

Mercoledì 04 MARZO 2015

## Parità tra uomini e donne. Il 9 marzo il Parlamento UE voterà risoluzione per rompere gli ultimi ostacoli alla parità di genere. Contraccezione e aborto compresi

***La risoluzione è già passata in commissione e invita tutti gli Stati membri a rimuovere gli ostacoli ancora presenti sul lavoro, sulle tutele e sulla salute. "Di questo passo donne e uomini guadagneranno uguale solo nel 2084". Richiamo forte al diritto alla contraccezione e all'aborto e alla sperimentazione clinica di genere. [IL TESTO](#).***

Lavoro, tutele e salute della donna. E' questo l'oggetto della risoluzione **"Sui progressi concernenti la parità tra donne e uomini nell'Unione europea nel 2013"** del parlamentare socialista europeo, il belga **Marc Tarabella**, che sarà discussa dal parlamento UE il prossimo 9 marzo, dopo il voto favorevole in Commissione del 29 gennaio scorso (24 sì, 9 no e 2 astenuti).

"La crisi – si legge nella relazione - ha colpito duramente le economie e le società europee. Dopo un periodo di austerità, è arrivato il momento di rilanciare la crescita affinché l'Europa diventi, come previsto dalla strategia Europa 2020, un'economia intelligente, sostenibile e inclusiva".

Ma in questo quadro, si legge ancora, "è indispensabile considerare la prospettiva di genere e del diritto delle donne nell'elaborazione delle politiche e delle procedure di bilancio, in particolare nel quadro delle politiche per la ripresa, effettuando analisi sistematiche dell'impatto in base al genere".

**Di questo passo soltanto nel 2084 salari uguali per uomini e donne.** "Se la tendenza attuale continua, soltanto nel 2084 il salario di donne e uomini sarà equivalente", si sottolinea ancora. E si ricorda poi lo studio dell'OCSE del dicembre 2012, intitolato "Closing the gender gap - Act now", secondo il quale il PIL dell'UE potrebbe aumentare del 12% se vi fosse una reale parità tra donne e uomini sul mercato del lavoro. Per questo, si legge ancora nella relazione alla mozione, "Una reale uguaglianza nella vita professionale è indubbiamente il presupposto del ritorno alla crescita".

Ma per Tarabella, "è altresì fondamentale che il Consiglio si pronunci in merito al congedo di maternità. La direttiva attualmente in vigore, che risale al 1992, non riflette l'evoluzione della società e non protegge adeguatamente le madri. Bisogna dunque aggiornarla il prima possibile; il Parlamento europeo coglie l'occasione per ribadire la sua volontà di collaborare per raggiungere un compromesso".

**Come preoccupa "il persistere di stereotipi".** "È necessario un cambiamento di mentalità – si legge ancora nella relazione - al fine di ridurre la segregazione orizzontale e verticale, affinché donne e uomini possano finalmente svolgere la professione che desiderano, al livello di responsabilità che desiderano". A partire dalla promozione di "misure volte a conciliare la vita privata e la vita professionale, e che riconoscano e valorizzino la partecipazione dei padri e delle madri alla vita familiare".

E in questo quadro "è indispensabile che i genitori possano accedere a servizi di assistenza

all'infanzia di qualità e a tempo pieno". Secondo la relazione della Commissione del 3 giugno 2013, intitolata "Obiettivi di Barcellona - Lo sviluppo dei servizi di cura della prima infanzia in Europa per una crescita sostenibile e inclusiva", solo 6 Stati membri hanno raggiunto entrambi gli obiettivi: la Svezia, il Belgio, la Francia, la Slovenia, la Danimarca e il Regno Unito.

"Tuttavia, il costo dei servizi di assistenza continua a rappresentare un ostacolo considerevole", e "difatti, il 53% delle madri che dichiarano di non lavorare o di lavorare a tempo parziale per motivi legati ai servizi regolamentati di custodia considera tale costo un ostacolo. Questa percentuale supera il 70% in Irlanda, Paesi Bassi, Romania e Regno Unito".

**Il problema della povertà femminile.** "Il 22% delle donne anziane è soggetto al rischio di povertà, contro il 16,3% degli uomini". "La situazione precaria delle donne anziane – precisa la relazione - è una conseguenza diretta del divario retributivo di genere. La pensione delle donne è in media inferiore del 39% rispetto a quella degli uomini e in Europa più di un terzo delle donne anziane non percepisce alcuna pensione. È necessario istituire meccanismi correttivi, in particolare riformando le politiche fiscali e le disposizioni in materia di indennizzo".

**La violenza contro le donne.** "Anche la lotta contro la violenza nei confronti delle donne è una sfida cruciale della società". A tal proposito il relatore ricorda la posizione del Parlamento europeo in materia, sottolineando "l'importanza della raccolta di dati comparabili in tutti gli Stati membri. Il lavoro dell'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere è fondamentale".

**La questione dei diritti sessuali e riproduttivi.** "Si tratta di una questione di sanità pubblica e di rispetto del diritto fondamentale delle donne al proprio corpo. A tal proposito è importante ricordare i grandi principi politici che il Parlamento europeo ha già sostenuto in passato". E per farlo la mozione prevede si operi affinché sia garantito "un accesso agevole alla contraccezione e all'aborto" e siano incentivate tutte quelle azioni "volte a migliorare l'accesso delle donne ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e a meglio informarle sui loro diritti e sui servizi disponibili". E infine l'invito agli Stati membri e la Commissione "a porre in atto misure e azioni per sensibilizzare gli uomini sulle loro responsabilità in materia sessuale e riproduttiva".

**La sperimentazione di genere.** Un espresso invito invita agli Stati membri, anche per l'applicazione del regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, "per garantire la parità nella rappresentazione tra uomini e donne nella sperimentazione clinica prestando particolare attenzione alla trasparenza per quanto riguarda la composizione di genere dei partecipanti".

**IL CASO DELLA 17ENNE DI GENOVA E I DANNI DI UNA CULTURA REAZIONARIA**

# Lei abortisce grazie al web: segno che l'Italia vive di tabù

**GENOVA**

**Un triste aborto  
che è lo specchio  
dei nostri tabù**

**di Valter Vecellio**

**L**a storia è triste, penosa; non c'è alcun bisogno di metterci il carico di un giudizio e di una condanna. Semmai può servire da monito, "esperienza" di cui fare tesoro, con quello spirito di misericordia che dovrebbe essere patrimonio comune di credenti e non credenti. La storia è quella di due ragazzi, che si vogliono bene, ma senza precauzioni; e lei rimane incinta di lui; e lei ha 17 anni, lui pochi di più, insieme non arrivano a quaranta; e il "problema" in qualche modo lo devono risolvere; e cosa fanno? Cercano aiuto.

**A** chi? Al computer, alla "rete"; è il ragazzo che parla: «Su Google ho scoperto che il gastroprotettore (un farmaco per l'ulcera) se preso in dosi massicce può provocare l'aborto». Come procurarsi il "magico" farmaco? Lui ha l'idea di accusare un forte bruciore di stomaco, si fa prescrivere il farmaco; nello spazio di poche ore la ragazza ingurgita ben nove compresse; lei si fida di lui, lui di quello che ha letto nel web. È il cieco che sulla schiena dello storpio gli indica la strada da percorrere...

Per dieci giorni la ragazza perde sangue; e finalmente il ricovero in ospedale; si salva, per fortuna, tirata per i capelli; perché i medici le spiegano che sì, ha abortito, ma anche rischiato la vita per una forte emorragia interna. Sì, il ragazzo, lui stesso lo ammette è stato uno stupido a pensare che il problema lo si potesse risolvere in questo modo; e la ragazza...chissà: paura, suggestione, vergogna...

Nessun giudizio, nessuna condanna, s'è detto all'inizio; da storie tristi e penose come queste si può solo azzardare qualche riflessione.

Né lei, né lui, evidentemente, desi-

deravano questa gravidanza: lei 17 anni, lui 20, senza lavoro, a casa coi genitori: un figlio non è un giocattolo... Né lei né lui, evidentemente, hanno preso le sufficienti precauzioni che pure sono accessibili a tutti. Come mai? Ignoranti, nel senso letterale del termine; se non ignoranti, quantomeno incoscienti. Anche se in due non fanno quarant'anni, entrambi comunque un'età sufficiente per sapere, capire, conoscere. E qui si apre un discorso che pure va fatto, con buona pace si oppongono. È la questione di una corretta informazione (si badi: non educazione) sessuale, che fin dagli anni Cinquanta viene proposta da organizzazioni come l'Aied, e la procreazione responsabile. E qui si viene chiamati in causa un po' tutti: le famiglie, ma anche la scuola, la società in genere. Ma a dirlo si passa per fanatici radicali che vogliono la distruzione della famiglia; mentre è proprio vero il contrario.

Si può capire che i due ragazzi abbiano avuto pudore e vergogna a chiedere aiuto ai genitori (anche se di norma, chi meglio dei genitori può capire, comprendere, e aiutare?). Meno si può capire e accettare la fideistica fiducia nel web, nella rete. Può aiutarci a comprendere il contenuto degli incomprensibili e iniziativi "bugiardini" nelle confezioni dei farmaci, altro è credere che una ricerca su google sostituisca il medico; e questa pure è cosa che andrebbe chiarita, spiegata. Anche se c'è chi lo predica e prefigura, il web non è la soluzione di ogni problema, il toccasana di ogni male, l'antidoto a ogni sventura. E poi c'è quel che ci vien da pensare ogni volta che si apprende di neonati e feti rinvenuti nei posti più assurdi, compresi i cassonetti dell'immondizia: che mancano massicce campagne informative che

spieghino alle giovani donne come cautelarsi; e che non c'è bisogno, se si vuole interrompere una gravidanza, di farlo clandestinamente, perché le strutture ospedaliere pubbliche hanno l'obbligo di prestare anche tale servizio; e che si può mettere al mondo una creatura e decidere di non riconoscerla, se così si sente e si vuole fare. Andrebbe spiegato nelle scuole, e nei luoghi di ritrovo di molte giovani donne straniere, venute in Italia dai posti più lontani, e magari convinte che le leggi italiane sono come quelle dei loro paesi. Andrebbe anche limitato il diritto di obiezione di coscienza. Non è concepibile che la facciamo i portantini, e anche per quel che riguarda i ginecologi: chi non se la sente di fare aborti, scelga un'altra branca della medicina; ma qui il discorso s'allarga, ci porta lontano. Restiamo, invece, ai fatti di Genova.

Di quella tragedia sfiorata possiamo ritenerci in piccola parte responsabili? Sì, e non è in contraddizione col fatto che esiste una responsabilità individuale. Perché ancora non abbiamo saputo garantire una sufficiente rete informativa, una adeguata conoscenza di quello che si può fare se si vuole farlo; perché certe problematiche sono ancora un tabù, "cose" da sussurrare. Fino a quando non avremo superato certe barriere mentali (che diventano spesso ostacoli molto concreti), ci saranno, purtroppo, ancora molte storie penose e dolorose come quelle dei due ragazzi di Genova.





## Genova. Aborto col Cytotec, allarme giovani

**L**a notizia è trapelata solo in questi giorni ma il fatto risale a fine 2014. Una 17enne ha rischiato la vita per una grave emorragia dopo aver assunto un farmaco gastro-protettore, il Cytotec, che può anche avere effetti abortivi. Secondo una prima ricostruzione, la ragazza avrebbe avvertito il fidanzato di avere notato l'interruzione del ciclo. Non volendone parlare con i genitori, ha chiesto l'aiuto del giovane, che ha scoperto su Internet l'esistenza del farmaco ed è riuscito a farselo prescrivere dal proprio medico dicendo di soffrire di mal di stomaco. La fidanzata l'ha assunto secondo le dosi e le modalità reperite sul Web (una pratica più volte denunciata su queste pagine), ma è sopraggiunta l'emorragia. Solo il ricorso urgente alle cure ospedaliere le ha permesso di salvarsi, con la denuncia del fidanzato che l'aveva spinta a liberarsi dalla gravidanza in quel modo. Di «desolazione» parla Gemma Migliaro, presidente di Scienza & Vita Genova. «I giovani – ha aggiunto – sembrano abbandonati a se stessi, vivono in

un mondo virtuale perché la realtà è da un'altra parte. Appare davvero strano che i ragazzi si informino su pratiche simili e non prendano neppure in considerazione un approccio diverso all'affettività». «Dai dati in nostro possesso – aggiunge Paola Musso, responsabile genovese del Centro di Aiuto alla Vita – il ricorso al Cytotec è costante, soprattutto tra le straniere che riescono anche a reperirlo sul mercato nero. Il dato sui cui dovremmo riflettere è relativo al numero dei cosiddetti "aborti spontanei" perché tra questi non sappiamo quanti sono reali e quanti sono stati invece indotti dall'utilizzo improprio di questo farmaco».

**Adriano Torti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il caso**

## L'ambizione di potersi curare da soli e i rischi di Internet

di **Mario Pappagallo**

**L**a sua ragazza forse era rimasta incinta e lui ha trovato su Internet una soluzione «fai da te»: un farmaco gastroprotettivo che, in quantità adeguata, ha effetti abortivi. Si è fatto prescrivere il farmaco dal proprio medico, dicendo di soffrire di mal di stomaco, e ha poi convinto la fidanzata diciassettenne a prenderlo in dose massiccia. La successiva grave emorragia stava per uccidere la ragazza. Il fatto, avvenuto nell'autunno 2014, è stato ricostruito dai carabinieri. Il ragazzo, ventenne all'epoca, è stato iscritto, dalla Procura di Genova, nel registro degli indagati con l'accusa di procurato aborto. Un altro aspetto grave della vicenda è l'uso della Rete a fini medici. Sia per il dilagare delle

«farmacie online»: alcune legali (ma solo nei Paesi dove previste), altre vero «spaccio» di medicinali artefatti o «rubati». Sia per l'uso improprio del web: fonte di informazioni mediche, spesso fasulle o inattendibili, ma recepite come verità assoluta. Secondo un recente studio internazionale sui «pazienti in Rete», otto italiani su dieci tra i 24 e i 45 anni si affidano a Internet per sapere di salute e farmaci. Grave: uno su due (47%) ricorre al web addirittura per l'autodiagnosi. Molto grave: tre su quattro non controllano l'attendibilità delle fonti (ricerca della *London School of Economics* sui servizi sanitari). Infine, c'è un 13% di italiani che ricorre ai social media (Facebook, Twitter) per postare commenti e domande su temi medici.

 **@Mariopaps**  
© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.lastampa.it/>

## Bimbi prematuri: voce e battito del cuore della mamma aiutano il loro cervello a crescere

Studio del Brigham and Women's Hospital in Boston



**DANIELE BANFI**

MILANO

Cosa serve al cervello dei bambini nati prematuri per svilupparsi? Semplice, la voce e il battito cardiaco della propria mamma. Ad affermarlo è una ricerca del Brigham and Women's Hospital di Boston (Stati Uniti) pubblicata dalla prestigiosa rivista Pnas. Un risultato straordinario che potrebbe presto cambiare il modo di approcciarsi ai bambini nati pre-termine.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si considera prematuro un bambino nato tra la 22esima settimana e la 37esima settimana completa di gestazione. Il problema principale è rappresentato dalla difficoltà a respirare poiché le cellule dei polmoni non sono ancora mature. Il processo che porta queste cellule a maturare avviene in continuazione giorno dopo giorno. Non solo, una nascita troppo anticipata porta con sé numerosi altri problemi e il rischio di disabilità e anomalo sviluppo cognitivo non è così remoto.

Nel tentativo di portare a termine anche la maturazione cerebrale gli scienziati statunitensi hanno esposto 40 bambini prematuri, nati dalle 8 alle 15 settimane prima del dovuto, all'ascolto della voce e del battito cardiaco della propria madre. Ciò è stato possibile installando all'interno delle piccole incubatrici degli altoparlanti con la registrazione dei suoni. La "cura" è durata per tre ore al giorno in aggiunta al contatto "reale" con la mamma.

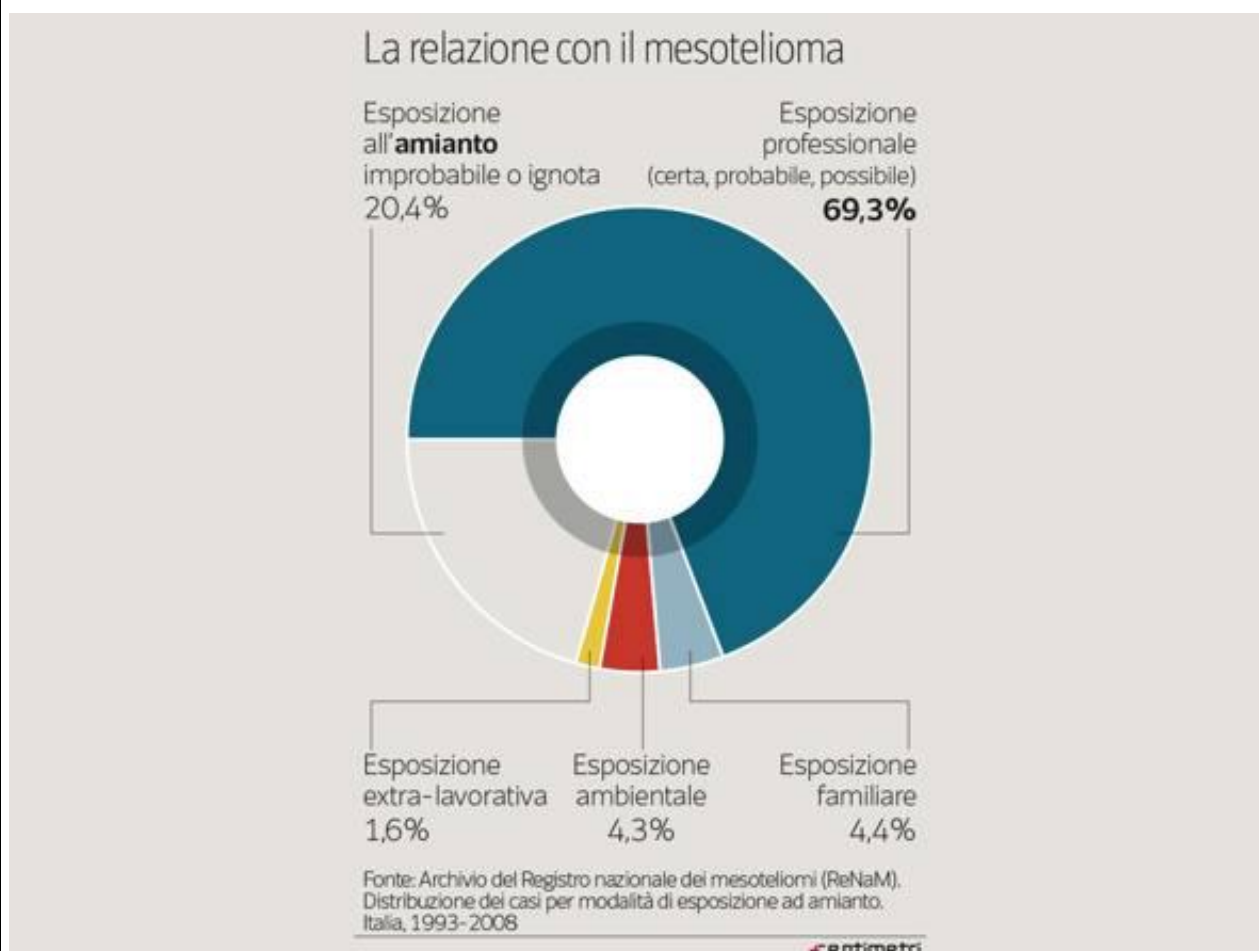
Dalle analisi è emerso che i bambini sottoposti al test, a differenza di quelli trattati con le cure standard, presentavano un maggior sviluppo della corteccia cerebrale uditiva. Un risultato che secondo la rivista che ha pubblicato lo studio potrebbe aiutare notevolmente i medici e i genitori che si prendono cura dei bambini prematuri nella prevenzione dei problemi di sviluppo cognitivo.

<http://www.corriere.it/salute/>

## La terza era dei danni da amianto Ancora 85 anni per la dismissione

*La prima ha colpito chi estraeva il minerale, la seconda chi lo utilizzava nel lavoro. Ora si attende quella prodotta da quanto ne è rimasto nell'ambiente*

di **Adriana Bazzi**



La cronaca di questi ultimi giorni ci informa che all'Istituto tecnico Leonardo da Vinci di Firenze non si può correre, chiudere con forza porte e finestre, forare le pareti, per non mettere in circolazione polveri di amianto, di cui sono fatti i muri di questa palazzina anni Sessanta. La vera notizia riguarda l'affissione, alle pareti della scuola, del vademecum che detta questi comportamenti. Non è, invece, una novità il fatto che un edificio pubblico sia costruito con cemento-amianto.

### **La situazione in Italia**

In Italia ci sono oltre 32 milioni di tonnellate di asbesto (l'altro nome dell'amianto) nascoste in case,

palazzi, stabilimenti, vagoni di treno e navi: l'amianto è un ottimo materiale isolante e ignifugo ( i cinesi lo chiamavano la pietra infernale perché indistruttibile) per cui è stato ampiamente sfruttato in molti settori, compreso appunto quello dell'edilizia, dove è stato mescolato con il cemento per produrre l'ormai tristemente noto Eternit. Ed è responsabile di un tumore particolarmente cattivo, il mesotelioma della pleura, oltre che di altre neoplasie del polmone e di altri organi. Ogni anno vengono smaltite nel nostro Paese 380 mila tonnellate di rifiuti di questo materiale, troppo poche visto che a questo ritmo serviranno ancora 85 anni per completare la dismissione di tutto l'amianto esistente in Italia. Ecco perché occorre uno sforzo comune fra istituzioni, clinici, associazione di pazienti, ricercatori, autorità politiche per monitorare la situazione e prendere suggerire le strategie più opportune ed è per questo che a Bari è stata appena organizzata la terza Consensus Conference sul mesotelioma, appunto la conseguenza più grave dell'esposizione all'amianto.

### ***Si prevede un picco di casi di tumore nel 2020***

«È il cancro, mesotelioma in particolare, il marker dell'esposizione all'amianto - commenta Carmine Pinto, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) -. In 15 anni, fra il 1993 e il 2008, in Italia si sono registrati più di 15 mila casi di questa neoplasia. E adesso ci si aspetta la terza onda dei danni da amianto». La prima ha colpito chi estraeva il minerale dalle miniere, la seconda chi lo utilizzava nella costruzione di carrozze ferroviarie, navi, case, e la terza ha a che fare con il materiale rimasto in circolazione. Compreso il «polverino» che veniva regalato agli operai dell'Eternit di Casale Monferrato e veniva utilizzato per isolare sottotetti o per ricoprire cortili. «Si prevede un picco di casi nel 2020 - continua Pinto - ma è probabile che a questo segua un *plateau*, proprio perché l'amianto è ancora molto diffuso». E non esiste una dose soglia, un livello di esposizione sotto il quale il rischio non esiste. Semmai in chi è stato più esposto, la malattia si presenta prima. Ogni anno in Italia le nuove diagnosi di mesotelioma pleurico sono 1200-1300. «E nel nostro Paese - aggiunge Alessandro Marinaccio, responsabile del Registro dei mesoteliomi all'Inail - esiste un rapporto di genere sfavorevole alle donne: una donna colpita ogni 2,6 uomini (in Australia, per fare un confronto, il rapporto è 7,2). Questa situazione, finora poco nota, è legata al fatto che, negli anni 50 e 60 in Italia molte donne erano impiegate nell'industria tessile dove l'asbesto era usato negli edifici per contrastare la condensazione del vapore acqueo e assorbire il rumore e nelle guarnizioni frenanti di tutti i macchinari».





UNANIME IL PARERE DEGLI ESPERTI

# Immunotarget terapia

## Nuova era per i tumori

### La novità dell'oncologia del terzo millennio

**O**ttima novità nel trattamento dei tumori. L'immunotarget terapia apre una nuova era nel trattamento dei tumori e modifica le aspettative di sopravvivenza. Il trattamento utilizza il sistema immunitario, il sistema di difesa dell'organismo, per combattere le cellule tumorali.

Il nuovo metodo di cura è stato utilizzato inizialmente sul melanoma e, ora, questo approccio rivoluzionario si sta estendendo con successo ad altri tipi di tumore come quelli del polmone e del rene.

«Grazie al suo meccanismo d'azione, questo approccio terapeutico innovativo, applicato al melanoma, riesce a limitare e fermare la malattia per un lungo periodo», spiega il professore **Carmine Pinto**, presidente nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica e direttore dell'Oncologia medica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma.

È unanime il parere degli esperti sulle potenzialità terapeutiche che possono derivare dall'innovativo trattamento: per la totalità dei camici bianchi, grazie allo sviluppo di questi

farmaci, nei prossimi cinque anni si otterrà un miglioramento della pratica clinica.

«Siamo di fronte – aggiunge Pinto – ad un'importantissima novità dell'oncologia del terzo millennio, a un approccio rivoluzionario nel trattare il cancro, che si affianca a quelli tradizionali rappresentati dalla chirurgia, dalla radioterapia e dalla chemioterapia».

Dal primo sondaggio sull'immuno-oncologia mai realizzato in Italia, promosso dall'Associazione italiana di oncologia medica lo scorso gennaio, che ha coinvolto sia i pazienti che i clinici, emerge che oltre il 90 per cento dei pazienti con melanoma in trattamento dà una definizione appropriata di farmaco immuno-oncologico. L'80 per cento ritiene che queste terapie siano efficaci e più tollerate, rispetto agli altri trattamenti anti-cancro. E il 98 per cento è consapevole che possono presentare effetti collaterali, ma diversi dalla chemioterapia.

Il primo farmaco immuno-oncologico approvato è *Ipilimumab*, sviluppato da Bristol-Myers Squibb. «La combinazione delle nuove terapie e la loro somministrazione in sequenza – sottolinea il professore **Michele Maio**, direttore Unità complessa di Immunoterapia oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese – rappresenta- ➤

**Z**apping

### L'EMICRANIA POTREBBE RADDOPPIARE IL RISCHIO DI PARALISI AL VOLTO

**S**offrire di emicrania non è solo altamente invalidante, ma aumenterebbe anche il rischio di andare incontro a paralisi facciale, ovvero a quella che viene chiamata paralisi di Bell.

Lo dimostra uno studio pubblicato sulla rivista *Neurology* da **Shuu-Jiun Wang**, dell'Università Yang-Ming a Taipei. Lo studio suggerisce che le due condizioni potrebbero essere legate da cause comuni alla base. Gli esperti hanno seguito per alcuni anni due gruppi di individui, 136.704 sofferenti di emicrania e altrettanti senza questo problema. Nel corso degli anni, i neurologi hanno diagnosticato e registrato tutti i casi di paralisi di Bell tra i due gruppi (si tratta di una condizione legata a un nervo cranico e quasi sempre transitoria) e constatato che tale paralisi è il doppio più frequente tra chi soffre di emicrania. **Z**



18



► no la svolta nella lotta contro questo tipo di tumore della pelle e numerose altre neoplasie. Oggi, si stanno affacciando altre armi, come nivolumab. I dati più recenti evidenziano come la combinazione di due anticorpi monoclonali immunomodulanti, *ipilimumab* e *nivolumab*, sia in grado di garantire risposte positive in termini relativamente brevi. I risultati degli studi in corso su nivolumab nel melanoma e in altre neoplasie, come quella del polmone non a piccole cellule, del rene e nel linfoma di Hodgkin, offrono ulteriori evidenze cliniche del potenziale dell'immuno-oncologia come approccio innovativo nel trattamento dei tumori.

Il melanoma ha rappresentato il candidato ideale per verificare l'efficacia di questa nuova arma. Sono 11.000 le nuove diagnosi stimate nel 2014 in Italia e 1.700 i casi di malattia metastatica.

A settembre 2014 *ipilimumab* ha ricevuto l'“ok” dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) per il trattamento in prima linea dei pazienti colpiti da melanoma metastatico, dopo il parere positivo dell'Agenzia regolatoria europea (EMA). Il farmaco ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza a lungo termine nel melanoma in fase avanzata: nel 20 per cento dei pazienti renderebbe la malattia cronica.

«Un risultato mai raggiunto finora», afferma il professore **Paolo Ascierto**, direttore dell'Unità di oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative del “Pascale” di Napoli.

L'immuno-oncologia è una modalità di trattamento in rapida evoluzione, focalizzata su farmaci che agiscono direttamente sul sistema immunitario per combattere il cancro. Dalla sua iniziale approvazione, *ipilimumab* ha rappresentato il primo significativo progresso negli ultimi trent'anni nel trattamento del melanoma metastatico, mostrando il potenziale di una sopravvivenza a lungo termine in alcuni pazienti.

«Vogliamo colmare significativi bisogni clinici insoddisfatti di salute nei pazienti con cancro – sostiene il dottore **Renzo Canetta**, Vice President, Global R&D Oncology Policy Bristol-Myers Squibb, Stati Uniti -. Per questo abbiamo il più vasto programma di sviluppo clinico per valutare i nostri farmaci immuno-oncologici in differenti tipi di tumore. Bristol-Myers Squibb guida il progresso dell'immuno-oncologia, con l'obiettivo di modificare le aspettative di sopravvivenza e il modo in cui i pazienti affrontano e convivono con il cancro».

## COME AGISCONO GLI IMMUNO-ONCOLOGICI

Uno dei meccanismi che il tumore può utilizzare per sfuggire al controllo del sistema immunitario è rappresentato da una sorta di “posto di blocco”, che si attiva in diverse fasi della risposta immunitaria per regolare la risposta dei linfociti T (potenti globuli bianchi capaci di eliminare o neutralizzare le cellule infette o anormali).

«Quando le cellule tumorali sfruttano questa via di checkpoint – spiega il professore Carmine Pinto – spengono la risposta immunitaria, inattivando i linfociti T e permettendo la continua crescita della malattia. Questi farmaci sono in grado di superare i meccanismi di difesa del tumore e di attivare il sistema immunitario, “rieducandolo” a tenere sotto controllo la neoplasia. Nuovi studi stanno evidenziando risultati positivi in diversi tipi di tumori, come quelli del polmone e del rene che, in fase avanzata, fanno registrare percentuali di sopravvivenza molto basse, inferiori al 20 per cento.

In uno studio presentato al recente Simposio Multidisciplinare di Oncologia Toracica, il 41 per cento dei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule avanzato, trattati con *nivolumab* era vivo ad un anno e la sopravvivenza mediana è stata di 8,2 mesi. Positivi i risultati di *nivolumab* anche nel linfoma di Hodgkin, presentati lo scorso dicembre a San Francisco al Congresso dell'American Society for Hematology, con un tasso di risposta globale dell'87 per cento e stabilizzazione della malattia nel 13 per cento dei pazienti. ■



Mercoledì 04 MARZO 2015

## Tumore della mammella. Dalla ricerca genetica, test e trattamenti su misura per quelli più aggressivi

***Individuati 323 geni che risultano "super attivati" nelle cellule di quelli 'triplici negativi, i più difficili da curare. Una caratteristica che rende le cellule tumorali molto simili alle staminali e conferisce loro la capacità di dividersi rapidamente. E quindi di crescere e dare metastasi a distanza. La scoperta porterà ad un test per individuare le pazienti più a rischio e apre la strada a trattamenti 'su misura'***

Scoperto un modo per individuare le forme più aggressive di tumore della mammella. L'idea è semplice: più le cellule tumorali assumono caratteristiche simili a quelle staminali, più aggressivo sarà il tumore. Più in particolare, i tumori della mammella che mostrano un'attività dei loro geni simile a quella delle cellule staminali adulte, hanno maggiori possibilità di dare metastasi, cioè di andare a colonizzare organi lontani.

Valutare il grado di attività di alcuni geni del tumore della mammella permetterà quindi di individuare quelle donne che necessitano di un trattamento più robusto, al fine di prevenire le recidive o la metastatizzazione della malattia.

Le cellule staminali adulte sono cellule normali del corpo che non si sono ancora specializzate in un tipo particolare di cellula; per questo mantengono la capacità di dividersi e di sostituire le cellule 'usurate' in varie parti del corpo, dall'intestino, alla cute, alla mammella.

I ricercatori dell'*Institute of Cancer Research*, del *King's College* di Londra e dello *European Cancer Stem Cell Research Institute* dell'Università di Cardiff hanno individuato 323 geni 'super-attivi' nelle cellule staminali normali della mammella di topo. Questi geni superattivi, ma appartenenti a cellule sane, sono stati confrontati con i profili genetici di 579 donne affette da tumori della mammella 'triplici negativi', una forma particolarmente difficile da trattare e a prognosi non favorevole.

I campioni dei tessuti tumorali, sono stati quindi assegnati a due gruppi, a seconda dell'attività più o meno esaltata dei geni delle cellule staminali.

Le donne con tumori tripli negativi caratterizzati da elevata attività dei geni delle staminali, sono risultate quelle più a rischio di recidive di malattia o di metastasi. In particolare il gruppo di donne con i geni tumorali 'super-attivi' presentava appena il 10% di possibilità di restare libero da malattia a 10 anni, rispetto al 60% di probabilità presentato dal gruppo con i geni più 'pigri'.

Questi risultati dimostrano che le cellule delle forme più aggressive dei tumori della mammella tripli negativi sono particolarmente 'simil-staminali', mostrando alcune delle caratteristiche tipiche di questo tipo di cellule, quali una spiccata capacità di auto-rinnovarsi, di crescere e disseminarsi in giro.

Secondo i ricercatori inglesi, questo studio potrebbe avere importanti ricadute cliniche, in quanto molti tra i 323 geni, potrebbero diventare bersagli di terapie future.

"I tumori della mammella tripli negativi – spiega il dottor **Matthew Smalley**, vice direttore dello *European Cancer Stem Cell Research Institute*- rappresentano il 15% circa di tutti i tumori della

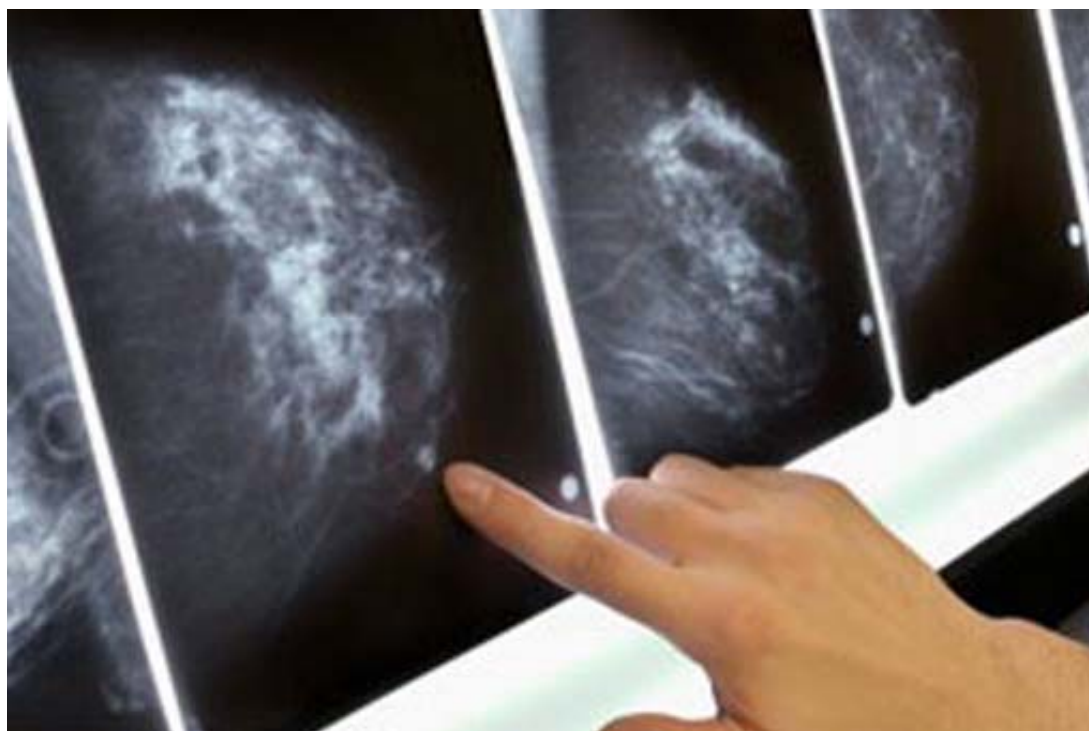
mammella e sono più difficili da trattare, rispetto alle altre forme, poiché non rispondono ad esempio alla terapia ormonale. E' molto importante dunque esplorare i fattori genetici che favoriscono la loro metastatizzazione. La nostra ricerca suggerisce che uno dei fattori chiave è il grado di somiglianza, in termini di attività di alcuni geni, alle cellule staminali. Il prossimo passo consisterà nel riuscire a capire quali tra questi 323 geni rappresentano i *driver* più importanti della malattia e usare questa informazione per sviluppare un nuovo test genetico ”.

“Le cellule tumorali – commenta **Clare Isacke**, professore di Biologia cellulare molecolare presso l'*Institute of Cancer Research* – si comportano per molti versi in maniera simile alle cellule staminali, anche se in questo caso sarebbe più esatto parlare di cellule staminali 'cattive'. Questi tumori hanno trovato il modo di attivare dei geni, normalmente attivi solo nelle cellule staminali normali e questo fatto conferisce loro caratteristiche quali la capacità di auto-rinnovarsi e di dividersi, oltre a renderle immortali. E questo spiega anche perché sia così difficile ottenere risultati con la terapia. I risultati del nostro studio potranno aiutare a mettere a punto un test genetico per valutare quanto le cellule di questi tumori assomiglino nel comportamento dei loro geni a una cellula staminale e questo aprirà la strada ad una maggiore personalizzazione della terapia. Una volta individuate le pazienti affette dalle forme più aggressive di tumore infatti sarà possibile attuare un monitoraggio più stretto per questi soggetti ad alto rischio o estendere al durata del trattamento”.

Lo studio, pubblicato su *Breast Cancer Research* è stato finanziato da *Medical Research Council*, *The Institute of Cancer Research (ICR)*, *Breakthrough Breast Cancer* e *Cancer Research UK*.

***Maria Rita Montebelli***

## Ca al seno, benefici preventivi del tamoxifene non uguali per tutte



05 marzo 2015

Sebbene la maggior parte delle donne che fanno uso di tamoxifene per la prevenzione del tumore al seno ne traggano un beneficio, occorre prestare maggiore attenzione ai profili rischio-beneficio di alcuni sottogruppi di donne a rischio che possono avere più probabilità di manifestare gravi effetti collaterali. È questo il messaggio chiave di uno studio uscito da poco sul *Journal of the National Cancer Institute*.

Tra questi sottogruppi figurano le donne anziane, le afroamericane e le donne non isterectomizzate.

Tamoxifene è approvato da tempo per la prevenzione primaria del cancro al seno nelle donne che soddisfano specifici criteri di età e di rischio, ma non è molto utilizzato per quest'indicazione, soprattutto a causa di un aumento del rischio di gravi effetti collaterali. Secondo quanto riferito dagli autori nell'introduzione, negli Stati Uniti meno dell'1% delle donne che potrebbero farlo usa tamoxifene per la prevenzione del tumore al seno.

Si sa quindi molto poco sui reali profili rischio-beneficio delle donne che fanno una chemioprevenzione con tamoxifene al di fuori di uno studio clinico.

Per colmare questa lacuna, un team di ricercatori guidato da Hazel B. Nichols, della University of North Carolina, ha valutato l'uso del tamoxifene nelle donne arruolate nel Sister Study, uno studio prospettico di coorte su 50.884 donne americane e di Porto Rico di età compresa tra i 35 e i 74 anni, arruolate tra il 2003 e il 2009 per valutare i fattori di rischio di cancro al seno genetici e ambientali. Tutte le donne non avevano un cancro al seno al momento dell'arruolamento, ma avevano una sorella alla quale era stato diagnosticato il tumore.

Nella coorte, gli autori hanno inizialmente identificato 1046 donne (il 2,1%) che avevano usato tamoxifene. Dopo averne escluse un tot, per esempio quelle che avevano partecipato a un trial clinico su tamoxifene, i ricercatori hanno limitato la loro analisi a 788 pazienti, più del 90% delle quali bianche non ispaniche. Hanno inoltre confrontato queste donne con 3131 non utilizzatrici di tamoxifene della stessa età e arruolate nello stesso anno, che non presentavano controindicazioni al trattamento col farmaco.

In questo campione, la Nicholes e i colleghi hanno esaminato i profili di rischio-beneficio delle donne che hanno utilizzato tamoxifene per la prevenzione del cancro al seno e le caratteristiche associate con l'inizio della terapia e la sua eventuale interruzione.

I ricercatori hanno suddiviso le donne in categorie in base a un indice di rischio-beneficio che permette di classificarle in base al livello di evidenza di beneficio del tamoxifene (nessuno, moderato o forte) per superare il rischio di gravi effetti indesiderati, tra cui ictus, embolia polmonare, trombosi venosa profonda, carcinoma endometriale e cataratta. Gli indici tengono conto dell'età, della razza, della presenza o meno dell'utero e del rischio previsto a 5 anni di carcinoma mammario invasivo.

L'età media delle utilizzatrici del tamoxifene al momento dell'inizio dello studio era di 50,7 anni. Complessivamente, il 74% di queste donne ha mostrato di ottenere un vantaggio moderato o forte dalla chemioprevenzione col farmaco, il 20% non ha mostrato alcun segnale che i benefici superassero i rischi, mentre per il restante 6% i ricercatori non sono stati in grado di calcolare un indice di rischio-beneficio

Il beneficio netto è risultato diverso nei diversi gruppi.

Le donne sottoposte a un'isterectomia prima dell'inizio della terapia con tamoxifene hanno mostrato una probabilità 11 volte maggiore di avere un profilo di rischio-beneficio favorevole rispetto alle donne con l'utero intatto (OR 11,87; IC al 95% 5,94-23,73).

Le donne più giovani hanno mostrato un beneficio significativo dal tamoxifene e il 99,1% di quelle che avevano iniziato il tamoxifene prima dei 50 anni hanno mostrato un beneficio moderato o forte.

Invece, nelle donne di colore gli autori hanno calcolato una probabilità inferiore del 65% di ricavare un beneficio dalla chemioprevenzione con tamoxifene rispetto alle donne bianche non ispaniche (OR 0,35; IC al 95%, 0,16-0,75).

"Abbiamo scoperto che non tutte le donne che prendono il tamoxifene per la chemioprevenzione del tumore al seno mostrano evidenze equivalenti che i rischi superano i benefici" afferma la Nichols in un comunicato stampa.

Le donne con un'ampia familiarità per il tumore al seno e quelle con un elevato BCRAT score (uno strumento che permette di stimare la probabilità di sviluppare un cancro al seno invasivo) hanno mostrato una probabilità considerevolmente maggiore di utilizzare il tamoxifene. In particolare, in quelle con un BCRAT compreso tra il 3 e il 6% la probabilità di utilizzare il tamoxifene è risultata aumentata di circa cinque volte (OR 4,97; IC al 95% 3,57-6,24), e in quelle che avevano più di una sorella con un cancro aumentata di più di sei volte (OR 6,53; 95% CI, 4,66-9,12).

Inoltre, la probabilità di usare il farmaco come chemioprevenzione è risultata più di due volte maggiore nelle donne che avevano fatto una biopsia al seno rispetto a quelle che non l'avevano fatta (OR 2,06; IC al 95% 1,65-2,56).

Nella coorte analizzata, i ricercatori hanno osservato anche un'alta percentuale di interruzioni del trattamento con tamoxifene. Dopo 4,5 anni dall'inizio, quasi la metà delle donne (46%) aveva sospeso il farmaco e la durata media di assunzione è stata di 3 anni.

"Questo studio evidenzia che il beneficio stimato non è lo stesso per tutte le donne" afferma la Nichols nel comunicato. "Perciò, ognuna dovrebbe consultare il proprio medico per valutare attentamente il proprio stato di salute e valutare se, in quel momento, la chemioprevenzione con tamoxifene rappresenta una scelta ragionevole per lei" conclude la ricercatrice

H.B. Nichols, et al. Risk-Benefit Profiles of Women Using Tamoxifen for Chemoprevention. J Natl Cancer Instl. 2015; doi:10.1093/jnci/dju354.  
<http://jnci.oxfordjournals.org/content/107/1/dju354.abstract>

[chiudi questa finestra]

## Ca polmonare, Fda approva l'anti PD-1 nivolumab



04 marzo 2015

Appena una settimana dopo aver ufficialmente accettato di rivedere la domanda di registrazione presentata da Bristol- Myers Squibb, con una decisione incredibilmente veloce, le autorità regolatorie degli Stati Uniti hanno approvato nivolumab, l'inibitore del checkpoint PD-1 per la terapia del tumore al polmone non a piccole cellule (NSCLC) in fase avanzata (metastatico).

La Food and Drug Administration ha rilasciato la sua decisione ben prima della data prevista, il 22 giugno, ampliando l'uso dell' immunoterapia per includere il trattamento del carcinoma squamoso non a piccole cellule del polmone che non risponde alla chemioterapia, aggiungendola alla sua indicazione originale per melanoma avanzato.

L'approvazione si basa sui dati di uno studio di fase III, in cui l'anti PD-1 nivolumab ha raggiunto l'endpoint principale di miglioramento della sopravvivenza generale rispetto a docetaxel in pazienti con tumore del polmone.

Lo studio di fase III CheckMate-017 ha arruolato 272 pazienti con tumore NSCLC di tipo squamoso avanzato o metastatico, precedentemente trattati per la malattia. I partecipanti sono stati randomizzati a ricevere nivolumab 3 mg/kg endovena ogni 2 settimane o docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup> endovena ogni 3 settimane.

L'endpoint principale dello studio era la sopravvivenza generale, mentre gli endpoint secondari includevano la sopravvivenza senza progressione e il tasso di risposte oggettive.

I risultati hanno mostrato una sopravvivenza globale mediana di 9,2 mesi ( 95 % CI : 7,3-13,3 ) nel gruppo nivolumab rispetto a 6,0 mesi ( 95 % CI : 5,1-7,3 ) nel gruppo docetaxel (HR = 0,59; 95% CI : 0,44 - 0.79 ; P = 0,79 ). I 135 pazienti trattati con nivolumab hanno vissuto 3,2 mesi in più rispetto a quelli tratti col solo docetaxel.

Nivolumab è un anticorpo monoclonale completamente umanizzato inibitore del checkpoint immunitario PD-1, che è stato approvato lo scorso dicembre dall'Fda per il trattamento del melanoma.

Il farmaco è in sviluppo anche per altre indicazioni, tra cui il linfoma di Hodgkin e il carcinoma renale

metastatico.

Il blocco dei checkpoint immunitari, in particolare del pathway di PD-1 e dei suoi ligandi, PD- L1 e PD- L2, sta emergendo come una strategia promettente per la terapia del cancro.

Per checkpoint immunitari si intendono una serie piuttosto estesa di meccanismi inibitori intrinseci al sistema immunitario necessari per mantenere la tolleranza verso il tessuti self e per modulare la durata e l'ampiezza delle risposte immunitarie fisiologiche nei tessuti periferici in modo tale da limitare il danno tessutale collaterale.

Ultimamente, risulta sempre più chiaro che diversi tipi di tumore "sfruttano" nel proprio sviluppo alcuni di questi sistemi checkpoint come principale meccanismo per evadere la risposta immunitaria antitumorale, tipicamente svolta dai linfociti T specifici per antigeni tumorali.

Gli anticorpi anti-PD-1 e anti-PD-L1 potenziano la risposta immunitaria bloccando l'interazione tra la proteina PD-1, un cosiddetto check point immunitario o recettore co-inibitorio della cellula T, e uno dei suoi ligandi, il PD-L1, impedendo alle cellule tumorali di eludere il sistema immunitario dell'ospite.

Bloccando PD-1, questi farmaci permettono l'attivazione delle cellule T che colpiscono le cellule tumorali, essenzialmente 'togliendo il freno' al sistema immunitario.

[[chiudi questa finestra](#)]



**La ricerca** All'Humanitas di Rozzano

# Da un dottore milanese speranze contro il cancro

*Alberto Mantovani ha scoperto un gene in grado di frenare alcuni tipi di tumori*

**Daniela Uva**

■ La chiave per fermare alcuni tipi di tumore è nascosta in un piccolissimo gene. Si chiama Ptx3 e funziona come una specie di freno naturale. È stato scoperto vent'anni fa da Alberto Mantovani, un big della ricerca italiana, direttore scientifico dell'Istituto clinico Humanitas di Rozzano e docente della Humanitas University. Ma adesso c'è una novità importante, perché l'immunologo milanese ha scoperto che questa molecola è davvero molto speciale: è un oncosoppressore. Cioè, un freno dei tumori. «Se potessimo usare una metafora potremmo dire che il cancro è come un'automobile. Perché possa correre occorrono geni oncogeni che pigiano sull'acceleratore, ma anche geni oncosoppressori, che invece usano il freno - spiega lo specialista -. Perché un tumore cresca occorre che l'acceleratore sia schiacciato al massimo e i freni siano rotti». Ma questi freni nel nostro organismo ci sono. E fra loro c'è anche Ptx3.

«Questo gene non si trova all'interno delle cellule tumorali, ma nel microcosmo nelle quali queste crescono, che noi chiamiamo nicchie ecologiche - prosegue -. All'interno di queste nicchie esistono anche cellule infiammatorie che, anziché aiutare l'organismo a difendersi, permettono al cancro di svilupparsi. La molecola che stiamo studiando agisce proprio a questo livello, solo che in alcune forme di tumore è inattiva». Insomma, il freno c'è ma funziona male. Questa scoperta è co-

sì importante - tanto da essere stata pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica Cell - perché per la prima volta ha permesso di capire come agisce questo gene così speciale: tiene sotto controllo la risposta infiammatoria, invece di agire direttamente sulla cellula tumorale come tutti gli altri oncosoppressori fino a oggi noti. Insomma, lo studio ha dimostrato che Ptx3 frena la formazione del cancro, spiegando anche come ci riesce. Tanto che la molecola presto potrebbe diventare una terapia. «Adesso la stiamo testando come potenziale farmaco per impedire le infezioni da Aspergillus nei pazienti con tumore e difese immunitarie compromesse - prosegue Mantovani -. Oggi, questa nuova scoperta fornisce un ulteriore motivo per attivare una sperimentazione clinica di Ptx3 contro i tumori. Il nostro obiettivo è di iniziare i test clinici al massimo per l'inizio del 2016». Un traguardo storico per la ricerca italiana. Soprattutto se si pensa che questo studio, dalle radici così lontane nel tempo, è tutto made in Milano, grazie al supporto di cervelli del nostro Paese. «Quando abbiamo cominciato, vent'anni fa, c'era una collaborazione fra due gruppi di ricercatori, il mio e quello di Elisabetta Dejana, con Martino Introna e Ferruccio Breviario. Allora si andava a caccia di geni - conferma il medico -. Abbiamo avuto il coraggio di metterci a pesca e ci siamo concentrati su una famiglia di molecole che sono una delle parole chiave dell'immunologia, le interleuchine. Io ero a metà della mia carriera scientifica».



**ECCELLENZA**  
Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Humanitas di Rozzano



## Infezione da epatite B e cancro gastrico, c'è un collegamento?



04 marzo 2015

Il virus dell'epatite B (HBV) è associato a cancro gastrico, in particolare nei pazienti senza una storia familiare di tale tipo di patologia oncologica. Questo risultato deriva da uno studio pubblicato sulla rivista **British Journal of Cancer** advance che richiede però ulteriori conferme da studi su campioni più ampi.

L'infezione da virus dell'epatite B è stato dimostrato essere un fattore di rischio per lo sviluppo di numerose forme tumorali dell'apparato digerente.

L'infezione cronica da HBV può portare a cirrosi epatica, e pazienti con cirrosi epatica hanno una elevata prevalenza di ulcere gastriche e un aumentato rischio di cancro gastrico.

Pero' l'associazione tra infezione da HBV e cancro gastrico non è ancora stata studiata.

Il dr. Ruihua Xu del Sun Yat-sen University Cancer Center, Guangzhou, e i suoi colleghi hanno ipotizzato che l'infezione da HBV possa svolgere un ruolo nel rischio di cancro gastrico in Cina.

Per tale motivo hanno avviato uno studio retrospettivo caso-controllo per indagare sulla possibile associazione.

Sono stati considerati nello studio 580 casi and 580 controlli confrontati per età, sesso e anno di diagnosi. L'associazione tra cancro dello stomaco e infezione da HBV è stata analizzata con un'analisi di regressione logistica lineare univariata e multivariata.

I risultati hanno mostrato che la prevalenza della positività dell'antigene di superficie dell'epatite B (HBsAg) è stata significativamente più alta tra i casi di cancro gastrico (17,2%) che tra i controlli (12,1%), mentre la prevalenza di anticorpi anti-HBs è stata significativamente più bassa tra i casi (56,4%) che tra i controlli (62,8%).

Casi e controlli non differivano nella prevalenza di HBeAg, anti-HBe, e anti-HBc.

All'analisi di regressione corretta per la storia familiare di cancro gastrico e per la storia di gastrite cronica, HBsAg è rimasto significativamente associato con il rischio di cancro gastrico.

Nelle analisi dei sottogruppi, tuttavia, HBsAg era significativamente correlata al rischio di cancro gastrico solo in quelli senza una storia familiare di cancro gastrico.

Inoltre, sono stati identificati alcuni effetti sinergici tra l'infezione da HBV e gruppo sanguigno di tipo A nel

carcinoma gastrico.

I ricercatori hanno concluso che: "Il cancro gastrico è risultato essere associato a un tasso significativamente più alto di positività all' HBsAg, indicando infezione da HBV che può essere un fattore di rischio per cancro gastrico. Studi futuri devono verificare l'esistenza di DNA per l'HBV e antigeni in casi di cancro gastrico."

Sulla base della letteratura dal database cinese, "la prevalenza di HBV DNA nei tessuti di cancro gastrico è solo 0-3% con il test PCR," Dr. Sin-Zu Chen, da West Cina Hospital, Università di Sichuan, Chengdu, ha detto a Reuters Health by email. "Pertanto, per evidenziare il nesso di causalità tra l'infezione da HBV e rischio di cancro gastrico, uno studio qualificato con potere statistico adeguato richiede un campione di studio drammaticamente più ampio."

"La popolazione studiata è stata raccolta anche da una regione endemica (Provincia Guangzhou) sia di Helicobacter pylori e che del virus Epstein-Barr ", ha detto il dottor Chen. "Pertanto, i risultati sono in grado di escludere gli effetti confondenti di questi due tipi di infezioni."

Il dr. Chen ha concluso, "Questo studio epidemiologico fornisce alcune informazioni circa la potenziale associazione tra l'infezione da HBV e rischio di cancro gastrico, ma questi risultati sono ancora lontani dalla politica sanitaria e pratica clinica. Nonostante ciò, sono dei risultati interessanti anche suggeriscono ulteriori indagini con su larga scala e modelli ben costruiti per escludere potenziali errori. "

### **Emilia Vaccaro**

Wei XL et al. Hepatitis B virus infection is associated with gastric cancer in China: an endemic area of both diseases. Br J Cancer. 2015 Feb 19. doi: 10.1038/bjc.2014.406.

[[chiudi questa finestra](#)]

Mercoledì 04 MARZO 2015

## Traffico d'organi da vivente. Reclusione da 3 a 12 anni per i trafficanti. Il Senato approva il Ddl

***Il testo approvato dall'Aula di Palazzo Madama prevede, inoltre, una multa da 50.000 a 300.000 euro per il reato. Punito, invece, con la reclusione da 3 a 7 anni, chi organizza o propaganda viaggi finalizzati al traffico di organi. Prevista l'interdizione perpetua se il reato viene commesso da chi esercita una professione sanitaria. Il provvedimento passa ora alla Camera. [IL TESTO](#)***

L'Assemblea di Palazzo Madama ha oggi approvato, con 212 voti favorevoli e 1 contrario, il disegno di legge n. 922, presentato a prima firma da **Maurizio Romani (Misto)** recante modifiche al codice penale ed alla legge n. 91 del 1999, in materia di traffico di organi destinati al trapianto, nel testo approvato dalla Commissione. Il provvedimento passa ora all'esame di Montecitorio.

Il disegno di legge si compone di soli quattro articoli, l'**articolo 1** introduce nel codice penale un nuovo reato volto ad incriminare la condotta di traffico di organi prelevati da persona vivente. Il nuovo articolo 601-bis delinea un delitto comune che è contraddistinto dall'attività illecita compiuta da chi commercia, vende, acquista o procura organi o parti di organi. Il delitto è punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000.

L'elemento qualificante del nuovo delitto è il fatto che l'organo o la parte di organo prelevato provenga da persona vivente, il che, oltre a denotare il particolare allarme sociale delle azioni punite, al contempo serve a distinguere e qualificare l'impianto sanzionatorio rispetto alla disciplina già prevista dalle norme penali speciali della legge 1° aprile 1999, n. 91. Tornando all'articolo 601-bis di nuova formulazione, il secondo periodo prevede la condanna all'interdizione perpetua, qualora il fatto sia commesso da persona che esercita una professione sanitaria. Il secondo comma dell'articolo 601-bis, inoltre, punisce con la reclusione da tre a sette anni, chiunque organizza o propaganda viaggi ovvero pubblicità e diffonde annunci finalizzati al traffico di organi o parte di organi.

L'**articolo 2** introduce, invece, modifiche all'articolo 416 del codice penale concernente il reato di associazione per delinquere. In particolar modo, al sesto comma dell'articolo 416 viene introdotto il riferimento al nuovo articolo 601-bis nell'elenco dei reati per i quali si applica l'aggravante che prevede la reclusione da cinque a quindici anni e da quattro a nove anni a seconda che si tratti dell'attività di promozione, costituzione o organizzazione dell'associazione criminosa, oppure che vi si prenda semplicemente parte.

L'**articolo 3** si occupa di coordinare l'introduzione della nuova disciplina con l'articolo 22-bis della legge n. 91 del 1999.

Infine, l'**articolo 4** si limita a svolgere un ulteriore coordinamento con la legge 26 giugno 1967, n. 458, in materia di trapianto del rene tra persone viventi. Per evitare ogni ambiguità interpretativa e il possibile concorso apparente di norme, l'articolo 7 della legge in questione è stato abrogato.

<http://www.adnkronos.com/salute/>

## Il traffico d'organi diventa reato, dal Senato via libera a multe e reclusione



Una multa da 50 mila a 300 mila euro, e la reclusione da 3 a 7 anni, per chi organizza o propaga viaggi finalizzati al traffico di organi. E' il primo articolo nel testo del disegno di legge n. 992, che è stato approvato con un solo voto contrario in prima lettura oggi dal Senato.

Il ddl è stato presentato a prima firma da Maurizio Romani, vice presidente Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, e introduce nel Codice penale un nuovo reato che incrimina la condotta di traffico di organi prelevati da persona vivente. E' prevista anche l'interdizione perpetua se il reato viene commesso da chi esercita una professione sanitaria.

"Nel mondo, secondo gli ultimi dati Oms, dei 21 mila trapianti annui di fegato, 66 mila di rene e 6 mila di cuore, ben il 5% degli organi proverrebbe dal mercato illegale. Si tratta di un macabro commercio che va fermato e che spero l'ok a questo ddl con un solo voto contrario contribuisca ad arrestare". Ad affermarlo all'Adnkronos Salute è Maurizio Romani, vicepresidente della Commissione Sanità del Senato, commentando l'approvazione del provvedimento che ora passa all'esame della Camera. A Palazzo Madama ha ottenuto 212 sì, un voto contrario e nessun astenuto.

A ricorrere spesso al mercato 'nero' degli organi è chi vuole bypassare le liste d'attesa, spesso molto lunghe per chi combatte contro una brutta malattia e non può aspettare molto tempo. "Per far fronte a questo serve la tracciabilità dell'organo che si è ricevuto - spiega Romani - Non deve essere punito chi va in Usa alla ricerca di una speranza, ma chi commette illeciti. Questo ddl deve accendere le luci sull'importanza della donazione e del percorso offerto dalle strutture d'eccellenza che esistono nel nostro Paese".

L'auspicio del senatore è che ora la legge "abbia una via preferenziale alla Camera" e "non sia un punto d'arrivo, ma di partenza. Dobbiamo lavorare per una maggiore diffusione della cultura della donazione in Italia, che ancora manca. E' questo infatti l'obiettivo principale da raggiungere".

# Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

4 marzo 2015

## Traffico d'organi: il Senato approva il ddl che introduce il reato penale

Approvato a Palazzo Madama il ddl che introduce il nuovo reato in materia di traffico di organi prelevati da persone viventi e destinati al trapianto. Il ddl che ora passa in seconda lettura alla Camera ha avuto 212 sì e un solo voto contrario.

Il testo si compone di soli quattro articoli, il primo dei quali introduce nel codice penale, modificando l'articolo 601, un nuovo reato volto ad incriminare la condotta di traffico di organi prelevati da persona vivente: il delitto è punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da 50.000 a 300.000 euro. Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione. È inoltre punito, con la reclusione da tre a sette anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000, chiunque organizza o propaganda viaggi ovvero pubblicizza o diffonde, con qualsiasi mezzo, anche per via informatica o telematica, annunci finalizzati al traffico di organi o parti di organi. Per punire anche l'intermediazione è stato specificato che la «tratta» di organi è reato «in qualsiasi modo e a qualsiasi titolo». Elemento qualificante del nuovo delitto è comunque il fatto che l'organo o la parte di organo prelevato provenga da persona vivente, il che denota il particolare allarme sociale

delle azioni punite e, al contempo, serve a distinguere e qualificare l'impianto sanzionatorio rispetto alla disciplina già prevista dalle norme penali speciali recate dalla legge 1° aprile 1999, n. 91.

L'articolo 2 del ddl introduce modifiche all'articolo 416 del codice penale concernente il reato di associazione per delinquere. In particolar modo, al sesto comma dell'articolo 416 viene introdotto il riferimento al nuovo articolo 601-bis nell'elenco dei reati per i quali si applica l'aggravante che prevede la reclusione da cinque a quindici anni e da quattro a nove anni a seconda che si tratti dell'attività di promozione, costituzione od organizzazione dell'associazione criminosa, oppure che vi si prenda semplicemente parte. È evidente l'intenzione di conferire particolare allarme sociale al reato di traffico d'organi prelevati da persona vivente, ma anche da cadavere, se consumato in forma organizzata e di associazione criminosa.

L'articolo 3 del disegno di legge si occupa di coordinare l'introduzione della nuova disciplina con l'articolo 22-bis della legge n. 91 del 1999.

Da ultimo, l'articolo 4 del disegno di legge si limita a svolgere un ulteriore coordinamento con la legge 26 giugno 1967, n. 458, in materia di trapianto del rene tra persone viventi.

Durante l'esame in aula Ncd ha rinunciato all'emendamento sul traffico di cellule e tessuti di origine umana prelevati da persona vivente ribattezzata dalle opposizioni «blitz sulle staminali per il divieto di eterologa». «L'emendamento presentato con i colleghi Giovanardi e Aiello - ha comunque chiarito Maurizio Sacconi di area popolare - ha dato luogo ad un ordine del giorno accettato dal governo che lo impegna a rendere effettiva la gratuità dello scambio di cellule e tessuti di persone in vita. Ciò significa individuare i modi con cui impedire ogni forma di commercializzazione secondo il modello del sangue e degli organi che attraverso associazioni non profittevoli si raccolgono con modalità gratuite e solidali. L'esigenza di adeguate sanzioni si è evidenziata alla luce dell'intensificazione di attività

commerciali fondate sullo sfruttamento di persone bisognose. Guai se la nostra società perde la dimensione dell'uomo riducendolo a magazzino di ricambi a pagamento».

4 marzo 2015

Mercoledì 04 MARZO 2015

## Statine. Più si è a rischio di attacchi cardiaci più sono efficaci

***Lo rileva uno studio che ha analizzato l'effetto delle statine in dieci anni di trattamento. Nei pazienti con una più forte predisposizione genetica a patologie cardiovascolari si ha una maggiore riduzione, pari al 48%, della probabilità di avere un attacco di cuore. Ma in ogni caso agiscono anche sui pazienti meno a rischio con percentuali di successo dal 13 al 29%***

L'uso delle statine presenta dei benefici per la salute cardiaca che sembrano essere più o meno marcati non solo a seconda dei fattori di rischio tradizionali, quali l'età, il sesso, i livelli del colesterolo, la familiarità e la presenza di diabete, ma anche a seconda della predisposizione genetica alle malattie cardiovascolari. Una nuova ricerca pubblicata\* su *The Lancet* ha quantificato e stimato che i pazienti che trarrebbero il maggiore beneficio dall'utilizzo di statine sono infatti quelli a più elevato rischio genetico per queste patologie. Lo studio è stato condotto dalla Washington University School of Medicine, negli Stati Uniti, e si è basato su metodi statistici a partire da un campione di 49 mila persone arruolate in cinque studi.

“Il dibattito su quali individui dovrebbero ricevere una terapia con statine per prevenire un primo attacco di cuore è attualmente in corso”, ha affermato **Nathan O. Stitzel**, cardiologo e genetista (Genetica Umana) all'Università di Washington e primo co-autore del paper insieme a **Jessica L. Mega**, MD, del Brigham and Women's Hospital. “Alcuni sostengono che dovremmo trattare un numero maggiore di persone, mentre altri ritengono che ne dovremmo trattare meno. Come esempio di medicina di precisione, un altro approccio consiste nell'identificare le persone ad alto rischio e prescrivere loro la terapia con statine. La genetica sembra uno strumento valido per identificare i pazienti a maggior rischio”.

A partire dai dati combinati su 49 mila persone, i ricercatori hanno osservato che il gruppo di persone con il più alto rischio hanno una probabilità aumentata del 70% di sviluppare un attacco di cuore rispetto ad una seconda categoria di individui con il rischio genetico più basso.

La genetica, però, svolgerebbe un ruolo importante non solo nel determinare il rischio individuale ma anche nell'impatto della terapia sul singolo paziente: l'utilizzo di statine, infatti, sembra essere associato ad una riduzione del 13% del rischio di avere un attacco cardiaco nei pazienti a minore predisposizione genetica, percentuale che sale al 29% nella 'fascia genetica' intermedia e fino al 48% nei pazienti con massima predisposizione in tal senso.

Per ottenere i risultati odierni, i ricercatori hanno effettuato delle stime statistiche, calcolando il numero di pazienti che si devono porre sotto trattamento durante un periodo complessivo di 10 anni per evitare un attacco cardiaco: tra gli individui a più basso rischio, in 10 anni di trattamento con statine la percentuale di attacchi evitati è di uno su 57-66 pazienti, tra quelli a rischio intermedio di uno su 42-47, mentre tra gli individui a maggior rischio si arriva ad evitare un attacco cardiaco ogni 20-25 persone trattate.

Per studiare il rischio individuale, i ricercatori hanno analizzato 27 marcatori del codice genetico dei singoli pazienti ed hanno individuato un'associazione significativa tra queste parti di Dna e il rischio di una malattia cardiaca coronarica. Questi 27 marcatori non cambiano con l'età e con lo stile di vita: secondo i ricercatori, questo fattore elemento che il rischio genetico individuale potrebbe in futuro essere individuato molto presto.

“L’elenco dei marcatori genetici che abbiamo utilizzato fornisce una modalità per identificare i pazienti che presentano un rischio di base più elevato”, spiega Stitzel. “Questo dato è importante perché sembra essere indipendente dai livelli del colesterolo e da altri marcatori tradizionali della malattia cardiaca, che tipicamente vengono utilizzati per stimare il rischio”.

Il ricercatore sottolinea che questi risultati differiscono da quelli di studi precedenti, nei quali l’utilizzo di statine forniva la stessa riduzione del rischio (dal 30 al 45% a seconda del dosaggio) all’interno di tutte le categorie di pazienti, senza particolari distinzioni.

Gli scienziati, inoltre, sottolineano che sono necessari ulteriori approfondimenti per confermare questi dati. Anche se a livello statistico il beneficio sembra essere inferiore, gli esperti sottolineano che anche i pazienti con basso o medio rischio traggono vantaggio dall’utilizzo di questi farmaci.

Anche se questo approccio non è attualmente in uso, Stitzel indica che con ulteriori ricerche basate su questo modello di misurazione del rischio genetico si potrebbero ottenere risultati utili per valutare il livello al quale ogni singolo paziente potrebbe trarre vantaggio dalla terapia con statine.

### **Viola Rita**

\*Mega JL, Stitzel NO, Smith JG, Chasman DI, Caulfield M, Devlin JJ, Nordio F, Hyde C, Cannon CP, Sacks F, Poulter N, Sever P, Ridker PM, Braunwald E, Melander O, Kathiresan S, Sabatine MS. Genetic risk score, coronary heart disease events, and the clinical benefit of statin therapy: an analysis of primary and secondary prevention trials. *The Lancet*. March 4, 2015.





## sul campo

### Staminali per riparare i muscoli

Un passo avanti in un'area calda della medicina rigenerativa: la riparazione muscolare. Un gruppo di ricercatori italiani, israeliani e inglesi è riuscito a ricreare in un modello animale il muscolo scheletrico della tibia attraverso un protocollo di ingegneria tissutale. Cellule staminali adulte del topo sono state coltivate in laboratorio per produrre un innesto da trapiantare e permettere così all'animale di tornare a utilizzare l'arto lesionato. La ricerca che ha realizzato questo intento, pubblicata sulla rivista *Embo Molecular Medicine*, è iniziata cinque anni fa, come racconta Cesare Gargioli dell'Università Tor Vergata di Roma, fra gli autori principali dello studio. «Siamo partiti sollecitando attraverso un bireattore i mesoangioblasti, le staminali adulte multipotenti che, onno

rtunamente stimulate, posso no differenziarsi in muscolo, osso e cartilagine. L'organo artificiale ricreato in laboratorio si è rivelato esattamente uguale al muscolo scheletrico naturale come anatomia, istologia e funzionalità». Al Dipartimento di ingegneria biomedica dell'Israel Institute of Technology il compito di realizzare la matrice su cui far crescere le cellule, un idrogel. Le staminali sono state poi modificate geneticamente per poter produrre, una volta impiantate, un fattore di stimolazione per la ricrescita di nervi e vasi sanguigni nel tessuto ospite, altro elemento a favore del successo della tecnica. «Occorreranno ancora anni di studio – chiarisce Gargioli – per arrivare a un intervento sull'uomo, ma questo è l'obiettivo se proseguono i dati n

positivi. La nostra tecnica permetterebbe di intervenire su lesioni muscolari localizzate, ad esempi pio in pazienti vittime di traumi e asportazioni dopo un tumore, e per i malati di patologie degenerative come la distrofia si potrebbe agire su un distretto specifico come quello respiratorio, migliorando comunque la qualità di vita. I test proseguono con la sperimentazione su un mammifero più simile all'uomo come dimensioni».

**Alessandra Turchetti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Napoli, rischio epatite A nelle cozze

## L'ALLARME

**NAPOLI** Stop al consumo di cozze provenienti da Bacoli (Napoli) dopo la segnalazione del virus dell'epatite A e Norovirus (responsabili di gastroenteriti acute di origine non batterica) su confezioni provenienti dallo stabilimento IRSVEM, (numero di riconoscimento CE IT 2 CDM).

È il **ministero della Salute** a lanciare l'allarme. Le autorità sanitarie della Campania hanno attivato il sistema di allerta per il ritiro dei lotti contaminati. Essendo stata riscontrata la positività anche su campioni prelevati nell'allevamento di molluschicoltura di origine (Mitolimontese Soc. Coop Mitilicoltura) il **ministero della Salute** ha richiesto alla Regione Campania la lista di distribuzione dei prodotti provenienti dall'allevamento, per completare le informazioni sulla tracciabilità dei lotti coinvolti, adottare provvedimenti, e verificare se essi siano stati commercializzati anche da altri centri di spedizione molleschi.

### LA ASL

«Considerata la gravità del rischio per la salute umana si raccomanda di non consumare il

prodotto mitili con queste caratteristiche. Prodotto: mitili in retine - Produttore: Irsvem numero di riconoscimento CE IT 2 CDM di Bacoli (Napoli) - Rischio: presenza di virus dell'epatite A e Norovirus - Paese di origine: Italia». Sono in corso altri accertamenti per individuare le cause della contaminazione. Sono stati fatti diversi prelievi direttamente sui filari di allevamento per ricostruire la diffusione dell'infezione. L'ipotesi è che l'allarme sia limitato solo a quella specifica area di produzione.

### I SINTOMI

Diverso è l'effetto dell'epatite A e dei Norovirus sull'organismo umano. L'epatite compare con tempi lunghi rispetto all'ingestione mentre i Norovirus scatenano, anche dopo 2-4 ore, dei gravi disturbi gastroenterici. La A potrebbe anche non presentare sintomi, soprattutto nei giovani. Per chi li sviluppa, il tempo tra l'infezione e il manifestarsi dei sintomi è tra le due e le sei settimane e possono includere: nausea, vomito, diarrea, pelle gialla e dolore addominale. Nel 10-15% delle persone infettate i "segni" della malattia possono ripresentarsi durante i sei mesi successivi all'infezione.



Mercoledì 04 MARZO 2015

## Diabete. L'era della tecnologia intelligente. Verso il pancreas artificiale. Convegno al Senato

***Dal controllo glicemico sempre più accurato fino alla replicazione totale delle funzioni del pancreas. Presentato un dispositivo in grado di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione di insulina prima di incorrere in una crisi ipoglicemica, grazie a un algoritmo predittivo***

“Nel trattamento del diabete, la ricerca e la clinica hanno raggiunto gli obiettivi del monitoraggio glicemico continuo e dell'infusione insulinica cronica. Riproduciamo per due terzi il lavoro del pancreas. Ora dobbiamo definire l'algoritmo di controllo per l'integrazione dei due sistemi, la terza funzione di un pancreas vero. Sono in corso molti test. A digiuno funziona benissimo, ma non siamo riusciti ancora ad individuare l'algoritmo perfetto con il carico glicemico, Non manca molto al traguardo del pancreas artificiale”.

Queste parole del professor **Emanuele Bosi** - direttore del Diabetes Research Institute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele di Milano - sono un efficace riassunto del convegno **“Diabete, l'era della tecnologia intelligente. Stato dell'arte e prospettive per un approccio tecnologicamente all'avanguardia per il trattamento del diabete verso il pancreas artificiale”** che si è svolto oggi a Roma, presso la Sala degli Atti Parlamentari della Biblioteca del Senato “Giovanni Spadolini”.

L'evento, organizzato con il supporto non condizionato di Medtronic, ha visto la partecipazione di tutti gli attori del “pianeta diabete”: associazioni di pazienti, esponenti delle Istituzioni, clinici e industria. Un ideale tavolo tecnico per fare il punto sullo stato dell'arte delle terapie e individuare prospettive e percorsi per una gestione sempre più efficace di questa patologia.

### **Il controllo glicemico**

“Le tecnologie applicate alla terapia del diabete – ha osservato il professor Bosi – hanno consentito negli ultimi vent'anni di raggiungere traguardi molto importanti, soprattutto per quanto riguarda l'ottimizzazione del controllo del glucosio nel sangue. Tuttavia, la mortalità complessiva delle persone con diabete di tipo 1 è ancora il doppio di quella delle persone che non soffrono di diabete. Questo significa che non solo dobbiamo mirare a un controllo della glicemia in generale, ma dobbiamo anche essere in grado di evitare le ipoglicemie e le oscillazioni eccessive di glucosio nel corso della giornata”.

L'ipoglicemia- soprattutto notturna – rappresenta l'evento più temuto dai pazienti, e in particolare dai giovanissimi.

“Negli ultimi anni – ha aggiunto il dottor **Riccardo Schiaffini**, diabetologo pediatra presso il Servizio di Diabetologia dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma – stiamo assistendo a un incremento dei casi di diabete di tipo 1 nei bambini fino ai 4 anni. Ed è un dato rilevabile in tutto il mondo. Le famiglie sono sempre più coinvolte nel conseguimento del miglior controllo metabolico e glicemico dei propri figli. Le preoccupazioni, legate soprattutto ai pericoli delle crisi ipoglicemiche, possono ripercuotersi negativamente sull'aderenza al trattamento. I microinfusori, dotati di sistemi integrati di erogazione di insulina e monitoraggio continuo di glucosio, possono ridurre questi timori, poiché sono dispositivi provvisti di un alert tramite il quale si può sospendere il rilascio di insulina in presenza di una situazione

di ipoglicemia”.

Medtronic ha messo a punto un dispositivo – **MiniMed 640G** – che è in grado di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione di insulina prima di incorrere in una crisi ipoglicemica, grazie a un algoritmo predittivo.

“La novità di questo dispositivo – ha continuato Schiaffini – è rappresentata dalla funzione di sospensione, tarata su una soglia di predizione dell'episodio di glicemia, che si basa sulla velocità di variazione della glicemia stessa, riscontrata dal sensore. Se il sistema prevede che il livello di glicemia si stia abbassando troppo e in pochi minuti possa verificarsi un episodio glicemico, sospende l'erogazione di insulina, scongiurando pericoli e paure”.

### **Innovazione e sostenibilità**

Innovazione tecnologica e controllo del budget di spesa sanitaria. *Vexata quaestio* ancora lontana dal trovare una soluzione definitiva.

Ma la consapevolezza di giungere a una sintesi positiva è sempre più forte fra le istituzioni.

“L'innovazione tecnologica può diventare l'elemento fondante di tutte le politiche di prevenzione – ha detto l'on. **Marco Rondini**, componente della XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati – perché permette un risparmio sul lungo periodo e incide positivamente da subito sulla qualità della vita del paziente. Un paziente che è sempre più consapevole della propria patologia e determinato a gestirla”.

Il Governo ha istituito il Fondo per l'innovazione per l'appropriatezza prescrittiva – ha aggiunto la dottoressa **Marcella Marletta**, direttore generale dei dispositivi medici del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure del Ministero della Salute – La tecnologia sta cambiando la vita dei pazienti e non possiamo interrompere questa evoluzione”.

### **Il ruolo del farmacista**

“Il farmacista può essere una figura importante oltre che per consigliare il paziente su una terapia anche a verificare la sua aderenza alla stessa”. Così il presidente della **Andrea Mandelli**, presidente della Fofi. “Il farmacista è una figura importante - ha sottolineato - ha il vantaggio di essere il professionista intercettato dal cittadino quando sceglie di chiedere aiuto. C'è un tema importante di aderenza alle terapie, se lo Stato mette a disposizione medici di medicina generale, specialisti, visite diagnostiche, e poi una terapia, questo insieme di spese non può vanificarsi di fronte al fatto che il paziente non è aderente”. “Il farmacista è importante come educatore sanitario ma anche per esplorare il fronte nuovo dell'aderenza alle terapie - ha aggiunto – e noi stiamo facendo uno studio in 15 macroaree regionali insieme all'università del Kent, per capire come il professionista può influire e per dare anche una valutazione economica a questo intervento. Questo è importante anche in una patologia come il diabete”.

**Marco Landucci**

Mercoledì 04 MARZO 2015

## Diarrea in ospedale. Nuova tecnica per sconfiggere il batterio causa di molti danni durante il ricovero

***Stiamo parlando del Clostridium difficile. Un batterio molto resistente agli antibiotici e che aumenta rischio mortalità e costi di degenza. Uno studio italiano dimostra l'efficacia della tecnica del trapianto di microbiota fecale nel trattamento delle infezioni. La novità consiste nella modalità di somministrazione: colonscopia anziché sondino naso-digiunale. Infezione debellata nel 90% dei pazienti***

E' l'incubo delle corsie ospedaliere di tutta Italia e non sempre con gli antibiotici lo si riesce a debellare. Si tratta del famigerato *Clostridium difficile*, un batterio che rappresenta la principale causa di diarrea che si sviluppa durante il ricovero in ambiente ospedaliero e dopo terapia antibiotica. Si stima che questa infezione aumenti di 2,5 volte il rischio di mortalità a 30 giorni, allunghi il tempo di degenza in media di 1-3 settimane e generi costi pari a 7-14.000 euro per ogni caso. Almeno un caso su 4 in Europa sfugge ancora alla diagnosi e non viene dunque sottoposto a trattamento adeguato.

Uno studio appena pubblicato su [Alimentary Pharmacology and Therapeutics](#), suggerisce una nuova ed efficace strategia di trattamento: il trapianto di microbiota (FMT) da feci di donatore, realizzato attraverso una colonscopia.

Nel gennaio 2013, aveva suscitato grande interesse la pubblicazione del primo *trial* randomizzato controllato di confronto tra il trattamento antibiotico standard con vancomicina e l'infusione a livello del duodeno (mediante sondino naso-digiunale) di feci da donatore sano, in un gruppo di pazienti con infezione da *Clostridium difficile* che non avevano riportato beneficio dalla terapia antibiotica. I risultati di questo studio di **van Nood** e colleghi dell'università di Amsterdam, non lasciavano adito a dubbi. Il FMT debellava l'infezione nell'81% dei casi, contro il 31% di risultati positivi ottenuti con la vancomicina.

Il lavoro italiano, appena pubblicato, oltre a confermare con uno studio randomizzato l'efficacia della tecnica del trapianto di microbiota fecale nel trattamento delle recidive dell'infezione da *Clostridium difficile*, aggiunge un nuovo tassello al dibattito scientifico. Visto che l'infezione è a carico del colon, perché passare per l'intestino tenue e non andare direttamente al cuore del problema, cioè a livello del colon, attraverso una colonscopia?

Anche in questo caso sono stati confrontate due modalità di trattamento: quella antibiotica classica con la vancomicina (125 mg quattro volte al giorno per 10 giorni, seguita da 125-500 mg/die ogni 2-3 giorni per almeno 3 settimane) e il FMT attraverso la colonscopia, dopo un breve ciclo di terapia con vancomicina (125 mg quattro volte al giorno per 3 giorni). L'*endpoint* primario era la scomparsa della diarrea a 10 settimane dalla fine del trattamento.

Lo studio è stato interrotto in occasione dell'analisi *ad interim* a 1 anno. Diciotto dei 20 pazienti (il 90%), trattati con FMT avevano infatti fatto registrare la scomparsa della diarrea da *Clostridium difficile*; risultato ottenuto in appena il 26% dei trattati (5 pazienti su 19) nel gruppo 'vancomicina'. Non sono stati osservati eventi indesiderati nei due gruppi di trattamento.

Il trapianto di microbiota fecale, attraverso la colonscopia è risultato dunque molto più efficace del

trattamento con vancomicina nel trattamento delle recidive di infezione da *Clostridium difficile*. “Questa modalità di infusione delle feci da donatore – commenta il professor **Giovanni Cammarota**, del Dipartimento di Medicina Interna dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, primo autore dello studio – ha dunque le potenzialità di ottimizzare la strategia di trattamento nei pazienti con colite pseudo- membranosa”.

“Sono risultati di enorme importanza – commenta **Antonio Gasbarrini**, Professore straordinario di Gastroenterologia presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e autore *senior* dello studio – Questo è il secondo *trial* pubblicato in letteratura sulla terapia dell’infezione da *Clostridium difficile* antibiotico resistente, realizzata con Trapianto di Microbiota . A differenza del lavoro pubblicato nel 2013 sul *New England Journal of Medicine*, che utilizzava il sondino naso-digiunale, nel nostro studio – il primo al mondo randomizzato con questa metodica – ci siamo avvalsi della colonscopia . Riteniamo che questo *trial* contribuirà a diffondere la metodica del trapianto di microbiota presso tutti i centri”.

Il *Clostridium difficile* può albergare nell’intestino di adulti e bambini senza dare alcun sintomo; la malattia si sviluppa quando la flora batterica intestinale viene alterata, tipicamente dopo un trattamento antibiotico, fatto questo che permette al Clostridio di svilupparsi in maniera abnorme; in queste condizioni, la tossina prodotta dal batterio, raggiunge livelli elevati e causa la colite pseudo membranosa, che si manifesta con la diarrea (da lieve a grave), tipica di questa condizione. I pazienti possono presentare anche febbre, perdita di appetito, nausea, dolori addominali. Il contagio avviene ‘ingerendo’ i batteri attraverso il contatto con un ambiente contaminato o direttamente dal paziente infetto.

A rischio sono soprattutto gli *over 65*, i pazienti immunocompromessi e gli anziani fragili, sottoposti a terapie antibiotiche per altre infezioni.

**M.R.M.**