

Cancro da sesso orale caccia al virus mutante

COS'È

Il **papilloma virus umano (HPV)** è la causa più diffusa delle malattie sessualmente trasmissibili (MST).



Esistono più di 40 tipi del virus che colpiscono gli **organi genitali maschili e femminili**, ma anche la **bocca** e la **gola**: nella maggior parte dei casi le persone non sanno di essere state contagiate

Nel 90% dei casi il sistema immunitario distrugge l'HPV naturalmente nel giro di 2 anni

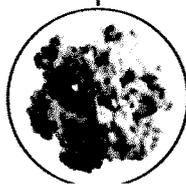
SVEZIA

1. La **Svezia** è il primo paese dove si è verificato l'aumento di tumori dell'orofaringe. La causa: si ipotizza una mutazione dei ceppi 16 e 18 di HPV

Il tempo che intercorre da quando si contrae l'infezione a quando si sviluppano le lesioni precancerose è di circa **5 anni**, mentre per lo sviluppo di tumore possono passare anche decenni

HPV (Human Papilloma Virus)

I tipi HPV più frequentemente responsabili del tumore dell'orofaringe sono il **16** e il **18** gli stessi che causano il cancro della cervice uterina

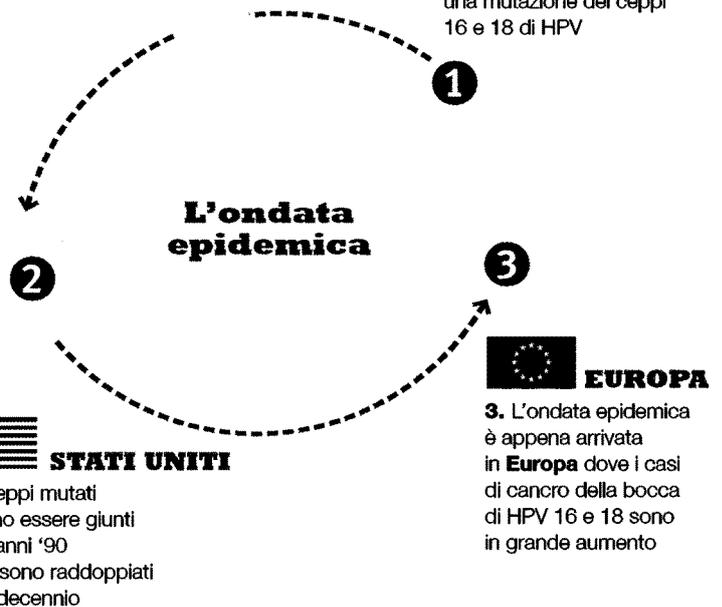


DAL NOSTRO INVIATO ARNALDO D'AMICO

CHICAGO o avuto un cancro della bocca grave, ma sono guarito. Mi è venuto facendo sesso orale». La confessione del premio Oscar Michael Douglas, giunge a Chicago nel corso del recente summit degli oncologi americani (Asco), con 30 mila specialisti da tutto il mondo. La notizia è accolta con grande favore perché interventi di que-

sto tipostimolano sia la diffusione di informazioni utili alla prevenzione che il finanziamento delle ricerche. L'incidenza del tumore orofaringeo da Hpv (lo stesso virus che causa il tumore del collo dell'utero) negli Usa, secondo varie ricerche presentate anche qui all'Asco, è in drastico aumento: tra il 1988 e il 2004 l'incremento è stato del 225%, salendo da 0,8 a 2,6 casi per 100.000 residenti. Se non si ostacola la tendenza, tra pochi anni i casi di tumore dell'orofaringe supereranno quelli del collo dell'utero. «E di corretta

informazione e di ricerca ce n'è molto bisogno» commenta Mario Airoidi, direttore dell'Oncologia della Città della Salute e



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

della Scienza di Torino, presente a Chicago.

Qual è la situazione in Italia?

«Mancano ancora dati precisi, ma vediamo un notevole aumento dei casi. Ci aspettiamo nei prossimi anni che l'incidenza dei tumori orofaringei da Hpv salga dal 15% degli anni 80 al 70% nei prossimi anni come è stato già in Svezia».

La causa di questa ondata epidemica?

«Alla base vi è l'Hpv, in particolare il ceppo 16, lo stesso virus causa del cancro della cervice uterina. Oltre che sulle mucose sessuali, è presente anche sulla pelle circostante e da lì passa da soggetto a soggetto. Il profilattico infatti, limita ma non annulla il rischio di contagio. Da sempre è diffuso in tutta la popolazione, che in genere lo elimina in pochi anni con l'immunità. Innesca un tumore solo in alcuni soggetti predisposti, per costituzione genetica e/o per crollo immunitario da stress».

S'è parlato di modificazioni dei comportamenti sessuali.

«Più probabile invece che si sia verificata una mutazione degli Hpv, ceppo 16 in particolare, che li ha resi più capaci di innescare il cancro. È insorta in Svezia. Dal l'aumento del tumore virus-indotto è passato negli Usa e poi in Europa, dove vi è ora l'incremento dei casi».

Sono curabili?

«Per fortuna l'85% dei malati guarisce con cure mediche e radioterapia. Solo nel 15% recidiva e richiede l'asportazione, con mutilazioni spesso invalidanti perché queste strutture anatomiche sono determinanti per parlare, inghiottire e bere. Proprio per questo è importante distinguere i tumori dell'orofaringe da Hpv, dagli altri, che richiedono sempre l'asportazione perché insensibili alle cure mediche. Si rischia di rendere invalido grave un malato che poteva invece essere ben curato con le sole cure mediche».

Prevenzione?

«Purtroppo il vaccino anti Hpv, che protegge proprio dai ceppi 16 e 18, pur essendo da tempo gratuito per le ragazze, ha raggiunto una copertura insufficiente per essere un buon ostacolo alla diffusione dell'Hpv. Si sta valutando anche l'opportunità di vaccinare i maschi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER SAPERNE DI PIÙ

www.asco.org

www.cittadellasalute.to.it

Tumori: oncologi, Italia capofila in cure, si guarisce in 9 casi su 10

Roma, 10 giu. (Adnkronos Salute) - Il tumore del seno guarisce in 9 casi su 10, se diagnosticato in anticipo. L'Italia è capofila nel mondo per il trattamento e l'assistenza delle pazienti. "Il contributo del Gruppo Italiano Mammella (GIM) è stato determinante per raggiungere l'eccellenza – commenta il prof. Francesco Cognetti, Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica del Regina Elena di Roma, durante il convegno nazionale GIM –. Il nostro network, che riunisce i maggiori specialisti italiani, è nato dal desiderio di costituire un rapporto di stretta collaborazione clinica e scientifica tra tutti coloro che operano quotidianamente in questo settore. Per assicurare alle pazienti il maggior livello assistenziale possibile, oltre a favorire il progresso nella ricerca. Abbiamo compiuto grandi passi. Tutto il lavoro fatto finora rischia però di essere minato, nella sua validità, dalla mancata o non corretta applicazione di raccomandazioni e linee guida sul trattamento della patologia. Siamo preoccupati, come oncologi, dalla formulazione di proposte terapeutiche spesso minimaliste, che non tengono conto delle raccomandazioni provenienti dalle Società Scientifiche e spesso non sono sostenute da sufficienti prove scientifiche". Eppure, esistono ormai da tempo schemi terapeutici di comprovata efficacia, fondamentali per le oltre 46mila italiane che ogni anno si ammalano di neoplasia al seno. "La Comunità Oncologica Nazionale offre alle pazienti un'uniformità di trattamenti e percorsi condivisi ed omogenei su tutto il territorio – spiega la prof.ssa Lucia del Mastro, dell'Oncologia Medica dell'IST di Genova –. Questo permette da un lato di lavorare in rete tra le diverse Oncologie, dall'altro di ottimizzare dati clinici e utilizzare in modo appropriato le risorse per garantire alle malate le migliori modalità di approccio diagnostico e terapeutico". "Il Gruppo riunisce 140 centri d'eccellenza in tutta Italia – commenta il prof. Sabino De Placido, dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" –. Stiamo conducendo in contemporanea diversi studi clinici di fase III, come i GIM 1 - 2 - 3, a cui partecipano migliaia di pazienti. L'abstract del GIM 3 è stato presentato durante il congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) di Chicago, appena concluso. Si tratta di ricerche davvero promettenti, su combinazioni di farmaci innovative, che speriamo possano rappresentare un aiuto concreto per tutte le donne con tumore della mammella".

Tumori: cancro seno fa meno paura, 9 su 10 guariscono

14:27 10 GIU 2013

(AGI) - Roma, 10 giu. - Il tumore del seno fa sempre meno paura. Se diagnosticato in fase precoce, infatti, nel 90% dei casi guarisce perfettamente. Questo grazie anche ai progressi della ricerca, che vedono il nostro Paese capofila nel mondo per il trattamento e l'assistenza delle pazienti. "Il contributo del Gruppo Italiano Mammella (GIM) e' stato determinante per raggiungere l'eccellenza - commenta il prof.

Francesco Cognetti, Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica del Regina Elena di Roma, durante il convegno nazionale promosso dal GIM nella capitale per la presentazione degli ultimi lavori scientifici sul cancro al seno -. Il nostro network, che riunisce i maggiori specialisti italiani, e' nato dal desiderio di costituire un rapporto di stretta collaborazione clinica e scientifica tra tutti coloro che operano quotidianamente in questo settore". "Per assicurare alle pazienti il maggior livello assistenziale possibile - prosegue Cognetti - oltre a favorire il progresso nella ricerca. Abbiamo compiuto grandi passi. Tutto il lavoro fatto finora rischia pero' di essere minato, nella sua validita', dalla mancata o non corretta applicazione di raccomandazioni e linee guida sul trattamento della patologia. Siamo preoccupati, come oncologi, dalla formulazione di proposte terapeutiche spesso minimaliste, che non tengono conto delle raccomandazioni provenienti dalle Societa' Scientifiche". Eppure, esistono ormai da tempo schemi terapeutici di comprovata efficacia, fondamentali per le oltre 46mila italiane che ogni anno si ammalano di neoplasia al seno. "La Comunita' Oncologica Nazionale offre alle pazienti un'uniformita' di trattamenti e percorsi condivisi ed omogenei su tutto il territorio - spiega la prof.ssa Lucia del Mastro, dell'Oncologia Medica dell'IST di Genova -. Questo permette da un lato di lavorare in rete tra le diverse Oncologie, dall'altro di ottimizzare dati clinici e utilizzare in modo appropriato le risorse per garantire alle malate le migliori modalita' di approccio diagnostico e terapeutico". "Il Gruppo riunisce 140 centri d'eccellenza in tutta Italia - conclude il prof. Sabino De Placido, dell'Universita' degli Studi di Napoli "Federico II".

DE LORENZO A CAPO DELLA COALIZIONE EUROPEA PAZIENTI TUMORE

'Serve subito un piano oncologico'

Per la prima volta un italiano alla guida della Coalizione europea dei malati di cancro. Francesco De Lorenzo, presidente della FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e' stato eletto, per i prossimi tre anni, presidente della European Cancer Patient Coalition (ECPC - www.ecpc-online.org), che riunisce oltre 300 associazioni di malati di cancro in tutta l'Unione europea, il cui motto e': "Niente per noi, senza noi". "La tutela dei diritti delle persone colpite da tumore - spiega De Lorenzo - deve entrare nell'agenda di tutti i governi. E' essenziale il dialogo con le Istituzioni. Obiettivo prioritario sara' il superamento delle inaccettabili disparita' di accesso ai farmaci esistenti tra i Paesi europei, con particolare riguardo a Grecia, Romania e Bulgaria. Anche per questo e' essenziale che venga formulato quanto prima un Piano oncologico europeo al fine di garantire pari diritti a tutti i cittadini dei Paesi membri nell'accesso alle cure e ai servizi diagnostici e terapeutici di qualita' sempre piu' elevata. Un Piano che affrontera' tutti gli aspetti della malattia, comprendendo il controllo, la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura, la riabilitazione e le cure palliative a livello europeo.". Ogni anno in Europa si registrano piu' di 3 milioni di nuove diagnosi di tumore, che rappresenta la principale causa di decesso nel Vecchio Continente dopo le malattie cardiovascolari. La ECPC, che ha sede a Bruxelles, celebra in questi giorni il decimo anniversario dalla fondazione e, spiega De Lorenzo, ha come obiettivo "la promozione dei diritti fondamentali dei malati di cancro in Europa". Nel Direttivo sono stati eletti anche: Kathi Apostolidis (Grecia, Vice presidente); Vlad Vasile Voiculescu (Romania, Vice presidente e Segretario); Jana Pelouchova (Repubblica Ceca, Tesoriere); Sarah Lindsell (Gran Bretagna); Elena Caruso (Italia); Rafal Swierzewski (Polonia).

Tumori: De Lorenzo (Favo) a capo della Coalizione Europea dei Pazienti

10 Giugno 2013 - 12:58

(ASCA) - Roma, 10 giu - Per la prima volta un italiano alla guida della Coalizione europea dei malati di cancro.

Francesco De Lorenzo, presidente della FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), e' stato eletto, per i prossimi tre anni, presidente della European Cancer Patient Coalition (ECPC - www.ecpc-online.org), che riunisce oltre 300 associazioni di malati di cancro in tutta l'Unione europea, il cui motto e': "Niente per noi, senza noi". "La tutela dei diritti delle persone colpite da tumore - spiega De Lorenzo - deve entrare nell'agenda di tutti i governi. E' essenziale il dialogo con le Istituzioni. E nel prossimo triennio mi impegnero' perche' si sviluppi una politica comune in materia a livello europeo, mettendo a frutto l'esperienza maturata in Italia con la FAVO. Obiettivo prioritario sara' il superamento delle inaccettabili disparita' di accesso ai farmaci esistenti tra i Paesi europei, con particolare riguardo a Grecia, Romania e Bulgaria. Anche per questo e' essenziale che venga formulato quanto prima un Piano oncologico europeo al fine di garantire pari diritti a tutti i cittadini dei Paesi membri nell'accesso alle cure e ai servizi diagnostici e terapeutici di qualita' sempre piu' elevata. Un Piano che affrontera' tutti gli aspetti della malattia, comprendendo il controllo, la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura, la riabilitazione e le cure palliative a livello europeo. Il cancro e' una patologia che riguarda l'intera collettivita', sia sul piano della prevenzione che della cura. Una malattia che troppo spesso ne genera un'altra: la solitudine di chi deve affrontare questa realta' delicata e complessa che scompensa gli equilibri relazionali, che apre scenari dove non e' sempre facile trovare soluzioni e risposte".

Ogni anno in Europa si registrano piu' di 3 milioni di nuove diagnosi di tumore, che rappresenta la principale causa di decesso nel Vecchio Continente dopo le malattie cardiovascolari. La ECPC, che ha sede a Bruxelles, celebra in questi giorni il decimo anniversario dalla fondazione. "La ECPC - sottolinea il professore - si pone come obiettivo principale la promozione dei diritti fondamentali dei malati di cancro in Europa. Vuole rendere piu' incisiva l'influenza di questi pazienti nella politica sanitaria europea, assicurando la garanzia dell'accesso tempestivo ed uguale per tutti alla diagnosi, al trattamento ed alla cura, nonche' lo sviluppo della ricerca contro il cancro. Questo importante incarico consentira' ai pazienti italiani di sviluppare ulteriormente rapporti a livello europeo e di consolidare le relazioni gia' forti con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica". Nel Direttivo sono stati eletti anche: Kathi Apostolidis (Grecia, Vice presidente); Vlad Vasile Voiculescu (Romania, Vice presidente e Segretario); Jana Pelouchova (Repubblica Ceca, Tesoriere); Sarah Lindsell (Gran Bretagna); Elena Caruso (Italia); Rafal Swierzewski (Polonia). red/mpd

Per saperne di più

Il polmone

I NUOVI BIOLOGICI CHE ALLUNGANO LA VITA

Il cancro del polmone si conferma il "big killer" ma continua a cambiare volto. Diminuiscono anche in Italia i casi della forma "squamosa" frequente nei fumatori, ma aumentano quelli da smog (adenocarcinoma), secondo i dati diffusi all'Asco dall'Associazione Italiana di Oncologia medica (Aiom). Uno studio presentato all'Asco dimostra che un nuovo farmaco biologico, nintedanib, ha allungato la vita dei pazienti con la forma "non a piccole cellule" di 2,3 mesi rispetto a placebo più docetaxel. La sopravvivenza complessiva è salita a 12,6 mesi. «Si tratta di risultati incoraggianti - commenta Stefano Cascinu, presidente dell'Aiom - perché per la prima volta un agente biologico dimostra di dare un vantaggio anche in pazienti già trattati. È un farmaco anti-angiogenetico, che attacca cioè la vascolarizzazione del tumore, "affamandolo", ma che agisce anche su tutta l'impalcatura del tumore stesso». Presentato poi uno studio su un altro farmaco sperimentale innovativo, afatinib: i pazienti con carcinoma polmonare "non a piccole cellule" positivo per mutazioni Egfr hanno avuto una sopravvivenza libera da progressione della malattia di circa un anno rispetto ai poco meno di sei mesi dei pazienti sottoposti alla chemioterapia standard, raddoppiando inoltre la sopravvivenza libera da malattia (11 mesi contro i 5,6 mesi della terapia standard).



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

SANITÀ DIGITALE, PREGI E DIFETTI

In passato ero molto dubbioso sulla cosiddetta sanità digitale. Le perplessità non riguardavano l'uso della tecnologia — la telemedicina ha rappresentato l'avanguardia del rinnovamento — ma la sua applicazione per i servizi alla persona. Autorevolezza e affidabilità delle fonti, qualità delle prestazioni, effettivo risparmio di denaro, scomparsa del rapporto umano, erano alcuni dei punti deboli. Con il passare degli anni larga parte dei dubbi è andata scemando perché, anche se graduale, il miglioramento è stato costante. E oggi in tanti — malati, amministratori, società, medici — usano il web per informarsi, spendere di meno, mettere in rete esperienze, guadagnare tempo, vendere prodotti. Le possibilità della sanità elettronica sono infinite, come sanno gli operatori del sistema: per loro usare internet è ormai imprescindibile. Ed è importante nei momenti di crisi e tagli, perché si abbattono i costi. Però così facendo la salute diventa sempre più una merce, da vendere e comprare sul mercato elettronico. Con un'aggravante: l'assenza totale di dialogo tra le persone. Perciò preferisco ancora parlare al telefono con il mio medico di base e andare a piedi in farmacia.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RICERCA INTESA-IMT PER ASPEN

La sfida delle scienze della vita

Dai settori della salute un alto potenziale nel medio-lungo termine

di **Gregorio De Felice**
e **Fabio Pammolli**

È diffusa l'opinione che l'Italia per crescere debba intensificare le politiche a sostegno dello sviluppo nei settori ad alta tecnologia, come l'industria della salute (**farmaceutica** e tecnologie medicali), a cui Intesa Sanpaolo e Imt, nell'ambito degli incontri di interesse nazionale organizzati da Aspen Institute Italia, hanno da poco dedicato uno studio. L'industria della salute è uno dei pochi settori ad alta tecnologia in cui è specializzata l'industria italiana. Il suo fatturato è di 43 miliardi di euro (il 4,2% del manifatturiero italiano), le esportazioni toccano i 23 miliardi, più del 6% del totale. Sul piano dell'innovazione il peso di questi settori è alto in termini di R&S (14,2%) e di attività brevettuale (21,5%).

I settori industriali legati alle scienze della vita sono industrie globali. Anche in Italia è alta la presenza di multinazionali estere: nell'industria dei dispositivi medici realizzano il 59% del fatturato, nella **farmaceutica** la percentuale sale al 71%. Sono molti gli investimenti diretti in uscita: nelle imprese estere controllate da aziende **farmaceutiche** italiane lavorano più di 17mila addetti, pari al 27% degli occupati nelle imprese residenti in Italia.

I settori della salute hanno un alto potenziale nel medio-lungo termine. La crescita del reddito e lo sviluppo di sistemi pubblici favorisce un rapido aumento della domanda di servizi per la salute nei Paesi di recente industrializzazione. Già nel 2011 la Cina era il 3° mercato mondiale; nel 2016 è attesa al 2° posto, alle spalle degli Usa. Nel 2016 tra i primi dieci mercati ci saranno Brasile (4°), India (8°) e Russia (9°).

Il settore può tenere alta la competitività del Paese e non mancano in Italia eccellenze su cui far leva: grandi imprese multinazionali (a capitale italiano ed

estero), un tessuto di Pmi dinamiche e flessibili, un numero crescente di start up. Una conferma dei buoni livelli di competitività dell'industria italiana della salute viene dai dati di commercio estero: tra il 2008 e il 2012 l'export è salito del +36,5%, molto più del 6,5% della media del manifatturiero. Questa tendenza è proseguita nel I trimestre 2013 con un progresso del 16,5% (-0,8% per il manifatturiero). Le scienze della vita sono uno dei pochi settori italiani che ha recuperato i livelli di fatturato precedenti la crisi del 2009. Spiccano le performance delle imprese con brevetti depositati allo European Patent Office (Epo) che registrano una migliore evoluzione del fatturato e della redditività (Ebitda margin al 10,2% vs. l'8,7% delle imprese senza brevetto).

Nonostante le eccellenze, il settore presenta criticità. Nel 2012 abbiamo registrato un deficit di commercio estero pari a 3,3 miliardi di euro. Abbiamo un posizionamento sui mercati non di primo piano: nella **farmaceutica** siamo gli ottavi esportatori mondiali (con una quota pari a circa il 4,1%), nelle tecnologie medicali ci collochiamo in 12esima posizione (2,4%). Il ritardo italiano è pronunciato in termini di capacità di ricerca. Nelle scienze della vita l'Italia si colloca al 12° posto per numero di pubblicazioni pro capite, in linea con Germania e Francia, ma distante da Regno Unito e Usa. Il nostro paese scende al 21° posto per numero di brevetti pro capite registrati all'Epo nelle scienze della vita applicate alla salute. Tra le prime 10 regioni mondiali per brevetti Epo nessuna è italiana. La Lombardia si colloca al 18° posto. Tra le prime 10 ben 7 sono Usa. Le 3 europee sono Ile-de-France (Fr), Darmstadt (De) e Hovedstaden (Dk). Dall'analisi delle collaborazioni tra Paesi, emerge un grado di chiusura elevato dei sistemi nazionali di ricerca europei. Per questo motivo, l'Italia è chiamata a identificare e a far

valere le proprie priorità nello spazio europeo della ricerca.

Le regioni più innovative presentano un surplus positivo in entrata in termini di mobilità di inventori. I poli italiani sono periferici: Milano esce dal core negli anni 90 a causa di un indebolimento del tessuto locale, con un ulteriore peggioramento dalla metà degli anni Duemila. Nello spazio della ricerca, Roma e Milano sono vicine tra loro e specializzate in medicina, ma sono distanti dalle regioni leader Usa, più orientate su biotecnologie, nanoscienze e post genomica.

Dal superamento di queste criticità dipende la competitività italiana, che non può prescindere da un sostegno e un ruolo più attivo e organizzato del sistema pubblico. Più investimenti pubblici potrebbero costituire un ottimo volano di politica economica, dando forte spinta al settore e all'occupazione di personale qualificato. È necessario un quadro normativo che, capace di controllare la spesa sanitaria, sia più stabile e favorevole agli investimenti in ricerca, alla promozione di centri di eccellenza nella ricerca e nella sperimentazione pre-clinica e clinica di nuovi **farmaci**.

Gregorio De Felice è Chief economist di Intesa Sanpaolo e Fabio Pammolli è direttore di Imt. L'articolo è uno stralcio della ricerca sulle scienze della vita condotta per Aspen Institute Italia da Servizio studi e ricerche di Intesa Sanpaolo e Imt

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il polo tra Parma, Bologna e Modena

Il distretto farmaceutico regge Chiesi prepara un nuovo impianto

di **Andrea Curiat**

È il quinto polo farmaceutico in Italia per presenza industriale e il quarto per attività di ricerca e sviluppo. Tra Parma, Bologna e Modena sono attive 15 aziende farmaceutiche e 5 centri di ricerca: grandi imprese a capitale estero, efficienti strutture italiane e colossi internazionali. Il distretto dei farmaci in Emilia-Romagna fornisce un importante contributo all'economia della Regione, dando lavoro a 3.300 addetti diretti e ai circa 6.000 lavoratori che operano nell'indotto. E il comparto ha retto bene sia all'impatto della crisi, sia ai recenti tagli pubblici sulla spesa sanitaria nazionale. «Tra il 2008 e il 2012, in Emilia-Romagna l'export farmaceutico è cresciuto del 13%, contro un aumento delle esportazioni generali del manifatturiero fermo all'1%» commenta Massimo Scaccabarozzi, presidente dell'associazione di categoria Farindustria.

Secondo Scaccabarozzi «l'ultimo governo ha penalizzato molto il settore, con 4 azioni governative nel giro di soli otto mesi: dalla prescrizione del principio attivo, che ha inciso sui farmaci di marca, sino alla riduzione del tetto previsto per la spesa farmaceutica. È evidente che questi interventi si fanno sentire maggiormente nelle regioni dove il comparto è sano, attivo, e dove c'è una maggiore concentrazione di aziende farmaceutiche. E l'Emilia-Romagna è tra queste». Nonostante tutto, Scaccabarozzi non rileva sofferenze particolari sul territorio emiliano-romagnolo, né in termini di perdita di posti di lavoro né di calo degli investimenti, «grazie anche alla grande volontà degli imprenditori locali. Per sostenere il comparto farmaceutico in Emilia-Romagna, però, il governo e la Regione dovrebbero capire che il nostro distretto non rappresenta soltanto una spesa, ma produce valore aggiunto e benessere, anche in senso letterale».

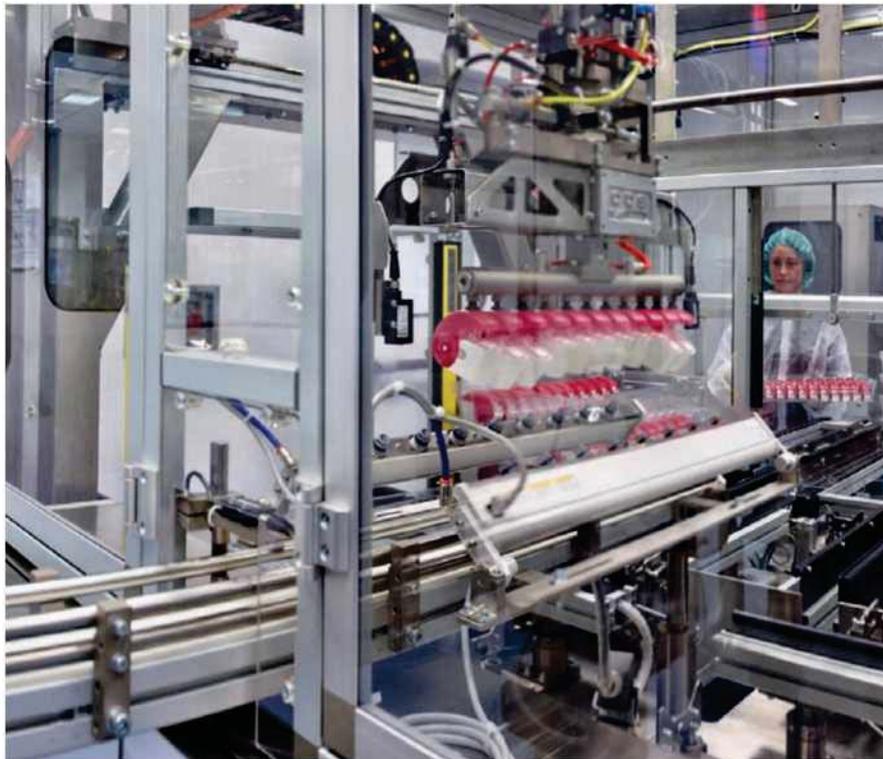
La provincia emiliana a maggior presenza farmaceutica è Parma, che rientra tra le prime 10 a livello nazionale per occupazione ed

export e dove il settore rappresenta l'11% delle esportazioni manifatturiere totali e l'85% di quelle hi-tech. A questo dato contribuisce in maniera sostanziale Chiesi Farmaceutici, principale impresa farmaceutica dell'Emilia-Romagna: il gruppo ha fatturato nel 2012 più di 1,1 miliardi di euro, investendo quasi 200 milioni in ricerca e sviluppo. «Il Centro ricerche di Parma, che è stato inaugurato nel 2011 e che oggi ospita oltre 380 ricercatori, rappresenta la maggiore evidenza della volontà di continuare ad operare in questo territorio, nonostante le oggettive difficoltà che le industrie farmaceutiche, sia nazionali sia di altri paesi, devono affrontare per svolgere la propria attività in Italia», afferma Paolo Chiesi, vice presidente e direttore R&S di Chiesi Farmaceutici. Il Gruppo Chiesi sta investendo nella realizzazione di un nuovo impianto e di nuove linee produttive presso lo stabilimento di San Leonardo. «I lavori hanno preso avvio alla fine del 2012 e si prevede che entro il dicembre 2014 il nuovo impianto sarà meccanicamente completato e collaudato», aggiunge il dirigente.

Più pessimistico lo scenario tracciato da Paolo Lanfranchi, ad di Doppel Farmaceutici, azienda specializzata in produzione farmaci contoterzi con sede a Cortemaggiore, in provincia di Piacenza: «I costanti tagli fisati dall'Agenzia italiana del farmaco e l'erosione del mercato dei business branded da parte dei farmaci generici prodotti all'estero ha certo determinato un risparmio sulla spesa pubblica. I rischi però sono la perdita di unità produttive e di valore e la tendenza alla delocalizzazione». Per reagire alla crisi, conclude Lanfranchi, le aziende del territorio devono continuare a lavorare non solo sul prodotto, ma anche sul packaging e sulla flessibilità: «Dobbiamo essere pronti a instaurare rapidamente gli impianti, essere i primi a muoversi sui nuovi metodi di analisi, integrare le produzioni di confezioni e farmaci, lavorare in conto terzi come fa Doppel».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



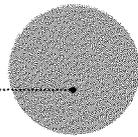


Investimenti. Il Gruppo Chiesi (nella foto una linea produttiva) sta investendo nella realizzazione di un nuovo impianto

NEL MONDO

Numero di malati
2011-2030

Nel 2011
**285-350
milioni**



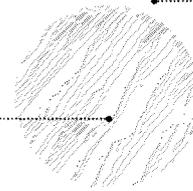
Nel 2030
(proiezione)
**438-700
milioni**

Crescita
prevista
50%

IN ITALIA

Prevalenza
2000-2010

Nel 2000
3,7%



Nel 2010
4,9%

**2,9 milioni
di diabetici**

C'è un altro milione
che non ne è
a conoscenza

Personalizzare le terapie ritardi nel cambiare cure

DIABETE DI TIPO 2

colpisce il

90%
dei diabetici



Avviene di solito dopo i 30-40 anni

40%

dei malati ha un parente di primo grado affetto dalla stessa malattia

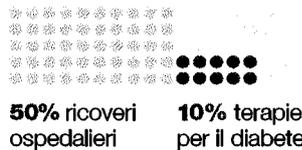
MARIAPAOLA SALMI

rollano negli ultimi dieci anni i ricoveri per complicanze acute da diabete, segno che le cure e l'assistenza (integrata) sono migliorate eppure la mortalità tra i ricoverati è invariata (7,6%) anzi si registra una tendenza all'aumento dei decessi da ipoglicemia; stesso trend per i ricoveri correlati alle complicanze croniche della patologia. I dati dell'indagine condotta dal 2001 al 2010 da ricercatori dell'Istituto superiore di Sanità e del Dipartimento di scienze mediche dell'università di Torino, pubblicati giorni fa sulla rivista *Plos One*, sono in linea con l'allerta lanciato al recente congresso nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD): quasi un terzo della popolazione diabetica è curato in

I COSTI SANITARI

Costo medio per paziente

3mila
euro l'anno



Costo complessivo per i pazienti

9 miliardi
euro l'anno

9% della spesa sanitaria nazionale



I DECESSI

27mila

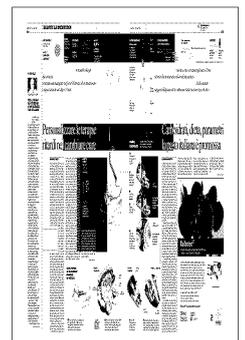
decessi per diabete ogni anno in Italia



1 persona muore ogni 20 minuti

FONTE: INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION / RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

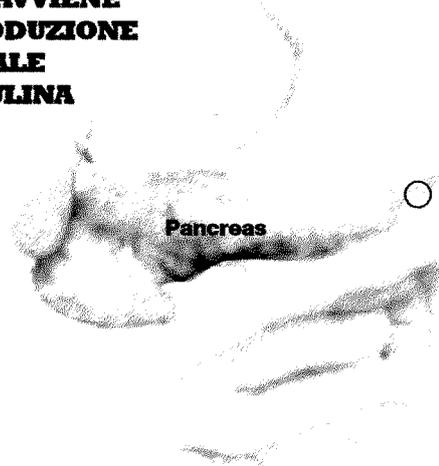
modo inadeguato tanto che un paziente su due sopra i 65 anni viene trattato con farmaci che non funzionano come dovrebbero e continua ad esserlo per almeno altri due-tre anni prima che il diabetologo decida di cambiare terapia. Perché? Fattori culturali e formazione



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

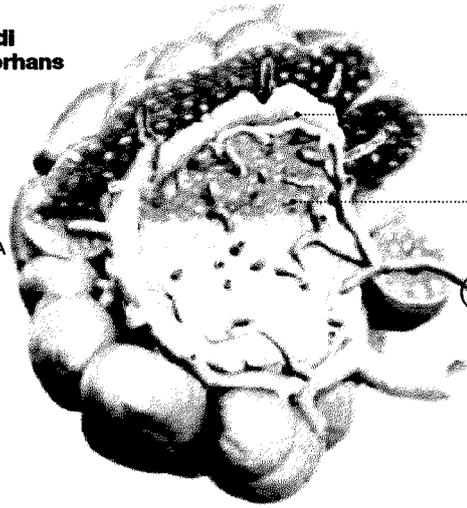
■ SELPRESS ■
www.selpress.com

COME AVVIENE LA PRODUZIONE NORMALE DI INSULINA



Pancreas

Isola di Langerhans



Cellule
beta

Cellule
alfa

AREA
INGRANDITA

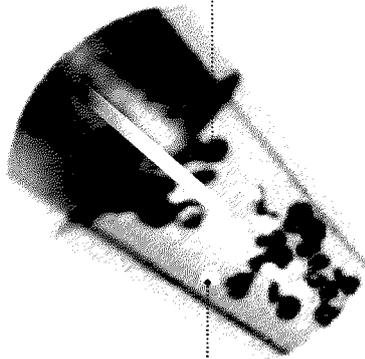
AREA
INGRANDITA

1 Nel corpo e nella coda del pancreas sono presenti circa 1 milione di isole di Langerhans. Nelle isole si producono ormoni endocrini che vengono poi versati nel circolo sanguigno

Le isole costituiscono circa 1-2% della massa del pancreas

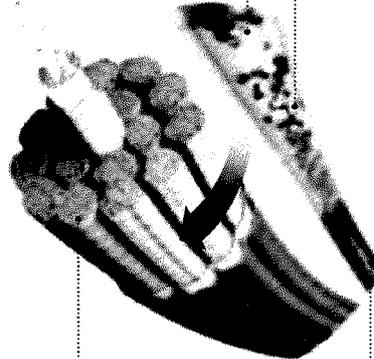
2 All'interno delle isole si trovano cellule endocrine, tra cui le cellule beta che secernono insulina e le alfa, glucagone. L'insulina riduce i livelli di glucosio nel sangue, il glucagone li aumenta

Nel vasi sanguigni



Globuli rossi

Insulina Glucosio



Fibra muscolare

Vaso sanguigno

3 Le cellule beta secernono i granuli maturi di insulina nei vasi sanguigni

4 Assorbono glucosio anche senza insulina il cervello, i muscoli durante lo sforzo, l'epitelio intestinale, i tubuli renali e i globuli rossi. Tutti gli altri organi del corpo sono invece insulino-dipendenti

del medico, educazione del paziente. «Per molto tempo abbiamo avuto a disposizione solo tre tipi di terapie—metformina, sulfaniluree e glinidi, insulina—oggi ben nove classi terapeutiche permettono di adeguare la cura ai diversi profili dei pazienti diabetici seppure con meccanismi d'azione diversi», dice Carlo Giorda, neopresidente della Fondazione AMD, «nonostante questa disponibilità a personalizzare la terapia c'è un ritardo enorme nel cambiare farmaco quando non funziona più. Un esempio? Quando il diabetologo cambia il farmaco passando all'insulina, il valore dell'emoglobi-

na è elevato, tra 8,0 e 9,0, indice di un cattivo controllo glicemico che perdura da mesi». Questa sorta di inerzia si ripercuote negativamente sul buon controllo glicemico (HbA1c attorno a 7 nei diabetici di lunga data, tra 6,0-6,5 nei giovani) e ha ricadute pesanti sul rischio cardiovascolare.

«Sebbene si sia verificato il dimezzamento dei ricoveri per complicanze acute, passati dal 14,4 al 7,1 per 1000 persone diabetiche in un decennio, la probabilità di essere ricoverati per un coma ipoglicemico o una disidratazione da iperglicemia persistente, è ancora alta», ribadisce Marina Maggini ri-

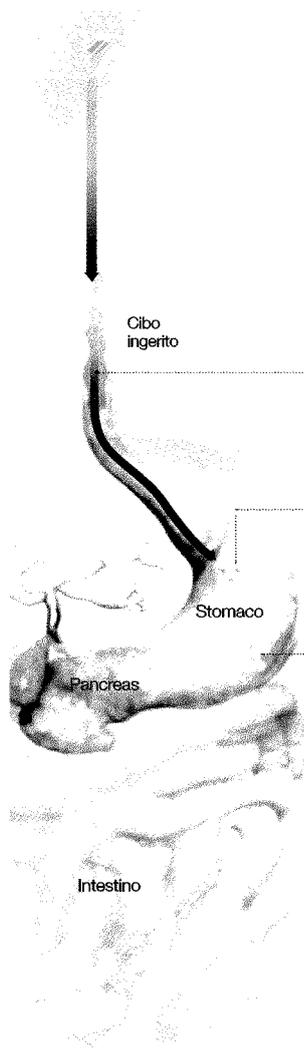
cercatore all'Istituto superiore di sanità. La prima, grave complicanza acuta del diabete è l'ipoglicemia legata all'eccesso o alla scarsa azione del farmaco prescritto. Negli Stati Uniti si registra una media di 380.000 visite di emergenza per ipoglicemia all'anno, sempre negli States insuline e ipoglicemizzanti orali sono tra le quattro classi di farmaci responsabili di due terzi di tutte le ospedalizzazioni per eventi avversi da farmaci negli over 65. Uno studio di confronto Germania, Spagna e Gran Bretagna ha rilevato che i costi diretti attribuibili alle ipoglicemie oscillano tra i 1300 e i 3200 eu-

SELPRESS
www.selpress.com

ra a episodi mentre i dati preliminari dello studio italiano HY-SBERG indicano che l'8,1% dei diabetici arruolati ha avuto uno o più episodi di ipoglicemia severa nell'ultimo anno con necessità di ricovero nel 64% dei casi. È indispensabile ridurre al minimo il rischio crisi ipoglicemica, soprattutto negli anziani fragili con problemi di insufficienza renale e nei giovani, destinati a una lunga aspettativa di vita media e ad una lunga durata della malattia diabetica in allarmante diffusione nei paesi orientali, tema centrale del sesto Italian Barometer Diabetes Forum in corso a Monte Porzio Catone). Tra le azioni per contrastare la "minaccia globale", l'accordo che l'Osservatorio italiano ha siglato con l'Osservatorio diabetologico colombiano, l'esportazione del modello di cura italiano del diabete e la geomedicina che affronta gli aspetti demografici, sociali, culturali ed economici dei paesi emergenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PER SAPERNE DI PIÙ
www.aemmedi.it
www.ibdo.it



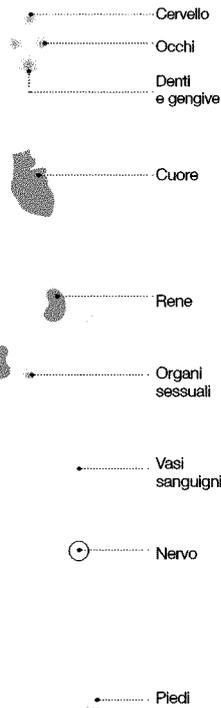
COMPLICAZIONI

Fattori di rischio

- Familiarità
- Sovrappeso
- Sedentarietà
- Appartenenza ad alcune etnie

La costante instabilità del livello glicemico del sangue genera diverse complicazioni

Una percentuale alta dei malati è obesa o in sovrappeso



i diversi
maggiori

COME COLPISCE

Il diabete di tipo 2 si manifesta in età adulta per un difetto nella produzione di insulina

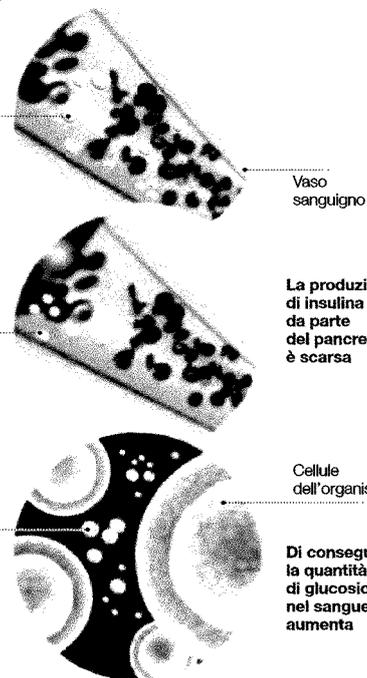
1 Lo stomaco estrae glucosio dal cibo ingerito

2 Il glucosio che arriva allo stomaco entra nei vasi sanguigni

3 Il pancreas produce **insulina**

4 L'insulina entra nei vasi sanguigni

5 Il glucosio non riesce a entrare nelle cellule perché l'insulina non funziona correttamente



La produzione di insulina da parte del pancreas è scarsa

Di conseguenza la quantità di glucosio nel sangue aumenta

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

SELPRESS
www.selpress.com

Direttore Responsabile
Ezio Mauro

Diffusione Testata
449.238



Boom di offerte estetiche pre-estive. Consigli di esperti
 Filler, trattamenti, creme: evitare i rischi, scegliere la qualità

CLAUDIA BORTOLATO, ANNA RITA CILLIS, VALERIA PINI

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA DI VLADA KRAMINA/CORBIS



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Filler, peeling e creme low cost tutti i rischi delle super offerte

ANNA RITA GILLIS E VALERIA PINI

el paradiso del low cost, dove si trova di tutto a prezzi stracciati, la bellezza ha un posto d'onore. Trattamenti estetici scontati fino al 40 per cento, creme alla portata di budget minimi che promettono eterna giovinezza. Un sogno in tempo di crisi. Tutto perfetto quindi? Non sempre. «Demonizzare le offerte può essere sbagliato, ma qualità e sicurezza hanno un loro costo, a partire da uno studio medico a norma, dalla qualità dei materiali alla strumentazione utilizzata. Alcuni specialisti possono decidere di puntare a farsi pubblicità in questo modo rinunciando ad altre forme di promozione — spiega **Andrea Romani**, dermatologo plastico e presidente dell'*Isplad*, International-Italian society of plastic aesthetic and oncologic dermatology — bisogna

però fare molta attenzione. Nel caso dei filler, per esempio, oltre al prezzo, va chiesto qualisostanze vengono iniettate e l'identificativo del prodotto».

Non tutti i filler sono uguali, però. E «per stabilire se è di qualità — raccomanda Mario Pelle Ceravolo, vicepresidente dell'Associazione italiana di chirurgia plastica estetica — bisogna verificare che abbia il marchio CE, anche se da solo non basta. Una fiala da un millilitro di un buon acido ialuronico costa dagli 80 a 130 euro, cifre inferiori sono un indice negativo». Ma esistono diversi trattamenti alla portata di budget: «Come la rivitalizzazione, i *peeling* oppure il *needlig* che danno buoni risultati, ma serve costanza e vanno ripetuti a cicli», aggiunge Romani.

Come nel caso della cavitazione, per combattere la cellulite, che costa intorno ai 100-150 euro a seduta, o l'ossigenoterapia

contro le rughe del viso (150 euro), che però — precisa Romani — «non ha ancora basi scientifiche certe». E poi gli agognati filler per togliere le rughe dal

L'EPIDERMIDE

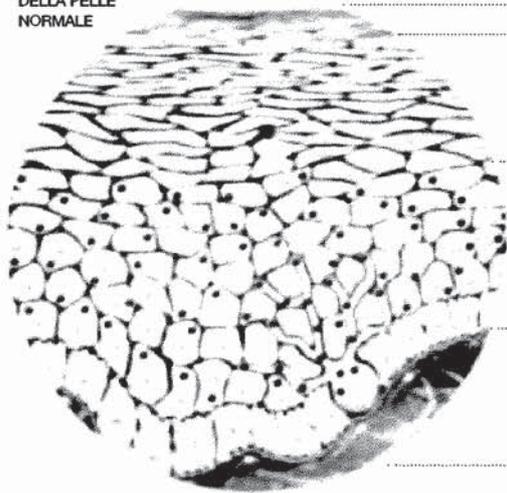
PELLE NORMALE

Presenta di colore omogeneo, ha uno spessore uniforme e le sue cellule si rigenerano in modo ordinato

Si presenta di colore omogeneo, ha uno spessore uniforme e le sue cellule si rigenerano in modo ordinato



SEZIONE TRASVERSALE DELLA PELLE NORMALE



EPIDERMIDE

Strato corneo

Strato spinoso

Strato basale

DERMA

PELLE DANNEGGIATA

Presenta macchie, ha uno strato superficiale ingrossato e le sue cellule non si rigenerano in modo ordinato

Presenta macchie, ha uno strato superficiale ingrossato e le sue cellule non si rigenerano in modo ordinato

Le macchie solari

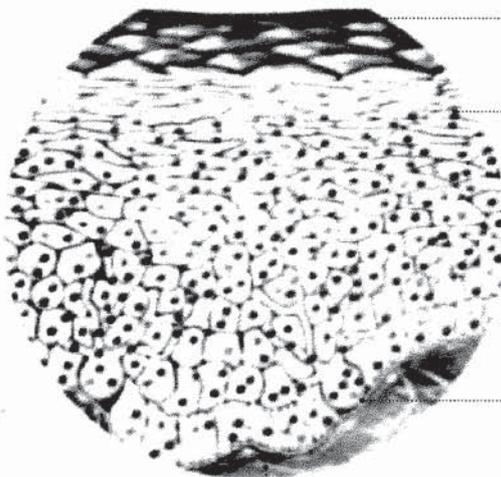
L'eccesso di melanina provoca lentiggini e macchie solari sulla pelle

I granuli di melanina

si disseminano senz'ordine nell'epidermide. È un fenomeno difensivo e di protezione cellulare, a causa della costante esposizione solare

Melanociti

Sono le cellule produttrici di pigmento che si attivano per produrre grandi quantità di granuli di melanina



Fibre di collagene ed elastina danneggiate

SEZIONE TRASVERSALE DELLA PELLE DANNEGGIATA

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

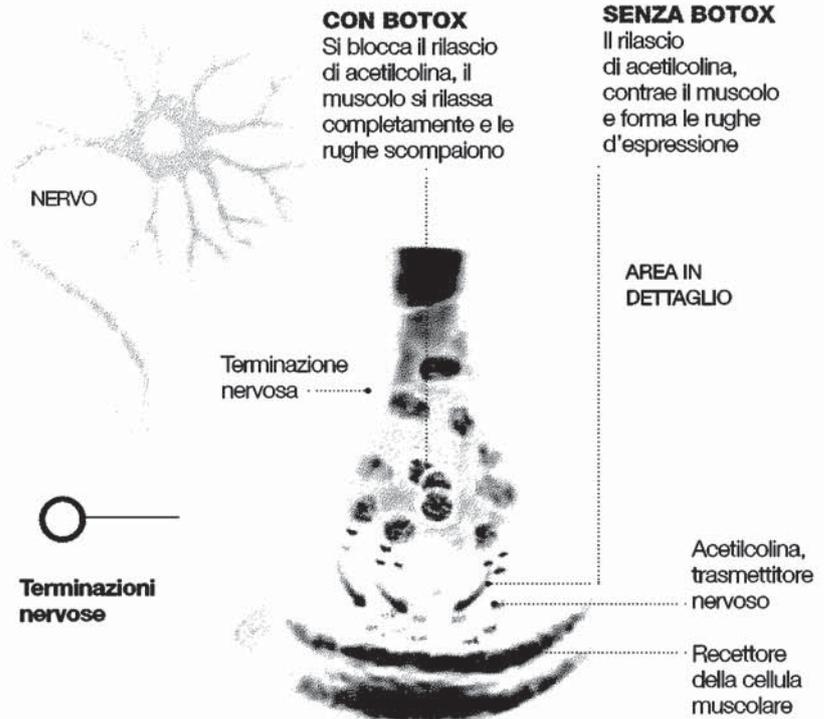
viso e rimpolpare le labbra (il prezzo può variare di molto), la luce pulsata, la radiofrequenza per il volto e per le zone cadenti di cosce e addome (di sedute in media ne servono dalle 5 alle 8 e il prezzo varia da 150 a 200 euro) che dà risultati discreti, secondo gli esperti. Prezzi in media e senza "sconti". E i rimedi fai-da-te? «Alcuni sono d'aiuto». Come lo scrub ecologico low cost per detergere la pelle del viso, che «può dare una mano a omogeneizzare il colore» o quello a base di sale che «utile contro i peli incarniti per migliorare il risultato della depilazione», aggiunge Romani.

I dati *Unipro* avvertono che ora per risparmiare si rinuncia all'estetista e si compra in erboristeria. «Anche la dermocosmesi farmaceutica offre creme a prezzi molto contenuti — spiega Elisabetta Perosino, dermatologa estetica dell'*Isplad* — quello che è importante è il parere di uno specialista, che può consigliare i prodotti più efficaci». Secondo uno studio di *Altroconsumo* vanno comunque evitati cosmetici con *propylparaben* e *butylparaben*. «Una crema anti-rughe da 20 euro può essere efficace eccome — dice Paola Perugini, docente di Scienze del farmaco dell'università di Pavia — l'importante è che contenga il fattore idratante naturale, la sigla è *Nmf*. Per l'azione emolliente servono lipidi come *steroli* e *ceramidi*. Funzionano le creme con proteine, come l'*esapeptide*, che distende la pelle. Mentre la bava di lumaca va bene contro le smagliature». Per il make-up? «Ci vogliono prodotti con minerali o derivati silicici — conclude Perugini — che sono gli unici a garantire anche la durata nel tempo».

BOTOX

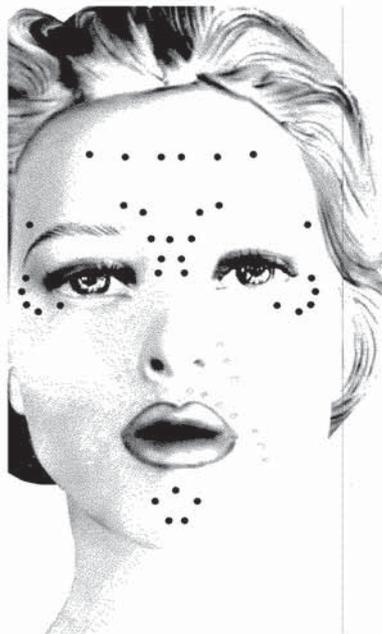
Neurotossina botulinica (tipo A), purificata e diluita in soluzione fisiologica. Si eseguono tante piccole iniezioni che bloccando la trasmissione degli impulsi nervosi, riducono la contrazione muscolare e distendono la pelle

- Applicazione senza anestesia
- Trattamento in ambulatorio
- Effetto: dopo una settimana dall'infiltrazione
- Durata: 4-6 mesi



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

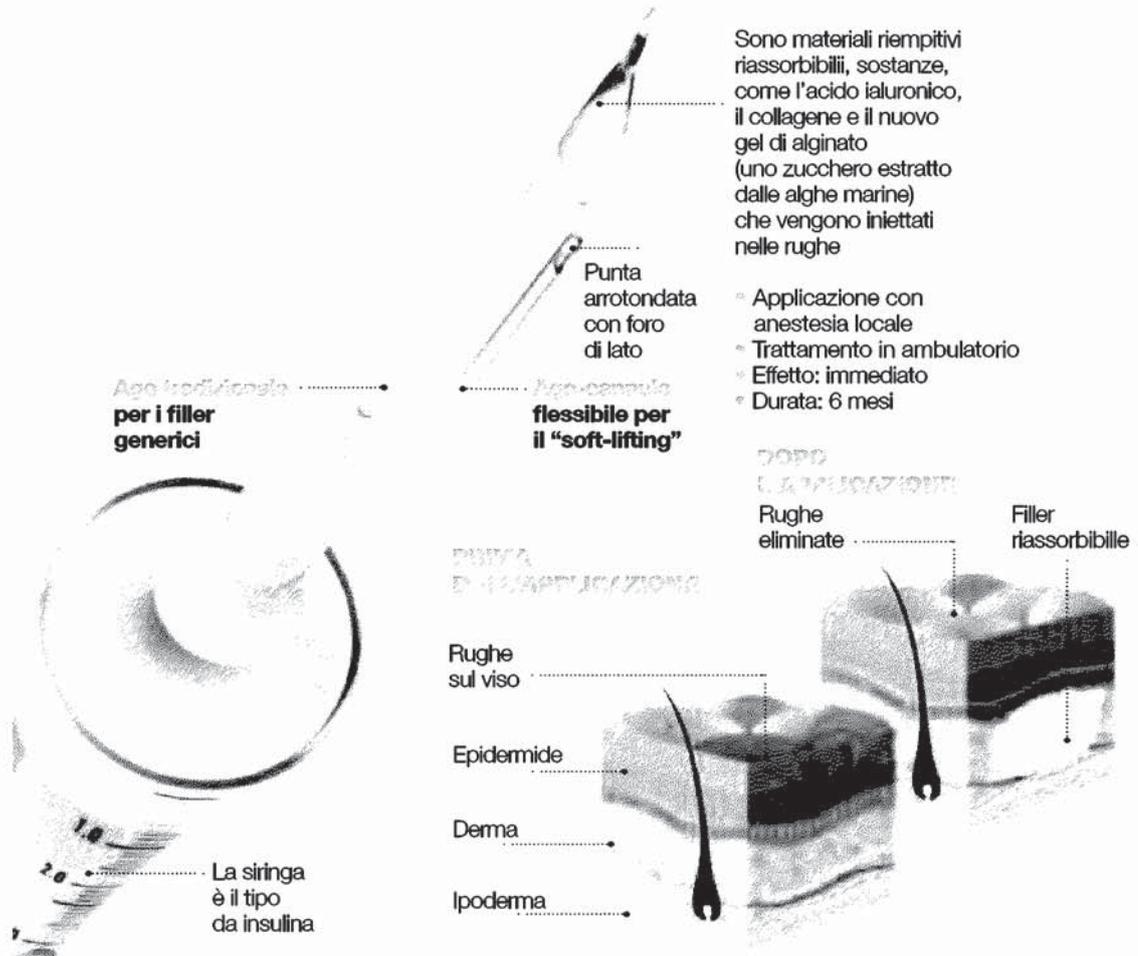
- Principali zone di punture di botox
- Principali zone di punture di filler



INFOGRAFICA PAULA SIMONETTI

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

■ SELPRESS ■
www.selpress.com



Filler — Uno dei trattamenti più richiesti ed efficaci. Utilizzare sempre prodotti riassorbibili. È un atto medico che deve essere fatto in ambiente idoneo.

Rivitalizzanti — Il prodotto iniettabile più studiato, sicuro ed efficace è l'acido ialuronico naturale. In genere vengono praticati cicli di tre-quattro sedute prima e dopo il periodo estivo.

Alta tecnologia — Molto utilizzate le sorgenti laser frazionate per il ringiovanimento cutaneo del volto, per eliminare macchie e capillari o esiti cicatriziali post acneici. Evitare il periodo estivo e affidarsi a professionisti qualificati.

La radiofrequenza — Utile per aumentare l'effetto tensore superficiale della pelle.

Luce pulsata — Ottima per macchie da foto invecchiamento, eritrosi del volto ed eliminazione dei peli superflui: evitare il periodo estivo ed effettuare il trattamento in studi medici.

Peeling — Pratica ambulatoriale molto diffusa

che in mani esperte può dare buoni risultati.

Needling — Trattamento ambulatoriale veloce ed efficace che consiste nel "bucherellare" la pelle con una serie di microaghi sottilissimi e lunghi pochi millimetri in grado di stimolare la rigenerazione cutanea. Non lascia ematomi ed è indolore.

Microterapia. Evoluzione della mesoterapia contro cellulite e ritenzione idrica. Sfrutta uno speciale microiniettore (SIT) in grado di rilasciare per ogni microiniezione una goccia di soluzione ipertonica salina nel derma superficiale facilitando l'eliminazione dei liquidi accumulati negli arti inferiori. Non dolorosa, non provoca ematomi.

Cavitazione. Metodica strumentale non invasiva utilizzata per le adiposità localizzate agli arti inferiori. Dà buoni risultati.

Integratori — Molto utilizzati come antiaging, contro lo stress ossidativo e per minimizzare i danni da photoaging. Molto utili

Sono materiali riempitivi riassorbibili, sostanze, come l'acido ialuronico, il collagene e il nuovo gel di alginato (uno zucchero estratto dalle alghe marine) che vengono iniettati nelle rughe.

- Applicazione con anestesia locale
- Trattamento in ambulatorio
- Effetto: immediato
- Durata: 6 mesi

DOPO
L'APPLICAZIONE:

Rughe eliminate Filler riassorbibile

PRIMA
DELL'APPLICAZIONE

Rughe
sul viso

Epidermide

Derma

Ipoderma

quelli ad effetto drenante e capillaroprotettivo per i problemi del microcircolo degli arti inferiori.

Creme viso e corpo

Grande evoluzione nei moderni cosmetici high-tec con nuove formulazioni e nuove molecole, attive non soltanto come idratanti di superficie ma veri e propri riparatori del danno attinico e rivitalizzanti cellulari.

(a cura di **Andrea Romani**)

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Cicli di sedute da effettuare a distanza di almeno un mese dall'esposizione solare. Le altre possibilità di refreshing

Macchie sulla pelle, ultimo avviso trattamenti prima dell'abbronzatura

CLAUDIA BORTOLATO

idea della tintarella abbinata bisogno di vedersi (e sentirsi) in perfetta forma, suona quasi pleonastica. Perché è implicito nello stesso esporsi al sole il desiderio di esibire (ovviamente, per i più attenti al proprio aspetto) una pelle fresca, liscia e priva di antiestetiche macchie. E, in egual misura, di mostrare un corpo il più possibile tonico, con glutei antigravitazionali, pancia piatta, gambe scolpite. Considerata la corsa contro il tempo, le "armi" più efficaci sono i trattamenti o i piccoli interventi estetici che prevedano tempi di recupero rapidi, così da non interferire con l'imminente esposizione agli UV. Tra gli step base: prima dell'abbronzatura, l'obiettivo è, paradossalmente, restituire candore alla pelle, schiarendo le macchie ereditate dalle precedenti esposizioni al sole (anche della scorsa estate), o a causa di una gravidanza (cloasma) o dell'aging.

«In ambulatorio medico si può ricorrere al fotopeeling con il laser ad alexandrite o con il Q/Switchet oppure con il laser frazionale. In media occorrono 2 sedute. In alternativa ci sono i peeling leviganti e "antimacchia" con acidi come il glicolico, l'azelaico, il fitico, il cogico o a base di vitamina C. In tutti i casi, però, è necessario concludere il ciclo di sedute almeno un mese prima della tintarella», spiega la dermatologa Marcella Ribuffo, dirigente medico dell'Istituto Dermatologico dell'Immacolata di Roma. Se manca poco alle vacanze o ai primi weekend al mare, o le macchie sono lievi, si può ricorrere ai cosmetici che però danno risultati modesti nell'immediato, come le creme a base di vitamina C o di corbezzolo, da applicare mattino e sera.

Per chi invece, vuole "rinfrescare" il viso, attenuando i segni dell'età (rilassamenti, rughe) l'alternativa soft al lifting chirurgico (da rinviare a estate conclusa, per i lunghi tempi di recupero) sono i fili di sospensione. Per un semplice refreshing, quando l'invecchiamento è meno evidente, le alternative sono i filler e la biostimolazione (con acido ialuronico e/o di cocktail di vitamine e aminoacidi, oppure con il proprio plasma reiniettato), che richiedono come unico accorgimento quello di non esporsi il giorno successivo al trattamento o fino al riassorbimento degli eventuali ematomi (circa 4-5 giorni).

Sul fronte corpo, per rimodellare e snellire la "pancetta" maschile e le adiposità su fianchi, pancia, gambe femminili, si può ricorrere a tecniche che prevedono, per esempio, l'inserimento sottocute di un ago che contiene una fibra laser, per rompere le membrane delle cellule di grasso, che sono successivamente metabolizzate dal fegato. «Sono trattamenti di chirurgia soft che permettono di esporsi al sole dopo un mese circa, ma che sono adatti solo per adiposità localizzate non troppo pronunciate. Per queste ultime è indicata la liposuzione classica, un intervento però piuttosto importante e come tale da programmare dopo l'estate», conclude Rosati.

PER SAPERNE DI PIÙ

www.sicpre.org
www.idi.it

Allergie, respiro allarme otorini per i nasi rifatti

ANNAMARIA MESSA

leopatra, seducente regina egiziana, pare avesse un naso aquilino e abbastanza grosso ma, come disse Pascal, "se il suo naso fosse stato più corto, né Cesare né Marcantonio si sarebbero innamorati di lei...". Il fascino, insomma, passa anche per il naso. Lo pensano sicuramente quanti, sempre di più, ricorrono alla chirurgia plastica (rinoplastica) per eliminare gobbetta, imperfezioni, assottigliare, rimpicciolire, il proprio naso. Soprattutto uomini, secondo la ricerca Doxopharma. «Nonostante la crisi, anche in Italia sempre più maschi ricorrono alla chirurgia estetica, sono diventati una componente fondamentale del mercato», conferma il chirurgo plastico Egidio Riggio, Istituto Nazionale Tumori, Milano. L'intervento costa dai 4500 agli 8mila euro, a seconda della struttura in cui viene fatto. Certo, l'intervento può migliorare l'armonia del viso ma più che altro si pensa possa eliminare problemi psicologici d'imbarazzo, di autostima che in realtà vanno spesso al di là dell'estetica.

Gli stessi chirurghi plastici avvisano però che si tratta di una struttura delicata sulla quale è meglio intervenire il meno possibile. «Rimuovendo troppo osso e cartilagine si rischia di far cedere punti di appoggio fondamentali alla corretta respirazione. Intervenire più volte aumenta il rischio di asimmetrie, "insellature", collasso delle narici. Asportando troppa cartilagine alare si rischia di far crollare la punta», allerta Mario Dini, chirurgo plastico a Firenze e Milano.

Un nuovo allarme, a maggior ragione, viene dagli otorini con il 100° Congresso Nazionale SIO,

Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale. «La rinoplastica è come un vestito su misura, il sarto suggerisce ciò che è meglio, il chirurgo coscienzioso non si spinge molto.

L'uomo è il peggiore cliente, non è mai contento. A volte si sconfinava nel patologico, s'interviene ripetutamente anche se non serve...», commenta l'otorino Attilio Denaro, direttore presidio ospedaliero Comiso (RG).

E se dopo la rinoplastica non si respira bene? «Se prima dell'intervento la persona respirava bene, non aveva forme allergiche, riniti vasomotorie aspecifiche, il problema è di tipo chirurgico. Se invece c'è una deviazione del setto non sempre serve raddrizzare il setto. L'80% dei problemi si cura con la terapia medica (farmaci topici a basso dosaggio, antistaminici, irrigazioni nasali). Il 40% dei nostri nasi ha una rinite allergica che a volte non è valutata, il 13% ha una forma di rinite vasomotoria, cellulare», conclude Matteo Gelardi, otorinolaringoiatra, responsabile del Centro Rinologico del Policlinico universitario di Bari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVENTO

PROGETTARE BENE IL CAMBIAMENTO E MAI ESAGERARE

er un errore di forma il naso può non piacere, non stare bene (ed è frequente) ma nell'intervento ci può essere anche un errore di esecuzione. E si fa la revisione. «Purtroppo la chirurgia estetica è molto spesso un mercato e come tale, molti s'inventano pizzaioli senza aver mai fatto la pizza, questo determina il numero esponenziale delle revisioni. Quando iniziai 30 anni fa se ne facevano pochissime, molto più semplici, oggi ci sono nasi rifatti 3, 4, 5 volte con situazioni tecnicamente difficili da risolvere e pazienti che ormai sono in mano allo psicologo», dice Alberto Scattolin, otorinolaringoiatra, specialista in chirurgia del naso, direttore "Centro studi Pellegrini", Firenze. Il nuovo naso deve essere adattato il più possibile al profilo, al viso, al carattere del paziente. E aggiunge: «La rinoplastica è il vero intervento di cambiamento, va progettato. Il paziente deve ben ragionare sulle sue aspettative, capire con molta autoironia che può vivere bene anche così com'è, che se la gobba da rimuovere è un dito dietro il quale nasconde i suoi problemi, è meglio andare prima dallo psicologo»

(am. mes.)



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

LA TECNICA

CHI SI SOTTOPONE

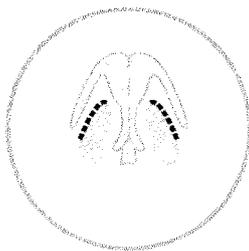
È l'intervento di chirurgia plastica più richiesto dagli uomini

ETÀ MEDIA

25-44 ANNI

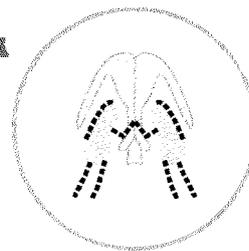
COSTO

4.500-8.000 euro



RINOPLASTICA CHIUSA

le incisioni sono solo all'interno delle narici



RINOPLASTICA APERTA

le incisioni sono all'interno delle narici e nel ponte cutaneo che le divide detto *columella*

COS'È

Rinoplastica

intervento di chirurgia plastica di rimodellamento del naso, è uno dei più richiesti per motivi estetici



Durata dell'intervento

1-3 ore

Degenza

1 giorno

Tipo di anestesia

generale

(rinoplastica completa)

locale e sedativo

(rinoplastica parziale)

Osso del naso (fisso)

supporta la terza parte (ponte) del naso

Cartilagini triangolari (semi-mobile)

supportano i lati del naso

Cartilagini alari (mobile)

aggiungono supporto, larghezza e altezza, modellano le narici e la punta del naso

Pelle

contribuisce alla forma del naso



ALTRI TIPI DI INTERVENTO

Rinosettoplastica

doppio intervento di chirurgia funzionale ed estetica. Spesso si fanno entrambi in un'unica soluzione

Settoplastica

intervento di chirurgia funzionale del naso per risolvere problemi respiratori attraverso il riposizionamento e l'allineamento del setto deviato

INFOGRAFICA DI ANNALISA VARLOTTA

PER SAPERNE DI PIÙ

www.sioechcf.it

www.sidemast.org