



RASSEGNA STAMPA

14/02/2016

1. QUOTIDIANO NAZIONALE Troppi zuccheri Per l'organismo scatta l'allarme
2. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Tumore seno il gioco di squadra può allungare la vita
3. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Tumore seno, screening resta arma più efficace
4. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Vecchi farmaci per nuove cure
5. QUOTIDIANO NAZIONALE Dopo intervento chirurgico al colon un marcatore dirà a chi giova la chemio
6. CORRIERE DELLA SERA Così cambia l'oncologia pediatrica
7. QUOTIDIANO NAZIONALE Contro il dolore l'unione fa la forza
8. LIBERO QUOTIDIANO Fermare i superbatteri con un approccio One Health
9. GIORNALE Zika, in Colombia già 31mila contagi Task force in Brasile
10. AVVENIRE L'Oms. «Il virus zika ha colpito in 34 Paesi»
11. CORRIERE DELLA SERA Lo sport non funziona se si è sedentari cronici
12. SOLE 24 ORE DOMENICA Chi non si vaccina rischia di più
13. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Così il Web cambia la medicina
14. STAMPA Ogni anno 100' bimbi italiani nascono dall'utero in affitto
15. QUOTIDIANO SANITÀ Migrazione sanitaria: luci, ombre, opportunità e limiti del SSN
16. ADN KRONOS Grant di ricerca europei, Italia terza con 30 scienziati finanziati
17. PHARMA STAR Bimbi prematuri: 41 associazioni chiedono accesso, supporto e tutela

Troppi zuccheri Per l'organismo scatta l'allarme

Il rischio tumori diventa più alto



di FEDERICA
CAPPELLETTI



Il parere
degli esperti



L'oncologo
e la ricerca

**Stimolano infiammazioni
e picchi ormonali:
condizioni favorevoli
al carcinoma del seno**

**Il ruolo dell'insulina
è stato indagato spesso: è
un fattore predisponente
ma non certo l'unico**

NON È SOLO una questione di estetica o di peso in eccesso. L'elevato consumo di zuccheri, tipico della dieta occidentale e abitudine consolidata nelle case italiane, fa lievitare il rischio di tumore al seno e di metastasi ai polmoni. L'allarme arriva dai ricercatori del MD Cancer Center-Università del Texas, il cui studio ha puntato il dito soprattutto contro il fruttosio.

«Lo zucchero proveniente dal cibo ha un impatto significativo sullo sviluppo del carcinoma mammario – dichiarano gli esperti americani –, perché stimola meccanismi infiammatori o picchi di insulina che favoriscono l'insorgenza della malattia».

L'insulina, ormone prodotto dal nostro organismo in risposta a un aumento della quantità di zuccheri nel sangue (glicemia), regola molti aspetti della nostra fisiologia e ha un ruolo chiave nella crescita del cancro: aumenta, infatti, il rischio di produzione di IGG-I, una sorta di fertilizzante per cellule cancerose.

«**TROPPI** insulina in circolo provoca una produzione eccessiva di testosterone (ormone sessuale maschile) nelle donne».

Dalla ricerca è emerso che gli zuccheri attivano un processo metabolico chiamato 12-LOX (12-lipossigenasi), che faciliterebbe la crescita del tumore e la diffusione delle metastasi.

«Più del glucosio è sotto accusa il fruttosio – spiega Lorenzo Cohen, coautore della ricerca e docente di Medicina Integrata all'Università texana –, ma, in generale, sappiamo che un'eccessiva assunzione di zuccheri, amidi e carboidrati, determina aumento di peso, fino ad arrivare all'obesità, stress ossidativo, danni microvascolari e cardiovascolari. A cui si aggiungono le ormai numerose conferme sul rapporto fra eccesso di zuccheri e tumore».

Occorre, pertanto, ridurre fortemente o eliminare del tutto il consumo di zucchero e scegliere il malto d'orzo, il succo di mela o l'uva passita per dolcificare. Andrebbe eliminato, o ridotto al limite, anche il consumo di carboidrati troppo raffinati (farina 0 o 00), preferendo quelli integrali e le patate.

«Che l'alimentazione possa avere un peso variabile nel facilitare alcuni processi che portano alla formazione di un tumore è noto da

tempo – sottolinea il direttore della Senologia dell'Istituto Europeo di Oncologia Alberto Luini – e il ruolo dello zucchero e dell'ormone insulina (che si muove proprio in conseguenza di elevati livelli di zucchero nel sangue) è stato indagato più volte, da anni. Sono chirurgo senologo e ogni giorno ho a che fare con donne che combattono contro un tumore al seno. Ho sempre considerato evidente che, al di là dell'obesità come fattore di rischio, dovesse esistere qualcosa di più specifico che permettesse di non incolpare, quasi criminalizzandole, le donne fuori peso forma. Infatti i fattori che facilitano la formazione di una neoplasia sono diversi, non ne esiste uno solo capace di scatenare la degenerazione del DNA. Ed è fondamentale che si specifichi ciò che già si sapeva, o sospettava: lo zucchero e alcuni carboidrati possono essere pericolosi, attraverso la stimolazione dell'ormone insulina. Gli schemi dietetici dovranno quindi tenere conto di questa basilare informazione, perché a volte anche i più salutari contengono quantità elevate di zuccheri».



Dieta squilibrata e diabete rallentano il cervello

UN ECCESSIVO e prolungato consumo di zuccheri, una dieta squilibrata o il diabete possono incidere negativamente sulle performance del nostro cervello: a dimostrarlo sono stati i ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma. Dalla loro ricerca, pubblicata sulla rivista Cell Reports, è emerso che elevate concentrazioni di zucchero impediscono alle cellule staminali del cervello (fondamentali per i processi di apprendimento e memoria, oltre che di riparazione dei danni cerebrali) di riprodursi e, quindi, di garantire il necessario ricambio di neuroni nell'ippocampo, zona nevralgica della formazione dei ricordi. I ricercatori hanno osservato che, al contrario, quando si è sottoposti a una restrizione calorica il numero delle cellule staminali cerebrali aumenta. La ricerca, svela dunque uno dei motivi per cui una dieta scorretta e troppo ricca di zuccheri deteriora le performance cognitive.

Un ormone del fegato tiene sotto controllo anche l'alcol

UN ORMONE prodotto dal fegato tiene sotto controllo la quantità di zuccheri e di alcol consumati, spegnendo la voglia di dolci: si chiama FGF21 e, se prodotto in grandi quantità, riduce il desiderio e il consumo di zuccheri e alcol e fa calare il livello di dopamina, il neurotrasmettitore che ha un ruolo importante nei comportamenti legati a premi e ricompense. L'ormone è associato a stress ambientali, come una dieta estrema o l'esposizione a temperature fredde, e viene prodotto nei mammiferi anche quando si consumano carboidrati. Il fegato, quindi, regolatore importante del consumo e della preferenza di alcuni cibi, è destinato a finire ulteriormente nel mirino dei ricercatori: questo ormone potrebbe infatti migliorare la qualità della dieta, evitare il consumo di cibo spazzatura o proteggere il fegato stesso dall'eccesso di alcol.

Come dolcificanti meglio malto d'orzo e succo di mela

PER TENERE basso il livello di insulina nel sangue occorre ridurre il consumo di zucchero bianco e scuro e scegliere, per dolcificare, il malto d'orzo, il succo di mela o l'uvetta passita. Da limitare anche l'uso dei carboidrati raffinati, come la farina 0 o 00 e il riso bianco, favorendo quelli integrali e le patate. Da tenere sotto controllo l'indice glicemico dei cibi, il girovita, e, soprattutto, educare i bambini, fin dai primi mesi di vita, a uno stile di vita sano.

- 1** Glicemia elevata e picchi di insulina creano condizioni favorevoli a diverse patologie
- 2** L'alimentazione squilibrata stimola i processi alla base della creazione di un tumore
- 3** I fattori che aiutano le neoplasie sono sempre più di uno

UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE A QUESTO TUMORE FA CRESCERE LE PROBABILITÀ DI GUARIGIONE

Il gioco di squadra può allungare la vita

● La crescente diffusione di unità multidisciplinari di senologia (Breast unit) in Italia e in Europa è una delle ragioni principali grazie a cui le donne colpite dal tumore alla mammella hanno oggi una più elevata possibilità di guarigione e una migliore qualità della vita rispetto al passato. L'eccellenza di questi centri è rappresentata da quelli che ricevono la certificazione di qualità Breast centres certification dell'Eusoma (European society of mastology). Questa società, che per prima (a partire dagli anni Novanta) ha indicato l'approccio multidisciplinare come il futuro della cura del tumore alla mammella, ha redatto e diffuso linee guida per i centri di senologia. Le sollecitazioni dell'Eusoma hanno fatto sì che il Parlamento europeo indicasse nel 2016 l'anno entro cui tutti gli Stati membri dovranno disporre di un adeguato numero di Breast unit. «Alcuni studi scientifici hanno messo in evidenza che la cura del tumore al seno in centri specialistici fa aumentare la possibilità di guarigione: a distanza di 5 anni dall'intervento si registra infatti il 18% di mortalità in meno», afferma il dottor Antonio Barni, direttore della Breast Unit dell'istituto clinico S. Anna di Brescia, che ha da poco ottenuto la certificazione di qualità dell'Eusoma. Le caratteristiche peculiari di tali strutture sono una casistica elevata, con oltre 150 donne trattate all'anno (in Italia oggi solo il 12% degli ospedali effettua più di 150 interventi di asportazione del tumore al seno), la presenza di un team multidisciplinare e di attrezzature adeguate e all'avanguardia. «Laddove i

casi trattati sono pochi, la qualità delle cure è spesso inferiore, anche per ragioni di esperienza», commenta il dottor Barni, che aggiunge: «Gli specialisti che devono essere presenti nella Breast unit sono il radiologo senologo, il patologo, il chirurgo, l'oncologo, lo psicologo, il fisioterapista, il genetista, infermieri specializzati e un direttore clinico, che coordina il gruppo. Queste figure formano una squadra, che lavora in gruppo e si riunisce prima e dopo l'intervento per stabilire il programma delle cure. La Breast unit, dunque, rappresenta un punto di riferimento per le donne con questo tumore». Nelle unità multidisciplinari di senologia a volte si trovano un chirurgo generale (demolitore) e un chirurgo plastico (ricostruttore), altre volte un'unica figura, il chirurgo senologo, che svolge entrambe le funzioni. «La presenza di un genetista», conclude il dottor Barni, «è dovuta al fatto che, siccome quando in famiglia ci sono molti casi di tumori al seno si hanno più possibilità di svilupparlo, questo specialista può far eseguire un test genetico. Se tale esame risulta positivo, vi è un'elevata probabilità che in futuro si formerà un tumore al seno e, quindi, può essere utile l'asportazione preventiva del tessuto mammario».



APPROFONDIMENTO NON SEMPRE UNO STILE DI VITA SANO NE PREVIENE LA COMPARSA, MA OGGI I PROGRESSI NELLE CURE POSSONO GARANTIRE UNA SOPRAVVIVENZA MAGGIORE NELLE DONNE

Tumore al seno, oggi si guarisce di più ma lo screening resta l'arma più efficace

I sintomi non sono evidenti, per cui è fondamentale sottoporsi ai controlli a partire dai trent'anni

di Roberto De Filippis

Il tumore al seno è un nemico particolarmente insidioso da combattere, soprattutto perché nelle sue fasi iniziali è pressoché asintomatico. «In una percentuale piuttosto bassa di casi si manifesta con un nodulo, spesso neanche dolente, in corrispondenza del quale la pelle appare raggrinzita. Quando però si presenta questo sintomo, il tumore è già di dimensioni considerevoli», avverte il dottor Giovanni Marini, responsabile di oncologia e medico della Breast Unit dell'istituto clinico S. Anna di Brescia. Per tale ragione, è fondamentale lo screening, che consente la diagnosi precoce della malattia: prima si cominciano le cure, infatti, maggiore è la possibilità di sopravvivenza. Le linee guida del [ministero della Salute](#) consigliano alle donne dai 50 ai 69 anni di effettuare una mammografia ogni due anni. In realtà, i controlli vanno iniziati molto prima. «A meno che non vi sia un'ereditarietà dimostrata in famiglia», spiega il dottor Marini, «a 30 anni va eseguita una prima mammografia quindi, dai 40 ai 50 anni, ci si dovrebbe sottoporre a questo esame diagnostico ogni 18-24 mesi. Dopo i 70 anni, poi, il rischio di comparsa del tumore al seno cresce e, al di là delle indicazioni del Ministero, le donne dovrebbero proseguire a sottoporsi a controlli periodici». Quando la mammografia o l'ecografia mammaria evidenziano la presenza di un nodulo o di formazioni sospette, il medico suggerisce di sottoporsi a una biopsia, cioè al prelievo di un campione di tessuto, che può essere effettuata, tramite un ago, anche nell'ambulatorio in cui si è svolto l'esame; è proprio dall'osservazione del campione che si stabilisce se ci si trovi in presenza di un tumore o meno. Oltre allo screening, ci sono altri modi per "combattere" il tumore alla mammella? «Esistono metodi di prevenzione primaria, la cui efficacia

è però limitata», risponde il dottor Marini. «Siccome pare che l'obesità, la sedentarietà e il fumo favoriscano la comparsa di questo tumore, può essere utile modificare le proprie abitudini, dicendo basta alle sigarette, svolgendo una leggera e costante attività fisica e seguendo una dieta povera di grassi e proteine animali. Va poi tenuto in considerazione che anche l'assunzione di farmaci estroprogestinici, usati per attenuare i sintomi della menopausa, rappresenta un fattore di rischio. Poiché soltanto una percentuale compresa tra il 5% e il 7% di donne con tumore al seno ha più di un familiare con la stessa malattia, non si può considerare questa patologia come ereditaria». Determinati geni (Brca1 e Brca2), che possono essere individuati tramite un apposito test, predispongono però alla comparsa del tumore alla mammella.

Lo screening, con la conseguente diagnosi precoce e l'approccio multidisciplinare alla malattia (vedi articolo sotto) hanno permesso di migliorare la qualità della vita delle donne colpite dal tumore al seno. Quali sono le principali cure a disposizione nei confronti di questa malattia? «È importante distinguere tre situazioni», premette il dottor Marini. «Quando il tumore è radicalmente operabile, e quindi completamente rimovibile, dopo l'intervento si fa ricorso a una terapia adiuvante (chemioterapia o radioterapia), che ha l'obiettivo di distruggere eventuali cellule tumorali circolanti nel corpo; in questo modo, crescono le possibilità di guarigione della donna. Vi è poi la terapia palliativa, che si sceglie quando il tumore non è chirurgicamente operabile e disseminato in altri organi. Sebbene con questo tipo di cura non si possa guarire, è possibile migliorare la qualità della vita delle malate e aumentarne la sopravvivenza in modo molto significativo. Infine, vi è un'altra modalità terapeutica, chiamata terapia neoadiuvante o primaria, che è sempre più diffusa: quando il



tumore è molto esteso, si utilizza la chemioterapia prima dell'operazione allo scopo di ridurre le dimensioni, rendendolo così asportabile». Nei casi in cui è possibile, si predilige la chirurgia conservativa (tecnica nota anche come quadrantectomia), che prevede l'asportazione solo della parte del seno in cui si trova il tumore. Per evitare che all'interno della mammella non asportata si verifichi una recidiva o compaia un nuovo tumore, dopo tale intervento si ricorre alla radioterapia.

In collaborazione con il dottor Giovanni Marini,
responsabile oncologia e medico
della Breast unit - Istituto Clinico S. Anna di Brescia
(Gruppo ospedaliero San Donato)

IL PIÙ DIFFUSO TRA LE DONNE

● Sul fronte del tumore al seno, che con 40mila nuovi casi l'anno in Italia (110 casi ogni 100mila donne) è il più comune (29%) tra tutte le fasce d'età del gentil sesso, vi sono una buona e una cattiva notizia. Infatti, se da un lato l'incidenza negli ultimi anni non sta diminuendo (perché l'origine della malattia non è del tutto chiara), dall'altro lato la qualità delle cure è in continua crescita e i risultati prodotti sono ottimi: oggi, la possibilità di guarigione è più vicina a 3 donne su 4 che a 2 su 3. Dagli Anni Ottanta in poi si sta registrando una continua, sebbene leggera, diminuzione della mortalità riconducibile a tale causa (1,4% l'anno).

Se in Europa la percentuale di sopravvivenza a 5 anni al tumore alla mammella è dell'81,8%, nel nostro Paese questo dato sale all'86,9%. Oltre alla diffusione di unità multidisciplinari di senologia, questo è stato possibile anche grazie alla diagnosi precoce: il programma di screening tramite la mammografia promosso dalle Asl di molte Regioni sta avendo dunque effetti positivi. Inoltre, i controlli sono aumentati anche perché nei confronti del problema c'è una maggiore attenzione rispetto al passato.

A essere maggiormente esposte al rischio di comparsa di tale tumore sono le donne che hanno già compiuto il cinquantesimo anno di età: nel 75% dei casi, infatti, la malattia si presenta quando si supera questa soglia anagrafica. Per quel che concerne l'incidenza, infine, va tenuto in considerazione che questa forma di tumore è meno diffusa nei Paesi orientali che in Occidente.

Vecchi farmaci per nuove cure

● Finora sono stati utilizzati per curare infezioni e problemi cardiaci, ma in futuro potrebbero diventare rimedi anticancro. Si tratta di 14 farmaci che, secondo i ricercatori del Chu Sainte Justine research center dell'università di Montreal (Canada), sono in grado anche di riattivare alcuni geni che combattono i tumori. Tali geni, detti oncosoppressori, vengono "spenti" in seguito ad alcuni processi causati proprio dal cancro. Durante lo studio sono state esaminate le capacità antitumorali di oltre mille farmaci approvati dalla Fda (Food and drug administration, l'ente americano che si occupa anche della regolamentazione dei medicinali messi in commercio).



Dopo l'intervento chirurgico al colon un marcatore dirà a chi giova la chemio

LA SCOPERTA di un biomarcatore che riesca a indicare chi risponderà alla chemioterapia dopo un intervento chirurgico di cancro del colon è stata resa nota di recente.

I ricercatori americani hanno scoperto che la mancata espressione del marcatore CDX2 individua una particolare categoria di pazienti (esattamente il 4 per cento del totale) ad elevato rischio di recidiva e che trae grandi benefici dalla chemioterapia adiuvante.

Il test, che ha valenza clinica, è semplice ed economico e potrà a breve essere utilizzato come criterio di guida per la gestione di questo tumore.



SALUTE
MEDICINA E BENESSERE

La cardiologia pubblica lo 31 anni

MELATONINA ACT

IL SONNO
9.90

VALERIANA ACT

SALUTE

Così cambia l'oncologia pediatrica

Presentata al ministero della Salute la proposta di riorganizzazione dei centri, con l'obiettivo di assicurare assistenza più omogenea a bambini e adolescenti

«Hub and spoke»

Sono previsti uno o più centri di riferimento e ospedali periferici fortemente integrati

Alleanza strategica

Aieop e Fondazione Veronesi si sono unite nel comune obiettivo di migliorare le risposte

«**G**arantire ovunque un migliore accesso alle cure ai bambini e agli adolescenti con tumore». È la parola d'ordine lanciata in occasione della XIV Giornata Mondiale contro il Cancro Infantile, che sarà celebrata il 15 febbraio 2016.

In Italia, pur con alcune differenze tra Nord e Sud, la situazione è abbastanza incoraggiante. Esiste infatti una rete di 54 centri di Oncoematologia Pediatrica, riconosciuti dall'Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica (Aieop), che condivide i protocolli di cura internazionali più efficaci e le terapie più innovative.

Tuttavia, gli specialisti e le stesse famiglie dei pazienti concordano sulla necessità di compiere un ulteriore salto di qualità. «Si impone una rivisitazione del nostro modello, per assicurare standard di cura omogenei e adeguati per i no-

stri bambini e adolescenti» spiega Franca Fagioli, direttore dell'Oncoematologia pediatrica all'Ospedale infantile Regina Margherita- Città della Salute di Torino e presidente di Aieop.

La società scientifica ha analizzato la rete e il suo funzionamento, riscontrando diverse criticità. E ha preparato una proposta di riorganizzazione, oggi sul tavolo della Direzione generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute i cui responsabili, dopo un incontro con Aieop e Fondazione Umberto Veronesi, hanno manifestato interesse verso il tema ed espresso l'intenzione di avviare un tavolo di lavoro per approfondire il piano e capire come portarlo avanti in collaborazione.

La proposta di Aieop ricalca il modello della rete del Piemonte. Si tratta di un'organizzazione, hub and spoke, cioè a "mozzo e raggio di una ruota": prevede uno o più centri di riferimento per le patologie più complesse e ospedali periferici fortemente integrati con i primi. L'organizzazione va poi modulata a seconda delle dimensioni del territorio.

Pur non riducendo il numero complessivo, sono stati così identificati 19 centri hub e altri 35 organizzati tra spoke di primo e di secondo livello. Nei centri di riferimento viene fatta la diagnosi e impostato il protocollo terapeutico del paziente. Negli spoke di secondo livello sono eseguiti anche al-

cuni cicli di chemioterapia, con precise istruzioni operative. In tutti gli altri spoke di primo livello si fa il supporto di base e sono seguiti bambini anche in fase avanzata di malattia e nel follow up. Tutti i protocolli di diagnosi e cura, come tutti gli studi clinici, devono partire dal centro di riferimento e sono validati nelle altre strutture.

«Ogni centro deve avere il suo compito e ognuno deve dichiarare esattamente quello che è in grado di fare — aggiunge la presidente di Aieop —. Ovvio che poi occorre verificare se questa autocertificazione è conforme agli standard che chiediamo per il trattamento sul paziente».

Secondo Angelo Ricci, presidente della Federazione italiana delle associazioni genitori oncoematologia pediatrica (FIAGOP) «il nuovo sistema è importante per noi genitori perché ci permetterà di curare al meglio i bambini e gli adolescenti malati, inviandoli nei centri dove esiste una maggiore competenza, soprattutto per alcune malattie che hanno più bisogno di un'attenzione particolare».

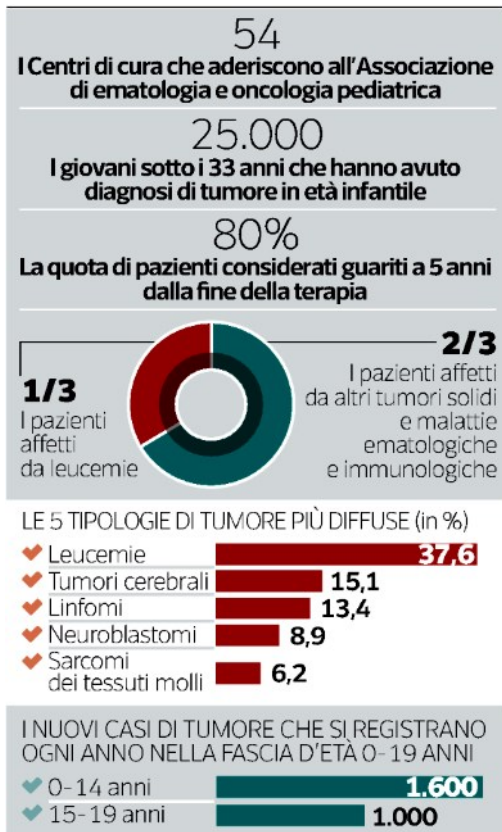
Senza dimenticare l'importanza dello sviluppo di nuovi farmaci (vedi articolo sotto), fondamentali per garantire la sopravvivenza e una buona qualità di vita ai pazienti, tema centrale del recente convegno nazionale organizzato da FIAGOP a Palermo.

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Luciano Fontana



Fonte: Associazione italiana ematologia e oncologia pediatrica - Cds

Farmaci, oppiacei e pace maker Contro il dolore l'unione fa la forza

Con i giusti interventi la sofferenza patologica può essere eliminata



Paolo Notaro
Anestesista

Esistono due tipi di dolore. Uno è utile, acuto, una sorta di campanello d'allarme che avvisa che qualcosa non va, e l'altro è inutile, cronico

Quando è cronico porta la depressione La sofferenza riduce le facoltà mentali

Il dolore cronico è chiamato anche dolore totale. I pazienti, infatti, estenuati dalla sofferenza, lamentano disturbi del sonno, depressione, fatica e vedono persino ridotte le loro facoltà intellettive

In condizioni di emergenza l'organismo spegne le sensazioni

Certi tipi di stimoli esterni riescono a scatenare una reazione di allarme che attiva le reti nervose e libera ormoni e neurotrasmettitori in grado di alterare e attutire la percezione del dolore.

Maurizio Fossati

IL DOLORE cronico può e deve essere controllato con un ragionevole e appropriato impiego di farmaci tradizionali, oppiacei e se non bastasse anche con i pace maker del dolore. Oggi esistono cure in grado di ridare serenità a molti pazienti. È importante che il malato sia informato e segua meticolosamente le indicazioni del medico specialista. In definitiva, deve essere rispettata una corretta aderenza alla terapia. Ovviamente, anche il medico di famiglia e gli altri specialisti devono stare al passo con i progressi della scienza, consolidando così il rapporto di fiducia col malato.

«Esistono, schematicamente, – dice Paolo Notaro, responsabile del centro Hub di Terapia del Dolore del Niguarda di Milano e fondatore di Nopain Onlus – due tipi di dolore. Un dolore che potremmo definire utile, acuto, una sorta di campanello d'allarme che avvisa che c'è qualche cosa che non va (quello, per esempio, che ci permette di diagnosticare una malattia) e un dolore inutile, cronico. In questo secondo caso, la sofferenza diventa un sintomo prolungato che lede il benessere. Perdu-

rando nel tempo, il dolore diventa fonte di disabilità per la persona. Il sintomo dolore si trasforma in malattia e finisce per condizionare ogni aspetto della vita. La sua durata è imprevedibile, e in alcuni casi può persino estendersi a tutta la vita del paziente. La sua intensità è variabile, anche se solitamente tende ad aumentare con il passare del tempo, acuita dagli stati d'animo negativi, dall'ansia e dalla frustrazione che spesso accompagnano la sofferenza. Per queste ragioni, il dolore cronico è chiamato anche dolore totale. I pazienti, infatti, estenuati dall'instancabile sofferenza, lamentano disturbi del sonno, depressione, fatica e vedono persino ridotte le loro facoltà intellettive».

Con lo scopo di combattere il dolore cronico e di favorire il benessere del paziente e il suo inserimento sociale, nel novembre 2014 è stato avviato da Nopain Onlus (Associazione italiana per la cura della malattia dolore), in sinergia col centro di Terapia del Dolore del Niguarda, il progetto «Punto terapia del dolore». La finalità dell'iniziativa è favorire l'assistenza della persona con dolore cronico e creare un processo di re-

te per il monitoraggio e supporto al percorso terapeutico. La presa in carico dei pazienti è stata supportata dagli addetti di Nopain Onlus adeguatamente addestrati. I risultati del progetto, a distanza di un anno, sono molto interessanti e hanno permesso di riscontrare un altissimo gradimento da parte dei malati con ricadute positive nell'esito della cura.

IL «PUNTO Terapia del Dolore» ha monitorato 332 pazienti, effettuando oltre mille telefonate. Ogni paziente è stato chiamato più volte, verificando così l'efficacia della cura. Una diretta conseguenza del monitoraggio è stato l'aumento dell'aderenza alla terapia: più alta delle percentuali osservate a livello nazionale e internazionale. Tutti i pazienti sono stati invitati a riferire al proprio medico di famiglia le indicazioni della cura seguita, favorendo così un collegamento tra ospedale e territorio che ha messo la persona malata al centro del sistema assistenziale e ha stimolato alcuni medici di famiglia a contattare il centro di Terapia del Dolore di Niguarda.



Se il morso non fa male è anestesia da stress

UN UOMO viene assalito da un gruppo di cani randagi. Si difende a pugni e calci. Poi corre via, nonostante le ferite lo abbiano lacerato. Perché in situazioni di emergenza simili, ferite normalmente dolorosissime non vengono neppure avvertite? Che cosa interviene a bloccare la percezione del dolore? Si tratta di quella condizione conosciuta dai medici come SIA (Stress Induced Analgesia), analgesia indotta da stress. Uno stato di reattività dell'organismo verso pericoli gravi, aggressivi, che minacciano in maniera importante l'incolumità e la vita stessa. In definitiva, certi tipi di stimoli esterni riescono a scatenare una reazione di allarme che attiva le reti nervose e libera ormoni e neurotrasmettitori in grado di alterare la percezione del dolore. La situazione di grave pericolo determina alterazioni funzionali come le variazioni dei livelli ematici ormonali (prolattina, cortisolo), dei livelli ematici di neurotrasmettitori (noradrenalina, serotonina), della quantità dei globuli bianchi e di altre cellule protettive (neutrofili, cellule killer) e l'aumento della pressione.

Il sollievo arriva da due diversi tipi di analgesici

LE CATEGORIE di farmaci contro il dolore sono sostanzialmente due. I Fans (Farmaci antinfiammatori non steroidei) e i derivati dell'oppio. I Fans, ad esempio l'acido salicilico (aspirina e altre molecole), anche se molto efficaci, rientrano nella categoria degli analgesici leggeri. Presentano però un grave inconveniente: possono provocare disturbi gastrici perché riducono la produzione del muco che protegge le pareti dello stomaco.

ANTIDOLORIFICI più forti sono gli oppiacei, il cui capostipite più noto è la morfina. Gli oppiacei vengono divisi in deboli (codeina, tramadolo, tapentadolo) e forti (buprenorfina, fentanyl, morfina solfato, idromorfone, metadone e ossicodone). I farmaci che agiscono sui recettori oppioidi dell'organismo, permettono quasi sempre di controllare il dolore di origine tumorale, ma per il sollievo dei pazienti andrebbero usati più spesso anche per curare dolori cronici e acuti di origine diversa.

Proteggere la salute umana e animale con vaccini, più igiene e antibiotici 'giusti' Fermare i superbatteri con un approccio One Health

■■■ Avanzano senza più ostacoli i superbatteri in grado di difendersi e sopravvivere alle terapie antibiotiche, mentre la ricerca e lo sviluppo di nuove molecole segnano il passo. Colpa anche del cattivo uso degli antibiotici, sia negli uomini che negli animali. Per fare il punto sulle strategie da mettere in campo i rappresentanti di istituzioni, società scientifiche e aziende farmaceutiche si sono confrontate al Convegno 'Achieving health through antimicrobial stewardship - AHEAD Research Day' promosso da MSD Italia e Sanofi Pasteur MSD con il patrocinio del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità. I primi focolai di crisi in questa emergenza sono due: i pazienti 'fragili' - anziani affetti da più patologie o immunocompromessi - e gli ambienti ospedalieri, dove non sempre vengono adottati o rispettati i protocolli idonei a bloccare il passaggio delle infezioni, in primis il lavaggio delle mani. La partita a scacchi con i superbatteri si gioca soprattutto sulla possibilità di sviluppare e rendere disponibili nuove molecole antibiotiche prima che le infezioni resistenti prendano il sopravvento. «MSD vanta una lunga storia per quanto riguarda l'innovazione terapeutica nel trattamento delle malattie infettive ed è uno dei pochi gruppi farmaceutici ancora attivi nel favorire l'adozione di una vera 'stewardship antimicrobica' attraverso lo sviluppo di nuovi antibiotici e nuovi antifungini, la commercializzazione e la ricerca di nuovi vaccini per uso umano e gli investimenti in campo animale, grazie alla sua divisione Animal Health - afferma Nicoletta Luppi, presidente e AD di MSD Italia - e proseguiremo il nostro impegno continuando a ricercare innovazioni tecnologiche e collaborando con tutti gli stakeholder coinvolti, a fianco della sanità pubblica». (P.M.)



ALLARME PER RIO 2016

Zika, in Colombia già 31mila contagi Task force in Brasile

■ Il virus Zika continua a far paura in Sudamerica. I casi di contagio in Colombia, uno dei paesi maggiormente colpiti, sono oltre 31mila di cui circa 5mila riguardano donne incinta. Intanto cresce l'allarme per i prossimi Giochi olimpici che si terranno in estate in Brasile. La presidente Dilma Rousseff però predica ottimismo e assicura che «Da qui ai Giochi avremo un grande successo nello sterminio della zanzara». Il Brasile si è mobilitato per combattere la proliferazione del virus e ha lanciato una campagna di eradicazione della zanzara «Aedes aegypti» che vedrà impegnati 220mila militari, 46mila esperti in malattie endemiche e 266mila operatori sanitari.



L'Oms. «Il virus zika ha colpito in 34 Paesi»

**Secondo un rapporto
dell'Organizzazione
della sanità il Brasile
resta il Paese più
colpito, «positive»
in Colombia 5.000
donne incinte**

Brasilia. Dal 2007 il virus zika si è diffuso in 46 fra Paesi e territori del pianeta, ma l'attuale epidemia ha coinvolto finora 34 Paesi, che riportano casi di trasmissione autoctona (in altri 6 c'è una circolazione virale, in 5 l'epidemia è terminata e in uno, il Texas, si segnala un caso acquisito localmente ma senza trasmissione attraverso la zanzara).

A fare il punto è l'ultimo report dell'Organizzazione mondiale della sanità, che sottolinea come «le misure di prevenzione sino divenute cruciali. C'è il timore che il virus zika possa diffondersi globalmente, in ambienti in cui le zanzare possono vivere e riprodursi».

Il Brasile resta il Paese più colpito: qui le autorità stimano fino a 1,5 milioni di casi di infezione dall'inizio dell'epidemia, con un aumento dei casi di microcefalia nei neonati. Epidemia che – secondo la presidente Dilma Rousseff – comunque «non comprometterà lo svolgimento delle prossime Olimpiadi». L'Oms indica inoltre un aumento di episodi di sindrome di Guillain-Barré, che coinvolge anche Colombia (secondo Paese più colpito da Zika, con 25 mila casi sospetti da ottobre 2015 tra loro 5.000 donne incinte su 31 mila colpiti), El Salvador, Suriname e Venezuela. Capo Verde segnala oltre 7 mila casi sospetti di infezione da virus zika. Il rischio di microcefalia preoccupa le autorità sanitarie, ma il legame con il virus trasmesso dalle zanzare non è ancora certo né dimostrato scientificamente.



SALUTE

Lo sport non funziona se si è sedentari cronici

Trascuriamo le giornate senza mai muoverci dalla scrivania? Anche poche ore alla settimana di esercizio strenuo non daranno grandi benefici

Alcuni suggerimenti

Alzarsi e muoversi ogni mezz'ora, pause pranzo o caffè fuori dalla stanza e non al Pc

Chi è sedentario e di punto in bianco decide di darsi allo sport deve stare attento, perché non è affatto sicuro che possa trarne benefici: da un lato perché spesso si rischia di esagerare e farsi male, dall'altro perché potrebbe non servire a molto se, escluse le due o tre ore di esercizio ad alta intensità "auto-inflitte" ogni settimana il resto del tempo lo si passa seduti.

Allenarsi di tanto in tanto non basta: perché faccia davvero bene il movimento deve diventare un'abitudine davvero quotidiana: un avvertimento ai più pigri che vale anche e soprattutto se già c'è qualche piccolo problema di salute, come dimostra una ricerca pubblicata di recente sullo *European Journal of Cardiovascular Prevention* secondo cui chi ha già una patologia cardiovascolare ed è mediamente sedentario non vede affatto migliorare i propri indici di salute facendo esercizio, a prescindere dalla quantità di allenamento.

Conta insomma più quanto si sta seduti che il tempo trascorso praticando sport, come spiega l'autrice, Stephanie Prince dell'università di Ottawa in Canada: «Limitare le ore trascorse seduti lavorando al computer, guidando o guardando la TV è essenziale tanto quanto incrementare i minuti di attività fisica settimanale fino ad arrivare alle quantità raccomandate. Se si fa movimento solo in occasioni specifiche ma poi si poltrisce non si ottengono benefici».

La convinzione della ricercatrice canadese è corroborata dall'indagine che ha condotto su circa 300 uomini e donne con qualche problema cardiovascolare.

Misurando alle «caviglie» con un accelerometro tutte le attività svolte nell'arco di nove giorni e valutando parametri come indice di massa corporea e funzionalità respiratoria, la ricercatrice si è accorta che i partecipanti più sedentari erano i più grassi e con meno fiato, indipendentemente dalle sessioni di allenamento svolte nella settimana.

Non è per nulla sorpreso Gianfranco Beltrami, docente del corso di laurea in Scienze motorie dell'Università di Parma e membro del consiglio direttivo della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI): «Premesso che per

ogni età della vita e a seconda delle condizioni di salute la "dose" di esercizio fisico cambia, sicuramente la palestra non basta, se non si aggiunge un movimento libero quotidiano adeguato. Favorire il moto "fuori programma" è importante per il benessere e spesso non ci si accorge di quanto stiamo fermi: ci sono bambini che a fine giornata hanno fatto tremila passi e altri soltanto cinquecento, a parità di ore di scuola e di sport».

«Il dispendio energetico reale dipende molto dalle attività libere: dalle faccende di casa alla passeggiata per arrivare al parcheggio, dalle scale al posto dell'ascensore fino ai giochi con i bambini» prosegue lo specialista, «tutto serve a ridurre la sedentarietà. Che davvero fa molto, ma molto, male: è una delle prime cause di mortalità nel mondo e va perciò combattuta in ogni modo. L'organismo umano è fatto per muoversi».

Stephanie Prince consiglia almeno di interrompere le ore passate seduti.

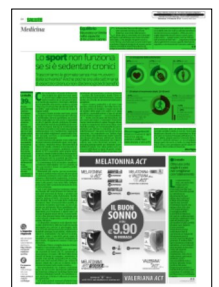
Alzarsi e muoversi ogni mezz'ora, fare qualche esercizio di fronte alla TV, trascorrere la pausa pranzo o le pause caffè fuori dalla stanza anziché di fronte al computer, monitorare la propria reale attività munendosi di un contapassi sono tutti metodi efficaci per evitare di passare seduti otto o più ore al giorno come i volontari arruolati nello studio canadese.

Raccomandazioni che vengono confermate anche da un recente documento pubblicato dall'*American College of Cardiology Sports and Exercise Cardiology Council*, che sottolinea come i rischi per la salute si riducano al crescere del movimento.

«Gli unici pericoli connessi all'attività fisica sono il non farla o esagerare senza avere un'adeguata preparazione», scrivono gli autori.

Accanto alla sedentarietà, infatti, l'altro rischio è farsi prendere dall'entusiasmo e passare da otto ore di sedia ad allenamenti sfiancanti e quotidiani.

«Serve sempre gradualità e chi non è uno sportivo, prima di iniziare, dovrebbe farsi visitare dal medico di famiglia o meglio ancora da un medico dello sport, per capire se ci siano specifiche controindicazioni al tipo di attività che si vorrebbe praticare — raccomanda Beltrami —. Inoltre non bisogna mai dimenticare che per essere più tonici e contrastare l'invecchiamento mantenendosi in salute bisogna allenare tutte le componenti della forma fisica: serve l'attività aerobica, per la funzionalità di cuore e polmoni e per liberare le endorfine, gli "ormoni del benessere", ma anche esercizi per la forza



Dir. Resp.: Luciano Fontana

muscolare, che soprattutto con l'andare degli anni si riduce più rapidamente di altre capacità; non devono poi mancare attività per favorire l'equilibrio, anch'esso importante per evitare le cadute una volta diventati anziani, e lo stretching indispensabile per diminuire la probabilità di traumi. Una visita medica serve anche per individuare su quale di queste componenti si debba puntare di più: un iperteso non dovrà sollevare pesi, un obeso dovrà fare un esercizio aerobico mirato e così via. Non si può banalizzare dicendo che la camminata va bene per tutti, per ognuno bisogna individuare la "ricetta" giusta, proprio perché l'esercizio fisico è un vero e proprio farmaco: se ne prendiamo troppo poco non serve a molto, se esageriamo con le dosi o non prendiamo quello giusto rischiamo effetti collaterali dannosi».

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio

39%

Di tanto può aumentare il pericolo di sviluppare la sindrome metabolica (sovrappeso, pressione, glicemia e colesterolo «al limite») per ogni ora in più passata seduti.

È stato anche calcolato che è del 22%, la probabilità di insorgenza del diabete di tipo due. Più a rischio chi fa di rado piccole pause per alzarsi. Lo dicono i dati del Maastricht Study, condotto su circa 2500 olandesi e pubblicato su Diabetologia.

Equilibrio

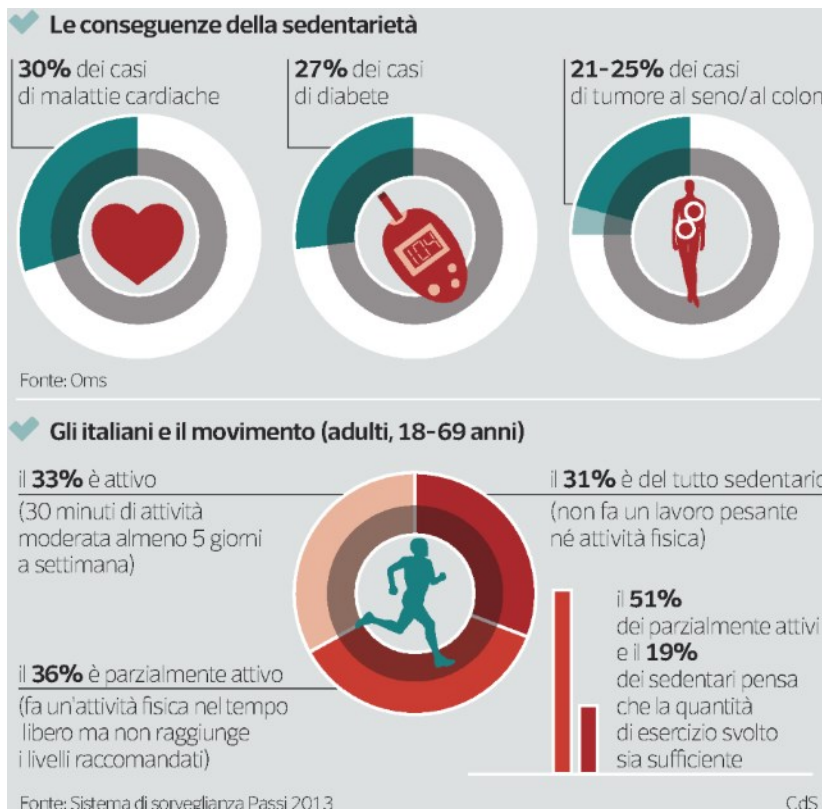
Ma esiste un limite nella capacità di bruciare calorie

Chi fa esercizio fisico per dimagrire sappia che muoversi non basta a centrare l'obiettivo: aumentare l'allenamento, infatti, oltre un certo limite non fa bruciare più calorie e quindi bisogna per forza intervenire con la dieta. Lo ha spiegato nei giorni scorsi su *Current Biology* una ricerca per cui sono stati messi a confronto i dispendi energetici di trecento uomini e donne con livelli di attività fisica diversi: chi svolge un esercizio moderato brucia circa 200

calorie al giorno in più rispetto ai più sedentari, ma chi si allena oltre non vede un ulteriore beneficio in termini di consumo energetico. «Oltre una certa soglia il dispendio resta lo stesso e serve a poco sudare di più — spiega l'autore, Herman Pontzer dell'università di New York —. L'organismo infatti si adatta agli sforzi in eccesso, quando diventano la regolarità, e non incrementa il consumo calorico».

A. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



 **Lo studio**

*Oltre una certa
soglia il cuore
non «migliora»
con l'allenamento*

La sedentarietà fa male, ma anche fare troppo sport o esagerare con l'intensità potrebbe non dare tutti i benefici sperati. Lo sottolinea un documento da poco diffuso dall'*American College of Cardiology Sports and Exercise Cardiology Council*, che spiega come oltre una certa soglia di sforzo i vantaggi possibili in termini di riduzione del rischio cardiovascolare sembrano raggiungere una sorta di plateau: pure allenandosi di più il profilo di salute non migliora. Ferma restando l'importanza di non concentrare tutto il movimento nei minuti di allenamento perché occorre muoversi di più in generale, il medico dello sport Gianfranco Beltrami sottolinea: «L'esercizio ad alta intensità sovraccarica molto gli apparati cardiovascolare e respiratorio, oltre che la muscolatura: può essere graduato, però è raccomandabile solo a persone giovani e senza problemi di salute. Esagerare può portare a incidenti di percorso come contratture e tendiniti che poi bloccano per settimane o mesi».

IMMUNOLOGIA

Chi non si vaccina rischia di più

di **Gilberto Corbellini**

Negli ultimi due decenni dell'Ottocento, mentre Louis Pasteur otteneva le prime immunizzazioni con agenti infettivi attenuati artificialmente contro il colera dei polli, il carbonchio del bestiame e la rabbia dell'uomo, si riaccendevano gli scontri tra pro e contro la vaccinazione antivaiolesca. Anche gli omeopati britannici erano incerti sulla questione. L'influente James Compton Burnett pubblicò nel 1884 un libro intitolato *Vaccinosis*, nel quale scriveva che la «vaccinazione è una misura patogenica omeoprofilattica: una malattia viene provocata per prevenirne una simile – il vaiolo vaccino per prevenire quello umano... dato che nel vaccinare una persona la stiamo facendo ammalare, gli comunichiamo la vaccinosi». Egli aveva capito che il principio dell'immunizzazione artificiale era consonante con la legge di simpatia – *similia similibus curantur* – quella che nella Teoria generale della magia Marcell Mauss chiama «seconda legge della magia» e che è alla base del pensiero omeopatico.

L'idea del tempo era che le vaccinazioni prevenivano una malattia causandola in una forma più lieve, così immunizzando l'organismo contro gli effetti dell'agente naturale. Alcuni omeopati accusavano Pasteur di aver rubato all'omeopatia anche l'idea di attenuare per coltivazione seriale gli agenti patogeni con cui ottenne i suoi «vaccini».

La posizione di Compton Burnett non prevalse. John Le Gay Brereton, un altro influente omeopata britannico, negli stessi anni dichiarava: «Preferirei farmi sparare piuttosto che un mio familiare si vaccini». Chi allora era contrario alla vaccinazione, cioè al vaccino antivaiolesco che era l'unico esistente e la sua produzione era pesantemente contaminata, aveva buoni argomenti per non vaccinarsi – sul piano individuale ma non su quello statistico, dato che contrarre naturalmente il vaiolo umano implicava un rischio di morte di molto superiore ai rischi da inoculazione di linfe vaiolose animali o umane contenute ogni genere di altri patogeni. È un fatto che l'idea dell'immunizzazione artificiale ha un'origine magica, come aveva capito Compton Burnett, così come è vero che le prime vaccinazioni erano tutt'altro che sicure. Quando il fenomeno trovò una spiegazione scientifica, che consentì di migliorare il metodo di produzione e la sicurezza, omeopati e medici eterodossi rifiutarono i vaccini. Ed è questa una eclatante prova del carattere superstizioso e fideistico delle medicine cosiddette alternative.

Come spiega in modo chiaro e avvincente Alberto Mantovani, i vaccini sono oggi gli strumenti più efficaci di prevenzione di gravissime malattie infettive, che nel passato mietevano milioni di vittime, soprattutto bambini, e che ancora oggi causano larga parte delle morti e disabilità nei paesi in via di sviluppo. Il libro si snoda raccontando come funziona il sistema immunitario e perché è possibile insegnargli a riconoscere un agente estraneo, cioè a ricordarsene per anni o per tutta la vita. Il libro descrive quindi come sono realizzati e controllati i vaccini, e porta le prove che sono più sicuri della maggior parte dei farmaci che assumiamo per diverse malattie comuni. La caratteristica che rende efficace e utile il libro è che non si dilunga più di tanto sulle mirabolanti conoscenze e tecnologie vaccinologiche. Va dritto al cuore delle domande e delle incertezze che le persone comuni hanno sull'utilità e i rischi associati ai vaccini, fornendo prove e comprensibili spiegazioni.

I due concetti chiave per capire le dimensioni sociali del problema sono la cosiddetta immunità di gregge e la percezione del rischio. L'immunità di gregge è un fatto matematico. Per ogni malattia infettiva esistono delle soglie di immunizzazione, che dipendono dall'efficienza con cui l'agente si diffonde, che se sono superate garantiscono la protezione dal contagio anche per coloro che non possono vaccinarsi per motivi medici, ed eventualmente anche privati. È dovere di uno stato democratico e liberale garantire l'esercizio di tutte libertà personali nella misura in cui qualcuna mette a rischio la libertà di altre persone o crei condizioni per cui le persone che non sono autonome subiscono le scelte ideologiche di altri. Se è possibile fare una trasfusione e salvare la vita a un figlio di Testimoni di Geova che si oppongono, non si capisce perché non si dovrebbe obbligare dei genitori a vaccinare i figli, se vogliono usare servizi pubblici, o se la loro scelta impedisce a bambini immunodepressi di godere gli stessi diritti, o mette a rischio la salute del loro stesso figlio.

Per quanto riguarda il rischio, come scrive Mantovani, «è la ridotta percezione del rischio il motivo principale per cui alcuni genitori sono restii a vaccinare i figli. In un certo senso, i vaccini sono vittime del proprio successo: grazie a loro, malattie che in passato milioni di morti e gravi disabilità sono diventate rare o sono state eliminate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alberto Mantovani (con Monica Florianello), Immunità e Vaccini. Perché è giusto proteggere la nostra salute e quella dei nostri figli, Mondadori, Milano, pagg. 143, € 18



IMMUNOLOGO | Alberto Mantovani, direttore scientifico di Humanitas, Milano



MEDICINA 2.0 DISPOSITIVI PER LA RACCOLTA DI DATI, FILO DIRETTO CON MEDICI E STRUTTURE, POSSIBILITÀ DI MONITORARE LA PROPRIA CONDIZIONE: ECCO COME LA RETE CONTRIBUISCE ALLE CURE

Sensori e intelligenza artificiale Così il Web cambia la medicina

L'IoT (Internet delle cose) è in costante crescita, e l'ambito medico si sta rivoluzionando. Ma possiamo correre dei rischi, in termini di efficacia delle cure e tutela della privacy?

Internet of things

È un neologismo per definire la capacità di alcuni oggetti elettronici di raccogliere e utilizzare dati raccolti in Rete

di Eugenio Santoro*

Numerosi studi e report sono concordi nell'affermare che i progressi tecnologici, insieme a quelli scientifici, cambieranno in modo significativo il mondo della salute. Nonostante la crisi economica che stiamo affrontando in questi ultimi anni, ingenti investimenti vanno sempre più verso le tecnologie emergenti per fornire soluzioni sanitarie innovative basate su sensori, sull'analisi di enormi quantità di dati attraverso metodiche ispirate all'intelligenza artificiale e ai cosiddetti big data, sulla bioinformatica e sui software più avanzati in grado di migliorare i processi decisionali in sanità e i risultati per i pazienti. Un importante contributo in quest'ambito è dato dall'Internet of Things (IoT, traducibile in italiano come Internet delle cose), un neologismo coniato in anni recenti per indicare l'estensione di Internet al mondo degli oggetti. Attraverso l'IoT gli oggetti si rendono riconoscibili e acquisiscono intelligenza grazie al fatto di poter raccogliere dati su se stessi e comunicarli attraverso la Rete, oppure accedere ad informazioni aggregate da parte di altri. Alcune stime indicano che entro il 2020 ci saranno circa 30 miliardi di oggetti connessi a livello globale. L'IoT in ambito medico permette di creare strumenti in grado di rilevare e monitorare costantemente parametri di salute essenziali, in particolare attraverso le cosiddette "tecnologie indossabili" come braccialetti, smartwatch e indumenti dotati di specifici sensori che operano tramite gli smartphone che ormai abbiamo tutti in tasca. Numerose aziende farmaceutiche hanno iniziato a stringere accordi commerciali con i colossi dell'informatica per sviluppare strumenti basati sull'IoT. Novartis ha recentemente annunciato di avere iniziato una collaborazione con Qualcomm (una delle più importanti aziende hi-tech negli



Stai Uniti) per sviluppare la prossima generazione di inalatori (che dovrebbero essere disponibili sul mercato nel 2019) per il trattamento di malattie respiratorie come la BPCO in grado, attraverso appositi sensori, di rilevare la modalità dell'utilizzo, il momento nel quale il dispositivo è stato utilizzato, l'aderenza alla terapia e altre informazioni. Tali dati, una volta raccolti, saranno accessibili direttamente sullo smartphone del paziente che, attraverso specifiche applicazioni, potrà monitorare la corretta somministrazione della cura, ed eventualmente inviati su un server esterno affinché il proprio medico possa monitorare l'andamento della sua patologia.

La stessa Novartis ha stretto negli scorsi anni accordi con Google per la commercializzazione (già a partire dal 2016) di specifiche lenti a contatto in grado di aiutare i pazienti diabetici a monitorare i propri livelli di glucosio partendo dal loro fluido lacrimale e di trasmetterli via wireless sul proprio smartphone o al server del proprio specialista. Altre recenti iniziative vedono coinvolte Roche e Qualcomm per il monitoraggio di pazienti che soffrono di patologie croniche, Sanofi e Google Life Science (la divisione di Google che si occupa di sviluppare nuove tecnologie in ambito medico) per sviluppare nuovi strumenti che integrino i vari approcci terapeutici e di controllo nei pazienti con diabete di tipo 1 e di tipo 2, Medtronic e Samsung per il monitoraggio e l'analisi di dati ottenuti da nuovi strumenti di monitoraggio, Novo Nordisk e IBM per migliorare la gestione dei pazienti diabetici, e GSK e Qualcomm che sono in fase avanzata di negoziazione per la creazione di una joint venture del valore di un miliardo di dollari focalizzata nel settore della digital health.

Anche le società scientifiche negli Stati Uniti stanno entrando pesantemente in questo settore, come dimostrano gli accordi tra l'American Heart Association (la più importante società scientifica cardiologica negli Stati Uniti) e Google Life Science, e quelli tra la stessa associazione scientifica e Ibm Watson Health (la divisione di IBM che gestisce il super calcolatore Watson in grado, attraverso tecniche di intelligenza artificiale, di analizzare elevati volumi

di dati, di comprendere domande complesse poste in linguaggio naturale e di proporre risposte basate sulle evidenze scientifiche), al fine di individuare nuovi approcci sulle cause, sui trattamenti e sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La limitata disponibilità di studi che dimostrino l'efficacia di questi strumenti (in termini per esempio di riduzione dei costi sanitari o di miglioramento dell'assistenza e della cura dei pazienti) e la non sempre accurata attenzione alla privacy e alla sicurezza dei dati raccolti e dei sistemi usati per ottenerli potrebbe tuttavia minare alla base queste iniziative. In particolare, con la

diffusione sempre più estesa dell'IoT, secondo gli esperti è probabile che gli attacchi cibernetici (sui server dove i dati sono custoditi e sui dispositivi usati dagli utenti al fine di "spiare" le loro abitudini) diventino una minaccia sempre più reale.

Twitter @eugeniosantoro

Email: eugenio.santoro@marionegri.it

Laboratorio di Informatica medica

IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

L'inchiesta. Mentre si discute di unioni civili, la gestazione per altri è pratica comune. Vi ricorrono per l'80% etero

Ogni anno 100 bimbi italiani nascono dall'utero in affitto

Giro d'affari globale di 3 miliardi di dollari. Il racconto di una coppia gay

■ La gestazione per altri, o utero in affitto, è un fenomeno che si sta diffondendo in tutto il mondo, Italia compresa: si stima infatti che nascano in questo modo 100 bambini italiani all'anno. Globalmente alimenta un traffico di 3 miliardi di dollari l'anno che, nell'80% dei casi, riguarda coppie etero. **Andrea Malaguti** ALLE PAG. 2 E 3

“Io e Adriano finalmente padri grazie ai soldi per l'utero in affitto”

Una coppia gay racconta la sua storia. Ma il fenomeno riguarda soprattutto gli etero

Un affare da 3 miliardi l'anno: secondo alcune stime, due italiani ogni settimana nascono così

ANDREA MALAGUTI
ROMA

Di che cosa parliamo quando diciamo, sbrigativamente, «utero in affitto»? Di quale giro d'affari, di quali sofferenze, di quale modello genitoriale? E, soprattutto, è ancora possibile immaginare di fermare un processo globale che non solo è pienamente in atto, ma che, sommandosi alla procreazione medicalmente assistita, riguarda già milioni di persone, compresi - secondo stime attendibili - circa cento bambini italiani ogni anno con la sola gestazione per altri?

Gestazione per altri

«Spero che tutto si risolva. E che Dio offra la capacità di amare a queste persone piene di dubbi». Si affida all'Onnipotente la cattolica madre surrogata messicana Laura Hernandez e lo fa in un sms inviato all'avvocato Michele Falcone, fidanzato da 17 anni con l'organizzatore di eventi Adriano Visinoni.

Falcone e Visinoni convivono a Vimercate, in Brianza, e da quindici mesi sono diventati papà, anche se ufficialmente solo

Michele può rivendicare il ruolo. In paese la loro famiglia è stata accolta bene, ma Laura è preoccupata perché il dibattito italiano sulla «gestazione per altri», o «utero in affitto» - come lo definisce chi trova la pratica spregevole - ha attraversato l'oceano. E lei si è spaventata. Che cosa succederà ai piccoli? Ve li porteranno via? Perché questo cardinal Bagnasco dice che «i bambini non sono un diritto»? «Noi siamo una famiglia e le famiglie si amano e si appoggiano», scrive Laura, che, stando all'analisi sgradevolmente sbrigativa del ministro **Lorenzin** sarebbe un'«ultraprostituta». È stata lei, infatti, a portare in grembo per nove mesi i gemelli di Michele e Adriano. Nei messaggi di questi giorni usa frasi brevi e secche e cerca un equilibrio, anche narrativo, perché sa che l'eccesso di melodramma può essere di cattivo gusto quanto la mancanza di compassione. «Chi dice che mi avete sfruttato è fuori strada. Il mio è stato solo un gesto d'amore». Davvero?

Per capire come si è arrivati a questo gesto d'amore è necessario allargare il quadro e chieder-

si che cosa significhi spingere una donna - o due - a diventare madre per conto terzi. Una domanda che riceve risposte diverse a seconda dell'angolo del pianeta in cui viene posta e che alimenta un giro d'affari stimato ufficialmente in tre miliardi di dollari l'anno, sostenuto all'80% da coppie etero e solo al 20% da coppie omo, anche se a dar retta al dibattito nostrano le percentuali sembrerebbero rovesciate.

Storia di Michele

Seduto in un bar nel centro di Milano, l'avvocato Falcone ordina un tè, mostra orgogliosamente la foto dei gemelli sul cellulare e racconta la sua storia perché ha capito da un pezzo che impegnarsi significa smettere di barare. «Da qualche anno sentivo questo bisogno di pa-



ternità. Ne ho parlato a lungo con Adriano e alla fine abbiamo scelto la gestazione per altri, perché per noi coppie gay l'adozione è preclusa. Siamo benestanti, dunque ci siamo mossi». Una ricerca cominciata su internet lo ha portato a mettersi in contatto con un istituto statunitense che opera in Messico. Lui ha messo lo sperma, soluzione che lo garantisce da qualunque contestazione legale, e una ragazza sudafricana, bianca, ha donato gli ovociti. «Ho scelto lei perché ha 28 anni e due figli. E aveva già fatto due volte un'operazione analoga. Mi ha colpito perché sul suo profilo spiegava quanto conti per lei la famiglia. Siamo ancora in contatto su Facebook. Ma soprattutto sono rimasto in contatto con Laura». Laura allora.

Trentadue anni, laureata in economia e commercio, due figli, un marito, un lavoro fisso. «I nostri bambini sono cresciuti nel suo utero. È stata un'esperienza bellissima. E la sua è stata una scelta consapevole. Un gesto d'amore, appunto. Non ho dubbi che i nostri figli da grandi andranno a trovarla in Messico». Arriva Adriano. È brizzolato, sottile, piuttosto elegante. Si siede. Guarda Michele. Danno l'impressione di volersi bene.

I figli di Laura li considerate fratelli dei vostri gemelli? «No», dicono entrambi. Poi Michele aggiunge. «Vorrei solo che Adriano esistesse anche per la legge italiana come padre». Vi è mai venuto il dubbio di avere sfruttato le madri dei vostri piccoli? «Ci siamo fatti molte domande. Ma a questa la risposta è sempre stata: no. Ai gemelli in ogni caso racconteremo tutto». Il problema è che non esiste un «tutto» unico da raccontare.

I nuovi genitori

Il dibattito sulla liceità del ricorso alla gestazione per altri è ancora acerbo, soprattutto da noi, e costringe i biologi ad affrontare con difficoltà temi filosofici, i teologi a occuparsi maldestramente di scienza e la politica a rimbalzare da una posizione all'altra a secondo delle convenienze elettorali. Peccato che sia il mondo globalizzato, e in continua evoluzione, a imporre la propria agenda.

Nel suo ufficio di Bologna, il professor Carlo Flamigni, già ordinario di ostetricia e ginecologia e membro del comitato nazionale per la bioetica, nota che «nel 2015 la prima bambina

nata da una fecondazione medicalmente assistita ha compiuto 37 anni. Quella che allora era considerata un'avventura eticamente discutibile dalle scienze biologiche oggi è un'esperienza che riguarda cinque milioni di esseri umani nel mondo».

Ogni anno, attraverso un milione e mezzo di trattamenti in laboratorio nascono 350 mila bambini e il paese che ha il maggior numero di centri specializzati è l'Italia (oltre 200 contro i 107 della Francia). «Siamo dunque di fronte a un nuovo paradigma, relativo non solo alla fertilità ma anche alla genitorialità», dice Flamigni.

Un nuovo paradigma che la gestazione per altri sta visibilmente allargando, introducendo una serie di controindicazioni e problemi (pratici ed etici) che solo una scelta legislativa condivisa, per lo meno a livello europeo, sarebbe in grado di contenere. «L'idea che la maternità o la paternità siano un istinto e non un sentimento è a mio avviso sbagliata. Basti pensare che in Gran Bretagna i brefotrofi nacquero nel Settecento perché il governo si stufo di trovare bambini morti per strada e che comunque all'interno di quelle strutture la possibilità di sopravvivere era pari al 10%. I genitori non avevano grande interesse per i figli evidentemente». Cambia la morale comune. Cambiano gli strumenti scientifici. Ed è facile immaginare che nel giro di qualche decennio i rapporti sessuali avranno una funzione sostanzialmente ricreativa e non più riproduttiva. Nel frattempo le decine di migliaia di persone che decidono di ricorrere alla surrogacy sono costrette a muoversi in una vera e propria giungla.

Il mercato dei corpi

«Una percentuale significativa di turisti della fertilità viaggia perché determinate forme di lavoro riproduttivo non sono accessibili nel paese d'origine», sostengono Melinda Cooper e Catherine Waldby, docenti australiane che per prime, in uno straordinario libro intitolato *Clinical Labor*, hanno valutato quanto e come la bioeconomia si sia sviluppata puntando soprattutto sul corpo delle donne, producendo questo giro d'affari miliardario al quale Michele Falcone e Adriano Visnoli hanno contribuito con quarantamila dollari. Centomila in meno di quelli che avrebbero speso se Laura Hernandez fosse stata nordamericana. Negli Stati Uniti infatti, dove la logica com-

merciale non solo è esplicita ma anche incentivata, il ricorso alla gestazione per altri costa mediamente 140 mila dollari. Ma può raggiungere livelli molto più elevati se la donna che mette a disposizione gli ovociti è particolarmente avvenente e laureata. A quel punto è lei a fare il prezzo, consapevole di far parte di un processo di selezione che punta a raffinare la razza. È tutto chiaro. Palese. Regolato dalla legge.

Antonio Brandi, presidente dell'associazione ProVita ritiene inaccettabile la pratica della gestazione per altri, considerandola una forma pericolosa di sfruttamento del corpo delle donne e gira l'Italia non solo per dire no alle coppie gay - introducendo un discutibile nesso tra utero in affitto e coppie omo - ma anche per mostrare il documentario vincitore del primo premio al Film Festival della California. Il documentario si intitola «Eggspolitation» e racconta le vicende di una serie di ragazze americane che vendendo ovociti hanno messo a repentaglio la vita a causa di emorragie, ictus e infarti. «E' così che le grandi aziende fanno affari milionari sulla pelle, il sangue e la vita delle donne e dei bambini». Il documentario dice il vero. Ma non dice la verità. Che è più larga e complessa di così. Nei Paesi avanzati i livelli di sicurezza per le donatrici sono sempre più elevati. E i controlli ai quali devono sottoporsi sono costanti e sofisticati. È un problema di marketing, più che di salute. Una donna che sta male non è una buona pubblicità.

Tema un po' meno sentito nei paesi dell'Est, dove le ragazze che mettono a disposizione il proprio utero lo fanno spinte da uno stato di necessità. «Dopo la caduta del muro le donne sono state espulse dal mercato del lavoro. E per garantirsi un'esistenza dignitosa hanno dovuto affidarsi al corpo», dice Flamigni. Tre le strade per metterlo a reddito: fare le badanti, prostituirsi, affittare uova e utero. Le giovani ucraine sono particolarmente richieste perché bianche, belle, forti e con gli occhi chiari. Perfette dunque per le facoltose coppie del Nord Europa. E anche per quelle italiane. «Secondo i nostri dati ogni mese in Ucraina nascono almeno tre o quattro bambini italiani», dice l'avvocato Franco Antonio Zenna, che lavora a Barcellona per un gruppo (Subrogalia) che si occupa di fornire tutela legale a chi decida di tentare questa

strada. «Sia chiaro che noi non facciamo intermediazione. Diamo però assistenza alle coppie che ce la chiedono. In Spagna arrivano ogni anno circa 700 bambini grazie alla gestazione per altri». E in Italia? «Dati ufficiali non ce ne sono, non mi meraviglierei se i numeri fossero analoghi». In realtà i numeri sono molto più bassi. Le stime parlano di cento bambini circa.

La solidarietà

Esistono comunque due tipologie di maternità surrogata. Quella a pagamento e quella per solidarietà, che si basa generalmente su un legame affettivo o sociale tra la gestante e la perso-

na o la coppia di genitori a cui verrà consegnato il bambino alla nascita. È lo schema che viene utilizzato in Gran Bretagna e in Canada dove alle madri surrogate viene riconosciuto un rimborso spese legato alla perdita temporanea del lavoro e alle necessità legate alla maternità. È la terza via che cerca di trovare la mediazione tra la commercializzazione spudorata statunitense e la messa a reddito dell'utero per necessità che avviene nell'Europa dell'Est. Il mercato esiste. È quotidiano. È possibile e giusto fermarlo o è normale e inevitabile regolarlo? «A me sembra che esista "la presunzione in favore

della libertà", come sosteneva J. S. Mill», dice il dottor Flamigni, ma è proprio su questa valutazione che il Paese si è spaccato, incapace di rispondere a due domande di ordine generale. La prima: se - come sostiene Bagnasco - «i figli non sono un diritto», che cosa raccontiamo ai cinque milioni di persone nate secondo modalità «non tradizionali»? La seconda, meno diretta, ma forse più significativa: siamo in grado di mutare le opinioni ereditate dall'etica tradizionale considerando che la vita nascerà con sempre maggiore frequenza da meccanismi che nulla hanno a che vedere con l'unione fisica tra un uomo e una donna?

350

mila nati

Ogni anno sono tanti i bambini che vengono al mondo tramite la procreazione assistita. Oltre un milione e mezzo gli interventi

In famiglia

A destra Michele Falcone con il suo compagno Adriano Visinoni. Con loro, i due gemelli avuti dalla madre surrogata, la messicana Laura Hernandez

Ai lettori

Assieme all'Italia che funziona c'è anche un'Italia che non va. Segnalateci tutto ciò su cui a vostro avviso vale la pena di indagare scrivendo a: inchieste@lastampa.it

GESTAZIONE PER ALTRI

Per maternità surrogata o gestazione per altri, si intende quella di una donna che volontariamente e liberamente ospita nel proprio utero fino al termine della gravidanza un embrione prodotto attraverso le tecniche di fecondazione in vitro e che prima dell'inizio della gestazione si è impegnata a consegnare il neonato a un'altra persona o a una coppia di genitori committenti. I gameti da cui si è originato l'embrione possono derivare da donatori esterni o da persone coinvolte nella pratica. Generalmente l'ovocita non proviene dalla donna che porterà a termine la gravidanza

200

centri

Sul territorio italiano sono 200 i centri per la procreazione assistita, facendo del nostro un Paese all'avanguardia nella ricerca e nella pratica

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

Maternità surrogata: dove e come

Per maternità surrogata non commerciale si intende quella detta altruistica, in cui le gestanti non possono essere pagate, anche se sono previsti dei rimborsi. In quella commerciale invece le gestanti sono pagate; al di là di questi pagamenti diretti, i costi includono spese mediche e legali

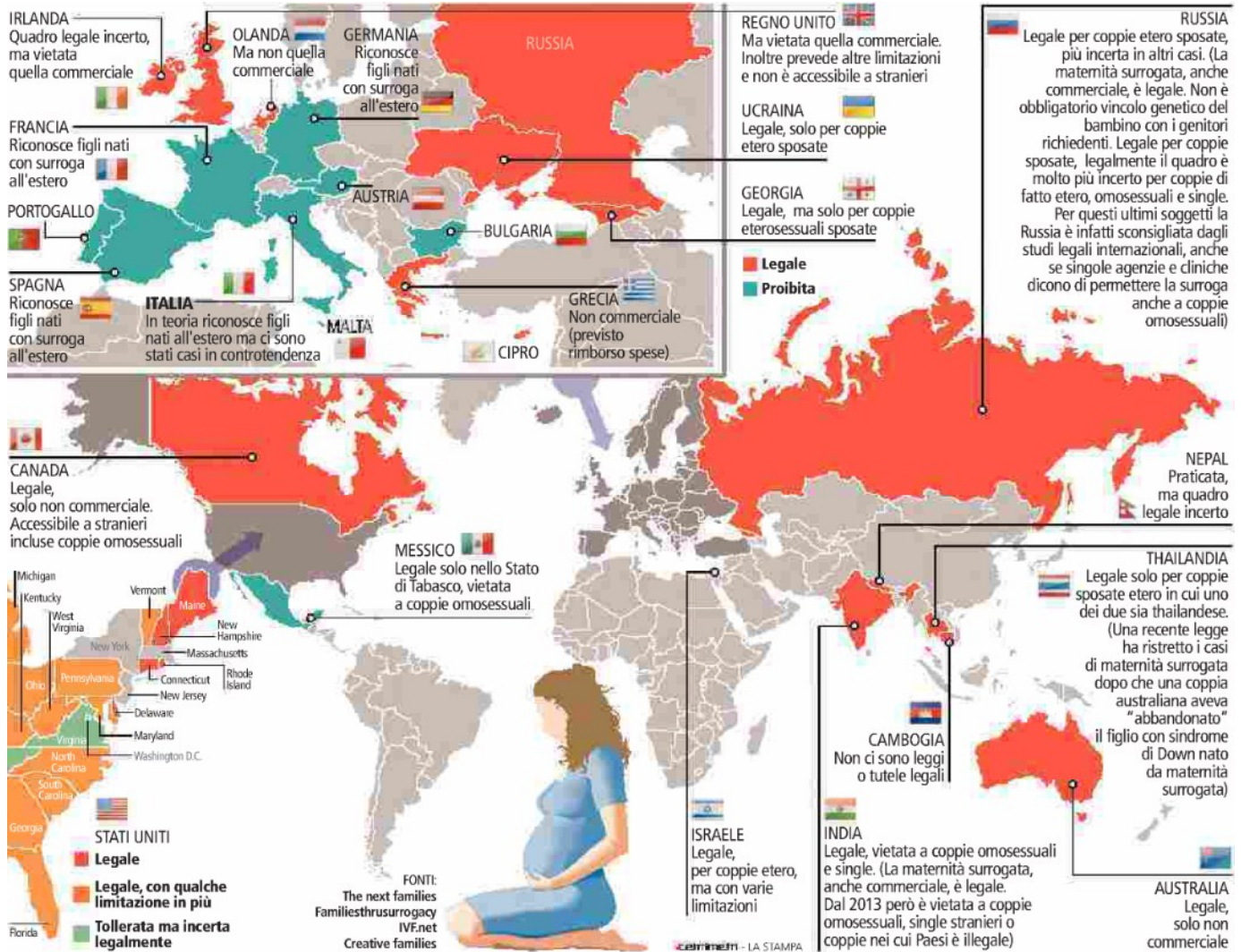
COSTI INDICATIVI
(migliaia di euro)

Stati Uniti	100-130
Canada	90
India	30
Nepal	30
Ucraina/Georgia	30-40
Russia	40
Grecia	40-60
Messico	40

LE CLINICHE

L'India guida per numero di cliniche dedicate. Solo nel Paese di Gandhi abbiamo trovato circa 30 centri specializzati. Molti di questi hanno più sedi in luoghi diversi o legami con cliniche in altri Paesi. In Ucraina abbiamo contato una decina di centri. Poi ci sono Russia, UK oltre che naturalmente gli Stati Uniti e il Canada. Ma ci sono cliniche anche in Sud Africa, Kenya, Armenia, Georgia, Cipro, Grecia, Messico.





140
mila dollari
 Negli Usa,
 dove la logica
 commerciale
 è esplicita, il
 ricorso alla
 gestazione
 per altri costa
 in media 140
 mila dollari

100
neonati
 Secondo una
 stima
 attendibile
 tanti sarebbe-
 ro i bambini
 italiani nati
 da madri
 surrogate
 ogni anno

quotidiano**sanità**.it

14 FEBBRAIO 2016

Migrazione sanitaria: luci, ombre, opportunità e limiti del sistema sanitario italiano. A Napoli il primo summit di Mediterraneo Sanità

Promosso da Motore Sanità e Federsanità Anci il convegno ha visto la partecipazione di numerosi esperti e rappresentanti delle istituzioni sanitarie italiane. Ecco le sfide da affrontare per il rilancio della sanità del Sud

Migrazione sanitaria, tra le regioni italiane e tra i paesi europei, come fattore di sviluppo e di cooperazione, ovvero motore di scambi culturali, di ricerche, formazione e buone pratiche all'interno del bacino del Mediterraneo ma anche spia delle disfunzioni del servizio sanitario nazionale in Italia e conseguenza delle differenze di qualità e di governance dei sistemi sanitari regionali.

Questo il tema affrontato dal primo summit di Mediterraneo Sanità che si è concluso nei giorni scorsi a Napoli. Un convegno, organizzato da Motore Sanità e Federsanità Anci (Associazione Nazionale Comuni Italiani) protagonisti di una Sanità che si interroga su questo rilevante problema di governo dell'assistenza evidenziando le possibili azioni e interventi per far valere il diritto di ogni cittadino ad ottenere le cure migliori nel proprio luogo di residenza e a carico del proprio sistema sanitario.

Qui il nodo che emerge subito è lo storico e strutturale gap che vede il Sud Italia e in particolare la Campania e la Calabria, configurarsi come forti esportatori di pazienti verso altre regioni.

Non solo per patologie di elevata complessità, ad elevato impegno terapeutico per le quali possono esserci carenze professionali e tecnologiche ma anche per patologie più banali, da quelle ortopediche a quelle oculistiche, che vengono curate con ricoveri anche di soli uno o due giorni e dunque ad elevato rischio di in appropriatezza.

Una migrazione sanitaria in questo caso da correggere e scoraggiare, da un lato rendendo più attrattive le unità operative presenti in loco e dall'altro attraverso accordi di confine, tra regioni limitrofe che consentano di funzionare secondo logiche di area vasta e con deroghe ai tetti di spesa per la mobilità in entrata per le strutture private accreditate che insistono in regioni, come la Campania, sottoposte a piano di rientro.

Ad aprire il summit di Mediterraneo Sanità è stato il vice sindaco di Napoli **Raffaele Del Giudice** che ha sottolineato il ruolo dei primi cittadini come principale autorità sanitaria delle città, nel garantire il diritto costituzionale della salute forse anche più dei presidenti di Regione laddove questo ruolo sia commissariato, per il governo della salute, nell'ambito dei piani di rientro.

“I comitati dei sindaci e i presidenti di tali organismi – ha detto Del Giudice – hanno voce in capitolo sugli standard di personale necessari a garantire i Lea e per fornire più mezzi alle strutture ricettive. Il prodotto delle due giornate di lavori – ha spiegato Del Giudice – sarà l'implementazione di documenti importanti per un'amministrazione come la nostra che fa dell'amministrazione della Sanità un bene comune”.

Ettore Mautone

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

Grant di ricerca europei, Italia terza con 30 scienziati finanziati

■ **MEDICINA**



Italia sul podio della ricerca finanziata dall'Ue. Il nostro Paese si colloca infatti al terzo posto, a pari merito con la Francia, per numero di scienziati sostenuti dai **'Consolidator Grant 2015' assegnati dall'European Research Council (Erc) a 302 ricercatori**, per un totale di **585 milioni di euro**, nell'ambito del programma **'Horizon 2020'** dell'Unione europea per il sostegno alla ricerca e all'innovazione. Il maggior numero di grant - riferisce l'Erc - è andato a scienziati tedeschi (48 premiati), seguiti da colleghi britannici (32), francesi (30) e **italiani (30)**.

Fra gli scienziati vincitori, ce ne sono 30 non europei, prevalentemente originari di Usa, India e Canada. Tutti i premiati condurranno le loro ricerche presso istituzioni dell'Ue o di Paesi associati. La maggior parte (67) lavoreranno nel Regno Unito; seguono Germania (45), Francia (31), Paesi Bassi (26), mentre i restanti progetti verranno condotti in altre 18 nazioni europee.

In crescita la quota 'rosa': il 31% delle premiate è donna, in aumento rispetto al 24% del 2013 e al 28% del 2014. L'Erc precisa tuttavia che **le candidature femminili hanno avuto un tasso di successo superiore a quelle maschili (16% contro**

14,5%). Complessivamente, il tasso di successo è stato pari al 15%.

Il valore dei singoli grant arriva a un massimo di 2 milioni di euro.

Un'iniezione di fondi che i premiati potranno utilizzare per portare avanti progetti di ricerca già avviati e svilupparne di nuovi, avvalendosi del contributo di altri colleghi e giovani scienziati. Complessivamente, si calcola che **potranno beneficiare dello stanziamento oltre 2.100 'cervelli'**.

"Nell'ambito di Horizon 2020, l'Erc finanzia il lavoro di alcune delle menti più brillanti impegnate nella ricerca di frontiera, le cui scoperte possono dar vita a nuove aziende e nuovi mercati, e contribuire al benessere del pianeta", afferma Carlos Moedas, commissario europeo per la Ricerca, la Scienza e l'Innovazione. I ricercatori selezionati dall'Erc lavoreranno per esempio allo sviluppo di **nuovi metodi per controllare le malattie trasmesse dagli insetti, come Zika**, o alla costruzione di celle combustibili portatili ultrasottili.

Bimbi prematuri: 41 associazioni chiedono accesso, supporto e tutela



14 febbraio 2016

Per la prima volta tutte le 41 Associazioni di genitori facenti capo a Vivere Onlus si sono riunite in una due giorni di lavoro per fare il punto sulle difficoltà riscontrate nel percorso di vita per i bambini nati prematuri. L'incontro, realizzato grazie al contributo incondizionato di Abbvie ha avuto tre parole chiave: chiedono accesso, supporto.

“Abbiamo volutamente scelto queste tre parole perché ognuna racchiude in sé tutta una serie di nostre richieste a difesa dei nati prematuri e non solo.

Accesso alle cure, in primis mediante il ricovero della partoriente e del bambino prematuro in adeguate strutture. Si menzionano, inoltre, le Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia, che evidenziano quanto sia importante la profilassi per la bronchiolite da Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) nei bimbi nati prematuramente e non solo, per garantire la mancanza di complicanze future.

Supporto ai genitori in quanto è necessaria una corretta informazione e sensibilizzazione nel percorso di nascita: è indispensabile un'organizzazione uniforme tra le terapie intensive neonatali, che si auspica quanto prima rimangano tutte aperte h 24. A supporto e tutela dei prematuri che ritornano a casa dopo molti mesi di Terapia Intensiva Neonatale, e considerando che spesso non abitano vicino al centro che li ha curati, risulta necessaria una programmazione di interventi a domicilio per il periodo successivo alla dimissione dalla TIN. E' altrettanto necessario che siano inseriti nei programmi di profilassi e follow up anche i bambini prematuri nati oltre le 32 settimane di gestazione.

Tutela per i genitori nel mondo del lavoro: una Legge che adegui il periodo di congedo parentale, allungandolo, secondo i progressi fatti dalla Neonatologia in questi ultimi anni. In particolare si chiede di aggiungere al congedo obbligatorio di maternità, pari a cinque mesi, il periodo di degenza in terapia intensiva del neonato, vale a dire l'arco temporale intercorrente tra la nascita e la data di ingresso del bambino nella casa familiare. L'ingresso del bambino nella casa familiare coincide con il momento in cui i genitori di un neonato prematuro hanno, di fatto, il coraggio di appendere fuori dalla propria abitazione il fiocco rosa o azzurro. Infine uniformità di

garanzie per i lavoratori dipendenti, autonomi e precari, più informazione rivolta alle istituzioni e datori di lavoro, nonché agevolazioni specifiche per i papà”. Queste le parole dell’avvocato Martina Bruscagnin, Presidente Vivere Onlus.

[[chiudi questa finestra](#)]