

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=23087

Punto G. Scollo (Sigo): “Da noi ginecologi massimo rispetto per l'intimità femminile”

Il punto G non esiste: lo conferma una ricerca svolta in collaborazione con studiosi italiani dell'università dell'Aquila e di Tor Vergata. Ma, una volta individuata la più vasta area responsabile dell'orgasmo, i ginecologi rimandano al mittente le critiche su presunti interventi inappropriati.



27 AGO - E' un'area più estesa e non solo un punto: è stata individuata la nuova mappa del piacere femminile, più ampia e più complessa del famoso punto G, accantonato per sempre dopo la nuova scoperta. La zona comprende l'utero, le ghiandole e i muscoli e il suo nome è Cuv, ossia complesso clitoro-uretro-vaginale. Gli studiosi che hanno portato a termine la ricerca, tra cui **Emmanuele A. Jannini**, professore di endocrinologia e sessuologia all'università de L'Aquila, non hanno, perso, però, l'occasione per raccomandare maggiore cautela nel trattare queste zone così delicate e sensibili.

E proprio a Jannini, che avrebbe tacciato ginecologi e urologi di effettuare interventi chirurgici inappropriati, la Società italiana di ginecologia e ostetricia ha risposto prontamente: “Operiamo solo se necessario rispettando le zone intime”.

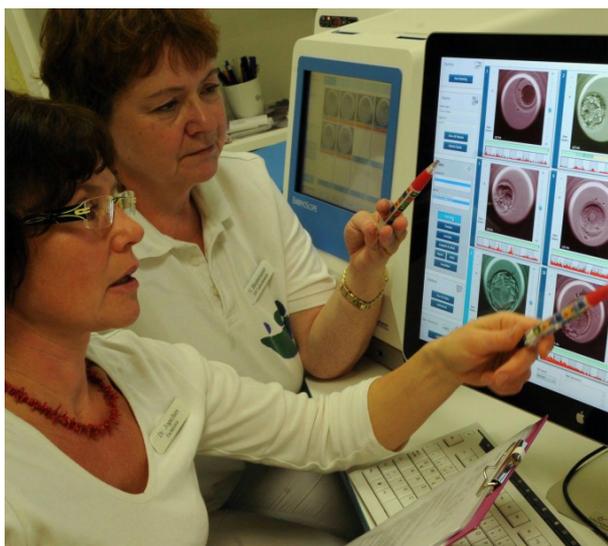
“Complimenti ai ricercatori per il lavoro – ha sottolineato **Paolo Scollo**, presidente della Sigo – Ma sbaglia Jannini quando afferma che noi usiamo il bisturi in modo indiscriminato e non rispettiamo la vagina. Tutti gli interventi che svolgiamo in sala operatoria – aggiunge – sono eseguiti sempre dietro un'indicazione medica precisa. Se ricorriamo al bisturi lo facciamo solo quando è strettamente necessario e non ovviamente per uno sfizio. Il nostro unico obiettivo è salvaguardare il benessere e la salute delle donne”.

E ai rappresentanti della Sigo si sono aggiunti quelli dell'Aogoi, l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani. Insieme si “riservano di ricorrere alle vie legali qualora si presentassero eventuali profili di diffamazione contro la nostra categoria”.

“Lo studio è di alto valore scientifico e il contributo italiano a questa indagine è stato rilevante – spiega ancora Scollo – Nonostante ciò queste parole hanno suscitato la nostra meraviglia, sorpresa e stupore. Nel nostro lavoro seguiamo le donne, fin dal menarca, in tutti gli aspetti legati alla loro vita sessuale e riproduttiva come contraccezione, gravidanza, disturbi del ciclo mestruale e menopausa. Noi ginecologi – conclude – abbiamo sempre il massimo rispetto per l'intimità femminile e continueremo ad averlo anche alla luce delle nuove scoperte scientifiche”.

Io, paziente numero 5 nella clinica dell'eterologa

Il diario di una (possibile) madre. "Il mio turno potrebbe arrivare a metà settembre. Allora mi sottoporro all'impianto dell'ovocita fecondato". Il sogno di una nuova gravidanza, le paure e le incognite tra diritti e vuoto legislativo



BOLOGNA - Se sei la paziente numero 5 in lista d'attesa per la fecondazione eterologa, il tuo turno potrebbe arrivare prestissimo, già a metà settembre. Se sei quella paziente, una delle prime ad aver bussato alla porta di Tecnobios (il centro per la fertilità fondato da Carlo Flamigni) all'indomani della sentenza del 10 aprile che ha "liberato" le donazioni, ti senti già piuttosto fortunata, stai prendendo gli estrogeni per prepararti a ricevere l'ovocita fecondato che un'altra donna accetta di regalarti. Una donna che non conosci, ma che spero sia anche lei fortunata: fino all'ultimo nessuno saprà se davvero ha ovociti in eccesso da donare a un'estranea. Peccato, perché tu hai fretta: quando sei una cinquantenne non ti resta molto tempo: c'è spazio per uno, due tentativi.

Ma prima, prima di questa vigilia ansiosa e felice, c'è stato tempo per le domande e per le paure, per i conti e i fantasmi (che faccia avrà la donatrice? Che studi avrà fatto? Sarebbe una buona madre?). Per sapere che cosa succede davvero quando si decide di far nascere un bambino che avrà il Dna di un'altra.

Ecco il racconto di questo viaggio avventuroso, un viaggio sul quale in molti parlano, straparlano e litigano, ma che solo i pazienti e i loro medici conoscono davvero.

10 aprile. La [Corte Costituzionale dice che non è più vietato](#) ricevere gli spermatozoi o gli ovociti di una terza persona. Possono farlo tutte le coppie eterosessuali. Dopo il primo tg, telefonata al ginecologo: "È vero? Possiamo?". La risposta è una doccia fredda: "Calma, signora. Non sappiamo ancora nulla, bisogna aspettare".

10 giugno. Arrivano le [motivazioni della sentenza](#), anche il ginecologo è più ottimista: "Non c'è vuoto legislativo, in teoria si può fare. Si metta in lista a Bologna, e magari anche a Catania e a Milano. Non abbiamo molto tempo...". Telefonata a Tecnobios, la persona dall'altra parte è gentile e discreta, ma è la paziente a voler chiarire di che cosa si tratta: "Ho due figli grandi, un nuovo compagno, vorrei tentare con l'eterologa". L'appuntamento viene fissato in fretta.

25 giugno. Si parte in treno, due ore da Torino a Bologna cercando di non farsi troppe fantasie. Alle 15 c'è la visita, il momento della verità. Il dottor Luca Borini fa un'anamnesi accurata, vuole essere sicuro che non ci siano problemi di salute, cardiopatie, ipertensione, diabete. Poi arrivano gli avvisi: "Parlo a tutti e due perché se la signora dovesse stare male o se l'eventuale bambino nascesse prematuro le conseguenze ricadrebbero su entrambi. Voglio essere chiaro: con l'eterologa, ricevendo

l'ovocita di una donna giovane e fecondandolo con i suoi spermatozoi, le vostre possibilità crescono molto, possono arrivare al 40 per cento. Ma non è sicuro che la gravidanza ci sarà. E se anche ci fosse, non sarà una passeggiata: all'età della signora le possibilità di una gestosi e di un parto prematuro sono quasi una su due, e comunque tutto l'organismo fatica ad adattarsi. Il fatto che abbia già figli è una buona premessa, ma non basta".

Un parto prematuro, d'accordo, ma quanto? "Non lo sappiamo. Nessuno lo può dire". Possiamo sapere qualcosa sulla donatrice? "No. Saremo noi a scegliere tra le pazienti che nello stesso momento si faranno prelevare gli ovociti per tentare un altro tipo di fecondazione. Possiamo solo garantirvi che sarà una donna giovane, non oltre i 35 anni, e che la sceglieremo tra quelle con il gruppo sanguigno compatibile e un aspetto fisico non troppo lontano dal vostro".

L'ecografia è già fatta, restano una mammografia, un pap test, l'elettrocardiogramma sotto sforzo e gli esami del sangue. "Pensateci, e se decidete per il sì spediteci gli esiti".

9 luglio. Gli esami sono buoni, la decisione è presa: sì. Ma restano molte domande, e si decide un secondo colloquio: se nascerà un bambino, siamo obbligati a dirgli che da qualche parte esiste una mamma biologica diversa? E se sì, lui o lei potranno conoscerla? "No. Non serve a nulla, in nessun caso. Noi conserveremo sempre l'anonimato dei donatori. E vi consigliamo di dire la verità al bambino, ma è una decisione che spetta solo a voi". Gli estrogeni potrebbero essere dannosi? "No, sono solo una piccola parte degli ormoni che la gravidanza porterebbe comunque con sé". Quando sapremo se ci sono gli ovociti "giusti" per noi? "Vi preavviseremo qualche giorno prima, visto che abitate in un'altra città. Ma la certezza l'avrete solo all'ultimo, quando la donatrice avrà fatto il pick up e noi potremmo vedere quante uova ci sono e se sono mature. A quel punto restano quattro ore per fecondarle. Se andrà bene, ne avremo a disposizione circa tre, e dopo cinque giorni potremmo ritrovarci con un embrione o due e scegliere il migliore da trasferire alla signora. Di lì in poi, non possiamo fare previsioni, vi seguirà il vostro ginecologo di fiducia". Il transfer sarà doloroso? "No, niente anestesia, solo un piccolissimo catetere per piazzare le uova fecondate nell'utero".

Poi, la domanda che quasi dispiace ma non si può non fare: quanto costa? "Per adesso, meno di una fecondazione omologa: circa 2.500 euro per un ciclo, perché i trattamenti sono di meno. Presto speriamo di poter rimborsare le donatrici, potrebbe trattarsi di circa 900 euro per coprire una parte delle spese e le assenze dal lavoro. Ma, credetemi, nessuna donna si metterebbe a farlo per guadagnare". E se la gravidanza non arriva? "Ci potete riprovare, ma senza andare troppo oltre le soglie di età indicate in quasi tutta Europa come limite ultimo. Se avremo due embrioni, ne conserveremo uno e si potrà tentare quasi subito. Altrimenti, tornerete al fondo della lista. Per questo vi consiglio di iscrivermi in più centri, e magari anche all'estero". Dove? "Non vogliamo dare questo genere di consigli, ma ci sono Paesi come l'Ucraina e alcuni Stati americani dove l'età non viene considerata un vincolo assoluto, anche se i costi salgono".

Nel viaggio di ritorno, si scherza: "Vorrei avere davanti quella signora che al telegiornale ha detto che non c'è fretta, che è meglio che i centri stiano fermi in attesa della legge...". E si mettono le mani avanti anche sul matrimonio che non c'è: "Guarda che se poi ti stufi non puoi dire che il figlio non è tuo, la legge lo vieta".

27 agosto. Il centro Tecnobios è ancora chiuso per le vacanze, riaprirà il 1° settembre. Ma il dottor Borini risponde lo stesso al telefono: "Signora, stia tranquilla. È tra le prime, penso che la chiameremo già tra dieci giorni perché possa organizzarsi col suo compagno. Ha cominciato con gli estrogeni? Bene. A presto". Adesso sembra vero, quasi dietro l'angolo. E nessuno ha giudicato nessun altro, nessuno ha indagato sul perché una donna cinquantenne vuole diventare madre per la terza volta, su quanto buoni saranno questi possibili candidati-genitori, su che cosa accadrà quando qualcuno potrebbe scambiare il papà con il nonno. "Lo potete sapere solo voi", ha ripetuto tante volte, con pazienza, Borini. Per poi finire con una battuta che ha fatto ridere tutti: "Sapere chi è la donatrice è inutile. Vi avviso però: nessuna sarà mai bella come la signora, e dite ai nonni di non cercare somiglianze...".

http://www.repubblica.it/salute/benessere-donna/fertilita-e-infertilita/2014/08/28/news/paziente_numero_5_in_clinica_eterologa-94553737/

IN ESCLUSIVA PER STARBENE
L'OPINIONE DEL MINISTRO

ATTUALITÀ **salute**

FECONDAZIONE ETEROLOGA ECCO LE MIE REGOLE

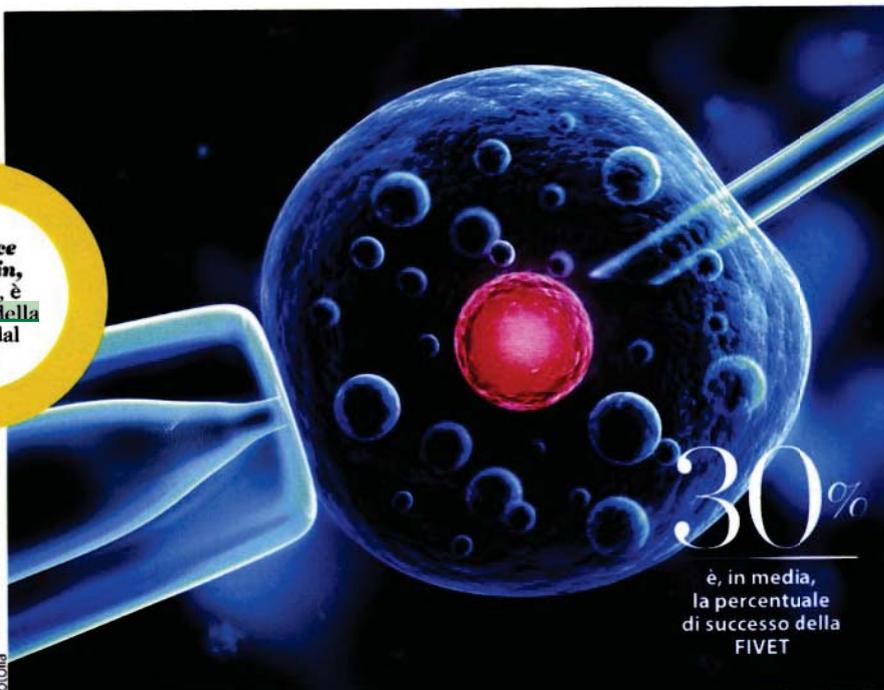
Il ministro ci illustra i punti cruciali del decreto legge sulla procreazione assistita



Beatrice Lorenzin, 43 anni, è ministro della Salute dal 2013

● **Quella di scoprirsi infertili è un'esperienza dolorosa.** A volte dipende da qualche patologia, a volte invece dal trascorrere dell'età: dai trent'anni in poi la possibilità di avere un figlio si riduce infatti progressivamente e drasticamente. Nei casi di infertilità le tecniche di procreazione assistita rappresentano un'opportunità, e tante sono le coppie che iniziano questo percorso. La sentenza della Corte Costituzionale dello scorso aprile ha reso possibile anche in Italia la fecondazione eterologa.

● **Come ministro della Salute** la mia prima preoccupazione è stata quindi quella di disciplinarla nella massima sicurezza sanitaria possibile, e per questo ho nominato subito un gruppo di lavoro con i principali esperti italiani della



30%

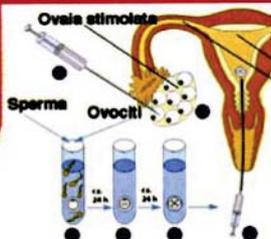
è, in media, la percentuale di successo della FIVET

materia. Ho predisposto un decreto legge che prevedeva, quale punto cardine, l'inserimento dell'eterologa nei Livelli essenziali di assistenza rendendola gratuita in tutti i centri pubblici (a parte i ticket stabiliti dalle diverse Regioni), per evitare discriminazioni economiche tra le coppie. Poi, per scongiurare che intorno a essa si potesse creare un mercato, si stabiliva la gratuità della donazione e il divieto di importare gameti da centri di Procreazione medicalmente assistita, o banche

che ne fanno commercio. Il decreto individuava un limite di donazioni per uno stesso donatore per evitare la nascita di troppi bambini che, da adulti, potrebbero incontrarsi con il rischio di possibili, inconsapevoli, unioni tra consanguinei.

● **Era prevista anche l'istituzione di un Registro nazionale dei Donatori** per garantire la tracciabilità, importante per esigenze sanitarie, di tutta la filiera donatore-nato, e il principio di anonimato del donatore e la sua deroga esclusivamente per esigenze di salute del nato. Nella seduta dell'8 agosto del Consiglio dei ministri, è stata infine ravvisata all'unanimità la necessità di rimettere al Parlamento la predisposizione di una legge che disciplini la procreazione medicalmente assistita eterologa nel nostro ordinamento. È un tema delicato, che merita una riflessione approfondita.

Come avviene la fecondazione in provetta



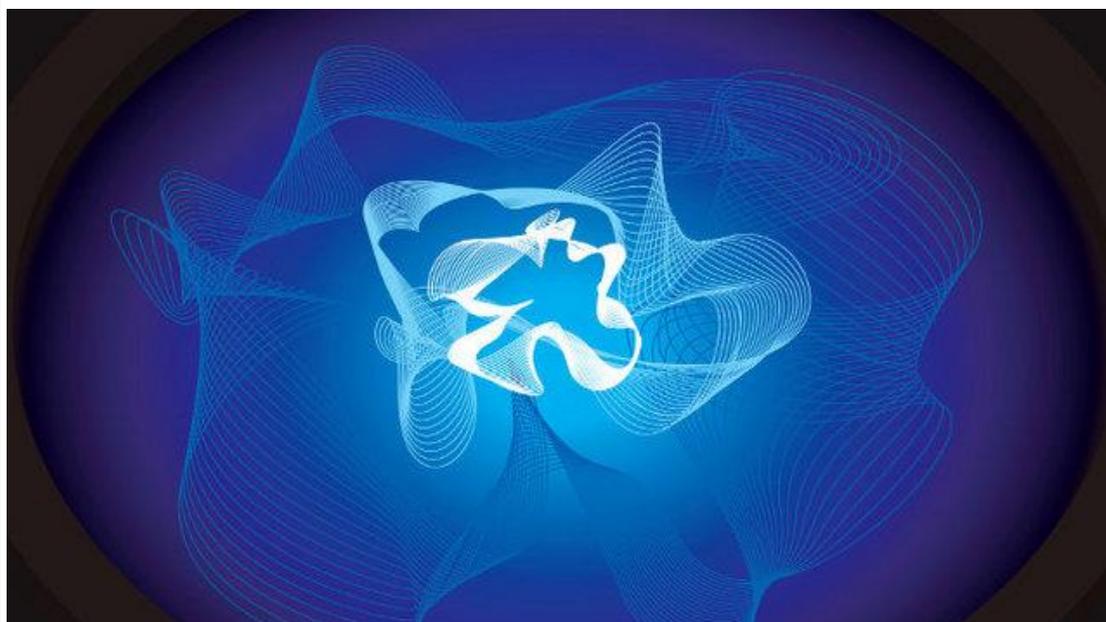
Ecco le fasi della FIVET. Tutto avviene in provetta, dove gli spermatozoi vengono in contatto con l'ovocita (nel caso di eterologa possono essere forniti da donatori). Si ottiene così l'embrione, che poi viene trasferito nell'utero.

ABORTI CLANDESTINI CON ANTIULCERA, BLOG INSEGNANO COME SI FA BASTA UNA PRESCRIZIONE E POCHI EURO

(ANSA) - ROMA, 27 AGO - Bastano pochi euro in farmacia per abortire: a insegnarlo sono numerosi blog e siti che dettano le indicazioni, le dosi e offrono consigli. L'indagine aperta a Genova per l'utilizzo di un farmaco antiulcera usato impropriamente per fermare una gravidanza riguarda una pratica di aborto clandestino che gli esperti conoscono bene. Per interrompere una gravidanza fino alla 12 settimana sono necessari due medicinali chiamati Mifepristone (conosciuto anche come pillola abortiva, RU 486, Meifegyn, Mifeprex) e Misoprostolo (conosciuto come Cytotec, Artrotec, Misodex, Misofenac). Questi medicinali hanno diversi nomi commerciali in diversi paesi. In Italia serve la prescrizione medica. Il Misoprostolo causa delle contrazioni dell'utero, in conseguenza di esse l'utero espelle i prodotti della gravidanza. Nel frattempo la donna puo' provare dolorose contrazioni, perdite di sangue spesso piu' abbondanti del normale ciclo mestruale, nausea, vomito e diarrea. Esiste anche il rischio che l'emorragia debba essere trattata dal personale medico del piu' vicino ospedale.

Il cancro si sta diffondendo? Lo si scopre con il suono

Un nuovo dispositivo realizzato in collaborazione con i ricercatori del MIT permette di separare le cellule tumorali e diagnosticare precocemente nuovi siti di infezione. Il metodo utilizza le onde sonore e ha una precisione del 97 per cento



È la nuova trovata dei ricercatori del MIT (il Massachusetts Technology Insitute) che, in collaborazione con la Pennsylvania State University e la Carnegie Mellon University sono riusciti a ideare un metodo in grado di **separare alcuni tipi di cellule attraverso l'esposizione a onde sonore**.

Il dispositivo realizzato è molto piccolo, tant'è che è più piccolo di una moneta da 1 euro e sembra essere in grado di rilevare le cellule tumorali rare che circolano nel sangue dei pazienti affetti da cancro. Questo permetterebbe ai medici di prevedere se un tumore sta per diffondersi o meno.

Separare le cellule attraverso del semplice suono offre una valida alternativa alla tecnologia già esistente, che richiede una codifica piuttosto complessa, attraverso l'ausilio di sostanze chimiche. Il risultato delle recenti procedure è che in alcuni casi **le forti sollecitazioni meccaniche potevano provocare dei problemi e dei danni**.

«La pressione acustica è molto mite e molto più piccola in termini di forza e di disturbo alla cellula. Questo è un modo più dolce per separare le cellule e non è necessaria un'etichettatura artificiale», spiega Ming Dao, principale ricercatore presso il

Dipartimento dei Materiali di Scienza e Ingegneria del MIT.

Il dispositivo, già brevettato, sfrutta una tecnologia in grado di separare le cellule tumorali circolanti dai globuli bianchi. A livello pratico, gli scienziati in principio avevano costruito dei **dispositivi microfluidici che possiedono dei trasduttori acustici**. Questi producono onde sonore su due lati di un microcanale. Quando le due onde s'incontrano si uniscono per formare un'onda stazionaria, che rimane, cioè, in posizione costante. Parallelamente al flusso di cellule, l'onda produce una linea di bassa pressione chiamata *nodo di pressione*. Quando le cellule vanno incontro a tale nodo vengono spinte verso un lato del canale. La distanza di movimento dipende però sia dalle dimensioni che dalle proprietà e comprimibilità.

I dispositivi di questo genere, secondo i ricercatori, non potevano essere completamente efficienti a causa del fatto che le cellule potevano essere mese da parte solo se la distanza in cui si trovavano era breve. Il nuovo dispositivo, invece, non ha più questo limite. Infatti, le onde sonore possono essere inclinate in maniera tale che possano correre attraverso i microcanali con un angolo. Tutto ciò si traduce nella possibilità di ogni singola cellula di incontrare più nodi di pressione che scorrono attraverso il canale. Ogni volta che incontra un nodo, la pressione è in grado di **veicolare la cellula leggermente oltre il centro rendendo più facile la cattura** delle cellule di qualsiasi dimensione.

Per testare il dispositivo sono state usate inizialmente delle perline di plastica riuscendo a separare quelle di un diametro variabile da 9,9 micron a 7,3 micron, con una precisione del 97%. Al computer è stata anche eseguita una simulazione in grado di prevedere la traiettoria delle cellule.

Durante la prova pratica il macchinario è stato testato per individuare le cellule cancerogene tipiche del cancro al seno, denominate MCF-7, e separarle dai globuli bianchi. La separazione è avvenuta con successo, **consentendo di recuperare il 7% di cellule tumorali circolanti**. Questo è stato reso possibile anche grazie alla dimensione di 20 micron delle MCF-7 e di 12 micron dei globuli bianchi.

A questo punto, gli scienziati si dicono pronti per eseguire le prime verifiche su pazienti affetti da forme tumorali, tenendo presente che le cellule tumorali sono molto rare: in un millilitro di sangue ce ne sono quantità infinitesimali. «Se è possibile rilevare queste rare cellule tumorali circolanti – aggiunge Dao – questo è un buon modo per studiare la biologia del cancro e diagnosticare se il tumore primario si è trasferito in una nuova area per generare tumori metastatici». «Questo metodo è **un passo avanti per il rilevamento delle cellule tumorali circolanti** nel corpo. Esso ha il potenziale per offrire un nuovo strumento sicuro ed efficace per i ricercatori del cancro, medici e pazienti», conclude Subra Suresh, presidente della Carnegie Mellon.

Tra gli autori della ricerca figurano anche Tony giugno Huang, professore di ingegneria meccanica e scienze presso la Penn State, Xiaoyun Ding e Zhangli Peng, ex post dottorato del MIT ora assistenti professori presso l'Università di Notre Dame. La ricerca è stata finanziata dal National Institutes of Health e la National Science Foundation.

Lo studio è stato pubblicato questa settimana su *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS).

<http://www.lastampa.it/2014/08/28/scienza/benessere/medicina/il-cancro-si-sta-diffondendo-lo-si-scopre-con-il-suono-zTZsb8wjmnPIJA5WyV7pTK/pagina.html>

Tutela della salute. Doppia responsabilità

Struttura e medico pagano i danni

Patrizia Maciocchi

Se il trattamento anticellulite mette a rischio la vita del paziente, pagano i danni il medico e la struttura che si è avvalsa della sua prestazione. La Cassazione con la sentenza 18304, depositata ieri, sottolinea che è colposa e contraria alla buona fede la condotta del medico che sottopone il paziente a un trattamento di «ossigeno-ozono terapia» in una struttura non adeguata, senza informarlo delle carenze e indirizzarlo in un luogo più idoneo.

RESPONSABILITÀ

Colposa la condotta del sanitario che sottopone il paziente a ossigeno-ozono terapia in un centro inadatto

In Cassazione finisce il caso di una donna che, dopo essere stata sottoposta a un trattamento anticellulite, aveva avuto un'embolia polmonare e un arresto cardiocircolatorio. Quello che doveva essere un intervento di routine «se praticato in modo congruo e adeguato» poteva avere un esito fatale perché eseguito, in un laboratorio di analisi, con tecniche non congrue, dosi non corrette e macchinari non efficienti. Il medico non aveva poi considerato che l'ossigenoterapia, in genere innocua, era controindicata per una

paziente che aveva eseguito «un intervento chirurgico all'utero» solo 10 giorni prima.

Tra la struttura e il medico c'era stato un rimpallo di responsabilità. Il centro negava il suo coinvolgimento perché il camice bianco aveva stipulato con la Srl un contratto per sottoporre la paziente a una serie di trattamenti di elettrolipolisi, salvo poi cambiare idea e scegliere, con l'accordo della paziente, la strada dell'ossigeno-ozono terapia. Il medico dal canto suo riteneva di essere indenne da colpe, imputabili alla sola struttura: una tesi accolta dalla Corte d'Appello, che la Cassazione però non condivide.

Non si può, infatti, partire dalla condotta del medico per affermare la responsabilità della struttura dove questo ha operato - pur ritenendola non idonea - per arrivare a escludere la responsabilità del professionista.

La dottoressa avrebbe dovuto diligentemente valutare sia l'idoneità degli strumenti rispetto alla sua professione sia le condizioni di salute della signora, anche ricorrendo a un consulto, che va escluso solo quando la situazione è così urgente da sconsigliarlo.

Per quanto riguarda il laboratorio è influente l'assenza di un rapporto di lavoro dipendente: «l'appropriazione» dell'attività altrui comporta anche l'assunzione del rischio per i danni che ne possono derivare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esperto Usa: il virus ha ancora il sopravvento

IL DIBATTITO

MILANO Ebola visto da vicino. Se 1.500 vittime non bastano a rappresentare la realtà, sono gli esperti inviati dalle organizzazioni internazionali a registrare il livello di allarme. Che secondo Tom Frieden, direttore dei centri Usa per il controllo e la prevenzione delle malattie attualmente in missione in Liberia, Sierra Leone e Guinea, è sempre elevato. «Qui si lavora duramente per combattere l'epidemia. Ma il virus ha ancora il sopravvento».

GLI EFFETTI DELLO ZMAPP

Al momento lo ZMapp, siero prodotto dalla casa farmaceutica americana, è l'unica arma a di-

sposizione dei medici per curare i pazienti contagiati da Ebola. Come William Pooley, 29 anni, infermiere volontario del Suffolk, entrato in contatto con il virus mentre curava i malati in Sierra Leone. Domenica è rientrato in Gran Bretagna su un aereo della Raf adattato per le sue condizioni ed è stato ricoverato in una speciale unità di isolamento. «E' stato sottoposto al trattamento con lo ZMapp. Si tratta di un farmaco sperimentale, su questo punto siamo stati chiari», spiega il dottor Michael Jacobs. Sulle condizioni dell'infermiere non si sbilancia, ma appare speranzoso: «Pooley è giovane e resistente alla malattia». Lo ZMapp si è imposto come potenziale cura per Ebola dopo che un medico e



Monrovia, operatori al lavoro

un'infermiera statunitensi, sottoposti al trattamento, sono sopravvissuti al virus. Ma un prete spagnolo e un medico liberiano, anch'essi trattati con il farmaco, sono morti. L'Oms è prudente sugli effetti del siero: i malati che l'hanno assunto sono troppo pochi per fornire dati affidabile e in precedenza è stato testato solo sugli animali. Lunedì scorso Poo-

ley ha assunto la prima dose di ZMapp: «Ha la migliore assistenza possibile - garantisce Jacobs - Tuttavia i prossimi giorni saranno cruciali. La malattia ha un decorso variabile e ne sapremo molto di più tra una settimana. Ora Will è stabile e già questo è un risultato soddisfacente». Intanto l'Oms è risalita al "paziente zero" dell'epidemia di Ebola in Congo: il primo decesso sospetto è una donna incinta del villaggio di Ikanamongo che ha macellato un animale selvatico ucciso dal marito. La donna è morta l'11 agosto colpita da febbre emorragica. Tra il 28 luglio e il 18 agosto sono stati 24 i casi sospetti identificati in Congo e 13 i decessi.

C.Gu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FRIEDEN IN MISSIONE IN AFRICA: «LAVORIAMO DURAMENTE» IL SIERO ZMAPP RESTA L'ARMA PIÙ EFFICACE MA È L'UNICA



La ricerca



Sviluppato in Russia un vaccino sperimentale

Dalla Russia una nuova speranza contro Ebola: un vaccino sperimentale ha mostrato i primi risultati positivi in studi preclinici. Ad annunciarlo, riporta l'agenzia Ria Novosti, è il ministro della Sanità del Cremlino, Veronika Skvortsova. «Conosciamo l'agente patogeno e le sue caratteristiche e attualmente abbiamo un vaccino sperimentale che ha subito studi preclinici con buoni risultati», afferma. L'equipe di scienziati è composta da esperti dell'Istituto Ivanov del ministero e uno specialista dell'agenzia statale per la tutela della salute, appena tornato dalla Guinea. Skvortsova riferisce che «il vaccino è attualmente in fase di ulteriori test». Intanto una promettente terapia sperimentale per il ceppo Sudan di Ebola potrebbe contribuire a contrastare futuri focolai. Un gruppo di ricerca finanziato dai National Institutes of Health si è concentrato su un anticorpo sviluppato nei topi e ha creato alcune versioni umanizzate in grado di respingere il virus.





Scoperta la causa della febbre, ora non ha più misteri

di MARIO PAPPAGALLO

«**O**tto giorni di febbre! Avrei avuto il tempo di scrivere ancora un libro», disse Honoré de Balzac poco prima di morire. La febbre. Sintomo, reazione importante delle difese dell'organismo di fronte ad un attacco esterno o ad un male in corso. Pericolosa, nei neonati, quando sale, supera i 40 e non si riesce a far scendere. A volte causa convulsioni, deliri, visioni. Colpisce l'umanità da sempre e da sempre ha ispirato poeti, scrittori. Spesso accomunata a forti emozioni come l'amore. Adesso scienziati svedesi ne hanno scoperto la causa. Nel cervello. Si studiano nuovi farmaci e, forse, la si farà sparire. Almeno nei suoi effetti più nefasti.



OMS: I CAMBIAMENTI CLIMATICI CAUSANO SEMPRE PIU' MALATTIE

Oltre 250 decessi in piu' nel mondo dal 2030 Ginevra 27 ago. (ASCA) - L'Organizzazione Mondiale della Sanita' intende richiamare l'attenzione della comunita' internazionale sulle malattie - come malnutrizione, malaria o dissenteria - favorite dai cambiamenti climatici, che dal 2030 in poi potrebbero causare oltre 250mila decessi in piu' ogni anno. "Le prove sono incontestabili: i cambiamenti climatici costituiscono una minaccia per la salute degli esseri umani" ha spiegato il Direttore generale dell'Oms, Margaret Chan, aprendo a Ginevra i lavori di una conferenza alla quale partecipano oltre 300 esperti. I costi diretti sulla sanita' legati ai cambiamenti climatici sono stimati fra i due miliardi e i quattro miliardi di dollari l'anno a partire dal 2030; la conferenza dovra' approvare venerdi' le raccomandazioni che saranno esaminate dal vertice sul clima in programma a New York il 23 settembre e successivamente dal summit dell'Onu previsto a Parigi nel 2015.

In nove anni solo 15 giorni di lavoro Lo scandalo del medico di Catania

La difesa: «Sono assunto, ho rispettato la legge». Ora l'Asp indaga

■ CATANIA

CONCLUSI sei mesi di prova il contratto a tempo indeterminato nella pubblica amministrazione diventa definitivo. E se si conoscono le leggi si potrebbe lavorare anche 15 giorni in nove anni, nel rispetto delle norme. È quello che avrebbe fatto, nel catanese, un medico ospedaliero di Giarre: in servizio al pronto soccorso del Sant'Isidoro, superato il periodo di prova, ci sarebbe stato alcune settimane utilizzando 5 mesi per un permesso familiare e altri periodi per corsi di specializzazione e borse di studio.

«**SONO SERVITE** per arricchire le mie conoscenze professionali che metterò a disposizione dell'ospedale», si giustifica il medico che, in aspettativa, dovrebbe rientrare al lavoro tra poco più di due anni. Ma l'Azienda sanitaria provincia 3 di Catania vuole vederci chiaro e ha avviato accertamenti. Secondo quanto emerso dalle prime verifiche, in fase di riscontro, il medico, che vive a Messina, sua città d'origine, usufruisce di una borsa di studio dal 1° giugno del 2005 al 31 ottobre del 2008. Il giorno del rientro chiede un congedo parentale fino al 31 maggio. Dal 4 al 21 maggio presta servizio al pronto soccorso del Sant'Isidoro di Giarre. Poi dal 22 maggio al 22 luglio è assente per malattia. Successivamente ottiene un permesso fino al 30 giu-

gno scorso per una borsa studio e attualmente è in aspettativa per un dottorato di ricerca che scadrà il 31 dicembre del 2016. Assenze prolungate che, secondo il medico, «non hanno procurato alcun danno all'Asp3 e neppure al pronto soccorso dell'ospedale di Giarre». «I permessi di cui ho usufruito — spiega — erano non retribuiti: mi sono mantenuto con le borse di studio, che sono inferiori allo stipendio, e ho dovuto pagare tasse e iscrizioni. Durante le mie assenze sono stato sostituito da una collega. Sono sereno, ho rispettato la legge: altrimenti i permessi non mi sarebbero stati concessi».

MA L'ASP3 contesta l'ultima parte della ricostruzione del medico: «È vero la legge è stata rispettata, ma ci sono problemi di opportunità — osserva il direttore sanitario, Franco Luca — inoltre l'ultimo permesso è retribuito e noi non possiamo sfiorare il budget e sostituirlo. Questo ci crea problemi di organico nell'assistenza ai malati e quindi vedremo se ci sono le condizioni per revocare l'aspettativa in corso». Più in generale, annuncia il direttore sanitario, «abbiamo avviato dei controlli sui permessi, sull'opportunità di concederli dove c'è carenza di personale se non è strettamente necessario e indispensabile». «Stiamo facendo un monitoraggio — chiosa Luca — per verificare la situazione complessiva, ed evitare di creare problemi all'utenza».



LA VICENDA

Le lunghe assenze

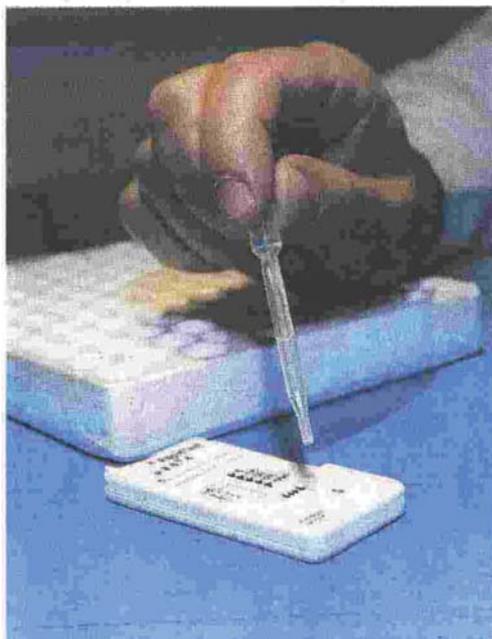
La lunga serie di assenze giustificate del medico catanese dal Pronto Soccorso, è iniziata il primo giugno 2005: da allora ha usufruito di due borse di studio, un congedo parentale e un permesso malattia

La giustificazione

Attualmente il protagonista di questa vicenda è in aspettativa per un dottorato di ricerca, che scadrà a fine 2016. Secondo lui, le assenze prolungate non avrebbero procurato danni all'Azienda sanitaria

La replica dell'Asp

L'Azienda sanitaria provincia 3 di Catania ha avviato accertamenti sulla questione e ammesso che il medico ha rispettato la legge: «Ma ci sono problemi di opportunità, oltre che di budget»



Un medico ospedaliero, regolarmente assunto, avrebbe lavorato per quindici giorni in nove anni





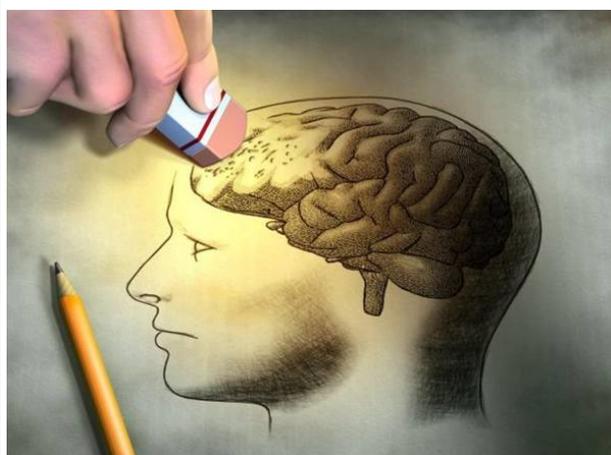
Salute: dal lupus a endometriosi, 15 malattie dove diagnosi fa 'cilecca'

Secondo il presidente dei medici americani spesso i dottori non riescono a dare risposta netta

Roma, 27 ago. (AdnKronos Salute) - Dal lupus all'endometrosi, passando per la celiachia e la cefalea a grappolo. Sono alcune delle patologie che spesso si manifestano con strani dolori e inspiegabili sintomi riportati dai pazienti. Un vero banco di prova per i medici. "Molti sintomi sono aspecifici e variabili a seconda della persona - spiega David Fleming, presidente dell' 'American College of Physicians' alla 'Cnn' - Inoltre molti test diagnostici sono costosi e anche per questo non vengono fatti di routine, ecco che i medici spesso non riescono a dare una risposta netta su che tipo di malattia si nasconde dietro il problema manifestato dal paziente". Sono quindici - secondo Fleming - le condizioni notoriamente difficili da diagnosticare al primo colpo per il camice bianco: il lupus, la sindrome dell'intestino irritabile, la celiachia, la fibromialgia, l'artrite reumatoide, la Sla, l'endometriosi, la malattia di Lyme, la sindrome della policisti ovarica, l'appendicite, l'emivrania, la cefalea a grappolo, l'ipotiroidismo, il diabete e l'infiammazione cronica intestinale.

Addio brutti ricordi, la scienza li trasforma in belli

Fotografato il circuito cerebrale che controlla come i ricordi si legano a emozioni positive o negative. Lo studio pubblicato su Nature



Estirpare dalla memoria i ricordi di un amore finito, come accade nel film «Se mi lasci ti cancello», potrebbe diventare inutile. Un team di neuroscienziati americani è riuscito infatti a invertire le associazioni emotive legate ai ricordi. In pratica, quelli brutti sono stati trasformati in piacevoli. L'eccezionale ricerca, condotta sugli animali e descritta su *Nature* dagli scienziati del Mit, «fotografa» il circuito cerebrale che controlla come i ricordi si legano a emozioni positive o negative. Inoltre i ricercatori hanno scoperto che potevano invertire l'associazione emotiva di ricordi specifici. Il tutto manipolando cellule cerebrali con l'optogenetica, una tecnica innovativa e sperimentale che utilizza la luce per controllare l'attività dei neuroni.

Passi avanti per nuovi farmaci

I risultati dimostrano che il circuito che collega l'ippocampo e l'amigdala gioca un ruolo cruciale nell'associazione di emozioni e memoria. E, al di là del destino degli amanti infelici, proprio questo «interruttore» potrebbe offrire un bersaglio per nuovi farmaci mirati a trattare il disturbo post-traumatico da stress e a superare violenti traumi, dicono i ricercatori. «In futuro, potremo essere in grado di sviluppare metodi che aiutino le persone a ricordare le memorie positive più di quelle negative», dice Susumu Tonegawa, direttore del Riken-Mit

Center for Neural Circuit Genetics.

Come si interviene sui ricordi

Ma, in pratica, come si fa a intervenire sui ricordi? Questi sono composti di molti elementi, immagazzinati in diverse parti del cervello. Il contesto, le informazioni su tempo, luogo e posizione al momento dell'accaduto vengono immagazzinate nelle cellule dell'ippocampo, mentre le emozioni legate a quello specifico ricordo si «annidano» nell'amigdala. Precedenti ricerche hanno dimostrato che molti aspetti della memoria, comprese le associazioni emotive, sono malleabili. Gli psicoterapeuti hanno approfittato di questo punto debole per aiutare i pazienti che soffrono di depressione e disturbo da stress post-traumatico, ma i circuiti neurali alla base di questo aspetto non erano noti. Grazie a una tecnica sperimentale, l'optogenetica, i ricercatori hanno potuto etichettare - nei topi - i neuroni che codificano una memoria specifica. Il tutto individuando e marcando le cellule dell'ippocampo che si attivano durante la formazione del ricordo con una proteina sensibile alla luce. Da quel momento in poi, ogni volta che le cellule si attivano con la luce, i topi richiamavano la memoria codificata da quel gruppo di cellule.

L'esperimento sui topi

L'anno scorso il laboratorio di Tonegawa ha usato questa tecnica per impiantare falsi ricordi nei topi, proprio come accade ad Arnold Schwarzenegger in «Total Recall». Ma ora gli scienziati hanno voluto andare oltre, per capire appunto come il contesto di un ricordo viene legato a una particolare emozione. E in che modo manipolarla. Il team ha quindi etichettato i neuroni associati a un'esperienza gratificante (per i topi maschi, la compagnia di una topolina) o a una spiacevole (una lieve scossa elettrica). In questa prima serie di esperimenti, i ricercatori hanno lavorato su una parte dell'ippocampo chiamata giro dentato. Due giorni dopo i ricercatori hanno condotto un test dimostrando che la riattivazione «artificiale» del ricordo pauroso e di quello piacevole aveva avuto successo. Dopodiché il team ha cercato di invertire le risposte emotive dei topi, agendo sul circuito cerebrale individuato. Il risultato è stato positivo. «La plasticità del collegamento tra l'ippocampo e l'amigdala svolge un ruolo cruciale nella commutazione della valenza del ricordo», conclude Tonegawa. I suoi ricercatori stanno ora cercando di scoprire le firme molecolari dei due tipi di cellule dell'amigdala. Ma vogliono anche capire se riattivare ricordi piacevoli ha qualche effetto sulla depressione.

(Fonte: AdnKronos Salute)

[http://www.corriere.it/salute/neuroscienze/14 agosto 27/addio-brutti-ricordi-scienza-li-trasforma-belli-2fc752a2-2df1-11e4-833a-cb521265f757.shtml](http://www.corriere.it/salute/neuroscienze/14_agosto_27/addio-brutti-ricordi-scienza-li-trasforma-belli-2fc752a2-2df1-11e4-833a-cb521265f757.shtml)

Mercoledì 27 AGOSTO 2014

In alta quota la pressione arteriosa sale. Lo dimostra una ricerca sull'Everest

La ridotta disponibilità di ossigeno in alta quota causa un aumento progressivo della pressione arteriosa nelle 24 ore. Lo dimostra uno studio dell'Università di Milano-Bicocca e dell'Istituto Auxologico Italiano pubblicato sullo European Heart Journal. I ricercatori hanno anche dimostrato che la "protezione" farmacologica regge solo fino a 3400 metri di altezza, ma non a quote più elevate.

La ridotta disponibilità di ossigeno in alta quota causa un aumento della pressione arteriosa nelle 24 ore. A dimostrarlo, per la prima volta, è una ricerca dell'Istituto Auxologico Italiano e dell'Università di Milano-Bicocca e, condotta sul Monte Everest e pubblicata online oggi sullo *European Heart Journal*. I ricercatori hanno anche osservato che il telmisartan, un farmaco usato per abbassare la pressione arteriosa, è efficace nel contrastare gli effetti della quota sull'incremento di pressione fino a 3400 metri, mentre non lo è più alla quota di 5400 metri, cioè all'altezza del Campo Base dell'Everest. I risultati mostrano come durante l'esposizione alla quota molto elevata di 5400 metri si verifichi un aumento di 14 mmHg nel valore medio della pressione arteriosa sistolica delle 24 ore e di 10 mmHg nella pressione diastolica.

Nel corso dello studio è stata monitorata la pressione arteriosa in condizioni dinamiche per 24 ore a diverse altitudini. La ricerca ha coinvolto un gruppo di volontari sani che normalmente vivono, lavorano e svolgono attività sportive a livello mare, con lo scopo di indagare gli effetti sulla pressione arteriosa e su numerosi altri aspetti della funzione cardiorespiratoria generati da una esposizione acuta e prolungata alla ridotta disponibilità di ossigeno in alta quota. I risultati possono tuttavia essere di interesse anche per persone che, pur trovandosi a bassa quota, potrebbero per svariati motivi, trovarsi temporaneamente in ipossia, senza cioè un adeguato apporto di ossigeno. È quello che succede, ad esempio, a quanti soffrono di apnee notturne, episodi che riducono a intermittenza la concentrazione di ossigeno nel sangue facilitando la comparsa di ipertensione arteriosa e il rischio di attacchi ischemici o cardiaci.

Durante la spedizione, la pressione arteriosa è stata misurata ogni mattina. I valori di pressione sono stati monitorati anche utilizzando un dispositivo in grado di misurarla ogni 15-20 minuti durante l'intero arco della giornata, fornendo i dati per il "monitoraggio dinamico della pressione", un metodo molto più accurato della misurazione tradizionale per valutare il reale livello pressorio. Con questo metodo è anche possibile misurare la pressione arteriosa notturna, che è normalmente inferiore del 10-20 per cento rispetto ai valori diurni, permettendo di valutare meglio la prognosi rispetto ad altri parametri pressori. La mancata riduzione della pressione durante le ore notturne, nonostante lo stato di sonno, può essere un segno di alterazioni nella regolazione della funzione dei vasi sanguigni e del cuore.

Per lo studio, tredici dei quindici autori, insieme a 47 volontari, hanno raggiunto il campo base sud (lato Nepalese) del monte Everest, ad un'altitudine di 5400 metri sul livello del mare. Prima, però, ci sono state delle tappe intermedie: partenza da Milano (altitudine 120 metri) con volo in direzione Kathmandu, Nepal (1355 metri), dove il gruppo si è fermato per tre giorni. Poi, ricercatori e volontari si sono spostati rapidamente, ancora in volo, a Namche Bazaar, sempre in Nepal (3400 metri), dove sono rimasti per altri tre giorni prima di iniziare il trekking di risalita (5 giorni) verso il campo base dell'Everest, dove si sono fermati per 12 giorni.

I volontari sono stati assegnati in modo casuale a ricevere un placebo o un farmaco comunemente utilizzato in clinica per la terapia dell'ipertensione arteriosa, il telmisartan (80mg). I risultati mostrano come sia nei soggetti randomizzati al trattamento con farmaco attivo, sia in quelli randomizzati a placebo, cioè senza terapia, la pressione aumenti significativamente in quota rispetto ai valori iniziali, soprattutto nelle ore notturne, e come l'assunzione del farmaco antipertensivo possa permettere di contenere questo fenomeno, ma solo fino a determinate quote.

Gianfranco Parati, coordinatore del progetto, professore ordinario di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare dell'Università di Milano-Bicocca e Direttore del Laboratorio di Ricerche Cardiologiche dell'Istituto Auxologico Italiano, ha spiegato: "Il nostro studio fornisce la prima dimostrazione sistematica che con l'aumentare della quota aumenta progressivamente e marcatamente la pressione arteriosa. Questo incremento avviene immediatamente al raggiungimento dell'alta quota, perdura durante l'esposizione prolungata all'alta quota ed è evidente durante tutto l'arco delle 24 ore, ma con un incremento maggiore nelle ore notturne, con conseguente attenuazione della fisiologica caduta notturna della pressione. La pressione si normalizza una volta ritornati al livello del mare. Inoltre, l'aumento della pressione sistolica al Campo Base dell'Everest è stato maggiore in persone di età superiore ai 50 anni rispetto ai soggetti più giovani".

"Questi dati - ha continuato Parati - possono avere implicazioni utili per la cura di pazienti con malattie croniche associate ad uno stato di ipossia, quali lo scompenso cardiaco (ove si osserva una periodica interruzione del respiro), la riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva, le apnee ostruttive nel sonno o l'obesità di grado severo. Messe insieme, queste condizioni si riscontrano in più di 600 milioni di persone nel mondo, il che rende i nostri risultati molto significativi dal punto di vista clinico. L'aumento di pressione osservato può essere attribuito a diversi fattori, tra i quali il più importante sembra l'attivazione del sistema nervoso simpatico, determinato dalla ridotta disponibilità di ossigeno. Tale fenomeno fa sì che il cuore venga sottoposto ad un carico maggiore di lavoro e che i vasi sanguigni si costringano".

"I nostri risultati - ha concluso Parati - ci permetteranno di istruire i pazienti con problemi cardiovascolari sulle precauzioni necessarie in caso di esposizione all'alta quota per motivi lavorativi o ludici. Inoltre il nostro studio sottolinea l'importanza del monitoraggio dinamico ambulatorio della pressione nella caratterizzazione dei livelli pressori nelle condizioni di vita reale; questo dato sembra particolarmente rilevante in condizioni di ipossia, i cui effetti possono essere molto più evidenti durante le attività quotidiane che non a riposo".

La spedizione sull'Everest, che si è svolta nel 2008, è parte di una serie di spedizioni ad alta quota condotte dai ricercatori della Bicocca e dell'Auxologico nell'ambito del progetto di ricerca HIGHCARE (HIGH altitude Cardiovascular REsearch). Sulle Alpi, alla Capanna Regina Margherita sul Monte Rosa (4559m) sono state studiate le risposte di volontari a diversi interventi farmacologici e non farmacologici volti a contrastare gli effetti cardiovascolari dell'ipossia ipobarica acuta. Nelle Ande Peruviane sono state invece studiate le modificazioni della pressione arteriosa nelle 24 ore sia in persone che vivono stabilmente a quote elevate, sia in soggetti ipertesi, che vivono in paesi sul livello del mare, quando sono esposti acutamente a quote elevate. HIGHCARE Alps-Mont Blanc è invece la spedizione di ricerca ancora in corso sulle reazioni dell'organismo al lavoro in alta quota organizzata sempre dall'Università di Milano-Bicocca e dall'Istituto Auxologico Italiano in collaborazione con la Azienda USL Valle D'Aosta sui cantieri della nuova funivia del Monte Bianco.