

**Fecondazione: ginecologi, subito nuove linee guida eterologa**

Fecondazione: ginecologi, subito nuove linee guida eterologa  
'Pronti a collaborare ministero. Sentenza Consulta apre domande'

(ANSA) - ROMA, 14 APR - Subito nuove linee guida che regolino in Italia la fecondazione eterologa. Lo chiede il presidente della Societa' Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Paolo Scollo, che in una lettera inviata al ministero della Salute e alla Conferenza Stato-Regioni si dice pronto a collaborare con il ministero della Salute per la loro elaborazione. Scollo interviene alla luce della decisione della Corte Costituzionale che permettera', anche in Italia, la fecondazione assistita eterologa.

"La decisione della Consulta - sottolinea il presidente SIGO - apre una serie di domande che devono trovare al piu' presto risposte. Negli altri Stati europei dove l'eterologa e' gia' permessa ci sono grandi differenze di regolamento. In alcune nazioni, per esempio, il donatore deve rimanere anonimo. In altre invece e' proprio lo Stato che informa un individuo, nato in provetta, sull'identita' del suo padre naturale". Esiste inoltre il problema, aggiunge Scollo, "della donazione di gameti. Dovra' essere gratuita? Se si', solo nei centri pubblici o anche in quelli privati? Le nuove Linee Guida dovranno risolvere tutti questi aspetti". Il presidente SIGO ricorda che la Societa' "rappresenta tutti i ginecologi italiani e siamo pronti ad offrire alle Istituzioni e alla collettivita' le nostre competenze ed esperienze". Poi rivolge un appello al ministro della Salute Beatrice Lorenzin "affinche' ci coinvolga nella rielaborazione della Legge 40. La SIGO ha gia' istituito un tavolo tecnico che si occupa della preservazione della fertilita' dei pazienti oncologici. Questo team multidisciplinare - conclude - e' formato da ottimi e rinomati esperti e puo' immediatamente collaborare con l'ufficio giuridico del ministero". (ANSA).

# La tragedia dopo la Ru486 “È omicidio colposo”

Ma l'autopsia non riesce a svelare la causa della morte

## il caso

MARCO ACCOSSATO

**O**micidio colposo. È questa l'ipotesi d'accusa formulata ieri dalla procura di Torino sulla vicenda della maestra d'asilo di 37 anni morta all'ospedale Martini dopo l'aborto farmacologico. Non ci sono indagati, ma all'ospedale di via Tofane si sono presentati anche i carabinieri del Nas: s'indaga - come richiesto dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco - sul rispetto del protocollo utilizzato, oltre che sui farmaci somministrati alla giovane donna prima della crisi respiratoria che l'ha uccisa.

**Un mistero ancora aperto**  
L'autopsia non ha svelato il mistero. L'esame tossicologico compiuto dal medico legale Roberto Testi non ha per il momento trovato un evidente nesso di causa-effetto in grado di spiegare la tragedia. Saranno dunque necessari esami più approfonditi, anche istologici, per avere una risposta. Ieri mattina sono stati prelevati campioni di tessuti destinati al laboratorio, e su questi ripartirà l'analisi. L'unica certezza è che la giovane maestra d'asilo non è stata uccisa da un infarto. Probabilmente saranno necessari non meno dei sessanta giorni concessi al medico legale. Ma, in ogni caso, i tempi non saranno tanto celeri.

Terminata l'autopsia, ieri la procura ha dato il via libera al funerale che sarà celebrato nei prossimi giorni. Intanto i parenti e gli amici della donna chiedono di «non strumentalizzare questa tragedia con campagne anti-abortiste».



## Sulla «Stampa»



Punto e a capo, a quasi una settimana di distanza dalla morte. La domanda a cui si sperava potesse dare risposta l'esame autoptico resta drammaticamente irrisolta.

### Il blitz del Nas

I carabinieri del Nas si sono presentati ieri mattina poco dopo le 8, e sono rimasti circa

## Nuovi esami in laboratorio

Il medico legale Roberto Testi ieri mattina al Martini (foto) ha eseguito l'autopsia: serviranno altri approfondimenti

quattro ore in via Tofane. I militari del Nucleo antisofisticazione hanno controllato il rispetto del protocollo e il consenso informato nella cartella clinica firmato dalla giovane donna prima della somministrazione della RU486. La maestra d'asilo si era presentata la prima volta in ospedale il 4 aprile per la somministrazione del mifepristone (RU486), ed era tornata due giorni dopo per la prostaglandina, la sostanza che produce l'espulsione della mucosa e dell'embrione. Le è poi stato somministrato un antidolorifico e un antiemorragico.

Nessuna contestazione è stata finora avanzata al ginecologo Alessandro Lauricella a proposito dell'utilizzo del Methergin, l'antemorragico che in altri ospedali è stato sostituito da un farmaco più re-

cente. Si tratta infatti di una sostanza prevista e indicata dal protocollo. Sostanza che - come gli altri medicinali utilizzati per l'aborto farmacologico - potrebbe essere all'origine della crisi respiratoria.

Nell'autopsia non sono stati trovati segni evidenti neppure dell'embolia polmonare di cui si è parlato fin dal giorno della tragedia, ma anche queste tracce dovranno essere cercate adesso in laboratorio, negli esami approfonditi. Non sono stati sequestrati medicinali.

### Interrogati i ginecologi

Il primario di Ostetricia e Ginecologia, Flavio Carnino, e il medico (unico non obiettore al Martini) Alessandro Lauricella sono stati ascoltati dai carabinieri. Hanno risposto a ogni domanda posta dai militari del Nas. Coinvolti ma non indagati.

**Endometriosi.** L'ipotesi epigenetica alla base della malattia potrebbe portare ad individuare marker specifici senza subire prelievi di tessuto. Anche 10 anni per la diagnosi

# Test meno invasivi sfida della ricerca

TINA SIMONIELLO

**U**N TESSUTO nel posto sbagliato. L'endometrio, il tessuto che riveste l'utero, che sta dove non dovrebbe stare: nelle ovaie e nelle tube. Ma anche nel retto, nella vescica, addirittura nel polmone... E, come quello che occupa la sua sede fisiologica, risponde agli stimoli degli ormoni, estrogeni e progestinici, e a ogni ciclo mestruale sanguigno provocando dolore, anche molto intenso e resistente agli antidolorifici, che nel tempo cronicizza. È l'endometriosi, una malattia che in forma più o meno severa in Italia colpisce 3 milioni di donne e che rientra tra quelle cronico-invalidanti per le quali la ministra Lorenzin lo scorso 13 marzo, I Giornata mondiale dell'endometriosi, ha vincolato 15 milioni di euro per sviluppare una rete diagnostico-assistenziale ad hoc.

Una malattia che non è solo dolorosa (il 40 per cento delle donne che ne sono affette presentano sintomi) ma che nel 30-40 per cento dei casi è responsabile di infertilità.

Le origini? Un'ipotesi è quella delle mestruazioni retrograde: il sangue mestruale (tessuto endometriale che si sfalda) risale lungo le tube per raggiungere zone dell'addome, soprattutto l'ovaio, dove forma focolai e cisti di endometriosi, gli endometriomi. «Il reflusso tubarico - spiega Sebastiano Campo, associato di Ostetrica e ginecologica alla Cat-

tolica - si verifica però nel 90 per cento delle donne, ma solo il 20 per cento si ammala. Come mai? L'idea quindi è che nelle donne sane i macrofagi rimuovono il materiale estraneo, nelle pazienti no: alla base ci potrebbe stare un'alterazione immunitaria».

Alcuni studi indicano un'origine genetica della malattia: il rischio di ammalarsi è influenzato da alcune varianti di determinati geni. Una recente pubblicazione (su *Plos Genetics*) suggerisce una causa epi-genetica, che non riguarda cioè la sequenza del Dna ma la sua lettura: un cambiamento nella metilazione di alcuni geni della famiglia "gata" provocherebbe l'espressione di marker di endometriosi in cellule sane modificandone la resistenza al progesterone (l'ormone che frena la crescita delle cellule di endometriosi, gli estrogeni la stimolano) contribuendo di conseguenza al rischio ammalarsi. Un'osserva-

il 4-5% delle donne in età fertile

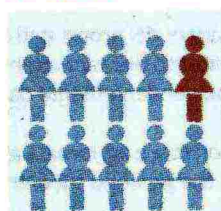
soffre di infertilità

zione che potrebbe in futuro portare a nuovi test diagnostici.

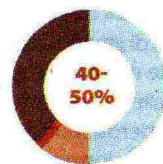
La diagnosi di certezza dell'endometriosi oggi si ottiene con prelievo di tessuto in laparoscopia, ma per giungervi, anche se i primi indizi di malattia si hanno spesso già in età puberale ci vogliono anche 8-10 anni. «La ragione è che si sottovaluta il dolore, anche i medici lo fanno, invece nel dubbio si dovrebbero sottoporre le ragazze a ecografia o a risonanza magnetica, perché siamo in grado di controllare il dolore e di ridurre la progressione della malattia con i farmaci: pillola anticoncezionale o progesterone», sostiene l'esperto.

Endometriomi, aderenze di tessuto fibroso, tube danneggiate, ovulazioni compromesse, utero poco accogliente per l'embrione rendono difficile la gravidanza. «La terapia dell'infertilità è chirurgica: in laparoscopia si asportano cisti, si liberano le tube, si ripristina la normale anatomia», dice Campo. E si rende possibile il concepimento, spontaneo (50 per cento delle donne operate, dati Uniccatt) o tramite Fivet. L'endometriosi tende a tornare: il 30 per cento delle donne operate sviluppa di nuovo endometriomi, e non è raro il re-intervento, che si tende a rallentare con la terapia ormonale.

## IN CIFRE



Colpisce 1 DONNA SU 10



delle donne colpite presenta i sintomi

30-40% dei casi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## COME COLPISCE

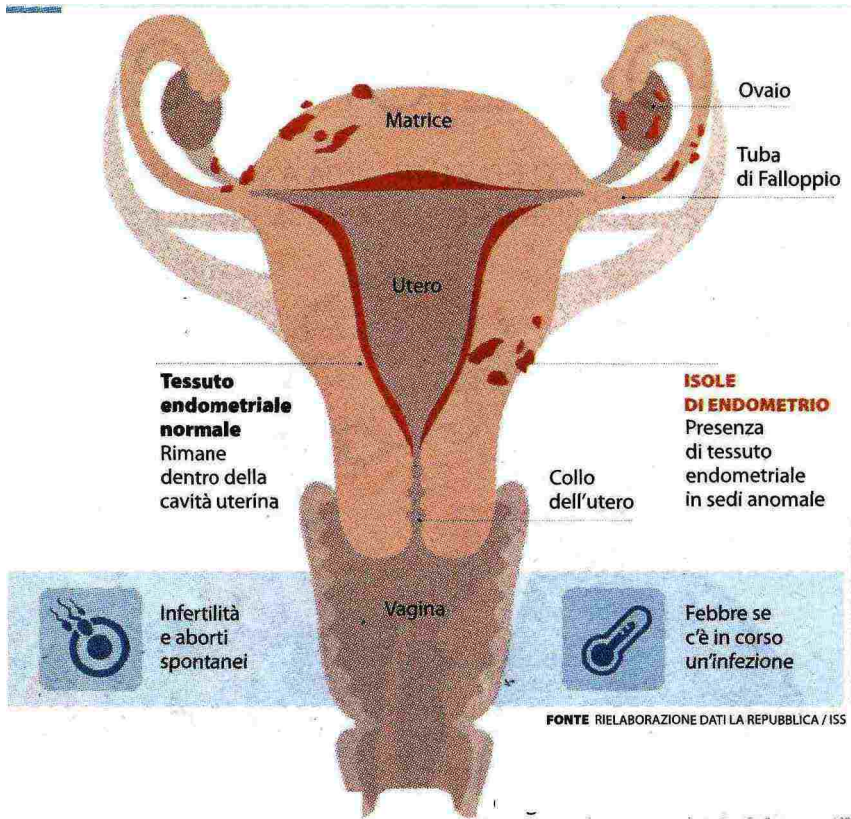
Le cellule dell'endometrio si impiantano al di fuori dell'utero sotto forma di cisti o noduli. I principali sintomi sono:



Dolori pelvici intensi



Irregolarità nelle mestruazioni





Scopri i vantaggi di PostesaluteShop, i tuoi acquisti a portata di un click

Gruppo Posteitaliane

Home » news » Reni e Riproduzione

## Reni e Riproduzione

Bocca e Digestione

Sistema respiratorio

Sistema endocrino

**Reni e Riproduzione**

Cancro e Immunologia

Cuore e Circolazione

I cinque sensi

Infezioni

Ossa e Muscoli

Sangue

Parassiti

Pelle e Annessi

Sistema nervoso

Farma

Varie

### Glossario

A	B	C
D	E	F
G	H	I

### Arriva la pillola istantanea che sfida il Viagra

Agisce entro 15 minuti, dura 6 ore, e soddisfa 8 uomini su 10: la nuova pillola per la disfunzione erettile presentata all'[European Association of Urology](#) è pronta a soppiantare il Viagra.

Nata dall'esigenza di rendere più naturale il rapporto sessuale, attraverso un principio attivo che potesse agire quasi immediatamente senza tempi d'attesa troppo lunghi anche per il partner, gli urologi hanno parlato di Avanafil (che sul mercato sarà chiamato **Spedra**) come della pillola più veloce di sempre nell'accendere il desiderio. "È la prima e unica pillola a risvegliare la virilità nel giro di pochi minuti — spiegano gli specialisti — un quarto d'ora al massimo dal momento in cui si prende". Tanto che Spedra è nelle speranze degli esperti la risposta migliore a miriadi di imitazioni on line di Viagra e altre pillole per l'erezione di dubbia provenienza che non possono garantire la funzionalità di Avanafil e provocano gravi rischi penali e di salute per chi le compra on line.

Il principio attivo di Spedra, l'avanafil, appartiene agli "inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5), come gli altri farmaci in commercio, ma si avvale di una molecola perfezionata che consente al farmaco di agire entro quindici minuti dall'assunzione. Inoltre, la nuova pillola blu possiede una durata d'azione di 6 ore e sembra pronta a regalare a molti uomini che soffrono di disfunzione erettile (3 milioni solo in Italia), che a oggi non riuscivano ad avere un eros appagante, una nuova soluzione. "Purtroppo il 40-50% dei pazienti con disfunzione erettile non ottiene una vita sessuale pienamente soddisfacente e abbandona la terapia entro poche settimane", ha spiegato il segretario generale della [Società italiana di urologia](#), **Vincenzo Mirone**. "Questo accade perché le aspettative dei pazienti nei confronti del trattamento farmacologico sono molteplici e non sempre le attuali pillole riescono a rispondere a tutti i bisogni", commenta l'urologo.

Le indicazioni sull'efficacia del nuovo Viagra sembrano d'altra parte lusinghiere: dai risultati di uno studio internazionale condotto su 686 pazienti pubblicato su [International Journal of Clinical Practice](#), emerge **che otto uomini su dieci rispondono molto bene al farmaco**, anche nei casi di disfunzione erettile più gravi. E buone notizie vengono anche per quanto

#### Vedi anche...

- ▶ Flusso abbondante? la soluzione si chiama klaira
- ▶ Varicocele, quello sconosciuto
- ▶ "basta scuse" riparte la campagna sulla disfunzione...

J	K	L
M	N	O
P	Q	R
S	T	U
V	W	X
Y	Z	0-9

riguarda gli effetti collaterali: Amenafil si è dimostrato più sicuro degli altri farmaci per la disfunzione in commercio, perché arreca meno incidenze di cefalea, congestione nasale, vampate, disturbi visivi, mal di schiena e una minor probabilità di interazioni con medicinali e cibi. I dosaggi sono inoltre uguali per tutti, compresi pazienti anziani che soffrono di diabete o disturbi renali.

Per finire, gli urologi sottolineano che Avanafil unisce a tutte le sue nuove innovative caratteristiche, **il prezzo più conveniente sul mercato**, ma ricordano che chi fosse interessato, deve sempre acquistarlo dietro ricetta medica.

**Newsletter**

Iscriviti per ricevere tutte le novità dal portale farmacia.it

**invia**

## ► Portale Farmacia

- [Home](#)
- [Infosalute](#)
- [News](#)
- [Benessere](#)
- [Analisi Cliniche](#)
- [Farmaci](#)
- [Viaggi e Salute](#)

## ► Comunità

- [Sondaggi](#)
- [Test](#)
- [Farmanews](#)

## ► Aree utili

- [Home](#)
- [Chi siamo](#)
- [Contatti](#)
- [Redazione](#)

## Colesterolo. Prime sperimentazioni cliniche

con ottimi risultati. Il bersaglio della cura è il "tappo" che limita la capacità del fegato di eliminare le Ldl nel sangue

# Con farmaci biotech l'attacco al "cattivo"

MARI RITA MONTEBELLI

WASHINGTON

**C**URARE il colesterolo alto con un'iniezione sottocutanea, da fare una o due volte al mese? È la scommessa dei nuovi farmaci biologici contro le ipercolesterolemie, ancora al vaglio degli studi spe-

rimentali. Ma a giudicare dai risultati degli studi Laplace-2 e Gauss-2 presentati nei giorni scorsi a Washington, al congresso dell'American College of Cardiology e pubblicati anche sul *New England Journal of Medicine*, siamo all'alba di una nuova era di trattamenti contro l'eccesso di lipidi nel sangue.

Gli anti-colesterolo del terzo millennio non sono più di natura tradizionale ma appartengono alla categoria della cosiddetta "target therapy", la terapia a bersaglio, diretta contro un obiettivo ben preciso. Sono farmaci biologici, anticorpi monoclonali prodotti con tecniche genetiche. Il loro bersaglio è la PCSK9, una proteina che riduce la capacità del fegato di rimuovere il colesterolo "cattivo" (LDL) dal sangue. La PCSK9 blocca infatti i recettori per le LDL presenti sulle cellule del fegato, che funzionano come tante piccole mani deputate a catturare le particelle di colesterolo cattivo circolanti, per portarle all'interno dell'epatocita, dove vengono degradate. Gli inibitori della PCSK9, neutralizzando questa proteina "inceppa-recettori", consentono così agli epatociti di rimuovere le LDL circolanti.

Il fegato è un organo di importanza

**Tutto è nato dalle ricerche su una rarissima malattia familiare del metabolismo**

cruciale nel trattamento del colesterolo alto; anche le statine, farmaci utilizzati con successo nell'ultimo quarto di secolo, agiscono inibendo un enzima epatico fondamentale per la produzione di nuovo colesterolo.

La necessità di un'alternativa per il trattamento delle ipercolesterolemie nasce dalla constatazione che in molti pazienti è impossibile riportare nei limiti i valori di colesterolo, o perché troppo alti di base o per intolleranza nei confronti delle statine, che si verifica nel 15% dei trattati. Da queste motivazioni sono nati appunto gli studi Laplace-2 (nel quale evolocumab è stato confrontato al placebo in pazienti già in terapia con statine) e Gauss-2 (dove evolocumab è stato confrontato con ezetimibe, in una popolazione di pazienti con colesterolo alto e intolleranti alle statine).

Nel Gauss-2 l'inibitore della PCSK9 ha prodotto una riduzione di colesterolo LDL superiore del 38% rispetto al gruppo trattato con ezetimibe, mentre nel Laplace-2, evolocumab ha portato ad un abbattimento dell'LDL fino al 75% dei valori iniziali, mettendo letteralmente il "turbo" alle statine.

«Le statine sono farmaci di grande efficacia nel ridurre il colesterolo LDL e il rischio di infarti e ictus — commenta Jennifer G. Robinson direttrice del Prevention Intervention Center dell'Università dell'Iowa, Stati Uniti, e primo autore del Laplace-2 — ma alcuni pazienti rimangono lontani dagli obiettivi terapeutici e per questo c'è bisogno di ulteriori opzioni di trattamento».

Evolocumab è al centro di un intenso programma

di studi, il Proficio, che arruolerà oltre 30 mila pazienti in una ventina di trial clinici. Grande è l'attesa per i risultati degli studi di efficacia: ridurre il colesterolo è infatti un obiettivo intermedio; il vero scopo di questi trattamenti è proteggere i pazienti dall'infarto e dall'ictus. Ma per sapere se anche questi obiettivi sono alla portata del nuovo farmaco, sarà necessario aspettare nel 2018 i risultati del trial Fourier, su oltre 22 mila pazienti.

«Dallo studio di una malattia rara, l'ipercolesterolemia familiare — commenta Peter Libby, professore di medi-

cina cardiovascolare all'Università di Harvard — è emerso questo nuovo bersaglio terapeutico. Si apre così una nuova era che segna l'ingresso dei biologici tra le armi del cardiologo e che per il paziente significa una terapia più semplice da seguire. Adesso, non ci resta che aspettare l'esito degli studi per valutare l'efficacia e la sicurezza nel lungo termine di questi nuovi farmaci».




Dal congresso Usa notizia su altri possibili campi di applicazione dei nuovi anticoagulanti orali. È stato appena ar-

ruolato il primo paziente dello studio Ensure-AF, incentrato sulla prevenzione dell'ictus e altre complicanze tromboemboliche in pazienti affetti da fibrillazione atriale da sottoporre a cardioversione elettrica. Lo studio, che confronterà edoxaban con enoxaparina/warfarin, è il più grande mai realizzato per questa indicazione e interesserà 2.200 pazienti in Europa e Nord America.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL COLESTEROLO

È una molecola lipidica che circola nel sangue trasportata da lipoproteine di tre tipi:

-  **HDL** Lipoproteine ad alta densità ("colesterolo buono")
-  **LDL** Lipoproteine a bassa densità ("colesterolo cattivo")
-  **VLDL** lipoproteine a densità molto bassa


## LE SOGLIE NEI BAMBINI

I valori vanno aggiustati sull'età del bambino

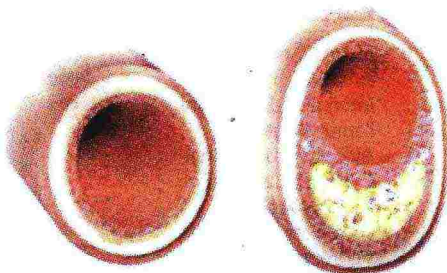
	<b>ELEVATO</b>	LDL sopra 130
		TOTALE sopra 200
	<b>BORDERLINE</b>	LDL 110-129
	TOTALE 170-199	
	<b>ACCETTABILE</b>	LDL sotto 110
		TOTALE sotto 170

## LE SOGLIE NEGLI ADULTI

Valori di colesterolo nel sangue espressi in mg/dl e rischio di malattie

	<b>ELEVATO</b>	LDL sopra 160
		TOTALE sopra 240
	<b>BORDERLINE</b>	LDL 130-159
	TOTALE 200-239	
	<b>ACCETTABILE</b>	LDL sotto 130
		TOTALE sotto 200

## EVOLUZIONE DELLE LESIONI



### 1 LESIONE INIZIALE

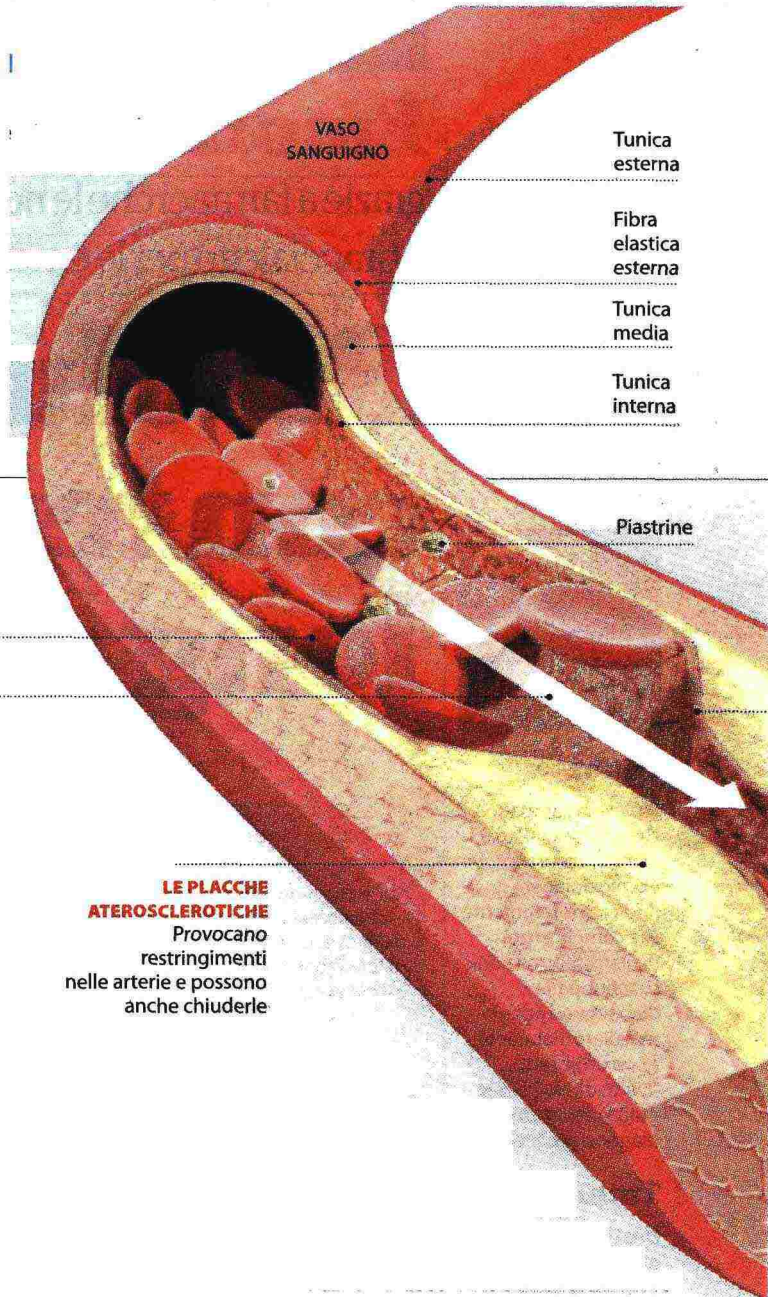
Infiltrazione lipidica nelle cellule dell'intima interna (cellule schiumose)

### 2 LESIONE INTERMEDIA

La morte di cellule schiumose libera colesterolo negli spazi intercellulari

INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI





Globuli rossi

Flusso del sangue

VASO SANGUIGNO

Tunica esterna

Fibra elastica esterna















Tunica media

Tunica interna

Piastrine

**LE PLACCHE ATEROSCLEROTICHE**  
Provocano restringimenti nelle arterie e possono anche chiuderle

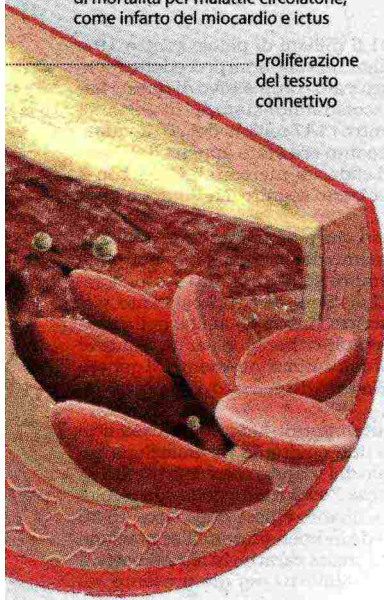
**CIBI DA TENERE SOTT'OCCHIO** Contenuto di colesterolo in mg ogni 100 g di parte edibile

						
Carne bovina <b>60-150 mg</b>	Agnello <b>70 mg</b>	Maiale <b>60-80 mg</b>	Cervello <b>&gt;2000 mg</b>	Prosciutto <b>60-70 mg</b>	Pollo con pelle <b>119 mg</b>	Salame (felino) <b>95 mg</b>
						
Aragosta <b>85 mg</b>	Gamberi <b>150 mg</b>	Caviale <b>300 mg</b>	Parmigiano <b>91 mg</b>	Uovo intero <b>371 mg</b>	Croissant <b>75 mg</b>	Burro <b>250 mg</b>

## L'aterosclerosi

I valori elevati di colesterolo nel sangue sono la causa principale di mortalità per malattie circolatorie, come infarto del miocardio e ictus

Proliferazione del tessuto connettivo



**Ictus**  
Improvvisa chiusura o rottura di un vaso cerebrale

## LE MALATTIE CONNESSE

**Infarto del miocardio**  
Può provocare necrosi del tessuto cardiaco perché non riceve un adeguato apporto di sangue

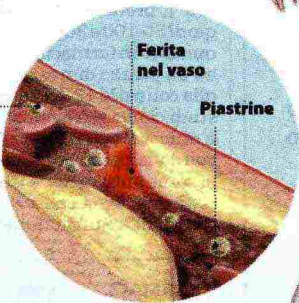
**Aneurismi arteriosi**  
Dilatazioni pulsanti delle arterie ad alto rischio di rottura e quindi di emorragie

**Ischemia renale**  
L'aterosclerosi delle arterie renali porta all'insufficienza renale

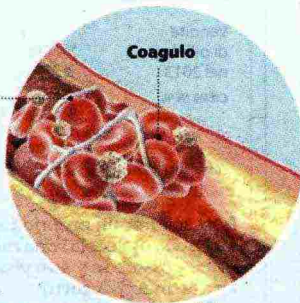
**Claudicatio intermittens**  
Riduzione del flusso di sangue negli arti inferiori

## COME SI FORMA UN COAGULO ALL'INTERNO DI UN VASO

**1** Le piastrine presenti nel sangue si attivano quando avviene una ferita, aderiscono alle pareti dell'arteria danneggiata e si aggregano ad altre piastrine



**2** Si forma velocemente il coagulo, un tappo di piastrine, globuli rossi e bianchi, rinforzato di filamenti proteici (fibrina)



**TASSO DI MORTALITÀ**  
in Europa, ogni 10mila abitanti

**1° CAUSA**  
**30,4**  
per malattie del sistema circolatorio

**2° CAUSA**  
**25,9**  
per tumori



**3 ATEROMA/  
FIBROATEROMA**

La superficie della placca si ricopre di fibrina, sostanza che la rende ancora più fragile



**4 EMATOMA**

L'endotelio si danneggia e poi si rompe. Le piastrine si aggregano intorno alla piccola lesione nella parete arteriosa



**5 TROMBOSI**

I meccanismi della coagulazione danno origine alla formazione di un trombo o coagulo



**6 TROMBOSI  
OCCLUSIVA**

Si blocca il flusso del sangue a causa dell'ingrossamento della placca e la presenza del coagulo

FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / RAPPORTO ISTAT "NOI ITALIA. 100 STATISTICHE PER CAPIRE IL PAESE IN CUI VIVIAMO", 201