

INDAGINE CENSIS

Alla fecondazione assistita ricorrono 54 mila coppie

— Il nostro Paese è afflitto dal grave problema della bassa natalità: è l'opinione diffusa tra l'88,7% di ginecologi, andrologi e urologi. E la scarsa propensione degli italiani ad avere figli è ricondotta principalmente a motivazioni economiche (75,3%). Il 75% degli specialisti è convinto anche che la crisi economica scoraggi le coppie che devono ricorrere alla procreazione medicalmente assistita. È quanto emerge da una ricerca del Censis, realizzata in collaborazione con la Fondazione Ibsa, su un campione di medici specialisti (ginecologi, andrologi e urologi).

Le coppie trattate in Italia con tecniche di procreazione medicalmente assistita erano 54.458 nel 2012 (ultimo dato ufficiale disponibile): +77% rispetto alle 30.749 del 2005. Nel 23,2% dei casi si arriva alla gravidanza. I bambini concepiti in provetta venuti alla luce sono stati 9.818 nel 2012: +169% rispetto ai 3.649 del 2005. La metà degli specialisti consultati dal Censis ritiene che i problemi di infertilità colpiscano il 20-30% delle coppie italiane, a fronte delle stime dell'Organizzazione mondiale della sanità che parlano del 10-15%. È certo che i problemi di infertilità e sterilità siano aumentati rispetto al passato: lo pensa il 91,3% dei medici.



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

Fecondazione eterologa, a 1 anno dalla sentenza della Consulta le coppie italiane vanno ancora all'estero



E' trascorso un anno da quando la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo il divieto vigente in Italia di accedere alla fecondazione eterologa. Il 9 aprile 2014, infatti, i giudici hanno deciso di abbattere uno dei principali 'paletti' contenuti nella legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita: quello di ricorrere a gameti esterni alla coppia per avere un figlio. Da allora, la situazione nel nostro Paese non sembra aver fatto grandi passi in avanti, con "i centri che lamentano la scarsità di donazione di gameti soprattutto femminili e le coppie che in molti casi sono ancora costrette ad andare all'estero per esaudire il desiderio di un bebè", evidenzia all'Adnkronos Salute uno dei legali delle coppie che si erano rivolte alla Consulta, Maria Paola Costantini.



"La questione - ribadisce l'avvocato Costantini - è che mancano le donazioni di ovociti e manca anche chiarezza su quello che si può fare o non si può fare. La regolamentazione delle Regioni è frammentata. Il 27 marzo la Sicilia ha emanato un decreto per riconoscere un contributo economico anche per l'eterologa, ed è una delle poche. In Lazio, Campania, Calabria questo non è possibile. E ci sono Regioni in cui ancora non si è deciso niente ed è tutto bloccato, come il Piemonte. L'eterologa può essere fatta secondo la legge, ma in effetti è quasi impossibile. Le linee guida non sono ancora state aggiornate, non si sa se può essere dato un rimborso a chi dona i gameti e rimane l'incertezza se queste prestazioni saranno inserite nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) o meno, perché il procedimento allo stato attuale è bloccato. Chi paga questa situazione sono le coppie a basso reddito, che è proprio ciò

che la Consulta aveva stigmatizzato".



"Capisco che ci siano delle priorità all'interno del Servizio sanitario nazionale, che è in una situazione drammatica - aggiunge il legale - ma Governo e ministero della Salute dovrebbero intervenire immediatamente con nuove linee guida chiarificatrici". Costantini al momento sta seguendo, ad esempio, "una coppia di Torino in cui la donna è in menopausa precoce: si sono rivolti a tre ospedali della città e si sono sentiti dire che ci sono lunghe liste d'attesa, ma alla richiesta di essere inseriti in queste liste e di avere una certificazione di tale inserimento, la risposta è stata che non era possibile. In un centro privato accreditato gli hanno chiesto 30 euro".

"In Toscana - prosegue - gli è stata prospettata un'attesa di tre anni. A questo punto andranno all'estero, facendo una richiesta di accesso a prestazioni sanitarie secondo la vecchia normativa: non è ancora applicabile la direttiva sull'assistenza transfrontaliera, perché la Pma non è ancora nei Lea. Ma quando lo sarà, si prospetterà un nuovo, più veloce modo di avere accesso alla fecondazione assistita per le coppie italiane che aspettano da anni. Quindi a loro per la fecondazione all'estero verrà data una risposta negativa, e appena arriverà andremo in tribunale". Intanto, il 14 aprile la Corte costituzionale si pronuncerà su un'altra tematica 'calda': il divieto ancora esistente di accesso alla diagnosi preimpianto per le coppie non sterili ma affette da malattie genetiche.

CAREGGI FIRENZE - Nel centro pubblico più attivo in Italia, quello dell'ospedale Careggi di Firenze, "più di 600 coppie sono già state visitate e in attesa di avere accesso alla fecondazione eterologa. Altre 2.000 sono in lista di attesa a ottobre 2016, quasi la metà delle quali provenienti da altre Regioni. E' stata ottenuta a oggi una gravidanza da eterologa attualmente alla 28esima settimana di gestazione, mentre altre due potrebbero essere in corso: stiamo aspettando di effettuare l'esame delle beta-Hcg. Le altre che abbiamo tentato non sono andate a buon fine, ma si trattava di inseminazioni, che hanno percentuali più basse di riuscita". A tracciare il quadro Elisabetta Coccia, direttore della struttura organizzativa dedicata alla Procreazione medicalmente assistita dell'Azienda ospedaliera fiorentina.



"Nei centri pubblici non si sono ancora avuti bimbi nati da eterologa - spiega Coccia - perché non ci sono stati i tempi: avremmo dovuto iniziare immediatamente a settembre, subito dopo il documento approvato dalle Regioni, ma anche se fossimo stati così veloci non sono trascorsi i 9 mesi. Come strutture pubbliche a noi è pesato un aspetto normativo burocratico, che i centri privati non hanno avuto. Ora però

siamo sereni e continuiamo a chiamare le coppie in attesa".

UMR CATANIA - Singolare e interessante la scelta di un centro specializzato siciliano: gli ovociti vengono donati alle altre donne con difficoltà a concepire, solo dopo che la donatrice è diventata mamma. E' l'iniziativa intrapresa dall'Unità di Medicina della Riproduzione (Umr) di Catania come alternativa più soft al cosiddetto 'egg-sharing', la condivisione di gameti fra coppie sterili o infertili. A raccontarla è Antonino Guglielmino, direttore del Centro, dove da quando l'eterologa è stata consentita in Italia a seguito della sentenza della Consulta di un anno fa, "sono state ottenute 20 gravidanze, dove la problematica era però maschile. Prima dell'estate avremo i primi nati. E per le problematiche femminili stiamo attivando accordi con banche estere".

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

NDAGINE USA

Parenti stretti con cancro alla prostata? Più rischi di tumore al seno

Le probabilità salgono di poco (e può essere anche una coincidenza), ma il pericolo lievita se tra i congiunti si verifica la contemporanea familiarità per i due tumori

di Vera Martinella



Per un donna avere dei parenti di primo grado con un tumore alla prostata può far crescere le probabilità di ammalarsi di tumore al seno. E' la conclusione a cui sono giunti studiosi americani in un'indagine da poco pubblicata sulla rivista scientifica *Cancer* dopo aver analizzato i dati di quasi 80mila donne. Gli esiti dello studio suggeriscono che quando gli specialisti devono valutare il rischio di una persona di sviluppare un carcinoma prostatico o mammario dovrebbero approfondire l'intera storia oncologica familiare, raccogliendo informazioni su precedenti neoplasie in entrambi i sessi, specie fra i consanguinei più prossimi, e non limitarsi soltanto al ramo femminile se la valutazione riguarda una donna o a quello maschile nel caso di un uomo. «L'aumento del rischio di cancro al seno associato a un parente maschio con precedente tumore alla prostata è modesto – dice l'autrice principale dello studio, Jennifer L. Beebe-Dimmer del Barbara Ann Karmanos Cancer Institute di Detroit -, ma le donne che hanno casi in famiglia di entrambe le forme di cancro hanno almeno il doppio delle probabilità rispetto alle altre di sviluppare un carcinoma al seno. E' quindi molto importante valutare all'interno del nucleo familiare le malattie oncologiche precedenti che si sono verificate in entrambi i sessi».

Lo studio americano: fino al 78 per cento di rischi in più

L'indagine coordinata da Beebe-Dimmer ha esaminato le informazioni relative a 78.171 donne arruolate nello studio osservazionale Women's Health Initiative tra il 1993 e il 1998. Tutte le partecipanti erano libere da tumore all'inizio dello studio, ma durante il follow up (terminato nel 2009) 3.506 si sono ammalate di cancro al seno. Tenendo conto dei diversi fattori che possono favorire l'insorgere di una neoplasia, è emerso che chi aveva un parente stretto (padre, fratelli o figli) con tumore alla prostata andava incontro al 14 per cento di probabilità in più di sviluppare un tumore al seno. E il pericolo lievita

al 78 per cento se tra i congiunti stretti ci sono state diagnosi sia mammarie che prostatiche. «Queste informazioni sono importanti per i medici, perché inizino a raccogliere sempre le informazioni relative a tutti gli appartenenti alla famiglia prima di stimare le probabilità di ammalarsi di un individuo – commenta l'autrice -. Certo servono ulteriori indagini per capire meglio quali siano i geni responsabili e quale sia il loro peso, valutando bene anche gli altri fattori di rischio ambientali che gli appartenenti a una stessa famiglia spesso hanno in comune».

Tumori molto frequenti: può essere solo coincidenza

«I tumori di prostata e mammella hanno in comune due fattori di rischio certi, l'età e la familiarità - spiega Giuseppe Opocher, responsabile dell'Unità per i Tumori Ereditari all'Istituto Oncologico Veneto di Padova -. Bisogna ricordarsi che familiarità non vuol dire necessariamente mutazione (ad esempio dei geni BRCA1 e 2, che sono già ben noti per far lievitare le probabilità di ammalarsi di tumore al seno e all'ovaio e, in misura assai minore, alla prostata), ma è un concetto più ampio che comprende anche altri fattori: ad esempio più ampia e longeva è la famiglia e più è facile trovare casi di tumore. E' una questione statistica, legata alle naturali mutazioni del DNA che si accumulano nel corso della vita». Possono esserci altri geni coinvolti che spiegano il legame fra le due neoplasie, senza dimenticare che si tratta di due fra i tipi di cancro più comuni in assoluto, per cui è assai probabile che all'interno di una famiglia si verificano entrambi, semplicemente per il fatto che sono entrambi molto frequenti.

Quando chiedere una consulenza genetica

Concretamente, quindi, cosa dovrebbero fare le persone? Ovvero, quando è il caso di chiedere un'indagine genetica in un uomo o in una donna sana? «A giudicare dai dati riportati in questo bel lavoro, una storia familiare positiva per tumore della mammella o della prostata aggiunge un rischio tutto sommato modesto - risponde Opocher -. E questo avviene nel contesto di due tumori che, purtroppo, colpiscono più del 10 per cento della popolazione, quindi molto frequenti. Un discorso diverso può riguardare la contemporanea familiarità per i due tumori perché aumenta il rischio in modo un po' più marcato, ma questo per fortuna avviene solo nel 2 per cento del campione valutato in questo studio. Probabilmente solo per questi casi potrebbe essere utile una consulenza oncogenetica in uno dei molti centri italiani che si occupano di tumori ereditari. Ovvero, in pratica, quando si hanno due parenti stretti dello stesso ramo entrambi con uno di questi tumori: come papà e zia (sorella del padre) o propria sorella; oppure come fratello con cancro alla prostata e madre al seno. Nel frattempo, medici di famiglia e oncologi - conclude l'esperto - dovrebbero continuare a raccogliere con cura le informazioni relative alla storia familiare dei loro pazienti: non costa nulla ed è di grandissimo aiuto».

Martedì 07 APRILE 2015

Tumore seno e ovaio. Verso una valutazione del rischio sempre più 'personalizzata'

Specifiche alterazioni nei geni BRCA1 e BRCA2 sono associate ad un aumentato rischio di tumore alla mammella e all'ovaio che sembra variare sia in base al tipo di mutazione genetica sia alla posizione in cui tale alterazione si manifesta nel gene. Lo studio su Jama

Alcune mutazioni genetiche sono associate ad un maggior rischio di sviluppare determinati tipi di tumore. Ad esempio, specifiche alterazioni, tra cui quelle dei geni *BRCA1* o *BRCA2*, aumentano in maniera significativa il rischio di cancro al seno e all'ovaio. Tuttavia, non è ben nota la relazione tra la variazione di questo rischio e la presenza di una specifica mutazione piuttosto che un'altra. Oggi, un gruppo di ricercatori statunitensi ha studiato questo rapporto, mettendo in luce come tale rischio possa variare sia a seconda del tipo di alterazione che a seconda della regione all'interno del gene in cui essa si manifesta. Lo studio osservazionale, condotto su 31mila donne dalla University of Pennsylvania School of Medicine, è stato pubblicato in data odierna su *JAMA*.

In generale, parlando in termini probabilistici, essere portatrici di specifiche mutazioni genetiche può aumentare il rischio di sviluppare la malattia. Tuttavia, "finora, si sa poco di come il rischio di tumore vari in base a specifiche mutazioni ereditarie", **Timothy R. Rebbeck**, PhD, Professore di Epidemiologia e Direttore Associato nel settore 'Population Science' presso l'Abramson Cancer Center della Pennsylvania University. "Il risultato odierno rappresenta un primo passo per comprendere come personalizzare la valutazione del rischio rispetto ad una mutazione specifica, al fine di poter aiutare le persone con questa mutazione e gli operatori sanitari nella prevenzione del cancro e nel processo di decision making".

BRCA1 è un gene 'oncosoppressore' (che protegge dal tumore) che codifica per una particolare proteina, detta proteina di suscettibilità al cancro alla mammella di tipo 1. Se mutata, questa proteina assume un ruolo centrale nel processo di sviluppo di un particolare tipo di cancro della mammella (detto di tipo 1); allo stesso modo il gene *BRCA2* ha un compito analogo ed è associato al cancro alla mammella detto di tipo 2.

I ricercatori hanno valutato le diagnosi di tumore su 31 mila donne, di cui 19.581 con la mutazione *BRCA1* e 11.900 con la mutazione *BRCA2*.

Rebbeck e colleghi hanno identificato precise regioni nelle quali entrambi i geni, se mutati, sono associati ad un maggiore rischio di tumore al seno e regioni nelle quali la mutazione determina un aumento del rischio di tumore ovarico.

In precedenza è risultato che una donna di età inferiore o uguale a 70 anni, portatrice della mutazione del gene *BRCA1* ha un rischio del 59% di sviluppare un carcinoma mammario e del 34% di sviluppare un tumore ovarico. Prendendo in considerazione il nuovo campione, lo studio odierno fornisce delle percentuali leggermente differenti: nel primo caso si parla di un rischio pari al 69% e nel secondo caso pari al 26%.

Al di là del valore numerico delle percentuali, però, quello che è più importante, riferiscono i ricercatori, è se ed in che modo queste differenze possono cambiare le eventuali decisioni prese della paziente in termini di adozione di misure, tra cui quella della "chirurgia preventiva", di cui da tempo si dibatte a livello scientifico e sociale.

"Con questi nuovi risultati, abbiamo ottenuto una conoscenza dei rischi legati a mutazioni specifiche che

potrebbero fornire importanti informazioni per la valutazione del rischio stesso nel gruppo di donne con mutazioni dei geni *BRCA1/2*", ha spiegato il senior author **Katherine L. Nathanson**, MD, Professore Associato di Medicina e Direttore di Genetica al Basser Research Center for BRCA presso l'Abramson Cancer Center della Pennsylvania University. "Ulteriori ricerche sono necessarie per determinare i rischi assoluti associati con mutazioni diverse e per illustrare il modo in cui queste differenze possano influenzare il processo di decisione e gli standard di cura, tra cui la chirurgia preventiva, tra le donne con mutazioni dei geni" suddetti.

Viola Rita

*Timothy R. Rebbeck et al., Association of Type and Location of BRCA1 and BRCA2 Mutations With Risk of Breast and Ovarian Cancer, JAMA. 2015;313(13):1347-1361. doi:10.1001/jama.2014.5985.

I TEST GENETICI CI SALVANO LA VITA?

Dopo aver seguito le vicende di Angelina Jolie, in tante ora vogliono fare questi esami. Vi spieghiamo quali sono e a cosa servono davvero

di CINZIA TESTA scrivile a dminforma@mondadori.it

È boom dei test genetici anticancro. Si parla addirittura di un raddoppio delle richieste, come ha registrato uno studio del Sunnybrook Odette cancer center di Toronto. E i medici ne sono felici. Secondo gli specialisti, questi esami sono un vero passo avanti nella cura della nostra salute. Perché, in molti casi, sapere di essere a rischio consente di correre ai ripari per tempo, correggendo lo stile di vita e intensificando i controlli. Oppure, come ha fatto Angelina Jolie, sottoponendosi a un intervento salvavita. Certo, l'idea di scoprire di essere predisposti a una malattia importante come il cancro non è facile da accettare psicologicamente. Ma chi sceglie di eseguire un test genetico deve tenere presente che, secondo un protocollo medico, si viene seguiti sia da un genetista sia da uno psicologo per valutare insieme diagnosi e possibilità terapeutiche. Ma quali esami si possono eseguire oggi? E a chi servono veramente?

PER I TUMORI FEMMINILI Le forme più gravi di tumore del seno e delle ovaie sono spesso quelle che colpiscono prima dei 40 anni. Perché sono quasi sempre di origine genetica. Per entrambe, alla base c'è la mutazione dei geni Brca1 e 2. Quando ci sono dei casi in famiglia, quindi, vale senz'altro la pena di sottoporsi all'esame, che consiste in un semplice prelievo di sangue. Se si risulta portatrici di uno o tutti e due i geni, la probabilità di ammalarsi è più alta e può addirittura raddoppiare rispetto a chi non ha l'alterazione. Ciò non significa che l'unica soluzione sia quella drastica scelta da Angelina Jolie. Perché gli specialisti



Angelina Jolie, a rischio di cancro al seno e alle ovaie, si è sottoposta prima alla mastectomia preventiva e poi all'asportazione delle ovaie.

DM IN FORMA



A Claira Hermet, presentatrice della Bbc, è stata consigliata una mastectomia preventiva. Prima dell'intervento ha organizzato un party d'addio al seno.

nella valutazione del rischio tengono conto di diversi fattori. «La mutazione è solo un tassello del puzzle» spiega Giovanni Scambia, direttore di ginecologia oncologica al Policlinico Gemelli di Roma. «Bisogna considerare la presenza di altri casi in famiglia di tumore al seno o alle ovaie, a che età si sono ammalati i familiari e persino fattori protettivi. Si è visto, per esempio, che prendere per almeno cinque anni la pillola contraccettiva a base di estroprogestinici aiuta a ridurre il pericolo di tumore ovarico anche nelle donne con il gene "difettoso". La somma di tutte queste informazioni permette allo specialista di proporre una prevenzione su misura. A chi è a rischio di cancro al seno, per esempio, a volte basta sottoporsi a controlli semestrali o annuali in modo da individuare il tumore quando è molto piccolo. Nel caso delle ovaie il discorso è un po' diverso. Perché è una forma subdola, difficile da scoprire in fase iniziale. L'unica strada praticabile quindi è quella scelta dalla Jolie. Ma con molta cautela. Medico e paziente decidono insieme quando intervenire, tenendo presente anche il desiderio di maternità della donna».

Quanto costa Per chi è a rischio i test sono gratuiti in Emilia Romagna, mentre altrove si paga il ticket. I risultati in genere arrivano in tre mesi ma nei laboratori del Policlinico Gemelli di Roma sono già in grado di fornire gli esiti in sole tre settimane.

PER LA MACULOPATIA Non esistono solo i test anticancro. Oggi si può ricorrere a un esame per valutare la probabilità di ammalarsi di degenerazione maculare, una patologia degli occhi che provoca man mano la perdita della vista. È consigliato quando c'è almeno un familiare affetto da questo disturbo e svela se si è ereditata la predisposizione alla patologia. Consiste nel prelievo di un campione di Dna ottenuto strisciando sulla mucosa interna della guancia uno speciale spazzolino. «Se il test è positivo, possiamo fare molto» spiega Francesco Bandello, direttore della Clinica oculistica dell'Università Vita-Salute, Istituto scientifico San Raffaele di Milano. «Perché il rischio di ammalarsi dipende per due terzi da fattori e abitudini che si possono correggere. Come l'alimentazione, l'esposizione ai raggi Uv e il fumo di sigaretta. Inoltre, si impostano controlli più ravvicinati, più o meno ogni sei mesi». **Quanto costa** Il test si può fare solo privatamente negli studi oculistici pagando tra i 300 e i 500 euro.

PER CHI VUOLE UN BEBÉ Prima di fare un figlio, e in particolare se si hanno già avuto degli aborti o se in famiglia ci sono dei casi di malattie genetiche, c'è un test preconcezionale che può fare la coppia. Serve per evidenziare se si è portatori sani (cioè non si è malati ma si trasmette la malattia ai figli) di una delle quattro patologie ereditarie più frequenti: la fibrosi cistica, la talassemia, l'atrofia muscolare spinale e il ritardo mentale legato al cromosoma X. Conoscere il proprio rischio è utile in vista del concepimento. «Le coppie portatrici sane oggi non devono rinunciare ad avere un figlio, perché possono ricorrere alla diagnosi preimpianto o alla fecondazione eterologa» spiega Faustina Lalatta, responsabile dell'Unità operativa di genetica medica dell'ospedale Policlinico di Milano.

Quanto costa Il test è sul sangue e a carico del Servizio sanitario in caso di familiarità. Altrimenti costa 200-300 euro. L'esame viene effettuato con un'analisi del sangue.

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

Studio sui 'geni di Angelina', rischi di tumore diversi per varie mutazioni



Non tutte le mutazioni Brca1 e Brca2 aumentano allo stesso modo la probabilità di ammalarsi di cancro al seno e alle ovaie. Lo svela un nuovo studio condotto sui 'geni di Angelina', i difetti del Dna che hanno portato la Jolie a optare per l'asportazione di entrambi gli organi, considerato il profilo genetico ad alto rischio e le morti per tumore fra le donne della sua famiglia. Una decisione rilanciata in prima pagina dai media di tutto il mondo, che ha riacceso i riflettori sulla chirurgia preventiva suscitando l'interesse e le domande dell'universo femminile. Se i geni Brca1 e 2 sono mutati bisogna fare come lei? Sempre? E solo per il seno o anche per le ovaie?

La nuova ricerca - pubblicata su 'Jama' e condotta dagli scienziati del Basser Center for Brca dell'Abramson Cancer Center, presso la Perelman School of Medicine dell'università della Pennsylvania - sembra suggerire, in caso di mutazione ai geni Brca, la necessità di indagini mirate sul tipo di difetto per poi valutare interventi personalizzati. In altre parole, il pericolo di ammalarsi e quindi la strada da seguire per evitarlo potrebbe non essere la stessa per tutti. Lo studio ha coinvolto oltre 31 mila donne con mutazioni ai geni Brca1 e Brca2, indicando che alcune variazioni conferiscono un rischio più alto di cancro al seno, mentre altre moltiplicano le chance di sviluppare un tumore ovarico.

"Sono stati fatti grandi progressi nel capire come ridurre il rischio di cancro associato alle mutazioni ereditarie nei geni Brca1 e Brca 2 - sottolinea Timothy R. Rebbeck, professore di epidemiologia e direttore associato di scienza di popolazione all'Abramson Cancer Center - Ma finora si sapeva poco su quanto il pericolo di ammalarsi variasse a seconda della specifica mutazione ereditata. I risultati di questo studio sono un primo passo verso la comprensione di come personalizzare la definizione del rischio per adottare la strategia preventiva più adatta alla singola paziente".

Rebbeck e colleghi hanno valutato le diagnosi di cancro relative a 19.581 donne portatrici di mutazioni del gene Brca1 e 11.900 con variazioni al Brca2. Quindi hanno analizzato se il tipo o la localizzazione delle singole mutazioni fosse correlata alla probabilità di tumori mammari oppure ovarici. Gli scienziati hanno così identificato su entrambi i geni regioni che, se 'difettose', comportano un maggior rischio di cancro al seno, mentre altre che risultano associate più specificamente a un aumentato pericolo di tumore alle ovaie.

Qualche esempio. In precedenza si riteneva che una donna con mutazione del gene Brca1 avesse il

59% di probabilità in più di ammalarsi di cancro al seno entro i 70 anni, e il 34% di rischio in più per le ovaie. La nuova ricerca suggerisce invece che le donne con un tipo particolare di mutazioni del corredo genetico Brca, diffuse soprattutto fra gli ebrei ashkenaziti, hanno una probabilità di cancro al seno del 69% superiore e un pericolo di tumore ovarico del 26% inferiore.

Ma ora la questione è: queste differenze possono influenzare concretamente la decisione di una donna in merito alla strategia preventiva da adottare, se chirurgica o di sorveglianza attiva con controlli costanti ad hoc? "Grazie ai nuovi dati sappiamo di più sul rischio mutazione-specifico e questo potrebbe offrire informazioni importanti per la valutazione delle donne portatrici - risponde Katherine L. Nathanson, autore seniore dello studio, professore associato di medicina e direttore di genetica all'Abramson Cancer Center - Adesso sono però necessarie ulteriori ricerche per determinare il rischio assoluto associato alle diverse mutazioni dei geni Brca1 e Brca2, e per capire come queste differenze potrebbero influenzare le decisioni delle pazienti". I lavori sono in corso e forse cambieranno la vita alle 'Jolie' del futuro.

Prevenzione del tumore del cavo orale

Il 10 aprile la 'Prima giornata nazionale della prevenzione otorinolaringoiatrica'

MILANO — Scegli la salute: prevenire è più facile che dire 'otorinolaringoiatria'! Lo sanno bene gli specialisti AOOI - Associazione Otorinolaringologi Ospedalieri Italiani che per il prossimo 10 aprile hanno organizzato, con il patrocinio del [Ministero della Salute](#), la 1ª Giornata della prevenzione AOOI dedicata alla diagnosi precoce dei tumori del cavo orale. Negli ambulatori dei reparti di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera di Cremona, gli specialisti AOOI metteranno a disposizione la propria competenza per offrire un'intera mattinata di screening gratuito ad accesso libero.

Quella del tumore del cavo orale è una patologia molto diffusa, con 12 nuovi casi all'anno ogni 100mila abitanti e un picco di massima incidenza intorno ai 50-60 anni di età. Fumo, alcol, cattiva igiene orale, protesi dentarie traumatizzanti e virus del papilloma ma anche una dieta povera di frutta e verdura: sono tante le cause che possono provocare l'insorgenza di questo genere di tumori, ma la prevenzione può essere un'ottima alleata. Una diagnosi precoce, attraverso metodiche semplici e non invasive, migliora la qualità della vita, consente interventi conservativi e meno invalidanti per tutto l'organismo e riduce i costi di terapia e riabilitazione.

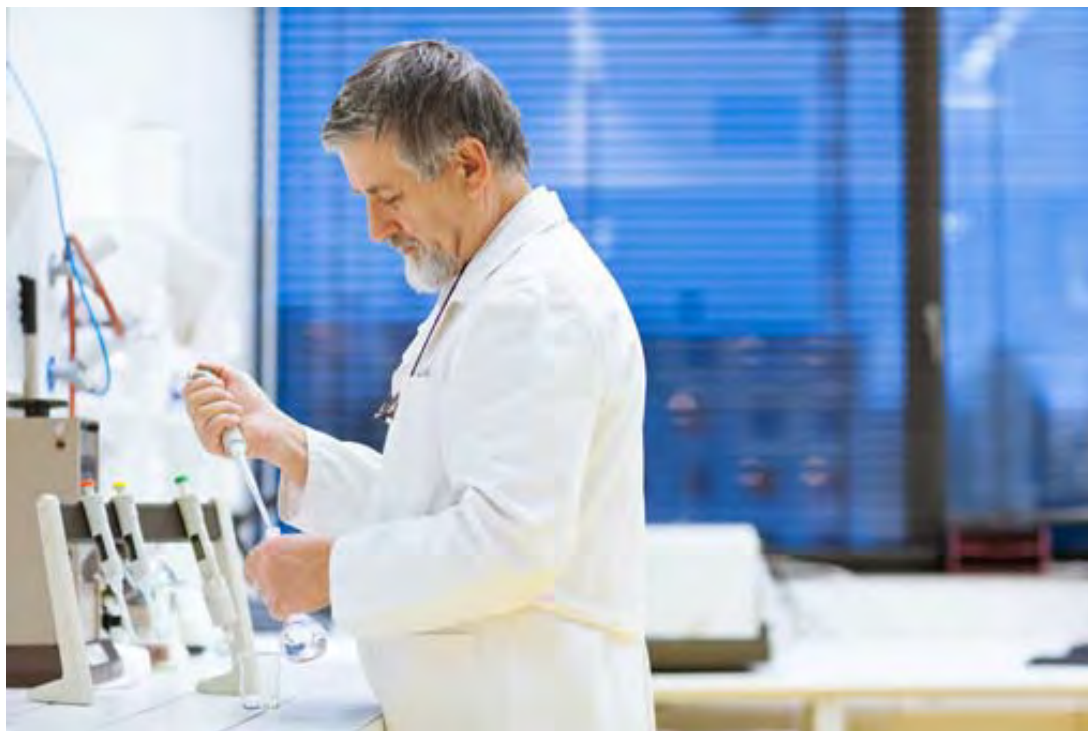
Per questo gli specialisti AOOI hanno deciso di mettere a disposizione la propria competenza per offrire un'intera mattinata di screening gratuito. Il paziente, potrà rivolgere domande e chiedere informazioni (e curiosità) ai medici e, in caso di screening con esito positivo, avere accesso a una visita di approfondimento. Ma non finisce qui: nel pomeriggio, sarà possibile assistere a conferenze, incontri informativi e momenti didattici dedicati al benessere del cavo orale e ad ogni paziente sarà consegnato un vademecum con le indicazioni più importanti per prendersi cura del proprio sorriso, mettendo da parte le cattive abitudini (come il bere e il fumare) e trovando tutte le informazioni utili per prenotare le visite specialistiche e fare il test HPV orale.



Una visita del cavo orale



Mieloma multiplo, terapia aggiuntiva pre-trapianto non migliora la sopravvivenza



07 aprile 2015

Nei pazienti affetti da mieloma multiplo che ottengono una risposta meno che parziale alla terapia di induzione iniziale, una chemioterapia aggiuntiva di salvataggio prima del trapianto autologo di cellule staminali migliora la percentuale di risposta, ma ciò non si traduce in un beneficio di sopravvivenza. È questa la conclusione di uno studio pubblicato di recente su *Biology of Blood and Marrow Transplantation*.

Questo lavoro potrebbe far cambiare gli obiettivi che molti ematologi specialisti di mieloma considerano quando devono prendere decisioni terapeutiche per i pazienti affetti da mieloma di nuova diagnosi in cui si pensa di fare un trapianto di cellule staminali.

Inoltre, lo studio ha implicazioni potenzialmente anche più ampie. In effetti, potrebbe influenzare il dibattito in corso su una controversia fondamentale su come si debba trattare il mieloma multiplo, in generale.

I pazienti affetti da questa neoplasia candidati al trapianto autologo di cellule staminali tipicamente sono sottoposti a una terapia di induzione di durata limitata prima del trapianto stesso. Tuttavia, spiegano gli autori nell'introduzione, non è chiaro se i pazienti che hanno una risposta subottimale (cioè meno che parziale) alla terapia iniziale possano beneficiare di una terapia aggiuntiva, finalizzata a massimizzare la risposta pre-trapianto.

Per saperne di più, i ricercatori, guidati da Ravi Vij, della Washington University, hanno esaminato i dati di oltre 500 pazienti affetti da mieloma che erano stati sottoposti a un trapianto di cellule staminali dopo aver raggiunto una risposta meno che parziale alla chemioterapia di induzione di prima linea tra il 1995 e il 2010.

In particolare, hanno utilizzato i dati di 539 pazienti con mieloma multiplo di nuova diagnosi estratti dal database del Center for International Blood and Marrow Transplant Research. I pazienti erano in cura presso oltre 80 centri, di cui circa il 95% negli Stati Uniti. Per poter essere inclusi nell'analisi, i partecipanti dovevano aver fatto un trapianto di cellule staminali tra il 1995 e il 2010 e il trapianto doveva essere stato effettuato entro 12 mesi dalla diagnosi. I pazienti potevano essere inclusi se non erano riusciti a raggiungere almeno una

risposta parziale al regime di trattamento iniziale.

Dopo il fallimento del trattamento iniziale, alcuni pazienti (215) sono stati comunque sottoposti al trapianto di cellule staminali senza alcun trattamento aggiuntivo, mentre i rimanenti (324) hanno fatto un ulteriore trattamento con altre terapie anti-mieloma di salvataggio prima di fare trapianto.

Come previsto, la terapia aggiuntiva fatta da alcuni pazienti prima del trapianto ha portato a un miglioramento delle risposte prima e dopo il trapianto rispetto ai pazienti che hanno fatto direttamente il trapianto, senza chemioterapia di salvataggio aggiuntiva.

Ma, quando gli autori hanno confrontato la sopravvivenza dei due gruppi di pazienti, non hanno trovato alcuna differenza significativa: sia la sopravvivenza libera da progressione (PFS) sia la sopravvivenza globale (OS) sono risultate fondamentalmente le stesse nei due gruppi.

L'età media al momento del trapianto era di 56 anni per i pazienti del primo gruppo e 57 anni per quelli del secondo. Quasi il 50% dei pazienti in entrambi i gruppi aveva un mieloma in stadio 3 al momento della diagnosi.

La maggioranza dei partecipanti era stata trattata con vincristina, doxorubicina e desametasone (il cosiddetto regime VAD) come trattamento iniziale. In particolare, i pazienti trattati con questo regime come terapia iniziale sono risultati il 60% nel gruppo che ha poi fatto direttamente il trapianto e il 47% in quello che ha fatto un trattamento aggiuntivo.

Quasi tutti i pazienti che non hanno fatto il regime VAD come trattamento iniziale sono stati trattati con un regime che conteneva un nuovo agente anti-mieloma come talidomide, bortezomib o lenalidomide. La quota di pazienti che hanno preso questi farmaci è risultata del 32% nel gruppo che non ha ricevuto alcun trattamento supplementare prima del trapianto e 39% nel gruppo sottoposto a un trattamento aggiuntivo.

Tra i pazienti che hanno ricevuto un trattamento aggiuntivo prima del trapianto di cellule staminali, la maggioranza (il 76%) ha fatto un'ulteriore linea di terapia, il 20% ne ha fatte due e il 4% ne ha fatte tre o più.

Inoltre, più pazienti del gruppo sottoposto al trattamento aggiuntivo (il 55%) hanno fatto il trapianto nell'ultimo periodo coperto dallo studio (tra il 2005 e il 2010), quando era aumentato il numero delle terapie disponibili per il mieloma, rispetto ai pazienti non sottoposti ad alcuna terapia aggiuntiva (il 35%).

Nessuno dei pazienti che hanno fatto direttamente il trapianto dopo la chemioterapia iniziale aveva raggiunto una risposta parziale o completa prima del trapianto, come peraltro previsto dal protocollo.

Al contrario, tra i pazienti che hanno ricevuto un trattamento aggiuntivo dopo quello iniziale, il 68% ha avuto almeno una risposta parziale prima del trapianto (l'8% una risposta completa e il 60% una risposta parziale).

Dopo il trapianto, i pazienti che hanno ottenuto una risposta completa sono risultati più numerosi nel gruppo che aveva fatto una terapia aggiuntiva prima del trapianto rispetto al gruppo che non l'aveva fatta (19% contro 9%), così come quelli che hanno ottenuto una risposta parziale (40% contro il 33%).

Tuttavia, nonostante la maggiore percentuale di risposta, sia prima sia dopo il trapianto, i pazienti sottoposti a una terapia aggiuntiva prima del trapianto non hanno mostrato una PFS superiore né un'OS superiore rispetto ai pazienti che hanno fatto direttamente il trapianto dopo la chemioterapia iniziale.

La PFS a 4 anni è risultata del 30% nel gruppo sottoposto al trattamento aggiuntivo dopo la chemio iniziale e prima del trapianto e 31% nel gruppo che ha fatto direttamente il trapianto. Si è trovata poca differenza tra i due gruppi anche sul fronte dell'OS.

I ricercatori hanno provato anche a verificare se i risultati cambiavano limitando la loro analisi ai pazienti del campione la cui terapia iniziale conteneva i nuovi agenti (talidomide, bortezomib o lenalidomide). Questo test è stato fatto per mettere a tacere la potenziale critica che i risultati dello studio non sono rilevanti per le decisioni terapeutiche attuali, dal momento che i nuovi agenti - piuttosto che il regime VAD - sono ormai diventati la norma nel trattamento iniziale del mieloma multiplo.

Ancora una volta, però, Vij e i colleghi non hanno trovato alcuna differenza significativa nell'OS tra i pazienti che non avevano fatto alcun trattamento aggiuntivo dopo l'induzione iniziale e quelli che avevano fatto un'ulteriore trattamento prima del trapianto. Infatti, tra i 195 pazienti la cui terapia iniziale conteneva un nuovo agente, si è osservata solo una tendenza non statisticamente significativa verso un'OS superiore rispetto ai 69 pazienti che non avevano fatto alcun trattamento supplementare prima del trapianto.

Questi risultati, concludono Vij e i colleghi, "indicano che i pazienti candidati al trapianto che raggiungono una risposta subottimale alla terapia iniziale di induzione dovrebbero fare direttamente il trapianto programmato invece di essere sottoposti a un'ulteriore terapia nel tentativo di aumentare la risposta".

Concordano con le conclusioni degli autori anche David Vesole e David Siegel, del John Theurer Cancer Center di Hackensack, che firmano l'editoriale di commento. Lo studio, scrivono i due specialisti di mieloma, chiarisce che "martellare i pazienti con cicli di chemioterapia sequenziale di salvataggio non è la strategia giusta da seguire prima di un trapianto di cellule staminali iniziale".

Lo studio ha implicazioni potenzialmente anche più ampie, perché tocca questioni relative a una domanda chiave che oggi si pongono gli specialisti di mieloma: ottenere la risposta più profonda possibile deve essere un obiettivo nel trattamento del mieloma multiplo?

Secondo molti esperti, la risposta a questa domanda è un inequivocabile "sì". Come prove a favore di questa posizione, i suoi sostenitori citano studi che hanno evidenziato come i pazienti affetti da mieloma che ottengono una risposta profonda al trattamento vivano più a lungo rispetto ai pazienti che non la ottengono.

Coloro che ritengono che la risposta alla domanda non sia sempre "sì" o sia anche un vero e proprio "no" sostengono che i risultati a favore del sì siano in realtà falsati e ritengono che, in molti casi, i pazienti che hanno ottenuto una risposta profonda al trattamento e sono sopravvissuti più a lungo, in realtà devono la sopravvivenza maggiore al fatto che la loro malattia era meno aggressiva della malattia dei pazienti che non hanno avuto una risposta altrettanto profonda.

Secondo i sostenitori del no, la profondità della risposta non è la causa della sopravvivenza più lunga, ma solo un segno di come la malattia risponde al trattamento.

Naturalmente, uno dei motivi principali per i quali vi è un dibattito aperto sulla profondità della risposta come obiettivo per la terapia del mieloma è che finora pochi studi hanno affrontato direttamente questo tema. Da qui, le potenziali implicazioni del lavoro appena pubblicato, che, seppure in un contesto limitato, ma comunque importante, dimostra come perseguire una risposta più profonda non abbia fornito ai pazienti un beneficio di sopravvivenza aggiuntivo.

Pertanto, pur tenendo conto delle limitazioni dello studio, tra cui la sua natura retrospettiva, ma non solo, è innegabile che i suoi risultati forniscono argomentazioni a coloro secondo cui la profondità di risposta non dovrebbe essere un obiettivo universale durante il trattamento del mieloma multiplo.

Alessandra Terzaghi

R. Vij, et al. Impact of Pretransplant Therapy and Depth of Disease Response before Autologous Transplantation for Multiple Myeloma. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 2015; 21(2):335-341
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bbmt.2014.10.023>.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

LA RICERCA

IERI LA PUBBLICAZIONE

LA SFIDA «NUTRIGENOMICA»

Università e Istituto Oncologico di Bari insieme
«Condizionando l'azione di una molecola possiamo
togliere nutrimento alla diffusione del male»

Colesterolo e tumori nuova frontiera di cura

«Meno grasso nel sangue rallenta la crescita di cellule malate»

LUCA BARILE

● **BARI.** Ridurre il colesterolo per bloccare l'avanzata del tumore. Si apre un altro fronte nella guerra contro il grande male, grazie a un progetto di ricerca che ha portato a termine un gruppo di studiosi dell'Università di Bari. Tutto ruota intorno a una molecola sensore che, opportunamente stimolata con sostanze chimiche, può tornare a funzionare anche in presenza di una massa in mutazione delle cellule malate. La logica di base è un po' quella della benzina che alimenta il motore della macchina, in un micromondo dove il colesterolo è la benzina e la molecola sensore è un regolatore della giusta quantità di carburante. Senza carburante, non c'è combustione e l'automobile non può più procedere di un millimetro.

I risultati della ricerca sono stati pubblicati ieri sul numero di aprile della rivista scientifica «Cell Metabolism», in un articolo dal titolo «Uncoupling Nuclear Receptor LXR and cholesterol metabolism in cancer». Il lavoro sulla relazione tra colesterolo e cellule tumorali, iniziato nel 2009, è stato coordinato dal professor Antonio Moschetta, professore associato di medicina interna, con il collega Carlo Sabbà, entrambi dell'Ateneo barese, insieme con Fabiola Boveniga, borsista dell'Airc, associazione italiana per la ricerca sul cancro. E' stata quest'ultima a finanziare il progetto, nell'ambito dei rapporti tra università ed istituto oncologico Giovanni Paolo II di Bari, presso il quale Moschetta è ricercatore Airc ed ha ricoperto l'incarico di direttore scientifico. I risultati a cui sono arrivati gli studiosi baresi si inseriscono nel filone della nutrigenomica, ovvero la branca della medicina che analizza la capacità delle sostanze nutritive contenute negli alimenti di modificare l'espressione dei geni contenuti

nel DNA delle cellule umane. E la prospettiva è supportare lo sviluppo di nuove terapie, non certo curative, ma che si inseriscano nella più ampia azione di accerchiamento dei tumori da parte della medicina innovativa.

«L'oggetto del nostro studio - spiega Moschetta - è stato il metabolismo del colesterolo, elemento presente nella dieta mediterranea e notoriamente correlato con la patogenesi delle malattie cardiovascolari. Il colesterolo è uno dei "mattoni" che compongono la struttura della cellula - prosegue lo studioso - e come tale è necessario affinché essa possa riprodursi». Elemento fondamentale, in questo contesto di ricerca, è la velocità di riproduzione delle cellule tumorali, che è molto più elevata rispetto a quella delle cellule sane, sostenuta dalla presenza e dalla disponibilità del colesterolo stesso nell'organismo. «A tale scopo - riprende Moschetta - la cellula tumorale appare capace di ingannare i meccanismi di controllo dei livelli di colesterolo con l'unico obiettivo di approvvigionarsene in quantità elevate». E' a questo punto che lo studio si è focalizzato sul regolatore del metabolismo del colesterolo, una molecola chiamata LXR, che ha la capacità di stimolare l'eliminazione o la sintesi del colesterolo. «Dalla sperimentazione - spiega ancora il professor Moschetta - è emerso che somministrando una molecola "agonista" in grado di stimolare l'attività del regolatore LXR, la proliferazione cellulare risulta bloccata a causa della riduzione dei livelli di colesterolo. Tali evidenze sono state osservate in vari tipi di tumore - conclude lo scienziato - quali cancro del colon, della mammella, della prostata e del cervello e ne consegue che tale studio potrebbe porre le basi per l'elaborazione di nuove terapie che prevedono l'utilizzo, in combinazione con i chemioterapici già in uso, di "agonisti" del sensore LXR».



Rischio superbatteri, «l'Italia è preparata»

Salute

Il ministro Lorenzin sull'allarme lanciato dal governo inglese: problema in cima alla nostra agenda

Roma. Il tema della resistenza agli antibiotici è «una priorità» del governo. Lo ha ribadito il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, commentando l'allarme lanciato lunedì da uno studio britannico secondo cui la diffusione della nuova generazione di superbatteri, il cui contagio è diffuso soprattutto negli ospedali, potrebbe costare la vita fino a 80mila persone. «Sono contenta che oggi se ne parli», ha detto la Lorenzin a margine di una conferenza stampa sulla Giornata mondiale della Salute -. Noi stiamo affrontando il tema come primo punto della nostra agenda insieme ai vaccini da tempo però. A dicembre si è svolto persino un G7+1 su questo tema». Il ministero, in particolare, è al lavoro su due fronti: l'assunzione da parte degli esseri umani («Stiamo ottenendo buoni risultati nella riduzione anche grazie alla ricetta elettronica», ha spiegato la Lorenzin) e degli animali. Il dato sull'uso degli antibiotici negli allevamenti è altissimo, ma negli ultimi tre anni è stata ridotta del 30% la quantità di antibiotici nelle carni», ha assicurato la Lorenzin. Massiccia, poi, l'attività dei carabinieri del Nas, come ha spiegato il capitano Dario Praturlon: «Ogni anno svolgiamo circa 30mila ispezioni nel settore alimentari. Circa il 30% evidenziano delle irregolarità, più o meno gravi».



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

Lorenzin: “La resistenza agli antibiotici? Una priorità mondiale”

Il ministro in occasione della Giornata Mondiale della Salute: “Ne parliamo al G8, ma abbiamo aspettato le notizie dal Regno Unito per avere il tema in prima pagina”



«La domanda non è solo come nutrire il pianeta ma anche come nutrirlo bene. La sfida di oggi dei nuovi sistemi sanitari del welfare non è solo più curare le persone ma non farle ammalare».

Così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha aperto la sua conferenza stampa presso l'Auditorium di Lungotevere Ripa a Roma organizzata in occasione della Giornata Mondiale della Salute 2015. Giornata particolarmente sentita oggi dopo le notizie allarmanti giunte ieri dalla Gran Bretagna con la preoccupazione espressa dal primo ministro David Cameron su un possibile «ritorno agli anni bui della medicina». L'allerta nasce dal rapporto sui batteri resistenti agli antibiotici in uso, elaborato dal Dipartimento per la gestione delle emergenze nazionali di Downing Street. Documento che riporta dati inquietanti e definisce «un problema molto serio» per il Regno Unito i batteri resistenti agli antibiotici: «senza farmaci efficaci - dice il rapporto - anche le più semplici operazioni potranno essere a rischio fatale».

Per gli inglesi si parla di 80 mila persone a rischio di perdere la vita con la diffusione di una nuova generazione di batteri resistenti agli antibiotici: più o meno lo stesso numero di morti registrati a Londra con la «Grande peste» del 1665 quando la malattia uccise un quinto della popolazione della città.

LEGGI: LONDRA, ALLARME PER I BATTERI RESISTENTI AGLI ANTIBIOTICI

«Ci fa piacere che sui giornali inglesi sia venuto fuori qualcosa di cui noi ci occupiamo costantemente ma che sui nostri quotidiani difficilmente finisce in prima pagina. - Ha sottolineato il ministro Lorenzin - Ben venga dunque che finalmente si parli dell'importante tema della resistenza agli antibiotici che abbiamo trattato nel dettaglio lo scorso dicembre in occasione del G7+1 che si è tenuto proprio a Roma».

Per la titolare del dicastero la questione dei batteri resistenti ai farmaci è «un problema di ordine mondiale e che deve essere messo al primo posto assieme a quello dei vaccini, nell'agenda degli impegni da parte delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie».

LEGGI: LE SFIDE DELL'OMS PER COMBATTERE I PERICOLI NEGLI ALIMENTI

Beatrice Lorenzin ha anche parlato della necessità di modificare le abitudini nella somministrazione degli antibiotici, specie nel caso di utilizzo per i bambini in tenera età. «I nuovi sistemi di invio elettronico delle ricette mediche sono già un passo avanti per poter monitorare al meglio la situazione, un sicuro progresso, ma il lavoro deve essere fatto anche a livello culturale» ha ancora aggiunto il ministro.

Poi il focus sul problema degli antibiotici assunti attraverso l'ingestione di alimenti. «Il dato sull'uso degli antibiotici è alto nei nostri allevamenti - ha detto la Lorenzin - ma dentro gli alimenti che mangiamo sono pochi, perché nel momento in cui la carne viene macellata si è atteso un tempo sufficiente per smaltirli. Stiamo facendo un grande lavoro ma va fatto anche di più, anche con le nuove tecnologie per mettere in sicurezza gli allevamenti. Negli ultimi tre anni è stata ridotta del 30% la quantità antibiotici nelle carni, ma non è sufficiente».

Per il ministro, quel che rende unico l'atteggiamento europeo in fatto di sicurezza alimentare è il ritenere che la salute degli animali e quella delle persone siano due cose che viaggiano di pari passo. «Questo concetto ce lo copiano anche gli altri Paesi extraeuropei», ha sottolineato.

La Lorenzin ha anche elogiato il lavoro dei Nas i quali fanno più di 38 mila controlli l'anno con un lavoro di intelligence formidabile che monitora le produzioni italiane: «Spesso leggiamo cose che spaventano ma le cose emergono proprio perché le controlliamo».

Anche in fatto di uso di pesticidi ed ormoni, secondo il ministro il nostro Paese è tra quelli con il più alto tasso di controllo. In particolare sulla filiera dell'olio e del vino con una grande rigidità nel monitoraggio.

Beatrice Lorenzin ha anche citato il prossimo appuntamento con l'Expo come valida occasione per confrontarsi con gli altri Paesi per capire non soltanto come nutrire il pianeta, ma come nutrirlo bene. «La dieta, quella mediterranea, è diventata patrimonio mondiale di tutti. Dobbiamo promuovere lo stile made in Italy».

«La sfida - ha anche precisato - è quella di ridurre il consumo di farmaci, di rimanere in salute il più possibile e non solo curare le persone, ma soprattutto non farle ammalare».

Lorenzin: «È una priorità la lotta ai “super batteri”»

In Italia settemila morti l'anno per l'inefficacia dei medicinali

Le cause: eccessivi il consumo di antibiotici e l'uso negli allevamenti di animali

MANUELA CORRERA

ROMA. Potrebbe mettere a rischio i successi ottenuti negli ultimi decenni con la medicina moderna e solo in Italia è la causa indiretta di circa 7 mila decessi: il fenomeno della resistenza agli antibiotici da parte di “super batteri” causa di gravi infezioni, dinanzi ai quali la scienza si trova sempre di più ad avere delle armi spuntate, rappresenta un allarme globale. A dirlo è l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ed il ministero della Salute, assicura il ministro **Beatrice Lorenzin** dopo l'allarme rilanciato dal governo inglese, considera il contrasto a tale emergenza «una priorità».

«Sono contenta che oggi se ne parli - ha affermato **Lorenzin** - noi stiamo affrontando il tema come primo punto della nostra agenda insieme ai vaccini da quando faccio il ministro, ne stiamo parlando da almeno un anno e mezzo. La resistenza agli antibiotici è un problema mondiale e una causa di morte».

Due i fronti su cui si sta lavorando, ha chiarito quindi il ministro: «Da una parte c'è l'assunzione da parte degli esseri umani», dall'altra l'assunzione da parte degli animali di allevamento.

Il dato sull'uso degli antibiotici è alto nei nostri allevamenti, ha aggiunto, «ma dentro gli alimenti che mangiamo gli antibiotici sono pochi, perché nel momento in cui la carne viene macellata si è atteso un tempo sufficiente per smaltirli».

Una questione complessa, dunque, il cui primo e più grave effetto resta, tuttavia, il numeri dei decessi: nei Paesi Ue, afferma la Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali (Simit), cir-

ca 25.000 pazienti muoiono annualmente come conseguenza di infezioni da germi multiresistenti, con un costo associato di 1,5 mld di euro, mentre in Italia sono stimati 5000-7000 decessi annui riconducibili ad infezioni ospedaliere da germi multiresistenti, con un costo annuo superiore a 100 milioni di euro.

In Italia in ogni caso, avvertono gli infettivologi, «il quadro è decisamente più preoccupante, perché il consumo di antibiotici in ambito umano è uno dei più alti in Europa ed anche il consumo di antibiotici in ambito veterinario è fra i più elevati».

E se pochi sono i nuovi antibiotici allo studio, «qualunque nuovo farmaco dovrà tuttavia essere sempre utilizzato in maniera appropriata e la chiave della lotta alla multiresistenza risiede proprio nell'uso prudente degli antibiotici stessi», ricorda Marta Ciofi degli Atti, responsabile di Epidemiologia Clinica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, dove numerose sono le azioni messe in atto per controllare la diffusione di germi multiresistenti, a partire dalla condivisione di rigorosi protocolli clinici per la limitazione dell'uso inappropriato degli antibiotici, sino all'identificazione di portatori di germi multiresistenti.

Eppure, ricorda il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) Luca Pani, è sufficiente osservare poche, ma chiare regole, per evitare che gli antibiotici non funzionino più: «Usarli solo quando necessario, dietro prescrizione, seguendo dosi e durata della terapia e mai per virus, influenza e raffreddore. Proprio come indica - conclude - la recente campagna di comunicazione dell'Aifa, giunta alla sua quinta edizione, che promuove “le regole del club (dei virtuosi)” degli antibiotici».

IN ITALIA

7

MILA MORTI

Il fenomeno della resistenza agli antibiotici delinea in Italia un «quadro preoccupante», con un consumo di tali farmaci record e in aumento mentre «sono stimati 5000-7000 decessi annui riconducibili ad infezioni ospedaliere» da germi multiresistenti, con un costo di 100 milioni di euro

NELL'UE

25

MILA

pazienti muoiono annualmente come conseguenza di infezioni da germi multiresistenti, con un costo associato di 1,5 mld di euro



IL MINISTRO **BEATRICE LORENZIN**



Lorenzin: lotta ai superbatteri

Dopo l'allarme lanciato dal governo inglese sull'inefficacia degli antibiotici, il **ministro della Salute** ribadisce che questa emergenza è causa indiretta di almeno settemila decessi l'anno e rappresenta «una priorità» anche per l'Italia. In aumento le infezioni ospedaliere, diffusa la pratica fai-da-te in casa mentre negli allevamenti l'uso dei farmaci è eccessivo

«QUESTO TEMA È AL PRIMO POSTO NELLA NOSTRA AGENDA INSIEME AI VACCINI CONTROLLI SULL'UOMO E SUGLI ANIMALI» IL CASO

La Gran Bretagna lancia l'allarme sui super-batteri che gli antibiotici non riescono a vincere e l'Italia si rivela essere il paese in cui questi farmaci rischiano di guarire sempre meno. Perché da noi il consumo di antibiotici è tra i più alti in Europa, sia per gli uomini che per gli animali. «Un quadro decisamente preoccupante», avvertono gli specialisti della Società italiana malattie infettive.

Il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** parla di questa emergenza come «una priorità». Perché, dati alla mano, l'inefficacia delle terapie (si pensi solo alla protezione dopo un intervento chirurgico) potrebbe mettere a rischio i successi in medicina ottenuti negli ultimi decenni. Periodo nel quale, però, proprio da noi si è diffusa la modalità dell'antibiotico fai-da-te e anche un uso massiccio negli allevamenti. Risultato: in Italia il fenomeno della resistenza, la condizione cioè in cui gli antibiotici non riescono più a rendere inefficaci i batteri, è la causa indiretta di circa settemila decessi.

LA MACELLAZIONE

«Sono contenta che se ne parli -

commenta **Beatrice Lorenzin** - noi stiamo affrontando il tema come primo punto della nostra agenda insieme ai vaccini da quando sono ministro. Ne stiamo parlando da oltre un anno e mezzo. Due i fronti sui quali stiamo lavorando. Da una parte quella che riguarda gli esseri umani e dall'altra quella che interessa gli allevamenti. Ma dentro gli alimenti che mangiamo gli antibiotici sono pochi. Perché nel momento in cui la carne viene macellata si attende un tempo sufficiente per smaltirli». Negli ultimi anni sarebbero stati ridotti del 30% questi farmaci nelle carni ma è solo uno dei primi passi. A dicembre è stato organizzato un G7+1 proprio su questo tema.

«Le cause che sono alla base dell'antibiotico-resistenza sono varie - fa sapere Massimo Andreoni, presidente della Società italiana malattie infettive - ma un ruolo particolare gioca l'uso inappropriato. Un fattore importante nella diffusione è rappresentato dalla trasmissione di infezioni soprattutto nell'ambito assistenziale, come gli ospedali e le strutture di lungodegenza. A rischio in particolare le persone fragili come gli anziani». Le infezioni più diffuse sono quelle ai polmoni, alle vie urinarie, delle ferite chirurgiche e quelle collegate all'uso del catetere.

LE STRATEGIE

Da qui, la proposta degli infettivologi: «Vanno adottate anche in Italia - aggiunge Andreoni - quelle strategie che si sono di-

mostrate efficaci in altri paesi». Che vuol dire nuove linee guida per l'uso di questi farmaci, dagli ospedali, allo studio medico, agli allevamenti. Ma anche, lo dice con chiarezza Massimo Andreoni, diffondere «la corretta igiene delle mani e le altre procedure igieniche per il controllo della trasmissione degli agenti infettivi in ambito sanitario». Una denuncia: il consumo di soluzioni idroalcoliche per l'igienizzazione delle mani è fra i più bassi in Europa. Inoltre, secondo gli specialisti è attualmente in corso un'epidemia a livello nazionale di infezioni da Enterobacteriaceae in particolare *Klebsiella pneumoniae*, il cui tasso di resistenza agli storici «nemici», i carbapenemi, è passato dal 1,7% del 2009 al 29% del 2012. Confermano l'allarme antibiotico-resistenza anche i pediatri del Bambino Gesù a Roma. «Il nostro paese - dice Marta Ciofi degli Atti, responsabile di Epidemiologia clinica dell'ospedale pediatrico - è tra le nazioni europee che usa la maggior quantità di antibiotici. E' necessario ricordare che le infezioni delle prime vie respiratorie dei bambini non devono essere curate con questi farmaci. Che vanno riservati solo per il trattamento di casi particolari. Il rischio maggiore, oltre che per le persone con elevata suscettibilità alle infezioni, anche per i pazienti nelle terapie intensive». E' stato valutato che, in media, il 5% dei ricoverati contrae un'infezione durante i giorni in ospedale.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le regole

No contro l'influenza

Gli antibiotici sono efficaci contro i batteri, non contro le infezioni da virus come i raffreddori e l'influenza

Prescrizione del medico

Solo il medico può decidere se serve l'antibiotico. L'uso non corretto di questi farmaci può renderli inefficaci per il futuro

Non interrompere la terapia

La terapia con gli antibiotici ha un suo tempo stabilito, non interrompere anche se i sintomi iniziano a scomparire

Come smaltire le pillole

Gli antibiotici non utilizzati non vanno conservati ma smaltiti con le modalità consigliate dal farmacista



IL MINISTRO **Beatrice Lorenzin**

Sanità

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

7 aprile 2015

Antibiotici, la Simit stima fino a 7.000 decessi l'anno da infezioni ospedaliere

Indice puntato degli infettivologi della Simit sulle infezioni ospedaliere: dopo l'allarme lanciato in Inghilterra sui futuri scenari dell'antibiotico-resistenza, la Società italiana malattie infettive e tropicali ricorda come in Italia siano stimati 5.000-7.000 decessi annui riconducibili a infezioni nosocomiali, con un costo annuo superiore a 100 milioni di euro. Spiegano gli specialisti: «I progressi conseguiti nell'ambito della batteriologia e immunologia e la scoperta prima dei sulfamidici negli anni Trenta e quindi degli antibiotici (penicillina) negli anni Quaranta, hanno contribuito a diffondere l'illusione che le infezioni ospedaliere potessero essere definitivamente eradicato. Tale illusione si è subito rivelata falsa: le infezioni ospedaliere hanno continuato a rappresentare la più frequente complicanza ospedaliera e il loro trend, in assenza di programmi di controllo, è in continuo aumento».

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), «la resistenza agli antibiotici da parte dei microrganismi rappresenta un problema sempre più grave per la salute pubblica. Molti governi in tutto il mondo hanno iniziato a prestare attenzione ad un problema in grado di mettere a rischio i successi ottenuti negli ultimi decenni con la medicina moderna».

È stato valutato che in media il 5% dei pazienti ospedalizzati contrae una infezione durante il ricovero e dal 7% al 9% dei pazienti ricoverati ad un dato momento è infetto. Negli Stati Uniti le infezioni ospedaliere allungano in media la degenza di 4 giorni, contribuiscono a 20.000-60.000 decessi annui comportando una spesa annua di 2-10 miliardi di dollari. Nei Paesi della Unione Europea, circa 25.000 pazienti muoiono annualmente come conseguenza di infezioni da germi multiresistenti, con un costo associato di 1,5 miliardi di euro. In Italia sono stimati 5000-7000 decessi annui riconducibili ad infezioni nosocomiali, con un costo annuo superiore a 100 milioni di euro.

Le cause che sono alla base dell'antibioticoresistenza sono molteplici, ma un ruolo particolare gioca l'uso inappropriato di antibiotici. Il largo uso che ne è stato fatto negli ultimi 60 anni in medicina umana, medicina veterinaria, in zootecnia e persino nell'agricoltura ha esercitato e continua ad esercitare una potente azione selettiva nei confronti dei batteri, che per sopravvivere sono costretti a mutare. L'uso inappropriato di questi farmaci rischia di disperdere una risorsa preziosa non immediatamente rinnovabile: negli ultimi anni l'industria farmaceutica ha registrato un numero sempre più limitato di nuove molecole antibiotiche, per cui già oggi è difficile trattare efficacemente alcuni microrganismi multiresistenti agli antibiotici disponibili.

In Italia il quadro è decisamente più preoccupante: il consumo di farmaci antibiotici in ambito umano è uno dei più alti in Europa e l'Italia è, inoltre, in controtendenza: in diversi paesi il trend si è generalmente invertito. In Italia, invece, si era rilevata una iniziale riduzione dei consumi in ambito territoriale, ma nel 2013 si è di nuovo osservato un aumento significativo del consumo di antimicrobici (+5,2%). Anche il consumo di antibiotici in ambito veterinario è fra i più elevati in Europa, mentre il consumo di soluzioni idroalcoliche per l'igienizzazione delle mani, aspetto centrale della prevenzione della diffusione dei batteri antibiotico-resistenti, è fra i più bassi in Europa. E le multiresistenze si stanno rapidamente diffondendo anche al di fuori delle strutture sanitarie.

7 aprile 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Con il sangue artificiale trapianti più facili «Così conserviamo a lungo un fegato»

DANIELE BANFI

■ Nei trapianti il fattore tempo è fondamentale. Qualche minuto di troppo può compromettere irreparabilmente l'organo. Ecco perché gli scienziati stanno studiando nuove tecniche per prolungarne la sopravvivenza. Una di queste, ad opera del «Medical Center» della University of Pittsburgh negli Usa, consiste nel pompare sangue artificiale: un approccio, sperimentato con successo nel fegato, che consente di estenderne fino a nove ore la sopravvivenza. Un successo spiegato sulla rivista «American Journal of Transplantation».

«Ad oggi - spiega Bruno Gridelli, direttore del centro Ismett di Palermo - la tecnica utilizzata per la conservazione è la cosiddetta preservazione a freddo. Ponendolo alla temperatura di 4 gradi, è infatti possibile arrestare i processi metabolici e la richiesta di ossigeno». Negli ultimi 10 anni, però, si è assistito a un aumento dell'età media dei donatori e in molti casi, proprio in queste persone, la preservazione diventa più problematica e, quindi, anche il rischio di ottenere un organo poco «efficiente» non è così remoto.

Un limite che ora potrebbe essere superato grazie alla tecnica appena messa a punto dal team di scienziati statunitensi. I ricercatori di Pittsburgh hanno sviluppato un fluido - da pompare all'interno dell'organo stesso - contenente una serie di molecole simili all'emoglobina e in grado di rilasciare ossigeno. Dallo studio è emerso che la tecnica è stata in grado di estendere fino al 40% il tempo di sopravvivenza del fegato. «E' un approccio che, oltre a preservare l'organo allungandone la vita, serve anche a testarlo. In questo modo, infatti, si evita il rischio del trapianto di un fegato poco efficiente e destinato a fallire».



La dieta mediterranea per l'Expo

LE INIZIATIVE

Un portale dedicato, campagne sull'educazione alimentare e sulla sicurezza dei cibi, un confronto delle polizie dei paesi partecipanti con i Nas per conoscere le nostre migliori strategie di controllo. Ecco il "menù" predisposto dal **ministero della Salute** in vista di Expo, presentato in occasione della Giornata mondiale della salute.

Fra le tipicità italiane che verranno presentate, infatti, sarà anche il lavoro «tra i migliori al mondo», come ha detto il ministro **Beatrice Lorenzin** in materia di sorveglianza. Il 9 e 10 luglio a Milano tutti gli organi di polizia e le agenzie dei paesi partecipanti si incontreranno per confrontare le pratiche esistenti e costruire reti collaborative.

Tra le altre iniziative, che saranno raccolte sul sito dedicato www.salute.gov/expo2015, anche campagne sull'allattamento al seno, la difesa della fertilità e gli stili di vita, oltre a uno specifico quaderno dedicato agli "Aspetti nutrizionali di una dieta sana". Sul sito sarà disponibile il calendario degli appuntamenti che si svolgeranno negli spazi Donna e Scuola. Oltre alle indicazioni sulla mostra Fab Food, allestita da Confindustria a cui il ministero fornisce la supervisione scientifica.

LA BIODIVERSITÀ

«L'Expo - sono le parole del Ministro - è occasione molto importante per l'Italia per ribadire alcune cose a livello mondiale, a partire dall'unicità della nostra cultura alimentare, con l'esaltazione delle biodiversità, dei nostri prodotti agricoli e della nostra dieta mediterranea che è diventata patrimonio mondiale dal punto di vista scientifico. Sarà un'occasione per confrontarci con altri paesi sui modelli di alimentari, su come attraverso il cibo si può aumentare la salute riducendo il consumo di farmaci. La sfida dei nuovi sistemi sanitari non è più solo curare le persone ma anche non farle ammalare».



Sanità

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

7 aprile 2015

Esclusiva/ Manovra 2015, tra leve di risparmio e governance ecco la bozza avanzata dei lavori in vista del decreto sui tagli

di Barbara Gobbi

Beni e servizi, appropriatezza, standard ospedalieri e personale, farmaceutica territoriale e ospedaliera. Su queste quattro direttrici si articolano i lavori in corso tra ministero della Salute e Regioni, in vista della conferenza straordinaria Stato-Regioni che il 16 aprile dovrebbe dare il via libera al decreto che sancirà dove e come tagliare nel Servizio sanitario. Con una massiccia dose di governance, che andrà a impattare su produttività, gestione degli immobili, acquisto di beni e servizi e diffusione di buone pratiche.

Dove e come si taglia. Nel complesso, una manovra di 2,3 miliardi. Con la parte del leone assegnata alla scure su B&S, da cui il risparmio atteso è di 1,4 miliardi circa (il 7% dell'intero aggregato - come si legge nel documento che questo sito è in grado di anticipare - che ammonta, con la sola esclusione dei prodotti farmaceutici, a circa 20 miliardi di euro): 652,5 milioni dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi (abbattimento medio del 4%) e 845 mln dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto dei dispositivi medici.

Al capitolo *appropriatezza*, voce "riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale", ci si attende un risparmio di circa 106 milioni, «di cui 69 mln quale effetto derivante dalla riduzione dei consumi nel settore privato accreditato e di 37 mln dall'efficientamento del settore pubblico attraverso la conseguente riduzione dei costi variabili». Spetterà a un decreto, si legge ancora nell'appunto sulle "possibili leve Manovra 2015 Fsn", elaborare le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza, di cui al dm 22 luglio 1996. Al di fuori di queste condizioni, le prestazioni saranno a totale carico dell'assistito. Che al di fuori delle indicazioni prioritarie, nota bene, sarà tenuto a pagare oltre al ticket una extra-quota pari al 20% della tariffa della prestazione.

Ma si aspettano risparmi anche dalla riduzione dei ricoveri di riabilitazione, che siano ad alto rischio di inappropriatezza. La minor spesa complessiva, calcolata in 89 milioni di euro, dovrebbe arrivare da tre diverse misure, alternative o cumulative: penalizzazione tariffaria delle degenze nel privato, che potranno essere remunerate con tariffa ridotta del 50% ovvero con tariffa media applicata dalle Regioni per i ricoveri di riabilitazione estensiva effettuati nelle strutture extraospedaliere; penalizzazione dei ricoveri di riabilitazione appropriati nelle giornate oltre soglia al 60% (oggi l'abbattimento è al 40%); obbligo delle Regioni di fissare sogni di inappropriatezza per i ricoveri in riabilitazione analoghe a quelle fissate per gli ordinari e misure di penalizzazione per i ricoveri oltre soglia.

Alte le aspettative di risparmio dall'applicazione del *regolamento sugli standard*, a giorni in arrivo in Gazzetta Ufficiale. Riduzione del numero di ricoveri effettuati da privati con meno di 40 posti letto (-10 milioni); riduzione della spesa di personale a seguito della decurtazione di centinaia e centinaia di strutture complesse e semplici, conseguente al riordino della rete ospedaliera, con il corollario di un'attenta valutazione del futuro assetto della rete stessa, in termini di proporzione tra pubblico e privato. Il risparmio associabile a tale misura si stima in 68 milioni di euro. Infine, riduzione progressiva nelle Centrali operative 118, che a regime saranno 15 in meno. I risparmi attesi da quest'ultima stretta non sono quantificabili, ma saranno imputabili alla riduzione delle spese di funzionamento.

La *farmaceutica*, infine ma non certo in ordine d'importanza. Per effetto della riduzione del livello di finanziamento ordinario per il Ssn pari a 2,352 mld, a tetti invariati per ospedale e territorio, la spesa si ridurrà di 350 milioni e l'eventuale sfondamento resterà a carico della filiera farmaceutica (per la spesa territoriale) e di quest'ultima e delle regioni (per la spesa farmaceutica ospedaliera). Queste le misure: introduzione (Aifa dovrà provvedere entro il 30 giugno a definire raggruppamenti e prezzi massimi di rimborso in corrispondenza della confezione con il prezzo al pubblico più basso) dell'elenco dei prezzi di riferimento relativi al rimborso massimo da parte del Ssn di medicinali terapeuticamente assimilabili (risparmio: 400 mln su base annua e quindi 200 mln per il 2015); riforma della disciplina di definizione del prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale (35 mln nel 2015 e 105 nel 2016); altre misure per la farmaceutica come l'introduzione della disciplina della revisione

dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata, con l'attribuzione ad Aifa della possibilità di rinegoziare con le farmaceutiche dopo almeno due anni di commercializzazione (risparmio non quantificabile); piena applicazione dell'art. 10 della legge Balduzzi sulle categorie omogenee, con l'istituzione dell'elenco delle categorie per cui in tutte le Regioni sia possibile effettuare le procedure di acquisto tramite gara in concorrenza tra principi attivi diversi; riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica programmati, vista l'invarianza dei tetti che comporterà un mancato incremento dei livelli di spesa programmati di circa 310 milioni di euro.

Questo complesso quadro d'interventi sarà messo in campo, nelle intenzioni di governo e Regioni, non senza una robusta revisione della governance. Quattro le misure di grosso impatto - qui riportate testualmente - da «sviluppare nell'ambito dei lavori per la spending review che concorreranno all'efficientamento del sistema»:

1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici). Le aziende sanitarie pubbliche - e le loro articolazioni organizzative: i presidi ospedalieri, i distretti, i dipartimenti, le uoc... - saranno valutate e confrontate in termini di efficacia ed efficienza, valorizzando i ricavi delle attività erogate e rapportandoli ai costi sostenuti. Tale valutazione comporterà la necessaria rivalutazione e riorganizzazione dei processi produttivi aziendali critici (quali il percorso operatorio, le modalità organizzative dei servizi diagnostici e di laboratorio di supporto, la presa in carico del paziente cronico...). A tal fine il ministero della Salute ritiene necessaria la piena applicazione agli articoli 8 quinquies e sexies, in materia di accordi contrattuali e criteri di remunerazione degli erogatori pubblici. Il ministero della Salute ritiene necessario prevedere che ogni Ao, ogni presidio ospedaliero di Asl debba perseguire l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio, e che a tal fine debbano essere rese trasparenti e leggibili le relative contabilizzazioni;

2) si ritiene che, sempre ai fini della razionalizzazione della spesa, debbano essere analizzati e valutati, mediante l'individuazione e l'utilizzo di indicatori standard, tutti i costi legati alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche: le manutenzioni, straordinarie e ordinarie, gli affitti attivi e passivi, le utenze, gli interventi di efficientamento energetico ecc;

3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche. A titolo esemplificativo: la logistica centralizzata (del farmaco e di altri beni), il laboratorio logico unico, la centrale di sterilizzazione, i sistemi informativi;

4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi con il coinvolgimento degli attori che esprimono le competenze nella materia sia a livello nazionale che regionale (Consip, centrali di acquisto regionali ...). Tale azione è propedeutica alla fornitura alle regioni e alle aziende sanitarie pubbliche degli strumenti per individuare le procedure di acquisto più convenienti.

Ultima nota, l'attenzione alla revisione delle leggi su responsabilità civile e professionale dei «professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva». Tra i rimedi suggeriti dai tecnici del ministero, una migliore formazione degli studenti di medicina, orari di lavoro meno stressanti, vie agevolate alla conciliazione in caso di errori medici. Lo strumento sono i Ddl già presentati in Parlamento: l'istituzione di unità di prevenzione e gestione del rischio clinico, limiti alla responsabilità civile e penale del medico, la riduzione del termine per esercitare l'azione di risarcimento.

7 aprile 2015

SCIENZA&DEMOCRAZIA

Quando è lo stereotipo a vincere sulla realtà

CORBELLINI PAGINA 16



“Inaffidabili e a volte crudeli” Come ti distruggo i camici bianchi

Dall'Ottocento al XXI secolo: la storia di una percezione collettiva che ha visto spesso la vittoria di stereotipi e fraintendimenti

Gilberto Corbellini
Storico

RUOLO: È PROFESSORE DI STORIA DELLA MEDICINA E DI BIOETICA ALL'UNIVERSITÀ LA SAPIENZA DI ROMA



GILBERTO CORBELLINI
UNIVERSITÀ LA SAPIENZA - ROMA

Dai sondaggi dell'Eurobarometro e da molte ricerche risulta che gli scienziati (se non lavorano per l'industria) hanno una reputazione sociale relativamente buona, benché non eccellente. Più affidabili sono ritenuti medici e docenti. Emerge tuttavia che, nella percezione pubblica, gli scienziati non sarebbero guidati da un'etica specifica, che - si ritiene - dovrebbe essere loro imposta dalle istituzioni. È un'idea non casuale, come ho sottolineato al convegno del 24 marzo scorso, «Etica della ricerca scientifica», promosso all'Accademia dei Lincei: è significativo che la concezione morale della scienza e degli scienziati che oggi circola nel dibattito pubblico e nella cultura occidentale sia il risultato di un lungo processo storico.

La scienza - intesa

come attività conoscitiva volta a scoprire o controllare come stanno le cose attraverso l'uso di metodi trasparenti e razionali - ha concorso in modo decisivo alla maturazione e alla diffusione dei valori costitutivi della modernità, da cui sono derivati tanti miglioramenti della condizione umana: vale a dire l'incremento del benessere economico, attraverso le ricadute sull'innovazione tecnologica, nei Paesi che hanno consentito o promosso proprio la ricerca e l'istruzione scientifica. In questi Paesi è migliorata la salute, sono diminuite violenza e disegualianze ed è cresciuta l'«intelligenza», intesa come capacità di risolvere problemi via via più complessi. Senza dimenticare che i valori democratici - a cominciare dallo Stato di diritto - sono più radicati nelle nazioni dove la scienza è parte integrante della cultura civica.

Autonomia crescente

Nell'Ottocento la scienza entrava nelle università - da cui era rimasta fuori, in quanto troppo condizionate dalle ideologie religiose e politiche prevalenti - e assumeva un'autonomia culturale crescente. Nelle università tedesche nasceva e si affermava negli ultimi decenni dell'Ottocento - e poi negli Usa da inizio Novecento - l'idea della «libertà accademica». E intanto lo scienziato cambiava

status. La professionalizzazione della scienza e le implicazioni di questo processo sono stati ben descritti nel famoso saggio del 1917 di Max Weber «La scienza come professione» (ma il termine tedesco usato, «Beruf», può significare anche vocazione). La scienza, così, diventa un fattore determinante nel «disincanto del mondo», vale a dire l'abbandono delle credenze magico-superstiziose per accedere attraverso l'intellettualizzazione e il calcolo a un controllo razionale della natura.

Nel corso del Novecento, tuttavia, sono accadute molte tragedie che hanno messo in crisi l'immagine pubblica del cittadino-scienziato. La scienza, nel frattempo, è diventata anche un carburante per l'innovazione e, quindi, per lo sviluppo economico e la stessa economia di libero mercato. Di conseguenza la ricerca e gli scienziati, arruolati o finanziati dall'indu-



stria, sono stati spesso visti come asserviti a valori incompatibili con l'indipendenza e con l'oggettività. È stata così tematizzata, a partire dal secondo dopoguerra, l'idea che la scienza sia entrata in una fase «post-accademica», in cui le convenienze personali e gli interessi economici e di potere prevalgono sui valori originari. Una visione, questa, in parte confutata da uno studio del 2008 dello storico Steven Shapin - intitolato «The scientific life. A moral history of a late modern vocation» - ma che non è stato sufficiente a infrangere molti stereotipi.

La Terza Rivoluzione

Sono stati diversi protagonisti della «Terza rivoluzione scientifica» - quella che si è concentrata sullo studio dell'uomo e del suo «ciclo vitale» -, da Monod a Medawar, da Luria a Lederberg, da Crick a Lorenz, a capire in anticipo sui tempi le incompatibilità tra le credenze

del senso comune e le conoscenze e le prospettive che la ricerca - e le bioscienze in particolare - stavano aprendo. Monod, in particolare, suggerì di rivendicare l'intrinseca base etica della ricerca (la cosiddetta «etica della conoscenza scientifica»). Le comunità degli studiosi, tuttavia, non sono riuscite a far capire questo punto di vista. Non è casuale che il primo documento che analizza lo scostamento di percezioni e interessi tra la scienza e la società - «The public understanding of science» della Royal Society e che risale al 1985 - è stato presentato dai sociologi della scienza come frutto di un fraintendimento e, quindi, espressione di un'idea unidirezionale della divulgazione scientifica. Ma il cambiamento della percezione della scienza e degli scienziati è stato certamente influenzato anche da una serie di abusi, che si sono verificati, per esempio,

sotto i regimi totalitari, come quello nazista, e poi nell'ambito della ricerca clinica, con il richiamo e lo sfruttamento ricorrenti di questi casi per segnalare un'intrinseca pericolosità della scienza.

Interventi mirati

Tali abusi hanno portato a interventi politici e legislativi mirati, ma non necessariamente rispondenti alle esigenze reali. In particolare, l'affermarsi della bioetica - l'idea che esistano esperti di morale, i quali dovrebbero istruire e sorvegliare, fornendo linee guida e codici deontologici - ha concorso ad alimentare una percezione negativa della stessa ricerca, nonché a divulgare una serie di fraintendimenti.

In questo senso il modo in cui spesso sociologi e politici parlano della ricerca, ricorrendo ad aneddoti e argomenti alquanto inconsistenti, è esemplare di un'eclatante incomprensione dell'epistemologia scientifica.



GIPHOTOSTOCK/CORBIS

Ricerca e business: un connubio che per molti è un patto con il diavolo