

R2 / LA STORIA

Il donatore recordman dei figli in provetta "Li conosco tutti"



Toscano, ventiquattrenne Dal 2011 si offre sul web come "fornitore" di seme

MARIA NOVELLA DE LUCA

**BOLOGNA**  
**E**CCOLI qui i bambini nati dalle mie donazioni, belli vero? Sono già nove, e altri due sono in arrivo». Studente di medicina, 24 anni, Jens Nergaard, in realtà toscano, è il fondatore del più grande gruppo online di "eterologa maschile privata".

A PAGINA 41

## L'eterologa fai-da-te del donatore Jens "Ho già nove figli e mi somigliano"

MARIA NOVELLA DE LUCA

**BOLOGNA**  
**«E**CCOLI qui i bambini nati dalle mie donazioni, belli vero, sono già nove, ma ci sono altre due gravidanze in corso, così fanno undici, e alcuni mi somigliano in modo incredibile...». Jens fa scorrere le immagini sul cellulare, sfilano tutine rosa, tutine blu, quasi tutti hanno occhi e capelli castani, c'è anche una foto di famiglia, mamma e papà sorridenti con due figli in braccio, «Sì, con loro ho fatto più donazioni di seme, si chiamano Pietro e Lorenzo, ci sentiamo spessissimo, adesso vivono in Brasile, ma siamo rimasti grandi amici».

Mc Donald's, stazione di Bologna, Jens, o Marco, Davide, Francesco, come di volta in volta decide di farsi chiamare, sceglie un tavolo appartato nella sala saturata di odori di fritto e formaggio fuso. «In questo porto di mare — scherza — l'anonimato è sicuro». Ventiquattro anni, studente di medicina, bei lineamenti, occhi marroni e aspetto gentile, Jens Nergaard, in realtà un italianissimo ragazzo toscano, è il fondatore del più grande gruppo online di "eterologa maschile privata". Ossia un mondo a parte. Fenomeno nato negli Stati Uniti e che oggi attecchisce anche da noi. Frontiera organizzata del concepimento artificiale, ma in cui donatori e "riceventi" si guardano negli occhi. Dove senza cliniche né ospedali,

né listed'attesa, né banche dei gameti sottozero, ma anche senza tutele né regole, domanda e offerta si incontrano: donne che vogliono diventare madri e uomini che offrono il loro seme. Quasi sempre in provetta. Ogni tanto con contatti più ravvicinati.

Coppie dove lui è sterile, single, lesbiche: non importa se oggi in Italia l'eterologa è possibile, sono tante le categorie escluse dalla legge. Tre anni fa Jens Nergaard, «ho scelto questo pseudonimo — dice — perché i donatori sono quasi tutti nordici», lancia su Facebook "Donazione di seme: Dono di vita" e si propone come "fornitore" di sperma per chi ne ha bisogno. È giovane, sano, "potente". È un boom. Nove bambini nascono con il suo seme. E nel 2015 saranno undici.

Jens ordina Coca Cola e patate. «Vivo ancora a casa con i miei genitori e non lo faccio per soldi, non ne ho bisogno, chi vuole mi può dare un rimborso spese, alcuni mi hanno fatto dei regali, quello che mi appaga è aiutare chi desidera un figlio, e nello stesso tempo dare una continuità alla mia vita. Il contatto avviene su Facebook, ormai nel gruppo siamo oltre 400, ci si conosce, si parla, fornisco le mie analisi su Hiv, Epatiche, il mio spermogramma e poi si prende un appuntamento, di solito in albergo». La prima a nascere, tre anni fa, è stata S. una bimba di Ancona. «La madre spesso mi chiama e mi manda i suoi disegni, dopo due anni di matrimonio il marito aveva scoperto di avere una malattia genetica che l'ha reso sterile, in Italia non c'era ancora l'eterologa, e la clini-

ca spagnola a cui si erano rivolti gli aveva chiesto una cifra impossibile...». Così la mamma di S. calcola i giorni, aspetta il picco dell'ovulazione e poi incontra Jens in un albergo poco fuori Bologna. «Tutto deve avvenire in tempo reale, di solito lascio la provetta in bagno e me ne vado, in modo che la donna, da sola, o con il suo o la sua partner possano procedere alla auto-inseminazione con una siringa».

Un incredibile artigianato del concepimento, che farebbe rabbrivire medici e specialisti, e invece, miracolosamente, a volte riesce. Jens parla con pacatezza, nel frastuono incessante di Mc Donald's. Cosciente o forse incautamente temerario. «No, non cerco l'anonimato, anzi sono felice di restare in contatto con le coppie e le donne che ho aiutato. Paura che un giorno qualcuno possa volere qualcosa da me, magari il riconoscimento di un figlio? Il rischio c'è, ma sono ottimista che non accada».

Difficile entrare più a fondo in una scelta tanto particolare, ermetica, anche incomprensibile, che Jens condivide con altri "donatori seriali", anche loro approdati nel gruppo fondato su Facebook. La mamma di S. scherza al telefono: «Mi fa ridere quando qualcuno guarda la mia bambina e dice che non sa proprio a chi assomiglia... Sì, è nata in modo "diverso", ma l'unica particolarità è che noi il donatore lo conosciamo, mentre la banca del seme è anonima». Triangoli di vite che si muovono sul filo della legge, in Italia la vendita di gameti è vietata, «ma non c'è passaggio di de-

narò», assicura il fondatore dell'eterologa italiana fai-da-te, «soltanto un rimborso di treni o aerei se devo spostarmi, o magari qualche regalo».

Jens, cioè Marco, o Davide, o Francesco, continua a mostrare le foto sul cellulare. «Ecco questi sono Pietro e Lorenzo, hanno cinque mesi e due anni, e guarda come assomigliano a me da piccolo... Sentimento di onnipotenza? Sì, lo ammetto forse, ma è meraviglioso vedere la propria continuità. Cerco l'anonimato perché la mia famiglia non sa nulla, non capirebbero». E scorrendo la pagina di Facebook ecco che i certificati di Jens appaiono in bella vista: analisi cliniche perfette, virilità alle stelle. «So che esiste il rischio della consanguineità, ma è lo stesso delle banche del seme, e poi in Italia siamo sessanta milioni di persone, mi sembra difficile che proprio i miei bambini si incontrino tra loro». Chissà.

Andreina e Valeria, così le chiameremo, sono una coppia lesbica, madri di una bimba nata con la donazione di Jens. È Andreina che prova a restare incinta. «Avevamo già tentato in Spagna, ma era andata male, tre inseminazioni ed una Fivet. Ero gonfia di ormoni, a pezzi. Stavamo per rinunciare quando su Internet abbiamo trovato il gruppo, e contattato Jens. La legge italiana non ci avrebbe mai permesso di accedere alle banche del seme, nemmeno adesso dopo l'abolizione del divieto di eterologa. Ci sono voluti due tentativi. Oggi la nostra piccola ha un anno ed è il fiore della nostra vita». Jens, donatore seriale, fa scorrere ancora le foto. Tutine rosa e tutine blu, undici l'anno prossimo e chissà quanti altri.

## Dove migravano le coppie

Aspiranti genitori andati all'estero  
 Totali di quelli migrati per avere un'eterologa



FONTE ELABORAZIONE L'ESPRESSO SU DATI DELLA QUARTA INDAGINE DELL'OSSERVATORIO SUL TURISMO PROCREATIVO, 2012

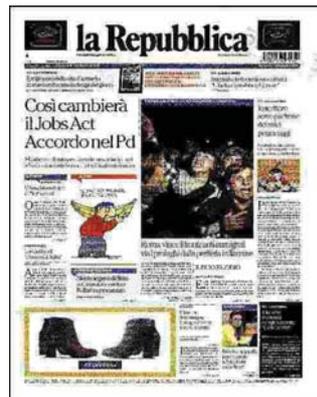
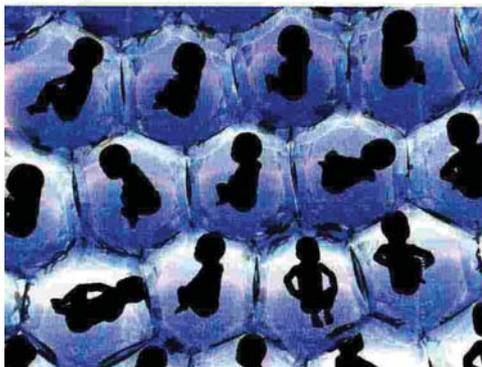


### CONCEPIMENTO SOCIAL

La pagina Facebook di Jens Nergaard. Sono decine i donatori italiani sul web

Mostra le foto dei "suoi" bambini: "Belli vero? Due vivono in Brasile ma siamo rimasti amici"

Gli incontri in albergo "È meno anonimo che con la banca del seme" Ma non ci sono tutele



Diminuite le vendite dei contraccettivi di 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> generazione

## Con meno pillole meno embolie: -11%

DI ANGELICA RATTI

**I**l massiccio calo di vendite della nuova pillola contraccettiva di 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> generazione, finita sotto la lente due anni fa come potenziale causa di embolie polmonari (malattia potenzialmente mortale), e per questo abbandonata in maniera massiccia, ha prodotto un effetto positivo sulla

salute delle donne. Sono 341 i casi di embolia polmonare evitati in un anno in Francia, secondo quanto ha rivelato lo studio dell'Agenzia nazionale della sicurezza del farmaco (Ansm), attribuendo la responsabilità di queste embolie ai con-

traccettivi di nuova generazione che danno un beneficio identico a quelle precedenti senza, però, gli effetti collaterali indesiderati come l'aumento di peso e l'acne. E per questo erano le più prescritte: oltre 2 milioni di donne le utilizzavano in Francia dove avevano raggiunto il 50% del mercato dei contraccettivi orali. Ma nel 2012 è stato scoperto che il rischio di trombosi venose era doppio con queste nuove



pillole rispetto alle precedenti. E l'effetto è stato di veder precipitare l'uso delle nuove a vantaggio di quelle di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> generazione che oggi hanno raggiunto il 75% delle vendite.

Il cambio di comportamento ha avuto conseguenze immediate, come ha registrato lo studio dell'Ansm, provocando la diminuzione dell'11,2% delle embolie polmonari nella popo-

lazione femminile d'età compresa fra 15 e 49 anni. Nel 2013, 2.704 donne sono state ricoverate in ospedale per embolia polmonare contro le 3.045 del 2012. Un calo che ha interessato soprattutto le più giovani: il 19% dei casi riguardava ragazze d'età compresa

fra 15 e 19 anni, mentre il 12% dei casi ha interessato donne fra 20 e 29 anni. Risultati che sono in sintonia con i modelli elaborati dall'Ansm e che indicano la riduzione del 10% dell'embolia polmonare, una malattia che non è stata riscontrata in donne di età maggiore e né negli uomini. Il che lascia pochi dubbi sulla correlazione fra il cambio di contraccettivi e la riduzione della patologia.

Le due pagine di «Estero - Le notizie mai lette in Italia» sono a cura di Sabina Rodi

© Riproduzione riservata



DOPO CHE A DUE DEPUTATE È STATA NEGATA LA **PRESCRIZIONE**, I QUESTORI VANNO ALL'ATTACCO. MA PER ORA IL SERVIZIO È AFFIDATO A UNA PENSIONATA

# PILLOLA DEL GIORNO DOPO, IL GEMELLI SFIDA LA CAMERA

di **Maria Zegarelli**

ROMA. Sulla pillola del giorno la Camera, stavolta, sembra decisa a non fermarsi e al Policlinico Gemelli, che ad agosto si è aggiudicato l'appalto per tutti i servizi medici e infermieristici di Montecitorio, dice: «O ci mandano un medico non obiettore oppure lo cerchiamo noi, ma a spese loro» spiega Paolo Fontanelli, uno dei questori che ha seguito il caso delle due deputate alle quali, lo scorso ottobre, è stata negata la prescrizione della pillola del giorno dopo perché il personale del Gemelli pratica

l'obiezione di coscienza.

Se il Gemelli non provvederà a sue spese, stipulando una convenzione con medici non obiettori, lo farà la Camera, rivolgendosi alla Asl e sottraendo la somma necessaria al capitolato d'appalto previsto. Decisione questa a cui è arrivato il Collegio dei Questori della Camera, al termine di una riunione nel corso della quale si è affrontata la questione spinosissima. Telefonate «molto cordiali» ce ne sono state diverse, negli ultimi giorni, tra Montecitorio e la struttura ospedaliera, ma le po-

sizioni sono chiare: il Policlinico non è in grado di garantire quel servizio.

«Per noi la questione è risolta, la Camera dispone di medici che possono fare prescrizione d'urgenza» ha spiegato al *Venerdì* Nicola Cerbino, responsabile della comunicazione del Gemelli. In realtà le cose non stanno esattamente così: l'unico «esterno» è una dottoressa, ex coordinatrice dei servizi medici, andata in pensione lo scorso agosto, con la quale la Camera ha stipulato una convenzione che scade a fine anno. Dopo il caso delle due depu-

tate costrette a rivolgersi altrove per avere la prescrizione della pillola del giorno dopo, i questori le hanno chiesto di garantire questo servizio, che pure non rientra tra le sue mansioni.

Il problema si ripresenterà a gennaio, se non sarà trovata una soluzione prima. Per questo si sta pensando a una convenzione con la Asl, dal momento che il Gemelli, che già lo scorso anno era stato al centro di un'accusa polemica per lo stesso motivo, non sembra intenzionato a rivolgersi a personale esterno malgrado, come insistono alla Camera, sia tenuto a garantire tutte le prestazioni. ■



IMMAGINECONOMICA

Sopra, il **Policlinico Gemelli** a Roma. A sinistra, **Paolo Fontanelli** (Pd), questore alla Camera



# quotidiano**sanità**.it

Giovedì 13 NOVEMBRE 2014

## Dodici anni di Lea. Rapporto Ministero Salute 2001-2012. Calano vaccinazioni antinfluenza. Ancora pochi screening. Migliora la domiciliare ma poche residenze per anziani e disabili

***Stabili le vaccinazioni per i bambini. Finalmente diminuiscono i ricoveri per malattie croniche e, più in generale, scende il tasso di ospedalizzazione. Aumentano gli interventi ad over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, ma questo solo grazie ad alcune regioni del Nord, del Centro e del Sud, dove si registra un incremento molto importante. Questi alcuni dati emersi dall'analisi del Ministero della Salute. [LA MONOGRAFIA](#)***

Restano stabili le vaccinazioni per i bambini, mentre diminuisce il ricorso al vaccino antinfluenzale tra gli anziani. Cresce il livello di screening al Centro-Nord ma si registrano ancora ritardi al Sud. Scende, finalmente, il ricorso a ricoveri per le malattie croniche, e aumenta l'assistenza domiciliare. Si registrano, però, ritardi per l'assistenza residenziale ad anziani e disabili. In generale prosegue la diminuzione del tasso di ospedalizzazione e si aumentano gli interventi ad over 65 con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, ma questo solo grazie ad alcune regioni del Nord, del Centro e del Sud, dove si registrano incrementi molto importanti. Tranne che per alcune eccezioni, resta critico il ricorso ai parti cesarei.

Questi i principali fenomeni che emergono da una vastissima analisi condotta dall'Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute sull'andamento dei singoli indicatori di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) nel periodo 2001-2012.

### **I Livelli essenziali di assistenza 13 anni dopo**

Il lavoro nasce dalla considerazione che, a 13 anni dall'entrata in vigore del DPCM del 29 novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza e sulla base della ricchezza del patrimonio informativo a disposizione, si rende quanto mai opportuna una valutazione a tutto spettro degli aspetti relativi all'assistenza sanitaria e nello specifico dell'effettiva garanzia dei livelli essenziali di assistenza nelle diverse realtà regionali. Nel periodo osservato, il contesto si caratterizza per le riforme che hanno introdotto il federalismo sanitario (cfr. D.Lgs 56 del 18 febbraio 2000 'Disposizioni in materia di federalismo fiscale' e Legge n. 3 del 18 ottobre 2001 'Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione') favorendo la devoluzione delle competenze politico-amministrative a livello regionale e per l'utilizzo dello strumento pattizio degli accordi e delle intese, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedono coinvolti i diversi livelli di governo in materia di tutela della salute. In particolare, l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha avuto, come premessa, la garanzia del rispetto del principio della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del servizio sanitario. Il suddetto principio è l'obiettivo del livello centrale che, attraverso gli istituti della Verifica Adempimenti e dei Piani di Rientro, si propone di assicurarne il raggiungimento per tutte le regioni, specialmente per quelle nelle situazioni più critiche.

In particolare, la [Monografia](#) riporta la metodologia utilizzata ed i risultati regionali specifici per ogni

indicatore di monitoraggio dei Lea nel periodo 2001-2012, rappresentati attraverso 649 grafici fruibili attraverso una [mappa interattiva](#) e le relative tabelle con i dati di ogni singolo indicatore. Per facilitare l'interpretazione dei dati, nel documento viene anche fornita una [guida alla lettura degli indicatori](#).

### **Trend generali e differenze regionali**

L'obiettivo è quello di descrivere l'andamento nel tempo rendendo disponibili i valori analitici degli indicatori per ciascuna regione, allo scopo di fornire la base di informazioni utile per svolgere un approfondimento di analisi e una riflessione analitica sulla forte eterogeneità che caratterizza le regioni italiane nella domanda di assistenza e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

L'analisi spazio temporale condotta evidenzia e conferma la presenza, nel periodo 2001 – 2012, di questa differenza tra le regioni nel mantenere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Sebbene interpretazioni e conclusioni di carattere generale basate solo sull'osservazione di questi dati potrebbero risultare non corrette, è possibile tentare una prima lettura generale dei risultati.

Per l'area della prevenzione la copertura assicurata dai servizi regionali per le vaccinazioni in età pediatrica è sostanzialmente stabile nel tempo mentre per la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano, si osserva una tendenza alla diminuzione in quasi tutte le realtà regionali. In merito ai programmi organizzati di screening a livello regionale, le regioni centro-settentrionali sono quasi tutte caratterizzate da un andamento in crescita, mentre nelle regioni meridionali si osserva una situazione più sfavorevole seppur con qualche eccezione.

Per l'assistenza distrettuale, in tutte le regioni si osserva una diminuzione dei ricoveri ospedalieri evitabili che indica la tendenza verso una maggior qualità dei servizi territoriali nell'assistenza delle patologie croniche; in tendenziale e lieve aumento anche la percentuale di anziani  $\geq 65$  anni trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI). Non si osservano invece incrementi positivi nell'offerta dell'assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, con qualche eccezione tra le regioni del nord e del centro.

Il tasso di ospedalizzazione è in costante diminuzione in tutte le regioni, anche in risposta alle attuali disposizioni normative che ne fissano il tetto al 160 per 1.000 ab. (rif Legge 135/2012). Le strutture ospedaliere sono sempre più correttamente dedicate all'espletamento dell'attività chirurgica complessa, con l'eccezione di poche regioni in cui l'aumento è meno evidente; l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera è in chiaro aumento descritto in tutte le regioni dalla netta diminuzione dei ricoveri inappropriati che diventa più evidente a partire dall'anno 2009.

L'attenzione sull'appropriatezza clinica dei ricoveri permette di registrare un generale corretto incremento negli ultimi anni della percentuale di pazienti ultrasessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni, dovuto però solo ad alcune regioni del nord, del centro e del sud dove l'incremento è particolarmente importante. L'andamento temporale pressoché costante nel tempo della percentuale dei parti cesarei, evidenzia la criticità di questa area dell'assistenza, dove però si possono osservare alcune eccezioni regionali dove è evidente il tentativo di modificare verso il miglioramento l'andamento dell'indicatore.

### **Lea e dati economici**

Nella Monografia l'andamento temporale del punteggio della Griglia Lra è messo in relazione con la lettura delle informazioni relative all'andamento della gestione economico-finanziaria dei servizi sanitari regionali, allo scopo di contribuire all'esame dei risultati economici, che consente solo in parte di far emergere l'effettivo andamento della gestione dei servizi sanitari regionali, come rimarcato dalla Corte dei Conti nel "Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica" secondo cui "la sola valutazione del dato economico non risulta soddisfacente per la verifica del rispetto degli obiettivi di natura qualitativa connessi alla garanzia di erogazione dei Lra".

## **Manovra 2015: 19 emendamenti per la sanità. Anche ex dirigenti a costo zero. E altri 380 mln in tre anni per i farmaci innovativi**



Dall'omeopatia all'assistenza ai disabili allo stop alle gare pubbliche per la fornitura dei dispositivi per l'automisurazione della glicemia. Passando anche per la nomina dei Dg. Sono 19 gli emendamenti in materia sanitaria ammessi al voto della commissione Bilancio della Camera sulla legge di Stabilità 2015. Niente si dice dei tagli-non tagli alle Regioni: sarà materia di trattativa di Palazzo Chigi con l'Economia. Forse arriverà alla prossima settimana, ha detto Sergio Chiamparino. Tariffe fino a mille euro al peggio per gli omeopatici: che pagheranno circa 8 milioni rispetto agli oltre 70 che avrebbe fatto pagare loro l'Aifa, e che riusciranno così anche a tenere sul mercato i prodotti altrimenti esclusi dal 2016. Questo con un emendamento annunciato dalla commissione Affari sociali. E poi ecco, tra i 19 emendamenti alla manovra 2015 scremati e che rimangono in pista in materia sanitaria, quello sulla scelta dei Dg presentato come prima firmataria da Nunzia De Girolamo (Ncd, ex ministra dell'Agricoltura e compagna di partito della ministra della Salute): nomina per sorteggio da un elenco di «idonei» che può essere

regionale o interregionale, costituito dopo un bando e una selezione fatta da una commissione di esperti istituita dalla stessa Regione. Spicca ancora l'obbligo per l'Aifa, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della manovra (dunque entro fine gennaio), di prevedere il rimborso dei farmaci innovativi o di «eccezionale rilevanza terapeutica», in particolare quelli per l'epatite C per i quali sia stato raggiunto un accordo con le industrie farmaceutiche. Aumenteranno le risorse: 50 mln in più nel 2015, 140 nel 2016 e 190 dal 2017.

Ingressi a costo zero per tre anni. Arriva infine in tempi di austerità la possibilità a costo zero per tre anni per le aziende ospedaliere e ospedaliere universitarie, di avvalersi di pensionati con livello dirigenziale che abbiano grande esperienza nel settore informatico applicato alla sanità. Obiettivo: migliorare l'erogazione dei Lea e il monitoraggio delle cure.

<http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2014-11-13/manovra-2015-emendamenti-sanitaanche-170449.php?uuid=Ab6aAUdK>

<http://www.repubblica.it>

## Tumore al pancreas, un killer in crescita. Rischi da fumo, alcool e obesità

I dati dell'incidenza nella prima giornata mondiale dedicata a questo tipo di cancro: meno del 10% dei malati sopravvive a 5 anni

di IRMA D'ARIA



IL 2014 si chiuderà con 12.700 nuovi casi di cancro al pancreas. Pochi dei nuovi diagnosticati, la maggior parte dei quali tra i 60 e gli 80 anni, riuscirà a sopravvivere. Secondo le stime, infatti, solo il 7% degli uomini e il 9% delle donne sono vivi a cinque anni dalla diagnosi. Negli ultimi trent'anni, la sua incidenza è significativamente aumentata: si colloca al decimo posto tra le neoplasie solide più frequenti. Tra i maschi rappresenta la quarta causa di morte per neoplasia e nelle donne la quinta.

Eppure, nonostante la sua aggressività, 6 italiani su 10 non ne hanno quasi mai sentito parlare. Nasce anche per questo la prima Giornata mondiale sul tumore del pancreas che si celebra proprio oggi e che si pone l'obiettivo di far conoscere meglio questa patologia in modo da individuare prima i campanelli d'allarme e arrivare subito ad una diagnosi.

**Il tumore al pancreas.** La testa del pancreas è la sede colpita con maggior frequenza. Circa il 95% di tutte le neoplasie che lo interessano riguarda la componente "esocrina", cioè la porzione che produce i succhi pancreatici. È un nemico insidioso perché in fase precoce dà sintomi aspecifici. Le cellule tumorali pancreatiche sono, infatti, particolarmente resistenti ai farmaci, che non riescono a bloccarne lo sviluppo, ma solo a rallentarne in modo estremamente limitato la crescita. Segnali chiari compaiono quando hanno ormai iniziato a diffondersi agli organi circostanti o hanno bloccato i dotti biliari.

**I rischi del fumo.** Il fumo rappresenta il fattore di rischio principale. I tabagisti presentano un rischio di incidenza da doppio a triplo rispetto ai non fumatori e l'aumento è proporzionale al numero di sigarette fumate. Gli esperti hanno addirittura stimato la proporzione di neoplasia al pancreas attribuibile al fumo: è dell'ordine del 20-30% negli uomini e del 10% nelle donne. Si potrebbero evitare quindi 3 casi di

malattia su 10 nei maschi, se solo decidessero di gettare la sigaretta. Venti sigarette al giorno possono rubare una media di 4-6 anni ad una persona che inizia a 25.

**Non esagerare con l'alcol.** La dose di alcol non deve superare i 20-40 grammi al giorno per gli uomini e i 10-20 grammi per le donne. Andare oltre, rappresenta un rischio. Per capirsi: in mezzo litro di birra leggera ci sono 20 grammi di alcol, mentre un bicchiere da vino da 12° fornisce 14 grammi di alcol.

La pancreatite alcolica è una delle più gravi conseguenze del consumo cronico di alcol. Il rischio di contrarre la malattia aumenta in proporzione alle dosi e alla frequenza delle bevute. Il pancreas è in grado di "elaborare" l'alcol, tramite certi enzimi. Ma questa attività metabolica genera delle molecole che possono danneggiare le cellule pancreatiche. In pratica, gli enzimi prodotti dall'organo, invece di aiutare l'intestino a digerire le componenti degli alimenti, attaccano direttamente il pancreas. Questo processo, che diventa poi un circolo vizioso e cronico, aumenta addirittura di 10 volte il rischio di cancro. Inoltre, l'alcol può scatenare anche una pancreatite acuta.

**Il ruolo dell'alimentazione.** Di recente è stato scoperto un legame con l'obesità. Infatti, una revisione di studi pubblicata dal prestigioso Karolinska Institute di Stoccolma ha dimostrato una solida relazione fra chili di troppo e malattia. Soprattutto quando il grasso è stratificato sull'addome e sono presenti intolleranza al glucosio, resistenza all'insulina e diabete. Attenzione quindi agli alimenti altamente calorici, ricchi di proteine di origine animale, grassi e carboidrati raffinati.

**La diagnosi.** I camici bianchi sul territorio sono le prime sentinelle contro la malattia, perché conoscono la storia dei propri assistiti e possono identificare i fattori di rischio. "Dobbiamo cogliere i campanelli d'allarme, per indirizzare precocemente il paziente al centro di riferimento, distribuendo allo stesso tempo sul territorio il management delle persone in carico" ha sottolineato Claudio Cricelli, Presidente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) intervenendo oggi in un Convegno alla Camera dei Deputati organizzato proprio per discutere del tumore al pancreas. "Deve quindi rafforzarsi sempre di più il rapporto tra medico di famiglia e specialisti".

**L'intervento chirurgico.** La chirurgia è uno dei modi più efficaci per intervenire sul tumore del pancreas. La particolarità e l'aggressività di questo tipo di cancro richiedono, però, competenze del tutto particolari che si sviluppano con la pratica. Moltissimi studi scientifici, pubblicati sulle più importanti riviste internazionali, hanno dimostrato che il rischio di mortalità e di complicanze post-intervento è di gran lunga maggiore nei centri che hanno un basso bacino di pazienti con questo tipo di cancro. E poi molto dipende da quando si riesce ad intervenire. "In circa l'80% dei casi" afferma Claudio Bassi, ordinario di Chirurgia Generale presso l'Istituto del Pancreas dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona "il cancro del pancreas alla diagnosi non è passibile di chirurgia radicale perché il tumore è già metastatico, principalmente al fegato, oppure coinvolge localmente grossi vasi non resecabili. Per tale neoplasia è quindi necessaria una diagnosi molto precoce che può essere effettuata solo approntando programmi di screening per individui con sicuri fattori di rischio".

**Radio e chemioterapia.** La radioterapia è indicata dopo l'intervento (terapia adiuvante) e può essere utile anche nei pazienti con malattia localmente avanzata non resecabile. La chemioterapia può essere impiegata prima o dopo l'intervento chirurgico, oppure nelle persone in cui l'intervento non è indicato che rappresentano la maggioranza dei casi. Per molti anni l'unico trattamento disponibile è stata la gemcitabina ma vari studi hanno dimostrato che la terapia di combinazione, che abbina farmaci diversi, è più efficace. L'ultima conferma arriva da uno studio francese in cui una combinazione di farmaci (Folfirinox): 5-FU, leucovorina, oxaliplatino e irinotecano ha determinato un significativo vantaggio in sopravvivenza. Tuttavia, solo i pazienti con buone condizioni generali, senza ittero e protesi biliari sono in grado di tollerare questo trattamento aggressivo.

**L'innovazione delle nanotecnologie.** Gli ultimi progressi nel campo della ricerca sono le nanotecnologie. "Solo ultimamente si è iniziato a compiere significativi passi in avanti nella ricerca, grazie all'arrivo del nab-paclitaxel, cioè paclitaxel legato all'albumina in nanoparticelle" hanno spiegato Francesco Cognetti, presidente della Fondazione "Insieme contro il cancro" e Stefano Cascinu, past president dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom). "È un trattamento già impiegato nel campo del tumore della mammella metastatico, che sfrutta le più recenti scoperte in ambito di nanotecnologia. Questo farmaco, associato alla gemcitabina, ha dato risultati incoraggianti, permettendo di avere per la prima volta pazienti lungo sopravvissuti in uno studio sul carcinoma del pancreas".

**La paura del cancro.** Sette italiani su dieci considerano il cancro come un serissimo problema di salute pubblica. È quanto emerge dalla Global pancreatic cancer awareness omnibus survey, condotta per conto di Celgene, e presentata oggi alla Camera dei deputati. Dall'indagine, che ha coinvolto oltre settemila persone tra Europa e Stati Uniti, emerge che il tumore è molto più temuto di altre malattie invalidanti come l'Alzheimer (39%) e i disturbi cardiovascolari (34%).

In Italia siamo anche pessimisti sulle terapie. Nove cittadini su dieci pensano che negli ultimi vent'anni si sarebbe potuto fare di più e il 20% è convinto che si stia addirittura perdendo terreno. Scarsa la conoscenza del tumore del pancreas: 6 italiani su 10 non ne hanno quasi mai sentito parlare. "Ma la sete di notizie è tanta e il 73% appoggia con entusiasmo le campagne di sensibilizzazione. Come il progetto "PanCrea: creiamo informazione" che negli ultimi dodici mesi ha girato il Paese per spiegare l'importanza della prevenzione" ha spiegato Cognetti,. Il tour PanCrea ha toccato sei regioni, per incontri informativi con clinici, associazioni di pazienti e medici di famiglia.

**Le associazioni di pazienti.** Per aumentare la consapevolezza dei fattori di rischio e l'informazione su questa patologia, giocano un ruolo primario le associazioni dei pazienti. "Ieri siamo stati al Parlamento europeo per rilanciare la nostra attività di sensibilizzazione su questa neoplasia" ha spiegato Elisabetta Iannelli, Segretario Generale della Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO). "Abbiamo partecipato

alla 'call to action' Giving a Voice to Pancreatic Cancer, promossa dalla European Cancer Patient Coalition (ECPC), a cui hanno aderito anche molti eurodeputati, per includere questo tumore in tutte le principali iniziative europee sulla lotta contro il cancro. Vogliamo incrementare la ricerca scientifica, rendere più efficiente la raccolta di dati, individuare strumenti per la diagnosi precoce, migliorare gli standard di cura e le chance di sopravvivenza".

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

ORINOLARINGOIATRIA

## Tumore della laringe: in aumento i casi ma anche le guarigioni

*Malattia dovuta nell'80 per cento dei casi ad alcol e sigarette. Interventi chirurgici sempre meno invasivi con una diagnosi precoce: «Fate attenzione alla voce rauca»*

di Vera Martinella



E' la più frequente forma di cancro del distretto otorinolaringoiatrico, ovvero dell'area della testa e collo. Colpisce soprattutto gli uomini, generalmente sopra i 50 anni, ed è in aumento a causa anche di comportamenti scorretti sempre più diffusi: fumo e alcol. Di tumore della laringe si ammalano circa 5mila italiani ogni anno, ma il 60 per cento dei pazienti guarisce. E i tassi di guarigione salgono a oltre il 90 per cento se la patologia viene diagnosticata allo stadio iniziale. «I tumori di testa e collo nel nostro Paese colpiscono ogni anno 12mila persone - spiega Giuseppe Spriano, presidente nazionale della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale, in un seminario tenutosi nei giorni scorsi a Roma -. Sono, nella stragrande maggioranza dei casi, riconducibili al consumo di tabacco e all'eccesso di alcolici. E questo è il motivo principale per cui il loro numero è in crescita. Chi assume alcol corre un rischio tre volte maggiore di cancro al cavo orale, faringe ed esofago rispetto a un astemio e nel nostro Paese è in aumento il consumo di alcolici, soprattutto tra i giovanissimi. Il 44 per cento degli under 25 italiani beve regolarmente fuori dai pasti, erano "solo" il 34 per cento 10 anni fa». Quanto al tabacco, basti pensare che il tumore della laringe compare da 4 a 32 volte di più nei fumatori, rispetto ai non fumatori e che il rischio di ammalarsi sale con l'aumentare del numero di sigarette consumate ogni giorno, mentre scende nelle persone

che hanno smesso di fumare da oltre cinque anni.

### ***Interventi chirurgici sempre meno invasivi***

Fortunatamente, però, grazie a cure tempestive e sempre più efficaci una gran parte dei pazienti riesce a sconfiggere la malattia, cosa che accadeva soltanto nella metà dei casi all'inizio degli anni Novanta. L'intervento chirurgico rappresenta in molti casi la soluzione definitiva contro la malattia: «Oggi le operazioni sono meno invasive - prosegue Spriano -. In passato l'unico intervento possibile era la laringectomia totale, cioè l'asportazione completa della laringe che provocava la perdita della voce e la tracheotomia (l'incisione della trachea) definitiva per la respirazione. Ora grazie alla chirurgia endoscopica è possibile rimuovere tumori poco estesi, utilizzando il laser attraverso la bocca. Nelle neoplasie di media grandezza si svolgono laringectomie parziali: in questo caso viene asportata solo una parte della laringe in modo da permettere al paziente di parlare, respirare e deglutire normalmente. Negli ultimi due anni è poi stata introdotta anche la chirurgia robotica, che permette di eliminare il cancro inserendo due piccole mani chirurgiche attraverso la bocca del paziente. Queste replicano i movimenti dello specialista che si trova invece ad una consolle operatoria distante dal paziente». In molti casi, poi, la radioterapia può essere un'alternativa valida all'operazione o «rinforzarne» l'effetto curativo nei malati che sono più a rischio di una recidiva, con una forma di tumore non più di piccole dimensioni o già estesa alle zone adiacenti.

### ***Attenti alla voce che si abbassa o al dolore nel deglutire***

Come sempre quando si parla di cancro, per avere maggiori probabilità di guarigione è importante scoprire la malattia agli esordi, recandosi dal medico in presenza di sintomi dubbi. Bisogna prestare attenzione alle alterazioni della voce (disfonia), come la voce rauca o un abbassamento di voce immotivato e persistente per più di due settimane, con variazione del timbro vocale. Ci può anche essere, quando è più esteso, dolore o difficoltà alla deglutizione, con fitte che raggiungono anche l'orecchio. Talvolta, poi, il primo sintomo è costituito dall'aumento di volume di uno o più linfonodi situati nel collo. In questi casi è bene fare una visita da uno specialista otorinolaringoiatra, «ma visti i rischi maggiori a cui va incontro, un accanito bevitore o un forte fumatore dovrebbe sottoporsi a controlli periodici, magari una volta l'anno a partire dall'età dei 50 anni in su - conclude Spriano -. Durante la visita si procede con una fibrolaringoscopia, uno strumento a fibre ottiche sottile che, introdotto nella gola del paziente attraverso il naso, permette di vedere le corde vocali e le altre strutture della laringe. In caso di sospetto si effettua poi una biopsia».

Studio francese sul cancro al polmone

## Il sangue rivela cellule tumorali

**C'**è una speranza in più per i malati di cancro, in particolare quello che colpisce i polmoni. Un gruppo di ricercatori francesi attivi a Nizza ha appurato che un particolare esame del sangue è in grado di scoprire la malattia con largo anticipo. L'esame è

attraverso uno studio più ampio. Non è semplice trasferire il metodo su larga scala. Le cellule tumorali in circolazione sono state isolate con l'aiuto di una tecnica denominata Iset, commercializzata dalla società RareCells. Tuttavia, quando si ha a che fare con un campione di 10 millilitri di sangue, qual-



Le cellule maligne si scoprono con largo anticipo

è stato condotto su 265 persone. In cinque pazienti a rischio, colpiti da broncopolmonite cronica ostruttiva, sono state rilevate alcune cellule tumorali in circolazione, con un anticipo di uno-quattro anni rispetto all'apparizione del cancro. Per tutti gli altri, invece, l'assenza di cellule-sentinella ha coinciso col mancato sviluppo della patologia tumorale.

Se a prima vista la sensibilità e la specificità del test sanguigno sembrano perfetti, gli stessi autori preferiscono non cantare vittoria. Occorre infatti confermare queste conclusioni

che migliaia di globuli bianchi rimane ancora sul filtro. Non è molto rispetto ai milioni di cellule che esistevano in partenza, ma bisogna perfezionare il metodo di indagine.

Il professor **Paul Hofman**, a capo dell'équipe di studio, effettua questa ricerca al microscopio analizzando la morfologia delle cellule: un lavoro fenomenale. Oggi, però, non ci sono molte persone in grado di effettuare questa indagine. Perciò occorre formare personale adeguato, e ci vorrà del tempo.

— © Riproduzione riservata —





Home Chi Siamo Mobile Salute Oggi Arts&Movies Innovazione Turismo Motori Radio Asca

Regioni Breaking News Economia Politica Attualità Sport AscaChannel My Asca

agenzia stampa quotidiana nazionale  
 giovedì 13 nov 2014 - ore 16:12:53 direttore responsabile Paolo Mazzanti



CERCA

in Asca in Google

ultima ora Giacomelli: serve intesa tra Usa ed Europa \*\*\* 16:09 - Alla Luiss incor



ASCA > Attualità

A+ A+ A+



Borsa tempo reale

Quotazioni Grafici Push da Borsa Italiana in Tempo Reale

Mi piace 0 Tweet 0 +1 0 CONDIVIDI

Dolore cronico per 35% donne ma oltre meta' insoddisfatte cure

13 Novembre 2014 - 15:37



Al via il progetto Cardiopain in oltre 60 Ospedali Rosa (askanews) - Roma, 13 nov 2014 - In Italia oltre una donna su tre soffre di dolore cronico, ma fra queste, sei su dieci si dicono insoddisfatte delle terapie. Lo evidenziano i risultati, presentati oggi, di un'indagine svolta da O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, grazie al sostegno del Centro Studi Mundipharma, su un campione di 1.000 donne italiane dai 35 ai 98 anni, allo scopo di comprendere la loro percezione del dolore, come questo venga gestito e quanto influisca sulla qualita' di vita femminile. Dai dati si evince chiaramente come la sofferenza fisica sia una problematica quanto mai attuale: il 35% delle intervistate soffre in particolare di dolore cronico, che si presenta con un'intensita' medio-alta, compromettendo umore, sonno e intimita' di coppia. Il 60% delle donne coinvolte nella ricerca si rivolge al medico (di famiglia 51% o specialista 49%) e 4 su 5 assumono farmaci, soprattutto antinfiammatori non steroidei (FANS, 64%), per controllare sia il dolore cronico che quello episodico. Purtroppo, pero', il 59% delle intervistate che soffrono non si ritiene del tutto soddisfatto delle terapie; si evidenzia, inoltre, un concreto timore per i possibili effetti collaterali provocati dagli antidolorifici: 2 donne su 5 si dichiarano molto preoccupate dall'impatto di questi farmaci sull'apparato gastrointestinale e sul benessere generale, poiche' causano spossatezza, sonnolenza, debolezza. Per questo motivo, O.N.Da ha deciso di coinvolgere le strutture con i Bollini Rosa nel Progetto Cardiopain, con l'obiettivo di migliorare la gestione del dolore attraverso una corretta formazione degli operatori sanitari e una loro maggiore consapevolezza circa l'importanza di prescrivere terapie appropriate, nel rispetto anche delle indicazioni e note AIFA. Spiega Francesca Merzagora, Presidente di O.N.Da: "Mal di testa, dolori muscolo-articolari e reumatici sono quelli piu' frequentemente lamentati da oltre la meta' delle 1.000 donne intervistate. Dai dati della nostra indagine emerge non solo quanto l'impatto del dolore sulla qualita' di vita femminile sia molto forte ma anche come siano evidenti le preoccupazioni sugli effetti collaterali e quanto sia scarsa la conoscenza sulle alternative farmacologiche. Tenendo presenti questi risultati e consapevoli che le patologie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte non oncologica nelle donne - continua Merzagora - O.N.Da ha coinvolto gli ospedali con i Bollini Rosa, gli Assessori alla Salute regionali e il gruppo di Parlamentari con cui collabora per promuovere un'iniziativa che si propone di attuare concretamente gli orientamenti prescrittivi sui FANS" e le terapie appropriate per combattere il dolore. "Le strutture che hanno aderito entreranno a far parte del Network Cardiopain e agli operatori di queste strutture sara' offerta la possibilita' di fruire di corsi di formazione online e residenziali". Red-Mpd Mpd

TRADING 212

IMPARA A FARE TRADING

ACCOUNT DI PROVA GRATUITO DA 10.000 €

FOREX PETROLIO ORO AZIONI

notizie regioni

- Abruzzo
- Basilicata
- Bolzano
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Ven. Giu.
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trento
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto



Attualità Economia Politica Sport

16:11 - Russia: manderemo nostri bombardieri a pattugliare golfo Messico  
 16:10 - Orlando: voto a collegato ambiente e'



ECONATURAL  
Reinventing tissue paper

Accedi

VANTAGGI PER L'ABBONATO

ABBONATI SUBITO

RINNOVA IL TUO ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...

multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | Medicina e scienza

iLife

INVINCIBILE?

SCOPRI COME

Generatel.it

Home In Europa e dal mondo

IN EUROPA E DAL MONDO

## Farmaci: annullata la nomina di **Guido Rasi** all'EMA dal Tribunale per la funzione pubblica Ue

di Ics Ypsilon

13 novembre 2014 Cronologia articolo

Tweet 4

Recommend 2

+1 0

A A A



E' un fulmine a ciel sereno quello che sembra essersi abbattuto oggi sull'Authority europea del farmaco, l'EMA. L'equivalente del TAR in salsa europea ha dichiarato nulla la decisione della Commissione europea del 20 aprile 2011, in cui si proponeva al Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia europea per i medicinali una lista di quattro candidati raccomandati dal comitato di screening e confermati dal comitato consultivo per le nomine.

Il primo passaggio procedurale, a cui è seguita poi la decisione del Consiglio di amministrazione di nomina del direttore esecutivo dell'EMA (6 ottobre 2011), sarebbe stata ritenuta non valida. Nella

stessa sentenza, disponibile per ora solo in forma di draft, il Tribunale respinge il ricorso già presentato e chiede alla stessa EMA di sostenere le spese del ricorrente. In realtà, all'origine del tutto sembra esserci non solo un difetto procedurale. Già in passato diverse associazioni pubbliche avevano segnalato il potenziale conflitto di interessi nel consentire ai componenti del Consiglio di Amministrazione EMA di candidarsi come Direttori esecutivi. E' ciò che è avvenuto anche questa volta ed è stata una delle ragioni che il Tribunale ha ritenuto valide per considerare poco trasparente la selezione finale del Direttore EMA. In ogni caso, il risultato attuale sarebbe quello di un'Agenzia che al momento non avrebbe più al comando l'italiano **Guido Rasi**.

### IL TESTO DELLA SENTENZA

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

### ANNUNCI GOOGLE

**Sul tetto ci va un 3kW?**

Il Fotovoltaico può rendere bene, ma ci sono queste novità da sapere

### NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

Iscriviti gratuitamente >

Sempre a fianco alle aziende del settore  
Pharma e Medical Device



### Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 41  
11-17 nov. 2014  
Sfoggia PDF >

SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >

Uscite precedenti:

- nr. 404-10 nov. 2014
- nr. 3928 ott. 2014

Consulta l'archivio >  
Gestisci abbonamento >

### Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

## **SSN: MINISTERO, SI' DA REGIONI A CABINA DI REGIA SUL LAVORO**

(AGI) - Roma, 13 nov. - La Conferenza delle Regioni ha dato oggi il proprio assenso alla costituzione di una Cabina di regia tra Ministero della Salute, Regioni e Sindacati del personale del Servizio sanitario nazionale (sia dirigenti che in convenzione che del comparto) per affrontare in modo unitario i temi del lavoro in sanita'. "Il sistema sanitario - spiega il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, delegato dal ministro Beatrice Lorenzin alle relazioni con le Organizzazioni sindacali - ha la necessita' di avviare una profonda modifica dell'organizzazione del lavoro che sia funzionale all'evoluzione scientifica, tecnologica e delle professioni, e siamo convinti che un processo di questa portata non possa produrre i frutti sperati senza il coinvolgimento e la partecipazione alle scelte di quanti, quotidianamente sono chiamati a programmare, attuare, monitorare e verificare l'attivita' in favore dei cittadini. E - aggiunge De Filippo - e' importante affrontare questi temi unitariamente, in considerazione dell'interdipendenza, interazione e integrazione dell'attivita' delle diverse professioni sanitarie, pur senza limitare la possibilita' di trattare specifici temi per personale a convenzione, dirigenza e comparto". La scelta proposta dal Ministero e condivisa dalle Regioni introduce una discontinuita' nel modello di relazioni sindacali che supera i tavoli negoziali separati con le tre aree di personale a convenzione (Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialistica ambulatoriale) della dirigenza (medico veterinaria e sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa) e del comparto dando vita ad una sede unitaria di confronto tra Ministero Regioni e Sindacati che affronti i temi dell'organizzazione del lavoro, dell'evoluzione professionale, del monitoraggio, della verifica delle innovazioni con la promozione di quelle che si riveleranno positive e migliorative e l'individuazione di quelle che dovessero risultare negative e peggiorative. Il nuovo modello organizzativo e' gia' stato concordato e condiviso con le Organizzazioni sindacali del Personale del Sistema Sanitario Nazionale.

MOLECOLE GIÀ UTILIZZATE CONTRO RIGETTI E DIABETE SI RIVELANO **ELISIR** DI LUNGA VITA. MA C'È CHI DUBITA

# OBIETTIVO 120 ANNI: LE NUOVE PROMESSE DEI VECCHI FARMACI

di Alex Saragosa

(presunti) elisir di lunga vita vengono sempre da luoghi misteriosi. E così è anche per l'ultimo, la rapamicina, una molecola estratta da batteri dell'Isola di Pasqua (Rapa Nui), da decenni usata contro il rigetto degli organi trapiantati. Questo farmaco è stato una delle star del Simposio di Geroprotezione tenutosi a Basilea, dove sono stati presentati i trattamenti antinvecchiamento più promettenti.

Già nel 2009 fu dimostrato che dando rapamicina a topi di 600 giorni, l'equivalente di 60 anni umani, li si faceva vivere fino a un 14 per cento in più della media. L'effetto è legato all'azione inibitoria del farmaco sulla proteina mTor, regolatrice dell'attività cellulare, azione che fa diminuire respirazione cellulare e produzione di radicali liberi. Peccato però che la rapamicina sia anche un immunosoppressore, e favorisca quindi l'insorgere di infezioni e tumori.

Ora però Novartis ha presentato un suo derivato, l'everolimus, che, pur mantenendo l'azione su mTor, potenzia anche la risposta immunitaria: testato su 218 volontari ha fatto crescere del 20 per cento la produzione di anticorpi dopo la vaccinazione antinfluenzale.

Un altro insospettato elisir di lunga vita pare sia la metformina, usata dai diabetici per abbassare la glicemia. Uno studio condotto dall'Albert Einstein College di New York, su 180 mila diabetici inglesi seguiti per cinque anni, ha mostrato che quelli che la usavano avevano una mortalità ridotta del 15 per cento rispetto a un analogo campione di persone non diabetiche.

Già è diffuso invece l'uso quo-

tidiano, in funzione anti-age, di aspirina e statine, sperando che allungino la vita a noi umani, come hanno dimostrato di poter fare su animali.

«Il punto è però che si interviene un po' a casaccio su una cosa estremamente complessa» dice il professor Giuseppe Paolisso, presidente della Società italiana di geriatria. «Se, come sostiene la teoria più accreditata, l'invecchiamento è il risultato della produzione di radicali liberi da parte della respirazione cellulare, vuol dire che in realtà si invecchia fin dal nostro primo respiro, e che la vita non è che il mantenimento di un delicato equilibrio fra produzione di energia e contenimento dei danni che questo causa. Intervenire su un meccanismo così continuo, complicato e pervasivo con questo o quel farmaco credo che avrà risultati modesti, se non, alla lunga, negativi».

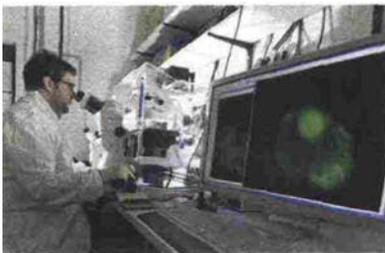
Ma sui topi alcuni di questi farmaci hanno funzionato. «Gli uomini hanno un organismo fatto per vivere ottanta o più anni, i topi per appena tre: allungare la loro vita è molto più facile».

Forse allora possiamo sperare in interventi più radicali, tipo cellule staminali o organi costruiti in laboratorio. «Certo nei prossimi anni da queste strade verranno soluzioni ai grandi killer degli anziani, malattie cardiovascolari, tumori e demenze. E, una volta diventate comuni, le nuove cure potranno farci progredire ancora nell'allungamento della vita media. Il margine c'è: oggi siamo sugli 80 anni, ma la massima stimata è sui 120».

Niente immortalità, quindi. «Anche in presenza di una salute eccezionale, il nostro corpo non pare fatto per durare oltre i 120

anni: per esempio, una recente ricerca olandese indica che le staminali che rigenerano il sangue si esaurirebbero intorno a quel limite. Ma prima di pensare a come riparare i danni dell'età, conviene prevenirli. E in questo basta imparare dai centenari, che invariabilmente sono persone fisicamente attive fino in tarda età e che seguono una dieta parca ed equilibrata».

La European Veterans Athletic Championship 2014 di Izmir (Turchia). L'edizione 2015 sarà a Grosseto. Sotto, una cellula nervosa vista al microscopio



Salute Nuova Psoriasi Unit al San Gallicano di Roma e studi su farmaci iniettivi e orali

# La pelle messa in salvo

*Équipe di medici per trattare in modo mirato ogni singolo paziente*

di Cristina Cimato

**A**lcuni evitano di andare in piscina o al mare, i più hanno problemi sul lavoro e quasi tutti nella gestione delle relazioni intime, ma soprattutto molto spesso soffrono anche in organi nascosti, non solo sulla pelle. I pazienti vittime di psoriasi, patologia cronica che colpisce solo in Italia più di 2 milioni di persone, necessita di un approccio multidisciplinare, percorsi terapeutici mirati e soprattutto una rete di professionisti in grado di gestirne i diversi aspetti. Con questa finalità è stata creata a Roma all'Istituto San Gallicano una Psoriasi Unit, ossia un gruppo organizzativo multidisciplinare mirato a inquadrare in modo corretto la patologia, che ha natura multifattoriale. «Ci sono numerose ricerche in corso, incentrate soprattutto su nuovi farmaci. La strategia terapeutica è fondamentale, soprattutto perché se si conosce la malattia si sa che diminuisce drasticamente la qualità della vita», ha spiegato Enzo Berardesca, direttore del dipartimento di dermatologia clinica del San Gallicano, «in particolare sono in arrivo nei prossimi mesi nuovi farmaci monoclonali che vanno a bersagliare l'interleuchina 17, una delle citochine coinvolte nel processo di infiammazione». A queste nuove risorse terapeutiche, che si uniscono agli anticorpi monoclonali già sul mercato, va ad aggiungersi a breve una nuova classe di farmaci. «Mentre i suddetti sono di tipo iniettivo, i nuovi trattamenti sono molecole piccole che hanno ruolo di inibitori della trascrizione dell'Rna e sono per uso orale, quindi molto



probabilmente godranno di miglior consenso da parte dei pazienti». La Unit ha infatti il fine di realizzare un nuovo sistema gestionale in linea con le ultime evidenze cliniche e normative nazionali e regionali. C'è inoltre il progetto della costituzione di una rete clinica, una sorta di start-up per la condivisione di pazienti definiti complessi fra più centri. «Non va dimenticato», ha precisato Berardesca, «che sebbene la psoriasi si manifesti a livello epidermico, la pelle non è l'unico organo che può essere colpito. Ci sono su tutti le ossa e l'apparato cardiovascolare. Ecco perché, visto che la malattia ha un esordio giovanile, è utile mettere in campo un'équipe di medici fra cui reumatologi, gastroenterologi, endocrinologi, cardiologi, pneumologi e infettivologi che possa tenere sotto controllo tutti i distretti, anche quelli emotivi». La psoriasi ha una base di predisposizione genetica che tende, nel tempo, a prevalere. Ecco perché le cure attutiscono molto i sintomi bloccando il sistema di infiammazione, ma la malattia tende poi a ritornare. «Ci sono allo studio anche molecole, simili per meccanismo alle nuove per uso orale, che agiscono in modo topico, ma va detto che queste sono generalmente meno ben tollerate dal paziente rispetto alla cura sistemica». A fine ottobre è stata celebrata la 10ª giornata mondiale della psoriasi e in Italia la Adipso, Associazione per la difesa degli psoriasici, ha promosso la creazione di una piattaforma dalla quale i pazienti di tutto il mondo (più di 130 milioni) possano unire le loro voci ed essere ascoltati, affinché psoriasi e artrite psoriasica siano affrontate su scala globale. (riproduzione riservata)



**Medicina** Il progetto "5azioni" presentato alla Camera per avviare una campagna di informazione nel 2015

# In bici o in gruppo per capire come si conquista la salute

Bimbi, giovani e adulti che soffrono di **diabete** hanno confrontato i loro stili di vita per un anno sul web. Ora un comitato scientifico ha raccolto le testimonianze in un lavoro che offre nuovi spunti alla medicina

di **Stefano Rodi**

**C**i sono cifre, e storie. Sono altrettanto importanti. Il diabete, oltre a essere una sindrome che dipende dal malfunzionamento dell'insulina, l'ormone che controlla il metabolismo del glucosio, è questo: una malattia che riguarda 346 milioni di persone nel mondo, 52 in Europa, 3 in Italia. Prima nel 2006, poi nel 2011, l'Onu l'ha dichiarato «pandemia in grado di minacciare lo sviluppo socioeconomico globale»: nel 2035 potrebbero essere 600 i milioni di persone coinvolte; uno "tsunami" secondo il segretario generale Ban Ki-moon. Nel nostro Paese, ogni ora, tre persone muoiono a causa di questa malattia. Chi ne soffre non può più smettere di curarsi, non tanto e non solo con i farmaci, quanto con lo stile di vita. Naviga a vista ma, se impara a farlo, può andare lontanissimo. Molto più di tanti sani. Gli esempi come sempre insegnano molto, e possono diventare modelli. Come quello di Andrea Pirovano, che corre in bicicletta e ha fondato una squadra Under 23/Elite, categoria che equivale alla Primavera del calcio: da lì arrivano i talenti che poi diventano professionisti. Insomma non è un gioco, si corre per vincere. E ci si allena 7 giorni su 7, 11 mesi all'anno. Nella squadra Fly Cycling Team di Andrea ci sono 11 corridori; oltre a lui altri tre con il diabete.

**Quanto contano i ricordi.** «Ho scoperto cosa fosse a 17 anni: in un'ora dentro a una stanzetta triste un medico mi ha spiegato come sarebbe cambiata la mia vita». Lui ha fatto solo tre domande: «Cos'è? Come funziona? Posso continuare ad andare in bici?». Gli hanno detto di sì, che il movimento fa bene, forse senza sapere cosa intendeva lui per "andare in bici". Andrea è entrato nella sua prima squadra a 18 anni, nella Marianense FC, dove ha incontrato l'allenatore che adesso è il suo socio a guida del Fly Team. Ha

fatto tutti gli esami clinici necessari, poi è andato da un famosissimo medico dello sport che lavorava in zona perché gli firmasse il certificato di idoneità che gli serviva, e gli spettava. «Mi ha detto: "Per me sarebbe meglio se i diabetici stesse a casa a fare la calza". "Quella la farò quando sarò vecchio" gli ho risposto. "Adesso voglio il mio certificato per andare a correre"».

Fine della conversazione, inizio delle gare in bici, ovviamente seguito da altri medici. Più bravi. Il loro parere è importante, «ma alla fine sono io che devo capire come sto e cosa mi serve». Usa il microinfusore, un piccolo apparecchio che immette insulina nel corpo in continuazione e a dosi regolabili attraverso un catetere, inserito nell'addome che mantiene costante l'insulinemia. Ha dei comandi che consentono di aumentare, se necessario, le dosi. «Io, in corsa, devo essere a circa 170 di glicemia». Conosce la "sua" macchina come un pilota. Va forte e il ciclismo è la sua vita, per ora. Poi si vedrà. L'incontro con quel medico sportivo, quando aveva 17 anni, è uno dei più brutti ricordi della sua vita da malato. Ce ne sono altri belli. E si ripetono spesso. «Quando sono fuori ad allenarmi da solo a volte mi accorgo che ho dietro un altro ciclista che sfrutta la mia scia in modo da fare meno fatica». In gergo si dice "succhiare la ruota". Il problema è che per gli "amatori" resistere dietro ad Andrea, a 50 km all'ora, è un'impresa che può durare una manciata di chilometri. «Quando arriviamo a un semaforo, o a un incrocio, dove rallento, è capitato che chi mi stava dietro riconoscesse la maglia della mia squadra e, col fiatone, mi chiedesse: "Ma tu sei uno di quelli con il diabete? Bravissimo, complimenti"». Ecco, questi sono ricordi belli, alla faccia di quel medico della calza.

La parte psicologica conta molto, come sempre,

come in tutte le malattie, come in tutta la vita del resto. Ma, se ci si ammala da bambini, forse conta di più. Tiziana Buriola, nonostante sua madre soffra di diabete, non ha capito fino in fondo di cosa si trattasse fino a quando si è ammala anche sua figlia Matilde, a dieci anni. «È come se arrivasse in casa un ospite indesiderato, a pranzo e cena. E anche a colazione. Per sempre». Si impara a convivere con questo convitato di pietra ma non è facile. La quinta elementare è tempo di giochi e, volendo, di compiti, non di buchi nelle dita e di punture di insulina.

**Piccoli grandi esempi.** «Il sospetto che avesse il diabete l'ho avuto un pomeriggio in cui ho visto che ha bevuto mezzo litro d'acqua ma, a casa di mia mamma, le ho misurato i valori con il glucometro e aveva 110. Mi sono messa tranquilla, e ho sbagliato. Venti giorni dopo siamo corsi in ospedale d'urgenza: 569 di glicemia». Fine dei dubbi: diabete di tipo 1 mellito e ospite indesiderato in casa. Poi il tempo passa, quattro anni da quel giorno. Matilde è un tipo tosto. Ha cominciato a farsi i buchi nel dito da sola già in ospedale, le punture di insulina dopo due mesi. Anche la sorellina più piccola, Agata, che adesso ha otto anni, ha imparato a trattare il diabete come si merita. A volte va da sua mamma e dice: «Guarda che ha 240, ma non dire che te l'ho detto io». Oppure chiede direttamente: «Ma Mati, sei in ipo?».

Bambini malati? Non è giusto, non vale. È una vigliaccata, verrebbe da dire. Ma chi l'ha inventata? Eppure è così; è la vita. Anche quella di Giacomo Trapani, che adesso fa il maestro d'infanzia ed è presidente dell'Ada, Associazione diabetici alcamese. Si è ammala anche lui da bambino, a otto anni, nel 1986. Altri tempi, quelli delle siringhe da bollire, che ai bambini non sono mai piaciute. E lui era diverso da Matilde: se la dava a gambe. «Solo per fare il controllo ci voleva un'ora, se riuscivano a prendermi subito, se no anche di più: bucare il dito, mettere il sangue sulla striscia reattiva, aspettare 10 minuti, inserirla in un apparecchio grosso come una playstation di adesso e attendere». Altro che giochi d'infanzia. «Quello che mancava completamente in quegli anni era un supporto psicologico, non solo per i malati, ma anche per i loro familiari. Resta molto da fare anche adesso perché una cosa importantissima per affrontare bene questa malattia è che chi ne soffre non deve essere seguito solo dal diabetologo». L'esperienza di Giacomo è maturata sul campo e gli è servita per capire che per seguire i malati e le loro famiglie «ci vuole un team: diabetologo, dietologo o comunque esper-

to di alimentazione, psicologo, cardiologo e quello che si definisce un "diabetico guida", cioè un altro malato esperto che conosce questa malattia perché ce l'ha e sa che non si deve mai abbassare la guardia e, a quel punto, si può fare anche una vita normale come faccio io».

Quelle di Andrea, Matilde e Giacomo sono solo alcune delle storie che rientrano nel progetto 5azioni (www.5azioni.it), voluto da Sanofi, presentato il 12 novembre alla Camera dei deputati, che darà vita a una campagna di informazione per tutto il 2015 che parte proprio dalle esperienze e dalle idee dei tanti malati che nel corso dell'ultimo anno hanno partecipato a un apposito dibattito online. Da tutto quel lavoro un comitato scientifico ha preso spunto e ha selezionato 60 progetti dividendoli in cinque sezioni: sport, alimentazione, bambini, maternità e tecnologia.

Nicoletta Musacchio è un medico diabetologo che fa parte del comitato scientifico: «È stato fatto un lavoro importante per tante ragioni ma credo che una valga più di tutte: in questo progetto emergono i bisogni veri dei pazienti. Il diabete è una malattia cronica. L'efficacia della cura dipende dal ruolo che assume chi ne soffre, da come la affronta, dal suo stile di vita». Quello della dottoressa Musacchio alla fine è un appello, e questo progetto è finito alla Camera anche per questo: «I diabetici non devono sentirsi soli, e il sistema sanitario nazionale deve comprendere che attorno a loro serve il lavoro di un team qualificato». Lo diceva anche Giacomo Trapani. Medici e pazienti, quindi, la pensano allo stesso modo. È un buon punto di partenza.

**Quando uno scopre di avere il diabete non può più smettere di curarsi. In Italia sono tre milioni le persone che soffrono di questa patologia**

# Autismo Neuroni in confusione

COLLOQUIO CON ENRICO CHERUBINI

Hanno osservato bambini e adolescenti affetti da disturbo autistico e scoperto che nel loro cervello ci sono troppe sinapsi (le strutture che collegano le cellule nervose); ce ne sono così tante che ingolfano la comunicazione fra neuroni. Ecco quello che hanno visto i ricercatori del Columbia University Medical Center e ne hanno dedotto che questo accade per una deviazione del normale processo di crescita del cervello. La maturazione cerebrale è infatti caratterizzata proprio da uno sfoltimento delle sinapsi (che alla nascita sono ridondanti), dalla stabilizzazione e dalla costituzione di nuove. Per ovviare a questo malfunzionamento, i ricercatori hanno quindi somministrato a dei topi un farmaco che riattiva lo sfoltimento di sinapsi; e hanno

notato che i comportamenti autistici spariscono. Peccato che il principio attivo non si possa usare negli essere umani, a causa dei suoi effetti collaterali. Ma quello della Columbia, pubblicato su "Neuron", è uno studio dal quale ormai non si può prescindere.

Ne abbiamo parlato con Enrico Cherubini, direttore scientifico dell'Ebri di Roma, che su questo tema ha organizzato un simposio durante lo European Brain Forum 2014 di Milano.

### Professore, cominciamo dall'inizio. Cosa sappiamo sulle cause dell'autismo?

«Abbiamo capito che è un mix fra genetica e ambiente. Si tratta di un deficit dello sviluppo cerebrale: a un certo punto del processo c'è qualcosa che non va; l'architettura che dovrebbe formarsi non

riesce a farlo correttamente. E sappiamo, per esempio, che delle strutture cerebrali (i recettori Gaba) giocano un ruolo cruciale nel sintonizzare le sinapsi e connettere i neuroni nelle fasi precoci di sviluppo del cervello. Aver individuato questo target ha

permesso di provare a trovare delle soluzioni».

### Quali risultati hanno dato i farmaci?

«Un gruppo di ricercatori francesi ha dimostrato su 60 piccoli pazienti che la somministrazione di bumetanide, sostanza capace di interagire con il sistema Gaba, produce un notevole miglioramento dei sintomi. Sono risultati che vanno ulteriormente validati. Ma nei tre mesi che è stata somministrata i bambini non hanno sofferto di effetti collaterali importanti. Non sappiamo, però, ancora esattamente quale sia il meccanismo di azione che porta a questi risultati».

Letizia Gabaglio

ENRICO CHERUBINI NEL SUO LABORATORIO ALLO EUROPEAN BRAIN RESEARCH INSTITUTE DI ROMA



LABORATORIO ALLO EUROPEAN BRAIN RESEARCH INSTITUTE DI ROMA

