Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Lo spunto

di **Stefano Vella**

LA GUERRA ALL'AIDS CONVIENE A TUTTI

Guerra è una parola che ricorre spesso in questi tempi oscuri. Qui vorrei però raccontare di un altro tipo guerra, quella scientifica e politica contro un virus che ha ucciso finora 40 milioni di persone, ma che altrettante ne potrebbe uccidere negli anni a venire, se non riusciamo a chiudere il lavoro iniziato 30 anni fa. La guerra non è finita, ma qualche grande battaglia contro l'Hiv, il virus responsabile dell'Aids, è stata vinta. Il 1 dicembre è la Giornata Mondiale della lotta contro questa malattia, di cui in Occidente praticamente non si muore più grazie all'accesso di cocktail di farmaci antivirali: un cambiamento epocale rispetto agli anni 80 e 90. Ma per giungere a questo, ci son voluti ben 15 anni di ricerca dal primo caso di Aids descritto. E comunque, la terapia non è in grado di far guarire, tiene solo il virus sotto controllo, e va assunta a vita. La situazione nei Paesi con limitate risorse è tuttora ben diversa: l'infezione galoppa, con due milioni di nuovi casi e un milione e mezzo di morti ogni anno. La comunità internazionale purtroppo si svegliò solo dopo la Conferenza sull'Aids di Durban, nel 2000. Si formò allora una straordinaria «grande coalizione» di ricercatori, medici, attivisti, pazienti, organizzazioni non governative e politici illuminati. E non c'era soltanto un virus da battere, ma anche i grandi interessi di pochi, e l'idea che bastasse controllare le frontiere per fermare un virus che certo non ha bisogno di passaporto. Nel 2001 nacque il Global Fund, grazie al quale la terapia è ora disponibile per milioni di ammalati. E prese piede il concetto di «salute globale», un'area di ricerca e azione orientata al miglioramento della salute di tutta l'umanità e che affronta tutte le malattie dell'uomo in un'ottica multisettoriale, sia per gli aspetti biomedici che per quelli sociali ed economici.

Questi dieci anni di lotta all'Aids hanno fatto capire che una delle grandi sfide della medicina è combattere le diseguaglianze nell'accesso alla salute. Che non è soltanto un diritto fondamentale, ma anche uno strumento importante di sviluppo dei popoli. In un mondo globale, occuparsi della salute di chi è più lontano significa anche curare e prevenire le malattie di chi ti sta accanto. E, forse, una delle possibili risposte ai movimenti migratori di coloro che cercano una vita migliore per sé e i propri figli dovrebbe essere l'impegno dell'Occidente per uno sviluppo più sostenibile, che includa, tra le tante cose essenziali, l'accesso universale alla salute.

**Istituto Superiore di Sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tenere la bocca sana è un risparmio garantito

CorriereSalute
Conserviamo il nostro sorriso

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 49
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

SALUTE

Che cos'è l'endocardite e come si cura

Lo specialista

Antibiotici o chirurgia per l'infiammazione del rivestimento interno del cuore

L'endocardite, cioè l'infiammazione dell'endocardio (*si veda box a lato*) è una malattia piuttosto rara (3-4 casi ogni 100 mila persone all'anno in Italia), ma molto pericolosa. Chi si ammala rischia infatti di non farcela nel 20-30% dei casi.

«La forma più comune è quella infettiva, che di solito coinvolge i lembi delle valvole del cuore, soprattutto *mitralica* e *aortica* — spiega Filippo Crea, professore di cardiologia all'Università Cattolica di Roma e direttore del Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli —. L'endocardite infettiva si verifica quando microrganismi che provengono da altre parti dell'organismo penetrano nel sangue, raggiungono il cuore e riescono a insediarsi nell'endocardio, evento favorito da anomalie cardiache congenite (per esempio prolasso della mitrale) o acquisite. Il passaggio dei germi, di solito batteri, nel sangue può avvenire in particolari occasioni, per esempio interventi odontoiatrici, indagini endoscopiche intestinali o durante il posizionamento nel cuore di pacemaker o defibrillatori».

Quali sono le conseguenze dell'infezione?

«L'endocardite infettiva comporta lo sviluppo di una *vegetazione* costituita da piastrine e fibrina, adesa all'endocardio e sporgente in una cavità cardiaca. Ciò è un ottimo habitat per i microrganismi, che vi si possono moltiplicare in una situazione relativamente protetta dalle difese immunitarie. Le vegetazioni cariche di germi possono danneggiare le valvole cardiache e il distacco di frammenti da questi "agglomerati" può creare emboli (e ostruire) vasi periferici a distanza. Non solo, il distacco di frammenti può disseminare l'infezione».

Quali sono i sintomi?

«Una febbre persistente, che passa e poi ritorna, soprattutto in chi ha subito la sostituzione di una valvola cardiaca o ha anomalie cardiache congenite. Altro indizio, insieme alla febbre, sono dolori alle grandi articolazioni che migrano da una all'altra. Possono esserci anche aumento della frequenza cardiaca e "soffi" prima assenti. A volte c'è un ingrandimento della milza, mentre oggi sono rare altre manifestazioni come la deformazione delle unghie *a vetrino di orologio* e le *petecchie* (piccoli punti rosso scuro grandi come una capocchia di spillo che non scompaiono con la pressione) che possono comparire ovunque sulla pelle, ma prediligono la parte anteriore e superiore del torace nonché palato, gola e congiuntive».

Quali esami servono?

«Le indagini più utili per la diagnosi sono l'esame colturale del sangue per evidenziare la presenza e il tipo di germi (i prelievi vanno fatti più volte a distanza di tempo e sempre prima di iniziare una terapia antibiotica) e l'ecocardiografia. Nei soggetti a basso rischio di endocardite un ecocardiogramma transtoracico non anomalo è sufficiente a escludere la diagnosi. Viceversa in individui ad alto rischio può rendersi necessaria un'ecocardiografia per via transesofagea, più sensibile nell'evidenziare le vegetazioni».

Che cosa si può fare?

«L'endocardite infettiva si cura innanzitutto con antibiotici, somministrati in quantità elevate per almeno un mese. In circa un terzo dei casi a questa terapia va abbinato un intervento chirurgico per rimuovere il tessuto infetto ed eventualmente posizionare una protesi valvolare. Comunque l'opportunità e il momento più adatto per intervenire chirurgicamente vanno attentamente valutati caso per caso, considerando con attenzione pro e contro».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

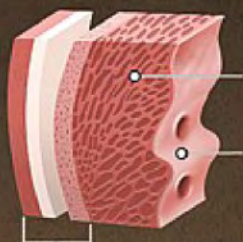
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 49
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

L'endocardite è un'infiammazione dell'endocardio, il sottile rivestimento delle pareti interne delle cavità cardiache. La forma più comune è quella infettiva che si localizza soprattutto a livello dei lembi delle valvole del cuore



MIOCARDIO
Muscolo cardiaco

ENDOCARDIO
Sottile membrana che riveste internamente le cavità cardiache

PERICARDIO
Membrana a più strati che circonda il cuore

ENDOCARDITE

L'endocardite infettiva si instaura solo quando i microrganismi riescono a insediarsi nell'endocardio

*L'endocardite infettiva comporta lo sviluppo di **vegetazioni**, escrescenze sulle valvole cardiache formate da piastrine e fibrina, dentro cui si annidano i batteri. Dalle vegetazioni possono staccarsi frammenti che, attraverso il sangue, sono in grado di diffondere l'infezione e creare emboli che vanno ad ostruire vasi periferici*

VALVOLA AORTICA

VALVOLA MITRALE

I SEGNI E I SINTOMI

L'endocardite infettiva va sospettata in presenza di

Una **febbre abbastanza elevata** e persistente, che **passa e poi ritorna**, soprattutto in persone che hanno subito un intervento di **sostituzione di una valvola cardiaca** o presentano **gravi cardiopatie congenite**

Petecchie *
Piccoli punti rosso scuro delle dimensioni della capocchia di uno spillo che appaiono sulla pelle, negli occhi o dentro la bocca

Deformazione delle unghie «a vetrino d'orologio», se l'endocardite infettiva dura sufficientemente a lungo *

Dolori articolari soprattutto alle grandi articolazioni

Noduli di Osler *
Piccoli rilievi dolenti, di colore rosso, sulla punta delle dita delle mani o dei piedi

Auscultando il cuore è possibile percepire **soffi cardiaci** di nuova insorgenza e **tachicardia**

questi e altri sintomi cutanei sono oggi diventati molto rari

LE CAUSE

- L'endocardite infettiva si verifica quando microrganismi, soprattutto batteri, che provengono da altre parti del corpo, come bocca, tonsille, naso, intestino, pelle, vie urinarie, entrano nella circolazione e raggiungono il cuore
- Il passaggio dei germi nel sangue è favorito da
  - Interventi odontoiatrici
  - L'uso di siringhe non sterili
  - Posizionamento di dispositivi intracardiaci *(pacemaker o defibrillatore)*
  - Indagine endoscopiche intestinali
- La fissazione dei microrganismi all'endocardio è favorita da anomalie cardiache acquisite o congenite *(soprattutto prolasso della mitrale)*

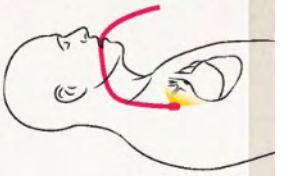
LA DIAGNOSI

In prima battuta per confermare il sospetto di un'endocardite infettiva si ricorre a

Esami del sangue
Servono per ricercare i batteri nel sangue *(emocoltura)*, per evidenziare un aumento degli indici infiammatori *(VES, PCR)* o uno stato di anemia

Ecocardiogramma
Permette di individuare alterazioni delle valvole cardiache e le vegetazioni. In individui ad alto rischio può rendersi necessario un esame più sensibile, l'**ecocardiografia per via transesofagea**

L'ecocardiografia transesofagea attraverso gli ultrasuoni trasmessi da una sonda introdotta dalla bocca e avanzata delicatamente all'interno dell'esofago, permette una visualizzazione migliore delle strutture cardiache e delle vegetazioni



LE CURE

- Il trattamento di prima linea è a base di **antibiotici ad alto dosaggio** per 4-6 settimane. La guarigione avviene in oltre la metà dei casi
- Se questa terapia non è sufficiente, si considera l'**intervento chirurgico** per rimuovere il tessuto infetto e, talvolta, posizionare una protesi valvolare

LA PREVENZIONE

Per prevenire lo sviluppo dell'endocardite infettiva nei pazienti a rischio *(tra cui portatori di pacemaker, defibrillatori o di protesi valvolari o individui con cardiopatie congenite)* si raccomanda una **terapia antibiotica prima di alcune procedure** ritenute più pericolose

Interventi di chirurgia odontoiatrica con manipolazioni gengivali o la perforazione della mucosa orale

Procedure invasive a livello di naso e bocca, bronchi e polmoni, apparato digerente e uro-genitale, in presenza di infezioni documentate *(rimozione tonsille e/o adenoidi, broncoscopia, colonscopia, cistoscopia ecc)*

Procedure chirurgiche che interessino la cute e i suoi annessi, i tessuti sottocutanei e l'apparato muscoloscheletrico, in presenza di un'infezione in atto

Corriere della Sera / Marco Tangherlini

La parola

L'endocardio è la sottile lamina di tessuto che riveste internamente le cavità del cuore. È liscia, di aspetto bianco e si appoggia alla parete modellandosi su colonne muscolari, tendini e lembi valvolari. Ha uno spessore variabile da 50 a 500 millimetri. La lamina è formata da uno strato di cellule appiattite sotto la quale è presente un tessuto connettivo ricco di fibre elastiche

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 6.156
Lettori Ed. II 2014: 46.000
Quotidiano - Ed. Bari

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
BARI E PUGLIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

29-NOV-2015
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

I risultati di una ricerca dell'Istituto di biologia cellulare e neurobiologia del Consiglio nazionale delle ricerche, a Roma

Tumori, una nuova terapia fa sperare

Con un composto chimico si riattiva la proteina che sopprime le cellule malate. La fase successiva consisterà nel rendere la sostanza un farmaco

La notizia, in poche ore, ha già fatto il giro del mondo. Una possibile, nuova terapia che sarebbe in grado di bloccare i tumori. Lo hanno scoperto alcuni ricercatori dell'Istituto di biologia cellulare e neurobiologia del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibcn-Cnr), a Roma. I risultati del loro studio sono stati pubblicati sulla rivista scientifica internazionale "Cancer Research" con il titolo originale in inglese *Targeting the MDM2/MDM4 Interaction Interface as a Promising Approach for p53 Reactivation Therapy*. Si tratta della proteina p53, un soppressore tumorale considerato uno dei più importanti fattori per il controllo dello sviluppo e della progressione della malattia. In quasi tutti i tumori umani, infatti, il P53 risulta inattivo.

Utilizzando, quindi, particolari tecniche di biologia molecolare e cellulare, gli studiosi dell'Ibcn-Cnr hanno individuato un peptide, un composto chimico che riesce a riattivare il p53, portando alla morte le cellule cancerose. Il peptide, più tecnicamente, riesce ad annullare la collaborazione tra gli inibitori MDM4 e MDM2 che disattivano p53 rendendolo inefficace, come ha spiegato Fabiola Moretti, dell'istituto romano e che ha guidato il gruppo di ricerca. La sperimentazione, inoltre, indica che tale peptide è inattivo sulle cellule normali analizzate, facendo ipotizzare che questa nuova strategia possa essere ben tollerata dai tessuti sani. Si apre, adesso, la fase degli ulteriori studi, per rendere il peptide un farmaco antitumorale.

L'idea di riattivare il p53, in realtà, non è nuova nel settore della ricerca scientifica oncologica. La novità, importantissima, è che rispetto alla sostanza individuata in questo studio, le terapie sviluppate finora per riattivare p53 nei tumori non erano in grado di bloccare simultaneamente i due inibitori citati dalla dottoressa Moretti. Inoltre, una prima sperimentazione clinica ha anche evidenziato una forte tossicità di una di queste terapie, dovuta al danneggiamento di alcuni tessuti sani. Durante la divisione cellulare tutto deve essere controllato perché la cellula possa duplicarsi in modo corretto. Se qualcosa non va per il verso giusto, se ad esempio sono identificati errori nella nuova molecola di DNA, la divisione è interrotta per consentire la riparazione dei danni al materiale genetico. Se poi questo non è possibile, la divisione è interrotta e la cellula muore. Uno dei principali regolatori di questo meccanismo di controllo è la proteina p53 che, non a caso, è alterata in circa la metà dei tumori conosciuti. Anche p53, però, è regolata a sua volta. Nelle cellule normali è meglio che p53 sia inattivata: il compito spetta ad altre due proteine, MDM2 e MDM4, che sono però pronte a togliere il blocco qualora sia necessario. In molte neoplasie MDM2 e MDM4 sono presenti in quantità superiori alla norma e alcuni nuovi approcci terapeutici antitumorali sfruttano la possibilità di inibirne le attività. Tali tentativi, però, non sono riusciti a bloccare simultaneamente le due proteine. In più, l'inibizione di p53 è molto più efficace quando MDM2 e MDM4 cooperano interagendo tra loro. Concentrandosi proprio su questo aspetto, al CNR di Roma, un'équipe di ricercatori guidata da Fabiola Moretti, ha sviluppato, grazie al sostegno di AIRC, una possibile nuova strategia per contrastare nei tumori l'azione inibitrice di queste proteine su p53. Gli studiosi hanno identificato un peptide, una corta sequenza proteica, in grado di impedire l'interazione tra MDM2 e MDM4. In esperimenti in vitro,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 6.156
Lettori Ed. II 2014: 46.000
Quotidiano - Ed. Bari

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
BARI E PUGLIA

Dir. Resp.: Enzo d'Errico

29-NOV-2015
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

quando il peptide è stato somministrato alle cellule tumorali, p53 ha potuto esplicare la propria azione ed esse sono morte; in un analogo esperimento in vivo sembra che in presenza del peptide la crescita tumorale sia stata rallentata. Inoltre il peptide sembra non avere effetti tossici sulle cellule sane. Quanto scoperto ha permesso di individuare nel punto di interazione tra MDM2 e MDM4 un possibile nuovo bersaglio terapeutico per indurre la morte delle cellule tumorali mediata da p53.

Lo studio dell'Ibcn-Cnr è stato realizzato grazie al supporto dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) e del progetto Cnr-ministero dell'Economia e finanza 'FaReBio di qualità'. Hanno collaborato l'Università di Perugia, l'Università Cattolica di Roma, l'Istituto Regina Elena di Roma, l'Istituto europeo per la ricerca sul cervello (Ebri)-Rita Levi Montalcini e l'Università di Leuven, in Belgio. L'Istituto di Biologia Cellulare e Neurobiologia (IBCN), nato dalla fusione di gruppi di ricerca dell'INMM (Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare), dell'IBC (Istituto di Biologia Cellulare) e dell'IN (Istituto di Neuroscienze) di Roma, è stato costituito il 21 dicembre 2010 con Provvedimento n. 116 del Presidente del CNR per condurre attività di ricerca nell'ambito del Dipartimento Scienze della Vita nei campi delle correlazioni genotipo-fenotipo che includono studi comportamentali, genetica del topo e modelli animali per lo studio dei meccanismi alla base di malattie neurodegenerative, muscolari, metaboliche, infiammatorie e tumorali; nello studio dei meccanismi molecolari e cellulari coinvolti nella regolazione di processi biologici, fra i quali lo sviluppo ed il differenziamento neuronale e muscolare, il ciclo cellulare, la proliferazione cellulare e la trasformazione neoplastica, nella produzione, archiviazione, disseminazione e fenotipizzazione primaria di mutanti murini, modelli di malattie umane.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 29.676
Diffusione 09/2015: 23.141
Lettori Ed. II 2015: 130.000
Quotidiano - Ed. Piacenza

LIBERTÀ

Dir. Resp.: Gaetano Rizzuto

29-NOV-2015
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il sottosegretario De Micheli: «Impegno lodevole, adesso collaboriamo per una sanità efficiente in tutto il Paese»

Task force per sconfiggere i tumori

Piacenza tiene a battesimo la rete regionale degli oncologi

L'unione fa la forza, anche nella lotta contro il cancro. Piacenza lo sa bene, al punto di candidarsi al ruolo di capitale della ricerca oncologica nella nostra regione. Ieri mattina, nella Sala delle colonne dell'ospedale cittadino, durante il convegno promosso dall'Aiom - Associazione italiana oncologia medica sono state gettate le basi per costruire una solida rete di conoscenze che dalle rive del Po arrivi fino alla Romagna. A fare gli onori di casa è stato il professor Luigi Cavanna, direttore di Oncologia medica e del dipartimento di Oncologia-Ematologia dell'Asl. «Oltre a confrontarci sui protocolli di ricerca in merito ai principali tumori, vale a dire quelli cerebrali, della mammella, del polmone e dell'apparato digerente, approfondiremo il tema delle cure palliative e dell'immunoterapia», ha esordito Cavanna davanti ad un folto uditorio di medici specialisti e ricercatori arrivati in città da tutta l'Emilia Romagna. A Piacenza si è insomma riunito per la prima volta il "gotha" dell'oncologia della nostra regione e le buone notizie per fortuna non mancano. «Quella principale riguarda proprio l'immunoterapia - ha sottolineato Cavanna -. Oggi abbiamo nuovi farmaci che riescono a stimolare il sistema immunitario in modo da aggredire il tumore con un meccanismo d'azione assolutamente diverso».

Prima di passare la parola ai gruppi di lavoro, a portare il saluto delle istituzioni è stata la parlamentare Paola De Micheli, sottosegretario all'Economia. «Ho voluto essere qui per ribadire la grande stima che nutro per il lavoro del professor Cavanna e di tutta la sua appassionata équipe. State facendo grandi cose per questa città e per tutta la regione. Spesso noi del ministero siamo percepiti come i "cattivi", quelli dei tagli, della razionalizzazione, dell'efficienza e dei "no" agli emendamenti alla sanità. In realtà, sappiamo bene le sfide che ogni giorno siete chiamati ad affrontare: dalla ricerca scientifica alla competizione con le altre regioni, passando per le questioni organizzative. Da questa consapevolezza nasce la nostra disponibilità a condividere il più possibile questi percorsi». Conoscendo da vicino i problemi della riorganizzazione sanitaria della Regione Lazio (Roma inclusa), in virtù della delega al bilancio di "Roma capitale", il sottosegretario De Micheli si è complimentata con la task force di medici e ricercatori: «Se la sanità emiliano romagnola è un'eccellenza e viene presa a modello nel resto del Paese, il merito è soprattutto vostro, non solo dei bravi amministratori. Dobbiamo lavorare insieme al necessario processo di efficientamento e al reperimento di risorse indipendenti per tenere la ricerca oncologica ad alti livelli. Il governo è pronto a fare la sua parte per sostenere il Sistema sanitario nazionale e ogni anno aggiungiamo fondi. Saranno pochi soldi, però li mettiamo. Aiutateci ad usarli bene, voi lo sapete fare».

Carmine Pinto, presidente nazionale dell'Aiom, complimentandosi con il professor Cavanna per l'organizzazione della giornata di studi, ha preso la parola per ringraziare la De Micheli: «E' estremamente raro che un politico partecipi ai nostri convegni medici e si fermi ad ascoltare le istanze».

Michele Borghi
michele.borghi@liberta.it

La proposta

«Un centesimo in più a sigaretta per garantire le terapie innovative»

(*mib*) Basterebbe un aumento di un centesimo a sigaretta per garantire a tutti i malati di cancro al polmone in Italia l'accesso ai nuovi farmaci immunoterapici.

La stima, già evidenziata al recente congresso nazionale dell'Aiom - Associazione italiana di oncologia medica, è stata ribadita ieri mattina a Piacenza dal presidente nazionale Carmine Pinto. I progressi possibili grazie all'immunoncologia sono enormi, ma bisogna rendere l'accesso ai nuovi farmaci compatibile con le risorse del Servizio sanitario nazionale, affinché questa nuova "arma" possa essere disponibile per tutti i malati. Pinto ha lanciato un appello al sottosegretario Paola De Micheli, chiedendo aiuto per reperire le risorse utili a coprire i costi legati alle nuove terapie.

Gli oncologi auspicano in particolare la creazione di un Fondo nazionale per i farmaci oncologici innovativi. Il fondo potrebbe trovare recupero in diverse aree, come una migliore gestione dei fondi, «ma anche da nuove accise sulle sigarette», ha sottolineato Pinto, che è anche direttore dell'Oncologia medica all'Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico di Reggio Emilia.

«L'Emilia Romagna è un territorio fortunato perché c'è una buona sanità e ha buoni amministratori. La vera missione è ragionare da Aosta fino a Ragusa, in modo che tutti i cittadini italiani abbiano diritto a curarsi all'interno della regione e tra le regioni. Il nostro modello positivo diventa vincente se riuscirà a trainare il resto del Paese, senza ovviamente cadere nella sindrome del primo della classe. Oltre alla condivisione degli strumenti, ora gli oncologi devono soprattutto perfezionare la cooperazione, ovvero la condivisione delle finalità», ha concluso Pinto. Nel corso della mattinata, è stato annunciato il bando Aiom da 400mila euro per progetti di ricerca che saranno valutati da una commissione scientifica composta da oncologi stranieri per garantire la massima imparzialità.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 105.043
Diffusione 09/2015: 49.935
Lettori Ed. II 2015: 273.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Libero

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

29-NOV-2015
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

QUOTIDIANO LiberoSalute

Il punto su mieloma multiplo e leucemia linfoblastica acuta

Per i tumori rari del sangue si aprono oggi nuovi scenari

ANDREA SERMONTI

Mieloma multiplo e leucemia linfoblastica acuta, due tumori rari e aggressivi, sotto i riflettori del Corso di Formazione Professionale Comunicare le Malattie Oncoematologiche Rare, promosso dal Master della Sapienza 'La Scienza nella Pratica Giornalistica' con il supporto di Amgen. Rari e molto aggressivi e con un forte bisogno di terapie innovative in grado di prolungare la sopravvivenza dei pazienti. Sono il mieloma multiplo, un tumore definito 'inguaribile' perché spesso resistente alle terapie, e la leucemia linfoblastica acuta (LLA), una neoplasia per cui la prognosi nell'età adulta è ancora largamente insufficiente. Nonostante siano due tra le neoplasie ematologiche più temute permane una scarsa visibilità mediatica su questi tumori. La leucemia linfoblastica acuta è un tumore del sangue e del midollo osseo, raro e a rapida progressione. Per gli adulti con LLA recidivante o refrattaria, la sopravvivenza globale mediana è appena da tre a cinque mesi. In Italia, si stima che ogni anno ci siano circa 250 nuove diagnosi di LLA a cellule B Philadelphia negativa nell'adulto. Fra questi pazienti, ci sono almeno circa 130 casi di malattia recidivante o refrattaria. L'età media alla diagnosi è di circa 40 anni. Le recidive sono frequenti: circa il 60% dei pazienti accusa ricadute dopo la terapia di prima linea, durante questa fase circa l'11% non risponde alle cure e soffre di una leucemia cosiddetta refrattaria. Per i pazienti con LLA la speranza di vita media a 5 anni, dopo la prima ricaduta, è del 7%.

IN ARRIVO IMPORTANTI NOVITÀ TERAPEUTICHE

La novità di questi giorni è l'approvazione parallela da parte della Commissione Europea di due farmaci messi a punto da Amgen che aprono nuovi scenari per questi tumori difficili da trattare: carfilzomib, il primo degli inibitori irreversibili del proteasoma di seconda generazione, per il trattamento del mieloma multiplo recidivato; e blinatumomab, in assoluto la prima immunoterapia indicata per il trattamento della LLA da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia, primo di una nuova classe di anticorpi bispecifici chiamati BiTE (bi-specific T-cell engagers).

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

29-NOV-2015
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

Mieloma Multiplo e Leucemia Linfoblastica Acuta

Un Corso di formazione per 'Comunicare le Malattie Oncoematologiche Rare'

Rari e molto aggressivi e con un forte bisogno di terapie innovative in grado di prolungare la sopravvivenza dei pazienti. Sono il mieloma multiplo, un tumore definito "incurabile" perché spesso resistente alle terapie, e la leucemia linfoblastica acuta (LLA), una neoplasia per cui la prognosi nell'età adulta è ancora largamente insufficiente. Nonostante siano due tra le neoplasie ematologiche più temute permane una scarsa visibilità mediatica su questi tumori. Fare luce su questi tumori rari del sangue è l'obiettivo del Corso promosso nei giorni scorsi a Roma dal Master de La Sapienza 'La Scienza nella Pratica Giornalistica' con il supporto di Amgen. Oggi è possibile parlare di ulteriori passi avanti nel trattamento delle neoplasie onco-ematologiche e di nuova linfa per l'aspettativa di vita dei pazienti che ne sono affetti. La novità di questi giorni è l'approvazione parallela da parte della Commissione Europea di due farmaci messi a punto da Amgen che aprono nuovi scenari per questi tumori difficili da trattare: carfilzomib, il primo degli inibitori irreversibili del proteasoma di seconda generazione, per il trattamento del mieloma multiplo recidivato; e blinatumomab, in assoluto la prima immunoterapia indicata per il trattamento della LLA da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia, primo di una nuova classe di anticorpi bispecifici chiamati BiTE (bi-specific T-cell engagers). **(A. S.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Gazzetta del Mezzogiorno Inserto

28-NOV-2015
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Leucemia: bimba senza speranze salvata a Londra

Il cancro è scomparso grazie ad un infuso di 50 milioni di cellule genericamente modificate

I responsabili: «Ma siamo cauti nell'affermare che la terapia sarà adatta per tutti i malati»

"Miracolo" della scienza e della tecnologia al Great Ormond Street Hospital di Londra dove Layla Richards (14 settimane di vita) è stata la prima persona al mondo ad essere sottoposta ad un trattamento, forse definitivamente risolutivo, per la leucemia terminale non rispondente ai chemioterapici e ad un trapianto di midollo osseo che le erano stati praticati.

Ora, grazie ad un infuso di 50 milioni di cellule geneticamente modificate per eliminare il cancro, la malattia è scomparsa e la bambina è in buona salute.

Il suo recupero apre la strada ad una rivoluzione nel trattamento del cancro.

«Abbiamo usato solo questo trattamento - ha detto il prof. Waseem Qasim, uno dei medici di Layla - su una bambina. Ma siamo cauti nell'affermare che tale terapia sarà adatta per tutti i malati».

«Però - ha aggiunto - essa è punto di riferimento per l'uso delle nuove tecnologie di ingegneria genetica i cui effetti su questa bambina sono stati, per noi, "sconcertanti" sì che l'abbiamo catalogati "miracolo". Se funzionerà, allo stesso modo su altri pazienti, questa tecnica potrebbe rappresentare un enorme passo avanti nel trattamento della leucemia e di altri tumori».

«La nostra - ha concluso - è stata una sfida dalle conseguenze imprevedibili anche per le nostre responsabilità professionali in quanto le cellule ingegnerizzate erano state usate, sino ad allora, solo negli animali di laboratorio (topi) nei quali, peraltro, avevano dato ottimi risultati. Ma prassi vuole – com'è giusto - che non si possa passare, d'un tratto, dall'animale all'uomo. Ci sono altri "step" (scalini, passaggi) da rispettare. Le nostre "certezze" erano personali, consistenti, valide; è andata bene ed abbiamo salvato una bimba destinata ineluttabilmente a morte entro pochissimo tempo».

Il comitato etico del Great Ormond Street ha dato il permesso di usare un trattamento con cellule in fase di sperimentazione con Cellectis, una società biotech francese. Si trattava di cellule del sangue prelevate da un donatore sano con i geni specifici. Era stato testato solo sui topi e soltanto un flaconcino era disponibile.

Un trapianto di midollo osseo ha dimostrato che la malattia era stata debellata, e le prove consentono di dichiarare che la bimba è, ora, cancer free (libera dal cancro).

Il dottor Andre Choulika, presidente di Cellectis, ha detto che «la storia di Layla potrebbe preannunciare l'inizio di una rivoluzione nel trattamento del cancro».

La leucemia linfoblastica acuta (LLA) è un tumore del sangue che origina dai linfociti (globuli bianchi), nel midollo osseo ed è caratterizzata da un accumulo di queste cellule nel sangue, nel midollo osseo e in altri organi. Il termine "acuta" indica che la malattia progredisce velocemente.

[N. Sim.]

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Gazzetta del Mezzogiorno Inserto

28-NOV-2015
da pag. 7
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

RADIAZIONI E BENZENE TRA I FATTORI DI RISCHIO

La LLA è il tumore più frequente e «cattivo» nei bambini

In Italia, si verificano 1,6 casi ogni 100.000 uomini e 1,2 casi ogni 100.000 donne, cioè circa 450 nuovi casi ogni anno tra gli uomini e 320 tra le donne. La LLA è però il tumore più frequente nei bambini (l'80% delle leucemie e circa il 25% di tutti i tumori diagnosticati tra 0 e 14 anni).

I linfociti sono cellule del sistema immunitario che fanno da sentinella ed attivano le difese nei confronti dei microorganismi o delle cellule tumorali che dovessero affacciarsi nell'organismo. Si distinguono in B o T in base al tipo di risposta che essi sono in grado di attivare.

Nella LLA un linfocita B o T va incontro a una trasformazione tumorale: i processi di maturazione che portano al linfocita "adulto" si bloccano e la cellula comincia a riprodursi con estrema velocità invadendo il sangue e raggiungendo anche linfonodi, milza, fegato e sistema nervoso centrale.

Tra i fattori di rischio noti per la LLA ci sono l'esposizione a radiazioni (anche radioterapia) e a sostanze chimiche come il benzene contenuto per esempio in alcuni pesticidi e nel fumo di sigaretta. Non ci sono prove che la malattia sia trasmissibile per via ereditaria anche se il rischio aumenta in caso di un fratello gemello identico affetto da LLA e in altri pochissimi casi.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Gazzetta del Mezzogiorno Inserto

28-NOV-2015
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Leucemia linfoblastica un doppio aggancio per sconfiggere il tumore invincibile

DANIELE AMORUSO

Il più insidioso tumore del sangue può essere battuto. La Commissione Europea ha dato il via libera a una molecola che rappresenta il primo trattamento efficace del tumore considerato fino ad oggi invincibile dagli ematologi, la leucemia linfoblastica acuta. Con due studi ancora sperimentali (di Fase 2), ma i cui risultati sono inequivocabili, i ricercatori di Amgen hanno ottenuto l'approvazione condizionata del blinatumomab da parte della Agenzia per i medicinali (EMA) che si riunisce a Londra. Prima di questa valutazione positiva, anche l'americana Food and Drug Administration aveva classificato come "breakthrough therapy" il nuovo farmaco, concedendo la procedura di valutazione prioritaria.

«Al Policlinico di Bari - precisa la professoressa Giorgina Specchia, Direttore del Centro di Ematologia con Trapianto - abbiamo avuto l'opportunità di partecipare ad un trial clinico che ha previsto l'utilizzo di blinatumomab in pazienti in fase di recidiva. In questo modo anche noi abbiamo potuto constatare l'efficacia e la buona tollerabilità del farmaco». Le percentuali clinicamente significative di remissioni ottenute grazie al nuovo anticorpo impiegato contro "la malattia oncoematologica a cellule B" considerata più aggressiva in assoluto, alimentano molte speranze e inaugurano una nuova strategia terapeutica immunologica, basata sul potenziamento delle difese naturali dell'organismo.

Il blinatumomab, attaccando simultaneamente due bersagli differenti, grazie alla nuova tecnologia BiTE, aiuta il sistema immunitario a individuare e colpire le cellule maligne. La piccola molecola si comporta come una sorta di drone capace di portare le forze speciali dove si trova il nemico, anzi esattamente a contatto con i terroristi da colpire, eliminandoli uno dopo l'altro. Infatti blinatumomab aggancia sia le cellule "T", in grado di difenderci dai tumori, sia le cellule "B", che proliferano in maniera incontrollata nel sangue. «In effetti - aggiunge la professoressa - l'anticorpo, legandosi alle cellule di difesa "T", determina l'attivazione della capacità citotossica di queste ultime, provocando la distruzione delle cellule tumorali "B"».

Al Policlinico di Bari l'équipe di Giorgina Specchia è pronta a impiegare il blinatumomab per ridurre in maniera significativa la malattia residua minima. «Eliminando progressivamente le cellule tumorali B, - conclude la professoressa - il farmaco favorisce le condizioni migliori affinché anche il trapianto possa aumentare significativamente le possibilità di successo. I pazienti con terapia blinatumomab arrivano al trapianto in condizioni migliori».

Il successo ottenuto presso la Commissione Europea, è stato bissato da Amgen con l'approvazione di un'altra molecola intelligente ("un inibitore del proteosoma") per uso orale, il carfilzomib, che permetterà di rendere più efficace la terapia del mieloma multiplo.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 46
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

SALUTE

La crisi economica ha fatto riemergere malattie dimenticate. Spesso oggi le famiglie sono costrette a rinunciare alla seduta di igiene o al controllo dal dentista, che dovrebbe essere almeno annuale. In realtà, intercettare subito i problemi e curarli al meglio consente di spendere molto meno

Tenere la **bocca sana** è un risparmio garantito

Le conseguenze
Alterazioni non curate possono provocare disturbi importanti di deglutizione, linguaggio, respirazione e masticazione

Una bocca in salute, con denti forti e dritti, gengive sane e mascella e mandibola che fanno il loro dovere senza intoppi.

Trovare nel nostro Paese qualcuno che risponda a questa descrizione comincia a diventare complicato, stando ai dati più recenti diffusi dai dentisti della Società Italiana di Ortodonzia (Sido), dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (Andi) e della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (Sidp). Circa metà degli italiani ha almeno una carie, 20 milioni di over 35 hanno gengive sanguinanti e arrossate che, se non curate, possono trasformarsi in una parodontite, un problema per 3 milioni di connazionali, che per colpa delle gengive infiammate rischiano pure di perdere uno o più denti.

Un mezzo disastro, che dipende in buona parte dalla scarsa attenzione per la prevenzione delle malattie della bocca, come spiega Gianfranco Prada presidente Andi: «La crisi economica ha fatto riemergere malattie dimenticate: tanti oggi rinviano la seduta di igiene o il controllo dal dentista, che dovrebbe essere almeno annuale: intercettare subito i problemi e curarli al meglio, fra l'altro, consente di risparmiare parecchio».

Le basi della prevenzione sono la giusta igiene e una buona struttura della bocca, come osserva il presidente di Sido Giampietro Farronato: «Una bocca con i denti dritti si tiene pulita più facilmente, ma la dentatura si può raddrizzare solo se la bocca è sana. Una struttura orale corretta non è secondaria, perché alterazioni non riconosciute e non curate possono provocare disturbi della deglutizione, della fonazione, della respirazione,e della masticazione».

Un palato stretto, per esempio, può far respirare con difficoltà e da adulti concorrere alla comparsa di apnee ostruttive, denti non ben allineati possono provocare difetti di pronuncia, alterazioni dei rapporti fra mascella e mandibola possono modificare la postura e influenzare l'equilibrio generale dell'intero organismo.

Riconoscere e trattare le anomalie al momento giusto è essenziale: «Nei bimbi bisogna individuare che cosa incide sulla struttura orale, dal succhiamento ai traumi, da una masticazione *invertita* a un palato stretto, eliminando il problema prima che abbia ripercussioni a lungo termine — dice Farronato —. Se ci sono difetti che derivano da fattori genetici, come un accrescimento soprattutto in verticale o una mandibola grande o piccola, è bene intervenire a cavallo dell'età dello sviluppo per avere risultati duraturi».

La prevenzione passa poi da sigillature e fluoro, come sottolinea Prada: «Le sigillature riducono molto la probabilità di carie nei bambini, che non riescono a lavare i denti bene come gli adulti e potrebbero perciò essere a rischio sui molari, che hanno una superficie molto irregolare. "Coprire" i primi molari permanenti intorno ai 6 anni è molto utile anche se può essere evitato quando il dentista giudica che il bimbo sia a scarsissimo rischio di carie. Pure il fluoro può giovare, ma l'uso dei supplementi nei più piccoli deve essere valutato caso per caso: se la dieta include vegetali e l'acqua dell'area di residenza ha una buona percentuale di fluoro può non essere indispensabile ricorrere a pillole o gocce. L'integrazione poi è inutile per i grandicelli, che abbiano iniziato a lavarsi i denti con un dentifrici fluorati».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 46
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

A proposito di dentifrici, possono fare la differenza? «Conta di più quanto e come si lavano i denti — risponde Prada —. Certo è bene comprarli al fluoro, ma se non ci sono esigenze specifiche uno vale più o meno l'altro. Diverso è il caso di chi ha gengive o denti sensibili, che trova giovamento in prodotti specifici; nella scelta, però, meglio essere consigliati dal dentista. Anche i collutori non sono miracolosi: a parte quelli medicati, che servono in situazioni precise (*per esempio dopo un intervento chirurgico o in caso di infiammazione alle gengive, ndr*) e devono quindi essere prescritti dal medico che indica pure tipo e modalità d'uso, tutti gli altri servono più che altro per accrescere la sensazione di pulito. Sono d'aiuto insomma, ma certo non servono quanto un buon spazzolino usato come si deve per mantenere i denti sani», conclude il dentista.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Falsi miti

Alla sera, l'ultimo lavaggio non evita i danni da zuccheri

Non solo le caramelle, tutto quello che mangiamo influenza la salute dei denti: secondo la piramide odonto-alimentare della Sido bevande zuccherate, cibi acidi (come agrumi o aceto) e dolci favoriscono la carie in presenza di placca batterica. Fra gli alimenti "anticarie" ci sono frutta fresca, frutta secca a guscio, latte e formaggi stagionati che promuovono la crescita di batteri benefici. Gli zuccheri introdotti con la dieta, peraltro, tornano sui denti anche un bel po' dopo aver mangiato, soprattutto se carboidrati e affini si portano in tavola a cena: «Di notte ci si crede protetti dall'ultimo lavaggio, invece la saliva riporta gli zuccheri nel cavo orale — osserva Giampietro Farronato di Sido —. Alla sera, quindi, è bene spazzolare i denti con particolare cura e usare magari dentifrici e collutori specifici antiplacca, facendosi consigliare dal dentista».

E. M.

La saliva protegge se la sua acidità è giusta

La saliva è l'alleata più preziosa per la salute della bocca. Contiene infatti sostanze antibatteriche e aiuta a ripristinare lo smalto aggredito dagli acidi, ma per essere pienamente efficiente deve avere un pH neutro, con valori fra 6.5 e 7.5. Il pH varia di continuo, a seconda del cibo che mangiamo, ma nel giro di un paio d'ore dal pasto in genere vengono ripristinati i valori normali; se non succede e il pH si sposta in maniera persistente verso un'acidità o una basicità eccessive denti e gengive sono più esposte a malattie. «Un bimbo con pH acido avrà lo smalto più attaccabile dai batteri e anche in assenza di altri fattori di rischio per la carie, sarà opportuno fare le sigillature su tutti i molari», spiega Gianfranco Prada, presidente Andi. Il test del pH salivare è perciò fondamentale per capire se la bocca è più o meno a rischio carie e gengiviti: consiste in una cartina tornasole che a contatto con la saliva cambia colore a seconda del pH.

Se il pH sale e diventa basico, il calcio nella saliva tende a cristallizzare formando il tartaro, che favorisce le gengiviti. Un pH basso (acido) può indicare un'intensa attività della placca batterica che indebolisce lo smalto e può facilitare la carie.

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La «app»

Non sostituisce una visita e non è un test diagnostico, ma serve a capire se qualcosa non va nella bocca di grandi e piccini: messa a punto da SIDO, l'app "Tutor ortodontico", scaricabile gratuitamente su www.sido.it, guida in una serie di esercizi per "saggiare" se deglutizione, respirazione e fonazione funzionano bene (o ci sono difetti di cui è bene parlare al medico) mostrando diversi tipi di dentatura

85%

È la quota di italiani che fa a meno delle visite dal dentista per motivi economici, sul totale di chi rinuncia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 46
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Le raccomandazioni

La prevenzione nei bambini

LE CIFRE

12%
Gli italiani che hanno rinunciato a una visita odontoiatrica (dato Istat 2013)

3 milioni
Gli italiani che soffrono di parodontite grave, a rischio di perdere i denti

20 milioni
Gli italiani con più di 35 anni che soffrono di gengivite (gengive arrossate, dolenti, che sanguinano e lasciano in qualche caso un po' scoperti i denti)

1 miliardi di €
La spesa complessiva in Italia per curare gli esiti di parodontiti gravi, al 90% evitabili con diagnosi e trattamenti precoci

SIGILLATURA

Che cosa è
Con un materiale apposito si «copre» la superficie masticatoria dei molari, troppo irregolare per essere ben pulita dai più piccoli quando si lavano i denti

Quando farlo
Vanno fatte in genere a partire dai 6 anni, quando emergono i primi molari definitivi; possono essere opportune anche sui denti da latte, su indicazione del dentista

Esentati solo se...
Possono essere evitate solo se il dentista ritiene il bimbo a scarsissimo rischio carie

FLUORO

Che cosa è
Il minerale serve a rafforzare lo smalto e protegge contro le carie

Quando farlo
Si può dare come integratore in gocce o pastiglie ai bambini piccoli; non serve più dal momento in cui si iniziano a usare i dentifrici al fluoro

Esentati solo se...
Quando l'alimentazione è varia e prevede le verdure e se l'acqua della zona di residenza è ricca di fluoro, il dentista può ritenere non necessaria l'integrazione

LE REGOLE PER TUTTI

Lavare i denti **dopo i pasti**, almeno **tre volte** al giorno

Lasciar passare **20-30 minuti**, dopo i pasti, prima di usare lo spazzolino

Spazzolare i denti per **almeno 3 minuti** (4-5 se si soffre di gengivite o parodontite)

Adottare uno **schema fisso** di spazzolamento per non dimenticare nessuna parte della bocca

I denti vanno puliti con un **movimento rotatorio** che parte dalla gengiva e va verso la punta, in orizzontale sulle superfici masticatorie

Il **filo interdentale** va utilizzato una volta al giorno, **alla sera**; in alternativa si può optare per il getto d'acqua di un idropulsore o per lo scovolino, che è la scelta più adeguata per chi soffre di gengivite

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

29-NOV-2015
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

«Il rossore non è mai innocente, va indagato»

Provoca ricadute emozionali (77%); imbarazzo (46%) fino a depressione (22%)

Da settembre è disponibile anche in Italia ivermectina, una molecola innovativa che ha rivoluzionato il trattamento della rosacea papulo-pustolosa e che ha proprietà sia antinfiammatorie che antiparassitarie. Un recente studio ha dimostrato l'efficacia di ivermectina rispetto al placebo ottenendo un tasso di successo, definito come assenza o notevole riduzione delle papule e delle pustole, rispettivamente del 38,4% e del 40,1%. Una estensione a 40 settimane dello stesso studio ha dimostrato che i pazienti sotto ivermectina crema hanno continuato a migliorare con minimi effetti collaterali rispetto ai pazienti trattati con acido azelaico, una terapia largamente impiegata per la rosacea. Sono state pubblicate le raccomandazioni per il trattamento della rosacea distinte per ciascun sottotipo: la rosacea eritemato-teleangectasica beneficia dell'uso della brimonidina, un farmaco vasocostrittore e antinfiammatorio di recente introduzione che può anche essere associato alla terapia fisica (laser o luce pulsata). Nella rosacea papulo-pustolosa viene suggerito l'uso di farmaci topici tra cui l'ivermectina, di recente commercializzazione. Per le forme particolarmente severe o resistenti viene raccomandato l'utilizzo di antibiotici sistemici, come la doxiciclina 40 mg a basso dosaggio, che sfrutta le sue capacità antinfiammatorie in assenza di attività antimicrobica. **(E. S.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 50
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Gli «insospettabili» che possono farci rischiare la gotta

Moderazione

Attenzione non solo alla carne rossa, ma agli eccessi di pesce, al fruttosio come dolcificante e ai superalcolici

La gotta, malattia infiammatoria delle articolazioni, e prima ancora l'iperuricemia, che ne costituisce il principale fattore di rischio, sono argomenti di grande attualità. Dagli studi epidemiologici, infatti, emerge che i livelli di acido urico nel sangue stanno aumentando a causa dell'epidemia di sovrappeso e delle modificate abitudini alimentari. «È un dato che merita attenzione — avverte Claudio Borghi, professore di Medicina Interna all' Università di Bologna — perché l'iperuricemia si associa anche a un aumentato rischio di ipertensione arteriosa, sindrome metabolica e malattie cardiovascolari. Tale effetto risulta evidente già in età pediatrica e tra gli adolescenti nei quali interventi dietetici basati sul controllo dei livelli di acido urico potrebbero risultare di grande utilità preventiva». La dieta è quindi uno dei principali fattori sui quali intervenire: ma quale dieta? Esaminando i consigli per la prevenzione (e la gestione) di iperuricemia e gotta, fra gli alimenti da evitare o moderare si trovano, oltre a frattaglie, molluschi, selvaggina, estratti di carne, anche cereali integrali, legumi, frutta secca a guscio, ortaggi come spinaci e cavolfiori. Il motivo? Il contenuto di purine, sostanze presenti in quantità variabile negli alimenti (ma anche nelle nostre cellule), dal cui metabolismo deriva l'acido urico. «In realtà — spiega Leonardo Punzi, direttore dell'Unità di reumatologia dell'Azienda ospedaliero-università di Padova, coautore di una recente revisione su questi temi, pubblicata su *Swiss Medical Weekly* — in iperuricemia e gotta la restrizione delle purine va limitata ai soli alimenti di origine animale. Lo confermano studi epidemiologici in cui il consumo di cereali integrali, frutta secca, legumi, oltre a frutta poco zuccherina, latte e derivati - a basso contenuto di grassi - e di caffè, è risultato associato a un ridotto rischio di gotta.

Comunque, poiché tutte le carni e i pesci contengono purine meglio evitare quelli che ne sono più ricchi e in generale attenersi a 100 grammi per la carne e a 150 per il pesce. Ancor prima, fate attenzione al fruttosio, specie se usato in elevate quantità come dolcificante, ai superalcolici e alcolici, anche se il vino rosso pare non creare problemi, se assunto con moderazione. Importante anche una buona idratazione, la pratica regolare di attività fisica e, se necessario, un calo di peso».

Carla Favaro Nutrizionista

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alimenti e bevande da limitare	I motivi
CARNE Fegato, cuore, frattaglie, cacciagione, estratti di carne **PESCE** Alici, acciughe, aringhe, trota, sgombri, sardine, frutti di mare	Sono ricchi di purine, che portano alla produzione di acido urico nell'organismo
BEVANDE Super alcolici, alcolici, soprattutto la birra	Riducono l'eliminazione di acido urico per via renale. La birra contiene anche una purina
DOLCIFICANTI Il fruttosio, soprattutto se usato in elevate quantità nelle bibite	È un potente induttore dell' iperuricemia

centimetri

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 50
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Dimagrire controllando le calorie? E se fosse meglio contare i bocconi? E c'è già chi pensa a una «app»

Porzioni

La buona notizia è che non servono sacrifici drastici o digiuno, ma solo fare più attenzione a ridurre le quantità assolute

Contare le calorie per dimagrire? Inutile, molto meglio conteggiare i bocconi di cibo. Un metodo relativamente banale ma efficace, stando a una ricerca della *Brigham Young University* statunitense: in appena un mese un gruppo di volontari che ha seguito la raccomandazione ha perso poco meno di due chili, un calo ponderale ideale perché non eccessivo ma utile per ritornare al peso forma senza sforzi. Per una volta, infatti, la dieta non ha previsto alcun cambiamento delle abitudini alimentari: niente limitazione di carboidrati o grassi, no al conto delle calorie, nessuna necessità di impegnarsi per abbinare i nutrienti secondo l'uno o l'altro regime alla moda.

I volontari hanno potuto continuare a mangiare come sempre, ma è stato chiesto loro di contare i bocconi di cibo e le sorsate di bevande diverse dall'acqua che mandavano giù durante il giorno. Quindi, per un mese l'obiettivo è stato solo ridurre del 20-30 per cento i "morsi" quotidiani. Il risultato, per chi è stato ligio nella conta, è stato pari a circa un chilo e ottocento grammi in meno.«I dati confermano ciò che tendiamo a dimenticare: mangiare meno fa la differenza e chi è sovrappeso dovrebbe concentrarsi sulla riduzione delle porzioni, ancor più che sulla modifica dei pasti», spiega il coordinatore dell'indagine, Ben Crookston.

Il conteggio di quante volte apriamo la bocca per masticare è una strategia dietetica utile anche secondo ricercatori della *Clemson University*, che hanno calcolato in cento bocconi al giorno la quantità giusta per stare a dieta stimando che per ogni morso un uomo introduce in media 17 calorie e una donna 11. Certo non sembra proprio agevole tenere il conto, non a caso un terzo dei volontari dell'esperimento appena pubblicato non è riuscito ad arrivare in fondo alle quattro settimane di test.

Gli autori ammettono che possa essere scomodo, così stanno cercando di ovviare al problema con un algoritmo che faccia il calcolo al posto nostro e hanno già messo a punto una app compatibile con gli orologi Android e Apple.

«La buona notizia però è che non serve tagliare drasticamente le calorie o digiunare, ma solo fare più attenzione a ridurre le quantità», ribadisce Crookston.

C'è però da chiedersi se i morsi siano tutti uguali: un boccone di insalata e uno di pizza non dovrebbero avere lo stesso valore nella conta quotidiana, in più avere un limite giornaliero potrebbe portare a riempirsi la bocca ogni volta ben più del dovuto. Tanto che secondo alcuni potrebbe essere più efficace concentrarsi piuttosto su un'altra conta, ovvero quante volte masticiamo ogni boccone: un'indagine condotta in Cina ha dimostrato che masticare a lungo (per altro un consiglio caro ai nutrizionisti) significa non solo introdurre meno calorie per pasto e ridurre i livelli di *grelina*, l'ormone della fame.

«I nervi che controllano i muscoli di mascella e mandibola sono connessi alle aree cerebrali della sazietà: masticare a lungo aumenta l'appagamento dal pasto» — conferma Kathleen Melanson, direttrice dell'*Energy Balance Lab dell'università del Rhode Island* —. Mangiare lentamente, a piccoli bocconi "ruminati" a dovere aiuta a controllare il peso, ha effetti positivi sulla digestione, riduce il rischio di reflusso acido e consente un miglior assorbimento dei nutrienti. Non sappiamo quale sia il "numero magico" di volte che è opportuno masticare ogni boccone, ipotizziamo fra dieci e venti. L'importante è non ingoiarne uno dietro l'altro in fretta, perché inevitabilmente si tende a mangiare di più e godere meno del cibo». In tempi ipertecnologici, non poteva mancare un aggeggio digitale che aiuti nel compito: acquistabile online per circa cento dollari e messa a punto da un'azienda di Hong Kong, esiste già una forchetta elettronica che vibra e si accende se fra un boccone e l'altro passano meno di dieci secondi.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Morbo di Parkinson non uguale per tutti nel nostro Paese

Esiste un'Italia del Parkinson dove i pazienti sembrano ammalarsi in maniera diversa, a seconda della Regione di residenza. E dove sono anche seguiti in maniera diversa. Lo evidenzia uno studio della Fondazione LIMPE per il Parkinson onlus e dell'Accademia LIMPE-DISMOV per lo studio della malattia, presentato in occasione del lancio delle iniziative per la Giornata nazionale del Parkinson 2015 .
Gli esperti dell'Accademia hanno analizzato la distribuzione geografica dei pazienti in base alle richieste di esenzione per la malattia presentate nelle Asl. In generale è risultata una maggiore prevalenza di casi al Nord, in Veneto in particolare. Così, ad esempio, se a Padova ci sono 26,28 casi accertati ogni 10mila abitanti e a Chioggia 23,99 , a Gemona del Friuli si scende a 6,27, a Trapani 3,85 e a Sanluri appena 2,98: un valore che candiderebbe la cittadina sarda al primato di località più indenne da Parkinson d'Italia.

Ma non è detto che sia davvero così. «Alcuni dati possono essere sottostimati perché non tutte le Asl hanno risposto e non tutti i pazienti chiedono l'esenzione — dice il professor Giovanni Defazio dell'Università di Bari, presidente onorario dell'Accademia — . Resta il fatto che anche correggendo le differenze statisticamente, si nota una diminuzione da Nord a Sud».

Ma a creare ulteriori disomogeneità fra Regione e Regione potrebbe contribuire anche il fattore "costi", come ha evidenziato un altro studio della Scuola di Economia e Management Sanitario dell'Università Cattolica di Roma. «Sia per quanto riguarda le spese del Servizio sanitario (3.500-4.800 euro l'anno a paziente) — dice il professor Americo Cicchetti, direttore della Scuola — , sia per quelle a carico dei malati (1.500 -2.700 euro l'anno), i costi sono maggiori al Centro, rispetto al Nord e al Sud. Il problema è che la maggior parte delle Regioni non ha adottato uno specifico PDTA, cioè un apposito percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per il Parkinson. Manca inoltre un modello uniforme a livello nazionale, che risolverebbe molte delle disomogeneità registrate nelle Regioni che invece hanno adottato un PDTA» .

Ad accomunare i pazienti di Parkinson invece è il problema delle cadute. La situazione in Italia è stata messa a fuoco da uno studio su 845 soggetti coordinato dal professor Giovanni Abruzzese dell'Università di Genova e presentato in occasione della Giornata Nazionale, celebrata il 28 novembre: 19 centri hanno individuato una serie di parametri che consentono di prevedere il rischio di caduta o che sono associati a questo.

Sia al Nord che al Sud, il 42% dei pazienti cade almeno una volta l'anno (in media, 23 cadute).

Il rischio di cadere può poi essere aumentato da numerosi fattori come l'età, la durata e la gravità della malattia, lo stato cognitivo, la presenza di ansia e depressione, ma soprattutto la durata della malattia e alcuni specifici disturbi del cammino. Identificare questi fattori di previsione del rischio di caduta rappresenta un capitolo fondamentale dei percorsi diagnostico terapeutici che, anche per le cadute però, sono ancora disomogenei.

«In Italia la ricerca nel Parkinson è di primissimo livello – rassicura il professor Alfredo Berardelli dell'Università La Sapienza di Roma, presidente dell'Accademia —. Abbiamo strutture all'avanguardia e i nostri neurologi sono professionisti a cui rivolgersi con piena fiducia».

Dopo la Giornata nazionale, i centri Parkinson continueranno a proporre incontri informativi e eventi locali aperti al pubblico (per informazioni: numero verde 800149626; www.giornataparkinson.it).

Cesare Peccarisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fonte: Accademia Italiana per lo studio della malattia di Parkinson

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

29-NOV-2015
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

I risultati di un'indagine condotta tra 1000 sanitari di famiglia

Over 65: poche adesioni al vaccino antinfluenzale

Tutti i medici lo ritengono uno strumento di prevenzione importante

DI ENRICO MAGNANI

Il 99,7% dei medici considera la vaccinazione anti influenzale uno strumento di prevenzione importante e prioritario, ma solo circa il 30% è soddisfatto delle azioni pubbliche messe in atto per promuovere la vaccinazione degli over 65 anni, la categoria più esposta al rischio influenza e quindi più bisognosa di essere tutelata da azioni preventive appropriate. Questi i principali risultati dell'indagine svolta da METIS, Società scientifica dei Medici di Medicina Generale, su un campione di 1000 Medici di Medicina Generale. «La 'fotografia' che emerge dalla nostra ricerca, conferma la piena consapevolezza della classe medica rispetto alla valenza della vaccinazione anti influenzale» spiega Tommasa Maio, responsabile per FIMMG del progetto "MMG e Vaccinazioni". In merito alla scelta del vaccino, oltre il 57% dei medici ha dichiarato di aver adottato anche il vaccino adiuvato, come ricevuto della ASL, ma solo il 40% dei medici dichiara di poter scegliere quali vaccini richiedere alla ASL di appartenenza. I vaccini adiuvati, rispetto ai vaccini convenzionali, sono infatti particolarmente indicati nella popolazione over 65 in quanto agiscono rafforzando il sistema immunitario proteggendo dalle complicanze dell'influenza che, soprattutto in presenza di malattie croniche concomitanti come diabete, patologie cardiovascolari o respiratorie, vanno a peggiorare ulteriormente la condizione clinica. «È stato dimostrato che il vaccino influenzale adiuvato con MF59 evoca negli anziani una risposta immunitaria significativamente superiore rispetto ai vaccini trivalenti convenzionali, risposta che migliora con la somministrazione ripetuta annualmente. Ciò permette di ridurre il rischio di ricovero ospedaliero del 25%. Nell'anziano la vaccinazione produce un'immunità reattiva anche contro ceppi influenzali non inclusi nella formulazione del vaccino, offrendo così una protezione più ampia verso le varie tipologie di ceppi circolanti - spiega Michele Conversano, igienista e Presidente HappyAgeing - Questo vaccino può quindi essere considerato lo strumento preventivo d'elezione nella fascia over 65, non solo per l'efficacia ma anche per il profilo di sicurezza, come accertato da 15 studi clinici che hanno coinvolto quasi 11mila soggetti». Un modello di simulazione farmaco-economica realizzato in Italia chiarisce inoltre che, preferendo la vaccinazione influenzale adiuvata con MF59 rispetto al vaccino convenzionale si otterrebbe un ulteriore risparmio dell'11,8%, pari a 80 milioni di euro, in parte ascrivibile al numero di ricoveri ospedalieri evitabili.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Demenze: lunghe attese e ancora pochi specialisti

La situazione nei Centri censiti dall'Istituto Superiore di Sanità

Note dolenti

Servizi in molti casi aperti a orari ridotti in settimana; rari i percorsi di diagnosi, terapia e assistenza

Sono note dolenti quelle evidenziate dal censimento nazionale sulle strutture pubbliche o convenzionate deputate alla diagnosi e al trattamento di disturbi cognitivi e demenze, realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Oltre a individuare i centri disponibili sul territorio, l'indagine ha approfondito alcune loro caratteristiche. È così risultato che in un caso su 5, i Centri per la diagnosi e il trattamento di disturbi cognitivi e demenze (Cdcd) – previsti dal «Piano Nazionale Demenze» in vigore da gennaio – sono aperti solo un giorno alla settimana.

«É lo stesso dato registrato una decina di anni fa per le Unità di valutazione Alzheimer nell'ambito del progetto CRONOS — commenta Nicola Vanacore, ricercatore dell'Istituto di Sanità — . In pochi centri, poi, sono stati attivati i percorsi assistenziali per i pazienti».

Dal censimento emerge, inoltre, che i neurologi sono presenti in 6 Cdcd su 10, i geriatri in 1 su 2, gli psichiatri in meno di 1 su 5. «Queste tre figure professionali dovrebbero essere presenti contemporaneamente in un centro deputato alla diagnosi di disturbi cognitivi e demenze — sottolinea Vanacore — . E dovrebbe esserci anche lo psicologo che, però, manca in 4 strutture su 10».

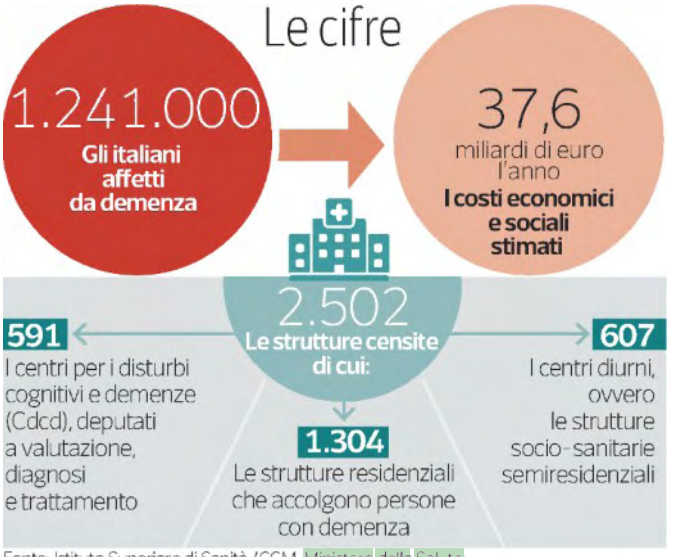
Riguardo ai Centri diurni poi, «quasi tutti offrono il servizio infermieristico — riferisce ancora il ricercatore — . Ma solo in 1 centro su 2 ci sono i terapisti occupazionali - addetti cioè alla riabilitazione delle funzioni cognitive - e gli assistenti sociali, che pure forniscono supporto ai pazienti e ai loro familiari».

Scarse, infine, le informazioni fornite dalle strutture residenziali: su 1.304 censite hanno risposto appena 269.

Di queste, solo 2 su 10 sono gestite direttamente dal servizio pubblico, le altre sono accreditate o in convenzione.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fonte: Istituto Superiore di Sanità / CCM Ministero della Salute - Federazione Alzheimer Italia, 2015

CdS

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 48
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SALUTE

Se l'orticaria non passa mai

È un disturbo molto comune e di solito scompare abbastanza rapidamente Talvolta però diventa cronica e può pesare anche sulla qualità della vita

I disagi
I pazienti lamentano mancanza di sonno, fatica, isolamento e problemi sul lavoro

Le conseguenze
Chi ne soffre finisce per provare rabbia e vergogna, con ovvie ricadute sulle relazioni

L'orticaria è la manifestazione allergica più frequente in assoluto e colpisce almeno una volta nella vita una persona su quattro. Prurito, gonfiore e rossore della pelle che compaiono all'improvviso, senza un apparente motivo.

Spesso il problema dura pochi giorni, al massimo qualche settimana, e può persino scomparire da solo.

Ma quando il disturbo persiste, nonostante le cure, per più di sei settimane ci si ritrova a fare i conti con una diagnosi di orticaria cronica spontanea, patologia imprevedibile e debilitante che finisce per avere conseguenze molto negative sulla qualità della vita.

Mancanza di sonno, isolamento, problemi sul lavoro sono alcuni dei disagi lamentati dai pazienti, che raccontano come finiscano per provare rabbia e vergogna, con ovvie ricadute sulle relazioni.

È quanto emerso dal progetto "Convivere con l'orticaria cronica", realizzato dalla Fondazione ISTUD, che si è avvalso della medicina narrativa, coinvolgendo 190 malati che hanno raccontato la propria storia.

«La ricerca — spiega Maria Giulia Marini, direttore dell'Area Sanità e Salute della Fondazione ISTUD — ha voluto dare voce a quanti vivono nascosti sul posto di lavoro e in famiglia e devono affrontare ogni giorno ansia, depressione e isolamento sociale. Molti pazienti hanno ammesso di patire stress e fatica (dovuti in parte anche alla perdita di sonno), ma il sentimento dominante in oltre 9 intervistati su 10 (92 per cento) è la rabbia, seguita da paura (67), vergogna (64), dolore (50). La malattia influenza negativamente anche i rapporti: soltanto il 17 per cento dei partecipanti ha trovato sostegno all'interno della famiglia e le interazioni con il mondo esterno sono guidate per lo più dall'imbarazzo».

Dalle storie emerge che i pazienti si trovano soli ad affrontare questo cambiamento, solo 5 su 100 beneficiano di un sostegno psicologico e appare chiaro quanto l'orticaria cronica influenzi negativamente i rapporti sociali e la vita professionale. Accade non di rado, infatti, che le persone si assentino dal lavoro (in media oltre la metà perde almeno un giorno al mese) e che insorgano problemi perché colleghi e superiori non credono che sia una malattia invalidante.

«Il prurito è il sintomo principale dell'orticaria — dice Massimo Alfieri, presidente di FederASMA e Allergie Onlus —, ma chi soffre di questa patologia può manifestare anche disturbi del sonno, stanchezza, perdita di energia e rischia spesso di chiudersi in se stesso. L'orticaria può avere un effetto molto pesante sulla quotidianità. Per questo è importante ottenere una diagnosi tempestiva, rivolgendosi a uno specialista: l'allergologo o il dermatologo sono le figure professionali in grado di identificare la malattia, valutandone l'entità e consigliando la terapia più adeguata nel più breve tempo possibile».

Il medico deve innanzitutto comprendere le cause, che possono essere molto diverse fra loro: da un'allergia a un alimento o a un farmaco, alla puntura di api o vespe.

Oppure, nei bambini, può essere la conseguenza di un'infezione.

Nelle forme acute di solito basta eliminare la fonte dell'allergia o una terapia con antistaminici per riportare la pelle alla normalità. Le forme acute sono le più frequenti.

Bisogna però considerare che esistono molteplici tipologie di orticaria e se i disturbi continuano è importante confrontarsi con uno specialista che sappia riconoscere e curare il disturbo, senza trascurare le conseguenze psicologiche e sociali che può avere.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 48
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

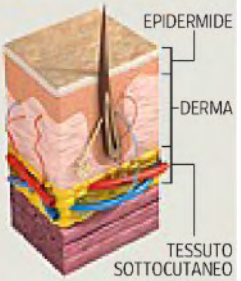
CHE COS'È E COME SI PRESENTA

L'**orticaria** è una manifestazione cutanea molto comune, caratterizzata dalla comparsa di pomfi *(arrossamenti rilevati della cute)* di colore rosso-rosa, di forma e grandezza variabile, più o meno numerosi. Può colpire a tutte le età ed essere **acuta** o **cronica**

Orticaria acuta	Orticaria cronica
Le alterazioni cutanee durano **meno di 6 settimane**	L'eruzione sulla pelle persiste **oltre le 6 settimane**

I SEGNI E I SINTOMI

- Il sintomo d'esordio è in genere **il prurito**, seguito subito dopo dalla comparsa di **pomfi** *(aspetto simile a grosse punture di zanzara)*, che si sviluppano a livello del **derma superficiale**
- Talvolta il soggetto può sviluppare il cosiddetto **angioedema**, un gonfiore localizzato più profondamente, nel **derma profondo** e nel **tessuto sottocutaneo**. Questo tipo di lesione può interessare anche le **mucose**. L'edema delle vie aeree superiori può provocare difficoltà respiratorie



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 394.783
Diffusione 09/2015: 288.860
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

29-NOV-2015
da pag. 48
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Terapia con antistaminici Nuovi farmaci riservati solo ai casi più refrattari

Fiducia
L'empatia fra medico e paziente può avere un ruolo importante nel trattamento

Nello studio "Convivere con l'orticaria cronica", realizzato dalla Fondazione ISTUD e presentato all'ultimo Convegno Europeo di Dermatologia, a Copenaghen, i malati narrano la fatica nel trovare terapie adeguate e medici specializzati per questa patologia spesso sottovalutata.

Il principale miglioramento della qualità delle cure potrebbe però essere conseguito, senza alcun costo aggiuntivo, stabilendo un rapporto medico-paziente più profondo e più "empatico".

«La terapia ha lo scopo di curare l'orticaria cronica attraverso l'eliminazione delle sue cause — spiega Paolo Pigatto, professore alla Clinica Dermatologica dell'Università degli Studi di Milano e dermatologo dell'Istituto Galeazzi —. Quindi il primo passo è capire quali sono queste cause: se è un'orticaria autoimmune, che origina da una reazione verso sostanze prodotte dal nostro stesso corpo; oppure se è infettiva, cioè una reazione a fonti croniche di infezione o infiammazione. Oppure ancora se è scatenata da un'intolleranza ad additivi contenuti nei cibi (coloranti, aromi o conservanti) o a farmaci, o se deriva invece da un'allergia alimentare».

In base alla causa si decide come procedere. «Le cure esistono e sono efficaci — continua Massimo Triggiani, professore Associato di Allergologia e Immunologia Clinica all'Università di Salerno —. Per circa sei pazienti su dieci la terapia si basa sugli antistaminici: dosaggio e durata della cura vengono prescritti in base all'intensità del disturbo. Se quando si interrompono i farmaci le lesioni cutanee si ripresentano si deve ricominciare e continuare per un periodo più lungo».

Circa il 40 per cento dei pazienti però non risponde alla cura standard con questi farmaci. «Secondo le linee guida, in questi casi, si può aumentarne il dosaggio fino a quadruplicarlo — prosegue Triggiani — ma bisogna fare attenzione agli effetti collaterali, primo fra tutti la sonnolenza. Lo scorso agosto è stato approvato in Italia un nuovo farmaco (omalizumab) utilizzabile nelle forme croniche che non rispondono ad altri trattamenti e che, legandosi alle immunoglobuline E (IgE), è in grado di ridurre le reazioni cutanee indotte da istamina e di migliorare in modo significativo prurito, pomfi e qualità della vita».

Viene somministrato sottocute in ospedale una volta al mese: spesso l'orticaria scompare già dopo la prima iniezione. Si ripete la cura, fino a un massimo di sei mesi.

V.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media