

L'eterologa si fa con l'import

Firenze, al Careggi gameti da multinazionali danesi e spagnole

Mancano donatori, e il primo ospedale a eseguire la tecnica "liberata" dalla Consulta stanziata 650mila euro per gli acquisti

Procreazione

L'azienda ospedaliera di punta della regione capofila nell'aprire alla fecondazione con seme e ovociti esterni alla coppia si arrende. E annuncia la sua scelta di fare la spesa sul libero mercato europeo, dove agiscono operatori che propongono cataloghi di "donatori"

ANDREA BERNARDINI

FIRENZE

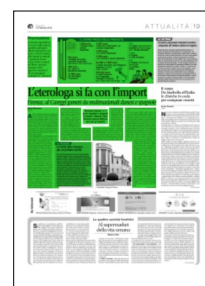
Adler è un giovane di razza caucasica e di etnia scandinava, ha gli occhi tra il blu ed il verde, i capelli castani, è alto 179 cm e pesa 81 kg. Fa il macellaio. Nelle sue vene scorre sangue A positivo. Pavel invece è un aiutante muratore, 178 cm di altezza e 75 di peso, occhi blu, capelli castani. Chissà che bel bambino potrà nascere, facendo incontrare in laboratorio il loro sperma con un ovulo di una giovane donna. Adler e Pavel sono due tra le centinaia di donatori che la banca del seme danese Nordic Cryobank presenta sul sito.

Anche i colleghi della Cryos International, multinazionale del seme con sede ad Aarhus – sempre Danimarca – hanno fatto la stessa scelta, mettendo online le caratteristiche dei donatori. Anzi, dal loro sito si può direttamente selezionare le caratteristiche del donatore: la razza (medio-orientale o asiatica, caucasica o ispanica), il colore dei capelli, gli occhi... In questi giorni l'Ospedale Careggi di Firenze – il primo pubblico in Italia a eseguire una fecondazione eterologa, il 14 ottobre dell'anno scorso – ha ufficializzato la decisione di reperire all'estero gameti da utilizzare nella fecondazione in provetta con seme e/o ovociti estranei alla coppia. L'azienda ospedaliera fiorentina punta a divenire riferimento nazionale per le tecniche di procreazione assistita, con l'obiettivo dichiarato di effettuare mille cicli nel 2015 e 1.200 nel 2016. Epperò, com'era prevedibile, donatori (e soprattutto donatrici) volontari, in

Toscana come altrove, non si trovano. E anche se si trovassero, il materiale donato non potrebbe essere utilizzato prima di 180 giorni dalla raccolta. Così la direzione ha reso pubblico il suo interesse a conoscere quali centri europei potessero fornire gameti, un avviso cui hanno risposto otto centri esteri e nessun centro italiano. Quattro i partner scelti – la Imer e la Ovobank, con sede in Spagna e, appunto, la Cryos International e la Nordic Cryobank, entrambe danesi – con i quali saranno sottoscritti contratti di collaborazione con i «costi dei servizi offerti da ciascun centro». Non sono aziende qualsiasi, ma veri supermercati del figlio selezionato a richiesta, ai quali però ci si limita a porre semplici condizioni anagrafiche: donatrici di età compresa tra i 20 ed i 35 anni, donatori tra i 18 e i 40. Inoltre il gamete non dovrà provenire da donatore o donatrice le cui cellule riproduttive abbiano già

prodotto più di dieci nascite in Italia. La spesa prevista dal Careggi per il reperimento del materiale biologico è di 650mila euro l'anno. Che andranno in buona parte ai quattro empori della vita in provetta.

A conti fatti, «servono 2.400 euro – enumera la ginecologa Cristiana Parri, del Centro Pma all'O-



ospedale della Versilia, a Lido di Camaiore – per far arrivare dall'estero gli ovociti necessari per un ciclo, 400 euro per gli spermatozoi». Al costo del kit biologico occorre sommare il valore di un intervento di procreazione assistita, che, nel caso della fecondazione omologa, è stimato in 1.800 euro.

I costi per l'utente? Da 600 a 1.000 euro di ticket «a seconda della tipologia delle tecniche». In mancanza di donatori nostrani, anche lo staff versiliese ha preso contatti con le due banche del seme danesi per capire se i criteri di selezione qui adottati fossero compatibili con le linee guida della Regione Toscana, ma non ne ha fatto niente, almeno per adesso. «Donatori volontari, filantropici, disinteressati? Il principio fissato dalla delibera che, in fretta e furia, elaborò la Regione Toscana nell'estate scorsa, aprendo all'eterologa in Toscana, finisce per cozzare con la realtà – osserva Marco Carraresi, consigliere regionale Udc –: da noi i donatori non si trovano. E così i centri toscani si stanno rivolgendo all'estero, dove i donatori sono indennizzati», una

soluzione alla quale anche le Regioni italiane sono orientate a piegarsi con l'istituzione di un «premio di solidarietà» non ancora quantificato. Un pagamento vero e proprio, sinora fermamente negato. «C'è da domandarsi – osserva Carraresi – se questo commercio a caro prezzo di sperma e ovuli umani sia davvero il modo migliore per investire i fondi della sanità, anziché investire il denaro dei cittadini nella ricerca e nelle cure dell'infertilità». Per il giurista Giuseppe Mazzotta «alcuni ci avevano garantito che con l'abolizione del divieto di fecondazione eterologa operatori e utenti sarebbero rimasti all'interno dei nostri confini. L'iniziativa del Policlinico di Careggi ci dice che non è così». È la resa al mercato della vita. E qualcuno comincia a dubitare che valesse la pena far cadere il saggio "no" contenuto nella legge 40 per arrivare a questo amaro epilogo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA VICENDA

La fretta della Toscana per un primato inutile

È il 9 aprile 2014 quando la Corte Costituzionale dichiara illegittimi alcuni passaggi della legge 40, facendo cadere il divieto di fecondazione eterologa. Mentre il **ministro della Salute Lorenzin** chiede una legge per regolamentare la materia, la giunta della Toscana il 28 luglio 2014 all'unanimità brucia i tempi ed emana una delibera che dà il via all'eterologa nei centri regionali. Il governatore Enrico Rossi guadagna il palcoscenico nazionale. Già da assessore regionale alla salute s'era affrettato a introdurre, grazie a un espediente giuridico, la Ru486 negli ospedali toscani (in primis Pontedera) e a sostenere una mozione contro l'obiezione di coscienza dei farmacisti alla pillola del giorno dopo. Sull'eterologa la fretta della giunta regionale si scontra ben presto con l'assenza di donatori, il rilevante costo dei loro test, l'assenza di un sistema nazionale. Questioni ancora aperte. (A.B.)

Le quattro società fornitrici

Al supermarket della vita umana

EMANUELA VINAI

Se qualcuno si sta chiedendo a chi finiranno i soldi pubblici stanziati dall'ospedale Careggi di Firenze per acquistare i gameti per l'eterologa irreperibili in Italia, la risposta sta in quattro dettagliatissimi siti Internet di biobanche europee che non temono di mostrare il meglio dell'offerta. La più diretta e immediatamente comprensibile è la danese **Cryo**: un'home page interattiva in cui è possibile selezionare in tre semplici mosse razza, colore dei capelli e degli occhi (volendo anche per sfumature) e accedere ai donatori che rientrano nelle caratteristiche preferite. La schermata che sia apre a questo punto è stupefacente. Con la ricerca avanzata si utilizzano filtri relativi ad altezza, peso e gruppo sanguigno, ma la possibilità di scelta è così mirata che sono previste alcune finestrelle decisamente più impegnative: il donatore ha scelto di rimanere anonimo o no? Qual è la motilità dei suoi spermatozoi? E quante unità di sperma sono disponibili da quel donatore? Scegliendo un donatore dall'elenco di questa bancarella della vita che un ospedale italiano ha scelto come fornitore si accede alla sua scheda, con foto da bambino («fornita volontariamente per aiutare i futuri genitori nella scelta») con la possibilità di sentire la sua voce. In pratica, una conoscenza virtuale col padre del proprio figlio.

Quanto ai prezzi, dipendono da una serie di fattori quali il tipo di donatore (anonimo o no), il suo profilo (*basic* o esteso), la motilità degli spermatozoi e il tipo di trattamento cui sono stati sottoposti. Il prezzo aumenta per sperma purificato, con una maggiore motilità, da donatore non anonimo e di cui è disponibile un profilo dettagliato. Esempio: se per due provette di seme non purificato di discreta motilità da donatore anonimo il prezzo base è di 184 euro (più Iva, del 25%), da donatore non anonimo il prezzo lievita a 460 euro, sempre Iva esclusa. Più spese di spedizione, più eventuali tasse relative per esempio ai contenitori. Mediamente un'aggiunta di 250 euro, cui vanno aggiunte le eventuali spese per il deposito in proporzione al tempo di fermo del seme: 40 euro per 3 mesi, 440 per 5 anni, 820 per 10. Pagamento in contanti, bonifico, assegno o carta di credito. C'è anche l'opzione-vip: donatore esclusivo a 12mila euro. L'azienda comunque consiglia di verificare i prezzi donatore per donatore e sottolinea come la possibilità di accesso all'intero catalogo sia gratuita.

La **Nordic Cryobank** è molto più discreta nel

presentarsi, ma poi, grazie a un link sobriamente indicato, rimanda alla European Sperm Bank dove si apprende che il prodotto è disponibile a un costo che varia dai 214 ai 429 euro per unità, più i costi della spedizione (275 euro). Qui tuttavia per chi volesse approfondire le caratteristiche del donatore si pagano 25 euro in più per ogni passaggio dell'accesso al profilo. Con soli 100 euro però si ottiene un lasciapassare di tre mesi.

La trasparenza trova un limite sul fronte femminile, dove le due banche di ovociti prescelte – la **Ovobank Spain** e la **Imer Biobank** – sono molto più reticenti sui costi, limitandosi a sottolineare (ma non nella versione italiana!) che la Pma con ovodonazione è una procedura costosa per tre motivi: la datrice riceve un compenso per gli inconvenienti del trattamento e del prelievo di ovociti; le vanno pagati i farmaci necessari; il processo di estrazione degli ovociti ha un costo a parte. Ma, evidenzia la Ovobank, i loro ovociti sono più convenienti perché hanno ottimizzato il metodo e le spese per i donatori: «Ottendendo più lotti da ciascun donatore, le spese sono ripartite tra i destinatari in modo che il prezzo diminuisce senza compromettere la qualità del trattamento». Chi e perché vende le proprie cellule riproduttive resta un mistero, dal quale è meglio stornare l'attenzione.

Scorrendo i vari forum di aspiranti madri si scopre facilmente che un pacchetto di ovociti dalla Spagna è tutt'altro che economico: l'importazione di uno stock di gameti femminili, trasporto incluso, costa tra i 2.800 e 3.500 euro. Sottraendo al totale il ticket pagato della coppia (nei Lea si parla di 250 euro, ma la Toscana parla di 500), il resto graverebbe sull'ospedale e, quindi, sui conti regionali. Considerando che per le donne sotto i 43 anni è possibile accedere a tre trattamenti di Pma, con impiego ogni volta di nuovi ovociti, e moltiplicando per le coppie che chiedono l'eterologa, la cifra in carico al pubblico si fa consistente. Ma ce l'hanno venduto come un "diritto"...

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il caso

Da Marbella all'Italia: le cliniche in coda per comprare ovociti

VALERIA CHIANESE

NAPOLI

Né mercato né interessi con le lobby farmaceutiche: è l'ap-proccio con cui si è presentata Ovobank Italia, ufficio satellite di Ovobank Spain, la prima banca di ovociti europea – come essa stessa si definisce –, ieri a Napoli per la campagna di sensibilizzazione e formazione avviata per informare su un problema dibattuto e attuale come l'ovodonazione nella procreazione eterologa.

Ovobank Spain si è costituita a Marbella nel 2012 per far fronte alla crescente richiesta di gameti per la fecondazione eterologa in Spagna. Come si intende dal nome, si tratta di un'azienda che raccogliere ovociti venduti perché «altre donne, altre famiglie possano avere figli, nell'impossibilità fisica e medica accertata di mettere al mondo bambini», spiega Niccolò Furlan, direttore di Ovobank Italia, medico chirurgo. Dalla sua fondazione Ovobank Spain ha venduto in Europa e oltreoceano 1.975 ovociti.

L'ufficio italiano con sede a Milano – spiegano i promotori – ha potuto operare dopo che il 9 aprile dello scorso anno la sentenza della Corte Costituzionale ha fatto cadere l'articolo 4, comma 3, della legge 40, quello che vietava «il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo». Il verdetto ha fatto rinascere la domanda di ovociti e spermatozoi in Italia, fermata nel 2004 dall'approvazione della norma. Sempre stando alle dichiarazioni di Ovobank Italia, nei centri clinici privati del settore a Roma e nel Lazio il 40% del lavoro sarebbe alimentato dalla fecondazione eterologa con ovodonazione. Quanto alle ragioni del ricorso alla maternità in provetta acquistando gameti di "donatori", le coppie citano anche le difficoltà e l'esasperante burocrazia per l'adozione, che scoraggiano anche persone con alle spalle solide situazioni economiche, professionali e culturali. In Italia sarebbero una ventina i centri clinici privati e uno pubblico – l'Ospedale Careggi di Firenze – che hanno sottoscritto il rigido protocollo tecnico previsto da Ovobank Spain: donazioni solo da residenti in Spagna, limiti di età, accertamenti clinici e psicologici. Il compenso per una donatrice – spiega Federico Floris, direttore commerciale Italia – oscilla tra gli 800 e i 1.000 euro, con il vincolo di esclusività per Ovobank Spain, mentre il pagamento dalle cliniche è una compensazione economica per il servizio offerto. «Le richieste dall'Italia e da altri Paesi – conclude il direttore, Enrique Criado Scholz – sono accolte solo se è certo che ci sia una coppia ricevente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



È IL MERCATO DELLA VITA, E SI VEDE

di Francesco Ognibene

Cryo, Nordic Cryobank, Ovobank, Imer Biobank: sono nomi che al grande pubblico non dicono ancora nulla, ma che nel mondo della riproduzione assistita stanno più o meno come Microsoft all'informatica. È con questi protagonisti del mercato della maternità in provetta – danesi le prime due aziende, spagnole le seconde – che ospedali pubblici e cliniche private del nostro Paese stanno entrando in affari per sopperire a un “piccolo problema” dell'eterologa all'italiana: l'assoluta mancanza di connazionali disposti a donare ovociti femminili e seme maschile per schiudere a coppie sterili la possibilità di mettere al mondo un figlio. Un dettaglio che, presi dall'ansia di abbattere per via giudiziaria il divieto di fecondazione con gameti altrui contenuto nella legge 40, era sfuggito ai sostenitori della riproduzione in vitro come “diritto” in alcun modo limitabile, e neppure restringibile per motivi economici (è peraltro la stessa sentenza della Corte Costituzionale a imporlo). Dunque – si diceva a legge appena rimaneggiata – sarà tutto gratis, tutto accessibile, tutto trasparente, e guai a evocare scenari di bancarelle virtuali con gameti in vendita. È andata altrimenti, perché la procreazione umana non tollera riduzioni al rango di “diritto” che si reclama e si ottiene con qualunque tecnica solo espungendo un (meditato) divieto dalla legge, sen-

za peraltro sostituirlo con alcuna regola minima. Si è pensato che tutto fosse possibile, scoprendo poi che non è affatto vero: perché mai una donna dovrebbe accettare di cedere con i propri ovociti il principio di una nuova vita per mettere al mondo un figlio che sarà suo senza esserlo mai? In tutti i Paesi in cui l'eterologa è legale c'è un solo motivo per privarsi di questa parte essenziale di sé: una congrua “retribuzione”, alimentata da una consistente domanda adeguatamente incoraggiata. Non a caso ovunque sussista libertà assoluta di maternità in provetta è proliferato attorno alle più disparate pratiche di fecondazione artificiale un pingue mercato della vita, pronto a comprare e vendere ovociti, sperma, embrioni, persino uteri, con un listino ritagliato sulle caratteristiche – somatiche, e non solo – del bambino che si desidera. Le multinazionali dei gameti sono solo la conseguenza inevitabile della procreazione contaminata dal business.

Intuito il potenziale profitto, reso possidile in Italia dopo la sentenza pro-eterologa dell'aprile 2014, era solo questione di tempo perché i supermarket della riproduzione arrivassero anche da noi. Eccoli, adesso, col loro campionario in bella mostra. Era questo che si voleva? No, era ciò che si negava. Ma è la dura e ingiusta realtà del “mercato”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Cancro, così ho scoperto una nuova molecola”

PADOVA, UNA RICERCATRICE INDIVIDUA NELLA ALOE-EMODIN UNA CURA PER ALCUNI CARCINOMA. IL BREVETTO PAGATO DAI FONDI RACCOLTI DALLE FAMIGLIE DEI MALATI



TERESA
PECERE

La pubblicazione sulle riviste internazionali dimostra che la terapia è adatta anche per malattie rare dei bambini. Così si possono avere scarsi effetti tossici

di Erminia della Frattina

Padova

Metti una ricercatrice precaria, la speranza di un nuovo farmaco che potrebbe cambiare la vita a tanti pazienti, pochi fondi pubblici e molti volontari che cercano di raccogliere soldi con onlus dedicate, cene e feste; in mezzo ci sono la preparazione di un dossier ministeriale, il tentativo di finanziare la fase sull'uomo e un'interrogazione parlamentare. Detta così sembra una rivoluzione, o almeno potrebbe esserlo. Ma siamo pur sempre in Italia.

TERESA PECERE, ricercatrice all'Università di Padova – in realtà ha finito gli assegni di ricerca e ha un contratto di collaborazione – studiando una molecola naturale che si chiama Aloe-Emodin (AE) e si trova nell'aloe e nel rabarbaro, scopre che potrebbe curare alcuni tipi di cancro. La ricercatrice mentre aspettava i tempi lunghi e mal pagati della sperimentazione ha vinto una concorso per la scuola e da dieci anni insegna scienze integrate in un istituto tecnico. All'università dirige invece un gruppo di ricerca “per la caratterizzazione dell'attività selettiva di AE nelle cellule neoplastiche sensibili” nei laboratori del Dipartimento di Medicina molecolare diretto da Giorgio Palù. Con Modesto Carli, per

anni direttore del reparto di Oncematologia pediatrica a Padova, coordina la ricerca su alcuni composti naturali tra cui AE, con l'obiettivo di sviluppare un nuovo farmaco antitumorale con bassa tossicità per il paziente. Certo, se avesse scelto di trasferirsi all'estero avrebbe avuto più onori e più risorse; ma la dottoressa padovana, laureata in scienze naturali, botanica e specializzata in biologia molecolare e cellulare, ha preferito restare in Italia e depositare, insieme a Palù e Carli, due brevetti internazionali sull'attività di AE che vengono acquistati dall'Università di Padova. Mantenere i brevetti però costa quasi 20 mila euro l'anno e l'università non ha i soldi; scatta allora la solidarietà dei cittadini, spesso persone colpite direttamente o in famiglia dal cancro. Come Daniela Camellini, ex direttore Marketing della Metro Italia che ha raccolto più di 200 mila euro sensibilizzando privati e aziende o Sandra Bertolazzi, che dopo aver perso il marito fonda l'associazione veneta Franco Marcolin e raccoglie con cene e feste i fondi. Con fatica tutto procede e i dati sperimentali sono incoraggianti; nel 2000 esce sulla prestigiosa rivista *Cancer Research* l'articolo, firmato dalla ricercatrice e dall'équipe, che descrive l'innovativa attività antitumorale di AE. “La pubblicazione – spiega Pecere – dimostra che AE è in grado di colpire preferenzialmente tumori di origine neuroectodermica come il neuroblastoma, malattia rara e tipica dell'età infantile. Il lavoro spiega che la molecola ha scarsi effetti tossici acuti, pur inibendo in maniera efficace la crescita tumorale”.

TUTTO SEMBRA andare per il verso giusto, tanto che in collaborazione con il Dipartimento di Oncologia dell'Istituto Negri di Milano il gruppo della dottoressa padovana conduce esperimenti di farmacocinetica precli-

nica per valutare l'assorbimento e la distribuzione della molecola nel sangue e negli organi. I risultati sono sempre più incoraggianti. La letteratura internazionale negli anni successivi si occupa di AE, e scopre che è attivo anche nei confronti di altri tumori come il melanoma, il carcinoma di Merkel e diversi tipi di tumore del polmone. A questo punto alcuni ricercatori americani si chiedono se AE possa essere il “prossimo successo contro il cancro”. Altri ancora, testando AE in combinazione con farmaci chemioterapici, ipotizzano l'efficacia della molecola come coadiuvante della terapia classica, e propongono che AE possa essere: “*the new bullet against cancer*”. Tuttavia per presentare il dossier al [Ministero della Salute](#) e avviare i trial clinici sui pazienti è necessario condurre gli studi preclinici e produrre il farmaco in condizioni GMP (Good Manufacturing Practice). “I costi del percorso sono estremamente elevati” spiega l'avvocata Francesca Toppetti di Roma, in contatto con Teresa Pecere perché colpita anche lei in famiglia dalla malattia. “È necessario seguire le indicazioni dell'EMA (European Medicine Agency) ed è fondamentale che i protocolli siano condotti secondo elevati standard di sicurezza” dice l'avvocata. Francesca – una lunga esperienza nel volontariato – si è impegnata a raccogliere 1,5 milioni costituendo una onlus dedicata al progetto, anche se dai primi preventivi ne servono almeno il doppio. La faccenda è stata oggetto anche di una interrogazione parlamentare presentata da Iannuzzi e Vignaroli (M5s) in cui si chiede – citando il lavoro della ricercatrice padovana – “come mai nonostante il trattamento con AE abbia dimostrato effetti curativi nel trattamento di patologie neoplastiche non è ancora in uso come terapia presso strutture sanitarie pubbliche”.



Azienda pioniera nell'immuno-oncologia e nella cura dell'Epatite C

BMS investe in Italia per farmaci innovativi

13 milioni di euro nel 2015 per ampliare lo stabilimento di Anagni

DI ISABELLA SERMONTI

È stato proprio il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**, con la sua partecipazione all'incontro organizzato nella sede di Anagni della Bristol-Myers Squibb a riconoscere l'azienda come un esempio di eccellenza italiana nel mondo per qualità, innovazione e competitività. E che fortunatamente si conferma in ulteriore fase di espansione, grazie agli investimenti di decine di milioni di euro previsti per il prossimo biennio. Un'azienda che nel nostro paese genera un fatturato annuo di 511 milioni di euro di cui 146 milioni in esportazioni e si stima un indotto di 40 milioni di euro. «Grazie all'eccellenza della nostra supply chain e delle competenze di processo il nostro stabilimento rappresenta uno snodo strategico a livello internazionale con ben il 90% della produzione destinata all'esportazione - ha dichiarato Barbara Sambuco Direttore Generale dello stabilimento Bristol-Myers Squibb di Anagni - Ci siamo insediati qui nel 1966 e negli ultimi 20 anni questo sito ha vissuto un trend di crescita molto forte che ci posiziona oggi tra le prime realtà industriali in Italia e nel Lazio, non solo per estensione ma soprattutto per complessità, quantità e varietà di forme farmaceutiche che comprendono farmaci innovativi esportati in 65 Paesi nei 5 continenti». Sul fronte Ricerca & Sviluppo Bristol-Myers Squibb si focalizza su farmaci innovativi in oncologia, virologia, cardiologia e immunoscienze, aree dove c'è maggior bisogno medico non soddisfatto. In

particolare Bristol-Myers Squibb vanta una lunga tradizione in oncologia con ben 50 anni di ricerca e messa a punto di farmaci oncologici e oggi l'Azienda sta guidando il progresso dell'immuno-oncologia, l'approccio che modifica significativamente le aspettative di sopravvivenza e il modo in cui i pazienti affrontano e convivono con il cancro. Bristol-Myers Squibb è inoltre in prima linea nella cura dell'Epatite C con farmaci di ultima generazione, in regime orale interferon-free, in grado di portare all'eradicazione del virus e alla

completa guarigione dalla malattia.

«Per Bristol-Myers Squibb è fondamentale tenere aperto un dialogo con le Istituzioni perché il sistema sia pronto per dare risposte adeguate alle sfide che ci pone il progresso

scientifico ed essere in grado di rendere immediatamente disponibili i farmaci innovativi che stanno cambiando le aspettative di vita dei pazienti colpiti da importanti malattie», sottolinea Roberto Tascione, Presidente e Amministratore Delegato di Bristol-Myers Squibb Italia. «Auspichiamo che gli straordinari farmaci immuno-oncologici possano essere resi disponibili ai pazienti italiani e siamo pronti a fare la nostra parte perché si giunga ad una rapida introduzione di questi farmaci con fondi adeguati e una programmazione certa».



Parla Renzo Canetta, "guru" della ricerca oncologica BMS

"Oggi guarire è più facile grazie all'immunoterapia"

■ ANDREA SERMONTI

■■■ Dottor Canetta, oggi è cambiata molto la terapia del tumore

Prima di tutto, conoscendo i nostri malati e le terapie disponibili, ci siamo resi conto che era necessario fare un salto di qualità, proprio dal punto di vista metodologico e della comprensione della biologia. Inizialmente ci eravamo dedicati allo studio del sistema immunitario, e non avevamo in mente come obiettivo il cancro ma le malattie autoimmuni. Poi imparando a conoscere i meccanismi di funzionamento del sistema immunitario, abbiamo deciso di prendere questo grosso rischio e di reintrodurre l'immunologia - ancora vittima in oncologia di una cattiva fama - con nuovi criteri. Un 'grosso' rischio, ma i risultati direi che stanno pagando: siamo davvero di fronte ad una trasformazione epocale.

In che senso?

Non solo perché i risultati sono buoni, ma anche perché dal punto di vista delle conoscenze biologiche abbiamo in mano strumenti che ci consentono di offrire terapie molto diverse da quelle classiche, sia in termini di tossicità che in termini di efficacia. E con la possibilità di superare un ostacolo enorme dell'oncologia, lo sviluppo della resistenza del tumore alle terapie. Che con le terapie immunologiche, fortunatamente, non abbiamo ancora riscontrato.

E questo ci consentirà di usare la parola 'guarire' anche in oncologia?

Sono sempre molto cauto prima di usare il termine 'guarigione': sicuramente, avendo sviluppato farmaci come il cisplatino ed altri possiamo parlare di guarigione per questo tipo di patologia, nei tumori solidi. Per l'immunologia posso dire che sulla base dei dati di cui

disponiamo abbiamo lunghe sopravvivenze in pazienti che avevano metastasi diffuse in organi vitali. Anche di dieci anni.

E non sono guariti?

Onestamente non mi sento di dirlo: di sicuro vivono bene, senza terapia e hanno recuperato una funzionalità completa e una vita normale.

Proprio oggi che disponiamo finalmente di terapie innovative ci accorgiamo di non avere i soldi per pagarle

Siamo di fronte a problemi 'epocali': noi come medici abbiamo dovuto imparare di nuovo come utilizzare queste terapie, ma anche gli amministratori debbono valutare che tali risultati producono risparmi nelle cure e nel recupero di attività lavorativa di molti malati. E questo non sono vantaggi anche economici?

E che speranze nutre per il domani?

Più abbiamo approfondito la conoscenza dei meccanismi di funzionamento del sistema immunitario, più abbiamo trovato altre modalità di trattamento che ci consentono di associare

farmaci immunologici diversi.

Per ora abbiamo solo dati 'preliminari', ma in rimmi voglio dire... 'spettacolari'!

È possibile combinare farmaci immunologici in maniera appropriata senza incrementare la tossicità ma aumentando l'efficacia. I primi dati pubblicati della combinazione di nivolumab e ipilimumab sono, appunto, 'spettacolari': parlano di una sopravvivenza ad un anno dell'89% dei pazienti e del 79% a due anni. Nessuno dei due farmaci da solo arriva a questi risultati.



Per il bambino c'è un latte 'ad hoc'

Dallo svezzamento per tutta la prima infanzia i genitori devono curare con particolare attenzione la dieta del proprio bambino in modo che sia varia ed equilibrata e gli fornisca tutti i nutrienti essenziali al corretto sviluppo delle sue facoltà fisiche ed intellettive proteggendolo, nel contempo, da eventuali eccessi e carenze nutrizionali. Purtroppo però i genitori spesso tendono a considerare, il bambino come un piccolo adulto senza tenere presente che ogni fase della sua crescita ha bisogno di un ben preciso piano nutrizionale. Ad esempio, in contrasto con le indicazioni dell'European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, molte mamme introducono il latte vaccino troppo precocemente, prima dei dodici mesi, esponendo così il bimbo a una dieta non idonea rispetto alle raccomandazioni nutrizionali, con possibili eccessi e carenze. Diversi studi, infatti, segnalano che nella maggior parte dei Paesi Europei molti bambini seguono dei regimi alimentari squilibrati. Il latte materno si conferma come alimento ideale da adottare il più a lungo possibile. Dopo l'anno, in un questo contesto di squilibri alimentari e in assenza di latte materno, il latte di crescita può essere una delle soluzioni a disposizione del pediatra per equilibrare la dieta dei bambini, come suggerito di recente dall'Efsa, l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare.

SPECIALE
RCS MediaGroup Communication Solutions
grafico:perattivo

ALIMENTAZIONE E PRIMA INFANZIA

La prevenzione del sovrappeso e dell'obesità dovrebbe cominciare fin dai primi anni di vita

Attenzione all'ago della bilancia per proteggere il suo benessere

I chili di troppo possono portare nei bambini una serie di complicanze per la salute futura, il cui rischio aumenta quanto più il peso è in eccesso

Oggi gli errori nutrizionali sono molto comuni e iniziano fin dalle primissime pappe

Fin dai primi anni i genitori dovrebbero favorire abitudini alimentari sane e corrette

Anche se nel corso degli ultimi anni si è verificata nel nostro Paese una leggera flessione dei livelli di sovrappeso e obesità infantile, i numeri rimangono tuttora allarmanti: i bambini italiani sono ancora ai primi posti in Europa per eccesso di peso. Le rilevazioni effettuate nel 2014 su oltre 48 mila bambini delle scuole primarie, distribuiti in tutte le regioni italiane, dal sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla Salute, promosso e finanziato dal **Ministero della Salute/CCM**, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, evidenziano infatti che il 20,9% ha problemi di sovrappeso, il 9,8% di obesità, compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2%, con prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro. E al pari di quanto accade per gli adulti, i chili di troppo sono un azzardo per la salute anche nei bambini in quanto conducono a condizioni di rischio endocrino-metabolico e cardiovascolare aumentando la possibilità che siano colpiti nel loro futuro da diabete, ipertensione, sindrome metabolica e disturbi cardiovascolari.

ALL'ORIGINE DEL PROBLEMA

I principali imputati dei problemi di sovrappeso e obesità infantile sono nella maggior

parte dei casi le abitudini alimentari scorrette, con la complicità di uno stile di vita sedentario. Come segnalano i pediatri, gli errori nutrizionali durante l'infanzia sono oggi quanto mai diffusi e iniziano spesso già durante lo svezzamento quando si avvia l'alimentazione complementare. In particolare nel corso del secondo anno di vita l'alimentazione del bambino viene meno sottoposta dalle mamme al controllo del pediatra con la possibilità che le abitudini nutrizionali del bimbo non si consolidino in funzione di un'accurata valutazione dei suoi reali fabbisogni.

A questo proposito gli studi condotti hanno evidenziato nei bambini durante la prima infanzia scostamenti anche importanti nell'assunzione di nutrienti rispetto a quanto raccomandato, in particolare per quanto riguarda le proteine che vengono proposte in eccesso con conseguenze per la salute. Questi nutrienti sono infatti un fattore di rischio per lo sviluppo di sovrappeso e obesità come evidenziato dai risultati di un importante studio, condotto in Germania dal Dortmund Nutritional and Longitudinally Design Study, secondo i quali un elevato apporto di proteine nel corso del secondo anno di vita può influenzare la condizione di sovrappeso all'età di 7 anni, con tutte le implicazioni associate. Inoltre un carico proteico

eccessivo non è salutare per il benessere dei bambini neppure nell'immediato in quanto rappresenta un rischio per l'apparato renale.

ORGANIZZARE LA DIETA

Certamente le proteine sono essenziali per un corretto funzionamento di tutto l'organismo, ma durante la prima infanzia non è facile per i genitori rispettare il quantitativo quotidiano raccomandato di questi nutrienti. Le proteine infatti sono contenute in molti alimenti presenti nel menù standard del bambino, come carne, pesce, uova e latticini, cereali, legumi, e di conseguenza con porzioni ragionevoli di questi alimenti, suddivise nei diversi pasti quotidiani, si copre il fabbisogno proteico giornaliero di sicurezza.

Uno degli alimenti che potrebbe contribuire a sbilanciare la dieta quotidiana del piccolo in termini di eccesso proteico è il latte vaccino. Contiene un quantitativo troppo elevato di proteine, ben 3,3 g per ogni 100 ml, per cui in associazione con gli altri alimenti porterebbe a un surplus proteico non desiderabile. Il latte in effetti è un alimento ancora molto presente nella dieta del bambino. Per questa ragione si raccomanda di non introdurre il latte vaccino prima del 12° mese e, secondo alcuni esperti di nutrizione, sarebbe meglio farlo dopo il 2° anno.

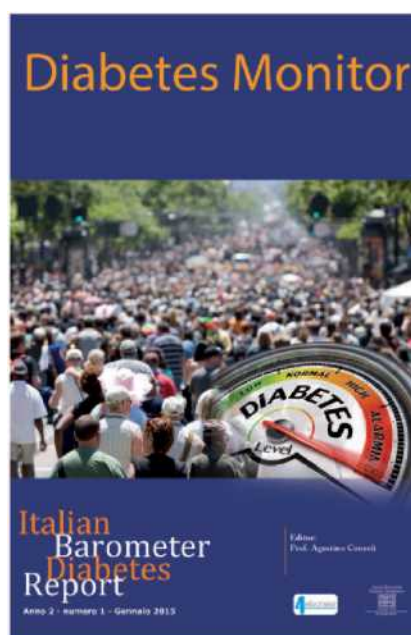


La mortalità aumenta: + 1,1% tra gli uomini e + 1,3% tra le donne

Il Barometer conferma la crescita del diabete

Servono scelte di vita salutari, movimento e sana alimentazione

La mortalità per diabete cresce dell'1,1% all'anno fra gli uomini e dell'1,3% fra le donne. Un dato molto allarmante contenuto nella 7° edizione dell'Italian Barometer Diabetes Report 2014, prodotto dall'Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation e presentato al [Ministero della Salute](#) alla presenza del 'gotha' della diabetologia italiana. E secondo gli esperti entro il 2030 il diabete passerà dall'undicesima alla settima causa di morte nel mondo, mentre nei Paesi industrializzati sarà al quarto posto, dietro soltanto alle malattie cardiovascolari, alle malattie cerebrovascolari e ai tumori delle vie respiratorie, ma molto più avanti rispetto agli altri tipi di tumore o ad altre patologie croniche. Oltre a ridurre l'aspettativa di vita di 5-10 anni, il diabete è responsabile di complicanze serie ed invalidanti. Dal 60% all'80% delle persone affette da diabete muoiono a causa di malattie cardiovascolari. Queste sono da due a quattro volte più frequenti nelle persone con diabete, rispetto a quelle senza, di pari età e sesso, e sono soprattutto le complicanze più gravi, quali infarto, ictus, scompenso cardiaco e morte improvvisa, a colpire più spesso chi ha il diabete.



L'osteoporosi Consigli utili per combatterla

Alimentazione corretta, attività fisica regolare e nuovi farmaci. Sono queste le armi per prevenire e rallentare l'osteoporosi, ovvero la riduzione del contenuto minerale osseo con conseguente rischio aumentato di fratture anche per traumi lievi. Un problema che riguarda circa il 50% delle donne sopra i 50 anni. Ne parliamo con il dottor Marcello Filopanti, endocrinologo del Policlinico San Marco di Zingonia e Corpore Sano Smart Clinic, struttura sanitaria del Gruppo Ospedaliero San Donato all'interno del Centro «Le Due Torri» di Stezzano.

Dottor Filopanti, ma l'osteoporosi si può prevenire?

«In parte sì, innanzitutto agendo sullo stile di vita. Smettere di fumare e ridurre la quantità di alcol sono il primo passo. Fare attività fisica regolare aiuta a mantenere in forma i muscoli, i riflessi e l'equilibrio e ciò con-

sente di ridurre la possibilità di cadute e traumi. Inoltre, gli sport che comportano un carico non eccessivo sulle ossa ne stimolano il metabolismo. Camminare, correre, danzare, nei limiti consentiti dall'età e dalla salute, sono perfetti a questo scopo. L'esposizione solare, quando è possibile ed in modalità corrette, consente la produzione di vitamina D (sostanza che consente un adeguato assorbimento del calcio presente negli alimenti e un suo corretto metabolismo) a partire dalla nostra pelle. Per quanto riguarda l'alimentazione, è importante assumere una buona quantità di calcio con la dieta o le bevande. Per una donna in menopausa è consigliato un apporto di calcio quotidiano di almeno 1,5 grammi, proveniente anche, ma non solo, da latte e

latticini. Le diete più equilibrate e varie, come la dieta mediterranea tipica, sono sufficienti per la maggior parte dei casi, tuttavia in presenza di osteoporosi quasi sempre è necessaria una supplementazione».

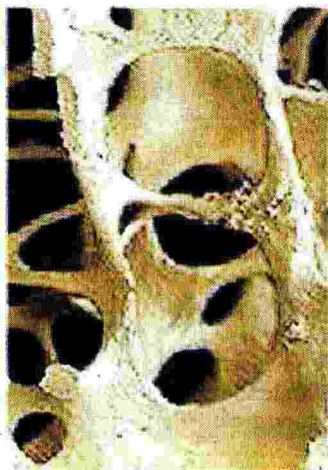
Dottor Filopanti, nel caso invece sia già comparso il problema quali sono le terapie attualmente disponibili da proporre ai pazienti?

«Se viene diagnosticata l'osteoporosi (attraverso la Moc-Mineralometria ossea computerizzata), senza altri fattori di rischio e senza precedenti fratture da osteoporosi, in genere il trattamento consiste nella supplementazione di calcio e vitamina D (in gocce orali o fiale da assumere per bocca o intramuscolo, in dosi di solito settimanali o mensili). Nei casi previsti dalla normativa **Aifa**

(Agenzia italiana del farmaco) è possibile somministrare farmaci che agiscono direttamente sul meta-

bolismo osseo. I più diffusi sono i cosiddetti bisfosfonati, come alendronato, risedronato e ibandronato, che si assumono settimanalmente o mensilmente e sono in grado di ridurre la degradazione dell'osso (anti riassorbitivi). Altri farmaci frequentemente utilizzati, ma solo nelle donne, sono i cosiddetti Serm (modulatori selettivi del recettore degli estrogeni, come il Raloxifene) che hanno un'azione simile agli ormoni estrogeni, ridotti nelle donne per la menopausa, e stimolano la produzione di tessuto osseo. In casi selezionati può essere indicato il trattamento con analogo dell'ormone paratiroideo (Teriparatide) che stimola fortemente la produzione di nuovo tessuto osseo. Lo stesso effetto, ma con meccanismo diverso, è ottenuto dal trattamento con Denosumab, il più recente e promettente farmaco, somministrato in iniezioni sottocutanee ogni 6 mesi». ■

*Necessarie
alimentazione
corretta e
attività fisica
regolare*



Un osso colpito da osteoporosi



CorriereSalute

Non chiedere troppo alla tua **memoria**

Password da ricordare, numeri di telefono che si moltiplicano, appuntamenti che si sovrappongono in una vita sempre più multitasking. E la difficoltà a far fronte a tutte queste richieste ci crea ansie sulla tenuta delle nostre capacità mnemoniche. Ma sono pochi i casi in cui c'è davvero da preoccuparsi

Oggi siamo tutti un po' **smemorati**

La quantità di informazioni da tenere a mente è aumentata a dismisura, tanto che capita di avvertire uno scarto tra le capacità mnemoniche ideali e quelle reali. Ma le piccole lacune non devono preoccupare. Anzi, l'ansia «di prestazione» è solo controproducente

Ricerche
Gli specialisti stanno ormai individuando nuovi disturbi caratterizzati dall'insoddisfazione personale per la propria abilità a ricordare

Convinzione errata
Tra la gente comune è diffusa l'idea che qualunque grado di deterioramento cognitivo lieve indichi una demenza in agguato

L

a memoria di cui sono dotati gli esseri umani, in un mondo in cui ci sarebbero sempre più cose da ricordare, tende ad apparire ogni giorno meno adeguata. Sono tanti i ricordi e le informazioni che possono mancare all'appello nei momen-



to in cui servirebbero: il nome di una persona già incontrata, il numero dell'ennesimo PIN, la password di quel sito internet al quale ci si era iscritti alcuni mesi prima, e così via. Quando le dimenticanze iniziano a ripetersi, subentra la preoccupazione, specie quando si avvanza con l'età. Sarà normale una memoria tanto lacunosa?

Certo è che la quantità di informazioni da tenere a mente è aumentata a dismisura negli ultimi decenni, specialmente per chi è impegnato in attività professionali molto "esigenti" sotto questo profilo. Così, oltre ai veri disturbi della memoria, più o meno correlati al possibile sviluppo di demenze, gli specialisti stanno iniziando a individuare condizioni in cui la caratteristica fondamentale è l'insoddisfazione personale per le proprie prestazioni mnemoniche. È come se chi vive nel complesso mondo contemporaneo stesse prendendo coscienza della differenza tra una memoria ideale, capace di ricordare tutto quello che servirebbe, e la memoria reale, che non riesce invece a stare al passo.

Una di queste condizioni di memoria normale, ma percepita come insufficiente, è il cosiddetto *disturbo funzionale della memoria*. È uno stato nel quale ci si lamenta già da alcuni mesi delle prestazioni della memoria a fronte di un ambiente che richiederebbe di ricordare molte cose diverse. Non c'è nessuna specifica causa, né fisica né mentale. «È un disturbo più comune tra le persone che si collocano su un piano elevato dal punto di vista degli studi effettuati e dell'appartenenza professionale e socio-economica — spiegano gli autori di una ricerca in merito, guidati da Blackburn del Department of Neuroscience dell'University of Sheffield (Gran Bretagna) —. Persone che hanno un atteggiamento perfezionistico nei confronti delle prestazioni mnemoniche sono più a rischio di sviluppare una risposta di disadattamento a mancanze o errori di memoria, ma anche alle variazioni normali a cui questa funzione va incontro in seguito a cambiamenti dell'umore, allo stress, all'avanzare dell'età».

Il fenomeno può avere un carattere di automantenimento. Infatti, chi nota anche piccole difficoltà nella propria abilità di ricordare, aumenta il livello di attenzione nei confronti delle prestazioni cognitive, generando la sensazione che ci sia qualcosa che non va. «In poche parole — dicono i ricercatori — si sviluppa un vero sintomo cognitivo in seguito a un cattivo abbinamento tra una domanda di memoria molto esigente, ad esempio per motivi professionali o per la necessità di lavorare in multitasking, e le risorse mnemoniche disponibili». E più la condizione di stress si prolunga, più la memoria, spremuta, tende a funzionare male, così che la condizione diventa disturbante.

Un'altra condizione di memoria insoddisfacente, ma non necessariamente patologica, è il cosiddetto *mild cognitive impairment* ("deterioramento cognitivo lieve"). Si tratta di uno stato sulla cui natura, e soprattutto sulla cui evoluzione, ci sono molte perplessità anche tra gli esperti. Chi ne soffre manifesta una reale riduzione delle capacità cognitive, soprattutto quelle mnemoniche, ma il funzionamento della vita quotidiana è preservato. Può essere dovuta all'età, o

essere la conseguenza di uno stato depressivo prolungato, di un cronico abuso di alcol. A questa variabilità di cause corrispondono sintomi sfumati e incostanti, e un'incertezza sull'evoluzione. «L'intenzione originaria di questa diagnosi era di consentire l'individuazione di persone ad alto rischio di Alzheimer o di altre condizioni neurodegenerative che possono portare alla demenza — spiegano i ricercatori —. Ma è un obiettivo che non si può considerare raggiunto». Infatti, in molti casi il deterioramento cognitivo lieve è una condizione transitoria, che consente un pieno recupero, come accade quando si supera uno stato depressivo protratto. Quindi, non ha nulla a che vedere con nessuna forma di demenza né presente né futura. «Eppure tra i non specialisti e la gente comune c'è la convinzione che qualunque grado di deterioramento cognitivo lieve indichi persone che procederanno inesorabilmente verso una forma di demenza» aggiungono gli autori dello studio. E una ricerca realizzata tra i neurologi americani ha dimostrato che perfino il 20% di loro aveva tale erronea convinzione.

Queste condizioni, un po' a metà strada fra lo stato normale e quello patologico, indicano che tra di essi non vi è una netta separazione. Si può avere una perdita di alcune funzioni cognitive del tutto transitoria, o stabile ma che non procederà mai oltre, mentre solo pochi casi diventeranno vera demenza. La ricerca è impegnata a individuare il più precocemente possibile proprio quegli specifici casi.

Daniilo di Diodoro
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I «vuoti»

I primi problemi cognitivi che si presentano sono: difficoltà nel ricordare, ad esempio, dove sono stati messi gli oggetti; sul versante del linguaggio minore facilità a trovare le parole; alterazione delle funzioni che richiedono un'attenzione visuospatiale, come per esempio la guida dell'auto. Infine, si diventa meno abili nelle attività che richiedono l'uso di apparecchi, come quelli della cucina.

DimENTICARE Perché è difficile cancellare le brutte esperienze

C'è chi cerca di ricordare e chi, invano, di dimenticare. È il caso di chi soffre del Disturbo post-traumatico da stress, tra i cui sintomi principali vi è il continuo ripresentarsi di memorie di eventi traumatici ai quali si è stati esposti. Una ricerca pubblicata sulla rivista *Nature*, realizzata al National Institutes of Health, indica ora che la persistenza di tali memorie sgradite potrebbe essere dovuta al cambiamento del circuito cerebrale che ha il

compito di recuperare i ricordi. Normalmente il recupero avviene per comunicazione diretta fra la corteccia prefrontale e l'amigdala; ma per i ricordi traumatici, dopo alcuni giorni, si attiva un circuito alternativo che coinvolge un'area cerebrale del talamo: un cambiamento che sembra stabilizzare tali ricordi. Ora l'obiettivo sarà provare a interferire con il funzionamento di questo circuito, per liberare la memoria dai traumi.

D. d. D.

CorriereSalute

Chi fa un po' di attività fisica tiene in forma anche il cervello

Alimentazione

Mangiare molta frutta e molta verdura può esercitare un effetto protettivo

Relazioni

È importante restare in contatto con gli altri, perché l'interazione è stimolante

Con il progredire dell'età si possono prendere diverse iniziative per mantenere una buona funzione cognitiva, memoria compresa. Innanzitutto, fare attività fisica, come è stato dimostrato da molti studi clinici. «Il primo studio interventistico finalizzato a esaminare gli effetti dell'esercizio fisico sulla funzione cognitiva fu realizzato nel 1990 — dicono gli autori di una revisione sistematica, guidati da Hanna Öhman del Rehabilitation and Care Services di Helsinki —. I risultati già mostravano che il passeggio aerobico ha un effetto positivo sulle funzioni esecutive di individui anziani cognitivamente sani. Risultati confermati da revisioni successive che includevano trial randomizzati e controllati finalizzati a esaminare l'effetto dell'attività fisica sulle funzioni cognitive di soggetti anziani sani». Secondo una revisione sistematica pubblicata nella Cochrane Library, a migliorare sarebbero soprattutto i tempi di reazione, il livello di attenzione, ma anche la capacità di ricordare informazioni.

Pure a chi comincia ad avere le prime difficoltà con la me-

moria può essere utile l'attività fisica. Una disamina dei suoi effetti è stata fatta da due ricercatori statunitensi, Kenneth Langa e Deborah Levine, che hanno pubblicato sulla rivista *Jama* una revisione clinica sul deterioramento cognitivo lieve. I risultati della loro revisione suggeriscono che per chi inizia a soffrire dei primi disturbi mnemonici l'attività fisica aerobica è un importante alleato.

Ancora più importante se si considera che non ci sono molte altre possibilità di prevenzione del deterioramento e che l'efficacia dei farmaci sul mercato è ancora molta scarsa e non del tutto provata. Il gruppo guidato da Hanna Öhman ha trovato nella sua revisione una specifica efficacia dell'attività fisica aerobica per le persone che già soffrono di un deterioramento cognitivo lieve. Gli studi clinici sono stati realizzati con interventi di una durata oscillante tra i tre e i sei mesi, tempo sufficiente perché il miglioramento sia manifesto. Interessante notare che tassi molto elevati di persone coinvolte negli studi hanno continuato a partecipare nel tempo alle sedute di ginnastica, smentendo il luogo comune secondo il quale la maggior parte delle persone abbandoni questi programmi dopo pochi incontri.

Kenneth Langa e Deborah Levine hanno anche preso in esame alcuni studi osservazionali di lunga durata dai quali sembra emergere un ruolo protettivo da parte della dieta mediterranea: l'adesione a questo stile alimentare contribuisce a ridurre il rischio di trasformazione in demenza di un deterioramento cognitivo. Ri-

sulta importante inoltre restare in contatto con le altre persone, perché si riduce il declino cognitivo e si preserva la memoria: l'interazione con gli altri è stimolante e protettiva, soprattutto per coloro che avevano raggiunto un livello di studio non elevato e per chi ha anche disturbi vascolari.

Non ci sono invece prove significative di un'efficacia della psicoterapia, che ha solo dimostrato in alcuni casi di aiutare ad accettare una diagnosi alla quale è difficile adattarsi.

«Le indicazioni per conservare la memoria sono quelle che caratterizzano il ben vivere, a tutte le età — spiega Marco Trabucchi —. Chi fa attività fisica e mentale è "protetto" dalla demenza. Una vita attiva permette di costruire una riserva cognitiva, che è una barriera alla perdita di memoria, cioè ne allontana nel tempo la comparsa. Non si modificano le varie cause che possono portare alla perdita di memoria, ma se ne rallenta la capacità di indurre il sintomo. Perché la persona accetti di condurre una vita sana deve prima di tutto essere convinta di poter controllare almeno in parte il suo futuro e che il passare degli anni non è una continua perdita di funzione, o del numero dei neuroni, come si riteneva un tempo».

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ. In arrivo i nuovi "Lea" dopo il pressing delle associazioni di volontariato. Prestazioni assicurate anche per la Sla

Malattie rare, visite gratuite Scatta il piano del ministero

Ora si passerà all'esame finale
nella conferenza Stato-Regioni
I costi potranno essere assorbiti
riorganizzando le spese sanitarie

**Sono previsti
aiuti anche
per disabili gravi
e l'acquisto
di nuove protesi**

DANIELE SBROLLINI
DEPUTATA PD

Franco Pepe

Arrivano i nuovi Lea. Una serie di nuove prestazioni entrerà nell'elenco dei livelli assistenziali gratuiti per il cittadino. Fra di esse alcuni servizi a lungo richiesti e sollecitati dalle numerose associazioni del volontariato vicentino per i disabili, per le malattie gravi come la Sla, per le malattie rare e per tutta una serie di interventi in cui si incrociano sanità e sociale e che oggi sono a carico delle famiglie. La proposta del ministro **Beatrice Lorenzin** è pronta.

Ora si passerà all'esame finale del testo nella conferenza Stato-Regioni in un tavolo permanente che dovrebbe chiudere il suo lavoro entro l'estate. Ma dietro la bozza del panel c'è il lavoro effettuato dalla commissione agli affari sociali della Camera, di cui è vicepresidente l'on. Daniela Sbröllini. Anzi, in passato era stata proprio la Sbröllini, con una serie di interrogazioni e interpellanze in cui si è fatta portavoce delle istanze della galassia del volontariato berico, e con un emendamento al decreto-Balduzzi, a evidenziare l'urgenza di rivedere i Lea. Nella lista appaiono numerose prestazioni in più rispetto al paniere del

Ssn vecchio di 14 anni, e la filosofia, per non dilatare troppo il delta della spesa è di puntare sull'efficienza delle Regioni per riassorbire i costi riorganizzando i criteri della spesa e facendo dell'appropriatezza degli interventi un metodo sostanziale di lavoro.

«Sono previsti - spiega la Sbröllini - ausili per i disabili gravi, carrozzine e computer per i malati di Sla, nuove protesi hi-tech come sollevatori mobili e fissi, strumenti acustici digitali, comunicatori a sintesi vocale o a display, sensori di comando, sistemi di riconoscimento vocale, stoviglie adatte, maniglie e braccioli di supporto. Viene anche aggiornato l'elenco delle malattie rare esenti da ticket, inserendo oltre 110 nuove patologie fra cui sindrome di Dravet, sindrome di Linch, melanoma cutaneo familiare».

Altra novità alcune patologie, come la sindrome di Down e la celiachia escono dall'elenco delle malattie rare ed entrano in quello delle malattie croniche esenti, in cui fanno ingresso anche Bpco medio-grave, rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, malattie renali croniche, sindrome da talidomide, endometriosi. «Una grande vittoria che raccoglie anche il consenso dei pediatri - dice la Sbröllini - è anche il potenziamento della prevenzione per mamme e bambini, per le donne in gravidanza e a tutela della maternità. Aumentano gli screening prenatali. Ci saranno prestazioni specialistiche più approfondite per

scongiorare il rischio che i nascituri sviluppino malformazioni. Si introducono l'analgesia epidurale, lo screening neonatale per la sordità, la raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla Pma eterologa. La procreazione medicalmente assistita sarà erogabile sia per la fecondazione omologa che per l'eterologa, anche se per quest'ultima è ipotizzato un ticket per quanto concerne la donazione di gameti alla coppia». Verranno poi garantite in tutto il territorio nazionale le vaccinazioni anti-meningococco, anti-pneumococco, anti-varicella e anti-Hpv. Inoltre, entrano fra i Lea, nell'ambito dell'assistenza integrativa, l'adroterapia, il laser per la degenerazione maculare senile, le indagini per la celiachia, le analisi di laboratorio per la diagnosi e monitoraggio di malattie rare, l'enteroscopia con microcamera ingeribile, nuovi prodotti aptoeci per i nefropatici cronici, le prestazioni "reflex" erogabili solo se le indagini di primo livello fanno emergere l'esigenza di ulteriori esami. Saranno anche specificati i termini di intervento in tutta l'area socio-sanitaria per i servizi territoriali (consultori familiari, dipendenze patologiche compresa la ludopatia, salute mentale e neuropsichiatria infantile, servizi per disabili), l'assistenza residenziale e quella semiresidenziale (malati cronici, malati in fine vita, persone con disturbi mentali), l'articolazione dell'assistenza domiciliare e residenziale in più livelli. ●

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Sbröllini

LA DEPUTATA. «I nuovi Lea - dice l'on. Daniela Sbröllini - vengono incontro a molte istanze delle associazioni vicentine, ai bisogni di tante famiglie del nostro territorio. La loro voce è stata ascoltata». I maggiori costi saranno di 414 milioni di euro, tenendo conto dei risparmi legati all'appropriatezza, all'eliminazione di vecchie prestazioni, ma anche considerando che alcune delle nuove prestazioni, come le vaccinazioni, vengono già garantite dalle Regioni, in primis nel Veneto. «Questa somma - spiega - rappresenta appena lo 0,37 per cento delle risorse delle Regioni per il fondo nazionale

sanità del 2015. I tagli agli sprechi dimostreranno se le Regioni saranno virtuose fino in fondo. La riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 ha frammentato il Ssn in 21 centri di programmazione sanitaria con risultati opinabili non solo in termini di controllo. Ora non si vuole tornare a una nuova centralizzazione ma lo Stato deve avere la possibilità di monitorare con le Regioni la spesa sanitaria e sociale. Ma, poi, sarà anche importante l'attuazione delle medicine di gruppo h24. Ci vuole un'accelerazione anche per sgravare la domanda che pesa sugli ospedali, soprattutto sui pronto soccorso. Vedremo se nel Veneto saranno in grado di partire». F.P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Roberto Baggio con l'amico Borgonovo vittima della Sla. FOTO ARCHIVIO

CorriereSalute

Alimentazione

Meno grassi nella dieta per combattere gli attacchi di emicrania

Moderazione

Attenzione soprattutto a burro, strutto, panna, formaggi, lardo, cioccolato, oli di cocco e di palma

Che il cibo possa avere un ruolo nel favorire gli attacchi acuti di emicrania, in chi ne soffre abitualmente, è da tempo più che un sospetto. Le certezze, però, non sono molte. Per questo è interessante uno studio, condotto da ricercatori dell'Università Federico II di Napoli, appena pubblicato on-line su *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, nel quale si è indagato l'effetto della riduzione dei grassi sugli attacchi di emicrania.

Dopo un periodo senza alcun intervento dietetico, 83 pazienti affetti da emicrania cro-

nica, che abitualmente consumavano una dieta ricca di grassi saturi, hanno partecipato a uno studio che prevedeva due regimi dietetici da seguire per tre mesi. I due regimi erano leggermente ipocalorici rispetto alle abitudini alimentari dei soggetti e caratterizzati l'uno da un basso contenuto di grassi (inferiore al 20% delle calorie totali) e l'altro da un normale contenuto di grassi (circa il 30% delle calorie totali). In entrambi i casi, la fonte principale di lipidi era rappresentata dall'olio d'oliva, mentre era modesto il contenuto di grassi saturi (presenti soprattutto in burro, strutto, lardo, panna, insaccati, formaggi, cioccolato e negli oli di cocco e di palma). Rispetto al periodo pre-dieta, i pazienti hanno riscontrato una riduzione del numero e della gravità degli attacchi di emicrania con entrambi i regimi dietetici, ma con risultati migliori con la dieta con meno grassi.

«Nel nostro studio — com-

menta Aldo Ferrara, professore di medicina interna e primo autore della ricerca — abbiamo osservato che i pazienti con emicrania tendono a consumare pasti ricchi in calorie e grassi saturi. Un'alimentazione un po' più moderata su entrambi i fronti è già capace di ridurre le crisi, ma risultati migliori si raggiungono se si fa qualche sacrificio in più rispetto al contenuto lipidico, soprattutto di grassi saturi».

Altri consigli? «Prima di tutto — risponde Ferrara — è importante mantenere un peso nella norma e poi individuare, aiutandosi con un diario alimentare, i cibi e le bevande — o i loro componenti — che sembrano scatenare l'emicrania. Attenzione a: vino rosso, formaggi stagionati, cioccolato, alcol, caffeina, aspartame, anche se molto dipende dalla predisposizione individuale e, spesso, anche dalla contemporanea presenza di altri fattori, come il ciclo mestruale»

Carla Favaro, Nutrizionista

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I consigli

Che cosa fare

Diminuire il consumo di cibi grassi

Perché

Un elevato consumo di cibi grassi si associa alla riduzione nel sangue di una sostanza, la serotonina, detta «l'ormone del buon umore» e questo può scatenare crisi di emicrania

Individuare i cibi che scatenano l'emicrania

Sostanze come la tiramina nel vino rosso e nei formaggi stagionati, l'alcol, la caffeina, l'aspartame, e il glutammato monosodico possono favorire gli attacchi di emicrania in persone predisposte

Ridurre il peso se si è obesi

Il tessuto adiposo, soprattutto quando è presente a livello dell'addome, produce sostanze infiammatorie che sono capaci di scatenare le crisi emicraniche

Fare pasti regolari e bere spesso acqua

Il digiuno aumenta gli acidi grassi liberi nel sangue, che sono possibili responsabili di crisi emicraniche, mentre la disidratazione costituisce per l'organismo una condizione di stress

Corriere della Sera



CorriereSalute

Così il medico individua i casi da approfondire

La diagnosi

Percorso



Per saperne di più
su tematiche di psicologia e neurologia
<http://www.corriere.it/salute/neuroscienze/>

Un'accurata raccolta della storia clinica della persona è senza dubbio un passaggio fondamentale per indirizzare lo specialista verso l'identificazione di un eventuale disturbo

«**L**a memoria è uno strumento importantissimo perché la vita possa svolgersi in maniera soddisfacente ed è quindi ovvio che chi soffre di disturbi in quest'area sia particolarmente preoccupato — dice il professor Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria —. E, fino a una condizione di malattia molto avanzata, resta nell'individuo la coscienza del proprio deficit, di qualsiasi tipo siano le cause che lo hanno generato».

Sarebbe dunque importante poter individuare chi inizia a soffrire di tali disturbi. Anche se non avrebbe senso, ad esempio, sottoporre tutti gli ultrasessantacinquenni a test per individuare sia coloro che hanno una demenza conclamata, sia quelli che sono in fase iniziale e quindi non ancora riconosciuti. Infatti, i risultati dei test attualmente disponibili non sono sufficientemente precisi per essere applicati alla popolazione generale e darebbero risultati confusivi.

Lo indicano le conclusioni del lavoro svolto dall'Uk National Screening Committee, secondo le quali utilizzando su tutti gli ultrasessantacinquenni i test oggi disponibili, un numero tra 7 e 17 ogni 100 risulterebbe avere un deterioramento cognitivo lieve; di questi però solo circa il 7 per cento ogni anno svilupperebbe una vera demenza.

Inoltre, su quei 100 risulter-

ebbero esserci 18 persone positive al test per demenza, delle quali però solo 6 l'avrebbero realmente: le altre 12 riceverebbero una diagnosi gravemente preoccupante pur essendo sane. Allo stesso tempo uno di quei 100, realmente affetto da demenza, non sarebbe riconosciuto dai test.

Quindi, ha concluso l'Uk National Screening Committee, questo screening non si può fare, genererebbe solo confusione e non sarebbe utile, proprio a causa della scarsa affidabilità dei test quando sono applicati alla popolazione generale. L'idea di ricorrere a uno screening nasce dal fatto che circa la metà delle persone realmente affette da demenza non sono al momento diagnosticate. «È invece molto importante l'intervento del medico esperto, in grado di distinguere le varie cause di deficit mnesico e quindi di intervenire con una semplice rassicurazione o di impostare un rapporto più profondo, che deve arrivare alla comunicazione di un'eventuale diagnosi» dice Trabucchi.

«In questi casi, — prosegue — un'accurata raccolta della storia clinica, con particolare attenzione ai contenuti e alle modalità della perdita, possono indirizzare verso l'identificazione del disturbo. Se si tratta di un deficit soggettivo, la persona viene aiutata ad accettare la sua condizione, cercando di convincerla che il deficit non ha riflessi significativi sulla vita di relazione o professio-

nale, anche se è fonte di ansia. È frequente in questi casi l'instaurarsi di un circolo vizioso negativo, perché chi diventa ansioso riduce l'attenzione verso i normali eventi della vita, che quindi più facilmente rischiano di essere dimenticati. Infatti è ben nota la correlazione attenzione-memoria. Inoltre, l'ansia riduce il tempo di sonno e la sua qualità, il che compromette ancora di più le funzioni mnesiche. Oggi il timore della comparsa di una demenza è molto forte nella popolazione e il temine Alzheimer ha assunto una valenza nell'immaginario collettivo che una volta era dei tumori».

In alcuni casi, lo specialista consiglia alla persona in difficoltà un approfondimento della sua condizione, ricorrendo ai test neuropsicologici e alla Tac o alla Risonanza Magnetica. «In sostanza, — conclude Trabucchi — il consiglio è affidarsi sempre a un medico saggio ed esperto, in grado di decidere quando limitarsi a dare un consiglio e quando invece proseguire il percorso di analisi e di studio del caso».

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ipotesi

Nella scarsa densità
espressiva
una spia precoce?

Gia a vent'anni qualcosa potrebbe contraddistinguere chi è più a rischio di disturbi cognitivi da anziano rispetto a chi ne sarà esente. È l'incredibile risultato al quale è giunto un famoso studio osservazionale longitudinale (iniziato nel 1986 da David Snowdon, neuroepidemiologo dell'University of Minnesota), il Nun Study. Sono state studiate le suore di diversi conventi statunitensi: le suore sono adatte per questi studi poiché sono un gruppo stabile rispetto

a possibili fattori confondenti, come uso di droghe, alcol, fumo, stile alimentare. Su testi autobiografici scritti dalle suore a un'età media di 22 anni, i ricercatori hanno rilevato che l'80% delle religiose i cui documenti mancavano di densità linguistica (scarsa quantità di idee in un'unica frase) sarebbero da anziane andate incontro alla malattia di Alzheimer, rispetto al 10% di quelle che mostravano invece una buona densità linguistica.

D. d. D.

CorriereSalute

● Il numero

Italia al secondo posto in Europa
per il consumo di antibiotici

44%

La quota
di antimicrobici
in più
che l'Italia
consuma
rispetto
alla media
europea

Gli esperti lo stanno segnalando da tempo: in Europa in generale e in Italia in particolare si consumano troppi antibiotici favorendo così la comparsa di microbi super-resistenti ai farmaci. Adesso il primo rapporto congiunto elaborato dall'European Medicines Agency (Ema), dall'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) e dall'European Food Safety Authority (Efsa) lo conferma. L'Italia consuma il 43,9% di antimicrobici in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto alla media dell'Unione europea (dati 2012). Con 167,5 milligrammi per chilo di biomassa, a fronte di una media Ue di 116,4, siamo infatti al secondo posto in Europa (dietro la Francia, con 175,8 mg/kg biomassa) per il consumo di antimicrobici sull'uomo. E lo siamo anche per il consumo sugli animali, con 341 milligrammi per chilo di biomassa, a fronte di una media Ue di 144, (dietro Cipro).

