

Desiderio di maternità o volontà di onnipotenza?

Vuol essere madre a 59 anni con gli ovuli della figlia morta

Il caso di una donna inglese, fermata in patria e pronta a rivolgersi a un centro americano, riaccende il dibattito sull'uso sconsigliato della fecondazione artificiale

■ ■ ■ GIORDANO TEDOLDI

■ ■ ■ Al di là del caso specifico, è la questione di fondo a far discutere, e così sarà per chissà quanto. Volontà di (onni)potenza, sogno (incubo) faustiano, gli embrioni cavie da laboratorio: i difensori del concepimento tradizionale possono ripetere tutte le formule di condanna che vogliono, ma gli altri, quelli che per realizzare il desiderio di avere un bambino si pongono come unico limite il cielo, continuano a avanzare. Una donna inglese di 59 anni ha chiesto di usare come madre surrogata gli ovuli della figlia morta nel 2011, a 26 anni, per un cancro all'intestino. La ragazza, nella speranza di guarire, fece congelare gli ovuli. Ora la madre chiede di «realizzare il sogno della figlia», di farne fecondare gli ovuli da un donatore esterno e farseli impiantare per dare alla luce un bambino che sarebbe al tempo stesso suo figlio e suo nipote.

Dopo che tutte le cliniche britanniche si sono rifiutate di assisterla, la donna ha annunciato che sarebbe andata negli Usa, nella clinica Fertility Services di New York, che ha dato il nulla osta a questo primo caso di maternità surrogata per conto di una figlia deceduta. La donna è stata fermata dalla HFEA, Human Fertilisation and Embryology Authority, dipartimento del ministero della Salute britannico che si occupa di vigilare sulla procreazione assistita. L'Authority ha negato il consenso all'esportazione degli ovuli della figlia perché la ragazza, che all'epoca del decesso era single, per una fatalità o per scelta non aveva compilato il modulo in cui si dichiara che fare degli ovuli congelati. Così il consenso all'uso degli ovuli è tecnicamente annullato. In assenza di altre istruzioni da parte della figlia, la madre sostiene che in una conver-

sazione in ospedale la ragazza, consapevole che non sarebbe sopravvissuta, le avrebbe chiesto di «far nascere i bambini al posto suo». Le cliniche britanniche in generale non accettano casi di procreazione assistita per donne oltre i 50 anni, per via della bassa probabilità di successo a fronte degli alti rischi per la salute. La clinica americana invece ha dato la sua disponibilità nonostante il parere della HFEA che, insieme con la «comprensione» per il dramma della donna e del marito di 58 anni, ha rilevato che le probabilità che la donna resti incinta «sono molto piccole» e che «eventuali complicazioni metterebbero a rischio la sua vita». La donna è però intenzionata a andare avanti, e ora attende, in data da stabilire, la pronuncia della Corte Amministrativa, divisione dell'Alta Corte, suprema istanza civile del Regno Unito. Se anche l'Alta Corte dovesse rigettare la richiesta, gli ovuli verranno distrutti nel febbraio 2018, dieci anni dopo il congelamento come prescrive la legge.

Un caso simile, quello di una madre che chiese di farsi impiantare l'embrione della figlia morta, andò anch'esso incontro a un rifiuto. Mentre è del 1997 il caso di Diane Blood, che vinse una battaglia legale per usare lo sperma congelato del marito morto per concepire un bambino. Ma il caso più vicino a quello della 59enne inglese è quello di Anne Casserley, che all'età di 53 anni fece da madre surrogata per la figlia Emma, che a causa di una rara patologia polmonare non avrebbe potuto sostenere una gravidanza se non a ri-

schio della vita. Emma è ancora viva, sebbene attenda un trapianto, e sua figlia, che è anche figlia e nipote di sua madre, si chiama Annie come la nonna-mamma, sta bene e ha 9 anni. E proprio Anne ha dato il suo sostegno alla donna di 59 anni di cui i giornali non hanno rivelato il nome. «Dipende dal suo stato di salute, ma se questo era il desiderio della figlia e lei vuole onorarla allora è soltanto una sua scelta. Se anche fossi morta nel mio tentativo non me ne sarei pentita. È stato un assoluto privilegio. Dopo il parto, due giorni dopo, ero a casa. Farei qualunque cosa per mia figlia, questa è solo una delle cose da fare per i tuoi figli». Ma tutto ciò vale anche quando si tratta degli ovuli di una ragazza deceduta? È ormai acquisito il fatto di realizzare un desiderio di maternità per una persona viva, ma per una che non c'è più? Quanto è illusorio e pretestuoso dire «lo faccio per mia figlia» quando poi, di fatto, le cure genitoriali ricadranno tutte esclusivamente sui membri di una coppia che anagraficamente e biologicamente sono i nonni del bambino? Ci sembra che nel profondo lutto per la scomparsa prematura della figlia, ci sia un desiderio irrazionale di risarcimento che ignora persino i conclamati rischi per la salute, e che porta a forzare la procreazione, un rischio di cui l'Authority britannica non ha voluto rendersi complice appoggiandosi al cavillo del mancato consenso.



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

La battaglia di una donna inglese: diventare madre con gli ovuli della figlia morta



Diventare mamma e nonna contemporaneamente, dando alla luce il suo stesso nipote. E' la controversa battaglia che sta combattendo una donna inglese di 59 anni, su cui con ogni probabilità si ritroverà a decidere l'Alta Corte. La donna chiede infatti di essere sottoposta a una procedura di fecondazione assistita utilizzando gli ovuli della figlia morta ventenne 4 anni fa, congelati dalla ragazza nella speranza di guarire dal cancro all'intestino che l'aveva colpita e di poter un giorno avere un bambino. L'aspirante mamma-nonna, che per fecondare gli ovociti ricorrerebbe a un donatore esterno, sostiene che questo è stato l'ultimo desiderio espresso dalla figlia prima di morire. Se riuscisse a realizzare il suo sogno, sarebbe protagonista di un caso unico al mondo.

La storia è stata raccontata dal 'Mail On Sunday' e ripresa da vari media britannici, senza divulgare nomi. Al momento, si spiega, nessuna clinica britannica ha accettato la richiesta della donna che insieme al marito, 58 anni, vorrebbe emigrare negli Stati Uniti dove una clinica di New York potrebbe effettuare l'intervento. Prezzo stimato: circa 60 mila sterline. Ma la Human Fertility and Embryology Authority (Hfea) ha rifiutato alla coppia il via libera all'esportazione degli ovuli negli Usa, in assenza di una volontà messa per iscritto dalla figlia della donna prima di morire. La madre si starebbe quindi preparando a procedere per vie legali.

La Hfea non entra nel merito del caso, ma manifesta solidarietà per il dramma familiare e conferma che sulla vicenda sarà sentita la Corte Amministrativa, divisione dell'Alta Corte, in una data ancora da stabilire. La procedura medica alla quale vorrebbe sottoporsi la donna viene considerata irta di difficoltà, con probabilità di successo "molto basse" e il rischio di complicanze "pericolose per la vita".

HiQPdf Evaluation 02/23/2015

ANSA.it

TORNA SU
ANSA.IT

Salute&Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

65+

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa | Expo 2015

ANSA > Salute e Benessere > Medicina > Gengiviti e paradontiti 'flagello' di donne in gravidanza

Gengiviti e paradontiti 'flagello' di donne in gravidanza

Da Ministero linee guida, legate a rischio parto prematuro

23 febbraio, 16:54

◀ Indietro | 🖨️ Stampa | ✉️ Invia | ✉️ Scrivi alla redazione | 🗨️ Suggestisci ()



ROMA - Gengiviti, parodontiti e carie sono disturbi molto frequenti per le donne in gravidanza, che oltre a dare fastidio alla madre, sono legate a un maggior rischio di parto pretermine, basso peso alla nascita e trasmissione dei batteri della carie al bambino. Per questo il ministero della Salute ha pubblicato delle Raccomandazioni per la promozione della salute orale in gravidanza, rivolte a medici ed operatori sanitari.

A soffrire di gengivite è una vasto numero di donne in gravidanza, dal 30 al 100%, mentre il 5-20% mostra segni di parodontite. Tra i fattori di rischio e le cause ci sono le modificazioni della dieta e dell'igiene orale, nausea mattine e vomito, reflusso esofageo, modificazioni ormonali, vascolari e immunologiche. Per diminuire il rischio di erosioni allo smalto dentale e carie il consiglio alle donne che soffrono di nausea e vomito è di consumare spesso piccole quantità di cibo nutriente, sciacquare la bocca dopo il vomito con acqua e un cucchiaino di bicarbonato di sodio, masticare chewing-gum senza zucchero o con xilitolo dopo aver mangiato, usare spazzolini da denti delicati.

Il periodo più sicuro per eseguire le procedure terapeutiche è all'inizio del secondo trimestre, tra la 14a e 20a settimane di gestazione.

A chi programma una gravidanza, spiega il documento, si raccomanda un'alimentazione ricca di frutta e verdura e l'assunzione di acido folico un mese prima del concepimento e per tutto il primo trimestre di gravidanza. Non è invece indicata la profilassi con fluoro né la supplementazione con altre vitamine. La gravidanza non è comunque un motivo per rinviare cure odontoiatriche di routine o il trattamento di condizioni acute o necessarie, e le radiografie necessarie possono essere fatte in modo sicuro, adottando le precauzioni indicate. I ritardi nei trattamenti potrebbero provocare danni alla gestante e al feto. In caso di necessità si possono adoperare alcuni farmaci usati per le procedure odontoiatriche, come antibiotici, antinfiammatori e anestetici locali. (ANSA).

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

◀ Indietro

condividi:

PUBBLICITÀ

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Lorenzin, partorirò in ospedale, a Catania tanti errori

Mi interessa che quella catena non si ripeta

ANSA/ Il parto in Italia, ospedale pubblico e con padre presente

Relazione ministero Salute, 1,4% gravidanze da provetta

Stamina: Elena Cattaneo, potrebbe accadere ancora

Fare di questo caso un esempio educativo per il Paese

VAI AL SITO PROFESSIONAL | ➤

SPECIALI ED EVENTI

Salute: rischi infezioni pacemaker, soluzioni degli esperti

Fenomeno in crescita, ma ora è disponibile involucro salva vita



Legge 40: ad aprile sentenza Consulta su diagnosi preimpianto

Per coppie fertili ma portatrici malattie legge 40 vieta esame



Diagnosi preimpianto per scoprire 10 mila malattie genetiche

Da talassemia a distrofia, individuabili con diagnosi preimpianto



Ogni anno influenza fa ottomila morti

Ricciami (Iss), alto anche costo economico



In Italia nutrizione artificiale per 12mila pazienti

Convegno per 30 anni Baxter, 'troppe differenze nell'accesso'



Esigenze di risparmio 'trainano' diffusione di biosimilari

Pazienti e medici chiedono garanzie di efficacia e sicurezza



Il 40% delle giovani donne non usa contraccettivo

18% sceglie la pillola, ma 1 su 4 la dimentica una volta al mese



VAI ALLA RUBRICA | ➤

CENTRI DI ECCELLENZA

► *Il rapporto* **Ospedali pubblici Più nascite**

Roma

Più visite ed ecografie del necessario, preferenza per le strutture pubbliche e presenza del padre nel 90% dei casi al momento della nascita: sono questi alcuni dei dati che raccontano il parto in Italia, secondo il Decimo Rapporto sull'evento nascita in Italia, pubblicato sul sito del [ministero della Salute](#) e curato dall'Ufficio di Statistica sulla base dei dati rilevati nel 2011 dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP).

Nonostante le difficoltà dunque, gli ospedali pubblici o equiparati si confermano il luogo d'elezione per il parto nell'88% dei casi, mentre l'11,9% avviene in case di cura private (accreditate e non). Il 61,8% dei parti si svolge in strutture più sicure, cioè dove avvengono almeno mille parti annui, mentre quasi il 10% (9,5%) avviene in strutture dove si fanno meno di 500 parti l'anno. La gravidanza è molto medicalizzata. Il rapporto rileva infatti che nell'85% dei casi il numero di visite ostetriche effettuate è superiore alle 4 raccomandate, e nel 73,1% delle gravidanze si fanno più di 3 ecografie.

Infine, quello del parto è un momento in cui ormai, contrariamente a quanto avveniva in passato, anche i padri vogliono essere presenti: lo dimostra il fatto che nel 90,6% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) il padre del bambino, nell'8,15% un familiare e nell'1,26% un'altra persona di fiducia. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita si verifica per 1,43 gravidanze ogni 100.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Difesa della vita

Londra vuole vietare l'aborto selettivo in base al sesso

DEL SOLDATO A PAGINA 14

Aborto selettivo, Londra non vuole escluderlo

*Il voto alla Camera dei Comuni
«Troppi i medici consenzienti»*

L'emendamento bocciato voleva rendere illegale la pratica che permette di «scegliere» il sesso del nascituro

ELISABETTA DEL SOLDATO
LONDRA

La Gran Bretagna non è ancora pronta per criminalizzare l'aborto selettivo. Ieri sera i deputati della Camera dei Comuni hanno respinto con un voto, 292 contro 201, un emendamento della deputata conservatrice Fiona Bruce, che avrebbe reso illegale l'aborto selettivo. Eppure la pratica sta diventando sempre più comune, soprattutto tra le comunità asiatiche residenti in Gran Bretagna che prediligono un primo figlio

maschio. Lo dimostra anche una recente indagine del *Daily Telegraph*, che grazie a cronisti in incognito ha rivelato l'esistenza di molti medici disposti a "chiudere un occhio" - previa congrua remunerazione - pur di soddisfare chi non vuole una femmina.

Da tempo la deputata Bruce cerca di far passare un emendamento alla legge "Serious Crime Bill" per ufficializzare l'illegalità della pratica. Secondo gli ultimi sondaggi, l'84% della popolazione adulta è convinta che abortire un bambino solo per il suo sesso dovrebbe essere bandito dalla legge, eppure sia la British Medical Association, l'associazione che raccoglie i medici britannici, sia la Bpas, l'ente sanitario responsabile per la maggior parte degli aborti nel Regno Unito, considerano «non necessaria» una modifica della legge.

Lo stesso primo ministro David Cameron crede che vietare l'aborto selettivo oggi potrebbe creare grossi problemi in futuro, se i medici volessero utilizzarlo come strumento contro eventuali malattie ereditarie. «Sia chia-

ro - ha dichiarato qualche giorno fa Cameron - che sarei disposto ad accettare l'aborto selettivo in base al sesso del feto solo in casi eccezionali. Sono poche le circostanze in cui, per esempio, per evitare una malattia genetica questo tipo di aborto sia necessario e in questo caso lo appoggerò».

Fiona Bruce ha cominciato la battaglia per una proibizione chiara della pratica dopo che la Procura ha deciso di

non perseguire i medici incastrati dall'inchiesta del *Daily Telegraph* perché «in contrasto con l'interesse pubblico». Qualche mese fa, però, il Christian Legal Centre ha deciso di riportare il caso di 3 medici coinvolti in aborti selettivi davanti all'autorità e ora attende il verdetto del giudice.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nella clinica olandese dove si «sospende» la pubertà degli adolescenti

Il centro

● Il VU Medical Center si trova alla periferia di Amsterdam ed è la struttura dove è stato inventato un trattamento farmacologico innovativo per gli adolescenti omosessuali che è dibattuto dalla comunità scientifica

● Sino a oggi sono stati trattati 300 ragazzi. L'età media in cui gli adolescenti vengono indirizzati è di 13 anni per i maschi e di 14 per le femmine

DALLA NOSTRA INVIATA

AMSTERDAM A vederla da fuori la clinica dove è stato inventato il «Protocollo olandese» non sembra rivoluzionaria: qualche decina di stanze linde affacciate su un corridoio ad angolo tra la ludoteca di pediatria e un'anonima sala d'attesa dove aspetta un gruppetto di pazienti. Molti sono adolescenti: il VU Medical Center, alla periferia di Amsterdam, ha sviluppato un metodo per la cura della disforia di genere nei teenager che prevede anche la «sospensione della pubertà» dopo i 12 anni.

Farmaci appositi bloccano la produzione degli ormoni sessuali e, dopo un periodo che può arrivare al massimo a 4 anni, se viene confermata la diagnosi di disforia di genere gli adolescenti sono reindirizzati, grazie a un'altra terapia ormonale, verso la pubertà dell'altro sesso.

Tra le pazienti più famose della clinica c'è Valentijn de Hingh, 24 anni, modella e giornalista olandese. «Ho iniziato a prendere i soppressori quando avevo 12 anni e così ho evitato la pubertà maschile: non mi è

mai cresciuta la barba né il pomo d'Adamo — racconta —. Tutto questo mi ha permesso di acquisire un aspetto più femminile quando, a 16 anni, ho iniziato a prendere gli ormoni dell'altro sesso. E non ho dovuto affrontare pesanti operazioni in seguito».

«Il nostro protocollo ha fatto scuola a livello internazionale: è stato adottato in Canada, negli Stati Uniti, in molti Paesi del Nord Europa» dice la psichiatra Annelou de Vries, coordinatrice del centro. La sola richiesta dell'ospedale Careggi di Firenze di introdurlo in Italia, due anni fa, ha sollevato invece accuse di «manipolazioni biologiche».

«I soppressori della pubertà sono farmaci sicuri, vengono usati da oltre 30 anni per i bambini che soffrono di sviluppo precoce, e del tutto reversibili: se si interrompono, la pubertà riprende. Ci sono effetti collaterali, come la riduzione di calcio nelle ossa, ma i valori sono comunque nella norma», aggiunge Daniel Klink, endocrinologo.

La pubertà è uno dei periodi più difficili per le persone tran-

sgender: questi teenager hanno tassi più alti della media di ansia, depressione, pensieri suicidi, disturbi alimentari. «Sospendendola il funzionamento psicologico migliora», dice de Vries. Poi a 16 anni, l'età del consenso medico in Olanda, i pazienti possono iniziare ad assumere ormoni dell'altro sesso, un passaggio fondamentale, perché la terapia è solo in parte reversibile. L'operazione è vietata prima dei 18 anni.

«Tanti medici ci chiedono se la disforia di genere sia davvero definitiva nei teenager — dice lo psicologo Thomas Steensma —. Ma tutte le ricerche e la nostra esperienza clinica mostrano con sicurezza che se la diagnosi è corretta, fatta lentamente e in team, può essere individuata con certezza già nell'adolescenza».

E. Teb.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nuove identità, il caso del terzo genere

Cambiare sesso senza ricorrere alla chirurgia. La prima sentenza a Messina

di **Elena Tebano**

Sono 50 mila gli italiani che soffrono di disforia di genere: non si riconoscono nel sesso di nascita. Per la prima volta un Tribunale, quello di Messina, ha dichiarato legale il cambio di sesso senza che sussista la premessa dell'operazione di adeguamento anatomico in nome del «diritto a una diversa identità di genere». A dicembre, pochi giorni dopo la sentenza di Messina, un altro tribunale si è espresso per il no.

alle pagine 26 e 27

Il terzo genere

50.000

Gli italiani che soffrono di disforia di genere, che cioè non si riconoscono nel loro sesso di nascita

È al centro di studi scientifici, serie tv e di una lunga battaglia legale: essere transessuali non è più sinonimo di emarginazione
«Ma non posso lavorare con il mio nuovo nome, si aspettano un uomo»

Il Tribunale di Messina ha concesso a S.D. di cambiare sesso sui documenti senza intervento chirurgico
Il giudice di Trento: intervenga la Consulta

L'iter

La procedura standard per la «conversione» dura anni, e impone una terapia ormonale

di **Elena Tebano**

SD. mostra con orgoglio la sua carta di identità nuova di zecca: sopra c'è un nome femminile e la dicitura «studentessa». Fino al mese scorso, c'era scritto «studente» e un nome da uomo. Questa ragazzina magra di 21 anni (che ha chiesto di rimanere anonima), studentessa universitaria, è una dei circa 50 mila italiani che soffrono di disforia di genere, che cioè non si riconoscono nel loro sesso di nascita.

È la prima però che, in nome del «diritto a una diversa identità di genere» sconnessa dal sesso biologico, ha ottenuto da un Tribunale il cambio di sesso legale senza compiere l'operazione di adeguamento chirurgico: è successo a novembre a Messina. Un mese dopo, dall'altra parte dell'Italia, il Tribunale di Vercelli ha detto no a un'analoga richiesta. Lo stesso aveva fatto in estate quello di Trento, respingendo il ricorso di Monica Notarangelo, ricercatrice 47enne di Scienze forestali. Nel suo caso, però, i giu-

dici hanno chiesto alla Consulta di verificare se «l'imposizione di un determinato trattamento medico, sia esso ormonale ovvero di riattribuzione chirurgica del sesso» non costituisca «una grave e inammissibile limitazione al riconoscimento del diritto all'identità di genere».

La battaglia legale

Il cambio di sesso senza obbligo di «demolizione chirurgica» è al centro delle rivendicazioni del movimento transessuale: «Nella maggior parte

dei Paesi Ue è già così — dice la leader del Mit (Movimento identità transessuale) Porpora Marcasciano —. E visto che la legge che lo prevede giace da tempo in Parlamento, abbiamo iniziato a rivolgerci ai giudici, perché ci sembra un diritto fondamentale, che migliorerebbe tanto la nostra qualità della vita». Finora solo tre Tribunali (Roma dal 1997, Rovereto e Siena nel 2013) avevano garantito il cambio di sesso senza operazione, ma solo per motivi di salute. La sentenza di Messina sostiene invece che esiste un «diritto a una diversa identità di genere» e che «non si può prestare attenzione esclusivamente alla componente biologica». Per il giudice siciliano infatti «il fenomeno della transessualità nella società contemporanea è profondamente mutato» e «con l'ausilio delle terapie ormonali e della chirurgia estetica, la fissazione della propria identità di genere spesso prescinde temporaneamente o definitivamente dalla modificazione chirurgica dei caratteri sessuali primari».

La norma del 1982

Una visione molto diversa da quella che associava la transessualità a emarginazione e vita di strada. Oggi è al centro di serie tv di successo (la pluripremiata «Transparent» di Amazon) e *Time* l'ha definita la nuova frontiera dei diritti civili. «Quando la legge italiana è stata approvata, nel 1982, si dava per scontato che si volesse adeguare il più possibile il proprio corpo a quello desiderato — dice Alexander Schuster, avvocato di Trento che rappresenta numerose persone trans — e così da allora è stata generalmente interpretata in modo da subordinare la rettificazione

anagrafica (cioè il cambio di sesso e nome sui documenti) a interventi chirurgici demolitivi o alla sterilità chimica. Ma in realtà la norma non è così specifica». Di fatto però la procedura standard per il cambio di sesso dura anni e prevede prima una diagnosi psichiatrica di disforia di genere (spesso dopo una lunga psicoterapia), l'assunzione di ormoni, la richiesta a un Tribunale per autorizzare l'operazione chirurgica e in seguito, a intervento avvenuto, un'altra istanza al giudice per cambiare i documenti.

Sempre più persone, però, mettono in dubbio questo percorso. «Penso che sottoporsi all'operazione sia una scelta personale: riguarda il mio corpo, non può essere condizionata dalla decisione di un giudice», dice Monica Notarangelo, la ricercatrice che si è rivolta al Tribunale di Trento. «C'è chi vede conclusa la propria transizione già quando vive da donna». Monica lo fa dal 2008. «Però ho ancora i documenti maschili e mi crea molti problemi: devo pubblicare i miei articoli scientifici come Giuseppe, altrimenti non hanno valore per i concorsi in università. Ma poi non posso andare ai convegni, perché i miei colleghi si aspettano di vedere una donna». Le difficoltà sono quotidiane: «Se devo ritirare una raccomandata, alle poste mi chiedono la delega di mio "marito"».

Le nuove identità

Tra coloro che non si riconoscono nella definizione tradizionale di transessuale c'è Valentina Coletta, 29 anni, ex seminarista in Vaticano e ora studentessa di psicologia a Roma, che si identifica come «genderfluid», sia maschio che femmina: «Il mio genere è

femminile, ma io sono nato maschio, ed è una parte che rimane in me». Per questo ha scelto come nome «Tiresia»: il protagonista del mito classico che vive sia da uomo che da donna. Valentina si veste prevalentemente da donna e da un mese ha iniziato a prendere ormoni che le stanno facendo crescere seno e fianchi, ma per ora non intende fare interventi.

Di fronte a una simile costellazione, queste identità possono sembrare aleatorie. Ma per chi soffre di disforia di genere non è così. Ecco come Andrea Lamanna (all'anagrafe ancora Maria), 25 anni, di Monopoli, spiega il disagio che provava prima di sapere che poteva cambiare genere: «È come vivere con un costume addosso ed essere l'unico a sapere che è un costume: il mondo si rivolge a una persona che non sei tu — dice —. È così avvilente e pesante, che alla fine perdi qualsiasi energia, diventa difficile crearsi obiettivi e aspirazioni».

Andrea è un «FtM» abbreviazione che sta per «female to male», «da femmina a maschio». La prima transizione di questo tipo, in Germania, risale al 1992: sconosciuti un tempo, oggi i ragazzi transessuali sono quasi la metà delle persone transgender. Un altro dei molti nuovi volti che assume questa identità.

Andrea dodici mesi fa ha iniziato ad assumere il testosterone, oggi ha la barba e spera quanto prima di farsi la mastectomia: «Ora la mia difficoltà maggiore è non avere i documenti giusti. So che la transizione sarà lunga e tortuosa, però la devo fare. Vedere cambiare il proprio corpo è una rivincita. È come se adesso potessi cominciare davvero a vivere la mia vita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il glossario

Sesso

Categoria data in base all'anatomia: maschio, femmina o intersessuato, cioè con caratteri maschili e femminili. Il sesso è determinato da cromosomi, ormoni e organi riproduttivi

Genere

Ruolo, comportamenti e attività che la società considera appropriati per maschi e femmine. Spesso «genere» e «sesso» vengono erroneamente interscambiati

Identità di genere

È la percezione profonda del proprio genere. Si parla di «non conformità di genere» quando l'espressione esterna (abiti/comportamenti) non è conforme al sesso

Disforia di genere

Secondo il manuale diagnostico psichiatrico Dsm-V è «la sofferenza che deriva dall'incongruenza tra il genere percepito e quello assegnato alla nascita»

Orientamento

Per orientamento sessuale si intende la tipologia delle proprie attrazioni sessuali e romantiche: possono essere omosessuali, eterosessuali, bisessuali, asessuali, polisessuali

Lgbt(qi)

È la sigla collettiva riferita a lesbiche, gay, bisessuali e transgender. Talvolta con coda «q» e «i», di *queer* (diversi) e intersessuali (con caratteristiche anatomiche dei due sessi)

Ruolo di genere

È il ruolo che è stato assegnato storicamente, culturalmente e antropologicamente a uomini e donne. Da qui, il modo di dire «cose da maschi/femmine»

Transessuale

Il termine indica quelle persone che alterano il proprio corpo chirurgicamente e sul piano ormonale per allinearlo alla loro identità di genere più profonda

Transgender

È il termine che identifica una persona di sesso diverso da quello assegnato alla nascita. «Trans*» indica una vasta gamma di identità al di là delle norme

Cisgender

In queste persone l'identità, il ruolo di genere e il sesso biologico corrispondono. Per esempio un uomo con attributi maschili, che si sente uomo e che viene percepito così dagli altri

Genderfluid

Si riferisce a chi ha un'identità sessuale fluida: sente di appartenere a entrambi i generi, dal maschile al femminile

In Italia

Il primo passo è la diagnosi dello psichiatra

Chi si ritiene transessuale deve rivolgersi a uno psichiatra che diagnostichi il «disturbo dell'identità di genere». Solo dopo, può rivolgersi all'endocrinologo per la terapia ormonale e sottoporsi a trattamenti estetici-chirurgici. Finito il trattamento ormonale, secondo la legge 164 del 1982, può richiedere al Tribunale autorizzazione agli interventi chirurgici di conversione sessuale; quindi chiedere il cambio di stato anagrafico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Negli Stati Uniti

Quasi ovunque si può cambiare Poche eccezioni

Qui le questioni giuridiche riguardanti le persone transessuali sono di competenza dei singoli Stati, il che lascia una grande varietà di norme e di pronunce giurisprudenziali in materia. Tuttavia, in quasi tutti gli Stati dell'Unione è permesso cambiare nome e sesso sul certificato di nascita senza interventi chirurgici. Soltanto l'Idaho, l'Ohio, il Tennessee e il Texas negano questa possibilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

 **In Belgio**

I certificati e la condizione della sterilità

Dal 2007 è in vigore la *Loi relative à la transsexualité*: prevede che si possano modificare gli atti anagrafici sul proprio sesso e sul nome con una istanza all'Ufficiale dello stato civile. Bisogna presentare anche il certificato di uno psichiatra e di un chirurgo che certifichino l'intima convinzione del richiedente di appartenere al sesso opposto, il fatto che abbia seguito un percorso per modificare il proprio corpo e che sia sterile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

 **In India**

Dal 2005 nei documenti gli eunuchi

Dal 2005, i documenti di identificazione comprendono, oltre a maschio e femmina, anche eunuco. Quanto ai trans, esistono comunità di persone nate biologicamente come maschi, ma che hanno una precisa identità di ruolo e di genere femminili. Costoro, anche se non si considerano né maschi né femmine, non fanno ricorso a interventi medico-chirurgici per cambiare sesso.

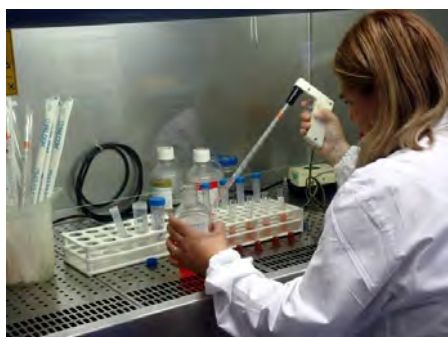
© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

Il futuro (nero) della ricerca e delle sperimentazioni in Italia

Cala il numero dei trial, si dimezzano quelli no profit. Gli esperti riuniti a convegno: «La ricerca indipendente rischia di sparire, servono misure urgenti e fondi pubblici»

di Vera Martinella



La ricerca oncologica italiana è tra le migliori e tra le più produttive, eppure abbiamo moltissimi «cervelli in fuga» e il nostro Paese fatica a tenere il passo con Europa e Stati Uniti. C'è di peggio: il numero delle sperimentazioni è in calo rispetto agli anni precedenti e la ricerca indipendente (cioè non commissionata e finanziata da aziende) rischia di scomparire, insieme a quella cooperativa che è invece appena stata rinnovata e rilanciata negli Usa. Il panorama, a tinte assai fosche, è stato dipinto nei giorni scorsi a Firenze, durante il convegno nazionale del Gruppo Oncologico Italiano di Ricerca Clinica (GOIRC): secondo gli esperti le regole burocratiche del «sistema Italia» ingessano i ricercatori, provocano ritardi nell'approvazione degli studi, impediscono l'arrivo di nuove molecole e la collaborazione con l'industria farmaceutica. Senza considerare che i fondi dallo Stato non arrivano.

A cosa serve la ricerca indipendente

«La ricerca indipendente – spiega Rodolfo Passalacqua, presidente GOIRC e direttore dell'Oncologia Medica degli Istituti Ospitalieri di Cremona – è quella non sponsorizzata dall'industria. La si chiama anche accademica perché parte dalle Università, dagli Istituti di ricerca pubblici e non è finalizzata a registrare un farmaco. Le aziende hanno per natura un loro interesse: ricercare e studiare nuove cure che, se si rivelano efficaci, verranno poi approvate e il brevetto frutterà un utile. Non c'è invece motivo perché sostengano l'onere economico di un altro tipo di studi come quelli che puntano, ad esempio, a la trovare migliore combinazione di medicinali (magari valutando prodotti di aziende diverse); o a individuare cure ad uso preventivo (come, in campo oncologico, potrebbero essere gli studi su tamoxifene, aspirina, metformina, il cui brevetto è scaduto). Queste indagini sono opera della ricerca indipendente, così come il confronto tra farmaci per capire qual è più efficace».

La cooperazione sul territorio rafforzata negli Usa, ma in Italia soffre

Altra cosa è la ricerca cooperativa, che prevede l'unione di più centri partecipanti ad uno stesso studio. Fare rete serve a condividere risorse, pazienti, strategie, farmaci: si uniscono le forze e dividono i costi. E' molto utile anche per reclutare ampi numeri di malati con una stessa tipologia di tumore, cosa molto

difficile quando si devono fare, ad esempio, verifiche su sottogruppi con determinate mutazioni genetiche o patologie rare. «Non solo – aggiunge Passalacqua -, la cooperazione tra più centri rafforza quelli grandi ma permette anche di raggiungere piccoli e medi ospedali, che da soli non avrebbero la forza e le possibilità di fare ricerca. In questo modo le sperimentazioni arrivano in modo capillare sul territorio, con un beneficio anche per i pazienti, che possono partecipare alle sperimentazioni restando vicino a casa». I vantaggi della cooperazione sono evidenti, tanto che la Rete creata in America negli anni Sessanta dall'ente statale National Cancer Institute, tra il 2010 e il 2013 è stata da poco riorganizzata, accorpata, ristrutturata per funzionare meglio (si è formato un *National Clinical Trial Network*). Ma resta presente e diffusa sul territorio e viene finanziata dallo Stato.

I fondi pubblici da noi non arrivano alla ricerca indipendente

«La ricerca cooperativa in Italia è nata, come in gran parte d'Europa, negli anni Settanta e Ottanta e ha rappresentato un modello importante per stabilire standard di cura omogenei nel Paese e favorire la crescita culturale dei ricercatori e dei centri oncologici– sottolinea Francesco Di Costanzo, direttore dell'Oncologia Medica del Careggi di Firenze e membro del Direttivo nazionale GOIRC -. Ma da noi non è mai stata sostenuta e finanziata con fondi pubblici. Così ora siamo svantaggiati nella competizione internazionale sia nei confronti degli Stati Uniti che dell'Europa. La nostra ricerca cooperativa e indipendente soffre, mancano i finanziamenti. Abbiamo persone e idee eccellenti, ma non i fondi per sostenere il loro lavoro. Se non si interviene subito la ricerca accademica indipendente sparirà». Oltre agli Usa, in altri Stati europei come Germania e Olanda i gruppi sono sostenuti direttamente dal servizio sanitario nazionale, perché vengono percepiti come un vero e proprio “braccio armato” della ricerca.

Una crisi iniziata nel Duemila

Dopo gli anni 2000, in tutto il mondo incluso il nostro Paese si è registrata una crisi della ricerca cooperativa legata a molti motivi. Da un lato l'irrigidimento delle regole autorizzative per gli studi clinici con la necessità da parte dei singoli centri della creazione di uffici o nuclei dedicati alle sperimentazioni, data manager e altro personale. Dall'altro l'arrivo di nuovi farmaci a bersaglio molecolare, le cui sperimentazioni sono molto costose e vengono direttamente gestite dall'industria che detiene il brevetto tramite specifiche organizzazioni. «I gruppi cooperativi - continua Andrea Ardizzoni, segretario GOIRC e direttore dell'Oncologia Medica al Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna - possono svolgere un'azione di ricerca e diffusione delle conoscenze unica, anche in campi dove l'industria non può o non ha interesse a intervenire. Sono una risorsa per il Paese e per il Sistema Sanitario Nazionale, vanno considerati un bene pubblico e preservati, dando loro finanziamenti rapportati alla loro capacità e impatto».

Tra il 2009 e il 2013 si è più che dimezzato il numero di studi indipendenti

I dati presentati a Firenze mostrano che in cinque anni si è registrato un calo preoccupante del numero complessivo delle sperimentazioni sui farmaci: nel 2009 erano 761, nel 2013 l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ne ha autorizzate 583, 204 relative ai tumori. Una diminuzione sostanziale è stata quella degli studi indipendenti, calati dal 41,8 (318) del 2009 al 23,8 (139) del 2013. Il GOIRC, il più antico fra i gruppi cooperativi italiani, ha condotto nel gennaio 2015 un'indagine fra i principali gruppi oncologici attivi nel Paese per capire le difficoltà e le aree prioritarie su cui intervenire. «Hanno partecipato all'indagine oltre 10 gruppi cooperativi – conclude Passalacqua – e sono emersi tre ostacoli principali. Innanzitutto la mancanza di un sostegno finanziario pubblico ai gruppi in modo che possano mantenere un'infrastruttura organizzativa necessaria per la ricerca. Va evidenziata inoltre la ridondanza e la diversità dei Comitati Etici con regole e disposizioni diverse, che rendono massacrante e dispendioso l'iter di approvazione di uno studio. Basti pensare che negli Stati Uniti il tempo di approvazione è meno di un mese e il Comitato Etico è unico per tutto il gruppo cooperativo. Invece in Italia ogni ospedale deve approvarlo separatamente e spesso non si riesce nemmeno a partire con le sperimentazioni in cui l'arruolamento è competitivo a livello internazionale. Il terzo ostacolo è costituito dalle differenze legali e burocratiche post-approvazione con ulteriori ritardi e blocchi ingiustificati».

I RISULTATI DEL 2013

Screening, i numeri sono «imponenti»

Spediti oltre 11 milioni di inviti ed eseguiti circa 5,2 milioni di test

Sono stati oltre 11 milioni gli «inviti» spediti nel 2013 per gli screening oncologici mammografico, cervicale e coloretale e più di 5,2 milioni i test eseguiti. Numeri sempre più «imponenti» secondo il [ministero della Salute](#) che ha pubblicato i risultati specificando che nello screening sono inseriti con crescente regolarità anche delle popolazioni migranti.

«La valutazione annuale dei programmi - sottolinea Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio nazionale screening - conferma anche per il 2013 una tenuta sostanziale per lo screening mammografico e per il cervicale e un'avanzata significativa per lo screening coloretale, che riguarda anche il Sud. Tuttavia si conferma anche il permanere di una marcata differenza di copertura fra il Centro-Nord e il Mezzogiorno».

Screening mammografico.

Il 2013 ha confermato i livelli di estensione degli ultimi due anni: circa 3 donne su 4 della popolazione target sono regolarmente invitate. Permane una grande e purtroppo immutata differenza fra Nord (più di 9 donne su 10), Centro (più di 8 donne su 10) e Sud (solo 4 donne su 10). Gli inviti per lo screening mammografico sono stati pari a 3.042.301 per 1.784.177 test eseguiti.

Screening coloretale. Nel 2013 la copertura è passata complessivamente dal 57% al 62%. È interessante, e finalmente anche incoraggiante, notare che questo aumento riguarda soprattutto il Sud e le isole: la percentuale si muove dal poco più del 15% di copertura a più del 28%. In lieve crescita anche il Nord (che sostanzialmente copre tutta la popolazione target) e il Centro (dove 6 persone su 10 sono regolarmente invitate). Sono stati spediti 4.402.036 inviti per lo screening coloretale, mentre i test eseguiti sono stati 1.940.996.

Screening cervicale. È l'unico a registrare un andamento in controtendenza con una dimi-

nuzione dei test nel 2013 rispetto all'anno precedente. Tuttavia bisogna ricordare che il 2012 aveva visto un marcato aumento rispetto al 2011. Per cui è possibile che il dato registrato nel 2013 rappresenti un fenomeno di assestamento su valori comunque superiori al 70%. In questo screening la copertura maggiore si ha nel Centro dove si raggiungono con l'invito quasi 9 donne su 10. Questo valore si abbassa al Nord e al Sud a valori inferiori al 70%. Nel risultato del Nord pesa la decisione della più grande regione italiana (la Lombardia) di non implementare questo programma su tutto il suo territorio. Sono stati 3.693.165 gli inviti recapitati per lo screening cervicale, dei quali ne sono stati raccolti concretamente 1.533.412.

Il trend, dunque, è positivo. Dal 2000, infatti, quando molte Regioni del Nord e del Centro avevano già attivato programmi di screening, fino al 2013, la porzione di donne che riferiscono di aver effettuato almeno una volta nella vita una mammografia o un pap test è aumentata in maniera consistente (+12% per il pap test +20% per la mammografia) grazie proprio ai programmi di screening.

«Valuteremo lo sviluppo dei programmi nel 2013 rispetto agli anni precedenti - continua Zappa - sulla base di quella che viene chiamata "estensione effettiva", l'indicatore che misura la percentuale di persone della popolazione target regolarmente invitate negli intervalli previsti. Così misuriamo oltre che la percentuale di persone coperte dallo screening anche il mantenimento degli intervalli previsti. Per intendersi: se una Regione invita tutta la sua popolazione target, ma lo fa con intervalli più lunghi del previsto la percentuale di copertura risulterà minore del 100%».

Ernesto Diffidenti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ora i tumori si combattono con l'analisi in «3D»

Scoperta all'Istituto di ricerca di Candiolo una nuova tecnica per studiare le cellule cancerose

ISTITUTO DI CANDIOLO

Scoperta una nuova tecnica di analisi dei tumori in «3D»

■ Misurata la «terza dimensione» dei geni del cancro. È stata pubblicata ieri sulla prestigiosa rivista scientifica «Nature Genetics» una ricerca del Laboratorio di Oncogenomica dell'Istituto di Candiolo, coordinata dal professore Enzo Medico. Lo studio è finanziato dal 5 per 1000 destinato all'IRCCS di Candiolo e dall'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro. La nuova tecnica di analisi dei tumori permette di studiare come le cellule cancerose sfruttano le cellule normali dell'organismo per favorire la propria crescita e sopravvivenza. È noto che i tumori sono costituiti da due componenti principali: le cellule neoplastiche, che proliferano in maniera incontrollata, e lo «stroma» che le sostiene, le nutre e le protegge. Le cellule dello stroma sono cellule normali dell'organismo che derivano dai tessuti adiacenti al tumore e dal midollo osseo e che trasmettono (...)

(...) alle cellule neoplastiche segnali di proliferazione e sopravvivenza. A loro volta, le cellule neoplastiche sollecitano lo stroma a formare nuovi vasi sanguigni, apportando ossigeno e nutrienti, e a generare ulteriore tessuto connettivo di supporto. Questo circuito di reciproca stimolazione fra cellule neoplastiche e stroma è alla base dell'evoluzione maligna del cancro. Per risolvere questo problema Claudio Isella, del Laboratorio di Oncogenomica, ha sviluppato una tecnica che consente di distinguere, nello stesso campione tumorale, il profilo molecolare dello stroma da quello delle cellule neoplastiche. La ricerca

ha sfruttato un modello sperimentale in cui le cellule di tumori umani crescono sostenute da uno stroma derivato da cellule murine. In questo modo, grazie alla diversa sequenza dei geni delle due specie, è possibile separare i due profili molecolari, cogliendo nuovi dettagli e rendendo visibile anche una terza dimensione, cioè le interazioni fra le cellule cancerose e quelle stromali. Il tumore su cui è stata sviluppata e applicata la nuova tecnica è stato il cancro del colon retto, che origina dalle cellule dell'intestino e causa, solo in Italia, oltre ventimila decessi all'anno. I ricercatori di Candiolo hanno così scoperto che, fra i tumori del colon retto, i più maligni e resistenti sono quelli in cui le cellule cancerose meglio «ingannano» l'organismo ospite, sfruttando i meccanismi con cui questo normalmente sostiene lo sviluppo e la riparazione dei propri tessuti. Questi tumori sono infatti particolarmente ricchi di stroma, di vasi sanguigni e di cellule immunitarie che, anziché aggredire le cellule tumorali, ne stimolano la crescita e la sopravvivenza. Questo lavoro, che ha coinvolto clinici e ricercatori di Candiolo e dell'Università di Torino, oltre a diversi collaboratori internazionali, apre importanti prospettive alla diagnosi e trattamento del cancro coloretale, consentendo di evidenziare quei tumori in cui il contributo dello stroma è particolarmente importante, e su cui sarebbe quindi opportuno agire con trattamenti miranti non solo ad aggredire le cellule neoplastiche, ma anche a interferire nei rapporti tra stroma e tumore.



Istituto di Candiolo

Cancro, svolta nella ricerca: così i tumori si riproducono sfruttando le cellule sane

La ricerca contro il cancro mette a segno un altro punto. Si tratta di una nuova tecnica, che permette di comprendere come le cellule cancerose proliferano nel corpo umano sfruttando quelle normali per favorire la propria crescita e sopravvivenza. Semplificando, si potrebbe dire che ora è possibile vedere una cellula tumorale in 3D, cogliendo nuovi dettagli e rendendo visibili le interazioni tra cellule cancerose e cellule normali, che le nutrono e le proteggono.

Ieri è stata pubblicata sulla rivista scientifica «Nature Genetics» una ricerca dell'Istituto di Candiolo coordinata dal professore Enzo Medico. In sintesi, i tumori sono costituiti da due componenti principali: le cellule neoplastiche, che proliferano in maniera incontrollata, e lo «stroma», che le sostiene, le nutre e le protegge. Le cellule dello stroma sono cellule normali dell'organismo che derivano dai tessuti adiacenti al tumore e dal midollo osseo e che trasmettono alle cellule neoplastiche segnali di proliferazione e sopravvivenza. A loro volta, le cellule

neoplastiche sollecitano lo stroma a formare nuovi vasi sanguigni, apportando ossigeno e nutrienti, e a generare ulteriore tessuto connettivo di supporto. Questo circuito di reciproca stimolazione fra cellule neoplastiche e stroma è alla base dell'evoluzione maligna del cancro.

Per risolvere questo problema Claudio Isella, del Laboratorio di Oncogenomica diretto dal professor Enzo Medico, ha sviluppato una tecnica che consente di distinguere, nello stesso campione tumorale, il profilo molecolare dello stroma da quello delle cellule neoplastiche. Il tumore su cui è stata sviluppata e applicata la nuova tecnica è stato il cancro del colon-retto: oltre 20 mila decessi all'anno. Un lavoro importante, che ha coinvolto clinici e ricercatori di Candiolo e dell'Università di Torino, oltre a collaboratori internazionali, e apre importanti prospettive alla diagnosi e trattamento del cancro colonrettale. Fondamentali i contributi forniti all'Istituto di Candiolo dal 5 per mille dei cittadini italiani, e al Laboratorio di Oncogenomica dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC). [ALE. MON.]



Nuove prospettive

REPORTERS



<https://www.agi.it/>

Tumori: pillola a base di Dna per scovare il cancro

(AGI) - Los Angeles, 24 feb. - Una pillola a base di frammenti di DNA ci aiuterà a capire in maniera precoce se si sta sviluppando il cancro. A metterla a punto un gruppo di ricercatori dell'Università di Stanford che hanno pubblicato i risultati delle loro ricerche sulla rivista Proceedings of the National Academy of Sciences. La pillola reagisce con le cellule tumorali e le induce a produrre una particolare sostanza chimica che poi può essere facilmente rilevata attraverso una semplice analisi del sangue. In questo modo i ricercatori sono convinti di poter individuare la presenza di cellule cancerose nell'organismo sin dai primi esordi della malattia. La pillola contiene dei particolari mini anelli di DNA, messi a punto già in passato dalla stessa équipe di scienziati, che hanno la capacità di attaccarsi alle cellule cancerose e di indurle a produrre delle particolari proteine che vengono poi rilasciate nel flusso sanguigno.

REPORT 2014

Trapianti successo italiano*Donatori e interventi in crescita: ecco tutti i dati del Cnt*

L'Italia dei trapianti è in buona salute: aumentano donatori e interventi. A fare il punto è il Report 2014 realizzato dal Centro nazionale trapianti. Il direttore Alessandro Nanni Costa indica le priorità di lavoro: donazione da vivente, donazione in seguito ad arresto cardiaco e alta tecnologia.

A PAG. 6-7

Interventi, innovazione e qualità in crescita secondo il report 2014 realizzato dal Cnt

Quei trapianti fuori dalla crisi

Nanni Costa: «Lavoro capillare in tutta la rete» - Opposizioni al 31%

L'Italia dei trapianti è in buona salute: 135 interventi in più rispetto al 2013; record di accertamenti di morte con criteri neurologici (+70, pari a 2.345); aumento dei donatori utilizzati a livelli mai raggiunti prima (1.172 nel 2014 a fronte dei 1.102 del 2013). A fare il punto sulle condizioni e i risultati del sistema, il Report 2014 presentato giovedì scorso al **ministero della Salute** dagli esperti del Centro nazionale trapianti. E se tendenze storiche come la discrepanza di risultati tra Nord e Sud del Paese sono confermate, qualcosa si muove anche in questo ambito. Con una serie di Regioni "osservate speciali" - come la Sicilia, la Puglia e la Campania - a cui i tecnici nazionali stanno riservando particolare attenzione, tra programmi di audit e collaborazioni intensive.

Il trend che sembra porre la parola fine alla crisi di crescita registrata in anni recenti, è frutto soprattutto del lavoro intensivo di collaborazione e di formazione nelle rianimazioni: cresce, lo dicono i dati, il numero delle strutture in cui si conducono accertamenti neurologici. Un dato che in parte dà conto anche del lieve aumento delle

opposizioni - arrivate al 31% e su cui quindi c'è senz'altro da lavorare - ma che risentono proprio della minore esperienza dei centri entrati di recente a regime secondo i criteri più rigorosi.

«Il sistema trapianti - spiega il direttore del Cnt **Alessandro Nanni Costa** - deve reggersi su tre pilastri: donazione da cadavere di cui sia stata accertata la morte con criteri neurologici, donazione da vivente e donazione in seguito ad accertamento di arresto cardiaco». Il massiccio intervento sul "vivente" si riscontra dai dati sui singoli organi: è netto nel 2014 l'incremento per rene (+80 e +50 da vivente) e fegato (+100). Che sono gli organi più trapiantati e soprattutto più utilizzati nel donatore anziano (la media oggi è di 63 anni). Il rovescio della medaglia è che il cuore e il polmone sono sostanzialmente "stabili", proprio perché di frequente il decesso nel donatore anziano deriva da arresto cardio-circolatorio. Ma il cuore ha un alleato in più: i vad intracardiaci che, sottolinea Nanni Costa, «stanno cambiando la storia della malattia cardiaca almeno per l'insufficienza acuta: oggi il pa-

ziente viene trattato prima con emco e poi con vad. In quest'ottica, è pronto per l'esame della Conferenza Stato-Regioni un accordo che prevede per i vad una regolamentazione analoga a quella dei centri trapianto. Il vad, quindi, diventa percorso integrato con il trapianto». L'innovazione guida anche il trattamento del polmone: alla presentazione del report 2014 è intervenuta la prima paziente, una 35enne affetta da fibrosi cistica, che ha ricevuto un polmone prelevato a cuore fermo e trattato dopo il decesso con un "organ recovery system".

Capitolo a parte per il pancreas, per cui è in via di definizione un programma nazionale ad hoc.

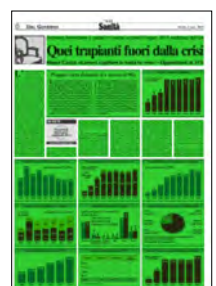
In netto aumento i trapianti di tessuti, mentre il report 2014 registra i passi da gigante compiuti nella donazione di cellule staminali emopoietiche: l'aumento di donatori e trapianti è merito anche del registro Ibmdr, fiore all'occhiello dell'Italia a livello internazionale, che offre ai pazienti l'80% di probabilità di ricevere un trapianto, possibilità che anni fa non esisteva. Il Cnt è inoltre al lavoro per aumentare il numero

dei donatori, implementando nuove tecnologie a basso costo per l'evoluzione degli esami; si sta infine lavorando per potenziare le probabilità di trovare un donatore all'interno del nucleo familiare.

Infine, il profilo internazionale. L'Italia è diventata Paese di riferimento per gli audit internazionali. E nel frattempo guida il progetto Foedus (Facilitating exchange of organs donated in Eu member States) sullo scambio di organi e pazienti tra tutti i Paesi europei. «Da quest'anno - aggiunge poi Nanni Costa - io stesso, insieme a **Giuliano Grazzini**, direttore del Centro nazionale sangue, coordineremo un importante progetto su tessuti, cellule e sangue. Infine, quest'anno termina la presidenza italiana della commissione trapianti del Consiglio d'Europa, che ha contribuito con i settori giustizia e bioetica alla stesura della convenzione contro il traffico di organi». L'appuntamento, per tirare le fila, è per il 24 e 25 marzo a Santiago de Compostela.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Progetto carta d'identità, sì a donare al 94%

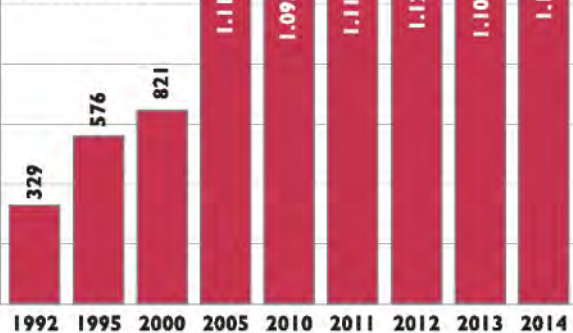
Si consolida nel 2014 il servizio di registrazione della dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità. Dopo la sperimentazione in Umbria, infatti, oggi sono 45 i Comuni attivi. E l'anno scorso 23 amministrazioni hanno attivato il servizio, inviando quotidianamente i dati sulle espressioni di volontà rese dai cittadini al Sit. Tra i Comuni che nel 2014 hanno avviato la procedura, Bologna e Roma, seguite da altre 21 amministrazioni.

Crescono le dichiarazioni di volontà custodite nel Sit e disponibili ai medici del

coordinamento trapianti in caso di necessità: oltre 28.500 le manifestazioni registrate, di cui il 94% circa sono consensi alla donazione. «Dal 6 novembre, cioè da quando è partita la campagna per la dichiarazione di volontà sulla donazione di organi al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità, siamo arrivati a 30 mila donatori in più», ha sottolineato la ministra Lorenzin. Mentre per il presidente Anci Piero Fassino questa novità «contribuirà a facilitare il processo della scelta del cittadino e a far sì che la cultura della donazione diventi uno standard».

Numero di donatori utilizzati

Dati preliminari al 31/12/2014



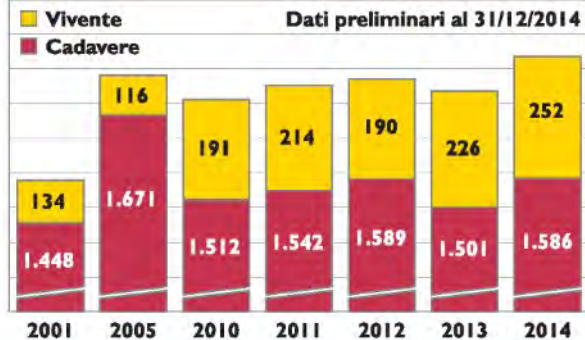
Trapianti di cuore (da donatore cadavere)

Dati preliminari al 31/12/2014

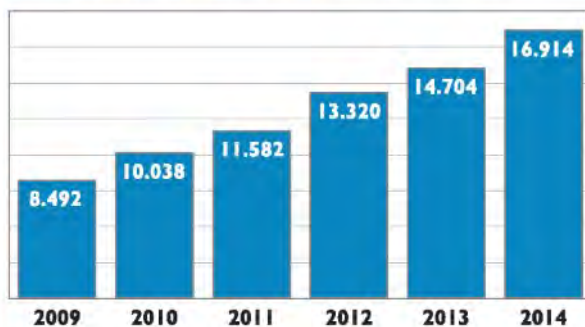


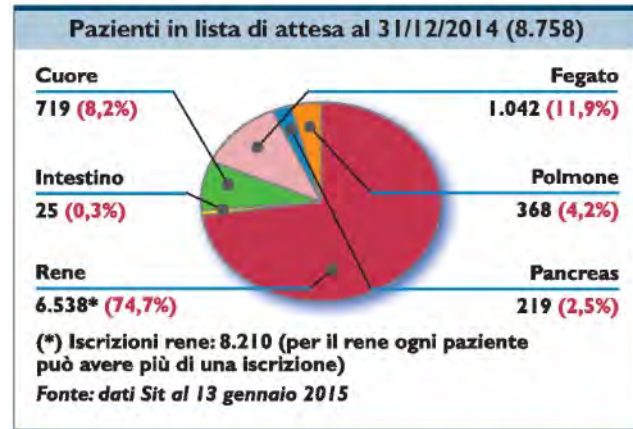
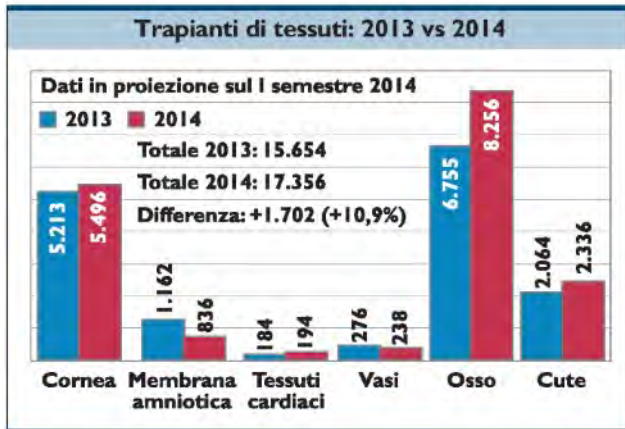
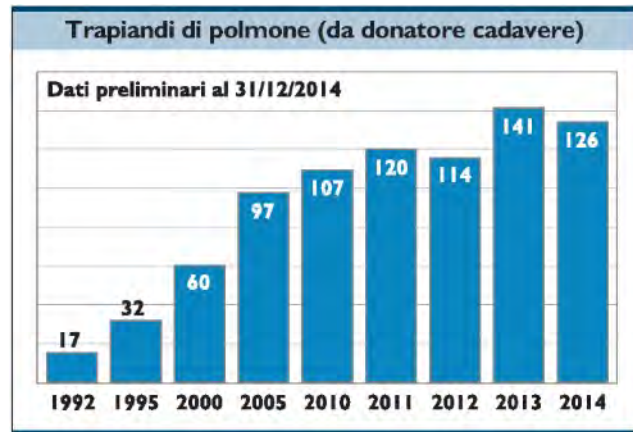
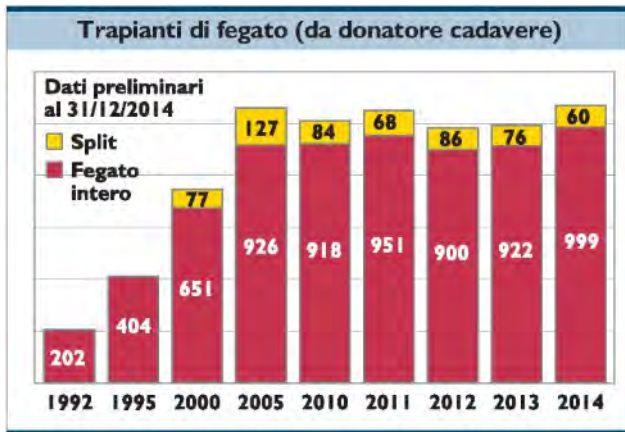
Trapianto di rene (cadavere + vivente)

Dati preliminari al 31/12/2014



Nuovi donatori iscritti Ibmldr nel 2014

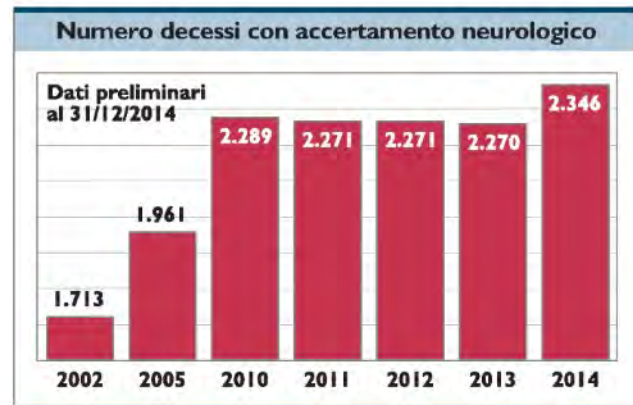




Urgenze gestite dal Cnto nel 2014

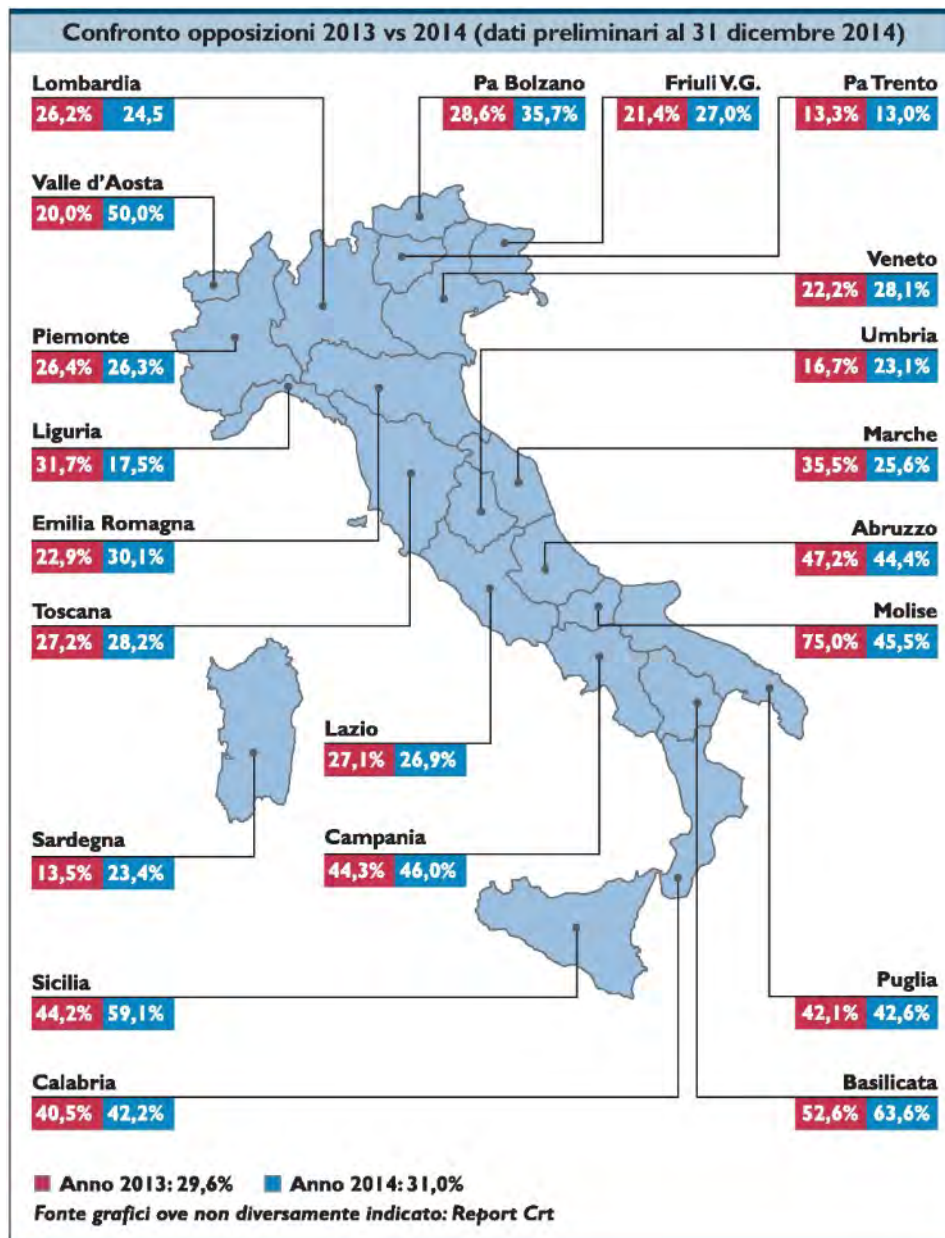
Organo	Richieste	Soddisfatte	Non soddisfatte
Cuore	75	56	19
Polmoni	34	22	12
Fegato	74	63	11
Rene	4	4	0
Totale	187	145 (77,5%)	42 (22,5%)

Fonte: database urgenze Cnto



I dati di sintesi

2.976	2.345	8.758	13.114	28.500
I trapianti di organo	Gli accertamenti di morte con criteri neurologici	I pazienti in attesa	Le donazioni di tessuti	Le dichiarazioni in Comune



segui [quotidianosanita.it](#) [Tweet](#) [stampa](#)

Vaccini e anziani. HappyAgeing: “Ministero e Regioni garantiscano immunizzazioni contro infezioni pneumococciche”

Il presidente dell'Alleanza per l'invecchiamento attivo Conversano sottolinea come le “raccomandazioni giunte dagli Usa suggeriscono addirittura un doppio trattamento contro l'infezione”. E si rivolge a Governo e Regioni: “Rimuovere differenze tra i vari Ssr”.



23 FEB - “Le vaccinazioni degli anziani contro le infezioni pneumococciche confermano la loro validità e la loro importanza sul fronte della prevenzione. Le recenti raccomandazioni emanate dal Centro per il controllo delle malattie e la prevenzione degli Stati Uniti suggeriscono addirittura di somministrare due tipi di immunizzazioni contro lo pneumococco; un trattamento in grado di prevenire lo sviluppo di gravi forme di polmonite e di evitare complicazioni come problemi cardiaci, perdita dell'udito, cecità e paralisi”, così **Michele Conversano**, presidente di HappyAgeing-Alleanza per l'invecchiamento attivo, commenta il contenuto di un documento diffuso negli Stati Uniti a cura del Comitato per le Immunizzazioni, organo consultivo che si occupa dell'analisi delle pratiche adottate nella Federazione.

“Stiamo parlando di un vaccino particolarmente indicato per gli anziani – continua Conversano – Gli over65 hanno infatti una probabilità di sviluppare questo tipo di infezione ben dieci volte superiore rispetto a quella dei giovani adulti. Per questo motivo il [ministero della Salute](#) e le Regioni devono sentirsi in dovere di garantire questa prestazione ai soggetti più deboli eliminando le differenze tra i vari SSR, confermando così gli intendimenti emersi durante il dibattito relativo all'aggiornamento e al potenziamento dei Livelli essenziali di assistenza”.

“Le immunizzazioni contro lo pneumococco sono in grado di evitare migliaia di decessi anche in Italia – conclude Conversano – Esiti che proprio in queste settimane fanno registrare il loro picco stagionale. La polmonite pneumococcica insorge molto spesso in quei soggetti rimasti vittima dell'influenza. Una dinamica ben nota che potrebbe essere limitata con una massiccia opera di prevenzione”.

23 febbraio 2015
© Riproduzione riservata

Altri articoli in Scienza e Farmaci



[Studio su Jama. La sauna allunga la vita. Ma non si sa perché](#)



[Lo Charcot Award 2015 al neurologo Giancarlo Comi. È la prima volta per un italiano](#)



[Istat. Cresce del 9,5% il fatturato delle industrie farmaceutiche](#)



[Cancro della pelle. Non basta proteggersi mentre si prende il sole. Metà dei danni arriva dopo ore dall'esposizione](#)



[Gravidanza e salute dentale. Ecco cosa fare per garantire denti sani al nascituro ed evitare rischi alla mamma. I consigli del ministero della Salute](#)



[Ricerca. Oncologi: “Quella indipendente rischia di sparire dall'Italia, servono misure urgenti e fondi pubblici”](#)

LA MORTE DI UN BIMBO PER MORBILLO A BERLINO. E IL CASO USA

L'IRRESPONSABILE NO AI VACCINI

di Vittorio A. Sironi

La tragica notizia, resa nota ieri dalle autorità sanitarie, del decesso a Berlino per morbillo di un bimbo di un anno e mezzo ha provocato emozione e disappunto non solo in Germania. Nella capitale tedesca, colpita in queste settimane da un'ondata epidemica che ha fatto registrare dall'inizio dell'anno 574 casi di morbillo, è acceso il dibattito non solo sull'opportunità di sensibilizzare la popolazione per incrementare la percentuale di bambini vaccinati, ma anche sulla possibilità di rendere obbligatoria per legge tale pratica.

La morte di un bambino in una capitale europea sembra destinata ad alimentare le polemiche in atto in molti Paesi occidentali sulla mancata vaccinazione – sempre più spesso per scelta – contro le più comuni malattie esantematiche, considerate, a torto, patologie innocue. Il morbillo è molto contagioso, può colpire a tutte le età ed è, nel mondo, la prima causa di morte per infezione tra i bambini: quasi 140mila vittime l'anno. Anche in Italia i casi di morbillo sono raddoppiati ogni anno dal 2010 a oggi, quasi tutti in persone non vaccinate o non correttamente vaccinate (una dose sola non basta, per avere la copertura completa, serve un secondo richiamo). È di pochi mesi fa lo scoppio a Bologna di un focolaio epidemico che ha coinvolto un centinaio di bambini, poi risolti fortunatamente senza gravi conseguenze.

Anche negli Stati Uniti è in atto attualmente un'epidemia di morbillo che dall'inizio dell'anno ha coinvolto 125 bambini, la maggior parte dei quali (110) in California. Quasi la metà non erano vaccinati o avevano una copertura insufficiente avendo assunto una sola dose di vaccino. L'epidemia, dice un rapporto dei Centers for Disease Control and Prevention statunitensi, dimostra che all'origine del contagio c'è la scarsa copertura vaccinale ed evidenzia l'importanza della vaccinazione per la salute individuale e collettiva. È davvero assurdo oggi, per una scelta consapevolmente irresponsabile dettata da scelte "ideologiche" o – come avviene negli Stati Uniti – per una decisione legata a motivazioni "politiche", esporre la popolazione infantile a rischi sanitari elevati (il morbillo comporta un rischio elevato anche di encefalite con postumi spesso permanenti), quando esiste una pratica sanitaria sicura – la vaccinazione appunto – che permette di evitare tutto questo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CASO

Bimbo muore di morbillo: non era stato vaccinato

Il piccolo si è spento mercoledì scorso a Berlino, la notizia della morte è stata data dalle autorità municipali, però, solo ieri. A inquietare la Germania è la causa del decesso del bimbo, di appena 18 mesi: morbillo, malattia per cui non era stato vaccinato. Da ottobre, la capitale affronta un'epidemia della malattia esantematica: finora ci sono stati 574 casi, secondo i dati riportati dal settimanale "Der Spiegel". Si tratta del record negli ultimi vent'anni. Molti genitori, nel timore di effetti collaterali, hanno scelto di non immunizzare i figli. La legge contro le infezioni del 2001, da parte sua, non li obbliga. Ora, però, la morte del bambino ha scatenato una feroce polemica tra sostenitori e detrattori dei vaccini. Il ministro della Salute, Hermann Groethe, ha definito «irresponsabili» quanti vi si oppongono, ribadendo che si tratta di una pratica «sicura e raccomandabile». «Chi si batte contro i vaccini mette a rischio la salute del proprio figlio e quella altrui», ha ribadito Groethe. E ha ventilato l'ipotesi di «altre misure» se le persone non collaboreranno. Negli Stati Uniti, il morbillo è stato eliminato proprio grazie a un'intensa campagna di vaccinazione. L'anno scorso, però, si sono registrati 150 casi. Ad originare il focolaio, probabilmente, è stato qualcuno che ha contratto il male in Europa. All'inizio dell'attuale decennio, l'Organizzazione mondiale della sanità aveva previsto di sradicare la malattia dalla Germania dal 2015. Un obiettivo, però, ancora lontano.



Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

23 febbraio 2015

I pediatri Sipo: «Così va rivista la pediatria ospedaliera»

di Giorgio Bracaglia (Presidente nazionale Sipo)

Nel 2015 si muore ancora di meningite e di distress respiratorio in pediatria e neonatologia. I recenti tragici fatti di cronaca avvenuti in Sicilia e in Campania impongono alla politica l'onere di ripensare al sistema dell'emergenza urgenza in pediatria e più in generale alla sanità e all'assistenza pediatrica. Alla magistratura il compito di accertare responsabilità sui singoli casi. In ogni caso, la cronaca di questi giorni, che accende aspre polemiche anche sul piano politico, deve far riflettere

sul sistema ospedale-territorio e sulla scelta, per molte ragioni più che motivata, dello spostamento delle risorse dall'ospedale al territorio, soprattutto quando il paziente è un bambino. Infatti, diversamente dall'assistenza pediatrica di base, quella neonatale, ma soprattutto quella pediatrica pagano un prezzo altissimo ove non esistono realtà assistenziali con strutture di alta Complessità. A tutto ciò si aggiunge anche il blocco del turn over in ospedale, che significa nella pratica

sottorganico e medici stressati da turni di lavoro massacranti. Aver stabilito che deve esistere una Unità Operativa pediatrica ogni 400.000 abitanti può andar bene, ma non basta.

Per la Sipo è ora più che mai necessario costituire, insieme alle altre società Scientifiche, un tavolo di lavoro con il Ministero per stabilire quali devono essere compiti e funzioni delle Unità Operative di Pediatria Ospedaliera, quanti medici devono essere in organico, quando deve esserci un Pronto soccorso pediatrico (si spera sempre) con personale dedicato visto che mediamente il 20% dell'attività di un Pronto Soccorso riguarda bambini al di sotto di 14 anni. E' il tempo, inoltre, di definire i criteri per l'osservazione breve in Pediatria, tanto da poter osservare un bambino per il tempo necessario per renderlo dimissibile.

Codificare il trasporto pediatrico presso la Tip e/o i centri di cardio e neurochirurgia e collegare in rete telematica le strutture pediatriche per la ricerca dei posti letto anche in emergenza. Ove esiste un sistema di trasporto neonatale efficiente è possibile ridurre il

rischio di morte in ambulanza fin quasi allo zero. Non devono più esistere regioni o macroregioni senza un sistema di trasporto neonatale in cui il trasferimento di un neonato inizi senza sapere dove andrà a finire o non stabilizzato. Quanto avvenuto in Sicilia alla piccola Nicole è inaccettabile.

Inoltre, per la Sipo è necessario che in ogni pediatria ci siano 2 o più posti dedicati alla terapia semintensiva e 2 posti di isolamento pediatrico. Tutto ciò impone il conteggio e la definizione del personale necessario per ottenere buoni output e outcome di salute di elevato livello attraverso un

sistema efficace ed efficiente. Soglie al di sotto del quale non si può e non si deve andare. Per contro, assistiamo oggi all'esistenza di pediatrie con 3-4 medici, 5-8 posti letto, 5-10.000 visite in Pronto soccorso e attività di sala parto. I pediatri della Sipo non chiedono aumento di spesa,

chiedono di regolamentare e a chi spetta, di verificare il rispetto delle regole stabilite nell'interesse dei nostri piccoli cittadini. Perché investire oggi significa risparmiare domani.

23 febbraio 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Lorenzin

«Entro giugno Sicilia in regola o commissario»



Ultimatum del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: «Ho dato tempo alla Sicilia per mettersi in regola entro giugno». In caso contrario, scatterà il commissariamento.

BONACCORSO, FIASCONARO PAGINA 7

«Ticket per chi abusa del Pronto soccorso»

E il ministro Lorenzin dà l'ultimatum alla Regione Siciliana

Il caso Nicole

«Se entro giugno non si mette in regola scatterà il commissariamento»

MARIA EMILA BONACCORSO

ROMA. Si ad un ticket sul pronto soccorso, per chi ne abusa, perché, spiega il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, gli italiani lo fanno: ci vanno anche quando non serve, e scatta l'emergenza.

Della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni si parla da tempo e una volta chiusa definitivamente la partita sui Livelli essenziali di assistenza si dovrebbe passare alla attesa riforma del sistema dei ticket. In particolare per il pronto soccorso già alcune regioni hanno imposto un pagamento per i codici bianchi, come in Valle d'Aosta. La scelta a volte è legata alla possibilità di evitare così costi che si dovrebbero sostenere ad esempio con una visita specialistica o con alcune analisi di controllo.

«Ricordo ad esempio quando andai a sorpresa al Caldarelli di Napoli. Mi

dissero: "Ministro, oggi il pronto soccorso è vuoto: sta giocando il Napoli!"».

«Una volta al pronto soccorso - ha aggiunto - ci stavano i migliori medici».

«Come ministro, ho bisogno non di soldi, il budget stanziato per la Sanità va bene, ma ho bisogno che le norme che approviamo vengano attuate nei tempi previsti», ha detto ancora Lorenzin. «L'Italia è un Paese che ha conoscenze mediche straordinarie, tra le migliori al mondo, ma non sempre il nostro Paese riesce a esprimere questo potenziale. Ma ricordiamoci che il servizio sanitario italiano è tra i migliori al mondo e dobbiamo tenercelo stretto. Pagando tutti le tasse», ha concluso.

Il ministro, che conferma la fiducia al Servizio Sanitario Nazionale di persona, con la scelta annunciata di partorire i suoi gemelli (Lavinia e Francesco i nomi scelti) in un ospedale pubblico di Roma, non dimentica quanto avvenuto a Catania con la morte della piccola Nicole.

«Sul caso, come ministro, mi interessa che la catena di errori, tanti, non debba più ripetersi in un'emergenza neonatale. Il sistema di informatizzazione a Catania non c'è ancora, nonostante la norma nazionale lo preveda. Ma gli ostacoli posti dalle Regione Si-

ciliana hanno rallentato l'applicazione della norma, per questo ho già preso l'impegno e chiesto alla Sicilia di farlo entro giugno».

«Se le regioni non sono in grado di attuare le norme nazionali interviene lo Stato con dei commissariamenti. Oggi l'Italia ha una grande differenza nella qualità del servizio sanitario fra le regioni che hanno subito commissariamenti e quelli che sono rimaste autonome, spesso corrispondenti a sud e nord. Bisogna riequilibrare questa situazione. Anche per questo sono contraria - ha infine concluso - ai tagli che ci sono stati».

Ed ammette di avercela un po' con le regioni: «È vero. Ma il problema è duplice: perché da una parte le regioni hanno subito tagli per 25 miliardi, ma dall'altra in passato hanno spreca-



In tema di parto, proprio ieri il **ministero della Sanità** ha reso noto il Decimo Rapporto sull'evento nascita in Italia del **ministero della Salute** e curato dall'Ufficio di Statistica sulla base dei dati rilevati nel 2011 dal Certificato di Assistenza al Parto. Gli ospedali pubblici o equiparati si confermano il luogo d'elezione per il parto nell'88% dei casi, mentre l'11,9% avviene in case di cura private (accreditate e non). Il 61,8% dei parti si svolge in strutture più sicure, cioè dove avvengono almeno mille parti annui, mentre quasi il 10% (9,5%) in centri con meno di 500 parti. Al Sud il 40% (in Sicilia è il 63%) avviene in punti nascita con meno di 1000 parti annui.

L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (Utin) è presente in 124 dei 567 punti nascita analizzati. Nel 2011 quasi il 20% dei parti è stato da madri straniere. L'età media è di 32,6 anni per le italiane, 29,4 anni per le cittadine straniere.

La gravidanza è molto medicalizzata. Nell'85% dei casi il numero di visite ostetriche è superiore alle 4 raccomandate, e nel 73,1% delle gravidanze si fanno più di 3 ecografie. Tra le tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è la più usata (12,4%), seguita da villocentesi (4,1%) e funicolocentesi (0,6%).

Il 93% delle nascite avviene a termine. Nel 2011 quasi il 36,7% dei parti è avvenuto con taglio cesareo. Nei punti nascita più piccoli l'incidenza dei cesarei è maggiore. Il tasso di mortalità infantile nel 1o anno di vita nel 2011 è stato di 3,01 ogni 1000 nati vivi. I padri ora vogliono essere presenti al momento del parto: nel 90,6% dei casi la donna ha accanto a sé (esclusi i cesarei) il padre del bambino, nell'8,15% un familiare e nell'1,26% un'altra persona di fiducia. Tuttavia nelle regioni del Sud il padre è presente in circa la metà dei casi, nel resto c'è un familiare. L'1,43% delle gravidanze è frutto di tecniche di procreazione assistita. La fecondazione in vitro (fivet) è la più usata (37,1%), seguita da icsi (36,5%) e inseminazione intrauterina (11,5%).

IL PARTO IN ITALIA

● **VINCE IL PUBBLICO.** Gli ospedali pubblici o equiparati si confermano il luogo d'elezione per il parto nell'88% dei casi, mentre l'11,9% avviene in case di cura private (accreditate e non). Il 61,8% dei parti si svolge in strutture più sicure, cioè dove avvengono almeno mille parti annui, mentre quasi il 10% (9,5%) in centri con meno di 500 parti. Al Sud il 40% (in Sicilia è il 63%) avviene in punti nascita con meno di 1.000 parti annui.

● CURE NEONATALI.

L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (Utin) è presente in 124 dei 567 punti nascita analizzati.

● **MADRI.** Nel 2011 quasi il 20% dei parti è stato da madri straniere. L'età media è di 32,6 anni per le italiane, 29,4 anni per le cittadine straniere.

● **IL PARTO.** Il 93% delle nascite avviene a termine. Nel 2011 quasi il 36,7% dei parti è avvenuto con taglio cesareo. Nei punti nascita più piccoli l'incidenza dei cesarei è maggiore.

● PAPA' PRESENTE.

I padri ora vogliono essere presenti al momento del parto nel 90,6% dei casi.

Tuttavia nelle regioni del Sud il padre è presente in circa la metà dei casi, nel resto c'è un familiare.

● **PMA.** L'1,43% delle gravidanze è frutto di tecniche di procreazione assistita.



IL CASO CATANIA

«Il sistema di informatizzazione a Catania non c'è ancora, nonostante la norma nazionale lo preveda. Ma gli ostacoli posti dalle regioni Sicilia hanno rallentato l'applicazione della norma, per questo ho già preso l'impegno e chiesto alla Sicilia di farlo entro giugno».

Lorenzin: pronto soccorso, sì ai ticket per i codici bianchi

Il ministro della Salute ricorda: «Andai al Cardarelli e mi dissero: oggi non c'è nessuno, gioca il Napoli»

ROMA Sì ad un ticket sul pronto soccorso, per chi ne abusa, perché, spiega il ministro della Salute Lorenzin, gli italiani lo fanno: ci vanno anche quando non serve, e scatta l'emergenza.

Della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni si parla da tempo e una volta chiusa definitivamente la partita sui Livelli essenziali di assistenza si dovrebbe passare alla attesa riforma del sistema dei ticket.

In particolare per il pronto soccorso già alcune regioni hanno imposto un pagamento per i codici bianchi, come in Valle d'Aosta.

La scelta a volte è legata alla possibilità di evitare costi che si dovrebbero sostenere ad esempio con una visita specialistica o con alcune analisi di controllo. «Ricordo ad esempio quando andai a sorpresa al Cardarelli di Napoli. Mi dissero: Ministro, oggi il pronto soccorso è vuoto: sta giocando il Napoli!».

«Una volta al pronto soccorso - ha aggiunto - ci stavano i migliori medici». «Come ministro, ho bisogno non di soldi, il budget stanziato per la Sanità va bene, ma ho bisogno che le norme che approviamo vengano attuate nei tempi previsti», ha detto ancora Lorenzin.

«L'Italia è un paese che ha conoscenze mediche straordinarie, tra le migliori al mondo, ma non sempre il nostro paese riesce a esprimere questo potenziale. Ma ricordiamoci che il servizio sanitario italiano è tra i migliori al mondo e dobbiamo tenercelo stretto. Pagando tutti le tasse», ha concluso. Il ministro, che conferma la fiducia al Servizio Sanitario Nazionale di persona, con la scelta annunciata di partorire i suoi gemelli (Lavinia e Francesco i nomi scelti) in un ospedale pubblico di Roma, non dimentica quanto avvenuto a Catania con la morte della piccola Nicole.

«Sul caso, come ministro, mi interessa che la catena di errori, tanti, non debba più ripetersi in un'emergenza neonatale».



Il ministro della salute Beatrice Lorenzin



SANITÀ. Gli italiani si rivolgono spesso al servizio di emergenza anche quando non serve

Lorenzin: «Pronto soccorso, sì al ticket per chi ne abusa»

ROMA

Sì ad un ticket sul pronto soccorso, per chi ne abusa, perché, spiega il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#), gli italiani lo fanno: ci vanno anche quando non serve, e scatta l'emergenza. Della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni si parla da tempo e una volta chiusa definitivamente la partita sui livelli essenziali di assistenza si dovrebbe passare alla attesa riforma del sistema dei ticket. In particolare per il pronto soccorso già alcune regioni hanno imposto un pagamento per i codici bianchi, come in Valle d'Aosta. La scelta a volte è legata alla possibilità di evitare così costi che si dovrebbero sostenere ad esempio con una visita specialistica o con alcune analisi di controllo.

«Ricordo ad esempio quando andai a sorpresa al Caldarelli di Napoli. Mi dissero: ministro, oggi il pronto soccorso è vuoto: sta giocando il Napo-

li!». «Come ministro, ho bisogno non di soldi, il budget stanziato per la Sanità va bene, ma ho bisogno che le norme che approviamo vengano attuate nei tempi previsti», ha detto ancora [Lorenzin](#).

«L'Italia è un paese che ha conoscenze mediche straordinarie, tra le migliori al mondo, ma non sempre il nostro Paese riesce a esprimere questo potenziale. Ma ricordiamoci che il servizio sanitario italiano è tra i migliori al mondo e dobbiamo tenercelo stretto. Pagando tutti le tasse», ha concluso.

Il ministro, che conferma la fiducia al Servizio Sanitario Nazionale di persona, con la scelta annunciata di partorire i suoi gemelli (Lavinia e Francesco i nomi scelti) in un ospedale pubblico di Roma, non dimentica quanto avvenuto a Catania con la morte della piccola Nicole. «Sul caso, come ministro, mi interessa che la catena di errori, tanti, non debba più ripetersi in un'emergenza neonatale». ●



Il ministro [Beatrice Lorenzin](#)



ALTRI ARTICOLI DI
Prevenzione**Asma dei ragazzi, il
fattore di rischio si
nasconde in casa****Sole e lampade
solari, danno alla
pelle anche dopo
esposizione****Adolescenti e
tumore, allarme
degli oncologi:
"Servono protocolli
per cure efficaci"****La colazione che combatte
l'influenza**Sei in: [Repubblica](#) > [Salute](#) > [Prevenzione](#) > Asma dei ragazzi, il fattore di rischio ...

Commenta | Stampa | Mail

Asma dei ragazzi, il fattore di rischio si nasconde in casa

Lo rivela uno studio del Cnr. Nel 25% delle abitazioni viene superato il limite livelli biossido azoto



Secondo lo studio del Cnr, l'inquinamento domestico è la causa di molti casi di asma fra i ragazzi

ROMA - Si 'nasconde' nelle abitazioni uno dei principali fattori di rischio per l'asma dei ragazzi. In un quarto delle case controllate è stato superato il limite dei livelli di biossido di azoto, un inquinante irritante per le vie aeree, sospettato di indurre una maggiore prevalenza di disturbi respiratori negli adolescenti. È quanto emerge da uno studio dell'[Istituto di biomedicina e immunologia molecolare](#) (Ibim) del Cnr condotto a Palermo e pubblicato su [Environmental Research](#). I risultati sono adattabili a tutti i grandi centri urbani italiani. La ricerca, su un campione di abitazioni palermitane, è stata presentata al [ministero della Salute](#).

INTERATTIVO I rimedi per respirare meglio

"La valutazione di oltre 300 case di Palermo ha evidenziato come i livelli di biossido di azoto superino nel 25% dei casi i limiti di 40 microgrammi/metro cubo indoor definiti dall'Oms", spiega Fabio Cibella dell'Ibim-Cnr. È risultato esposto ad elevate concentrazioni di biossido di azoto nella propria abitazione quasi il 90% dei soggetti asmatici, mentre il 22% dei soggetti allergici ed esposti a elevate concentrazioni di biossido di azoto indoor presentano asma corrente. Anche la funzione respiratoria è risultata peggiore del 15% nei ragazzi

esposti a livelli più elevati di biossido di azoto con storia di asma". "Questo pone problema degli effetti dell'inquinamento urbano sulla salute delle fasce di popolazione più suscettibile, anche nelle proprie case", dice il direttore dell'Ibim-Cnr Giovanni Viegi. "È da notare, nonostante il biossido di azoto derivi anche da sorgenti specificatamente indoor quali le cucine e le caldaie a gas - conclude - che sono proprio le abitazioni delle zone cittadine più centrali e trafficate a mostrare più inquinamento".

TAG [asma](#), [cnr](#), [biossido di azoto](#), [inquinamento](#), [respirare](#)

(23 febbraio 2015)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 mesi di
**QUOTIDIANO
& FILM**
a soli **19,99€**

la Repubblica
M movies live

I più letti

tvzap

la social TV

Seguici su



STASERA IN TV

21:15 - 23:25
**Sfida al cielo - La Narcotici
2**21:10 - 22:55
**Boss in incognito -
Stagione 2 - Ep. 9**

14/100

21:10 - 00:30
L'Isola dei Famosi - Ep. 421:10 - 23:20
Giustizia privata[Guida Tv completa >](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

**1. Braccialetti rossi**

80/100

Mi piace

ilmigliorlibro

ebook



SEGUI IL TUO OROSCOPO


[Cronaca](#)
[Politica](#)
[Esteri](#)
[Regioni e Province](#)
[PA Informa](#)
[Istituzioni](#)
[Video News](#)
[Tg Adnkronos](#)
Fatti - Cronaca - **L'asma dei ragazzi? Colpa dell'inquinamento in casa**

Cerca nel sito



CRONACA

 33%
  33%
  33%

L'asma dei ragazzi? Colpa dell'inquinamento in casa

[Tweet](#)

Articolo pubblicato il: 23/02/2015

Lo smog si cela in casa, specie se si abita in centro e in una zona trafficata. E proprio l'inquinamento domestico è all'origine di una serie di patologie respiratorie fra i giovanissimi. E' quanto emerge da un lavoro dell'Istituto di biomedicina e immunologia molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibim-Cnr) sull'inquinamento degli ambienti indoor, che rivela non solo un'alta frequenza di superamento delle soglie stabilite, ma anche un nesso con l'insorgenza di patologie respiratorie negli adolescenti. Lo studio, svolto in collaborazione con i ricercatori Cnr dell'Istituto di scienze e tecnologie dell'informazione di Pisa e dell'Istituto di analisi dei sistemi ed informatica di Roma, è finanziato dall'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Regione Siciliana ed è pubblicato

su 'Environmental Research'.

I risultati sono stati presentati oggi a Roma, presso il [ministero della Salute](#), nel corso del workshop 'Inquinamento atmosferico interno e salute nelle scuole italiane'. "La valutazione di oltre 300 abitazioni domestiche della città di Palermo ha messo in evidenza come i livelli di biossido di azoto (NO2) superino nel 25% dei casi i limiti (40 µg/m3) indoor definiti dall'Organizzazione mondiale della sanità", spiega Fabio Cibella dell'Ibim-Cnr.

"I livelli più elevati di NO2, un inquinante secondario irritante per le vie aeree e prodotto da qualsiasi processo di combustione in atmosfera, sono stati messi in relazione ad una maggiore prevalenza di disturbi respiratori negli adolescenti - aggiunge l'esperto - E' risultato esposto ad elevate concentrazioni di NO2 nella propria abitazione quasi il 90% dei soggetti asmatici, mentre il 22% dei soggetti allergici ed esposti a elevate concentrazioni di NO2 indoor presenta asma corrente. Anche la funzione respiratoria, misurata mediante spirometria, è risultata peggiore del 15% nei ragazzi esposti a livelli più elevati di NO2 con storia di asma", spiegano i ricercatori.

"Questo ancora una volta pone il problema degli effetti dell'inquinamento urbano sulla salute delle fasce di popolazione più suscettibile (bambini, anziani, adulti con preesistente patologia) anche all'interno delle proprie case", conclude il direttore dell'Ibim-Cnr Giovanni Viegi. "E' da notare, nonostante l'NO2 derivi anche da sorgenti specificatamente indoor quali le cucine e le caldaie a gas, che sono proprio le abitazioni delle zone cittadine più centrali e quindi più trafficata a mostrare i livelli maggiori di inquinamento. I nostri dati, che derivano da un sottocampione di una vasta indagine epidemiologica che ha coinvolto negli anni passati oltre duemila adolescenti palermitani, appaiono pertanto utili e adattabili a qualunque realtà urbana italiana analoga", conclude.

[Tweet](#)

 TAG: [salute](#), [smog](#), [inquinamento](#), [indoor](#), [casa](#), [asma](#), [respiro](#), [cnr](#)

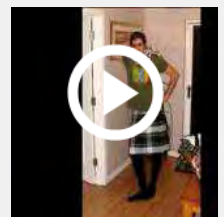
Commenti

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

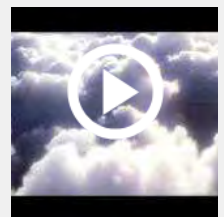
Video



Pappano: "Tedeschi ma 'italiani' i protagonisti della mia 'Aida'"



Turchia, uomini in gonna contro gli stupri sui social



Maltempo, ciclone Hooligan per tutta la settimana



Il dinosauro ricostruito in Time Lapse



Solo 5 secondi per girare il video musicale

23 febbraio 2015

Malattie respiratorie, Cnr: «In una casa su quattro biossido di azoto oltre i limiti. L'impatto sui più giovani»

In un quarto delle abitazioni è superato il limite dei livelli di biossido di azoto, un inquinante irritante per le vie aeree, sospettato di indurre una maggiore prevalenza di disturbi respiratori negli adolescenti. È il risultato di uno studio dell'Istituto di biomedicina e immunologia molecolare del Cnr condotto a Palermo, ma i risultati sono adattabili a tutti i grandi centri urbani. I risultati sono pubblicati su Environmental Research.

È stato appena pubblicato un lavoro dell'Istituto di biomedicina e immunologia molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibim-Cnr) sull'inquinamento degli ambienti indoor, che rivela non solo un'alta frequenza di superamento delle soglie stabilite ma anche il nesso con l'insorgenza di patologie respiratorie negli adolescenti. Lo studio 'Effect of indoor nitrogen dioxide on lung function in urban environment', svolto in collaborazione con i ricercatori Cnr dell'Istituto di scienze e tecnologie dell'informazione di Pisa e dell'Istituto di analisi dei sistemi ed informatica di Roma, è finanziato dall'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Regione Siciliana ed è uscito sulla rivista Environmental Research. I risultati sono stati presentati oggi a Roma, presso il Ministero della salute nel corso del workshop 'Inquinamento atmosferico interno e salute nelle scuole italiane'.

«Esposto» il 90% dei soggetti asmatici. «La valutazione di oltre 300 abitazioni domestiche della città di Palermo - spiega Fabio Cibella dell'Ibim-Cnr - ha messo in evidenza come i livelli di biossido di azoto (NO₂) superino nel 25% dei casi i limiti (40 µg/m³) indoor definiti dall'Organizzazione mondiale della sanità. I livelli più elevati di NO₂, un inquinante secondario irritante per le vie aeree e prodotto da qualsiasi processo di combustione in atmosfera, sono stati messi in relazione a una maggiore prevalenza di disturbi respiratori negli adolescenti. È risultato esposto a elevate concentrazioni di NO₂ nella propria abitazione quasi il 90% dei soggetti asmatici, mentre il 22% dei soggetti allergici ed esposti a elevate concentrazioni di NO₂ indoor presentano asma corrente. Anche la funzione respiratoria, misurata mediante spirometria, è risultata peggiore del 15% nei ragazzi esposti a livelli più elevati di NO₂ con storia di asma».

Se il biossido di azoto è «fatto in casa». «Questo ancora una volta pone il problema degli effetti dell'inquinamento urbano sulla salute delle fasce di popolazione più suscettibile (bambini, anziani, adulti con preesistente patologia) anche all'interno delle proprie case», conclude il direttore dell'Ibim-Cnr Giovanni Viegi. «È da notare, nonostante l'NO₂ derivi anche da sorgenti specificatamente indoor quali le cucine e le caldaie a gas - conclude Viegi - che sono proprio le abitazioni delle zone cittadine più centrali e quindi più trafficate a mostrare i livelli maggiori di inquinamento. I nostri dati, che derivano da un sottocampione di una vasta indagine epidemiologica che ha coinvolto negli anni passati oltre duemila adolescenti palermitani, appaiono pertanto utili e adattabili a qualunque realtà urbana italiana analoga».

23 febbraio 2015

«Spinelli, veleno letale per il cervello» Lo psichiatra lancia l'allarme psicosi

Una ricerca prova la correlazione tra l'utilizzo di cannabis e malattie mentali

I FATTORI DI RISCHIO

OLTRE AGLI SPINELLI POSSONO FAVORIRE L'INSORGENZA DI PSICOSI ANCHE L'ALCOL E LA RIDUZIONE DEL SONNO



ALLARME DROGHE

Anche un solo spinello può essere pericoloso
E' necessario lanciare un messaggio netto e definitivo

L'UNICA CURA

Non cominciare con le sostanze stupefacenti oppure smettere subito

di ILARIA ULIVELLI

NON C'È da scherzare perché i ragazzi si giocano il cervello. L'uso e abuso di droga, ma anche di alcol, tra giovani e giovanissimi è un'emergenza sociale e sanitaria. «Anche un solo spinello può essere pericoloso, è necessario un messaggio netto e definitivo», spiega sulla scorta di risultati di una recente ricerca scientifica, lo psichiatra Stefano Pallanti, professore di Psichiatria, direttore a Careggi di Psicologia clinica e psicoterapia.

Un rischio serio per la salute dei ragazzi. Fisica e psichica. E' stato documentato un aumento delle malattie mentali gravi, delle psicosi, a causa dell'abuso di sostanze: verificata la correlazione diretta tra abuso di droghe, anche leggere, come lo spinello e la maggiore incidenza di psicosi.

Il pericolo più serio è per gli adolescenti.

«Ci sono strutture del cervello sensibili ai cannabinoidi che nell'adolescenza interferiscono con lo sviluppo del sistema di controllo e di monitoraggio della corteccia cerebrale. Il mancato corretto sviluppo facilita la comparsa di sintomi psichiatrici. Sia disturbi gravi dell'umore, ansia, depressione, ma anche deliri, allucinazioni, appiattimento emotivo: quest'ultimo uno dei sintomi più evidenti d'esordio delle psicosi».

Cosa succede al momento dell'esordio psicotico?

«Se i giovani smettono subito l'assunzione di cannabinoidi la situazione può migliorare, il decorso è favorevole. Se invece continuano, la malattia va avanti. I risultati di uno studio pubblicato a febbraio, durato tre anni, parlano chiaro e dimostrano la correlazione diretta tra assunzione di droghe e psicosi».

Qual è la cura?

«Non cominciare a usare droghe. O

smettere subito. I danni sono recuperabili fino a un certo punto, anche grazie all'assunzione di specifici supplementi alimentari. Non c'è bisogno immediatamente di cure mediche».

Ci sono giovani predisposti, altri meno a rischio. Tanti tra gli adulti di oggi hanno fumato e continuano a fumare spinelli.

«Il problema è che in soggetti geneticamente predisposti anche solo qualche spinello può essere molto pericoloso. E di solito sono proprio i ragazzi più fragili che si avvicinano alle sostanze. Chi avverte anche un lieve sintomo, durato magari pochi secondi, dopo aver fumato, deve smettere subito. E' un campanello d'allarme. In età adulta non fa male quanto nelle fasi dello sviluppo».

Il messaggio dev'essere chiaro. Anche da parte dei medici.

«Non solo da parte dei medici che devono fornire le corrette informazioni sui rischi gravi che si corrono, ma anche da parte della famiglia che deve impartire regole di comportamento, degli insegnanti. Della società. Se un politico, com'è accaduto, dice: 'meglio uno spinello di un bicchiere di whisky' non sa di fare un danno enorme. sarebbe come dicesse meglio uno scippo da una rapina a mano armata. Dobbiamo difendere soprattutto i minori. Che iniziano a fumare sigarette a 12, 13 anni».

Non solo droga. Ma anche alcol. Quali sono i fattori di rischio?

«Alcol e riduzione del sonno interferiscono con la normale plasticità del cervello che deve crescere. Se si incrementano gli ormoni dello stress e il cervello viene stimolato con sostanze troppo aggressive, la plasticità si perde e la corteccia non si sviluppa come dovrebbe».

