

Lunedì 29 SETTEMBRE 2013

Nicola Surico è il nuovo presidente dei chirurghi italiani: "Al primo posto il contenzioso medico legale"

L'attuale presidente della Sigo è stato eletto per acclamazione lo scorso 27 settembre nel corso dell'Assemblea Nazionale del Cic. Surico subentra a Marco D'Imporzano. Contenzioso medico-legale, rapporto medico-paziente e governo clinico: queste le sfide lanciate dal neo presidente nel suo discorso introduttivo.

Nicola Surico è il nuovo presidente del Collegio italiano dei chirurghi (Cic). L'elezione per acclamazione è avvenuta lo scorso 27 settembre nel corso dell'Assemblea Nazionale a Roma. Surico, presidente Sigo, prende il posto di **Marco D'Imporzano**. "Sono diverse le problematiche urgenti da affrontare: le azioni incisive da fare riguardano in primo luogo il contenzioso medico legale. La ginecologia è al terzo posto per richiesta di risarcimenti, dopo oncologi e ortopedici. Ma a noi vengono richiesti milioni di euro di risarcimento e i prezzi delle polizze sono altissimi - ha detto il neo presidente nel suo primo discorso - Nel primo direttivo affronteremo questo problema e vedremo in quale direzione muoverci".

"Altro tema spinoso, è il 'problema chirurgia' - ha proseguito - Il problema chirurgia esiste: noi dobbiamo rilanciare la figura professionale del chirurgo, dobbiamo riappropriarci della nostra dignità professionale e dovremo anche recuperare anche il rapporto medico paziente che si è perso".
"Infine, ieri abbiamo ascoltato il direttore di Assobiomedica, con la quale vanno rinsaldati i rapporti per poter andare avanti. Siamo in spending review, ed è difficile conciliare il risparmio con la qualità, ma bisogna necessariamente trovare una via di mezzo - ha spiegato Surico - Come può il chirurgo essere all'avanguardia se non si rinnovano le tecnologie che dopo due anni sono già vecchie e vanno assolutamente rinnovate? Purtroppo in questo momento non si parla di tecnologie, e viviamo una grandissima difficoltà".

"Un altro aspetto da riprendere è quello del Governo Clinico. Errori ne abbiamo fatti anche noi, però i medici sono stati defenestrati dal Governo Clinico che è finito nelle mani della sola politica, la quale sceglie i Direttori Generali che scelgono i direttori di Struttura Complessa. Invece sono i Collegi esperti che devono scegliere il Direttore della Struttura Complessa, senza conflitti tra Universitari e Ospedalieri. Ancora, un discorso da riprendere è quello dell'intramoenia allargata - ha concluso - Non c'è più libertà professionale per il medico, a differenza delle altre professioni. E poi dovremo riprendere anche il discorso della 'riconversione' dei piccoli ospedali, che non possono garantire l'assistenza necessaria".

ALLARME Una crescita del 35% all'anno

Si moltiplicano le allergie

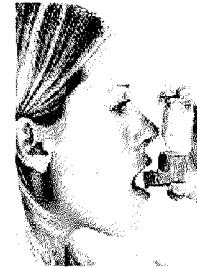
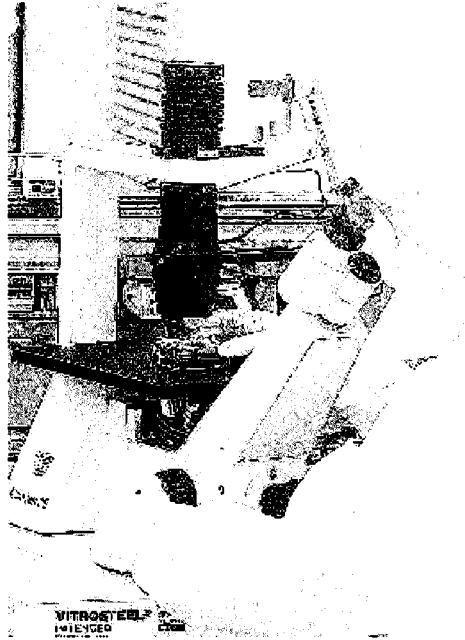
*Le cause vanno dall'inquinamento alla troppa igiene. Boom di intolleranze alimentari***Luigi Cucchi**

Le allergie nel mondo e anche in Italia sono in aumento costante, il 23% della popolazione ne è colpita. In Europa vi sono oltre sessanta milioni di persone che soffrono di allergie. Le cause comuni sono l'inquinamento, l'ereditarietà, lo stile di vita occidentale con una sempre maggiore igiene che favorisce l'insorgenza di alcune forme allergiche come le dermatiti atopiche.

Sono soprattutto i bambini le nuove vittime di questo incremento con un trend che è cresciuto negli ultimi anni sino al 35%. Si stima che nel 2020, 1 su 2 bimbi soffrirà di patologie allergiche e il 50% soffrirà di rinite allergica. Anche negli anziani, dopo i 50 anni, si registra un grande aumento soprattutto dell'asma bronchiale. Nel passato le allergie colpivano prevalentemente la pelle o le vie aeree, oggi ne sono vittime molti altri organi e sistemi, dall'intestino, agli occhi. L'Accademia Europea di Allergia e di Immunologia Clinica (European Academy of Allergy and Clinical Immunology: EAACI) ha sottolineato in un recente documento la necessità di intensificare le ricerche. Si cerca di scoprire i meccanismi dell'allergia tuttora oscuri e di identificare le relazioni esistenti fra geni e comparsa delle reazioni allergiche. All'orizzonte nuove cure, sempre più efficaci e sicure. Le biotecnologie stanno fornendo un impulso importante al progresso della terapia, sia nella produzione di vaccini che di farmaci.

Preoccupa l'esplosione delle allergie alimentari, in Italia ne soffrono oltre tre milioni di persone, di cui 570 mila giovani con meno di 18 anni. Questi valori sono quasi raddoppiati nel corso degli ultimi dieci anni. Un problema che si è allargato amacchia d'olio, coinvolgendo sempre di più ristoranti e catene di fast food. La Società italiana di allergologia e immunologia clinica ha fissato per il 5 ottobre a Cagliari una tavola rotonda dedicata alle allergie alimentari che coinvolgerà tutte le principali catene e ristoranti d'Italia. Si vuole meglio tutelare il consumatore e renderlo sicuro di ciò che sta mangiando, senza rischio alcuno.

Lastoria dell'allergologia e immunologia clinica in Italia ha inizio nei primi anni del '900 grazie agli studi compiuti da Cesare Frugoni che portarono alla



ASMA
Gli anziani con più di 50 anni registrano un grande aumento dell'asma bronchiale. La rinite allergica si diffonde tra i bimbi

nascita nel 1935, della prima rivista europea di allergologia. Negli ultimi decenni la scoperta che i meccanismi immunologici avevano un ruolo in alcune patologie, metteva in stretta correlazione l'allergologia e l'immunologia, ed alla nascita dell'attuale associazione scientifica. La specialità di Allergologia e Immunologia Clinica venne definitivamente accolta fra le discipline ospedaliere nel biennio 1987-1989.

All'inizio di settembre si è svolto a Milano il XV congresso internazionale di immunologia che ha visto la partecipazione di oltre 6.000 scienziati provenienti da tutto il mondo, con 500 speaker di grande rilievo, fra i quali tre Premi Nobel, Peter C. Doherty e Rolf M. Zinkernagel (premiati nel 1996 per i loro studi sulla specificità delle difese immunitarie cellulo-mediate), e Jules Hoffmann (insignito nel 2011). Molte le novità emerse dal congresso. Apprezzati gli studi condotti all'università di Pittsburgh, che potrebbero, un domani, consentire di sviluppare un vaccino universale, in grado di proteggere l'organismo da diversi tipi di malattie, da quelle infettive a quelle croniche, a molote neoplasie. Sempre in tema di vaccini, un gruppo di ricerca del La Jolla Institute for Allergy & Immunology, ne ha sviluppato uno che sembra poter proteggere dall'aterosclerosi. Di grande importanza anche i risultati ottenuti dall'Institute for Infection Biology di Berlino, che sta testando un nuovo vaccino contro la tubercolosi.



Salute

QUESTIONE DI EDUCAZIONE



**Ancora carente
la cultura
del rispetto,
a cominciare da
quello verso di sé**

di LUIGI RIPAMONTI

Dal dossier di questa settimana di Corriere Salute emerge ancora una volta il ritratto del maschio che ha difficoltà a conoscere, riconoscere e ammettere i propri problemi nella sfera sessuale. Ma i dati delle indagini considerate forniscono almeno due spunti di riflessione meno prevedibili. Il primo è relativo ai giovani. Secondo le ricerche riportate il 33% dei ragazzi pensa che le malattie sessualmente trasmesse abbiano un'incidenza trascurabile e il 27% non usa mai il preservativo. Quindi non sorprende che l'8% abbia già avuto un'infezione di questo tipo prima dei 18 anni. Ciò desta stupore vista la mole di informazioni sull'argomento su Internet. Certo, il web spesso non è attendibile, quando non francamente fuorviante; certo si può invocare un maggiore impegno della scuola in questo senso. Ma rimane il sospetto che un problema possa risiedere nel fatto che i nativi digitali (o quelli poco più vecchi) sotto il profilo sessuale siano forse fin troppo «analogici», dove l'analogia, cioè il modello di riferimento, è il sesso sulla Rete, declinato in tutte le sue varianti dal punto di vista della prestazione fisica e molto meno sotto il profilo relazionale, se non nei suoi succedanei incorporei (chat, social-network eccetera). Un maestro, Internet, che, pur con lodevoli eccezioni, istruisce molto sul «durante» del sesso, poco sul «prima», niente sul «dopo» e quindi lascia i ragazzi con una grande

carezza di indicazioni ed esempi negli ambiti dell'affettività e delle responsabilità reali, verso se stessi e il partner, rispetto allo tsunami di quelli relativi alla corporeità in senso stretto. Detto che di maggiore educazione all'affettività e al rispetto mostrano di aver bisogno anche tanti «meno giovani», il secondo spunto di riflessione riguarda proprio la loro generazione, la prima nella storia, a poter contare non solo su un ventaglio di pillole per prolungare la propria efficienza sessuale, ma, ora, anche su terapie ormonali «sostitutive», con effetti più a largo spettro, che sembrano voler segnare un'inedita parità con quelle da tempo destinate alle donne in menopausa. Opportunità benvenuta per chi ne ha realmente bisogno, meno benvenuta se rischia di trasformarsi da occasione in tentazione, scivolando verso una deriva cosmetica per chi non ne ha bisogno. Giova ricordare, come ha insegnato l'esperienza con la terapia sostitutiva per la menopausa, che con gli ormoni non è mai il caso di improvvisare o, peggio, di scherzare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Diagnosi I problemi vengono spesso affrontati in ritardo

Maschi che aspettano troppo

Molta resistenza ad ammettere difficoltà



In rete si trovano spesso nozioni sbagliate e prodotti che possono anche essere pericolosi



Per avere una sessualità sana il primo passo è seguire un corretto stile di vita

I giovani si guardano bene dall'andare a parlare con il medico delle loro insicurezze sotto le lenzuola. Ma anche gli adulti non scherzano: in media un uomo con disturbi sessuali impiega 2-3 anni prima di decidersi a chiedere aiuto. «Quasi tutti pensano che si tratti di problemi transitori e aspettano che passino — osserva Furio Pirozzi Farina, presidente della Società Italiana di Andrologia al cui congresso nazionale, pochi giorni fa a Firenze, sono stati discussi anche questi temi —. Oggi più di ieri da parte degli uomini c'è attenzione alla salute sessuale, eppure quasi tutti arrivano quando il problema è disperato».

A guardare i dati di diffusione delle patologie andrologiche, peraltro, di motivi per correre dal medico ce ne sarebbero, eccome: secondo le stime della SIU, gli italiani con eiaculazione precoce sono circa 4 milioni; 3 milioni hanno problemi di disfunzione erettile; un milione soffre di disturbi del desiderio e quasi altrettanti vanno incontro a prostatiti. «Senza contare l'infertilità: oggi in Italia 1 coppia su 5 non riesce ad avere un figlio e in circa metà dei casi la colpa è di lui — sottolinea Vincenzo Mirone, segretario generale SIU —. Spesso la causa risiede in patologie che sarebbe possibile prevenire o curare se si arrivasse all'attenzione medica prima di trovarsi con le spalle al muro, dopo

anni in cui sintomi che dovrebbero spingere a un controllo dall'andrologo sono stati trascurati».

«I disturbi della sessualità maschile sono molto diffusi ma se ne parla poco: l'eiaculazione precoce, ad esempio, è il problema più comune fra gli uomini, anche giovani, ma è difficile che si ammetta di soffrirne, così come è raro che si parli del calo del desiderio al maschile, che pure esiste ed è frequente in chi è più avanti negli anni — dice Pirozzi Farina —. Mol-tissimi, pure fra gli adulti, si rivolgono al web piuttosto che al medico per chiarire i loro dubbi; purtroppo in rete, oltre a trovare informazioni a volte scorrette, si incappa facilmente in prodotti per "aiutare" la sessualità maschile che nella migliore delle ipotesi sono innocui, ma in 3 casi su 4 possono essere pericolosi perché contengono farmaci in dosaggi sbagliati o contaminanti dannosi».

Come garantirsi una vita sessuale sana e senza guai, allora? Il primo passo è un corretto stile di vita, come sottolinea Ciro Basile Fasolo, andrologo di Pisa: «Innanzitutto occorre non esagerare con il consumo di alcol ed evitare droghe, fumo e malattie a trasmissione sessuale, perché queste sono le più grosse minacce per la salute andrologica. Una sola sigaretta ad esempio riduce per 2-3 ore il flusso di sangue arterioso e del 70% la produzione del nitrossido, mole-

cola che aiuta a far scattare l'erezione. Poi si tratta di seguire le regole del buonsenso: una dieta equilibrata, esercizio fisico regolare per mantenere il peso forma, rivolgersi all'andrologo se qualcosa non va».

Alcuni controlli sono necessari, stando agli esperti: una visita al termine della pubertà, per accertarsi che tutto sia a posto prima di iniziare l'attività sessuale, e una visita prima di mettere in cantiere un figlio, sottoponendosi a un dosaggio del liquido seminale per essere sicuri di non avere problemi di fertilità. «Intorno ai 35-40 anni sarebbe poi opportuno un dosaggio del testosterone, l'ormone del "buon invecchiamento" al maschile — aggiunge Mirone —. Oggi peraltro l'uomo può continuare ad avere una buona soddisfazione sessuale anche nella terza età, se segue uno stile di vita sano, senza aumentare troppo di peso e si controlla regolarmente per identificare presto e bene eventuali malattie prostatiche».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Ormoni Cambia la visione del «declino» maschile

C'è anche una carenza di estrogeni nell'«andropausa»

Cautela

La terapia «sostitutiva» va adottata solo se ci sono precise indicazioni

Rischi

Fegato e prostata i principali bersagli degli effetti collaterali di gel e cerotti

Si comincia, attorno ai cinquant'anni, con il mettere su un po' di pancetta, poi in palestra la fatica si fa più pesante e anche il desiderio sessuale non è più quello di una volta.

Sono le prime avvisaglie dell'andropausa: non si perde la capacità di procreare, come succede alle donne in menopausa, ma cominciano a comparire piccoli (o grandi) disturbi che annunciano la mezza età e che tutti attribuiscono al calo dell'ormone maschile per eccellenza, il testosterone.

Ma adesso si scopre che non è del tutto vero: nel declino maschile c'entrano anche gli estrogeni, gli ormoni femminili per antonomasia. Anche gli uomini, infatti, producono estrogeni, partendo dal testosterone, attraverso un processo chimico che si chiama aromatizzazione.

La scoperta del ruolo degli estrogeni è «un passo avanti di grande importanza» ha detto Peter Snyder, uno dei massimi esperti di terapia sostitutiva con testosterone, commentando uno studio appena pubblicato sul *New England Journal of Medicine*. Con questo studio, un gruppo di endocrinologi dell'Harvard Medical School di Boston, guidati da Joel Finkelstein, ha voluto esaminare come differenti livelli di ormoni sessuali (testosterone e estrogeni) possano incidere su certe funzioni dell'organismo maschile e sono

arrivati alla conclusione che, mentre il calo di testosterone ha principalmente a che fare con la perdita di forza muscolare, la caduta degli estrogeni è responsabile dell'accumulo di grasso attorno alla vita. Entrambi gli ormoni, invece, condizionano la libido.

«Alcuni sintomi di solito attribuiti al deficit di testosterone sono, invece, parzialmente o esclusivamente provocati dal declino degli estrogeni» ha commentato Finkelstein

Lo studio è un primo passo verso una migliore comprensione del ruolo del testosterone e degli estrogeni nell'andropausa o meglio, nella sindrome da deficit androgenico dell'uomo (in inglese *late onset hypogonadism*), come oggi viene più correttamente definita. E pone la domanda: può esistere una terapia sostitutiva con ormoni per combattere i disagi dell'andropausa così come si somministrano estrogeni alle donne in menopausa? E queste cure ormonali possono avere benefici nella prevenzione di malattie legate a una loro ridotta produzione da parte dell'organismo?

Una prima indicazione lo studio la dà: siccome alcuni sintomi sono legati agli estrogeni e gli estrogeni non possono essere somministrati *tout court* ai maschi, pena una loro femminilizzazione, rimane la possibilità di somministrare ormoni maschili

E proprio questo studio suggerisce che è meglio som-

ministrare testosterone (il quale, grazie appunto ai processi di aromatizzazione, può trasformarsi in estrogeni contrastando quindi i disturbi legati alla loro carenza di questi ultimi) piuttosto che androgeni sintetici.

Negli Stati Uniti le prescrizioni di testosterone (soprattutto in formulazione gel) per aumentare la forza muscolare e l'impulso sessuale sono triplicate negli ultimi dieci anni, come dimostra uno studio della University of Texas pubblicato su *Jama*. Da noi invece il testosterone, come terapia sostitutiva, viene prescritto in pochissimi casi.

«Fondamentalmente per ignoranza e per i timori di un aumentato rischio di tumore alla prostata — commenta Andrea Salonia, urologo e andrologo al Dipartimento di Urologia all'Università Vita e Salute al San Raffaele di Milano —. E poi ci sono poche formulazioni del testosterone che vengono passate dal Sistema Sanitario Nazionale e quindi i costi ricadono sul cittadino. Oggi questo problema non è percepito come un'esigenza».

Eppure quando i livelli di testosterone si riducono (come suggerisce uno studio pubblicato sul *New England* nel 2010) le indicazioni per una terapia sostitutiva ci sarebbero: bassi livelli dell'ormone maschile, infatti, sono legati non solo a una riduzione del desiderio sessuale ma pre alla diminuita capacità di avere erezioni, anche mattuti-



ne. Ma in molti preferiscono il Viagra o i suoi cugini per risolvere il problema al momento. «Il Viagra però — aggiunge Saronia — ha a che fare con l'erezione (e funziona in presenza di uno stimolo sessuale, ndr), mentre il testosterone è un afrodisiaco e incide proprio sul desiderio».

In Italia, a tutt'oggi, raramente viene dosato il testosterone in uomini con problemi legati alla sessualità e viene prescritto il farmaco in presenza di bassi livelli dell'ormone nel sangue (basterebbe dosare la quantità totale dell'ormone per avere un'idea dell'eventuale carenza).

«Eppure — dice Saronia — la somministrazione di testosterone in questi casi può avere effetti positivi non solo sulla sessualità e sulla forza muscolare, ma anche sulla prevenzione di certe malattie. Si è già dimostrato, per esempio che può ridurre il grasso addominale la cui presenza rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare».

Attualmente è in corso negli Stati Uniti una ricerca, il Testosterone Trial coordinato da Peter Snyder dell'University of Pennsylvania, che ha proprio l'obiettivo di capire se il testosterone non solo può far ringiovanire un uomo migliorandone l'aspetto, la forza muscolare e il desiderio sessuale, ma può anche metterlo al riparo da osteoporosi o patologie cardiovascolari.

Naturalmente questi studi dovranno anche valutare gli effetti collaterali di questa terapia. Che non sono da poco come hanno rivelato, per esempio, le indagini su persone che assumono testosterone come doping. L'elenco è lungo e comprende alterazioni dell'umore, aumento dell'aggressività, riduzione della produzione di spermatozoi, alterazioni al fegato, ritenzione idrica, disturbi soltanto per citarne alcuni.

Ecco perché la terapia sostitutiva va valutata caso per caso con l'aiuto di uno specialista e con un'attenzione particolare per le persone un po' avanti con gli anni, nelle quali il testosterone potrebbe avere effetti negativi sul sistema cardiovascolare.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

Salute

L'iniziativa Dipartimenti progettati per affrontare le difficoltà nella sfera sessuale considerando contemporaneamente i partner

Ambulatori con competenze specifiche per il benessere psicofisico di coppia

Timori condivisi

Se l'uomo ha problemi che compromettono la fertilità, difficilmente la sterilità non sarà al centro dei pensieri anche della donna

Sette uomini su dieci non sono soddisfatti della loro vita sessuale. Non lo ammettono volentieri, non ne parlano al medico. E il malcontento di lui in breve diventa frustrazione di lei, una combinazione che porta alla crisi non poche coppie. Lo rivela un'indagine DOXA, condotta su 3000 uomini e donne adulti, che sarà presentata in occasione del congresso della Società Italiana di Urologia (SIU), a Riccione dal 6 all'8 ottobre: quando l'uomo ha difficoltà sessuali, la relazione in un caso su 5 non regge ed entra in crisi. Vincenzo Mirone, ordinario di urologia all'Università Federico II di Napoli, parla infatti di "danni di coppia" e "coppie di danni" che si verificano quando uno dei due partner ha un disturbo sessuale. «Il problema di uno — dice lo specialista — ha inevitabilmente "effetti collaterali" sull'altro: se lui presenta una disfunzione erettile, spesso lei sviluppa vaginismo o prova dolore durante i rapporti; se l'uomo ha problemi che compromettono la fertilità, difficilmente la sterilità non diventerà il centro dei pensieri dei due; se lui soffre di eiaculazione precoce, lei avrà spesso problemi di anorgasmia».

Insoddisfazione per due

Se lui soffre di eiaculazione precoce, lei avvertirà con frequenza maggiore rispetto alla media problemi di anorgasmia

Non di rado è proprio la donna a portare il marito dall'uroandrologo, dopo mesi (o anni) di scontentezza; il guaio è che dovendosi scontrare con le resistenze dell'uomo e avendo molto spesso pudore nel parlare di questi temi, perfino all'interno di un rapporto rodato, spesso il colloquio con il medico arriva tardi, quando la relazione già scricchiola. Stando ai dati raccolti dalla DOXA, peraltro, nel nostro Paese c'è un grosso "gap" fra ciò che pensa l'uomo e ciò che prova la donna: fra chi soffre di eiaculazione precoce, ad esempio, uno su tre non sa e non capisce che la partner avrebbe bisogno di migliorare la vita sessuale di coppia. Manca il dialogo, insomma, ed è anche per questo che entro la fine dell'anno a Napoli, Milano, Roma e Palermo apriranno i Dipartimenti per la Salute Sessuale della Coppia promossi da SIU e dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), ambulatori in ospedali pubblici dove le coppie potranno parlare ed essere visitate da un urologo e un ginecologo che lavoreranno in tandem.

«Proprio perché i problemi sessuali sono spesso bilaterali, per essere risolti davvero devono essere affrontati con-

siderando entrambi i partner — dice Mirone —. Gli ambulatori consentiranno di trovare le risposte al maschile e al femminile, gestendo la coppia come un tutt'uno. La speranza è aiutare gli italiani ad arrivare a discutere dei loro disturbi sessuali prima di quanto facciano oggi, trascurando per anni sintomi e disagi. E provare anche a risolvere l'"asimmetria di coppia" che si è creata negli ultimi decenni: l'uomo oggi è spesso l'anello debole del rapporto a due, perché non è abituato ad ascoltare il corpo, non riceve un'educazione sessuale, non conosce il referente medico per i problemi di questa sfera. La donna invece ha nel ginecologo un punto di riferimento assodato, è più consapevole e realizzata. Questo squilibrio fra uomo e donna è tale da poter provocare la fine di una relazione, quando il sesso non funziona».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Prevenzione Quando e come eseguire i test per la ghiandola

Anche la prostata va tenuta sotto controllo

Dall'urologo

È consigliata una visita urologica prima dei cinquant'anni e poi in caso di bisogno, se compaiono i sintomi tipici di qualche guaio

Perché la vita sessuale funzioni è fondamentale che la prostata sia in salute: questa ghiandola che produce il liquido seminale deve essere perciò controllata con regolarità. Ma quando e come? Una risposta esauriente arriva da un documento ufficiale dell'European Society of Urology pubblicato a settembre, con il quale i maggiori esperti europei hanno cercato di offrire a medici e pazienti punti fermi su cui ci sia oggi un accordo.

«Sulla base degli studi scientifici fatti finora si ritiene utile un primo dosaggio del Psa (l'antigene prostatico specifico, un marcatore che si innalza in diversi casi di tumore alla prostata, ndr) fra i 40 e i 50 anni; l'ideale sarebbe fare il test attorno ai 40 — spiega Francesco Montorsi, coautore del documento europeo e direttore del Dipartimento di Urologia e del Centro di Ricerca Urologica all'ospedale San Raffaele di Milano —. Se il valore è inferiore a 1, il rischio che quel soggetto sviluppi un tumore alla prostata aggressivo e letale nei 25 anni successivi è basso e si consiglia un ulteriore test dopo 5 anni; se invece il valore è lievemente superiore è bene fare controlli più ravvicinati ed eventualmente ulteriori accertamenti, se si ha il sospetto di qualche problema perché il Psa continua a salire o la prostata non risulta normale alla visita medica».

Il test deve essere fatto in giovane età per capire come il Psa si "muove" nel corso della vita e anche perché si è compreso che valutare la presenza di un eventuale tumore della prostata ha senso in uomini con una ragionevole aspettativa di vita di almeno 15 anni. «Questo è l'arco tempora-

le entro il quale un carcinoma prostatico può diventare aggressivo e letale: in una persona piuttosto in là negli anni, magari con diabete e altri problemi di salute, in un bilancio complessivo, non ha molte giustificazioni cercare un tumore di cui comunque probabilmente non si morirà — dice Montorsi —. Ciò non significa affatto che il Psa sia inutile: fino a trent'anni fa, quando non si faceva il test, il tumore alla prostata era la prima causa di morte per cancro negli uomini. Semplicemente, deve sempre essere utilizzato in un contesto e associato alla visita medica: esistono anche tumori aggressivi che si sentono al controllo ma non fanno aumentare il Psa». È consigliata, quindi, una visita urologica prima dei 50 anni e poi in caso di bisogno, se compaiono i sintomi tipici di qualche guaio prostatico: alzarsi di notte per fare pipì se non era un'abitudine farlo, avere un getto poco potente o difficoltà a iniziare (soprattutto al mattino), urinare più spesso di giorno, sentire l'urgenza di andare in bagno o rimanere con la sensazione di non essersi svuotati del tutto sono segni poco specifici che però non vanno sottovalutati.

«Molti credono che questi disturbi siano inevitabili dopo i 50 anni, ma non è così — aggiunge Giario Conti, primario di Urologia all'Ospedale S. Anna di Como e presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica —. Non è detto che i sintomi indichino la presenza di un tumore; potrebbero essere dovuti a un ingrossamento della ghiandola risolvibile con terapie mediche (si tratta di un problema molto frequente), tuttavia una valutazione accurata per escludere malattie gravi è indispensabile».

E quando invece c'è un tumore? Oggi, in alcuni casi, un'opzione è tenerlo sotto stretto controllo ma non operarsi, non sottoporsi a radioterapia, non fare la chemioterapia. È la strategia che va sotto il nome di *sorveglianza attiva*, un protocollo che si sta pian piano diffondendo per i pazienti a cui viene scoperto un carcinoma prostatico a basso rischio.

«Il protocollo prevede il test del Psa

ogni tre mesi, la visita ogni sei e biopsie a uno, quattro e sette anni: non si sta insomma con le mani in mano ad aspettare gli eventi — spiega Giario Conti, responsabile di uno fra i sette Centri italiani che partecipano al protocollo europeo di sorveglianza attiva PRIAS —. Il numero di persone in sorveglianza attiva è in continua crescita. Per il progetto PRIAS siamo passati dai 700 casi del 2009 ai circa 4 mila attuali in tutta Europa, e l'Italia è il secondo Paese per numero di pazienti, con circa 500 partecipanti. Sono i malati stessi a chiedere la sorveglianza attiva; informarli di questa possibilità è doveroso, anche se naturalmente non si può improvvisare: i controlli sono scadenziati per anni e non devono essere trascurati per nessun motivo».

Non c'è il rischio che i pazienti si sentano abbandonati, scegliendo di non intervenire? «Se la scelta viene spiegata e condivisa capiscono che si tratta di una forma di individualizzazione della terapia e non di una resa al destino — risponde Conti —. Non è neppure vero che adattarsi a convivere con un tumore sia emotivamente troppo pesante. Gli studi condotti sui partecipanti ai protocolli mostrano che il livello d'ansia non solo non aumenta, ma addirittura scende. Nessuno dei pazienti in sorveglianza attiva è morto per il tumore, in più ci si guadagna in termini di qualità di vita. Se il tumore di cui si soffre è piccolo, poco aggressivo e non dà segno di potersi diffondere, non operarsi e fare a meno delle terapie mediche o radiologiche, con tutti gli effetti collaterali che comportano, è più che opportuno».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Quello che gli uomini non dicono

I maschi continuano a essere spaventati, timidi e silenziosi quando si presentano problemi relativi alla sfera sessuale. E i più giovani sono

molto meno attrezzati culturalmente e psicologicamente rispetto ai loro coetanei delle generazioni precedenti

Servizi di Adriana Bazzi ed Elena Meli alle pagine 48-50

Andrologia Vittime di un mix di disinformazione, presunzione e timidezza

Più vulnerabili dei padri i ragazzi di oggi «istruiti» sul sesso dal web

Credono di sapere tutto e, proprio per questa ragione, non sanno come prendersi cura di sé e quando chiedere aiuto

L'indagine

Il 28 per cento degli adolescenti non ha mai comprato un preservativo

Obiettivi

Occorre educare i giovani alla relazione con l'altro, al rispetto e alla civiltà

Per gli adolescenti di oggi a prima vista il sesso non è un tabù: smaliziati fino all'eccesso, ne parlano in totale libertà, bruciano le tappe facendolo sempre prima e probabilmente per loro l'atto pratico non ha più segreti perché hanno già visto di tutto, online o nelle foto hard che si scambiano con tanta facilità. In realtà hanno le stesse vergogne, pa-

ure e insicurezze, ma soprattutto la stessa ignoranza in materia dei loro coetanei di vent'anni fa: lo dimostra una ricerca italiana condotta su circa 5 mila diciottenni che sarà discussa nei prossimi giorni durante il congresso della Società Italiana di Urologia, nell'ambito della presentazione della nuova campagna educativa *Pianeta Uomo* promossa da SIU.

L'indagine rivela, ad esem-

pio, che il 28% degli adolescenti non ha mai comprato un preservativo e solo 1 su 3 lo usa sempre durante i rapporti sessuali, mentre altrettanti lo scelgono di tanto in tanto. Colpisce ancora di più, tuttavia, che la maggioranza accetti il condom solo per evitare gravidanze indesiderate: appena 7 ragazzi su cento sanno che è il metodo principale per prevenire le malattie sessualmente trasmes-

se. «Il vero dramma è che nei decenni scorsi i giovani sapevano di non sapere, oggi invece grazie a Internet e al continuo parlare di sesso con gli amici credono di non aver nulla da imparare, e ciò li espone a un maggior numero di rischi» osserva Nicola Mondaini, uroandrologo dell'ospedale S. M. Annunziata di Firenze e coordinatore dell'indagine.

Così, non stupiscono i dati emersi da uno studio condotto dall'Osservatorio Nazionale sulla salute dell'infanzia e l'adolescenza Paidòss su 1.400 giovani, secondo cui l'età della prima volta ha continuato ad abbassarsi negli ultimi anni e oggi il 19% degli under 14 ha già avuto rapporti completi (nel 2012 le stime indicavano il 10%), spesso senza condom.

I ragazzini sono del tutto all'oscuro dei pericoli cui vanno incontro: il 73% non saprebbe citare neppure 5 fra le principali malattie a trasmissione sessuale e 1 su 3 crede siano un problema trascurabile, che non lo riguarda.

«Di fatto, negli ultimi 5 anni l'incidenza di queste patologie fra i ragazzi è aumentata e pure le baby mamme sono un fenomeno in crescita ovunque: per questo è urgente anticipare l'educazione alla sessualità nelle scuole» dice Giuseppe Mele, presidente Paidòss.

«Non si tratta di insegnare l'atto fisico, ma di educare i ragazzi alla relazione con l'altro, al rispetto e alla civiltà — aggiunge Ciro Basile Fasolo, andrologo, sessuologo medico e direttore del Laboratorio per la Comunicazione in Medicina al Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università di Pisa —. A volte funzionano i corsi tenuti da un coetaneo formato appositamente per questo; stando ai risultati dell'indagine condotta sui diciottenni, poi, anche la presenza di un maggior numero di ragazze in classe, più consapevoli e mature riguardo alla sessualità, è utile perché i maschi capiscano l'importanza della cura di sé. Purtroppo vige ancora l'equivoco dell'uomo che non deve chiedere mai, così tutti tacciono: 1 ragazzino su 4 teme di avere "misure inadeguate", ma pochissimi vanno

dall'andrologo per togliersi i dubbi».

«Anche perché non sanno chi sia l'andrologo: 15 anni fa ne aveva sentito parlare il 3% dei giovani, oggi siamo comunque a un risicato 1,3% — riprende Mondaini —. Invece, i ragazzi dovrebbero avere con questo specialista lo stesso tipo di consuetudine che le ragazze hanno con il ginecologo, soprattutto da quando non esiste più la visita di leva obbligatoria che, bene o male, intercettava i maschi con qualche problema. Il nostro studio conferma infatti che 1 giovane su 3 ha una malattia andrologica, soprattutto varicocele (dilatazione delle vene del testicolo che aumenta la temperatura locale e alla lunga danneggia gli spermatozoi, ndr) e criptorchidismo, ovvero mancata discesa dei testicoli. Sono per lo più disturbi che si diagnosticano in pochi minuti e si possono risolvere bene e senza conseguenze, intervenendo da giovani; trascurarle invece può significare andare incontro a problemi futuri non da poco, dalla sterilità alle disfunzioni sessuali».

«Tantissime patologie si potrebbero riconoscere nella prima infanzia, entro i dieci anni, se le mamme osservassero di più i loro bimbi o se gli stessi ragazzini imparassero a guardarsi, toccarsi e a parlarne, quando hanno il dubbio che ci sia qualcosa di strano — prosegue Mondaini —. Purtroppo l'uomo, fin da piccolo, ha un "tempo di reazione" lunghissimo ai disturbi della sfera sessuale e spesso tace a se stesso la verità delle cose, finché un partner lo costringe a prenderne atto».

Per vergogna o pudore le mamme lasciano correre, qualche volta il pediatra dà un'occhiata, ma in molti casi si arriva all'adolescenza senza essere mai stati controllati davvero "li". E dai 14-15 anni in su per i maschi si spalanca un baratro: non si va dal pediatra, non si va dal medico di famiglia, non si chiede aiuto all'andrologo o all'urologo. «Questo anche perché i padri latitano. Se però la scarsa comunicazione poteva essere "scusata" cinquant'anni fa, non può più esserlo oggi: i papà devono almeno far capire

ai figli che bisogna chiedere un consiglio al medico quando si ha il dubbio che qualcosa non vada per il verso giusto. L'ideale sarebbe portarli dall'uroandrologo al termine della pubertà. — interviene Vincenzo Mirone, docente di urologia dell'università Federico II di Napoli —. Purtroppo, invece, sono proprio i giovani a sostenere gran parte del mercato online dei farmaci per la disfunzione erettile: in preda alle insicurezze si rivolgono al web, dove esistono perfino siti che fanno provare tre pillole diverse per decidere quale faccia al caso proprio, tutto da soli ed esponendosi a rischi enormi. Il problema nasce da una mancanza di cultura: i giovani usano gli anabolizzanti per "pomparsi" ma non sanno che questo li renderà impotenti, distruggendo la produzione di testosterone; pensano di non essere abbastanza bravi a letto, e allora prendono insieme ecstasy e pillole per l'erezione, per sballarsi e riuscire lo stesso ad avere un rapporto».

Secondo i numeri raccolti da Mondaini, il 40% dei diciottenni abusa di droghe, l'80% beve alcol, concentrandone (in 1 caso su 4), grandi quantità nelle "serate dello sballo" (binge drinking). «Lo stile di vita di questi ragazzi è preoccupante — ammette Mondaini —. La droga "brucia" la possibilità di avere erezioni efficaci, chi ne fa uso da giovane diventerà un 40-50enne con disfunzione erettile; pure l'alcol in eccesso è pericoloso per l'apparato genitale. Il problema è farlo capire ai ragazzi: le proibizioni e i messaggi sulle conseguenze per la salute che avranno questi comportamenti di solito non funzionano, perché i diciottenni si sentono invincibili e la prospettiva di malattie a 60 anni non li spaventa. Bisogna far capire loro che se scelgono alcol e droga non potranno avere un sesso bello e appagante, qui e ora, perché una cosa esclude l'altra. Il prezzo dell'abuso di alcol e droghe non si paga da anziani, ma molto presto. Al più tardi intorno ai 35-40 anni, nel pieno della vita attiva».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

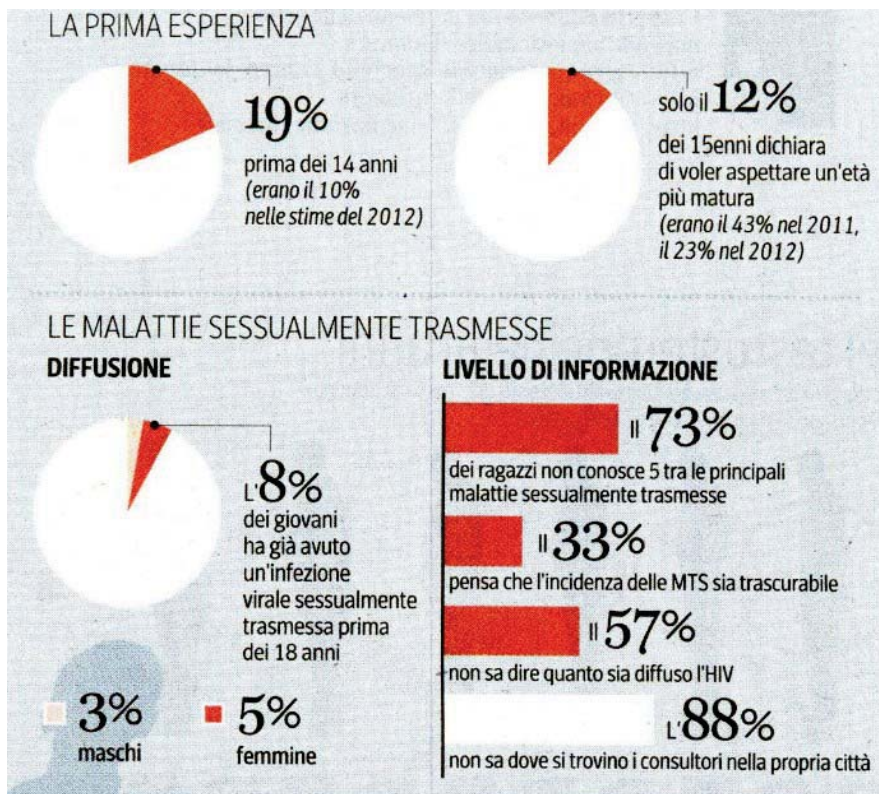
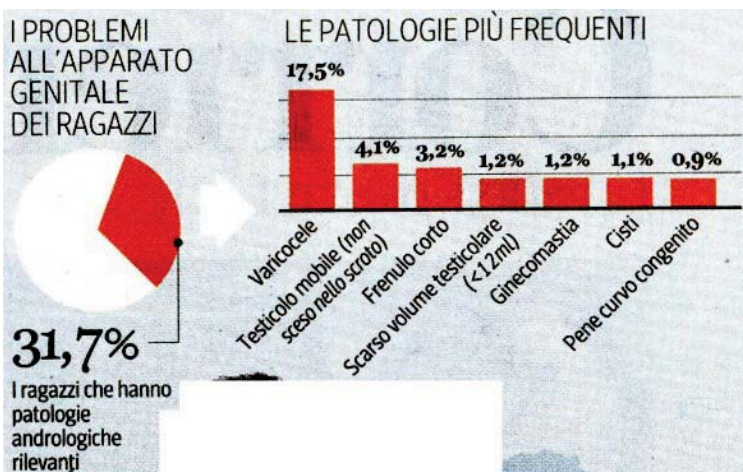
Segnale

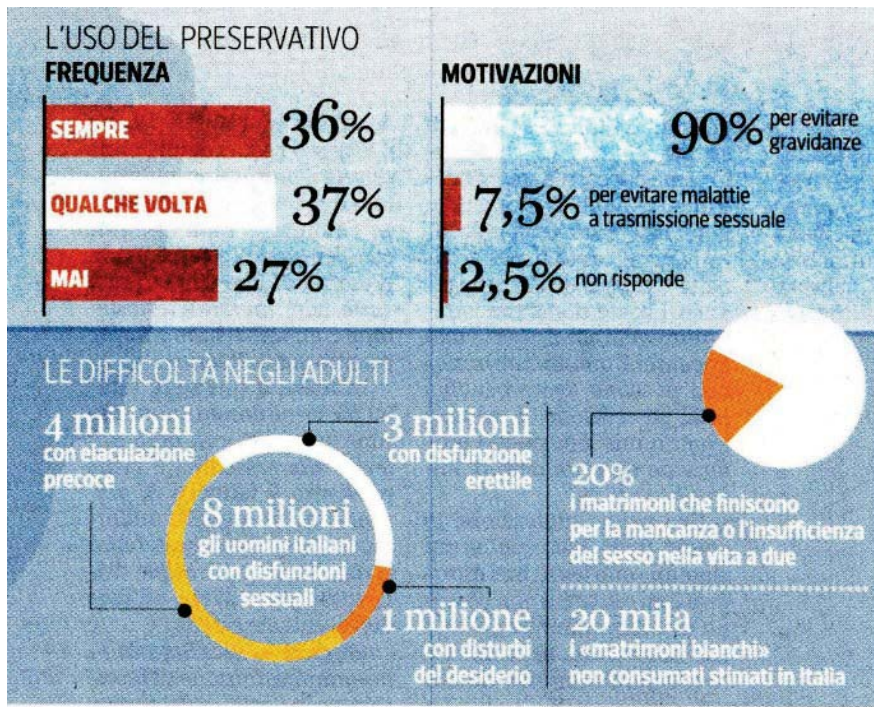
Una disfunzione che può svelare il diabete

La disfunzione erettile è un problema che si presenta solo con l'andare degli anni? Niente affatto: uno studio dell'università San Raffaele di Milano pubblicato sul Journal of Sexual Medicine indica che, fra i pazienti che arrivano per un problema di impotenza nell'ambulatorio medico, 1 su 4 ha meno di 40 anni. I giovani hanno meno malattie concomitanti ma una disfunzione erettile più grave e sono più spesso fumatori incalliti o

consumatori di droghe, a conferma del fatto che lo stile di vita mina la sessualità. «L'impotenza è una sentinella di problemi cardiovascolari o diabete: nei pazienti con disfunzione erettile è doveroso indagare la salute generale, indipendentemente dall'età», spiega l'autore, Paolo Capogrosso del San Raffaele. In passato molti consideravano l'impotenza giovanile un disturbo su base solo psicologica: la presenza di molti casi gravi fra gli under 40 dice che è importante fare anche a questi uomini test approfonditi per verificare le condizioni di cuore e vasi.

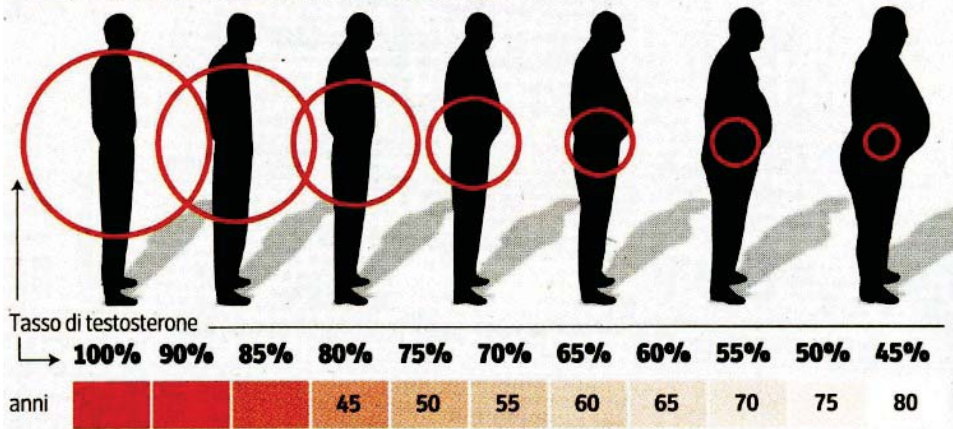
© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il calo del testosterone negli anni

La riduzione dell'ormone maschile si accompagna all'aumento del grasso addominale
Ma in questo fenomeno sono implicati anche gli estrogeni



Il numero

Molte mancanze nell'assistenza per le malattie reumatiche

Oltre 22 milioni di giornate di lavoro perse ogni anno, pari a un calo di produttività di 2 miliardi e 800 milioni di euro. È il prezzo che l'Italia deve pagare per la carenza di una rete assistenziale reumatologica adeguata, che permetta di arrivare a una diagnosi precoce. A lanciare l'allarme è la coalizione Fit For Work Italia,

22.500.000

È la stima del numero di giornate lavorative perse ogni anno per malattie reumatiche. In termini di perdita di produttività, si tratterebbe di oltre 2,8 milioni di euro

che ha presentato i risultati di un'indagine sull'attuale modello di gestione delle patologie muscolo-scheletriche condotta per oltre un anno da clinici, economisti e rappresentanti politici. Un mo-

dello, dicono gli esperti, da considerare superato e incapace di dare risposte concrete ai malati reumatici.

Per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema, il 12 ottobre prossimo, Giornata mondiale del malato reumatico, Associazione Nazionale Malati Artrosi e Società Italiana di Reumatologia (che fanno parte di Fit For Work) organizzano in piazza Farnese a Roma visite gratuite e un percorso informativo su quattro malattie: sclerodermia, osteoporosi, artrite e artrosi. Dal 14 al 18 ottobre, poi, ambulatori «aperti» in tutte le regioni (Numero Verde 800-91.06.25).



Per saperne di più
Associazione malati reumatici
www.anmar-italia.it



LiberoSalute

Barcellona. Denuncia delle società scientifiche nazionali dal congresso dell'EASD

Italiani con il diabete, 'cenerentole' d'Europa

Siamo gli unici discriminati nell'accesso alle terapie innovative, disponibili praticamente ovunque nel continente

■ ■ ■ Ancora una brutta notizia per la nostra bistrattata sanità pubblica: nelle terapie innovative antidiabetiche siamo la Cenerentola d'Europa. La conferma viene dall'annuale congresso europeo dell'EASD – l'Associazione Europea per lo Studio del Diabete – che ha visto riuniti a Barcellona oltre 18mila medici diabetologi, per bocca del professor Stefano Del Prato, presidente della Società Italiana di Diabetologia e vice-presidente dell'EASD, nel corso di una conferenza stampa congiunta con Diabete Italia e l'Associazione dei Medici Diabetologi: "Al contrario degli altri pazienti europei, alla maggior parte dei nostri connazionali con diabete di tipo 2 è di fatto impedito l'accesso alle terapie antidiabetiche di ultima generazione, efficaci sul controllo della glicemia, senza esporre al rischio di pericolosi episodi di ipoglicemia e senza far aumentare di peso. Anzi molto spesso, facendo scendere l'ago della bilancia". Colpa della revisione in senso ancor più restrittivo delle indicazioni prescrittive realizzata nel corso dell'estate dall'AIFA nei confronti delle terapie basate sulle incretine (inibitori del DDP-4 e analoghi del GLP-1) e della totale mancanza di considerazione da parte dell'autorità regolatoria italiana dell'appello lanciato dalle società scientifiche di diabetologia e dalle

associazioni dei pazienti, rappresentate da Diabete Italia, lo scorso mese di giugno. Tra le motivazioni addotte dall'AIFA alla clamorosa e unilaterale decisione di limitare l'accesso a queste terapie, le preoccupazioni circa la safety di questi farmaci a livello del pancreas (pancreatiti e tumori del pancreas).

Nessun rischio e molti vantaggi. A nulla sono valse le rassicurazioni delle società scientifiche internazionali (ADA, EASD), dell'International Diabetes Federation (IDF) e della stessa agenzia regolatoria europea (EMA). Le prime a fine giugno hanno ribadito che "al momento non ci sono evidenze sufficienti ad indurre delle modifiche alle attuali raccomandazioni di trattamento", mentre il CHMP dell'EMA a fine luglio, al termine di una revisione di tutti i dati scientifici disponibili per le incretine, concludeva che "i dati attualmente disponibili non confermano le recenti preoccupazioni circa un aumentato rischio di eventi avversi pancreatici con queste terapie". A ribadire ulteriormente la sicurezza di queste terapie, infine, all'inizio del mese di settembre, in occasione del congresso Europeo di Cardiologia, sono stati presentati i risultati di due studi sulla safety cardiovascolare di queste terapie (EXAMINE con alogliptin e

SAVOR con saxagliptin). Anche in questo caso, nessun eccesso di rischio rispetto ai controlli per quanto riguarda patologie cardiovascolari, pancreatiche e tumorali. "Le terapie basate sulle incretine – continua Stefano Del Prato – sono efficaci, sicure, non danno rischio di ipoglicemie e non determinano un aumento del peso. Per tutte queste caratteristiche dovrebbero idealmente trovare una collocazione in una fase precoce della malattia, anziché essere usate tardivamente e solo su poche categorie di pazienti come vorrebbe la revisione prescrittiva approntata dall'AIFA. Ci auguriamo che gli esperti dell'Agenzia regolatoria italiana vogliano prendere in considerazione i suggerimenti a suo tempo fatti pervenire dalle società scientifiche e dalle associazioni dei pazienti dopo l'incontro del giugno scorso e dei quali non abbiamo mai ricevuto riscontro alcuno". "Questi farmaci – aggiunge il professor Enzo Bonora, presidente eletto della SID – rispetto alle ancora troppo spesso usate sulfoniluree (in particolare la glibenclamide) e alle del tutto simili glinidi, hanno la grande virtù di non avere alcuna interferenza farmacologica con altri farmaci e sono ideali per pazienti come i diabetici che assumono moltissimi farmaci per le patologie concomitanti e le complicanze del diabete".



Libero Salute

RIACE: non solo statue, ma ricerca di eccellenza in diabetologia

Uno studio della Società Italiana di Diabetologia sullo stato delle complicanze croniche del diabete

■■■ Potrebbero essere addirittura 5 milioni le persone in Italia con una forma di diabete, nel 95% dei casi di tipo 2. Lo affermano l'osservatorio 'Arno Diabete' e la Società Italiana di Diabetologia, che hanno presentato al congresso EASD di Barcellona i risultati preliminari delle osservazioni per il 2012. Secondo quanto riferisce l'ANSA Salute la stima è stata ottenuta da un campione di 11 milioni di persone tra cui la prevalenza è risultata del 6.2%, un valore del 70% superiore rispetto a quello rilevato nel 1997, complice il peggioramento degli stili di vita. Di pari passo con il numero dei casi cresce la spesa per il Ssn dovuta alla malattia, che lo studio calcola in circa 12 miliardi di euro. La spesa per ogni diabetico è circa 4mila euro, ed è composta per il 71% dai ricoveri, per il 15% dai farmaci per complicanze e comorbidità, per il 4% per i farmaci per il diabete e per il 10% per visite specialistiche ed esami. Nonostante le complicanze siano responsabili della maggioranza della spesa, sottolinea un altro studio presentato dalla SID al congresso, l'Italia con la sua rete diabetologica è riuscita a contenerle. "Nei diabetici italiani – spiega Enzo Bonora, presidente eletto della Sid – retinopatia, nefropatia, neuropatia, piede diabetico, pur se presenti, lo sono con prevalenza ed incidenza inferiori a quella di altri paesi simili al nostro. Questo non deve però indurre ad abbassare la guardia perché le complicanze sono comunque presenti". Secondo lo studio Riace il 23% dei diabetici ha avuto un evento cardiovascolare, il 22% ha una retinopatia, il 27% ha una albuminuria, il 19% ha una insufficienza renale moderata-severa. (L.L.)



» Malati & Malattie

di Gloria Sacconi Jotti



I malati di Parkinson sono 230mila, i più colpiti sono gli uomini

Nel nostro Paese sono 230mila le persone affette dal Parkinson, in maggioranza uomini (sei su dieci). Una cifra purtroppo destinata a raddoppiare entro il 2030 a causa dell'invecchiamento della popolazione. Il 70% di tutti i malati ha più di 65 anni, mentre nel 5% dei casi la malattia insorge prima dei 50 anni. La malattia di Parkinson conduce ad una progressiva disabilità motoria con relativa perdita di indipendenza, isolamento sociale, rischio di cadute e traumi. C'è poi tutto un corredo di sintomi non motori: compromissione di alcune funzioni cognitive, dell'attenzione, del linguaggio. Le tecniche riabilitative prescritte (fisioterapiche, logopediche e occupazionali) necessitano tuttavia di essere sottoposte ad una procedura di standardizzazione e valutazione in modo da favorirne la trasferibilità dal mondo della ricerca alla pratica clinica corrente. In pazienti gravemente compromessi dal punto di vista motorio e che non rispondono alle terapie farmacologiche è possibile ricorrere a trattamenti chirurgici di due tipi: gli interventi di lesione e quelli di stimolazione cerebrale profonda. Entrambi prevedono l'inserimento di un elettrodo in determinate aree cerebrali che nel primo caso va a cauterizzare le cellule target per poi essere rimosso, mentre nel secondo viene posizionato in una specifica area del cervello e qui lasciato allo scopo di emettere costantemente un impulso elettrico. Non mancano tuttavia le criticità connesse a tale operazione: dalla scelta del target di stimolazione alle possibili complicanze intra e post operatorie. Vi sono alcune tecniche, in via di sperimentazione, che prevedono l'impianto di staminali in determinate aree cerebrali. I tipi di trapianto più studiati sono quello autologo di staminali mesenchimali adulte di derivazione midollare e l'impianto di tessuto mesencefalico embrionale. Attualmente è in corso di sperimentazione anche l'infusione di *glial cell line-derived neurotrophic factor*, un potente fattore neurotrofico che promuove la sopravvivenza e la differenziazione dei neuroni del mesencefalo e dei motoneuroni. Ad oggi non esiste alcun trattamento a base di staminali raccomandato.

gloriasj@unipr.it


stampa | chiudi

IL MAXI-STUDIO

I calcoli renali aumentano del 30% il rischio di soffrire di cuore (ma solo per le donne)

Il maxi-studio della Cattolica e di Harvard è durato 24 anni e ha coinvolto 240 mila persone

Avere avuto calcoli renali aumenta del 30% il rischio di soffrire di cuore (infarto e necessità di interventi sulle coronarie). Il rischio, però, aumenta solo per le donne. Lo hanno scoperto ricercatori dell'Università Cattolica – Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli” di Roma insieme ai colleghi della prestigiosa Harvard University di Boston. La scoperta è frutto di un maxi-studio durato 24 anni, che ha coinvolto oltre 240 mila persone. Lo studio è stato pubblicato sul prestigioso (JAMA) e condotto da Pietro Manuel Ferraro, nefrologo presso l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Università Cattolica-Complesso Integrato Columbus, diretta dal Professor Giovanni Gambaro. La calcolosi renale è una patologia frequente e in aumento nella popolazione generale, con una frequenza in Italia pari quasi a una persona su dieci. Multipli fattori sono coinvolti nella formazione dei calcoli renali, alcuni di carattere genetico e altri legati allo stile di vita (scarsa idratazione, dieta ricca in sale e proteine animali).

LO STUDIO - Lo studio ha coinvolto complessivamente 45.748 uomini e 196.357 donne, tutti privi di segni di malattia cardiaca all'inizio dell'indagine. Il campione è stato seguito nel tempo per vedere se sviluppava malattia delle coronarie (infarto del miocardio o sviluppo di malattia coronarica, che necessitasse rivascolarizzazione con angioplastica o con by-pass aorto-coronarico). Sul totale di 242.105 partecipanti, 19.678 hanno riferito di aver sofferto di calcoli renali nel corso della propria vita. Dopo ben 24 anni di osservazione per gli uomini e 18 per le donne, i ricercatori hanno registrato 16.838 casi di malattia delle coronarie. Per le donne, ma non per gli uomini, è risultata un'associazione significativa tra calcoli renali e malattia cardiaca.

LE DONNE - In presenza di calcoli la donna ha un rischio-cuore più alto del 30% a parità di altri fattori di rischio come fattori dietetici, diabete e ipertensione. «È difficile spiegare perché la stessa associazione non è stata evidenziata per il sesso maschile – commenta il dottor Pietro M. Ferraro -, ma fattori ormonali o relativi alla composizione dei calcoli renali potrebbero spiegare questi risultati». Lo studio suggerisce che i pazienti affetti da calcoli renali siano a maggiore rischio di sviluppare eventi cardiaci. «Sulla base di tale informazione – conclude il professor Giovanni Gambaro -, potrebbe essere utile un rigoroso screening dei fattori di rischio cardiologici in questa popolazione».

Redazione Salute Online

stampa | chiudi

Salute

Mi spieghi dottore Che cosa fa alzare la **pressione** arteriosa?

Lo specialista

Rene e cervello sono i principali «imputati» per l'ipertensione

La ritenzione di sodio e lo stress hanno un ruolo importante, ma entrano in gioco diversi altri fattori

di Antonella Sparvoli

Almeno 2 adulti su 10 sono ipertesi, cioè hanno la pressione arteriosa troppo alta, ma metà di loro lo ignora perché questa condizione di solito non dà disturbi, ma, al massimo, piccoli segnali non sempre facili da cogliere. «L'ipertensione si sviluppa quando le pareti delle arterie perdono la loro elasticità naturale, diventano rigide e i vasi più piccoli si restringono — spiega il professor Fabio Magrini, direttore di Medicina cardiovascolare dell'Ospedale Policlinico di Milano —. Esistono diverse linee di pensiero sul perché ciò accada. Da una parte c'è il "partito del sale e dell'acqua" che sostiene che questo avvenga perché il rene fa fatica a scambiare il sodio con il potassio, favorendo così l'accumulo di sodio e acqua che, a sua volta, si insinuerebbe nelle pareti delle arterie, restringendone il calibro. Poi c'è il "partito del sistema nervoso centrale", ovvero di coloro che mettono in primo piano il ruolo dello stress, responsabile della secrezione di adrenalina e altre sostanze che causano modificazioni a livello dei vasi sanguigni. Infine, c'è il "partito del mosaico", che va per la maggiore e che vede l'ipertensione come una malattia multifattoriale in cui le singole cause cambiano ed evolvono nel tempo».

Quali sono i segnali della pressione è alta?

«A volte chi non ha mai avuto mal di testa inizia a soffrire, oppure bastano piccoli sforzi per far venire il fiato corto o, ancora, ci si alza spesso di notte per urinare, mentre fino a poco tempo prima si tirava fino al mattino. Detto questo, l'unico modo per capire se la pressione è stabilmente alta è misurarla con uno sfigmomanometro, tenendo magari un diario dei valori per un paio di settimane. La pressione arteriosa è normale quando il valore sistolico (massima) è inferiore a 140 mmHg (millimetri di mercurio) e quello diastolico (minima) inferiore a 90 mmHg. Ideali per la salute sono, però, valori inferiori a 130/85 mmHg».

Quando va misurata la pressione?

«La pressione varia nelle 24 ore, di notte scende e al risveglio inizia a salire. Il momento più indicativo dell'andamento pressorio è il tramonto. La si può misurare dal medico, in farmacia o a casa. I 18-20 anni sono considerati un buon momento per iniziare a misurarla una volta l'anno.

Nelle donne la pressione va controllata soprattutto in gravidanza (la pressione dovrebbe abbassarsi), durante l'assunzione della pillola anticoncezionale e la menopausa (la pressione tende a oscillare). Passati i 40 anni sarà il medico nei singoli casi a indicare la frequenza ottimale dei controlli, a seconda anche della presenza o meno di fattori di rischio cardiovascolare come fumo, colesterolo alto, storia familiare di malattie cardiovascolari, sovrappeso e obesità».

Come si cura la pressione alta?

«Ridurre il sovrappeso, fare esercizio, non eccedere con il sale: sono tutti accorgimenti che possono evitare o posticipare l'ipertensione. Una volta che la condizione si è instaurata, nella maggior parte dei casi si rende necessario il ricorso a **farmaci** antipertensivi. Ne esistono di diversi tipi e non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo; anche gli effetti collaterali possono variare da persona a persona. La cura va quindi personalizzata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





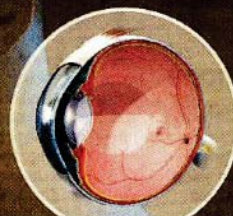
L'ipertensione è una condizione caratterizzata dall'aumento stabile della pressione arteriosa, **la forza che serve a far scorrere il sangue in tutto il corpo.** La pressione viene generata dal cuore, che pompa il sangue ritmicamente nei vasi sanguigni. Nell'ipertensione la spinta è superiore alle normali esigenze dell'organismo



La pressione alta danneggia le pareti dei vasi e favorisce la formazione di placche aterosclerotiche. Per questo le persone che hanno la pressione alta corrono un rischio maggiore di infarto o ictus



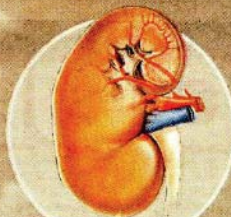
I disturbi a carico del cervello possono essere legati alla riduzione dell'ossigeno che arriva alle cellule. Nei casi più gravi la pressione alta può addirittura favorire la rottura di piccoli vasi



L'ipertensione può danneggiare la vista (*retinopatia*)



La pressione alta può alterare la parete delle arterie, causando dapprima un ispessimento (*ipertrofia*) e successivamente uno sfiancamento (*dilatazione*) del cuore. Ciò può favorire lo sviluppo dello scompenso cardiaco



Le funzioni dei reni vengono compromesse dall'ipertensione, che causa l'accumulo o la perdita con le urine di particolari sostanze. Nei casi più gravi l'ipertensione può condurre all'insufficienza renale

LA DIAGNOSI

- L'unico modo per capire se la pressione è davvero alta è misurarla con uno sfigmomanometro, tenendo un diario delle misurazioni per circa 15 giorni
- In alcuni casi può essere utile eseguire il monitoraggio della pressione delle 24 ore (*Holter pressorio*)
- La pressione si misura in millimetri di mercurio (*mmHg*). Il valore della pressione è dato da due numeri: il primo è la pressione sistolica o **massima** (si misura nel momento in cui il cuore si contrae e pompa il sangue nelle arterie), il secondo la diastolica o **minima** (si misura tra due contrazioni, mentre il cuore si rilassa e si riempie di sangue)
- La pressione arteriosa è normale quando il valore sistolico (massima) è inferiore a 140 mmHg (millimetri di mercurio) e quello diastolico (minima) inferiore a 90 mmHg. Ideali per la salute sono però valori inferiori a 130/85 mmHg

VALORI PRESSORI NELLA NORMA

	Massima	Minima
Pressione ottimale	<120 mmHg	<80 mmHg
Pressione normale	<130 mmHg	<85 mmHg
Pressione normale alta	<130-139 mmHg	<85-89 mmHg

COME MISURARE LA PRESSIONE

- La pressione arteriosa può essere misurata dal medico, in farmacia o comodamente a casa con un apparecchio per la misurazione domiciliare. In quest'ultimo caso è consigliabile eseguire tre misurazioni, scartando la prima e facendo una media della seconda e della terza per ottenere il valore corretto
- Il momento più indicativo dell'andamento della pressione è il **tramonto**, prima di cena (a vescica distesa e dopo essersi rilassati un paio di minuti)

QUANDO MISURARE LA PRESSIONE

	18-40 ANNI	SOPRA I 40 ANNI
UOMINI	Una volta all'anno	Una volta all'anno, se lo stile di vita è ottimale, altrimenti più di frequente secondo le indicazioni del medico
DONNE	Nelle donne che decidono di prendere la pillola e in quelle in gravidanza è indicato un attento controllo pressorio (prima, dopo e durante)	È utile controllare la pressione nel periodo della menopausa, soprattutto se si assume la terapia ormonale sostitutiva

I SINTOMI

Nella maggior parte dei casi la pressione può alzarsi senza dare disturbi, tuttavia se si presta maggiore attenzione si possono cogliere alcuni segnali come:

- episodi di **mal di testa** in chi non ne ha mai sofferto
- **risvegli notturni** più frequenti del solito per **urinare**
- **zone buie** nel campo visivo
- **fiato corto** dopo sforzi modesti che fino a poco tempo prima non creavano alcun problema
- **stanchezza** insolita
- episodi occasionali di lievi **palpitazioni**

LE CURE

Nelle forme meno gravi, talvolta, è sufficiente intervenire sullo stile di vita (si veda «La prevenzione»), invece negli altri casi bisogna associare una terapia farmacologica, che va assunta per il resto della vita. Questa si basa su diverse categorie di **farmaci** (*diuretici, beta-bloccanti, ACE-inibitori, calcio-antagonisti, antagonisti del recettore dell'angiotensina II*) che possono essere utilizzati da soli o, se necessario, in combinazione, modulando il trattamento sul singolo paziente

Una terapia ben calibrata e seguita con scrupolo permette un buon controllo della pressione

LA PREVENZIONE

Alcune semplici regole di comportamento possono aiutare a mantenere la pressione arteriosa a livelli desiderabili

Non eccedere con il consumo di sale. Per le esigenze del nostro organismo, è sufficiente la quantità di sale già contenuta naturalmente negli alimenti



Moderare il consumo di caffè

Mangiare molta frutta e verdura



Tenere sotto controllo il peso. Con l'aumento di peso il cuore deve pompare con più energia per mandare il sangue in tutti i tessuti

Praticare regolarmente attività fisica (bastano 30 minuti di cammino a passo svelto al giorno)



Non fumare

SEEDLAB

Il biomedicale sogna comunque California

di **Luca Tremolada**

«I nostri ricercatori pubblicano di più, sono considerati e guidano laboratori di livello internazionale. Eppure, il numero di spin off e gli investimenti in startup scientifiche è in calo». Per Nicola Redi, chief investment & technology officer del fondo TTVenture il potenziale della nostra ricerca continua a essere ampiamente sottostimato. La platea di venture capital, investitori istituzionali e startup per riunita al Centro Congressi Fondazione Cariplo per l'evento di premiazione dell'acceleratore SeedLab annuisce sommessamente. E tra i commenti sottovoce c'è anche chi dà la colpa alla troppa attenzione mediatica che hanno le startup digitali, quelle dei social network e di internet che sognano Zuckerberg e la California.

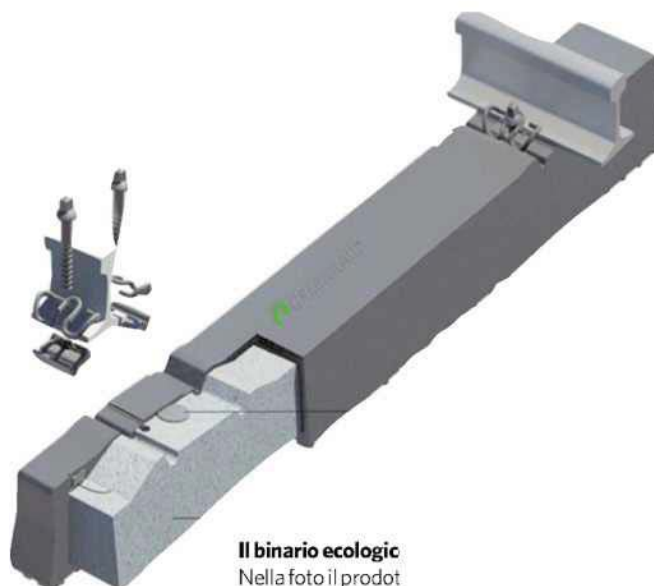
In realtà anche gli undici neo-imprenditori che sono stati selezionati da SeedLab sognano la Silicon Valley. Si occupano di biotech, cleantech, medicale, robotica e ict ma è la squadra di Life Science quella che sembra raccogliere più consensi tra gli investitori. «Non c'è solo l'e-health - racconta Redi - ma anche il biomedicale tra i settori più interessanti per chi investe in startup». Ma solo una delle tre "squadre" premiate viene da campo. Tutte hanno condotto il pitch e quindi hanno "raccontato" il loro progetto in inglese rispondendo come di consueto alle domande della giuria. Al

termine sono state selezionate SbsSkin di Palermo che progetta pannelli di vetromattoni innovativi che permettono a progettisti e costruttori di ottimizzare le performance energetiche e caratterizzare l'aspetto degli edifici; NeuronGuard di Modena

ha progettato un sistema integrato basato su ipotermia terapeutica e anestetici alogenati per la protezione cerebrale di pazienti che subiscono un danno neuronale; e GreenRail, palermitana che ha brevettato una traversa ferroviaria ecosostenibile in grado di ridurre i costi di manutenzione e di produrre elettricità al passaggio di convogli. Per loro nessun premio in denaro ma un biglietto di viaggio per la Silicon Valley, dove nel corso di due settimane attraverso attività di networking e incontri, i giovani innovatori italiani avranno la possibilità di conoscere il mercato Usa, sia in relazione all'aspetto Vc che all'aspetto commerciale. La testa degli startupper è già là, in Silicon Valley.

Nell'immediato però la prospettiva è l'Italia. «Chi resta ha molto da chiedere - commenta Antonino Lo Iacono di Wib, startupper non più di primo pelo - Io sto in Sicilia, a Palermo. Mi basterebbe avere una banda larga almeno quanto quella degli altri paesi. Chiedo solo un internet veloce». Infrastrutture competitive, quindi. Nulla di straordinario. Sempre che qualcuno abbia ancora interesse a investire nelle reti di nuova generazione italiane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il binario ecologic
Nella foto il prodotto progettato dalla startup GreeRail

