

Lunedì 06 LUGLIO 2015

## La protesta dei Ginecologi: "No a leggi sul parto senza il parere degli esperti"

"I ginecologi e le ostetriche italiani esprimono il loro totale disappunto per non essere stati coinvolti nell'elaborazione della proposta di legge Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale. Non si può scrivere un provvedimento sulla sicurezza del percorso nascita e del parto, che parla di gravidanza, senza sentire il parere di chi tutti i giorni lavora con madri e neonati". E' quanto affermano **Paolo Scollo**, presidente nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), **Vito Trojano**, presidente nazionale associazione ostetrici ginecologi italiani (Aogoi), **Nicola Colacurci**, presidente dell'Associazione ginecologi universitari italiani (Agui) e **Maria Vicario**, presidente della Federazione nazionale dei collegi ostetriche (Fnco) in merito ad una proposta di legge che viene presentata oggi presso la Sala Caduti di Nassirya di Palazzo Madama.

"Non vogliamo sostituirci al legislatore ma la politica deve ascoltarci - aggiungono i presidenti Sigo, Aogoi, Agui e Fnco -. Le Società scientifiche e il Collegio Italiano delle Ostetriche sono gli organi ufficiali e giuridicamente riconosciuti per poter affrontare l'importante parte tecnica e formativa del percorso nascita con particolare attenzione all'evento parto. Il Ministero della Salute in questi anni ha istituito commissioni specifiche per risolvere problemi importanti come l'eccessivo ricorso alla medicina difensiva, il calo della fertilità degli italiani o il miglioramento dell'assistenza pediatrica e neo natale. In questi organi erano presenti esponenti delle Società Scientifiche competenti. Chiediamo quindi al Parlamento di seguire l'esempio del dicastero della sanità. Legiferare senza il supporto degli esperti del settore è pericoloso - concludono i ginecologi e le ostetriche italiani -. Si rischia di far passare messaggi che non sono conformi alla realtà dell'assistenza alla gestazione".

Lunedì 06 LUGLIO 2015

## Senato. Presentato Ddl sul parto naturale sicuro. Binetti (Ap) e Di Biagio (Ap): "Una svolta nell'ostetricia italiana"

*Il testo, già assegnato alla commissione Affari Sociali della Camera, è stato presentato questa mattina dai due parlamentari firmatari. L'obiettivo è quello di introdurre un nuovo modello clinico organizzativo che consentirebbe di "ridurre in modo significativo le complicanze materno-feto-neonatali, i conseguenti costi legati ad errori sanitari, collocando la nascita in una sfera di sicurezza da troppo tempo auspicata". [IL TESTO](#)*

"Con questa proposta abbiamo l'ambizione di sollecitare una nuova cultura legata all'evento-nascita, che ruoti esclusivamente intorno alla salute del bambino e della madre e alla promozione della naturalità dello stesso, prevedendo adeguati livelli di sicurezza, attualmente carenti, e l'introduzione di nuovo modello clinico organizzativo di parto che si configura come una svolta nell'ostetricia italiana. Il sistema proposto consentirebbe di ridurre in modo significativo le complicanze materno-feto-neonatali, i conseguenti costi legati ad errori sanitari, collocando l'evento-nascita in una sfera di sicurezza da troppo tempo auspicata". Questi gli obiettivi che si prefigge il Ddl recante *Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale*, depositato alla Camera da **Paola Binetti (Ap)** e al Senato da **Aldo Di Biagio (Ap)**.

Il testo, composto da 5 articoli, è stato presentato questa mattina nel corso di una conferenza stampa a Palazzo Madama.

Il Ddl, all'**articolo 1** prevede il parto naturale secondo modalità che assicurino la sicurezza della partoriente, del feto e del neonato.

L'**articolo 2** prevede che le Regioni, attraverso il rispettivo piano sanitario, definiscano modelli organizzativo-assistenziali con le relative risorse di personale e strumentali, atti a garantire:

- a) la formazione del personale sanitario ospedaliero sul nuovo modello organizzativo del parto naturale;
- b) l'adeguata informazione, attraverso le strutture sanitarie presenti nel territorio, alle partorienti e alle famiglie sul parto naturale anche attraverso corsi di accompagnamento alla nascita fin dall'inizio della gravidanza;
- c) la realizzazione di un partogramma digitale e di un'idonea cartella ostetrica computerizzata, nella quale sono annotati tutti i dati relativi alla gravidanza, al neonato e quelli ai fini statistici, legali, assicurativi e di programmazione sanitaria. Tali dati, su richiesta, devono essere messi a disposizione della donna e degli operatori che l'assistono durante e dopo il parto. Tutti i dati relativi al parto sono inseriti nel fascicolo sanitario elettronico della puerpera e del nuovo nato.

L'**articolo 3** spiega che il parto naturale si avvale dei seguenti strumenti:

- a) ecografia intrapartum;
- b) fascia ergonomica gonfiabile, a tre camere, monouso.

Al comma 2, inoltre, si aggiunge che le aziende sanitarie ospedaliere attivano percorsi formativi volti a far acquisire al personale l'idoneità necessaria alla pratica del parto naturale, al termine dei quali con esito positivo è rilasciato un attestato di operatore specializzato.

L'**articolo 4** evidenzia come il parto naturale costituisca una componente strutturale dei Lea e debba essere garantito dal Ssn.

Infine, l'**articolo 5** dispone che il Ministro della salute presenti annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della presente legge.

***Giovanni Rodriguez***

# quotidianosanita.it

Lunedì 06 LUGLIO 2015

## Percorso nascita. Ecco le indicazioni clinico-assistenziali della Syrio

***Dopo quelle di [Sip](#), [Sin](#) e [Siaatip](#), arrivano le indicazioni della Syrio (Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatale) sulle buone pratiche nel percorso nascita. Tra le proposte, la possibilità per le donne di raccontare l'esperienza del parto e di fare domande riguardo l'assistenza ricevuta durante il travaglio.***

Ecco le indicazioni da Syrio– Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatale, sostenuti dalle evidenze scientifiche e di utilità per i futuri genitori, per garantire la migliore assistenza dalla nascita fino al ritorno a casa.

### **L'importanza dei percorsi di accompagnamento alla nascita**

I percorsi di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità, favoriscono l'empowerment della donna ed aiutano i futuri genitori a vivere in modo più sereno e consapevole l'esperienza della nascita e l'accudimento del bambino.

Le informazioni ricevute in gravidanza sui fenomeni naturali del travaglio-parto puerperio, sui processi di adattamento alla vita del neonato e sulle competenze che la mamma ed il bambino andranno via, via, a sviluppare attraverso la relazione, il contatto pelle a pelle e l'attaccamento precoce, favoriscono la consapevolezza dei vantaggi dell'allattamento al seno e la competenza sulle modalità di cura del neonato.

E' fondamentale che le indicazioni e le informazioni siano fornite sulla base delle raccomandazioni scientifiche in modo omogeneo su tutto il percorso nascita.

### **È nato il bambino: le prime cure in sala parto**

Nella prima ora di vita al neonato deve essere garantito contatto precoce pelle a pelle con la madre, ancora con il cordone ombelicale non reciso. Quindi non è raccomandato separare il bambino dalla madre per eseguire procedure routinarie quali bagnetto, pesata e misurazioni del nuovo nato, eccetto che sia richiesto dalla mamma o per indispensabili cure immediate, tenendo ben presente che l'adattamento del neonato avviene più precocemente se lasciato a contatto con la madre con il cordone pulsante. (1) (2)

I vantaggi di questa care sono: migliore adattamento del neonato alla vita extra-uterina con maggior stabilità metabolica, in particolare del livello di zuccheri e dell'equilibrio acido-base; adeguata ossigenazione e omeotermia (regolazione della temperatura corporea, frequenza cardiaca e respiro); minor incidenza di ipoglicemie; minor pianto e maggior consolazione; il rilascio di ossitocina nella madre; maggior possibilità di attaccamento precoce ( favorisce il bonding mamma-bambino) e maggior esito di allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita e oltre; maggior durata di colonizzazione batterica, fondamentale per la prevenzione delle infezioni neonatali (imprinting batteriologico); soddisfazione materna e minore possibilità di sviluppare la depressione post-partum.

In sintesi, le donne andrebbero incoraggiate ad avere un contatto pelle a pelle con il loro bambino il più precocemente possibile dopo la nascita, preferibilmente entro la prima ora (2) e fino a quando la prima suzione spontanea e non forzata si sia instaurata (4).

Come garantire il contatto skin to skin (pelle a pelle) attraverso l'assistenza a madre e neonato? Ecco le indicazioni:

- il neonato dev'essere asciugato e collocato in posizione prona sul torace della mamma;
- la pelle del bambino dev'essere per la maggior parte a contatto con quella della madre;
- mamma e neonato devono essere coperti con un telo asciutto e caldo per il mantenimento della

temperatura corporea;

- il neonato in questo tipo di contatto potrebbe cercare di attaccarsi al seno; i 10 passi UNICEF e più precisamente il 4° passo, rafforza l'idea che ogni neonato, quando viene posato sull'addome della mamma subito dopo la nascita, è capace di trovare il seno materno da solo e di decidere quando iniziare la prima poppata.
- il contatto necessita di non essere interrotto, fatto salvo motivazioni cliniche;
- incoraggiare il partner a stare vicino alla neomamma;
- la durata dello skin to skin dev'essere almeno di un'ora;
- Il contatto pelle pelle deve essere promosso e favorito anche nelle madri che hanno subito un TC laddove le condizioni cliniche del neonato lo permettano; in particolare per i TC programmati;
- è necessario invitare i genitori ad evitare distrazioni in Sala Parto, come l'uso dei cellulari.
- Il padre o altra persona rimane sempre o quanto più tempo possibile accanto alla neo mamma;
- Le pratiche di routine devono essere rimandate. □

### **Incoraggiare tutte le madri ad allattare al seno il prima possibile entro la prima ora di vita**

Bisogna incoraggiare le madri ad allattare quando il neonato è pronto, generalmente entro la prima ora.

Non è necessario avere fretta e forzarlo ad attaccarsi. Madre e neonato dovrebbero essere tenuti tranquillamente in contatto pelle a pelle finché non sono entrambi pronti per l'allattamento. Ciò può avvenire in alcuni minuti o dopo un'ora e più. L'allattamento al seno è importante per la salute della madre e del bambino a breve e a lungo termine.

La suzione è solitamente istintiva per un neonato ma attaccarsi al seno è un'abilità nuova da apprendere, a madre va aiutata e sostenuta.

La donna deve trovarsi in una posizione confortevole, ovvero seduta nel letto, in poltrona o su una sedia. Il letto da parto non è consigliato per i primi approcci all'allattamento. Vengono utilizzate posizioni più adatte alla sua situazione, per esempio, se ha effettuato un taglio cesareo.

Nell'assistenza al neonato sano in sala parto è raccomandato :

- Non eseguire l'aspirazione nasogastrica in modo routinario;
- asciugare delicatamente il bambino;
- il bambino e la madre dovrebbero essere coperti insieme da un telo, così da essere mantenuti caldi mentre il contatto pelle a pelle continua;
- ritardare le misurazioni di routine del neonato fino alla fine della prima poppata;
- è meglio ritardare il bagnetto oltre le 24 ore;
- è raccomandato il clampaggio ritardato del cordone ombelicale per la prevenzione dell'anemia sideropenica nel neonato.

### **Il rooming-in**

Rooming in e allattamento a richiesta favoriscono l'allattamento al seno ed il vincolo tra madre e bambino. Le evidenze internazionali sono concordi nel segnalare come la modalità di presa in carico del neonato e mamma insieme per 24 ore su 24 (rooming-in) dopo la nascita durante la degenza ospedaliera sia molto efficace nell'aumentare la percentuale e la durata di allattamento al seno esclusivo. (9)

Il latte materno, sempre pronto, alla giusta temperatura, privo di germi, ricco di sostanze protettive e bilanciato in tutti i nutrienti, è l'alimento migliore per ogni neonato. Oltre che per i bambini, l'allattamento al seno è vantaggioso anche per le madri, perché riduce il rischio di alcune patologie (es. tumori ovarici e mammari, emorragia post-partum, osteoporosi e depressione post-partum), favorisce il legame con il bambino e aiuta a ritornare rapidamente al peso precedente la gravidanza.

Per i primi sei mesi l'allattamento al seno esclusivo assicura al bambino una crescita, uno sviluppo e una salute ottimali; dopo i sei mesi, e con graduale integrazione di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo e alla salute del lattante e del bambino.

La mamma talvolta ha bisogno di qualche informazione e di sostegno alle sue competenze: spesso per potere efficacemente attaccare il suo bambino al seno viene informata sulle posizioni più adatte alla sua situazione, per esempio se ha effettuato un taglio cesareo.

Nei primi giorni di vita è bene osservare il bambino: come muove il capo, la lingua, il mento; la lunghezza del frenulo, piccola membrana posta sotto la lingua; la presenza di eventuali asimmetrie sul viso e sul corpo. L'esistenza di piccoli difetti, facilmente risolvibili, possono compromettere l'avvio dell'allattamento e



l'insorgere di problemi come mastiti e ragadi.

## Il ritorno a casa

Ai genitori offrire informazioni coerenti e spiegazioni chiare promuovendo la capacità della donna di prendersi cura della propria salute e di quella del bambino e di riconoscere quei sintomi che di potrebbero richiedere un confronto con l'Ostetrica riguardo a:

- comportamento dei neonati che varia mano a mano che passa il tempo dalla nascita;
- modificazioni qualitative e quantitative del latte durante la poppata, la giornata e la crescita del neonato;
- prevenzione e gestione degli ingorghi, mastiti e ragadi;
- interpretazione dei segnali del bambino e allattamento "a richiesta";
- soggettività della frequenza delle poppate, inclusa la normalità delle poppate serali a grappolo;
- il calo ponderale del neonato, il calo fisiologico, nei primi giorni di vita e che recupera entro il quattordicesimo giorno di vita;
- indicatori di adeguata assunzione di latte (evacuazione e minzioni; e l'andamento del peso)
- segni di ittero;
- uso corretto dei dispositivi essenziali di sicurezza, come per esempio il seggiolino per bambini
- ritmo sonno/veglia nei neonati, incluse pratiche per un sonno condiviso in sicurezza;
- assunzione di farmaci da parte della madre, fumo e consumo di alcool;
- alimentazione;
- L'uso del succhiotto.- Nelle comunità in cui l'uso di succhiotti è solitamente raccomandato per prevenire la sindrome della morte improvvisa del lattante [SIDS]), scoraggiandone l'uso fino a che l'allattamento sia ben avviato, almeno 3-4 settimane. Queste raccomandazioni per l'uso di succhiotti come possibile prevenzione della SIDS sono in linea con le raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria.

L'allattamento stesso è considerato preventivo della SIDS.

Ogni madre nutrice dovrebbe ricevere indicazioni sulla tecnica di spremitura manuale così che sia in grado di alleviare un ingorgo, aumentare la produzione di latte, mantenere la sua produzione di latte ed ottenere latte per nutrire il bambino nel caso in cui lei e il bambino dovessero essere separati o il bambino non fosse in grado di nutrirsi direttamente al seno.

Inoltre alle madri è opportuno fornire un elenco dei servizi pubblici e dei gruppi di sostegno tra pari presenti sul territorio come i gruppi di sostegno consultoriali.

Se una madre sta programmando di rientrare a scuola o al lavoro poco dopo il parto, è importante informarla riguardo all'estrazione e la conservazione del latte fuori casa, alla possibilità di pause dal lavoro per una poppata con il bambino e al divezzamento.

Le neomamme inoltre dovrebbero essere informate e rassicurate riguardo a:

- il processo fisiologico del recupero dopo il parto (entro le prime 24 ore)
- le normali caratteristiche del cambiamento emotivo del puerperio e il fatto che si risolva entro 10-14 giorni dal il parto (entro 3 giorni)
- i comuni disturbi di salute, se pertinente (nelle prime 2-8 settimane di puerperio).

Le donne dovrebbero avere l'opportunità di raccontare la loro esperienza del parto e di fare domande riguardo l'assistenza che hanno ricevuto durante il travaglio ed gli incontri di accompagnamento nel post-partum/puerperio rappresentano il setting ideale.

## Syrio– Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatale

### FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFIA

1. *"Intrapartum care – Care of healthy women and their babies during childbirth", NICE 2014;*
2. *"Intrapartum care - Care of healthy women and their babies during childbirth ", NICE 2007;*
3. *IRCCS Burlo Garofalo, AA.VV, "Best practices ostetrico-neonatalogiche per migliorare la sicurezza postnatale del neonato a termine, sano. Protocollo di prevenzione della SUPC", Trieste, 2014;*
4. *American Academy of Pediatrics, 2005 "Breastfeeding and the use of human milk"*
5. *WHO, "Integrated management of Pregnancy and Childbirth" - Managing complications in Pregnancy and Childbirth, a guide for midwives and doctors, 2000/2007; WHO, "Care in normal birth: a practical guide", 1996;*
6. *Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. Pediatrics. 2011;127:e869–73.*
7. *Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: Risk factors, supervision and*

*hypothermia treatment. Acta Paediatr. 2013;102:680–8.*

8. Anand KJ, Runeson B, Jacobson B. *J Pediatr. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. 2004 Apr;144(4):449-54.*

9. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506.*

10. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) [and] American Academy of Pediatrics, "Guidelines for perinatal care", 2008;

11. SNLG. *Allattamento al seno. Elementi informativi per operatori. Ministero della Salute.* [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_28\\_ulterioriallegati\\_ulterioreallegato\\_0\\_alleg.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_28_ulterioriallegati_ulterioreallegato_0_alleg.pdf);

12. Mikiel-Kostyra K1, Mazur J., Boltruszkol.. "Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study".

13. "The effect of mother-infant skin-to-skin contact on infant's response to Still Face Task from newborn to three months of age" *Infant Behavior & Development, 2012*

14. Anderson GC, Moore E., Hepworth J., Bergman N., Early "Skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants" (Cochrane Review) IN: *The Cochrane Library, Issue 2 2003.*

15. Law SM1, Dunn OM, Wallace LM, Inch SA "Breastfeeding Best Start study: training midwives in a 'hands off' positioning and attachment intervention". *Matern Child Nutr. 2007 Jul;3(3):194-205.*

16. <http://www.breastcrawl.org/italian/science.shtml>

17. Renfrew, M. J., Dyson, L., Wallace, L. M., D'Souza, L., McCormick, F., Spiby, H. (2005) "The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding: systematic reviews of the evidence". National Institute for Health and Clinical Excellence. London.

18. Ingram J1, Johnson D, Greenwood R. "Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families". *Midwifery. 2002 Jun;18(2):87-101.*

19. *Protocollo clinico n.2 dell'Academy of Breastfeeding Medicine: Linee guida per la dimissione dall'ospedale del neonato allattato e a termine e della madre nutrice: "Il protocollo del ritorno a casa", Revisionato nel 2014*

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

LO SPECIALISTA RISPONDE

## Come si trattano i fibromi all'utero? Sono compatibili con la gravidanza?

*Una patologia dalle forme molteplici, la valutazione deve essere per forza personale: anche in gravidanza sono segnalate complicanze ma in pochi casi*

**di Redazione Salute**

*Nel 2009, quando ero 28enne, mi sono stati tolti dodici fibromi uterini. Oggi, a distanza di cinque anni, il mio utero è di nuovo pieno di fibromi. Non ho emorragie, ma molti fastidi (gonfiore addominale, necessità di alzarmi di notte per andare in bagno). È possibile risolvere definitivamente il problema conservando l'utero? Se asportassi nuovamente i fibromi potrei provare subito dopo ad avere un bimbo? E con quante possibilità di successo?*

**Risponde Giovanni Scambia, direttore del dipartimento di Tutela Salute Donna al Policlinico Gemelli di Roma**

I fibromi uterini sono il tumore benigno più comune dell'apparato genitale femminile, rilevabile in oltre il 25 per cento delle donne sopra i 30 anni. La loro origine non è del tutto chiara, ma la predisposizione genetica ha sicuramente un ruolo importante, mentre numerosi altri fattori (come età, stato ormonale, obesità) agirebbero sul loro sviluppo e sulla crescita. I fibromi sono spesso asintomatici e la diagnosi può essere il risultato di un riscontro casuale durante una visita di controllo.

### **Cosa sono**

In più del 40 per cento dei casi, tuttavia, la loro presenza si associa a sintomi la cui severità dipende da numero, dimensioni e localizzazione. Il disturbo più frequente consiste in alterazioni del ciclo mestruale, caratterizzate da un aumento sia della quantità sia della durata del flusso. Il dolore pelvico è presente in un terzo delle donne con fibromi ed è, generalmente, di tipo cronico, spesso più accentuato in fase mestruale. I disturbi urinari sono più spesso associati a fibromi della parete anteriore dell'utero, mentre la comparsa di stipsi, emorroidi, dolori lombari o sciatalgie è più frequente in presenza di fibromi della parete posteriore. Indipendentemente dalla sede, i fibromi molto voluminosi causano distensione addominale e sensazione di peso a livello di pelvi e addome.



## ***Le cure***

La diagnosi in genere non pone particolari difficoltà. Ovviamente sono indispensabili una visita ginecologica e una valutazione ecografica, cui, se serve, possono essere aggiunti altri esami (risonanza magnetica della pelvi, isteroscopia, isterosalpingografia). Per quanto riguarda le cure, un atteggiamento di attesa, accompagnato da controlli periodici, è indicato per le pazienti asintomatiche e per quelle con fibromi di piccole dimensioni o a lenta crescita, soprattutto se in età vicina alla menopausa. Il trattamento è invece indicato in presenza di sintomi che influiscono negativamente sulla qualità di vita. Le opzioni terapeutiche sono molteplici: farmaci; chirurgia, ovvero miomectomia (asportazione dei soli fibromi) e isterectomia (asportazione dell'utero); terapie non chirurgiche (embolizzazione delle arterie uterine, ultrasuoni focalizzati). La scelta è condizionata da fattori soggettivi (l'età, lo stato riproduttivo, le preferenze della donna, la natura dei sintomi) e oggettivi (lo stato di salute generale, il numero, la sede e la velocità di crescita dei fibromi).

## ***Maggiore rischio di complicanze in gravidanza***

L'interferenza dei fibromi sulla gravidanza è controversa. La presenza di fibromi si riscontra nel 5-10 per cento di donne infertili, ma solo nel 2-3 per cento dei casi l'infertilità è ad essi attribuibile. Alcuni tipi di fibroma, sia per posizione sia per dimensioni, possono infatti interferire con il corretto impianto dell'embrione, anche quando si ricorre a riproduzione assistita. Opinione ampiamente condivisa è che la presenza di fibromi si associ a un maggiore rischio di complicanze sia in gravidanza che nel parto. Tuttavia, numerose sono le gravidanze iniziate spontaneamente e decorse normalmente. Data la molteplicità di quadri clinici rilevabili e l'impossibilità di avere indicazioni univoche di gestione e trattamento, a tutte le donne affette da fibromi uterini, soprattutto se desiderose di gravidanza, va consigliata una valutazione personalizzata.

**AL FATEBENEFRAPELLI DI ROMA UN AMBULATORIO STIMA I CASI INDIVIDUALI**

# Neoplasie, quando sale la soglia di rischio

Il cancro è una malattia genetica che si sviluppa per effetto di mutazioni in geni multipli che regolano la crescita cellulare, la sopravvivenza e la riparazione del Dna. La maggior parte di queste mutazioni viene acquisita durante la vita di una persona (mutazioni somatiche) e sono presenti solo nelle cellule tumorali. In circa il 20% dei pazienti affetti da tumore è tuttavia riconoscibile una familiarità: possiamo distinguere sindromi neoplastiche ereditarie e tumori familiari. Le sindromi neoplastiche ereditarie rappresentano meno del 5% delle neoplasie, sono determinate dalla trasmissione verticale di mutazioni presenti nelle cellule germinali della madre o del padre; i portatori di queste mutazioni hanno una maggiore probabilità di acquisire una seconda mutazione somatica e un'elevata predisposizione al cancro.

Le sindromi neoplastiche ereditarie si caratterizzano per una trasmissione autosomica dominante, per la presenza di diverse neoplasie nello stesso individuo e nei parenti di primo e secondo grado, per l'età precoce all'esordio. I tumori familiari rappresentano circa il 15% delle neoplasie, condividono alcune caratteristiche con i tumori ereditari, manca tuttavia la trasmissione verticale e l'aumentata incidenza di altri tumori nello stesso individuo; insorgono più tardivamente e sono spesso legati a fattori di rischio non ereditari. Sono conseguenti al raggruppamento casuale di casi sporadici all'interno della stessa famiglia, a mutazione nei geni a penetranza inferiore, all'esposizione agli stessi rischi ambientali, alla combinazione di questi fattori.

Tra le sindromi neoplastiche ereditarie le più rilevanti per frequenza assoluta sono quelle correlate a mutazioni dei geni Brca e dei geni mismatch-repair (Mmr). I geni Brca1 e Brca2 codificano per proteine deputate alla riparazione del Dna in grado di prevenire la trasformazione neoplastica delle cellule. I portatori di mutazioni a carico di questi geni presentano un'elevata incidenza di cancro mammario e/o ovarico, diagnosi in età più giovane, tumori multipli nello stesso individuo (cancro mammario bilaterale, cancro mammario e ovarico) o tumori inconsueti (cancro mammario maschile). Il rischio di sviluppare nel corso della vita una neoplasia mammaria o una neoplasia ovarica è rispettivamente nell'ordine del 60% e del 59% in caso di mutazione in Brca1, e

del 55% e del 18% in caso di mutazioni in Brca2. Le mutazioni di Brca1 sono inoltre associate ai tumori della prostata e del colon, mentre quelle di Brca2 aumentano il rischio di sviluppare melanomi, tumori della prostata, dello stomaco, del pancreas e della colecisti. Le mutazioni dei geni del sistema mismatch-repair (Mmr) sono associate alla sindrome di Lynch, responsabile di circa il 3% di tutti i tumori del colon retto. Il tumore del colon è la manifestazione principale della sindrome di Lynch I, mentre nella sindrome di tipo II possono essere presenti anche altre neoplasie a livello dell'endometrio, e, più raramente, dell'ovaio, dello stomaco, del tratto urinario, del piccolo intestino e del pancreas. In presenza di mutazioni del Mmr il rischio di sviluppare una neoplasia del colon retto varia dal 30 al 70%. I tumori non sono preceduti da polipi, crescono più rapidamente e insorgono intorno ai 45 anni di età. Il rischio di sviluppare un tumore dell'endometrio è nell'ordine del 30-60%.

L'Ospedale Fatebenefratelli all'Isola Tiberina di Roma mette a disposizione dei familiari di pazienti con malattia oncologica e non solo, un nuovo servizio ambulatoriale finalizzato a determinare il rischio individuale di sviluppare malattia tumorale. Un'accurata anamnesi familiare, la valutazione di alcune caratteristiche fisiche talora associate a sindromi ereditarie (iperpigmentazione cutanea, tumori mucocutanei, macrocefalia) e il riconoscimento di fattori di rischio indipendenti da aspetti genetici possono consentire l'individuazione dei soggetti da sottoporre a eventuali test per il riscontro di mutazioni associate allo sviluppo di neoplasie. In presenza delle stesse si deciderà insieme al paziente se procedere all'intensificazione dello screening periodico o a interventi di chirurgia preventiva. In assenza di fattori di rischio o nel caso in cui venissero escluse mutazioni geneticamente trasmesse si potrà procedere con il programma di screening classico, evitando controlli superflui con una sostanziale riduzione e una migliore allocazione della spesa pubblica.

**Domenico Corsi**

direttore Uoc Oncologia Ospedale Fatebenefratelli Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**La terapia.** Per il trattamento della patologia vengono usati farmaci che a lungo andare possono dare problemi a chi ha avuto pregressi ictus o infarti. Ora, nella famiglia delle gliptine, è stata scoperta una sostanza che abbassa la glicemia e non aumenta il rischio cardiovascolare

# Diabete, una molecola che dà una mano al cuore

DAL NOSTRO INVIATO **ELVIRA NASELLI**

**P**ER i non addetti ai lavori può essere poco, ma per le migliaia di diabetologi di tutto il mondo, che hanno gremito la sala plenaria della settantacinquesima edizione del congresso Ada (American Diabetes Association) a Boston, il risultato dello studio Tecos è invece di grande importanza. Perché, se è vero che non ha mostrato pro, ovvero effetti terapeutici migliori di un farmaco rispetto ad un altro, ha però ribadito che non ci sono contro, e che una molecola della famiglia delle gliptine, il sitagliptin, utilizzata per abbassare la glicemia, può essere usata in pazienti diabetici ad alto rischio cardiovascolare senza aumentare questo rischio. Cosa tutt'altro che scontata se si considera che il diabete in sé aumenta fino al doppio il rischio cardiovascolare di un paziente e che è l'ottava causa di morte al mondo. Basti pensare che il 70 per cento degli anziani diabetici muore per un evento cardiovascolare, per non parlare delle complicanze microvascolari con danni ai reni, alla retina, ai piedi. Insomma diabete e cuore è un binomio inscindibile e per questo la cura del diabete non può prescindere dalla sicurezza cardiovascolare.

Ma facciamo un passo indietro. Circa 10 anni fa uno studio americano suggerì che un farmaco utilizzato per il diabete, il rosiglitazone, potesse aumentare il rischio di infarto. La Fda americana, dal 2008, decise di imporre nuove linee guida di sicurezza cardiovascolare per tutti i farmaci anti-diabete, e Tecos è la risposta. Uno studio enorme, pubblicato su *New England Journal of Medicine*, che ha seguito quasi quindicimila pazienti di 38 paesi, tra cui l'Italia, seguiti per una media di tre anni, con un massimo di 5,7. Il campione (70% uomini) è stato diviso tra pa-

zienti che assumevano sitagliptin (aggiunto alla normale terapia) e altri che assumevano placebo (sempre insieme alla terapia usuale). I risultati: nessun aumento di rischio cardiovascolare e di morti nel gruppo trattato con la gliptina. La domanda logica, però, è perché si dovrebbe preferire un farmaco che costa decisamente di più se non dà vantaggi aggiuntivi. E la risposta la danno i medici. «Perché è efficace nella riduzione della glicemia, non dà gli effetti collaterali di quasi tutti gli altri farmaci per il diabete, è ben tollerato e maneggevole e adesso sappiamo anche che non aumenta il rischio cardiovascolare in pazienti che questo rischio ce l'hanno elevato», sintetizza Andrea Giaccari, diabetologo al policlinico universitario Gemelli di Roma. E quindi - continua Giuseppe Ambrosio, ordinario di Cardiologia all'università di Perugia - se non ha effetti peggiorativi su pazienti con pregressi ictus o infarti, vuol dire che a maggior ragione posso utilizzare questo farmaco all'esordio della malattia o quando la metformina non basta più».

In più, sottolinea Stefano Del Prato, ordinario di Endocrinologia all'università di Pisa, «non ci sono attualmente farmaci che abbiano dimostrato di avere un effetto positivo o neutro sugli eventi cardiovascolari con uno studio così ampio di sicurezza. La sicurezza viene ancora prima dell'efficacia quando si trattano persone con rischio cardiovascolare così alto. Ora aspettiamo i risultati sull'analisi di Tecos, non è escluso che ci possano essere nuove informazioni. Anche il costo è un problema relativo: se evitiamo ipoglicemie risparmiamo ricoveri al pronto soccorso. Nel nostro ospedale, sui circa 500 accessi al pronto soccorso per ipoglicemia degli ultimi 5 anni, il 40% era di pazienti in trattamento con antidiabetici orali. Di questi il 90% usava sulfoniluree, farmaci a basso costo».

Il nuovo farmaco non può essere prescritto dal medico di base. Per cui tutti i ma-



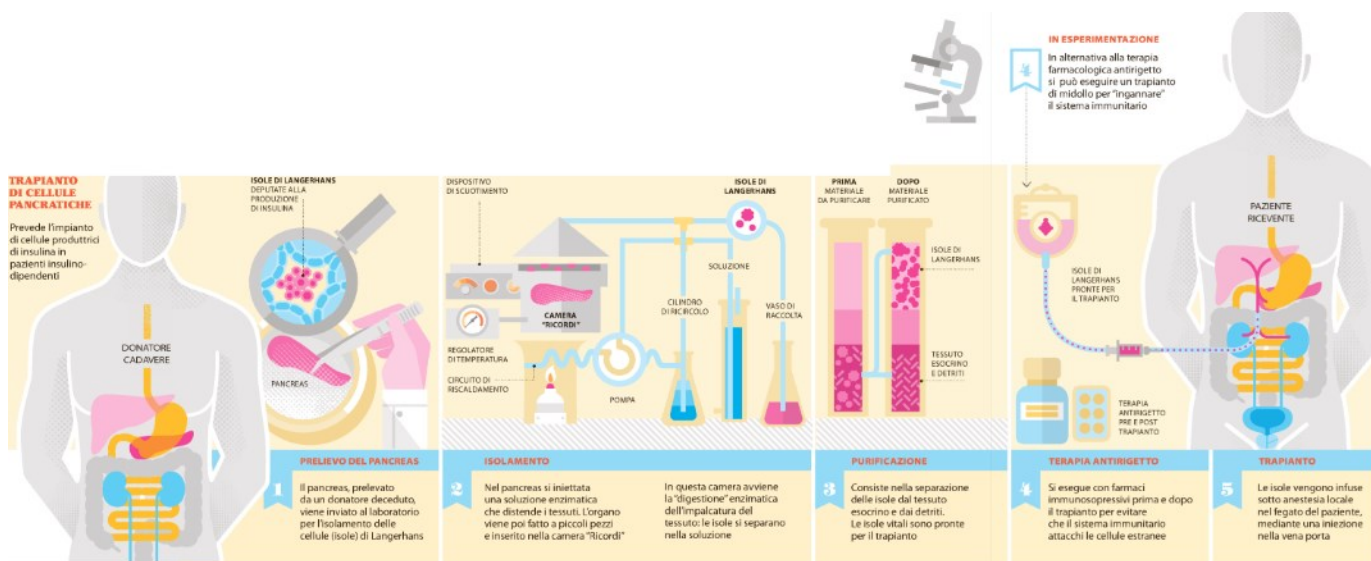
Dir. Resp.: Ezio Mauro

lati che non sono in cura da specialisti sono costretti ad usare sulfoniluree che, però, hanno un alto rischio di ipoglicemie. «Il primo farmaco da utilizzare nei diabetici è la metformina - continua Giaccari - ma purtroppo dopo 3-5 anni fallisce il controllo della glicemia. A quel punto bisogna aggiungere un'altra molecola tra le sette classi di antidiabetici, in base ai pro e contro di ogni farmaco. Purtroppo in Italia i più aggiunti sono le sulfoniluree, perché sono economiche, ma hanno diversi svantaggi, in primis il rischio di ipoglicemie, ma anche aumento di peso e ci sono dubbi sul rischio cardiovascolare indotto da questi farmaci. Tanto che nei centri specialistici sono usati poco, o niente. Ma il 50% dei diabetici non sono seguiti nei centri specialistici, usano farmaci vecchi quando potrebbero avere accesso ai nuovi». A dire la verità l'accesso alle incretine, che negli altri paesi riguarda numeri molto elevati, in Italia è regolamentato da norme prescrittive, uniche in Europa, imposte dall'Aifa che riguardano solo il nostro paese e limitano l'accesso. «Le gliptine possono essere prescritte a pazienti con

una finestra di emoglobina glicata tra 7,5 e 8,5 - precisa Giaccari - oltre gli 8,5 si può solo in casi particolarissimi. Inoltre Aifa ha imposto un tetto di fatturato alle aziende, oltre il quale sono le stesse aziende a dover rimborsare il servizio sanitario. Il risultato è che si arriva al tetto subito e poi le aziende non hanno alcun interesse a distribuire il farmaco e a farlo utilizzare. E così negli altri Paesi questi farmaci sono molto più usati che da noi».

Sempre a Boston sono stati presentati i risultati di un altro studio, Elixia, che ha indagato sempre la sicurezza cardiovascolare dell'utilizzo di un altro farmaco, lixisenatide, in seimila pazienti con diabete 2 dopo sindrome coronarica acuta. Anche in questo caso lo studio ha dimostrato la non inferiorità di questo farmaco rispetto al placebo (in aggiunta alla terapia usuale) ma non la superiorità. Le complicanze cardiovascolari nei diabetici - ha concluso Rury Holman, direttore dei trial sul diabete dell'università di Oxford - non possono essere più a lungo ignorate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

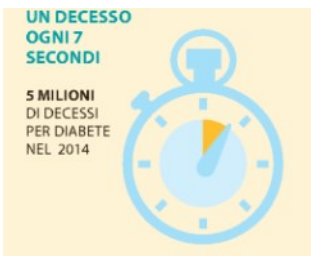
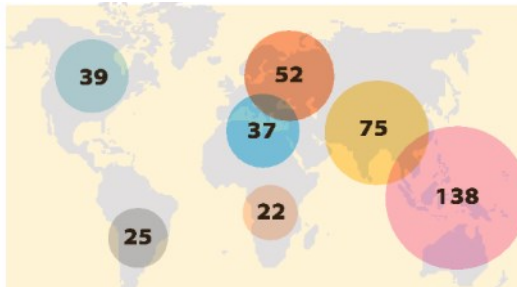
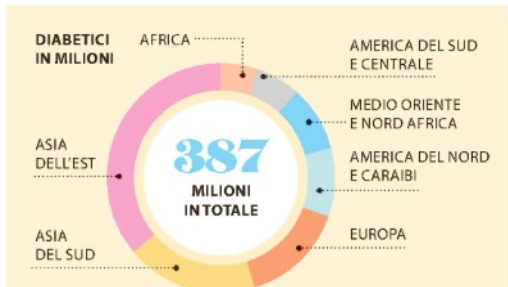


**I CANDIDATI AL TRAPIANTO**

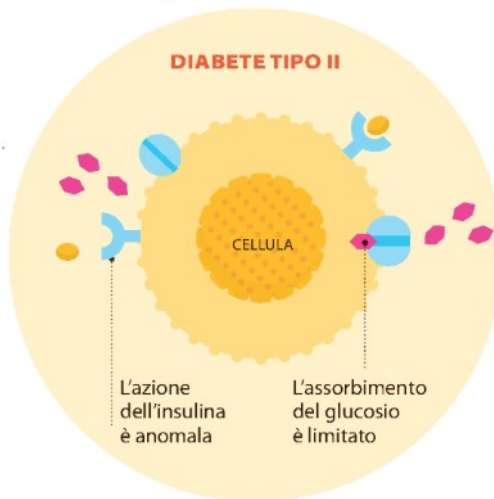
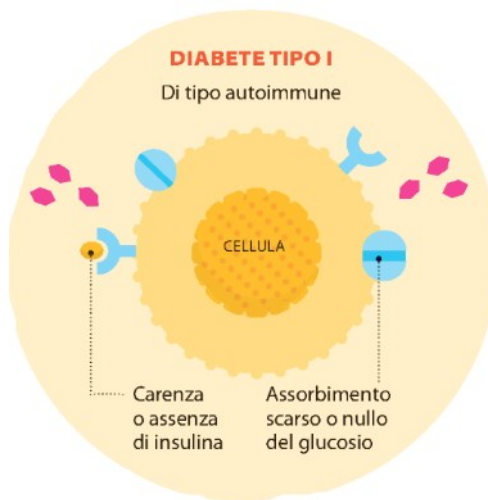
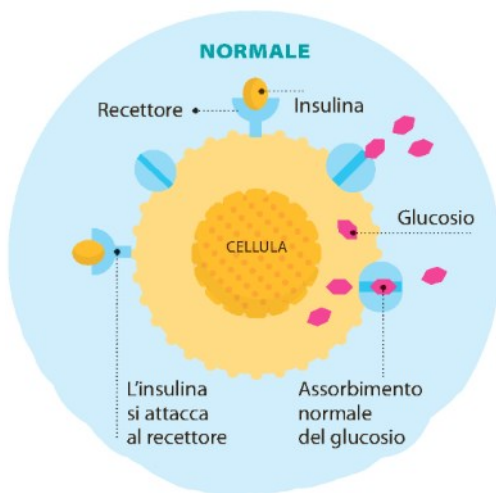
Con Diabete di tipo 1 da più di 5 anni. Ecco alcuni dei criteri di selezione:

-   
 INSULINO-DIPENDENTE
-   
 DI ETÀ 18-65 ANNI
-   
 CON SCOMPENSI PERSISTENTI
-   
 CON IPO/IPER GLICEMIA GRAVE
-   
 CON NEUROPATIA O RETINOPATIA





FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE / INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014 UPDATED / OSPEDALE SAN RAFFAELE



PER  
SAPE  
RNE  
DIPIU

## Lazio & Cina

Il modello Lazio piace ai cinesi. Almeno per la prescrizione dei microinfusori di insulina (1800 nella regione) per i circa 25.000 diabetici di tipo 1 (ma molti studi ne sottolineano l'efficacia anche per i diabetici di tipo 2). Lo schema laziale, messo a punto dalle sezioni regionali delle società scientifiche Sid, Amd e Siedp, prevede particolari regole prescrittive e di appropriatezza, di training per il paziente, e di controllo dell'efficacia che sono piaciute alla Cina, dove il diabete è in crescita esponenziale, soprattutto nelle grandi città che abbandonano il modello alimentare tradizionale. Il documento delle società scientifiche,

approvato senza modifiche dalla regione, ha identificato tredici referenti ospedalieri «A ognuno di questi - spiega Raffaella Buzzetti, direttore Uoc Diabetologia Asl di Latina e una delle sette - arrivano le richieste dei microinfusori dei diabetologi ospedalieri dei pazienti residenti nella Asl. Non visitiamo i pazienti e valutiamo la richiesta dal punto di vista formale, se è idonea e conforme al documento. Possiamo anche apportare modifiche alla richiesta o rifiutarla se non idonea». Ma come è arrivato l'interesse della Cina? «Abbiamo presentato un lavoro sulla nostra esperienza ad un congresso europeo - continua - e abbiamo pubblicato lo studio su *Journal of Diabetes*, associato alla società cinese di Endocrinologia e metabolismo. Ai cinesi sono piaciuti molto il nostro lavoro e la nostra esperienza e hanno deciso di utilizzarci come modello per implementare linee guida simili che dovrebbero essere applicate quanto prima. (e. nas.)



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


## Farmacovigilanza. Obbligo segnalazioni avverse entro 48h. Il Decreto in Gazzetta Ufficiale

**Il provvedimento recepisce le direttive europee sulla farmacovigilanza. Tempi ridotti a 36 ore per segnalazione di sospette reazioni avverse ai vaccini. Pazienti incoraggiati a segnalare e più trasparenza tra le novità. [IL DECRETO](#)**



**06 LUG** - E' stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 23 giugno 2015 il decreto Ministeriale del 30 aprile 2015 che recepisce le direttive europee sulla farmacovigilanza (Direttive 2010/84/EU e 2012/26/UE). Il decreto introduce importanti modifiche sul sistema nazionale di farmacovigilanza per la raccolta e valutazione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse da medicinali.

In primis è previsto un maggiore impegno e coinvolgimento di tutte le strutture e figure professionali quali [l'AIFA](#), le Regioni, le ASL, gli Ospedali, gli IRCCS, le aziende farmaceutiche, gli operatori sanitari e i pazienti/cittadini. In particolar modo, agli operatori sanitari e ai pazienti/cittadini è richiesto di segnalare qualsiasi tipo di sospetta reazione avversa (grave, non grave, nota, non nota), sia derivante dall'uso di un medicinale conformemente all'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), sia dall'uso al di fuori delle normali condizioni di autorizzazione, incluso l'uso improprio e l'abuso del medicinale, ma anche dagli errori terapeutici e dall'esposizione professionale. L'ampliamento della definizione di reazione avversa fa sì che nuove problematiche siano analizzate e che vengano sviluppate delle iniziative di minimizzazione dei rischi ad esse connessi, nello spirito di proattività della nuova legislazione comunitaria in materia di farmacovigilanza.

Il decreto introduce inoltre una tempistica ben precisa per la segnalazione delle sospette reazioni avverse: il segnalatore è adesso tenuto a trasmettere la scheda entro 2 giorni, ridotti a 36 ore nel caso di farmaci di origine biologica (vaccini inclusi), al responsabile della farmacovigilanza della struttura sanitaria di competenza (ASL, Azienda Ospedaliera, IRCCS), il quale, entro 7 giorni dal ricevimento della scheda, deve inserirla nella RNF previa verifica della completezza e della congruità dei dati. Questa disposizione favorirà l'individuazione precoce dei segnali di sicurezza assicurando una segnalazione tempestiva delle reazioni avverse.

Un'altra novità rispetto al passato è costituita dal fatto che i pazienti/cittadini sono fortemente incoraggiati a segnalare le sospette reazioni avverse da medicinali ed è incentivata la loro attiva partecipazione. Al fine di incoraggiare i pazienti/cittadini e gli operatori sanitari alla segnalazione, il decreto prevede che questa possa avvenire direttamente tramite il portale web [dell'AIFA](#). Quest'ultima modalità, attualmente in fase di progetto pilota, richiederà comunque una validazione da parte del Responsabile di FV della struttura sanitaria di appartenenza del segnalatore.

E' prevista, inoltre, la stretta collaborazione dei Centri regionali di farmacovigilanza (CRFV) con [l'AIFA](#), soprattutto per l'attività di identificazione di nuovi segnali di sicurezza e per lo sviluppo di azioni mirate al monitoraggio della sicurezza dei medicinali.

Per quanto riguarda le procedure di minimizzazione dei rischi, la principale novità consiste nella possibilità per [l'AIFA](#) di imporre alle aziende titolari dell'autorizzazione di medicinali delle condizioni vincolanti che assicurino l'uso sicuro del medicinale. Tali misure consistono essenzialmente nella conduzione di studi clinici di efficacia e sicurezza nel periodo post-autorizzazione, nonché nella conduzione di verifiche del rispetto degli obblighi di segnalazione delle reazioni avverse da parte delle autorità regolatorie.

Inoltre, la persona qualificata responsabile della farmacovigilanza, di cui le aziende titolari di autorizzazione di medicinali devono disporre a titolo stabile e continuativo, deve ora dimostrare il possesso di documentata

esperienza nel campo della farmacovigilanza e provvedere a registrare se stesso o la persona di contatto alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Un punto essenziale del nuovo decreto è la trasparenza: tutte le informazioni importanti inerenti la sicurezza dei medicinali devono essere rese tempestivamente accessibili al pubblico. A questo scopo, il portale web dell'AIFA continuerà a giocare un ruolo fondamentale.

Infine, viene sottolineata l'importanza dell'esistenza di un adeguato ed efficace sistema di qualità per lo svolgimento delle attività di farmacovigilanza sia a livello delle autorità competenti che dei titolari di autorizzazione all'immissione in commercio. Pertanto, al fine di garantirne il continuo miglioramento, tutti i sistemi di qualità delle agenzie europee responsabili per la farmacovigilanza devono essere sottoposti ad audit periodici e i risultati riferiti ogni due anni alla Commissione Europea.


**06 luglio 2015**

© Riproduzione riservata


*Allegati:*

■ **Decreto Farmacovigilanza**


*Altri articoli in Governo e Parlamento*




**Sicurezza alimentare. Nel 2014 oltre 171mila ispezioni presso stabilimenti. Rilevate quasi 17mila non conformità. Lorenzin: "Controlli garantiscono competitività economia italiana"**




**Ondata di calore. Alti i livelli di rischio in tutto il centro-nord. Ministero della Salute attiva numero 1500**




**Dossier sanitario elettronico. Ecco le nuove linee guida del Garante della Privacy**



**Senato. Presentato Ddl sul parto naturale sicuro. Binetti (Ap) e Di Biagio (Ap): "Una svolta nell'ostetricia italiana"**



**Opg. De Biasi (Pd): "Rems di Tinchi esempio di civiltà e di applicazione della legge"**



**La settimana in Parlamento. Il Ddl Autismo in Aula alla Camera. E poi certificati medici, payback farmaci innovativi, screening neonatale**

**QSnewsletter**

**ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER**

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

**OS gli speciali**

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

## **Scelte pericolose. Medici al lavoro anche se stanno male, indagine Usa**

Medico cura te stesso? Non troppo spesso, dal momento che molti medici e operatori sanitari americani, inclusi infermieri, ostetriche e assistenti, hanno riferito di andare a lavorare pur essendo malati. E questo benché sappiano che così potrebbero rischiare di contagiare i loro pazienti, oltre ai loro stessi colleghi. E' quanto emerge da un piccolo studio pubblicato online da 'Jama Pediatrics'.

Le infezioni fra gli operatori sanitari possono portare a una serie di malattie e decessi evitabili, dal momento che i medici e gli infermieri hanno a che fare con persone malate o immunocompromesse. E anche con soggetti sani ma fragili, come i neonati. Tuttavia, almeno fra i sanitari americani, sembra esserci un gap nella conoscenza che dovrebbe portare i medici a non lavorare durante la propria malattia. Julia E. Szymczak dell'Ospedale pediatrico di Philadelphia insieme ai suoi colleghi ha condotto un sondaggio anonimo in ospedale fra medici e infermieri. Hanno risposto 280 camici bianchi (61%) e 256 operatori sanitari (54,5%).

L'indagine ha rivelato che la maggior parte degli intervistati (95,3%) ritiene che lavorare mentre si è malati espone i pazienti a dei rischi, ma ben l'83,% ha riferito di averlo fatto almeno una volta l'anno, e il 9,3% addirittura almeno cinque volte. Non solo: in questi casi i sanitari hanno detto di aver lavorato nonostante sintomi come diarrea, febbre e importanti problemi respiratori.

Una decisione, quella di non darsi malato, legata soprattutto al desiderio di non lasciare in difficoltà i colleghi (98,7%), a preoccupazioni relative alla necessità di essere sostituiti (94,9%), ma anche al fatto di non voler lasciare i propri pazienti (92,5%). Seguono la paura di essere ostracizzato dai colleghi (64%) e le preoccupazioni per la continuità delle cure (63,8%).

Secondo i ricercatori a spingere il dottore malato fuori dal letto sono fondamentalmente tre aree di motivazioni: le sfide logistiche nell'individuare e organizzare una sostituzione, insieme alla mancanza di risorse per gestire le assenze per malattia; una forte spinta culturale ad andare a lavorare a meno che non si sia davvero molto malati; e infine l'ambiguità sui sintomi chiave per riconoscere di stare troppo male per lavorare.

"Questi risultati possono essere utili a progettare sistemi" che aiutino i medici a "fare la scelta giusta per tenere pazienti e colleghi al sicuro, e a curare se stessi" concludono gli autori dello studio.

## Respiro. Veneto, primo centro

pubblico che cura i bambini con questa  
patologia. Venti giorni, convenzione con il Ssn

# In montagna per curare l'asma grave

Quando si torna a casa in città  
le famiglie hanno a disposizione  
un contatto telefonico per consigli

ALESSANDRA MARGRETH

**P**ORTARE i bambini in montagna a respirare aria buona. Un'abitudine giusta, che per i giovanissimi affetti da asma è ancora più importante. In Veneto c'è un centro clinico unico in Italia, dove i bambini affetti da asma grave vengono ospitati e seguiti da professionisti. È l'istituto Pio XII, situato sul lago di Misurina, a 1780 metri di altezza.

«L'ambiente di montagna - spiega Alfredo Boccaccino, direttore sanitario dell'istituto - agisce su alcuni dei fattori responsabili dello sviluppo della malattia. Alla quota di 1.500-2.000 metri la principale caratteristica, in determinate zone, è l'assenza di inquinanti e allergeni (acari e pollini). I bambini con asma, dopo un soggiorno in montagna, mostrano un'attenuazione della risposta immunitaria allergica. Altra carta vincente dell'alta quota è la minore pressione parziale dell'ossigeno e una densità dell'aria del 30% inferiore rispetto a quella sul livello del mare. L'aria riesce così a penetrare più facilmente nell'apparato respiratorio infantile, riducendo in modo naturale le resistenze bronchiali».

Il 5% dei bambini che soffre d'asma è affetto da una forma di difficile trattamento. In Italia sono oltre 42.000 i piccoli che non riescono a controllare i sintomi malgrado le terapie. L'inquinamento e la continua esposizione agli allergeni non fanno che peggiorare la loro situazione. All'istituto Pio XII sono seguiti i casi di asma grave. Viene organizzato un percorso rieducativo preciso per i bambini, dove medici

e infermieri aiutano il piccolo paziente ad affrontare il problema e indicano come usare correttamente i farmaci.

Una volta rientrata a casa, la famiglia non è lasciata sola. «I medici del centro di Misurina - prosegue Boccaccino - sono disponibili telefonicamente per consigli e aiuti. Grazie a questo supporto, molti bambini riescono a ridurre la terapia e in tutti si ottiene la diminuzione degli accessi al pronto soccorso per le crisi asmatiche. La durata degli effetti benefici può essere più o meno lunga, alcuni bambini hanno bisogno di più soggiorni a Misurina, altri di una sorta di 'ricovero di richiamo periodico' di breve durata per ristabilire il miglioramento. È comunque necessaria una permanenza di almeno 20 giorni». L'istituto di Misurina è convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale. Per i bambini che non risiedono in Veneto occorre che la richiesta di ricovero del pediatra o del medico di famiglia sia autorizzata dalla ASL di competenza.

Un supporto naturale è un'ottima soluzione, vista la diffusione del fenomeno. L'aumento di allergie respiratorie in bambini (4-6 anni) esposti a forte inquinamento è ormai nota. La grande concentrazione di particolato sottile nell'aria delle città sta provocando un aumento delle malattie respiratorie cronico-ricorrenti, soprattutto nei bambini in tenera età, più vulnerabili degli adulti poiché i loro polmoni sono ancora in fase di crescita, e gli inquinanti ambientali possono alterare facilmente il loro sviluppo.

CRIPRODUZIONE RISERVATA

