

FOCUS SALUTE E BENESSERE

REALIZZARE UN SOGNO

Diventare genitori anche in caso di sterilità assoluta

La fecondazione eterologa prevede l'utilizzo di gameti maschili e femminili extra coppia. Il trapianto dell'utero

REGOLE

L'organo da donatrici già madri non resta nel ventre tutta la vita

Franca Iannici

■ Apartiredal2014èconsentita anche in Italia la tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma) di tipo eterologo, ottenuta con la donazione di gameti (ovuli o spermatozoi) esterni alla coppia, che può essere utilizzata nei casi di infertilità assoluta, a differenza della fecondazione di tipo omologo che invece prevede l'utilizzo di gameti provenienti dalla coppia stessa. PerfinolaCorteueuropea di Strasburgo stabiliti nel 2012 che la Legge 40, con il divieto di accesso alla Pma eterologa, viola l'articolo 8 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo che prevede il diritto di ciascuno cittadino al rispetto della propria vita privata e familiare. Cisonoperòalcuneprocedure, previste dalle linee guida disposte dal ministero della Salute, ancora in via di definizione, relative ai criteri di selezione delle donatrici che prevedono ulteriori esami e che rendono

no inutilizzabili migliaia di ovociti giacenti nelle banche, potenzialmente disponibili all'impianto. Per quanto riguarda la donazione del liquido seminale, il problema è rappresentato dal conteggio del numero di gameti maschili che, per essere considerati «a norma» deve essere pari a 75 percentile, mentre sarebbe sufficiente avere il 25 percentile che corrisponde a 15 milioni di spermatozoi, ha sottolineato il dott. Andrea Borini, presidente della Società italiana di prevenzione della fertilità e direttore e responsabile clinico e scientifico di Tecnobios Procreazione.

Esistono, poi, particolari situazioni di sterilità dovute alla rimozione chirurgica dell'utero (isterectomia), associata alla presenza di patologie importanti come il tumore alle ovaie, alla cervice, l'endometriosi o l'assenza dell'utero e delle tube (sindrome di Rokitansky).

Così la recente notizia che per la prima volta una donna ha partorito un bambino dopo aver subito il trapianto dell'utero, ha regalato una speranza di maternità anche alle donne prive della funzionalità delle stes-

so. Il primo trapianto di utero (da vivente) è stato effettuato un anno fa in Svezia dal professor Mats Brannstrom, docente di ostetricia e di ginecologia all'Università di Göteborg a una donna di 36 anni. La donatrice era un'amica di famiglia di 61 anni in menopausa e madre di due figli. La nascita è avvenuta alla 31ª settimana con taglio cesareo e il bimbo pesava 1,8 kg. L'equipe di Brannstrom ha effettuato altri nove trapianti di utero negli ultimi due anni. In due casi c'è stato il rigetto che ha costretto i medici a rimuovere l'organo trapiantato, mentre sono monitorate altre gravidanze. Molto importante è specificare che viene trapiantato l'utero proveniente da donatrici già madri che non rimane nel ventre tutta la vita, a differenza di cuore, fegato, reni o polmone. Una volta portata a termine la gravidanza viene rimosso con un altro intervento, per evitare terapie indispensabili per la conservazione di un organo finalizzato solo alla procreazione e non necessario alla sopravvivenza.





Coppie infertili, illusioni in provetta

il tema

di Graziella Melina

Si estende la piaga della difficoltà di avere figli, conseguenza dell'età sempre più avanzata alla quale si cerca una gravidanza. Ma alla spinta verso la fecondazione artificiale corrispondono risultati assai modesti

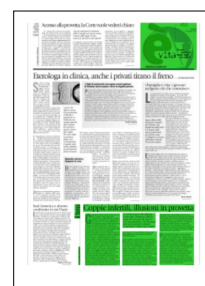
Gli esperti lo vanno ripetendo da anni: una delle principali cause del mancato concepimento o della difficoltà a portare a termine una gravidanza è rappresentata dal "fattore età". La raccomandazione a non rimandare troppo avanti negli anni la scelta di avere figli stavolta però è arrivata dal «Fertility Forum-Living Innovation on Drugs and Beyond», promosso di recente a Roma dall'azienda farmaceutica Merck Serono sui temi della riproduzione umana. L'età incide infatti anche sul buon esito della fecondazione assistita. «Sappiamo già da tempo che la gravidanza in età matura è un trend in crescita – sottolinea Riccardo Marana, direttore dell'Isi, l'Istituto scientifico internazionale Paolo VI di Ricerca sulla fertilità e infertilità umana per una procreazione responsabile del Policlinico Gemelli –. Secondo i dati Istat l'età media della prima gravidanza è infatti di 32 anni. Questo ritardo si associa a un aumento delle gravidanze a rischio e a un maggior numero di donne con problemi di sterilità. Ne consegue una riduzione della capacità riproduttiva della donna, con graduale calo della possibilità di gravidanza per ogni ovulazione. Il problema non è limitato alla ricerca naturale della gravidanza – prosegue Marana – ma si evidenzia anche nei casi di ricorso alla fecondazione artificiale. Ciò è dovuto da una parte alla riduzione progressiva del numero di ovociti dopo i 35 anni, dall'altra ad anomalie della segregazione cromosomica durante la divisione meiotica».

I dati pubblicati nella Relazione del ministro della Salute del 2014 sull'attività dei Centri di fecondazione artificiale sono esemplificativi: «La percentuale di gravidanza cumulativa per Fivet e Icsi – ricorda Marana – è pari al 22,1%, e

quella di gravidanza a termine è pari al 16,5 per prelievo ovocitario. Inoltre, a fronte di 114.276 embrioni formati ne sono stati trasferiti 91.720 e sono nati 9.814 bambini. Dunque il 91% degli embrioni formati viene "perso"». Eppure, nonostante i risultati per nulla incoraggianti, le coppie che ricorrono alla tecnologia pur di avere un figlio sono in costante aumento. «Purtroppo il momento in cui si decide di volere una gravidanza si sposta sempre più avanti – spiega Eleonora Porcu, responsabile del Centro di infertilità e procreazione medicalmente assistita dell'ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna –. L'età femminile è una variante cruciale per la fertilità ma è sempre più elevata e le coppie si rivolgono così alla medicina. Ma per l'età avanzata non c'è un rimedio. In questi casi il ricorso alla fecondazione assistita è un'illusione, non sempre riesce a risolvere il desiderio delle coppie di avere un bambino».

Per conservare la fertilità occorre semmai partire dalla prevenzione. «È importante seguire corretti stili di vita – prosegue Porcu –, e insegnare ai ragazzi a essere consapevoli del significato di fertilità. Dovrebbero sapere che occorre evitare le malattie sessualmente trasmissibili, le alterazioni metaboliche, il fumo, l'alcool e le sostanze tossiche che danneggiano spermatozoi e ovuli. Si parla sempre di educazione sessuale per i ragazzi, come se consumare o prepararsi al sesso fosse l'aspetto più importante. Ricordiamo piuttosto che il sesso è la "trappola" che usa la natura per portarci alla riproduzione. Di solito cerchiamo di evitare per periodi lunghissimi di procreare, poi però quando desideriamo coscientemente di avere un bambino è troppo tardi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Modificare embrioni? Un gioco troppo pericoloso

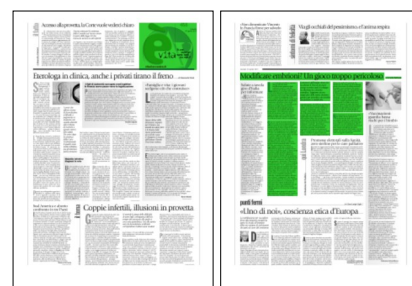
di Carlo Bellieni

L'annuncio dell'équipe cinese che ha alterato il Dna di un essere umano ai primi stadi di sviluppo ha allarmato la comunità scientifica. Sappiamo ancora troppo poco della nostra struttura genetica per procedere con tecniche che puntano a modificarla

La comunità scientifica è inquieta davanti all'idea della modificazione genetica degli embrioni umani. Come ha annunciato *Avvenire*, stata infatti pubblicata su *Protein and Cell* una ricerca cinese basata su questa alterazione, e le obiezioni non si sono fatte attendere. Già il 12 marzo la prestigiosa rivista *Nature* ospitava uno scritto di cinque noti scienziati che spiegano che le prospettive terapeutiche di questa tecnica sono «tenui» e i rischi «seri»: «Le modificazioni del genoma negli embrioni umani usando le attuali tecnologie possono avere effetti imprevedibili sulle future generazioni». Ma l'imbarazzo trapela anche da numerosi centri di ricerca. Questo mostra come la manipolazione dell'inizio della vita umana, in atto in varie forme da anni, inizia a scricchiolare.

Sono tre i punti da tener presenti. Il primo è che ancora sappiamo troppo poco del Dna per potervi mettere impunemente le mani. Infatti il Dna non è come la pellicola di un film in cui si tagliano dei fotogrammi con la ripresa di

un cane e si sostituiscono con quelli che mostrano un gatto e tutto è fatto: nel Dna se si prova a fare una cosa simile (cambiare un gene con un altro) si alterano tante altre cose che non dovrebbero essere alterate: si altera la struttura tridimensionale della matassa del Dna, per esempio, che non è aggrovigliato a caso ma in modo da influenzare un gene col contatto di una proteina o di un altro gene, si altera anche la presenza delle proteine regolatrici (istoni) o di altri piccoli "segnaposto" chiamati gruppi metilici di cui sappiamo ancora molto poco ma che sappiamo che accendono o spengono i geni per la loro stessa presenza e posizione. Il Dna non è una pellicola ma una molecola complessa tridimensionale e "viva": pensavamo di saperne tutto quando qualche anno fa ne abbiamo decifrato la sequenza, per capire subito dopo che eravamo ancora a zero, perché subito si è scoperto che nel Dna stesso c'è un complesso sistema di controllo e regolazione fragile e delicato che si chiama "epigenoma" che ancora siamo ben lontani dal conoscere. Pensate cosa può succedere se ci si mettono le



mani prima di capirne la funzione (e serviranno anni, non escludendo che nel frattempo si trovi nello stesso nucleo cellulare qualcosa di ancor più complesso e fragile).

Il secondo punto riguarda lo stesso uso degli embrioni, che nello studio cinese in causa erano stati "donati" in quanto soprannumerari. Ne abbiamo parlato più volte: l'embrione non è una foglia o un capello, è un essere vivente completo, e come tale va rispettato, non "usato" o "donato". Terzo punto è l'uso che si può fare delle manipolazioni: possiamo pensare alla cura di malattie, ma anche a qualsivoglia tipo di alterazione dell'impronta della vita umana, fino alla produzione paradossale di embrioni (esseri viventi) malati per studi e ricerca, e quindi per "scartarli". Ma il punto centrale è di non banalizzare, di non creare false speranze miracolistiche soprattutto in presenza di operazioni sulla vita umana che ne minano lo stesso sorgere: ricordate le pagine spese per stigmatizzare le parole sagge di uomini di Chiesa ma anche di scienziati che chiedevano di vietare l'uso di embrioni umani come fonte di cellule staminali? Ricordate come sembrava che questo fosse il grande ostacolo "oscurantista" al progresso scientifico mondiale e in Italia in particolare? Bene, oggi non se ne parla più. Avevamo già allora sollevato obiezioni – oltre che morali – anche di attuabilità scientifica dell'uso di embrioni a tal fine e quelle previsioni si sono rivelate giuste: le cellule staminali si possono ottenere da tante altre fonti (funzionanti), mentre successi eclatanti ottenuti con gli embrioni umani non risultano, tanto che anche gli allora fautori strenui ora sono assai più cauti.

Non sappiamo se avverrà così anche per questo nuovo tentativo di manipolazione della vita umana al suo sorgere: quello che ci preme è che non vengano banalizzati sui media una tecnica per ora solo esplorativa, che si confronta con un misterioso intreccio di forze troppo complicato per farne ingegneria seppur di alto livello, e la vita umana, che non può essere manipolata come un oggetto qualunque.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Eterologa in clinica, anche i privati tirano il freno

di Emanuela Vinai

I centri che offrono servizi di fecondazione artificiale a pagamento si muovono con cautela davanti alla richiesta di ricorrere a gameti esterni alla coppia. Un anno dopo la sentenza della Corte Costituzionale il quadro resta molto nebuloso, ma gli interessi fanno pressione

Se Atene piange, Sparta non ride. Proseguendo il viaggio nell'eterologa a scartamento ridotto, dopo aver registrato le perplessità e il freno tirato degli ospedali pubblici, si raccolgono esitazioni e attese anche nelle cliniche private.

Pur con tutte le distinzioni specifiche che consentirebbero di mettere in campo altre soluzioni, le motivazioni addotte per ritardi e lunghe liste di attesa sono confrontabili con quelle dei centri pubblici. «Noi non facciamo l'eterologa, ma mi confronto con i colleghi e noto che le problematiche sono sempre le stesse» commenta **Claudio Manna**, responsabile del centro **Genesis di Roma**. «In Italia c'è una cronica carenza di ovociti cui si cerca di far fronte con l'*egg sharing* o con l'approvvigionamento dall'estero – spiega il ginecologo – ma in entrambi i casi ci sono difficoltà di percorso».

L'*egg sharing*, ovvero la condivisione degli ovuli da parte di una donna già in trattamento per un ciclo di procreazione medicalmente assistita, è una pratica che ha poca diffusione, sia per l'età avanzata di chi potrebbe donare (sopra i 34 anni) sia, racconta ancora Manna, per la diffidenza delle donne stesse: «Su circa 15 ovociti prodotti, quelli "buoni" saranno 5-6 al massimo, quindi la paziente non sa se sta dando a un'altra i suoi ovociti migliori o quelli peggiori. E il pensiero ricorrente è quello di privarsi di una possibilità di gravidanza». Una strada percorribile potrebbe essere l'importazione da altri Paesi, ma le incognite sono ancora troppe e i centri che si affidano all'esterofilia restano pochi. «Per l'*egg sharing* la lista di attesa è di un anno – precisa **Andrea Borini**, direttore scien-

tifico della clinica **Tecnobios di Bologna** – ma noi non abbiamo preso in considerazione l'ipotesi di importare ovociti dall'estero: aspettiamo le linee guida del ministero. Prima di procedere vorrei che questa cosa si stabilizzasse di più, anche per la sicurezza dei pazienti che non voglio abbiano problemi».

Proprio per salvaguardare genitori e bambini, la vigilanza delle istituzioni è rigorosa e accurata. Il 16 marzo, a pochi giorni dalla nascita dei primi due gemelli da fecondazione eterologa in un centro privato, all'**Alma Res Fertility Center** di Roma hanno bussato i carabinieri dei Nas, gli ispettori del Centro nazionale trapianti (Cnt) e della Asl. Una verifica di tutela e garanzia, che ha permesso l'accertamento del corretto rispetto di tutte le procedure, della documentazione e della regolarità di gestione. Del resto alla **Tecnobios** qualche gravidanza in corso da fecondazione eterologa c'è, autoctona. «Abbiamo potuto contare su alcuni donatori e, più raramente, su donatrici, oggettivamente più difficili da trovare – conferma



Borini -. In realtà ci aspettavamo più entusiasmo nel dono da parte delle donne che ricorrono alla procreazione assistita».

Per sopperire alle carenze c'è chi tenta di promuovere la donazione volontaria di ovociti e spermatozoi: è il caso dell'Aidagg, «Associazione italiana per la donazione altruistica e gratuita dei gameti». Costituitasi un anno fa dopo la pronuncia con cui la Corte Costituzionale ha abrogato il divieto di eterologa, non registra però grandi successi. «Abbiamo una quantità significativa di uomini che si propongono, molto meno per le donne», riferisce la presidente nazionale

Laura Volpini. «Il Ministero non ha attivato campagne di sensibilizzazione in merito. Le metteremo in campo noi con messaggi non ambigui: è un settore in cui non può esserci mercificazione». Ma il fattore economico non è in secondo piano, laddove gli ovociti provenienti dall'estero hanno un costo che deriva anche dall'indennizzo corrisposto alle donne che vengono bombardate di ormoni sino all'anestesia per il prelievo. Difficile che si possa intraprendere un simile tour de force senza motivazioni particolarmente significative.

Infine, viene alla luce anche un altro elemento critico: così come per "risolvere" l'infertilità si tendeva a consigliare subito la provetta prima di esperire altre vie, allo stesso modo ora si tende a prescrivere l'eterologa prima ancora dell'omologa. «Sembrirebbe vi sia una spinta a pensare all'eterologa più di quanto sarebbe necessario - afferma Claudio Manna -. La verità è che un percorso di fecondazione omologa è lungo, stressante per medico e pazienti, con assunzione ripetuta di farmaci, dosaggi, stimolazioni, monitoraggio. E le pazienti e i medici lo sanno: dall'incontro di due stanchezze si sceglie la via (apparentemente) più facile». Alla Consulta è bastata una sentenza per cancellare tutti i paletti, ma un anno dopo le problematiche aperte e lasciate irrisolte esigono risposte che ancora non ci sono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Accesso alla provetta, la Corte vuole vederci chiaro

il fatto

di **Marcello Palmieri**

Ancora attesa per la sentenza della Consulta sul ricorso contro la parte della legge 40 che riserva la tecnica ai soli infertili

«Lo slittamento è sintomo di un dibattito molto serrato, di un confronto tra posizioni in cui non c'è identità di vedute». Antonio D'Aloia, docente di Diritto costituzionale all'Università di Parma, commenta così il nuovo aggiornamento della camera di consiglio in Corte Costituzionale. Ieri il collegio ha rinviato la discussione alla settimana del 9 maggio, deludendo le attese di chi - da martedì 14 aprile, giorno dell'udienza pubblica - sperava in una velocissima pronuncia di illegittimità costituzionale. Come si ricorderà, al setaccio della Consulta c'è sempre la legge 40, nella parte in cui permette la fecondazione in vitro alle sole coppie impossibilitate a procreare e non anche a quelle che, essendo in grado di generare ma affette da malattie ereditarie, vorrebbero ricorrere alla provetta per sottoporre gli embrioni così ottenuti a diagnosi pre-impianto: uno strumento per eliminare quelli potenzialmente soggetti a malformazioni e impiantare in utero solo quelli ritenuti senza anomalie. Il rinvio della Corte lascia intendere che i giudici abbiano ben presente la responsabilità che grava sulle loro spalle, amplificata dal fatto che, in udienza

pubblica, hanno potuto ascoltare le sole motivazioni dell'"accusa": il governo questa volta infatti non si è costituito in giudizio a difesa della legge attraverso l'Avvocatura dello Stato. «Sembra quasi una delega legislativa alla Corte - osserva D'Aloia - Ma la Consulta sa bene che fare le leggi è compito del Parlamento, non dei giudici». E aggiunge: «Nel caso specifico, piuttosto che modificare la norma con una sentenza additiva sarebbe preferibile una cosiddetta "pronuncia interpretativa": che mantenga cioè il divieto vigente ma che nel contempo dia incarico al legislatore di identificare una ristrettissima serie di malattie con prognosi davvero infausta da assimilare ai casi di infertilità o sterilità». Aprendo indiscriminatamente la via alla provetta, non ci sarebbero infatti parametri certi per decidere quali embrioni scartare e quali no. E sarebbe eugenetica. Così a chi vorrebbe smantellare la legge 40 D'Aloia ricorda che «il diritto alla vita dell'embrione concepito non se l'è inventato questa norma ma gli è stato riconosciuto dalla stessa Corte a partire dalla pronuncia 27 del 1975».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





«I figli di maternità surrogata eredi legittimi» In Francia nuovo passo verso la legalizzazione

Per il premier socialista francese Manuel Valls la gravidanza surrogata è una «pratica intollerabile di commercializzazione degli esseri umani e di mercificazione del corpo delle donne». Eppure un nuovo provvedimento ministeriale su una pratica che resta illegale pare parzialmente in contraddizione con questa posizione politica ufficiale. Con una lettera del 13 aprile al Consiglio superiore dei notai, il Ministero della Giustizia ha chiesto il riconoscimento dello status di eredi patrimoniali per i bambini nati da gravidanza surrogata, dato che il ricorso all'indegna pratica «non può a priori condurre il notaio a privare questi bambini della loro qualità di eredi nella successione ai loro genitori», in presenza almeno di un certificato estero di nascita. Come già in passato, gli esperti s'interrogano sulle reali ragioni all'origine di questa nuova discrepanza. Si tratta di un caso isolato di prevalenza di esigenze tecnico-giuridiche internazionali specifiche rispetto al più generale orientamento politico di fondo dell'esecutivo? O quest'ultimo, al contrario, dimostra scarsa coerenza fra dichiarazioni e atti? Esiste una sotterranea ma sostanziale divergenza d'opinione fra rami del governo, com'era già sembrato a proposito di altri controversi fronti bioetici? Il dubbio resta, lasciando in ogni caso l'impressione di un persistente imbarazzo dell'esecutivo.

Daniele Zappalà

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In Italia guarisce il 60% Appello sulla prevenzione

«Necessari
i registri
oncologici»

ROMA – Il cancro non è più un nemico imbattibile: in sei casi su 10 a vincere è, infatti, il paziente che guarisce. Un dato che fa ben sperare, anche se le criticità restano ancora tante, a partire dalla prevenzione che va implementata e dal problema dello spreco di risorse con ben il 15% degli esami di imaging ad alto costo che risulta inutile o evitabile. E' un quadro variegato quello dello stato dell'oncologia in Italia tracciato dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) in un convegno nazionale al Senato.

Un'occasione alla quale non ha voluto mancare il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** che, collegata in videoconferenza per il suo avanzato stato di gravidanza, ha lanciato un messaggio chiaro: «Bisogna dire alla gente che dal cancro oggi si può guarire, ma che non bisogna avere paura di fare gli esami di screening. La prevenzione è fondamentale».

Eppure, denunciano gli oncologi, l'adesione ai programmi di screening è ancora insufficiente soprattutto al Sud, e i percorsi terapeutici non sono uniformi nelle varie Regioni con conseguente spreco di risorse. Se si guarisce di più, i casi continuano tuttavia ad aumentare: 370mila ogni anno

sono le persone che si ammalano di tumore, con mille nuovi casi al giorno e 175mila decessi. Ma a fronte di ciò, dal 1990 al 2007 la sopravvivenza è aumentata del 18% e solo in Italia si contano 2,5 mln di sopravvissuti ai tumori. Tanto dunque è stato fatto, ma sul fronte prevenzione bisogna fare di più: «Oggi le Regioni che hanno attivato le reti oncologiche regionali sono pochissime - ha affermato **Lorenzin** - ma senza una rete regionale non possiamo fare un lavoro di supporto, prevenzione, trattamento e assistenza. Dove si hanno dei registri oncologici regionali che funzionano, invece, riusciamo ad avere dati certi e a fare investimenti precisi». L'attivazione delle reti oncologiche regionali infatti, rileva il presidente Aiom Carmine Pinto, «procede con estrema lentezza. Oggi, ad esempio, servono fino a 60 giorni per un'operazione di chirurgia oncologica, ma con le reti si potrebbero abbattere del 30% questi tempi».

Altro nodo è appunto quello dei costi: «Si potrebbero risparmiare milioni di euro - afferma Pinto - evitando quel 15% di esami inutili, esami oncologici di imaging costosi ma spesso prescritti in modo scorretto, mentre più in generale vi sono terapie di non comprovata efficacia che costano ogni anno al sistema sanitario circa 350 mln di euro». Risorse che potrebbero invece essere impiegate per garantire l'accesso ai farmaci innovativi in arrivo.



RICERCA. Ma l'associazione oncologi denuncia sprechi Ora il cancro fa meno paura: sei persone su dieci ce la fanno

Il cancro non è più un nemico imbattibile: in sei casi su 10 a vincere è il paziente che guarisce. Un dato che fa ben sperare, anche se le criticità restano ancora tante, a partire dalla prevenzione che va implementata e dal problema dello spreco di risorse con ben il 15 per cento degli esami di imaging ad alto costo che risulta inutile o evitabile. È un quadro variegato quello dello stato dell'oncologia in Italia tracciato dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) in un convegno nazionale, al Senato.

Un'occasione alla quale non ha voluto mancare il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che, collegata in videoconferenza per il suo avanzato stato di gravidanza, ha lanciato un messaggio chiaro: «Bisogna dire alla gente che dal cancro oggi si può guarire, ma che non bisogna avere paura di fare gli esami di screening. La prevenzione è fondamentale». Eppure, denunciano gli oncologi, l'adesione ai pro-

grammi di screening è ancora insufficiente soprattutto al Sud, e i percorsi terapeutici non sono uniformi nelle varie Regioni con conseguente spreco di risorse.

Se si guarisce di più, i casi continuano tuttavia ad aumentare: 370mila ogni

vato le reti oncologiche regionali sono pochissime». L'attivazione delle reti oncologiche regionali infatti, rileva il presidente Aiom Carmine Pinto, «procede con estrema lentezza. Oggi, ad esempio, servono fino a 60 giorni per un'operazione di chirurgia oncologica, ma con le reti si potrebbero abbattere del 30% questi tempi».

Altro nodo è appunto quello dei costi: «Si potrebbero risparmiare milioni di euro - afferma Pinto - evitando quel 15% di esami inutili, esami oncologici di imaging costosi ma spesso prescritti in modo scorretto, mentre più in generale vi sono terapie di non comprovata efficacia che costano ogni anno al sistema sanitario circa 350 mln di euro». Risorse che potrebbero invece essere impiegate per garantire l'accesso ai farmaci innovativi in arrivo: «Il passo avanti - spiega Pinto - è rappresentato in oncologia dalla medicina personalizzata e dalle terapie mirate».

RIPRODUZIONE RISERVATA



Un'immagine simbolo di ricerca contro il cancro

anno sono le persone che si ammalano di tumore, con mille nuovi casi al giorno e 175mila decessi. Ma a fronte di ciò, dal 1990 al 2007 la sopravvivenza è aumentata del 18% e solo in Italia si contano 2,5 mln di sopravvissuti ai tumori. Tanto dunque è stato fatto, ma sul fronte prevenzione bisogna fare di più: «Oggi le Regioni che hanno atti-



Mercoledì 29 APRILE 2015

Cancro al colon. Confermato il collegamento con diete ricche di grassi. E bastano appena due settimane di "bagordi" per aumentare il rischio

Al contrario passare da una dieta ad alto contenuto di grassi ad un'alimentazione ricca di fibre sembrerebbe ridurre il rischio di questo tumore sempre in sole due settimane. I ricercatori: "non è mai tardi per modificare le proprie abitudini alimentari". La ricerca è stata condotta su 20 individui di origini africane e 20 americani che si sono scambiati le rispettive diete. Lo studio* su Nature Communications

Uno studio scientifico conferma il collegamento tra alimentazione ricca di grassi e tumore del colon, mostrando come tale collegamento possa manifestare alcuni effetti in tempi piuttosto brevi. Infatti, secondo uno studio condotto dall'Imperial College London, cambiare alimentazione e passare per sole due settimane ad una dieta ricca di grassi e proteine potrebbe comportare effetti negativi per la salute dell'intestino, e in particolare una variazione di specifici parametri collegati ad un aumento del rischio di tumore al colon. Al contrario, cambiare alimentazione, scegliendo una dieta ad alto contenuto di fibre, sembrerebbe comportare effetti benefici già dopo due settimane. Lo studio, condotto su un gruppo complessivo di 40 persone, è pubblicato* su *Nature Communications*.

Secondo i ricercatori, cambiamenti di questo genere all'interno della dieta comporterebbero in soli 14 giorni effetti "critici" rispetto ai fattori di rischio per il cancro del colon, una malattia che globalmente rappresenta la quarta causa di decesso tra i tumori. Lo studio ha preso in considerazione 20 volontari di origine Afro-americana e 20 volontari provenienti dal Sudafrica: dopo essersi sottoposti ad un esame endoscopico, i due gruppi hanno modificato le loro abitudini alimentari per due settimane, 'scambiandosi' le rispettive diete per due settimane; alla fine di questo periodo tutti i partecipanti hanno ripetuto l'esame endoscopico.

Prima della modifica alimentare, l'endoscopia ha mostrato che circa la metà degli Americani presentava polipi intestinali, assenti tra i partecipanti provenienti dal Sudafrica. Dopo due settimane, gli Americani mostravano una riduzione dell'infiammazione nel colon e dei marcatori associati al tumore di quest'organo, mentre nel gruppo di persone di origini sud-africane è stata osservata una variazione critica nei biomarcatori della mucosa intestinale del cancro al colon.

"Il nostro studio suggerisce che il cambiamento della dieta verso un modello marcatamente occidentale comporta variazioni del rischio di tumore al colon nella mucosa di questo organo in due settimane", ha spiegato il Professor **Jeremy Nicholson**, che ha guidato il gruppo del Department of Surgery and Cancer all'Imperial College London. "Forse, elemento ancora più importante, il passaggio da una dieta più 'occidentale' ad una dieta 'africana tradizionale', ad alto contenuto di fibre e povera di grassi, ha comportato una riduzione di questi biomarcatori del rischio di tumore al colon in due settimane: ciò indica che **probabilmente non è mai troppo tardi per cambiare la propria dieta** al fine di ridurre il rischio individuale di cancro al colon".

In particolare, prosegue l'esperto, "i risultati suggeriscono che si può ridurre notevolmente il rischio di cancro al colon consumando più fibre. Questo dato non rappresenta di per sé una novità, ma ciò che è davvero sorprendente riguarda la rapidità e l'intensità della variazione dei marcatori del rischio in

"A partire da queste misurazioni **non possiamo affermare in maniera definitiva** che il cambiamento nella dieta avrebbe portato ad un maggior numero di tumori nel gruppo proveniente dall'Africa e minore nel gruppo proveniente dall'America", prosegue Nicholson, "ma ci sono diverse evidenze scientifiche, fornite da altri studi, relative al fatto che i cambiamenti che abbiamo osservato rappresentano fattori del rischio di cancro.

Un altro cambiamento, riporta lo studio, ha riguardato determinati aspetti del microbiota umano – l'insieme dei batteri intestinali dell'individuo – e del metaboloma (l'insieme dei metaboliti, cioè di tutte le sostanze che hanno un ruolo nei processi biologici dell'organismo) noti per essere associati allo stesso rischio. In base allo studio, il cambiamento nell'alimentazione induce una variazione nelle modalità con cui i batteri intestinali modificano il metabolismo per adattarlo alla nuova dieta. In particolare, nel gruppo americano i ricercatori hanno osservato un aumento della produzione del *butirrato*, un sottoprodotto del metabolismo delle fibre che presenta importanti effetti anticancerogeni.

A tal proposito **James Kinross**, chirurgo coloretale e componente del gruppo di ricerca dell'Imperial College London, ha commentato così i risultati appena ottenuti: "questa ricerca mostra che i batteri intestinali sono essenziali nel mediare il collegamento tra la dieta e il cancro del colon. Ciò significa che possiamo pensare di sviluppare terapie mirate su tali batteri quali strategie per prevenire e trattare il cancro".

Inoltre, i risultati dello studio "sollevano seri dubbi rispetto al fatto che la progressiva 'occidentalizzazione' delle comunità africane possa portare alla comparsa del cancro al colon quale problema sanitario importante", ha dichiarato Nicholson. Tuttavia, affinché i tassi di rischio cambino sensibilmente è necessario che trascorra un lasso di tempo piuttosto lungo, spiega l'esperto. "Studi su popolazioni giapponesi emigrate alle Hawaii hanno mostrato che deve trascorrere un periodo pari ad una generazione affinché l'occidentalizzazione della dieta faccia aumentare la ridotta incidenza di cancro al colon fino ai tassi elevati osservati tra i nativi Hawaiani".

Lo studio è stato finanziato dai National Institutes of Health negli Stati Uniti e dal National Institute for Health Research Imperial Biomedical Research Centre nel Regno Unito.

Viola Rita

* Stephen J. D. O'Keefe, Jia V. Li, Leo Lahti, Junhai Ou, Franck Carbonero, Khaled Mohammed, Joram M. Pasma, James Kinross, Elaine Wahl, Elizabeth Ruder, Kishore Vippera, Vasudevan Naidoo, Lungile Mtshali, Sebastian Tims, Philippe G. B. Puylaert, James DeLany, Alyssa Krasinskas, Ann C. Benefiel, Hatem O. Kaseb, Keith Newton, Jeremy K. Nicholson, Willem M. de Vos, H. Rex Gaskins, Erwin G. Zoetendal. Fat, fibre and cancer risk in African Americans and rural Africans. *Nature Communications*, 2015; 6: 6342 DOI: 10.1038/ncomms7342

Prevenzione

Cardiologia oncologica ecco la nuova frontiera

L'iniziativa

Migliorano le aspettative di vita dei malati
ma poi bisogna fare i conti con i danni al cuore

Convention a Napoli
in programma
con gli esperti texani

Marisa La Penna

La prognosi degli ammalati di cancro è in progressivo miglioramento. In Italia sono circa 3 milioni i pazienti che vivono con una storia di cancro, mentre negli Stati Uniti tale numero sfiora i 15 milioni e si stima che nel 2022 raggiungeranno i 18 milioni.

La riduzione di mortalità cancro-correlata ha come risvolto l'emergere di patologie cardiovascolari legate anche alla tossicità dei farmaci oncologici. In particolare, grande importanza ha recentemente assunto

la cardiotossicità acuta e cronica associata ai trattamenti anti-neoplastici.

Un problema di tipo nuovo, che adesso viene affrontato con grande determinazione grazie a nuovi studi e alle nuove specializzazioni mediche in corso.

Infatti, gli ultimi dati disponibili evidenziano che nelle persone alle prese con questo problema, circa la metà muore per la patologia oncologica, ma ben 33 per cento deve poi arrendersi per gravi patologie cardiovascolari provocate dalle cure precedenti. La Cardioncologia nasce come nuova branca interdisciplinare con l'intento di prevenire e gestire le patologie cardiovascolari nel paziente oncologico.

I protagonisti di questo nuovo settore sono quindi il cardio-

logo e l'oncologo. In riferimento a tale giovane disciplina, Nicola Maurea, primario della Cardiologia del Pascale e presidente dell'Associazione Italiana di Cardioncologia (AicoO) e Michelino De Laurentiis, primario dell'Oncologia Medica Senologica del Pascale, hanno organizzato «International Workshop on Cardioncology: from research to clinical practice», previsto tra qualche mese proprio a Napoli. Tale evento si svolgerà con la sponsorship del MD Anderson Cancer Center di Houston, il più importante centro oncologico al mondo. Sarà un momento molto importante per poter fare il punto su questa nuova disciplina che è destinata ad assumere una importanza sempre più rilevante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nel sangue la "firma" del tumore

MILANO

«**S**e i fumatori non smettono di fumare dando un calcio alla prevenzione, allora non ci resta che riconoscere subito il grande assassino e bloccarlo prima che sia troppo tardi». Magari con un semplice esame del sangue. Il "grande assassino", come lo chiama l'oncologo Umberto Veronesi, è il tumore del polmone. Come batterlo? Con la diagnosi precoce che sfrutta un innovativo test del sangue, il mir-Test (da associare, in caso di positività, a tac a basso dosaggio), presentato ieri all'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano. La metodica (80% di sensibilità ma destinata presto a superare il 90%) si candida ad essere una pietra miliare nella lotta a questo tumore (prima causa di morte per cancro nel mondo). Il chirurgo Lorenzo Spaggiari, direttore del "Programma Polmone" Ieo, non esita a parlare di «rivoluzione»: fino a ieri, spiega entusiasta, «l'80% dei casi arrivavano al chirurgo in stadio avanzato, con possibilità di guarigione limitata, intorno al 20%. Oggi, con la diffusione della diagnosi precoce sempre più tumori vengono trattati in stadio iniziale, esclusivamente con la chirurgia mininvasiva, senza radioterapia, senza chemioterapia e con pro-

babilità di guarigione dell'80%». La svolta poggia sulla conferma che il test dei "miRna" (micro Rna), cioè dei marker tumorali genetici rilevabili nel sangue – le vere e proprie "firme" dei tumori – è uno strumento di screening efficace e applicabile su larga scala a tutti i fumatori o ex fumatori. Lo studio, che raccoglie le ricerche dei progetti Ieo Cosmos 1 e 2 con migliaia di soggetti arruolati, è stato sostenuto dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro e dalle Fondazioni "Monzino" e "Umberto Veronesi", troverà spazio sul prossimo numero del *Journal of the National Cancer Institute*, ed è frutto di un lavoro multidisciplinare dell'istituto milanese, guidato dal direttore della Medicina molecolare, Pier Paolo Di Fiore.

Il risparmio garantito dal nuovo esame, anche in termini di tempo e denaro è notevole: «Se oggi ci vogliono 10.000 esami Tac per diagnosticare 100 tumori – dice Fabrizio Bianchi, responsabile del laboratorio di Genomica e bioinformatica dell'Ieo – domani, facendo prima il mir-Test, saranno sufficienti 3.108 esami Tac (sulle sole persone positive) per avere lo stesso numero di diagnosi precoci».

Vito Salinaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SUFFICIENTE UN'ANALISI

Dal sangue si può scoprire il tumore al polmone

MILANO

Nei frammenti di materiale genetico come i microRNA, presenti nel sangue di una persona con cancro al polmone, c'è già la «firma molecolare» del tumore. È sufficiente un semplice esame del sangue per trovare i microRna «firmati» che indicano che è in corso un processo tumorale. Lo hanno dimostrato i ricercatori dell'Istituto Europeo di Oncologia con lo studio Cosmos II, condotto su 1115 forti fumatori o ex fumatori (tra cui 48 persone con tumore) già arruolati nel vecchio studio Cosmos voluto da Umberto Veronesi, che dal 2000 ha coinvolto 5000 soggetti e dimostrato l'efficacia della Tac spirale nella diagnosi dei tumori polmonari. La scoperta, pubblicata sul Journal of the National Cancer Institute, è di quelle che fanno storia perché, oltre che molto meno costoso di una Tac spirale, il nuovo esame, chiamato Mir-Test, è facile da eseguire: al contrario della Tac, potrebbe essere utilizzato come «screening di massa» tra i forti fumatori per avere una diagnosi precoce del tumore. Il risparmio è notevole: «Se oggi ci vogliono 10.000 Tac per diagnosticare 100 tumori - spiega Fabrizio Bianchi, Responsabile del laboratorio di Genomica e Bioinformatica dell'Ieo - domani, facendo prima il mir-Test, saranno sufficienti 3108 Tac (sui positive al Mir-Test) per avere lo stesso numero di diagnosi».



LA RICERCA/ VERONESE: CON LA DIAGNOSI PRECOCE SI GUARIRÀ DA OTTO TUMORI AI POLMONI SU DIECI

Un esame ematico per scoprire il cancro

CARLO BRAMBILLA

MILANO. Svolta epocale nella diagnosi precoce del cancro. Sarà sufficiente una semplice, economica, analisi del sangue, senza esami invasivi, complicati e costosi, per scoprire un tumore. Una nuova frontiera della ricerca che utilizza i micro-Rna, tracce genetiche rilasciate dalle cellule tumorali nel sangue, come marcatori particolarmente efficaci. Le ricerche in questo campo sono avviate da anni negli Stati Uniti, su diversi tipi di tumore, ma questa volta sono due istituti italiani ad essere all'avanguardia nella ricerca, lo Ieo, l'Istituto europeo di oncologia fondato da Umberto Veronesi, e l'Istituto nazionale dei tumori di Milano. Le nuove tecniche diagnostiche, decisamente semplici e comode per il paziente, consentiranno di realizzare screening di massa della popolazione. Riducendo la mortalità grazie alle diagnosi precoci, ma anche i costi sanitari per la collettività. Esami più approfonditi e costosi dovranno essere fatti solo a chi ne avrà effettivamente bisogno. Una realtà già concreta per il cancro del polmone, il più terribile dei big killer oncologici, la prima causa di morte per cancro nel mondo. Lo ha annunciato ieri Umberto Veronesi, illustrando un nuovo studio dello Ieo che verrà pubblicato sul prossimo numero del *Journal of the National Cancer Institute*. «Oggi il cancro del polmone è uno dei più terribili», spiega Veronesi. «Con una mortalità dell'80 per cento. Ma con la diagnosi precoce, scoprendo il tumore quando è molto piccolo, allo stadio iniziale, le percentuali si capovolgono e diventano guaribili circa l'80 per cento dei tumori. Come sappiamo bene il maggiore responsabile di questo tipo di cancro

resta il fumo delle sigarette. Ma se fino a oggi non siamo riusciti a convincere i cittadini a smettere di fumare, aiutiamoli almeno a scoprire precocemente il tumore...».

La ricerca dello Ieo, guidata da Pier Paolo Di Fiore, direttore della Medicina molecolare, ha scoperto, analizzando una popolazione di 1115 forti fumatori, arruolati nello studio Cosmos (Continuous Observation of Smoking Subjects) che i micro-Rna presentano una sorta di firma molecolare che segnala un processo tumorale iniziale nel polmone. Sono sufficienti appena 2 ml di sangue per arrivare alla diagnosi. Un altro studio analogo, finalizzato a scoprire tracce precoci della malattia, viene condotto con risultati che potranno essere integrati con quelli dello Ieo, dall'Istituto nazionale dei tumori. «Oggi la ricerca si basa sull'analisi delle quantità di 19 differenti molecole di micro-Rna presenti nel sangue - spiega Fabrizio Bianchi, responsabile del laboratorio di genomica. - Nelle cellule tumorali c'è un'alterazione dei micro-Rna. Proprio queste molecole alterate, rilasciate nel sangue, svolgono il ruolo di bio-marcatori. In futuro pensiamo che potranno essere utilizzati per lo stesso esame anche l'urina e la saliva, rendendo ancora più semplice e meno invasivo per il paziente l'esame. Non sono necessarie tecnologie complesse. E solo nei casi positivi verrà fatta una Tac di accertamento. Se oggi sono necessarie 10 mila Tac per diagnosticare 100 tumori, utilizzando i micro-Rna saranno sufficienti meno di 3100 Tac». Secondo Lorenzo Spaggiari, direttore del Programma polmone dello Ieo, una vera e propria "nuova era" nella diagnosi del cancro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La diagnosi precoce allo Ieo

Una goccia di plasma svela il tumore al polmone quando è ancora curabile

Il tumore al polmone, attualmente la prima causa di morte per cancro nel mondo, può essere disinnescato se individuato molto precocemente. Lascia una «firma» e la lascia quando ancora è molto piccolo. Anzi, più di una «firma». Si tratta di tracce genetiche, di microRna (miRna) tumorali che iniziano a circolare anche quando sono poche le cellule malate. Gli italiani sono riusciti a intercettare queste «firme» nel sangue, hanno verificato che individuarle è risposta diagnostica efficace e che una volta identificata la sorgente delle «firme» con una Tac (mirata, perché si sa che qualcosa c'è) la si elimina in modo microinvasivo. Niente chemio, niente radiazioni, tumore in stand by.

Il messaggio partito da Milano è stato subito accolto dagli Stati Uniti che cambiano le linee guida: esame del sangue come priorità diagnostica, Tac solo se si scopre la «firma». Meno costi per la sanità, più certezza di colpire il male con ampio anticipo. Uno studio dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo), pubblicato sul prossimo *Journal of the National Cancer Institute*, è il messaggio. Pietra miliare. Consente di ridurre realmente la mortalità di questo big killer che solo in Italia miete 35.000 vittime ogni anno, circa 100 al giorno. Il test dei miRna, marker tumorali genetici rilevabili da un esame del siero (come fa Ieo) o del plasma (come fa l'Istituto nazionale dei tumori di via Venezian, Milano), è efficace e applicabile su larga scala ai forti fumatori o agli ex. L'Airc e le Fondazioni Monzino e Umberto Veronesi hanno finanziato lo studio.

Il test miRna è semplice da effettuare e ha costi limitati. Gli Stati Uniti partono su questa strada così, come lo Ieo in Italia. Il team Ieo è guidato da Pier Paolo Di Fiore, direttore della Medicina molecolare: «Abbiamo analizzato la presenza dei miRna nel sangue di 1.115 forti fumatori o ex tali (studio *Cosmos, Continuous observation of smoking subjects*). E abbiamo scoperto che se è presente la «firma» dei miRna il fumatore deve sottoporsi a Tac a basse dosi, mentre se non c'è non deve fare ulteriori accertamenti fino al prelievo successivo». I miRna, peraltro, sono rilevabili non solo nel sangue. Per esempio anche nella saliva.

«Il miRna test — precisa Fabrizio Bianchi, responsabile del Laboratorio di genomica e bioinformatica — si basa sull'analisi delle quantità di 19 differenti molecole di microRna in meno di 2 millimetri di sangue. I miRna circolanti sono 200 e noi ne abbiamo identificati 13, sufficienti per un'accuratezza dell'80%». I risultati? Il chirurgo Lorenzo Spaggiari, direttore del Programma polmone, fa il punto: «Fino a ieri l'80% dei casi arrivavano al chirurgo in stadio avanzato, con possibilità di guarigione intorno al 20%. Oggi con miRna e Tac sempre più tumori vengono trattati in stadio iniziale, in modo mininvasivo, con probabilità di guarigione dell'80%. E invece di eseguire 10.000 Tac per trovare 100 tumori, con i miRna bastano 3.108 Tac per trovare 100 tumori».

Mario Pappagallo

@Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

CONVEGNO NEGLI STATI UNITI

Quei pericoli in comune per cancro, diabete e malattie cardiovascolari

Fumo, alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, consumo di alcolici e sovrappeso sono responsabili di milioni di casi delle patologie più letali al mondo

di Vera Martinella



Spesso gli specialisti che si occupano di tumori, diabete e patologie cardiovascolari si concentrano su prevenzione, diagnosi e terapia della malattia in cui sono esperti. Ma il numero di malati che soffrono di questi disturbi è in crescita continua in tutto il mondo e appaiono sempre più evidenti i legami che dimostrano un terreno comune fra le varie patologie. «Fumo, alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, consumo di alcolici e obesità sono fattori di rischio che espongono a maggiori probabilità di ammalarsi di moltissimi tumori, di diabete e di un lungo elenco di danni all'apparato cardiovascolare» ha fatto notare durante il recente congresso dell'American Association for Cancer Research (AACR) Tim Byers, direttore dell'Unità di Prevenzione Oncologica del Cancer Center della University of Colorado. Il messaggio era in particolare rivolto a ricercatori e medici, con un appello anche a tutte le persone comuni «perché si convincano che con una manciata di semplici comportamenti corretti potrebbero tenere alla larga le più frequenti e letali malattie».

I chili di troppo: un nemico pubblico mortale

L'argomento è stato oggetto di una delle principali sessioni del convegno annuale dell'AACR, conclusosi nei giorni scorsi a Philadelphia, dove sono state ricordate alcune statistiche significative: «La World Cancer Research Foundation – ha detto Byers – ha concluso che l'obesità è uno dei più importanti fattori di rischio oncologico e negli Stati Uniti causa circa il 20 per cento dei tumori che colpiscono seno, esofago, colon, rene, endometrio, pancreas e cistifellea. I chili in eccesso, però, sono anche riconosciuti come i maggiori responsabili di diabete e patologie cardiovascolari, a cui sono imputabili (secondo le stime della World Heart Federation), il 58 per cento dei casi di diabete di tipo 2 e il 21 per cento delle cardiopatie ischemiche (fra cui infarti, trombosi, aneurismi e le malattie cerebrovascolari come l'ictus)». Sovrappeso, obesità e sindrome metabolica (una condizione che comprende valori elevati di circonferenza dell'addome, ipertensione, trigliceridi e glicemia) portano a uno stato d'infiammazione cronica che scatena una serie di reazioni a catena con effetti nocivi gravi sul cuore e su tutto il nostro organismo, tanto da favorire lo sviluppo di diabete e varie forme di cancro.

Spaventosi numeri italiani

Le stime statunitensi sono sovrapponibili alla situazione italiana, dove purtroppo stando agli ultimi dati Istat più di un terzo della popolazione adulta è in sovrappeso, una persona su dieci è obesa e la metà dei bambini ha dei chili di troppo. Sono poi 3,7 milioni gli italiani con una diagnosi di diabete e, secondo la Società italiana di diabetologia, oltre 1 milione quelli che non sanno di averlo: in totale quindi la malattia metabolica colpisce 5 milioni circa di connazionali, più o meno uno su 12. Quanto ai tumori, studi alla mano, con una giusta prevenzione si sarebbero potute evitare oltre 146mila delle 365mila nuove diagnosi oncologiche registrate nel 2014 in Italia. Infine, le malattie cardiovascolari, che rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44 per cento di tutti i decessi. «Il sovrappeso è un problema dilagante in molti Paesi ed è strettamente connesso a sedentarietà e cattiva alimentazione – hanno concluso gli esperti presenti al convegno -.

Proprio come il fumo e l'eccessivo consumo di alcolici dà il via a un circolo vizioso che favorisce l'insorgenza di tumori, malattie cardiovascolari e diabete, le principali cause di morte nel mondo. I ricercatori dovrebbero studiare meglio questi legami, comprese le cause genetiche, perché confrontando e unendo le scoperte fatte nelle singole specialità (oncologia, cardiologia, diabetologia) si potrebbero ottenere risultati migliori, fare scoperte in tempi più brevi. Mentre i medici dovrebbero sempre tenere presente la rete complessa di relazioni fra le varie malattie, per curare al meglio i loro pazienti e per avere maggiori probabilità di prevenirle».



«Vaccinazioni: guardia bassa rischi per i bimbi»

Le vaccinazioni sui bambini sono in pericoloso calo. A lanciare l'allarme è il Comitato nazionale per la bioetica (Cnb), che si è appena pronunciato sulla «tendenza sempre più diffusa in Italia a dilazionare o a rifiutare le vaccinazioni obbligatorie o raccomandate dalle associazioni sanitarie», come si legge nella mozione appena redatta dall'autorevole organismo. In particolare, il Comitato ha sottolineato che i vaccini sono un diritto dei minori e che il loro interesse deve prevalere nelle decisioni dei genitori. Non solo: «La vaccinazione ha una ricaduta sulla collettività e, se non viene effettuata, può dar vita a epidemie», come spiega Lorenzo D'Avack, vicepresidente del Cnb.

I bioeticisti del Comitato tengono a ribadire che i vaccini sono uno dei trattamenti più efficaci, con un rapporto rischi-benefici particolarmente positivo e quindi con un valore sanitario ed etico molto rilevante. Negli anni, soprattutto negli Usa, dove c'è una forte polemica sull'opportunità di vaccinare o meno, si sono diffusi alcuni falsi miti negativi (si pensi all'autismo). Il risultato è che in un Paese come l'Italia, secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità, le coperture nazionali hanno raggiunto il livello più basso degli ultimi dieci anni per quasi tutte le vaccinazioni. «Questo ha portato nel 2014 a ben 1.686 casi di morbillo e a 17 casi di difterite solo in

Toscana, di cui alcuni mortali. È necessario raggiungere una copertura vaccinale del 95%» incalza D'Avack. In alcune regioni, quali il Veneto, il Piemonte, la Lombardia, l'Emilia-Romagna e in parte la Toscana, per vaccinazioni obbligatorie come quella per la difterite, la poliomielite, il tetano e l'epatite B si sta andando verso una volontà di adesione. «Queste Regioni sono a favore della "forte persuasione" – osserva D'Avack –. È fondamentale, però, che si conosca l'importanza del vaccino. Naturalmente coloro a cui viene somministrato devono essere in buona salute, i genitori possono chiedere informazioni e chiarimenti al pediatra e non ci devono essere impedimenti».

Ecce perché, in caso di situazioni di allarme e di necessità, il Comitato invita a porre in essere azioni e provvedimenti anche legislativi per raggiungere e mantenere una copertura ottimale, compresa l'obbligatorietà. Considerata la situazione, il Comitato



reputa necessario sensibilizzare le istituzioni e mobilitare medici e pediatri di famiglia, oltre a promuovere efficaci campagne d'informazione ed educazione per illustrare la rilevanza delle vaccinazioni individuali e collettive e richiamare i cittadini a scelte consapevoli e corrette nel proprio stesso interesse. «Trovo che anche le vaccinazioni "raccomandate", come per esempio quella per il morbillo, siano importanti – conclude D'Avack -. Ritengo che la distinzione con quelle obbligatorie non abbia molta ragion d'essere». Un motivo in più per vaccinarsi.

Giovanna Sciacchitano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OBESITÀ INFANTILE

IL RISCHIO DEI BIMBI IN SOVRAPPESO

Pane, pasta, pesce, frutta, verdura, extravergine e il tradizionale bicchiere di vino consumati a tavola in pasti regolari si sono dimostrati un elisir di lunga vita per gli italiani, che sinora si sono classificati tra i più longevi del mondo con una vita media di **79,8 anni per gli uomini e di 84,8 per le donne.**

Ma la situazione potrebbe modificarsi in futuro anche per colpa dell'obesità infantile che colpisce i nostri ragazzi, con quasi il 31% tra obesi e in sovrappeso.

In particolare, i bambini in sovrappeso sono il 20,9% mentre quelli obesi sono il 9,8% sulla base del campione di età compresa tra gli otto e i nove anni, presi in esame dall'indagine "Okkio alla Salute" promossa dal [ministero della Salute](#). A pesare sono le cattive abitudini con l'**8% dei bambini che salta del tutto la prima colazione** e il 31% che la fa in modo non adeguato, ma anche con la maggior parte dei ragazzi che non si muovono per nulla.

FOCUS SALUTE E BENESSERE

PIAGA SOCIALE

Diabete, dal melo un rimedio che passa attraverso il rene

Astra Zeneca lancia anche in Italia la molecola Dapagliflozin. In molti casi può sostituire le terapie insuliniche, con tutti gli effetti collaterali

Riccardo Cervelli

■ Buone notizie per chi soffre di diabete mellito di tipo 2. Novità - va precisato - che riguarda i pazienti con funzionalità renale almeno accettabile. Astra Zeneca ha introdotto anche in Italia la molecola Dapagliflozin, che combatte l'iperglicemia attraverso il rene invece che con l'insulina. Il nuovo farmaco, infatti, agisce inibendo l'effetto del co-trasportatore Sglt2, una proteina responsabile del maggior parte del riassorbimento del glucosio da parte dei reni. Tra gli altri effetti positivi, anche una perdita di peso e un abbassamento della pressione arteriosa.

«Astra Zeneca - spiega Pablo Pannella, neo presidente della filiale italiana del colosso multinazionale - è fortemente impegnata nel settore della diabetologia. Una patologia che rappresenta una vera piaga sociale e riguarda 387 milioni di persone in tutto il mondo (secondo gli ultimi dati ufficiali dell'Oms, in realtà ormai superati, ndr), di cui quattro milioni in Italia. La nostra azienda intende introdurre nei prossimi anni nuove classi di farmaci per guarire il maggior numero possibile di persone affette da diabete. Ora presentiamo una nuova classe di farmaci che agisce favorendo l'eliminazione del glucosio tramite l'urina. Ma stiamo studiando anche altre soluzioni».

«Il Dapagliflozin - sottolinea Pannella - è una risposta che ci è arri-

vata dalla natura. La nuova molecola, infatti, è simile a una sostanza che si ricava dalla corteccia dell'albero di melo». Il riferimento è alla florizina, un composto organico che già alcuni decenni fa si è tentato di utilizzare per gli scopi raggiunti oggi dal Dapagliflozin, ma che causava eccessivi effetti collaterali negativi, soprattutto a livello gastrointestinale. Il nuovo farmaco non ha tali controindicazioni, e può essere assunto per via orale in qualsiasi orario del giorno e migliora in modo significativo il tasso glicemico nel giro di poche settimane.

La promessa è quella di migliorare la qualità della vita di moltissimi malati di diabete mellito di tipo 2, che potranno - se lo specialista lo riterrà opportuno - non dover più ricorrere al trattamento con insulina per via parenterale e sottoporsi a continui controlli del tasso glicemico. Due tipi di azioni che creano disagi nella vita quotidiana, lavorativa, familiare e dilettante, che molto spesso sono alla base della decisione di abbandono delle terapie. Grazie al fatto che la nuova molecola non agisce sui meccanismi insulinici, inoltre, gli esperti assicurano che il Dapagliflozin non causa ipoglicemia, il cui continuo rischio di insorgenza costringe molti pazienti a tenere sempre con sé fonti di glucosio (bustine di zucchero, caramelle e così via).

La nuova molecola induce, dunque, una riduzione del peso

corporeo e un abbassamento della pressione arteriosa. Quali sono le possibilità che il Dapagliflozin possa essere utilizzato per obiettivi, diciamo, «estetici»? Esiste, inoltre, una controindicazione per chi già cura l'ipertensione con la classica «pastiglietta»? Quanto alla prima domanda, Giorgio Sesti, professore ordinario di Medicina interna dell'Università «Magna Grecia» di Catanzaro e presidente eletto della Società italiana di diabetologia, ammette che «in effetti qualche rischio di ricorso *off label* contro il sovrappeso c'è. Ma la riduzione di peso causata dal Dapagliflozin non è dovuta all'eliminazione di acqua, ma alla diminuzione di massa grassa. Una volta eliminato qualche chilo di grasso in più, l'effetto sulla "linea" finisce». In proposito, va ricordato che al diabete molto spesso si associa l'obesità (oltre che la depressione, per la diminuzione della qualità della vita). Quanto al pericolo di eccessiva riduzione della pressione, a causa dell'associazione di Dapagliflozin e diuretici, «è un falso allarme - conclude Sesti -. L'unica precauzione da prendere - soprattutto da parte delle persone anziane, che tendono a sentire meno la sete, è bere più acqua nelle prime settimane del trattamento». Trattamento che almeno per ora può essere prescritto solo da medici specialisti. I più titolati anche a decidere con chi iniziare fin dall'inizio la terapia con la nuova molecola o, se e quando, introdurla in pazienti già curati con altri farmaci.



UNA MALATTIA DALLE PROPORZIONI EPIDEMICHE

MONDO

387 milioni persone che convivono con il diabete
8,3% della popolazione adulta mondiale



592 milioni di persone che si prevede saranno colpite da diabete entro il 2035

529€ miliardi Quanto ha inciso il diabete sulla spesa sanitaria nel 2014

11% della spesa sanitaria totale è destinata agli adulti



Il diabete di tipo 2 rappresenta dal **85%** al **95%** di tutti i casi di diabete diagnosticati

175 milioni



di persone non sanno di convivere con il diabete

4,9 milioni +

di morti all'anno sono causati dal diabete

EUROPA

52 milioni persone colpite dal diabete nel 2014

7,9% della popolazione adulta

68,9 milioni

di persone che si prevede saranno colpite da diabete entro il 2035

114€ miliardi

Quanto ha inciso il diabete sulla spesa sanitaria nel 2013

Il diabete ha causato **537.000 morti** + tra la popolazione adulta nel 2014

Fonte: AstraZeneca

L'EGO



Pablo Panella, presidente della filiale italiana di AstraZeneca

FOCUS SALUTE E BENESSERE

L'intervista/1

Sesti: «Patologia in aumento che occorre prevenire e curare»

«In Italia i diabetici sono almeno 3,5 milioni, a cui si aggiunge quasi 1 milione di persone che convivono con il diabete senza saperlo. Si tratta di numeri in aumento, anche a causa di alcuni stili di vita tipici della società contemporanea, come le cattive abitudini alimentari e la sedentarietà. Possiamo considerare il diabete una malattia del benessere». Non usa mezzi termini Giorgio Sesti, professore ordinario di Medicina interna dell'Università «Magna Grecia» di Catanzaro e presidente eletto della Società italiana di diabetologia. «L'incidenza di questa malattia - aggiunge - è in aumento anche per l'allungamento della vita media. Il diabete, soprattutto quello di tipo 2, tende a manifestarsi più frequentemente dopo i 60-70 anni, quando l'invecchiamento dei tessuti determina, tra l'altro, una ridotta produzione di insulina e un minor consumo di energia».

Nel panorama terapeutico si è affacciata una nuova classe di farmaci, gli inibitori del co-trasportatore di sodio-glucosio 2 (Sgl2) nel rene. Perché è stato scelto questo organo come bersaglio?

«Il rene ha un ruolo di primo piano nel metabolismo del glucosio e contribuisce al mantenimento energetico dell'organismo. Nei diabetici l'azione di riassorbimento renale del glucosio non aiuta a mantenere un buon controllo metabolico. La ricerca si è quindi concentrata nel cercare di bloccare questo meccanismo, cercando di far espellere il glucosio con le urine. È come se le nuove molecole facessero "aprire il rubinetto rene", permettendo l'eliminazione dello zucchero in eccesso».

Qual è il corretto comportamento da tenere per prevenire il diabete?

«Uno stile di vita attivo e un'alimentazione sana rappresentano le migliori prevenzioni. Praticare attività fisica, non necessariamente agonistica, già da più piccoli, costituisce una buona abitudine per la prevenzione del diabete. Molta attenzione deve essere dedicata all'alimentazione, limitando il più possibile i cibi troppo grassi e calorici. La dieta mediterranea rimane la via migliore da seguire».

