

PRONTE LE NUOVE LINEE GUIDA

# Esami in gravidanza, si cambia

Il ministero della Salute: troppe amniocentesi, test solo a chi rischia

MARIA CORBI  
ROMA

Un giro di vite sugli esami prenatali, e soprattutto sull'amniocentesi, indagine che fino ad oggi era caldamente consigliata (e pagata dal servizio sanitario nazionale) alle donne sopra i 35 anni, considerate «primipare attente» e quindi a rischio. No anche alla villocentesi eseguita a tappeto. Le nuove linee guida sulla gravidanza fisiologica, redatte da un gruppo multidisciplinare di professionisti coordinati dall'Istituto superiore di sanità (Iss) e dal Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (Ceveas) su mandato del ministero della Salute, fissano infatti dei paletti precisi, offrendo l'amniocentesi e la villocentesi alle donne di tutte le età (e non più dai 35 anni in su) ma se positive al test combinato usato come strumento di screening

per la sindrome di Down. Per le altre non rimarranno che i centri privati dove questi esami sono fatti pagare a caro prezzo.

L'amniocentesi è un prelievo di liquido amniotico, che si esegue dopo la sedicesima settimana di gestazione per via transaddominale, sotto controllo ecografico continuo, con un rischio di aborto dell'1 per cento (secondo gli ultimi dati a livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 43,43% dei parti). Mentre la villocentesi è un prelievo dalla placenta, che si esegue dopo la decima settimana di gestazione per via transaddominale, sotto controllo ecografico continuo e che comporta ugualmente un rischio di aborto dell'1 per cento.

«Si tratta di introdurre una diversa pratica clinica per individuare le donne a rischio, Vittorio Basevi del Ceveas facendo dell'amniocentesi e villocentesi delle indagini di secondo livello». Il test combinato si basa sull'età materna, la ricerca della translucenza nucale e la determinazione di alcuni valori nel

sangue come la frazione beta libera di hcg e della proteina plasmatica A associata alla gravidanza. Attualmente l'amniocentesi e la villocentesi sono a carico del Ssn per le donne dai 35 anni in su e sono gli esami che consentono con certezza di diagnosticare un feto affetto da sindrome di Down. «Ma c'è un rischio di perdite fetali di circa il 2 per cento». «Stabilire invece prima, con il test combinato, chi è a rischio - continua Basevi - riduce il numero di interventi diagnostici invasivi e dei nati con sindrome di Down».

Una novità che riguarderà moltissime donne visto che nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amniocentesi è la più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (3,39%) e dalla funicolo-centesi (0,6%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 15,4 amniocentesi. Meno diffusa al sud (nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 12% ad eccezione della Sardegna), di più al nord dove i valori più alti si hanno in Valle d'Aosta (37,1%) e Liguria (27,6%).

43

per cento

Percentuale di donne oltre i 40 anni di età che si sottopone ad amniocentesi

1

per cento

Percentuale di rischio di interruzione della gravidanza che comportano gli esami



## E i giovani? Nove su dieci a rischio alcolismo

■ Nuovo allarme alcol fra i giovani. Secondo la Società Italiana di Alcologia il 90% di loro beve, soprattutto birra e drink ma anche whisky e grappa. E consuma in media otto bicchieri per un ragazzo e quattro per una ragazza. Del resto, nella loro percezione (errata) è proprio questa la soglia di sicurezza oltre la quale è meglio non andare. Un'indagine su 1000 studenti degli ultimi tre anni delle scuole superiori rivela che solo il 2-3% del campione conosce la vera soglia del pericolo, mentre più della metà dei ragazzi (53,2%) e un terzo delle ragazze (30,9%) riferisce, senza difficoltà, di avere praticato il «binge drinking», un «abbuffata di bevande alcoliche», cioè sei o più bicchieri assunti. I giovani non sembrano tenere in conto i «regali» che l'alcol lascia al cervello. Danni irreversibili dovuti alla morte delle cellule cerebrali che avviene perché il loro organismo non è in grado di spezzare la molecola dell'alcol e questa attacca il cervello. Il numero dei giovani italiani a rischio è pari a circa 1 milione e 200mila, di cui oltre 600mila sotto i 16 anni.



**Segnalato da voi**

# Farmaci «personali»: chi deve gestirli quando si è ricoverati in ospedale

**Ricoverata, mi sono sentita dire che per quanto riguardava i miei farmaci "personali" (sono cardiopatica) dovevo portarli da casa e gestirli da sola. Quando le mie scorte si sono esaurite, il medico di base mi ha detto che non poteva farmi avere ulteriori prescrizioni perché di tutte le mie cure era responsabile l'ospedale; in ospedale mi hanno invece risposto che dovevo arrangiarmi perché quei farmaci non avevano niente a che fare con le cure per cui ero stata ricoverata. Possibile che non ci siano regole per casi come questi?**

**Lettera firmata**

Risponde

**Leonardo La Pietra**

Direttore sanitario Ieo,  
Istituto europeo di oncologia, Milano



La domanda della lettrice solleva un problema di rilievo e molto comune, visto che negli ospedali è facile siano presenti pazienti anziani con più patologie croniche che richiedono una politerapia. Anche se non esiste una normativa specifica, a livello nazionale, la regola generale alla quale ogni struttura e ogni professionista che opera all'interno del Servizio sanitario nazionale deve attenersi è quella della cosiddetta "continuità assistenziale". E gli standard internazionali degli ospedali della Joint Commission (l'ente americano che accredita le strutture sanitarie di eccellenza in tutto il mondo e, tra gli altri, anche l'Ieo) confermano questa regola. La continuità assistenziale prevede che il paziente quando viene ricoverato in un ospedale (anche in un reparto o in una struttura altamente specialistica) debba essere messo in grado di continuare a seguire la terapia che abitualmente riceve a casa propria.

Questo significa che la struttura sanitaria (e in particolare il medico che "accetta" il paziente) ha il dovere di informarsi, al momento dell'ingresso in reparto del malato, sui farmaci che quest'ultimo assume a casa, e successivamente ha il compito di confermare la cura o di sospenderla o di modificarla, facendo in particolare at-

tenzione alle eventuali interazioni con la terapia che sarà somministrata durante la degenza in ospedale.

Il caposala (o l'infermiere incaricato dal caposala) dovrà, quindi, prendere in consegna i farmaci personali del paziente (niente medicinali in "autogestione" lasciati sui comodini!), registrarli in cartella e provvedere alla somministrazione di tutta la terapia farmacologica prescritta dal medico.

I farmaci personali del paziente andranno conservati in un luogo idoneo e restituiti al paziente alla dimissione.

Qualora il ricovero dovesse prolungarsi e i farmaci personali del paziente non fossero sufficienti a garantire il prosieguo della terapia, l'ospedale dovrà approvvigionarsi, attraverso la sua farmacia, dei medicinali necessari anche se si tratti di farmaci "super specialistici". E val la pena ricordare che questo, oltre a costituire l'unico comportamento corretto, permette al Servizio sanitario di risparmiare perché gli ospedali acquistano tutti i farmaci a metà prezzo, mentre le Asl che sostengono i costi al posto del malato, se quest'ultimo li acquista con ricetta del medico di base, li pagano per intero.

In nessun caso, dunque, va chiesto al medico di famiglia di provvedere alla prescrizione di farmaci necessari al paziente durante il ricovero in ospedale.

Il medico di famiglia andrà invece, ovviamente, contattato per il rinnovo della prescrizione dopo la dimissione.

a cura di Daniela Natali



**L'OSTEOSARCOMA SI PUÒ CONTRASTARE**

# Nuove cure per il tumore delle ossa

*Efficaci immunostimolanti hanno dimostrato di poter ridurre la mortalità di oltre il 30%  
La chemioterapia preoperatoria ha diminuito l'esigenza della chirurgia più demolitiva*

**Luigi Cucchi**

■ I grandi progressi ottenuti in oncologia si registrano anche per i tumori dell'apparato scheletrico. L'osteosarcoma è il più frequente: un tempo la sopravvivenza era inferiore al 20%, oggi supera il 60%. In Italia, l'incidenza dei tumori primitivi dell'osso si attesta intorno a 0,8-1 caso per 100mila abitanti, quindi si stima vi siano ogni anno circa 500 nuovi casi di tumori maligni primitivi dell'osso. Clinicamente, il paziente si presenta con dolore localizzato all'arto interessato, più raramente presenta una frattura. Un gruppo di specialisti di tutti i principali Centri oncologici di eccellenza, con il supporto del Cnr, sta studiando questo tumore che colpisce maggiormente i giovani con una età attorno ai 19 anni, come indica il Registro dei tumori maligni primitivi dell'osso realizzato dagli Istituti Ortopedici Rizzoli. Le ossa lunghe sono le più coinvolte, l'articolazione del ginocchio rappresenta l'80% dei casi. «La necessità di un approccio multidisciplinare per le cure e la rarità della patologia rendono indispensabile una centralizzazione dei casi presso centri di riferimento», afferma il dottor Gioacchino D'Alò precisando che occorre la collaborazione tra specialisti oncologi dell'adulto e pediatrici, chirurghi ortopedici, esperti in oncologia ossea, chirurghi generali e toracici, anatomo-patologi esperti in sarcomi, radioterapisti, esperti in riabilitazione, psicologi. Il dottor D'Alò segue le sperimentazioni più avanzate di nuovi principi attivi in grado di contrastare questa neoplasia come direttore medico di Takeda Italia, consociata della prima società **farmaceutica** giapponese, fondata all'inizio del secolo scorso ed impegnata nella ricerca oncologica.

«Questa patologia - precisa D'Alò -

comprende diverse varianti, anche a basso grado di malignità, ma quella che ricorre più frequentemente è la forma a prognosi peggiore. Numero sono le cause responsabili dell'insorgenza di questo tumore la cui attività in termini di sviluppo è ancora sconosciuta, è certo che le radiazioni e le anomalie genetiche hanno un ruolo negativo». Quali sono le principali tecniche diagnostiche per l'individuazione di questa neoplasia?

«La normale radiografia, la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica, consentono di evidenziare lesioni ossee primitive. Purtroppo, fra i pazienti con osteosarcoma, l'incidenza di metastasi polmonari è ipotizzabile attorno al 20% dei casi già al momento della diagnosi del tumore osseo primitivo». Un tempo come si interveniva ed oggi quali sono i più importanti trattamenti?

«L'utilizzo della chemioterapia preoperatoria ha drasticamente ridotto l'incidenza di amputazioni. La valutazione della necrosi post-chemioterapia nelle resezioni chirurgiche, da parte del patologo, rappresenta un parametro di estrema utilità prognostica. Molti studi mostrano che se la necrosi tumorale è superiore al 90%, la prognosi è eccellente».

Sul piano diagnostico quale è il ruolo della radiologia e quali altre indagini devono essere effettuate?

«Dopo gli esami radiografici è necessaria la scintigrafia scheletrica che consente di monitorare l'andamento della malattia dopo il trattamento, e la tomografia computerizzata, utile per la pianificazione preoperatoria. La risonanza magnetica offre vantaggi rispetto alla TC: consente una visione dei piani longitudinali oltre che trasversali, migliore differenziazione tra tessuti diversi ed è innocua per il paziente». Quali le novità nell'area chemioterapica?

«Risalgono a 30 anni fa le prime se-

gnalazioni sull'impiego di chemioterapia in pazienti con osteosarcomi e vi è attualmente consenso nel considerare l'associazione di chirurgia e chemioterapia come procedura standard. I farmaci di dimostrata efficacia e largamente utilizzati sono il metotrexate ad alte dosi, l'adriamicina, il cisplatino e l'ifosfamide. La novità terapeutica è rappresentata dalla mifamurtide, frutto della ricerca oncologica di Takeda-Millennium. È un farmaco con potente effetto immunostimolante che riduce la mortalità dei pazienti del 30%. È indicato nei bambini, adolescenti e giovani adulti per il trattamento dell'osteosarcoma non metastatico ad alto grado. Dopo la resezione chirurgica, è utilizzato in associazione alla chemioterapia postoperatoria con più farmaci. Da gennaio è disponibile presso i centri ospedalieri italiani che curano l'osteosarcoma».



**D'Alò: «Grandi i risultati conquistati»**

