

EllaOne, decisione in arrivo sulla «pillola dei 5 giorni dopo»

È soprattutto in gioco, con la salute delle donne, il diritto alla vita del concepito. Vi è poi il dovere sociale di non ricacciare l'aborto, per quanto chimico, nella solitudine e nella clandestinità

DI GIAN LUIGI GIGLI

Il 7 gennaio scorso la Commissione europea ha approvato il parere positivo su EllaOne già espresso dall'Agenzia per il farmaco (Ema) circa l'eliminazione dell'obbligo di prescrizione medica, con contestuale eliminazione della gravidanza in atto tra le controindicazioni all'uso del farmaco. Dal foglietto illustrativo, inoltre, è stata depennata la segnalazione del possibile effetto antinidatorio. La decisione ha suscitato diverse perplessità, sia per quanto riguarda la sua solidità scientifica sia per quanto riguarda l'opportunità di applicarla in Italia.

Dal punto di vista scientifico, diverse interrogazioni al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, tra le quali alcune presentate da chi scrive, hanno rilevato l'assenza di nuovi dati che permettessero di escludere l'effetto antinidatorio, soprattutto per assunzione del farmaco a cavallo dell'ovulazione. È sembrato cioè che le modifiche apportate al «bugiardino» fossero dettate più dall'interesse commerciale dell'azienda che da reali esigenze scientifiche.

Dal punto di vista della trasferibilità al nostro Paese, è stato fatto rilevare, invece, che la decisione in sede europea non necessariamente deve essere recepita dall'Italia, essendo contraccettione e aborto materie non vincolanti per gli Stati membri. È stato inoltre sottolineato il pericolo che, in assenza di prescrizione, vi possa essere una sottovalutazione dei rischi, soprattutto per assunzioni ripetute dalle adolescenti, oltre al rischio di assunzione simultanea di dosi multiple.

Anche in risposta a tali rilievi, il ministro della Salute ha ritenuto, prima di ogni decisione, di sentire il parere del Consiglio superiore di

sanità (Css).

Proprio in queste ore il Css sta elaborando il parere richiesto e la sua risposta è attesa per il 10 marzo.

I dati scientifici sulla capacità del farmaco di agire da modulatore del progesterone e di rendere per tale via l'endometrio inospitale per accogliere il concepito non sono mai stati smentiti. Si tratta di dati che non autorizzano ad affermare un meccanismo d'azione di tipo esclusivamente antiovulatorio. Se nessuno, infatti, intende contestare che nelle fasi più precoci del ciclo possa prevalere l'azione antiovulatoria del farmaco, il voler negare l'ipotesi stessa che il farmaco, attraverso il danno endometriale da esso prodotto, possa esercitare, in aggiunta a quella antiovulatoria, anche un'azione antinidatoria sarebbe certamente una forzatura e sarebbe segno di un approccio al problema di tipo ideologico.

Se avvenisse, ciò sarebbe anzitutto a discapito della completezza dell'informazione al paziente, base di ogni vero consenso informato. A essere in gioco, tuttavia, non sarebbe solo la correttezza scientifica, ma anche e soprattutto la salute delle donne, particolarmente di quelle adolescenti, che sono più a rischio di assunzione ripetuta e il cui apparato riproduttivo è ancora in fase di sviluppo. Vi è poi il dovere sociale di non ricacciare l'aborto, per quanto chimico, nella clandestinità.

Non bisogna dimenticare, infatti, che l'assunzione simultanea di più compresse è in grado di produrre effetti equivalenti a quelli del mifepristone, la Ru 486, in grado di indurre aborti per diverse settimane.

Infine, è in gioco anche la possibilità per il medico e il farmacista di seguire la propria coscienza. Non sarebbe facile, infatti, l'esercizio di una clausola di coscienza, se la possibilità stessa di un effetto antinidatorio fosse poco scientificamente negata.

Ci auguriamo che l'esame sereno della letteratura, per quanto necessariamente basato su studi promossi dall'azienda produttrice, prevalga su ogni esigenza di equilibrio politico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Avere un figlio dopo un tumore al seno? Ora si può

Studio italiano riconosciuto fra le più importanti novità 2015 dagli esperti americani dell'Asco: trovato il modo per impedire la menopausa precoce indotta dalla chemio
di Vera Martinella



La notizia è stata inclusa dall'Associazione americana di oncologia fra le maggiori novità del 2015 nella cura ai tumori, è frutto della ricerca italiana ed è destinata a cambiare gli standard attuali delle donne curate per un tumore al seno: c'è un modo efficace per evitare la menopausa precoce nelle giovani donne che devono fare chemioterapia e consentire loro di diventare madri dopo le cure se lo desiderano. Lo conferma anche uno studio statunitense appena pubblicato sul New England Journal of Medicine.

Italia, 3mila donne sotto i 40 si ammalano ogni anno

Il carcinoma mammario è la neoplasia più frequente nelle donne, i casi sono in continuo aumento (in Italia sono 48mila le nuove diagnosi ogni anno), ma fortunatamente la mortalità è in calo e le guarigioni sfiorano il 90 per cento. Nell'80 per cento dei casi la malattia colpisce dopo i 50 anni, ma l'incidenza nelle 30-40enni è in crescita e sono circa 3mila le italiane che ogni anno vanno incontro a una diagnosi di cancro al seno prima dei 40 anni. «E' sempre meno raro che le pazienti giovani si ritrovino a fare i conti con la neoplasia prima di avere avuto un figlio - dice Lucia Del Mastro, direttore dell'Unità Sviluppo Terapie Innovative al San Martino-Istituto Tumori di Genova e autrice degli studi salva-fertilità il cui valore è appena stato riconosciuto a livello mondiale -. Visto che le probabilità di guarire oggi sono elevate è fondamentale garantire loro il più possibile il ritorno a una vita piena, di ottima qualità e lasciare aperta l'opportunità di diventare madri è fondamentale». Purtroppo, però, i chemioterapici, spesso parte indispensabile delle terapie, compromettono la possibilità di gravidanza perché provocano una menopausa precoce nel 50 per cento dei casi.

Un farmaco per salvare la fertilità, per ora costi a carico delle pazienti

«Finora — aggiunge Del Mastro — l'unica soluzione per avere figli era congelare gli ovuli prima della

terapia per poi procedere, a guarigione avvenuta, alla fecondazione in vitro. Ma la nuova sperimentazione dimostra che è possibile proteggere la funzione ovarica dagli effetti tossici della chemioterapia somministrando alle pazienti dei farmaci (ormoni analoghi dell'LHRH, ampiamente usati come terapia antineoplastica nei carcinomi della mammella) che mettono le ovaie "a riposo" durante i trattamenti in modo che non vengano danneggiate. I nostri dati, peraltro, sono stati confermati da un altro studio condotto da colleghi americani. I risultati delle due ricerche determineranno una modifica delle linee guida sulla fertilità dell'ASCO (l'Associazione americana di oncologia) con l'inserimento degli LHRH analoghi tra le strategie per preservare la fertilità: questo significa che aggiungere questa cura salvafertilità alle terapie anticancro nelle giovani donne diverrà un trattamento standard. Il punto di orgoglio per noi è che siamo stati i primi a dimostrarlo, anticipando di tre anni anche gli americani. Al momento, nonostante le richieste inoltrate alle autorità di competenza, questi farmaci purtroppo non sono però rimborsabili per questa indicazione. Ora è auspicabile che i dati pubblicati a favore di questa strategia modifichino le attuali restrizioni per il loro utilizzo».

La cura raddoppia le probabilità di avere un figlio

Lo studio italiano guidato da Del Mastro aveva arruolato, tra il 2003 e il 2008, 281 donne in premenopausa con un tumore del seno candidate a chemioterapia, a metà delle quali era stata somministrata in aggiunta ai farmaci anticancro anche la triptorelina (o la goserelina nel trial statunitense) per salvaguardare la funzione delle ovaie. I risultati, pubblicati nel 2011, avevano dimostrato che la cura era efficace e sicura (quindi non diminuiva il successo della chemioterapia). «Ora, abbiamo fatto un passo in più e verificato se effettivamente questo si traduceva in maggiori probabilità di avere bambini - conclude l'esperta -. Gli esiti, sia nostri che americani, non lasciano dubbi: il numero di gravidanze in ex pazienti curate con questi farmaci è doppio rispetto a quello che si è verificato nelle donne trattate con sola chemioterapia». Certo per essere curate al meglio è necessario rivolgersi a centri di esperienza: «Più sono i casi che un centro cura, maggiore è l'abilità che acquisisce».

Per qualche ovulo in meno

La Consulta ha detto sì. Ma mancano i donatori. E l'eterologa rimane un miraggio. Così le coppie vanno ancora all'estero

di **Letizia Gabaglio e Elisa Manacorda**



C I SONO LE BATTAGLIE di principio. E poi c'è la realtà. Avevamo gioito per la sentenza della Corte costituzionale, che il 9 aprile scorso ha cancellato il divieto di fecondazione eterologa in Italia. Oggi siamo impantanati: ostacoli, cavilli burocratici, caos normativo, Regioni che sulla sanità procedono in ordine sparso. E un impedimento sopra tutti: non ci sono i donatori di ovociti e spermatozoi. Risultato: dopo un iniziale rallentamento della "migrazione procreativa" verso paesi più attrezzati del nostro, ora le coppie italiane riprendono la via della Spagna, della Grecia, della Svizzera in cerca di una gravidanza.

E, visto che ora l'eterologa è legale, c'è anche chi decide di saltare il fosso: anziché aspettare le coppie italiane, i signori del business mondiale della fertilità vengono a pescare i pazienti/clienti là dove sono. Succede a Milano, per esempio, dove ha appena aperto i battenti una filiale dell'Institut Marquès di Barcellona dove è finalmente possibile, a caro prezzo, tutto quello che dovrebbe essere possibile anche negli ospedali italiani.

E non è: a quasi un anno dalla pronuncia della Consulta le coppie che sono riuscite ad ottenere questa prestazione senza volare nei centri esteri si contano sulle dita di una mano. È successo all'Ospedale Careggi di Firenze (che però ha una lista d'attesa di oltre 1800 coppie), in un centro romano, in uno veneto. Niente, se si dà un'occhiata alle stime del bisogno. Le riassume Andrea Borini, presidente della Sifes (Società Italiana Fertilità e Sterilità): «Se si stima che il 15 per cento della popolazione in età fertile abbia problemi a concepire, e che di questi il 10 abbia

**Sperma
criocongelato
nella più grande
banca del seme
del mondo,
in Danimarca**

bisogno della fecondazione eterologa, possiamo immaginare che almeno settemila coppie resteranno, per il momento, a

bocca asciutta, o torneranno a bussare alle porte dei centri esteri: i quali ci confermano quanto la richiesta dal nostro paese sia tornata ai livelli di qualche anno fa». Secondo l'ultimo rapporto dell'Osservatorio sul Turismo procreativo, nel 2010 sarebbero stati tra i 3500 e i 4500 italiani a decidere di affrontare un viaggio alla ricerca di un figlio. È verosimile che i numeri non siano cambiati di molto.

Il caos normativo (vedi box di pag 103) è la cornice, ma il vero impedimento è la mancanza di donatori. Soprattutto, donatrici. È vero, lo scorso dicembre, nel maxiemendamento alla Legge di stabilità, è stato istituito il Registro nazionale dei donatori, per garantire la tracciabilità dei gameti. Ma finora di volontari se n'è visti pochi. In primo luogo, perché non è previsto alcun rimborso per le donne che scelgono di sottoporsi alla lunga e faticosa stimolazione ormonale che serve alla produzione di ovociti. La legge vieta il pagamento di organi, gameti, cellule. Ma non solo. Rispetto ad altri paesi, in Italia la selezione dei potenziali donatori è resa più difficile da alcuni criteri contenuti proprio nelle Linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni il 4 settembre scorso. Una serie di paletti che di fatto rallentano, se non bloccano, la ricerca di candidati.

Il primo riguarda la donazione di ovociti. Le donne non solo dovranno sottoporsi alle cure necessarie per produrre ovociti utili per il prelievo a totale titolo gratuito, ma dovranno anche fare un tampone che certifichi l'assenza di infezioni vaginali come Candida o Chlamydia. Un percorso che nessun altro paese europeo prevede, così come non lo prevedono le tecniche di fecondazione omologa. I sanitari assicurano che non ha alcun fondamento scientifico, visto che l'eventuale presenza di infezioni non rende più rischioso il prelievo, né il trasferimento in utero degli ovociti fecondati. E a molti viene il sospetto che si vogliano disincentivare le donazioni rendendole un vero e proprio percorso a ostacoli.

Il secondo paletto riguarda invece



Antonio G. Spagnolo

Dico no al commercio

ETICA Non bisogna riconoscere soldi spese alle donne che donano. Altrimenti, è un mercato nascosto

OLTRE A TUTTE LE PROBLEMATICHE etiche della eterologa in sé, la questione della "donazione" degli ovociti è particolarmente critica in quanto la loro limitata disponibilità ha dato il via ad un mercato nascosto che sotto il nome di "rimborso spese" cela un vero e proprio pagamento degli ovuli che vengono ceduti a prezzi consistenti (anche di decine di migliaia di euro), considerando il rischio a cui le donne vanno incontro per via della somministrazione ormonale a cui si devono sottoporre per stimolare una innaturale maturazione di più follicoli.

A fronte di questo commercio, diretto o indiretto, si devono opporre le ragioni etiche e giuridiche fondamentali che ruotano intorno al principio della non commerciabilità del corpo umano, in toto o nelle sue singole parti, ribadito in modo inequivocabile nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2000), nella Convenzione di Oviedo sulla biomedicina (1997) e, con riferimento ai gameti, nella Dichiarazione universale dell'UNESCO sul genoma umano e i diritti dell'uomo (1997), dove il genoma umano è qualificato "in senso simbolico, patrimonio comune dell'umanità". Si tratta dello stesso principio che viene richiamato per altre situazioni, come la donazione di sangue, organi, tessuti, ma che in diverse parti del mondo è ampiamente disatteso, creando uno scollamento tra prassi e principi etici.

*direttore dell'Istituto di Bioetica
dell'Università Cattolica di Roma*



Marilisa D'Amico

Ma un rimborso ci vuole

PRATICA Bisogna creare le condizioni concrete perché le famiglie possano avere un figlio in Italia. In sicurezza

LA SENTENZA DELLA CONSULTA del 9 aprile 2014 ha ricordato che la formazione di una famiglia, che include la scelta di avere figli, costituisce un diritto fondamentale della coppia, rispondente ad un interesse pubblico riconosciuto e tutelato dagli art. 2, 29 e 31 della nostra Costituzione. Dunque è necessario creare in Italia le condizioni affinché la fecondazione eterologa possa essere effettivamente praticata nel nostro paese. Purtroppo in Italia la piena applicazione della sentenza è resa più difficile dalla mancanza di donatori, uomini e donne che volontariamente possano cedere i loro gameti a coppie che ne abbiano bisogno per avere un figlio. In questo senso, sempre nel rispetto del divieto di commercializzazione, ritengo che un rimborso congruo, quantomeno per le giornate di lavoro perse da una donatrice che debba sottoporsi alla stimolazione ormonale, possa contribuire a creare le condizioni per applicare la sentenza nel nostro paese. Naturalmente non deve trattarsi di una cifra eccessiva, perché deve essere attentamente scongiurato il rischio di una commercializzazione del corpo della donna. Ma dovrà essere la politica, insieme alla medicina, a stabilire la cifra adeguata, anche tenendo conto di quanto accade negli altri paesi europei. Infine, perché il diritto sia garantito, è necessario creare anche in Italia una diffusa cultura della donazione, gratuita e solidale, come in Francia.

*avvocato e professore
di Diritto Costituzionale all'Università di Milano*

la donazione di seme: il Documento prodotto dalle Regioni prevede che i volontari maschi debbano garantire una concentrazione di spermatozoi nell'ejaculato assai superiore a quella stabilita come normale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Un seme da superman, insomma. «Una richiesta», continua Borini: «Che certamente taglierà fuori molti potenziali donatori, non ultimi i partner maschili delle coppie che giungono ai centri di Pma, e che sono certamente più sensibili alla cultura del dono». Per non perdere nemmeno una possibile donazione è nata Aidagg,

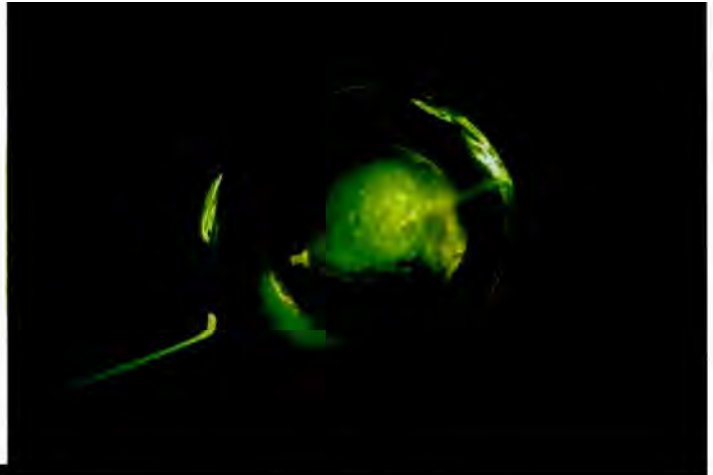
l'associazione che raccoglie in un database tutte le richieste dei volontari. «In un mese», dice la segretaria Silvia Consolo: «Abbiamo ricevuto una quarantina di richieste, quasi tutte da parte di giovani uomini che vogliono donare il seme». Due sole le donne, però.

Così succede che molti centri, anche pubblici, stringono accordi con biobanche estere per importare i gameti da quei paesi in cui la cultura della donazione è più diffusa, o che mettono meno paletti tra le ruote degli aspiranti donatori. Il Careggi di Firenze, per esempio, ha appena annunciato una collaborazione

con la Cryos International e la Nordic Cryobank danesi, e le spagnole Imer e Ovobank.

A Padova, la Biotech Pma non fa mistero di far arrivare i gameti dalla Spagna. Ma non è un'operazione semplice perché l'Europa delle autorizzazioni sanitarie è una Babele. E nella vita delle coppie si insinua il burocrate: "livello autorizzativo". Se un centro italiano vuole importare gameti può farlo solo da un paese che ha un centro di livello autorizzativo pari al nostro, che è il Centro Nazionale dei Trapianti (Cnt). «Ma in paesi come la Grecia o

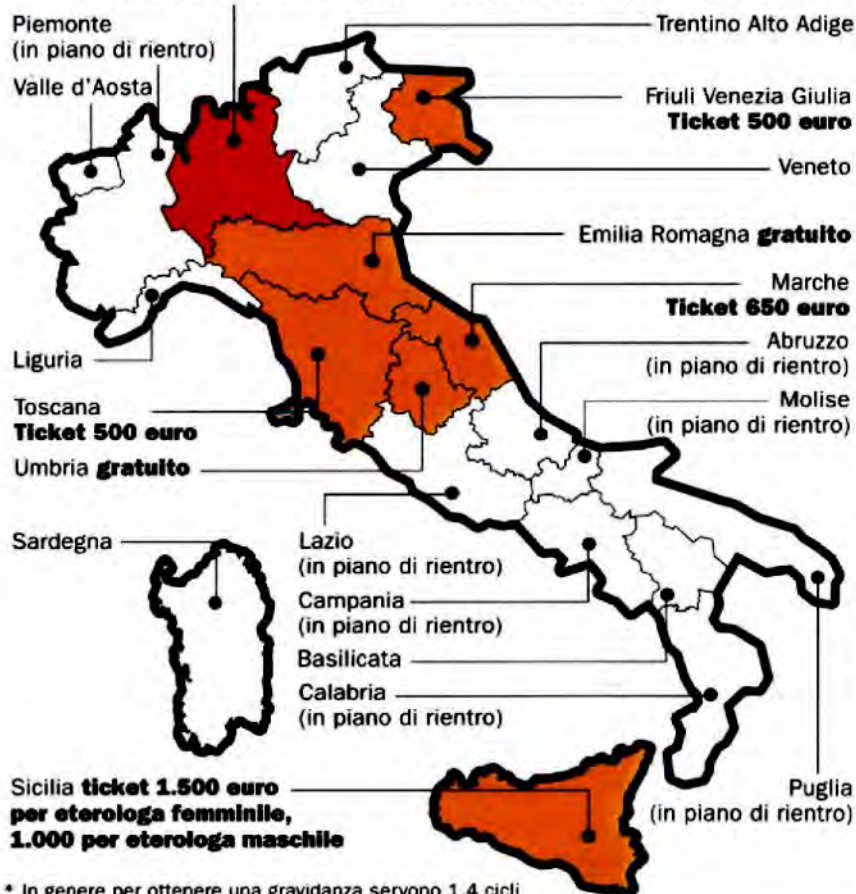
**A MILANO È SBARCATO
UN CENTRO SPAGNOLO.
E IN MOLTI IMPORTANO
OVOCITI DALL'ESTERO.
MA LA BABELLE DEI
CONTROLLI CREA IL CAOS**



Dove la fecondazione eterologa è a carico del SSN

■ Sì ■ No □ In stand by**

Lombardia interamente a carico dell'assistito. Con costi stimati tra i 1.500 e i 4.000 euro a ciclo* a seconda della tecnica necessaria



* In genere per ottenere una gravidanza servono 1,4 cicli
I costi stimati in Lombardia e quelli dei ticket si intendono a ciclo

** Sono le regioni commissariate perché hanno i budget in rosso e non possono prendere iniziative autonome: quindi attendono l'approvazione dei Lea per erogare la prestazione. E sono quelle che non hanno ancora fissato l'ammontare del ticket o non hanno ancora attrezzato i centri per l'eterologa

**Così parlò
Beatrice**

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin è preoccupata. E ha fatto di tutto per inserire la fecondazione eterologa tra le prestazioni erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale, i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). Quando questi saranno approvati, le coppie italiane potranno recarsi in un centro Pma pubblico o convenzionato, mettersi in lista d'attesa e pagare il ticket relativo alla prestazione. In tutto il paese, perché già da mesi molte regioni hanno autonomamente deciso di erogare la prestazione (vedi cartina). Oltre al ticket ordinario, alla coppia sarà richiesto di pagare una parte del costo delle attività preliminari specifiche dell'eterologa (selezione del donatore, prelievo di ovociti/spermatozoi, conservazione dei gameti eccetera). Questo costo è stimato in circa 250/300 euro per coppia. Al netto del ticket, considerando che potranno usufruirne, per soli sei cicli, solo le donne di età inferiore ai 46 anni, il costo totale per la collettività di questa prestazione sanitaria dovrebbe restare ben al di sotto del mezzo milione di euro.

**LE DONAZIONI SONO UN
PERCORSO A OSTACOLI.
LA BUROCRAZIA
PARALIZZA I GINECOLOGI.
E SOLO POCHE REGIONI
SONO OPERATIVE**

la Spagna (fatta eccezione per la Catalogna) non esiste un ente di pari grado, e i centri hanno un'autorizzazione sanitaria di tipo nazionale del tutto sufficiente a garantire la sicurezza delle procedure», spiega Claudia Livi, direttore scientifico del Demetra di Firenze.

Non per l'occhiuto Cnt che ha rapidamente fatto sapere ai centri italiani che importare dalla Spagna o dalla Grecia, come da tutti gli altri paesi "non conformi" non si può fare. Nessuno ha capito bene se il Cnt sta difendendo la salute delle coppie. Ma uno come Antonino Guglielmino, direttore del centro Umr di Catania non ci sta: «Noi non accettiamo intimidazioni: la Regione Sicilia ci ha riconosciuto la possibilità



Seme congelato nell'azoto al London Bridge Fertility Center

di importare gameti, e noi continueremo a lavorare come abbiamo sempre fatto». Se è la sicurezza che sta a cuore al Cnt, conclude da Firenze Claudia Livi, non si capisce come mai negli anni passati si siano lasciate andare le coppie all'estero, in centri non verificati. E come mai si preferisca vederle partire di nuovo per chi sa dove. ■

All'attacco dell'ultimo divieto

La Legge 40 sulla procreazione assistita torna nelle aule di tribunale. È infatti attesa per aprile la nuova sentenza della Corte costituzionale in merito all'ultimo divieto per le coppie italiane che cercano un figlio con le tecniche di Pma. Questa volta sotto la lente dei giudici della Consulta c'è il divieto di accesso alla fecondazione artificiale per le coppie fertili, ma affette da una malattia genetica come la fibrosi cistica, la distrofia miotonica, la neurofibromatosi

o la distrofia muscolare di Duchenne. Circa 2000 coppie che, grazie alla diagnosi preimpianto, potrebbero identificare la presenza di malattie in fasi molto precoci dello sviluppo dell'embrione, appena cinque giorni dopo la fecondazione. Ed evitare di ricorrere all'aborto terapeutico, che allo stato attuale è l'unica alternativa per una donna che scopra di aspettare un figlio con gravi malformazioni, con speranze di vita nulle o bassissime. Non solo: evitare di trasferire

in utero gli embrioni con alterazioni cromosomiche aumenta anche la probabilità di ottenere una gravidanza e riduce i rischi gestazionali. Eppure in Italia sono pochi i centri Pma in grado di offrire questa tecnologia. Il primo censimento nazionale promosso dal centro Genera rivela che nel 2014 appena il 18 per cento del totale (venti centri in tutto, uno su cinque) è effettivamente attrezzato per effettuare la diagnosi genetica preimpianto. Si tratta di realtà diffuse soprattutto nel Lazio,

Emilia Romagna, Toscana e Sardegna (dove è sentito il problema della talassemia), mentre quattro sono i centri che hanno attivato il servizio nei primi mesi del 2015, tra cui uno in Lombardia. «Tenuto conto che l'Italia è comunque il primo paese in Europa per numero di centri di Pma», commenta Laura Rienzi, embriologa e direttore del laboratorio del centro Genera: «Ci auguriamo che il dato del 18 per cento aumenti rapidamente, viste le enormi potenzialità di questa tecnica».

Ma sono già orfani quegli embrioni congelati

Riflessione sul caso della vedova che chiede di far nascere i figli generati con il seme del marito prima della sua morte

Tutto dipende dal riconoscimento che il concepito è Uno di noi: il diritto alla vita, la solidarietà verso le maternità difficili o non desiderate, l'obiezione di coscienza

La questione ignorata dai giudici è la seguente: il concepito è o no un essere umano? È o no un bambino che deve nascere?

DI CARLO CASINI

Il caso della donna rimasta vedova alla fine del 2011 che chiede il trasferimento nel suo seno degli embrioni generati con il seme del marito nel 1996 merita qualche approfondimento. Nel 1996 la coppia era ricorsa alla Fivet ed erano stati generati 11 embrioni: tre erano stati trasferiti in utero, ma nessuno era nato. Gli altri otto sono rimasti congelati presso il Policlinico di S. Orsola a Bologna. Più volte i genitori - a richiesta dell'ospedale - avevano dichiarato di non voler abbandonare il progetto parentale, ma gli embrioni erano rimasti congelati. Ora di loro si sono occupati, con una procedura d'urgenza, prima il giudice monocratico, poi il Tribunale di Bologna in sede collegiale. Il primo ha negato l'autorizzazione al trasferimento; il secondo, invece l'ha autorizzato con una recentissima sentenza. Sono esplosi i commenti, prevalentemente critici, ma nessuno ha colto in pieno la questione essenziale. Il primo giudice ha negato l'autorizzazione per motivi di forma: la Pma (Procreazione medicalmente assistita) si sarebbe già chiusa con il fallimento del 1996 e successivamente una nuova procedura avrebbe dovuto essere chiesta da una cop-

seconda

pia, non da una donna sola. La decisione ha concesso, invece, l'autorizzazione rilevando che la Pma non poteva essere divisa in due parti: era una sola, il congelamento fa parte dell'unica procedura e l'iniziale richiesta era stata fatta dalla coppia. Inoltre - proseguiva il Tribunale - la legge 40/2004 esige che i genitori siano in vita, ma questa condizione vale per il momento del concepimento e il trasferimento può avvenire anche se il padre è morto, dopo la formazione dell'embrione.

Sono stupito da alcuni commenti secondo cui il fatto che una nuova vita potrebbe venire all'esistenza troverebbe una difficoltà perché il bambino verrebbe a trovarsi orfano prima della nascita e perché, data l'età della donna, il trasferimento avrebbe natura sperimentale.

La questione ignorata dai giudici (anche dal Tribunale in sede collegiale che di per sé ha dato la soluzione giuridicamente corretta) e non sufficientemente tenuta presente dai commentatori, è la seguente: il concepito è o no un essere umano? E se è un essere umano è o non è un figlio; e se è un figlio, è o no un bambino che deve nascere?

La risposta positiva, scientificamente e giuridicamente fondata, è la chiave di volta. L'embrione richiesto dalla madre non diventa orfano con il trasferimento o la nascita: è già orfano quando si trova nel congelatore.

Egli esiste anche quando è in una provetta. Perciò il suo diritto alla vita, affermato anche nell'art 1 della L. 40/2004, suggerisce la soluzione di questo e di molti altri problemi già presentatisi ai giudici del mondo. Coppie separate si sono litigate: «che facciamo degli embrioni in frigorifero?» «Tutto è finito, non voglio figli nostri in giro per il mondo» - dice lui -. «È un bambino, nonostante tutto voglio che viva» - dice lei -. Una visione contrattualistica afferma: nel

dissenso tra le parti il contratto si scioglie. Bisogna lasciarlo morire. La visione femminista

fa prevalere il desiderio della donna, ma non perché il figlio è veramente un figlio fin dalla provetta. Piuttosto per una concezione proprietaria. Se il concepito è una cosa, allora la madre può farne ciò che vuole: può distruggerlo, donarlo ad altri, sottoporlo a sperimentazione, oppure farlo immettere nel suo seno. C'è una causa non ancora decisa dinanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo a Strasburgo, dove, in nome del diritto umano di proprietà, una donna chiede di poter donare i suoi embrioni congelati alla scienza destinandoli alla distruzione.

Si capisce allora l'importanza decisiva, essenziale, ultima, dell'iniziativa *Uno di noi* promossa dal Movimento per la vita. Tutto dipende da questo riconoscimento: il diritto alla vita, la solidarietà verso le maternità difficili o non desiderate, l'obiezione di coscienza. Non solo le questioni giuridiche, ma anche quelle attuali sul significato della sessualità e della famiglia prendono luce da questa elementare luminosa affermazione.

Giustamente la L. 40/2004 aveva tentato di lasciare una speranza di vita ad ogni embrione anche se concepito artificialmente, imponendo che, di regola, tutti i concepiti dovessero essere trasferiti nel seno materno. Purtroppo la Corte Costituzionale ha consentito che di fatto questa regola sia stata sgretolata. Ma lasciano, almeno, che una madre tenti tutto il possibile per far vivere un figlio, pur restando inquietante il tempo trascorso e dovendosi constatare, ancora una volta, i rischi disumani della Fivet.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì 05 MARZO 2015

Mortalità materna. Italia in linea con dati UE. Studio dell'Iss su 6 regioni: Toscana al top, maglia nera alla Campania

In Italia vengono registrati 10 decessi ogni 100.000 nati vivi. Il dato è emerso da un progetto pilota dell'Iss che ha coinvolto 6 Regioni. Il rapporto più basso (4,6 ogni centomila nati vivi) è stato rilevato in Toscana, il più alto (13,4 ogni centomila nati vivi) in Campania. L'emorragia ostetrica è la prima causa di mortalità. In arrivo entro il 2015 una Linea Guida dell'Iss.

In Italia la mortalità materna resta un evento raro. In base a un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in sei regioni e presentato oggi al convegno "La sorveglianza della mortalità materna in Italia: validazione del progetto pilota e prospettive future", è emerso che i certificati di morte dell'Istat sono in grado di rilevare solo il 41% dei casi. Il progetto è stato condotto in sei regioni: Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia utilizzando due metodologie distinte: da una parte incrociando attraverso procedure di record-linkage i registri di mortalità con le schede di dimissione ospedaliera, dall'altra attivando una sorveglianza attiva per identificare e analizzare nel dettaglio tutti i casi di morte materna che avvengono nelle regioni partecipanti.

In base a questo studio il nostro Paese si conferma in linea con la media dei Paesi europei con un rapporto di mortalità materna pari a 10 decessi ogni centomila nati vivi esattamente come nel Regno Unito e in Francia. Tra le regioni partecipanti il rapporto più basso (4,6 ogni centomila nati vivi) è stato rilevato in Toscana, il più alto (13,4 ogni centomila nati vivi) in Campania. Il record linkage ha permesso di rilevare anche le morti materne tardive avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza. Il 12% di queste è attribuibile al suicidio che avviene in due casi ogni centomila nati vivi delle regioni partecipanti.

La sorveglianza attiva, messa in piedi da due anni dal Centro Nazionale di Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità grazie a un finanziamento del Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute, ha creato una rete di circa trecento presidi sanitari pubblici e privati che coprono il 49% dei nati nel Paese. Ha lo scopo di rilevare nel dettaglio i percorsi assistenziali in modo da identificare eventuali criticità cliniche o organizzative e indicare le strategie di prevenzione delle morti evitabili.

Le morti rilevate in due anni attraverso la sorveglianza attiva sono in tutto 39 e la maggior parte è insorta a seguito di complicanze ostetriche della gravidanza e del parto, mentre le altre per complicazioni di patologie preesistenti. Due donne su 10 sono morte a seguito di un'emorragia ostetrica che rappresenta la prima causa di mortalità e grave morbosità materna in Italia. La sepsi ha causato 5 dei 39 decessi e altri 5 sono stati causati da malattie infettive, 3 delle quali dovute a influenza H1N1, mentre 6 dei 39 decessi sono avvenuti per complicazioni di gravidanze indotte mediante tecniche di procreazione medicalmente assistita.

"L'attivazione della sorveglianza rappresenta una iniziativa di salute pubblica molto importante perché prevede la realizzazione di audit tra i professionisti sanitari che hanno assistito la donna per esaminare nel dettaglio l'intero percorso assistenziale - ha affermato **Serena Donati**, del reparto Salute della

donna e dell'età evolutiva dell'Iss -. Inoltre ogni caso viene sottoposto ad indagine confidenziale secondo il modello attuato nel Regno Unito da diversi decenni in modo da attribuire con certezza la causa del decesso e validare l'appropriatezza dell'assistenza oltre a identificare le morti evitabili. Entro quest'anno allargheremo la rete dei presidi sanitari coinvolgendo la Lombardia e la Puglia in modo da arrivare a una copertura pari al 75% dei nati del Paese”.

Le criticità più frequentemente segnalate dai clinici i che hanno assistito le donne e dai revisori dei casi clinici sono: la mancanza di adeguata comunicazione tra i professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, il ritardo nella diagnosi e nel trattamento e la diagnosi e il trattamento non appropriati. Delle 29 morti sottoposte a indagini confidenziali 12 sono risultate associate ad assistenza inappropriata ed esito evitabile. Nei Paesi socialmente avanzati che effettuano sorveglianze analoghe la percentuale di morti materne evitabili è stimata pari al 50%.

“Il rischio di mortalità materna è quasi tre volte superiore nelle donne sopra i 35 anni rispetto alle più giovani, oltre due volte nelle donne di istruzione bassa e tra quelle che si sono sottoposte a taglio cesareo rispetto al parto spontaneo. Le morti rilevate a seguito di gravidanze indotte mediante procreazione assistita mettono in luce l'importanza di un'appropriata selezione delle donne che possono accedere a tali tecniche - ha spiegato la ricercatrice dell'Iss - per quanto riguarda la variabilità tra le regioni, si registrano esiti migliori al Nord rispetto al Sud del Paese come accade anche per la mortalità neonatale”.

Per quanto riguarda l'emorragia ostetrica, che rappresenta la prima causa di mortalità materna, l'ISS ha offerto ad oltre 5000 operatori sanitari (medici e ostetriche) una formazione a distanza sulla prevenzione, diagnosi e trattamento delle emorragie del post-partum. È stato inoltre attivato uno studio sugli eventi morbosi materni gravi (near miss) da emorragia del post-partum per ampliare la casistica sugli eventi gravi relativi al parto e analizzare in maniera ancor più approfondita le criticità assistenziali o organizzative oltre che facilitare l'aggiornamento dei professionisti.

“Per quanto riguarda l'emorragia del post-partum - conclude Serena Donati - nel 2015 l'ISS ha in programma una Linea-Guida specifica sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee-Guida” .

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 05 MARZO 2015

Ostetricia. Aio lancia campagna #inmanisicure per promuovere la centralità dei professionisti

L'iniziativa, promossa in collaborazione con Aogoi e Sigo, sarà diffusa tramite uno spot video con testimonianze di ostetriche e ostetrici. L'obiettivo è diffondere l'importanza di rivolgersi a persone qualificate, mettendo da parte chi pratica abusivamente la professione. [IL VIDEO](#)

Al via la campagna di sensibilizzazione “#inmanisicure” lanciata dall’Associazione italiana di ostetricia (Aio). L’iniziativa, promossa in collaborazione con l’Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi) e con la Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), nasce per rafforzare l’identità della professionista ostetrica/o, per promuovere la sua centralità per la tutela della fisiologia della nascita e per prevenire e combattere l’abusivismo professionale in questo settore.

“Vogliamo che le famiglie sappiano qual è il vero ruolo dell’ostetrica/o oggi e informarle della presenza del fenomeno dell’abusivismo da parte di figure non riconosciute dal Ministero della Salute. Le persone devono saper e poter scegliere professionisti qualificati. Una scelta corretta è importante per evitare cattive sorprese e per salvaguardarsi da possibili rischi, per la propria salute e per quella dei propri cari”, è il messaggio che lancia la Presidente dell’Aio, **Antonella Marchi**, alla presentazione della campagna.

Per diffondere efficacemente il tema, l’Aio ha realizzato uno spot video con testimonianze di ostetriche e ostetrici. Insieme a loro, protagoniste delle spot sono anche le studentesse del Corso di Laurea di Ostetricia insieme alle coppie, ai futuri e neo-genitori, alle donne in generale.

“Quando nasce un bambino, nascono anche una mamma e un papà... e hanno bisogno di un aiuto serio e competente”; “In un momento così importante non mi sono affidata a una persona qualunque ma ho scelto solo vere professioniste”; “Io ho scelto un ostetrico qualificato e mi sono affidata completamente a lui, prima, durante e dopo il parto”: questi e altri i messaggi di donne, mamme, mogli insieme ai loro compagni, per dire a tutti quanto è importante scegliere una/un professionista qualificata/o e non affidarsi a soggetti che si improvvisano. “Se tutti facciamo la scelta giusta, possiamo far nascere una nuova coscienza” è l’appello che lanciano proprio loro: un’ostetrica e un ostetrico a nome di tutte le colleghe e colleghi.

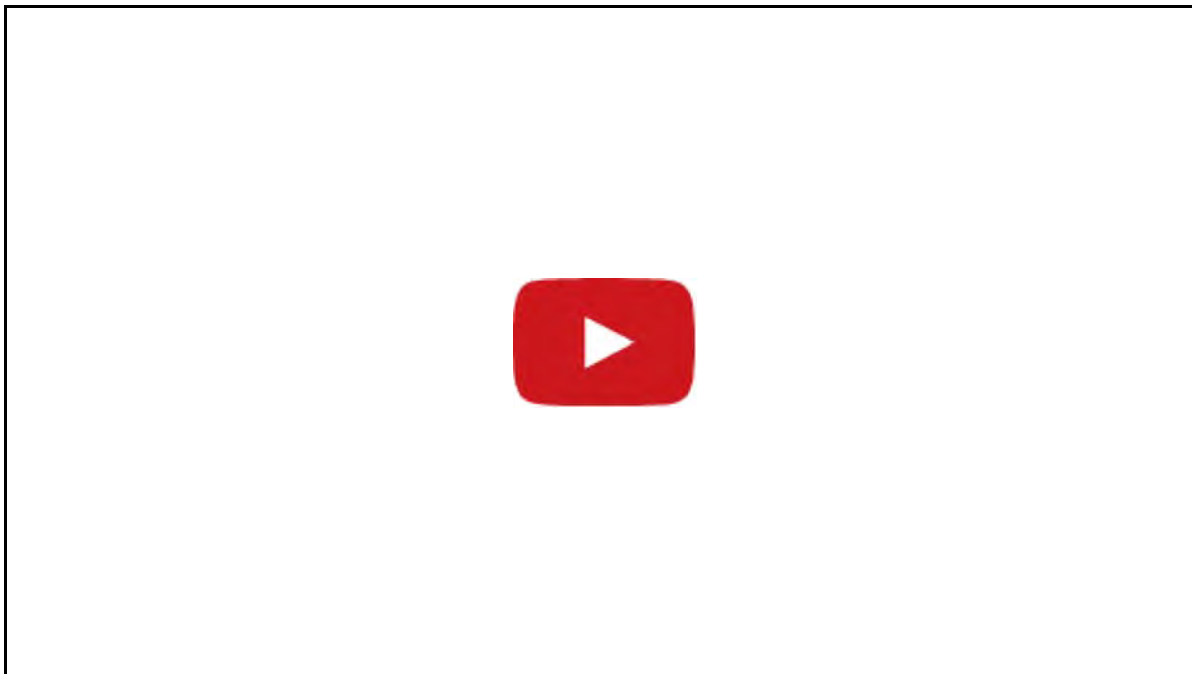
La #scelta giusta, spiega la campagna, è quindi quella di rivolgersi a un’ostetrica o a un ostetrico qualificati. E’ importante quindi che le donne, le coppie, le famiglie possano contare su persone qualificate che si trovano nei consultori, nei corsi di gravidanza e di preparazione al parto, in ospedale o in clinica, a domicilio per l’assistenza alla puerpera e al bambino anche sostenendo l’allattamento, nei corsi dopo il parto e negli ambulatori per la rieducazione del pavimento pelvico.

Quindi a professionisti che operano nel pubblico, ma anche a libere professioniste regolarmente iscritte all’albo professionale delle ostetriche. Spiega Antonella Marchi: “vogliamo invitare le donne e le loro famiglie a non rivolgersi a chiunque e a verificare di essere a contatto con una professionista o un professionista qualificati per combattere, insieme a noi, questo fenomeno così diffuso anche nel nostro mondo. Chiediamo loro di unirsi a noi per evitare che questo fenomeno si allarghi sempre più. Basta semplicemente verificare di essere di fronte a professionisti iscritti all’albo professionale chiedendo loro

il certificato di iscrizione per essere certi di trovarsi #inmanisicure. Le nostre: quelle di un'ostetrica o di un ostetrico qualificati!”.

Il video spot è su You Tube e sui siti web istituzionali di Aio e delle società scientifiche che hanno aderito alla campagna: Agoi e Sigo. L'invito per tutti è di condividere il video sulle proprie pagine Facebook, attraverso Whatsup e Twitter. Ma c'è di più. Sulla pagina Facebook di Aio www.facebook.com/aio.aio.31 saranno pubblicate singole testimonianze e tutti sono invitati a inviare il proprio video e a partecipare attivamente alla campagna.

“Ci aspettiamo quindi che le Colleghe Ostetriche/i partecipino attivamente alla campagna condividendo il video e inviando le loro testimonianze attraverso la pubblicazione di un selfie sulla pagina Facebook di Aio. Vogliamo che lo facciano anche le donne, i futuri e neo-genitori, per attivare così la giusta viralità e diffondere al massimo un messaggio che qualifica la Professione dell'Ostetrica/o e ci aiuti a combattere l'abusivismo professionale. Scegliere un'Ostetrica o un Ostetrico qualificati è una scelta di vita e di salute. Ed è il solo modo per sentirsi #inmanisicure”, questo è il messaggio conclusivo della Marchi, al quale aggiunge un sentito ringraziamento ad Agoi, ai Direttori e Responsabili dei Dipartimenti Materno-Infantile dell'Ospedale di Monfalcone (GO) e di Treviglio (BG) e alle loro Direzioni che hanno consentito la realizzazione di questo video.



////////////////////////////////////
#EDITORIALINO |

IN EUROPA, CONTRO L'ABORTO LIBERO

di HASHTAG
////////////////////////////////////

Il 9 marzo prossimo l'Europarlamento voterà la risoluzione Tarabella, che chiede "un accesso agevole alla contraccezione e all'aborto". La Croce ritiene, come specifica bene anche la legge 194, che l'aborto non sia un diritto, ma un reato, punito in Italia con pene molto severe. Nelle condizioni previste dalla legge è considerato una extrema ratio in caso di gravidanza indesiderata. Fuori da quelle condizioni fissate dalla legge 194, lo ripetiamo, è reato, non per i cattolici, ma per la Repubblica italiana. L'Italia non può dunque approvare "l'accesso agevole all'aborto", perché lo regola in maniera precisa. Le leggi italiane, pur imperfette e molto mal interpretate, individuano un diritto: il diritto del bambino a nascere, che viene negato solo dentro limiti ben precisi fissati dalle norme. Agli europarlamentari italiani ricordiamo dunque che votare a favore della risoluzione Tarabella è votare contro le leggi del nostro Paese. In particolare al capo della delegazione del Partito democratico italiano all'Europarlamento, la cattolica Patrizia Toia, ricordiamo che quella risoluzione è inaccettabile e viola le sue convinzioni profonde di antiabortista. Lo stesso vale per Silvia Costa, David Sassoli e tanti europarlamentari del Pd che si proclamano cattolici e non possono sostenere una risoluzione così apertamente contraria alla cultura della vita sottolineata ripetutamente dal magistero di Papa Francesco, che parla ogni volta che può contro l'obbrobrio dell'aborto, dell'eutanasia e della "cultura dello scarto".

06-03-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

Al via sperimentazione triennale all'Istituto Romagnolo Tumori

Super risonanza 'brucia' cellule cancro, test in Italia

Una 'super' risonanza magnetica combinata con un macchinario che emette ultrasuoni ad altissima intensità focalizzandoli in un punto in modo da 'bruciare' con precisione, in modo non invasivo e con l'assenza quasi totale di effetti collaterali le cellule maligne. E' l'innovativo macchinario che verrà inaugurato domani presso l'Irst (Istituto scientifico romagnolo per la cura dei tumori). Una realtà all'avanguardia non solo in Italia ma in Europa "e che consentirà - sottolinea Dino Amadori, direttore scientifico dell'Ircs - di dare al via ad una piano di ricerca per la diagnosi e cura dei tumori unico nel panorama internazionale". Per i prossimi tre anni saranno portati avanti tre progetti sperimentali per valutare l'accuratezza diagnostica, sicurezza, tollerabilità, comfort e costo-efficacia di questo tipo d'indagine, la capacità della risonanza nell'individuare i danni procurati al fegato dai farmaci chemioterapici e l'utilizzo degli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità nel trattamento delle metastasi ossee e del dolore. "La particolarità di questo strumento - spiega Amadori - chiamato Rm 3Tesla con sistema Hifu (High-Intensity Focused Ultrasound), è di avere una potenza doppia rispetto alla risonanza 'standard' e ciò permette di 'vedere' lesioni tumorali di solo

Un millimetro quando in genere sotto i 5 millimetri non sono monitorabili. Non solo, è possibile analizzare meglio i tessuti compresi quelli molli". L'innovativo macchinario è inoltre in grado di registrare gli aspetti di funzionamento degli organi. "Per esempio - continua - studiando il cervello si possono vedere le reazioni delle diverse aree al dolore e se ne può monitorare l'intensità. Ciò ci consentirà di curarlo meglio". Sarà poi possibile studiare le alterazioni che fegato e cuore subiscono a causa della tossicità dei chemioterapici e correggere i dosaggi prima che si verifichi un danno permanente. E ancora osservare il flusso del sangue e come i farmaci si diffondono nei vari organi. Grazie all'Hifu sarà poi possibile 'bruciare' il tumore in un'area definita e limitata pianificando e monitorando in tempo reale l'andamento del trattamento. "Questo nuovo trattamento - conclude Amadori - non è invasivo ed è più tollerabile e senza gli effetti collaterali negativi della chemio e della radioterapia". Il super macchinario entrerà a pieno regime ad aprile e vi potrà avere accesso chiunque abbia i requisiti per la sperimentazione.

E lo zucchero diventa il nuovo nemico L'allarme dell'Oms "Dimezzate le dosi"

Il caso Per la salute è più dannoso del colesterolo. Nella dieta arriva soprattutto da bevande e prodotti confezionati. Il consiglio è di consumarne solo 5 cucchiaini al giorno

ELENA DUSI

LENOSTRE vite sono troppo dolci. C'è bisogno di tagliare sullo zucchero. Un cucchiaino su due è in eccesso rispetto a quanto il nostro corpo richiede. Per questo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha appena pubblicato le sue linee guida, con la raccomandazione di dimezzare la quantità di dolcezza sciolta nel caffè, ma infiltrata in maniera più o meno furtiva anche in yogurt, succhi di frutta, bevande gasate, cereali da colazione e ovviamente biscotti e merendine. In cambio di una dieta più amara sarà più facile mantenere il peso corretto, evitare il diabete e — attenendosi con rigore alle direttive — perfino debellare le carie.

Le raccomandazioni dell'Oms si riferiscono a miele e altri zuccheri liberi: quelli aggiunti durante la lavorazione dei cibi. Nessun limite è invece fissato per frutta, verdura e latte. L'obiettivo è non superare i 50 grammi al giorno, equivalenti a 200 calorie e 10-12 cucchiaini, se solo fosse semplice estrapolare

il contenuto dei prodotti industriali (negli Usa 8 prodotti su 10 da supermercato sono dolcificati). Una lattina di bibita gasata contiene 10 cucchiaini, un succo di frutta 5, i cereali da colazione circa 4 e un paio di cucchiaini si trovano nello yogurt alla frutta. Arrivare a quota 12 (pari al 10% dell'apporto calorico quotidiano) è dunque più facile di quanto si pensi, anche sacrificandosi a bere il caffè amaro.

Se limitare lo zucchero al 10% dell'energia quotidiana è "fortemente consigliato", secondo l'Oms ancora meglio sarebbe fermarsi sotto al 5%, pari a 5-6 cucchiaini al giorno. La realtà è ben lontana da questi valori. Nord America ed Europa viaggiano intorno ai 100 grammi. Anche in Italia lo studio europeo Idefics conferma che i bambini fra 2 e 9 anni ottengono oltre il 20% delle loro calorie attraverso lo zucchero. Questo valore aumenta nel week end rispetto ai giorni della settimana.

Non è stata solo l'Oms recentemente a mettere lo zucchero nel mirino. Nell'elaborare le sue linee guida per una dieta corretta, anche il governo americano ha deciso di allentare le redini su sale, caffè e colesterolo, ma sottolineando il ruolo deleterio di cibi e bevande dolcificati. Anche Washington ha fissato come li-

mite massimo il 10% delle calorie giornaliere, laddove orientativamente un uomo adulto ne consuma 2.000, una donna 1.800 e un bambino 1.500. «La riabilitazione del colesterolo è sensata» spiega Andrea Ghiselli del Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione. «La stragrande maggioranza del colesterolo che misuriamo nel sangue viene prodotta dal nostro corpo attraverso il fegato partendo dalle calorie che assumiamo con l'alimentazione. Il cibo con colesterolo è responsabile solo del 15-20% della colesterolemia totale».

Contro bibite dolci e merendine le autorità federali americane — in particolare il Dietary Guidelines Advisory Committee — hanno addirittura proposto una tassa sugli zuccheri. Ma di fronte all'atto di accusa congiunto Ghiselli è scettico: «La colpa non è mai di un singolo alimento. Fra vent'anni assolveremo lo zucchero ma continueremo a ingrassare. La verità è che mangiamo troppo e facciamo poco movimento». In effetti, pur conoscendo gli effetti dello zucchero sulla bilancia, tra il 2003 e il 2013 il consumo medio nel mondo è passato da 58 a 63 grammi. A una vita sana continuiamo a preferire una vita dolce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il consumo di zucchero

il limite da non superare secondo L'Oms

50
grammi



=



la quantità ottimale

25
grammi



=



10
cucchiaini
da tè

=



10%
dell'apporto
calorico
complessivo

5
cucchiaini
da tè

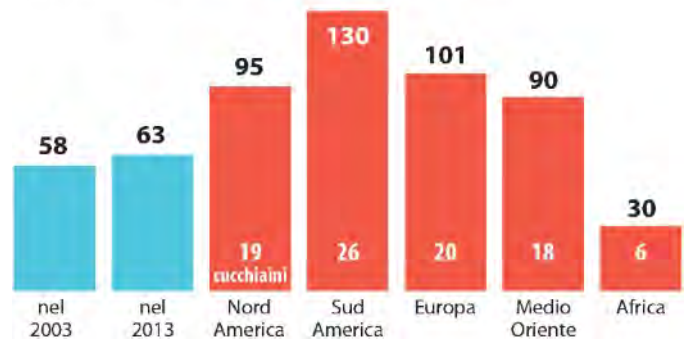
=



5%
dell'apporto
calorico

Nel mondo

Consumo medio giornaliero per persona (in grammi)



15
calorie

il valore energetico
di un cucchiaino



80%
i prodotti del
supermercato
che
contengono
zucchero

I vantaggi



Si ridurrebbe il rischio di **diabete di tipo 2**



Si ridurrebbe l'**obesità**



Si eliminerebbero le **carie**



40 GRAMMI
8 cucchiaini

il contenuto di zucchero di una lattina di bevanda gasata



25 GRAMMI
5 cucchiaini

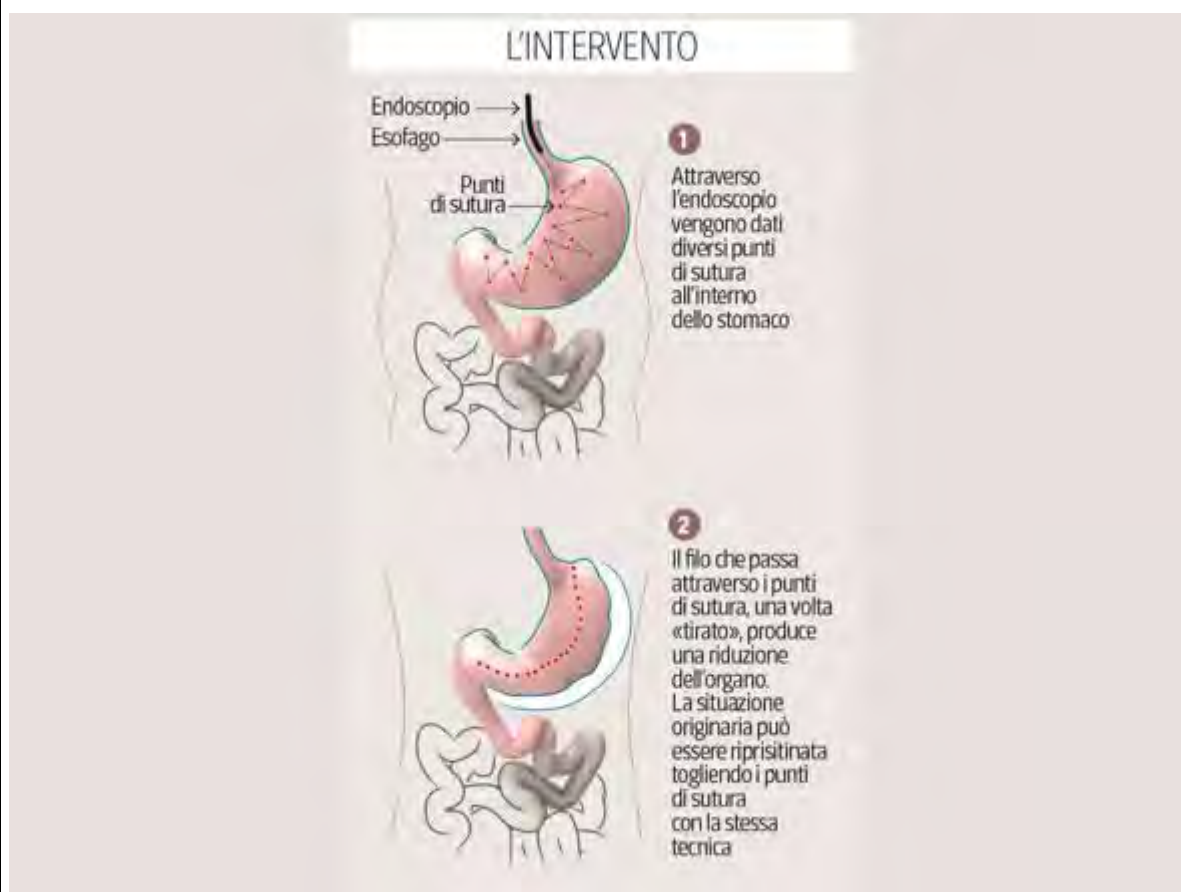
il contenuto di zucchero di un succo di frutta

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

Obesi: si riduce lo stomaco solo con punti di sutura evitando i «tagli»

Nuovo intervento attraverso l'esofago: lo stomaco viene schiacciato con punti. Ai pazienti è consigliata una dieta da 7-8 pasti al giorno invece dei tradizionali 2-3

di **Riccardo Renzi**



Interventi sempre meno traumatici e facilmente reversibili: è lungo queste due direttrici che si muove la ricerca della chirurgia bariatrica, cioè di quelle tecniche che hanno l'obiettivo di ridurre l'obesità e gli squilibri metabolici che ne conseguono, in particolare il diabete di tipo 2.

Lo stomaco viene schiacciato, ma non tagliato

Ora tra le tante possibilità ce n'è una nuova che sembra presentare diversi vantaggi. È una tecnica endoscopica che utilizza la via naturale, dalla bocca attraverso l'esofago, e si avvale di un nuovo strumento che permette di «mettere dei punti», di suturare dall'interno lo stomaco. «Utilizziamo come accesso esclusivamente la bocca - spiega Cristiano Huscher, attualmente direttore dell'Unità operativa di chirurgia generale e oncologica dell'Ospedale Rummo di Benevento -. Da qui introduciamo

un endoscopio speciale alla cui estremità è montato un sistema che consente di attirare il tessuto dello stomaco e “pizzicarlo”. Qui vengono apposti 21 punti di sutura in modo da ridurne sensibilmente lo spazio interno. In questo modo lo stomaco viene schiacciato, ma non tagliato e il cibo ha solo una piccola apertura dove passare. Questo intervento rappresenta un’enorme semplificazione dell’intervento tradizionale».

Rischi e complicanze quasi azzerati

Si tratta di una procedura ancora sperimentale (Cristiano Huscher ha effettuato cinque interventi di questo tipo in Italia), ma che si basa già su un’ampia casistica all’estero, circa 2 mila casi tra Giappone e Stati Uniti, dove è stata codificata e standardizzata. All’università di Harvard, per esempio, dove Huscher è visiting professor, sono stati risolti 140 casi. «L’intervento dura un’ora rispetto alle quattro ore degli interventi tradizionali - continua Huscher -. Oltre alla riduzione dei tempi, la nuova procedura garantisce altri importanti vantaggi al paziente. Non essendoci incisioni esterne e neanche interne, infatti, il dolore e il trauma risultano sensibilmente ridotti. L’elevato rischio operatorio e quello altrettanto significativo delle complicanze, cui il paziente è esposto in caso di bypass gastrico, è quasi azzerato. Inoltre non vi sono cicatrici visibili, dato che non viene praticato alcun foro nell’addome del paziente. Anche la degenza e la convalescenza sono naturalmente molto più brevi di quelle previste dalle operazioni tradizionali».

L’intervento è anche reversibile

Ma quali sono gli effetti sul paziente dopo l’intervento? «In pratica - dice Huscher - la ridotta dimensione dello stomaco permette di introdurre solo piccole quantità di cibo per volta e il paziente avverte subito un senso di sazietà. Come avviene per altre procedure di questo tipo al paziente è raccomandata una dieta che prevede 7-8 pasti al giorno invece di 2-3, in modo che vi sia un passaggio continuo di piccole quantità di cibo, che ha il vantaggio di stabilizzare anche la risposta insulinica». «L’obiettivo infatti - conclude Huscher - è anche quello di migliorare la prognosi del diabete di tipo 2, che spesso si accompagna all’obesità. Al paziente inoltre è richiesta un’attività fisica moderata, di solito una camminata di un’ora, un’ora e mezza al giorno. L’intervento poi è sempre preceduto da una visita psichiatrica, per valutare il grado di accettazione della terapia». Come si diceva all’inizio, uno dei vantaggi di questa metodica è la reversibilità, nel caso in cui i pazienti non si adattino al tipo di dieta richiesto o mal sopportino la riduzione dello stomaco. In tal caso si procede a un analogo intervento endoscopico per togliere i punti precedentemente fissati.

Nei (per adesso pochi) casi italiani finora non si è registrato alcun «pentimento».

RICERCA. SA REGOLARE LA DOSE DI INSULINA

Microinfusore intelligente per il diabete

Se non è proprio come il pancreas che naturalmente produce insulina quando ce n'è bisogno e purtroppo viene «attaccato» in caso di diabete, ci stiamo avvicinando davvero. Anche in Italia è in arrivo un nuovo microinfusore di insulina chiamato MiniMed 640G, che si basa su una particolare tecnologia che consente di sospendere e far ripartire l'erogazione di insulina da parte dello strumento. In questo modo si preven- gono al meglio possibili ipoglicemie, perché si sospende in modo del tutto automatico l'erogazione di insulina.

La novità è stata presentata a Roma, al Senato in occasione del convegno «Diabete: l'era della tecnologia intelligente. Stato dell'arte e prospettive per un approccio tecnologicamente all'avanguardia per il trattamento del diabete verso il pancreas artificiale». Il passo avanti per i pazienti è sicuramente significativo, e va a integrare gli importanti progressi ottenuti negli ultimi anni con dispositivi che hanno dimostrato un'efficacia sia nel diabete di tipo 1, detto insulino dipendente, sia nelle persone con diabete di tipo 2 in controllo glicemico non ottimale. Grazie a questi strumenti si riesce a integrare in un unico sistema le funzioni di monitoraggio dei livelli di glucosio ed erogazione dell'insulina.

«Le tecnologie applicate alla terapia del diabete hanno consentito negli ultimi vent'anni avanzamenti molto rilevanti, rivelandosi fondamentali soprattutto per l'ottimizzazione del controllo del glucosio nel sangue - spiega Emanuele Bosi, direttore del Diabetes Research Institute (DRI) presso l'Istituto Scientifico dell'ospedale San Raffaele di Milano. Tuttavia, molta strada deve ancora essere percorsa, come dimostrato, di recente, da uno studio che evidenzia come anche

in presenza di valori di emoglobina glicata inferiori a 7 per cento (indice di valori medi di glicemia ottimali per la prevenzione delle complicanze croniche della malattia), la mortalità complessiva nelle persone con diabete di tipo 1 è ancora oltre il doppio di quella delle persone senza il diabete. Questo significa che, non solo dobbiamo mirare a un controllo della glicemia in generale, ma dobbiamo anche essere in grado di evitare le ipoglicemie e le oscillazioni eccessive del glucosio nel corso della giornata, obiettivi oggi più facili da raggiungere grazie all'impiego delle migliori tecnologie per il monitoraggio del glucosio e per la somministrazione dell'insulina». Proprio in questo senso appare interessante il nuovo dispositivo che, grazie a un algoritmo predittivo, consente di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione di insulina prima di incorrere in una crisi ipoglicemica, lo stato patologico causato da un basso livello di zuccheri nel sangue. In pratica se il sistema prevede che il livello della glicemia si stia abbassando troppo e in pochi minuti si possa giungere a un evento ipoglicemico, sospende l'erogazione di insulina, scongiurando pericoli e paure. L'ipoglicemia - soprattutto notturna - rappresenta l'evento più temuto nei pazienti giovanissimi, in età pediatrica e prescolare, del cui trattamento si occupano in gran parte i genitori, a causa dei gravi sintomi che essa comporta: tremori, irritabilità e spasmi muscolari nei neonati e nelle fasi successive della crescita, tachicardia, vertigini fino al coma glicemico. Questa e le altre novità in arrivo potrebbero consentire di affrontare al meglio l'incremento del diabete di tipo 1 (più 3 per cento l'anno) nei bambini fino ai quattro anni.

Federico Mereta

RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì 05 MARZO 2015

Influenza. Da bambini ci si ammala ogni anno. Ma da adulti colpisce solo una volta ogni cinque anni

La valutazione in uno [studio](#) pubblicato su PLOS Biology. Dall'età adulta in poi la frequenza inizia a calare. E sopra i 30 anni si stabilizza in un contagio ogni 5 stagioni influenzali. Mentre da bambini il virus attecchisce pressoché ogni anno. Molti casi di influenza ipotizzati potrebbero quindi essere solo comuni malanni di stagione

L'influenza sembra essere una malattia meno comune di quanto si possa talvolta pensare: infatti, un adulto sopra i 30 anni la prenderebbe in media soltanto una volta ogni cinque anni, secondo uno [studio](#) pubblicato su *PLOS Biology*. Molto più comuni, invece, i malanni con sintomi simili a quelli tipici dell'influenza, causati da vari patogeni, che confonderebbero le acque, rendendo difficile individuare il numero effettivo di casi di influenza.

Lo studio è stato condotto dall'Imperial College London, il team di ricerca internazionale, composto da scienziati del Regno Unito, Stati Uniti e Cina.

L'influenza è una malattia infettiva causata da virus. "C'è un ampio dibattito su quanto spesso le persone prendono l'influenza, [messa a paragone] con malattie simili ma causate da qualche altro agente. I sintomi possono talvolta essere determinati da virus del raffreddore, come rinovirus o coronavirus", ha affermato il Dottor **Adam Kucharski**, che ha preso parte a questo studio all'Imperial College London prima di lavorare alla London School of Hygiene & Tropical Medicine. "Inoltre, alcune persone potrebbero non riconoscere l'influenza ma l'infezione si individua con l'analisi di un campione di sangue".

Il nostro sistema immunitario risponde ai virus producendo anticorpi diretti contro le proteine sulla superficie del microorganismo. I ricercatori hanno analizzato campioni di sangue di 151 volontari provenienti dal Sud della Cina, analizzando i livelli degli anticorpi sviluppati contro nove ceppi influenzali nell'intero periodo dal 1968 al 2009.

"Si tratta della **prima volta che qualcuno ha ricostruito la storia di gruppi di infezioni** mediante l'analisi di campioni di sangue di oggi", ha dichiarato il Dottor Kucharski. "In questo studio abbiamo analizzato in che modo l'immunità di una persona si costruisce nel corso di una vita sotto l'azione di infezioni influenzali. Queste informazioni ci aiutano a comprendere qual è la 'suscettibilità' della popolazione nella sua totalità e quanto sia facile per i nuovi ceppi stagionali diffondersi attraverso la popolazione stessa".

Ricordiamo che la stagione influenzale in corso è risultata ad alta incidenza di casi (con un andamento paragonabile alla stagione post-pandemica 2010-11), aumentata anche dal minor numero di persone che si sono vaccinate, ha affermato [Claudio Cricelli della Simg](#), che rimarca, insieme ad altre Istituzioni, **l'importanza della vaccinazione, raccomandata tra le categorie a rischio**.

Tornando allo studio condotto dall'Imperial College London, in base ai risultati, mentre i bambini sviluppano l'influenza circa una volta all'anno, questa sindrome diviene progressivamente meno comune al passaggio dall'infanzia alla prima età adulta, e, dopo i 30 anni l'incidenza dei casi è pari a circa due volte in un decennio. I più colpiti sono dunque i più piccoli e l'influenza "nell'infanzia e nell'adolescenza è molto più diffusa", ha spiegato **Steven Riley**, autore senior, del Medical Research

Council Centre for Outbreak Analysis e Modelling all'Imperial College London. "L'esatta frequenza dell'infezione varia a seconda dei livelli [di diffusione ndr] dell'influenza nell'ambiente e della vaccinazione". Mentre "per gli adulti abbiamo osservato che essa è attualmente molto meno comune di quanto alcuni possano pensare", prosegue l'esperto. Lo studio non presenta dati definitivi e necessita di ulteriori approfondimenti.

Per valutare la frequenza dell'infezione, i ricercatori hanno sviluppato un modello matematico per studiare in che modo agisce il nostro sistema immunitario in base alle variazioni del virus durante la vita di un individuo.

I virus possono evolvere, ma il nostro organismo mantiene memoria, attraverso gli specifici anticorpi, dei ceppi virali che ha già incontrato.

Inoltre, i risultati confermano che i ceppi virali da cui siamo stati contagiati nell'infanzia evocano in seguito una risposta immunitaria molto più forte rispetto ai virus incontrati più tardi.

L'indagine e i risultati ottenuti potrebbero aiutare gli scienziati nella comprensione di come la nostra immunità si comporta al variare dei virus, in continua evoluzione, e le modalità con cui ceppi virali 'storici' influenzano l'efficacia e il modo in cui "lavorano" i vaccini.

Viola Rita

Sanità

Stampa l'articolo | Chiudi

5 marzo 2015

Cure primarie, ecco il documento d'intesa per il rinnovo Acn. De Filippo: «Forte riequilibrio del territorio»

Dopo la riunione di ieri notte (alle 23) tra i sindacati medici e il Comitato di Settore Sanità della Conferenza Regioni c'è stato accordo unanime sul documento d'intesa che modifica l'atto di indirizzo per riaprire le trattative finalizzate alla riorganizzazione delle cure primarie (vedi documento correlato).

«Il documento varato nella notte sorsa tra le Regioni, rappresentate dall'Assessore alla Sanità della Regione Liguria Claudio Montaldo ed i sindacati dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta e della specialistica ambulatoriale - dichiara il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo, delegato Lorenzin alle relazioni sindacali - fa definitivamente prendere corpo al nuovo sistema di organizzazione dell'assistenza sanitaria voluto dal Patto della Salute che prevede un forte riequilibrio in favore della presenza territoriale piuttosto limitando un eccessivo ricorso all'ospedalizzazione».

«Per questa innovazione destinata a far sentire i suoi positivi riverberi sulla qualità dell'assistenza erogata ai cittadini - aggiunge De Filippo - voglio ringraziare tutti i soggetti al tavolo che hanno mostrato di saper cogliere la sfida che le nuove esigenze di salute ci pongono».

«Del documento sottoscritto - spiega De Filippo - voglio evidenziare solo tre aspetti. Innanzitutto il consolidamento del modello delle Associazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie in cui i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta si integreranno con medici della continuità assistenziale, specialisti convenzionati, infermieri e altri professionisti sanitari e sociali per dare vita a un sistema di assistenza più prossimo ai pazienti in grado di dare risposte alle esigenze di salute 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 senza impropri ricorsi al sistema dell'emergenza urgenza e agli ospedali. Altro aspetto importante, a questo collegato, è che pur nell'invarianza di costi per i Sistemi Sanitari Regionali previsto dalla nuova organizzazione, le stesse Regioni potranno destinare alla medicina territoriale le risorse che si andranno a liberare dalla limitazione del ricorso improprio al sistema ospedaliero. Infine - ha concluso De Filippo - non posso non esprimere apprezzamento per il richiamo a un patto generazionale con cui, sempre in invarianza di costi per il Sistema Sanitario, si è deciso di lavorare a un sistema di turnover che favorisca il più rapido inserimento di giovani medici e altri professionisti della sanità».

Fespa: «Cambiamenti positivi ma è solo un piccolo passo per riaprire le trattative». Valutazioni positive anche dalla Fespa (la federazione di sigle della specialistica ambulatoriale composta da Anaa, Aagoi, Fesmed, FpCgil-medici, Smi, Sivemp). Per Cosimo Trovato, portavoce Fespa, «le proposte avanzate da Fespa sono state in grande parte recepite. Certo - continua - i cambiamenti dell'atto di indirizzo sono frutto delle limitazioni dettate dalla legge di stabilità, dal quadro politico ed economico, dai vincoli della legge Balduzzi e, soprattutto dalle stesse difficoltà delle Regioni: è solo un piccolo passo in avanti che ci consente di riaprire le trattative».

«Abbiamo ottenuto - spiega Trovato - che si definisca un quadro nazionale per quanto riguarda nascita e sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali, al fine di evitare le fughe in avanti di alcune regioni, portate talvolta, anche per ragioni di bilancio, a pericolose sperimentazioni. In queste realtà, il ruolo dello specialista ambulatoriale deve essere, e sarà centrale, integrato, con pari dignità, con le altre figure professionali operanti. Dal punto di vista economico, si prefigura un fondo per il territorio, dalle risorse che si liberano dalla riorganizzazione tanto degli ospedali, quanto degli ambulatori. Se una struttura ospedaliera chiude, una parte di quanto si risparmia dovrà andare alla prima linea delle cure primarie».

Tra i punti principali dell'accordo:

- Riconosciuta la specificità di settore per la specialistica ambulatoriale nelle Aft dedicate
- Riconoscimento del rapporto di lavoro di parasubordinazione per la SAI
- Spostamento parziale dei fondi regionali stanziati per l'ospedale a finanziare il territorio
- Uccp a carico della parte pubblica ma, nonostante le precise richieste avanzate per mantenere gli standard nazionali, saranno materia di contrattazione regionale e/o Aziendale.

Fimmg: «Non è il traguardo ma un confronto indispensabile».

«Il documento sottoscritto da sindacati e Comitato di settore non è certo il traguardo - dichiara il segretario

nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo - ma rappresenta un primo importante passo nella giusta direzione di un confronto organico fra chi politicamente rappresenta la categoria e decisori politici, indispensabile per definire contrattualmente la riorganizzazione delle cure primarie nel Ssn».

«Questo accordo - conclude Milillo - migliora radicalmente le relazioni tra Regioni e categoria, lasciando alle spalle una fase meramente conflittuale e creando le condizioni per un confronto finalizzato a costruire una nuova assistenza primaria. Nell'attesa di affrontare sempre sul piano politico i temi che di comune accordo abbiamo deciso debbano ancora essere approfonditi, si può finalmente riaprire il tavolo tecnico delle trattative. Non faremo mancare come sempre il nostro contributo».

Fimp: «Documento concordato con Comitato di settore Regioni-Sanita va nella giusta direzione». Per la Federazione italiana medici pediatri si tratta di un «un documento che rappresenta un'apertura rispetto all'Atto di Indirizzo e che vede riconosciute finalmente le peculiarità della Pediatria di Famiglia, fiore all'occhiello del sistema dell'assistenza nel nostro Paese. Un risultato ottenuto in una giornata di lavori aperta dal Sottosegretario al Ministero della Salute, Vito De Filippo, nella quale si dovevano mettere in evidenza e sciogliere i nodi politici emersi nella trattativa con la Sisac».

«Si tratta di un recupero importante rispetto al recente passato - continua la Fimp - che abbiamo sempre perseguito sostenendo con forza di non voler disperdere quei valori assistenziali fino ad oggi garantiti dalla Pediatria di Famiglia. Sono vari i punti fermi contenuti nel documento in coerenza con quanto più volte ribadito e richiesto da Fimp: la valorizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) come livello organizzativo di base; la partecipazione alle Aft dei pediatri in forma singola e associata; il profilo giuridico del pediatra di famiglia qualificato come libero-professionista in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale; la conferma della capillarità dell'assistenza pediatrica e dei suoi livelli organizzativi, maturati attraverso progetti originali talora differenti dai percorsi della medicina generale; la necessità di assetti organizzativi adeguati alle esigenze dei bambini ed adolescenti in conformità della peculiarità della professione pediatrica; la necessità di normare diversamente da quanto fino ad ora prospettato l'utilizzo delle risorse economiche già destinate ai fattori produttivi, mantenendo inalterato l'attuale livello retributivo del pediatra; la realizzazione in subordine delle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp) demandata alle Regioni ed alle Aziende prevedendo un apposito finanziamento».

«Il documento siglato - conclude la Fimp - rappresenta una base dalla quale iniziare finalmente a lavorare ed a confrontarsi con la Sisac, creando i presupposti politici per aprire il confronto tecnico per la definizione dell'articolato normativo di un nuovo Acn che rappresenti un vero passo in avanti nello sviluppo dell'assistenza pediatrica sul territorio».

Dal Sindacato dei Medici Italiani-Smi arriva una «firma critica». Smi, presente in tutte le aree della convenzionata, insieme a Unp per la pediatria e in Fespa per la specialistica ambulatoriale, aveva già dato un prima via libera al testo. Ora, giunge anche la firma, fortemente critica, pure per la medicina generale.

Per Pina Onotri, segretario generale dello Smi: «La firma è un atto dovuto per superare lo stallo nelle trattative, ma chiederemo di mettere a verbale le nostre osservazioni critiche. Sono state, infatti, recepite modifiche importanti all'atto di indirizzo per la specialistica ambulatoriale e per la pediatria, mentre per la medicina generale permangono importanti punti controversi. Tra le noti dolenti il nodo del finanziamento delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), le modalità di costituzione e di governance delle stesse. Ambiguo, quindi da respingere, il riferimento alle "sperimentazioni in atto in alcune Regioni", viste le storture a danno di continuità assistenziale e 118 fatto in alcune realtà, in prima fila la Toscana».

«Si limita fortemente la legge Balduzzi - spiega ancora Onotri - ma si continuano a non affrontare diversi problemi, come quello relativo alla necessità di coniugare ruolo unico e tempo pieno. Non solo: non si fa riferimento alla riallocazione delle risorse disponibili grazie ai risultati clinici ottenuti e dalla appropriatezza degli strumenti utilizzati dalla medicina generale (farmaceutica, specialistica ambulatoriale, diagnostica e gestione delle patologie croniche in generale secondo PDT condivisi) e, più in generale, si elude il nodo dell'assenza di fondi adeguati (come previsti invece in un recente accordo in Veneto) in grado di poter finanziare la riorganizzazione del territorio».

«Infine - continua il segretario generale Smi - si disciplinano a livello generale solo le Aft, mentre le Uccp vengono demandate alle regioni con un finanziamento interno al Ssn e non a carico della convenzione».

«Ci rivedremo con la Sisac - conclude Onotri - e in quella sede avvieremo le nostre ulteriori proposte, a partire dalla necessità di prendere a modello realtà regionali virtuose come quella veneta, dove è stato recentemente firmato un accordo, con risorse adeguate, per la medicina di gruppo funzionale, e non strutturale, come si tende, invece, a fare nel resto del Paese. E con una grande centralità dei medici di medicina generale».

METEO



Milano

SEGUI IL TUO OROSCOPO



Ariete


 Fatti Soldi **Salute** Sport Cultura Intrattenimento Magazine Sostenibilità Immediapress Multimedia AKI

Sanità Medicina Farmaceutica Doctor's Life Salus tg Salus tv

Salute . Sanità . **Lorenzin in visita al Cnao di Pavia: "Lo sosterremo. Deve attrarre pazienti anche dall'Europa"**

Cerca nel sito



SANITÀ

Lorenzin in visita al Cnao di Pavia: "Lo sosterremo. Deve attrarre pazienti anche dall'Europa"

[Tweet](#)


Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al centro Cnao di Pavia

Articolo pubblicato il: 05/03/2015

"Dal 2011 il Cnao ha trattato con l'adroterapia circa 500 pazienti oncologici che non avevano altra possibilità di cura, ma potrebbe accogliere fino a 1.000 pazienti all'anno. Chiediamo il sostegno del ministero della Salute e delle istituzioni per crescere, andare a regime e liberarci dai vincoli che ancora limitano l'azione del centro". **E' l'appello lanciato oggi a Pavia, in occasione della visita del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, da Erminio Borloni, presidente del Centro nazionale di adroterapia oncologica** della città lombarda, una delle 4 strutture al mondo in grado di curare, sia con fasci di protoni che di ioni carbonio, i tumori che resistono alla radioterapia e non sono operabili.

Oggi i vertici hanno incassato le rassicurazioni del ministro che nel suo tour ha anche incontrato un gruppo di pazienti: "Il ministero della Salute sosterrà il Cnao, per il quale adesso deve aprirsi una fase nuova". **Il centro va promosso e rilanciato, assicura. "Anche a livello frontaliere, mettendolo in condizione di attrarre sempre più pazienti dall'Europa"**.

Lorenzin ricorda **"30 milioni di euro in Legge di stabilità al Cnao per permettergli di sopravvivere**. Abbiamo fatto anche una revisione dello Statuto del centro, inserendo una serie di parametri per farlo diventare **un ente che viene vigilato dal ministero**, ma soprattutto promosso in un'azione più forte. E poi, soprattutto, abbiamo inserito **l'adroterapia nei Lea**, Livelli essenziali di assistenza - nel provvedimento di revisione che dovrebbe ultimare il suo iter entro giugno - **permettendo quindi a tutti i cittadini italiani di avere accesso a queste cure**. Non potevamo immaginare che lo Stato, dopo aver investito 194 mln di euro su questo centro, abbandonasse la struttura e i pazienti. Oggi mettiamo un punto per una ripartenza, superando la fase sperimentale e aprendone una nuova, diversa, per questo centro di eccellenza mondiale. La rete di collaborazioni internazionali deve diventare ancora più fitta".

In Europa c'è solo un altro centro come il Cnao e si trova in Germania. I fasci di particelle subatomiche che si trasformano in un 'super raggio' ad alta precisione sono prodotti da un acceleratore simile a quello del Cern di Ginevra. Oggi, spiegano gli esperti, **l'adroterapia potrebbe salvare circa 3.000 pazienti oncologici in tutta Italia**, colpiti da forme aggressive di tumore al pancreas, al fegato o alle ossa, **ma l'accesso alle cure viene garantito solo in Lombardia e Emilia Romagna che le riconoscono gratuitamente all'interno del Ssn**.

Un panorama che potrà cambiare quando la revisione dei Livelli essenziali di assistenza a cui sta lavorando il ministro della Salute con le Regioni concluderà il suo iter (traguardo previsto a giugno). Il provvedimento, infatti, prevede l'inserimento dell'adroterapia nei Lea. Oggi invece, segnalano Borloni e il direttore scientifico della Fondazione Cnao Roberto Orecchia, ci sono **"grandi difficoltà ad accedere alle cure**: i pazienti delle altre regioni, per accedere ai trattamenti, devono chiedere l'autorizzazione alle loro Asl con lunghe attese burocratiche. E in alcuni casi si sono visti rigettare la richiesta".

Intanto il Cnao va avanti fra le difficoltà economiche, tamponate dai 30 mln riconosciuti a livello nazionale. "Grazie alla nostra tecnologia, che ha già ottenuto la marchiatura CE e superato ogni test di sicurezza richiesto dal ministero della

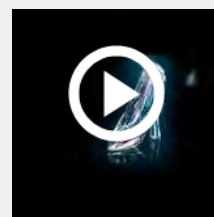
Video



A Oslo l'attico è in cima ad un trampolino da sci



Tra Cajkovskij e Cechov, debutta al Brancaccio il 'Lago' di Monteverde



Arisa canta il brano 'Liberi' per la Cenerentola di Kenneth Branagh



Will Smith nei panni di un truffatore di professione in 'Focus'



Salute, siamo già pronti per partire con nuove terapie per i melanomi oculari e per i tumori al polmone e pediatrici. Su questo punto attendiamo solo l'autorizzazione dell'Istituto superiore di sanità", spiega Borloni. **Oggi al Cnao si curano 23 tipi di tumore, che non hanno altra possibile terapia, tra cui le forme più aggressive di tumori come quello al pancreas, al fegato, alla prostata e i tumori ossei.**

Cuore pulsante del Cnao è il sincrotrone, collocato in un bunker di 1.600 metri quadrati nel cuore della sede del centro a Pavia, con la forma di un anello di 25 metri di diametro e 80 metri di circonferenza. I fasci di particelle sono sottoposti ad accelerazione nel tubo circolare del sincrotrone fino alla velocità di 30 mila chilometri in mezzo secondo e sono inviati nelle sale di trattamento, dove sono posizionati i lettini dei pazienti e indirizzati i fasci generati dal sincrotrone.

Il trattamento avviene in queste 3 stanze dove i medici e i tecnici, dopo gli esami preparatori condotti con Tac, risonanza magnetica e Pet, definiscono per ciascun malato la corretta posizione sul lettino, che deve essere riproducibile per ogni seduta di trattamento ed è studiata per consentire la maggior precisione possibile del raggio. Ciascuna **seduta** nel suo complesso ha una **durata di circa 30 minuti**. Un **ciclo** completo può durare, a seconda dei casi, **da una a 6 settimane con una seduta al giorno per 4-5 giorni a settimana**. Le **radiazioni** dell'adroterapia **non sono dolorose** e non sono percepite dai pazienti.

Le cure del Cnao "non si sostituiscono ai trattamenti tradizionali - precisa Borloni - **Non è per tutti**. E noi non vogliamo essere un costo aggiuntivo ma preventivo, perché trattando solo i pazienti che possono beneficiare di queste cure il Ssn può ottenere spendere meno in termini di cure risparmiate. Oggi invece ci arrivano pazienti operati più volte, già trattati in modo fallimentare. Questo deve cambiare". Borloni spiega che il Cnao ha avviato tutto il percorso per accedere ai fondi messi a disposizione quest'anno grazie alla legge di stabilità.

"Siamo in attesa dei fondi previsti per il primo anno che sono per noi urgenti per continuare l'attività. Auspico una rinnovata sensibilità a sostenerci anche per proporci nel panorama internazionale. Dobbiamo crescere e liberarci dai vincoli di una procedura autorizzativa complessa. **Non ci sono stati fatti sconti nelle 80 autorizzazioni che abbiamo dovuto chiedere**. E siamo ancora vincolati ai singoli protocolli sperimentali e non autorizzati per tutte le attività cliniche sui malati elettivi. Questo condiziona le capacità del centro".

Orecchia spiega che **"i pazienti trattati l'anno scorso sono stati 260. L'obiettivo di quest'anno è raddoppiare arrivando a quota 500**. Molto dipenderà anche da quando andranno in vigore i Lea. Il nostro traguardo è arrivare ai numeri di 'centri gemelli' come quello giapponese che viaggiano al ritmo di 1.000 pazienti l'anno".

[Tweet](#)

TAG: tumori, cancro, adroterapia oncologica, cnao, lea, burocrazia, difficoltà di accesso

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)

Cinema: Roan Johnson, 'Fino a qui tutto bene' e ne siamo fieri



Protetti è meglio



Grande festa al Convitto Nazionale di Roma per il capodanno cinese



A St. Martin l'aereo sfiora i bagnanti in slow motion



Aerodrums, ecco la prima batteria invisibile

TEMI CALDI DELLA GIORNATA

MALTEMPO

COPPA ITALIA

IMMIGRATI

UCRAINA

In Evidenza



Arriva la notizia seriale, scarica la nuova App Adnkronos



8 marzo, Giornata internazionale della Donna



'GIU' LE MANI DAI CANTIERI!', Convegno nazionale di Fillea Cgil

TUTTE LE SEZIONI

LA STAMPA SALUTESEGUICI SU    Cerca...

Emofilia, il gene difettoso si potrà riparare

E il gemello sedentario cambiò nel fisico e nel cervello

Bimbi prematuri: voce e battito del cuore della mamma aiutano...

L'inquinamento fa danni sul cervello dei bambini

Decibel assordanti, udito dei giovani a rischio

cervello

Studio finlandese: così le diverse abitudini sportive agiscono su individui con medesime condizioni genetiche e ambientali di partenza.



Foto Flickr by Alle

Condividi Tweet  7G+1  2  NICLA PANCIERA
MILANO

05/03/2015

È risaputo che svolgere attività fisica regolarmente faccia bene ad ogni età. Ha un effetto preventivo nei confronti di disturbi cardiovascolari e metabolici, contrasta l'insorgenza di alcune malattie oncologiche e mentali e protegge la nostra salute in generale. In che misura questi benefici siano determinati dal nostro patrimonio genetico, dall'ambiente in cui siamo cresciuti o dalle abitudini adottate man mano che cresciamo è difficile a dirsi, tante sono le differenze individuali in grado di influenzare l'impatto del movimento sul nostro organismo. Questi molteplici fattori ereditari e ambientali andrebbero quindi tenuti in considerazione in ogni studio interessato a misurare gli effetti attribuibili al movimento. I gemelli identici costituiscono, in questo come in molti altri casi studio, la condizione ideale: vantano uno stesso patrimonio genetico, sono cresciuti nella stessa casa, praticando lo stesso sport e mangiando le stesse cose. Avere a disposizione coppie di gemelli che, in età adulta, abbiano modificato le attività svolte nel tempo libero, significa poter isolare e misurare l'impatto dello sport sull'organismo.

Ebbene, uno [studio finlandese](#) dell'Università di Jyväskylä, apparso sulla rivista *Medicine & Science in Sports & Exercise* ha osservato una decina di coppie di gemelli omozigoti, di età compresa tra 32 e 36 anni, esattamente in questa

LEGGI ANCHE

29/09/2008

[Età cronologica ed età funzionale
l'importanza dell'attività fisica](#)



17/05/2014

[Troppo esercizio fisico fa male al cuore](#)

LM&SDP

situazione. Alla ricerca di fratelli identici, con abitudini simili, abbastanza in salute da non essere inabili all'attività fisica, e diversi unicamente in relazione alle ore spese in movimento, i ricercatori hanno analizzato i dati dei partecipanti allo studio longitudinale finlandese FinnTwin16 Cohort, estraendo da un gruppo di 4183 soggetti una decina di coppie corrispondenti al profilo ricercato. Dalle risposte ai questionari, è emerso che i fratelli avevano mantenuto in età adulta abitudini alimentari abbastanza simili, ma che per ragioni di lavoro e di famiglia uno dei due aveva abbandonato l'attività fisica nei tre anni precedenti la ricerca.

Gli scienziati finlandesi hanno analizzato la composizione corporea e la quantità di massa grassa attraverso l'assorbimetria a raggi X a doppia energia, l'omeostasi glicemica e la sensibilità all'azione dell'insulina; attraverso la risonanza magnetica, hanno poi eseguito l'analisi volumetrica cerebrale. Ebbene, l'effetto dell'inattività mantenuta per un periodo di tre anni su una condizione fisica di partenza del tutto simile negli aspetti genetici e ambientali è emerso chiaramente: i fratelli sono risultati diversi, quanto a cervello, composizione corporea e metabolismo. I gemelli attivi avevano una maggior resistenza fisica, una minor percentuale di grasso corporeo e un metabolismo più attivo rispetto ai loro fratelli inattivi. I volumi di materia grigia in alcune regioni cerebrali, come lo striato e la corteccia prefrontale, erano più grandi nell'emisfero non dominante nei gemelli attivi rispetto ai loro fratelli pigri.

L'esistenza di tali differenze nel corpo e nel cervello dei fratelli in seguito ad un periodo di soli tre anni di sedentarietà dimostra la potenza dell'attività fisica. Non solo. Ci suggerisce anche che non possiamo più imputare al nostro patrimonio genetico o all'infanzia la causa della nostra tendenza più o meno pronunciata a muoverci. Per quanto possano influenzarci, non sono aspetti vincolanti, come mostrano i gemelli dello studio. Optare per il divano o per un'ora di attività sportiva è comunque una nostra scelta. Dalle conseguenze evidenti.



25/01/2014

Esercizio fisico in gravidanza fa bene alla salute per tutta la vita del bambino

LM&SDP

LA STAMPA CON TE DOVE E QUANDO VUOI



E-mail

Password

ABBONATI

ACCEDI



+ Recupera password

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE



12/03/2014

Dal calcio un aiuto per il controllo del peso



Sponsor
(4WNet)

06/03/2015

Nuova Jeep® Renegade. Oggi tua a 23.900€ anche in versione 4x4.



05/07/2013

L'esercizio rende il cervello più attivo e resistente allo stress

04/12/2013

Gemelli di nome, non di fatto

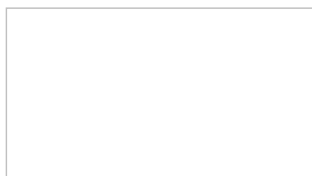
09/11/2013

Diabete: sport e attività fisica fondamentali per la prevenzione

21/08/2014

Andare a piedi o in bicicletta per dimagrire in modo naturale

I PIÙ LETTI DEL GIORNO



LA STAMPA SHOP

Clostridium difficile, come difendersi dai nuovi ceppi sempre più pericolosi



05 marzo 2015

Il clostridium difficile ha causato quasi mezzo milione di infezioni ed è stato associato a circa 29.000 decessi nel 2011.

Questi i dati diffusi dai Centri americani per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) e pubblicati sulla rivista **New England Journal of Medicine**.

Il dr. Michael Bell, vice direttore della Divisione della promozione della qualità nell'assistenza sanitaria del Centro Nazionale per le malattie infettive emergenti e zoonosi, di Atlanta, Georgia ha dichiarato: "C. difficile è un batterio che causa diarrea grave e danni al colon, ed è spesso innescato da esposizione ad antibiotici. Le infezioni da C. difficile sono diventate sempre più comuni negli ultimi decenni e si osservano in pazienti di strutture sanitarie, nonché in persone nelle loro comunità".

"In passato ha proseguito il dr. Bell- i pazienti con infezione da C. difficile avevano diarrea connessa all'uso di antibiotici che è stata spesso percepita come un fastidio, ma non è un grosso problema. Purtroppo, il tipo di C. difficile in circolazione negli Stati Uniti oggi produce una potente tossina simile che può causare diarrea mortale. I pazienti che ricevono gli antibiotici sono ora a rischio di diarrea non solo lieve, ma di malattia intensa che può danneggiare l'intestino in modo doloroso e grave e una parte del colon deve essere rimosso chirurgicamente, una condizione chiamata megacolon tossico."

La dr.ssa Fernanda Lessa C., della Divisione di Promozione della Qualità Sanitaria, del Centro Nazionale per le Malattie infettive emergenti e zoonosi, e colleghi hanno effettuato uno studio basato su una sorveglianza della popolazione e dati di laboratorio in 10 aree geografiche negli Stati Uniti nel 2011 per identificare i casi di infezione da C difficile, definite come campioni di feci positive per C difficile al test della tossina e al test molecolare in residenti di almeno 1 anno di età.

I casi sono stati classificati come casi associati alla comunità o nosocomiali.

In un campione di casi, gli autori hanno coltivato degli esemplari e hanno condotto la tipizzazione molecolare su quanto isolato.

Utilizzando modelli di regressione, i ricercatori hanno calcolato le stime di incidenza nazionale e il numero totale di infezioni, di prime ricorrenze e le morti che si sono verificati entro 30 giorni dopo la diagnosi.

I ricercatori hanno identificato 15.461 casi di infezione da C difficile nelle 10 aree geografiche; il 65,8% di questi erano nosocomiali, ma solo il 24,2% aveva avuto inizio durante il ricovero in ospedale.

I dati sono stati aggiustati per fattori predittivi di incidenza della malattia, tra cui l'età, il sesso, la razza, e un tasso di utilizzo del test di amplificazione degli acidi nucleici (NAAT) del 52% per i casi comunità-associati, e l'età, giornate di degenza, e un tasso di utilizzo del NAAT del 52% per i casi nosocomiali.

Dopo tale aggiustamento, il numero stimato di infezioni incidenti negli Stati Uniti è stato di 453.000 (95% intervallo di confidenza [IC], 397.100 - 508.500). I ricercatori hanno stimato che l'incidenza era più elevata tra le donne (rate ratio, 1,26; 95% CI, 1,25-1,27), i bianchi (rate ratio, 1,72; 95% CI, 1,56-2,0), e le persone di 65 anni di età o più anziani (rate ratio, 8,65; 95% CI, 8,16-9,31).

Secondo le stime dei ricercatori, il numero di prime recidive era pari a 83.000 (95% CI, 57.000 - 108.900), e il numero di morti pari a 29.300 (95% CI, 16.500 - 42.100). La frequenza stimata di prima recidiva è stato del 13,5% tra i soggetti con infezione comunità-associata e del 20,9% tra quelli con infezioni nosocomiali.

Il tasso stimato di morte entro 30 giorni è stato dell' 1,3% tra quelli con infezione comunità-associata e del 9,3% tra quelli con infezioni nosocomiali.

Il ceppo NAP1 è risultato più comune tra le infezioni nosocomiali che tra le infezioni comunità-associate (30,7% vs 18,8%; $p < 0.001$).

Gli autori hanno spiegato che: "In assenza di un vaccino, gli sforzi futuri per prevenire l'infezione da C. difficile attraverseranno contesti sanitari e si concentreranno di più sull'uso di antibiotici specifici, che hanno dimostrato di essere efficaci nel ridurre i tassi di infezione da C. difficile in Inghilterra, dove è stato attuato un programma multiforme tra cui la gestione antimicrobica".

Gli autori hanno concluso aggiungendo che: "La prevenzione dell'infezione da C. difficile è una priorità degli Stati Uniti, e rientra negli obiettivi 2020 nazionali di riduzione della loro instaurazione; tutti gli ospedali stanno partecipando al programma Hospital Inpatient Quality Reporting Program of the Centers for Medicare and Medicaid Services, che ha riportato i dati relativi alle infezione da C. difficile alla Rete Nazionale di Sicurezza sanitaria dal 2013".

Consigli per gli operatori sanitari

Gli operatori sanitari possono prevenire l'infezione da C. difficile adottando le seguenti procedure:

Prescrivere e utilizzare con cautela antibiotici.

Valutare i pazienti che hanno diarrea durante il trattamento con antibiotici per C difficile mentre sono malati o entro alcuni mesi dall' assunzione di antibiotici.

Isolare immediatamente i pazienti con C difficile.

Indossare guanti e camici quando si provvede alla cura di pazienti con C difficile. I disinfettante per le mani non uccidono C. difficile, e i lavaggi delle mani possono essere insufficienti.

Pulire le superfici della stanza con candeggina o un'altra agente approvato, usare disinfettanti contro le spore dopo il trattamento di un paziente con C difficile in una determinata stanza.

Durante il trasferimento di un paziente, informare il nuovo impianto, se il paziente è stato infettato da C difficile.

Emilia Vaccaro

Fernanda C. Lessa et al. Burden of Clostridium difficile Infection in the United States. N Engl J Med 2015; 372:825-834 February 26, 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1408913

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1408913>

[chiudi questa finestra]