

Batte il cancro e partorisce due gemelle

«Nuova tecnica contro la sterilità»

Bologna, per la prima volta stimolazione ovarica senza rischi

MADRE CORAGGIO

La ginecologa:
«Decisione concordata
con l'oncologo»

LE NEONATE

Sono in ottima salute
«Non hanno avuto bisogno
neppure dell'incubatrice»

Emanuela Astolfi
■ BOLOGNA

HA VINTO un cancro al seno che l'ha resa sterile ed è diventata mamma di due gemelline. Le piccole sono nate a fine gennaio al policlinico Sant'Orsola di Bologna. Pesano due chili e mezzo ciascuna e godono di ottima salute. «Non hanno avuto neppure bisogno dell'incubatrice», spiega la dottoressa Eleonora Porcu, responsabile del Centro per la procreazione medicalmente assistita del Sant'Orsola che ha seguito la donna. È un sogno che diventa realtà per una coppia che vive nell'Imolese e una speranza accesa per tutte le donne diventate sterili dopo un cancro al seno. Tutto questo batte nei cuoricini delle due bambine.

Dieci anni fa alla neomamma, una donna di 39 anni, è stato diagnosticato un cancro al seno. «La paziente — racconta Porcu — è stata colpita da una forma di neoplasia mammaria ormono-dipendente, molto diffusa». È stata operata e sottoposta a cure chemioterapiche: gli oncologi l'hanno dichiarata guarita. Superato l'incubo il desiderio di diventare genitori è forte, almeno quanto la consapevolezza delle difficoltà da affrontare.

COSÌ, dopo due anni di tentativi falliti di rimanere incinta per via naturale, la donna si è rivolta al Centro per la procreazione medicalmente assistita di Bologna. Che grazie a una nuova tecnica di stimolazione ovarica senza rischi ha trasformato un sogno in realtà. Ma non solo. «Finora — spiega la dottoressa Porcu — la stimolazione ovarica, e quindi la fecondazione assistita, in pazienti che hanno superato il cancro ormono-dipendente non era mai stata fatta per il

rischio di stimolare una recidiva della patologia. Quello che viene definito 'bombardamento ormonale' può essere molto pericoloso in donne che hanno avuto un tumore». Ma la scienza e la tecnica in questo caso hanno dimostrato il contrario. Per la prima volta in Italia, «dopo un attento confronto con l'oncologo e in tutta sicurezza», dice Porcu, si è proceduto «utilizzando un protocollo che prevede l'impiego di letrozolo, della famiglia degli inibitori dell'aromatasi, un farmaco che mantiene bassa la crescita degli estrogeni». E che riduce l'impatto del 'bombardamento ormonale'. La donna ha risposto bene alla terapia e a quel punto gli esperti del Sant'Orsola hanno inseminato gli ovociti e trasferito due embrioni che si sono impiantati entrambi al primo tentativo. «È un risultato che apre grandi strade in questo campo — aggiunge la dottoressa — e un messaggio a tante donne guarite da un tumore al seno ormono-sensibile e che desiderano diventare madri. La signora, tra l'altro, ha avuto una gravidanza normalissima, senza problemi».

NEL CENTRO del policlinico bolognese sono già tante le pazienti che chiedono di sottoporsi a questo nuovo trattamento. «Donne che pensano di non potersi avvicinare alla fecondazione assistita», dice Porcu. Il presidente della Società di andrologia e medicina della sessualità Carlo Foresta, in occasione del Convegno di medicina della riproduzione ad Abano Terme, ha precisato che la svolta è rappresentata da «un trattamento che impedisce gli effetti negativi delle stimolazioni ormonali sul tumore». Dalla scienza arrivano segnali incoraggianti: riacquistare la fertilità dopo un tumore che ha reso sterili non è impossibile.



Trattamenti palliativi Troppo scarsa l'informazione sulla Legge 38

Il dolore cronico va curato Ma ancora pochi lo sanno

Spesso
vengono
usati
farmaci
non
ideali

Vanno
coinvolti
di più
i medici
di famiglia
e i clinici

La denuncia

L'inadempienza
non risparmia
neanche
chi è ricoverato
in ospedale

La legge c'è ed è una delle migliori in Europa. I centri ospedalieri specializzati e gli ambulatori sono presenti su tutto il territorio nazionale. Le terapie a disposizione sono numerose ed efficaci. Eppure ancora più di un italiano su quattro sopporta senza cure ad hoc per mesi, o per anni, il dolore cronico, con conseguenze anche estreme, come depressione e perdita del lavoro. E le cose non vanno meglio per chi è ricoverato: pochi i medici e i chirurghi che, per alleviare le sofferenze dei degenti, si rivolgono ai colleghi specialisti in terapie del dolore. E i pazienti stessi ignorano i propri diritti.

«Ben 7 italiani su 10 non conoscono ancora la legge sulle cure palliative e la terapia del dolore» dice infatti Marta Gentili, presidente dell'associazione Vivere senza dolore, da anni impegnata nella sensibilizzazione sul tema. La Legge è la numero 38 del 2010, che garantisce le terapie antalgiche per salvaguardare la qualità della vita in ogni fase del-

la malattia e prevede, tra l'altro, il monitoraggio del dolore nonché delle cure utilizzate, e che i medici pubblici possano prescrivere i **farmaci** anti-dolore usando il semplice ricettario del Servizio sanitario nazionale.

«È poi indispensabile — prosegue Gentili — un maggiore coinvolgimento dei medici di famiglia e dei clinici: i primi devono saper indirizzare i loro assistiti verso le cure più appropriate o verso i centri di riferimento; negli ospedali il dolore deve diventare un parametro da monitorare costantemente». Non esiste un periodo di tempo oltre il quale un dolore da temporaneo diventa "cronico", ma quando la sofferenza dura da più di sei mesi senza che le cure diano sollievo, è bene rivolgersi a uno specialista per farne valutare correttamente l'intensità e scegliere il trattamento più adeguato.

«La Legge 38 obbliga il medico a prendersi cura del dolore qualunque sia la causa — sottolinea Guido Fanelli, coordinatore della Commissione ministeriale

sulla terapia del dolore e le cure palliative —. Con le associazioni dei medici di medicina generale abbiamo stabilito un unico iter didattico in materia, per garantire una preparazione uniforme. Sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva, poi, sta crescendo il consumo di oppioidi, ma l'uso improprio di **farmaci** antinfiammatori non steroidei, i FANS, rimane». Le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sono chiare: se il dolore è lieve e si presume di durata limitata è suggerito l'uso di FANS; per quello lieve-moderato la terapia prevede gli oppioidi meno potenti (come codeina e tramadolo), eventualmente associati a FANS; per il dolore moderato-severo è appropriato il trattamento con oppioidi forti. I FANS — ricordano gli specialisti — possono essere efficaci per il dolore acuto di natura infiammatoria, ma hanno una limitata potenza antidolorifica e vanno utilizzati per un tempo contenuto a causa di possibili effetti indesiderati.

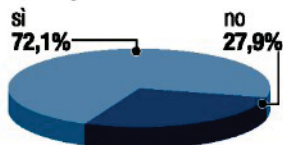
Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

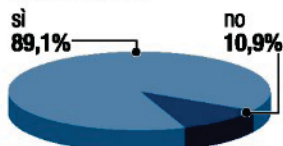


Il sondaggio

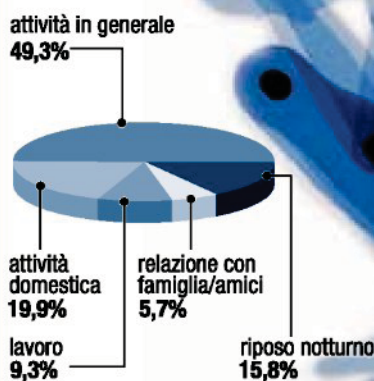
È stato difficoltoso individuare i centri di terapia del dolore?



Il dolore influisce sulla vita di tutti i giorni?



Su quali aspetti della vita influisce il dolore?



Fonte: Sondaggio condotto dall'Associazione Vivere Senza Dolore nel 2011 su 1830 pazienti di 14 città dove sono presenti ospedali e ambulatori di terapia del dolore e cure palliative

CORRIERE DELLA SERA

Le cifre

Un problema per 26 milioni di persone

Artrosi, mal di testa, fibromialgia, lombalgia e lombosciatalgia, ernie, vasculopatie, crolli vertebrali, neuropatie periferiche e tumori sono le principali patologie causa di sintomi gravi e duraturi. E che, oltre a incidere sulle attività quotidiane, possono condurre a invalidità o disabilità o determinare debolezza, disturbi del sonno, perdita dell'appetito, depressione, fino all'isolamento sociale. Soffrono di dolore cronico benigno circa 26 milioni di italiani. Solo la metà di loro si rivolge a un medico (di solito quello di famiglia, raramente il terapeuta del dolore), ma non reputa adeguati i farmaci prescritti. È quanto emerge dal sondaggio condotto dall'associazione Vivere senza dolore (con il contributo di Mundipharma e Teva) durante la campagna «Cura Previeni Il Dolore» che nel 2011 ha toccato 14 capoluoghi (Viterbo, Perugia, Ancona, Forlì, Brescia, Vicenza, Torino, Genova, Pistoia, Foggia, Napoli, Bari, Messina e Roma), «dove sono presenti ospedali e ambulatori di terapia del dolore e cure palliative, sebbene solo una minima parte dei cittadini ne sia a conoscenza» sottolinea Marta Gentili, presidente dell'associazione.

Sanità Accolto il ricorso di un paziente dopo il rifiuto dell'azienda. Per i medici non ha efficacia

Resuscita il metodo Di Bella

Il giudice impone alla Asl di curare un malato di cancro

BARI — Ufficialmente per l'Istituto superiore della sanità non ha nessuna efficacia, per questo motivo non è riconosciuto come cura contro i tumori. Ma il metodo Di Bella, a distanza di quasi venti anni, torna a far parlare di sé: il Tribunale del lavoro di Bari, nei giorni scorsi, ha accolto il ricorso di urgenza promosso da un uomo gravemente ammalato di cancro che aveva chiesto all'Asl del capoluogo pugliese di poter essere sottoposto alla terapia scoperta, tra il 1997 e il 1998, dal fisiologo modenese Luigi Di Bella. I medici dell'azienda sanitaria, però, aveva negato questa possibilità al paziente, così la vicenda è stata catapultata in un'aula giudiziaria.

Il Tribunale si è espresso qualche giorno fa e ha dato ragione all'ammalato: con un'ordinanza, il giudice ha obbligato l'Asl a concedere «l'erogazione immediata e gratuita dei farmaci del trattamento Di Bella». Quindi, nonostante le sperimentazioni

ufficiali siano fallite e la comunità scientifica abbia bocciato senza appello il cocktail di medicinali, il magistrato ha riconosciuto il diritto del paziente a curarsi, a carico del sistema sanitario pubblico, con il metodo Di Bella. Per obbligare l'Asl a coprire le spese è necessario, però, che ci sia almeno un medico disposto a prescrivere la cura. L'azienda sanitaria ha già anticipato che presenterà appello contro l'ordinanza del giudice del lavoro, la battaglia legale quindi non è conclusa.

La cura è fuori dal protocollo e i farmaci sono esclusi dal prontuario del ministero. Ragion per cui, è il ragionamento dei dirigenti dell'Asl, il sistema sanitario non potrebbe farsi carico delle spese. Ma non è solo un problema economico: la stragrande maggioranza dei medici non crede all'efficacia e alla bontà della terapia. Tra questi il direttore generale dell'azienda sani-

taria barese, Domenico Colasanto, che ha già firmato la delibera per affidare l'incarico ai legali di fare appello. «Purtroppo - sostiene il manager - ci sono giudici che pretendono di fare anche i medici e ancora impongono il metodo Di Bella. Dico purtroppo perché la cura non ha nessun fondamento scientifico, è stata testata ma ha fallito. Non produce benefici per i pazienti, nemmeno come terapia palliativa. Non è una battaglia contro gli ammalati e i loro familiari, li comprendo, capisco che nel dolore e nella disperazione si voglia tentare ogni strada. Ma deve essere anche chiaro che la cura Di Bella non funziona».

Ma intanto c'è un giudice che ha disposto «l'erogazione immediata», ed essendo l'ordinanza immediatamente esecutiva l'Asl non può porre alcun ostacolo alla volontà del paziente. Il dibattito, intanto, prosegue tra pro e contro. Migliaia di persone, anche su Facebook, giurano sull'efficacia

del metodo e portano testimonianze dirette. Sul social network esistono almeno due gruppi che sostengono il contrario di quanto provato dalla comunità scientifica.

Vincenzo Damiani

Cos'è

Terapia alternativa

Il metodo Di Bella è una terapia alternativa per la cura dei tumori ma è priva di riscontri scientifici: la sua efficacia, infatti, non è mai stata provata dall'Istituto superiore della sanità.

L'ideatore e la cura

Fu ideata dal medico Luigi Di Bella fra il 1997 e il 1998. La cura è basata sulla somministrazione di ormoni e vitamine. La sperimentazione condotta nel 1999 dal ministero della Salute sancì l'inefficacia terapeutica, del cosiddetto «multitrattamento Di Bella». Nel 2005 arriva una nuova bocciatura da parte del Consiglio superiore di sanità.

Pensa la salute

di **Riccardo Renzi**



Caos Pronto Soccorso Non è colpa di chi ci va

I mal di pancia si curano a casa», dice il medico esasperato del Pronto Soccorso. «Troppi codici verdi ostacolano il buon funzionamento», dichiarano gli analisti sanitari, di fronte alla crisi e agli scandali che affliggono questi fondamentali reparti ospedalieri a Roma, a Milano e in tutta Italia. Quando le cose non vanno bene non si rinuncia mai a dar la colpa ai pazienti, quei "maleducati" che vanno all'ospedale per una quisquilia e perché è gratis. Ipocondriaci e mangiapillole a tradimento. Ora, a parte il fatto che il Pronto Soccorso è tutt'altro che gratis, visto che costa



**Troppi codici verdi?
Ci sarà una ragione**

mediamente 25 euro, con punte di 50 in alcune regioni (più i ticket delle eventuali prestazioni), forse è meglio chiedersi prima come mai gli italiani sono così appassionati di Pronto Soccorso. Forse perché non trovano alternative? Perché il

medico di famiglia non è disponibile, a quell'ora o in generale, o perché non sono stati informati che esiste, quando esiste, una guardia medica? Non mi sembra poi che il problema siano i codici verdi: quelli, se lo sono davvero, aspettano e basta. Il problema è che spesso i Pronto Soccorso non sono in grado di affrontare logisticamente tutti gli altri codici, come ha dimostrato il caso della signora in coma al San Camillo, che non credo fosse un codice verde. Quanto al mal di pancia, quel medico ha ragione. Ma il problema è che si va all'ospedale, proprio per sapere se si tratta davvero di un banale mal di pancia. Perché, tra le sofisticate variabili dell'organizzazione sanitaria, forse è meglio tener conto di un fattore molto umano che si chiama paura. E io credo che, nell'ambito del diritto alla salute, ci sia anche il diritto ad aver paura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricerca Si stanno mettendo a punto gli «interferometri plasmonici»

In futuro la glicemia si misurerà dalla saliva

Pungersi il dito per misurare la glicemia non fa certo piacere a nessuno, tanto meno se occorre farlo più volte al giorno come accade a molti diabetici. Quando sarà pienamente sviluppato un nuovo biochip messo a punto da un ingegnere italiano della Brown University di Providence, negli Stati Uniti, forse non sarà più necessario farlo: il sensore infatti potrà misurare il glucosio (ma anche altre sostanze) nella saliva. I risultati delle ricerche di Domenico Pacifici, ingegnere italiano trapiantato oltreoceano, sono stati pubblicati sulla rivista *NANO-Letters* e raccontano di un apparecchio molto speciale, che anche nel nome ha qualcosa di fantascientifico: si tratta infatti di un sensore a base di migliaia di minuscoli «interferometri plasmonici», che posti su un biochip sono in grado di misurare la concentrazione delle molecole di glucosio nell'acqua quando è in quantità simili a quelle che si trovano nella saliva (dove il glucosio è circa 100 volte meno concentrato rispetto al sangue).

Un passo indietro, e la necessaria spiegazione di che cosa sia la «plasmonica di superficie»: si tratta di una scienza che studia l'interfaccia fra luce (fotoni) e metallo, indagando che cosa accade quando un fa-

scio luminoso colpisce una superficie metallica e i suoi elettroni. Ogni interferometro plasmonico è stato costruito da Pacifici «scalpando» una fessura larga circa 100 nanometri (oltre cento volte meno rispetto a un capello) in un pezzetto di metallo; sui lati della fessura sono state intagliate due ulteriori scanalature di 200 nanometri. La fessura cattura i fotoni luminosi e le scanalature li disperdono facendoli interagire con gli elettroni liberi del metal-

lo: l'interazione elettrone-fotone genera il plasmon di superficie, che (semplificando) è una sorta di onda sottile, che si muove nella fessura andando a incontrare gli altri fotoni luminosi che arrivano dall'esterno.

Pacifici, per spiegarlo, usa l'immagine di due onde oceaniche che colli-

gono arrivando da direzioni diverse: quando due onde «interferiscono» in questo modo, la luce trasmessa attraverso la fessura si modifica nei suoi minimi e massimi; se sulla superficie del chip c'è glucosio o una qualsiasi altra sostanza, l'interferenza delle due onde è «disturbata» e questo si manifesta con una differenza nell'intensità di luce, che è misurabile e, soprattutto, correlata alla concentrazione della sostanza. Molto complicato, va det-

to, ma il concetto alla fine è che il glucosio presente riesce a modificare l'intensità luminosa sul biochip in maniera misurabile. I ricercatori sono stati in grado di sintonizzare le migliaia di interferometri plasmonici sul sensore per misurare concentrazioni di glucosio nell'acqua pari a 0,36 milligrammi per decilitro (la glicemia ha valori di decine di milligrammi per decilitro): significa che è possibile, con opportuni aggiustamenti, riuscire prima o poi a fare dosaggi nella saliva dove le concentrazioni sono di quest'ordine di grandezza. Gli ingegneri sono già al lavoro sul prototipo definitivo per la misurazione del glucosio, che potrebbe essere solo uno dei composti valutabili nella saliva con gli interferometri plasmonici: «Potremo usare questi biochip, molto piccoli e maneggevoli, per il dosaggio di biomarcatori multipli, facendo misurazioni in parallelo e tutte in una volta con una elevatissima sensibilità», spiega Pacifici. Che sottolinea anche come il sensore potrebbe rivelarsi utile per rilevare sostanze pericolose nelle acque. Insomma, le prospettive sono molte e interessanti: forse presto avremo davvero il glucometro «da bocca», per dire addio alle punture.

A. V.