

## PROCREAZIONE ASSISTITA, LA NORME CAMBIANO A COLPI DI SENTENZE DIVIETI CADUTI E VINCOLI RIDOTTI

*Sono quasi 80 mila i bambini nati grazie alle tecniche di fecondazione in provetta negli ultimi otto anni in Italia. Tuttora aperta la questione del destino degli embrioni congelati*



Centinaia di embrioni sono tuttora immagazzinati nei congelatori dei centri di procreazione assistita

Roma, 24 febbraio 2014 - **Nell'arco di otto anni, dal 2005 in poi, sono stati quasi 80 mila i bimbi nati grazie alla procreazione medicalmente assistita, pari al 2% di tutti i nati in Italia, 655 mila i cicli di trattamento avviati su 493 mila coppie trattate, 105 mila gravidanze. Sono dati del Registro Nazionale illustrati al convegno di medicina della riproduzione di Roma promosso in occasione del decennale della pubblicazione, in Gazzetta Ufficiale, del testo della legge 40. Il prossimo 8 aprile la Corte Costituzionale dovrà pronunciarsi in merito agli ultimi capisaldi della norma, ovvero la fecondazione eterologa.**

Dopo dieci anni e 28 sentenze dall'entrata in vigore della legge sulla fecondazione assistita, si aprono nuove prospettive con più ampi margini d'azione in materia di procreazione. «Vinta la battaglia contro i divieti creati a suo tempo dalla legge 40 - ha affermato il **presidente della Società Italiana di Fertilità, Sterilità e Medicina della Riproduzione (Sifes), Andrea Borini** - è necessario agire per trovare una soluzione concreta ed efficace ai problemi che ci sono e a quelli che si presenteranno: lavorare a una nuova normativa che sia modellata sulla realtà italiana. Gli specialisti si sono resi disponibili a contribuire, quale interlocutore scientifico di riferimento, per raggiungere l'obiettivo di una nuova legge condivisa e al passo con i tempi». E' questo il messaggio del manifesto Sifes, presentato a Roma in occasione del convegno organizzato dalla stessa società per fare chiarezza su una problematica oramai annosa e controversa.

«La legge 40 - affermano i tecnici della Sifes - che si proponeva di mettere fine in Italia al cosiddetto *Far West Procreativo*, più che dare un ordine avrebbe spinto al turismo riproduttivo, si tratta di una legge impoverita da **dieci anni di divieti cancellati e obblighi caduti, quali il divieto di produrre più di tre embrioni, l'obbligo di trasferirli tutti in utero e il divieto di crioconservazione.** Nel tempo i suoi assi portanti sono stati stravolti dalle sentenze. Ma la battaglia è ancora aperta sugli ultimi capisaldi: fecondazione eterologa, revoca del consenso e utilizzo degli embrioni per la ricerca scientifica.

Sull'utilizzo di embrioni a scopo scientifico anche la Grande Camera della Corte Europea per i Diritti dell'Uomo si esprimerà a breve: i giudici di Strasburgo hanno fissato al 18 giugno l'udienza pubblica per il ricorso presentato da una donna che ha perso il compagno e che chiede di veder riconosciuto un suo diritto: donare alla ricerca i propri embrioni crioconservati da oltre 10 anni. E non è l'unico caso.

**Diverse centinaia di embrioni sono infatti conservati da oltre dieci anni nei congelatori dei centri di procreazione medicalmente assistita (Pma)** e non possono essere più utilizzati per tentare la nascita di un bimbo. Allo stato attuale delle cose, il destino è lasciarli al freddo per sempre, perché in Italia è vietato donarli alla ricerca. Come invece è previsto in molti Paesi. Se il nostro governo fosse condannato il testo che dal febbraio 2004 regola l'attività della Pma potrebbe ricevere l'ennesimo, umiliante, schiaffo. Anche la nostra Corte Costituzionale si appresta, l'8 aprile, a esaminare il carattere di legittimità dello stop alla sperimentazione sugli embrioni in sovrannumero. E non è il solo attacco alla legge approvata sotto il governo di Berlusconi, subito criticata come oscurantista, madre di 79mila bambini dal 2005 al 2012: due ogni cento nati.

**Non è invece stata ancora fissata dalla Consulta la data per la discussione sull'accesso alle cure delle coppie fertili.** Oggi ai centri possono rivolgersi solo gli aspiranti genitori con sterilità e non coloro che, a causa di patologie varie, non riescono a portare avanti la gravidanza. Se anche questi ultimi tre paletti cadessero, la contestatissima Legge 40 risulterebbe completamente stravolta.

**«Guardare al futuro è uno degli obiettivi da perseguire per mantenere l'eccellenza italiana nel campo della medicina della riproduzione»** ha aggiunto il presidente Borini. Passando dai 636 cicli offerti per milioni di abitanti nel 2005 agli oltre 1.000 cicli del 2011, l'Italia si attesta sulla media degli altri Paesi europei, con 11.933 bambini nati nel 2011 da tutte le tecniche di procreazione medicalmente assistita. I bambini nati dalle sole tecniche di II° e III° livello (Fivet, Gift, ICCSI) sono stati 9.658, di cui 8.734 nati da tecniche a fresco, 666 da trattamenti con scongelamento di embrioni e 258 da cicli con scongelamento di ovociti.

In tema di crioconservazione ovocitaria, l'Italia è il paese che vanta l'eccellenza: dal 2005 al 2011 sono stati 1.670 i figli avuti grazie a tecniche di scongelamento ovocitario, numero che sale a 1.945 con gli ultimi dati forniti dal Registro, che riporta altri 250 nati nel 2012.

[http://qn.quotidiano.net/salute/2014/02/24/1030528-procreazione\\_assistita\\_norme.shtml](http://qn.quotidiano.net/salute/2014/02/24/1030528-procreazione_assistita_norme.shtml)

**Il caso**

Prima volta in Italia: la Ru486 autorizzata anche fuori dagli ospedali. Una volta preso il farmaco e trascorse due ore, la donna potrà tornare a casa

# Pillola abortiva al consultorio, la Toscana rompe il tabù

**MICHELE BOCCI**

FIRENZE — La Ru486 arriva nei consultori. La pillola abortiva in Toscana potrà essere data alle donne fuori dagli ospedali, cioè

**Una decisione senza precedenti destinata a scatenare nuove divisioni**

senza un ricovero ordinario o day hospital. Il Consiglio sanitario regionale, cioè l'organo tecnico che affianca l'assessorato alla salute, è stato il primo in Italia a prendere una decisione del genere, che rischia di finire al centro di polemiche. La Toscana era già stata la prima ad utilizza-

re il farmaco, che veniva acquistato all'estero per i singoli casi dall'ospedale di Pontedera già nel 2008. Nel parere del Consiglio è scritta tutta la procedura da seguire e vengono indicati i casi in cui si può ricorrere alla Ru486. La donna deve restare nel consultorio o nel «poliambulatorio» (espressione usata nella legge 194) per due ore dopo aver preso il farmaco. Poi può tornare a casa, portando con sé i numeri di telefono della struttura sanitaria e anche quelli del medico del pronto soccorso ginecologico più vicino, reperibile 24 ore su 24. A 48 ore dalla prima assunzione la paziente torna nel consultorio per prendere un nuovo farmaco e fissa una visita di controllo per 15 giorni dopo. «Abbiamo seguito tutte le leggi che regolano l'interruzione di gravidanza — spiega Antonio Panti, vicepresidente del Consiglio sa-

nitario e presidente dell'Ordine dei medici di Firenze — Del resto già la 194 apriva alla possibilità di introdurre metodiche nuove oltre alla chirurgia e indicava le strutture territoriali come luoghi dove praticarle. A questo punto le Asl toscane possono somministrare la pillola nei consultori, teoricamente anche senza una delibera della Giunta».

La Ru486 è usata in molti paesi europei ed è definita sicura ed efficace dall'Oms. In Italia è stata introdotta nel 2009 dopo polemiche politiche feroci tra chi la vedeva come un sistema alternativo e meno invasivo della chirurgia e chi temeva che avrebbe «semplificato» gli aborti facendoli aumentare. In realtà il numero di interruzioni di gravidanza è sceso costantemente in questi anni (del 5% tra il 2011 e il 2012) e l'utilizzo della pillola abortiva rappresenta circa il 7%

del totale. Ci sono alcune Regioni dove viene utilizzata molto poco, soprattutto al Sud, ed altre come Emilia, Toscana e Liguria dove molte donne la scelgono. Soddisfatta della decisione della sua regione Marisa Nicchi, par-

**Cinque anni fa, quando arrivò in Italia, fu stabilita l'obbligatorietà del ricovero**

lamentare toscana di Sel: «Si tratta di un cambiamento che offre più libertà di scelta alle donne. L'aborto farmacologico riduce notevolmente le liste d'attesa e garantisce una maggiore sicurezza, visto che più tempestivo è l'intervento, minori sono i rischi di complicazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Salute** Un sito Internet per raccogliere le recensioni dei cittadini, dai giudizi sull'accoglienza ricevuta, a pasti, pulizia e cortesia del personale

## Parte il tripadvisor della Sanità: dai pazienti voti e stellette agli ospedali

C'è chi l'ha definito il *Tripadvisor* della sanità. Un sistema di voto, da una a cinque stelle, che consente al cittadino di esprimere un parere sull'accoglienza ricevuta presso le strutture sanitarie italiane. Per ora soltanto gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, i cosiddetti *Ircs*, che sono sotto il controllo diretto del ministero della Salute. Ospedali di eccellenza che, oltre a fare ricerca, hanno un'attività di ricovero e cura a 360 gradi. Dal pronto soccorso al laboratorio, dagli ambulatori al ricovero, dalla diagnostica più o meno sofisticata alla chirurgia anche super specialistica. Complessivamente: 49 istituti in tutta Italia, di cui soltanto 6 al sud.

Purtroppo la maggior parte delle strutture è sotto il governo regionale, ma il ministro Beatrice Lorenzin è ottimista: «Speria-

mo di poter allargare al più presto il censimento ai servizi sanitari delle Regioni, cui sarà sottoposta una specifica richiesta». Non solo. Una volta a regime, il portale non dovrà riguardare la sola assistenza ospedaliera, ma anche quella territoriale: farmacie, guardie mediche, medici di medicina generale. È l'obiettivo del ministro. Obiettivo trasparenza, obiettivo informazione-comunicazione, obiettivo controllo-valutazione. Anche la problematica meritocrazia può avere un'inizio dalla partecipazione in Rete. Meritocrazia di struttura all'inizio, liste d'attesa incluse. E verificare anche se il percepito si sovrappone al reale.

Un mantra per la Lorenzin: «Stiamo facendo degli Open data un mantra, per divulgare le informazioni ai cittadini e come incentivo a migliorare le presta-

zioni». Più trasparenti, più competitivi.

Informazioni a portata di click sul sito *dovesalute.gov.it*, portale del ministero battezzato ieri sul web e che ha subito calamitato commenti e prime stelle. Una mappatura dell'offerta? Sarebbe riduttivo. Il ministro Beatrice Lorenzin definisce questa novità in Rete una «rivoluzione copernicana» per quanto riguarda l'accesso alle informa-

zioni. E sottolinea la «trasparenza dei servizi sanitari e il «salto culturale». Un cambiamento che, in stile governo Renzi, sia rapido e — una volta tanto — efficace nello scovare i difetti burocratici del sistema salute. Ma anche premiare chi merita.

Il cittadino entra in *dovesalute.gov.it*, scrive la malattia e la città in cui lui vive e scopre dove c'è la cura e con che esiti. Scopre

il numero posti letto, le unità operative, le apparecchiature

diagnostiche disponibili dalla struttura. E scopre anche se può evitare un «viaggio della speranza» perché in casa ha ciò che serve. Può infine commentare e votare qualità dei pasti, pulizia, cortesia del personale. «E i commenti non andranno a vuoto», parola di Beatrice Lorenzin.

Italiano, inglese e spagnolo le lingue del portale. Scelta intelligente nell'ottica della sanità unica europea: attrarre pazienti da altri Paesi sarà fondamentale per l'Italia, ora che è in vigore la Direttiva sull'assistenza transfrontaliera. E se è vero che la nostra sanità è tra le migliori, il confronto sarà vincente. I fatti oltre le parole.

**Mario Pappagallo**

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Beatrice Lorenzin

«Una rivoluzione in fatto di trasparenza e di partecipazione diretta dei cittadini alla valutazione»



ILLUSTRAZIONE DI VINCENZO PROGIDA



## Sul web. Un portale per dare i voti agli ospedali

MILANO

**U**n sistema di voto, da una a cinque stelle, per permettere al paziente di esprimere un parere sull'accoglienza ricevuta nelle strutture sanitarie. E al tempo stesso una fonte unificata e controllata, per avere dati certificati su posti letto, unità operative, apparecchiature diagnostiche. Questi gli obiettivi di *dovesalute.gov.it*, il portale del ministero "aperto" ieri e che, secondo il ministro Beatrice Lorenzin, rap-

presenta una «rivoluzione copernicana» per quel che riguarda l'accesso alle informazioni. D'ora in poi «il cittadino potrà, digitando su internet la patologia e il nome della città, sapere dove viene trattata e con che esiti» e poi anche «commentare il tipo di accoglienza» in base a qualità dei pasti, pulizia o cortesia.

A esser censiti saranno, per ora, solo gli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (Irccs), ospedali di eccellenza vigilati dallo stesso ministero (49 istituti per un

totale di 60 plessi; solo 6 al Sud). «Speriamo di poter allargare presto il censimento ai servizi sanitari delle Regioni». Una volta a regime, infatti, il portale non riguarderà solo l'assistenza ospedaliera, ma anche quella territoriale, quindi farmacie, guardie mediche e medici di medicina generale. Tra le ricadute positive, secondo Lorenzin, una riduzione degli spostamenti da una Regione all'altra e la possibilità di attrarre pazienti dall'estero. Perciò il sito offre versioni in inglese e spagnolo.

Aperto ieri dal ministero della Salute il sito destinato a diventare fonte unificata e certificata



**CURARSI AI TEMPI DEL WEB** L'iniziativa del governo

# Al via la pagella per gli ospedali E i voti ora li danno i pazienti

*Arriva il «tripadvisor» della salute: una banca dati darà le informazioni sulle strutture sanitarie e le «stellette», basate sull'opinione della Rete*

**Francesca Angeli**

**Roma** Nasce l'*Healthadvisor*. Ora i pazienti potranno dare un voto al loro ospedale. Una valutazione da una a cinque stelle che sarà resa pubblica sul trattamento ricevuto non dal punto di vista strettamente medico scientifico ma della qualità della vita in quella struttura sanitaria. Come sono i pasti? Come vengono gestite le visite dei parenti? È rispettata la privacy dei pazienti? Le informazioni mediche sono state esaurienti e comprensibili? Basterà un clic sul sito [www.dovesalute.gov.it](http://www.dovesalute.gov.it). Un sito dove accanto alla valutazione dei pazienti sarà possibile trovare tutte le informazioni pratiche sulle strutture stesse: dalla disponibilità del parcheggio agli interventi eseguiti, dalle prestazioni fornite al numero dei posti letto.

È il ministro della Salute, Bea-

trice Lorenzin, ad annunciare l'apertura del sito (che già da ieri era consultabile da tutti gli utenti) ed a battezzarlo come «Il *Tripadvisor* della sanità». È vero che il servizio sanitario nazionale così compie un primo, per ora piccolo, ma importantissimo passo verso la trasparenza. Un passo che se sarà portato fino in fondo rappresenterà una rivoluzione di capitale importanza prima di tutto per recuperare il rapporto di fiducia tra sanità e cittadini. Ma questo passo però per ora resta piccolo perché il sito si limita a fornire informazioni soltanto sugli Irccs, gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, già monitorati dal Ministero della Salute. Si tratta di strutture d'eccellenza, 49 istituti in tutto e soltanto 6 al sud.

«Speriamo di poter allargare presto il censimento ai servizi sanitari delle Regioni - spiega la

Lorenzin - La trasparenza aiuterà la competitività». L'idea del ministro è quella di raggiungere una copertura completa del territorio in modo da fornire la carta d'identità e la pagella di tutte le strutture sanitarie: ospedali ma anche asl, farmacie, guardie mediche e medici di famiglia.

Un'utopia? L'importante è cominciare. E man mano che le strutture entreranno nel sistema stare sul *Tripadvisor* della sanità diventerà un «obbligo», come è già successo per le strutture turistiche, altrimenti si verà automaticamente giudicati male per mancanza di trasparenza. «Ho già fatto richiesta alla Conferenza Stato-Regioni affinché si rendano disponibili i dati di tutti gli ospedali perché questa è una grande opportunità - precisa il ministro - Per troppo tempo nella pubblica amministrazione la valutazione è sta-

ta un optional. Il sito può diventare uno strumento nelle mani delle persone anche di fronte a chi offre false cure». Ma la Lorenzin non pensa soltanto agli italiani. La scorsa settimana il consiglio dei ministri ha dato il via libera definitivo alla cosiddetta Schengen sanitaria con il recepimento della Direttiva europea che prevede appunto la mobilità sanitaria. I pazienti potranno spostarsi da un paese all'altro per ottenere le cure più appropriate che verranno rimborsate dalla asl di appartenenza. Ogni stato ovviamente ha la possibilità di mettere dei paletti alla circolazione sia dal punto di vista economico sia da quello delle prestazioni. L'ottimistica previsione della Lorenzin è quella che una maggiore trasparenza delle nostre strutture possa attrarre pazienti dall'estero e disincentivare il turismo sanitario in uscita. Prima però occorrerà abbattere le liste di attesa.

## Come funziona

### Dove

Il sito [www.dovesalute.gov.it](http://www.dovesalute.gov.it) è raggiungibile dalla home page del ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it). Con un clic si apre la pagina di ricerca con tre caselle da riempire. Una è la parola chiave, ad esempio pronto soccorso o cardiologia. La seconda è il luogo: una città o un cap. La terza il nome della struttura se conosciuto.

### CRITERI

Si potrà valutare anche la cortesia, la qualità dei pasti, la chiarezza

### Gli ospedali

Sul sito sono presenti al momento soltanto le schede di 49 Istituti di ricovero e cura d'eccellenza come il San Raffaele di Milano. Nella scheda troviamo tutte le informazioni sui reparti, le apparecchiature, la media dei giorni di degenza oltre a quelle pratiche come la disponibilità della tv o la presenza di un bar o di un'edicola.

### PARTENZA

Per ora ci sono solo gli istituti ministeriali, ma si allargherà a tutti

### La pagella

Per assegnare il proprio voto basta andare nella pagina dedicata alla struttura e cliccare sulla scheda «Lascia un commento» dove si possono assegnare da una a cinque stelle su 10 diversi elementi tra i quali qualità dei pasti; disponibilità e gentilezza del personale medico e infermieristico; pulizia; chiarezza delle informazioni ricevute



## **SANITA': LORENZIN, CON NUOVO SITO ITALIANI POTRANNO DIRE LA LORO SU STRUTTURE**

Roma, 3 mar. (Adnkronos Salute) - I cittadini italiani, grazie al nuovo sito [www.dovesalute.gov.it](http://www.dovesalute.gov.it), "potranno decidere dove andare a curarsi e dire anche la loro sulle strutture sanitarie del Paese, valutando come con gli alberghi, attraverso le 'stellette', sia l'accoglienza che la gentilezza. In una parola, l'aspetto umano dell'assistenza. Cosa che non si tradurrà per forza in una critica, ma anche in apprezzamenti". Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, presentando oggi a Roma il nuovo spazio web "finalmente istituzionale", con le informazioni sulle strutture sanitarie e la qualità delle prestazioni erogate. Per ora disponibili i dati relativi ai 49 Irccs italiani (60 sedi, di cui 6 al Sud), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, "perché sono le strutture che il ministero vigila e a cui concede finanziamenti - ha spiegato il ministro - dopodiché ho già fatto richiesta in Conferenza Stato-Regioni affinché si rendano disponibili i dati di tutti gli ospedali, perché questa è un'opportunità: raccogliere i dati in un unico sito istituzionale, con dati controllati e riconosciuti. E' evidente che siamo di fronte a un cambio di passo nella programmazione, della vigilanza e dei criteri di valutazione delle strutture sanitarie del nostro Paese. Per troppo tempo nella pubblica amministrazione la valutazione è stata un 'optional' o con un'asticella troppo bassa e facile da raggiungere. In presenza di risorse limitate, invece, questa è una filosofia che nessuno può più permettersi di adottare". Il nuovo sito del ministero "può diventare uno strumento nelle mani delle persone, anche di fronte a chi offre false cure - ha aggiunto Lorenzin - e consentirà di dare riconoscibilità istituzionale nel momento più difficile della vita di una persona, quello in cui si è malati. E' una porta che apriamo. Si proseguirà a breve con la traduzione delle informazioni in spagnolo (sono già disponibili in inglese, ndr)", e con l'inserimento della valutazione delle performance.

## Cancro al pancreas, una speranza dalla medicina cinese

Un albero da sughero della famiglia delle rutacee sembra essere particolarmente attivo contro il cancro alla prostata e al pancreas. Gli studi sono tutt'ora da confermare, ma ci sono buone speranze



Si chiama *Phellodendron Amurense* – alias Amur – e si tratta di un albero della famiglia delle rutacee, **considerata una delle 50 erbe più importanti in Medicina Tradizionale Cinese (MTC)**. Il suo nome cinese, Huáng bǎi – abete giallo – rivela immediatamente lo splendido colore solare della sua corteccia. Colore, per altro, sfruttato da millenni nella cura dell'elemento terra associato al pancreas, e oggetto dello studio di cui stiamo per parlarvi.

Trattandosi di un antico rimedio orientale può essere indubbiamente considerata una terapia plurisperimentata. Ma nonostante questo, alcuni scienziati dell'Università del Texas hanno voluto indagare ancora più a fondo, cercando di comprendere la reale efficacia dell'albero da sughero Amur nella cura del cancro al pancreas. Il ricercatore A. Pratap Kumar, dell'Health Science Center dell'Università del Texas (UT), **ha scelto questa pianta perché tradizionalmente usata nella lotta del cancro alla prostata**. Sempre più studi, negli ultimi anni, hanno evidenziato come questo genere di tumore condivida alcuni percorsi simili a quello di pancreas.

La ricerca, pubblicata su *Clinical Cancer Research*, mostra come le cicatrici che si formano intorno alla zona tumorale **impediscono la penetrazione di farmaci appropriati**. «La fibrosi è un processo di cicatrizzazione incontrollato intorno alla ghiandola tumorale – spiega il dottor Kumar, professore di urologia alla Scuola di Medicina presso l'Health Science Center e ricercatore principale dello studio – Una volta che si sviluppa il tessuto fibrotico, i farmaci non possono entrare nel cancro».

Lo studio è stato condotto insieme a Jingjing Gong che sta seguendo il post-dottorato alla Yale University.

La fibrosi di cui parla Kumar si sviluppa anche intorno ad altri tipi di tumori come quello del fegato e dei reni. La fase che permette lo sviluppo della fibrosi incoraggia anche un enzima chiamato Cox-2 che ha il “potere” di sviluppare un’inflammazione. Il lato positivo è che **l’estratto della corteccia dell’Amur sembra essere in grado di contrastare anche quello**. Tuttavia, è bene dire che l’interazione tra questi due processi è «una domanda da un milione di dollari», e capire la sua vera azione sarà uno dei prossimi passi della sua ricerca. Un altro fatto estremamente positivo è che l’estratto della pianta è già disponibile in capsule ed è considerato sicuro per l’uso nelle persone. In uno studio clinico condotto su ventiquattro pazienti affetti da cancro alla prostata si è potuta confermare l’estrema tolleranza del rimedio.

La fase successiva sarà pertanto quella di estendere la ricerca su un gruppo di pazienti molto più elevato, nella speranza di riuscire a mostrare un livello di mortalità molto alto delle cellule cancerogene.

<http://www.lastampa.it/2014/03/04/scienza/benessere/medicina-naturale/cancro-al-pancreas-una-speranza-dalla-medicina-cinese-p6xj4XyvSbHOnzIbdEGoTO/pagina.html>

# Rischio tumore al seno, la chirurgia preventiva può rendere le donne più sicure

*Uno studio ha valutato le conseguenze psicologiche della scelta delle donne geneticamente predisposte ad ammalarsi*

## NOTIZIE CORRELATE

Asportazione del seno: «Rimane un rischio tumore di almeno il 5 per cento»

È vero che in Italia il tumore al seno è in crescita?

Forum, l'esperto risponde

Uno studio pubblicato sulla rivista scientifica e condotto dalle Strutture di Psicologia clinica e di Genetica medica dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano ha messo in evidenza che le donne con predisposizione genetica al tumore del seno riducono in modo significativo la percezione del rischio e la paura di ammalarsi se si sottopongono alla chirurgia preventiva. Il lavoro ha analizzato le conseguenze psicologiche della decisione sulle strategie preventive (controlli periodici oppure chirurgia profilattica) in un campione di 120 donne italiane portatrici di una mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2: geni, la cui alterazione è correlata al rischio di sviluppare tumore al seno o alle ovaie.

**SODDISFATTE DELLA SCELTA** - Dall'indagine è emerso che nel campione analizzato opta per la chirurgia profilattica il 30 per cento delle donne che non ha mai sviluppato un tumore e il 62 per cento di coloro che invece hanno già ricevuto una diagnosi oncologica. I risultati indicano che l'intervento non sembra influenzare la condizione psicologica generale e la qualità di vita di queste donne ma riduce significativamente la loro paura di potersi ammalare in futuro. Lo studio ha anche evidenziato un buon livello di soddisfazione espresso dalle donne rispetto alla scelta effettuata (rilevato a 15 mesi dalla diagnosi genetica): sia le donne che hanno optato per la chirurgia profilattica sia quelle che hanno scelto il programma di sorveglianza esprimono una soddisfazione di poco inferiore al quattro su una scala da uno a cinque. Livelli di soddisfazione leggermente superiori (4.38) sono manifestati dalle donne sane che hanno optato per la chirurgia profilattica. «I risultati dell'indagine hanno mostrato una buona soddisfazione nelle donne osservate, a prescindere dalla decisione che hanno intrapreso. Questo conferma che c'è stato un buon livello di informazione nel percorso di orientamento alla scelta finale» commenta Marco Pierotti, Direttore scientifico dell'Istituto.

**LO STUDIO** - Le donne portatrici di mutazione nei geni BRCA1 e 2 presentano infatti caratteristiche e problematiche differenti soprattutto in relazione alla loro precedente storia oncologica: le donne che non

hanno mai avuto un tumore, sono generalmente più giovani con un'età media di 39 anni, nel 37 per cento dei casi non hanno ancora avuto figli, l'89 per cento di loro non è in menopausa. L'85 era già a conoscenza di una mutazione nella loro famiglia e per questo motivo ha ricercato attivamente una strategia per controllare per tempo il loro rischio. Il 70 per cento di queste ha optato per controlli costanti mentre il 30 ha scelto la chirurgia preventiva (tra queste il 15 mammaria, 11 ovarica, 4 per cento entrambe). Questo gruppo di pazienti ha mostrato la necessità di integrare le scelte preventive con i progetti di vita in fase di sviluppo (matrimonio, maternità, scelte lavorative). Mentre le donne che avevano già affrontato la malattia e le terapie vedono nelle opzioni preventive una possibilità concreta di evitare di ripetere un'esperienza dolorosa. Tra loro, età media 47 anni, l'87 per cento aveva avuto figli e nel 69 per cento erano già in menopausa. Il 90 per cento non era a conoscenza in precedenza della mutazione nella propria famiglia. Hanno scelto la sorveglianza nel 38 per cento dei casi e nel 62 hanno optato per la chirurgia profilattica (10 per cento mammaria controlaterale, 31 ovarica, 21 entrambe). «Si tratta di donne che, seppure, accomunate da una mutazione genetica, necessitano di un approccio attento alla loro storia, ai loro bisogni e alle loro aspettative. Per questo motivo è importante una presa in carico multidisciplinare che accompagni il percorso decisionale e il processo di adattamento anche dopo le scelte preventive», spiega Claudia Borreani, responsabile della Struttura semplice di psicologia clinica dell'Istituto.

stampa | chiudi

**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**UNA RICHIESTA ALLA LORENZIN**

**L**a salute degli italiani non sta molto a cuore al nuovo governo. Appena accennata negli impegni programmatici di Matteo Renzi, la Sanità resta nell'ombra, come fosse "materia" da delegare alle Regioni. È comprensibile il premier quando indica le sue priorità—lavoro, lotta alla burocrazia, riforme (costituzionale ed elettorale)—perché altrimenti non avrebbe alcuna giustificazione il "licenziamento" di Enrico Letta. Ed è chiara la logica della conferma per Beatrice Lorenzin alla guida del ministero (subito applaudita dalle caste sanitarie, molto grate perché lei difende i loro interessi), che non è proprio come Cenerentola, perché amministra una quota importante del Pil. Però visto che Lorenzin sarà sommersa dalle richieste delle varie corporazioni, ne avanziamo una anche noi: ricordare al presidente del Consiglio che la salute dei cittadini sta peggiorando. Non si garantiscono i Livelli essenziali di assistenza, i tagli ai servizi e alle prestazioni incidono sulla qualità delle terapie e dell'assistenza, la prevenzione è insufficiente, le liste di attesa non migliorano mai... Il nuovo governo dice di avere un programma ambizioso. Non ne dubitiamo. Ma per ora non riguarda la nostra salute.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Home **Dal Governo**

DAL GOVERNO

## Medici e bancomat e più tempo per gli accreditamenti: in Gazzetta la legge «millepororoghe» 2014

3 marzo 2014 Cronologia articolo

Tweet



E' pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 49 del 28 febbraio 2014 la legge 27 febbraio 2014, n. 15 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2013, n. 150, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative», la conversione cioè del decreto «millepororoghe».

Per quanto riguarda gli argomenti sanitari, rispetto al testo approvato a Palazzo Madama è stata eliminata la proroga del Nomenclatore tariffario e la proroga dei dirigenti nominati dall'Agenzia italiana del farmaco il cui contratto scadrà quindi il prossimo 31 ottobre 2014. Sul versante sociale invece non si farà il trasferimento di 35 milioni dal fondo per i lavoratori esodati al finanziamento della social card.

Resta per il settore sanitario lo slittamento della data per definire la nuova remunerazione delle farmacie prima fissata a gennaio 2015 e ora specificata "entro" la stessa data e lo slittamento di 6 mesi, dallo

scorso 1 gennaio a giugno 2014, l'obbligo per commercianti e professionisti di accettare anche pagamenti con il bancomat «al fine di consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di Pos». Tra i professionisti sono compresi anche i medici. Ma in base al decreto attuativo trasmesso a fine dicembre dal ministero dello Sviluppo Economico alla Banca d'Italia - come spiega la circolare n. 99 della FnomCeo trasmessa agli Ordini il 20 dicembre scorso - con il quale dovrebbero essere disciplinati gli importi minimi, le modalità e i termini di attuazione delle disposizioni sul pagamento delle prestazioni di servizi, anche professionali, attraverso carte di debito, il perimetro di applicazione del decreto attuativo farebbe riferimento ai pagamenti oltre 30 euro e a esercenti per lo svolgimento di prestazioni di servizi, anche professionali (i medici appunto), con ricavi oltre i 200 mila euro.

Prevista infine anche una proroga di 12 mesi per l'armonizzazione dei bilanci (Dlgs 118/2011) nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome e rinviata al 31 ottobre 2014 anche la scadenza degli accreditamenti provvisori di strutture sanitarie, sociosanitarie private e stabilimenti termali.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

### 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. 7  
25 feb. 2014

[Sfoggia PDF »](#)

#### SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »

#### Uscite precedenti:

- nr. 618-24 feb. 2014
- nr. 511-17 feb. 2014
- nr. 44-10 feb. 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



**I Biosimilari: appropriatezza e sostenibilità economica**

[Sfoggia PDF »](#)

### Sanità risponde

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

[Invia un quesito »](#)

stampa | chiudi

PER CHI «RESISTE» AI FARMACI

## Contro le crisi epilettiche ci sono tecniche nuove

*Destinate soprattutto ai giovani e bambini. Va individuato con precisione il focolaio, che deve essere singolo e stabile*

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Epilessia

Le alternative ai farmaci tradizionali

Dal nostro inviato Adriana Bazzi

Obiettivo: spegnere il fuoco sotto la pentola che bolle. La pentola che bolle è la crisi epilettica. È quello che i neurochirurghi tentano di fare quando le terapie non funzionano più. Oggi l'epilessia, nelle sue diverse forme, può essere tenuta sotto controllo grazie ai farmaci che qualche volta riescono addirittura ad azzerare le crisi; in ogni caso, però, non guariscono la malattia. Ma ci sono anche forme che diventano via via resistenti alle medicine: è qui che entra in gioco la chirurgia (GUARDA). A un patto: che si individui con estrema precisione il focolaio epilettogeno, e cioè la zona del cervello da cui hanno origine le crisi, e che questo sia singolo e stabile. Ecco allora che un intervento chirurgico può eliminare il focolaio, permettere una guarigione e, in molti casi, una vita senza farmaci. Oggi la chirurgia dell'epilessia è in espansione, grazie anche all'introduzione delle metodiche di neuroimaging che permettono di «fotografare» con estrema precisione l'attività del cervello, e si rivolge soprattutto ai giovani e ai bambini, come è stato sottolineato anche a Washington, all'ultimo congresso dell'American Epilepsy Society.

«**Oggi i neurologi stanno mettendo** su un piatto della bilancia i rischi di crisi epilettiche incontrollate e sull'altro quelli della chirurgia. Per valutare da che parte pende - ha detto Howard L. Weiner del New York University Langone Medical Center -. Il rischio di recidive, in un paziente epilettico, aumenta del 2 per cento l'anno e i bambini possono avere conseguenze importanti sul loro sviluppo psicofisico dovute sia alle crisi sia alle terapie. Ecco perché si pensa sempre più all'intervento». La caccia al focolaio presuppone una serie di indagini molto sofisticate. «Tradizionalmente - spiega Giorgio Lo Russo direttore della Chirurgia dell'epilessia all'Ospedale Niguarda di Milano - le valutazioni si basano sullo studio clinico dei sintomi, su quello neurofisiologico con l'elettroencefalogramma (Eeg) e sulle indagini di neuroimaging con la risonanza magnetica, ormai imprescindibili. Grazie a queste valutazioni riusciamo a individuare i casi da inviare in sala operatoria».

**Ma ci sono situazioni più complesse**, in cui è difficile identificare la lesione: ecco allora che si può ricorrere allo *Stereo-Eeg*: un'indagine per la quale il centro di Niguarda è all'avanguardia. Ideata dal neurochirurgo inglese Victor Horsley, è stata introdotta in Italia da Claudio Munari (cui è dedicato il Centro di Niguarda) e perfezionata, tanto che alla struttura milanese si rivolgono anche molti pazienti stranieri. «Questa metodica - continua Lo Russo - viene eseguita con tecniche stereotassiche che consentono di impiantare, con un casco speciale, elettrodi in profondità nel cervello. Questi elettrodi sono in grado di registrare crisi spontanee, possono anche provarle e riescono a individuare la zona epilettogena». Per ora lo Stereo-Eeg serve per la diagnosi, ma se un elettrodo si trova in contatto con la zona da cui ha origine la crisi, ecco che si possono inviare radiofrequenze per distruggerla. E diventa così una nuova opportunità terapeutica, anche se per casi molto selezionati. La chirurgia più diffusa rimane comunque quella classica, che prevede l'apertura del cranio e la resezione del focolaio o il suo isolamento in modo che non invii più impulsi al resto del cervello.

**L'alternativa è la radiochirurgia** che sfrutta il *cyberknife*, il bisturi invisibile fatto di un fascio di radiazioni che «bruciano» la zona epilettogena. Non richiede l'apertura del cranio, ma è forse meno precisa della mano del chirurgo. E comunque il raggio attraversa zone sane del cervello ed è per questo che occorre valutare possibili effetti a distanza. La tecnica può trovare indicazione in situazioni (come per esempio una cardiopatia del paziente) che sconsigliano l'intervento tradizionale. E ancora sul versante tecnologico, a Washington è stato presentato un neuro stimolatore impiantabile, chiamato *NeuroPace Rns System*, che intercetta attività anomale del cervello e interviene con stimoli elettrici di bassissima intensità capaci di riportare l'attività cerebrale nella norma e di prevenire gli attacchi. «I risultati degli studi preliminari, durati due anni, sono promettenti - ha commentato Martha Morrel, neurologa alla Stanford University in California -. Ora aspettiamo i dati di sicurezza ed efficacia su periodi più lunghi». Il dispositivo ha appena ricevuto l'approvazione dell'Fda, l'ente di controllo sanitario degli Usa.

stampa | chiudi

# Rughe

I derivati della vitamina A, usati da oltre trent'anni, continuano ad essere efficaci. Ma è bene seguire alcune accortezze per evitare effetti collaterali spiacevoli

## Il ritorno del retinolo antiaging d'ecceellenza

### LA PELLE AD OGNI ETÀ



**FINO AI 20 ANNI**  
Senza particolari segni del tempo che passa



**DOPO I 30 ANNI**  
Pelle meno compatta e rughe muscolo-mimiche



**DOPO I 40 ANNI**  
Solchi naso labiali e rughe muscolo-mimiche marcate



**DOPO I 50 ANNI**  
Flaccidità cutanea, borse periorculari e grasso sotto il mento



INFOGRAFICA PALLA SIMONETTI

#### CLAUDIA BORTOLATO

**I**l linguaggio cosmetologico sfoggia funzioni (e applicazioni) sempre più ampie e differenziate, attingendo a scoperte e (riscoperte) scientifiche. Come quella del retinolo, glorioso esempio di attivo cosmetico "vintage" (è stato inserito nelle formule antirughe fin dagli anni '80) che, dopo essere stato messo un po' in ombra da altri "protagonisti", come l'acido ialuronico, si è riconquistato un ruolo di primo piano nei laboratori delle major cosmetiche, forte delle sue indubbe potenzialità e di una "revisione" che l'hanno reso maggiormente stabile e più attivo.

«Il retinolo è una forma di vi-

tamina A ed è tra gli anti-età più potenti: regola la cheratinizzazione, stimola la produzione delle fibre di sostegno del derma e contrasta la degradazione del collagene da parte degli enzimi, tra le cause dell'invecchiamento cutaneo, aumentando il turgore della pelle. Come sebo-regolatore, controlla l'effetto lucido delle pelli grasse o miste», spiega il dermatologo e cosmetologo Leonardo Celleno, università Cattolica di Roma. Ma il Norwegian scientific committee for food safety (Vkm) della Norwegian food safety authority ha puntato il dito contro le possibili irritazioni cutanee che può scatenare. «Se ci si riferisce a cosmetici a base di retinolo rispettosi della normativa europea non si dovrebbero avere reazioni, salvo pre-

disposizioni individuali. Ove non previsto diversamente, è buona norma applicare i prodotti che lo contengono la sera, per evitare possibili fenomeni di foto-irritazione, come rossori», osserva Celleno.

Attenzione, invece, a non confondere il retinolo (cosmetico) con l'acido retinoico (farmaco), che negli anni '90 ha goduto di un vero e proprio exploit in medicina estetica. L'origine è sempre la vitamina A, ma il retinoico è la forma acida, per peeling ambulatoriali contro acne e macchie cutanee molto evidenti. «L'acido retinoico è presente, in minime percentuali, anche in lozioni e creme da applicare a casa per indicazioni mediche e sotto controllo specialistico. Sono prodotti caduti un po' in disuso, invece, in

ambito estetico, perché, oltre ad essere controindicati in gravidanza, possono dare intolleranza, desquamazione e fotosensibilizzazione importanti», spiega ancora Celleno.

Tra gli altri evergreen o candidati tali ci sono «gli antiossidanti, come vitamine A, C, E, e l'acido alfalipolico, che proteggono, in particolare, dal photoaging, e poi i penta-peptidi, lunghe catene di aminoacidi, e la nuova generazione di peptidi bio-mimetici, che mantengono turgore e tensione nella pelle favorendo la produzione di collagene ed elastina naturali e calmierando gli enzimi che degradano, danneggiandole, queste sostanze», aggiunge Umberto Borellini, cosmetologo, Università Tor Vergata, Roma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Prudenza invece con l'acido retinoico controindicato in gravidanza**



per saperne di più

## Per lei

### UN PRODOTTO DIVERSO A SECONDA DELL'ETÀ

Nonostante la capillare offerta di prodotti con prestazioni sempre più multitasking, nel consumatore rimangono dei dubbi molto "basic". Tipo: meglio rimanere fedeli alla crema idratante tutta la vita o "sintonizzarla" alle stagioni, anche della vita? «Le esigenze delle pelli under o over trenta cambiano, così come cambiano le tipologie delle pelli tra donna e donna indipendentemente dall'età. Dopo i 40 anni, l'uso di una crema antirughe e, non più solo "idratante" diventa l'opzione da privilegiare», osserva Leonardo Celleno. Aggiunge Umberto Borellini: «Da notare che le moderne formule cosmetiche dedicate alle "over" tendono ad abbinare nello stesso prodotto, diverse azioni, e che, per questo spesso contengono sia attivi idratanti sia illuminanti, tonificanti e "riempitivi", come quelli che stimolano la sintesi dei glicosaminoglicani (aminoacidi, zuccheri) per contrastare anche la perdita di densità della pelle dopo i 50»

## Per lui

### LE CREME CHE REGALANO VIGORE AL VOLTO

Cosmetico mirato anche per la pelle maschile, certo più spessa (2 mm, contro uno e mezzo) e più forte (per via della qualità della cheratina più "dura") di quella femminile ma non di rado afflitta da alcuni disagi tipici, come untuosità e, in giovane età, acne, nonché soggetta allo stress quotidiano della rasatura. «Oltretutto anche la pelle maschile sebbene avvantaggiata da una quantità maggiore di collagene di scambi metabolici per un microcircolo più attivo come quella femminile è soggetta a diversi gradi

di crono e photo-aging che richiedono attivi specifici» osserva il dermatologo Leonardo Celleno. Sono cosmetici mirati, efficaci e possibilmente veloci nei risultati, quelli delle linee dedicate maschili. «Agli uomini piacciono soprattutto le creme energizzanti ad effetto lifting immediato, vogliono vedere subito gli effetti dei trattamenti. Più che la ruga temono l'aspetto stanco da notte insonne. Per questo apprezzano scrub e maschere, gel tensori, fluidi e creme energizzanti da giorno. Formule che, in pratica, aiutino ad affrontare la giornata con un viso che ispira un'aria di salute e di vigore», conclude il cosmetologo Borellini (cl. bor.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL CASO

### AUTORIZZATO IL BOTULINO PER LE "ZAMPE DI GALLINA"

Quella della tossina botulinica "spiana-rughe" è stata una scoperta fatta per caso, anzi, per "serendipity", come definiscono gli anglosassoni le clamorose coincidenze: usata fin dagli anni Ottanta per la cura di strabismo, blefaro-spasmo e torcicollo spastico, quando, agli inizi del Duemila un'oftalmologa canadese, Jean Carruthers e il marito Alastair, dermatologo, ne scoprono la capacità di "cancellare" le rughe tra le sopracciglia e quelle della fronte. Una scoperta destinata a rivoluzionare la medicina estetica (e a sollevare, a più riprese, polemiche): nel 2002 la Food and Drug Administration dava il via libera alla commercializzazione per uso estetico. Nel 2004 il botulino anti-età sbarcava in Italia, Spagna e Francia e poi in decine di paesi, conquistando spesso il primato tra le procedure medico-estetiche più richieste. Fino a pochi giorni fa era approvato, però, solo per "stirare" le rughe della glabella. Ma dal 15 febbraio, anche in Italia (dopo USA e Francia), con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale è arrivata l'autorizzazione da parte dell'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) anche per il trattamento delle zampe di gallina.

(cl. bor.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Quando anche un piccolo taglio è un pericolo

**GIUSEPPE DEL BELLO**

Un minuscolo taglio, una piccola lesione, un'unguia incarnita. Inizia così, in maniera subdola (e spesso sottovalutata) il percorso che di frequente sfocia nel piede diabetico. Eppure, oltre a essere una delle complicanze più temibili della patologia che nel mondo coinvolge circa 300 milioni di persone, rappresenta anche la causa principale di amputazione non traumatica degli arti inferiori: il 70% è proprio conseguenza del diabete. Secondo il ministero della Salute in alcune zone si sfiora anche il 90%. Soltanto negli Stati Uniti ogni anno più di 50 mila pazienti subiscono l'intervento demolitivo associato al diabete, mentre percentuali analoghe si registrano sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo. Un'evoluzione drammatica che parte da un'infezione e arriva all'ulcera, la condizione responsabile dell'amputazione nell'85% dei casi.

«Le componenti che caratterizzano il piede diabetico — spiega Giovanni Ghirlanda, docente nella scuola di Specializzazione di Medicina interna all'università Cattolica di Roma e fino a novembre primario di Diabetologia al Gemelli — possono essere di natura vascolare o neurologica, tanto che si parla di "piede vascolare" o neuropatico, a seconda dei casi. Nel primo prevale la complicanza ostruttiva vascolare (ischemia), mentre nel piede neuropatico si rivela un danno dei nervi periferici». La situazione poi si complica ulteriormente, se subentra un processo infettivo a cui i diabetici sono maggiormente esposti.

«Per identificare il piede vascolare - continua lo specialista - si parte dalla verifica dei polsi periferici, poi si passa all'indice caviglia-braccio, cioè al rilevamento della pressione nelle due sedi anatomiche: se l'indice, che normalmente corrisponde a 1, risulta inferiore a 0,9, occorre approfondire lo studio con un doppler arterioso dei vasi della gamba. Nel soggetto neuropatico, si va a monitorare la sensibilità, sia attraverso l'esame clinico, sia utilizzando il monofilamento di Semmes-Weinstein. Si tratta di un filo particolare, in nylon trattato, da appoggiare sulla pianta del piede e sull'alluce, fino a farlo piegare con una forza standard di 10 grammi: se il paziente non si sente toccato, vuol dire che c'è un deficit della sensibilità».

Ovviamente, i criteri di distinzione sono diversi. La cute del piede con patologia vascolare si presenta fredda, fragile e con peli rari, mentre nel soggetto neuropatico appare calda e spessa con la pianta frequentemente sede di ipercheratosi. «La neuropatia coinvolge anche i muscoli: diventando atrofici deformano il piede che, a sua volta, può assumere un aspetto equino, cavo o piatto, per alterato appoggio — precisa Ghirlanda — e perciò è utile un plantare che ridistribuisca il peso del corpo durante la deambulazione». Fondamentale, la prevenzione del piede diabetico va dal controllo podologico al monitoraggio metabolico della glicemia e fino alla valutazione dei fattori di rischio per la vasculopatia periferica, cioè dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia e del fumo. Le condizioni più importanti correlate allo sviluppo di ulcere si identificano nella neuropatia periferica, nei microtraumi del piede e nelle deformità.

«Nel 90% dei casi l'amputazione è preceduta da un'ulcera, e qui entra in gioco l'educazione del paziente e, soprattutto, dei suoi familiari — conclude il docente — perché in genere, gli anziani che non vedono bene e con mobilità ridotta, hanno bisogno di essere assistiti anche per la semplice toilette dei piedi». Il versante terapeutico prevede un approccio farmacologico limitato, utile a migliorare la circolazione grazie agli antiaggreganti (l'ultimo arrivato è il ciclostazolo), mentre se ci si trova davanti a un'ischemia critica si può solo ipotizzare la rivascularizzazione: con by-pass oppure attraverso l'angioplastica con palloncino che consente la dilatazione del segmento arterioso ristretto.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**LA QUALITÀ AL GIUSTO PREZZO**  
9,90

**INSOMNIA? ARSA? STRESS?**

**Quando anche un piccolo taglio è un pericolo**

**LA QUALITÀ LA MEDICINA**

**Scienza**

## La mutazione di un gene limita il diabete

C'è una mutazione genetica che abbassa il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 anche negli obesi. La scoperta è stata pubblicata sulla rivista *Nature Genetics* da un team internazionale guidato dal Mit di Boston. Lo studio è iniziato prima su un campione di 28 mila scandinavi tra cui sono stati scelti quelli che hanno sviluppato la malattia pur non avendo i fattori di rischio e quelli che l'hanno evitata pur essendo obesi e fumatori. L'analisi del Dna del secondo gruppo ha mostrato due soggetti che avevano una mutazione che distruggeva una copia di un gene chiamato «ZnT8». La ricerca è stata poi estesa a 18 mila svedesi e poi agli islandesi. Risultato: i soggetti con la mutazione hanno un rischio di diabete di tipo 2 più basso di due terzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## PRIMAVERA IN ANTICIPO, ALLERGIA DA POLLINI IN AGGUATO

(ANSA) - ROMA, 3 MAR - L'arrivo prematuro della primavera ha anticipato anche le allergie da polline, e per chi ne soffre sarebbe opportuno iniziare subito la terapia preventiva. A sostenerlo è Roberto Perricone, direttore della scuola di specializzazione di allergologia e immunologia dell'Università di Tor Vergata. "I dati pervenuti dagli ambulatori di allergologia sul territorio laziale - spiega l'allergologo - confermano la prevalenza di allergie da 'cupressaceae' che difficilmente si manifestano in questo mese. Consiglio di ricorrere già da oggi alla terapia preventiva iposensibilizzante. L'allergia al cipresso è una pollinosi emergente perché ultimamente la pianta si è molto diffusa nelle aree urbane del bacino del Mediterraneo, in particolare negli ultimi 15-20 anni il numero è progressivamente aumentato". "I sintomi legati a tale forma di allergia sono quelli comuni ad altre forme di allergia ai pollini (raffreddore, congiuntivite, tosse secca, asma) anche se a volte - prosegue l'allergologo - possono essere più severi e in qualche caso possono rispondere scarsamente alla terapia anti-istaminica. Quest'ultima, in associazione o meno con l'utilizzo di spray cortisonici nasali e/o bronchiali, a seconda dei sintomi del paziente, rimane alla base della terapia sintomatica". Per chi invece non sa di essere allergico a questo tipo di polline ma accusa i sintomi descritti, Perricone suggerisce di "recarsi subito dallo specialista che saprà diagnosticargli la terapia più adeguata al tipo di sintomo manifestato".

# quotidianosanita.it

Martedì 04 MARZO 2014

## Insufficienza surrenalica. Anche in Italia l'idrocortisone a rilascio prolungato

***Si tratta della prima innovazione terapeutica da qualche decennio a questa parte. La formulazione a rilascio prolungato, che si assume al mattino in monosomministrazione quotidiana, consente di riprodurre il ritmo circadiano del cortisolo e riduce gli effetti collaterali della terapia sostitutiva***

Sono 15-20 mila gli italiani affetti da insufficienza surrenalica, sia in forma primaria che secondaria. Una patologia di rara osservazione, purtroppo spesso diagnosticata nel suo scenario più drammatico, quello della crisi addisoniana, che se non riconosciuta tempestivamente può portare alla morte.

“I sintomi dell'insufficienza surrenalica, astenia, ipotensione, vomito, cefalea, perdita di appetito e calo ponderale – ricorda il **prof. Roberto Castello**, Direttore dell'UOC di Medicina Generale a indirizzo endocrinologico, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona - possono essere confusi con varie altre patologie”.

L'insufficienza surrenalica è dunque una malattia subdola, che è importante riconoscere per poterla trattare adeguatamente e scongiurare così il rischio di una crisi surrenalica, con tutte le sue conseguenze.

“Per favorire la diffusione di informazioni complete e puntuali su questa patologia – ricorda **Lorenzo Sala**, vicepresidente dell'A.I.P.Ad (Associazione Italiana Pazienti Addison) abbiamo realizzato il sito <http://www.morbodiaddison.org/> e creato un forum in italiano accessibile al link <http://morbodiaddison.globalfreeforum.com/>, dove i pazienti possono confrontarsi e trovare risposte e supporto”.

Il trattamento dell'insufficienza surrenalica si basa sulla terapia sostitutiva con idrocortisone. Da oggi, è disponibile in Italia una nuova formulazione a rilascio modificato (Plenadren), messa a punto per riprodurre le fisiologiche fluttuazioni di questo ormone nel sangue, nelle diverse fasi del giorno. Si tratta della prima innovazione terapeutica in questo campo da qualche decennio a questa parte.

“Il cortisolo – ricorda il **professor Ezio Ghigo**, professore di Endocrinologia e preside della Scuola di Medicina dell'Università di Torino – presenta un caratteristico ritmo circadiano: i suoi livelli sono più alti al mattino e vanno riducendosi nel corso della giornata, fino a raggiungere le concentrazioni minime nelle ore notturne. Le terapie sostitutive, che abbiamo utilizzato finora, erano a rilascio immediato e dovevano quindi essere assunte 2-3 volte al giorno, senza tuttavia riuscire a mimare il ritmo fisiologico del cortisolo. Questo può provocare nel paziente in trattamento cronico una serie di effetti indesiderati quali ipertensione arteriosa, intolleranza glucidica, dislipidemia, osteoporosi e disturbi del sonno”. La nuova formulazione di idrocortisone a rilascio modificato si assume invece al risveglio, una sola volta al giorno. Dopo un primo picco di assorbimento (le concentrazioni di cortisolo aumentano nel sangue a distanza di una ventina di minuti dall'assunzione del farmaco), il nucleo a rilascio prolungato determina un rilascio continuo di cortisolo durante la giornata, mentre nelle ore notturne non c'è rilascio dell'ormone.

“Oltre alla comodità della monosomministrazione giornaliera – afferma **Rosario Pivonello**, Professore Aggregato del Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Sezione di Endocrinologia, dell'Università Federico II di Napoli – questa formulazione riduce notevolmente gli effetti collaterali di questa terapia, in particolare a livello di peso corporeo e ipertensione arteriosa, ma anche per quanto riguarda le concentrazioni di emoglobina glicata.”

Il Plenadren ha ottenuto la designazione di *orphan drug* dall'EMA, che ne autorizzato l'immissione in commercio nel novembre 2011. L'AIFA lo ha inserito nell'elenco dei medicinali prescrivibili a carico dell'SSN nel maggio 2012 per l'indicazione “trattamento dell'insufficienza surrenalica negli adulti”. Con la Determinazione AIFA del 12 dicembre 2013, il farmaco è stato ammesso alla rimborsabilità a carico dell'SSN (classe H) ed è diventato effettivamente disponibile per i pazienti italiani dal 3 marzo. Il farmaco è formulato in compresse da 5 e da 20 mg.

***Maria Rita Montebelli***