

Ultimo caso al San Camillo di Roma: l'aborto non riesce e nessuno se ne accorge

Errori e morti in serie, si è ammalata la Sanità

Sistema in crisi anche nelle regioni virtuose. E il bilancio delle vittime è tragico

Francesca Angeli

Roma A Massa una bimba cardiopatica in gravi condizioni trasportata d'urgenza verso l'ospedale perde minuti preziosi perché l'ambulanza prende fuoco durante la corsa. Poco dopo il ricovero la piccola muore. A Roma una donna sottoposta ad aborto terapeutico torna a casa ma sta sempre peggio e dieci giorni dopo espelle il feto «in stato di putrefazione» mentre sta facendo la doccia.

Che cosa sta succedendo alla sanità in Italia? Siamo davvero di fronte a un inarrestabile fenomeno di decadenza dei livelli essenziali di assistenza dovuto anche ai tagli ai quali da anni è sottoposto questo delicatissimo settore come dicono medici e operatori sanitari? O si tratta di colpevoli omissioni e negligenze?

Fino a poco tempo fa si dava per scontato che l'Italia fosse divisa in due anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Sapere che qualcosa era andato storto in una sala operatoria del Sud (Calabria, Sicilia o Campania poco importava) non destava quasi più scandalo. Crudelmente si dava quasi per scontato. Ma ora anche questi ultimi due casi non riguardano il Mezzogiorno. L'ambulanza è andata a fuoco mentre la piccola veniva spostata dal Lido di Camaiore a Massa ed è deceduta qui nel reparto di rianimazione. La scorsa estate altri due ospedali toscani sono finiti nell'occhio del ciclone. Ad Orbetello è morta una ragazza di 17 anni per gravi problemi respiratori e a Grosseto un uomo di 76 è deceduto in conseguenza di una trasfusione sbagliata.

Anche il caso di Roma per il quale il sostituto procuratore Carla Canaia ha immediatamente disposto il sequestro della cartella clinica è preoccupante. Prima di tutto perché l'intervento è stato eseguito al San Camillo, una struttura da 3/4.000 parti all'anno dunque, non un piccolo ospedale di quelli considerati «a rischio». Non solo. Un anno fa nello stesso reparto era già avvenuto un caso simile. Per fortuna qui non ci sono vittime ma chiaramente la donna ha rischiato grosso.

Quando si è sentita male si trovava in Toscana ed è stata portata dal marito al Policlinico Gemelli di Roma. Qui

è stata subito sottoposta ad intervento dopo che un'ecografia aveva evidenziato come nell'utero fosse ancora presente «materiale abortivo, presumibilmente placenta», come spiega il suo avvocato Piergiorgio Assumma.

In entrambi i casi saranno i magistrati a stabilire se ci si trova di fronte a nuovi casi di malasanità o se invece non è ravvisabile alcuna responsabilità dei medici come ovviamente auspica il direttore generale del San Camillo, Aldo Morrone. «Purtroppo sono eventi avversi che possono accadere in base alla letteratura scientifica», assicura Morrone.

Sempre a Roma poco più di un mese fa in un'altra grande struttura, il Policlinico di Tor Vergata, era morta una bimba di due anni e mezzo in attesa di essere sottoposta a trapianto di midollo. L'ipotesi è quella di una manovra sbagliata nell'applicazione di un catetere che avrebbe provocato una grave emorragia interna, causa del decesso. Negli ultimi anni i procedimenti penali per casi di presunta malasanità sono aumentati in modo esponenziale anche se spesso si concludono con l'assoluzione dei medici coinvolti.

1 Ambulanza si guasta: bebè cardiopatica muore

Un'ambulanza, diretta a Massa con una bimba di 8 mesi che soffre di cuore, è costretta a fermarsi a causa di un rogo divampato sul mezzo. La neonata muore

2 Bimba di 2 anni stroncata dal sondino sbagliato

Una bimba di due anni muore in settembre, al Policlinico Tor Vergata di Roma, dopo l'impianto di un sondino, forse sbagliato. Un medico viene sospeso

3 Il sangue non è giusto. Trasfusione uccide anziano

A Grosseto, lo scorso agosto, un uomo di 76 anni è deceduto a causa di una trasfusione sbagliata. La sacca era infatti destinata ad un altro paziente





Sanita': Aifa, sfida ricerca per farmaci personalizzati

(ANSA) - TORINO, 23 OTT - Non perdere la sfida della ricerca, sempre piu' globalizzata, per andare verso farmaci sempre piu' precisi, personalizzati. Luca Pani, direttore generale dell' Agenzia italiana del farmaco (Aifa) al 36/o Congresso Nazionale della Societa' Italiana di Farmacologia, a Torino da oggi al 26 ottobre, ha sottolineato che oggi "la sfida piu' importante che le Agenzie come quella Italiana del Farmaco si trovano a dover affrontare e regolamentare e' rappresentata dalla globalizzazione".

"Pensiamo - ha spiegato Pani - alle materie prime per la produzione dei farmaci o alle sperimentazioni cliniche, settori in cui la competizione tra paesi ed aree geografiche anche molto lontane dall' Europa e' sempre piu' esasperata".

"Perdere quote di mercato in questo ambito - ha aggiunto Pani - significa rinunciare a conoscenze mediche che rappresentano un impoverimento non ripianabile, se non nel lungo periodo. Lo sguardo di Aifa e' rivolto al futuro, poiche' il modello blockbuster e' definitivamente tramontato e si va verso molecole personalizzate, disegnate sull' individuo, per procedere verso la cosiddetta medicina di precisione. E' necessario, dunque, saper valorizzare in modo obiettivo l' innovazione per offrire ai cittadini farmaci sempre piu' efficaci e promuovere il corretto impiego degli stessi". (ANSA).

Brevetto unico europeo: per gli italiani i costi raddoppiano

di *Claudia Cervini*

«Il brevetto unico europeo, valido in 25 paesi dell'Ue, comporterà un risparmio di costi amministrativi e burocratici per le imprese che ne usufruiscono fino al 70%», assicura il presidente dell'European Patent Office Benoit Battistelli, oggi a Bologna per confrontarsi con imprenditori e operatori del settore sul tema. Così sarà, forse, per le aziende, le università e gli istituti di ricerca di 23 paesi europei, ma non per quelli italiani e spagnoli che non potranno sfruttare appieno questi sgravi non avendo, di fatto, aderito al brevetto comunitario. «Le imprese tricolore che competono sia in patria sia sui mercati internazionali per proteggere le loro idee saranno costrette, infatti, a registrare un doppio brevetto perdendo così l'efficacia di una legislazione unica in materia». E non si parla di spiccioli visto che ricorrere a un brevetto può costare oltre 30 mila euro. L'Italia si è

opposta alla traduzione in tre lingue (inglese, francese e tedesco) e, come la Spagna si è battuta per la traduzione unica in inglese, ma senza successo. Eppure una soluzione andrà trovata visto che è scientificamente provato che proteggere le proprie idee sia un affare e, in tempi di recessione, risparmiare sarebbe un aiuto. Secondo lo studio «Intellectual Property Rights Intensive Industries» tra il 2008 e il 2010 le società che hanno fatto un elevato uso di brevetti hanno contribuito al Pil europeo per il 14% (pari a 1,7 miliardi di euro) e all'occupazione europea per il 16% (equivalente a 35 milioni di posti di lavoro). In Italia, nello stesso periodo, l'utilizzo di brevetti ha contribuito invece al 12,6% del pil e al 10,2%. Numeri che crescono se si parla di registrazione di marchi dove hanno contribuito al 36,1% del Pil e al 21,5% dell'occupazione. Le richieste di brevetto inoltre sono in crescita: si parla di un incremento del 5,2% in Europa. (riproduzione riservata)



quotidianosanita.it

Giovedì 23 OTTOBRE 2013

Studio Anaa. Blocco contratti e indennità. Per i medici un salasso: in 5 anni tagli in busta paga fino a 70mila euro. Solo per l'inflazione bruciati più di 27mila euro

Non solo la perdita del potere d'acquisto dovuta al mancato adeguamento all'inflazione che costerà 27.882 euro a testa dal 2010 al 2014, ma anche il congelamento dell'indennità di esclusività e di posizione che a seconda dell'anzianità priverà i medici dai 40.800 ai 18 mila euro nel periodo 2011-2014. [LA TABELLA DELL'ANAAO.](#)

Blocco del contratto, dell'adeguamento delle indennità di esclusività e di posizione, blocco dei trattamenti accessori in vigore da anni ed ora prorogati ancora con la nuova legge di stabilità hanno causato ai medici italiani un salasso in termini di perdita di potere d'acquisto e di emolumenti in busta paga che può arrivare a sfiorare i 70mila euro nel periodo 2010-2014.

Lo denuncia l'Anaa Assomed che ha calcolato la perdita per i medici del Ssn conseguente all'insieme dei provvedimenti sul pubblico impiego delle ultime manovre.

In particolare la perdita di retribuzione complessiva per i medici dovuta al blocco dei contratti per il quinquennio 2010-2014 è calcolata in 27.882,06 euro a testa.

La perdita di potere d'acquisto consolidata, dunque con riferimento al triennio 2010-2012, è stata per il primo anno di 1.311,23 euro, per il secondo 3.683,92 euro e per il terzo di 6.387,76 euro. Per il futuro prossimo le cose, secondo le stime Anaa, andranno ancora peggio: -7.597,70, con riferimento all'anno in corso e - 8.739,34 per il prossimo.

Secondo la tabella l'inflazione si è mangiata in questi cinque anni oltre il 10% e la perdita lorda in busta paga mensile è di 465 euro.

Ma un'altra mazzata è quella conseguente al blocco dell'indennità di esclusività di rapporto e di posizione i cui effetti si vanno ad aggiungere a quelli dovuti all'inflazione e che l'Anaa calcola per il periodo 2011-2014 in 40.800 euro per i medici con 5 anni di anzianità di rapporto e in 18.000 per quelli con 15 anni di anzianità.

Insomma, sommando le due cifre si stima una perdita complessiva in busta paga per gli oltre 100 mila medici del Ssn che può variare dai 68.682 euro ai 45.882 euro.

http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=9812817.jpg

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 23 OTTOBRE 2013

Precari. Iniziato l'esame alla Camera. Il testo modificato dovrà tornare al Senato

Il decreto sulla PA oggi in Aula dopo l'approvazione dei giorni scorsi da parte del Senato. Il testo però ha subito delle modifiche in Commissione Affari costituzionali e Lavoro e questo obbligherà ad un ulteriore passaggio a Palazzo Madama prima della scadenza del provvedimento prevista per il 30 ottobre. [Il testo con le modifiche e i pareri delle Commissioni.](#)

Questa mattina l'Aula di Montecitorio ha iniziato l'esame del Decreto sulla Pubblica Amministrazione. Tempi brevi per l'approvazione perché il testo scade il 30 ottobre e le modifiche apportate dalle Commissioni Affari costituzionali e Lavoro della Camera comportano una terza lettura da parte del Senato. Entro il fine settimana comunque, il testo dovrebbe essere licenziato anche da Montecitorio, per consentire l'ultimo ritorno alla Camera alta per la conversione entro i limiti di legge.

Per il comparto sanità il decreto prevede che la regolarizzazione dei precari avvenga tramite un successivo decreto del presidente del consiglio dei ministri che individuerà, "per il personale dedicato alla ricerca in sanità", quali "requisiti per l'accesso ai concorsi, dei titoli di studio di laurea e post laurea in possesso del personale precario nonché per il personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, con almeno 5 anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza".

Sul versante dei certificati per l'attività sportiva non agonistica è previsto che questi "sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dal medico specialista in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico-sportiva italiana del Coni". Ai fini del rilascio di tali certificati, i "medici si avvalgono dell'esame clinico degli accertamenti incluso l'elettrocardiogramma, secondo linee guida approvate con decreto del Ministro della salute, su proposta della Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, sentito il Consiglio superiore di sanità. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

Per quanto riguarda la Disciplina delle Ipab e delle aziende pubbliche di servizi, il decreto prevede "Al fine di favorire la razionalizzazione delle attività delle amministrazioni pubbliche nel processo di revisione della spesa pubblica, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) e le aziende pubbliche di servizi alla persona di cui al decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, sono sottoposte alla stessa disciplina prevista per gli enti del Servizio sanitario nazionale o per le aziende speciali dei comuni che operino nei settori dei servizi socio-sanitari, assistenziali, culturali ed educativi".

Per le assunzioni invece "per gli enti del Servizio sanitario nazionale, tenuto conto dei vincoli assunzionali previsti dalla normativa vigente, si procede all'attuazione dei commi 6, 7, 8 e 9, anche con riferimento alle professionalità mediche e del ruolo sanitario, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Resta comunque salvo quanto previsto dall'articolo 10, comma 4-ter, del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368".

FARMACI, RIUNITO COMITATO OMS PER ASSEGNAZIONE NOMI GENERICI

(ANSA) - ROMA, 23 OTT - Sono piu' di 300 le richieste di nomi per nuove sostanze farmaceutiche che ogni anno riceve l'International Non proprietary Name (Inn), il gruppo di esperti dell'Organizzazione mondiale della sanita' (Oms) che da' i nomi generici alle sostanze usate nei medicinali di tutto il mondo, e che da ieri fino al 24 ottobre sara' riunito a Ginevra. Ogni due anni l'Inn deve trovare un unico nome generico che sia valido per quasi ogni principio attivo usato nei farmaci di tutto il mondo. Un nome che appartenga a tutti, che sia pronunciato nello stesso modo e abbia lo stesso significato in molte lingue, che sia usato globalmente da medici, farmacisti, scienziati, enti regolatori e pazienti. "Un compito non semplice - spiega Raffaella Balocco Mattavelli, che gestisce il programma Inn - perche' ogni nome Inn deve essere unico, diverso per suono e grafia, non deve confondersi con altri nomi di uso comune, in particolare i nomi commerciali di farmaci o malattie". Generalmente i nomi Inn contengono sillabe comuni per indicare la famiglia chimica o farmacologica a cui appartiene la sostanza (ad esempio il suffisso -micina e' per un tipo di antibiotici). Sillabe, lettere o parole separate sono poi aggiunte per diversificare le sostanze della stessa famiglia, come kanamicina, eritromicina. L'obiettivo e' di incoraggiare l'uso del nome generico nel mondo. Da quando e' stato avviato nel 1950, il programma Inn ha assegnato 8500 nomi. Attualmente sono circa 4mila quelli in uso nel mondo, e la lista cresce di 120-150 ogni anno. Il brevetto puo' scadere o cambiare, ma l'Inn rimane per l'intera vita della sostanza. Due volte l'anno, i nuovi nomi Inn proposti sono pubblicati online per 4 mesi, in modo da permettere una consultazione pubblica prima che siano accettati. (ANSA).

SCENARI FRONTIERE

3 milioni

i diabetici di tipo 2, o di tipo alimentare, legato soprattutto all'obesità.

100 mila

in Italia i bambini e i ragazzi affetti da diabete di tipo 1, a insorgenza giovanile.



Il diabete si potrà curare anche senza aghi

La prossima terapia: una penna indolore che misura la glicemia senza bucare la pelle e insulina in capsule al posto delle iniezioni.

Iniezioni, siringhe... la giornata di un diabetico è scandita da una routine in cui abbondano gli aghi. Presto, però, tutto questo potrebbe cambiare grazie ad alcune innovazioni cui stanno lavorando ricercatori e industria. La prima novità è made in Italy: si chiama GlucoPen ed è una «pennetta» per misurare la glicemia in modo indolore, brevettata da ricercatori dell'Università e del Cnr di Pisa e dell'Università di Firenze. «Ci siamo ispirati alla proboscide delle zanzare per progettare microaghi in ossido di silicio, in pratica vetro puro, da 10 a 100 volte più sottili di un capello umano: penetrano negli strati superficiali della pelle senza raggiungere le terminazioni nervose, quindi senza dolore» spiega Giuseppe Barillaro, ricercatore del

dipartimento di ingegneria dell'informazione a Pisa e coordinatore del progetto.

Un clic sul tappo della penna e i microaghi prelevano dalla pelle non sangue bensì una piccola quantità di liquido interstiziale, che si trova nello spazio tra le cellule. In pochi

COME FUNZIONA LA GLUCOPEN

I suoi microaghi prelevano dalla pelle una piccola quantità di liquido interstiziale, sufficiente per misurare la glicemia.



secondi (secondo i test su pelle artificiale o di animali) il sensore di glucosio della pennetta misura la glicemia con una sensibilità paragonabile a quella degli apparecchi attuali.

L'altra novità riguarda l'insulina in pillole. Per anni somministrare l'ormone sotto forma di pasticca è stata considerata un'impresa impossibile, perché verrebbe distrutto nel sistema digestivo prima di entrare in azione. Due aziende, definite dall'agenzia Reuters come il Davide e il Golia dell'industria farmaceutica, ci stanno invece provando. Sono una piccola azienda biotech israeliana, la Oramed Pharmaceuticals, a Gerusalemme, e il gigante dell'industria farmaceutica Novo Nordisk, il più grande venditore di prodotti a base di insulina. Entrambe pensano di aver trovato il sistema per cozzare l'insulina contro i succhi gastrici. Se ci riusciranno, la pillola potrebbe essere pronta tra alcuni anni, e si preannuncia un grande affare: il mercato dei trattamenti antidiabete, contando i 370 milioni di malati nel mondo (in aumento), è stato stimato in 40 miliardi di dollari. (Chiara Palmerini)



PER ORA SPERIMENTAZIONI SUGLI ANIMALI

Insuline «intelligenti»

per il futuro dei diabetici

In sperimentazione versioni dell'ormone per bocca contenuti in polimeri capaci di «sentire» la glicemia

NOTIZIE CORRELATE

L'insulina è ancora oggi uno dei capisaldi della terapia del diabete: anche se da quando è stata scoperta e introdotta in terapia negli anni '20 ha subito modifiche radicali «ha ancora il grosso limite di dover essere somministrata attraverso iniezioni sottocutanee e in maniera un poco “cieca” – ammette il professor Stefano Del Prato, presidente della Società Italiana di Diabetologia – nel senso che non si sa quanta glicemia ci sia in giro. Quello che il nostro organismo invece riesce a fare con un incredibile grado di precisione è di produrre insulina in quantità sufficiente per controllare la glicemia, senza farla scendere troppo e senza farla salire eccessivamente».

POLIMERI E «SENSORI» - Per cercare di imitare il più possibile la perfezione del funzionamento del nostro organismo, si stanno studiando varie soluzioni: dal trapianto di isole pancreatiche, al pancreas artificiale. Ma si profila all'orizzonte anche una terza via. «Si tratta di una prospettiva molto affascinante, anche se ancora del tutto sperimentale – precisa Del Prato – quella della cosiddetta “insulina intelligente”. In pratica si tratta di un'insulina ‘inglobata’, racchiusa in polimeri particolari che hanno la capacità di “sentire” la glicemia. Quando la glicemia si alza, i polimeri si aprono e fanno uscire l'insulina, mentre quando la glicemia scende troppo, i polimeri lo “avvertono” e si richiudono impedendo così l'entrata in circolo dell'ormone. E di questa insulina intelligente, sono allo studio anche delle versioni per bocca».

STATO DELL'ARTE - La ricerca sulle insuline intelligenti è per ora arrivata agli studi sugli animali da esperimento, che hanno dato risultati molto promettenti: «tant'è che la durata d'azione di queste insuline sperimentali va dalle 12 ore fino a 300 giorni. Al momento le ricerche sono condotte da gruppi scientifici indipendenti, come l'MIT di Boston nel Massachusetts e gruppi di ricerca cinesi; a questi studi sono interessate anche alcune industrie ma lo stato di queste ricerche è avvolto dal più impenetrabile segreto. Le insuline intelligenti di ultima generazione sfruttano le nanotecnologie e la glucosio-ossidasi, l'enzima utilizzato anche sulle strisce reattive per la lettura della glicemia da sangue capillare (quello che si ottiene con la puntura del dito). L'enzima “sensore di glicemia” quando riconosce valori troppo alti, induce una modificazione del pH del sistema che fa allargare le maglie del polimero che ingloba l'insulina,

permettendo all'ormone di uscire dal "guscio" e di entrare in circolo dove esercita la sua azione e riporta alla norma i valori di glicemia. L'opposto accade in presenza di ipoglicemia: le maglie del guscio si stringono e l'insulina non entra in circolo. Per ora, almeno nell'animale, il sistema ha dimostrato di funzionare. Anche per molti giorni».

stampa | chiudi

INTOLLERANZA AL GLUTINE, UN REBUS DA RISOLVERE

Fino a pochi anni fa parlare di celiachia era argomento tabù, o meglio solo poche persone la conoscevano. Oggi al contrario le reazioni alle proteine del grano e i disturbi intestinali sono venuti alla ribalta



Decine di pietanze gustose possono essere realizzate senza glutine

Modena, 22 ottobre 2013 - Fino a pochi anni fa parlare di celiachia era un argomento tabù o meglio solo poche persone conoscevano questa condizione. Oggi viceversa se ne parla, anche persone famose parlano apertamente dei loro problemi alimentari, per tutti questi motivi la malattia è costantemente sotto i riflettori. **L'intolleranza al glutine si pensava una volta associata solo ai bambini o agli adolescenti, ora sappiamo che può essere diagnosticata a qualsiasi età** e la cosa straordinaria è che la cura non è una medicina (ad esempio un antibiotico per polmonite) ma è una dieta senza glutine.

La proteina del grano contenuta, ad esempio, nel frumento, in questi pazienti **può scatenare sintomi importanti come diarrea, provocare anemia e dimagrimento**. Anche lo stress può portare a un peggioramento della sintomatologia, che **ha una matrice familiare**. Esistono soggetti sensibili al punto da dover consegnare ostie senza glutine al sacerdote per potere fare la comunione senza conseguenze sotto il profilo della salute.

Il tema celiachia è stato affrontato nel corso di una conferenza che si è tenuta presso il Circolo Medico Merighi, a Medolla, relatore il **Professor Umberto Volta, responsabile dell'Ambulatorio per la Malattia Celiaca del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna** nonché Consulente Scientifico Nazionale e Regionale dell'Associazione italiana celiachia (A.I.C) esperto di intolleranza, autore di studi e pubblicazioni in materia, e coordinatore di numerose sperimentazioni di carattere clinico ed immunologico, promosse dalla Comunità Europea. Quella che riportiamo di seguito è una sintesi della relazione del Prof Volta.

Da Cenerentola a primadonna: è la storia della malattia celiaca, considerata malattia tipica dell'infanzia fino a pochi anni fa e balzata recentemente al centro dell'attenzione del mondo scientifico e dei media per il continuo incremento delle diagnosi, con identificazione di nuovi casi in qualsiasi età della vita. La celiachia (dal greco koiliakos, pertinente all'intestino) è

un'**intolleranza alimentare cronica nei confronti del glutine, contenuto in alcuni cereali** (in particolare frumento, segale, orzo), in grado di determinare, in soggetti geneticamente predisposti, un danno della mucosa dell'intestino tenue sotto forma di atrofia dei villi.

Tali alterazioni determinano la comparsa di malassorbimento, che può essere manifesto con la tipica diarrea e perdita di peso, subclinico con sintomi atipici (fra cui stipsi e dispepsia) ed extraintestinali (anemia sideropenica o da carenza di acido folico, osteoporosi, poliabortività) e, sempre più spesso, del tutto silente sul piano clinico. **La predisposizione genetica alla celiachia è dimostrata dalla elevata familiarità della malattia**, che è presente dal 4 al 10% dei familiari di 1° grado di celiaci, e dalla stretta associazione con gli antigeni del sistema di istocompatibilità (HLA-DQ2 o -DQ8). A partire dagli anni 90 test di laboratorio sensibili e specifici, quali la ricerca degli anticorpi antiendomio e antitransglutaminasi, hanno migliorato in maniera significativa la capacità diagnostica di questa malattia, consentendo di identificare i pazienti da sottoporre alla biopsia duodenale, che resta l'esame insostituibile per confermare la diagnosi.

La celiachia è una malattia molto frequente con una prevalenza negli studi su popolazione generale di 1 caso ogni 100 abitanti, ma purtroppo ancora largamente sottodiagnosticata dal momento che in Italia il numero di casi identificati si aggira sui 135.000 a fronte di una stima di almeno 600.000. **La dieta senza glutine porta alla normalizzazione della mucosa intestinale consentendo un regolare assorbimento dei nutrienti** ed i celiaci, a patto di osservare strettamente tale dieta, possono condurre una vita regolare senza alcun tipo di complicanze. Peraltro, la mancata diagnosi o la diagnosi tardiva espongono i pazienti al rischio di sviluppare complicanze di vario tipo fra cui patologia autoimmune a carico del sistema nervoso centrale e periferico, dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema endocrino, del fegato e della cute, nonché severe alterazioni della parete intestinale quali ulcere intestinali, quadri di scarsa o assente risposta alla dieta (celiachia refrattaria) e insorgenza di neoplasie, in particolare il linfoma intestinale.

http://qn.quotidiano.net/salute/2013/10/22/970135-intolleranza_glutine.shtml

stampa | chiudi

MISSISSIPPI

Nata con l'Hiv e curata subito, dopo 18 mesi senza farmaci non ci sono segni della malattia

La bambina oggi ha tre anni e sta bene. Da capire se la terapia antiretrovirale precoce funziona su tutti i neonati

NOTIZIE CORRELATE

E' nata con l'Hiv e un destino da sieropositiva. Ma oggi, dopo 18 mesi senza assumere farmaci, non ha segni di malattia. Nessuna traccia del virus. L'infezione sembra aver dato tregua a una bimba di 3 anni del Mississippi. I medici l'hanno trattata insolitamente presto - a poche ore dalla nascita - con una combinazione di antiretrovirali e la piccola sta bene e continua ad essere libera da infezione attiva a un anno e mezzo di distanza dalla fine del trattamento. Tanto che la sua storia si è guadagnata le pagine del *New England Journal of Medicine*. E i ricercatori dicono che si tratta del primo caso documentato di remissione dall'Hiv in un bambino.

LA BABY PAZIENTE - Già a marzo scorso, nel corso di un meeting scientifico ad Atlanta, si era parlato della baby-paziente che sembra aver sconfitto il virus ma il rapporto pubblicato sulla rivista scientifica aggiunge dettagli e conferma il risultato. «I nostri dati suggeriscono che la remissione di questa bambina non è un semplice colpo di fortuna, ma il probabile risultato di una terapia aggressiva e molto precoce che può aver impedito al virus di "agganciare" le cellule immunitarie della piccola», sottolinea Deborah Persaud, autore principale della relazione pubblicata su *Nejm*, virologa ed esperta di Hiv pediatrica in forze al Johns Hopkins Children's Center. Persaud ha collaborato con l'immunologa Katherine Luzuriaga dell'University of Massachusetts Medical School, e la pediatra Hannah Gay dell'University of Mississippi Medical Center, che ha identificato e trattato la bimba e continua a seguirla. «Siamo entusiasti del fatto che resti senza farmaci e che non ci sia traccia rilevabile di replicazione del virus», commenta Gay. «La piccola continua a stare molto bene. Non c'è alcun segno del ritorno del virus Hiv. Continueremo a monitorarla sul lungo termine»

CURE PRECOCI - La bambina è nata da madre sieropositiva e ha iniziato il trattamento antiretrovirale 30 ore dopo essere venuta alla luce. Una batteria di test nei giorni e nelle settimane seguenti ha mostrato una diminuzione progressiva della presenza del virus nel sangue, fino a quando è diventata totalmente non rilevabile, a soli 29 giorni dalla nascita. La piccola è rimasta comunque sotto antivirali fino al 18esimo mese. Poi e' stata persa di vista al follow up per un po' e, ricordano i medici, nel frattempo aveva

stoppato i trattamenti. I camici bianchi l'hanno sottoposta ripetutamente al test dell'Hiv: nessuno di questi esami ha rilevato il virus nel sangue, riferiscono gli autori del report.

OBBIETTIVI FUTURI - L'esperienza della piccola statunitense, continuano gli scienziati, fornisce prove del fatto che i bambini con infezione da Hiv possono raggiungere la remissione virale se la terapia anti-retrovirale inizia entro poche ore o giorni dall'infezione. Uno studio finanziato a livello federale e programmato per l'inizio del 2014 verificherà il metodo del trattamento precoce usato nel caso del Mississippi. Obiettivo: capire se l'approccio può essere usato in tutti i neonati con infezione da Hiv. La tesi dei ricercatori è che la cura tempestiva ha bloccato la formazione di "giacimenti" virali difficili da trattare. Si tratta di "serbatoi" dormienti, nascosti nelle cellule immunitarie e in grado di riaccendere l'infezione nella maggior parte dei pazienti entro poche settimane dalla sospensione del trattamento farmacologico. La piccola paziente Usa, assicurano gli esperti, non ha nessun "superpotere": non mostra alcuna delle caratteristiche immuni osservate nei cosiddetti "elite controllers", una piccola percentuale di persone infettate alle quali il sistema immunitario consente di tenere sotto controllo il virus naturalmente, senza farmaci. Ecco perché per i medici il merito del piccolo "miracolo" spetta alla cura precoce.

stampa | chiudi



23-10-2013

FECONDAZIONE: PREIMPIANTO COPPIA FERTILE, PLAUSO CECOS A TRIBUNALE

(AGI) - Roma, 23 ott. - Soddisfazione del Cecos Italia, associazione scientifica che raggruppa i maggiori Centri di fecondazione assistita in Italia, che globalmente effettuano circa 10.000 cicli l'anno, per la decisione del Tribunale di Roma sull'accesso alla diagnosi pre-impianto della coppia non infertile, ma portatrice di una malattia genetica, in una struttura pubblica. Per la professoressa Coccia, presidente Cecos Italia, puo' esserci, ed e' auspicabile, un rapporto di collaborazione tra sanita' pubblica, privata e convenzionata, purché sia garantita alle coppie l'accesso alle cure con eguali livelli di eccellenza. La PGd, spiega il Cecos, richiede infatti strutture altamente specializzate e tecnologicamente avanzate e un equipe in grado di assistere la coppia in tutto il suo percorso. "No a concorrenza tra sanita' pubblica, privata e convenzionata, si a una collaborazione e uno scambio proficuo di interesse medico scientifico e sociale, al fine di prevenire queste terribili malattie. Questo e' il vero obiettivo che dobbiamo porci", ha detto Coccia che ha continuato: "Tutelare il diritto alla salute della futura mamma, del bambino e della famiglia allineandosi di diritto all'Europa con standard elevati e programmi scientifici, tecnologici comuni".