

Mamme senza soffrire: l'anestesia epidurale non sarà più un privilegio

Terapia del dolore: ogni Regione avrà un centro specializzato



Tra le novità da sottolineare nelle linee guida del «Patto sulla Salute» c'è l'occhio di riguardo riservato al tema della maternità e delle donne in gravidanza.

«Dobbiamo pensare non solo a rendere più facile la maternità, ma anche a far nascere più bambini in Italia e immaginare dei percorsi diversi per aiutare le coppie a fare famiglia - ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in un video pubblicato su Youtube dopo una visita al reparto neonatale dell'Ospedale SS. Benvenuti e Rocco di Osimo (Ancona) -. Parliamo di fare famiglia, di uno Stato per la famiglia da anni e poi non facciamo niente. Credo sia arrivato il momento di fare qualcosa di molto più concreto».

Tra le cose concrete c'è anche l'inserimento dell'anestesia epidurale nei parti naturali. Oggi viene applicata a macchia di leopardo, e spesso tocca alle donne delle fasce più deboli scontare attese, indecisioni e mancanza di attrezzature, all'insegna del motto biblico «Partorirai con dolore». Nelle nuove linee guida, invece, si tratteggia uno scenario in cui tutte le cittadine, senza distinzioni, avranno diritto a partorire con l'aiuto dell'anestesia.

Di sofferenza e di come lenirla si occupa anche un altro passaggio del documento: secondo le nuove linee guida ministeriali ogni regione dovrà istituire centri specializzati per la terapia del dolore.

Il «Patto per la salute» porterà in dote anche i nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza, in attesa dal 2001 di rifarsi il trucco. Un elenco di oltre 6 mila prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale che dovrebbe arricchirsi di 110 nuove malattie rare, per le quali è prevista l'esenzione totale dei ticket. Esenti diventano anche sei patologie croniche: sarcoidosi, osteomielite cronica, broncopneumopatia cronico ostruttiva, rene policistico autosomico dominante, patologie renali croniche e sindrome da talidomide, della quale sono vittime le donne trattate con il medicinale impiegato, negli Anni 50 e 60, nel trattamento di disturbi del

primo trimestre di gravidanza, tipo ansia o nausea.

Tutto questo sulla carta, perché, come sempre, bisognerà poi vedere la capacità delle regioni di garantire i Lea. Fino ad oggi, rivela un documento ministeriale in via di pubblicazione, 5 regioni, quasi tutte in piano di rientro dal deficit, hanno in parte fallito l'obiettivo. In Sicilia, Molise, Abruzzo, Puglia, Calabria e Campania, si rivelano falle soprattutto nell'assistenza residenziale per anziani e disabili, nell'appropriatezza delle cure ospedaliere, nelle vaccinazioni antinfluenzali degli anziani, nella prevenzione veterinaria e negli screening.

Il documento assegna anche dei punteggi: in fondo alla classifica la Campania, con 117 punti, in testa l'Emilia Romagna (210), la Toscana e il Veneto (193 entrambe), seguite da Piemonte e Lombardia, rispettivamente con 186 e 184 punti.

Ma il «Patto per la salute» vorrebbe tendere la mano anche alle regioni ancora in difficoltà per i troppi vincoli imposti loro dai Piani di rientro, dettati in qualche modo dall'Economia. Vincoli che si vorrebbe ora allentare, soprattutto per il turn over del personale, vincolando le Regioni al rispetto di 4 o 5 macro obiettivi. Una semplificazione ancora tutta da far digerire in via XX Settembre.

<http://www.lastampa.it/2014/05/19/italia/cronache/mamme-senza-soffrire-lanestesia-epidurale-non-sar-pi-un-privilegio-1Jae4ZHqcqrQ8lgjgroXNL/pagina.html>

La storia. Lucia è diventata madre in un centro per la fecondazione assistita a Catania. Come altre ex pazienti, regalerà i propri ovociti avanzati alle donne che non smettono di sognare un figlio: "L'amore conta più del Dna" "Noi, mamme grazie alla provetta doniamo gli ovuli a chi ancora spera"

DAL NOSTRO INVIATO
ALESSANDRA ZINITI

CATANIA

«Il mio è un semplice atto di amore e di solidarietà, da donna a donna. Perché un figlio non lo fa il 50 per cento del Dna, né il proprietario di un ovocita o di uno spermatozoo, ma l'amore di chi lo cresce giorno dopo giorno».

Lucia la sua battaglia l'ha vinta. Giovanni e Maria Rita, i gemellini nati con la fecondazione assistita, hanno due anni e mezzo e lei si ritiene fortunata: le è andata bene al primo tentativo e, adesso che anche in Italia l'eterologa non è più un tabù, quegli ovociti, sani e "funzionanti", che aveva congelato nei laboratori dell'Unità di medicina della riproduzione della fondazione Hera, a Catania, in vista di un percorso che avrebbe potuto essere più lungo e accidentato, ha deciso di donarli ad altre donne meno fortunate di lei. «A me sicuramente non servono più, i miei bambini li ho avuti e sono pienamente appagata. Di ovociti congelati ne ho undici, cinque li ho donati alla ricerca e sei ad altre donne, perché credo che per una aspirante mamma che non riesce ad avere figli e decide di intraprendere questo percorso così duro non c'è niente di peggio che sentirsi dire da un medico: "Mi dispiace, lei non produce ovociti, non può neanche provare"».

Quello di Lucia è un sentimento condiviso tra le tantissime donne, giovani e meno giovani, che nei medici, nei biologi, negli psicologi, nel personale dell'Unità di medicina della riproduzione di Hera hanno trovato la loro seconda famiglia. Tanto che l'invito del direttore Antonio Guglielmino a donare i propri ovociti congelati dopo che una sentenza della Corte costituzionale ha dichiarato legittima la fecondazione eterologa an-

che in Italia, ha trovato grande adesione. Anche da parte di chi, come Marzia, il suo bambino non è ancora riuscita ad averlo. «Ho detto sì anch'io, sebbene i miei tentativi, che vanno avanti da sei anni, non sono andati a buon fine. L'ultima volta sembrava che andasse tutto bene e invece l'ovocita non è riuscito ad impiantarsi. Ne ho congelati tanti anch'io e ho deciso di donarne alcuni perché penso che se mi trovassi nelle condizioni di non poterne produrre, il sogno di avere un figlio sarebbe impossibile. Ci riproverò ancora, sapendo bene che corro il rischio di non farcela, mentre magari un'altra donna con il mio ovocita riuscirà a diventare madre. Eppure non penso che i bimbi che dovessero nascere da quegli ovuli sarebbero figli miei. Il figlio è della donna che lo porta nel ventre, e, anche se l'ovocita è mio, verrà fecondato dallo sperma di suo marito e sarà a tutti gli effetti figlio di quella coppia».

Vista dai corridoi ovattati di questo centro all'avanguardia, dalle stanze dove decine di coppie portano avanti con sofferenza, coraggio e grande forza di volontà un percorso durissimo, la fecondazione eterologa è una «conquista di civiltà» e l'annunciata contesa legale tra le due coppie vittime dello scambio di ovociti avvenuto in una clinica romana un errore da stoppare immediatamente. «Più che di errore parlerei di orrore» dice Lucia. «Ma poveri bambini, nascere sotto una disputa legale... Io capisco il dolore di tutti, ma nessuno può pensare di togliere quei bambini alla donna che li sta portando in grembo. Io, più che di maternità, parlerei di genitorialità. Lo dico chiaramente: se fosse stato possibile in Italia, avrei fatto ricorso anche all'utero in affitto. Mi auguro che un giorno anche qui ci sarà questa possibilità».

Lucia ha 32 anni, lavora al Monte dei pegni a Messina, e con suo marito Paolo, commerciante, ha condiviso sin dal primo mo-

mento queste scelte. «Spero che le conquiste sulla fecondazione assistita non si fermino. Negare la genitorialità è un abominio. Per questo sono favorevole all'ovodonazione e all'utero in affitto, nella serenità più totale che contraddistingue chi, come me, crede che i figli siano di chi li cresce e l'aspetto biologico lascia il tempo che trova. Il corpo umano è una macchina e, almeno per me, la gravidanza è stata come una malattia. Anche se oggi i miei meravigliosi bambini sono la mia ragione di vita, penso che non ripeterei più quello che ho passato, dal bombardamento ormonale a quello della mia psiche. L'unica cosa che ho chiesto donando i miei ovociti è che li abbia una coppia serena, che affronti questo percorso con consapevolezza. E poi sì, a me piacerebbe saperlo, se questo mio gesto un giorno dovesse dare frutto. Ed escludo di poter avere un giorno qualsiasi ripensamento o rimorso per un "figlio" mio donato ad un'altra».

Forse perché finora è andata incontro solo a delusioni, Marzia invece preferisce non conoscerlo il destino degli ovociti che ha donato. Operaia in una ditta di pulizie, sposata con un falegname, è da poco tornata al lavoro dopo l'ultimo tentativo andato male. «Ma ho 32 anni e ci credo ancora. È vero, c'è sempre l'adozione, ma una donna si sente realizzata pienamente solo se diventa madre. Per questo, avendo la fortuna di produrre ovociti sani e in presenza di una legge che finalmente lo consente, voglio fare la mia parte. Non penso al fatto che io potrei non riuscire nell'impresa mentre un'altra donna, con un mio ovocita, si: penso, semmai, alla delusione che proverei se, avendone bisogno io, non ci fosse nessuno a regalarmi questa possibilità. Mentre a quella coppia romana che avrà il bimbo "sbagliato" voglio dire: «Vivete questa gioia e amate questa creatura, è la vostra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dove migravano le coppie

Aspiranti genitori andati all'estero

Totale di quelli migrati per avere un'eterologa



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

“

I SENTIMENTI

Non mi importa che un'altra porti in grembo qualcosa di me: un bimbo è di chi lo cresce e gli dà affetto

”

“

LA SOLIDARIETÀ

Ne sono rimasti undici: cinque li ho regalati alla ricerca, gli altri sei a chi ne ha bisogno e insegue la felicità

”

I NUMERI

5 mln

IN LABORATORIO
I bimbi nati in provetta nel mondo dal 1978

3 mila

IN ITALIA
La media dei bimbi nati ogni anno con l'eterologa

REPTV-LAEFFE

Alle 13.45 su RNews (canale 50 Dt e 139 di Sky) il videoracconto



> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

Pazienti e assistiti, cosa cambia?

QUANDO una persona dice "dottore sono nelle sue mani" riconosce di essere un paziente. La sua pazienza invece viene messa a dura prova in un Pronto soccorso oppure se chiede una visita specialistica, che spesso arriva dopo mesi. Se poi attende il turno perché il medico di famiglia sta parlando con l'informatore scientifico, accetta la situazione molto pazientemente. E ci si accorge che da malati si diventa cittadini di serie B. Adesso il nuovo Codice deontologico della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo) introduce il termine "assistito" per chi non ha una malattia. Si volta pagina? In realtà oggi il camice bianco si confronta con un cittadino. Esigente, informato, insofferente. E più impaziente. Ma non è questione di parole: nulla cambierà finché la persona non sarà al centro dell'azione medica e sanitaria.

guglielpepe@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Privacy e Regioni

**Illegittimo
comunicare
il dato sulla
vaccinazione****Enrico Bronzo**

La Regione non può comunicare "in chiaro" un dato di salute a una banca affinché questa proceda a un bonifico. Nel caso esaminato, l'interessato era titolare di un indennizzo a causa di una malattia contratta per via delle vaccinazioni obbligatorie: la Cassazione (sentenza n. 10947) gli ha riconosciuto il diritto al risarcimento per illegittimo trattamento dei dati sensibili.

La vicenda deriva dalla sentenza 4204/2011 emessa dal Tribunale di Napoli con cui si rigettava il ricorso di un privato nei confronti della Regione Campania. Il privato lamentava la citazione nella causale di un accredito bimestrale della legge 210/92 sull'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

La Regione si era difesa sostenendo che il dato veniva comunicato solo a una banca attraverso una rete privata mentre l'istituto di credito asseriva di adempiere a un preciso obbligo contrattuale (appunto la causale).

La Cassazione ha dato ragione al privato - controricorrente il garante Privacy - dichiarando legittima la richiesta di risarcimento danni. Questo il principio emesso dalla Corte ai sensi del Dlgs 196/2003 (articolo 6 comma 4): «I dati personali sullo stato di salute vanno trattati con tecniche di cifratura, o mediante codici identificativi, che li rendano temporaneamente inintelligibili a chi è autorizzato ad accedervi».



CIBO COME SIGARETTE, PROPOSTE SCRITTE SHOCK ANTI-OBESITA' PER ASSOCIAZIONI MONDIALI 'RISCHIO E' MAGGIORE'

(ANSA) - ROMA, 19 MAG - Piu' educazione, stop agli spot soprattutto quando potrebbero essere esposti i bambini, maggiori tasse per scoraggiare i consumi e persino etichette shock che mostrino i danni alla salute. Le stesse ricette messe a punto in questi anni per diminuire il consumo di sigarette potrebbero 'tornare buone' anche per contrastare l'epidemia di obesita', che ormai e' anche piu' pericolosa del fumo. A sostenerlo sono Consumer International e World Obesity Federation, due delle principali associazioni mondiali in occasione dell'assemblea generale dell'Oms. Le due associazioni lanceranno il prossimo mercoledi' l'ipotesi di una vera e propria 'Convenzione Globale' contro il cibo poco salutare, sul modello di quella contro il tabacco approvata nel 2003 e legalmente vincolante per i paesi che l'hanno ratificata. L'obiettivo e' ottenere una serie di misure piu' rigide contro l'industria alimentare, che spesso, recita la bozza di convenzione, "si tira indietro rispetto a cambiamenti positivi, con i governi che si sentono impossibilitati a intervenire". Tra le misure suggerite ci sono la rimozione dei grassi artificiali da cibo e bevande entro cinque anni, la proibizione di spot degli alimenti poco salutari, ma anche l'adozione di un metodo di tassazione che scoraggi i consumi di 'cibo spazzatura', e persino il cambiamento delle autorizzazioni al commercio. In questo contesto, spiega Luke Upchurch di Consume International, anche l'adozione di etichette con messaggi che avvisino del pericolo per la salute o addirittura con immagini shock degli effetti dell'obesita' potrebbero essere efficaci. "Sono necessarie misure piu' stringenti di queste - spiega - ma se qualche governo dovesse decidere che anche questo tipo di etichette possono essere utili noi supporteremmo la scelta". Proprio dieci anni fa, ricordano le due Ong, l'Organizzazione Mondiale della Sanita' pubblicava la sua Global Strategy on Diet and Physical Activity and Health, il primo documento in cui si riconosceva il potenziale pericolo per la salute rappresentato dall'alimentazione non corretta. Nonostante il riconoscimento pero' il numero di morti causate dall'obesita' e' continuato ad aumentare, passando da 2,5 milioni nel 2005 a 3,8 nel 2010, e le persone in sovrappeso o obese sono ormai piu' di mezzo miliardo nel mondo, il 10% degli uomini e il 14% delle donne, con la maggioranza concentrata nei paesi in via di sviluppo. Per contrastare con efficacia l'obesita' nel mondo, spiega il documento elaborato dalle associazioni, e' necessaria una convenzione vincolante dall'alto, e non una serie di regole lasciate alla buona volonta' dei singoli paesi. "Siamo nella stessa situazione degli anni '60, quando l'industria del tabacco affermava che non c'era niente di sbagliato nelle sigarette e nel giro di 30-40 anni sono morte milioni di persone - sottolinea Upchurch -. Se non si agisce ora rischiamo di avere la stessa intransigenza da parte delle industrie alimentari". (ANSA).

Fumo, obesità e stress dannosi per tutti mentre il matrimonio per la coppia è un beneficio

NA certa par condicio tra uomo e donna si raggiunge solo sui fattori di rischio: fumo, ipertensione, colesterolo alto, stress, diabete, obesità, vita sedentaria, familiarità per cardiopatia ischemica colpiscono senza distinzione di sesso, anche se con qualche differenza di età e di intensità. Il fumo, ad esempio, è più pericoloso nelle giovani; l'obesità centrale, quella più dannosa per il cuore, è più frequente nelle donne dopo la menopausa; il diabete "morde" di più i cuori "rosa". Le differenze tra i due sessi tuttavia riemergono quando si affronta la correzione dei fattori di rischio.

«Negli uomini basta abbassare la pressione a 130/80 - spiega Leda Galiuto, cardiologa presso il Policlinico Gemelli di Roma e autrice del libro *Difendere il cuore delle donne* - nelle donne bisogna riportare la pressione 120/80 mmHg, valore a cui, si è scoperto, il rischio cardiovascolare si riduce significativamente. Per quanto riguarda il colesterolo, mentre nell'uomo bisogna focalizzarsi soprattutto sulla correzione del colesterolo "cattivo" LDL, per proteggere il cuore delle donne è più importante mantenere alto l'HDL, il cosiddetto colesterolo "buono". Il diabete da solo è in grado di incrementare moltissimo il rischio cardiovascolare nelle donne. Una riprova indiretta di questo, è l'uso dell'aspirina, un farmaco che in prevenzione primaria (cioè per prevenire la comparsa di un infarto del miocardio) viene utilizzato con successo solo negli uomini, mentre nelle donne non funziona; a meno che appunto non siano diabetiche. Il fumo, che nelle donne andrebbe completamente abolito (mentre le statistiche ci dicono che l'abitudine è in aumento), soprattutto tra le giovani, rappresenta un fattore di rischio di maggior impatto che negli uomini».

Infine lo stress e il rapporto con la psiche. Gli uomini reagiscono agli stimoli stressanti con aggressività, cioè buttando verso l'esterno la negatività; le donne, al contrario, reagiscono spesso allo stress cadendo in depressione, che

può aver un effetto lesivo sugli organi, in particolare sul cuore. «Ecco perché - spiega Galiuto - alle donne va consigliato di avere il più possibile un approccio positivo con la vita: mantenere il rapporto con gli altri, coltivare una vita sociale, fare proprie insomma tutte quelle attività che possono dare benessere, positività, reazione di vitalità, piuttosto che di depressione».

Infine, secondo una recente ricerca del Langone Medical Center della New York University (Usa) il matrimonio fa bene al cuore: le coppie sposate sono a minor rischio di problemi cardiovascolari, secondo quanto risultata da un'indagine condotta su 3,5 milioni di americani, la più grande mai effettuata finora. A prescindere da età, sesso e presenza o meno di fat-

IL RISCHIO CV IN ITALIA

Distribuzione del rischio cardiovascolare medio a 10 anni, dati 2012 in %

LEGENDA

■	11,1-15%
■	9,1-11%
■	7,1-9%
■	5,1-7%
■	<3%

tori di rischio, le coppie sposate hanno meno problemi di cuore dei single, ma anche di divorziati e vedovi; le coppie si controllano a vicenda (anche solo per ricordarsi di prendere le medicine), si accompagnano dal medico, mangiano in maniera più salutare. L'anello al dito insomma, sarebbe un fattore di protezione per il cuore. E non solo nelle vignette di Peynet.

(mr. m.)

Toscana
10,9 %

Calabria
14,3 %



RISCHIO MEDIO PER GENERE



2,9%
nelle donne
7,7%
negli uomini

Lipidi

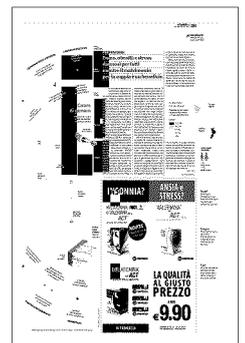
Gli estrogeni proteggono il cuore femminile stimolando l'aumento del colesterolo "buono".

Sangue

Gli estrogeni frenano i processi di infiammazione e di coagulazione con minore rischio di trombosi.

Vasi

Gli estrogeni facilitano la dilatazione delle arterie migliorando l'afflusso di sangue al muscolo cardiaco.



RICERCA: OLIMPO SCIENZA NON È ROSA, SOLO 11% VERTICI E 3% NOBEL È DONNA

Roma Milano, 19 mag. (Adnkronos Salute) - AAA, 'quote rosa' della scienza cercasi. La carriera delle donne nel mondo della ricerca si conferma una parabola discendente. I camici rosa risultano sottorappresentati a tutti i livelli universitari nelle discipline scientifiche. Se l'equilibrio di genere costituisce la norma nelle scuole secondarie, soltanto il 32% delle lauree scientifiche sono ottenute da donne. E più si salgono i gradini della carriera scientifica, più il colore rosa si annacqua: meno di un ricercatore su 3 è donna (29%) e un dottorando su 4. Percentuali che scendono a quota 11% quando si approda alle più alte cariche accademiche in ambito scientifico, per arrivare alla disfatta totale dei Nobel: meno del 3% dei premi assegnati nelle discipline scientifiche è stato conferito a donne. "Solo 16 su 500", spiega Giovanni Puglisi, presidente della Commissione nazionale per l'Unesco, ricordando anche che "nessuna Medaglia Fields è mai stata assegnata a una matematica". La fotografia sulle donne e la scienza è stata scattata da un rapporto commissionato da Fondazione L'Oréal e diffuso oggi a Milano, nel giorno in cui sono state assegnate le borse di studio della 12esima edizione del programma 'L'Oréal Italia Per le donne e la scienza' (istituito in collaborazione con la Commissione nazionale italiana per l'Unesco) a 5 giovani promesse della scienza tricolore. Il quadro che emerge dai dati raccolti nel 2013 in 7 Paesi - Francia, Germania, Spagna, Regno Unito, Stati Uniti, Giappone, Cina - mostra che la 'maledizione dell'imbuto', che perseguita le donne con il camice e ne restringe i numeri man mano che ci si avvicina ai vertici, colpisce ancora. E poco cambia se la quota delle ricercatrici a livello mondiale è cresciuta del 12% nello scorso decennio, secondo l'Istituto di statistica dell'Unesco (che ha sondato la situazione in 129 Paesi, escluso Brasile, Cina e India). La proporzione delle donne a capo di istituti scientifici oscilla fortemente da un Paese all'altro: sono il 6% in Giappone, il 34% in Spagna, il 27% negli Usa, il 29% in Francia (dati Boston Consulting Group). Comunque pochissime rispetto ai colleghi uomini che salgono nell'Olimpo della scienza. Ma cosa frena i cervelli rosa, cosa li tiene lontani dal mondo della ricerca scientifica? Secondo gli esperti non è una questione di performance, quanto piuttosto di "stereotipi". Negli istituti secondari, dove la scelta delle materie di studio è minima o nulla, le ragazze ottengono nelle materie scientifiche risultati pari a quelli dei ragazzi, secondo quanto emerge dall'indagine 'Pisa1' dell'Ocse. Ma poi una ragazza che frequenta un istituto superiore ha 3 volte meno probabilità rispetto a un compagno maschio di ottenere un dottorato di ricerca in ambito scientifico. E' già al livello delle scelte per il futuro che pesano gli stereotipi, sottolineano gli esperti: "Non solamente le ragazze, ma anche i genitori, gli insegnanti e la società nel suo complesso, nutrono preconcetti fuorvianti che scoraggiano le giovani dallo studio della scienza", si legge nell'analisi. Un pensiero su tutti tormenta chi è tentata dalla vita di laboratorio, ma ci rinuncia: "Non voglio essere considerata una 'scienziata pazza' senza capacità sociali, isolata e sola", stereotipo che si accompagna alla teoria secondo cui gli uomini riuscirebbero meglio delle donne nella scienza, nonostante ci siano prove che dimostrano il contrario. Il risultato è che "purtroppo le donne nella ricerca sono tuttora sottorappresentate - riflette Cristina Scocchia, amministratore delegato di L'Oréal Italia - Il gap di genere esiste e si costruisce sin dall'età scolare. Ma sono convinta che sia il talento e l'impegno a fare la differenza nella scienza, così come in altri ambiti, ed è quindi inconcepibile privarci del talento di metà dell'umanità: ora più che mai la scienza ha bisogno delle donne".

Professioni. Il testo sulla deontologia Medici, nuovo Codice con cybermedicina e divieto di tortura

Barbara Gobbi

Cybermedicina, uso delle tecnologie, governance aziendale e medicina militare. Sono queste le new entry assolute del nuovo **Codice deontologico dei medici**, approvato domenica a Torino - dieci i voti contrari - dopo 16 ore di dibattito serrato sugli ultimi emendamenti, arrivati al termine di una maratona negoziale partita due anni fa.

Il nuovo testo, varato dal Consiglio nazionale della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri, manda quindi in soffitta la versione precedente, ferma al 2006. Perché se pochi anni erano passati dall'ultima revisione, spiega il presidente Fnom (e senatore)

Amedeo Bianco, «era ormai pressante l'esigenza di recepire quella rivoluzione copernicana che ha investito la medicina, trasformando la relazione di cura e il ruolo dei camici bianchi. Stretti tra esigenze di bilancio e pazienti sempre più informati, e protagonisti di un ruolo attivo nella promozione della salute, intesa come benessere del singolo e della collettività».

Ecco allora che il nuovo Codice, che sarà presentato ufficialmente venerdì a Roma, si arricchisce di quattro articoli inediti, dedicati a medicina militare (con l'introduzione della voce "bioterrorismo" e il divieto assoluto, per il medico, di essere coinvolto a qualunque titolo nel reato di tortura), medicina potenziativa o cy-

bermedicina (il tentativo di fissare nuove frontiere ai limiti fisiologici del corpo e dell'organismo), telemedicina (l'Ict non può mai sostituirsi alla visita di persona al paziente) e organizzazioni sanitarie (con il medico che rivendica comunque una propria autonomia rispetto alle logiche dell'aziendalizzazione). «Noi ha spiegato a quest'ultimo proposito Amedeo Bianco - partiamo sempre dal benessere del paziente, in un percorso di appropriatezza ed efficacia». Un compito «necessariamente complesso. Siamo preoccupati da politiche che guardano solo all'equilibrio economico. Tenere d'occhio le risorse è giusto e necessario ma puntando su obiettivi di salute non sul mero dato contabile».

Contestata, durante il dibattito, è stata poi l'introduzione o meno del concetto di «persona assistita» in totale sostituzione del termine «paziente». Alla fine ha prevalso una linea di mediazione: si parla di paziente quando ci si riferisce esplicitamente alla terapia, mentre l'espressione persona assistita è adottata negli articoli dove si considera il mantenimento o la promozione di uno stato di salute. Focus, ancora, sulla prevenzione del rischio clinico, con l'obbligo di segnalazione, in forma anonima, anche dei "quasi errori" da indicare nelle *peer review* finalizzate al *risk management*. Sulla lotta all'abusivismo professionale è linea dura, in sintonia con le nuove norme che prevedono il carcere fino a due anni per falsi medici e falsi dentisti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I motivi del «no»

1 | FONTI COMPETENZE

Sono tre i motivi principali alla base del voto negativo di 10 ordini provinciali dei medici: il primo riguarda l'articolo 3 sulle competenze del medico perché rimanda a una fonte esterna, i corsi di laurea

2 | POLIZZA ASSICURATIVA

Si introduce il dovere deontologico di stipulare una polizza (anche se è previsto uno slittamento per i medici come per gli altri professionisti)

3 | TESTAMENTO BIOLOGICO

Si introduce il testamento biologico su cui il Parlamento ha rinunciato a legiferare



Staminali. Un mix di cellule del midollo osseo
piastrine e altri fattori di crescita rigenera i vasi ed evita
l'amputazione degli arti. Sperimentazione a Campobasso

La miscela che riapre le arterie

GIUSEPPE DEL BELLO

EVITARE l'amputazione degli arti grazie alle cellule staminali del midollo osseo. L'innovativa terapia che potrebbe contrastare la cosiddetta ischemia critica, spesso conseguenza di diabete, aterosclerosi e, più raramente, di tromboangioite obliterante, è stata sperimentata con successo su 20 pazienti nel dipartimento di Malattie cardiovascolari della Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso.

La ricerca clinica, condotta da Eugenio Caradonna, Pietro Modugno e Carlo Maria de Filippo, si basa sull'autotrapianto di cellule staminali, prelevate dal midollo osseo autologo e poi impiantate nel territorio sede dell'ischemia. I risultati della ricerca sono stati recentemente pubblicati sul *Journal of Vascular and Endovascular Surgery*.

«L'arteriopatia obliterante degli arti inferiori si inquadra in una sindrome associata a una storia naturale sfavorevole,

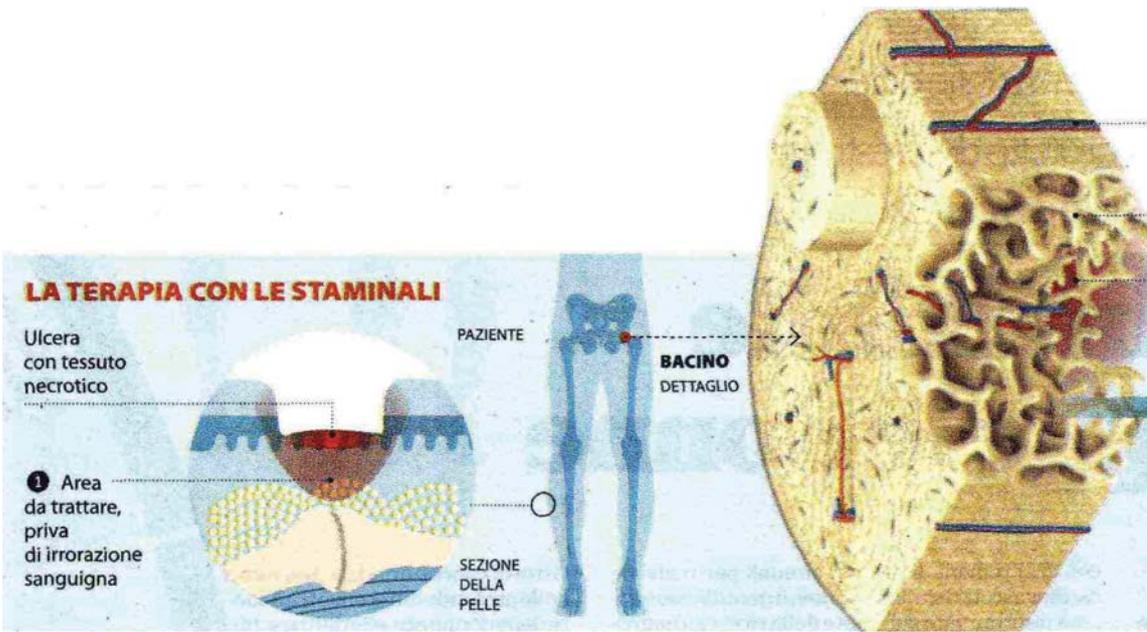
con elevata mortalità e morbidità - premette de Filippo - il 25 per cento dei pazienti subisce l'amputazione di un arto e il 25 per cento muore entro un anno dall'esordio».

I ricoveri per amputazione di un arto nei diabetici colpiti da arteriopatia grave, secondo i dati del ministero della Salute, hanno raggiunto il 13,22% nel 2009 e il 13,17% nel 2010, mentre nello stesso anno sono state effettuate ben 7261 amputazioni, di cui oltre 1600 nella sola Lombardia. «La procedura, indicata per i pazienti che non possono essere sottoposti ad altre terapie di rivascolarizzazione chirurgica o endovascolare, prevede il prelievo di midollo osseo - aggiunge Caradonna - le cellule si ottengono attraverso un processo di centrifugazione che le mantiene vitali e nel loro ambiente naturale, il plasma, assieme alle piastrine e alle citochine, componenti essenziali per la neoangiogenesi, cioè per la formazione di nuovi vasi. Il successivo passaggio è rappresentato dal reimpianto del concentrato nell'arteria rimasta priva di irrorazione sanguigna

attraverso iniezioni per via intramuscolare. L'autotrapianto di staminali evita l'amputazione nel 60-70 per cento dei casi grazie a una metodica che non ha bisogno di anestesia generale e che permette al paziente di tornare a casa dopo due, tre giorni». I primi casi realizzati dall'équipe di de Filippo a Campobasso e presentati alla Conferenza internazionale sulle staminali tenutasi a New York nel 2009, hanno indotto la Società italiana di Chirurgia vascolare ed Endovascolare presieduta da Flavio Peinetti a organizzare un registro osservazionale che coinvolge circa 30 centri italiani.

«Nel periodo di follow up, solo in un caso si è resa necessaria l'amputazione - conclude Caradonna - probabilmente conseguenza del prelievo successivo di vena safena in altro centro per intervento di rivascolarizzazione miocardica. Gli esami di controllo hanno dimostrato sempre una migliore riperfusione dell'arto. E in particolare, l'angiografia eseguita a sei mesi dall'impianto, ha rivelato la presenza di neoangiogenesi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



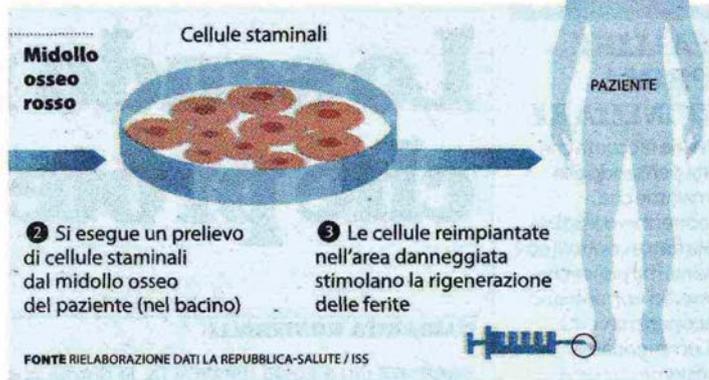
L'ARTERIOPATIA

Malattia arteriosa periferica, colpisce in particolare le arterie di gambe e piedi



Osso compatto

Osso spugnoso



quotidianosanita.it

Lunedì 19 MAGGIO 2014

Aifa. Lorenzin propone conferma di Pani alla direzione generale

Arrivata oggi sul tavolo della Stato Regioni la proposta del ministro della Salute di confermare Luca Pani a direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco. Pani è alla testa dell'Aifa dal novembre del 2011 quando sostituì Guido Rasi divenuto direttore dell'Emm. [Il documento.](#)

Se le Regioni daranno il loro assenso (la proposta è all'ordine del giorno della Conferenza Stato Regioni del 22 maggio), sarà ancora **Luca Pani** a dirigere l'Agenzia italiana del farmaco fino alla fine naturale del suo mandato fissato al 15 novembre 2016. La conferma dell'incarico proposta dal ministro **Lorenzin** rientra nel sistema di spoil system cui è soggetta anche la figura del DG Aifa.

Luca Pani, medico, specialista in Psichiatria, esperto di Farmacologia e Biologia Molecolare, è direttore Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dal novembre 2011.

La sua attività professionale si è sviluppata lungo diverse direttrici che comprendono, oltre ad un'intensa attività di insegnamento e clinica, l'attività regolatoria nazionale e internazionale per la Comunità Europea; la redazione, la valutazione e il coordinamento di Progetti di Ricerca; la pianificazione Strategica e partnership con gruppi di ricerca nazionali ed internazionali; la partecipazione ad Organismi e Comitati di consultazione internazionali. In particolare, tra le numerose cariche ricoperte si ricordano:

dal 2010 è Rappresentante Permanente (Alternate) per l'Italia presso il Comitato per i Medicinali ad Uso Umano (CHMP) e Membro Eletto del Gruppo di Lavoro sul Sistema Nervoso Centrale e del Gruppo di Lavoro per la Consulenza Scientifica (SAWP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA).

Fondatore e membro permanente del Comitato Tecnico Scientifico di Fase 1, la prima Società a capitale interamente pubblico (Regione Autonoma della Sardegna) dedicata alla Farmacologia Traslazionale di studi di Fase-1 (2008-2011).

Membro permanente del Comitato sulle Neuroscienze Cliniche dell'AIFA (2009-2011).

Responsabile dell'Unità Operativa dell'Istituto di Tecnologie Biomediche, prima, e dell'Istituto di Farmacologia Traslazionale, poi, della sede di Pula (Cagliari) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) (2006 - 2010).

Presidente e A.D. di Neuroscienze PharmaNess Scarl., struttura partecipata dall'Università di Cagliari e dal CNR dedita allo studio, sviluppo e servizi nell'ambito della valutazione preclinica di nuovi principi attivi (2002 - 2010).

Post-doc nell'Università dell'Illinois a Chicago (1990-1992) e quindi Associate Professor alla Georgetown University, Washington D.C. (1993-1994) e attualmente Voluntary Professor all'Università di Miami, negli Stati Uniti.

E' Dirigente di ricerca del CNR dal 2002.

Home **Dal Governo**

DAL GOVERNO

Aifa e Agenas: giovedì le Regioni su Pani e Bevere

19 maggio 2014 Cronologia articolo

Tweet



All'ordine del giorno della conferenza Stato-Regioni convocata per giovedì 22 maggio la proposta del ministro Lorenzin di confermare Luca Pani alla guida dell'Agenzia italiana del Farmaco e di nominare Francesco Bevere, attuale Direttore generale della Programmazione sanitaria della Salute, a direttore generale di Agenas, in sostituzione di Fulvio Moirano, il cui mandato è scaduto, senza essere rinnovato, in marzo.

Pani è alla guida dell'Agenzia italiana del farmaco dal novembre 2011 quando subentrò in sostituzione di Guisdo rasi, divenuto direttore dell'Eman. La conferma alla guida dell'Agenzia - in omaggio alle regole dello spoil system - consentirebbe a Pani di completare fino a scadenza naturale il proprio mandato nel novembre 2016. Francesco Bevere - candidato dalla lorenzin alla guida dell'Agenas - è Direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute dal 2010.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

Permalink

NEWSLETTER

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

[Iscriviti gratuitamente »](#)

Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 18

13-19 mag. 2014

[Sfoggia PDF »](#)

[SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »](#)

Uscite precedenti:

▼ nr. 176-12 mag. 2014

▼ nr. 15-1622 apr. -5 mag. 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



Quali costi standard per le aziende sanitarie?

[Sfoggia PDF »](#)

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito »](#)

Ultimi quesiti:

ALLARME: NEL MONDO UNO SU DIECI È «FALSO»

Sul mercato troppi farmaci contraffatti

VITO SALINARO

Basta investire 1.000 dollari per guadagnarne 20.000 dal traffico di eroina. Ma se la stessa cifra viene impiegata sul mercato dei farmaci contraffatti, i proventi salgono fino a 400mila dollari. Un business troppo lucroso perché le mafie di tutto il mondo non ci affondassero i propri tentacoli. Tanto che si è ormai registrato uno storico sorpasso: con un giro di affari di 75 miliardi di dollari, i profitti da medicine contraffatte hanno superato quelli della cocaina. Non è difficile constatarlo se si scopre che nel mondo 1 farmaco su 10 è «falso».

A PAGINA 3



GIRO D'AFFARI DI 75 MILIARDI DI DOLLARI L'ANNO, LE MAFIE IN PRIMA LINEA

Allarme farmaci contraffatti: business più vasto della coca

Nel mondo uno su dieci è «falso», l'Italia ancora immune



di Vito Salinaro

Basta investire 1.000 dollari per guadagnarne 20.000 dal traffico di eroina. Ma se la stessa cifra viene impiegata sul mercato dei farmaci contraffatti, i proventi salgono fino a 400mila dollari. Un business troppo lucroso perché le mafie di tutto il mondo non ci affondassero i propri tentacoli. Tanto che si è ormai registrato uno storico sorpasso: con un giro di affari di 75 miliardi di dollari, i profitti da medicine contraffatte hanno superato quelli della cocaina. Non è difficile constatarlo se si scopre che nel mondo 1 farmaco su 10 è contraffatto e se, nella ricca Europa, i farmaci "taroccati" sono al primo posto nella lista dei prodotti falsi scoperti dalle autorità doganali: prima ancora, cioè, delle sigarette. L'incidenza della contraffazione è ancora bassa nei Paesi industrializzati dotati di normative e sistemi di monitoraggio avanzati, ma il peso della manomissione criminale nel settore arriva sino al 30% in tante nazioni africane, in alcune aree dell'Asia o dell'America Latina e in Paesi con economie emergenti. In generale, comunque,

oltre il 50% dei farmaci venduti in Rete (il canale privilegiato per gli acquisti) su siti illegali è contraffatto. Solo nel 2013, l'operazione "Pangea VI", sostenuta da 99 Paesi, ha portato alla chiusura di 13.700 siti web di farmacie illegali. L'allarme è ancora più inquietante perché con l'aumentare della domanda cresce anche il menu dell'offerta: se fino a pochi anni fa i criminali senza scrupoli si "limitavano" a scopiazzare formule, molecole ed involucri di prodotti di automedicazione, oggi la contraffazione interessa ogni area terapeutica. Per intenderci, viaggiano in Rete falsi farmaci per il trattamento di malattie cardiovascolari, anti-ipertensivi, psicofarmaci e persino antitumorali, come dimostrano le indagini sul furto e il riciclaggio dell'*Herceptin* che, proprio ieri, ha portato i carabinieri del Nas a identificare ulteriori medicinali, alcuni dei quali rubati in Italia (preoccupano i furti negli ospedali e dai Tir), che sarebbero stati contraffatti e reintrodotti con falsi documenti in altri Paesi Ue, grazie alla complicità di 22 grossisti (12 dei quali italiani).

«**O**mai si può parlare di un vero racket dei farmaci anti-cancro – avvisa l'oncologo Bruno Daniele, del Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri –, ma il fenomeno investe anche i farmaci biologici per malattie reumatologiche e neurologiche, tutti dal costo elevato». Sono contraffatti i farmaci che contengono principi attivi giusti ma

nelle dosi sbagliate, quelli che non contengono i principi attivi dichiarati, e i preparati con impurità o sostanze tossiche. Proprio tossicità e sovradosaggio possono condurre alla morte. Il fenomeno, come dichiara il sottosegretario al ministero dello Sviluppo economico, Simona Vicari, investe nel mondo «sia farmaci generici sia di marca» ed è «causa di centinaia di migliaia di decessi all'anno». In un simile contesto, ad essere danneggiate sono ovviamente anche le aziende farmaceutiche. Che corrono ai ripari. Trenta grandi industrie mondiali hanno recentemente siglato una partnership con l'Interpol per realizzare il programma *Interpol Pharmaceutical Crime*. Il colosso parigino Sanofi, prevedendo rischi e crescita del fenomeno, già nel 2008 ha creato alla periferia della splendida cittadina di Tours, in Francia, il Laboratorio centrale Anti-contraffazione (Lcac), uno dei più avanzati del pianeta, che supporta anche le attività delle agenzie doganali di tutto il mondo attraverso il portale Ipm (*Interface public members*) dell'Organizzazione mondiale delle dogane. A dirigere il Coordinamento Anticontraffazione del gruppo francese (terza industria globale del farmaco con i suoi 110.000 dipendenti e 33 miliardi di euro di fatturato nel 2013) c'è Caroline Atlani che, con eleganza tutta transalpina, e in un italiano neanche troppo approssimativo – «ho imparato in mia scuola, è una lingua bellissima» – rivela che «la contraffazione è ormai globale. E i rischi non riguardano solo le singole persone ma la collettività, in quanto possono comparire farmacoresistenze nei trattamenti per le malattie infettive con antibiotici o antimalarici».

Per Atlani, oltre a tutti i danni che possono arrecare all'uomo, i farmaci artefatti «minano la fiducia dei pazienti nei confronti del sistema sanitario, in quanto viene violato il loro legittimo diritto di essere trattati con farmaci di qualità. Vi è dunque un grande problema anche di natura etica perché quando si acquista un farmaco non si può e non si deve aver motivo di pensare che si tratti di un falso». Il lavoro a Tours non manca... «Riceviamo circa 4.000 campioni da analizzare ogni anno. Il numero dei dipendenti qui è più che raddoppiato perché abbiamo richieste di perizie da tutto il mondo, sia da parte delle autorità sanitarie sia da parte delle forze di polizia e delle dogane che ci inviano prodotti sequestrati da esaminare. Aggiorniamo continuamente i nostri strumenti tecnologici affinché riconoscano e correlino i diversi casi». Occorrono investimenti ingenti, formazione continua e quattro fasi distinte di laboratorio per individuare un farmaco falso. A Tours il processo passa dalla tracciabilità, dall'esame della confezione, dall'analisi chimica con tecniche spettroscopiche, e da quella che utilizza tecniche cromatografiche.

Ma le mafie non stanno a guardare. E se è vero che la criminalità riesce ad attraversare tutte le frontiere e che prodotti contraffatti possono essere fabbricati in Cina ed esportati in Gran Bretagna rientrando così nelle catene di distribuzione legale attraverso un grossista o Internet, qual è il livello di sicurezza in Italia? «Il nostro mercato è pari allo 0,1% – dichiara il generale Cosimo Piccinno, comandante del Nas dei Carabinieri –, ma quella italiana è una stima destinata a crescere a causa dell'importazione di principi attivi da altri Paesi. Dal 2012 ad oggi i Nas hanno sequestrato circa 7,5 tonnellate di materie prime farmacologicamente attive provenienti illegalmente da Giappone, Cina, India, Messico e Taiwan». In Italia, ribadisce il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, «la sicurezza dei controlli trova una

garanzia nello stretto rapporto di collaborazione tra Aifa, Agenzia delle Dogane, forze dell'ordine e noi; una collaborazione resa operativa dalla rete *Medicrime*. Uno strumento, quest'ultimo, che porta il nome della convenzione adottata dal Consiglio d'Europa 4 anni fa, e firmata da 23 Paesi, che ha istituito il reato di contraffazione dei prodotti medicinali. Uno scudo utile e, per ora, efficace. In Italia, rassicura il senatore Andrea Mandelli, presidente della Federazione Ordini farmacisti italiani, «la contraffazione è sotto controllo, ma è necessario non abbassare la guardia. Lo strumento più importante per combatterla? L'informazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Reportage

Autorità e grandi aziende in campo per fermare il traffico (soprattutto su Internet) che mette a rischio i pazienti e danneggia i produttori. Il Laboratorio creato dalla Sanofi a Tours analizza 4mila campioni ogni anno, in collaborazione con le agenzie doganali

Le cifre

50%

LA QUANTITÀ DI FARMACI CONTRAFFATTI VENDUTI ATTRAVERSO INTERNET

400mila

I DOLLARI DI GUADAGNO DI CHE NE INVESTE 1000 NELL'AFFARE ILLEGALE

8%

GLI ITALIANI CHE ACQUISTANO FARMACI ATTRAVERSO IL WEB



Il laboratorio Sanofi di Tours



IL GENE DELLA LONGEVITA' RENDE ANCHE PIU' INTELLIGENTI

(AGI) - Washington, 19 mag. - Un gruppo di scienziati ha scoperto per la prima volta che le persone che posseggono una variante genetica chiamata KLOTHO hanno migliori abilita' cognitive, incluse memoria e capacita' di ragionamento, e vivono di piu'. In una ricerca parallela condotta sui topi, gli studiosi della Pennsylvania State University guidati da Dena Dubal, hanno anche scoperto che aumentando i livelli di questa variante genetica nei topi si riusciva a renderli piu' intelligenti, probabilmente a causa dell'incremento delle connessioni tra le cellule nervose. Si tratta di uno studio, pubblicato sulla rivista 'Cell', che potrebbe contribuire a trovare nuove strade per combattere malattie come l'Alzheimer. Gli scienziati hanno condotto batterie di test cognitivi che sono stati sottoposti a oltre 700 persone con e senza la variante genetica. Dal 20 al 25 per cento dei partecipanti aveva una copia della variante genetica, conosciuta come KL-VS. Quelli con una copia, rispetto a quelli con alcuna copia, avevano migliori risultati nei test cognitivi, indipendentemente da eta', sesso o fattori di rischio genetico per l'Alzheimer.

La valvola mitralica che «cresce» con i bambini

Strategia innovativa per una complessa malformazione cardiaca infantile: la protesi viene allargata negli anni e non è più necessario intervenire a cuore aperto

di Margherita Fronte

È stato eseguito per la prima volta in Europa, al Policlinico San Donato di Milano, un nuovo intervento di cardiocirurgia pediatrica che dà una risposta concreta alla malformazione congenita della valvola mitralica, una delle malattie del cuore più serie per i bambini, per la quale le opzioni terapeutiche oggi sono davvero poche. Ideato al Children's Hospital di Boston (Stati Uniti), l'intervento permette di sostituire la valvola difettosa, che regola il flusso del sangue fra ventricolo e atrio sinistri, con una protesi pensata originariamente per sostituire la valvola polmonare degli adulti (quella che dirige il sangue verso i polmoni), ma riadattata alle dimensioni cuore dei bambini.

La protesi «Melody»

«Prima che fosse proposta questa tecnica, rimpiazzare la valvola mitralica in ambito pediatrico era pressoché impossibile, perché non esistono in commercio dispositivi abbastanza piccoli. Questa soluzione, invece, ci permette di intervenire anche su pazienti di pochi mesi» spiega Alessandro Frigiola, cardiocirurgo pediatrico del Policlinico San Donato, che ha operato i primi quattro bimbi italiani. La protesi riadattata si chiama Melody, è ottenuta dalla vena giugulare dei bovini, ed è montata in uno stent, un tubicino retinato di metallo. «Il suo vantaggio sta nel fatto di poter assumere dimensioni che vanno dagli 8 ai 22 millimetri senza subire danni» dice il chirurgo. L'intervento, che si esegue a cuore aperto, è comunque piuttosto impegnativo.

La procedura

«Prima si asporta la valvola originaria malformata, poi si misura esattamente la dimensione del punto in cui deve essere inserita la protesi, che viene quindi adattata al millimetro e infine impiantata - illustra Frigiola -. Grazie alla sua versatilità, negli anni successivi la valvola può essere via via dilatata, facendole così seguire la crescita dell'organo. Questi aggiustamenti non hanno bisogno di altre operazioni a cuore aperto, ma si eseguono introducendo un catetere a livello gamba, attraverso la vena safena. Si arriva così nella parte destra del cuore; la sinistra è infine raggiunta passando da un orifizio presente nel setto che separa i due atri, che viene praticato proprio a questo scopo nel corso dell'intervento chirurgico iniziale».

I pazienti di Boston

Su alcuni dei pazienti operati a Boston la dilatazione è già stata eseguita, e ha funzionato secondo le previsioni. L'obiettivo è che Melody possa permettere ai bambini di raggiungere i 12-14 anni di età, quando diventa possibile utilizzare anche su di loro le valvole che funzionano bene negli adulti. «Non possiamo avere la certezza che la protesi durerà così a lungo, perché con gli anni potrebbe deteriorarsi - riprende il medico -. Dobbiamo aspettare per verificare se ciò sarà possibile, o se sarà necessario intervenire con nuove protesi dopo un certo tempo. Quel che è certo, però, è che i bambini con una malformazione congenita della valvola mitralica oggi hanno a disposizione davvero poche opzioni terapeutiche. Devono essere sottoposti a ripetuti interventi, e i quattro che abbiamo operato, di età compresa fra i sei mesi e i sei anni ne avevano subito tutti già più di uno. E si arriva spesso al punto in cui la valvola originaria non può più essere riparata». Il primo articolo scientifico pubblicato dagli statunitensi, datato 2012, riportava i casi di due pazienti. «Appena ne sono venuto a conoscenza mi sono subito messo in contatto con Sitaram Emani, il giovane cardiocirurgo di Boston che aveva avuto l'idea, perché volevo usare la tecnica anche sui nostri bambini e portarla in Europa - conclude Alessandro Frigiola -. Sitaram Emani è arrivato qui da noi a marzo, e con lui abbiamo eseguito tutti gli interventi nell'arco di due giorni». Fino a oggi, fra Stati Uniti e Italia, i bambini che hanno ricevuto la nuova valvola sono una ventina.

È stato eseguito per la prima volta in Europa, al Policlinico San Donato di Milano, un nuovo intervento di cardiocirurgia pediatrica che dà una risposta concreta alla malformazione congenita della valvola mitralica, una delle malattie del cuore più serie per i bambini, per la quale le opzioni terapeutiche oggi sono davvero poche. Ideato al Children's Hospital di Boston (Stati Uniti), l'intervento permette di sostituire la valvola difettosa, che regola il flusso del sangue fra ventricolo e atrio sinistri, con una protesi pensata originariamente per sostituire la valvola polmonare degli adulti (quella che dirige il sangue verso i polmoni), ma riadattata alle dimensioni del cuore dei bambini.

La protesi «Melody»

«Prima che fosse proposta questa tecnica, rimpiazzare la valvola mitralica in ambito pediatrico era pressoché impossibile, perché non esistono in commercio dispositivi abbastanza piccoli. Questa soluzione, invece, ci permette di intervenire anche su pazienti di pochi mesi» spiega Alessandro Frigiola, cardiocirurgo pediatrico del Policlinico San Donato, che ha operato i primi quattro bimbi italiani. La protesi riadattata si chiama Melody, è ottenuta dalla vena giugulare dei bovini, ed è montata in uno stent, un tubicino retinato di metallo. «Il suo vantaggio sta nel fatto di poter assumere dimensioni che vanno dagli 8 ai 22 millimetri senza subire danni» dice il chirurgo. L'intervento, che si esegue a cuore aperto, è comunque piuttosto impegnativo.

La procedura

«Prima si asporta la valvola originaria malformata, poi si misura esattamente la dimensione del punto in cui deve essere inserita la protesi, che viene quindi adattata al millimetro e infine impiantata - illustra Frigiola -. Grazie alla sua versatilità, negli anni successivi la valvola può essere via via dilatata, facendole così seguire la crescita dell'organo. Questi aggiustamenti non hanno bisogno di altre operazioni a cuore aperto, ma si eseguono introducendo un catetere a livello gamba, attraverso la vena safena. Si arriva così nella parte destra del cuore; la sinistra è infine raggiunta passando da un orifizio presente nel setto che separa i due atri, che viene praticato proprio a questo scopo nel corso dell'intervento chirurgico iniziale».

I pazienti di Boston

Su alcuni dei pazienti operati a Boston la dilatazione è già stata eseguita, e ha funzionato secondo le previsioni. L'obiettivo è che Melody possa permettere ai bambini di raggiungere i 12-14 anni di età, quando diventa possibile utilizzare anche su di loro le valvole che funzionano bene negli adulti. «Non possiamo avere la certezza che la protesi durerà così a lungo, perché con gli anni potrebbe deteriorarsi - riprende il medico -. Dobbiamo aspettare per verificare se ciò sarà possibile, o se sarà necessario intervenire con nuove protesi dopo un certo tempo. Quel che è certo, però, è che i bambini con una malformazione congenita della valvola mitralica oggi hanno a disposizione davvero poche opzioni terapeutiche. Devono essere sottoposti a ripetuti interventi, e i quattro che abbiamo operato, di età compresa fra i sei mesi e i sei anni ne avevano subito tutti già più di uno. E si arriva spesso al punto in cui la valvola originaria non può più essere riparata». Il primo articolo scientifico pubblicato dagli statunitensi, datato 2012, riportava i casi di due pazienti. «Appena ne sono venuto a conoscenza mi sono subito messo in contatto con Sitaram Emani, il giovane cardiocirurgo di Boston che aveva avuto l'idea, perché volevo usare la tecnica anche sui nostri bambini e portarla in Europa - conclude Alessandro Frigiola -. Sitaram Emani è arrivato qui da noi a marzo, e con lui abbiamo eseguito tutti gli interventi nell'arco di due giorni». Fino a oggi, fra Stati Uniti e Italia, i bambini che hanno ricevuto la nuova valvola sono una ventina.

http://www.corriere.it/salute/14_maggio_19/valvola-mitralica-che-cresce-bambini-1215b414-df3c-11e3-b0f4-619ff8c67c6b.shtml