Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 269.223
Diffusione 02/2016: 194.088
Lettori Ed. III 2015: 1.875.000
Settimanale - Ed. nazionale

DONNA MODERNA

Dir. Resp.: Annalisa Monfreda

10-MAG-2016
da pag. 49
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Queste immagini sono state scattate dal medico-fotografo Mauro Paillex e fanno parte della mostra "Venire al Mondo", che si è tenuta ad Aosta fino al 17 aprile. Il catalogo è edito dalla Regione Autonoma Valle D'Aosta.

COSA SUCCEDE DAVVERO *IN SALA PARTO*

Ce lo chiediamo pensando agli abusi commessi dai medici all'ospedale di Reggio Calabria e alle violenze raccontate dalle madri nella campagna #bastatacere. Perché un momento così speciale spesso si trasforma in un incubo? Abbiamo raccolto le storie di 3 mamme. E il parere di un'ostetrica, che invita a denunciare

di FLORA CASALINUOVO scrivile a attualita@mondadori.it

«È il momento più importante della tua vita e vorresti solo dei ricordi splendidi. Invece non è così». È una frase che macchia i racconti di tante madri che hanno deciso di aderire alla campagna contro la violenza ostetrica #bastatacere: un movimento social che in questi giorni ha portato alla luce centinaia di storie di abusi, fisici e psicologici, che le donne subiscono quotidianamente nelle sale parto degli ospedali italiani. Episodi dolorosi che nel peggiore dei casi sfociano in tragedia, come accaduto all'ospedale di Reggio Calabria dove 4 medici sono stati arrestati e 7 sospesi in quello che è stato chiamato "il reparto degli orrori", con i professionisti che nascondevano lesioni, errori e aborti non richiesti. E allora, in una settimana davvero speciale (il 5 maggio è la Giornata internazionale delle ostetriche, l'8 è la Festa della mamma), viene spontaneo chiedersi cosa significhi oggi partorire in Italia. I dati dell'Istat e dell'Istituto superiore di sanità fotografano solo le nascite (488.000 nel 2015) e l'età media delle madri (31,6 anni, mentre nel resto d'Europa è intorno ai 29). Siamo il Paese europeo dove si effettua il maggior numero di cesarei (36,7%) e la mortalità materno-infantile riguarda 10 casi ogni 100.000, quando la media mondiale dei Paesi avanzati è 20 su 100.000. Ma non esistono ricerche sui casi di piccole violenze e soprusi al momento del parto, spesso catalogati come normali procedure mediche.

I REPARTI SONO DIVENTATI BAMBINIFICI «Le donne non si sentono ascoltate: è questo il filo rosso che unisce le testimonianze che abbiamo raccolto per la campagna #basta tacere» spiega Alessandra Battisti, una delle coordinatrici di Human rights in childbirth Italy, l'associazione che ha lanciato l'iniziativa. «Non solo subiscono interventi non necessari come ▶

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 269.223
Diffusione 02/2016: 194.088
Lettori Ed. III 2015: 1.875.000
Settimanale - Ed. nazionale
Dir. Resp.: Annalisa Monfreda
10-MAG-2016
da pag. 49
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

«CERCAVO DI MUOVERMI, MA MI HANNO COSTRETTA A LETTO»

ISABELLA COLOMBO, 40 ANNI, GIORNALISTA DI MODICA (RG) «Ormai Filippo ha 7 anni, ma ogni volta il giorno del suo compleanno è velato dai ricordi negativi. Ero arrivata al parto serena e preparata, i problemi sono iniziati quando mi hanno somministrato l'ossitocina per stimolare le contrazioni: i dolori somigliavano a un bombardamento, cercavo di muovermi per trovare la posizione migliore come mi avevano spiegato al corso preparto, ma l'ostetrica mi ha costretta a letto e ha bollato le mie richieste come un inutile teatrino. Mentre spingevo e urlavo, il personale chiacchierava dei fatti propri e rideva. Poi la ginecologa ha praticato la manovra di Kristeller per favorire l'uscita del neonato: non ero pronta e le ho tirato un pugno, l'ho vissuta come una violenza. Così quando doveva nascere Agnese, la mia seconda figlia, ho preparato il piano del parto, una carta con scritte le mie preferenze e i miei diritti, e l'ho consegnata in ospedale. Mi hanno riso in faccia».

«LEONE È RIMASTO SENZA OSSIGENO. PER 5 ORE NON MI HANNO DETTO NULLA»

FRANCESCA ANGELERI, 41 ANNI, SCRITTRICE DI TORINO «Quando mi si sono rotte le acque sono corsa in ospedale, avevo delle tracce di sangue e la prima frase che mi sono sentita dire è stata: "Suo figlio potrebbe essere rimasto senza ossigeno, non sappiamo che conseguenze avrà". Dopodiché il ginecologo se ne è andato. Così ho vissuto le 5 ore del travaglio come un incubo, cercavo di capire come stesse Leone ma nessuno si pronunciava. Il momento peggiore? Quando mi hanno fatto l'episiotomia: non mi hanno avvertita, nessuno si degnava di parlarmi e la ferita mi ha dato problemi per settimane. Leone è nato in perfetta salute, ma la gioia del momento è svanita presto. Chiedevo degli antidolorifici, ma il personale me li negava perché, testuali parole, "il parto porta sofferenza". A me ha dato solo rabbia».

l'episiotomia, cioè il taglio del perineo, il muscolo tra ano e vagina, e la manovra di Kristeller, vietata in molti Paesi europei, in cui il medico spinge con l'avambraccio sulla pancia della mamma per favorire l'uscita del neonato. Le donne sono anche schiacciate dalla disorganizzazione: per esempio, il rapporto ostetrica-paziente dovrebbe essere di 1 a 1, invece spesso si cambiano più assistenti per turni o per carenza del personale. Una volta raccolte tutte le voci delle neomamme faremo emergere i numeri di queste violenze: esiste già una proposta di legge in Parlamento che propone di introdurre il reato di violenza ostetrica e di avviare tutte le iniziative che servono per diffondere un parto più naturale, fisiologico e attivo. Purtroppo resiste lo stereotipo della gravidanza come dolore e come miracolo. I soprusi vengono ridimensionati e confinati nelle confidenze delle protagoniste. Invece bisogna denunciare quello che si subisce».

MANCA EMPATIA TRA MEDICI E PAZIENTI Errori e problemi organizzativi nelle sale parto italiane sembrano all'ordine del giorno. «I tagli alla sanità hanno trasformato i reparti di ostetricia in bambinifici» conferma Alessandra Graziottin, direttore del Centro di ginecologia all'ospedale San Raffaele Resnati di Milano. «Per esempio, è assurdo che nel 2016 in tante strutture non sia garantita l'epidurale 24 ore su 24 per alleviare la sofferenza. Invece ci troviamo medici e ostetriche che non hanno la minima empatia e vivono in un frullatore fatto di più parti in contemporanea. Eppure basterebbe guardare negli occhi la paziente, mettersi nei suoi panni e parlarle. In pochi minuti anche una gravidanza a basso rischio si può trasformare in tragedia per colpa del destino, magari perché il cordone ombelicale si attorciglia intorno al collo del piccolo. Spiegare ciò che succede e rassicurare è un gesto semplice e risolutivo, però è una rarità». ▶

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 269.223
Diffusione 02/2016: 194.088
Lettori Ed. III 2015: 1.875.000
Settimanale - Ed. nazionale

DONNA MODERNA

Dir. Resp.: Annalisa Monfreda

10-MAG-2016
da pag. 49
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

DM INCHIESTA

«DOPO UN GIORNO DI TRAVAGLIO HANNO DECISO PER IL CESAREO»

ELISABETTA PICCININI, 38 ANNI, INSEGNANTE DI MILANO «Cinque anni fa ho dato alla luce Giulia. Mi si sono rotte le acque la domenica notte, mia figlia è nata all'alba di martedì. In quelle 30 ore è accaduto di tutto: l'ostetrica che mi costringeva a salire e scendere le scale; lo scollamento delle membrane, dolorosissimo. Ho chiesto l'epidurale e me l'hanno concessa dopo parecchio tempo, con l'infermiera che sottolineava di aver fatto 3 figli senza anestesia. All'improvviso non si sentiva più il battito della piccola e mi hanno fatto il cesareo. Perché hanno aspettato così tanto? Hanno messo a rischio la vita di mia figlia? Il giorno dopo cercavo di darle il latte e non ci riuscivo. Un'ostetrica, senza dire una parola, mi ha schiacciato il seno e ha urlato "Si fa così". In quei giorni in cui io ero fragile ho trovato solo maleducazione».

L'OSTETRICA: «CHIEDETE IL RISPETTO DEI VOSTRI DIRITTI»

Gabriella Pacini è presidente dell'associazione Freedom for birth-Rome action group. «La soddisfazione più grande me l'ha regalata una mamma che mi ha confessato: "Mi sono sentita una Ferrari, voi ostetriche e i medici eravate i meccanici ai box". Ecco, questa dovrebbe essere l'essenza del nostro lavoro» dice l'ostetrica. «Invece oggi viviamo una competizione spietata con i ginecologi, che vogliono trasformarci in vallette. Così in sala parto si respirano tensione e indifferenza. Il problema maggiore? L'eccessiva medicalizzazione del momento. Pensiamo all'episiotomia: l'Organizzazione mondiale della sanità la raccomanda solo se indispensabile, infatti in tanti Paesi si pratica solo nel 10% dei casi. Da noi non esistono percentuali certe, perché sul tema regna l'omertà, ma si arriva anche al 70%. Durante il travaglio si fanno anche troppe visite vaginali, che sono invasive e irrigidiscono la donna. E si ricorre molto all'induzione con i farmaci, quando diversi studi dimostrano che può peggiorare le condizioni del bebè. Bisogna invertire la rotta: per questo dico alle donne di denunciare e lottare per i propri diritti».

Conferma Sara Ferrari, 45 anni, consulente: «È vero, io del parto ricordo soprattutto il mutismo dei medici. E la mia paura. Per dare alla luce Eduardo ci sono volute 30 ore, che ho trascorso sola. Ma il peggio è arrivato dopo: il bimbo è stato ricoverato 10 giorni in Patologia neonatale perché aveva rischiato l'asfissia ed era prematuro, ma nessuno si degnava di regalarmi una frase di conforto o, peggio ancora, di spiegare quello che era successo e come sarebbe stato il futuro del mio bambino». Per Paola Fausone, 39enne, libera professionista, l'errore di un anestesista ha avuto conseguenze gravi: «Quando è nato Francesco hanno sbagliato a farmi l'epidurale: mi si è anestetizzata la parte sinistra del corpo, dalla testa in giù, e non riuscivo a spingere. Urlavo in quella stanzone, sola con mio marito, medici e ostetriche si palesavano solo per farmi fretta. Sembrava una catena di montaggio. Ho riacquistato la sensibilità dopo settimane».

SERVONO PIÙ CORSI PREPARTO L'empatia e la comprensione verso le mamme, però, potrebbero non bastare per dare più colore a questa grigia fotografia del parto. «Oggi le donne si mettono completamente nelle mani del ginecologo» dice Maria Vicario, presidente della Federazione nazionale dei collegi ostetriche. «Invece devono reclamare i propri diritti: la libertà di muoversi dal lettino, di rifiutare certi trattamenti. Ma per farlo devono essere informate su quello che le aspetta: ai corsi preparto c'è un'affluenza scarsa, nel Lazio si ferma al 10% delle gestanti, in Toscana arriva al 50% ed è il massimo. Certo, i posti per le lezioni in ospedale sono pochi rispetto alle esigenze e negli ultimi anni hanno chiuso metà dei consultori. Per questo, abbiamo chiesto al ministro della Salute Beatrice Lorenzin di intervenire per migliorare questo aspetto. Intanto, è importante che le donne si informino. E pretendano di essere ascoltate».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 03 MAGGIO 2016

Morti materne. De Biasi presenta un ddl per istituzione registro nazionale. “Lorenzin faccia un decreto legge al più presto”

Il registro dovrà essere istituito presso l’Iss. La finalità del sistema di sorveglianza quella di prevenire la mortalità e la grave morbosità materna evitabili e di migliorare la qualità assistenziale in gravidanza. “Mi auguro che il Ministro della Salute recepisca questo provvedimento e emani al più presto un Decreto legge per affrontare con urgenza questa emergenza”.

“A seguito dei numerosi decessi in occasione del parto, ho presentato un disegno di legge per l'istituzione, presso l’Istituto superiore di sanità, di un registro delle morti materne per individuarne con precisione le cause a garanzia di interventi più efficaci. Mi auguro che il Ministro della Salute recepisca questo provvedimento e emani al più presto un Decreto legge per affrontare con urgenza questa emergenza. La salute delle donne non può attendere”. Ad annunciarlo è **Emilia Grazia De Biasi**, Presidente della Commissione sanità del Senato.

Sono otto gli articoli che compongono il Ddl. Nel dettaglio l’Articolo 1 istituisce presso l’Istituto superiore di sanità, che è responsabile dell’attuazione, coordinamento e funzionamento, il sistema di sorveglianza epidemiologica della mortalità e grave morbosità materna.

L’articolo 2 definisce le finalità del suddetto sistema di sorveglianza al fine di prevenire la mortalità e la grave morbosità materna evitabili e di migliorare la qualità assistenziale in gravidanza. L’articolo 3 stabilisce le funzioni del suddetto sistema di sorveglianza al fine del perseguimento delle finalità.

L’articolo 4 regola la partecipazione delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano al sistema di sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna. L’articolo 5 stabilisce che l'Istituto superiore di sanità è titolare del trattamento dei dati raccolti nel sistema di sorveglianza, effettuato nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali.

L’articolo 6 dispone, attraverso un decreto del Ministero della Salute, in accordo con l'Istituto superiore di Sanità, un protocollo operativo, vincolante per tutte le regioni e province autonome e per tutti i presidi sanitari partecipanti relativo alle modalità di raccolta, trasmissione, conservazione, analisi e diffusione dei dati del sistema di sorveglianza.

L’articolo 7 prevede che il Mistero della salute sulla base del rapporto triennale del sistema di sorveglianza, presenta entro 4 mesi una relazione al parlamento sull'attuazione della presente legge. L’articolo 8 reca la copertura finanziaria del provvedimento

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

04-MAG-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

INQUISITE DUE DOTTORESSE E DUE OSTETRICHE DELLA CLINICA MANGIAGALLI CHE AVEVANO IN CURA CLAUDIA BORDONI

Milano, morì incinta di 2 gemelle Indagati 4 medici per omicidio

ANDREA SCERESINI
MILANO

Due dottoresse e due ostetriche della clinica Mangiagalli di Milano sono state iscritte nel registro degli indagati per la morte di Claudia Bordoni, la donna di 36 anni incinta di due gemelle, spirata giovedì scorso nella sua camera d'ospedale. L'inchiesta è coordinata dal pubblico ministero Maura Ripamonti della procura di Milano, che ha ipotizzato il reato di omicidio colposo.

Claudia Bordoni era alla ventiquattresima settimana di gravidanza: una gestazione difficile, segnata da diverse minacce d'aborto. Dopo aver tentato per anni di avere un figlio con il proprio compagno, la donna si era rivolta al centro di procreazione assistita del San Raffaele. Negli ultimi sei mesi, si era presentata per almeno 5 volte al pronto soccorso della Mangiagalli. Dal 3 al 7 aprile era stata ricoverata all'ospedale di Busto Arsizio, la città natale del compagno, e poi, dal 13 al 20, al San Raffaele. Era tornata al pronto soccorso domenica 25 aprile, ma era stata dimessa dopo che le erano stati prescritti alcuni farmaci. La sua situazione non era però migliorata: «Claudia accusava dolori fortissimi, che non le permettevano di stare né in piedi né seduta - raccontano i famigliari -. Era una donna forte, che non aveva l'abitudine di lamentarsi senza motivo. L'ultimo viaggio verso la Mangiagalli ha dovuto farlo in ambulanza, perché le fitte non le consentivano neppure di salire in macchina».

La donna è arrivata nella clinica di via Commenda la sera del 26 aprile ed è stata ricoverata nel reparto di Patologia della gravidanza, dove si è spenta dopo circa 30 ore per un'emorragia gastrica. Inutili i tentativi - operati in extremis, con un cesareo d'urgenza - di salvare le due gemelle. «La vicenda presenta diversi lati oscuri - ha detto l'avvocato Antonio Sala Della Cuna, che con il collega Antonio Bana sta seguendo il caso per conto della famiglia di Claudia Bordoni -. La ragazza è morta tra le braccia di sua madre, nel cuore di una delle cliniche specializzate più importanti del Paese. Come è stato possibile?». La famiglia Bordoni, originaria di Grosio, in alta Valtellina, si è chiusa in un riserbo quasi assoluto. Il padre di Claudia, Giuliano, ha dichiarato: «Una cosa del simile non sarebbe successa neppure in Africa».

Lunedì i tecnici del ministero della Salute e i carabinieri dei Nas hanno condotto ispezioni approfondite sia alla Mangiagalli che al San Raffaele, sequestrando le cartelle cliniche della donna e interrogando i vari medici che si sono occupati del caso, in tutto circa una trentina. Domani la procura di Milano assegnerà a un medico legale l'incarico di eseguire l'autopsia.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

04-MAG-2016
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Morì incinta delle gemelle quattro indagati in clinica

Milano, sono due dottoresse e due ostetriche della Mangiagalli Gli ispettori del ministero hanno richiesto le cartelle mediche

LE TAPPE

IL DECESSO
Claudia Bordoni, incinta al sesto mese, muore alla Mangiagalli giovedì 28 aprile insieme con le due figlie che porta in grembo

L'OMICIDIO COLPOSO
La procura di Milano indaga per omicidio colposo mentre il ministero della Salute ha inviato gli ispettori nei tre ospedali coinvolti

I SANITARI
Sono state iscritte nel registro degli indagati le due dottoresse e le due ostetriche che hanno visitato la donna prima della morte

ALESSANDRA CORICA

MILANO. L'autopsia è fissata per domani. Ma già ieri, in via cautelare, sono arrivate le prime iscrizioni nel registro degli indagati. La procura di Milano indaga quattro persone per omicidio colposo per la morte di Claudia Bordoni, la 36enne incinta al sesto mese di gravidanza deceduta mentre era ricoverata alla Mangiagalli. Le indagate, tutte donne, sono due dottoresse e due ostetriche della clinica ginecologica, una delle più famose d'Italia: le quattro sono state le ultime ad assistere la paziente nelle ore precedenti il decesso, avvenuto poco dopo le 14 di giovedì scorso. Con la paziente, manager assicurativo originaria della Valtellina ma da anni residente a Milano, sono morti i due feti che portava in grembo: nonostante il cesareo d'urgenza fatto dai medici, neanche le due gemelle ce l'hanno fatta.

Claudia Bordoni è morta al termine di un mese durante il quale è stata quasi sempre ricoverata. In tre ospedali diversi: prima della Mangiagalli è stata seguita all'ospedale di Busto Arsizio dal 3 al 7 aprile, e poi al San Raffaele, con un primo ricovero dal 13 al 20 aprile. E poi con un secondo controllo in pronto soccorso, dov'è rimasta per un giorno intero, il 25 aprile, tre giorni prima della morte. Dimessa dall'ospedale fondato da don Luigi Verzè la sera di domenica 25, ha continuato a stare male, tanto da decidere 24 ore dopo di andare in Mangiagalli. Dove già nel corso della gravidanza, frutto di una procedura di procreazione medicalmente assistita fatta al San Raffaele, era stata controllata più volte: almeno cinque, sempre in pronto soccorso, l'ultima il 7 marzo scorso. Il ricovero in Mangiagalli avviene nella notte tra il 26 e il 27 aprile, in una stanza a due letti al secondo piano della struttura, nel reparto di Patologia della gravidanza. Qui la donna viene assistita dalla madre Adele e dal marito Roberto Dal Zuffo, biologo ricercatore specializzato in oncologia molecolare. La morte, secondo le prime ricostruzioni, sarebbe avvenuta circa 30 ore dopo il ricovero, in seguito a una violenta emorragia interna a livello gastrico, che ha portato all'arresto cardiaco. Un evento di fronte al quale i medici non sono riusciti a fare nulla, né per la donna né per le gemelle alla 24esima settimana di gestazione che portava in grembo. «Ma mia figlia è morta in preda a dolori atroci, senza che nessuno facesse nulla», ha denunciato nei giorni scorsi il padre della donna, Giuliano Bordoni, puntando il dito contro la clinica.

In tutte e tre le strutture che hanno avuto in cura la paziente — oltre la Mangiagalli, anche Busto Arsizio e il San Raffaele — tra ieri e lunedì sono state condotte ispezioni da parte di una task force inviata dal ministero della Salute, composta da medici, esperti di gestione del rischio e carabinieri dei Nas. Che hanno preso copia di tutte le cartelle cliniche, acquisite anche dalla procura milanese, e interrogato i medici coinvolti nell'assistenza della donna, con l'obiettivo di capire se le procedure messe in atto per curare la paziente abbiano o meno rispettato i protocolli. «Vorrei dire alla famiglia della mamma morta a Milano con i suoi bambini che mi adopererò personalmente perché sia accertata la verità e affinché abbiamo giustizia — ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin — Abbiamo mandato gli ispettori: si devono ricostruire i passaggi che la donna ha fatto tra un ospedale e l'altro».

In tutto sarebbero stati almeno una ventina in Mangiagalli, e una quindicina al San Raffaele, i medici che nelle ultime settimane hanno visitato la paziente: in tutti e due gli ospedali domani è previsto un secondo giro di ispezioni, stavolta condotte da un pool di esperti incaricato dalla Regione Lombardia.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

03-05-2016

http://www.adnkronos.com

Fecondazione non più in vitro ma 'in vivo', nato primo bimbo in Spagna

Addio provette e laboratori, oggi la **fecondazione assistita** avviene direttamente nell'**utero materno**. La clinica Ivi (Instituto Valenciano de Infertilidad) di Bilbao è riuscita per la prima volta in**Spagna** a far nascere un bambino utilizzando una nuova tecnica di fecondazione naturale chiamata **AneVivo**, sviluppata dall'azienda svizzera Anecova e selezionata come tecnologia pionieristica nel 2008 dal Forum Economico Mondiale.

La procedura consiste nell'introduzione degli ovuli e degli spermatozoi, uniti in un **dispositivo intrauterino**, per fare in modo che la fecondazione e il posteriore sviluppo embrionale avvengano nell'utero. Successivamente il device viene rimosso e si procede alla selezione degli embrioni più idonei che verranno nuovamente introdotti nell'utero materno. Questa tecnologia rende possibile il libero passaggio di fluidi, nutrienti e altri componenti cellulari e non cellulari attraverso una membrana porosa che agevola e rende più fisiologica l'interazione tra embrioni e ambiente materno. Anecova sta cominciando a commercializzare la tecnologia AneVivo in alcuni centri di prestigio internazionale. Ivi Bilbao è stata una delle prime cliniche a utilizzarla e ha partecipato attivamente al suo sviluppo.

"Questo metodo - spiega Daniela Galliano, direttrice del primo centro italiano Ivi, a Roma - permette la fecondazione dell'embrione e lo sviluppo, fin dalle prime ore, nell'ambiente più idoneo, nelle stesse condizioni di luce, temperatura e nutrienti in cui si troverebbe se fosse stato concepito in forma naturale. E da un punto di vista psicologico tutto ciò permette ai genitori di essere maggiormente partecipi al processo di procreazione assistita".

"Siamo orgogliosi di aver contribuito a dare alla luce il primo bambino frutto della fecondazione naturale - dice Martin Velasco, presidente e fondatore di Anecova - attraverso questa avanzata tecnologia. La clinica spagnola si è convertita in un centro per eccellenza per le procedure di fecondazione naturale nell'ambito della procreazione assistita".

03-05-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

Carie dei bimbi si combatte dalla gravidanza

Roma - La salute dei denti dei bambini comincia nella pancia della mamma. Secondo gli esperti, la carie si combatte facendo prevenzione durante la gravidanza. Piu' del 40% delle donne, infatti, secondo una recente ricerca effettuata negli Usa dall'istituto Cigna, per questioni di tempo, per una scorretta informazione o per motivi economici evita di sottoporsi a una visita di controllo. "I cambiamenti ormonali durante la gravidanza - commenta Jacopo Gualtieri, odontoiatra membro dell'EAO (European Association for Osseointegration)- possono far peggiorare alcune malattie orali. Se a questa condizione aggiungiamo una minore attenzione all'igiene dentale, una particolare dieta e l'uso di alcune medicine, allora il quadro generale puo' diventare preoccupante. Alcuni farmaci, infatti, possono rendere la bocca secca causando cosi' un aumento della carica batterica e problemi ai denti e alle gengive. Inoltre una dieta ricca di cibi zuccherini o amidi puo' aumentare l'insorgenza della placca e, dunque, possibili problemi allo smalto".Dalla ricerca e' emerso che il 43% delle donne non effettua regolarmente un check-up dal dentista durante la gravidanza, anche se il 76% del campione conferma di aver sofferto di problemi come gengive sanguinanti o mal di denti. La ricerca ha scoperto inoltre che, durante la gravidanza, solo poco piu' della meta' delle donne intervistate, il 55%, considera la propria salute orale come "molto buona" o "eccellente", a differenza della fase pre-gravidanza quando la percentuale sale al 63%. Piu' di un terzo del campione, il 36%, afferma infine che e' passato piu' di un anno dall'ultima visita dentistica. E i costi sono la prima ragione. Dalla inoltre, e' emerso come una corretta informazione sull'educazione orale da parte del ginecologo o del pediatra possa aiutare concretamente a prevenire le piu' comuni malattie dentali: solo il 43% delle donne che non ha discusso di salute dentale durante le visite ginecologiche ha poi fatto una visita odontoiatrica dopo il parto, contro il 63% di quelle che hanno affrontato il tema. Molte neomamme, inoltre, piu'

di un terzo delle intervistate (36%), affermano di aver meno cura per l'igiene dentale rispetto al periodo pre-gravidanza, principalmente a causa di mancanza di tempo. Anche i pediatri possono fare molto per una buona salute orale dei nascituri, considerando che c'e' ancora un 34% del campione che afferma di non aver ricevuto consigli in tal senso. E cosi' solo il 50% delle donne pulisce le gengive del neonato ogni giorno, mentre la percentuale sale al 65% se hanno avuto indicazioni in tal senso dal pediatra. Esperti come Gualtieri, durante il mese di maggio e in occasione della festa della mamma, offriranno alle donne in gravidanza la possibilita' di effettuare una seduta di igiene orale a costi calmierati. Per evitare che un semplice problema possa incidere negativamente sulla salute di mamma e bambino e, allo stesso tempo, diventi piu' costoso e complesso da risolvere. .

LA STAMPA.it

03-05-2016

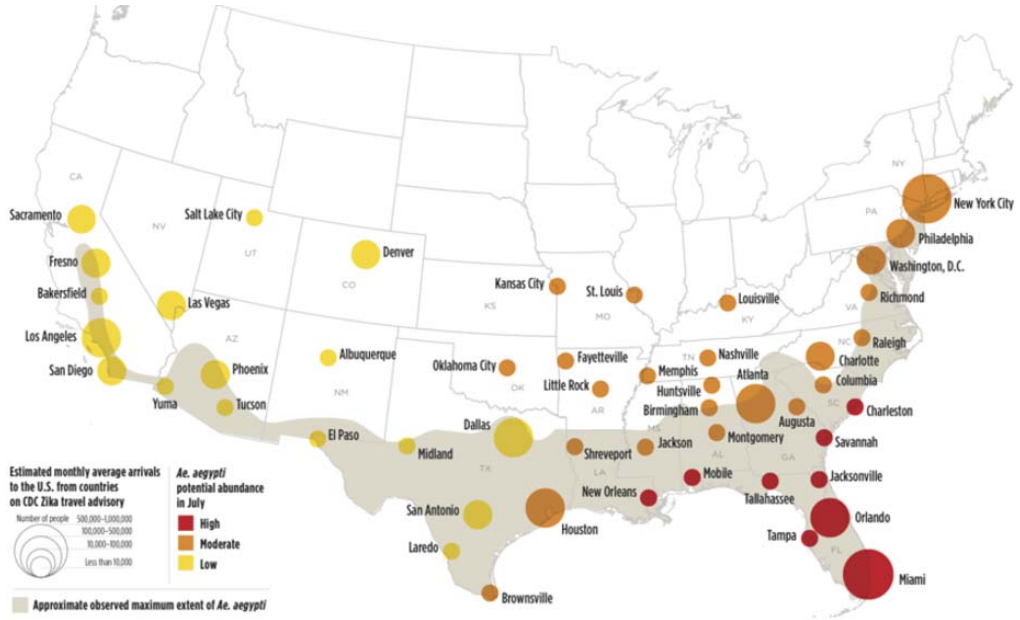
Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Zika, la Nasa disegna la mappa degli stati Usa a rischio

Ricerca dell'ente spaziale americano per fotografare le potenzialità di diffusione del virus specie nei mesi estivi in arrivo. Le città nel mirino sono quelle a sud-est, come Miami



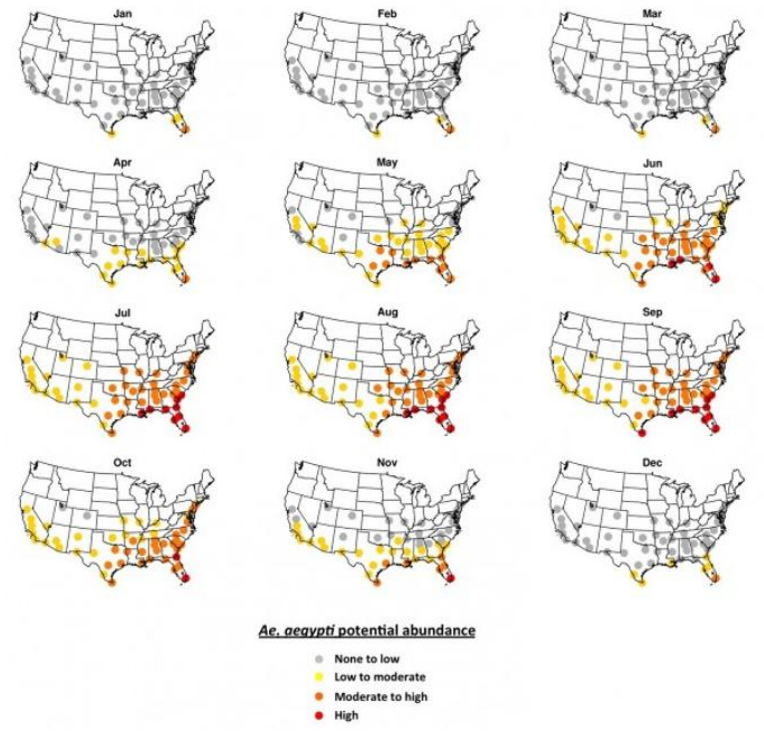
Gli scienziati della Nasa hanno creato una mappa dei potenziali luoghi di diffusione del virus Zika negli Stati Uniti. Si tratta di una **ricerca focalizzata su 50 città Usa che considera fattori come temperatura, quantità di pioggia, livelli di povertà, numero di viaggi dei cittadini dall'America alle zone più colpite da Zika nel mond**o, tutto questo relativamente ad ogni mese dell'anno.

Fatta eccezione per una piccola parte del Texas e della Florida, la maggior parte del Paese ha «poco o nessun» rischio di diffusione del virus durante i mesi invernali. Poi, quando aumentano le temperature, **soprattutto nel Sud-Est, il rischio comincia a salire, da New Orleans a Charleston, diffondendosi in tutto il Sud della California e fino al centro degli Usa**.

Entro il mese di giugno, quasi tutte le 50 città analizzate hanno un pericolo potenziale «da basso a moderato», mentre la maggior parte delle città orientali «da moderato ad alto».

In tutta la costa est, fino a New York, dove le zanzare non sono così numerose, l'allerta è di sicuro più contenuta ma quel che fa paura è il passaggio in questa città di moltissimi viaggiatori provenienti dalle zone a rischio

Uno studio del National Center for Atmospheric Research statunitense pubblicato da Plos Current Outbreaks, mostra ancora più nel dettaglio il monitoraggio della potenziale diffusione della malattia sul suolo americano. Illustrando addirittura, mese per mese, le previsioni di rischio Zika su ciascuno stato.



PRIMO MORTO PER IL VIRUS SUL TERRITORIO USA

Intanto, le autorità federali americane hanno confermato il primo decesso correlato all'infezione da virus sul territorio statunitense. La **vittima è un uomo settantenne morto a Porto Rico per una reazione autoimmunitaria associata all'infezione**, riferiscono i Centres for Disease Control and Prevention (Cdc). Secondo quanto riportato dal «Washington Post», la causa del decesso è stata in particolare un'emorragia interna che ha colpito l'anziano dopo che aveva sviluppato una porpora trombocitopenica, patologia responsabile di una compromessa coagulazione del sangue. In America Latina, altri pazienti che avevano contratto Zika sono morti per la stessa malattia.

I RISCHI PER LE DONNE INCINTE SONO PIU' GRAVI DEL PREVISTO

È di queste ultime ore anche la scoperta che il rischio legato al virus sulle donne incinte è più grave di quanto si fosse temuto finora. Lo affermano alcuni **medici brasiliani citati dalla Bbc**, secondo i quali - sulla base di dati riferiti a un certo numero di puerpere contagiate da questa infezione - si sono registrate fino a un quinto di **gravidanze sfociate in problemi neurologici per il neonato**.

Se lo sviluppo della **microcefalia** collegato con Zika (virus diffuso da un ceppo di zanzare presenti in particolare in America Latina) resta stimato al massimo a un 1% di casi, come attestano dati già noti accettati dalle organizzazioni internazionali, altre **patologie al cervello colpiscono «fino a un 20%» dei piccoli partoriti da madri infettate dal virus**, affermano ora i medici brasiliani. Non solo: uno studio del prestigioso New England Journal of Medicine americano allarga al 29% i casi censiti di feti afflitti più genericamente da «anomalie, inclusi deficit della crescita», portati in grembo da donne contagiate da Zika durante la gestazione

adnkronos

03-05-2016

http://www.adnkronos.com

Usa, talco ancora sotto accusa: J&J condannata a nuovo maxi risarcimento

Risarcimento milionario per una donna americana convinta di aver contratto un tumore in seguito all'uso prolungato di talco. Johnson & Johnson è stata condannata da una giuria statunitense a pagare 55 milioni di dollari a Gloria Ristesund, 62 anni, del South Dakota, convinta che l'uso, per anni, di prodotti a base di talco l'abbia portata a sviluppare un tumore ovarico.

Il verdetto, che rimbalza sulla stampa internazionale, non è il primo di questo tipo per l'azienda, che sta affrontando circa 1.200 cause legali in cui viene accusata di non aver avvisato adeguatamente le consumatrici sui rischi di cancro legati ai suoi prodotti a base di talco.Nel febbraio scorso, J&J ha 'incassato' un altro verdetto sfavorevole: un risarcimento da 72 milioni di dollari alla famiglia di una donna morta a causa di un tumore.

Dal canto suo, l'azienda - in una nota diffusa online in questi giorni - ribadisce la sicurezza dell'uso cosmetico e per l'igiene personale del talco e dei prodotti a base di talco. E la portavoce della società, Carol Goodrich, ha annunciato in un comunicato che l'azienda presenterà appello contro il verdetto.

Una condanna che contraddice, secondo Goodrich, 30 anni di ricerca a sostegno della sicurezza del talco per uso cosmetico e per la cura personale. La Ristesund e i suoi legali hanno sostenuto che la donna ha usato prodotti J&J a base di polvere di talco sui genitali per decenni; nel 2011 la diagnosi di tumore alle ovaie e in seguito l'isterectomia e cure da 174mila dollari. Ora il tumore è in remissione.

L'azienda ribadisce che i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) "non hanno identificato il talco come un fattore di rischio per il tumore alle ovaie", e che nessuno dei grandi studi condotti finora ha rilevato un'associazione tra questo tipo di cancro e il talco. La giuria non si è detta d'accordo, votando per il risarcimento chiesto dalla Ristesund, con 9 giurati favorevoli e 3 contrari.

03-05-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

Creata placenta artificiale che ricrea utero per bimbi prematuri

Londra - Una placenta artificiale in grado di simulare l'interno di un utero. E' quello che ha progettato un gruppo di ricercatori dell'Universita' del Michigan, negli Stati Uniti, con lo scopo di migliorare le probabilita' di sopravvivenza dei bambini nati prematuri. L'Organizzazione mondiale della sanita' stima che ogni anno circa 15 milioni di bambini nascono troppo presto e che quasi un milione muoiono a causa delle complicanze dovute a un parto pretermine. La placenta artificiale potrebbe rispondere a questo problema. Il sistema, infatti, utilizza una pompa per far circolare il sangue attraverso un polmone artificiale e di nuovo nel flusso sanguigno del bambino, offrendo lo scambio di gas senza ventilazione meccanica. Generalmente una gravidanza dura circa 40 settimane, ma alcune finiscono prima della 37esima. Una nascita prematura, quest'ultima, che negli Stati Uniti rappresenta la prima causa di morte dei neonati. Inoltre, ci sono nascite estremamente precoci che si verificano prima della 28esima settimana di gravidanza, che mettono i neonati ancora piu' a rischio, visto che i loro organi non sono ancora in grado di funzionare correttamente. Anche se la placenta artificiale si trova ancora in fase pre-clinica, i ricercatori dicono che "mantiene la promessa di una crescita normale e dello sviluppo al di fuori del grembo materno per i neonati estremamente prematuri fino a quando non sono pronti per la vista postnatale", si legge sul quotidiano britannico Daily Mail. "Uno dei rischi piu' gravi per i bambini estremamente prematuri e' che i polmoni non sviluppati sono troppo fragili per gestire anche le tecniche di ventilazione piu' delicate", ha spiegato George Mychaliska, autore principale del lavoro. "Se i polmoni di un bambinio sono gravemente immaturi, non possono fornire al cervello, al cuore e agli altri organi l'ossigeno di cui hanno bisogno per sopravvivere", ha

aggiunto. L'universita' americana ha invece dimostrato che la sua placenta artificiale e' promettente, in quanto e' stata in grado di mantenere in vita per settimane 5 agnelli estremamente prematuri. Nei prossimi 5 anni, i ricercatori sperano di dimostrarechea la placenta artificiale puo' davvero ricreare l'ambiente intrauterino e sostenere il feto di un agnello prematuro fino a quando non sara' pronto per nascere. .

LA STAMPA.it

03-05-2016

Lettori

21.401

http://www.lastampa.it/

Sorpresa: le sigarette aumentate di 20 centesimi a pacchetto

Alcune tra le più importanti marche hanno alzato i prezzi dal 2 maggio. Si tratta della conseguenza dell'aumento delle accise sui tabacchi deciso a gennaio. Il 31 maggio sarà il World No Tabacco day. In Italia i fumatori sono il 20 % della popolazione

FABIO DI TODARO

Il mese dedicato alla lotta al fumo - **il 31 maggio è in programma il World No Tobacco Day** - s'è aperto con una **spiacevole sorpresa per i fumatori**. Il costo di molte marche di sigarette (QUI L'ELENCO COMPLETO E I RELATIVI PREZZI) **è infatti aumentato da qualche giorno di venti centesimi**. Il rincaro ha interessato diversi marchi. Si tratta di una conseguenza dell'**aumento delle accise sui tabacchi entrato in vigore a gennaio** e rappresenta un ulteriore giro di vite contro i fumatori, dopo l'entrata in vigore del decreto legislativo antifumo che impone una stretta sui divieti e l'introduzione di immagini eloquenti circa le conseguenze indotte dal fumo sulla salute.

Tredici anni dopo l'entrata in vigore della Legge Sirchia, che proibì per la prima volta il fumo nei locali pubblici, si preannunciano dunque mesi di «sofferenza» per gli amanti delle «bionde».

L'AUMENTO DEI PREZZI L'ARMA PIÙ EFFICACE NELLA LOTTA AL FUMO

Il provvedimento, atteso, è stato **segnalato nelle ultime ore da diversi lettori**. Segno che probabilmente nulla più dell'aumento del prezzo di sigarette fa presa su di loro, anche se ciò non si traduce sempre in una presa di distanza dal vizio. Nulla di cui stupirsi, visto che l'indicazione che questa sia la strategia più efficace per dissuadere i fumatori era già emersa dall'ultima relazione sull'epidemia mondiale di tabacco vergata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nell'ultimo decennio **il numero di fumatori nel mondo è lentamente diminuito**. Ma la flessione avrebbe potuto essere più rapida, se tutti gli stati avessero agito aumentando le tasse sui prodotti a base di tabacco. L'approccio a una dipendenza deve essere sistemico, ma in questa epoca di estrema attenzione alla propria salute sono sempre meno i consumatori **disposti a svenarsi per qualcosa di dannoso e privo di benefici per la salute**. Su questo punto sono ormai concordi gli esperti, convinti che gli interventi di tipo esclusivamente informativo - opuscoli, tutor, immagini - siano quasi sempre inefficaci.

I CINQUANTENNI SONO I PIÙ ACCANITI

Mentre l'**Associazione Italiana di Oncologia Medica** da qualche mese ha lanciato la provocatoria proposta di destinare un centesimo per ogni sigaretta venduta alla costituzione di un fondo speciale destinato all'acquisto dei farmaci oncologici, in Italia il numero dei fumatori è in calo progressivo dal 2010. Stando agli ultimi dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, **la «comunità» racchiude 10,9 milioni di persone**. Ovvero: quasi il **ventuno per cento della popolazione**, con una prevalenza maggiore tra gli uomini. Cifre che sono state confermate dalrapporto Osservasalute2015, secondo cui «anche il numero medio di sigarette fumate al giorno diminuisce in un trend continuo dal 2001: da una media di 14,7 sigarette a 12,1 del 2014».

LE REGIONI DOVE SI FUMA DI PIU'

Su scala regionale, si fuma di più in Campania (22,1 per cento della popolazione) e Umbria (21,2), mentre in coda alla classifica si trovano la Provincia autonoma di Treno (16,3) e la Calabria (16,2). Il vizio è duro a morire tra i giovani adulti (20-34 anni), anche se i più accaniti fumatori risultano gli over 50 che arrivano a fumare, rispettivamente, 15 (uomini) e 12,3 (donne) sigarette al giorno.

Twitter @fabioditodaro

quotidianosanità.it

Martedì 03 MAGGIO 2016

On line i compensi ai medici dalle aziende del farmaco. Intervista ai presidenti Chersevani e Scaccabarozzi: “Siamo convinti che sia la strada giusta. La trasparenza deve vincere sempre”

A due mesi dal via all’operazione trasparenza ecco come stanno andando le cose sul fronte delle aziende e dei medici. I due presidenti commentano l’adesione delle imprese italiane al codice europeo e condividono un percorso comune. Che ci hanno raccontato in questa intervista “doppia”

Mancano poco meno di due mesi alla fine del count down scattato alcune settimane fa dopo che le aziende farmaceutiche hanno comunicato ufficialmente la loro adesione al “disclosure code” della Federazione europea delle imprese del farmaco che prevede la pubblicazione on line di tutti i rapporti economici intercorrenti tra aziende, medici e organizzazioni sanitarie.

In Italia è una novità e l’attesa è forte per un’operazione che in molti descrivono come una vera rivoluzione nei rapporti tra mondo del farmaco e mondo medico. Tra le aziende si registra un forte ottimismo sul successo dell’iniziativa e sul fatto che essa sarà compresa nelle sue finalità di trasparenza non solo dai medici ma anche dall’opinione pubblica.

Per i medici la sfida è quella di non vivere come una notizia riservata le proprie collaborazioni ma anzi rivendicarne l’utilità e l’importanza per la ricerca, la formazione e l’aggiornamento. “Sia noi che loro abbiamo un Codice deontologico e sappiamo come comportarci”, ci ha detto la presidente della Fnomceo **Roberta Chersevani**.

Alla quale ha fatto eco il presidente di Farmindustria **Massimo Scaccabarozzi**: “Rispetto a possibili polemiche che potrebbero scaturire dalla pubblicazione dei dati, pensiamo che l’opinione pubblica, i media e la politica siano più maturi di quei pregiudizi e luoghi comuni che possono sempre esserci e che ci sarebbero anche se non pubblicassimo nulla”.

Ma ecco come stanno andando le cose fino ad oggi, in attesa del D-Day del 30 giugno 2016.

Presidente Chersevani e presidente Scaccabarozzi, dal 30 giugno saranno on line sui siti delle aziende farmaceutiche operanti in Italia i dati relativi ai rapporti economici intercorrenti con medici e organizzazioni sanitarie. Nel nostro Paese è la prima volta che si attua un’operazione del genere. Quale impatto pensate possa avere sulle aziende, sui medici e le istituzioni sanitarie coinvolte?

Chersevani. Credo che ci stiamo abituando alla parola trasparenza. Troppo spesso il termine corruzione viene associato alla sanità e percorsi di questo genere fanno chiarezza. Le aziende farmaceutiche hanno aderito ad un Codice europeo. I medici hanno il proprio Codice Deontologico, e da molto tempo le aziende sanitarie sono a conoscenza e regolamentano i rapporti tra medici e industrie farmaceutiche. D’altra parte è noto che vi

è collaborazione nella ricerca, nella formazione, nell’aggiornamento con partecipazione o realizzazione di convegni e congressi, nelle consulenze. Farmindustria ha un articolato impianto di controllo e la Federazione da me presieduta nomina un medico per il Giurì e uno per il Comitato di controllo; sono colleghi indipendenti, di chiara fama, che hanno lasciato l’attività professionale.

Scaccabarozzi. L’impegno che ci assumiamo è quello di portare ancora più trasparenza in un settore che è già di per sé molto ben regolato. E questo lo facciamo per rafforzare la base di collaborazione tra medici e imprese farmaceutiche. Una collaborazione che ha portato a tante innovazioni terapeutiche che vanno a beneficio dei pazienti e che vogliamo valorizzare. Mi spiego. Da un lato per noi è importante portare queste conoscenze alla classe medica perché l’innovazione è sempre più complessa e quindi è importante che i medici siano il più possibile aggiornati, dall’altra parte è importante ricevere, di ritorno dai medici, le loro esperienze perché ciò aiuta la nostra ricerca ad andare sempre di più nella direzione giusta. Con questa iniziativa il nostro auspicio è quindi che tutti gli attori del sistema salute (pazienti, medici, istituzioni e anche media) possano guardare con fiducia a questo scambio di conoscenze e di competenze che fa progredire la qualità e l’efficacia dell’assistenza sanitaria.

Ad oggi che riscontri avete tra i vostri associati? Come stanno reagendo all’operazione trasparenza? Apprezzamento, perplessità, timore?

Chersevani. Non sono a conoscenza per ora di commenti negativi o di perplessità. Nel Codice di Deontologia Medica ci sono articoli che si riferiscono alle condizioni di conflitto di interessi e alle modalità della sperimentazione scientifica. Gli articoli sono corredati da ampi indirizzi applicativi che indicano il comportamento da tenere. Non ci sarebbe ricerca senza la collaborazione che ora viene solo più chiaramente espressa.

Scaccabarozzi. Siamo consapevoli che si tratta di un percorso che inizia adesso e con uno strumento nuovo con cui dovremo familiarizzare tutti. Ma posso dire che tutte le imprese sono state compatte e determinate nel compiere questo passo in avanti, così come sono state unite nel votare l’adozione del codice che ci pone ancora una volta all’avanguardia, perché, ricordo, questo non ce lo chiede la legge, ma lo facciamo noi, di nostra libera iniziativa. Nello specifico desidero precisare che questo passaggio è stato approvato all’unanimità da tutta la Giunta associativa. I nostri associati stanno quindi reagendo bene. Questo percorso lo hanno voluto e lo stanno implementando nel migliore dei modi. Insomma, proprio perché ci crediamo, vogliamo valorizzarlosempre più.

Pensate che l’opinione pubblica italiana, ma anche la politica, siano pronte a vedere scritto nero su bianco che tra aziende e medici esistono rapporti economici? Oppure temete che si possano alimentare polemiche sulla sussistenza di conflitti di interesse tra aziende ed operatori della sanità?

Chersevani. Il medico non condizionato, che non modifica l’appropriatezza delle proprie decisioni, che attua una costante revisione critica, che applica regole di trasparenza, che si comporta secondo i principi dell’etica professionale non può creare perplessità da parte della persona assistita, e quindi anche della società.

Scaccabarozzi. Ribadisco, noi pubblichiamo volontariamente i dati sui nostri siti affinché tutti li possano vedere in assoluta trasparenza.Nel rispetto della privacy , in caso di consenso del medico, si troverà tutto, dal suonome, alla transazione e al suo valore, ea cosa ha riguardato il rapporto di collaborazione. In tutti gli altri casi, i dati saranno resi noti in forma aggregata. Tutti potranno vedere cosa facciamo e con quali vantaggi per la

salute di tutti. Rispetto a possibili polemiche, pensiamo in questo che l’opinione pubblica, i media e la politica siano più maturi di quei pregiudizi e luoghi comuni che possono sempre esserci e che ci sarebbero anche se non pubblicassimo nulla. Credo e mi auguro quindi che tutti apprezzeranno quest’iniziativa di trasparenza. E poi da paziente sarei contento di vedere che il mio medicopartecipa ad attività di formazione e feedback con le aziende perché vuol dire, in sostanza, avere medici più preparati e in possesso di tutte le conoscenze per curarmi.

C.F e L.F.

Doctor33

04-05-2016

http://www.doctor33.it/

La trasparenza dei prezzi non si associa a un calo della spesa sanitaria

Una maggiore trasparenza nei prezzi dell'assistenza sanitaria non ha portato a una riduzione della spesa ambulatoriale tra i dipendenti di due grandi aziende statunitensi, secondo uno studio pubblicato su Jama. Più della metà degli stati dell'Unione nordamericana ha approvato leggi che stabiliscono prezzi trasparenti all'interno dei piani assicurativi sanitari per aiutare i pazienti a identificare le cure meno costose.

«Ma nonostante l'entusiasmo sollevato dall'iniziativa, poco si sa circa la sua associazione con la spesa sanitaria» esordisce Ateev Mehrotra della Harvard Medical School di Boston, che assieme ai colleghi ha confrontato i modelli di spesa sanitaria di 148.655 dipendenti di due società prima e dopo l'introduzione di uno strumento per aumentare la trasparenza dei prezzi con un gruppo di controllo formato da 295.983 impiegati di altre società in cui tale strumento, che fornisce informazioni agli utenti su quanto pagherebbero di tasca propria per i servizi ambulatoriali, ospedalieri e per quelli offerti da siti web di assistenza sanitaria, non era invece disponibile. «La spesa media ambulatoriale tra i dipendenti oggetto di studio era di 2.021 dollari l'anno prima dell'introduzione dello strumento di trasparenza e di 2.233 dollari nel periodo successivo. Nel gruppo di controllo, invece, la spesa media ambulatoriale è salita da 1.985 a 2.138 dollari» scrivono gli autori, sottolineando che, dopo i necessari aggiustamenti per le caratteristiche demografiche e sanitarie dei partecipanti, l'adozione di una maggiore trasparenza si è associata a un aumento medio di 59 dollari per le spese ambulatoriali e di 18 dollari annui in quelle sostenute di tasca propria da ogni dipendente. Gli autori ipotizzano che l'offerta di trasparenza dei prezzi potrebbe addirittura aumentare la spesa, permettendo ai pazienti di scegliere in modo selettivo i medici più costosi presumendo servizi di maggiore qualità. «Non è sorprendente che la trasparenza dei prezzi non riesca a ridurre le spese, in quanto le informazioni sulle tariffe sono spesso offerte senza essere accompagnate dalle necessarie informazioni sulla qualità delle prestazioni erogate e su quanto queste ultime supererebbero le franchigie dei pazienti» scrive Kevin Volpp del Philadelphia VA Medical Center della University of Pennsylvania Perelman School of Medicine and Wharton School of Medicine Health Care Management di Philadelphia, in un editoriale di commento.

«Forse fornendo informazioni relative non solo ai prezzi ma anche alla qualità e concentrandosi sui servizi con costi minori rispetto alla franchigia deducibile, questi strumenti potrebbero avere successo nel guidare i pazienti a scegliere i servizi di valore più elevato» aggiunge l'editorialista, precisando tuttavia che ciò potrà accadere solo nella misura in cui i pazienti interessati vorranno apprezzare e utilizzare queste informazioni. Conclude Volpp: «I piani sanitari potrebbero creare incentivi per utilizzare gli strumenti di trasparenza dei prezzi come parte dell'offerta di assistenza, ma visti i risultati di questo studio è necessaria cautela, in quanto così facendo la spesa sanitaria potrebbe restare invariata o addirittura aumentare».

quotidianosanità.it

Martedì 03 MAGGIO 2016

Senato. “Contro corruzione e sprechi nessuno come questo Governo”. E sui Lea: “La relazione è al Mef, spero siano operativi nel minor tempo possibile”. **L’audizione di Lorenzin**

Così il ministro della Salute oggi in commissione Sanità al Senato nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn. Sul tema anticorruzione Lorenzin ha ricordato sia la predisposizione del Piano nazionale, con focus ad hoc, che il recente protocollo siglato con Anac su verifiche. E annuncia: "Servirà personale specializzato per ispezioni". Spazio anche alla riforma Madia e alla sanità digitale che "potrà portare 5,4 mld di risparmi ai cittadini".

"Qualsiasi fenomeno di corruzione in ambito di Pubblica Amministrazione è gravissimo, ma quelli in che riguardano la sanità lo sono ancora di più perché si tolgono risorse necessarie alla cura dei pazienti. Proprio su sprechi e corruzione in sanità, nessuno in passato ha fatto quanto realizzato da questo Governo". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta oggi in commissione Sanità al Senato nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

"Sulla corruzione la svolta dal punto di visto normativo si è avuta con legge 190/2012 che ha avviato una serie di norme in questi ultimi anni. Tre le leve principali individuate dal legislatore per il contrasto di questo fenomeno: l'istituzionalizzazione dell'attività di prevenzione della corruzione, il rafforzamento della trasparenza nelle attività amministrative e la prevenzione su tutto ciò che può generare fenomeni corruttivi. Quanto alla prima leva - spiega Lorenzin - è stato approvato il Piano nazionale anticorruzione con l'Anac, che prevede per le singole amministrazioni centrali la predisposizione di un piano triennale anticorruzione con l'indicazione di interventi organizzativi per la prevenzione dei rischi".

"La seconda leva punta ad una maggiore trasparenza nel Ssn, riguardante anche il conferimento di incarichi di vertice (legge Madia su nomine DG). Sarà poi importante in tal senso coinvolgere il personale in una sensibilizzazione alle procedure per la trasparenza. Infine - prosegue il ministro - per la terza leva è stato siglato lo scorso aprile un protocollo Anac-Ministero della Salute nel quale si sanciscono forme di reciproca collaborazione, che coinvolgeranno anche Agenas, per una serie di verifiche congiunte sulla corretta e completa implementazione delle norme sulla prevenzione della corruzione. Si è dato quindi il via ai controlli su quanto previsto dal Piano nazionale anticorruzione dello scorso anno".

Personale qualificato per ispezioni. Lorenzin ha poi richiamato l'istituzione di “un gruppo di lavoro paritetico, denominato Nucleo operativo di coordinamento (NuOC), composto rispettivamente da tre rappresentanti del Ministero della Salute, di Anac e di Agenas che, all’atto di insediamento, si doterà di un regolamento per il proprio funzionamento. Il NuOC svolgerà funzioni “di supporto e propositive nei confronti dell’Anac nella realizzazione delle attività ispettive di competenza dell’Autorità e, in particolare, per la redazione di un programma di verifica speciale per il settore sanitario e per l’individuazione dei

soggetti da sottoporre a ispezione”. Proprio su questo tema il ministro ha auspicato per il prossimo futuro maggiori investimenti su personale qualificato per tali ispezioni.

"Sicuramente - ha precisato - il ministero della Salute nei prossimi anni anche in virtù della riforma costituzionale che gli ha affidato sempre maggiori compiti di verifica e controllo così come agli enti noi vigilati che presidiano alcuni settori, dovrà rafforzare la presenza di personale con una capacità ispettiva qualificata".

"Quanto al contrasto degli sprechi, spesso dovuti a mancata trasparenza, cattiva gestione e problemi infrastrutturali o tecnologici, siamo intervenuti anche con la cosiddetta sanità digitale. Un tema - ha sottolineato Lorenzin - che riteniamo essere particolarmente importante e incisivo per tanti aspetti, non solo organizzativi ma anche clinici. Il Fascicolo sanitario elettronico rappresenta quell'insieme di dati ed elementi di tipo sanitario e sociosanitario avente come scopo l'agevolazione dell'assistenza al paziente, la facilitazione dell'integrazione multiprofessionale e la possibilità di evitare con più facilità inefficienze migliorando così sia l'organizzazione che le procedure di valutazione. E’ un salto culturale di notevole importanza, anche sotto il punto di vista del miglioramento della qualità servizi e del contenimento costi. Il Politecnico Milano stima risparmi di circa 2,2 mld. A questi sono da aggiungere possibili risparmi per i cittadini per circa 5,4 mld".

Nuovi Lea. Infine, quanto all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza: "La relazione tecnica sui Lea è al Mef. Appena terminato l'esame andrà in conferenza Stato Regioni tornerà poi qui in commissione. Spero che i nuovi Lea possano essere operativi nel minor tempo possibile. Al momento siamo nelle procedure di passaggio previste dalla norma", ha concluso il ministro.

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

04-MAG-2016
da pag. 45
foglio 1
www.datastampa.it

Assistenza. Emendamento del governo

Gli assegni pagati ai disabili escono dall'Isee

DOPO IL CONSIGLIO DI STATO

Scompaiono le franchigie e viene modificata la scala di equivalenza
Le modifiche inserite nel decreto sulla scuola

Davide Colombo
ROMA

Tutte le **prestazioni previdenziali e indennitarie**, i **trattamenti assistenziali** e le **carte di debito** percepite da soggetti disabili sono escluse dal calcolo del reddito disponibile ai fini Isee. Cancellato anche il sistema di franchigie e detrazioni che serviva - nella nuova versione dell'indicatore della situazione economica equivalente dei nuclei familiari - a garantire i non autosufficienti dalle penalizzazioni legate al mutato calcolo delle prestazioni loro concesse. Al posto di questi "bilanciatori fiscali" ritorna, invece, la maggiorazione dello 0,5 della **scala di equivalenza** per ogni componente disabile di una famiglia.

Sono queste le modifiche che il Governo ha voluto introdurre al Dpcm 159/2013 che ha cambiato il design dell'Isee. Correzioni che recepiscono in pieno le sentenze del Consiglio di Stato che hanno respinto l'appello al pronunciamento del Tar dell'anno scorso in cui s'impone di considerare come «emolumenti riconosciuti a titolo risarcitorio quelli a favore di situazioni di disabilità».

Il provvedimento, nella forma di emendamento al Dl scuola all'esame del Senato, è stato adottato dall'ultimo Consiglio dei ministri e appena trasmesso a palazzo Madama.

Nell'emendamento c'è anche una norma di chiarimento che riguarda le borse di studio: questo beneficio va valorizzato sì ai fini del calcolo Isee, ma l'ente erogatore dovrà sottrarre il valore della stessa borsa in rapporto alla scala di equivalenza. Le nuove regole scatteranno dopo 45 giorni dalla pubblicazione del testo, mentre gli enti erogatori di prestazioni basate sulla prova dei mezzi dovranno adeguarsi entro un mese. Le nuove regole, che faranno rivivere per le famiglie con disabili le modalità di calcolo previgenti, dovranno essere adottate nel rispetto dei limiti di bilancio degli stessi enti erogatori.

Secondo la relazione tecnica che accompagna l'emendamento, circa il 20% delle famiglie che ha presentato una dichiarazione sostitutiva (Dsu) per avere il nuovo Isee ha un disabile. Le nuove regole dovrebbero avere un effetto limitato a non più di un milione di euro l'anno in termini di impatto sui saldi di finanza pubblica (risorse che verranno coperte con l'utilizzo del Fondo nazionale per le politiche sociali). In particolare, sulla base delle simulazioni Inps, risulterebbe che la presenza di disabili in nuclei che beneficiano dell'assegno familiare con almeno tre figli minori non supera il 10%, percentuale che si dimezza per i nuclei che invece beneficiano dell'assegno di maternità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

04-MAG-2016
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

Vuoi dimagrire davvero? Inizia educando i tuoi batteri

Nel best-seller di Brenda Watson le ricerche d'avanguardia sul ruolo della flora batterica e sugli errori delle diete

MARCO PIVATO

Pensate che per mantenere la linea basti tenere sotto controllo le calorie e fare attività fisica? Sono senz'altro misure indispensabili, ma ora emergono nuovi fattori di rischio per l'obesità: i chili di troppo dipendono per gran parte dalla composizione della flora batterica intestinale.

Possediamo 100 mila miliardi di batteri - che favoriscono l'assorbimento dei nutrienti - e tra questi vi sono alcuni molto abili a trasferire grassi e zuccheri, mentre altri meno. Ciascuno di noi possiede una concentrazione diversa degli uni e degli altri: insieme formano il «filtro» che dai villi determina quali molecole assimileremo più facilmente. Brenda Watson, nutrizionista statunitense, va oltre stereotipi e false credenze: «Il motivo per cui le diete falliscono non c'entra nulla con le calorie. Per dimagrire o mantenere un normopeso dobbiamo educare la microflora intestinale».

Ma come fare per alimentare i batteri «buoni», che non assorbono grassi, e diminuire la concentrazione di quelli «cattivi», che ne favoriscono l'accumulo? Watson - con il gastroenterologo dell'Università di Miami Leonard Smith - lo spiega in «Dimagrisci per sempre aiutando il tuo intestino», appena tradotto in Italia da Newton Compton dall'originale che negli Usa, dove il problema dell'obesità è sempre più serio, è diventato un caso letterario, oltre che scientifico.

Se è noto da tempo che il funzionamento della stessa flora batterica influisce su pressione arteriosa, malattie cardiache, diabete, allergie e malattie autoimmuni, nel caso specifico dell'obesità - spiegano Watson e Smith - la correlazione è dimostrata da un esperimento: già nel 2013 i ricercatori della Washington University School of Medicine di St. Louis avevano coltivato i batteri della flora intestinale di un topo grasso nell'intestino di un topo molto magro. Risultato: ad assoluta parità di alimentazione il topo magro è sensibilmente ingrassato. L'esperimento, clamoroso, è stato poi pubblicato su «Science». Da allora i nutrizionisti americani hanno cominciato a verificare se quello che accadeva nella cavia valesse anche per l'uomo.

«La platea dei miei pazienti - riporta Watson - è formata soprattutto da persone che, pur impegnandosi in rigorose diete, non riescono a perdere peso in modo definitivo. Agendo, però, sulla trasformazione della flora batterica intestinale siamo riusciti a risolvere i problemi di obesità e salute di centinaia di pazienti». Come? Partendo da quelli che si chiamano «firmicutes» e «bacteroidetes». Sono loro i microbi che possono fare la differenza nell'assorbimento intestinale: mentre i primi trasportano molto facilmente grassi e glucosio, i secondi sono molto meno capaci.

Ma se questa è la teoria come si passa alla pratica? Come si implementano i «bacteroidetes» a scapito dei «firmicutes»? Con integratori, probiotici o farmaci? La risposta della nutrizionista è diretta: «Ovviamente è più facile intervenire con la dieta». E nel suo volume propone diverse soluzioni, a partire da menù ricchi di cibi che contengono già batteri «benefici» oppure i loro nutrimenti, che servono quindi ad alimentare e moltiplicarne la popolazione. Oltre all'assunzione di fermenti lattici la nutrizionista propone piatti a base di carboidrati ad alto contenuto di fibre e basso indice glicemico: pasta rigorosamente integrale, legumi, frutta e verdura, yogurt. Vietati, quindi, i cibi raffinati, vale a dire derivati da una lunga lavorazione industriale che ne impoverisce il contenuto di minerali e proteine presenti nelle materie prime di partenza.

Lo zucchero bianco, per esempio, è uno di questi alimenti «off limits». Ma ci sono diverse alternative: dallo sciroppo di riso al succo concentrato di mela o di uva e, ancora, lo sciroppo d'acero o d'agave. Vietata anche la farina 00, tra i prodotti più raffinati, con i quali prepariamo di tutto, dalla pasta alle torte. Questo tipo di farina è privata del germe contenuto nel chicco di grano, ricco di aminoacidi, sali minerali e vitamine del gruppo B ed E. Dunque è meglio preferire la farina integrale.

Spazio anche ai grassi, ma quelli «buoni»: gli omega-3 e gli acidi grassi insaturi, contenuti in avocado, olive, frutta secca, noci, burro di noci naturali, pesci come salmone e perfino il cocco. Di sicuro ci vuole pazienza per cambiare davvero regime alimentare, ma poi la forza di volontà diventa un'abitudine automatica. «Più ci alimentiamo meglio - spiega Watson - e meno avvertiamo il desiderio di cibi "sbagliati" ed evitiamo episodi di fame nervosa: sono infatti i prodotti raffinati, zucchero e grassi insaturi, di origine animale, ad alimentare i "firmicutes", i quali, a loro volta, moltiplicandosi, richiedono all'organismo gli stessi prodotti. E instaurano, così, un ciclo nocivo che porta all'obesità».

Conclusione: «Se invece li affamiamo, alimentandoci con nutrienti di cui questi batteri non si cibano, l'intestino si arricchisce di "bacteroidetes"». E il peso comincia a calare.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 143.225
Diffusione 02/2016: 74.885
Lettori Ed. III 2015: 473.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

04-MAG-2016
da pag. 29
foglio 1
www.datastampa.it

Malati & Malattie

L'aspettativa di vita del paziente obeso grave è ridotta del 25 per cento

di Gloria Saccani Jotti

L'obesità è uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello mondiale, perché rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per molte patologie croniche, quali malattie cardiache e respiratorie, diabete di Tipo 2, ipertensione ed alcune forme oncologiche. Una condizione in grado di compromettere le funzioni vitali di un individuo e ridurne l'aspettativa di vita. Il paziente obeso presenta infatti un'aspettativa di vita ridotta di circa il 25% rispetto ad un normopeso. Nel nostro Paese il numero degli obesi corrisponde ad una popolazione di circa 5,5 milioni, dato in costante crescita: l'Italia, in particolare, detiene il triste primato europeo del maggior numero di bambini ed adolescenti in forte sovrappeso (pari al 36%) ed obesi (pari al 10-15%). Di fronte a questa grave emergenza, l'arma più efficace resta una corretta educazione alimentare, associata ad uno stile di vita dinamico, in cui sia favorita l'attività fisica fin dall'età giovanile. Quando però, in pazienti affetti da obesità grave, le modifiche degli stili di vita non riescono da sole a risolvere il problema, una soluzione potrebbe essere rappresentata dalla chirurgia bariatrica (branca della chirurgia il cui scopo è ottenere significativi cali ponderali), che negli ultimi decenni, grazie all'introduzione delle procedure laparoscopiche, è diventata più sicura e meno invasiva. La chirurgia laparoscopica è una tecnica mininvasiva, che permette di intervenire sul paziente effettuando incisioni molto piccole (un centimetro), attraverso le quali introdurre la strumentazione chirurgica, evitando così le conseguenze estetiche. Grazie a questa tecnica infatti si riducono i rischi di infezione e della possibilità di aderenze viscerali post-operatorie, si ha una notevole diminuzione del dolore, con una conseguente più rapida ripresa generale del paziente. Per quanto riguarda la chirurgia bariatrica, attualmente le procedure più eseguite sono la sleeve gastrectomy (asportazione di una parte dello stomaco) ed il by-pass gastrico (creazione di una piccola tasca gastrica). Meno praticato il bendaggio. Di questo si è parlato a Torino.

gloriasj@unipr.it

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 144.818
Diffusione 02/2016: 112.526
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

04-MAG-2016
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

«Pazienti lasciati morire a insaputa dei parenti»

Lo denuncia un rapporto dei medici «Non avvisati due familiari su dieci»

Sono gli effetti della norma che consente di non rianimare il malato terminale. Il relatore del Royal College of Physicians, Sam Ahmedzai incalza: ogni anno sono almeno 40mila i casi di persone «abbandonate» senza informare nessuno

ELISABETTA DEL SOLDATO
LONDRA

Al sistema sanitario nazionale britannico non è bastato lo scandalo che ha costretto a sbarazzarsi del controverso Liverpool Care Pathway (Lcp), il protocollo medico che prevedeva la sospensione della nutrizione assistita ai pazienti in fin di vita, per decidersi a migliorare le cure destinate a rendere più dignitosi gli ultimi giorni dei malati senza speranza. Ancora oggi, nonostante siano passati quasi due anni dal ritiro del programma creato da un team del Royal Liverpool University Hospital alla fine degli Anni Novanta, si sente parlare di pazienti abbandonati a se stessi perché ritenuti ormai un inutile (e costoso) peso per la sanità pubblica sempre più a corto di risorse.

Recentemente hanno fatto scalpore soprattutto il caso di una signora di 83 anni del Kent trovata letteralmente a succhiare una spugna pur di ottenere un minimo di idratazione, visto che l'acqua le era stata ormai negata, e di un ragazzo Down che è stato inserito nella lista dei «non rianimabili» conosciuta come "Dnr list' (*do not resuscitate*) senza che i genitori ne fossero informati. Casi che confermano anche i risultati di un recente studio del Royal College of Physicians – già emerso in fase preliminare e illustrato un mese fa anche da *Avvenire* – secondo il quale solo una piccola «parte dei familiari delle migliaia di pazienti in fin di vita che ogni anno vengono inseriti nel programma di non rianimazione ne sono a conoscenza. Su un campione di novemila pazienti, il rapporto del professore Sam Ahmedzai conferma infatti che i familiari del venti per cento di questi non sono stati messi al corrente del fatto che i loro cari erano stati inseriti nella lista "Dnr" dei «non rianimabili».

Lo studio, riportato anche dal *Daily Telegraph*, conferma dunque che dei 200mila pazienti che ogni anno vengono inseriti nella lista "Dnr" ben 40mila ci finiscono all'oscuro dei familiari. «Gli ospedali devono fare meglio – commenta Ahmedzai –, è imperdonabile non informare i familiari». Ahmedzai ha poi detto di capire che «la Sanità stia attraversando un periodo di profonda crisi a causa dei tagli inflitti dal governo», ma questo «non giustifica comportamenti disumani nei confronti delle persone più vulnerabili».

Il Liverpool Care Pathway venne studiato per «aiutare i pazienti ad affrontare con serenità e senza dolore le ultime ore», ma nella maggior parte dei casi si limitava a offrire sedativi e sospendere medicine, alimentazione e idratazione. Tuttavia neanche l'uso del cosiddetto Dnr – la direttiva legale che permette ai medici di rinunciare a pratiche rianimatorie su pazienti considerati terminali od ormai privi di speranze – è da elogiare. «Dovrebbe infatti essere usata in pochi casi, molto specifici –commentava ieri il *Guardian* –, ma è ovvio dai risultati del rapporto che anche questa pratica è oggetto di abusi».

«Sono molti anni, almeno trenta – spiega ad *Avvenire* la baronessa Illora Finlay – che sto cercando di spingere alla Camera dei Lord l'approvazione di una legge sulle cure palliativa, mentre la lobby contro l'eutanasia in questo Paese sta cercando di costringere il governo a investire più fondi nel fine vita. La situazione che devono affrontare le persone in fin di vita negli ospedali della Gran Bretagna è in molti casi tragica come mostrano ampiamente i risultati di questo rapporto. Speriamo almeno che i nuovi dati aiutino a creare più consapevolezza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 244.598
Diffusione 02/2016: 172.712
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Settimanale - Ed. nazionale

LA STAMPA
TUTTOSCIENZE

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

04-MAG-2016
da pag. 27
foglio 1
www.datastampa.it

Anticorpi come terapia

La lotta per salvare i neuroni aggrediti dal Parkinson

NICLA PANCIERA

Se ne è tornato a parlare di recente, quando i drammi dell'attore Michael J. Fox sono rimbalzati sui media. Ma la malattia di Parkinson è una condizione che, solo in Italia, colpisce 250 mila persone: con 6mila nuovi casi l'anno è la seconda malattia neurodegenerativa in termine di frequenza, dopo l'Alzheimer.

La ricerca di cure per il suo trattamento si basa su ciò che si sta imparando sui meccanismi che scatenano la patologia, caratterizzata dalla degenerazione di una zona del cervello, la substantia nigra, dove sono localizzati i neuroni pigmentati che producono la dopamina, neurotrasmettitore fondamentale per i movimenti. Da anni, ormai, gli scienziati si concentrano su una proteina, l'alfa sinucleina: si accumula nei pazienti e forma degli aggregati chiamati «Corpi di Lewy», che giocano un ruolo fondamentale nella morte dei neuroni dopaminergici (solo il 20% resta intatto in un malato di Parkinson). L'individuazione anatomo-patologica di questi aggregati è indice di diagnosi certa: misurare, quindi, i livelli della proteina nei fluidi biologici costituirebbe uno strumento di diagnosi precoce non clinica.

Uno studio di Alfredo Berardelli, neurologo dell'Università La Sapienza di Roma e presidente dell'Accademia Limpe-Dismov, il cui secondo congresso si apre oggi a Bari, ha mostrato che «nei pazienti con Parkinson si riduce, da un alto, proprio l'alfa sinucleina e, dall'altro, aumenta la forma oligomerica, quella cioè tossica e all'origine della morte neuronale». È emerso, inoltre, che la variazione del livello della proteina nella saliva si correla con la gravità dei sintomi motori.

Rispetto ai tentativi fin qui condotti, e concentrati sul liquor e sulle ghiandole salivari, il test sulla saliva è rapido e non invasivo. «Siamo già al lavoro per capire se questo biomarker sia utile anche nel distinguere il Parkinson dai parkinsonismi atipici, che nelle fasi iniziali sono di difficile diagnosi e dalla prognosi più infausta». E il tempismo è tutto: di fronte ad ogni malattia neurodegenerativa occorre intervenire precocemente per rallentarne l'avanzata e limitarne i danni.

Oltre alle nuove possibilità diagnostiche, la scoperta dell'alfa sinucleina apre la strada a nuove chance terapeutiche. «Tanto i trattamenti farmacologici, come la levodopa che compensa la mancanza di dopamina, quanto quelli chirurgici, come la stimolazione cerebrale profonda, sono volti al trattamento dei sintomi motori - spiega il neurologo -. Ora sono già in corso alcuni trial in cui si cerca, invece, di bloccare la proteina con anticorpi monoclonali». Impedendone formazione e replicazione, si arresterebbe infatti la morte cellulare nelle aree responsabili del controllo motorio.

Ma a Bari si parlerà anche di un trattamento sperimentale per i sintomi motori: è una stimolazione da applicare direttamente sullo scalpo del paziente, la «theta burst stimulation» (cTbs). «Ancora non è stato individuato un paradigma di stimolazione efficace e soprattutto duraturo», spiega Berardelli. Come dire che ulteriori evidenze cliniche saranno necessarie prima che entri nella prassi clinica.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Enigma
I meccanismi della neurodegenerazione restano controversi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media