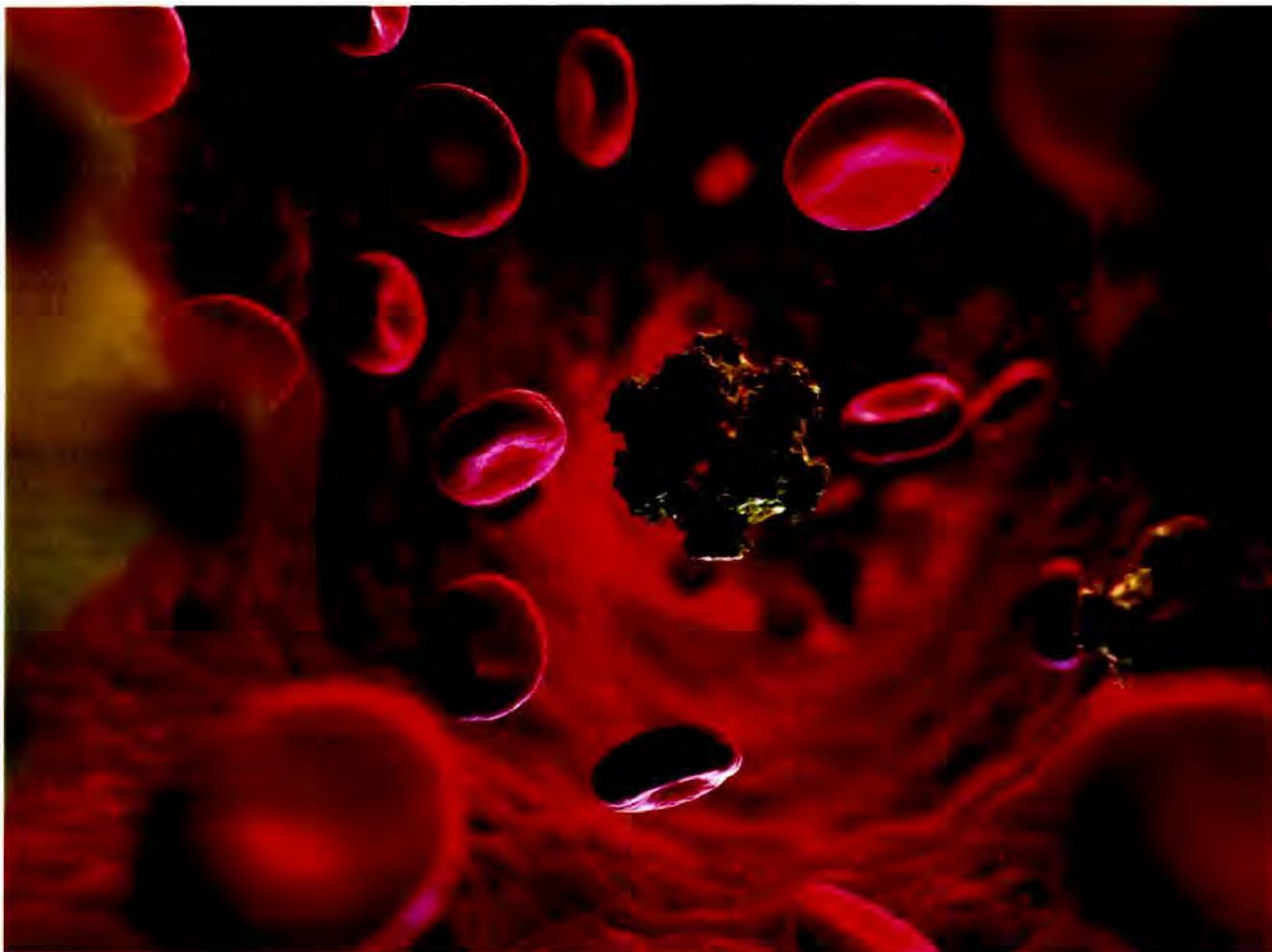
In primo piano, tuttavia, c'è il fatto che quando parliamo di Hpv parliamo di sesso, perché è così che si contrae il virus. Ma il 45 per cento dei genitori che hanno risposto al questionario dell'Iss ha detto che 11 anni sono troppo pochi, e il 16 ha dichiarato di aver paura che la vaccinazione potesse incoraggiare le figlie ad avere rapporti sessuali a rischio. Una paura smentita da uno studio condotto dai Centers for Disease Control and Prevention americani: il tasso di gravidanze indesiderate o di altre infezioni a trasmissione sessuale è lo stesso sia per le ragazze non vaccinate sia per quelle immunizzate. In ogni caso non si può sfuggire alle prove scientifiche che, sottolinea Francesca Carozzi dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze: «Indicano come la massima efficacia del vaccino nel difendere l'organismo contro l'infezione dei ceppi più pericolosi di Hpv ci sia solo prima del debutto sessuale». In ogni caso, è comunque possibile vaccinarsi anche dopo gli 11 anni, fino ai 25, ed è efficace, anche se meno. «Tanto che in alcune regioni è disponibile presso gli ospedali pagando

L'INFEZIONE SI HA CON I RAPPORTI SESSUALI. E LA CERTEZZA DI NON AMMALARSI C'È SOLO INTERVENENDO PRIMA DELLA PRIMA VOLTA

un ticket», commenta Susanna Esposito, presidente della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica.

Non solo: a preoccupare 8 famiglie su 10 è la sicurezza. Le ragazzine rischiano arrossamento nella zona dell'iniezione, gonfiore, prurito, dolore, un po' di febbre. Davvero poco a fronte di una protezione dai ceppi più pericolosi dell'Hpv, quelli che hanno maggiore probabilità di far degenerare le lesioni dell'utero in cancro. Vaccinandosi a 11 anni l'efficacia è fra il 98 e il 100 per cento, praticamente uno scudo impenetrabile. Che si assottiglia con l'età, fino ad arrivare al 18 per cento nelle ragazze che hanno già avuto rapporti sessuali.

Resta un dubbio: quante di queste informazioni essenziali sono ben comprese dalle famiglie? Lo studio Iss mostra che non tutti hanno chiaro quanto l'infezione aumenti il rischio di sviluppare il cancro, che anche i maschi possono essere infetti e che le infezioni da Hpv - un virus complesso, di cui si contano almeno 100 ceppi diversi - sono spesso transitorie. Non solo: di fronte alla possibilità concreta di proteggere le figlie e ai dubbi che naturalmente ognuno ha, le famiglie non chiedono aiuto. Né al pediatra, in genere considerato una fonte sicura di informazioni per il 79 per cento dei genitori, al quale si è rivolta meno della metà delle famiglie coinvolte. Chi lo ha fatto nel 31 per cento dei casi ha ricevuto una raccomandazione alla vaccinazione, ma nel 28 ha avuto risposte contraddittorie. «Dire che i vaccini non comportano alcun rischio può paradossalmente contribuire ad aumentare nella percezione del genito-



ri il pensiero che siano molto rischiosi», scrivono i ricercatori.

Se si parla di adolescenti, però, la cosa più efficace è spostare le campagne sul web, dove però la voce dei nemici di tutti i vaccini tout court è più forte di quella delle autorità sanitarie che ne spiegano i vantaggi. «Nel Regno Unito per parlare direttamente ai giovani sono state ideate delle campagne Internet proprio sui siti per adolescenti», spiega Esposito. Nel nostro Paese, però, nulla di simile si è visto: «Volevamo capire cosa ne sapessero gli studenti e abbiamo proposto ad alcune scuole dei questionari da distribuire, ma i genitori si sono opposti perché, ovviamente, fra i temi c'era anche quello della sessualità», conclude Esposito.

Le idee sono spesso confuse anche per quanto riguarda la prevenzione una volta che si è fatto il vaccino. «A oggi le indicazioni sono quelle di eseguire il pap test una volta ogni 3 anni nella fascia 25-64 anni, ma se la vaccinazione Hpv raggiunge le coperture adeguate, quando arriveranno a 25 anni le ragazze

vaccinate avremmo una frequenza molto più bassa di infezioni pericolose e potremmo anche diradare i controlli», spiega Carozzi, che è anche segretario nazionale del Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma. Insomma, secondo gli esperti l'azione congiunta della prevenzione primaria – quella dei vacci-

MOLECOLE DI HUMAN PAPILLOMA VIRUS CHE HANNO INFETTATO IL SANGUE, RICOSTRUZIONE

ni – e di quella secondaria – lo screening – potrebbe consentire l'eradicazione della malattia. E stiamo parlando di cancro. Un risultato impensabile per qualunque altra neoplasia. ■

E i maschi?

Una volta tanto l'altra metà del cielo, quella a cui non si guarda, sono i maschi. Le indicazioni per l'offerta gratuita del vaccino Hpv finora hanno sempre parlato di femmine. Ma qualcosa sta cambiando. Dal 1° gennaio 2015 Veneto e Puglia, sulla scorta di quanto già avviene in Australia e Canada, hanno esteso l'offerta alla popolazione maschile, in particolare ai nati nel 2001: una politica che trova la sua ragione nel fatto che la copertura per le ragazze è fra le più alte d'Italia e quindi ci si può permettere di guardare anche all'altra metà del problema. Già, perché l'Hpv fa danni anche fra gli uomini. I ceppi più aggressivi, 16 e 18 in prima linea, aumentano il rischio di cancro dell'ano, del pene, della cavità orale e della faringe. «Le patologie tumorali Hpv correlate sono per un terzo a carico della popolazione maschile», ha affermato Michele Conversano, presidente della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIt): «È una questione etica e di equità sociale rivalutare l'obiettivo di Sanità Pubblica e rivedere le attuali priorità vaccinali anti Hpv. Occorre fare ancora molto per proteggere le generazioni future dalle malattie correlate a questo virus: l'Hpv è universale, ma la protezione ancora no».

I numeri

La popolazione residente

60 milioni
808 mila compresi **5 milioni 73 mila** stranieri

I cittadini italiani

55,7 milioni



-125.000 rispetto al 2014

Le nascite

livello minimo dall'Unità d'Italia

509.000

-5.000 rispetto al 2013

597.000 i decessi

1,4 per mille
il tasso
d'incremento
naturale

1,39
numero medio
di figli
per donna
Media Ue: 1,58

31,5 anni

l'età media al parto

Tasso di natalità

Primi 2 posti:

Trentino Alto Adige (**9,9**)
Campania (**8,9**)



Ultimi 2 posti:

Sardegna (**7,1**)
Liguria (**6,9**)

Aspettativa di vita

80,2 anni maschi

84,9 anni femmine

Età media
44,4
anni

Nascite, «il minimo dall'Unità d'Italia»

*Istat: solo 509mila bebè, mai così pochi
Si svuotano anche le culle degli immigrati, il Trentino il più fertile*

**Paglia: indietro di secoli
Moige, colpa del «fisco
Dracula». Coldiretti:
sostenere la famiglia**

LUCIA BELLASPIGA

Nessuna inversione di tendenza nella ormai inarrestabile denatalità tutta italiana, anzi: nel 2014 sono nati 5.000 bambini in meno rispetto al già problematicissimo 2013. È quanto risulta dal rapporto Istat, lapidario: "Siamo al livello minimo dall'Unità d'Italia", ovvero dal 1861.

Lo scorso anno sono calate sia le nascite, scese a 509mila, sia i decessi, 597mila (4.000 in meno dell'anno precedente), e il saldo resta ampiamente negativo, se non bastano nemmeno più le madri straniere ad alzare le medie: ogni donna italiana mette al mondo 1,31 figli, ogni donna immigrata 1,97. L'Italia dunque resta al di sotto della media europea di 1,58 figli per donna: da un decennio - fa notare l'Istat - si rileva regolarmente una riduzione della popolazione, scesa a 55,7 milioni di residenti, con una perdita netta rispetto all'anno prima pari a 125mila unità.

Il tasso più alto di fecondità con 1,46 figli per donna va al Nord Italia, il più basso al Sud, con solo 1,32. Interessante anche la ripartizione del fenomeno tra aree geografiche, con un Trentino Alto Adige virtuoso che detiene il primato di natalità, seguito dalla Campania, mentre la maglia nera va alla Liguria, che non solo ha il numero più basso di nascite ma anche il più

alto tasso di mortalità. Va da sé che Campania e Trentino Alto Adige sono le due regioni più "giovanili", dove l'età media - 44,4 anni a livello nazionale - scende rispettivamente a 41,5 e 42,9. Se è una bella notizia l'aumento dell'aspettativa di vita, arrivata a 80,2 anni per gli uomini e a 84,9 per le donne, risulta squilibrato il rapporto tra giovani e anziani, tanto che la fascia d'età meno numerosa, solo il 13,8% di persone, è quella che va da zero a 14 anni.

L'Italia non attrae più i flussi migratori internazionali, tant'è che nel 2014 ha fatto registrare un saldo positivo con l'estero di 142mila unità, corrispondente a un tasso del 2,3 per mille: il valore più basso degli ultimi cinque anni. Oggi gli stranieri presenti nel Belpaese sono 5 milioni e 73mila, l'8,3% dei residenti totali.

«Dati che devono far riflettere molto - commenta il vescovo Vincenzo Paglia, presidente del Pontificio consiglio per la Famiglia - : come non preoccuparsi per un'Italia che non solo non va avanti, ma va indietro, e non di qualche decennio ma di qual-

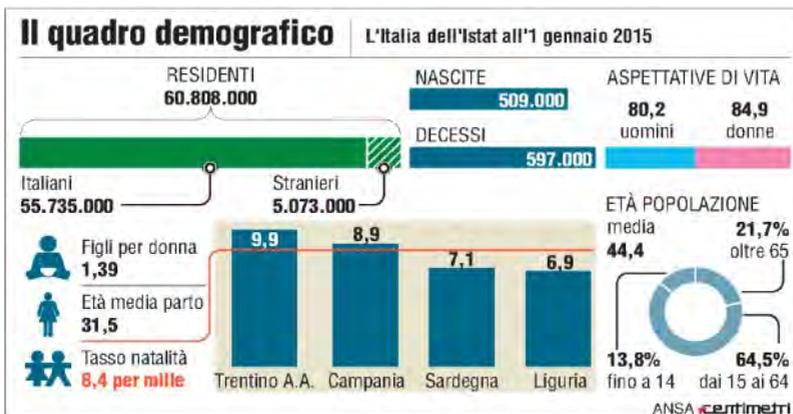
che secolo?». Ciò che occorre, aggiunge, «è un sussulto spirituale e culturale che allontani la paura del futuro», e ciò si ottiene solo se «il tema della famiglia e della generatività viene con urgenza, anzi con prepotenza, rimesso al centro della preoccupazione dell'intera società».

Sulla stessa linea il vicepresidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia, Mauro Busacca (Fatebenefratelli-Macedonio Melloni di Milano): «Prima avere un figlio era qualcosa di logico, oggi è visto come una responsabilità. Viene "scelto" o "deciso" di avere un figlio, o addirittura vi si rinuncia. Le coppie stabili si formano dopo i 30 anni e il matrimonio sta diventando un optional...».

Chiare e nette le parole di Coldiretti: «La riduzione delle nascite è un segnale grave per un Paese che deve tornare a crescere. Occorre un impegno a sostegno della famiglia, che rappresenta il nucleo di riferimento della società e della gran parte delle imprese italiane». Dal 2008, anno di inizio della crisi economica, si contano 68mila nascite in meno, vite perdute perché nemmeno mai nate... Un «inverno demografico», per il Moige, dal quale si esce solo se si riforma quel «fisco Dracula» che dissangua le famiglie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





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

Usa, 17enne super-dotato chiede aiuto alla chirurgia



Un organo sessuale cresciuto davvero troppo in larghezza e diventato motivo di imbarazzo: limitando la capacità di avere rapporti sessuali, indossare i pantaloni o praticare sport. Problemi che hanno spinto un adolescente americano a sottoporsi ad una riduzione chirurgica del pene, la prima al mondo - come riporta il 'Daily Mail' - secondo Rafael Carrion, il chirurgo-urologo dell'University of South Florida, che l'ha eseguita e descritta nei dettagli su 'The Journal of Sexual Medicine'. A riposo la circonferenza dell'organo sessuale del ragazzo misurava circa 25 centimetri, mentre la lunghezza era di 18 centimetri. "Un pallone da football", così l'hanno descritto i chirurghi.

L'adolescente aveva sofferto in passato di diversi episodi di priapismo, una condizione in cui le cellule del sangue bloccano i vasi del pene causando dolorosi rigonfiamenti. Questi episodi però con il tempo hanno reso l'organo 'fuori misura' e deforme. Carrion e il suo team hanno esaminato la letteratura medica in materia, ma dicono di non aver trovato alcun precedente simile a questa richiesta del ragazzo. "C'è sempre più interesse da parte degli uomini di un aumento della loro virilità - osserva il chirurgo - ma mai avevamo avuto una domanda di riduzione dell'organo sessuale". Il team ha deciso per una tecnica normalmente usata per trattare la malattia di Peyronie, una condizione in cui il tessuto cicatriziale si sviluppa lungo il pene. La larghezza è stata ridotta e ora il ragazzo non ha più problemi di erezione e la sua vita sessuale è tornata regolare.

Diagnosi urgente? C'è WhatsApp Paziente salvato grazie al cellulare

Valdarno, crisi cardiaca: medico invia l'ecografia, il collega 'risolve'

BUONA SANITA'

Nel giro di un'ora il paziente è stato trasferito a Careggi e lì subito operato all'aorta

Stefano Brogioni

■ FIRENZE

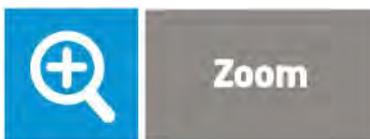
WHATSAPP è praticamente su ogni smartphone: è una chat che, grazie alla connessione internet, consente di scambiarsi in tempo reale messaggi, ma anche video e registrazioni audio. A sfruttarne le sue potenzialità, anche il medico di turno al pronto soccorso dell'ospedale di Figline, che l'ha usata per salvare una vita: ha infatti inviato al collega cardiocirurgo le immagini dell'ecografia toracica appena effettuata a un paziente di 73 anni e, grazie a quella sequenza recapitata in un batter d'occhio sul display dello specialista, è stato disposto l'immediato trasferimento a Careggi, per un'operazione che, se non effettuata in tempo, avrebbe potuto portare alla dissecazione dell'aor-

ta, che in molti casi è letale.

Il racconto di quella notte è affidato ad un comunicato stampa della Asl di Firenze, e comincia quando a casa di un pensionato arriva il medico del 118. L'anziano si sveglia nel cuore della notte perché respira male; il dottore rileva ipotensione, una frequenza cardiaca di 90 battiti al minuto e 22 atti respiratori, la glicemia alta. Insomma, ce n'è abbastanza per andare al pronto soccorso. Ci arriva vigile, ma pallido. Suda freddo, continua a respirare male, la pressione resta bassissima. Cominciano i primi esami: l'elettrocardiogramma conferma il ritmo sinusale di 90 battiti al minuto e non evidenzia alterazioni ischemiche. Poi le analisi: rialzo dei globuli bianchi e altri parametri anormali e preoccupanti.

IL MEDICO che è di turno è formato per l'ecografia d'urgenza. Dunque accende il macchinario e fa un accertamento al torace in cui rileva «la presenza di un versamento pericardico esteso, il ventricolo destro compresso, la vena

cava inferiore dilatata» e molto altro. Insomma, i vari campanelli d'allarme fanno pensare che è in corso la rottura dell'aorta. C'è bisogno di un'operazione, e la conferma arriva direttamente dal cardiocirurgo: da Figline il medico, dopo aver descritto telefonicamente la situazione, gli invia il filmato della eco via WhatsApp e riceve immediatamente la conferma dell'emergenza. Nel giro di un'ora il paziente è così a Careggi, dove, una volta verificata la diagnosi, il 73enne viene sottoposto a sostituzione dell'aorta ascendente e dell'arco aortico con re-impianto dei tronchi sovra aortici, con una plastica della valvola aortica. «Intuizione, prontezza, le competenze ecografiche acquisite dal medico di turno in un ospedale dove non si possono avere tutte le specializzazioni a disposizione 24 ore su 24, ed anche la tecnologia a 'basso costo' o 'popolare', hanno felicemente risolto un caso», commenta la Asl. La speranza è che non diventi una giustificazione a certi tagli che purtroppo non hanno risparmiato neppure il Serristori di Figline, teatro dell'episodio di buona sanità.



Cos'è

WhatsApp è un servizio di messaggistica istantanea multi-piattaforma (occorre l'accesso a internet) con il quale gli utenti che utilizzano il servizio possono scambiarsi messaggi attraverso un telefonino smartphone. Il servizio - che costa pochissimi centesimi l'anno - consente di inviare e ricevere messaggi di testo, registrazioni vocali, fotografie, video fra persone che usano 'WhatsApp' e che abbiano il nome nella rubrica dei

Digita
www.lanazione.it

Quali sono le migliori app per tenere la salute sotto controllo?
Scopri lo sul portale de La Nazione



Mobile Medicine

Realizzata dall'Università di Firenze, consente di collezionare, organizzare e cercare sullo smartphone gli strumenti per la medicina. Sistema IOS.





iStethoscope

Questa applicazione trasforma il nostro telefonino in stetoscopio e consente di ascoltare i battiti cardiaci. Può essere usata anche con dispositivo tablet. Sistema IOS e Android.

Rischio cardio

E' un valido supporto al cardiologo per valutare il rischio cardiovascolare. L'applicazione presenta i calcolatori del rischio cardiovascolare a 10 anni ATP III. Sistema IOS e Android.

Virtual dentist

Questa è un'app di simulazione che consente agli utenti di caricare una foto e provare una varietà di diverse procedure dentali in proprio. Sistema IOS e Android.

Prevenzione

Meningite: il vaccino è Made In Italy

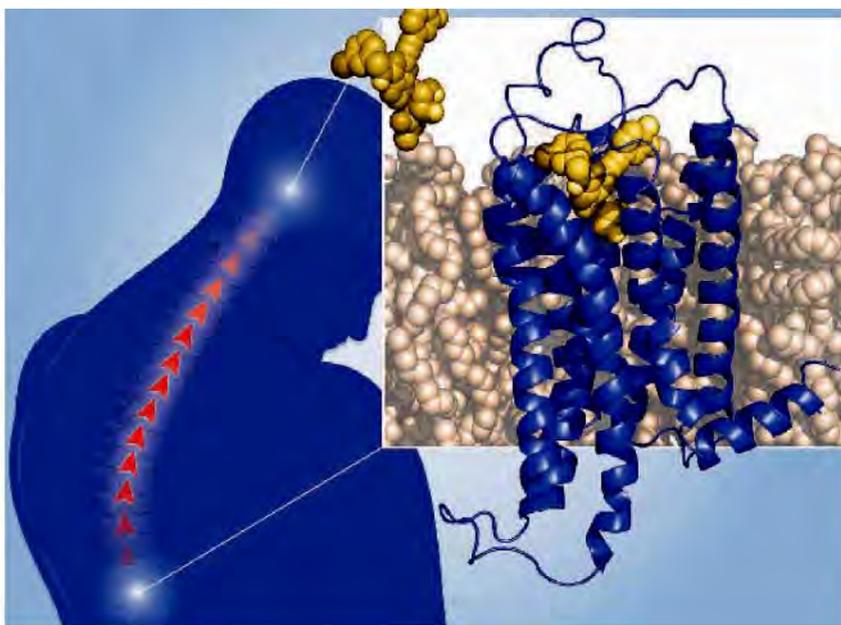
È passato circa un anno dalla sua approvazione in Europa. È ora arriva il via libera della Food and Drug Administration statunitense, per bambini e giovani di età compresa tra i 10 e i 25 anni. Salgono così a 37 i paesi che hanno approvato il vaccino contro la meningite da meningococco B, messo a punto da Novartis nel suo centro di ricerche di Siena, inserendolo nelle raccomandazioni di diversi sistemi sanitari, nell'elenco delle vaccinazioni gratuite e nelle linee guida delle associazioni scientifiche, per un totale di oltre un milione di dosi già vendute. Perché la meningite fa paura, e quella causata da questo batterio è tra le più implacabili: ha una mortalità del 10 per cento (circa 200 i decessi per le diverse meningiti ogni anno in Italia), ma lascia anche a uno su cinque tra coloro che sopravvivono conseguenze spesso devastanti, con disabilità che talvolta compromettono la qualità di vita in maniera irrecuperabile. Non solo. Ogni caso fa scattare complicate procedure di controllo e prevenzione con antibiotici di tutte le persone entrate in contatto con il malato, con costi molto alti. Per tutti questi motivi, il vaccino è ora accolto meglio di altre vaccinazioni percepite - spesso a torto

- come meno importanti. «In Italia sono ormai sei le regioni (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Liguria, Puglia e Basilicata, la prima ad adottarla) e due le province autonome (di Trento e Bolzano) che assicurano la vaccinazione gratuita a due mesi, e altre si stanno muovendo nella stessa direzione. Il Piano vaccinale nazionale non la prevede ancora, ma è appena scaduto, e la nuova versione potrebbe comprenderla, anche perché contempla già le vaccinazioni contro gli altri patogeni che possono dare meningite», spiega Anna Prugnola, direttore medico

e relazioni istituzionali dell'azienda svizzera. La scheda vaccinale prevede due immunizzazioni e tutti i dati raccolti finora dimostrano che il vaccino è sicuro.

Agnese Codignola





NEGLI USA GLI STUDI DI DUE ITALIANI SU **cellule gliali** E **adenosina**:
POTREBBERO DARE ALTRE CHIAVI PER BATTERE I DOLORI CRONICI

Nuovi interruttori per spegnere la sofferenza

di **Giuliano Aluffi**

Tredici milioni di italiani convivono col dolore cronico: lo riporta il libro bianco presentato lo scorso ottobre a Roma, al convegno Health over Pain Experience. A essere considerato cronico è ogni dolore che duri oltre tre mesi: il più comune è il mal di schiena (60 per cento dei casi), seguito da dolori articolari e reumatici, neuropatie,

cefalee, angina pectoris e dolori neoplastici.

Cruciale, nel sorgere del dolore cronico, è il fenomeno della plasticità neuronale, la capacità del sistema nervoso di adattarsi. Quando i suoi recettori per il dolore, detti nocicettori, subiscono una stimolazione prolungata, possono infatti scatenare meccanismi neurochimici che modificano le sinapsi, aumentando l'eccitabilità dei neuroni. E il

FARMACO IN ARRIVO?

Daniela Salvemini, dell'Università di Saint Louis, ha messo a punto molecole che imitano gli effetti dell'**adenosina**, sostanza con effetti calmanti prodotta dal nostro organismo. Il disegno a sinistra mostra come, durante gli stati di dolore cronico, i segnali di dolore siano trasmessi su per la spina dorsale (frecche rosse) fino al cervello. Bloccare questa catena può offrire sollievo. Se i recettori dell'adenosina A3 (in blu), che sono nella spina dorsale e in aree cerebrali rilevanti per il dolore, vengono attivati dalle molecole sintetizzate (in giallo) dal team della Salvemini, il dolore cronico si attenua. Sono già stati effettuati i test sui topi. Devono partire quelli sull'uomo

cambiamento può rimanere anche quando la causa del dolore si estingue: nei neuroni, in pratica, rimane una «memoria» del dolore, che continua a tormentare i pazienti.

La spesa annuale del nostro Servizio sanitario per combattere il dolore è stimata intorno ai 36,4 miliardi di euro. Due, le principali categorie di farmaci. Gli antinfiammatori non steroidei (Fans), come nimesulide e ibuprofene, agiscono localmente, e cercano di evitare la formazione del segnale doloroso desensibilizzando i nocicettori periferici. Gli oppioidi invece inibiscono la trasmissione del segnale del dolore riducendo il rilascio di neurotrasmettitori e ostacolando l'arrivo dello stimolo doloroso nella corteccia sensoriale. Siamo al primo posto in Europa per l'uso di Fans e all'ultimo per oppioidi: questo mostra un uso improprio degli antinfiammatori, perché non sempre attenuando le infiammazioni si cura il dolore. D'altra parte, però, gli oppioidi possono

provocare assuefazione e dipendenza.

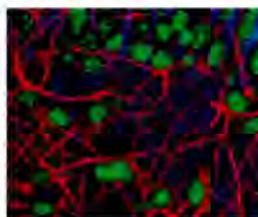
Un nuovo promettente bersaglio terapeutico è la glia, ossia l'insieme di cellule che circonda e sostiene i neuroni. Lo suggerisce uno studio pubblicato in gennaio sulla rivista scientifica *Brain* da Marco Loggia, docente di radiologia alla Harvard Medical School. «Fino a poco tempo fa si pensava che il dolore cronico fosse causato soprattutto dall'eccessiva eccitabilità dei neuroni che trasmettono i segnali dolorosi. Negli ultimi dieci anni, però, molti studi su animali hanno suggerito che ad avere un ruolo fon-

damentale possono essere le cellule gliali. Queste sono le sentinelle del sistema nervoso: quando un animale subisce una lesione, la "sentono" e, tramite una risposta infiammatoria, aumentano l'eccitabilità dei neuroni che trasmettono i segnali dolorosi» spiega Loggia al *Venerdì*. «Questa risposta è utile perché, se un arto ferito diventa ipersensibile al dolore, l'animale cercherà di non muoverlo e proteggerlo, favorendone il recupero. Poi però, quando il tessuto guarisce, la risposta infiammatoria dovrebbe ridimensionarsi. Se invece continua, diventa patologica».

Finora non si era studiata l'attivazione delle cellule gliali nel dolore umano. «Nella

nostra ricerca, abbiamo per la prima volta visualizzato in pazienti con dolore cronico (in particolare, la lombalgia) la presenza di elevati livelli di una proteina che si produce durante l'attivazione gliale. Questo indica che, anche nel dolore cronico negli esseri umani, le cellule gliali si attivano in maniera eccessiva e non si "calmano" dopo la risoluzione dell'evento che ha causato il dolore. Queste cellule possono quindi essere esplorate come target terapeutico» spiega Loggia. «Per la verità, esistono già farmaci adatti a calmarle - come l'antibiotico minociclina, usato per curare l'acne e infezioni - ma non vengono usati per il dolore».

Uno studio pubblicato sempre su *Brain*, a fine 2014, da Daniela Salvemini, docente di farmacologia alla Saint Louis University, ha invece individuato un «interruttore» del dolore partendo dall'adenosina, una delle sostanze endogene che hanno un effetto calmante sul nostro organismo. «I recettori dell'adenosina si trovano nel sistema nervoso centrale, sia nella spina dorsale che nel cervello. Quando entrano in azione, attenuano l'iperattività tanto dei neuroni quanto delle cellule gliali» ci spiega Daniela Salvemini. «Se però, per stimolare questi recettori, somministrassimo semplicemente adenosina, attiveremmo tutti i recettori adenosinici dell'organismo e avremmo effetti collaterali. Così abbiamo prodotto molecole sintetiche che attivano solo un recettore (l'A3) centrale per attenuare il dolore cronico. Per ora nei topi, ma i test di fase 1 sull'uomo sono imminenti». ■



La **glia** è un insieme di cellule che circonda i neuroni

Il caso

Soltanto 509 mila nascite nel 2014, cinquemila in meno dell'anno precedente e record negativo assoluto da un secolo e mezzo. Nei dati dell'Istat un Paese in declino

Mai così pochi nati dall'Unità d'Italia e anche le straniere smettono di fare figli

Il calo riguarda pure le regioni del Sud
Pesano la crisi e i servizi pubblici scarsi

CHIARA SARACENO

In Italia si vive più a lungo, ma le nascite continuano a scarseggiare (cinquemila in meno solo nell'ultimo anno, dice l'Istat). Di conseguenza, la popolazione complessiva si riduce, oltre ad essere sempre più vecchia. Il saldo tra nascite e morti, negativo ormai dal 2007, ha conosciuto una fortissima accentuazione negli ultimi anni. Era di settemila unità nel 2007, oltre 12 volte maggiore nel 2014, quando ha toccato quota 87 mila. Ciò non vuol dire che si muore di più. Al contrario, sono diminuite anche le morti e continuano a migliorare le speranze di vita alla nascita, anche con una riduzione del gap a sfavore degli uomini, ora di 4,7 anni rispetto ai 5,3 del 2007.

Quelli che mancano all'appello sono i nuovi nati. La piccolissima ripresa delle nascite che aveva segnato il periodo 2004-2010, portando il numero medio di figli da 1,34 a 1,46, si è non solo interrotta, ma ha cambiato segno, tornando al declinare fino a scendere a 1,39 nel 2014. In alcune regioni meridionali (Basilicata, Molise, Sardegna), un tempo tra le più prolifiche, da anni non si raggiungono neppure 1,2 figli per donna ed il Mezzogiorno in generale presenta tassi di fecondità più bassi di quasi tutte le regioni centro-settentrionali. È il quadro che emerge dal rapporto sugli indicatori demografici per il

2014 presentato ieri dall'Istat.

La crisi economica, l'incertezza occupazionale sperimentata da molti giovani, la mancanza di reti di protezione adeguate e di servizi di conciliazione famiglia-lavoro, fa posticipare uscite dalla famiglia di origine, inizio di una vita di coppia, scelte riproduttive, accentuando le differenze storiche tra giovani italiani ed europei. Gli uomini e le donne italiane sono tra i più tardivi in Europa a diventare genitori, quando lo diventano, più dei loro coetanei in altri Paesi dipendono dall'aiuto dei propri genitori sia per accedere ad una abitazione, sia per accudire i figli. A loro volta, le persone anziane parzialmente o totalmente non autosufficienti sono più che in altri Paesi dipendenti dalla disponibilità dei familiari, oltre che dalle proprie personali risorse economiche, per far fronte ai propri bisogni. Il sovraccarico di responsabilità che continua ad essere assegnato alle famiglie, unitamente alla mancanza di sicurezze ragionevoli sul piano economico, non aiuta a decidere di avere un figlio, tanto meno di averne uno in più dopo il primo. Temo che non basterà il neobonus bebè a modificare questa situazione.

La riduzione e l'invecchiamento della popolazione sono sempre meno contrastati dall'apporto della popolazione straniera, nonostante questa sia più giovane e un po' più prolifica di quella italiana. Sista, infatti, riducendo anche il tasso di fecondità delle donne straniere, che per la prima volta nel 2014 è sceso sotto i due figli, attestandosi a 1,97. Ciò non è imputabile esclusivamente alla crisi economica, bensì anche al

processo di integrazione culturale e comportamentale ai modelli di famiglia prevalenti in Italia. Ci sono molti segnali, tuttavia, che indicano che l'Italia sta diventando sempre meno attrattiva anche per gli immigrati che vogliono progettare un futuro individuale e familiare. Non solo la fecondità degli stranieri residenti continua a scendere; anche il saldo migratorio si è fortemente ridotto negli ultimi anni e soprattutto nel 2014, nonostante le cifre drammatiche dei salvataggi in mare riusciti e di quelli non riusciti (o non effettuati) evocchino a torto le immagini di una invasione senza controllo.

La progressiva riduzione della popolazione italiana e il suo invecchiamento potrebbero non essere, in sé, una cattiva notizia, se il Paese fosse attrezzato a fronteggiare questo cambiamento e i problemi che porrà nel futuro prossimo: investire nelle giovani generazioni che, proprio perché di dimensioni contenute, saranno sempre più una risorsa da non sprecare; investire nelle donne giovani e meno giovani, perché possano conciliare una sempre più necessaria (soprattutto per il bilancio pubblico) partecipazione al mercato del lavoro con il desiderio di maternità; investire nel benessere degli anziani, perché stiano bene il più a lungo possibile senza gravare eccessivamente sul bilancio sanitario; favorendo l'integrazione degli immigrati e la valorizzazione delle loro competenze. Purtroppo, i segnali in queste direzioni sono, nel migliore dei casi, contraddittori, nel peggiore assenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pazienti con cancro pancreatico avanzato, benefici dalle Cure Palliative



12 febbraio 2015

I pazienti con cancro pancreatico avanzato che ricevono cure palliative sono sottoposti a trattamenti nello stadio terminale meno aggressivi, richiedono meno ospedalizzazioni e hanno una sopravvivenza più lunga rispetto a soggetti con la stessa problematica ma che non ricevono questa tipologia di trattamento. Questi dati derivano da uno studio pubblicato sulla rivista Journal of the National Cancer Institute

La sopravvivenza in pazienti con cancro al pancreas è in genere molto bassa. Questo è dovuto spesso a una diagnosi tardiva, in stadio già avanzato; solo il 20% dei pazienti sono eleggibili per la chirurgia. Tra questi pazienti, la sopravvivenza a 5 anni è intorno al 20% da quanto riportato in altri studi.

Di conseguenza, la qualità della vita e la cura di questi individui diventa di primaria importanza per i pazienti con malattia in stadio avanzato. Ricerche precedenti hanno mostrato che trattamenti aggressivi sono associati a peggioramento della qualità della vita.

Il dr. Raymond W. Jang, della divisione di ematologia oncologica ed ematologia del Princess Margaret Cancer Center in Toronto e i suoi colleghi hanno condotto uno studio retrospettivo, basato sulla popolazione per valutare l'effetto delle cure palliative sull'aggressività dei trattamenti nel periodo vicino al decesso in pazienti con cancro del pancreas in stadio avanzato.

I ricercatori hanno valutato l'impatto delle CP su 4 metriche di cura: ricevere la chemioterapia nei 14 giorni prima del decesso, ripetute visite ai dipartimenti di emergenza, ammissione alle unità di cura intensive e ospedalizzazione multipla nei 30 giorni prima del decesso.

I ricercatori hanno anche valutato l'effetto dell'intensità delle CP, con le stesse misure della cura aggressive. L'intensità è stata definita come il numero totale di visite alle CP prima del raggiungimento del risultato e una percentuale delle visite mensili.

Lo studio ha incluso 5,381 pazienti con diagnosi di cancro pancreatico avanzato in Ontario, Canada, tra il 2005 e il 2010. Tutti i pazienti sono deceduti prima del follow-up finale di marzo 2011.

I pazienti di età pari o superiore agli 80 anni erano il 29.1% della popolazione.

C'era un numero equo di uomini e donne.

I risultati hanno mostrato che poco più della metà dei pazienti (52.3%) nella coorte hanno avuto un consulto in cure palliative; il 9.5% aveva effettuato una visita e il 32.5% tre o più visite.

I pazienti che avevano ricevuto CP avevano una minore tendenza a essere sottoposti alla chemioterapia nei 14 giorni prima del decesso (2.6% vs. 5.6%; OR=0.34; 95% CI, 0.25-0.46).

Era anche meno probabile che questi soggetti fossero ammessi ai dipartimenti di cure intensive (ICU) (1.1% vs. 7.8%; OR=0.12; 95% CI, 0.08-0.18) o che richiedessero multiple ospedalizzazioni (3.8% vs. 12.8%; OR=0.24; 95% CI, 0.19-0.31) nei 30 giorni prima del decesso.

I pazienti che avevano ricevuto CP avevano una probabilità 4 volte inferiore di visite ai dipartimenti di emergenza nei 30 giorni prima del decesso, rispetto ai soggetti che non avevano avuto accesso a queste cure (7.4% vs. 28.5%; OR=0.19; 95% CI, 0.16-0.23).

I pazienti che avevano ricevuto CP dimostravano anche una sopravvivenza media più lunga (100 giorni vs. 51 giorni) di chi non aveva ricevuto questi trattamenti.

I ricercatori hanno dichiarato: " Il nostro lavoro fornisce un'analisi efficace delle cure palliative nella pratica clinica di routine che gli studi clinici non possono fornire. Data l'evidenza che le terapie aggressive sono associate a un peggioramento della qualità della vita per i pazienti e le loro famiglie, speriamo che il nostro studio aggiunga un importante pezzo alla crescente letteratura sui benefici apportati dalle cure palliative e spinga sempre di più alla disponibilità di queste cure a livello mondiale.

Emilia Vaccaro

Jang R. W. et al. Palliative Care and the Aggressiveness of End-of-Life Care in Patients With Advanced Pancreatic Cancer. J Natl Cancer Inst. 2015 Jan 20;107(3). pii: dju424. doi: 10.1093/jnci/dju424.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 12 FEBBRAIO 2015

Statine e prevenzione rischio cardiovascolare. Già oggi le usano 4 mln di italiani. Ma ne avrebbero bisogno altri 5 milioni di pazienti

Sarebbero infatti circa 9 milioni gli italiani tra i 40 e i 79 anni ad alto rischio cardiovascolare e per i quali sarebbe indicata la terapia con statine. La spesa farmaceutica crescerebbe ma sarebbe ampiamente compensata dai risparmi sui trattamenti sanitari e sociali connessi alla gestione di queste malattie. Il tutto rispettando i limiti prescrittivi della nota 13 dell'Aifa. Uno studio dell'Università di Milano e della Simg

In Italia circa 9 milioni di persone tra i 40 e i 79 anni sono ad alto rischio cardiovascolare e potrebbero necessitare di un trattamento con le statine. Ad oggi sono invece circa 4,1 milioni gli italiani che ne fanno uso abitualmente (*ndr. Il dato è ricavato sulla base del consumo delle statine nella popolazione italiana calcolato in dose definita giornaliera - DDDx1000 ab., pari attualmente a 69,4 per mille ab.*).

È il dato forse più “forte” che emerge dall’analisi dello studio epidemiologico CHECK, effettuata da **Andrea Poli** e dai colleghi del Servizio di Epidemiologia e Farmacologia Preventiva dell’università di Milano e dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Utilizzando il campione di popolazione di questo studio, rappresentativo della popolazione italiana adulta di età 40-79 anni, gli autori della ricerca hanno calcolato il livello di rischio cardiovascolare, la distanza dal target per la colesterolemia LDL e il diritto alla rimborsabilità dei farmaci ipocolesterolemizzanti secondo l’ultima versione della nota 13 che risale a luglio 2014.

La Nota 13. Rappresenta il documento ufficiale che regola la rimborsabilità dei farmaci ipolipidemizzanti in Italia. Periodicamente aggiornata sulla base delle nuove ricerche scientifiche, la nota 13 vincola da alcuni anni la rimborsabilità di questi farmaci al riscontro di elevati livelli di rischio cardiovascolare globale. Questo rischio va stimato ricercando condizioni di dislipidemia su base genetica, o la presenza in anamnesi di pregressi eventi cardiovascolari o di condizioni considerate “equivalenti” in termini di rischio associato, o ancora mediante l’uso di specifici algoritmi (attualmente la nota prevede l’uso dell’algoritmo “SCORE”). La nota definisce anche i target terapeutici ai quali va portato, mediante l’intervento terapeutico, il livello della colesterolemia LDL del paziente. La conoscenza del numero di pazienti che presentano le caratteristiche cliniche definite nelle varie “celle” della nota, e delle rispettive distanze dal target, può permettere di stimare in modo preciso la necessità teorica d’impiego dei farmaci ipocolesterolemizzanti in Italia, consentendo un’accurata pianificazione delle risorse economiche necessarie. I ricercatori hanno utilizzato i dati dello studio Cholesterol: Education Control and Knowledge (CHECK) per ottenere proprio queste informazioni.

I livelli di colesterolo. Dallo studio CHECK, condotto su circa 5.600 soggetti di età compresa tra i 40 ed i 79, è emerso come i soggetti ad alto e altissimo rischio cardiovascolare siano un terzo del campione (35%). Di questi soggetti, solo una quota molto piccola è “a target” per il livello del colesterolo LDL. In particolare, nei soggetti a rischio molto alto, il raggiungimento del target (LDL <70 mg/dL) solo il 2,6% dei soggetti è spontaneamente “a target”, rispetto al 97,4% che, invece, non raggiunge il target stesso. Allo stesso modo, nei soggetti a rischio alto, è spontaneamente a target solo il 17,6% dei soggetti (rispetto al 82,4% che non lo raggiunge).

La popolazione a rischio. Il 19,9% dei soggetti del campione è risultato a rischio cardiovascolare “molto alto”, e il 15,1% a rischio “alto”. La rappresentatività del campione CHECK rispetto alla popolazione italiana consente di concludere che, ragionevolmente, le stesse percentuali riguardano la popolazione italiana di pari età (circa 31 milioni di soggetti nel 2014). Si può quindi calcolare che 6,17 milioni e 4,68 milioni di soggetti in quell'intervallo di età abbiano nel nostro Paese un rischio cardiovascolare “molto alto” o “alto” secondo i criteri della nota 13.

Le terapie. Ai soggetti a rischio “molto alto” la nota attribuisce un target terapeutico pari a ≥ 70 mg/dL per la colesterolemia LDL; la quasi totalità di questi soggetti, come si ricordava (>97%), ha valori della colesterolemia LDL più elevati di questo valore target ed ha bisogno perciò di un trattamento farmacologico. Per i soggetti a rischio “alto”, cui la nota attribuisce un target terapeutico per la colesterolemia LDL ≤ 100 mg/dL, la percentuale dei soggetti non a target scende all'82,4%. Il 30% circa dei soggetti non a target dista meno del 20% dal proprio target: in questi soggetti la riduzione necessaria della colesterolemia LDL può essere ottenuta mediante la correzione dietetica eventualmente integrata dall'uso di nutraceutici (fitosteroli, beta-glucano, proteine di soia ecc.) senza ricorrere ad un trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante specifico. Il rimanente 70% dei soggetti non a target (che dista dal proprio target >20%) necessita invece, con ogni probabilità, di un trattamento farmacologico mirato. Nella stima desumibile dai dati CHECK, si tratta del 29% circa della popolazione italiana adulta 40-79 anni e poiché i soggetti in questa fascia di età in Italia sono circa 31 milioni, emerge una teorica candidabilità al trattamento con statine per 9 milioni di persone.

Gli effetti sulle prescrizioni. Secondo i ricercatori, queste stime possono essere di grande utilità per una razionale pianificazione dell'allocazione delle risorse alla farmacoterapia delle ipercolesterolemie. Un sistematico impiego delle statine e dei farmaci ipocolesterolemizzanti, secondo i criteri fissati dalla vigente nota 13, comporterebbe, secondo i dati raccolti, un sensibile aumento della prescrizione, in regime di rimborso, sia delle statine generiche, sia delle statine a maggiore efficacia, e sia ancora della combinazione a dosaggio fisso simvastatina-ezetimibe. Un simile scenario indurrebbe da un lato un aumento dei costi, per il SSN, ma anche una riduzione degli eventi coronarici e cardiovascolari osservati nella popolazione, e dei rilevanti costi sanitari e sociali connessi alla gestione di tali patologie.

Emanuela Vinci

Grazie alle statine mortalità e rivascolarizzazioni ridotte nella coronaropatia non ostruttiva



12 febbraio 2015

La terapia con statine risulta associata a un minore rischio di mortalità per qualsiasi causa anche nei pazienti con malattia coronarica (CAD) non-ostruttiva documentata da angiografia coronarica con tomografia computerizzata (CCTA), indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio clinici combinati. È questo il risultato di uno studio coreano pubblicato online su *Atherosclerosis*.

«Secondo precedenti studi la CAD non-ostruttiva rappresenta una parte consistente dei reperti CCTA, anche se la sua prevalenza varia a seconda del disegno degli studi e delle popolazioni di pazienti in valutazione» spiegano gli autori, guidati da In-Chang Hwang, del Dipartimento di Medicina interna del Collegio Universitario Nazionale di Medicina di Seul. «Inoltre, la presenza di CAD non ostruttiva contribuisce a un maggiore rischio di mortalità e di eventi cardiovascolari». Nonostante non determini ischemia miocardica – specificano – la CAD non ostruttiva è spesso caratterizzata da un carico di ampie placche e la progressione e rottura di queste lesioni sono importanti nella patogenesi degli eventi cardiovascolari.

«Diversi recenti studi effettuati con CCTA hanno dimostrato che la presenza di CAD non-ostruttiva è associata a un maggiore utilizzo di terapie mediche preventive, tra cui le statine» proseguono. «Tuttavia non è ancora stata stabilita una strategia di gestione ottimale per questi pazienti. Inel nostro studio abbiamo studiato l'associazione tra terapia con statine e il rischio di mortalità per tutte le cause e rivascolarizzazione coronarica».

Dal 2007 al 2011 sono stati identificati 8.372 pazienti consecutivi con CAD non-ostruttiva (stenosi dall'1 al 49%) documentata tramite CCTA da 3 differenti centri medici. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti che, prima dell'indagine strumentale, facevano uso di statine o acido acetilsalicilico (ASA) o presentavano un'anamnesi positiva per rivascolarizzazione. Gli outcome, rappresentati dalla mortalità e da un endpoint combinato di mortalità e rivascolarizzazione coronarica tardiva (> 90 giorni dopo CCTA) sono stati analizzati in base all'uso di statine.

L'età media della popolazione in studio era di 61,4±10,9 anni e il 70,3% era di sesso maschile. Le statine

sono state prescritte a 1.983 pazienti (23,7%). Nel corso di 828 giorni di follow-up si sono registrati 221 casi di mortalità per tutte le cause (2,6%) e 295 casi di endpoint combinato (3,5%).

La terapia con statine è risultata associata ai più bassi rischi di mortalità per tutte le cause (rapporto di rischio [HR] corretto: 0,397; 95%CI:0,262-0,602; $p < 0,0001$) ed endpoint combinato (HR corretto: 0,430; 95%CI: 0,310-0,597; $p < 0,0001$). L'associazione tra terapia con statine, da un lato, e migliori risultati clinici dall'altro è apparso indipendentemente da età, genere, presenza di ipertensione o diabete, punteggio del calcio coronarico, livelli di colesterolemia da lipoproteine a bassa densità (LDL-C), livelli di proteina C-reattiva ad alta sensibilità (hsCRP), tasso di filtrazione glomerulare.

«Per la prima volta abbiamo dimostrato che la terapia con statine è associata a un ridotto rischio di mortalità per tutte le cause e di rivascularizzazione coronarica in pazienti con CAD non ostruttiva in un setting di pratica clinica "real-world" su ampia scala» affermano Hwang e collaboratori. «Le statine sono una delle terapie mediche più importanti in questa indicazione, dato il loro meccanismo d'azione, e i risultati di molti trial di prevenzione ne hanno dimostrato l'efficacia».

Vari studi, più in dettaglio, hanno evidenziato la capacità di questi farmaci di ridurre la progressione dell'aterosclerosi, inibire la formazione di nuove lesioni, ridurre la comparsa di infarti del miocardio o la necessità di rivascularizzazione. «Recenti studi» aggiungono i ricercatori «hanno scoperto che l'accresciuto uso di terapie preventive cardiovascolari come statine, ASA e agenti antipertensivi in pazienti con CAD non ostruttiva determina un miglioramento della colesterolemia e dei valori pressori».

«In linea con precedenti studi» ricordano infine gli autori «una riduzione dell'aterosclerosi coronarica si associa a riduzioni dei livelli di LDL-C e hsCRP e questi reperti fungono da razionale per l'effetto dimostrato dalle statine nei trial di prevenzione cardiovascolare».

Arturo Zenorini

Hwang I-C, Jeon J-Y, Kim Y, et al. Statin therapy is associated with lower all-cause mortality in patients with non-obstructive coronary artery disease. *Atherosclerosis*, 2015 Jan 31. [Epub ahead of print]

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 12 FEBBRAIO 2015

E-cigarettes. Tutto ciò che non sappiamo. Ecco la posizione dell'Oms

L'impatto delle e-cigarettes sulla salute non è ancora stato determinato. Tuttavia, secondo l'Oms, utilizzarle comporta qualche alcuni rischi in termini sanitari. Si ritiene probabile che le sigarette elettroniche siano meno tossiche delle sigarette tradizionali, anche se ancora non si dispone di una stima di questa riduzione della tossicità.

Come funzionano le sigarette elettroniche? Quali i rischi per la salute e quale l'utilità? Oggi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) risponde a queste domande, fornendo un quadro dettagliato dell'utilizzo di questi dispositivi e sfatando alcuni 'miti'. Ad esempio, l'aerosol di e-cig, che non si basa sulla combustione di tabacco, può contenere diverse sostanze cancerogene, anche se in quantità inferiori rispetto al fumo tradizionale. In generale, la posizione dell'Oms non è né favorevole né contraria all'uso delle e-cigarettes, data la scarsità di evidenze scientifiche ad oggi disponibili, che risultano invece necessarie. Inoltre, viene rilevato un aumento dell'uso di questi dispositivi, soprattutto tra i più giovani.

L'Oms già da diverso tempo ha mostrato [attenzione](#) verso i rischi per la salute delle sigarette elettroniche (indicando tra l'altro di evitarle negli spazi chiusi e nei luoghi pubblici). Il dibattito scientifico rimane aperto, ed [alcuni esperti sottolineano](#) che le e-cig sono molto meno dannose delle sigarette tradizionali.

Ecco alcuni punti chiave messi oggi a fuoco dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Come funzionano le e-cig

Le e-cigarettes sono progettate per liberare nicotina o altre sostanze attraverso aerosol, senza però bruciare tabacco. In pratica, questi dispositivi sono costituiti da una batteria ricaricabile, una cartuccia sostituibile contenente liquido e un atomizzatore elettronico che, quando viene riscaldato, converte il contenuto della cartuccia in aerosol che l'utente può inalare. I quattro ingredienti principali contenuti nel liquido sono: glicole e/o glicerina come base per la produzione dell'aerosol, aromi ed eventualmente nicotina (opzionale).

Nella maggior parte dei casi, spiega l'OMS, le e-cig contengono nicotina in livelli che possono variare, e in certi casi il quantitativo di nicotina è paragonabile a quello delle sigarette tradizionali. Dunque, le sigarette elettroniche non contengono solo vapore acqueo, prosegue l'OMS, ma anche diverse "sostanze tossiche" e composti cancerogeni (come la formaldeide): il tutto, però, in quantità inferiore di uno o due ordini di grandezza rispetto a quelle presenti nel fumo di tabacco. Altro punto importante, l'assorbimento delle sostanze e dell'eventuale nicotina dipende anche dall'utilizzatore, variando a seconda della durata degli 'sbuffi', della profondità dell'inalazione e della frequenza di uso.

Rischi per la salute e utilità

L'impatto delle e-cigarettes sulla salute non è ancora stato determinato. Tuttavia, utilizzarle comporta qualche rischio in termini sanitari. Si ritiene probabile che le sigarette elettroniche siano meno tossiche delle sigarette tradizionali, anche se ancora non si dispone di una stima di questa riduzione della tossicità. Mentre gli effetti a lungo termine non saranno conosciuti in maniera consistente prima di qualche anno, l'evidenza mostra che le tossine presenti rappresentano un elemento di cui preoccuparsi nel caso di donne in gravidanza che utilizzano le e-cig o che vi vengono esposte.

Inoltre, l'inalazione di nicotina da parte dei non-fumatori, delle donne in gravidanza e degli adolescenti può determinare una dipendenza da questa sostanza. Attualmente, non ci sono studi che hanno collegato l'aerosol di e-cig con malattie specifiche. Tuttavia esso può contenere nicotina: oltre a contribuire allo sviluppo di malattie cardiovascolari nonché aumentare il rischio di neoplasie, la nicotina può avere effetti sullo sviluppo cerebrale del feto, ma anche del bambino e dell'adolescente. Di per sé la nicotina non è cancerogena, ma può funzionare come promotore del cancro e in particolare prendere parte all'interno di meccanismi biologici alla base del tumore maligno e nella neurodegenerazione. Oltre alla nicotina, l'aerosol di e-cig può contenere particolato (PM – polveri sottili): si tratta delle finissime particelle alle quali sono attaccati alcuni agenti tossici: l'uso di sigarette elettroniche aumenta il livello di nicotina e particolato nell'aria.

L'utilizzo di questi dispositivi può rappresentare un rischio per i più giovani, per le donne in gravidanza e per le persone che non fanno uso di nicotina, mentre risultano meno tossiche delle sigarette tradizionali per gli adulti che ne fanno un uso regolato e che le impiegano a scopo di sostituire il fumo da tabacco. E specialmente per chi intende smettere di fumare: tuttavia, non ci sono evidenze che ne dimostrino l'efficacia in tal senso. Infatti, l'Oms sottolinea che per smettere di fumare l'utente dovrebbe essere incoraggiato a ricorrere ad una combinazione di trattamenti già approvati. Già in un recente report Oms era emerso che le attuali prove scientifiche sono insufficienti a concludere se le e-cigarettes aiutino gli utenti a smettere di fumare o meno. Tuttavia, alcuni esperti suggeriscono che un appropriato impiego delle sigarette elettroniche potrebbe essere d'aiuto per quei fumatori per i quali tali sistemi non hanno funzionato, che sono risultati intolleranti ad essi o che hanno rifiutato trattamenti convenzionali.

Il parere Oms

In assenza di ulteriori prove scientifiche, **l'Oms non può pertanto né approvare né disapprovare** l'utilizzo delle e-cigarettes, specificando che altre dimostrazioni e regolamentazioni sono necessarie sia per proteggere l'utente da potenziali effetti negativi per la salute sia per assicurare che questi prodotti non aumentino il consumo globale di tabacco, una vera e propria "epidemia".

E-cig in aumento

La letteratura ha mostrato che gli adolescenti provano sempre più questi dispositivi, con un aumento del 100% tra il 2008 e il 2012. È probabile, secondo l'Oms, che l'ampia varietà di aromi disponibili (circa più di 8000) sia alla base di questo incremento e possa invitare un numero sempre maggiore di ragazzi a provare le sigarette elettroniche e ad acquisire una dipendenza dalla nicotina. Rapporti effettuati negli Stati Uniti e nel Regno Unito hanno mostrato che è cresciuta l'incidenza di intossicazione da nicotina.

Viola Rita

A Montecitorio

Ed è lite anche sulle sigarette elettroniche

Alla Camera si va avanti a oltranza sul ddl Boschi, ma la seduta fiume scatena polemiche sulla sigaretta elettronica perché qualche deputato l'ha accesa in Aula. «Non è un bell'esempio per le scolaresche che vengono ad assistere ai nostri lavori», ha detto il 5 Stelle Zolezzi, in raro accordo bipartisan con Nizzi di FI, che bacchetta i colleghi in astinenza da nicotina: «La sigaretta elettronica al chiuso non si usa. Chi è responsabile del rispetto delle norme antifumo?». Al contrario del Senato, dove il divieto di e-cig è totale ed esplicitato da cartelli affissi, alla Camera vige un più generale divieto di fumo, senza cartelli, che lascia però un vuoto normativo sulle e-cig nei luoghi chiusi e sul posto di lavoro. Per il ministero del Lavoro «serve una valutazione di specie sulla pericolosità del singolo prodotto, con via libera al fumo possibile solo previa valutazione dei rischi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



["Thanks Obama", così Barack sposa l'autoironia](#)[Inghilterra, da ottobre sarà vietato fumare in automobile in...](#)[Ucraina, l'accordo in tredici punti](#)[La tigre cinese non piace più agli stranieri](#)[Da Minsk a Bruxelles, "super" Merkel per salvare l'Europa](#)

Inghilterra, da ottobre sarà vietato fumare in automobile in presenza di minori

I trasgressori verranno puniti con una multa di 50 sterline

[Condividi](#)  10 [Tweet](#)  28 [G+1](#)  7  

12/02/2015

Fumo bandito in auto in presenza dei minori in Inghilterra a partire dal 1 ottobre, mentre in Italia una norma simile, voluta dal [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#), è stata trasmessa a Palazzo Chigi per essere inserita nel Milleproroghe.

Una risoluzione del Parlamento inglese, votata con 342 sì e appena 74 no, vieterà infatti a partire dal prossimo autunno di accendere una "bionda" in presenza di minori di 18 anni nell'abitacolo dell'automobile a meno che non si tratti di una decappottabile, con lo scopo di proteggere i più giovani dagli effetti nocivi del fumo passivo. I trasgressori verranno puniti con una multa di 50 sterline.

La decisione segue a una simile presa qualche tempo fa in Galles e anche la Scozia ne sta discutendo. L'introduzione di questa misura è stata supportata da 700 esperti, secondo i quali fumare in spazi chiusi e piccoli come l'automobile peggiora i danni causati dal fumo passivo, come ad esempio asma, bronchite e meningite. «Fumare una sola sigaretta in una macchina espone i bambini ad alti livelli di inquinanti atmosferici e di sostanze chimiche cancerogene come arsenico, formaldeide e catrame» spiega la consulente governativa per la sanità pubblica, la professoressa Dame Sally Claire Davies.

«Tre milioni di giovani sono esposti al fumo passivo in auto- sottolinea il [ministro della Salute pubblica, Jane Ellison](#)- sappiamo che molti di loro si sentono in imbarazzo o hanno paura di chiedere agli adulti di smettere di fumare ed è per questo che tali norme sono un passo importante per proteggerli».

Il provvedimento viene considerato una grande vittoria dalla British Lung Foundation, che si occupa di prevenire le malattie polmonari, mentre viene reputata «eccessiva» dal gruppo di fumatori Forrest.

In Italia il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) ha trasmesso a Palazzo Chigi una norma che prevede il divieto di fumo in auto in presenza dei minori perché sia inserita nel Milleproroghe, dopo aver già vietato il fumo nelle scuole, nelle vicinanze dei plessi scolastici e negli ospedali. Il ministro da tempo sostiene la necessità di tale misura, che già nel 2013 aveva provato ad introdurre, presentando un ddl ad hoc che, però, venne bloccato perché il governo dichiarò l'intenzione di lasciare il tema al dibattito parlamentare.

La necessità di questa norma è dovuta anche, come ricorda Lorenzin, al fatto che «sono ormai acclarati i danni da fumo passivo soprattutto tra i giovanissimi». La metà dei bambini, secondo recenti studi svolti in Italia, è esposta al fumo passivo già al secondo anno di vita ed il 38% dei piccoli ha un genitore che fuma



LEGGI ANCHE

08/10/2014

ANSA

[L'Italia si fa avanti: pronti a guidare una task force Ue anti-epidemia](#)

PAOLO RUSSO

01/08/2014

[Epidemia di Ebola, la Farnesina "Evitare viaggi in Sierra Leone"](#)

23/08/2014

REUTERS

[La lettera dell'Oms all'Italia "Dateci lo Spallanzani per curare i medici malati"](#)

in casa. Si concedono una 'bionda' in auto, invece, il 61% dei fumatori mentre sono 1000, secondo il rapporto annuale del ministero della Salute sul tabacco, le morti causate dal fumo passivo.

«La lotta contro il fumo è una priorità dell'Italia e dell'Europa - aggiunge Lorenzin - Forse ora anche quegli italiani che non avevano compreso la portata dell'intervento sul fumo passivo e la necessità di proteggere i nostri figli capiranno che è molto importante farlo adesso».

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE

17/03/2014
L'astinenza da nicotina riduce le connessioni cerebrali

Sponsor
(4WNet)

07/08/2013
La meditazione che fa smettere di fumare

12/11/2013
Fumo: miti e idee fuorvianti

12/02/2015
I commercianti lo odiano! Non vogliono farti scoprire il segreto dello shopping online

16/09/2014
Smettere di fumare: un mix di messaggi positivi e negativi funziona meglio

LA STAMPA CON TE DOVE E QUANDO VUOI



E-mail

Password

ABBONATI



ACCEDI



+ Recupera password

I PIÙ LETTI DEL GIORNO

12/02/2015
Alfano e Rovina
MASSIMO GRAMELLINI



WEB RADIO

La rassegna stampa dei media internazionali
Ogni giorno in diretta alle 9.30 dal lunedì al venerdì