

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

Di parto si muore ancora: in Italia 39 decessi in due anni

L'emorragia ostetrica è la prima causa di mortalità, ma ci sono anche le sepsi, le malattie infettive e le complicazioni nelle gravidanze da procreazione assistita. Da due anni è in piedi un progetto pilota di sorveglianza coordinato dall'Iss che coinvolge 6 regioni



VALENTINA ARCOVIO

Ogni volta che nel nostro paese vengono messi al mondo 100mila bambini, ci sono 10 donne che muoiono per la gravidanza o il parto. Un evento raro, è vero. Ed è in linea con la media dei paesi europei, come Regno Unito e Francia. Ma non per questo più accettabile, specialmente oggi dopo gli straordinari progressi compiuti in medicina. Eppure, in questi due anni in Italia sono morte 39 donne, la maggior parte delle quali a causa di complicanze ostetriche della gravidanza e del parto. E forse potrebbero essercene di più. Poche o molte: questo non lo sappiamo. Perché il progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (iss), ha coinvolto solo 6 regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia).

PROGETTO DI SORVEGLIANZA ATTIVA

In particolare, la sorveglianza attiva, messa in piedi da due anni dal Centro Nazionale di Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Iss, 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. Il fatto di non aver raggiunto una copertura ottimale, non ha reso di certo il lavoro più facile. Anzi, il progetto rappresenta un lodevole tentativo 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. Per farlo sono state seguite due metodologie diverse: 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. Il record linkage ha permesso di rilevare anche le morti materne tardive avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza.

CAUSE DEI DECESSI

Il 12% delle morti tardive rilevate è attribuibile al suicidio, che avviene in due casi ogni centomila nati vivi delle regioni partecipanti. 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. Delle 29 morti sottoposte a indagini confidenziali 12 sono risultate associate ad

assistenza inappropriata ed esito evitabile. Quindi vite che potevano essere salvate.

“Il rischio di mortalità materna - sottolinea Serena Donati, del reparto Salute della donna e dell'età evolutiva dell'Iss - 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 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». Tra le regioni partecipanti, infatti, 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.

PROSSIMI OBIETTIVI

Ora l'Iss punta ad allargare la rete dei presidi sanitari monitorati. Entro quest'anno si prevede l'ingresso di altre due Regioni, la Lombardia e la Puglia, in modo da arrivare a una copertura pari al 75 per cento dei nati in Italia. Nel frattempo 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 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. Infine, entro quest'anno l'Iss ha dichiarato di voler produrre una Linea-Guida specifica per l'emorragia del post-partum.

DECINE DI COPPIE COSTRETTE A EMIGRARE ALL'ESTERO PER L'INSEMINAZIONE

Non ci sono donatori, l'eterologa non decolla

ALESSANDRA CORICA A PAGINA VII

La sanità

Registro inesistente e donatori assenti eterologa paralizzata

Da dicembre nessun passo avanti in Lombardia alle coppie non restano che i centri a pagamento

Molte difficoltà per reperire i gameti che non possono essere comprati

Antinori "Nel pubblico manca la sensibilità necessaria"

ALESSANDRA CORICA

DIFFICOLTÀ nel trovare le donatrici e registro regionale fermo: a nove mesi dalla sentenza della Consulta, a Milano l'eterologa stenta a partire. Perlomeno negli ospedali pubblici, visto che nelle strutture private le procedure sembrerebbero in corso. E nonostante le richieste ci siano: da novembre a oggi nel poliambulatorio dell'Institut Marqués, la clinica spagnola che in autunno ha aperto una sede in via Pallavicino nella quale le coppie possono fare gli esami preliminari al transfert (che avviene in Spagna) e i controlli successivi, sono arrivate 778 richieste. A dimostrazione che l'esodo verso l'estero continua.

Sono almeno 6 mila, secondo le stime, le coppie lombarde che aspettano di avere un bambino con l'eterologa. Un'attesa che, in molti casi, va avanti da anni. E che stenta ad accorciarsi: a settembre la Regione ha stabilito che le procedure in Lombardia sono del tutto a pagamento (unica regione in Italia). E ha affidato al Policlinico il compito di organizzare un registro regionale che tenga traccia delle donazioni. L'ospedale ha inviato la procedura alla Regione prima di Natale: da allora, però, tutto è rimasto fermo. Anche perché nel frattempo è arrivata la decisione di Roma di inserire l'etero-

loga tra i livelli essenziali di assistenza e quindi di renderla gratuita (operazione per il cui finanziamento il governo finora però non ha dato alle regioni fondi in più) e di creare un registro nazionale.

Tutto in stand by, insomma. Anche a causa delle difficoltà nel reperire i gameti che sono necessari per fare le procedure. E che in base alla legge 40 non possono essere commercializzati ma solo donati. «Proprio per questo — ragiona la ginecologa Alessandra Kustermann, primario del Policlinico — sarebbe necessaria una sorta di "pubblicità progresso", per incentivare le donne a donare. Il messaggio che dovrebbe passare è che si tratta di un atto altruistico, simile a quello che viene fatto dai volontari che vanno in Africa a combattere contro Ebola».

Due sole, quindi, le scelte per le coppie milanesi che non vogliono restare in attesa: andare all'estero o rivolgersi ad alcuni privati. Ed ecco allora spiegati i dati dell'Institut Marqués: dall'apertura a novembre, nella clinica di via Pallavicino sono arrivate quasi 800 richieste, e 122 sono i pazienti seguiti. Ma anche quelli che Severino Antinori, pioniere della fecondazione assistita e guida della clinica privata Matris in via dei Gracchi, dice di aver ottenuto: «Dal luglio abbiamo avuto 25 gravidanze grazie all'eterologa. E sono già nati alcuni bambini, a partire da febbraio, tra Milano, Roma e la Puglia». Un risultato, quello raccontato da Antinori (che dopo aver annunciato le prime gravidanze è stato sottoposto a controlli dei Nas e dell'Asl), che avrebbe superato anche la difficoltà di reperire i gameti. Come? «Le coppie si sono procurate in via privata i gameti, rivolgendosi a centri esteri certificati — puntualizza Antinori — e facendo poi inviare alla clinica il materiale. Che è sottoposto a screening, rispetta gli standard ed è reperito in modo trasparente e legale. Abbiamo ottenuto una gravidanza nel 50 per cento dei casi. Siamo anche riusciti a trovare donatori e donatrici. Credo che, nel pubblico, manchi ancora quella sensibilità che, su questo fronte, è necessaria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





SEIMILA

Sono le coppie che
in teoria in
Lombardia
vorrebbero
accedere
alla fecondazione
eterologa

Eterologa. Primi bimbi nati, Nas in clinica romana

All'ospedale Careggi di Firenze, intanto, un solo donatore supera la selezione

ROMA

Una ispezione dei carabinieri del Nucleo antisofisticazioni e sanità (Nas), del Centro nazionale trapianti (Cnt) e della Asl, è stata condotta lunedì a Roma nella clinica Alma Res Fertility dove sono nati i primi due bambini (due gemelli, un maschio e una femmina) con fecondazione eterologa. Gli uomini dell'Arma e gli altri tecnici vogliono verificare la documentazione e la regolarità della gestione della clinica guidata dal ginecologo Pasquale Bilotta. Per il medico «è stato trovato tutto in regola» e anche in merito al delicato tema dei rimborsi alla donatrice, sui quali sono state fatte alcune precise domande, sarebbe avvenuto tutto nella norma. «Alla donatrice di ovocita – ha spiegato Bilotta – è stato riconosciuto un rimborso spese di poco più di 200 euro per i taxi, una colazione, un pranzo e le spese per l'assistenza di una infermiera per la somministrazione di alcuni farmaci».

La sicurezza ostentata da Bilotta è però cautamente raffreddata dai carabinieri. Da fonti investigative si è appreso infatti che per conoscere i risultati dell'ispezione ci potranno volere anche «alcune settimane». I controlli hanno riguardato le autorizzazioni, la tracciabilità dei gameti e anche i rimborsi del-

le spese della donna che ha donato gli ovociti. Argomento spinoso, quest'ultimo, perché ancora non regolato dalla legge. Che dovrà indicare cosa e come potrà essere rimborsato. Secondo quanto trapelato sarà quindi necessario del tempo affinché il **ministero della Salute** e le istituzioni sanitarie possano avere certezza sulla regolarità di tutta la procedura eseguita nella struttura romana. Comunque, nella clinica l'attività continua: «Stiamo seguendo sette gravidanze da fecondazione eterologa, tutto secondo le norme vigenti. Da fine aprile, quindi, avremo altre nascite», ha dichiarato Bilotta.

Intanto, all'ospedale fiorentino di Careggi, dove dallo scorso settembre è stata avviata la fecondazione eterologa, mancano i donatori di gameti. Uno solo dei dodici soggetti che si sono fatti avanti ha superato i test di selezione previsti. Inoltre, nessuna donna ha intrapreso la strada della donazione degli ovociti. Ad annunciarlo è stato Nicola Maggi, direttore del Centro di medicina della sessualità e andrologia dell'Università di Firenze e presidente di "Andrological sciences onlus". «Ad oggi – ha affermato –, solo il 10% delle persone che fanno richiesta viene selezionato. Da quando abbiamo aperto il servizio al centro di crioconservazione di liquido seminale operante a Careggi, abbiamo avuto dodici soggetti che si sono proposti come donatori, ma di questi solo uno ha fin qui terminato positivamente il percorso». **(V. Sal.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IO CHE HO DONATO GLI OVULI (e sono più felice)

Il 9 marzo, a Roma, sono nati i primi «figli» dell'eterologa «italiana», quasi un anno dopo la sentenza che l'autorizza nel nostro Paese. Dove però, per tante che vogliono diventare madri, ci sono pochissime donne disposte ad aiutarle. Una che lo ha fatto ci racconta perché

di IRENE SOAVE

«**H**o avuto una grazia, ora la restituisco. È tutto. Sì, dico grazia perché sono cattolica. Per la mia religione ho sbagliato, ma i gemelli li ho battezzati». Luisa (il nome è di fantasia), messinese, ha 33 anni. Si è sposata a 26 e a 29 i figli non venivano; definisce «un calvario» la fecondazione assistita che l'ha resa mamma di Anna e Francesco. «E se posso aiutare una come me, non ho cuore di non farlo». Così, appena la sentenza della Corte Costituzionale del 9 aprile 2014 ha dichiarato legittimo il ricorso a un donatore esterno di ovuli o spermatozoi nei casi di infertilità, ha chiamato la clinica Hera/Umr di Catania dove i suoi bimbi sono stati concepiti. «E ho chiesto di poter rendere il favore», donando gli 11 ovociti che rimanevano dal suo prelievo.

È grazie a un gesto come il suo che pochi giorni fa, a Roma, sono nati i primi figli dell'eterologa italiana: una donna di 47 anni li ha concepiti con gli ovuli di una connazionale più giovane (può donare chi ha tra i 20 e i 35 anni). Ma le donatrici italiane sono pochissime: pur essendo lecite da 11 mesi, l'eterologa continua a funzionare soprattutto con donatrici straniere, in ambulatori che fanno visite e prelievi di seme in Italia, spediscono tutto all'estero e li portano la paziente, in giornata, solo per l'impianto.

Perché? «C'è poca informazione», spiega Laura Volpini, presidente dell'Aidagg, l'associazione nazionale dei donatori di gameti. «Si pensa che l'ovodonazione sia dolorosa: certo, donare lo sperma è più facile. Una donatrice deve fare uno screening di eventuali condizioni genetiche, psichiche, malattie trasmissibili. Se è tutto a posto, si fa una stimolazione ormonale che dura quanto un ciclo – per produrre più ovociti in una volta – e un intervento ginecologico che dà poco più fastidio di un pap test. Donare il midollo è molto più duro, eppure i donatori non mancano».

«O c'è chi pensa che per ogni ovocita donato si accorci il proprio periodo fertile, ma non è così. Spesso», continua Volpini, «le più "altruiste" sono le donne che hanno avuto figli con aiuti medici: un po' perché si immedesimano, un po' perché

la stimolazione ovarica e il prelievo di ovociti li hanno fatti comunque per la propria, di gravidanza».

Luisa ammette: «Per me è stato più facile. Non so se dal nulla avrei fatto questa scelta: a causa dei miei problemi di fertilità, per produrre abbastanza ovociti mi hanno dovuta bombardare di ormoni, ed è stato un calvario». E se ci fosse un compenso economico, come in molti Paesi? «Per me non cambierebbe nulla. Ma credo smuoverebbe qualcuna delle donne che oggi pontificano "non lo farei mai", e non capiscono come stanno quelle in fila per i tuoi ovuli. Io non sono mai riuscita a dire ok, vivrò senza figli».

A parte la sentenza della Corte Costituzionale manca ancora una legge sull'eterologa, che darebbe regole chiare a questioni sospese: per ora, per esempio, le cliniche fanno coincidere l'etnia di donatrice e ricevente (una mamma italiana non riceve gameti asiatici, per esempio), ma ci si può spingere – e in alcuni ambulatori succede – fino a scegliere donatrici somiglianti alla futura mamma? E sarà possibile – un decreto presentato e poi lasciato cadere quest'estate lo disponeva – che dopo i 25 anni d'età il figlio conosca i donatori? «Non penso mai», spiega Luisa, «a chi saranno i bambini nati con il mio contributo. E non mi turberebbe sapere che i miei ovuli li ha avuti una mamma single. So che se li ha cercati, li amerà. Ma se la legge lo dirà, sono pronta anche a sentirmi bussare alla porta, un giorno. E spiegare ai miei figli che in giro c'è un ragazzo che ha un bel pezzo in comune con loro».



CASSAZIONE/ Bimba Down caso aperto: la Corte si rimette al vaglio delle Sezioni Unite

Se la nascita è «indesiderata»

La madre chiede il ristoro dei danni ma la giurisprudenza è divisa

Saranno le Sezioni Unite a dire l'ultima parola sul cosiddetto «diritto a non nascere», e al risarcimento, in caso di gravi malattie. Un vero e proprio caso di scuola che ha animato il dibattito giurisprudenziale negli ultimi decenni, da quando la capacità di approfondimenti diagnostici prenatali ha fatto un balzo in avanti. Una giurisprudenza così contrastante che ha spinto la terza sezione civile della Cassazione a rimettersi, con **ordinanza n. 3569/2015** del 23 febbraio, al vaglio delle Sezioni Unite. Nella fattispecie, una coppia di coniugi aveva intrapreso un'azione legale contro l'équipe medica e la struttura in cui era nata la figlia affetta da sindrome di Down.

Con l'obiettivo di ottenere il risarcimento dei danni conseguiti alla nascita della stessa, assumendo che la donna era stata «avviata al parto senza che fossero stati disposti approfondimenti, benché i risultati degli esami ematochimici effettuati alla 16^{ma} settimana avessero fornito valori non rassicuranti». Per la coppia, in gravidanza, la madre non fu informata della situazione. Il giudizio civile coinvolse il primario e il direttore del laboratorio di analisi dell'Asl di Lucca, assolti dalle corti di merito secondo le quali «anche a voler considerare provata la volontà della gestante di orientarsi verso l'aborto, non emergono indizi per ritenere che sussistesse il diritto di ricorrere alla interruzione della gravidanza, in presenza dei presupposti di legge, e cioè del grave pericolo per la salute fisica o psichica». Inoltre, affermarono che: «L'ordinamento positivo tutela il concepito e l'evoluzione della gravidanza esclusivamente verso la nascita, non essendo configurabile un diritto "a non nascere" o "a non nascere se non sano"» e di conseguenza il risarcimento per il pregiudizio conseguente alla nascita. Tesi contestata dai genitori, secondo i quali la prova della volontà di interrompere la gravidanza sarebbe stata possibile solo in presenza di una corretta informa-

zione. In caso contrario si chiederebbe alla donna una prova diabolica se non addirittura "impossibile".

Due posizioni opposte. Da una parte la teoria secondo la quale "è più probabile che non" «che la gestante interrompa la gravidanza se informata di gravi malformazioni del feto» (Cass. 6735/2002, 14488/2004, 13/2010 e 15386/2011). Precisando, peraltro, che l'esigenza di prova sorge solo quando il fatto sia contestato dal medico (Cass. 22837/2010). La seconda teoria, invece, ritiene che l'aborto non sia decisione automatica e, in particolare, la sentenza 16754/2012 ha evidenziato che in mancanza di una preventiva «espressa e inequivoca dichiarazione della volontà di interrompere la gravidanza in caso di malattia genetica la prova della scelta di abortire non può essere desunta dal solo fatto che la gestante abbia chiesto di sottoporsi a screening neonatali, poiché tale richiesta è solo un indizio privo dei caratteri di gravità e univocità». Ma i contrasti in giurisprudenza non finiscono qui. Ancora più marcato è il contrasto sulla questione della legittimazione del nato a pretendere il risarcimento del danno. L'orientamento prevalente esclude vi sia un "diritto a non nascere" o a "non nascere se non sano" (Cass. 14488/2004; Cass. 16123/2006 e Cass. 10741/2009).

Il secondo orientamento, al contrario, afferma che dovrebbe ammettersi che «il diritto al risarcimento possa essere fatto valere dopo la nascita anche dal figlio, il quale si duole in realtà non della nascita dello stato di infermità che sarebbe mancato se non fosse nato (Cass. 9700/2011), ma dei costi e problemi che la nascita malformata comporta, a nulla rilevando né che la sua patologia fosse congenita, né che la madre, ove fosse stata informata della malformazione, avrebbe scelto di abortire» (Cass. 16754/2012).

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA NUTRIZIONE DEL BAMBINO È PARTICOLARMENTE IMPORTANTE NEI PRIMI 1000 GIORNI

Latte di mamma e dieta su misura

UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE NEI PRIMI MILLE GIORNI DI VITA DEL BAMBINO CONTRIBUISCE A RIDURRE IL RISCHIO DI MALATTIE CRONICHE. IL LATTE MATERNO RESTA L'ALIMENTO ESCLUSIVO NEI PRIMI SEI MESI. L'IMPORTANZA DELLA VITAMINA D.

Latte di mamma finché si può e dieta su misura: l'alimentazione nei primi mille giorni di vita di un bimbo è uno dei segreti di una crescita sana e pone le basi per la sua salute futura.

Perché i primi anni contano

I primi mille giorni della vita di un individuo sono, secondo la teoria del Nutritional Programming, un periodo cruciale per l'intera esistenza. In questo periodo, infatti, gli organi e i sistemi del bambino sono particolarmente sensibili a stimoli precoci che possono programmare lo sviluppo e le condizioni di salute del futuro adulto. Come affermato anche dalla Organizzazione mondiale della sanità, i primi 2 anni di vita di un bimbo sono cruciali perché in questo periodo una corretta nutrizione contribuisce a ridurre il rischio di sviluppare malattie croniche.

Nei primi anni di vita la scelta e il ruolo del latte sono decisivi per la crescita immediata, ma anche per il futuro benessere dell'individuo. Per garantire sempre il latte più adatto al bambino nel corso dei primi 3 anni, l'Oms raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per almeno i primi 6 mesi di vita e di proseguire anche durante lo svezzamento e dopo l'anno il più a lungo possibile, secondo il desiderio di mamma e bimbo.

Il bambino non è un "piccolo adulto" e quindi anche il latte deve essere a misura di bambino. Il latte vaccino, che ha un contenuto di proteine triplo rispetto al latte materno

ed è povero di ferro, è il meno indicato per i neonati e i lattanti e non è raccomandato prima dei 12 mesi. Un atteggiamento ancora più prudente suggerisce di rimandare l'introduzione del latte vaccino dopo i 24 mesi. L'uso precoce del latte vaccino, ammoniscono gli esperti, potrebbe contribuire a uno sbilanciamento nella dieta. Questo alimento, infatti, non risponde al fabbisogno di un bambino che, comparato a quello di un adulto, necessita, ad esempio, di 5 volte in più di ferro in proporzione al peso.

Studi recenti dimostrano però che molti bambini nella maggior parte dei Paesi europei sono esposti a un regime nutrizionale squilibrato.

Recentemente anche EFSA, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare, si è espressa indicando, laddove non sia possibile l'allattamento al seno, il latte di crescita come uno dei possibili interventi nutrizionali dopo l'anno che il pediatra ha a disposizione per riequilibrare carenze ed eccessi potenziali di alcuni nutrienti.

Vitamina D e sviluppo delle ossa

Lo studio "Vitamin D in the Healthy European Paediatric Population" esamina la carenza della vitamina D nei bambini europei sani. Negli ultimi anni i dati evidenziano una ricomparsa di casi di carenza di vitamina D in età pediatrica nei Paesi occidentali che ha sti-

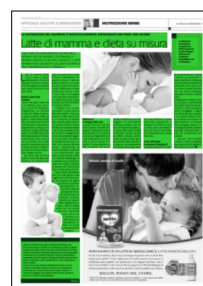
molato un'attenzione sempre maggiore nei professionisti del settore sanitario, nei media e nell'opinione pubblica. Lo scopo dello studio è infatti evidenziare questa sempre più diffusa carenza, sottolineare allo stesso tempo gli effetti benefici della vitamina D e proporre raccomandazioni sulla prevenzione dalla carenza di tale vitamina in questa fascia della popolazione. La vitamina D ha infatti un ruolo di primo piano nel metabolismo del calcio e del fosforo ed è essenziale per la salute delle ossa.

Come affrontare la carenza di vitamina D

La carenza di vitamina D si palesa principalmente tra i neonati, i bambini e gli adolescenti nei Paesi occidentali, in certi gruppi, come ad esempio i bambini e gli adolescenti con la pelle scura, che vivono nei paesi del Nord (che non hanno un'adeguata esposizione al sole) e i bambini obesi.

L'integrazione dovrebbe essere promossa e supervisionata dai pediatri. I bambini e gli adolescenti in salute dovrebbero venire incoraggiati a seguire uno stile di vita sano, associato a un normale indice di massa corporea, che include una dieta alimentare con alimenti che contengano vitamina D e un'adeguata attività all'aperto associata all'esposizione al sole, con le opportune precauzioni.

Solo per i casi di bambini a rischio è invece consigliabile l'assunzione orale di vitamina D, prima dell'anno di età. ■



La vitamina D ha un'azione ormonale con effetti importanti sia sullo sviluppo delle ossa sia sul sistema immunitario e sul metabolismo.

Il latte è l'alimento base nella nutrizione del bambino nel primo anno di vita e mantiene la sua rilevanza anche in seguito. L'importanza della presenza del latte nell'alimentazione è data dal fatto che il latte è l'alimento liquido più ricco di componenti nutrizionali di cui possiamo disporre. Questa caratteristica è importante perché consente di utilizzare il latte, generalmente gradito al bambino, quale "equilibratore" nella composizione della sua dieta.

Dopo l'anno di vita, qualora l'allattamento al seno non sia possibile, è possibile scegliere un latte con composizione modificata, che renda il contenuto proteico, in ferro e in vitamina D, adeguato alle esigenze della crescita, sempre in accordo con l'opinione del pediatra.

focus

Parto prematuro, Gsk va in fase III con retosiban



17 marzo 2015

GlaxoSmithKline ha reso noto di aver avviato un programma di fase III per valutare l'efficacia e la sicurezza di retosiban, un nuovo antagonista sperimentale dell'ossitocina studiato per ritardare le nascite premature. Il farmaco è un antagonista altamente selettivo del recettore dell'ossitocina con un'attività verso il recettore della ossitocina 1400 volte più elevata rispetto al recettore della vasopressina.

I bambini che nascono prematuri possono affrontare gravi problemi di salute, e retosiban è in fase di sviluppo come un potenziale trattamento per migliorare gli esiti neonatali di bambini nati da donne in travaglio spontaneo pretermine. Il trattamento ha lo scopo di bloccare gli effetti della ossitocina, che è prodotto dal corpo durante la gravidanza, prolungando di conseguenza il tempo di gestazione.

Il primo studio nel programma di Fase III verrà condotto per testare l'efficacia e la sicurezza del nuovo trattamento rispetto ad atosiban, una antagonista misto della ossitocina e della vasopressina. La misura di esito primaria sarà il tempo al parto dopo l'inizio del trattamento. Gli endpoint secondari misureranno la morbilità neonatale e la mortalità, e uno studio di follow-up sarà possibile valutare la sicurezza a lungo termine e gli esiti per i bambini nati da madri che hanno partecipato agli studi.

La nascita prematura ha una incidenza del 5-10% ed è associata a un rischio superiore di mortalità e morbilità neonatale (es. sindrome da distress respiratorio, emorragia intraventricolare, disabilità neurologica). Ritardando il parto prematuro imminente si riesce ad adottare tutte le misure più idonee per migliorare gli esiti del parto stesso, prima tra tutte la somministrazione di corticosteroidi (che accelerano la maturazione dei polmoni fetali e riducono la morbilità e mortalità neonatale) e l'eventuale trasferimento della gravida in un centro dotato di un reparto di terapia intensiva neonatale.

[[chiudi questa finestra](#)]

Tumore al polmone, 8 italiani su 10 ignorano che il fumo passivo può provocarlo



Autore: Redazione, 18 Mar 2015

Tweet

0

g+1

0

Share

Veneto: tabagista il 18% dei cittadini con 3.080 CASI cancro al polmone; il prof. Pierfranco Conte: “Il 25 della popolazione del nostro Paese è esposto ai pericoli delle sigarette. Le istituzioni devono al più presto estendere i divieti a tutti gli ambienti chiusi o troppo affollati”



In Veneto il tumore al polmone colpisce ogni anno circa **3.080 persone** (40.000 in tutto il Paese). È la **terza neoplasia più frequente** ma gli italiani non sembrano essere ben informati sulle cause. **8 cittadini su 10, infatti, non sanno che il fumo passivo provoca la malattia.** Una diffusa ignoranza che preoccupa, visto che la metà (il 49%) ammette di accendersi spesso una “bionda” in presenza di bambini. E per il 43% smettere con le sigarette non riduce il rischio di sviluppare questa patologia.

Sono alcuni dei dati emersi dal sondaggio condotto dall'[Associazione Italiana di Oncologia Medica \(AIOM\)](#) su oltre 3.000 cittadini. L'indagine è stata presentata in questi giorni all'[Istituto Oncologico Veneto \(IOV\)](#) di Padova e fa parte della campagna nazionale di sensibilizzazione sul tumore del polmone. L'iniziativa, promossa dall'AIOM con il patrocinio della Fondazione “Insieme contro il Cancro” e dell'associazione di pazienti “WALCE” (Women Against Lung Cancer in Europe), prevede un tour in otto regioni ed è realizzata con il supporto di [Boehringer Ingelheim](#).

“Il cancro al polmone si caratterizza da un forte stigma sociale - afferma il prof. Pierfranco Conte direttore dell'Oncologia Medica 2 dello IOV e coordinatore tecnico scientifico della Rete Oncologica Veneta -. Il 59% degli intervistati ritiene che chi è colpito dalla malattia, soprattutto se si tratta di un tabagista, sia ‘colpevole’ della sua condizione. In Veneto il 18,6% della popolazione fuma regolarmente. Ricordiamo che respirare sigarette, proprie e altrui, determina il 90% del totale dei decessi per tumore del polmone. E il fumo passivo è un importante fattore di rischio, che aumenta fino al 30% le probabilità di sviluppare la malattia. Ma troppi ignorano le regole fondamentali della prevenzione. Per questo abbiamo deciso di promuovere un progetto nazionale rivolto a cittadini, oncologi e Istituzioni”. L'AIOM ha realizzato anche un'indagine fra i propri soci e in tutti i centri di oncologia della penisola sono stati diffusi due opuscoli informativi: uno sui danni del fumo passivo (e attivo), da distribuire anche negli ambulatori dei medici di medicina generale, l'altro su come affrontare al meglio questa neoplasia, destinato ai pazienti e ai familiari. Il bisogno di informazione è molto alto: l'89% degli intervistati vorrebbe, infatti, ricevere maggiori notizie sulla malattia e per il 72% servono più campagne di prevenzione. **Il fumo passivo rappresenta il principale fattore inquinante degli ambienti chiusi e provoca nel mondo oltre 600.000 morti l'anno.** “Il 25% della popolazione italiana è esposto ai suoi rischi - sottolinea il prof. Conte -. Sarebbe opportuno estendere i divieti antifumo a tutti gli ambienti chiusi o troppo affollati come automobili, spiagge, stadi e parchi. Solo così è possibile difendere la salute di tutti i cittadini, specialmente delle persone più a rischio, come donne in gravidanza e bambini”.

Una parte importante della campagna è il sondaggio fra oltre 850 specialisti. “Abbiamo condotto questa indagine interna per capire come viene affrontata e trattata la patologia - continua il prof. Conte -. Il 78% degli oncologi ritiene che questi pazienti siano colpevolizzati, soprattutto se si tratta di fumatori. Inoltre l'86% afferma che lo stigma può influire negativamente sullo stato di salute complessivo. La probabilità di sviluppare una neoplasia polmonare è 14 volte più alta tra i fumatori rispetto ai non tabagisti. Però è fondamentale che il malato avverta la comprensione del personale medico e l'affetto dei familiari. Ben il 95% degli oncologi dichiara di rivolgere domande sul possibile stato di disagio interiore”. In Italia il cancro del polmone è uno dei cosiddetti “big killer” ed è difficile individuarlo in fase iniziale. Negli ultimi anni, la percentuale di persone che hanno superato la soglia dei 5 anni senza ricadute è aumentata: negli uomini dal 10 al 14%, nelle donne dal 12 al 18%. “Questi risultati positivi sono dovuti anche alla ricerca, che permette agli oncologi di somministrare terapie più efficaci - prosegue il prof. Conte -. Tra le nuove molecole, **afatinib ha un meccanismo d'azione innovativo e si differenzia dai trattamenti mirati attualmente disponibili** perché è in grado di inibire in maniera irreversibile quei recettori che svolgono un ruolo centrale nello sviluppo e nella diffusione dei tumori più pervasivi e a mortalità elevata come il carcinoma polmonare”.

“I progetti focalizzati sulla prevenzione e sulla creazione di cultura sulla patologia rappresentano la nuova frontiera nella collaborazione tra società scientifiche e aziende farmaceutiche. La nostra azienda è orgogliosa di collaborare con AIOM e poter contribuire alla realizzazione di questo importante progetto - conclude la dott.ssa Anna Maria Porrini, presidente di [Boehringer Ingelheim](#) -. Lavoriamo per migliorare l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci esistenti, sintetizzare nuove molecole per realizzare medicinali innovativi. Il nostro scopo è fornire ai pazienti le migliori terapie possibili”.

Condividi

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

STRATEGIE DI CURA

Tumori urologici: «Servono terapie condivise da più specialisti e centri»

Quelle di prostata e vescica sono tra le forme di cancro più frequenti. In Italia cure e sopravvivenza di buona qualità, ma deve migliorare il dialogo fra gli esperti

di Redazione Salute Online



Per la prima volta nel nostro Paese cinque società scientifiche si uniscono nella lotta ai tumori della prostata, della vescica, del rene, del testicolo e del pene. AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), AIRO (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica), CIPOMO (Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri), SIU (Società Italiana di Urologia) e SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica) hanno siglato un accordo per realizzare un vero e proprio team multidisciplinare uro-oncologico. L'obiettivo è migliorare il dialogo fra gli specialisti per creare percorsi di cura condivisi e uniformi su tutto il territorio, individuare i centri di riferimento e favorire il lavoro in team, definendo anche i requisiti minimi che le strutture devono raggiungere per trattare queste malattie.

La stragrande maggioranza dei pazienti sopravvive

«In Italia siamo all'avanguardia nella gestione dei pazienti colpiti dalle neoplasie uro-oncologiche, come dimostrano le alte percentuali di sopravvivenza nel carcinoma della prostata (91 per cento), del testicolo (94) e della vescica (80) – commentano i presidenti delle società scientifiche coinvolte –. Ma persiste ancora la problematica della comunicazione fra urologo, oncologo, radioterapista e le altre figure chiave coinvolte. Partendo da questa base, come società scientifiche ci siamo riuniti e abbiamo dato vita ad un processo per la condivisione e la definizione del team multidisciplinare per i tumori urologici. Si tratta infatti di un processo insieme culturale e clinico-organizzativo. La patologia oncologica in ambito urologico necessita sempre più di una formazione e di un approccio di questo tipo».

A dicembre un meeting per migliorare il lavoro in team

In ambito uro-oncologico rientrano alcune fra le neoplasie più frequenti nella popolazione italiana: il cancro della prostata, che nel 2014 ha fatto registrare 36mila nuove diagnosi, è il terzo più frequente (11 per cento di tutti i casi) e quello della vescica, con circa 26mila nuovi casi annui (21mila tra gli uomini e 5mila tra le donne), si colloca al quinto posto. «Abbiamo costituito cinque gruppi di lavoro – continuano i presidenti – che si occuperanno di temi specifici, che spaziano dall'organizzazione all'analisi della gestione economica fino agli aspetti istituzionali e normativi. Il risultato del loro lavoro sarà formalizzato

il prossimo dicembre durante una Consensus Conference a Milano in cui i rappresentanti delle società scientifiche con l'insieme dei presidenti saranno chiamati a produrre un documento condiviso, che diventerà immediatamente operativo. In questo processo saranno coinvolti i rappresentanti delle Istituzioni e delle Associazioni dei pazienti».

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

TUMORI

Protesi mammarie in Francia, nuovo allarme tumori

Al vaglio degli esperti il legame fra impianti al silicone e una rara forma di tumore del sangue, linfoma anaplastico a grandi cellule. Ministero della Salute italiano: «Le protesi sono sicure, ma sorvegliamo»



L'allarme protesi al seno torna a scuotere la Francia. Dopo la vicenda del 2011, quando circa duemila donne avevano presentato denuncia contro la società Pip (Poly implants prothesis) accusata di produrre protesi difettose usando materiale scadente (lo stesso usato per sigillare fessure di rubinetti e docce), ora le autorità sanitarie del Paese denunciano l'aumento di una particolare forma di tumore del sangue, il linfoma anaplastico a grandi cellule, che sarebbe legato a diversi tipi di impianti mammari.

La vicenda francese

L'allarme è stato lanciato dagli esperti dell'Istituto nazionale dei tumori francese, come riporta il quotidiano Le Parisien: «Il rischio appare quantitativamente debole – si legge sul quotidiano -: 18 nuovi casi in Francia negli ultimi tre anni e un totale di 173 nel mondo, ma i numeri sembrano aumentare con una certa rapidità ». Tanto è bastato per indurre le autorità sanitarie d'oltralpe a interrogarsi sull'ipotesi di vietare le protesi o quantomeno di obbligare i medici a informare le donne. La Direzione generale della Sanità francese aveva chiesto un mese fa agli esperti dell'Istituto dei tumori francese di istituire un gruppo di lavoro sul tema, dopo aver ricevuto una segnalazione dall'Agenzia nazionale di sicurezza dei farmaci. «Nelle conclusioni formulate dall'istituto tumori emerge che il rischio di sviluppare il linfoma anaplastico a grandi cellule in donne con impianti mammari appare più di 200 volte superiore rispetto alla popolazione in generale» ha commentato Francois Hebert, direttore generale della Sanità, annunciando che una riunione sul tema è stata convocata fra 10 giorni all'Agenzia nazionale di sicurezza dei farmaci. Mentre il ministro della Salute Marisol Touraine ha subito tenuto a precisare che «le donne portatrici di protesi non devono assolutamente allarmarsi e farsele rimuovere» ribadendo che l'attenzione sul tema è massima e che la vigilanza perché si faccia chiarezza sarà serrata.

Protesi e tumore: una relazione già nota

La «relazione pericolosa» tra protesi di silicone e rara forma di linfoma che origina dalla capsula intorno

alla protesi non è una novità e gli specialisti conoscono e sorvegliano la faccenda da tempo, come spiegava ai lettori di Corriere.it l'esperto Paolo Veronesi già anni fa. In base a quanto noto finora, quindi, non c'è motivo per creare agitazione fra le migliaia di donne che, per motivi estetici o dopo un tumore al seno, si sono sottoposte a una protesi mammaria. Nel 2011 l'Agenzia del farmaco americana (la Food and Drug Administration, FDA) aveva già rilevato un numero anomalo di casi di questa neoplasia del sangue in pazienti portatrici di protesi mammarie per fini ricostruttivi o estetici, anomalia derivata dal fatto che il linfoma anaplastico a grandi cellule, benché possa svilupparsi in qualsiasi parte del corpo, non è una neoplasia tipica della mammella. Nel 2013 erano poi stati resi noti 130 casi nel mondo di questo tumore collegati alle protesi e il numero era salito a 173 nel 2014, sulla base dei più recenti articoli pubblicati in letteratura.

Il ministero della Salute italiano: «Le protesi sono sicure, ma sorvegliamo»

Lo scorso 12 marzo 2015 anche il Ministero della Salute italiano ha diffuso una circolare per la «sensibilizzazione degli Operatori Sanitari verso una corretta diagnosi di Linfoma Anaplastico a Grandi Cellule (ALCL) in pazienti portatrici di protesi mammarie e obbligo di segnalazione al Ministero della Salute dei nuovi casi di ALCL rilevati». Nella nota ministeriale si legge che «attualmente, a fronte di milioni di protesi mammarie impiantate, il numero di casi di linfoma anaplastico a grandi cellule resta estremamente basso e non offre dati statisticamente significativi che possano mettere in correlazione la presenza dell'impianto con questa nuova patologia. Le protesi mammarie continuano, pertanto, ad essere considerate sicure e sotto questo aspetto non si ravvisano rischi per la salute. La mancata significatività dell'esiguo numero di casi riportati in letteratura scientifica, non può tuttavia esimere dal continuare a studiare questa patologia emergente al fine di individuarne la reale frequenza, cause, aspetti clinici, decorso, prognosi e trattamento».

Oncologi: «Faremo attenzione e raccoglieremo eventuali prove»

Per questo motivo, quindi, il Ministero della Salute intende, anche sulla base dei provvedimenti già presi dall'FDA americana, promuovere una mozione di raccolta dati a tale riguardo, perché solo il follow-up a lungo termine di un elevato numero di persone con la stessa forma di cancro dovuta alle protesi potrebbe consentire di formulare ipotesi certe di causa ed effetto. «A tal fine – conclude la nota del Ministero -, si chiede che tutti i pazienti portatrici di protesi mammarie ed affetti da un sieroma periprotetico tardivo “freddo” (comparso a distanza di almeno 6 mesi dall'intervento, non su base traumatica o infettiva), specie se persistente e recidivante, debbano essere sottoposti ad un agoaspirato sotto controllo ecografico di almeno 20 cc di siero e questo inviato all'esame citologico» e in caso di positività certa o dubbia per anomalie cellulari i pazienti dovranno essere inviati ad un centro specializzato di emopatologia per la conferma citologica della diagnosi di ALCL. «Avremo tutte le attenzioni necessarie per raccogliere i dati indispensabili a fare chiarezza, da un lato, e monitorare la salute e la sicurezza delle pazienti dall'altro – sottolinea Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica -. Per ora però le donne portatrici di protesi non hanno alcun motivo di allarmarsi: non ci sono prove scientifiche a dimostrazione del fatto che le protesi mammarie provocano il cancro».

Il linfoma anaplastico a grandi cellule: aggressivo, ma si può guarire

Il linfoma anaplastico a grandi cellule: aggressivo, ma si può guarire Il linfoma anaplastico a grandi cellule (ALCL) è una rara forma di linfoma non Hodgkin che si sviluppa a carico dei linfociti T del sistema immunitario. «Ad oggi – spiega Pierluigi Zinzani, presidente della Fondazione Italiana Linfomi e professore all'Istituto di Ematologia e Oncologia Medica Seràgnoli di Bologna – non conosciamo le cause di questo tumore e anche sul legame con le protesi di silicone possiamo per ora solo fare delle ipotesi. Fra queste c'è anche quella che lo stimolo dell'impianto in silicone sui tessuti porti a un'inflammatione locale cronica che a finisce per alterare il normale metabolismo delle cellule. Ma non ci sono prove, per ora, per sostenere questa o altre supposizioni. Servono numeri più ampi per capire se c'è un legame e a cosa è dovuto. Quello che è certo, invece, è che si tratti di una neoplasia piuttosto aggressiva, ma che fortunatamente è anche ben curabile grazie ad un nuovo anticorpo monoclonale che riesce ad ottenere una buona sopravvivenza dei malati. E, in un terzo circa dei pazienti, si può persino parlare di guarigione».

CASI IN AUMENTO

Protesi al seno, allarme in Francia per alcuni tumori

■ Nuovo allarme legato alle protesi mammarie in Francia: un rapporto del mini-sterio della Salute d'Oltralpe parla di una forma rara di tumore che sarebbe fino a 200 volte più comune fra le donne che hanno ricevuto un impianto al seno. Secondo quanto riportato dal quotidiano francese *Le Parisien*, gli esperti avrebbero rilevato un nesso preciso tra i diciotto casi segnalati di linfoma anaplastico a grandi cellule e la presenza di protesi mammarie. Si tratterebbe comunque di numero di casi molto limitato, dicono gli esperti, dato che dal 2011 sono state circa 400.000 le donne che in Francia si sono ritoccate il seno. Ma sono in aumento di anno in anno, e questo sta facendo preoccupare gli studiosi.

Le autorità sanitarie francesi hanno assicurato che al più presto saranno prese tutte le misure che gli esperti riterranno necessarie. «Se dovremo intervenire per introdurre dei divieti, lo faremo», ha detto François Hébert, dell'agenzia nazionale farmaci e salute (Ansm) francese, che si riunirà fra una decina di giorni per discutere della documentazione raccolta. Il ministro della Sanità d'Oltralpe Marisol Touraine ha comunque voluto tranquillizzare e ha invitato a non farsi prendere dal panico non necessario, evidenziando che non c'è alcuna raccomandazione che le donne, allarmate, si facciano rimuovere le protesi.



Tumore al seno? Serve l'empatia

Parla il professor Riccardo Masetti: «La donna al centro»
Si abbassa l'età delle pazienti. Fondamentale l'informazione

La prevenzione di base
«Conoscere il proprio corpo
Palpazione ed ecografie»

Maratone ed azalee
«Fondi utilizzati per la ricerca
aiutano il servizio sanitario»

di **Sarina Biraghi**

L'Otto marzo, un **mini-stro della Salute** donna, **Beatrice Lorenzin**, non poteva non far visita al «Polo donna» del Policlinico Agostino Gemelli di Roma, un dipartimento per la tutela della donna, della vita nascente, del bambino e dell'adolescente. È qui che trova spazio l'Unità Operativa di Chirurgia Senologica, una struttura altamente qualificata, specializzata nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie della mammella. Segno caratteristico dell'Unità, l'approccio multidisciplinare nella gestione clinico-assistenziale delle pazienti che devono affrontare quel «bastardo» che hanno dentro, come diceva la Fallaci.

Un «Polo donna» è come dire, «la donna al centro». Può sembrare un'affermazione vetero femminista, ma quando si parla di tumore al seno è lei che deve stare al centro o il tumore? **«Ovvero il medico deve concentrarsi contro quel nemico o deve avere uno sguardo olistico sul problema?»**

«È la donna che deve stare al centro perché è una malattia particolare, anche per effetti collaterali. Inoltre, non soltanto per la salute, è sempre un'esperienza impegnativa anche quando il tumore non è aggressivo, ma il segno che lascia è molto profondo».

Chiarezza disarmante quella del professor Riccardo Masetti, dirigente medico responsabile del Centro Integrato di Senologia del «Gemelli».

«L'impatto psicologico di un cancro al seno è molto forte e talvolta le preoccupazioni e la paura oltre che per la malattia e la sua valenza oncologica, sono per famiglia e lavoro. Raramente un tumore rafforza le relazioni di coppia, spesso anche i rapporti solidi si rompono, in più la donna vive pena-

lizzazioni nella sua carriera professionale e così al danno della malattia, per fortuna sempre più risolvibile, si sommano conseguenze negative che lasciano un segno più forte complessivo. Poi ci sono donne che restano con la paura dentro, la malattia può essere anche un momento di aggravamento di uno stato latente di depressione o insoddisfazione o rotture sentimentali. Per questo nel nostro centro diamo un supporto psico-oncologico, terapie integrate, come agopuntura, fisioterapia, riflessologia plantare».

«Quindi il bravo medico non dà soltanto farmaci?»

«Il bravo medico deve essere bravo sotto il profilo tecnico nella cura della malattia, ma anche punto di riferimento che aiuti la donna a non rimanere provata dalle altre cose, apparentemente di secondo ordine, che invece lasciano segni irreversibili. Il medico deve affrontare un percorso, avere la giusta empatia e capacità di ascolto».

«Che spesso manca...»

«L'empatia non si studia ma si può imparare. Va capita questa componente nella relazione medico-paziente, non basta la preparazione scientifica, occorre più disponibilità a mettersi in gioco e ascoltare».

Masetti, nei primi 10 anni della sua carriera si è occupato di tumori dell'apparato digerente, del fegato e vie biliari, poi per eventi fortuiti si è avvicinato al tumore del seno. Le sembrava più facile?»

«Apparentemente, dal punto di vista chirurgico. Essere un esperto di tumori richiede particolari acquisizioni, ma in quelli del seno si richiede qualcosa in più e più importante. Bisogna mettersi in contatto, vero e profondo, con una donna che, a parte il seno, sta bene e non si sente malata, non sopporta di interrompere il nor-

male corso della vita, e quindi fa molta fatica ad accettare trattamenti pesanti come la chemioterapia».

«I numeri: 47 mila tumori al seno ogni anno in Italia, 2000 a Roma. Numeri importanti e preoccupanti nel 2015?»

«Numeri importanti che tengono il problema al centro dell'attenzione perché vuol dire una diagnosi ogni 15 minuti in Italia, una patologia che entra in tutte le case e siccome l'età delle pazienti si sta abbassando (ci sono pazienti ventenni) è difficilissimo aiutarle anche ad affrontare le eventuali conseguenze...»

«Ma insomma, quali sono le cause di tumori così precoci?»

«Forse legate a fattori ambientali, alimentari... L'aumento di incidenza è nei Paesi più evoluti dove lo stile di vita e le abitudini alimentari sono meno controllati e l'inquinamento ambientale è più forte».

«Quanto tempo le donne sono costrette a combattere il loro "nemico" e quante vincono la loro battaglia?»

«Con un tumore al seno ci si confronta bene. Messe insieme le donne che hanno un tumore al seno in fase precoce, si guarisce nel 70% dei casi, percentuale che sale fino al 95% in caso di precoce identificato quando è piccolo. Questo significa che bisogna tenere alta la prevenzione secondaria. Quando si affronta un tumore nella fase iniziale il percorso diventa più semplice e breve: quelli "semplici" e precoci con intervento e trattamenti locali, si lasciano alle spalle dopo qualche mese. Spesso il percorso di cura si prolunga per anni e il termine si va allungando. Le terapie ormonali, per esempio, venivano consigliate per 5 anni, ora dati più recenti consigliano terapie per 10».

«La palpazione è ancora la prima cosa da fare?»

«A parte chi ha storie familia-



ri, prima dei 40 anni non si fanno particolari esami, però imparare a sentirlo o fare un'ecografia, è una valida norma di buona tutela. Bisogna insegnare ai giovani a prendersi cura della propria salute, prestare attenzione a stili di vita sani, la protezione della salute è importante. Per questo anche nelle scuole superiori proviamo ad insegnare come affrontare la quotidianità».

Ricerca e cura del cancro: come è messa l'Italia?

«Siamo un popolo di talentuosi, quindi abbiamo esempi virtuosi di ricercatori, sia di chi rimane in Italia, sia di chi se ne va all'estero, dove per la verità abbiamo molte eccellenze... L'Italia però dovrebbe valorizzare di più i propri talenti e invece il nostro "sistema" non lo consente con la stessa facilità degli altri Paesi dove ci sono centri di ricerca avanzata. Riproducendo condizioni analoghe anche noi siamo forti, però la ricerca ha bisogno di finanziamenti...basta fare il confronto dell'investimento nel Pil e vedere che non faccia-

mo una bella figura».

Maratone, azalee, testimonial vip...quanto è importante tutto ciò per le donne, malate e non?

«Anche negli Usa si critica l'eccesso di iniziative, ma in realtà hanno una duplice finalità: tenere alta l'attenzione delle donne; garantire il reperimento di risorse che suppliscono in parte alle disponibilità limitate che abbiamo. Sono fondi utilizzati per far progredire la ricerca, per borse di studio a giovani clinici e ricercatori...in somma quello che si genera nel non profit a sostegno del sistema nazionale è importante. Ben vengano azalee e maratone quando questi fondi vengono usati in modo efficace e onesto. Di sicuro, senza queste entrate aggiuntive ci sarebbe un arretramento fortemente penalizzante per le donne anche in centri di eccellenza come il nostro».

La scelta drastica di Angelina Jolie di sottoporsi a mastectomia, è consigliabile a tutte, e ha creato un seguito più positivo o negativo?

«In linea principio positivo perché ha portato alla luce un problema nel problema: nelle donne a più alto rischio per tumore da difetto genetico (meno del 10%) la chirurgia preventiva è una delle due opzioni. L'altra sono i maggiori controlli, ravvicinati e accurati. La mastectomia gioca di anticipo riducendo rischio di sviluppare un tumore, ma non è una soluzione semplice...non lo è stata neanche per una star come la Jolie figuriamoci per una donna normale. Certo se il rischio di tumore è dell'80% contro il 12% normale, allora si fa, però non è un toccasana, è un'opzione faticosa e pur i passi in avanti della chirurgia plastica, sotto il profilo estetico e funzionale c'è una bella differenza tra un seno vero e uno ricostruito...».

Prof Masetti, il suo sogno nel cassetto?

«Riuscire a trasmettere ai giovani quello che ho imparato, insieme all'entusiasmo e alla passione per trovare sempre le risposte migliori. Avere il fuoco dentro...quello che in molti adesso spengono...».

Numeri

47 mila tumori al seno ogni anno in Italia, 2000 a Roma: una diagnosi ogni 15 minuti

Komen

Fondazione Usa no profit del mondo e noi siamo stati scelti come partner. Un modello interessante

Vittoria

Con tumore al seno in fase precoce, si guarisce nel 70% dei casi, percentuale che sale fino al 95%

Caso Jolie

Nelle donne a più alto rischio per difetto genetico (ora meno del 10%) ok la mastectomia

Esperto

In alto la visita del ministro **Lorenzin** al Gemelli. Sopra il professor Riccardo Masetti che dirige il Centro integrato di senologia dove vengono trattati 909 casi di tumori al seno l'anno

Vip

Sopra Angelina Jolie che ha scelto la mastectomia. Al centro con il prof Masetti l'attrice Maria Grazia Cucinotta testimonial di campagne per la raccolta fondi



Dolore da cancro, la risposta analgesica dipende dal dolore iniziale



17 marzo 2015

L'intensità del dolore, in pazienti con cancro, registrata al momento del ricovero in Unità di cure intensive o palliative influenza la risposta analgesica di un analgesico somministrato in maniera tempestiva e standardizzata.

I pazienti con dolore non controllato prolungato hanno probabilmente bisogno di trattamenti più complessi come le terapie sintomatiche aggressive e lo switching di oppioidi. Questo è quanto riportato da ricercatori italiani in uno studio pubblicato sulla rivista Pain Practice.

I pazienti con cancro mostrano eterogeneità e complessità per quanto riguarda il dolore provato. Per tale motivo riuscire a raggrupparli per predire la risposta analgesica è un obiettivo molto importante. Sarebbe utilissimo riuscire a identificare i pazienti meno responsivi ai trattamenti standard per il controllo del dolore nel momento iniziale del dolore.

A tal fine è stato sviluppato un tool prognostico chiamato Edmonton Staging System (ESS) per selezionare i pazienti con meno problematiche di dolore e che riescono a raggiungere un controllo ottimale in breve tempo e senza complesse strategie.

Ci sono numerosi fattori che possono influenzare lo sviluppo del dolore e l'intensità iniziale sembra essere un forte predittore dello sviluppo del dolore stesso.

L'obiettivo di questo studio, che ha coinvolto il gruppo di ricerca del prof. Sebastiano Mercandate dell'Ospedale la Maddalena di Palermo ma anche ricercatori del Policlinico P. Giaccone di Palermo e l'Università dell'Aquila, è stato quello di valutare in modo prospettico il valore prognostico dell'intensità iniziale del dolore e la sua durata in pazienti con cancro avanzato.

A tal fine è stato condotto uno studio prospettico su un campione di pazienti con cancro che richiedevano controllo del dolore ricoverati in due unità per il controllo del dolore durante un periodo di 18 mesi. I pazienti erano tutti adulti con dolore da cancro da moderato a severo e ricevevano trattamento analgesico che non riusciva a controllare il dolore.

L'intensità del dolore è stata misurata nel momento del ricovero (T0) e dopo efficace titolazione della dose o lo switch agli oppioidi nel giro di una settimana (Ts), in caso di eventi avversi con primo trattamento.

Ai pazienti è stato anche chiesto di riportare l'intensità del dolore 15 giorni prima del ricovero nell'unità di cura (T-15). Sono state registrate le dosi di oppioidi e la durata del loro uso. I pazienti sono stati anche valutati per la presenza di dolore incidente, dolore neuropatico, alcolismo, delirio e intensità dei sintomi, inclusi argomenti riguardanti gli stress psicologici (es. angoscia...).

Una settimana dopo oppure al momento della stabilizzazione (Ts), la risposta agli oppioidi è stata classificata clinicamente come: 1) buon controllo del dolore; 2) adeguato controllo del dolore che richiede un'escalation degli oppioidi più aggressiva; 3) adeguato controllo del dolore associato con l'evenienza di effetti collaterali; 4) incapacità di raggiungere un controllo del dolore in una settimana.

Sono stati anche registrati gli indici di escalation degli oppioidi e i giorni per la definizione della dose. Sono stati considerati i dati provenienti da 166 dei 174 pazienti con dolore superiore a 4 (su una scala da 0 a 10).

Le diagnosi principali erano di cancro al: polmone (n. 37), mammella (n. 31), urogenitale (n. 30), gastrointestinali (n. 18), il pancreas (n. 13), della testa e del collo (n. 8), mieloma (n. 7), fegato (n. 5), altri (n. 17). Centosette pazienti (64%) avevano dolore incidentale osseo, 12 pazienti (7,2%) avevano un CAGE positivo (questionario per la misura dell'alcolismo), e 11 pazienti (6,6%) avevano una CAM positivo (Confusion Assessment Method, per la misura del delirio).

Ventuno (12,7%) pazienti avevano valori di PainDETECT di > 18 (componente neuropatica probabile). L'intensità dei sintomi è stata valutata con l'Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), che include anche 2 items che rappresentano problematiche psicologiche.

Tutti i valori degli elementi ESAS migliorano statisticamente 1 settimana dopo il trattamento ($p < 0.0005$). L'età precedeva la risposta analgesica, peggiorando nei più giovani ($p=0,003$), mentre il sesso non aveva alcuna influenza ($p=0,735$).

L'intensità grave del dolore ($\geq 7/10$), a T0 e al T-15, e un OEI (indice escalation oppioide) $mg > 5$ sono stati riportati più spesso nella categoria c ($p=0,008, 0,020, 0,004$, rispettivamente).

Nell'analisi di frequenza e variabili continue, CAGE, CAM, dolore-detect, dolore incidente, angoscia non erano differenti nelle diverse categorie di risposta.

La media OEI% e OEI mg erano 18,8 (SD 51.6) e 2,3 (SD 20.8), rispettivamente.

L'intensità del dolore a T0, ma non a T-15, è stata correlata con risposta alle varie categorie ($p= 0,05$ e $p= 0,07$, rispettivamente). È stata evidenziata una relazione significativa tra la durata della terapia con oppioidi con più di 60 mg di morfina equivalente per via orale prima del ricovero e le diverse categorie di risposta al dolore ($p=0.001$).

Nell'analisi di regressione logistica multinomiale sia l'intensità del dolore in generale che il dolore di intensità $\geq 7/10$, a T0 o T-15, sono stati correlati con la necessità di maggiori trattamenti complessi.

L'età (5, così come per i giorni di definizione della dose, sono stati associati a trattamenti più complessi.

In conclusione, alti livelli di intensità del dolore, spesso dovuti a sotto-trattamenti precedenti, sono predittivi di un più complesso trattamento analgesico. La tolleranza agli oppioidi, come anche la più giovane età, possono giocare un ruolo importante.

Emilia Vaccaro

Mercadante S. et al. Pain intensity as prognostic factor in cancer pain management. Pain Pract. 2015 Jan;15(1):E1-8. doi: 10.1111/papr.12259. Epub 2014 Nov 11.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

SALUTE DOLCE VITA GUSTO TURISMO HIT PARADE MOTORI FINANZA VIAGGI METEO

IL TEMPO.it

POLITICA CRONACHE ESTERI ECONOMIA SPORT CULTURA & SPETTACOLI ROMA MULTIMEDIA HITECH & GAMES

16/03/2015 18:20

Tweet

Sanità: Lorenzin, preoccupa controcultura anti-vaccini e copertura morbillo

Nell'ultimo anno in Italia valore lontano da garantire controllo malattia

Parigi, 16 mar. (AdnKronos Salute) - Un prezioso strumento di sanità pubblica e prevenzione, minacciato da preoccupanti "fenomeni di controcultura 'anti vaccino'". A evidenziare l'importanza dei vaccini a livello "globale" e "di valenza strategica per i nostri Paesi e

l'Unione europea" è il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nel suo intervento a Parigi alla II Assise nazionale del vaccino. Lorenzin ha ricordato che nel Semestre di presidenza italiana dell'Ue "abbiamo cercato di definire, tra l'altro, una visione strategica coerente con il progresso in atto nel campo dei vaccini e, soprattutto, con l'obiettivo di contrastare i fenomeni di controcultura 'anti vaccino'". Fenomeni che in Italia, ma anche negli Usa con la recente epidemia partita nei Parchi Disney, hanno avuto effetti pesanti per quanto riguarda la copertura anti-morbillo. Per il ministro, è dunque "auspicabile che a fronte di un'evidenza scientifica ben consolidata dell'efficacia della prevenzione primaria e secondaria, aumenti anche l'investimento complessivo nella prevenzione che oggi, purtroppo, è ancora molto basso in tutti gli Stati membri". In particolare, "proprio grazie alla disponibilità di vaccini efficaci e sicuri e alla realizzazione di vaste campagne di vaccinazione, è stato possibile conseguire due fondamentali traguardi, ovvero l'eradicazione globale del vaiolo e della poliomielite dall'Europa, dalle Americhe e dal Pacifico Occidentale. Eppure, ancora oggi le malattie infettive continuano a rappresentare una minaccia per la salute e la sicurezza globale. Molte patologie infettive, apparentemente sotto controllo, possono tornare a rappresentare un pericolo". Una ri-emergenza che richiede di definire e realizzare "azioni di contenimento e contrasto altrettanto innovative", dice Lorenzin, che cita il caso del morbillo. "Nell'anno 2000, su 1,7 milioni di morti infantili dovute a malattie prevenibili con la vaccinazione, circa il 46% era attribuibile al morbillo, che può causare serie complicanze, come l'encefalite e la panencefalite sclerosante subacuta, fino al decesso". "Dopo l'avvio del Piano globale di eradicazione della malattia - prosegue - il burden of disease è diminuito addirittura del 79%. Tuttavia, nonostante l'efficacia e la sicurezza del vaccino contro il morbillo siano continuamente ribadite dalle autorità sanitarie e dalla comunità scientifica, la copertura vaccinale in Italia è ancora lontana dal 95%, che è il valore necessario a garantire il controllo della malattia e la sua successiva eliminazione". E le prospettive non sembrano rosee. "Nell'ultimo anno, a seguito di campagne di controinformazione e interventi pessimamente documentati che continuano a porre in relazione la vaccinazione con la sindrome autistica, si è attestata a poco più dell'88%", sottolinea il ministro. "I genitori che non vaccinano i loro figli per ragioni ideologiche o per paura di esporti a potenziali rischi o, cosa ancor più grave - dice Lorenzin - perché mal consigliati dai loro medici di fiducia, dovrebbero comprendere che in questo modo, invece, li espongono a un rischio ben maggiore, con una diluizione progressiva dell'immunità di gruppo, che, infatti, sposta il rischio di ammalarsi verso l'adolescenza e la giovinezza, con le gravi e (e talora letali) conseguenze che tutti conosciamo". "Tutti dovremmo ricordare che l'investimento in prevenzione in generale, e nelle vaccinazioni in particolare, è il modo più sicuro ed economico per rispondere al dovere di garanzia e protezione della salute delle nostre popolazioni, diminuendo anche la pressione economica determinata dal prevalere di condizioni cliniche che necessitano di tecnologie diagnostiche, curative e riabilitative costose e, spesso, palliative", evidenzia il ministro. "In un periodo di recessione come quello attuale, investire nella prevenzione e promozione di stili di vita attivi e salutari e nelle pratiche vaccinali non solo è eticamente corretto, perché la salute è un diritto universalmente riconosciuto, ma contribuisce alla creazione di un modello più sostenibile della società".

AdnKronos

Commenti

Scrivi un commento

Dillo ad un amico

Nome:

Email:

Commento:

Riscrivi il codice che compare qui sopra:

Se il codice risultasse illeggibile [CLICCA QUI](#) per generarne un altro
 consenso al trattamento dei dati[Invia](#)

I commenti inviati vengono pubblicati solo dopo esser stati approvati dalla redazione

Tuo nome:

Tuo indirizzo email:

Nome amico:

Email amico:

Commento:

Altri articoli che parlano di...

Categorie (1)



ACQUISTA EDIZIONE

LEGGI L'EDIZIONE

quotidianosanita.it

Martedì 17 MARZO 2015

Vaccino influenza. Siprec: mancata vaccinazione è 'complice' di 8.000 decessi per complicanze

È emerso durante il 13° Congresso Nazionale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (Siprec). Inoltre, la polmonite aumenta fino a 9 volte il rischio di infarto o ictus. Il Documento 2015 è dedicato ai vaccini. Anche l'aderenza ai farmaci è sotto i livelli ottimali. A colloquio col Professor Trimarco, Presidente Siprec, per capire quali misure sono essenziali per la prevenzione delle malattie cardiovascolari

In Italia, la mancata vaccinazione, quest'anno, è stata associata a 8000 casi di decesso. Questo dato è emerso durante il 13° Congresso Nazionale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (Siprec), appena svolto a Napoli. In questa occasione, abbiamo parlato col Professor **Bruno Trimarco**, Presidente della Siprec, per comprendere quali sono gli strumenti in mano al cittadino per prevenire malattie cardiovascolari in un periodo in cui anche la crisi economica può avere un impatto negativo sulla salute, come evidenziato dagli esperti, e quali fattori di rischio è importante considerare.

“La crisi può gravare sulle risorse del singolo con effetti negativi sulla sua salute: un budget spesso ridotto spinge talvolta a pensare di dover ricorrere all'acquisto di alimenti a più basso costo, meno adatti alla prevenzione cardiovascolare; inoltre l'assenza o la perdita del lavoro può portare ad un minore svolgimento di attività fisica, peggiorando la qualità della salute”, illustra il Professor Trimarco. “Nel documento Siprec 2014 vogliamo sostenere l'intento di contribuire ad attenuare l'impatto negativo della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare, suggerendo possibili soluzioni. Spendere meno non significa consumare alimenti che aumentano il rischio cardiovascolare. Il nostro paese è ricco di prodotti benefici e a basso costo: un esempio è rappresentato dal **pesce azzurro**, un alimento a basso costo che presenta effetti positivi in termini di prevenzione cardiovascolare, dato che è ricco di omega 3, un componente fondamentale per la salute cardiaca. Inoltre, il consumo di merendine ha un costo più elevato rispetto a quello di frutta: bisognerebbe abituare i bambini a consumare più frutta e meno merendine, non solo per ridurre i costi ma anche per aumentare la prevenzione”. Inoltre sempre in tema di alimentazione, **3 noci** al giorno tolgono il cardiologo di turno” è uno slogan lanciato dalla Siprec, che guida i cittadini con un'“agenda del benessere” distribuita nelle farmacie di tutta Italia. “Per mantenere sano il sistema cardiocircolatorio è importante, se possibile, mangiare 3 noci al giorno, ricche di antiossidanti”

Anche il fumo è un 'indagato speciale', insieme allo stress e allo stile di vita sedentario, che mettono a dura prova la salute del sistema cardiocircolatorio.

La corretta **alimentazione** e l'**esercizio fisico** rappresentano due strumenti essenziali nelle mani dell'individuo per una vita sana. “Una dieta inappropriata, la mancanza di attività fisica, l'abitudine al fumo, come anche l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, il diabete o altre particolari patologie ed una storia familiare di malattie cardiovascolari sono i principali fattori di rischio individuali per lo sviluppo di tali malattie”, ha spiegato il Professor Trimarco. “Un altro fattore di rischio sempre più emergente riguarda la presenza di uno stato infiammatorio di qualsiasi tipo, dovuto a infezioni o di altra natura, che aumenta il rischio di eventi cardiovascolari (infarto, ictus ed altro): ad esempio la **polmonite** aumenta il rischio di tali eventi fino a 9 volte nella convalescenza”.

Proprio in tal senso, l'esperto rimarca l'importanza della **vaccinazione antiinfluenzale** per i soggetti ai quali è raccomandata: "quest'anno, l'episodio del ritiro del vaccino antiinfluenzale, poi rimesso a disposizione, ha indotto una riduzione della pratica vaccinale consistente. Il rischio è un aumento della mortalità per influenza: abbiamo stimato che circa 40mila ricoveri e 8000 decessi sono stati dovuti a complicazioni riconducibili alla mancata vaccinazione". Il [Documento Siprec 2015](#), intitolato "Un nome nuovo nel linguaggio della prevenzione cardiovascolare: i vaccini" e firmato da esperti internazionali, fornisce informazioni sui vantaggi della vaccinazione (in particolare vaccinazione anti-influenzale, contro l'Herpes Zoster e contro la Polmonite pneumococcica, ma può essere esteso anche ad altri casi) per una valutazione completa dei possibili benefici e degli eventuali effetti negativi, prosegue l'esperto. "Il vaccino, come qualunque altro atto medico, può comportare un rischio e questo può scoraggiare il cittadino", spiega Trimarco. "Ma quello che è importante è fornire un'informazione corretta sui vantaggi della vaccinazione per far conoscere in maniera autorevole il bilancio tra benefici e rischi".

Inoltre, l'**aderenza ai farmaci** è un tema importante, emerso durante il Congresso, che può avere effetti negativi in termini di prevenzione cardiovascolare: in Italia per i farmaci antipertensivi l'aderenza dei pazienti è del 55%, contro un valore ottimale che dovrebbe aggirarsi intorno all'80%, e per le statine la percentuale sfiora appena il 40%, illustra la Siprec. "Il problema non è solo italiano, è strutturale e perfettamente sovrapponibile agli altri Paesi occidentali", commenta Luca Degli Esposti, relatore Congresso. "Il paziente non aderente e non persistente – prosegue il dott. Degli Esposti – non solo ha un rischio significativamente superiore di sviluppare eventi cardiovascolari e decesso, ma ha un costo di gestione molto più alto". La Siprec sottolinea che sono molti i fattori alla base della scarsa aderenza, attribuibili non solo al paziente ma anche al sistema sanitario e al medico. Un esempio è dato dallo 'zapping farmacologico', proseguono gli esperti, un fenomeno che consiste nel passaggio da farmaco originale (originator) a generico: il fenomeno è dovuto al fatto che negli ultimi anni, per effetto delle numerose scadenze brevettuali, soprattutto in ambito cardiovascolare, è notevolmente aumentato il numero di farmaci equivalenti disponibili per i diversi principi attivi; inoltre la normativa vigente che ne consente la sostituibilità.

Un altro importante argomento, spiega il Professor Trimarco, riguarda la prevenzione personalizzata, che consente di identificare quali sono i rischi del singolo in termini di salute cardiovascolare e intervenire specificamente su di essi.

Viola Rita

LA SANITÀ

Epatite C, solo 8mila potranno curarsi con la super-pillola

ALESSANDRA CORICA

AL POLICLINICO quest'anno saranno 800, sui 5.300 pazienti registrati. Al Sacco 500 su una base di 4mila, al Niguarda 500 sui quasi 2mila in cura, e al San Raffaele 160. Sono i pazienti affetti da epatite C HVC che saranno curati con il super farmaco che eradica il virus in tre-sei mesi. Una rivoluzione che dà una nuova possibilità a pazienti con un'aspettativa finora limitata, grazie a una pillola da assumere a casa una volta al giorno. Una rivoluzione che, però, non è per tutti: sugli oltre 100mila lombardi affetti da forme più o meno gravi di epatite C, solo 8mila potranno avere accesso al super farmaco che ha costi da capogiro: per ogni terapia almeno 40mila euro.

A PAGINA VII

Epatite C, si parte coi primi pazienti la cura costerà 40mila euro a testa

Su 100mila lombardi malati solo 8mila potranno curarsi con il superfarmaco Avranno la priorità i casi più gravi

Stanziati dalla Regione 100 milioni. In estate si punterà a utilizzare prodotti meno cari

ALESSANDRA CORICA

AL POLICLINICO quest'anno saranno 800, sui 5.300 pazienti registrati in via Sforza. Al Sacco 500 su una base di 4mila, mentre al Niguarda si conta di arrivare a 500 pazienti sui quasi 2mila in cura, e al San Raffaele a 160, sul migliaio di persone seguite. Sono i pazienti affetti da epatite C Hvc che saranno curati con il super farmaco (la molecola è il Sofosbuvir)

che eradica il virus in tre-sei mesi. «Una rivoluzione copernicana», la definiscono gli esperti, visto che dà una nuova possibilità a pazienti con un'aspettativa finora limitata. Grazie a una pillola da assumere a casa una volta al giorno, e controlli mensili per vedere come procede. Una rivoluzione che, però, non è per tutti: per ora sugli oltre 100mila lombardi affetti da forme più o meno gravi di epatite C, solo 8mila potranno avere accesso al super farmaco, poiché rientrano nei criteri previsti dall'Aifa e dal ministero. Ovvero, i più gravi, che saranno curati a carico del servizio sanitario regionale. Con costi non da poco: per ogni terapia si

va dai 40mila euro in su.

In gioco ci sono questioni complicate. Da un lato, c'è la possibilità di aiutare malati le cui chance, con le terapie tradizionali, finora erano una su tre. Dall'altro, ci sono le risorse da trovare per coprire i costi record, e le rispo-



ste da dare ai pazienti. «È un caso inedito per il sistema sanitario — nota Massimo Puoti, primario di Infettivologia del Niguarda — Un piano più preciso sull'erogazione dei farmaci potrà essere fatto tra qualche mese, in estate». Quando, cioè, sul mercato dovrebbero arrivare nuovi prodotti, con un aumento della concorrenza e un abbassamento dei costi. E quindi un ampliamento della platea di pazienti.

Adicembre la Regione su questo capitolo ha stanziato 100 milioni. Una cifra alta. Ma che ancora non copre tutte le 8mila terapie necessarie, tanto che entro l'anno Palazzo Lombardia dovrà metterne almeno altri 50. Così, al San Raffaele si è partiti dieci giorni fa con 16 pazienti, al

San Paolo (centro erogatore anche per l'Humanitas) dal mese scorso ne sono stati trattati 35 (sui 300 previsti per il 2015), al Niguarda 50, più altri 130 che già a dicembre hanno avuto accesso al farmaco come terapia compassionevole, con il contributo delle case farmaceutiche. «Tra il nostro centro e quelli afferenti abbiamo iniziato a trattare 130 persone, con una spesa intorno ai 5 milioni: abbiamo già impiegato molto più di quanto non facessimo per curare 250 pazienti con l'interferone nell'arco di un anno — spiega Massimo Colombo, a capo della Gastroenterologia ed epatologia del Policlinico — Abbiamo chiesto fondi in più per iniziare a trattare anche i meno gravi».

«In Italia il costo delle terapie

è stato concordato a scaglioni: per i primi 5mila farmaci si paga un tot, dopo la cifra scende», dice Giorgio Barbarini, responsabile dell'ambulatorio di malattie infettive del San Matteo di Pavia (dove saranno curati 250 dei 2mila pazienti in carico alla struttura) e guida del Club epatologi ospedalieri. Che il 4 marzo durante un'audizione in Senato ha chiesto la creazione di un registro nazionale e la ripartizione dei carichi tra le regioni. «Il registro garantirebbe a tutti un accesso graduale alla terapia — ragiona Barbarini — La suddivisione dei carichi, invece, farebbe sì che non sia solo la Lombardia, che è avanti rispetto ad altri, ad acquistare i primi farmaci a prezzo pieno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INUMERI

8mila

IPAZIENTI

È il numero di malati che inizieranno le cure sui 100mila pazienti lombardi

12

LESETTIMANE

La terapia va da 12 a 24 settimane: prevede l'assunzione di una pillola al giorno

150mln

IFONDI

È la stima dei costi che la Regione dovrà affrontare per questo capitolo nel 2015: di questi, 100 sono stati stanziati

23

ICENTRI

Sono le strutture individuate per prescrivere il super farmaco, i cui costi vanno da 40mila euro in su



800 MALATI
Il programma messo a punto dal Policlinico prevede la cura di 800 pazienti: l'unico criterio è quello delle condizioni di salute

Dieta choc: paralizzata dalla pillola dimagrante

Dopo un parto gemellare voleva ritrovare la linea. Ma ha rischiato di morire per una pasticca prescritta dal dietologo. Il tempo di assumerla e la donna, una 47enne romana, mamma di due maschietti, è finita in coma colpita da ictus, ed ora è su una sedia a rotelle. Era il 9 settembre.

Ora il caso è finito in procura dove è stato aperto un fascicolo. Il procuratore aggiunto Leonardo Frisani e il sostituto procuratore Elena Neri ipotizzano il reato di lesioni gravissime e potrebbero iscriverlo sul registro degli indagati il medico che ha consigliato le pillole e il farmacista che le ha confezionate.

all'interno

Fa la dieta, finisce sulla sedia a rotelle

►La donna ha avuto un ictus dopo un farmaco anoressizzante ►Sul registro degli indagati potrebbero essere iscritti il medico la Procura ha già aperto un fascicolo per lesioni gravissime che le ha prescritto le pillole e il farmacista che le ha preparate

NOMINATO UN TOSSICOLOGO PER VERIFICARE I PRINCIPI ATTIVI UTILIZZATI NELLE PASTICCHE IL CASO

Voleva ritrovare la linea dopo un parto gemellare, invece appena ha ingerito una pasticca anoressizzante prescritta dal dietologo ha rischiato di morire. Il tempo di assumerla e la donna una quarantasettenne romana, mamma di due maschietti di quattro, è finita in coma per un ictus ed ora è su una sedia a rotelle. Era il 9 settembre. Il caso è finito in procura dove è stato aperto un fascicolo. Il procuratore aggiunto Leonardo Frisani e il sostituto procuratore Elena Neri hanno ipotizzato il reato di lesioni gravissime e a breve potrebbero iscriverlo sul registro degli indagati il medico che ha consigliato le pillole e il farmacista che le ha confezionate. Intanto per accertare le cause scatenanti del grave malore che ha colpito la signora, per settimane assistita al policlinico Gemelli, è stato disposto il sequestro della confezione di pasticche e quindi nominato un tossicologo a cui spetterà dare entro due mesi la risposta. Il farmaco finito sotto le lenti della procura,

su denuncia della donna, è la fenilpropanolamina, non incluso tra le sostanze stupefacenti, usato anche in veterinaria, e noto soprattutto per i suoi effetti anoressizzanti. L'inchiesta, ai primi passi, dovrà chiarire diversi interrogativi. È stato il farmaco a causare il grave ictus o si è trattato di una terribile coincidenza di tempi tra l'assunzione e il malore? Ai magistrati spetterà anche chiarire se il dietologo abbia prescritto le pasticche dopo i dovuti approfondimenti medici e i controlli allergici o meno. E alla fine anche accertare se il farmacista che ha confezionato le pillole abbia rispettato principi e quantitativi. Intanto la donna, una romana che vive ai Castelli, a Albano Laziale, uscita dal coma, vede crescere i figli seduta su una sedia a rotelle. Ha difficoltà pure a parlare. «Volevo perde qualche chilo, non morire», piange. «Eppure uno studio recente», ha spiegato un familiare, «realizzato su uomini e donne tra i 18 e i 49 anni ha trovato che l'utilizzo della fenilpropanolamina come anoressizzante aumenta il rischio di ictus emorragico nei primi 3 giorni di trattamento. Quindi l'allarme sarebbe dovuto scattare prima». Delle indagini si stanno occupando i carabinieri dei Nas che in questi giorni hanno proceduto a sequestrare la prescrizione medica e il composto galenico realizzato dal farma-

cista.

I PRECEDENTI

Purtroppo ci sono donne che hanno perso la vita dopo aver seguito diete dimagranti a base di farmaci analoghi, come la fendimetrazina, tanto che a piazzale Clodio ci sono tre fascicoli aperti. L'ultimo caso è del 2011. Nel giro di quattro mesi una donna di 39 anni aveva perso 42 chili, da 120 a 78. Ora il suo endocrinologo è a giudizio con l'accusa di omicidio colposo. In questo caso per la sostanza dimagrante prescritta era la fendimetrazina, una sostanza con azione anoressizzante in grado perciò di diminuire l'appetito agendo sui centri nervosi della fame. La donna era morta il 2 settembre, dopo quattro mesi e mezzo di trattamento. «Si pensi che quando la sostanza era legale in Italia», aveva sottolineato l'avvocato della famiglia Vincenzo Rizzo, «la legge prevedeva un impiego massimo non superiore ai tre mesi».

Adelaide Pierucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

