



SALUTE

Tumori: 14 mila nuove diagnosi l'anno in giovani, Ssn tuteli fertilità pazienti

L'obiettivo è lo zero per cento: entro due anni nessun paziente con diagnosi di cancro in età riproduttiva dovrà essere escluso da una consultazione sulla preservazione della fertilità

15/05/2014 17:52

Consiglia Condividi Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



Tweet 0

Roma Roma, 15 mag. (Adnkronos Salute) - L'obiettivo è lo zero per cento: entro due anni nessun paziente con diagnosi di cancro in età riproduttiva dovrà essere escluso da una consultazione sulla preservazione della fertilità. Oggi non è così: molti malati, infatti, non vengono informati sulle tecniche esistenti e perdono la possibilità di diventare genitori. Nel 2013 si sono registrate in Italia 366 mila nuove diagnosi di cancro, 14 mila fra i 20 e i 39 anni. Il dato emerge dal VI Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato oggi al Senato nel corso della IX Giornata nazionale del malato oncologico. Il testo definisce "l'attenzione alla fertilità" come uno dei bisogni essenziali del paziente con tumore. "Tutti i metodi per preservarla - spiega Francesco De Lorenzo, presidente Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia) - devono essere fruibili attraverso il sistema sanitario nazionale. Servono campagne di sensibilizzazione rivolte sia agli specialisti che ai pazienti, un nuovo modello organizzativo e la modifica delle norme esistenti che regolano l'accesso alle procreazione medicalmente assistita". La progettualità del "dopo il cancro - continua Elisabetta Iannelli, segretario Favo - è motivo di vita e recupero di energie anche durante la malattia ma, purtroppo, il tema della preservazione della fertilità è troppo spesso sottovalutato o misconosciuto. Per tale motivo è necessario che si operi in due direzioni. Da un lato, va creata la rete organizzativa dei centri, sulla base di un modello definito 'Hub & Spokes', con poche strutture specializzate, alle quali devono far riferimento altri centri connessi, come i raggi di una ruota". "Dall'altro lato - prosegue - è necessario consentire, sotto una stretta sorveglianza dell'oncologo e del ginecologo, la prescrivibilità ai pazienti dei farmaci necessari per le pratiche di conservazione della fertilità". Gli italiani fino a 44 anni che vivono dopo una diagnosi di tumore sono circa 200 mila. Questi numeri includono sia i lungosopravvissuti e guariti a una neoplasia infantile, sia le persone a cui è stata diagnosticata la malattia tra 15 e 44 anni. In una lettera inviata al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, società scientifiche (Associazione italiana di oncologia medica, Società italiana di ginecologia e ostetricia e Società italiana ospedaliera sterilità) e associazioni dei pazienti (Favo, Salute Donna, Andos) hanno chiesto un intervento urgente delle istituzioni. "Alle chance di cura e guarigione - si legge nella lettera

- non può non corrispondere una pari tutela della fertilità e quindi della realizzazione della progettualità familiare che in molti casi è oggi possibile grazie alle tecniche esistenti di preservazione della fertilità". Ad esempio, ogni anno nel nostro Paese circa 2.500 donne under 40 sono colpite da tumore al seno e più di un terzo di loro non ha ancora avuto figli. Però solo il 10% ricorre a queste tecniche e il 90% perde l'opportunità di diventare madre. "Per anni - afferma Annamaria Mancuso, presidente Salute Donna - la fertilità futura dei pazienti oncologici è stata considerata alla stregua di un capriccio, a volte ritenuto addirittura pericoloso per la stessa sopravvivenza, tuttavia si stanno moltiplicando gli sforzi per preservare la fertilità futura. L'impegno è tale che è stato coniato il termine 'Oncofertilità' per definire una nuova disciplina, frutto dell'incontro tra oncologia e medicina della riproduzione. E' importante che tutti i pazienti con diagnosi di cancro in età riproduttiva vengano adeguatamente informati del rischio di riduzione della fertilità a causa dei trattamenti antitumorali e, al tempo stesso, delle strategie oggi disponibili per limitare questa possibile conseguenza. Ad esempio, nelle schede tecniche contenute nelle confezioni dei farmaci tossici per ovaio e testicolo, non vi è traccia del fatto che potrebbero determinare la perdita della capacità riproduttiva in entrambi i sessi". "I malati oncologici - sottolinea Stefano Cascinu, presidente Aiom - devono accedere con semplicità alle informazioni sull'impatto che le terapie possono determinare. L'intento che perseguiamo è quello di una capillare diffusione dell'informazione sulla possibilità semplice e concreta di conservare cellule o tessuti riproduttivi. Occorre quindi attuare un piano formativo per le professioni sanitarie, a cominciare dai medici. Aiom e Sigo sono impegnate in un'attività congiunta per la formazione dei medici specialisti e, con l'Istituto superiore di sanità, per la diffusione su tutto il territorio nazionale della cultura della protezione della fertilità nei pazienti con tumore".

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 15 MAGGIO 2014

Tumori. VI Rapporto Favo: sono 800mila i pazienti costretti a curarsi ogni anno fuori Regione

Gli spostamenti avvengono soprattutto dal Sud verso il Nord. dalla Campania 55mila persone, dalla Calabria 52mila, dalla Sicilia 33mila, dall'Abruzzo 12mila e dalla Sardegna 10mila. Il valore economico annuo di queste migrazioni sanitarie è pari a 2 miliardi di euro. De Lorenzo: "Ancora troppe disparità, sia approvato subito il Piano oncologico". [IL RAPPORTO](#)

Ogni giorno 1000 nuove diagnosi e 470 decessi. Il cancro è una vera e propria epidemia. Ma il sistema oggi non è in grado di rispondere in modo adeguato alle esigenze di questi malati e delle persone che hanno ormai superato la malattia, i cosiddetti lungosopravvivenenti, pari a circa 2 milioni. Sono ancora troppe le discrepanze territoriali. Ogni anno quasi 800mila italiani colpiti dal cancro sono costretti a cambiare Regione per curarsi. Soprattutto dal Sud verso il Nord: dalla Campania 55mila persone, dalla Calabria 52mila, dalla Sicilia 33mila, dall'Abruzzo 12mila e dalla Sardegna 10mila. Il valore economico annuo di queste migrazioni sanitarie è pari a 2 miliardi di euro. Gli strumenti per migliorare la situazione esistono, ma non sono applicati. Il Piano Oncologico Nazionale 2011-2013 non è ancora stato realizzato. Sono questi i dati illustrati da Favo (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) durante la presentazione del VI Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, oggi al Senato nel corso della IX Giornata nazionale del malato oncologico.

"La prossima approvazione del Patto della Salute - ha detto il presidente Favo, **Francesco De Lorenzo** - deve necessariamente includere anche questo documento, per garantire ai malati di cancro il diritto alla riabilitazione e al sostegno psicologico. È arrivato il momento di credere nelle riforme. Senza il recepimento dei principi contenuti nel Piano Oncologico Nazionale, il Patto della Salute finirebbe con il penalizzare i malati di cancro in tutta Italia. La situazione fotografata nel VI Rapporto richiede urgenti disposizioni normative, anche in tema di tutela della fertilità, e risorse da destinare ai servizi. Il cancro rappresenta la prima causa di accettazione delle domande di inabilità e disabilità, con conseguenze inevitabili sul piano lavorativo e sociale".

È necessario agire su piani diversi, a partire dalle liste di attesa che, per la chirurgia oncologica, raggiungono una media di 60 giorni. Con conseguenze sulla salute dei malati e con oneri aggiuntivi dovuti al ricorso alle strutture private.

"Secondo i dati 2009 delle schede di dimissione ospedaliera dalle strutture di chirurgia oncologica del tumore alla mammella riportati in Oncoguida - ha concluso De Lorenzo -, nel Lazio 53 su 100, nel Veneto 15 su 61 e in Emilia Romagna 27 su 58 hanno trattato meno di 15 casi. Per il tumore del colon retto, nel Lazio 43 su 106 strutture, nel Veneto 16 su 62 e in Emilia Romagna 35 su 75 hanno trattato meno di 15 casi. È chiaro che andrebbero riconvertite, perché non rispondono a livelli sufficienti di esperienza. È evidente anche la disomogeneità territoriale nella distribuzione degli acceleratori lineari (linac), apparecchiature fondamentali per i trattamenti radioterapici. Alcune Regioni raggiungono, a volte superandoli, gli standard europei che prevedono dalle 7 alle 8 macchine di alta energia per milione di abitanti, altre invece sono molto al di sotto di questi parametri. In Italia vi sono complessivamente 377 acceleratori lineari, che devono essere utilizzati da almeno 228mila persone.

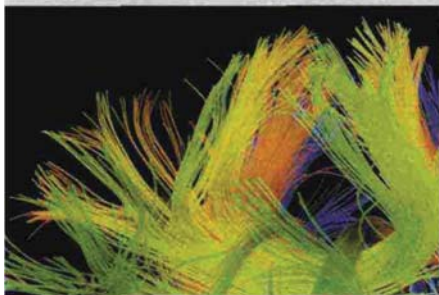
Nelle regioni del Nord si trovano 184 apparecchiature, pari a 6.7 per milione di abitanti, nel centro 99, pari 7.4 per milione di abitanti, nel Sud ed isole 94, pari a 4.9 per milione di abitanti".

Il cervello mettiamolo in un computer

Al primo piano dell'Università Pompeu Fabra di Barcellona il professor Paul Verschure guida un gruppo di ricerca multidisciplinare chiamato SPECS: Synthetic, Perceptive, Emotive and Cognitive Systems. Il suo obiettivo primario è la comprensione della mente, del cervello e del comportamento umano e il laboratorio è l'unico al mondo in cui si studia il "connettoma", cioè la mappa delle connessioni che si strutturano nel nostro encefalo. Questo è infatti una "maestosa foresta" di collegamenti: ma per poter mappare il connettoma un singolo soggetto, dovremmo essere in grado di rappresentare un grafico costituito da 100 miliardi di neuroni, ciascuno dei quali produce a sua volta 10 mila connessioni. In più, ognuno di noi è dotato un connettoma differente che cambia a seconda del tempo e delle esperienze personali. Per provare a decodificare i dati di un connettoma, a Barcellona ciascuna area del cervello viene pervasa da sonorità musicali modulate in modo diverso a seconda della regione encefalica in cui si naviga. E a loro volta i neuroni sembrano emettere un suono differente in base alle numerosissime connessioni che ci sono. In teoria, riuscire a decifrare tutte le informazioni necessarie per capire cosa avviene nel nostro cervello ci permetterà di modificarlo ottenendo maggiori capacità intellettive e creative. Ma andando ancora oltre, la scienza si prefigge l'obiettivo di conoscere così a fondo il nostro connettoma da poter arrivare persino a stati di conservazione della mente: è il tentativo di conservare i dati contenuti nel nostro connettoma per prevenire

la morte delle informazioni cerebrali in pazienti da poco deceduti, nella speranza di poterle salvare grazie a tecnologie che ancora non conosciamo, un po' come nel recente film "Transcendence". Grazie alla connettomica si può ipotizzare poi anche la creazione di supercomputer in grado di riprodurre le funzioni di un intero cervello umano emozioni comprese, come tenta di fare lo Human Brain Project.

Ludovica Amoroso



Curare il futuro

Dalla cascina agli avatar, le strategie antitumore

La storia della moderna oncologia italiana, e non solo, ha un'origine ispiratrice comune: la tipica cascina lombarda. Grande aia al centro, un quadrilatero di abitazioni e aree comuni, massimo due piani, in mattoni rossi, i campi intorno. Umberto Veronesi in una di queste cascine è nato e cresciuto, poco fuori la zona dove è sorto il primo Istituto dei tumori in via Venezian.

Veronesi ha poi scelto un'area analoga, verso Pavia, per creare l'Istituto europeo di oncologia (Ieo). L'idea della moderna oncologia: super tecnologica, iper preventiva, interventi rapidi e precisi possibilmente con degenze ridotte al minimo o a nulla. Un'area comune di interscambio (l'aia), tante unità operative attorno. Una cascina-ospedale e istituto scientifico tra tante altre rosse cascine produttive tra Milano e Pavia. Oggi, vent'anni dopo, è rimasto lo Ieo a memoria anche di ciò che non esiste più.

Eppure, inizialmente, l'istituto doveva nascere in città, di fianco al Galeazzi. Uno spazio molto piccolo, senza aree per espandersi. Il Prof suggerì la periferia sud di Milano, verso la creatività pavese. Il terreno si trova: tra via Ripamonti e via Macconago, circondato da sprazzi di architettura conta-

dina lombarda (così amata da Veronesi) e da prati di erba medica, con filari di pioppi e campi di granturco. Così nel maggio 1994 nacque lo Ieo, l'«ospedale-cascina», mattoni rossi all'esterno in armonia con il resto del paesaggio. E all'interno, come un residence accogliente e familiare. Fucina di idee ma anche modello innovativo di gestione privata applicata alla sanità pubblica. Al Comitato scientifico partecipano alcuni dei nomi più prestigiosi dell'oncologia internazionale e due Nobel: Renato Dulbecco e Michael J. Bishop.

E l'avventura ha inizio, continuando la tradizione milanese di avanguardia in particolare per il tumore al seno. Una vittoria dopo l'altra e dogmi che si sbriciolano: basta interventi devastanti per il corpo e la psiche, basta lunghe degenze e cure massacranti, basta considerare il cancro imbattibile e innominabile (anche se ancora oggi si traduce con male incurabile nell'opinione pubblica e nei media: grave errore). Ed ecco la chirurgia mini-invasiva o «invisibile», la radioterapia in sala operatoria, il day surgery (mai visto per il cancro), il robot Da Vinci, il linfonodo sentinella, la farmaco-prevenzione, la corretta alimentazione, la Tac spirale per scoprire ed eliminare il tu-

more al polmone quando è solo un abbozzo.

Se oggi il concetto di tumore è quello di un male controllabile, se non curabile, buona parte delle «responsabilità» (positive) portano la firma di Umberto Veronesi e dei suoi «contadini» delle idee: medici e scienziati cresciuti nel simbolismo delle rosse cascine lombarde.


Le sfide si rinnovano. Il futuro è legato a tre campi. Le staminali: cellule in grado di rimpiazzare i diversi tessuti; ma anche le staminali dei tumori che, se identificate e distrutte selettivamente, permetteranno alla scienza di sconfiggere il cancro privandolo dei rifornimenti. L'epigenetica: ossia come l'ambiente impatta sui meccanismi tumorali, che cosa succede nello scambio continuo fra ambiente e genoma; cibo, luce, aria, atmosfera, stili di vita lo influenzano, agire su di loro vuol dire prevenzione con la «P» maiuscola. I mi-Rna: le impronte digitali dei vari tumori, cioè le loro caratteristiche specifiche a livello di Dna che si possono ritrovare anche nel sangue e, dunque, permettere diagnosi anticipate con semplici prelievi di sangue.

Il futuro c'è già in via Ripamonti. L'European research council, primo ente finanziatore della ricerca scientifica in

Europa, ha attribuito a due scienziati dello Ieo, Maria Rescigno (immunoterapia) e Giuseppe Testa (epigenetica e staminali), la prima edizione del Consolidator Grant in Life Science. Circa 2 milioni di euro per ogni idea che rappresenta la Frontier Science in Europa.

Giuseppe Testa, direttore del laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali dello Ieo, è anche noto come il «mago» degli avatar. La sua frontiera? I Disease Avatars, lo studio delle malattie genetiche per mezzo dei loro avatar. «Cioè i modelli ottenuti attraverso il processo di riprogrammazione cellulare - ci spiega —. Negli ultimi anni la ricerca molecolare ha imparato a riprogrammare in laboratorio le cellule adulte di qualsiasi tessuto, per esempio la pelle, facendo in modo che si comportino come le cellule di un embrione (le cellule staminali) che sono pluripotenti perché in grado di produrre tutti i tipi di cellule del nostro corpo. Così, da un campione di pelle è possibile ottenere dei neuroni. Aspetto rilevante per le malattie del cervello, per le quali è quasi impossibile lavorare su cellule prelevate direttamente dai pazienti». Aperta la via, tutto sarà possibile.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I vent'anni dello Ieo

L'Istituto europeo di oncologia nacque nel '94 avendo in mente la socialità delle campagne lombarde. Che non dimentica neppure nella ricerca e nelle terapie più innovative

Le caratteristiche

Mattoni rossi fuori, in stile residence dentro. Modello di gestione privata applicata al pubblico

Premiati dall'Europa

I casi di Maria Rescigno (immunoterapia) e Giuseppe Testa (epigenetica e staminali)

La strumentazione che segna le tappe dei progressi

di Adriana Bazzi

Il fascio di raggi X modulati che colpisce con precisione le cellule maligne del seno

Sigle: Roll, Iort, Imrt, Fast. Incomprensibili a tutti, tranne che ai radiologi superesperti nella cura dei tumori, ma riassuntive delle più moderne terapie radiologiche, oggi sempre più mirate, rapide e ben tollerate dai malati.

Partiamo dalla prima, la Roll che approda allo Ieo nel 1997: prevede la possibilità di somministrare un radiofarmaco che si concentra in noduli mammari non palpabili, li evidenzia e permette al chirurgo di asportarli con molta precisione.

Arriviamo al 1999 e si affaccia la Iort, la radioterapia intraoperatoria, sempre per la cura del tumore al seno: grazie ad acceleratori line-

ari mobili è possibile «irradiare», con alte dosi di elettroni, il seno appena dopo l'asportazione del tumore, così da eliminare eventuali cellule maligne rimaste.

Nel 2002 arriva la radioterapia a intensità di modulazione (Imrt). «Si tratta — spiega Roberto Orecchia, direttore del Dipartimento di Scienze Radiologiche allo Ieo — di

Cure più brevi

Con la «Fast» è possibile ridurre fino al 50 per cento la durata del trattamento per molte forme tumorali

un sistema che permette di «modulare» il fascio di raggi X in modo che si adatti alla forma tridimensionale e alla biologia del tumore. È lo standard più elevato della terapia con i raggi X oggi disponibili».

E dal 2006, con la radioterapia Fast (frazionamento accelerato dello schema terapeutico) si riesce a ridurre fino al 50 per cento, sempre grazie alla modulazione del raggio, la durata complessiva del trattamento per molte forme tumorali. «Oggi — aggiunge Orecchia bastano soltanto cinque sedute per curare un tumore alla prostata».

Grazie a tutte queste competenze e alla disponibilità di «macchine» sofisticatissime, nel 2012 viene inaugurato Arc, il Centro di radioterapia avanzata dello Ieo che si posiziona fra i primi cinque nel mondo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da Vinci, il robot-chirurgo Così il medico alla consolle interviene sulla prostata

Sono circa 2.100 gli interventi per tumori alla prostata eseguiti dal 2007 a oggi, da quando cioè il primo robot-chirurgo, cognome Da Vinci, è arrivato allo Ieo, seguito nel 2009 da un suo gemello: non macchine umanoidi, ma consolle dove il chirurgo, quello in carne e ossa, può manovrare a distanza i bracci robotici che fanno arrivare il bisturi direttamente sul paziente, meglio, sulla zona da operare. Tumori alla prostata per l'appunto. Ma anche altre neoplasie, della sfera ginecologica, per esempio.

Ancora si discute se il bisturi ad alta tecnologia sia superiore

alla chirurgia classica (cosiddetta a cielo aperto: il chirurgo «apre» e vede dal vivo le cellule maligne che deve portare via) o a quella laparoscopica (qui è ancora il chirurgo che manovra direttamente gli strumenti, inseriti attraverso piccoli fori nella cute, e rimuove il tumore). «Nel caso del tumore alla prostata

I vantaggi

Le persone riprendono con più facilità l'attività sessuale e si riduce la necessità di trasfusioni

però — commenta Ottavio de Cobelli, direttore della Divisione di Urologia dello Ieo — gli studi di confronto hanno dimostrato che, a parità di cura oncologica, la chirurgia robotica offre sicuri vantaggi funzionali: le persone riprendono con più facilità l'attività sessuale e hanno meno problemi di incontinenza urinaria. Non solo, ma riduce anche la necessità di trasfusioni, è meno dolorosa e permette di accorciare i tempi di degenza».

Attualmente allo Ieo il 99 per cento dei tumori alla prostata operabili finiscono nelle mani del chirurgo-robot (nel 2007 la percentuale era del 47 per cento).

«Questa apparecchiatura poi — continua de Cobelli — rende l'intervento più facile per il chirurgo e non è così complicata da utilizzare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervista L'oncologo e il bilancio di una sfida per il pieno controllo della malattia

«Vincenti se rafforziamo l'alleanza medicina-società»

Veronesi: la svolta in diagnosi precoci e sani stili di vita

In un momento di crisi di identità europea può quasi suonare stonata la celebrazione di un progetto nato fra gli anni 80 e 90 e ispirato proprio all'Europa. «Io sono ed ero un europeista convinto» sottolinea il professor Umberto Veronesi, ideatore e fondatore dell'Istituto Europeo di Oncologia, «e in quel periodo presiedevo il comitato dei massimi esperti oncologi del vecchio continente che organizzarono "Europa contro il cancro", il primo programma di intervento europeo in sanità, il cui obiettivo era coordinare le forze di lotta ai tumori, la minaccia più pesante al welfare degli allora 12 Paesi. Così iniziai a "sognare" un centro capace di catalizzare ciò che si stava sperimentando in ricerca clinica e di laboratorio nei diversi Paesi europei».

Si è ispirato a qualche modello in particolare?

«Soprattutto al National Institute of Health di Bethesda, la cittadella della scienza americana. Ero convinto che in Italia si potessero concentrare potenzialità del pensiero scientifico ed esperienza sparse per il continente, coordinando in un'unica sede scambio di informazioni, sapere e saper fare».

Un'idea molto ambiziosa.

«Quasi un'utopia, che però divenne realtà quando incontrai Enrico Cuccia, allora presidente di Mediobanca. Il 4 novembre

1986 mi convocò nella sede di via Filodrammatici per proporci di organizzare una rete di ospedali privati, in grado d'offrire un'alternativa a un sistema di sanità pubblica sofferente. Io risposi che il Paese aveva bisogno di altro: un progetto di alto profilo che non cercasse il profitto, ma si dedicasse alla ricerca delle terapie più avanzate. Cuccia raccolse la sfida, perché sentiva di avere, per usare le sue parole, "una responsabilità troppo grande verso il Paese". Prospettai l'ospedale del futuro: un ente di diritto privato per poter godere di flessibilità gestionale, ma con carattere etico e obiettivi di un ente pubblico, un ospedale che non distribuisse dividendi, ma reinvestisse eventuali utili in tecnologie e formazione dei medici. Un centro di eccellenza dove si facesse ricerca in laboratorio e in clinica, dove i medici lavorassero a tempo pieno e dove potessero curarsi tutti, con il sistema pubblico o con il privato. Così nacque il "comprehensive cancer center" che alla terza riunione con Cuccia chiamammo Istituto Europeo di Oncologia».

Qual è il bilancio di 20 anni di attività?

«È molto difficile giudicare se stessi o una propria creatura, quale considero lo Ieo. Non siamo ancora arrivati al grande obiettivo del controllo della ma-

lattia, che credevamo di poter raggiungere vent'anni fa. Abbiamo subito battute d'arresto e affrontato difficoltà legate anche alle vicende del Paese e del mondo. Ma credo che l'Istituto abbia creato modelli che contribuiscono a rendere l'obiettivo più raggiungibile. Mi riferisco a tre punti cardine della filosofia Ieo. Il primo è un nuovo modo di cura, che tiene conto dell'efficacia, ma anche della qualità della vita. In ogni aspetto della terapia noi applichiamo il cambiamento di paradigma "dalla massima cura tollerabile" alla "minima cura efficace". Per questo nessuna donna con cancro mammario esce dalla sala operatoria senza seno; abbiamo trovato la via per preservare la potenza sessuale e la continenza dopo prostatectomia radicale; per conservare la voce negli interventi alla laringe; ove possibile conserviamo la fertilità, anche in caso di tumori ginecologici. Il secondo punto è un modo di integrare sistematicamente ricerca e cura, che ha generato scoperte e metodi che hanno migliorato e continueranno a migliorare la pratica clinica e aperto nuove frontiere nella ricerca molecolare. Penso ad esempio al linfonodo "sentinella" nei tumori mammari o l'identificazione di fattori fondamentali nel processo di cancerogenesi. Il terzo punto è un modo di concepire

l'ospedale in cui il malato, e non il medico, è il perno attorno al quale ruota tutta l'organizzazione. Allo Ieo non ci sono orari di visita, il cibo si sceglie da un menu e ci si sforza di mantenere il più possibile i ritmi della vita normale, per diminuire il senso di isolamento e solitudine del paziente ricoverato».

Quali sono prospettive per futuro?

«Il futuro è nella prevenzione, intesa sia come stili di vita che riducono il rischio di ammalarsi, sia come anticipazione diagnostica. Riteniamo che chirurgia, radioterapia e farmacoterapia siano vicine all'ottimizzazione, ma la condizione è che la malattia sia scoperta in fase iniziale. La sfida è trovare strumenti adeguati di diagnosi precoce anche per quei tumori che oggi non riusciamo a intercettare in tempo per curarli efficacemente, e fare in modo che la popolazione adotti abitudini corrette ai fini della prevenzione, come non fumare e controllare l'alimentazione, e si avvicini con consapevolezza e serenità alla diagnosi precoce. Dobbiamo rendere più saldo il rapporto di fiducia verso la ricerca scientifica, che è la vera speranza per oggi e per domani. Per questo l'Istituto, come tutto il mondo dell'oncologia, deve impegnarsi a rafforzare l'alleanza fra medicina e società».

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'incontro
A Cuccia dissi: l'Italia ha bisogno di un centro di eccellenza a carattere etico

La comunicazione

L'ansia dei malati Non colgono metà delle informazioni

La reazione è quasi sempre la stessa: «Devo saperne di più». Non appena si scopre di avere a che fare con un tumore la necessità d'informazioni è immediata: che tipo di cancro è? Quali sono le terapie? Si può guarire? Uno schema che nel 2013 in Italia si è ripetuto 366mila volte. Tante, infatti, sono state le nuove diagnosi di tumore lo scorso anno, mille nuovi casi scoperti ogni giorno.

Diversi sondaggi hanno dimostrato che, scioccati dalla notizia, i malati capiscono meno della metà di ciò che viene detto loro durante i primi colloqui. Molto resta da fare nella comunicazione in oncologia, come dimostrano i dati dell'«Indagine su cancro e informazione» coordinata dall'Associazione italiana malati di cancro su circa 4 mila persone. Dagli esiti della ricerca emerge chiaramente il bisogno di malati e familiari di sapere di più sull'iter diagnostico e terapeutico (una necessità espressa dal 46 per cento degli intervistati), sugli effetti collaterali, sul tipo di neoplasia. In particolare, oltre la metà degli interpellati (53,7 per cento) vuole comprendere meglio la patologia in questione, quasi altrettanti (45 per cento) chiedono materiale informativo, all'incirca un terzo (31 per cento) desidera capire in modo approfondito le cure da effettuare o necessita di chiarimenti sull'alimentazione da seguire durante i trattamenti (28 per cento). A seguire, le domande più ricorrenti riguardano prevenzione, supporto psicologico, cure sperimentali e terapie del dolore.

In gran parte necessità che potrebbero essere colmate da una chiara ed esauriente spiegazione dello specialista che ha in cura il malato (oncologo, radioterapista o chirurgo) o da personale infermieristico specializzato. Oggi, a disposizione dei pazienti c'è una grande quantità di materiale: libretti, dépliant, brochure, video, articoli, pagine web dedicate, blog, chat, forum, testimonianze «di chi ci è già passato». «È ormai diffusa fra malati e parenti

Dubbi irrisolti

Nel 2013 scoperti mille casi di cancro al giorno, molte domande sorgono non al momento giusto

Educazione dei medici

Diversi progetti per insegnare ai clinici a essere più empatici e a dare risposte più efficaci

d'apprendere a nozioni sbagliate o dare adito a false speranze».

Negli ultimi anni gli oncologi hanno affrontato spesso

l'argomento e qualcosa effettivamente è cambiato nell'atteggiamento di un numero crescente di medici: hanno capito anche che molte domande restano senza risposta perché vengono in mente al paziente solo dopo aver parlato con lo specialista, in quanto il tempo a disposizione è poco e l'ansia è molta. Sono così nati diversi progetti per insegnare ai clinici a comunicare in modo più efficace e in un numero crescente di strutture si è cercato di ottimizzare il percorso dei malati, in modo tale che ottenessero le risposte necessarie.

Certo l'obiettivo da raggiungere è difficile: da un lato stanno i diretti interessati da una malattia che fa ancora tanta paura con tutte le loro angosce, dall'altra il personale medico, spesso armato delle migliori intenzioni, ma anche «pressato» dai pesanti ritmi ospedalieri.

Se le informazioni non arrivano, però, è ora che anche pazienti e familiari inizino a chiederle: prepararsi prima del colloquio col medico l'elenco di domande da fare può essere di grande aiuto. Anche perché l'introduzione del consenso informato ha di fatto rivoluzionato il rapporto medico-paziente, mettendo il malato di fronte alla responsabilità di conoscere la propria malattia per partecipare alle decisioni. Purtroppo in molte occasioni operatori frettolosi si limitano a consegnare al paziente dei formulari complessi e prolissi. Il consenso alle cure deve invece essere consapevole e la naturale soggezione nei confronti del medico deve imparare a essere superata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La guida



Le informazioni sull'attività clinica, sulla ricerca e sulla formazione dello IEO si trovano sul sito www.ieo.it. Un portale fornisce anche una guida sulle patologie e i contatti con gli specialisti. Per prenotare visite ed esami, il numero è 02 57489.001 (dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 16) oppure si può visitare la sezione del sito www.ieo.it/prenotazioni. Per sostenere la ricerca dell'Istituto Europeo di Oncologia si può donare il 5xmille (codice 08 69 144 0153 nella casella Ricerca Sanitaria) oppure fare una donazione alla Fondazione IEO (www.fieo.it)

Protagonista

Umberto Veronesi (Milano, 1925). Dopo aver diretto l'Istituto Nazionale Tumori dal '75, nel '94 fonda l'Istituto Europeo di Oncologia, di cui è direttore scientifico. Nel 2000 è stato ministro della Sanità. Autore di oltre 800 pubblicazioni, ha ricevuto 14 lauree HC in tutto il mondo



Tac spirale a basso dosaggio

La via per scoprire in anticipo chi rischia danni al polmone

È come esporsi alle radiazioni cosmiche durante un volo Milano-New York o quasi. Rischi bassissimi. Quelle di cui stiamo parlando sono le radiazioni che si assorbono quando ci si sottopone a una Tac spirale a basso dosaggio del polmone: è un esame che serve per scoprire, nei fumatori o ex fumatori, la presenza di eventuali tumori, quando sono ancora molto piccoli. Si sa, infatti, che nell'85 per cento dei casi il cancro al polmone colpisce chi fuma.

Stiamo parlando di diagnosi precoce di questa malattia e, quindi, della possibilità di intervenire tempestivamente con cure non invasive.

«Oggi, grazie alla laparoscopia (la possibilità, cioè, di operare attraverso piccoli fori nella cute, ndr) e alla chirurgia robotica — spiega Lorenzo Spaggiari, direttore della Divisione di Chirurgia Toracica dello Ieo — possiamo asportare solo la parte di polmone dove è presente il nodulo, sulla falsariga di quello che già si fa per la mammella con la

Con la laparoscopia

Oggi si riesce a prelevare solo la parte dell'organo dove è presente il nodulo e fare le analisi necessarie

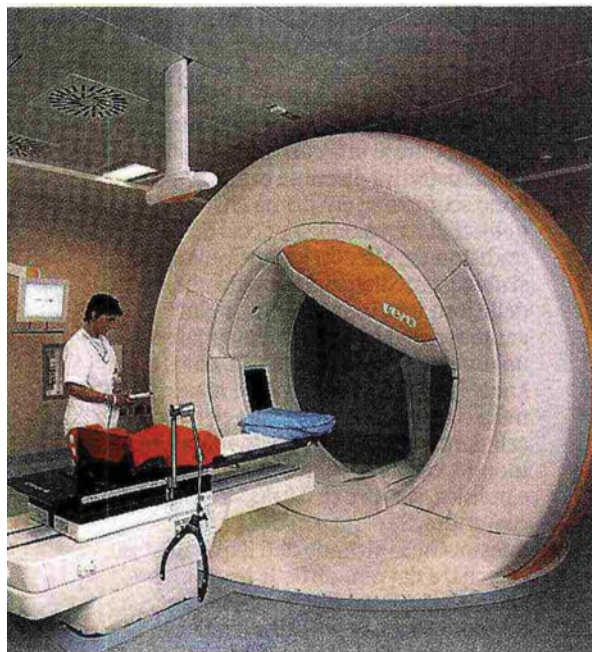
quadrantectomia».

Lo Ieo ha avviato, fin dal 1999, un'indagine pilota con questa metodica (Tac spirale) sui fumatori, che poi ha allargato, con lo studio Cosmos («Continuous Observation Smoking Subjects»), a oltre 5 mila amanti della sigaretta dimostrando che si tratta di un esame salvavita, proprio perché si è rivelato in grado di ridurre la mortalità per questa neoplasia.

Adesso è stato avviato il Cosmos II che punta a reclutare pazienti in tutta Italia.

«Vogliamo valutare — precisa Spaggiari — se è possibile individuare, attraverso modelli matematici, le persone maggiormente a rischio di malattia e, dall'altro, se un test sul sangue (che identifica i cosiddetti micro-Rna circolanti, spie della presenza di cellule maligne) può identificare precocemente il tumore, meglio della Tac spirale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il corpo sotto i raggi Le fasi di preparazione al trattamento dei pazienti presso la sala di radioterapia Vero System Brain Lab

La parola

Cancro

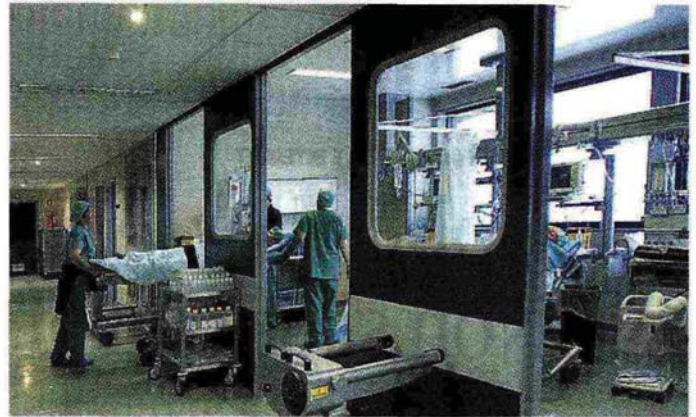
«Cancro, una parola che arriva da lontano: la prima descrizione ippocratica del male che appariva simile a un granchio, duro e con vasi sanguigni che sembravano zampe e chele. Ma citarlo non metteva paura, poi è diventato scaramantico chiamarlo male incurabile o lunga malattia. Anche dopo la morte quasi a preservare la famiglia, nemmeno si trattasse di lebbra o di Aids. Oggi, che è curabile, ridicolo non citarlo chiaramente.»



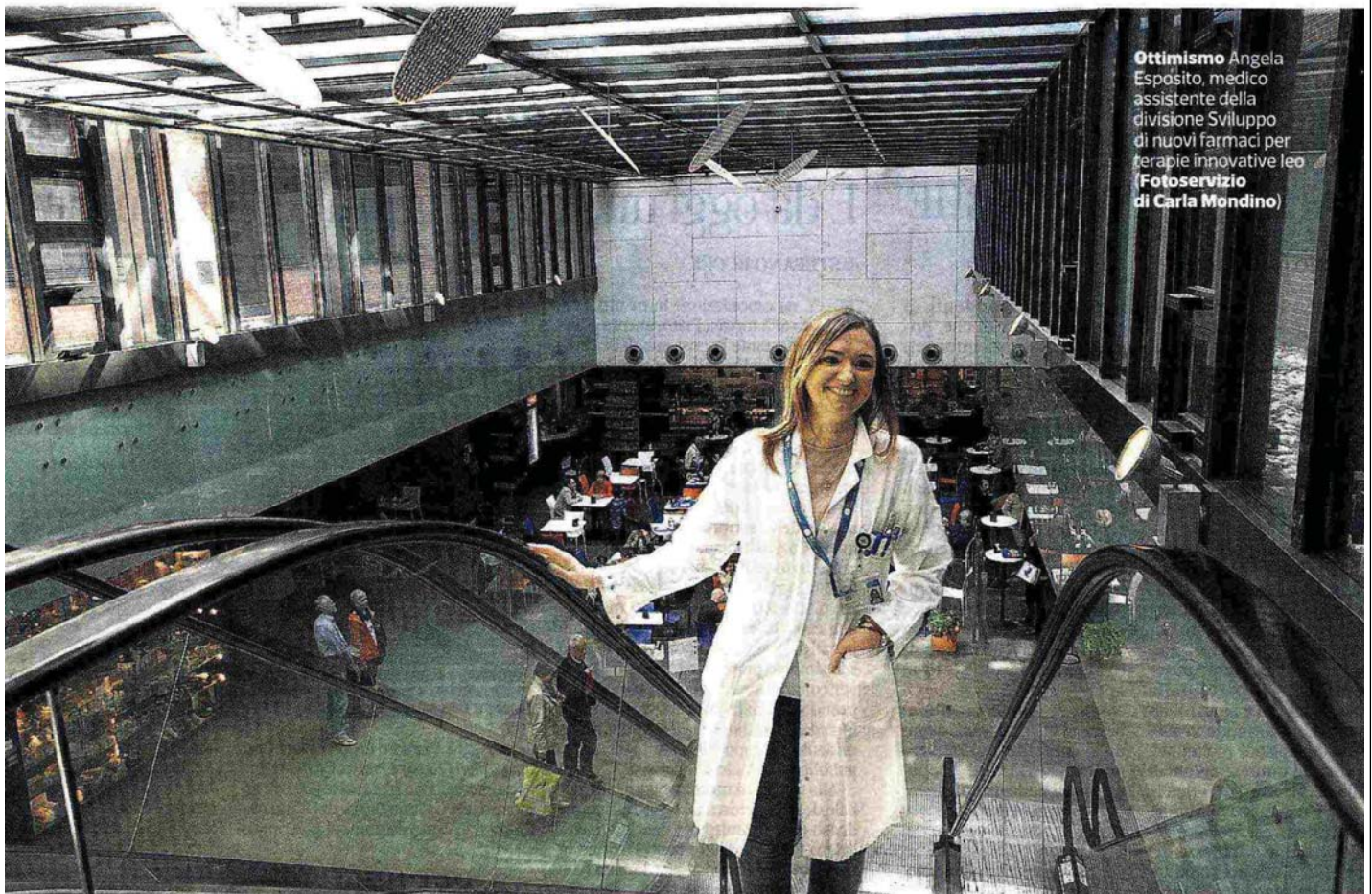
Arte e medicina L'ingresso dell'Istituto europeo di oncologia con la scultura «Together» di Alberto De Braud



La prova Simulazione del piano di cura del paziente per la radioterapia



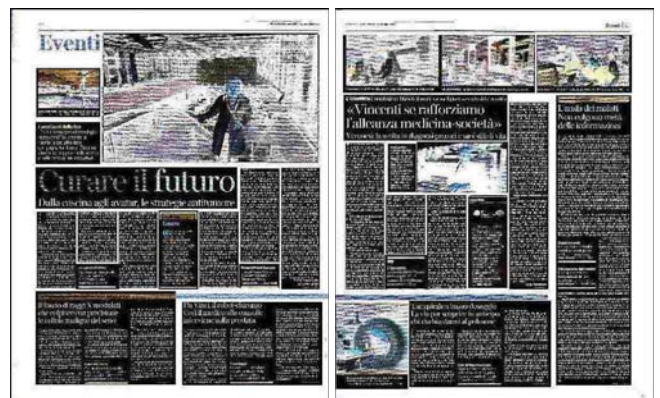
Gli interventi L'ingresso che conduce al reparto delle sale operatorie



Ottimismo Angela Esposito, medico assistente della divisione Sviluppo di nuovi farmaci per terapie innovative leo
(Fotoservizio di Carla Mondino)



La ricerca Nel Laboratorio di Istologia, Divisione di Anatomia Patologica leo



La novità

Droga, così cambia la legge l'arresto solo in flagranza

Via libera dal Senato: viene depenalizzato l'uso personale

Gigi Di Fiore

Le nuove norme sulla droga sono legge. In sordina, l'altra sera il decreto del governo Renzi è diventato legge. Dopo il voto della Camera di 15 giorni fa, è arrivato il bis del Senato. Sulle norme era stata posta la questione di fiducia e il sì è passato con 155 voti a favore e 105 no. Il decreto, che prende il nome dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, cambia la disciplina dei reati sull'uso e spaccio di droga, ma anche sui cosiddetti farmaci off label che sarebbero quelli con presenza di cannabis. Cosa cambia con la nuova legge, che sostituisce la vecchia Fini-Giovanardi messa in discussione da una sentenza delle Corti costituzionale?

Piccolo spaccio - Con la legge Fini-Giovanardi, la vendita di piccole dosi di droga veniva punita con pene da uno a sei anni (poi diminuiti a cinque) e multe da tremila a 26mila euro. Con il nuovo decreto, la cessione di piccole dosi di stupefacenti riceverà condanne inferiori. La pena andrà ora da un minimo di 6 mesi a un massimo di 4 anni e multa da mille a 15mila euro. Con la riduzione, l'arresto è possibile solo in caso di flagranza del reato. Non c'è più distinzione, per individuare la gravità del reato, tra droghe leggere e pesanti spacciate e dovrà essere il giudice a valutare caso per caso, sulla base della quantità e della qualità della sostanza.

La svolta
Nessuna differenza tra leggere e pesanti
Possibili pene alternative

Pene alternative - Con la riduzione delle pene carcerarie è ora possibile ricorrere a sanzioni alternative. Nel caso di piccolo spaccio o altri reati minori

commessi da un tossicodipendente, il giudice può ora applicare la pena del lavoro di pubblica utilità su richiesta dell'imputato. La durata è uguale a quella prevista per la detenzione applicabile nel caso concreto. La pena alternativa può essere revocata, se il condannato viola gli obblighi imposti sul lavoro. In caso di recidiva, i lavori di pubblica utilità possono essere chiesti soltanto una seconda volta dopo la prima condanna.

Droghe leggere o pesanti e uso personale - Con la Fini-Giovanardi, il consumatore veniva sottoposto, per un periodo da un mese fino a un anno, a sanzioni amministrative: sospensione della patente, del porto d'armi, del passaporto, del permesso di soggiorno. Per valutare l'uso personale, si ricorreva a quantità fissate da tabelle, la cosiddetta «modica quantità»: 6 grammi lordi e 5 dosi per la cocaina; 5 grammi lordi e 15-20 spinelli per la cannabis; 1,7 grammi di sostanza lorda e 10 dosi per l'eroina. Cosa cambia ora? L'acquisto o la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale non ha più rilievo penale, ma non se ne fissano più le quantità per individuarlo. Spetta al giudice capirlo, con il ripristino della distinzione tra droghe leggere e pesanti abolita dalla Fini-Giovanardi. Per i consumatori, restano le sanzioni amministrative, ma con durata diversa: da 2 mesi a un anno per uso di droghe pesanti; da uno a tre mesi per uso di droghe leggere.

Le tabelle - La catalogazione delle sostanze psicotrope sono cinque: la I e III includono droghe «pesanti»; la II e la IV le «leggere». L'ultima tabella, invece, comprende le droghe a uso medicinale. Nella tabella I rientrano gli oppiacei naturali o sintetici, le foglie di coca e gli alcaloidi derivati, le anfetamine, le droghe sintetiche a base di tetraidrocannabinolo (principio attivo della cannabis definito Thc). In questo elenco, in defi-

nitiva sono inserite tutte quelle sostanze in grado di produrre effetti sul sistema nervoso centrale, determinando dipendenza fisica e psichica. Le tabelle, riviste con l'inserimento di circa 500 sostanze classificate dal Dipartimento antidroga, sono ora coerenti con le norme precedenti alla legge Fini-Giovanardi, nel rispetto delle osservazioni della Corte costituzionale. Le ulteriori modifiche spetteranno al ministro della Salute.

Spinelli - Tra le droghe leggere, incluse nella tabella II, vi sono i quattro tipi di cannabis, senza distinzione qualitativa: indica, sativa, ruderalis e ibride. In questa catalogazione è rimasta l'ambiguità tra droghe di cannabis sintetiche, ottenute attraverso processi chimici, e droghe di cannabis ottenute da coltivazioni naturali. Le sintetiche provocano gli effetti tossicologici Thc che sono previsti dalla tabella I, ma non c'è modo di poterle identificare con certezza tra i tipi di cannabis considerati droghe leggere.

Modica quantità - Non esiste più, come nella precedente legge, questa definizione. Nell'accertare l'uso personale, non avendo valori e quantità predefinite da tabelle previste dalla legge come nella Fini-Giovanardi, il giudice dovrà valutare le circostanze del fermo, come si presenta la sostanza, il suo peso totale, il modo in cui è confezionata. Insomma, ai magistrati, così come agli agenti delle forze dell'ordine, viene affidata più discrezionalità nel valutare il fatto concreto.

Naturalmente, sulla legge si accavalano i commenti e le valutazioni politiche. Rispecchiano le divisioni sul voto, già evidenziate alla Camera. E sul sito skuola.net, esaminando un campione di 1300 ragazzi tra gli 11 e i 19 anni, è emerso che il 47 per cento considera ancora troppo severe le pene per la produzione e vendita delle droghe leggere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Novità

1
anno

Da 6 mesi a 1 anno la pena detentiva ora prevista con multe variabili da 1000 a 15000 euro. L'arresto solo in flagranza di reato

5
le tabelle

5 le tabelle di classificazione previste per i diversi tipi di droghe: le sostanze pesanti sono incluse nella I e nella III danno dipendenza

4
cannabis

4 tipi di cannabis considerati nella tabella II senza fare alcuna differenza tra sintetiche e naturali

Il di sulle droghe



Reintroduce e rimodella la distinzione tra droghe leggere e pesanti bocciata dalla Consulta nella legge Fini-Giovanardi. La marijuana rientra nel primo gruppo



Riduzione di pena, a 4 anni, per il piccolo spaccio. Escluso di fatto il carcere



Il reato non distingue tra droghe leggere e droghe pesanti, ma sarà compito del giudice graduare l'entità della pena in base alla qualità e quantità della sostanza spacciata



Niente obbligo di sperimentazione da parte dell'Agenzia italiana del Farmaco (Aifa) per i farmaci off label, ovvero fuori indicazione



Possibilità di accesso a farmaci più economici rispetto a quelli utilizzati per le stesse cure secondo le indicazioni terapeutiche previste dal bugiardino

ANSA centimerri



SANITA': SIGO, "SBAGLIATO INCENTIVARE IL PARTO IN CASA"

NON RISPETTA REQUISITI DI SICUREZZA E LOGICHE ECONOMICHE

(ANSA) - ROMA, 15 MAG - Il parto in casa è una procedura difficile da gestire, che non rispetta i moderni requisiti di sicurezza e non risponde neanche a una logica economica. La decisione di alcune Regioni italiane, ultimo il Lazio, di sostenere questa scelta di coppia con un rimborso spese non ha basi scientifiche e può portare a situazioni pericolose. Nei Paesi del Nord Europa, quando una donna decide di partorire tra le mura domestiche, fuori dalla porta di casa viene parcheggiato un centro mobile di assistenza che rimane a disposizione per tutto il travaglio. Inoltre, viene riservato un posto nell'ospedale più vicino. Senza queste fondamentali precauzioni, dare alla luce un bambino in casa diventa estremamente rischioso. Anche il parto all'apparenza più tranquillo può tramutarsi dunque, da un momento all'altro, in un'emergenza. Il nostro Paese non è pronto per questa pratica". Commenta così il prof. Paolo Scollo, Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), lo studio del Servizio sanitario britannico (NICE) sul parto domestico: secondo gli esperti di Sua Maestà, una volta soddisfatti alcuni requisiti fondamentali, i rischi di mettere al mondo un figlio in casa sarebbero equivalenti a quelli ospedalieri. "Innanzitutto, le donne dovrebbero essere under30, già madri, senza malattie esterne e con una gestazione perfetta – aggiunge il prof. Scollo –. Come SIGO ci stiamo battendo da anni per la chiusura dei punti nascita che rimangono sotto i 500 parti l'anno: la scelta delle Regioni che prevedono il rimborso spese percorre esattamente la strada opposta, parcellizzando in modo esponenziale i punti nascita, che diventerebbero difficilmente controllabili. Inoltre, con una logica anti-economica: i risparmi si hanno se concentri i parti in meno strutture. Chiediamo quindi ai Governatori di fare un passo indietro: come Società scientifiche che riunisce tutti i ginecologi italiani siamo pronti a collaborare per trovare soluzioni più idonee alla realtà del Paese, senza seguire tendenze che non ci appartengono".

Parto a domicilio? No della Sigo: è essenziale un ambiente protetto

Le donne che hanno avuto una gravidanza regolare, dal secondo parto in poi, possono scegliere di partorire in casa o in strutture dove sono presenti solo ostetriche: il consiglio, formulato dal National institute for health and clinical excellence (Nice)

Il parto in casa è una procedura difficile da gestire, che non rispetta i moderni requisiti di sicurezza e non risponde neanche a una logica economica. La decisione di alcune Regioni italiane, ultimo il Lazio, di sostenere questa scelta di coppia con un rimborso spese non ha basi scientifiche e può portare a situazioni pericolose. Nei Paesi del Nord Europa, quando una donna decide di partorire tra le mura domestiche, fuori dalla porta di casa viene parcheggiato un centro mobile di assistenza che rimane a disposizione per tutto il travaglio. Inoltre, viene riservato un posto nell'ospedale più vicino. Senza queste fondamentali precauzioni, dare alla luce un bambino in casa diventa estremamente rischioso. Anche il parto all'apparenza più tranquillo può tramutarsi dunque, da un momento all'altro, in un'emergenza. Il nostro Paese non è pronto per questa pratica". Commenta così il prof. Paolo Scollo, Presidente della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), lo studio del Servizio sanitario britannico (NICE) sul parto domestico: secondo gli esperti di Sua Maestà, una volta soddisfatti alcuni requisiti fondamentali, i rischi di mettere al mondo un figlio in casa sarebbero equivalenti a quelli ospedalieri.

"Innanzitutto, le donne dovrebbero essere under30, già madri, senza malattie esterne e con una gestazione perfetta – aggiunge il prof. Scollo –. Come SIGO ci stiamo battendo da anni per la chiusura dei punti nascita che rimangono sotto i 500 parti l'anno: la scelta delle Regioni che prevedono il rimborso spese percorre esattamente la strada opposta, parcellizzando in modo esponenziale i punti nascita, che diventerebbero difficilmente controllabili. Inoltre, con una logica anti-economica: i risparmi si hanno se concentri i parti in meno strutture. Chiediamo quindi ai Governatori di fare un passo indietro: come Società scientifiche che riunisce tutti i ginecologi italiani siamo pronti a collaborare per trovare soluzioni più idonee alla realtà del Paese, senza seguire tendenze che non ci appartengono".