

Conto alla rovescia per cinquemila coppie: con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della sentenza della Consulta che cancella il divieto al ricorso ad un donatore esterno di ovuli e spermatozoi sarà possibile ricorrere a questo tipo di fecondazione assistita anche in Italia

Eterologa, da metà giugno si può

IL CASO

Sono quasi cinquemila le coppie che in due mesi hanno chiesto di potersi sottoporre alla fecondazione eterologa. Quella che, da quando il 9 giugno la Consulta ha cancellato il divieto previsto dalla legge 40 del 2004, permette donazioni di gameti per avere un figlio. Da metà giugno, con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte Costituzionale, queste coppie potranno accedere a questo tipo di procreazione anche nei centri italiani, sia pubblici che privati. Si tornerà, dunque, alle procedure che venivano seguite dieci anni fa. Come prima del varo della legge sarà lecita l'ovodonazione, mentre qualsiasi uomo fertile potrà consegnare alla banca del seme il proprio liquido seminale. Ovviamente in forma gratuita secondo le norme che regolano il sangue, gli organi e i tessuti.

LE POLEMICHE

A pochi giorni dalla possibilità di eseguire la procreazione eterologa riscoppiano le polemiche che avevano accompagnato il verdetto della Consulta. Parlano di «vuoto normativo» civilisti ed esperti di diritto di famiglia che si sono incontrati ieri alla Camera

organizzato da "Diritto mercato tecnologia". Dalle relazioni è emerso che andranno, per esempio, disciplinati i contenuti degli esami di laboratorio richiesti per i donatori. Si apriranno, secondo gli esperti, anche problematiche sui criteri selettivi di chi dona che dovranno «comunque scongiurare forme di selezione a scopo eugenetico». Enrico Moscati dell'università di Roma Tre: «Le questioni che potrebbero sorgere in futuro riguardano anche lo stato giuridico di colui che nasce da fecondazione eterologa». Chiede un passaggio parlamentare Eugenia Roccella, vicepresidente della commissione Affari sociali della Camera. «Servono regole certe, è impossibile tecnicamente partire se prima non vengono definite norme certe e uguali per tutti».

Chi ha sempre lottato per riformare la legge 40 e abolire alcuni veti, come l'Associazione Coscioni, sostiene che tornando alla situazione prima del 2004 tornano automaticamente le stesse regole.

L'ANONIMATO

«Nessun vuoto normativo - spiega l'avvocato Filomena Gallo segretario dell'associazione - L'Italia ha recepito tutte le normative comunitarie per quanto riguarda la fecondazione quindi le

tutele sono assicurate. Le linee guida sono quelle internazionali per quanto riguarda l'anonimato del donatore o la scelta da parte del medico che dovrebbe tenere conto delle caratteristiche di razza dei pazienti. Se poi si vorranno introdurre nuove normative sarà il Parlamento a decidere. Ma, per il momento, è possibile iniziare nei centri».

Una polemica che si sovrappone alle serene dichiarazioni del ministro della Salute Beatrice Lorenzin che parla di «nuova era sanitaria e giuridica». Assicura che il ministero affronterà i diversi ambiti toccati dalla sentenza della Consulta. «La novità - aggiunge il ministro - non coinvolge solo aspetti sanitari ma introduce cambiamenti importanti in un quadro giuridico più ampio, riguardo alla filiazione e alla genitorialità».

La battaglia dell'Associazione Coscioni dalla legge 40 si è spostata sull'utilizzo degli embrioni a fini di ricerca scientifica: ha annunciato di essersi resa «colpevole» di un reato «non ancora prescritto», quello di aver esportato all'estero due embrioni italiani da utilizzare nei laboratori. Ma, parole del tesoriere Marco Cappato, «erano troppo deboli e non è stato possibile adoperarli».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL MINISTRO LORENZIN :
«NUOVA ERA SANITARIA
E GIURIDICA»
MA C'È CHI EVIDENZIA
IL VUOTO
NORMATIVO**



Le linee guida

1 Vietato scegliere

Le persone che ricorrono alla fecondazione eterologa non possono scegliere in alcun modo il donatore, né nel caso sia femmina né se maschio



IL MINISTRO Beatrice Lorenzin

2 L'esame del medico

Il medico che segue la coppia terrà conto, prima di procedere alla fecondazione, delle caratteristiche della razza dei due pazienti

3 Menopausa precoce

Sono candidate a ricevere la ovodonazione tutte quelle coppie in cui le donne presentano una condizione di menopausa precoce

4 Pazienti oncologici

Sono compresi tra i riceventi dei gameti i pazienti oncologici che sottoponendosi a terapie anticancro hanno perso la capacità riproduttiva



IL LABORATORIO Una biologa del Centro Mediterraneo per la fecondazione assistita di Napoli

VIBO VALENTIA, MUORE NEONATO SUBITO DOPO IL PARTO CESAREO: APERTA INCHIESTA

I genitori hanno presentato una denuncia alla squadra mobile della città calabrese. Per ora l'indagine è contro ignoti

12:15 - Un neonato è morto nell'ospedale di Vibo Valentia, poco dopo il parto cesareo. I genitori hanno presentato denuncia agli agenti della squadra mobile della città calabrese e il pm di turno ha avviato un'inchiesta, che al momento è contro ignoti. Gli investigatori hanno sequestrato la cartella clinica della madre e i documenti relativi al neonato.



Il bimbo, figlio di una coppia di Tropea, era nato stamane nel reparto di Ginecologia ed Ostetricia dell'ospedale Jazzolino di Vibo con un parto cesareo. Poco dopo il parto il bambino è deceduto. Il sostituto procuratore Vittorio Gallucci ha già disposto gli accertamenti medico-legali che saranno eseguiti dall'anatomopatologa Katuscia Bisogni.

Salute . Medicina . **Tumori: al seno per mezzo mln italiane, piu' curabili anche forme aggressive**

Cerca nel sito



MEDICINA

Commenti 0 0 0 0

Tumori: al seno per mezzo mln italiane, piu' curabili anche forme aggressive

[Tweet](#)
Articolo pubblicato il: 03/06/2014

Chicago, 3 giu. (Adnkronos Salute) - In Italia vivono più di 522 mila donne con cancro del seno, contro cui si sono registrati negli ultimi anni risultati importanti. Le percentuali di guarigione sono in costante crescita: oggi, infatti, l'87% è vivo a cinque anni dalla diagnosi. Anche la storia dei tumori più aggressivi, il 20-25% dei casi, "è cambiata a 30 anni dalla scoperta di Her2, oncoproteina prodotta in eccesso in queste pazienti: prima era solo spia di una maggiore aggressività della malattia, oggi è il bersaglio di terapie mirate, che hanno reso tumore sempre più curabile". E' il bilancio tracciato da Grazia Arpino, ricercatrice all'Università Federico II di Napoli, dal 50esimo congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco), che si chiude oggi a Chicago.

"Grazie ai progressi nella conoscenza della biologia molecolare - sottolinea Arpino, che per 10 anni ha studiato negli Stati Uniti il ruolo del recettore Her2 nel cancro della mammella - disponiamo oggi di farmaci di entrare come 'una chiave' nel meccanismo di proliferazione cellulare e di bloccarlo". La combinazione di queste molecole, dimostra uno studio presentato all'Asco, "ne potenzia notevolmente l'effetto terapeutico, senza aggiungere particolari effetti collaterali". Lo studio battezzato Cleopatra ha valutato gli effetti dei due anticorpi monoclonali umanizzati mirati contro Her2, trastuzumab - il capostipite di questa classe terapeutica - e pertuzumab, insieme alla chemioterapia come primo trattamento per pazienti con tumore del seno metastatico. I risultati mostrano un significativo miglioramento della sopravvivenza senza progressione di malattia grazie alla combinazione dei due farmaci biologici, riducendo il rischio di decesso a tre anni al 34%. Sulla base di questi dati, pertuzumab, prodotto da Roche, ha ricevuto, [dall'Aifa](#), lo status di terapia innovativa.

Con attenzione alla qualità di vita delle pazienti, infine, è stata sviluppata una formulazione sottocutanea di trastuzumab, "che permette - afferma Arpino - di ridurre il tempo di somministrazione rispetto alle infusioni, tagliando anche i tempi d'attesa in ospedale".

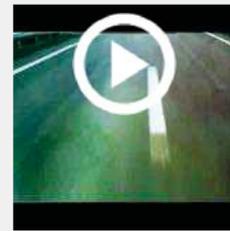
[Tweet](#)

TAG: [cancro](#), [seno](#), [Grazia Arpino](#), [guarigione](#), [terapia](#), [bilancio](#), [malattia](#), [diagnosi](#), [Chicago](#), [anni](#)

Commenti | 0

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)

Video



L'orgoglio italiano protagonista del Padiglione Italia a Expo 2015



Un secolo fa la nascita delle Rappresentazioni classiche di Siracusa, fondate dal conte Mario Tommaso Gargallo, uno degli ultimi mecenati moderni



TgAdnkronos, Rai: sciopero contro i tagli da 150 milioni

A PAG. 23**Consulta**

Sulle scelte in tema di off label l'Aifa deve valutare anche i dati economici

CONSULTA/ Puntualizzazioni sull'attività dell'Aifa in un procedimento del Tar di Bologna

Off label, conta anche la spesa

L'alternativa terapeutica deve essere anche economicamente sostenibile

Nel valutare la richiesta di inserire un farmaco nella lista dei medicinali off label - richiesta che può essere avanzata anche da una Regione - l'Aifa deve effettuare una ricognizione sia sulle evidenze cliniche che sui dati relativi alla spesa farmaceutica dei medicinali da inserire in elenco.

Lo hanno stabilito i giudici della Corte Costituzionale nella sentenza n. 151/2014 del 19 maggio, depositata giovedì scorso, in merito al giudizio di legittimità costituzionale del combinato disposto derivante dalle norme della Legge n. 648/1996 e del Dlgs 219/2006 - che disciplinano appunto l'uso off label e l'immissione in commercio dei medicinali per uso umano - promosso dal Tar dell'Emilia Romagna, che ha visto contrapposti alla Regione Novartis Farma (produttrice del farmaco Avastin) e la presidenza del Consiglio

dei ministri. La questione in sé è stata giudicata «inammissibile» dai giudici per «difetto di rilevanza» alla luce del fatto che «La legge attribuisce il potere di decisione all'Aifa e questa, nel caso di specie avrebbe dovuto da tempo esercitarlo secondo le descritte modalità».

Proprio le modalità cui deve improntarsi l'azione dell'Aifa, puntigliosamente riassunte nel dispositivo redatto da **Sabino Cassese**, inducono l'avvocato **Rosaria Russo Valentini**, patrocinatore dell'Emilia Romagna nella vertenza, a definire «meravigliosa» la sentenza emessa



dalla Consulta.

«Il criterio della “valida alternativa” - sottolineano infatti i giudici - presuppone la comparazione da parte dell’Agenzia dei farmaci “equivalenti” sotto il profilo sia medico-scientifico, sia economico, atteso che un farmaco alternativo da un punto di vista medico-scientifico potrebbe non essere una “valida alternativa terapeutica” quando non garantisca - dal punto di vista economico-finanziario - una sua efficiente utilizzazione a carico del Ssn in termini di rapporto numerico tra dosi acquistabili del farmaco e pazienti curabili, così realizzando condizioni economicamente non accettabili e discriminatorie tali da limitare l’accesso alle cure e, dunque, ledere la tutela del diritto alla salute costituzionalmente garantita. Lo stesso può dirsi nell’ipotesi inversa».

«La Corte - commenta la Valentini - chiarisce che l’alternativa terapeutica, per essere “valida” deve anche essere effettiva e quindi economicamente sostenibile dalle Regioni. Un criterio interpretativo sul quale ora la Commissione tecnico-scientifica dell’Aifa è chiamata a pronunciarsi nel caso di Avastin-Lucentis, alla luce di tutti i dati di spesa che la Regione Emilia Romagna ha rilevato, e ha prodotto anche nel giudizio sostenuto davanti all’Antitrust».

Cinque anni di vertenze. L’approdo davanti alla Consulta è infatti solo l’ultima tappa del percorso avviato dall’Emilia Romagna fin dal 2009, con l’adozione di una delibera regionale (Dgr n. 1628/2009) con cui - basandosi su studi scientifici indipendenti - la Regione si assunse la responsabilità di ordinare ai propri ospedali pubblici di utilizzare comunque Avastin invece del Lucentis, previa acquisizione del consenso informato dei pazienti. Contestualmente la Regione inoltrò la segnalazione che ha dato il via al pro-

cedimento dell’Antitrust conclusosi due mesi fa con la mega-multa da 180 milioni comminata a Novartis e Roche, ritenute colpevoli di cartello nella vicenda della commercializzazione dei farmaci Lucentis e Avastin.

Sia il Tar dell’Emilia che il Consiglio di Stato respinsero la richiesta di sospensiva avanzata da Novartis. Pochi mesi dopo, sempre nel 2009, la Regione Emilia Romagna - con l’obiettivo di contenere la spesa - rafforzò la propria decisione, prevenendo con legge regionale l’utilizzo nelle strutture pubbliche di farmaci off label in presenza di certificazione da parte della Commissione regionale del farmaco dell’esistenza di prove scientifiche di pari efficacia e sicurezza rispetto a farmaci appositamente autorizzati. La legge, impugnata dallo Stato, fu annullata dalla Consulta nel 2010; contemporaneamente Avastin fu cancellato anche dalla lista 648 dell’Aifa (Agenzia italiana del farmaco).

«Questo - spiega la Russo Valentini - ha spinto la Regione Emilia Romagna a sollevare contro lo Stato una questione di legittimità costituzionale: è ragionevole che la legge 648/1996 vieti in Italia l’utilizzo di farmaci off label per il solo fatto che ve ne sia uno autorizzato ad hoc a prescindere dal suo prezzo, e nonostante vi siano farmaci che, seppure la casa produttrice non ne abbia richiesto la specifica autorizzazione, siano di accertata e conclamata efficacia e sicurezza e costino assai meno?». Eccezione ritenuta fondata dal Tar di Bologna che ha rimesso nuovamente la questione alla Consulta (Ordinanza n. 378/2012).

«Il criterio interpretativo scolpito dai giudici - commenta la Valentini - va al di là del caos specifico dell’Avastin-Lucentis e dovrà conformare il comportamento di Aifa in futuro su tutti i casi analoghi. E pare

che molti altri casi saranno in arrivo. Tra pronuncia dell'Antitrust e pronuncia della Corte costituzionale - conclude - ci sono oggi tutte le condizioni perché sia assicurato il corretto temperamento tra il diritto di impresa delle case farmaceutiche (art. 41 Cost.) e il diritto alla salute dei cittadini (art. 32 Cost.)».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA




Malattie | Disfunzioni | Cure

Gli organi più colpiti sono i muscoli e il cervello

di **Agnese Codignola**

● Misteriose e sconosciute, fino a non molti anni fa. Le malattie mitocondriali sono sfuggite per lungo tempo alle definizioni, e anche alle spiegazioni, perché i mitocondri non sono organelli come tutti gli altri, e perché sono ubiquitari, e una loro disfunzione può colpire un organo o tessuto o, più spesso, più distretti corporei contemporaneamente, manifestarsi nei bambini come negli adulti, essere appena percettibile o molto grave: non esiste una tipologia unica, e neppure sintomi così chiari da essere immediatamente colti da occhi non esperti o da esami molto specifici.

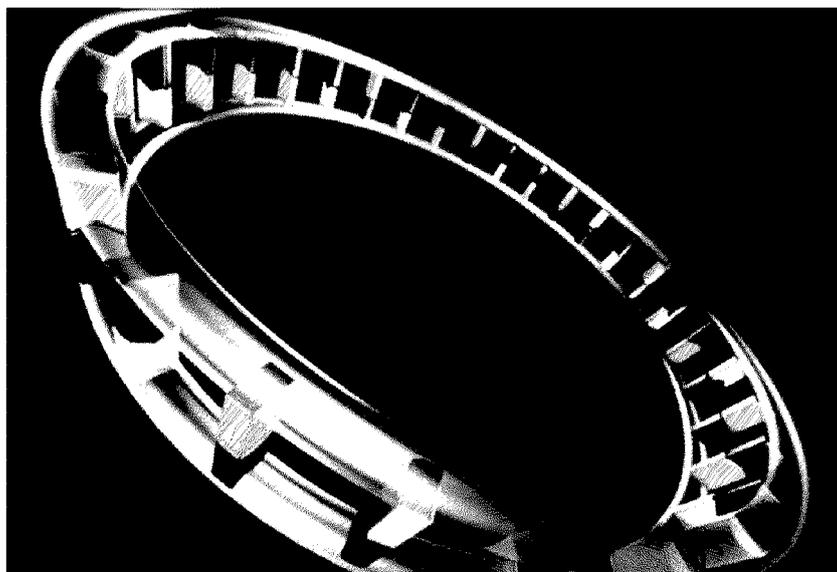
Queste malattie sono così peculiari perché interessano i mitocondri, gli organelli cellulari deputati alla respirazione e alla produzione di energia presenti in tutte le cellule e dotati - unici in tutto l'organismo - di un proprio Dna detto mitocondriale, appunto, o mDna, e del tutto diverso da quello cellulare.

Inoltre sono trasmessi quasi esclusivamente per via materna (lo sperma non ne possiede), e un'alterazione nel mDna viene anch'essa trasmessa intatta al figlio, dove può provocare la disfunzione. Ma esiste anche un'altra possibile causa: un difetto nel Dna normale della cellula. Quest'ultimo, infatti, codifica anche per proteine ed enzimi fondamentali per il buon funzionamento dei mitocondri, e se qualcuno di essi non lavora come previsto, tutto il sistema ne risente. Esistono quindi due grandi famiglie molto diverse di malattie mitocondriali, e la situazione è assai complessa.

Dal punto di vista clinico, però, l'esito è più omogeneo: se i mitocondri non svolgono tutte le loro funzioni in piena efficienza, respirazione cellulare e produzione di energia sono deficitarie, e questo causa alcuni tratti comuni; inoltre le patologie sono più evidenti negli organi a maggior dispendio energetico, come il cervello o i muscoli trasmessi.

Per questi motivi le malattie mitocondriali si classificano in genere in base al difetto genetico, cercando innanzitutto di distinguere tra anomalie che interessano il mDna da difetti del Dna normale.

In alternativa, e spesso in contemporanea, si ricorre alla classificazione in base all'organo colpito: ci sono infatti patologie che interessano il sistema nervoso (demenze, ritardi nello sviluppo, convulsioni, paralisi, tremori), l'apparato muscolare (debolezza anche estrema), l'occhio e i suoi an-



Dna mitocondriale. I mitocondri sono organelli cellulari, dotati - unici in tutto l'organismo - di un proprio Dna detto mitocondriale, appunto, o mDna, e del tutto diverso da quello cellulare

nessi (retiniti, cataratte, atrofie), l'orecchio (sordità), il sistema gastrointestinale (sindromi da malassorbimento, disfunzioni del pancreas), i reni (sindrome di Fanconi), il sistema endocrino (~~diabete~~ diabete mellito, bassa statura, malfunzionamento delle ghiandole paratiroidi), di quello cardiocircolatorio (cardiomiopatie) e nel sangue (anemie). Si tratta sempre di malattie croniche, spesso degenerative.

La diagnosi non è semplice e viene fatta con certezza solo dopo che è stato individuato il difetto in una delle proteine coinvolte, oppure con un'analisi genetica dettagliata, non disponibile in centri che non abbiano un'alta specializzazione.

Infine, non esistono cure definitive: le terapie, quando ci sono, sono sempre volte ad attenuare i sintomi o a cercare di rallentare le degenerazioni che molto spesso esse comportano. In alcuni casi anche una dieta specifica può essere di aiuto.

In Italia la ricerca è molto attiva, e molto spesso finanziata da ~~Telethon~~ Telethon, che ha sempre sostenuto lo studio delle malattie come quelle mitocondriali: rare, poco conosciute ma sovente invalidanti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'alterazione del Dna mitocondriale viene trasmessa intatta al figlio

Salute. Scacco al tumore al polmone Con nuova molecola ridotta mortalità

Roma. Importante passo avanti della ricerca nella lotta contro il cancro al polmone: una nuova molecola (l'afatinib) si è infatti dimostrata in grado di ridurre, per la prima volta, del 19% la mortalità tra i pazienti colpiti da una particolare forma di cancro polmonare con mutazione del recettore Egrf. A dimostrarlo sono i due più ampi studi condotti su pazienti colpiti da questa neoplasia (LUX-Lung 3 e LUX-Lung 6), presentati al Congresso del-

la Società americana di oncologia clinica (Asco). Si tratta della prima terapia, affermano gli esperti, a dimostrare un beneficio significativo contro questo tipo di cancro al polmone. Nel 2013 nel nostro Paese si sono registrate 38.000 nuove diagnosi, di cui circa il 30% nelle donne, e il fumo resta il principale fattore di rischio per questa neoplasia. I medici si augurano che la molecola possa essere messa a disposizione al più presto anche in Italia.



“I farmaci: come colpiranno i geni dei tumori”



Pier Giuseppe Pelicci
Oncologia

RUOLO: È DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA SPERIMENTALE E CONDIRETTORE SCIENTIFICO DELL'IEO

Pubbllichiamo la seconda parte dell'indagine di «Tuttoscienze» sulle principali conquiste e sulle promesse mancate della lotta al cancro in occasione dei primi 20 anni dell'Ieo, l'Istituto europeo di oncologia di Milano. Dopo l'articolo della scorsa

settimana di Umberto Veronesi, ecco due interviste sugli scenari del prossimo futuro: Pier Giuseppe Pelicci spiega la ricerca dei farmaci di nuova generazione, mentre Roberto Orecchia illustra i progressi delle tecnologie cliniche.

ONCOLOGIA

STEFANO RIZZATO

Era una frontiera che fino a qualche anno fa sembrava vicinissima. Invece la ricerca di farmaci efficaci contro il cancro è ancora in corso. «Ma l'entusiasmo che c'era alla fine degli Anni 90 sta tornando grazie alle nuove conoscenze sul genoma dei tumori e sulla diagnosi precoce». A dirlo è Pier Giuseppe Pelicci, direttore del dipartimento di oncologia sperimentale e condirettore scientifico dell'Ieo.

Professore, a che punto è la ricerca dei nuovi farmaci?

«I farmaci molecolari, che agiscono come “proiettili magici”, direttamente sulle molecole cancerose, ci hanno permesso di fare grandi passi in avanti. Abbiamo avuto storie di successo, come l'acido retinoico, il primo caso in assoluto di molecola efficace contro la leucemia promielocitica. Oppure l'ultimo arrivato, il

crizotinib, che funziona bene per alcuni tumori del polmone. Ma i molecolari sono farmaci specifici: in qualche modo la loro virtù è parte del problema. Oggi ne abbiamo non più di 28 già approvati e curano meno del 10% dei tumori».

La strada è aumentare il numero di questi farmaci o il loro raggio d'azione?

«L'obiettivo è farne tanti. E l'entusiasmo rinasce perché sappiamo sempre più cose sulla complessità genetica dei tumori. Ogni tipo di cancro presenta circa 100 geni mutati e ci sono grandi differenze tra un tipo e l'altro. Se possiamo essere ottimisti è perché disponiamo anche di tecniche per sequenziare a basso costo il genoma dei tumori. Possiamo rimapparli su base genetica e ampliare il grado di conoscenza. Ecco la strada e il lavoro che stiamo facendo».

C'è quindi una rivoluzione anche nel modo di concepire i farmaci?

«Assolutamente sì. Fino a 15 anni fa gli anti-tumorali si facevano testando uno o due milioni di composti chimici, fino a trovarne uno che funzionasse. Una ricerca alla portata

solo della grande industria. Oggi si parte da una conoscenza profonda del “nemico”, s'identifica il gene da colpire e si disegna il farmaco in modo opportuno. In cantiere ce ne sono circa 500. E ora le aziende tendono ad associarsi ai laboratori: una collaborazione che a volte incontra difficoltà nel trasferimento tecnologico e a volte si scontra con sistemi poco efficienti e tempi lunghi. Ma la strada è aperta».

Tra quelli che state seguendo allo Ieo, qual è il versante più promettente?

«Puntiamo su una fascia di farmaci che operano sull'epigenetica e come obiettivo hanno la cromatina, la proteina che avvolge il Dna. Sono cure che prendono come “target” non i geni alterati del tumore, ma la loro attività. Stiamo mettendo a punto due molecole davvero promettenti contro le leucemie e il tumore del polmone».

Oggi c'è da tenere conto anche di ciò che sappiamo sulle staminali del cancro?

«Sì, è una delle grandi scoperte del nostro istituto. Fino a qualche anno fa immaginavamo un tumore fatto di cellule uguali

tra loro e con identica capacità di crescere. In realtà - e lo sappiamo da pochi anni - ci sono cellule “matri”, staminali che guidano la crescita del tumore, e cellule “figlie”, che non influenzano. Le staminali sono rare e difficili da colpire, ma è determinante farlo. Ridurre la dimensione di un tumore, come si fa con la chemioterapia, è relativamente semplice. Non è facile invece evitare le recidive: per farlo bisogna disegnare farmaci che siano non solo molecolari, ma adatti a colpire i geni che esprimono queste staminali».

E c'è poi un'altra grande sfida, la diagnosi precoce.

«È il terzo, decisivo, versante. Identificare i tumori quando sono piccolissimi significa poterli asportare chirurgicamente, senza complicazioni. Stiamo spingendo per la diagnosi precoce tramite analisi del sangue, fatta sulla base dei microRna circolanti. Un nostro primo studio, su migliaia di fumatori, ha mostrato che con questa tecnica si può individuare un tumore al polmone anni prima. Potremmo passare dall'imaging, pur sofisticato, a un semplice prelievo: un test meno costoso e invasivo, ma più sensibile».

Italia leader nella cura del diabete infantile Ma la prevenzione è ancora insufficiente

DANIELE BANFI

Un'eccellenza della quale andare fieri: l'Italia è la migliore nazione al mondo nella cura del diabete in età pediatrica. E' quanto emerge da uno studio presentato a Torino in occasione del Congresso «ISPEDIabete», organizzato dalla Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. Come spiega Ivana Rabbone dell'Ospedale Santa Margherita di Torino, «prendendo in esame il dato dell'emoglobina glicata, un pa-

rametro che indica il controllo metabolico raggiunto dai pazienti e che è tanto migliore quanto più è basso il suo valore, si evidenzia che il nostro Paese è quello che possiede i numeri migliori». Una prova indiretta della bontà dei nostri centri.

«Il dato - prosegue l'esperta - non deve però farci sedere sugli allori. Ciò su cui dobbiamo concentrarci è la diagnosi precoce e il miglioramento del servizio delle emergenze in pronto soccorso». In età prescolare il 70% dei bambini colpiti dalla malattia arriva in ospedale in che-

toacidosi e ipoglicemia, due complicanze pericolose, se non trattate tempestivamente. Non sempre, però, le strutture possiedono le competenze necessarie. Un divario che si cercherà di colmare anche grazie alle imminenti linee-guida elaborate durante il congresso. Intanto vietato abbassare la guardia. Andare ad urinare frequentemente, stanchezza e sete continua sono campanelli d'allarme. «Chi vive a stretto contatto con i bambini deve saper riconoscere immediatamente i sintomi. Prima si diagnostica e minori sono le complicanze. Un esempio? Intervenedo tempestivamente, è possibile limitare il numero di cellule pancreatiche danneggiate. Il risultato netto è un diabete più stabile e meglio gestibile».



Martedì 03 GIUGNO 2014

Malattie cardiovascolari. Pressione sistolica e diastolica 'colpiscono' diversamente il cuore

Ad ogni tipo di pressione la sua malattia: la sistolica (massima) è maggiormente associata al rischio di sviluppare emorragia intracerebrale, angina stabile ed emorragia subaracnoidea, mentre la diastolica (minima) all'aneurisma dell'aorta addominale. Il risultato, anticipato da The Lancet, sarà presentato al meeting Hypertension 2014, ad Atene dal 13 al 16 giugno

La pressione alta, come risaputo, è collegata ad un maggiore rischio di sviluppare numerose malattie cardiovascolari: però, a seconda che l'aumento riguardi la pressione sistolica (o 'massima') oppure quella diastolica (o 'minima'), si assiste ad una variazione nel tipo di patologia a maggiore incidenza. Insomma, ad ognuno dei due tipi di pressione corrisponde l'associazione con l'incidenza di differenti tipi di malattia cardiovascolare, in base ai risultati dei ricercatori.

Ad affermarlo, oggi, è uno studio su *The Lancet* (Rapsomaniki et al., Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people, *The Lancet*, Volume 383, Issue 9932, Pag. 1899 - 1911, 31 May 2014 doi:10.1016/S0140-6736(14)60685-1); lo studio ha coinvolto oltre un milione di pazienti all'interno di pratiche di assistenza primaria. Questa ricerca è stata pubblicata in anticipo rispetto all'evento durante il quale verrà presentata, Hypertension 2014, il Joint Meeting della European Society of Hypertension (ESH) e dell'International Society of Hypertension (ISH), ad Atene in Grecia dal 13 al 16 giugno. Ad esempio, a partire dai dati relativi a oltre 83 mila manifestazioni cardiovascolari, chi aveva una pressione sistolica (o 'massima') più alta presentava un aumentato rischio di emorragia intracerebrale (ictus causato da emorragia del tessuto cerebrale), angina stabile ed emorragia subaracnoidea, mentre una pressione diastolica (o 'minima') più elevata è un indicatore per il rischio di aneurisma dell'aorta addominale.

Condotta su quasi un milione e trecento mila pazienti con malattie cardiovascolari, si tratta del primo studio, riferiscono i ricercatori, che indaga il rapporto tra pressione alta e 12 differenti manifestazioni di patologie cardiovascolari, in diversi gruppi di età (tutti al di sopra dei 30 anni) e agli esordi delle patologie: i pazienti sono stati seguiti in media oltre cinque anni, al fine di registrare il primo evento cardiovascolare. I ricercatori hanno inoltre calcolato il rischio di sviluppare malattie specifiche dall'età di 30 anni fino all'età di 80 anni.

"I nostri risultati non supportano l'ipotesi, ampiamente diffusa, che la pressione sistolica e quella diastolica siano associate al rischio delle stesse malattie cardiovascolari, in un ampio range di età", ha affermato il primo autore del paper, la Dott **Eleni Rapsomaniki** del The Institute for Health Informatics Farr Research a Londra (fonte sciencedaily.com).

Nello studio si legge anche che "l'ipotesi diffusa che le associazioni al rischio di malattie cardiovascolari della pressione diastolica e sistolica sono concordanti non è supportata dai risultati di questo studio ad alta risoluzione. Nonostante i trattamenti moderni, il carico legato all'ipertensione durante tutta la vita è resistente. Questi risultati sottolineano la necessità di strategie volte alla riduzione della pressione del sangue e contribuirà a informare la progettazione di studi randomizzati per la loro valutazione".

Lo studio, inoltre, evidenzia una sostanziale permanenza del rapporto tra pressione alta e rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (per un trentenne con pressione alta il rischio è del 63% contro il 46% di chi ha una pressione regolare; inoltre statisticamente nel primo caso l'insorgenza si verifica cinque anni prima).

“Con questo alto rischio durante l'intero arco della vita, la necessità di nuove strategie per ridurre la pressione arteriosa è primaria. Le nostre stime forniscono nuove vitali informazioni che possono essere utilizzate per migliorare l'approccio col paziente e il processo decisionale negli ipertesi: attualmente, le decisioni sono basate soprattutto sui rischi di infarto e ictus”, spiega Rapsomaniki. “Le nostre stime, inoltre, contribuiranno a focalizzare le linee guida e a guidare i medici riguardo alle condizioni cardiovascolari che potrebbero essere più diffuse, per le quali in lo screening e il trattamento mostrano maggiori probabilità di avere effetto”.

Scrivendo un commento collegato allo studio (sciencedaily.com), il professor **Thomas Kahan** del Karolinska Institutet di Stoccolma, in Svezia, ha affermato che “diversi passaggi devono pertanto essere effettuati per migliorare il trattamento e il controllo antipertensivo: la valutazione del rischio globale cardiovascolare nei singoli pazienti, il miglioramento dell'organizzazione del supporto e della formazione dei caregiver, una maggiore conformità a livello farmacologico, più elevate compliance del paziente e persistenza del trattamento prescritto, estendendo a casa il monitoraggio della pressione arteriosa e a livello ambulatoriale nell'arco di 24 ore; considerando inoltre le forme secondarie di ipertensione nei pazienti difficili da trattare e indirizzando i pazienti con ipertensione non controllata rimanente verso un centro specialistico dedicato”.

Viola Rita

» DISTURBI RESPIRATORI
**STILI DI VITA SANI RIDUCONO
 DEL 70% L'USO DI FARMACI**



■ Stili di vita sani riducono del 70% il ricorso ai farmaci. Soprattutto nel caso dei disturbi respiratori. È quanto emerso grazie al programma pediatrico "Io e l'Asma" che, allo stesso tempo, ha messo in luce come il "controllo" della patologia triplichi. «È un modello clinico e sugli stili di vita unico, nato nel 2009 e sviluppato a Brescia, grazie alla collaborazione tra Università e Spedali Civili - ha spiegato Sergio Pecorelli, Rettore della Statale, durante un convegno organizzato dal Dipartimento di Medicina dell'Università degli Studi di Brescia - Siamo alla fine di un altro ciclo, iniziato nel 2009, ma ci poniamo subito un ulteriore ambizioso obiettivo: adattare il programma ad altre patologie croniche, anche negli adulti». «La prevalenza dell'asma è in aumento - aggiunge Sebastiano Guarnaccia, responsabile del laboratorio clinico pedagogico e ricerca biomedica/Centro "Io e l'Asma", degli Spedali Civili di Brescia - non solo a causa dei già noti fattori di rischio: acari, pollini, infezioni e inquinamento, ma anche per l'incremento di fumo attivo, alimentazione scorretta, sovrappeso, sedentarietà. Spesso, inoltre, si innescano relazioni amicali difficili, ansia e depressione con importanti ripercussioni sul controllo della malattia. Questo costringe ad aumentare i farmaci, con un rischio maggiore di effetti collaterali sulla crescita del bambino. Stili di vita sani e corretti migliorano il "controllo" della patologia cronica in questione, prevenendone i sintomi».





SALUTE

Ricerca: Cnr, scoperta proteina responsabile di crescita muscolare

Uno studio dell'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr di Pozzuoli (Napoli) ha identificato la funzione di un recettore degli endocannabinoidi nel processo di formazione del muscolo scheletrico, con potenziali implicazioni terapeutiche per il trattamento

03/06/2014 16:33

Consiglia

Condividi

Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Roma Scoperta una proteina che controlla la crescita muscolare. Uno studio dell'Istituto di chimica biomolecolare del Cnr di Pozzuoli (Napoli) ha identificato la funzione di un recettore degli endocannabinoidi nel processo di formazione del muscolo scheletrico, con potenziali implicazioni terapeutiche per il trattamento di importanti patologie degenerative per le quali non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici risolutivi. Lo studio, pubblicato 'Proceedings of the National Academy of Sciences (Pnas)', è stato condotto dal gruppo di ricerca diretto da Vincenzo Di Marzo che ha caratterizzato per la prima volta il ruolo di una proteina nel differenziamento delle cellule muscolari scheletriche. "La ricerca ha identificato il ruolo del recettore dei cannabinoidi di tipo 1 (CB1) nel processo di differenziamento delle cellule muscolari scheletriche umane e animali", spiega Di Marzo, direttore Icb-Cnr. "Poiché - continua - alcune patologie muscolari sono determinate dalla progressiva degenerazione o dall'alterazione del processo di rigenerazione dei tessuti, la possibilità di controllare farmacologicamente o geneticamente la funzione del recettore CB1 apre la strada a nuove strategie terapeutiche per il trattamento di patologie che incidono sulla rigenerazione e sullo sviluppo delle cellule muscolari, per le quali purtroppo non sono attualmente disponibili trattamenti farmacologici mirati. Basti pensare all'implicazione di tale opportunità nel rallentamento del decorso delle distrofie muscolari". La ricerca ha rivelato che "diversi attivatori di tale recettore, sia endogeni, cioè prodotti dall'organismo, che sintetizzati in laboratorio, inibiscono l'espansione e il differenziamento dei mioblasti, le cellule precursori del muscolo scheletrico, in miotubi, i componenti elementari delle fibre muscolari", prosegue Di Marzo. "Al contrario, alcuni bloccanti del recettore CB1, esercitano l'effetto opposto, cioè stimolano tale differenziamento. L'effetto del CB1 è esercitato attraverso l'inibizione della funzione di altre proteine chiave per lo sviluppo muscolare, note come canali del potassio". Lo studio è stato condotto in collaborazione tra il gruppo dell'Istituto Cnr con gruppi di ricerca dell'università del Molise, del Karolinska Institutet di Stoccolma, e dell'università di Debrecen in Ungheria.