

Artrite reumatoide, documentati benefici legati all'impiego della pillola contraccettiva



28 agosto 2015

Stando ai risultati di uno studio osservazionale tedesco, pubblicato online ahead-of-print sulla rivista **Arthritis Care & Research** (1), le donne affette da AR che assumono contraccettivi orali presenterebbero miglioramenti legati ad alcuni outcomes durante i primi 2 anni di malattia. Tali effetti protettivi, secondo gli autori dello studio, sarebbero indotti da pathway del sistema nervoso centrale (SNC) piuttosto che dalla soppressione dello stato infiammatorio.

Da tempo sono disponibili in letteratura dati che suggeriscono un ruolo dei fattori ormonali nello sviluppo dell'AR nel sesso femminile, con studi che hanno documentato un'incidenza più bassa di AR nel corso della gravidanza e, al contrario, un'incidenza più elevata nel corso della peri- e della post-menopausa (2).

Più controverse, invece, sono le osservazioni relative all'impatto dell'impiego di contraccettivi orali (OC) sul decorso della malattia, per la presenza di studi con risultati che depongono a favore o contro l'associazione sopra postulata (3-4).

Per dirimere la questione, gli autori dello studio hanno analizzato gli outcomes relativi allo studio osservazionale multicentrico CAPEA (Course and Prognosis of Early Arthritis), che aveva reclutato 1.301 pazienti tedesche di sesso femminile affette da AR all'esordio (durata inferiore ai 6 mesi) nel quadriennio 2010-2013.

L'attenzione dei ricercatori si è focalizzata su 273 donne della coorte di pazienti sopra menzionata, aventi un'età media di 46 anni, una durata media di malattia pari a 13 settimane all'inizio del periodo di osservazione, mai esposte prima di allora a terapia di sostituzione ormonale, allo scopo di verificare l'esistenza di un'associazione tra l'esposizione ad OC e l'impatto su alcuni outcomes clinici legati all'AR.

Lo studio prevedeva sia la valutazione di alcuni outcomes riferiti dai pazienti - quali il punteggio RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease score), l'indice PROFAD (the Profile of Mood and Discomfort) e l'indice RADAI (the Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index) - che di alcuni outcomes clinici - conta della articolazioni dolenti e tumefatte, punteggio DAS28 e impiego concomitante di altri farmaci, quali i glucocorticoidi

(GC).

Sul totale delle donne considerate per lo studio, il 19% assumeva OC nel corso dello studio, il 63% aveva fatto ricorso in passato ad OC mentre il 18% delle pazienti non aveva mai assunto OC.

Analizzando alcuni dati socio-demografici, è stato osservato che le pazienti con AR che assumevano OC erano più giovani e non-fumatrici, mentre le pazienti che non avevano mai assunto OC mostravano un livello di istruzione più basso.

Analizzando, invece, i dati relativi alla durata di impiego di OC, disponibili per 176 pazienti su 273, 59 donne ricorrevano alla pillola contraccettiva da meno di 10 anni, 69 da 10 a 20 anni e 48 da più di 20 anni.

Dopo aggiustamento dei dati in base all'età, all'indice di massa corporea (BMI), allo status di fumatore e al livello di istruzione, è stato osservato che l'impiego di OC (corrente o passato) si associava, dopo 12 mesi di osservazione, a migliori punteggi RAID, PROFAD, RADA1 e FFbH (indice utilizzato nei paesi germanofoni, equivalente, per significato, ai punteggi HAQ che misurano il grado di disabilità) rispetto a quelli riportati dalle pazienti che non avevano mai assunto OC ($p < 0,05$ per tutti gli indici riportati). Inoltre, dopo 24 mesi, i punteggi medi RAID sono migliorati in modo statisticamente significativo nelle donne che ricorrevano o che avevano fatto ricorso alla pillola contraccettiva rispetto a quelle che non avevano mai assunto OC ($p < 0,001$).

Lo studio ha anche documentato che i marker infiammatori obiettivi (VES, CRP o conta della articolazioni tumefatte) non erano associati con l'impiego di OC.

Inoltre, non è stata dimostrata l'esistenza di una possibile associazione tra l'impiego di OC e quello di farmaci concomitanti (DMARD, farmaci biologici, FANS) a 12 mesi, anche se è stato osservato che le donne che non avevano mai assunto OC avevano una probabilità maggiore di essere trattate con GC (OR=1,6; IC95%= 0,94-2,9, $P=0,08$) e che tale probabilità tendeva a quadruplicare in quelle più compromesse a livello funzionale (OR=4,2; IC95%=1,6-11).

Nel commentare i risultati, gli autori dello studio ritengono che le loro osservazioni possano essere giustificate dall'esistenza di dati in letteratura che supportano l'esistenza di una relazione tra l'impiego di estrogeni e il benessere psicologico (5-6). Inoltre ricordano che studi sperimentali (7) hanno documentato come l'impiego pregresso di OC possa determinare l'insorgenza di effetti duraturi sul SNC a livello di alcune citochine, con lievi incrementi delle modifiche indotte dagli estrogeni sull'asse ipotalamico-ipofisario-surrenalico (HPA).

Sono ora necessari nuovi studi in grado di confermare la bontà di questi ipotesi.

SALUTE

Quanto è pericolosa l'infezione da Hpv?

Lo specialista

Il papilloma virus può causare il tumore del collo dell'utero e quello della faringe

L'Hpv (Human Papilloma Virus) il *papillomavirus umano*, è la causa più comune di tumore al collo dell'utero. È un virus (o meglio, una famiglia di virus, alcuni dei quali molto insidiosi) che arriva a infettare almeno il 70% delle donne e una quota minore di maschi, nel corso della vita.

Che cos'è l'Hpv?

«La famiglia dei papillomavirus comprende più di 120 tipi diversi, 40 dei quali sono stati associati a patologie genitali, al cancro del collo dell'utero e dell'orofaringe. L'infezione causata da questi virus può essere transitoria o persistente (si prolunga per anni). Le infezioni persistenti e, attraverso passaggi successivi - da ciascuno dei quali è possibile sempre avere un'evoluzione verso la guarigione -, possono arrivare a determinare il cancro, di cui il più frequente è quello del collo dell'utero — spiega Susanna Esposito, direttore dell'Unità di pediatria ad alta intensità di cura del Policlinico di Milano e Presidente dell'Associazione mondiale per le malattie infettive e i disordini immunologici —. La lesione più caratteristica a livello dei genitali è però il *condiloma acuminato*, una sorta di verruca genitale per analogia con le verruche delle pelle, anch'esse provocate da ceppi dell'Hpv».

Come si trasmette?

«Le infezioni da papillomavirus fanno parte delle malattie sessualmente trasmesse. Non occorre un rapporto sessuale completo e sono a rischio anche i rapporti anali e oro-genitali. Le probabilità di contagio aumentano sotto i 20

anni, quanto più precoce è il primo rapporto e quanto maggiore è il numero dei partner».

Che cosa comporta l'infezione da Hpv?

«Nella maggior parte dei casi l'infezione a livello genitale passa inosservata; non provoca disturbi e in genere regredisce in modo spontaneo in alcuni mesi. Solo in una minima percentuale di casi alcuni ceppi virali, soprattutto i tipi 6 e 11, possono provocare i condilomi acuminati. Più pericolosa, è l'infezione genitale con i tipi 16 e 18 che, quando persistono per diversi anni, possono provocare lesioni precancerose che, in una piccola percentuale di casi, possono evolversi, se non trattate, nel tumore del collo dell'utero. L'Hpv è poi risultato associato a tumori di vagina, ano, vulva, pene, cavo orale e della pelle in generale. In questi tumori il tipo di virus più spesso isolato è il 16».

Quali sono le strategie di prevenzione?

«L'Italia è stato il primo Paese europeo ad aver adottato, dal 2008, una strategia vaccinale contro l'Hpv. La somministrazione gratuita del vaccino viene offerta a tutte le adolescenti tra gli 11 e i 12 anni. Il vaccino può essere utile anche se si hanno più di 12 anni, ma la sua efficacia diminuisce se si è già entrati in contatto con uno o più dei ceppi virali contenuti nel vaccino stesso. Alcune Regioni si sono attivate per offrire il vaccino anche ai ragazzi: è accertato che l'Hpv può causare nei maschi il cancro dell'ano, del pene e del cavo orale e, come nella popolazione femminile, i condilomi ano-genitali».

Qual è il ruolo dei test di screening?

«La vaccinazione non previene la totalità delle infezioni da Hpv che possono provocare un tumore, perciò rimane importante l'adesione agli screening con Pap test e l'Hpv Dna Test».

Cosa fare in caso di infezione da Hpv?

«Se l'infezione non regredisce in modo autonomo, si effettuano ulteriori esami (colposcopia, biopsia. Se opportuno, si asporta la lesione col laser o con un intervento (conizzazione), che toglie la parte del collo dell'utero a rischio. I condilomi sono trattati con terapie mirate (laserterapia, crioterapia, ecc.)».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il **papillomavirus umano (Hpv)** è il responsabile della più comune infezione virale del tratto riproduttivo, che può essere transitoria o prolungarsi per anni. Le infezioni persistenti possono, in alcuni casi, determinare il cancro, di cui il più frequente è quello del collo dell'utero (o **cervice uterina**)

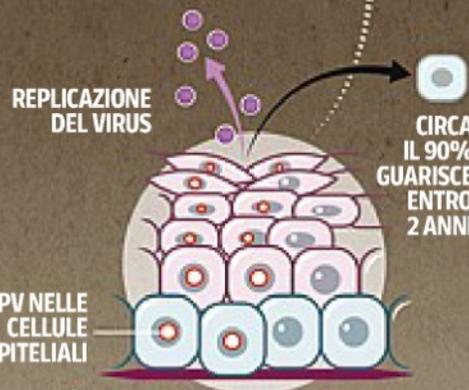
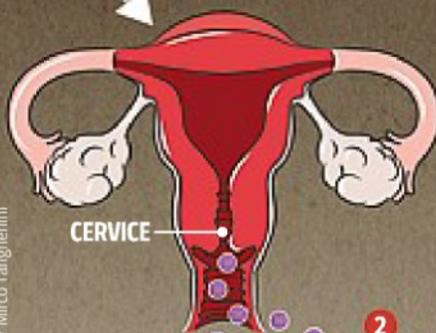
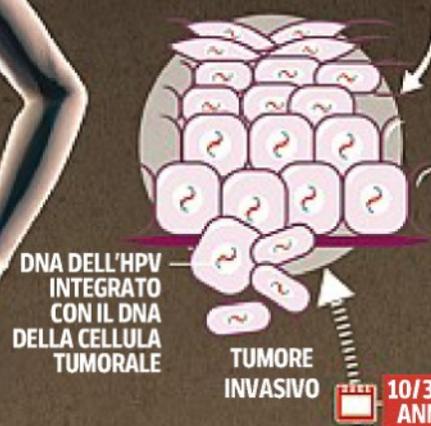
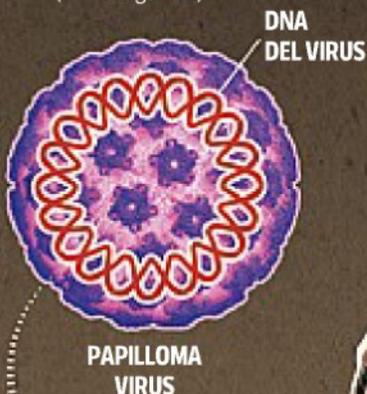
Le donne che, nel corso della vita, a partire dall'inizio dell'attività sessuale, vengono infettate dall'HPV



1 Il papillomavirus umano o Hpv è un virus con un Dna circolare, contenuto all'interno di un guscio proteico. Esistono più di 120 tipi di Hpv. Circa il 70% di tutti i carcinomi cervicali è associato alla presenza di Hpv 16 o 18. Altri ceppi, come Hpv 6 e 11, non sono cancerogeni ma provocano i condilomi (verruche genitali)

4 In alcuni casi il virus può persistere per molto tempo e poi progredire in cancro

LO 0,8% SVILUPPA IL CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO



2 Il virus infetta le cellule della cervice uterina. Il Dna virale si integra con quello delle cellule infettate

3 Il virus inizia a replicarsi. In circa il 90% dei casi il sistema immunitario distrugge l'Hpv naturalmente nell'arco di circa due anni

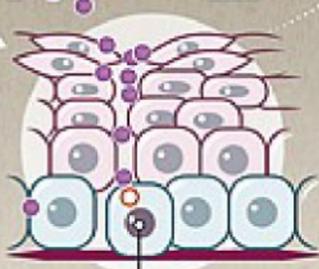
ALCUNE SETTIMANE

LA TRASMISSIONE

- Il virus si trasmette durante i rapporti sessuali di qualsiasi tipo (anche anali e orogenitali) per contatto diretto fra la cute o le mucose di un soggetto infettato e quelle di uno suscettibile, cioè di una persona che non ha mai incontrato in precedenza quel particolare tipo di Hpv
- La trasmissione del virus può avvenire anche tra mamma infetta e neonato al momento del parto

LE CONSEGUENZE DELL'INFEZIONE

- L'infezione da Hpv non dà sintomi, ma può causare diverse malattie
- Al ceppo Hpv 16 viene attribuito circa il 60 per cento di tutti i casi di **tumore del collo dell'utero** e al ceppo 18 circa il 10 per cento dei casi
- I ceppi 6 e 11 sono responsabili del 90 per cento dei **condilomi acuminati** (verruche genitali)
- L'HPV è risultato associato anche ad altri tumori delle vie anogenitali (ano, vagina, vulva, pene), del **cavo orale** (bocca e laringe) e della **cute** in generale. In tutti questi tumori il tipo di Hpv più spesso isolato è il 16



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

I FATTORI FAVORENTI

- Sebbene l'infezione da Hpv a carico del collo dell'utero sia molto frequente, nella maggior parte dei casi non progredisce verso il cancro
- Le possibilità che il danno locale progredisca sono maggiori in presenza di alcuni fattori tra i quali rientrano:
 - fumo di tabacco
 - uso di contraccettivi ormonali
 - coinfezione con altri agenti sessualmente trasmessi
 - tipo di Hpv e coinfezioni con altri ceppi di Hpv
 - predisposizione genetica
 - promiscuità sessuale

LA PREVENZIONE

- La prima arma per difendersi dall'Hpv e dai tumori che può provocare è la **vaccinazione**
- Il vaccino ha un'efficacia massima in chi non ha ancora avuto rapporti sessuali. La vaccinazione gratuita è prevista per tutte le adolescenti tra gli 11 e i 12 anni. Si sta pensando di estenderla anche ai maschi
- La vaccinazione non previene la totalità delle infezioni da Hpv che possono provocare un tumore, per questo motivo resta fondamentale l'adesione ai programmi di screening con **Pap test e Hpv Dna test**
- Il Pap test e l'Hpv Dna test consistono nel prelevare alcune cellule della cervice con una spatolina durante una normale visita ginecologica. Il **Pap test** prevede l'analisi al microscopio delle cellule prelevate per escludere la presenza di alterazioni tumorali o pretumorali, infezioni e segni di infiammazione pretumorali. L'**Hpv Dna test** rileva la presenza di virus Hpv ad alto e medio rischio, prima ancora che le cellule del collo dell'utero presentino modificazioni visibili al Pap test
- Le donne sessualmente attive (*anche quelle vaccinate*) dovrebbero essere sottoposte al Pap test a partire dai 25 anni, ogni 3 anni. Dai 30 anni è raccomandato l'Hpv Dna test ogni 5 anni, eseguendo anche il Pap test solo in caso di positività dell'Hpv Dna test
- Altre misure di prevenzione sono: **disincentivare l'abitudine al fumo** ed evitare i **rapporti sessuali con partner a rischio**. Da consigliare, invece, il ricorso al preservativo, soprattutto se si hanno rapporti con partner occasionali



Susanna Esposito

Presidente
Associazione
mondiale
per le malattie
infettive
e i disordini
immunologici

quotidianosanita.it

30 AGOSTO 2015

Renzi: "Nessun taglio alla sanità. Solo tagli agli sprechi: meno poltrone Asl e più costi standard"

Così il premier in un'intervista al Corriere della Sera rispondendo a una domanda sulle coperture necessarie a mantenere la promessa di abbassare le tasse. "Magari nella sanità ci sarà qualche poltrona Asl in meno e qualche costo standard in più. Ma sono tagli agli sprechi, non alla sanità".

"Io le tasse le ho abbassate sul serio. Mi riferisco innanzitutto agli 80 euro. Mi riferisco poi alle misure sul lavoro, dall'Irap agli sgravi contributivi per i neoassunti. Adesso la casa con l'azzeramento di Tasi e Imu, quindi l'Ires per le aziende nel 2017 e l'Irpef nel 2018. Non ci sarà nessun taglio alla sanità per non far pagare il ricco. Magari nella sanità ci sarà qualche poltrona Asl in meno e qualche costo standard in più. Ma sono tagli agli sprechi, non alla sanità".

Così il presidente del Consiglio **Matteo Renzi** in un'intervista apparsa oggi sul *Corriere della Sera* rispondendo alla domanda di **Aldo Cazzullo** che gli chiedeva dove avrebbe trovato i soldi per mantenere la sua promessa di abbassare le tasse già a partire dalla prossima legge di stabilità.

Share  stampa

Infermieri militari. Ipasvi: “Eliminare sperequazioni e differenze con i dipendenti Ssn”. Tavolo con Salute, Difesa e Interni

Richiesta ufficiale della Federazione Ipasvi su cui concorda il ministero della Salute a Interni e Difesa per avviare il tavolo tecnico di confronto per risolvere differenze e sperequazioni tra gli oltre 280mila professionisti dipendenti del Servizio sanitario nazionale e i circa 1500-2000 con le stellette.



29 AGO - La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi ha inviato al [ministero Salute](#) la richiesta ufficiale di costituire un tavolo tecnico con i dicasteri Difesa e Interni per risolvere differenze e sperequazioni tra gli oltre 280mila professionisti dipendenti del Servizio sanitario nazionale e i circa 1500-2000 con le stellette.

Prima della pausa estiva, il ministero della Salute ha concordato con la Federazione di trasmettere la richiesta alle direzioni generali competenti degli altri dicasteri: l'attivazione del tavolo tecnico assume, ora, un profilo di maggiore urgenza, viste le numerose ipotesi di convenzione tra infermieri militari e Regioni, perché questi collaborino con le strutture del Ssn e si integrino in caso di necessità.

Ultima proposta in questo senso, quella, vicina alla conclusione, tra lo stesso ministero della Difesa, **Roberta Pinotti** e il presidente della Regione Emilia Romagna **Stefano Bonaccini**: una prova di integrazione tra medici e infermieri militari e strutture del Ssn che, se funzionerà, sarebbe intenzione di ministero e Regione mantenere a regime.

Idea che tuttavia rischia di perdersi sulla stessa strada percorsa dagli accordi “dual use” stipulati ad agosto 2013 dall'Ammiraglio **Andrea Toscano**, comandante del Dipartimento militare marittimo dell'Alto Tirreno e **Gianfranco Conzi**, direttore generale dell'Asl 5 di La Spezia nell'ambito di un progetto di scambio reciproco di professionalità per il miglioramento dell'erogazione di servizi sanitari a favore del personale militare e della popolazione civile. Gli accordi sono falliti perché gli infermieri militari non essendo tutti iscritti ai Collegi come prescrive la legge non possono operare al di fuori delle strutture militari. Problema che tuttavia non riguarda i medici con le stellette: questi, pur essendo alle dipendenze dell'amministrazione militare, possono liberamente esercitare la professione anche fuori dalle mura delle caserme e sono regolarmente iscritti all'Ordine professionale come i loro colleghi dipendenti del Ssn.

Perché l'integrazione e la collaborazione siano possibili quindi, scrive l'Ipasvi ai ministeri, è necessario cambiare alcune regole, applicare leggi dello Stato che, per gli infermieri militari, sembrano non avere lo stesso valore di quello dato alle altre professioni intellettuali e, soprattutto, mettere i professionisti sullo stesso piano, ovunque questi lavorino.

Attualmente infatti, sottolinea l'Ipasvi, gli infermieri delle Forze armate e quelli della Polizia di Stato sono discriminati rispetto ai colleghi dipendenti del Servizio sanitario nazionale per la non applicazione alle loro situazioni occupazionali delle leggi più favorevoli approvate negli ultimi quindici anni per gli infermieri dipendenti della pubblica amministrazione.

Per questo sono penalizzati sia rispetto al valore del loro titolo di laurea che nelle amministrazioni attuali di appartenenza non consente progressioni di carriera come quelle dei colleghi del Ssn (né come quelle dei medici militari), sia per quanto riguarda diritti e doveri, tra cui non ultimo quello dell'aggiornamento continuo, che derivano dall'iscrizione, prevista per legge, per l'esercizio della professione, all'albo nazionale.

L'Ipasvi fa notare che “relativamente all'iscrizione all'albo professionale e allo specifico ambito professionale dell'infermiere, appare evidente la mancata applicazione” delle disposizioni previste da ultimo dalla legge 43/2006. Ma non solo: la mancata iscrizione fa venir meno uno dei requisiti previsti per legge per esercitare l'attività infermieristica tout court

“Inoltre – come anche affermato in una nota della direzione generale delle professioni sanitarie del ministero della Salute – anche il diverso inquadramento funzionale degli infermieri militari nei differenti ruoli (vice revisore tecnico nella Polizia di Stato e sottufficiale nell'Esercito), come evidenziato dalla Federazione Ipasvi, richiederebbe una necessaria armonizzazione”.

Così la situazione attuale si rischia anche “di configurare l'attività di questi infermieri nel momento in cui dovesse essere svolta al di fuori delle amministrazioni militari di appartenenza – spiega la presidente Ipasvi **Barbara Mangiacavalli** – a favore della popolazione civile, quale esercizio abusivo della professione. Una rischio che professionisti che hanno seguito lo stesso iter formativo dei loro colleghi del Ssn e che dimostrano lo stesso valore professionale sul campo, non devono correre. E' per questo che la Federazione si è attivata per la tutela dei loro diritti e della loro professionalità. Ed è per questo che chiediamo un confronto immediato sia tecnico che politico, prima che a metà ottobre l'avvio dell'iter della legge di stabilità paralizzi l'attività parlamentare e del Governo, con Salute, Difesa e Interni”.

“In questo senso e per sottolineare l'importanza e la delicatezza del problema – conclude Mangiacavalli – la Federazione Ipasvi sta predisponendo per la prossima primavera una giornata di studio da dedicare agli infermieri “con le stellette”, perché si possano confrontare le realtà professionali e occupazionali dei professionisti e perché possa essere definita per la prima volta una strada comune da percorrere a fianco dei colleghi dipendenti del Ssn”.

Fonte: Ipasvi

segui [ilFarmacistaonline.it](#)

feed

newsletter

archivio

iPùletti (ultimi 7 giorni)

- 1 Ictus. Lavorare troppe ore a settimana aumenta il rischio. Gli esperti: “Non superare le 48 ore”
- 2 Spese sanitarie e dichiarazione dei redditi. ‘Basta’ conservare scontrini e ricevute. Sarà tutto la Tessera sanitaria. In Gazzetta il decreto
- 3 Diabete. Ti ammalerei entro cinque anni? Possibile prevederlo con un semplice test. Pubblicati i dati di uno studio italiano
- 4 Nati prematuri. Nel mondo 15 mln ogni anno. Dall'Oms le nuove linee guida per prevenire complicazioni
- 5 Ddl concorrenza. Parafarmacie: “Parlamento non tuteli solamente farmacisti titolari”
- 6 Colon. Arriva un nuovo esame del sangue che rivela la presenza di polipi precancerosi
- 7 Tumore alla mammella. Dalla Gran Bretagna nuovo test su recidive. Le “svela” 8 mesi prima
- 8 Il Patto per la Salute al capolinea? Molte delle sue promesse sono rimaste al palo. E dopo i tagli le Regioni premono per rinegoziare l'accordo
- 9 Bilanci irregolari. Dopo Piemonte a rischio altre Regioni? Le reazioni dei governatori
- 10 Pubblicate in G.U. determinazioni Aifa per revoca su rinuncia Aic di medicinali vari

NICOLA SIMONETTI

Diabete, patologia in aumento

Novità per la cura del diabete tipo 1: Primo trapianto con tecnica nuova di isole pancreatiche premessa per un "mini-pancreas" e microinfusore e presentazione di MiniMed che fa tutto da sé nell'assicurare insulina.

Il trapianto effettuato con ingegneria tissutale in una impalcatura biologica riassorbibile sulla superficie dell'omento, nel programma di Diabetes Research Institute, università di Miami (collaborazione di ospedale Niguarda, San Raffaele, Milano e ISMETT, Palermo) tende ad un "mini organo" bioingegnerizzato (BioHub) capace - dice l'italiano Camillo Ricordi, direttore Centro Trapianti Cellulari università di Miami - di sostituire il pancreas nella naturale produzione di insulina in persone con diabete di tipo 1.

Questa è patologia cronica che compare in adolescenti (per questo, detto "giovanile") ma anche in neonati e giovani adulti, quando la porzione di pancreas che produce l'insulina (cellule beta delle insulae) va in tilt e non ne produce più.

Patologia in aumento. In Italia, colpiti circa 300.000 con incidenza, in 10 anni, del 23% in più. Ogni anno, più 2-3%

Questo diabete è detto anche insulino-dipendente perché, con il forfait del pancreas e la mancanza di insulina, bisognerà somministrare l'ormone per tutta la vita.

In mancanza di insulina, che regola i livelli di glucosio nel sangue e lo fa entrare nelle cellule nelle quali esso funziona come riserva di energia, è subito crisi, coma, a volte morte.

Il glucosio, introdotto con l'alimentazione, non viene utilizzato ed è eliminato con le urine.

Si tratta di patologia autoimmune: il sistema immunitario del soggetto, cioè, va in amnesia, impazzisce e, invece di individuare e combattere nemici esterni o interni, scambia come tali le cellule del pancreas che producono insulina e le attacca con autoanticorpi fino a distruggerle. Ed è black out totale per l'insulina e, quindi, più glucosio nel sangue (iperglicemia) e, quando il numero di cellule beta "uccise" giungono all'80%, si evidenzia il diabete tipo 1.

L'unica terapia è la somministrazione di insulina in quantità tale da mimare quanto avviene, nella giornata, con la normale funzione del pancreas. Ma vanno anche instaurate regole di alimentazione, esercizio fisico e di vita.

La più frequente complicanza è l'ipoglicemia (il glucosio nel sangue scende a 70 mg/dl o sotto): si presenta, all'improvviso (anche di notte) con disturbi fino a perdita di coscienza, caduta a terra, convulsioni e, in casi più gravi, rischio di morte. L'ipoglicemia grave è conseguenza di mancata assunzione di un pasto o sua composizione errata, di ipoglicemie ripetute trascurate, alcool, attività fisica esagerata o non compatibile.

In aiuto dei soggetti con diabete, la tecnologia moderna evita le iniezioni ripetute e consente la somministrazione di insulina secondo le necessità dell'organismo con microinfusore tipo l'ultimo MiniMed 640G in grado di prevenire eventuali ipoglicemie, sospendendo in modo automatico l'erogazione di insulina e riavviarla successivamente al bisogno.

Esso, con hardware e software, gestisce il monitoraggio continuo del glucosio e ne controlla i livelli, può trasmettere e registrare i dati.



Lotta ai tumori Troppi interventi, dicono nuovi studi Usa

Cancro al seno, il metodo Veronesi finisce sotto accusa

◊ BARBACETTO A PAG. 10 - 11

Troppi interventi al seno Veronesi il grande seduttore è sotto accusa

Pieno d'energia Criticato per i suoi finanziatori (Eni, Enel, Veolia, Pfizer, Kedrion) e per il sì al nucleare e agli inceneritori. Rubbia: "Si occupi di oncologia"

Scontri Un luminare canadese guida il fronte medico contrario all'eccesso di cure: anche persone sane diventano malati di cancro, troppe mammelle asportate inutilmente

L' » **GIANNI BARBACETTO**
.....
Milano
inizio lo racconta così: "Era un giorno d'estate, primi an-

ni 50, io giovane assistente all'Istituto dei tumori di Milano. Il responsabile del reparto va in ferie, il vice pure, mi chiamano: "Tocca a te". Era la prima volta che operavo una donna al seno".

Allora l'intervento era macelleria. "Si pensava fosse l'unico modo per salvare la vita delle pazienti, ma era un massacro. Mi sono messo a pensare, studiare, ricercare". Nel 1981 la tecnica rivoluzionaria di Umberto Veronesi (la "quadrantectomia") arriva sulla prima pagina del *New York Times*. Diventa l'uomo-simbolo della lotta ai tumori: 30 mila donne operate, 300 mila visitate, 5 milioni che hanno avuto il seno salvato grazie al suo metodo. Oggi, alla vigilia dei 90 anni, ha lasciato l'incarico di di-

rettore scientifico dello Ieo, l'Istituto europeo di oncologia, da lui fondato nel 1991, ma resta il punto di riferimento della Fondazione Umberto Veronesi.

Il cancro e l'esistenza di Dio

Comunicatore straordinario, grande seduttore di uomini e donne, laico, favorevole all'aborto e all'eutanasia. Ha dichiarato senza paura che "la marijuana non fa male" e che "i danni da spinello sono praticamente inesistenti". È convinto che l'umanità vada verso una progressiva de-sessualizzazione ed è d'accordo che anche le persone omosessuali possano adottare dei figli: "Un gay può essere un bravissimo padre o una bravissima madre, non vedo che differenza ci sia". Dice sì alla riproduzione in provetta "perché ormai di fronte a un'aumentata infertilità, sia maschile sia femminile, e a

una procreazione sempre più avanti con gli anni, dobbiamo trovare delle soluzioni. E la più semplice è la procreazione medicalmente assistita". Di sé dice: "Sono ermafrodita, in senso intellettuale: un corpo da uomo con una mente femminile".

La sua laicità è nutrita dalla riflessione sul dolore e sul male nel mondo. "Non saprei dire qual è stato il mio primo giorno senza Dio", scrive Veronesi. "Sicuramente dopo l'esperienza della guerra non misi mai più piede in una chiesa... Oltre alle stragi dei combattimenti, ho toccato con mano



anche la follia del nazismo e non ho potuto non chiedermi, come fece Hannah Arendt prima e Benedetto XVI molti anni dopo: 'Dov'era Dio ad Auschwitz?'".

Poi l'incontro, altrettanto drammatico, con il cancro. "Allo stesso modo di Auschwitz, è diventato la prova della non esistenza di Dio. Come puoi credere nella Provvidenza o nell'amore divino quando vedi un bambino invasato da cellule maligne che lo consumano giorno dopo giorno davanti ai tuoi occhi?".

Veronesi è uno degli italiani intoccabili: grande medico e grande amico delle donne, chi oserebbe parlar male di Garibaldi? Così quando ci ha provato Beppe Grillo ("Veronesi va sempre in tv a pubblicizzare la necessità per le donne di fare le mammografie... Ma lui magari prende le sovvenzioni per il suo istituto da chi vende le macchine per le mammografie") è stato sommerso dalle critiche.

Non è andata meglio a Roberto Fico, parlamentare del Movimento 5 stelle e presidente della Commissione di vigilanza Rai: "Quanta ipocrisia sui tumori. Veronesi è finanziato da costruttori di inceneritori. Il governo disquisisce di tumori e mammografie, ma è lo stesso che autorizza la ricerca e l'estrazione del petrolio in Italia, che non investe un euro nelle energie rinnovabili, che dirotta i soldi per le bonifiche delle terre inquinate verso l'Expo". Finanziano la sua Fondazione, infatti, Acea, Enel e Veolia (che gestiscono centrali e inceneritori), ma anche industrie farmaceutiche come Novartis, Pfizer e Kedrion (gruppo Marcucci, coinvolto nello scandalo del sangue infetto), oltre a Eni, Nestlé, Adecco, Cpl Concordia e T-Fumo (sigarette elettroniche).

Sì alla marijuana, sì all'uranio

Del resto Veronesi, qualche anno fa, ospite di Fabio Fazio, dichiarò che gli inceneritori hanno "incidenza zero" sulla salute della popolazione. Come le centrali nucleari: per rispettare gli im-

pegni presi con il Protocollo di Kyoto, ha dichiarato nel 2007, l'Italia dovrebbe realizzare dieci impianti in dieci anni, superando lo "spauracchio ingiustificato" della tecnologia atomica, che "non comporta rischi per la salute e l'ambiente".

Gli ha risposto seccamente il premio Nobel per la Fisica Carlo Rubbia: "Veronesi si occupi di oncologia, dove riesce benissimo, lasciando il nucleare a chi ne ha competenza".

Quelle sul nucleare sono convinzioni discutibili, ma legittime e perfino scientificamente sostenibili. C'è invece un altro argomento che circola sotterraneo negli ambienti medici, ma che nessuno in Italia vuole sollevare apertamente, perché Veronesi non solo è intoccabile, ma è ancora molto potente: è il problema del super-trattamento (in inglese: *overtreatment*) del tumore al seno e dell'inganno statistico che lo sostiene.

È un argomento delicatissimo, perché ha a che fare con la salute, con la vita e con la morte e, in più, con le donne e la sessualità. Proviamo dunque a parlarne, senza la pretesa di avere la verità e con la certezza che semplificheremo troppo cose molto complicate.

L'anti-Veronesi d'America

Steve Narod, professore di epidemiologia dell'università di Toronto, è l'anti-Veronesi d'America. Sulla base dei suoi studi, dice: "Scompaiono da soli il 10 per cento dei tumori al seno impalpabili di 2 centimetri, il 50 per cento dei tumori al seno di 1 centimetro e il 99 per cento dei tumori al seno di 1 millimetro". Una parte dei tumori al seno, dunque, sparisce da sola, così come è venuta. Ma oggi i controlli a cui le donne si sottopongono sempre più precocemente scoprono tumori anche piccolissimi e avviano un gran numero di percorsi medici. Controlli, palpazioni. Ma anche mammografie, ecografie, risonanze magnetiche. Poi biopsie e, via via, interventi chirurgici. In que-

sto percorso entrano anche le donne con tumori "indolenti" che mai sarebbero diventati pericolosi o addirittura, secondo il professor Narod, sarebbero scomparsi da soli. Eppure ci sono donne che preferiscono interventi preventivi e radicali: come Angelina Jolie, che ha annunciato al *New York Times* di essersi fatta asportare prima entrambe le mammelle e poi anche le ovaie, per evitare il rischio di sviluppare un cancro a cui era predisposta e di cui erano morte la madre, la nonna e la zia.

Condannati a essere malati a vita

Certo, però, che l'*overtreatment* di alcune donne - spiegarlo i medici - è ripagato con la salvezza di tante altre che altrimenti si sarebbero ammalate e magari sarebbero morte. "Oggi possiamo guarire l'85 per cento delle donne che si ammalano di tumore del seno, circa 30 mila ogni anno", dice Veronesi. Non è vero, ribattono i critici, anche italiani, medici e professori che fanno lo stesso lavoro di Veronesi ma che preferiscono non attaccarlo mettendoci la faccia: "È ancora troppo potente". La mortalità reale, dicono, potrebbe essere calata del 10 per cento. Il resto è inganno statistico: la percentuale di chi si salva si è ampliata perché si è enormemente ampliata la platea di partenza delle donne (sane) che si sottopongono ai controlli.

Il meccanismo è più comprensibile nel tumore alla prostata. Con i controlli massicci di oggi, è aumentata la medicalizzazione degli uomini: si scoprono molti tumori alla prostata, organo che tende naturalmente alla cancerizzazione. A molti che sarebbero arrivati sereni alla vecchiaia e non avrebbero mai avvertito neppure i sintomi del male, oggi viene diagnosticato il cancro, con conseguente trattamento radiologico o intervento chirurgico (ed effetti collaterali, fino all'impotenza). Strana bestia la medicina moderna: salva molti malati dalla morte, ma condanna

moltissimi sani a diventare malati di cancro a vita.

Il problema è stato sollevato di nuovo a luglio dal *New York Times*, riprendendo studi sul Dcis (Ductal carcinoma in situ), un tumore al seno confinato dentro i dotti della ghiandola mammaria. "Non bisogna trattarlo", dice chiaramente il dottor Narod, esibendo uno studio che dimostra che negli ultimi 20 anni la mortalità delle donne sottoposte a trattamenti per Dcis è identica a quelle delle donne in generale (il 3,3 per cento): dunque il trattamento (rimozione di parte della mammella, a volte abbinata a radioterapia) si è dimostrato inutile.

Non ci sono soluzioni facili, naturalmente. Meno che mai l'atteggiamento anti-scientifico di rifiuto dei controlli. Veronesi replica: "Nessuna donna sceglie di vivere con la coscienza di avere una lesione pre-tumorale, che potrebbe diventare un cancro". Certo è che in qualche Paese negli ultimi anni gli interventi sono stati ridotti e qualche lumina, come appunto il professor Narod, propone apertamente di limitare la medicalizzazione delle persone colpite dal cancro.

Nel caso della prostata, anche in Italia (per esempio all'Istituto dei Tumori di Milano, da cui Veronesi è partito per la sua avventura) si sta affermando il metodo della "sorveglianza attiva", che mantiene i controlli dei tumori "indolenti" senza

però trattarli, finché non sono superate determinate soglie di rischio. I pazienti vengono informati e poi possono scegliere: intervento chirurgico, intervento radiologico, oppure "sorveglianza attiva".

La medicina e la ricerca in Borsa

Veronesi invece, secondo il fronte medico che lo critica, è troppo interventista. Lui sostiene che è meglio non rischiare, anche perché, in fondo, "gli interventi richiesti sono minimi". Ma possono essere considerati "minimi" interventi chirurgici che asportano parti di seno, fino alla mastectomia ("conservativa" quanto si vuole...), a cui si aggiungono di solito radioterapia e ormonoterapia? Sono gli stessi trattamenti del carcinoma infiltrante.

"E poi, diciamo la verità, la chirurgia conservativa del seno non l'ha inventata lui", dice un importante chirurgo milanese, "ha fatto studi importanti sul problema, ha messo a punto un protocollo sistematico e infine con la sua immensa capacità comunicativa ha venduto il suo metodo come cosa straordinaria".

Grande seduttore e grande costruttore di reti di relazione e di potere, grande nepotista impegnato a sistemare la sua grande famiglia, Veronesi dopo aver lasciato

l'Istituto dei Tumori è riuscito a costruire lo Ieo, l'Istituto europeo di oncologia. È stata la sua sfida vinta. Gli è andata bene anche con Genextra, il fondo specializzato in biofarmaceutica lanciato insieme al finanziere Francesco Micheli con tanti soci finanziatori, da Diego Della Valle a Luca Cordero di Montezemolo, da Marco Tronchetti Provera a Blackrock, da Banca Intesa all'immancabile Salvatore Ligresti (prima del crac).

Dopo un avvio difficile e tre ricapitalizzazioni, Genextra un anno fa ha fatto il colapaccio, grazie alla controllata Intercept Pharmaceuticals, società biotech che ha brevettato Int 747, una molecola capace di curare la steatosi epatica non alcolica che colpisce il 5 per cento degli americani: la società in pochi giorni ha aumentato il suo valore da 1,4 a 8,8 miliardi di dollari e ha piazzato sul mercato 1 milione di azioni a 320 dollari l'una. Più che medicina, finanza.

L'ultima sfida di Veronesi è invece il Cerba. Ed è stata persa. Il "Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata", polo di ricerca e cura, doveva nascere a Milano, attorno al suo Ieo, sui terreni di Ligresti. Lo voleva a tutti i costi, anche se la nobile idea del parco scientifico si era via via trasformata in un'operazione immobiliare con annesso diluvio di cemento nel Parco Sud di Milano. Il crac Ligresti ce l'ha risparmiato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

minimo i danni, anche estetici, al seno femminile. E perché è un grande comunicatore, ottimo manager di se stesso e delle sue cause, molto presente sui giornali e sulle tv. Resta anche molto potente negli ambienti medici. Ora sta però riprendendo il dibattito sull'eventuale iper-trattamento del tumore al seno. Le migliaia di interventi chirurgici salvano migliaia di vite

umane, dice il fronte pro-Veronesi. Ma condannano - replica il fronte opposto - a essere malate di cancro a vita migliaia di persone che forse non avrebbero mai sviluppato il loro tumore "indolente". È un dilemma (amletico) che gli americani sintetizzano così: "To treat or not to treat". Delicatissimo, perché ne va della salute, della vita e della morte delle donne.



Percentuale di mortalità tra le donne per tumore al seno (ultimi 20 anni). Percentuale uguale, tra quelle sottoposte a intervento per Dcis



Le donne italiane colpite ogni anno dal tumore al seno, che rappresenta il 29 per cento di tutti i tumori che colpiscono le donne

L'uomo amato dalle donne

Umberto Veronesi è molto amato dalle donne. Perché nella sua lunga vita - è alla soglia del 90 anni - ne ha salvate molte dalla morte per cancro alla mammella, che colpisce 1 donna su 8 nell'arco della vita. Perché ha contribuito a sviluppare una tecnica chirurgica "conservativa", che cerca di evitare al



Chi è

Umberto Veronesi, classe 1925, è il più famoso oncologo italiano. La sua attività di ricerca si è da sempre focalizzata sulla prevenzione e sulla cura del cancro e in particolare sul carcinoma mammario, prima causa di morte per tumore nella donna. Nel 1991 ha fondato lo Ieo (Istituto europeo di oncologia), di cui è anche stato direttore. Nel 2003 ha invece istituito la Fondazione Umberto Veronesi. Nel 2000 ha fatto parte del governo Amato, come ministro della Sanità



**STEVE NAROD,
L'ILLUSTRE AVVERSARIO**

Scompaiono da soli il 10 per cento dei tumori al seno impalpabili di 2 centimetri, il 50 per cento di quelli di 1 centimetro e il 99 per cento dei più piccoli, quelli di 1 millimetro



Una vita in corsia

Umberto Veronesi. In alto a destra pazienti dello Ieo. In basso a sinistra l'attrice americana Angelina Jolie
Ansa



Scorie radiattive

Per rispettare il Protocollo di Kyoto, ha detto nel 2007, l'Italia dovrebbe fare 10 impianti nucleari in 10 anni. Basta "spauracchi"
Ansa

«Così rivoluzioniamo le cure dell'epilessia»

Ha appena ottenuto il brevetto negli Usa e in Cina il progetto "Cyberbrain" interamente made in Italy

Un minuscolo impianto (che funziona sulle scimmie) consente diagnosi senza precedenti e terapie via wireless

VITO SALINARO
MILANO

Monitorare l'epilessia con una raffinatezza di informazioni che non ha precedenti. E, ancora, inviare stimoli elettrici a un apparecchio situato sulla corteccia motoria di un paziente disabile, restituendogli la possibilità di generare alcuni movimenti. Il tutto sfruttando la tecnologia wireless. L'attività sperimentale del progetto made in Italy "Cyberbrain" – ideato e sviluppato dall'azienda lombarda di chirurgia robotica "ab medica", in collaborazione con la controllata "A Tlc" di Ancona –, si è conclusa. È presto per parlare di svolta epocale per alcune malattie neurologiche perché sinora i test hanno riguardato gli animali. Ma il marchio è appena stato brevettato anche negli Usa e in Cina. E le aspettative, da tutto il mondo, sono enormi.

L'epilessia è al centro degli studi. Solo in Italia ci sono 500mila malati. Di questi, quasi il 20% ha sviluppato una forma della malattia farmaco-resistente, ovvero refrattaria alle medicine. Per la maggior parte di loro si può intervenire chirurgicamente. Ma per farlo in modo efficace occorre individuare il focolaio di origine, procedura piuttosto complessa. Perché oggi per registrare l'attività corticale si ricorre all'elettrocorticografia che però è soggetta a numerose interferenze. Inoltre, la registrazione si protrae per 3 o 4 giorni al massimo, al fine di evitare il rischio di infezioni. È un periodo troppo bre-

ve perché il paziente, anche a causa dell'anestesia e dello stress chirurgico, proprio in quei giorni può non sviluppare crisi, rendendo inutile l'indagine diagnostica. «Noi abbiamo superato sia il primo sia il secondo problema – afferma con orgoglio e un pizzico di emozione il neurochirurgo Pantaleo Romanelli, direttore scientifico del progetto –. In un prestigioso laboratorio di ricerca di Grenoble, in Francia, abbiamo utilizzato su una scimmia una griglia sottilissima (poche decine di micron), formata da 64 elettrodi. Il risultato ha sorpreso anche noi: il segnale ottenuto è finalmente purissimo, privo di interferenze e dalla precisione straordinaria». E il secondo problema? «I 3 o 4 giorni di utilizzo degli attuali apparecchi sono un ricordo perché siamo riusciti a monitorare il cervello del primate per ben sei mesi, è un record». Che, di fatto, stravolgerebbe la diagnostica e la conseguente sicurezza per pazienti candidati a interventi chirurgici più tempestivi e sicuri.

A proposito della tempestività. «Le informazioni viaggiano in tempo reale attraverso un innovativo sistema che sfrutta la banda radio e che si ricarica dall'esterno – riprende Rote con epilessia – evidenzia il neurochirurgo – tutto questo è rivoluzionario; perché il suo medico può essere immediatamente informato in caso di crisi. E si potrà mobilitare un'ambulanza nel momento stesso in cui la crisi parte, salvando molte persone che muoiono o perché i soc-

corsi non le raggiungono in tempo, oppure perché si tarda a riconoscere una crisi e a chiamare il 118».

Ma l'importanza del progetto sviluppato in Italia, non è solo di natura diagnostica. Il team guidato da Romanelli prevede che il minuscolo dispositivo possa svolgere pure funzioni terapeutiche. Perché inviando impulsi alla corteccia cerebrale si po-

tranno bloccare le crisi epilettiche via wireless. E il programma investirà altre malattie neurodegenerative. «Useremo questa tecnologia per restituire dei movimenti a persone disabili – evidenzia –, in qualche caso sfruttando il solo "pensiero". Prendiamo il caso del paziente paralizzato su sedia a rotelle con un danno al midollo spinale; ebbene, impiantandogli questo apparecchio sulla corteccia motoria, saremo in grado di ricevere e trasmettere programmi di movimento verso un arto robotico, oppure verso un esoscheletro che, in questo modo, potrà consentirgli la mobilitazione». Per l'applicazione di Cyberbrain sull'uomo l'attesa non dovrebbe superare i 12 mesi. E per il trial clinico ormai imminente (si attende il marchio Ce) si sono fatti avanti istituti di ricerca statunitensi, canadesi, francesi, tedeschi e britannici, oltre a quelli italiani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL NEUROCHIRURGO**È stato invitato al G20
e al Congresso americano**

L'epilessia è una condizione neurologica caratterizzata da una serie di improvvise manifestazioni critiche, motorie o sensoriali, spesso con perdita della conoscenza, dette "crisi epilettiche". Solitamente è trattata con farmaci, ma nei casi farmaco-resistenti si può spesso procedere con un intervento neurochirurgico. La malattia ha forti ripercussioni sul piano sociale, psicologico e cognitivo. È su questa patologia che si sono concentrate le ricerche di Pantaleo Romanelli, salemitano, 45 anni, laurea con lode alla Seconda Università di Napoli e specializzazione in neuropsichiatria infantile. Ha lasciato l'Italia per gli studi in neurochirurgia

negli Usa. Al New York Medical College e alla New York University prima, e alla Stanford University dopo, Romanelli si è occupato di neurochirurgia funzionale e dell'epilessia, e di radiocirurgia stereotassica. Allievo, alla Stanford, del professor John Adler, che ha inventato il Cyberknife (apparecchio che ha rivoluzionato le cure per alcuni tipi di tumore), Romanelli è stato invitato a relazionare sulle sue ricerche in oltre 300 convegni internazionali; recentemente ha presentato il Cyberbrain al Congresso Usa e al G20 di Brisbane. Lo scorso marzo, a Los Angeles, gli è stato consegnato il "Pioneer in Medicine Award" dalla prestigiosa Society for Brain Mapping & Therapeutics. È direttore scientifico di "ab medica".

(V. Sal.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stati Uniti

Quattro morti di peste bubbonica negli Usa sindrome manzoniana

L'infezione, portata da piccoli roditori, colpisce nelle zone rurali

FRANCESCO SEMPRINI
NEW YORK

È «allarme salute» negli Stati Uniti in seguito a un nuovo caso di contagio da peste bubbonica, riscontrato su una persona di cui non è stata rivelata identità. Si sa solo che il soggetto in questione aveva da poco trascorso del tempo in una zona rurale degli Stati Uniti. È il quarto caso giunto a stretto giro di tempo da quello riscontrato su un ragazzo di 16 anni reduce da una vacanza tra il parco di Yosemite, la Sierra National Forest in California.

A dare l'allarme è stato il «Department of Public Health» del Golden State, attraverso un comunicato nel quale consiglia, a scopo preventivo, di evitare contatti con roditori a chiunque visiti le zone dalle quali sembra possa essere originata la malattia.

In precedenza la malattia era stata riscontrata su due uomini di 52 e 79 anni. L'allarme era scattato il 20 agosto quando si era diffusa la notizia di un caso di un contagio nel parco di Yosemite su un giovane turista. Il ragazzo è stato prontamente curato, consentendo un veloce decorso della malattia, ma i Ranger avevano segnalato il pericolo dopo aver riscontrato casi di contagio su diversi scoiattoli che popolano il parco. In totale sono almeno una decina i casi di peste bubbonica riscontrati negli esseri umani a partire dallo scorso anno e quattro i decessi: sei gli Stati Usa interessati.

La peste bubbonica, flagello che per secoli ha rappresentato una piaga per l'umanità, raccontato anche da Alessandro Manzoni nei «Promessi sposi», può essere oggi curato agevolmente se preso in tempo.



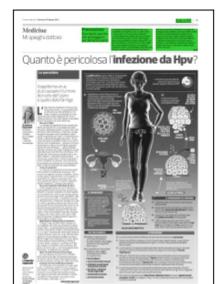
SALUTE

Prevenzione

Due tipi di vaccino
che proteggono
per almeno 8 anni

In Europa sono disponibili due vaccini, uno bivalente contro gli Hpv 16 e 18, utile anche verso i tipi 31, 33 e 45 ("cross-reazione"), responsabili di circa l'80% dei tumori e l'altro che comprende gli Hpv 16 e 18 e i due tipi più spesso responsabili di condilomi benigni (6 e 11), detto tetravalente. «Entrambi sono molto validi. Non ci sono studi di confronto con casistiche consistenti. Il primo sembrerebbe particolarmente efficace e adatto nella prevenzione del cancro dell'utero. Il secondo offrirebbe il vantaggio di proteggere dai condilomi, potendo risultare utile in chi ha una storia familiare di condilomi e nei maschi. Comunque in Italia le diverse Regioni decidono autonomamente sulla scelta dell'uno o dell'altro nei programmi vaccinali» precisa Esposito. La vaccinazione richiede due iniezioni nel giro di sei mesi. La protezione indotta dura almeno otto anni.

A. S.



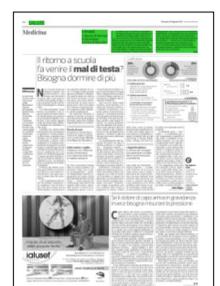
SALUTE

I rimedi

L'abuso di farmaci fa diventare cronico il disturbo

Le medicine per il mal di testa nei bambini e nei ragazzi possono far paura ai genitori, ma talvolta sono indispensabili: se gli attacchi sono numerosi e, ad esempio costringono a saltare la scuola, servono sia antidolorifici specifici sia principi attivi che agiscono sulle cause della cefalea, in grado di ridurre la frequenza delle crisi. È essenziale, però, che il piano terapeutico sia deciso dal pediatra o meglio ancora da specialisti di un centro cefalee per l'infanzia: il fai da te rischia di peggiorare le cose, favorendo la cronicizzazione della malattia. «Fra gli adolescenti con mal di testa sono in aumento i casi di abuso di antidolorifici, — dice Massimiliano Valeriani dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma —. Il fenomeno è causato dall'uso improprio di questi farmaci sintomatici come "cura" e favorito dalla tendenza delle famiglie all'autoprescrizione: è il pediatra a dover indicare quali usare, come e quando».

A. V.



SALUTE

Se il dolore di capo arriva in gravidanza invece bisogna misurare la pressione

Capita spesso alle donne in gravidanza. Un po' perché il sesso femminile è più soggetto ai mal di testa in generale, un po' per gli sconvolgimenti ormonali che caratterizzano i nove mesi dell'attesa, le cefalee durante l'attesa non sono affatto rare. Il più delle volte non devono preoccupare, ma in alcuni casi potrebbero essere il segnale di qualcosa che non va: lo spiega una ricerca appena pubblicata su *Neurology*, nella quale si indicano i campanelli d'allarme di cui tenere conto per capire se occorra qualche attenzione supplementare.

«Un mal di testa associato a febbre o convulsioni richiede ovviamente qualche indagine in più, ma ciò che tutte dovrebbero fare in caso di attacco di cefalea è un semplice controllo della pressione arteriosa — spiega Matthew S. Robbins, direttore degli ambulatori del Montefiore Headache Center di New York e responsabile dell'indagine —. La cefalea in gravidanza, se è associata all'ipertensione, aumenta di ben 17 volte la probabilità che dietro si nasconda un disturbo serio, che potrebbe compromettere la salute di mamma e bambino».

Il 90% delle donne esaminate da Robbins soffriva di emicrania e in circa un terzo dei casi si trattava di un sintomo secondario ad altre patologie; la metà di queste pazienti aveva anche ipertensione e il 49% una vera e propria *pre-eclampsia*, una complicanza "da pressione alta" che si manifesta nel secondo o nel terzo trimestre in circa il 5-10% delle gestanti e può provocare non pochi danni a mamma e bimbo. La pre-eclampsia, infatti, una volta su tre si associa a conseguenze come lesioni renali nella madre, ritardo nella crescita, necessità di cure intensive neonatali, parto prematuro e addirittura a un maggior rischio di morte materna e fetale. Riconoscerla in tempo per intervenire con gli anti-

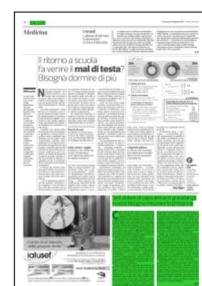
pertensivi è fondamentale e un mal di testa forte e improvviso può esserne un primo segnale da non sottovalutare: misurare la pressione in caso di dolore è perciò un modo semplice e veloce per capire se occorrono indagini ulteriori.

Inoltre, per quanto ovvio possa sembrare, in caso di cefalea in gravidanza occorre considerare anche la storia personale: se si è sofferto di mal di testa in passato, un attacco durante i nove mesi difficilmente è altro da una nuova "crisi" magari scatenata proprio dalle alterazioni ormonali. «Se invece non si ha una storia di mal di testa alle spalle, il rischio che un dolore forte e improvviso sia dovuto a qualche malattia sale di cinque volte ed è consigliabile un controllo più approfondito, perché può essere il primo segno di patologie anche serie» osserva Robbins.

Nelle future mamme obese, ad esempio, un mal di testa consistente potrebbe essere indice di ipertensione intracranica, malattia rara ma pericolosa; anche la trombosi venosa cerebrale, un'altra condizione poco frequente, si manifesta nell'80-90% dei casi proprio con un grosso mal di testa come primo sintomo. «Se non avete mai sofferto di cefalee e durante l'attesa avete un attacco improvviso e grave, parlatene sempre con il medico» conclude Robbins.

A. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

La riflessione

di **Mariano Corso***

SPESA SANITARIA E RISPARMI DIGITALI

I continui tagli lineari alla spesa sanitaria, non ultimo quello da 2,35 miliardi di euro previsto dalla recente manovra sulla Sanità, rischiano di compromettere la sostenibilità di un Sistema che negli ultimi anni ha già dovuto affrontare forti pressioni, con una sforbiciata complessiva pari a 17,5 miliardi di euro dal 2008 al 2015.

Questi tagli non sono sostenibili. Perché il contesto reale prevede costi crescenti a causa dell'aumento demografico negli anni futuri. E perché nel Paese con la popolazione più anziana d'Europa è difficile comprimere ulteriormente la spesa sanitaria complessiva, pari "solamente" al 8,8 per cento del PIL, una quota inferiore alla media OCSE (8,9 %) e lontano da quelle di Olanda (11,1 %), Svezia e Germania (11 %), Francia (10,9%).

Prima ancora di discutere dei tagli, bisognerebbe considerare una delle strade più utili per creare efficienza nel nostro Sistema sanitario, quella della modernizzazione realizzata attraverso l'innovazione tecnologica e organizzativa. Solo attraverso un investimento in innovazione e ricorrendo in particolare alle tecnologie digitali è possibile fermare quel processo di progressivo deterioramento che rischia al tempo stesso di rendere qualitativamente inaccettabili ed economicamente insostenibili i servizi del sistema socio-sanitario. Tuttavia, ad oggi la spesa ICT (acronimo inglese per Information and Communications Technology, cioè le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ndr) in Sanità in Italia è pari solamente a 23 euro all'anno per abitante, contro i 70 euro di Danimarca, 63 euro della Svezia, 60 euro della Gran Bretagna e 40 euro della Francia.

Una rivoluzione digitale completa per la Sanità italiana porterebbe finanziare ampiamente la modernizzazione del sistema, consentendo risparmi pari a circa 15 miliardi l'anno per il Sistema Paese, tra maggiore produttività per le strutture sanitarie (grazie alla Cartella Clinica Elettronica, alla dematerializzazione dei referti e delle immagini, ai servizi digitali al cittadino e alla Telemedicina) e risparmi di tempo per i cittadini (grazie al miglioramento dei servizi con il ritiro dei documenti clinico-sanitari via web, la prenotazione via web e telefonica di visite ed esami e le soluzioni di telemedicina). Questa dovrebbe essere la strada da percorrere, con convinzione, nella Sanità italiana.

*Responsabile scientifico Osservatorio
Innovazione Digitale in Sanità,
Politecnico di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute e diritti. Provvedimento in «Gazzetta Ufficiale»: resta il problema risorse

Al via la sfida della legge sull'autismo

di **Adriano Moraglio**

Le associazioni che si occupano dell'autismo sostengono che l'Italia conti almeno **500mila casi**. Sarebbero 5 milioni in Europa (nel 2012 il primo ministro francese, per esempio, aveva dichiarato il problema «grande cause nationale») e l'un per cento della popolazione mondiale ne sarebbe affetto. Il 5 agosto scorso la commissione Igiene e Sanità del Senato ha approvato in sede legislativa il Ddl sull'autismo, **prima legge nazionale in materia**. E il 28 agosto la «Gazzetta Ufficiale» ne ha pubblicato il testo, promulgato dal presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, il quale, alcuni mesi prima, al Quirinale, nel celebrare la giornata mondiale su questo tema, aveva detto che «la mancanza di consapevolezza, l'ignoranza, il pregiudizio, il rifiuto di riconoscere un altro, di confrontarsi con le diversità, di accettarle, di farle proprie provoca discriminazioni». Precisando che la consapevolezza del fenomeno dell'autismo «è uno dei banchi di prova su cui si commisura la civiltà del nostro Paese».

La legge entrerà in vigore il **12 settembre**. Non ha budget la nuova legge (e su questo le criti-

che non sono affatto mancate) ma, in ogni caso, i passi avanti sono evidenti, alla luce di quanto evidenziato proprio da Mattarella nei termini della consapevolezza del fenomeno e dell'esigenza di azioni specifiche: «La presente legge - recita l'articolo 1 - prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico». Con questa premessa, la legge, all'articolo 3, stabilisce l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con l'inserimento di questa problematica nelle politiche regionali e con l'individuazione di «centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi» e di «percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico, verificandone l'evoluzione». Tra gli obiettivi di queste iniziative, la definizione di equipe territoriali dedicate, progetti di sostegno alle famiglie, strutture residenziali e semiresidenziali accreditate oltre a progetti finalizzati all'inserimento lavorativo degli adulti con disturbi autistici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nei centri di accoglienza Pericolo scabbia a Roma Il Vaticano dà il farmaco

Martini → a pagina 7

Nella Capitale L'Elemosineria fa distribuire l'unguento nei centri d'accoglienza per evitare il diffondersi del contagio

Pericolo scabbia. Il Vaticano invia il farmaco

L'allarme

**Spesso però i migranti
non si vogliono far aiutare**

■ L'emergenza scabbia nella Capitale è sempre più attuale. Tanto che l'Elemosineria vaticana ha fatto produrre un farmaco ad hoc da distribuire in tutti i centri di accoglienza della città.

Casi di scabbia sono stati segnalati a più riprese in ogni angolo della città. La Croce Rossa ha segnalato più di una volta l'emergenza. Il problema, però, è che molte volte gli stessi immigrati non si vogliono far aiutare. È successo spesso nella tendopoli temporanea (anche se è stata aperta quasi tre mesi fa) alla stazione Tiburtina. A maggio scorso erano 84 i profughi ai quali era stata diagnosticata la scabbia. Ecco allora che la farmacia vaticana ha prodotto la medicina. Un barattolo bianco con tappo rosso e un'etichetta adesiva: benzil benzoato al 20 per cento. Per gli addetti ai lavori è uno dei più efficaci trattamenti contro la scabbia. Come fa sapere il Vaticano, per la Farmacia vaticana è anche un modo nuovo per esercitare la carità e proseguire nel servizio alla persona umana, senza distinzioni di razza, lingua, età e religione. Il barattolo contiene un unguento che la farmacia realizza nei propri laboratori per venire incontro alle necessità delle migliaia di immigrati che giungono ogni anno in Italia.

L'Osservatore romano spiega che «la preparazione viene prodotta su richiesta dell'Elemosineria apostolica che si incarica poi di distribuire il medicinale recandosi periodicamente nei vari centri di accoglienza a Roma per portare la carità del Papa ai bisognosi della diocesi. Proprio di recente, in una delle strutture più affollate della città, i volontari dell'Elemosineria hanno con-



segnato cinquanta chili del farmaco antiscabbia, insieme a un centinaio di confezioni di antibiotici e antistaminici, e a una cinquantina di pomate antimicotiche. L'unguento è uno dei preparati galenici che vengono fatti ogni giorno nel laboratorio della Farmacia vaticana. Messi in soffitta gli alambicchi di rame per distillare e le bilancine a mano per pesare i principi attivi, i nuovi strumenti tecnologici la fanno da padroni. In questi ultimi tempi, infatti, il laboratorio si è rinnovato pur rimanendo fedele all'antica tradizione farmacologica dei fatebenefratelli, che nel 1874 diedero vita all'istituzione in Vaticano.

Come detto, però, un punto nevraglico è convincere gli immigrati che hanno la scabbia a farsi curare. Molto spesso non sono consapevoli dei rischi che corrono e del contagio che si può diffondere. A inizio maggio, ad esempio, quaranta migranti, che avevano viaggiato fino a Roma con in tasca la certificazione attestante la scabbia, sono fuggiti da un centro a Guidonia. Pochi giorni prima la stessa cosa era accaduta al camping Tiber a Prima Porta, sempre a Roma nord. Ma non c'è solo la scabbia. Anche la tubercolosi è molto frequente. Un anno fa un immigrato affetto da tbc è morto in un palazzone occupato alla periferia est della Capitale.

Dar. Mar.

Malasanità Fdi si appella alla **Lorenzin**

Muore in vacanza perché l'ecografo è rotto

A Tropea niente cure per una turista milanese con l'intestino perforato

Giuliana De Vivo

— «Il mio grande cruccio è che forse, se avessi portato mia mamma subito in un altro ospedale, ora sarebbe viva». Giulio Monastero è il figlio di Gilda Rizzo, la donna di 78 anni morta lunedì scorso all'ospedale di Vibo Valentia. Quando è arrivata lì aveva l'intestino perforato, e delle condizioni generali già troppo compromesse per essere operata. Ma è quello che viene prima che continua a tormentare suo figlio. Una catena di leggerezze. E, soprattutto, la mancanza di uno strumento banale come un'ecografo nell'ospedale di un comune da 7 mila abitanti: quello di Tropea. Qui Gilda Rizzo, milanese di origine calabrese, era come ogni anno in vacanza con il marito e i due figli. Negli ultimi dieci giorni aveva forti dolori all'addome, così il 22 agosto ha chiamato la guardia medica. «Un'assistente precisa e meticolosa, al termine della quale ci consigliarono di andare al pronto soccorso dell'ospedale di Tropea», ricorda Giulio. È qui che inizia questa storia di malasanità.

I medici del pronto soccorso le fanno gli esami del sangue, le tastano l'addome e notano che è molto contratto. Ma consigliano di tornare il lunedì. «Erano circa le 22 di sabato, mi dissero: "Inutile che venga domani che è domenica, non ci sono medici quindi non può fare esami"», racconta il figlio. Viene prescritta un'ecografia, da fare due giorni dopo. Ma il lunedì mattina, alla richiesta di effettuare l'ecografia, la sorpresa: «La caposala mi disse: "Ma come? Le hanno prescritto un'ecografia? Impossibile.

Non lo sanno che l'ecografo è rotto da due mesi?", con un'espressione sarcastica». Alla donna vengono fatti solo gli esami del sangue, che rivelano che nel giro di appena due giorni l'emoglobina è scesa di un grammo. «È moltissimo, mi ha poi spiegato un amico medico, e anche da lì si doveva capire che qualcosa non andava. Ma io allora non lo sapevo», riflette il figlio. La 78enne viene dimessa di nuovo, con la prescrizione di prendere compresse al potassio e antispastici. In entrambi i passaggi in ospedale, quello di sabato e quello di lunedì, entra ed esce come codice verde. Ma alle 19 di lunedì le sue condizioni si aggravano. Arriva l'ambulanza, che questa volta la porta a Vibo Valentia. Dove finalmente si scopre la verità: ha l'intestino perforato, e nel frattempo questa lesione le ha procurato anche un'infezione. Ma è tardi, Gilda Rizzo ha la pressione bassissima, è una donna anziana, i medici spiegano che operarla non ha senso. Muore poco dopo. Adesso il figlio Giulio, che vive a Cusago, nel milanese, ha denunciato i medici dell'ospedale di Tropea. «Anche se nessun risarcimento darà a me e mio fratello nostra mamma, pensiamo che chi ha lavorato con superficialità debba assumersi le proprie responsabilità, e speriamo che la sua morte serva a scardinare ospedali fatiscenti e gestiti in maniera dilettantistica, o creati per assegnare posti». Il coordinatore cittadino di Fdi Massimo Girtaner ha chiesto al ministro della Salute Lorenzin «di avviare le dovute indagini sull'ospedale di Tropea».

