

Eterologa, non più di 10 figli per donatore

►Via libera del Consiglio superiore di sanità al regolamento per la fecondazione assistita. C'è il tetto al numero di nascite over 40 e donne over 35. Obbligatoria la "mappa cromosomica"

TEST DI CONTROLLO PER RIDURRE AL MINIMO I RISCHI DI MALATTIE GENETICHE MA I COSTI SONO ELEVATI LA RIFORMA

ROMA Mentre è attesa per il prossimo mese la nascita del terzo bambino concepito in Italia con la fecondazione eterologa, il [ministero della Salute](#) ha incassato il primo parere favorevole del Consiglio superiore di sanità (Ccs) sullo schema di Regolamento che disciplinerà questa tecnica di procreazione assistita. Il provvedimento, che recepisce la direttiva Ue 2012 sul controllo di tessuti e cellule umani, conferma i paletti alle donazioni già previsti nelle linee guida sulla fecondazione eterologa, approvate dalla Conferenza delle Regioni nel settembre 2014, e specifica i test di controllo per i donatori. A quest'ultimi, il Ccs ha però aggiunto l'obbligo di effettuare una "mappa cromosomica" per ridurre al minimo il rischio di trasmissione di eventuali patologie genetiche.

IL LIMITE

È stato invece confermato il limite massimo di 10 nascite per ogni donatore. Limite, questo, che può essere derogato nel caso in cui una coppia, che abbia già avuto un figlio tramite fecondazione eterologa, voglia sottoporsi nuovamente a questa procedura utilizzando i gameti dello stesso donatore. Inoltre, sono stati ribaditi i limiti d'età per i donatori per ridurre al minimo i fattori di rischio genetico: agli uomini è consentita la donazione dall'età di 18 anni fino ai 40, alle donne tra i 20 e i 35 anni.

Nel Regolamento si specificano anche i test di controllo previsti per i donatori e si sottolinea che devono essere effettuati una consulenza genetica, il test per la fibrosi cistica ed eventuali altri esami ritenuti necessari. Il Ccs ha pure indicato che la consulenza da parte del genetista sia corredata da un referto scritto da parte dello specialista.

E' inoltre vietata la donazione di cellule riproduttive tra parenti fino al quarto grado, e si precisa che la coppia ricevente deve essere informata del fatto che gli esami di controllo sul donatore non possono comunque garantire l'assenza di patologie per il nascituro. Per quanto riguarda, invece, i costi si è ancora in attesa dell'ap-

provazione definitiva dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) che dovrebbero includere anche la fecondazione eterologa. Infine, rimane ancora poco chiara la posizione del [ministero della Salute](#) sulla carenza di donazioni e, quindi, di gameti disponibili. Perché se da un lato c'è chi ha superato il problema, dall'altro sono ancora tanti i centri con difficoltà a reperire i gameti necessari. «Vari centri pubblici hanno definito contratti con banche del seme estere ed i gameti iniziano ad essere disponibili», dice Elisabetta Coccia, direttrice del Centro di pma dell'Ospedale Careggi di Firenze, dove a luglio nascerà il terzo bambino concepito con la fecondazione eterologa.

I COSTI

Ma i costi sono elevati e le modalità discutibili. Su questo medici e istituzioni avranno la possibilità di confrontarsi il prossimo 2 luglio a Catania, in occasione del Congresso Umr-Hera. Nel frattempo il Careggi si è ben organizzato. «Stiamo attivando una Banca del seme maschile ed abbiamo tre prime donatrici volontarie italiane», dice Coccia.

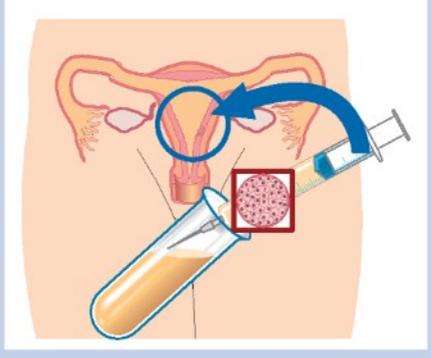
Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La fecondazione eterologa

 <p>È definita così quando il seme o l'ovocita utilizzati nella fecondazione artificiale appartiene a una persona esterna alla coppia</p>	 <p>La tecnica è usata quando uno dei due partner ha problemi di fertilità</p>	 <p>Una delle tecniche più utilizzate è sicuramente la FIVET (Fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione)</p>
--	---	--

CHE COS'È LA FIVET
La fecondazione avviene in provetta, nella quale gli spermatozoi vengono a contatto con l'ovocita, l'embrione così ottenuto viene trasferito nell'utero. È la tecnica più diffusa, utilizzata in circa 6 centri su 10



ANSA centimetri



BREVI

SANITÀ

Fecondazione, stretta sui test ai donatori

Si precisa ulteriormente il quadro normativo sulla fecondazione assistita. Il Consiglio superiore di sanità ha dato il via libera al regolamento messo a punto dal ministero della Salute che recepisce la direttiva Ue 2012 sul controllo di tessuti e cellule umani. D'ora in avanti i donatori di gameti per la fecondazione eterologa dovranno effettuare anche una mappa cromosomica, oltre a vari altri test di controllo, per ridurre al minimo il rischio di trasmissione di eventuali patologie genetiche. Il regolamento completa la normativa in materia, dopo il parere positivo del Consiglio lo scorso maggio alle nuove linee guida sulla legge 40 per la procreazione medicalmente assistita (Pma) realizzate dal ministero, nelle quali si prevede anche che le coppie che accedono all'eterologa non possano scegliere le caratteristiche somatiche del proprio figlio. Nel Regolamento si fissano pure il limite massimo di 10 nascite per ogni donatore e paletti per l'età entro cui è possibile donare gameti. Restano da superare le difformità da Regione a Regione: «Sono ancora poche le Regioni che hanno recepito con delibera le linee guida sull'eterologa della Conferenza delle Regioni del 2014, e se vari centri privati si stanno attivando, i centri pubblici che sono partiti sono molti di meno» afferma la direttrice del Centro di pma dell'Ospedale Careggi di Firenze, Elisabetta Coccia.



Il Consiglio di sanità Fecondazione eterologa Ora più test sui donatori

ENRICO CAPORALE

Secondo il Consiglio superiore di sanità (Css), è necessario che i donatori di gameti per la fecondazione eterologa, oltre a vari altri test di controllo, effettuino anche una mappa cromosomica per ridurre al minimo il rischio di trasmissione di eventuali patologie genetiche.

La raccomandazione è contenuta nel parere con cui il Css ha dato il via libera al Regolamento messo a punto dal ministero della Salute che recepisce la direttiva Ue 2012 sul controllo di tessuti e cellule umani, un provvedimento atteso e che specifica le varie analisi cliniche di controllo da effettuare prima della donazione.

Il Regolamento completa la normativa in materia, dopo che lo scorso maggio il Consiglio superiore di sanità aveva dato parere positivo alle nuove linee guida sulla legge 40 per la procreazione medicalmente assistita (Pma) realizzate dal ministero (il testo prevede anche che le coppie che accedono all'eterologa non possano scegliere le caratteristiche somatiche del proprio figlio).

Nel Regolamento si fissano inoltre il limite mas-

simo di dieci nascite per ogni donatore e paletti per l'età entro cui è possibile donare gameti (18-40 anni per gli uomini, 20-35 anni per le donne).

In questo modo il quadro normativo si precisa ulteriormente. «Dopo i problemi registrati nei mesi scorsi per la carenza di donazioni e dunque di gameti disponibili - afferma la direttrice del Centro di pma dell'Ospedale Careggi di Firenze, Elisabetta Coccia - l'eterologa sta finalmente partendo. Vari centri pubblici hanno definito contratti con banche del seme estere e i gameti iniziano a essere disponibili. Prevediamo dunque un notevole incremento degli interventi nei prossimi mesi». In particolare, ha sottolineato, «al Careggi stiamo anche attivando una Banca del seme maschile e abbiamo tre prime donatrici volontarie italiane». Quindi l'annuncio: «All'Ospedale Careggi è attesa entro luglio - afferma Coccia - la prima nascita a Firenze di un bambino da fecondazione eterologa». Si tratterebbe del terzo bebè nato in Italia grazie a tale tecnica, dopo i due gemelli venuti alla luce a Roma lo scorso marzo.



Ricerca. L'assenza di ossigeno aumenta il rischio di metastasi

Nuove risposte dalla ricerca nel campo dei tumori ipossici

Allo studio un nuovo farmaco che supera l'ostacolo creato dalla mancanza di ossigeno

DI ANDREA SERMONTI

Un vero e proprio 'spauracchio' per tutti, medici e pazienti. Perché il tumore del pancreas è difficilissimo da trattare perché in fase precoce non dà segni particolari, e anche quando sono presenti sintomi si tratta di disturbi piuttosto vaghi, che possono essere interpretati in modo errato sia dai pazienti sia dai medici. Ecco perché la diagnosi spesso viene fatta quando la malattia è già estesa. Sintomi più chiari (variabili a seconda della zona del pancreas dove ha avuto inizio il tumore) compaiono quando il tumore ha iniziato a diffondersi agli organi vicini o ha bloccato i dotti biliari. Possono così manifestarsi perdita di peso e di appetito, ittero (colorazione gialla della pelle), dolore nella parte superiore dell'addome o nella schiena, debolezza, nausea o vomito. Un tumore che ha anche un'altra particolarità: quella dell'ipossia, cioè di una ridotta quantità di ossigeno che raggiunge le cellule tumorali, che aumenta il rischio di metastasi e, soprattutto, rende impossibile ai farmaci di raggiungere le cellule malate più in profondità, che diventano in questo modo 'resistenti'. Ma c'è un altro tipo di tumori che 'soffre' della stessa situazione di ipossia: sono i sarcomi dei tessuti molli nell'adulto, forme tumorali che compaiono quando le cellule maligne si formano

all'interno di un tessuto molle dell'organismo, indipendentemente dalla sede. Tali tessuti sono i muscoli, i tessuti connettivi, i vasi sanguigni o linfatici, i nervi, i legamenti e il tessuto adiposo. Solo la biopsia permette di scoprire di quale tipo di sarcoma si tratta e da quale tessuto ha avuto origine. Metà dei sarcomi si forma a livello degli arti superiori o inferiori, gli altri possono interessare il tronco, la testa, il collo, gli organi interni o il retroperitoneo, ovvero la parte posteriore della cavità addominale, ricca di tessuto adiposo e connettivo. E fino ad oggi le terapie possibili erano solo quella chirurgica e quella chemioterapica, ma con il problema, appunto, dell'ipossia. Una buona notizia arriva dal mondo della ricerca farmaceutica: da poco l'FDA ha assegnatogli status di "Fast Track" (ossia una procedura di approvazione accelerata) per lo sviluppo di evofosfamide, in associazione a gemcitabina, nel trattamento del cancro al pancreas metastatico o localmente avanzato non resecabile. La molecola è attualmente in fase III di sperimentazione. La particolarità di questo 'pro-farmaco', sviluppato da Merck in collaborazione con Threshold Pharmaceuticals, è quella di attivarsi in condizioni di ipossia e di essere altamente selettivo, funzionando anche in cellule che hanno una quantità di ossigeno ridotta fino al 5%.



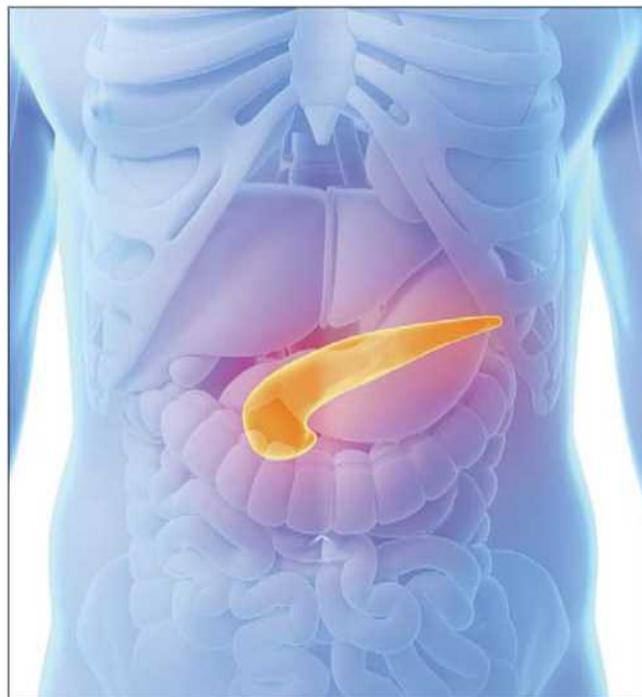
Aumenta il rischio di metastasi e rende inutili i farmaci

Per le neoplasie 'ipossiche' nuove risposte dalla ricerca

di ANDREA SERMONTI

■ ■ ■ Una buona notizia arriva dal mondo della ricerca farmaceutica: da poco l'FDA ha assegnato status di 'Fast Track' (ossia una procedura di approvazione accelerata) per lo sviluppo di evofosfamida, in associazione a gemcitabina, nel trattamento del cancro al pancreas metastatico o localmente avanzato non resecabile. La molecola è attualmente in fase III di sperimentazione. La particolarità di questo 'pro-farmaco', sviluppato da Merck in collaborazione con Threshold Pharmaceuticals, è quella di attivarsi in condizioni di ipossia e di essere altamente selettivo, funzionando anche in cellule che hanno una quantità di ossigeno ridotta fino al 5%. Il tumore del pancreas è difficilissimo da trattare perché in fase precoce non dà segni particolari, e anche quando sono presenti sintomi si tratta di disturbi piuttosto vaghi, che possono essere interpretati in modo errato sia dai pazienti sia dai medici. Ecco perché la diagnosi spesso viene fatta quando la malattia è già estesa. Sintomi più chiari (variabili a seconda della zona del pancreas dove ha avuto inizio il tumore) compaiono quando il tumore ha iniziato a diffondersi agli organi vicini o ha bloccato i dotti biliari. Possono così manifestarsi perdita di peso e di appetito, ittero (colorazione gialla

della pelle), dolore nella parte superiore dell'addome o nella schiena, debolezza, nausea o vomito. Un tumore che ha anche un'altra particolarità: quella dell'ipossia, cioè di una ridotta quantità di ossigeno che raggiunge le cellule tumorali, che aumenta il rischio di metastasi e, soprattutto, rende impossibile ai farmaci di raggiungere le cellule malate più in profondità, che diventano in questo modo 'resistenti'. Ma c'è un altro tipo di tumori che 'soffre' della stessa situazione di ipossia: sono i sarcomi dei tessuti molli nell'adulto, forme tumorali che compaiono quando le cellule maligne si formano all'interno di un tessuto molle dell'organismo, indipendentemente dalla sede. Tali tessuti sono i muscoli, i tessuti connettivi, i vasi sanguigni o linfatici, i nervi, i legamenti e il tessuto adiposo. Solo la biopsia permette di scoprire di quale tipo di sarcoma si tratta e da quale tessuto ha avuto origine. Metà dei sarcomi si forma a livello degli arti superiori o inferiori, gli altri possono interessare il tronco, la testa, il collo, gli organi interni o il retroperitoneo, ovvero la parte posteriore della cavità addominale, ricca di tessuto adiposo e connettivo. E fino ad oggi le terapie possibili erano solo quella chirurgica e quella chemioterapica, ma con il problema, appunto, dell'ipossia.





21-06-2015

Lettori
86.000

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

Tumori: esperti, corretta alimentazione fondamentale per terapie

AGI) - Bruxelles, 20 giu. - Una corretta alimentazione e' fondamentale nelle terapie oncologiche, tema non sempre affrontato dai medici, tanto che, anche nell'epoca dell'oncologia "personalizzata" e delle cure mirate, puo' accadere ancora che il paziente non riceva dal medico le informazioni necessarie per affrontare al meglio la vita di ogni giorno. La prova? Per il 70,8 per cento dei pazienti saper cosa e quando mangiare rappresenta un elemento di preoccupazione dopo un trattamento per tumore dello stomaco. A fare il punto sui bisogni, in termini di indicazioni sull'alimentazione, e' il primo studio dell'European Cancer Patient Coalition, realizzato anche grazie al sostegno non condizionato di Lilly, presentato oggi all'assemblea annuale generale dell'organizzazione in corso a Bruxelles. La ricerca ha mobilitato le oltre 350 associazioni di piu' di 30 paesi dell'EU attraverso un questionario tradotto in 11 lingue e ha coinvolto 650 pazienti per comprendere lo stato dell'informazione dei malati e dell'attenzione dei medici a nutrizione e dieta. E' emerso innanzitutto il grande bisogno insoddisfatto di una corretta informazione su dieta e nutrizione; l'80 per cento dei malati denuncia problemi nutrizionali anche durante i trattamenti terapeutici con variazioni nei vari paesi e il 52 per cento non viene adeguatamente informato dai medici oncologi. Addirittura quasi il 90 per cento dei malati considera l'appetito importante per lo stato emotivo e la qualita' di vita e rileva come l'oncologo debba offrire supporti per favorire il

mantenimento di un equilibrio nutrizionale del malato. "Una corretta nutrizione durante e dopo la fase di trattamento acuta - commenta Francesco De Lorenzo, Presidente di ECPC e di FAVO - e' cruciale per i malati di cancro. Condiziona infatti, la risposta ai trattamenti, alla prevenzione terziaria e migliora la prognosi. I bisogni dei malati acuti, cronici e delle persone guarite - per quanto riguarda la nutrizione - sono troppo spesso trascurati e/o negati" "A seguito di questi ed altri numerosi dati emersi dal sondaggio - continua De Lorenzo - ECPC intende intervenire con la mobilitazione delle associazioni aderenti per rispondere al bisogno di sapere dei malati e dei loro caregivers attraverso iniziative mirate di sensibilizzazione delle Societa' scientifiche e la produzione di strumenti informativi mirati anche a evitare rischi connessi alla perdita di peso e alla cachessia nonche' a prevenire l'aumento di peso nella fase post trattamento acuto e l'uso incontrollato di integratori". Se l'alimentazione rappresenta un fattore critico per tutte le persone che si trovano ad affrontare un tumore, il problema e' ancor piu' sentito in caso di tumore gastrico, visto che il primo intervento e' la gastrectomia, ovvero l'asportazione dello stomaco. "Qual e' la dieta del gastrectomizzato? E' importante solo nei primi mesi dello "svezzamento" o anche successivamente? Come si metabolizza l'alcol? Che attenzione per chi si mette alla guida? Le carenze da vitamina D, ferro, B12 possono essere compensate, almeno in parte, con l'assunzione di particolari alimenti? Sono tante le domande che noi pazienti ci facciamo e a cui e' difficile trovare risposta" sottolinea Claudia Santangelo, Presidente dell'Associazione 'Vivere senza stomaco'.



[NEUROLOGIA]

Il tumore encefalico in età pediatrica

Sempre più casi vengono individuati in fase precoce, modificando le possibilità di cura e di sopravvivenza

GIUSEPPE PETRALIA

Il tumore encefalico nel bambino rappresenta una problematica di particolare rilievo considerato che la sua incidenza è seconda solo alle leucemie ed inoltre rappresenta la prima causa di morte per tumore nell'età evolutiva, come riferiscono i dati statistici forniti dal ministero della Salute.

Secondo questi dati circa cinque bambini su centomila si ammalano ogni anno di tumore encefalico e la loro prognosi risente notevolmente della precocità di diagnosi e dei trattamenti chirurgici ed oncologici.

Il 20% dei tumori che colpiscono l'età pediatrica ha origine nel sistema nervoso centrale. L'incidenza di questi tumori sembra aumentata negli ultimi anni, in parte per il miglioramento delle tecniche diagnostiche che oggi permettono di individuare un maggior numero di casi in fase sempre più precoce, aumentando quindi le possibilità di cura.

Lo sviluppo delle metodiche diagnostiche di neuro immagini, quali la Risonanza Magnetica e le tecniche chirurgiche e dei trattamenti oncologici e radioterapici, ha significativamente modificato la prospettiva di guarigione e di sopravvivenza rispetto al recente passato.

Un ruolo chiave nel diagnosticare, in tempi brevi, il tumore spetta al pediatra a cui è affidato il compito del primo sospetto dell'insorgere della patologia e di indirizzarlo verso gli specialisti che programmeranno il percorso dell'iter diagnostico e terapeutico.

Come in tutte le malattie la prevenzione può portare alla diagnosi precoce che serve ad aiutare i sanitari ad intervenire e a scongiurare l'evolversi della malattia che può causare forme invalidanti o addirittura la morte del piccolo paziente.

Il prof. Giovanni Nicoletti, da dieci anni direttore della Struttura Complessa di Neurochirurgia dell'Arnas Garibaldi di Catania, presso il presidio ospedaliero di Nesima, ha al suo attivo circa 4.000 interventi neurochirurgici cranio-encefalici e spinali e 150 pubblicazioni scientifiche in riviste neurochirurgiche nazionali ed internazionali, come quella di particolare interesse che descrive l'ideazione e la realizzazione di una sua personale tecnica microchirurgica per l'asportazione delle ernie discali lombari, che ha meritato la pubblicazione nel 2005 nella prestigiosa rivista statunitense "The Surgical Neurology".

Su questo argomento il prof. Nicoletti ci ha dato risposte decisamente esaurienti.

Quali tipi di tumori pediatrici si conoscono?

«Vi sono diversi tipi di tumori encefalici pediatrici, distinti in base al tipo istologico, cioè al tipo di tessuto che li compone, e alla localizzazione, cioè alla sede in cui si sviluppano. Un tumore viene detto primitivo se ha origine, primariamente, in un dato organo,

oppure metastatico se invece proviene da un altro organo per disseminazione di cellule tumorali qui insorte».

«I tumori primitivi encefalici dell'età pediatrica più frequenti sono i gliomi (del cervelletto, del tronco encefalico e dei nervi ottici), i tumori della ghiandola pineale, i craniofaringiomi peratomi e medulloblastomi. Quest'ultimi rappresentano il 15 per cento di tutti i tumori pediatrici».

«Nel primo anno di vita il 90 per cento dei tumori encefalici sono di origine neuro ectodermica ed il più comune fra questi è il peratoma. Molti di questi tumori non vengono diagnosticati sino a quando non raggiungono un volume notevole e ciò è dovuto all'elasticità del cranio del neonato e alla capacità di adattabilità che caratterizza il sistema nervoso nei primi anni di vita».

Quali sono i sintomi che si manifestano per questo tipo di tumori?

«I segni ed i sintomi con cui inizialmente si manifestano possono essere molto vari e talora difficili da interpretare. La cefalea con nausea e vomito, i sintomi frequenti della neoplasia, sono spesso presenti in malattie molto più comuni quali una gastroenterite o un'emicrania infantile; un "banale" torcicollo, disturbi della deambulazione, della vista, disfunzioni endocrine o episodi convulsivi».

«Questi non devono mai essere sottovalutati, così come l'aumento del volume del cranio, una spiccata irritabilità o, per contro, una letargia. In presenza di tali sintomi, il passo successivo è quello di sottoporre il bambino ad uno studio di neuroimmagini, e la Risonanza Magnetica rappresenta certamente la metodica più affidabile nella diagnostica strumentale, essendo tuttavia ancora incapace di definire con precisione la natura della neoplasia, compito assegnato esclusivamente all'anatomopatologo dopo una biopsia o la resezione della neoplasia».

«E' quest'ultimo accertamento che identificherà la precisa natura del tumore nell'ampio spettro possibile che va da neoplasie assolutamente benigne sino a quelle ad altissimo grado di malignità. Dopo questi accertamenti spetta al neurochirurgo intervenire e programmare il tempo di intervento chirurgico da mettere in atto per offrire al bambino una possibilità di guarigione».

Qual è la tecnica chirurgica che viene messa in atto per questo tipo di tumore?

«L'intervento chirurgico ha come obiettivo l'asportazione completa della neoplasia nell'assoluto rispetto delle strutture encefaliche normali. Ma tale obiettivo non è sempre realizzabile e neanche per quelle neoplasie benigne la cui sede nell'encefalo è "critica" ed obbliga a resezioni parziali o solo biopsie, onde evitare danneggiamento di strutture vitali o di notevolissima importanza neurologica».



«L'Ospedale Garibaldi Nesima di Catania, grazie alla formidabile collaborazione sviluppata nell'ultimo decennio tra le diverse équipes, quali quella dei neurochirurghi, sotto la mia direzione, di quella degli anestesisti, diretta da Giuseppe Pappalardo e di quella dei medici della Rianimazione Pediatrica, diretta da Giuseppe Ferlazzo, offre oggi all'utenza un servizio difficilmente eguagliabile nel trattamento delle neoplasie encefaliche in età pediatrica così come nell'adulto».

«La disponibilità di studi con la Risonanza Magnetica, ma anche con la spettroscopia e la trattografia, il formidabile "arsenale interventistico" della sala operatoria di Neurochirurgia, con disponibilità di microscopi operatori di ultima generazione, neuronavigatori, aspiratori ad ultrasuoni, sistemi di monitoraggio "elettrico" del sistema nervoso, hanno consentito di ottenere eccezionali risultati chirurgici anche in neoplasie di elevatissima difficoltà tecnica».

«Il limite purtroppo è ancora quello delle neoplasie ad alta malignità nelle quali anche l'asportazione completa della malattia ed i trattamenti oncologici successivi, non riescono a modificare significativamente il destino del bambino».

Allo stato attuale quali speranze ci sono per la cura di queste patologie?

«Allo stato dell'arte per questi tumori le speranze della terapia sono sostanzialmente riposte nella ricerca genetica e farmacologica che ha l'obiettivo di elaborare strategie che possano agire con efficacia su quelle cellule "poco differenziate" che resistono dopo l'intervento ai trattamenti chemioterapici o radianti e sono in grado di determinare la ricomparsa della malattia anche a breve termine».



IL PROF. GIOVANNI NICOLETTI

LO STUDIO. RISULTATI MIGLIORI SE IL NOSTRO ORGANO MOTORE È SOTTO CONTROLLO

Le cure anticancro passano anche dal cuore

Le cure anticancro passano anche dal cuore e danno risultati migliori se il nostro organo motore è sotto controllo. Uno studio dell'Istituto europeo di oncologia e del Centro cardiologico Monzino di Milano conferma il ruolo chiave della cardiologia per aumentare l'efficacia delle terapie antitumorali. In particolare, i medici dei due Ircs hanno scoperto che la cardiotossicità da antracicline - farmaci chemioterapici utilizzabili contro molti tumori del bambino e dell'adulto, in particolare neoplasie del seno e linfomi - non è irreversibile.

«Se la diagnosi è precoce e il trattamento cardiologico è tempestivo, è possibile ottenere un completo recupero della funzione cardiaca», assicurano gli scienziati. «La cardiotossicità da antracicline - ricorda Daniela Cardinale, direttore dell'Unità di cardioncologia Ieo e primo autore del lavoro - è una temibile complicanza dei trattamenti antitumorali che può pesare negativamente sulla prognosi del paziente oncologico indipendentemente dal problema tumorale di base. Ancora oggi è considerata irreversibile perché ritenuta poco responsiva ai farmaci cardiologici». Una «convinzione arcaica» che la ricerca italiana mette in discussione.

Lo studio prospettico è durato 19 anni e ha coinvolto 2.625 pazienti trattati con antracicline. L'incidenza della cardiotossicità è stata del 9% e si è evidenziata nella quasi totalità dei casi (98%) durante i primi 12 mesi dalla fine del trattamento antitumorale. Un attento monitoraggio della funzione cardiaca durante questo periodo ha consentito la diagnosi e il trattamento precoce della cardiopatia, permettendo di ottenere la normalizzazione della funzione cardiaca nella maggioranza dei casi (82%). «Questi risultati - continua Cardinale - mettono in discussione l'attuale classificazione che distingue la cardiotossicità in precoce e tardiva, a seconda del tempo di insorgenza dei sintomi dello scompenso cardiaco: entro un anno o dopo un anno dalla fine della chemioterapia.

P. F. M.



LE CURE ANTICANCRO PASSANO ANCHE DAL CUORE

<http://www.adnkronos.com>

Un paziente su 10 rinuncia a cure, colpa dei costi e delle attese



Assistenza sanitaria a rischio, in molte regioni (soprattutto al sud). Le carenze dei servizi a disposizione dei cittadini, sommati ai costi, costringono un paziente su 10 a rinunciare alle cure, con una quota doppia nel Mezzogiorno rispetto al Nord. E' la radiografia del sistema sanitario nazionale, contenuta nell'ultimo rapporto dell'Istat. Nel capitolo dedicato agli approfondimenti si sottolinea che il processo di rientro dal debito, cui hanno dovuto far fronte numerose regioni, associato alla difficile congiuntura economica, "ha avuto come conseguenza una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure cui si ispira il nostro Ssn".

Il confronto tra Nord e Sud, nella distribuzione del finanziamento, e la molto più variegata geografia della salute "mette in luce lo squilibrio tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria e i criteri allocativi delle risorse adottati", osserva l'Istat. Nelle regioni del Mezzogiorno la quota pro capite di finanziamento non raggiunge i 1.900 euro, con il minimo di 1.755 in Campania, mentre in altre aree del Paese supera i duemila euro.

I valori massimi, superiori ai 2.300 euro, si rilevano in Valle d'Aosta, Bolzano e Trento, dove sono anche più elevate le dotazioni medie di personale sanitario a fronte di prevalenze nettamente più basse di popolazione in cattive condizioni di salute. La situazione è "critica" nelle Regioni che devono far fronte a piani di rientro, che hanno bassi livelli di dotazione di personale sanitario e ricevono un finanziamento inferiore a quello correlato al bisogno (1.810 euro per abitante in Puglia, 1.890 nelle Marche e 1.915 in Sardegna).

La consistenza del personale sanitario e l'ammontare dei finanziamenti pubblici rappresentano elementi importanti di valutazione ma, "in un quadro così complesso e articolato", secondo l'Istat è essenziale misurare l'offerta di servizi sanitari anche in termini di qualità percepita dai cittadini e di accessibilità dell'assistenza. La maggioranza della popolazione adulta (60,8 per cento) ha valutato positivamente il servizio sanitario pubblico, con l'attribuzione di punteggi che

variano tra 6 e 10, valutazione stabile rispetto al 2005.

Tuttavia, il giudizio complessivo nasconde diseguaglianze territoriali, che si sono accentuate rispetto a 10 anni fa. Nel Nord aumenta la quota dei cittadini che ritiene molto soddisfacente l'attività del servizio sanitario pubblico: quasi il 30 per cento si dichiara molto soddisfatto (con punteggi da 8 a 10). Al Sud la quota non raggiunge il dieci per cento. Nel tempo i giudizi si sono polarizzati, con l'aumento complessivo dei molto soddisfatti al Nord e dei molto insoddisfatti, soprattutto nel Sud, dove quasi una persona su tre esprime un giudizio negativo (con punteggi da 1 a 4).

Nel Lazio, una delle regioni con un piano di rientro particolarmente oneroso, si registra un netto incremento della quota di insoddisfatti, pari a 8 punti percentuali. A parità di caratteristiche sociali e demografiche e delle principali determinanti socio-economiche, si confermano i forti squilibri nella geografia della soddisfazione. L'opportunità di avere un elevato livello di soddisfazione rispetto alla Toscana (presa a riferimento perché simile alla media nazionale) è oltre quattro volte superiore a Bolzano e a Trento e tre volte in Valle d'Aosta; si dimezza in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno e nel Lazio.

L'analisi per Azienda sanitaria locale (Asl) consente di valutare nel dettaglio l'elevata eterogeneità territoriale. In alcune Asl, ad esempio quelle di Bolzano e Trento, la quota dei molto soddisfatti rappresenta la maggioranza della popolazione adulta (rispettivamente 54,2 e 51,6 per cento), mentre le più basse percentuali si rilevano in alcune Asl della Campania (2,3 per cento) o della Calabria (circa tre per cento). Le regioni con la maggiore eterogeneità interna sono il Piemonte, dove la quota dei molto soddisfatti varia nelle 13 Asl dal 14,7 al 43,6 per cento, e la Toscana, dove varia dall'8,7 al 32,3 per cento.

Il livello di soddisfazione migliora sensibilmente quando la valutazione riguarda prestazioni sanitarie cui si è fatto ricorso nell'ambito del Ssn. Il 71,5 per cento di chi ha fruito di una visita o un accertamento di tipo specialistico ha espresso un giudizio di eccellenza sulla qualità complessiva dell'ultima prestazione, con punteggi tra 8 e 10. La stima fa riferimento a un consistente gruppo di popolazione: le persone che hanno fatto ricorso, nel 2013, a visite mediche specialistiche (escluse quelle odontoiatriche) o accertamenti diagnostici specialistici a carico del Ssn sono circa 25 milioni, il 41,2 per cento della popolazione.

Le differenze territoriali del livello di soddisfazione sono meno pronunciate rispetto a quelle per il giudizio complessivo sul Ssn, soprattutto per effetto di valori più alti nel Mezzogiorno. Infatti, anche nelle regioni che si collocano nella parte più bassa della graduatoria (Molise, Campania, Calabria), la maggioranza di coloro che si sono sottoposti a una visita o un accertamento specialistico a carico del servizio sanitario pubblico assegna un punteggio che varia da 8 a 10. Nonostante ciò, resta evidente la distanza del Nord dalle regioni del Mezzogiorno e da alcune del Centro.

Si è più spesso molto soddisfatti delle visite o degli accertamenti specialistici a Trento (con un rischio relativo quasi doppio rispetto alla Sardegna presa come riferimento), a Bolzano, in Emilia-Romagna e Lombardia, mentre livelli più bassi si osservano nelle regioni del

Mezzogiorno ma anche in gran parte del Centro. Il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie è un importante indicatore di qualità dell'offerta: il 9,5 per cento della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi).

Le fragilità si concentrano, ancora una volta, su alcuni soggetti e su specifiche aree. Nel Nord-ovest si registra la quota più bassa (6,2 per cento) di rinuncia per motivi economici o carenza dell'offerta, mentre nel Mezzogiorno la quota è più che doppia (13,2 per cento). Tuttavia lo svantaggio per chi ha una condizione economica meno favorevole è maggiore nel Nord. Osservando le differenze regionali, sommate ai fattori che hanno un impatto sul fenomeno, emerge una netta separazione tra Centro-nord e Mezzogiorno a svantaggio di quest'ultimo. Fa eccezione il Lazio, che presenta un rischio del 60 per cento superiore alla regione di riferimento. Il rischio più basso di rinuncia si rileva nelle Province autonome di Trento e Bolzano, in Valle d'Aosta e in Lombardia.

Tra le Asl ci sono forti distanze: si passa dal 21,7 per cento di rinunce in una Asl della Sardegna al 2,6 per cento nella Asl di Trento e in una della Lombardia. Nel Nord si osserva la maggiore concentrazione di Asl che hanno quote non superiori al 5,5 per cento di persone che rinunciano a prestazioni erogabili dal Ssn per motivi legati all'offerta. Merita comunque particolare attenzione l'eterogeneità intra-regionale, che presenta un valore massimo in Emilia-Romagna (dal 2,9 al 13,7 per cento, tra le 11 Asl), elevato in Piemonte, Toscana, Lazio, Sicilia, Puglia e Sardegna, mentre in Veneto, la regione con il maggior numero di Asl, la rinuncia a prestazioni essenziali oscilla tra il 4,0 e l'11,5 per cento.

Gli squilibri allocativi, la contrazione della spesa e le conseguenti difficoltà a garantire i livelli essenziali di assistenza riferiti possono tradursi in un aumento della spesa a carico delle famiglie, osserva l'Istat. Infatti, gli strumenti principali che le Regioni attuano per il contenimento della spesa, e il rientro del debito, sono l'introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini. Gli aggravii di spesa per le famiglie, avverte l'Istituto, "potrebbero aumentare la rinuncia a prestazioni sanitarie, dovuta spesso a motivi economici. Ciò comporta un rischio di sottoconsumo sanitario, pericoloso per le condizioni di salute della popolazione".