



il caso

La Svizzera davanti al bivio dell'eugenetica

«**C**io che sta accadendo qui in Svizzera conferma ancora una volta la teoria del pendio scivoloso: se si comincia a scendere, poi è difficile fermarsi». Con queste parole, Marco Romano lancia un monito all'Italia: «Introducendo la diagnosi pre-impianto degli embrioni – testimonia l'europarlamentare elvetico – si pensa di risolvere dei problemi ma, in concreto, il rischio è di crearne molti altri. E ben più gravi». Ad accomunare Svizzera e Italia le imminenti decisioni su questo tema: i cittadini rossocrociati esprimeranno la loro volontà il 14 giugno, con un referendum. Il nostro Paese, invece, attende la decisione della Corte Costituzionale. Ma cos'è successo in Svizzera? «Quando il Consiglio federale (organo esecutivo del Governo, ndr) ha iniziato a discutere la proposta di legge – ricostruisce Romano – l'ipotesi era di ammettere alla diagnosi pre-impianto solo le

coppie con malattie genetiche ereditarie: 50-60 casi l'anno. Poi il dibattito parlamentare l'ha ampliata di molto: la proposta approvata consente infatti l'accesso a tutte le coppie infertili che ricorrono alla fecondazione in vitro, dunque circa 6.000 ogni anno. Così, per la natura stessa della pratica, verrà rimosso anche il divieto di crioconservazione degli embrioni».

Ma perché tutto ciò possa entrare in vigore serve una modifica della Costituzione. Nella sostanza: un referendum con doppia maggioranza, di votanti e di Cantoni. «La mia contrarietà alla diagnosi pre-impianto – scandisce Romano – non nasce da principi religiosi. Anzi, inizialmente ero abbastanza favorevole. Poi ho visitato una clinica di Lugano e ho toccato con mano la volontà di fare qualsiasi cosa permetta la tecnica, a costo di giocare con la vita, di banalizzarla». Non solo: «Un bebè rappresenta un bellissimo dono, non un diritto». La sua non è voce isolata. Pur tra visioni a volte dissonanti, le associazioni dei disabili concordano su un punto: la legge approvata non va bene. Per Caroline



Hess Klein, dell'organizzazione «Integrazione handicap», «così facendo sarà la società a decidere quale vita sia degna di essere vissuta e quale no».

Alla stessa sfida è chiamata l'Italia. Da noi, in base alle contestatissime "linee guida Turco" alla legge 40, tutti coloro che accedono alla provetta potrebbero effettuare sui concepiti la diagnosi pre-impianto, ma la fecondazione in vitro è riservata solo a chi non è in grado di generare e non anche a chi, pur potendolo fare, soffre di malattie genetiche trasmissibili per via ereditaria. È lecita questa pratica? Se la Corte Costituzionale risponderà in modo negativo, il "pendio scivoloso" che in Svizzera è già realtà potrebbe innescarsi anche in Italia. E a quel punto basterebbe alterare nel tempo il concetto di "malattia", per poter lecitamente scartare persino embrioni che si pensa possano sviluppare tratti somatici non ritenuti perfetti. La decisione di oggi potrebbe introdurre l'eugenetica di domani.

Marcello Palmieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fecondazione eterologa, paga il servizio regionale

Anche la fecondazione assistita eterologa va a carico del servizio sanitario regionale. Stop cautelare in Lombardia: non c'è ragione di fare distinzioni con l'ipotesi omologa di procreazione. Irreparabile il rischio dell'impossibilità di non accedere alle tecniche.

Ticket da pagare. Anche la procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo deve essere a carico del servizio sanitario regionale. Accolta in Lombardia la sospensiva chiesta da un'associazione: non c'è ragione distinguere il trattamento sul piano economico rispetto all'ipotesi di fecondazione assistita di tipo omologo. Lo stabilisce il Consiglio di Stato con l'ordinanza 1486/145, pubblicata dalla terza sezione.

Evidente disparità. La parola torna al Tar per l'udienza di merito. A finire nel mirino sono le delibere della Giunta regionale, fra cui quella che individua le tariffe transitorie di riferimento per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita: in Lombardia la Pma omologa è a totale carico del servizio sanitario regionale, salvo il pagamento del ticket. Il fatto che all'ipotesi eterologa sia riservato un diverso trattamento sotto il profilo economico pare un'evidente disparità perché è in gioco il diritto alla salute. Ed è grave e irreparabile il rischio di non poter accedere alle tecniche di fecondazione per motivi economici. Se gli interessati dovessero aspettare i tempi del giudizio di merito, infatti, rischierebbero di uscire dall'età potenzialmente fertile e, dunque, non potrebbero più avere gli agognati figli. Il Tar Lombardia aveva negato la sospensiva sul rilievo che è comunque possibile accedere alle tecniche Pma, per quanto a pagamento, escludendo che si configurasse un pericolo irreparabile. Non resta che attendere gli sviluppi della causa.

Dario Ferrara



Il cancro non è più un nemico imbattibile

In sei casi su dieci il paziente guarisce. Cresce la sopravvivenza
Restano criticità: la scarsa prevenzione e lo spreco di risorse

LO STATO DELL'ONCOLOGIA

MANUELA CORRERA

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. 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 programmi di screening è ancora insufficiente soprattutto al

Sud, ed 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: «Il passo avanti - spiega Pinto - è rappresentato in oncologia dalla medicina personalizzata e dalle terapie mirate che agiscono solo sulle cellule malate preservando quelle sane, cui si aggiunge una nuova importante arma nel trattamento della patologia neoplastica rappresentata dall'immunoterapia, che riattiva il sistema immunitario contro il tumore». Per questo, è la richiesta del presidente degli oncologi, «è necessario avere un Fondo unico nazionale per i farmaci innovativi oncologici in arrivo a breve, a partire dai nuovi medicinali immunononologici, superando - conclude - le criticità legate ai prontuari regionali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Uso frequente e prolungato di aspirina riduce il rischio di tumore cervicale



06 maggio 2015

L'uso frequente e a lungo termine di aspirina sembra associato a una riduzione significativa del rischio di tumore cervicale, secondo uno studio condotto dai ricercatori del Roswell Park Cancer Institute, pubblicato sul Journal of Lower Genital Tract Disease.

In particolare, dallo studio è emerso che l'uso di aspirina è associato a una riduzione del rischio di tumore cervicale pari al 47% tra le persone che la utilizzano frequentemente, indipendentemente dalla durata e del 41% tra le persone che la utilizzano per lunghi periodi, ovvero per più di 5 anni di uso frequente. Nello studio, l'uso di acetaminofene non ha dato gli stessi risultati e il farmaco non è risultato essere associato alla riduzione del rischio di tumore cervicale.

“L'uso di aspirina rimane un'opzione interessante e attrattiva per la prevenzione dei tumori, anche perché molte persone preferiscono prendere un farmaco piuttosto che modificare il proprio stile di vita, come ridurre o eliminare il fumo, mangiare sano o fare attività fisica”, spiegano gli autori. “Comunque, l'uso di aspirina dovrebbe sempre essere consigliato dal medico e non iniziato spontaneamente, anche perché se non assunto in modo adeguato, il farmaco può essere associato a effetti collaterali”.

Per lo studio, gli esperti hanno analizzato 328 pazienti con tumore cervicale e 1.312 controlli di età simile, arruolati in uno studio caso controllo e che avevano partecipato a una ricerca del Roswell Park Cancer Institute che aveva arruolato complessivamente 26.831. Dal 1982 al 1998 le pazienti sono state sottoposte a un questionario sulla frequenza e sulla durata d'uso di aspirina e/o acetaminofene.

“Sono necessarie ulteriori ricerche, spiegano gli autori, sull'uso frequente e a lungo termine dell'aspirina e dell'acetaminofene come agenti preventivi per il tumore cervicale, ma i risultati del nostro studio sono incoraggianti”.

Secondo l'American Cancer Society, saranno diagnosticati nel 2015 12.900 nuovi casi di tumore cervicale e 4.100 donne moriranno per questa patologia. L'identificazione di nuove soluzioni per la prevenzione di questa patologia sono quindi molto importanti e questo studio ha dato primi risultati in questo senso.

Kirsten Moysich et al., Aspirin and Acetaminophen Use and the Risk of Cervical Cancer.

Journal of Lower Genital Tract Disease., doi: 10.1097/LGT.0000000000000104

http://journals.lww.com/jlgt/Abstract/publishahead/Aspirin_and_Acetaminophen_Use_and_the_Risk_of.99687.aspx

[chiudi questa finestra]

<http://salute24.ilsole24ore.com/>

Cancro ovarico: allo studio test del sangue per la diagnosi precoce

Sarebbe in grado di rilevare in anticipo l'86% delle neoplasie rispetto alle usuali tempistiche

Un normale esame del sangue per diagnosticare in anticipo la presenza del cancro all'ovaio. Il test, messo a punto da un gruppo di ricercatori britannici dell'University College di Londra e di cui si legge sul *Journal of Clinical Oncology*, sarebbe in grado di rilevare l'86% dei tumori ovarici in anticipo rispetto alle usuali tempistiche di diagnosi: un bel passo in avanti nella lotta contro questa neoplasia che, purtroppo, è nota per venire diagnosticata nella maggior parte dei casi quando è ormai in fase avanzata poiché i sintomi che la caratterizzano - dolori addominali, gonfiore persistente e difficoltà nel mangiare - sono comuni ad altre patologie e quindi non direttamente indicativi della presenza del tumore.

Lo studio, durato 14 anni, ha visto la partecipazione di oltre 46 mila donne britanniche in post menopausa con più di 50 anni. I tumori ovarici, spiegano i ricercatori, hanno la caratteristica di produrre e riversare nel sangue degli organismi ospite una sostanza chimica chiamata CA125, già utilizzata come marcatore per individuare la presenza del tumore nei pazienti che presentano i sintomi della neoplasia. Il team di ricercatori ha così monitorato i cambiamenti nei livelli di CA125 nel corso del tempo invitando a sottoporsi a un'ecografia tutte le donne nelle quali venivano rilevati aumenti eccessivi di CA125: ed è proprio attraverso questa procedura che sono riusciti a diagnosticare in anticipo l'86% dei casi di tumore all'ovaio che si sono poi sviluppati nei mesi a seguire. "Ciò che siamo riusciti a fare è molto bello - spiega Usha Menon, dell'University College di Londra - ma la verità sta nel fatto che non sappiamo ancora se abbiamo salvato delle vite umane. Speriamo di sì". I risultati sulla mortalità saranno disponibili a partire dal prossimo autunno.

07-05-2015

<http://www.notiziarioitaliano.it>

Stare al sole, possibile arma contro cancro pancreas

Stare al sole potrebbe essere un'arma efficace per proteggersi da una delle forme di cancro più difficili da combattere, quello del pancreas. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di questo cancro potrebbe infatti esservi un basso livello di vitamina D, di cui proprio il sole promuove una maggiore produzione nel nostro organismo (e che si trova anche in alcuni alimenti come ad esempio le uova e i funghi), tanto che nei Paesi con la minor quantità di luce solare i tassi di cancro risultano più alti. E' quanto emerge da uno studio della University of California San Diego School of Medicine pubblicato sulla rivista *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. Gli studiosi hanno esaminato 107 Paesi, prendendo in considerazione nell'analisi dei tassi di sviluppo di cancro al pancreas anche altri fattori fondamentali, come il consumo di alcol, il fumo e il tasso di obesità. "Anche prendendo in conto questi fattori di rischio, restava forte questa correlazione tra minore luce solare e sviluppo di questi livelli di cancro" spiega il professor Cedric Garland, autore dello studio. "Le persone che vivono nei Paesi soleggiati vicino all'equatore hanno solo un sesto del tasso di incidenza di cancro al pancreas" aggiunge, concludendo che "l'importanza della carenza di luce solare suggerisce fortemente (ma non prova) che la carenza di vitamina D può contribuire al rischio di cancro al pancreas". Il tumore al pancreas è un 'big killer' silenzioso: secondo alcuni dati diffusi dall'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) ogni anno in Italia colpisce circa 12.700 persone, la maggior parte delle quali tra i 60 e gli 80 anni, circa il 3% di tutte le nuove neoplasie diagnosticate ed è un nemico insidioso, perché in fase precoce i sintomi possono essere non molto evidenti e piuttosto vaghi. Le cellule tumorali pancreatiche sono particolarmente resistenti ai farmaci, che non riescono a bloccarne lo sviluppo, ma solo a rallentarne in modo estremamente limitato la crescita. Segnali chiari compaiono quando hanno ormai iniziato a diffondersi agli organi circostanti o hanno bloccato i dotti biliari. Si tratta di una delle neoplasie a prognosi più sfavorevole: solo il 7% degli uomini e il 9% delle donne risultano vivi a 5 anni, anche se alcune terapie basate sulle nanotecnologie possono migliorare seppur di poco la sopravvivenza. I fattori di rischio per lo sviluppo della malattia includono il fumo di sigaretta, l'obesità, la scarsa attività fisica e alcune patologie pregresse, come ad esempio il diabete mellito o la pancreatite cronica.

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

Tumore all'ovaio? Le italiane ne sanno pochissimo, ma è letale

Sopravvive in media il 45 per cento delle malate, perché la diagnosi viene fatta tardi. Ma esistono test genetici e sintomi a cui fare attenzione

di Vera Martinella



Nonostante la sua aggressività e alta mortalità, il tumore ovarico è conosciuto soltanto da meno di un'italiana su tre, solo il 20 per cento lo considera molto pericoloso, soltanto una donna su cinque ne sa riconoscere le prime avvisaglie e la maggioranza delle connazionali non attribuisce sufficiente importanza alla diagnosi tempestiva che oggi è l'unica arma a disposizione per combattere la malattia con buone possibilità di guarigione (90 per cento contro il solo 25 per cento se il cancro è diagnosticato in stadio avanzato). Poiché attualmente, infatti, non esistono strumenti di prevenzione (come il pap test per il tumore all'utero) o di diagnosi precoce (come la mammografia per quello al seno) la conoscenza della malattia e dei suoi sintomi è la migliore strategia per evitare diagnosi tardive quando ormai le possibilità di cura sono molto limitate. E' quanto emerge da una ricerca condotta da Doxapharma per conto dell'associazione Alleanza contro il Tumore Ovarico in occasione della Giornata Mondiale sul Tumore Ovarico, che si celebra venerdì 8 maggio.

Il tumore che ha spaventato Angelina Jolie

«Gli oncologi definiscono il carcinoma ovarico un “killer silenzioso” perché cresce in fretta e non dà sintomi a lungo, così nella stragrande maggioranza dei casi si arriva tardi alla diagnosi, quando è già metastatico - spiega Nicoletta Colombo, direttore della Ginecologia Oncologica Medica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano - . Il tumore all'ovaio è purtroppo ancora fra le neoplasie femminili più letali, temibili e aggressive. In Italia sono circa 4.500 i nuovi casi ogni anno e la sopravvivenza media delle pazienti si aggira intorno al 45 per cento». Comprensibile, quindi, che l'attrice Angelina Jolie abbia deciso di farsi asportare le ovaie per prevenire la malattia che ha ucciso sua madre. Tanto più che lei era esposta a un rischio molto più elevato di svilupparla, essendo portatrice di mutazioni del Dna (quelle dei geni Brca) che predispongono all'insorgenza di questa forma di cancro. «Nel caso poi ci si ritrovi di fronte a questa neoplasia è fondamentale rivolgersi a centri specializzati - continua Francesco Raspagliesi, direttore della Ginecologia Oncologica all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano -: si inizia con la chirurgia, con l'obiettivo di asportare tutto il tumore possibile e pulire tutti gli organi coinvolti. Poi c'è la chemioterapia, ma delle pazienti che rispondono ai farmaci circa il 70

per cento va purtroppo incontro a una recidiva e dev'essere sottoposta a ulteriori cicli di cure».

Oltre 7 italiane su 10 non conoscono i test genetici di prevenzione

Stando all'indagine presentata nei giorni scorsi a Milano, però, il 76 per cento delle donne italiane non conosce i nuovi test genetici che stanno aprendo scenari fino a pochi anni fa impensabili per la prevenzione, la diagnosi e la cura di questo tumore. «E' la neoplasia femminile meno conosciuta, più letale e più sottostimata dalle donne - dice Nicoletta Cerana, presidente di Acto onlus -. La Giornata Mondiale sul tumore ovarico nasce proprio per farne parlare e per informare soprattutto sulle novità in tema di prevenzione e cura che, grazie alla genetica, stanno finalmente arrivando dopo circa 30 anni in cui non si avevano progressi significativi. Solo il 24 per cento delle intervistate ne conosce l'esistenza perché ha più informazioni sulla malattia ottenute tramite il ginecologo, l'esperienza di parenti, amici o conoscenti o tramite riviste e pubblicazioni varie. Ma la quasi totalità delle donne (94 per cento) si sottoporrebbe a test genetico in caso di rischio».

Alcuni sintomi devono insospettire

A distanza di quattro anni dall'ultima ricerca il carcinoma ovarico si conferma come quello meno citato tra i tumori femminili rispetto al tumore al seno e all'utero: lo cita spontaneamente solo il 31 per cento delle donne interrogate, ma rispetto all'indagine 2011 migliora la capacità di distinguerlo dal tumore dell'utero: «E' però percepito come meno pericoloso e con la mortalità più bassa nel confronto con le altre due forme di cancro - continua Cerana -. Sebbene il tumore ovarico abbia un tasso di sopravvivenza molto più basso rispetto al cancro del seno (45 contro 89 per cento), quest'ultimo continua ad essere avvertito come il più rischioso probabilmente in virtù della maggiore diffusione della neoplasia e della maggiore attenzione mediatica che le viene riservata». La scarsa conoscenza delle italiane è un grave problema soprattutto per la diagnosi precoce: «Dolori e gonfiore addominale, stitichezza o difficoltà digestive non vanno trascurati - aggiunge Colombo-: sebbene molto vaghi, devono destare preoccupazione se perdurano per settimane e, soprattutto, se non sono mai stati presenti. Particolare attenzione è poi richiesta alle donne con una familiarità (ovvero con madri, sorelle, nonne che hanno avuto un tumore ovarico), più a rischio di ammalarsi. In questi casi basta rivolgersi subito al ginecologo che deciderà gli accertamenti da fare».

La Giornata

In occasione dell'Ovarian Cancer Day tutte le donne del mondo sono invitate a partecipare alla campagna *Legami indissolubili* inviando sul sito www.ovariancancerday.org foto e messaggi di solidarietà a sostegno delle migliaia di donne colpite da questa neoplasia. Tutte le donne che sottoscriveranno la petizione sul sito www.ovariancancerday.org/pledge l'8 maggio riceveranno una e-card con informazioni sui sintomi e sui fattori di rischio della malattia. Inoltre, per approfondire il tema delle mutazioni genetiche nel tumore ovarico Acto onlus l'8 maggio organizza presso l'Istituto Mario Negri di Milano un incontro aperto al pubblico dedicato ai test BRCA che si stanno rivelando molto importanti ai fini della prevenzione e della terapia in quanto il 15-25 per cento dei tumori ovarici sierosi ad alto grado sono causati dalla mutazione dei geni BRCA. Sempre l'8 e 9 maggio a Roma il Policlinico Gemelli organizza, sotto la direzione di Giovanni Scambia, l'incontro scientifico *Ovarian Cancer Day: toward individualized treatment* e inaugura una nuova unità day hospital dedicata al tumore ovarico durante la quale sarà annunciata la nascita di Acto Roma, la nuova associazione pazienti presieduta da Maria Pia Sette che si unisce alla rete Acto onlus. L'8 e 9 maggio a Napoli Stefano Greggi coordina *Uniti contro il tumore ovarico*, una due giorni organizzata dall'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione Pascale.

TUMORE DELLA PELLE. UN NEMICO SUBDOLO

Sole amico, ma attenti al melanoma

Primi caldi africani, voglia di mare e sole, naturalmente, di una bella abbronzatura. Attenzione però, a un nemico preso in scarsa considerazione: è il melanoma, "tumore della pelle subdolo e aggressivo". Ha un'incidenza più che raddoppiata negli ultimi 30 anni, oltre 100.000 persone in Italia colpite e 10.000 nuovi casi ogni anno. L'età media dei pazienti è di soli 50 anni e il 20% dei casi viene riscontrato in soggetti tra 15 e 39 anni. Alto, purtroppo, il tasso di mortalità (20% dei casi) perché spesso viene diagnosticato in fase avanzata o metastatica.

Per accendere i riflettori sul rischio di questa forma di cancro e sull'importanza di una corretta esposizione al sole, parte oggi la campagna nazionale "Il Sole per amico", promossa dall'Intergruppo Melanoma Italiano, con il patrocinio del [Ministero della Salute](#) e dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica. Nata sulle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, che raccomanda campagne di comunicazione per informare i giovani sui danni prodotti dall'eccessiva esposizione solare e artificiale, la campagna si articola in due fasi ed elenca 10 regole d'oro. «È importante esporsi gradualmente al sole - spiega Ignazio Stanganelli, Responsabile del Centro clinico-sperimentale di Oncologia dermatologica dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori - cominciando con 45-50 minuti il primo giorno e aumentando, via via, il tempo fino ad ottenere in 15-20

giorni un'abbronzatura uniforme e duratura». Tra i suggerimenti anche quello di ridurre l'esposizione tra le 11 e le 15 e utilizzare indumenti, un cappellino e proteggersi con creme. «I bambini - spiega Stanganelli - devono essere assolutamente protetti dalle scottature e va evitata l'esposizione diretta dei neonati fino a 1 anno».

Sostenitrice della campagna di prevenzione anche il [ministro della salute Beatrice Lorenzin](#) che spiega: «Sono fermamente convinta che il melanoma sia una tipologia di tumore che può essere contrastata attraverso un'efficace azione di prevenzione - afferma il Ministro - per questa ragione diventa ancora più importante, grazie ad iniziative come quella avviata da Imi, innalzare il livello di attenzione della popolazione, diffondendo nell'ambito della stessa la cultura della prevenzione e, soprattutto, informando il maggior numero di persone possibile sull'importanza degli screening diagnostici al fine di limitare l'insorgenza dei tumori e di combattere gli effetti potenzialmente devastanti».

La campagna prevede inoltre uno spot interpretato da Licia Colò, attività d'informazione nelle stazioni di Roma e Milano a giugno e nelle località della Riviera Adriatica nei weekend di luglio, un sito web e una pagina Facebook. In autunno proseguirà nelle scuole elementari con attività educative che coinvolgeranno ragazzi, insegnanti e famiglie.

RIPRODUZIONE RISERVATA



ABBRONZATURA NUOVI FARMACI E I CONSIGLI DEGLI ESPERTI: MEGLIO UN'ESPOSIZIONE GRADUALE AL SOLE

I pericoli delle lampade solari pelle più vecchia e tumori

● Occhio a lampade e lettini solari: venti minuti di «sole artificiale» - dice il prof. Ignazio Stanganelli, intergruppo melanoma - corrispondono ad una giornata di solleone. «Le radiazioni ultraviolette (UV) artificiali sono cancerogeni completi di tumori maligni della pelle come il melanoma, temibile pur se i nuovi farmaci a bersaglio molecolare e l'anticorpo monoclonale migliorino molto i successi della cura».

Precauzione è osservare le prescrizioni di legge. «L'uso è vietato - dice Stanganelli - ai più vulnerabili: under 18 anni, gestanti, chi ha già avuto un tumore maligno della pelle o che ha pelle chiara. Sconsigliato a chi abbia elevato numero di nei, molte lentiggini, storia personale di frequenti ustioni solari durante l'infanzia e l'adolescenza e chi assume farmaci i cui principi attivi provocano fotosensibilità. Restrizioni necessarie perché gli UV causano danni a breve termine (eritema, arrossamento cutaneo con prurito o bruciore) e, dopo molti anni, invecchiamento precoce della pelle, induzione di tumori cutanei. «Utilizzare UV artificiali prima dei 35 anni di età aumenta molto il rischio di sviluppare tumori della pelle nel corso della vita».

«Il sole è grande amico, se sappiamo prenderlo». Dunque, esporsi gradualmente iniziando con 45 minuti il primo giorno ed aumentando progressivamente fino a ottenere, in 15-20 giorni, abbronzatura uniforme e duratura. Non esporsi tra le 11 e le 15 e utilizzare

creme fotoprotettive, adeguate al fototipo e dotate di filtri per UVA e UVB in dosi adeguate e ogni 2-3 ore. Sempre consigliabili indumenti, cappellino, occhiali da sole con filtro UV 100%. Si protegga il bambino da scottature; no ad esposizione diretta fino a 1 anno di età. Più attenzioni per chi ha fototipo chiaro, più predisposto al rischio di melanoma.

«Si esacerba il rischio melanoma (10.000 casi/anno in Italia), tumore che non trattato - dice la dr Paola Queirolo (Istituto tumori, Genova) - è fatale. Esso origina dai melanociti dell'epidermide o anche di mucose ed occhio, deputati a difesa della pelle, abbronzatura e formazione dei nei (o nei)».

Diagnosi precoce e terapia adeguata sono vincenti. Nuove terapie a bersaglio molecolare inibiscono mutazioni geniche del tumore. Novità sono gli anticorpi immunomodulanti. In fase avanzata di sperimentazione l'anticorpo monoclonale, pembrolizumab, che dimostra efficacia superiore ai precedenti in termini di sopravvivenza e risposte obiettive non solo per il melanoma ma anche per tumore di polmone, mesotelioma ed altri 30 tipi di patologie oncologiche.

«La campagna per la prevenzione (madrina Licia Colò) - dice P. Antonelli, presidente e ad MSD - sovvenziona 9 borse di studio, fa educazione nelle scuole elementari ed è su www.ilsoleperamico.it e www.facebook.it/ilsoleperamico.

Nicola Simonetti



Un acceleratore di particelle anti-cancro

È il sincrotrone del Centro nazionale di adroterapia di Pavia. Luogo di eccellenza per casi difficili da curare.

Per la prima volta in Italia si può intervenire contro i tumori inoperabili del pancreas, applicando i principi della fisica delle particelle. Accade a Pavia, al Cnao, il Centro nazionale di adroterapia oncologica, dove vengono curati pazienti con tipologie di tumore che non rispondono a chemio o radioterapia.

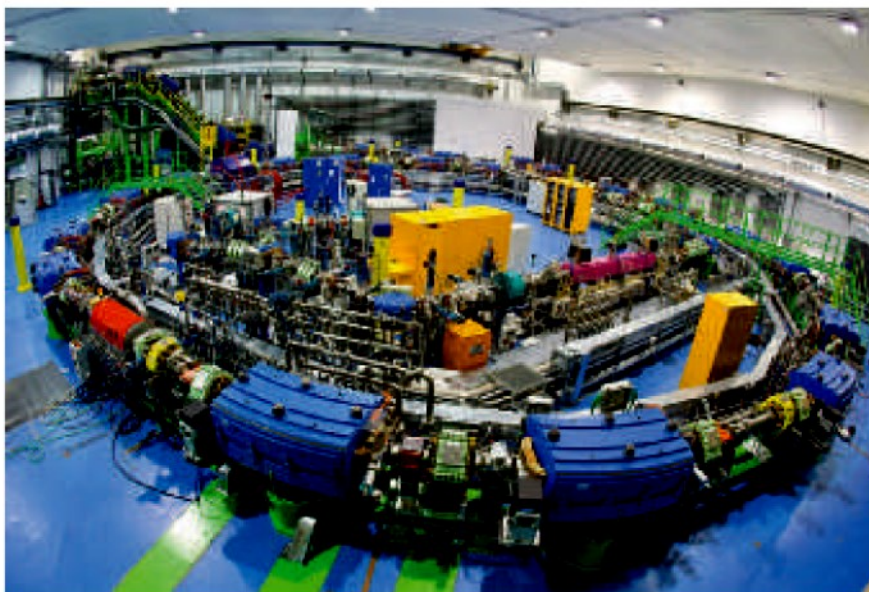
Il cuore del Cnao è un sincrotrone: un acceleratore di particelle simile a quello del Cern ma molto più piccolo (ha un diametro di 25 metri) che permette di «sparare» fasci di ioni di carbonio e protoni per colpire con estrema precisione le cellule cancerose. La novità, rispetto ai 430 casi di neoplasie trattate fino a oggi, è la possibilità di utilizzare l'adroterapia

anche contro i tumori «mobili», come quello al pancreas, appunto, o al fegato, organi che si muovono quando il paziente respira (la respirazione può spostare il «bersaglio» di 40 millimetri).

Grazie a uno speciale software, messo a punto insieme al Politecnico di Milano, i medici possono sincronizzare il movimento del paziente con quello del fascio di adroni, colpendo le cellule malate e risparmiando i tessuti sani.

Un luogo di eccellenza che, nei prossimi anni, punta a curare 1.500 pazienti l'anno. Nonostante i suoi protocolli di intervento siano riconosciuti dal [Ministero della Salute](#) e inseriti nei Lea (Livelli essenziali di assistenza), per ora solo i servizi sanitari di Lombardia ed Emilia Romagna riconoscono questo trattamento nel loro tariffario.

Andrebbe invece sostenuto e potenziato, anche perché di centri come questo ne esistono solo altri tre al mondo, in Germania, Cina e Giappone. E nessuno negli Stati Uniti. *(Peter D'Angelo)*



L'acceleratore di particelle di Pavia «spara» fasci di protoni e ioni di carbonio contro le cellule cancerose.



Claudio Ronco

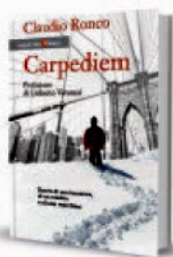
«Così il mio robot salva i neonati»

**IL MEDICO VICENTINO HA INVENTATO LA PRIMA
MACCHINA SALVAVITA MINIATURIZZATA PER
LE DIALISI NEONATALI. E HA ANCHE ALTRI PROGETTI**

di Alberto Laggia - foto di Alberto Bevilacqua

IN LIBRERIA

Qui a fianco: la copertina del libro scritto dal professor Claudio Ronco, pubblicato da Angelo Colla Editore (pagg. 256, euro 16,50).



«HO REALIZZATO UN SOGNO CHE ERA ANCHE DI MIO PADRE: ESSERE MEDICO FINO IN FONDO, PROPRIO COM'ERA LUI, MA ANCHE SVILUPPARE LA RICERCA»

Fine agosto del 2013, all'Ospedale San Bortolo di Vicenza scatta un'emergenza pediatrica: la piccola Lisa" (nome di fantasia), appena nata, sta già lottando tra la vita e la morte. Uno shock emorragico sopravvenuto durante il parto le scatena una gravissima insufficienza renale. I pediatri la danno per spacciata. A parecchie centinaia di chilometri di distanza, nell'auditorium gremito della Semmelweis University di Budapest, il professor **Claudio Ronco**, direttore del Dipartimento di Nefrologia, dialisi e trapianto renale dell'ospedale vicentino, sta per prendere la parola a un congresso internazionale. Squilla il cellulare. È il reparto: «Dottore, che facciamo? Il caso è davvero critico, bisogna intervenire subito, altrimenti...», lo allertano i suoi medici. La dialisi tradizionale non è utilizzabile su una bimba di neanche tre chili. Se non si interviene, morirà.

CINQUE ANNI DI TEST. Che fare? Il primario decide in pochi secondi e richiama Vicenza: «Usate Carpediem», ordina, senza esitazione. Che razza di diavoleria può chiamarsi con un nome così poco scientifico? Al reparto, però, lo sanno bene e scoppia l'agitazione. Carpediem: così è stata battezzata la prima macchina salvavita miniaturizzata per le dialisi neonatali. Un piccolo robot prototipo, unico al mondo, ideato dal professor Ronco, frutto di una sua intuizione. Una macchina messa

a punto, in cinque lunghi anni di test, da un'équipe interdisciplinare voluta dallo stesso medico, per intervenire sulle rare, gravissime insufficienze renali dei neonati. «E il destino ha voluto che il primo paziente a sperimentarla fosse una bimba del mio ospedale», commenta.

Alla fine Lisa è stata salvata. Grazie a Carpediem e all'équipe di Nefrologia del San Bortolo. La storia, raccontata come in un romanzo in cui s'intreccia la vita di un medico e un caso degno di uno di migliori episodi dei telefilm della serie *E.R.*, ovviamente a lieto fine, la si trova nel libro che porta lo stesso nome della macchina: *Carpediem*. A scriverlo non poteva che essere il suo inventore.

Ma chi è Claudio Ronco? Sessantatquattro anni, asiaghese, figlio di un bravo medico condotto, dice: «Io? Sono un grande giocatore di hockey mancato». Che diventa, invece, un luminaire della nefrologia, con un curriculum stellare: direzione del Laboratorio di ricerca renale al Beth Israel Medical Center di New York; cattedre alla University of Virginia negli Stati Uniti e all'Università Fudan di Shanghai, in Cina. Un medico-scienziato italiano che tutto il mondo c'invidia, tant'è vero che nel 2014 la Johns Hopkins University lo nomina ricercatore numero uno mondiale nel settore delle malattie renali.

«In questi anni ho realizzato un sogno che è mio, ma era anche quello di mio padre: essere medico fino in fondo, proprio com'era lui, ma anche



APPARECCHIO SALVAVITA

In questa foto: il professor Claudio Ronco con la macchina "Carpediem" da lui inventata e uno degli ingegneri che compongono il suo staff.

sviluppare la ricerca», spiega Claudio Ronco senza disconoscere i debiti di riconoscenza nei confronti del genitore. Non si arriva, in effetti, alla progettazione di una macchina del genere senza pensare a sviluppare la ricerca e la formazione.

Per far questo Ronco s'è inventato quello che ora viene chiamato il "metodo Vicenza": accanto, anzi al piano superiore dell'ospedale, rispetto al reparto medico, ha infatti aperto nel



2012 l'Irriv, l'Istituto internazionale di ricerche renali di Vicenza, di cui è direttore scientifico, e nel quale oltre a progettare nuove tecnologie per combattere le malattie renali, si formano giovani medici che sappiano opportunamente utilizzarle.

«Qui si fa la ricerca dentro l'assistenza. Da qui sono già passati 110 tra medici, tecnici, ingegneri e ricercatori, l'80 per cento dei quali stranieri, con un'età media di 24 anni. Saranno loro a portare in giro per il mondo le nuove scoperte, Carpediem in primis. E ora vogliamo applicare le nanotecnologie alla dialisi», afferma con orgoglio il medico vicentino. Un sistema d'eccellenza che viene studiato e imitato già in parecchi Paesi.

Eppure, è la sua amara constatazione, la burocrazia nella sanità ita-

IL LIBRO

UN VORTICE DI VITA E DI SPERANZA

Tre storie in una: quella di Lisa, quella del professore e quella della sua macchina. Titolo: *Carpediem* (Angelo Colla Editore), proprio dal nome della tecnologia messa a punto dal nefrologo vicentino che è anche l'autore del testo. Scrive nell'introduzione Umberto Veronesi: «L'incredibile esperienza umana e professionale di un caso clinico irrisolvibile, e per questo oggetto di sfida medica e scientifica, si dipana in un susseguirsi di colpi di scena e in un vortice di speranza e di vita».

«PER UN DIRETTORE MEDICO DI NEW YORK IL TEMPO IMPIEGATO NELLE PRATICHE BUCROCRATICHE EQUIVARRÀ AL 5% DEL SUO IMPEGNO. IN ITALIA SUPERA IL 90»

liana fa di tutto per frenare la volontà di perseguire questa strada. «Per farle capire: per un direttore medico di New York il tempo impiegato nelle pratiche burocratiche equivarrà, forse, al 5 per cento del suo impegno totale. In Italia? Supera addirittura il 90%. Lavorare nel pubblico significa, se si vuole far bene, essere dei volontari. I miei collaboratori accumulano oltre 500 ore di straordinario l'anno». E lancia l'appello: «Vorrei avere a disposizione il premier Renzi per soli cinque minuti. Basterebbero per fargli capire dove dovrebbe andare la sanità».

IL RICHIAMO DEL DENARO. Le tentazioni di scappare dal suo Paese sono state molte in questi anni, ammette. «E anche molto concrete. Sirene con cifre a parecchi zeri».

Poi, però, basta un caso come quello della piccola Lisa per fargli dimenticare tutte le amarezze. «Sono tornato a capire perché sono un medico: quel sorriso di Lisa, dopo la cura, vale quarant'anni di carriera, glielo garantisco». È come se anche il professor Ronco avesse «colto l'attimo», per dirla con il tanto amato motto oraziano.

E infatti è già tutto proiettato verso la sua prossima sfida: quella che lui chiama la «dialisi indossabile», cioè la costruzione di un corpetto che contenga un apparecchio miniaturizzato per la dialisi così leggero da potere essere trasportato come un semplice abito, ma che salva la vita e, assieme, la sua qualità. E scommettiamo che... ●



«La mia vita contro aborti e sterilizzazioni in Cina»

di Giulia Mazza

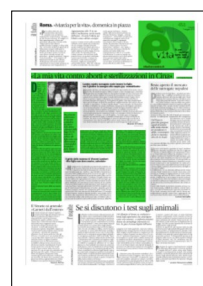
Da avvocata californiana di successo a paladina dei diritti delle donne calpestati dalla legge che ha imposto la politica del figlio unico con effetti umani e demografici devastanti: parla Reggie Littlejohn

Dal 1979 in Cina, come noto, è in vigore la "legge sul figlio unico", che obbliga le coppie nelle città ad avere un solo figlio e quelle nelle campagne (o appartenenti ad alcune minoranze etniche) ad averne un massimo di due se la prima è femmi-

na. Chi ha più figli è colpito da tasse molto alte o è costretto a subire sterilizzazioni e aborti. Modifiche alla legge permettono dal 2013 alle coppie in cui uno dei due partner sia già figlio unico di avere due figli. Tuttavia, l'applicazione resta in mano alle autorità locali, e questo allentamento non ha significato affatto la fine della "pianificazione familiare". Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, dal 1980 a oggi mancano in Cina almeno 40 milioni di bambine. E per i demografi, dal 2025 la forza lavoro diminuirà di 10 milioni l'anno.

Reggie Littlejohn è un avvocato di successo di San Francisco, specializzata in diritto commerciale. Scoperti gli effetti che la legge ha sulle donne cinesi, ha fondato l'associazione per i diritti umani «Women's Rights Without Frontiers». A Roma in questi giorni, accetta di raccontare la sua esperienza ad *Avvenire*. Perché ha deciso di lanciarsi in questa avventura?

In parallelo alla mia attività, ogni tanto rappresentavo *pro bono* rifugiati cinesi. Il primo è stata una donna che aveva subito una sterilizzazione forzata ed era stata perseguitata perché cristiana. Sapevo che in Cina era in vigore la legge sul figlio unico, ma non avevo mai riflettuto su come venisse applicata. Funzionari della pianificazione familiare avevano trascinato via da casa la mia cliente e, ignorando le sue suppliche, l'avevano fatta abortire e legato le tube, senza anestesia. In seguito all'operazione ha sviluppato una grave infezione, che l'ha lasciata con emicranie e dolori cronici. Lì è iniziato a cambiare qualcosa. Nel 2001 mi sono ammalata gravemente, fin quasi a morire. Trovandomi ad affrontare la mia stessa vulnerabilità, ho cambiato



prospettiva decidendo che – se fossi sopravvissuta – avrei voluto dare un senso alla mia vita. Così nasce Women's Rights Without Frontiers.

Come si articola l'opera della sua associazione?

Un primo lavoro consiste nel sensibilizzare la comunità internazionale attraverso storie e testimonianze di chi è stata vittima di aborti selettivi e sterilizzazioni forzate. Attraverso questa politica di pianificazione familiare il Partito comunista cinese ha impedito a 400 milioni di vite di venire al mondo. Ho testimoniato al Congresso degli Stati Uniti, al Parlamento europeo, alle Nazioni Unite, ho fatto resoconti in Vaticano. Abbiamo poi una campagna dentro la Cina che si chiama «*Save a girl*» («Salva una bambina»). Agiamo in una specifica zona del Paese, dove abbiamo rapporti con ospedali e cliniche locali. Lo scopo è salvare le bambine dagli aborti selettivi e dall'abbandono. Secondo le stime, in Cina vi sono 37 milioni di uomini in più rispetto alle donne, una disparità che sta anche alimentando il traffico di esseri umani. Grazie ai nostri contatti, avviciniamo una donna quando scopre di essere incinta di una femmina e deve decidere sull'interruzione di gravidanza. Le offriamo un sostegno mensile per un anno, per convincerla a tenere la piccola e aiutarla nel mantenimento. Finora abbiamo avuto un certo successo e siamo riusciti a salvare più di 150 bambine.

C'è una storia che l'ha colpita in maniera particolare tra quelle incontrate in questi anni?

Senza altro quella di Wujiang, una ragazza rimasta incinta nel 2004. Suo marito non era riuscito a ottenere il permesso di nascita e quando la pancia ha iniziato a essere evidente si è nascosta. I funzionari l'hanno trovata e portata in una clinica. Hanno dapprima ucciso il bambino con un'iniezione, e poi le hanno indotto il parto smembrando il figlio per estrarlo. Non ha mai saputo se fosse maschio o femmina.

In che modo questa attività ha cambiato la sua vita?

Forse l'effetto più "evidente" sono le mie figlie cinesi. Un paio di anni fa ho conosciuto Anni Zhang, il cui padre è Zhang Lin, attivista per la democrazia in Cina dalle rivolte di piazza Tienanmen del 1989, incarcerato e torturato diverse volte. A soli 10 anni anche Anni è stata messa agli arresti domiciliari, suo padre è riuscito a farla scappare, ma sapeva che non avrebbe mai potuto avere una vita normale in Cina. Così, attraverso un amico comune, mi ha chiesto farla venire negli Stati Uniti insieme a sua sorella maggiore, Ruli. Nell'organizzare la fuga, ho chiamato mio marito, gli ho chiesto se si ricordava di Anni e se aveva idea di dove potesse stare. Lui mi ha detto: "Può venire a vivere con noi". Così le abbiamo adottate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://salute24.ilssole24ore.com/>

Report Ims Health: la spesa mondiale dei farmaci oncologici vola a 100 mld di dollari (+10%)

di *Lucilla Vazza*

Cure più efficaci e mirate, un migliore accesso alle terapie, insieme all'aumento delle diagnosi precoci sfanno volare la spesa per i farmaci anticancro in tutto il mondo. Le cause più immediate sono il numero sempre più alto di malati, ma anche l'aumento costante dei prezzi, soprattutto per i brevetti innovativi. Lo dice il rapporto pubblicato oggi dall'Istituto Ims per Healthcare Informatics, secondo cui la spesa globale totale dei farmaci oncologici - inclusi i trattamenti terapeutici e le cure di supporto - ha raggiunto la soglia di 100 miliardi di dollari nel 2014, con una crescita del 10% rispetto al 2013.

Ricchi e poveri.

Resta il fatto che il totale della spesa oncologica rimane concentrata tra gli Stati Uniti e i cinque maggiori paesi europei, che insieme rappresentano il 66% del mercato totale. Ma emerge un dato particolarmente interessante, legato sì alla crescente prevalenza delle patologie tumorali nel mondo, ma spia positiva di un migliore accesso alle terapie nelle nazioni "pharmerging", che oggi valgono il 13% del mercato globale.

Il report arriva in un momento in cui i big del settore si preparano a mettere sul mercato una nuova generazione di farmaci, che potranno fare lievitare ulteriormente i costi. Merck&Co, Bristol-Myers Squibb, Roche e AstraZeneca sono tra le più importanti società che stanno lavorando a farmaci per l'immunoterapia oncologica.

Negli Stati Uniti, che rappresentano ben il 42,2% del mercato, la spesa media pro-capite è stata di 99 dollari nel 2014, contro i 71 del 2010. L'aumento maggiore (67% a oltre 40 dollari) si è registrato nel Regno Unito.

La crescita della spesa globale per farmaci contro il cancro - spiega il report - al netto di sconti, agevolazioni o programmi di accesso per i pazienti, è aumentato a un tasso di crescita annuale composto (Cagr) del 6,5 % su una base costante durante i passati cinque anni.

Nuove terapie in crescita

Boom anche per le nuove terapie mirate: la loro quota di spesa rispetto all'oncologia generale, in 5 anni ha compiuto un balzo in avanti del 14,6%, e una diffusione in tutte le aree.

In questi anni, spiega Ims Health, «i contribuenti e i sistemi sanitari nazionali hanno

intensificato il controllo rispetto all'efficacia di questi farmaci rispetto alle terapie esistenti, con valutazioni costo-efficacia che hanno determinato un conseguente accesso limitato dei pazienti a questi farmaci».

Ed è proprio la sostenibilità dei costi il banco di prova per la tenuta dei sistemi nazionali sanitari nei prossimi anni.

«L'aumento della prevalenza di cancro, un inizio precoce dei trattamenti, nuovi farmaci e migliori risultati sono tutti elementi che contribuiscono alla maggiore domanda di terapie oncologiche in tutto il mondo», ha dichiarato **Murray Aitken**, vice-presidente senior di Ims Health e direttore esecutivo dell'Istituto IMS for Healthcare Informatics. «Classi terapeutiche innovative, terapie combinate e l'uso di biomarcatori cambieranno il paesaggio nel corso dei prossimi anni, con la promessa di miglioramenti sostanziali in termini di sopravvivenza con minore tossicità per i malati di cancro».

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

Il farmaco anticolesterolo contro il tumore al seno

Dai test su una proteina nuove prospettive di cura



Un farmaco comunemente utilizzato per il controllo del colesterolo potrebbe rendere più vulnerabili alcuni tipi di tumore al seno, resistenti alla chemioterapia neoadiuvante, vale a dire al trattamento effettuato prima dell'intervento chirurgico di rimozione del cancro.

È stato attivato presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena un trial clinico per valutare gli effetti benefici delle statine sulle donne affette da carcinoma mammario e sottoposte alla terapia anti-cancro pre-chirurgica. «È una linea di ricerca che seguiamo con entusiasmo», riferisce Ruggero De Maria, direttore scientifico dell'istituto. Tutto è iniziato da un progetto finanziato dall'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, in prima linea nella lotta ai tumori femminili e che da domenica sarà presente in molte piazze per la campagna l'«Azalea della Ricerca». «L'Airc - spiega De Maria - ci ha permesso di individuare un'oncoproteina che si è rivelata un ottimo candidato come biomarcatore predittivo dell'efficacia della chemioterapia». L'oncoproteina si chiama Taz ed è un'«alleata» del carcinoma mammario, poiché agisce sulle cellule staminali tumorali, «proteggendole» dalla chemioterapia. Un'elevata espressione di Taz, infatti, rappresenta un importante fattore prognostico negativo in questo tipo di tumore.

In uno studio sulla rivista «Oncotarget» i ricercatori hanno concentrato l'attenzione su pazienti con tumore al seno Her2-positivo, un carcinoma mammario che rappresenta il 20% dei tumori del seno. Si tratta di una neoplasia aggressiva e in grado di diffondersi molto precocemente. «Abbiamo indagato - racconta De Maria - il legame tra la presenza di Taz e il tipo di risposta alla terapia neoadiuvante, quella che eseguiamo per ridurre il tumore prima di intervenire chirurgicamente. I risultati dimostrano che in presenza di livelli elevati di Taz c'è una mancata risposta al trattamento, mentre solo nel caso di una bassa espressione si riscontra una buona risposta». Grazie allo studio è quindi possibile prevedere se la paziente possa beneficiare o meno della terapia.

«Clinicamente - spiega De Maria - è fondamentale predire una buona risposta al trattamento neoadiuvante: questo deve essere in grado di far scomparire la lesione tumorale per permettere alla chirurgia di essere più efficace. E non solo. «Visto che un altro team finanziato dall'Airc ha dimostrato come il metabolismo di questa proteina venga influenzato dalla sintesi del colesterolo, ora cerchiamo di capire se le statine riducano l'azione di Taz e rendano il tumore più sensibile alla chemioterapia neoadiuvante». Questo è proprio l'obiettivo del nuovo trial clinico.

«Tra la diagnosi del tumore al seno - conclude De Maria - e l'intervento passano di norma tre settimane. In questo periodo faremo assumere le statine alle pazienti che presentano elevati livelli di Taz, valutando dopo l'operazione l'effetto del farmaco sul tumore». Nel caso in cui si riconfermerà l'efficacia delle statine contro l'oncoproteina si avrà una nuova opzione terapeutica, che potrebbe essere messa subito a disposizione. Le statine, infatti, sono un farmaco già utilizzato per l'ipercolesterolemia e si sa che è sicuro. «Molti studi hanno suggerito che le statine abbiano proprietà anticancro: ora siamo pronti a metterle alla prova».

Il fumo uccide **Le donne**

Per molti la sigaretta è ancora un piacere, ma si paga caro. Sono in aumento i tumori al polmone, soprattutto femminili. Ecco perché è importante smettere

di Mariateresa Truncellito

Perché fumiamo, anche se sappiamo che fa male? Perché ci piacciono il gusto della nicotina, la gestualità, il rito. Perché la sigaretta ci fa sentire più sicure, rilassate, sexy. Il guaio è che la contropartita è estremamente costosa: ogni volta che accendiamo una sigaretta, infatti, entriamo nel mirino di un killer spietato, che mette a segno i suoi colpi silenziosamente, ma sempre più spesso.

Il rischio è "rosa"

Secondo le stime dell'Associazione italiana registri tumori, nel nostro Paese ogni anno vengono effettuate 38.200 nuove diagnosi di neoplasia del polmone. Negli ultimi anni c'è stato un aumento della malattia tra le donne, mentre tra gli uomini si registra un lieve calo: una su 36 rischia di essere colpita e una su 44 addirittura di morire. «Il picco femminile si deve al fatto che le donne hanno cominciato a fumare in massa più tardi rispetto agli uomini, dagli anni '70 in poi, ma se ne vedono gli effetti adesso», spiega Gabriella Sozzi, direttore del Laboratorio di genomica tumorale all'Istituto dei tumori di Milano. «Anche se si ipotizza che le donne siano più suscettibili alla malattia per un'interazione con gli ormoni femminili».

Si abbassa l'età

«La vera emergenza, però, è il fatto che oggi le donne fumano sempre di più e sempre prima», continua l'esperta. «Al punto che tra i 18 e i 20 anni le ragazze battono i coetanei: 24 per cento contro il 25 per cento». Così, anche se il numero dei fumatori mostra una lieve, ma costante, diminuzione, quello delle fumatrici aumenta: dal 15,3 per cento del 2013 al 18,9 per cento del 2014. Basta passare da una scuola media o superiore all'orario di uscita per vedere sciami di ragazzine che, appena fuori, si accendono una sigaretta. «Credo che la diffusione del fumo tra le più giovani abbia a che fare con la grande insicurezza che caratterizza la loro generazione. Fumare è ancora considerato un gesto di ribellione o da adulti», continua la dottoressa Sozzi. «D'altra parte, quan-

do vado nelle scuole noto anche un aumento di consapevolezza e di attenzione sui temi della salute. E questo mi fa sperare che, grazie alle campagne mirate contro il fumo, nei prossimi anni ci possa essere un'inversione di tendenza».

Geni e ambiente

Il problema è che anche quando si cresce e aumenta la sicurezza in se stesse, spegner l'ultima sigaretta può diventare un insormontabile impegno. Spiega Gabriella Sozzi: «I recettori della nicotina sono gli stessi degli oppioidi. Si tratta di una droga che dà facilmente dipendenza». Senza contare che nel fumo di sigaretta, oltre alla nicotina, ci sono additivi chimici come l'ammoniaca, il monossido di carbonio e polveri fini con 62 agenti cancerogeni. Anche il fattore tempo e la quantità di



GIOIA/salute

fumo inspirato sono fattori di rischio: la probabilità di ammalarsi di tumore al polmone aumenta, infatti, all'aumentare delle sigarette fumate. Ed è maggiore quanto più si è giovani quando si comincia, quanto più numerosi sono gli anni di fumo e quanto più si fuma tabacco senza filtro. Per fortuna, il rischio accumulato si può "cancellare" smettendo di fumare, soprattutto prima dei 40 anni. «Ma questo non deve farci credere di godere di decenni di impunità e di poter rimediare "quando saremo grandi", obiezione che spesso mi sento rivolgere dalle studentesse», dice la professoressa Sozzi. «Purtroppo il tumore al polmone, come molti altri, è il risultato di un'interazione tra geni e ambiente. Non sappiamo qual è la suscettibilità individuale di ogni persona, ma sappiamo che c'è: esistono delle variazioni nel genoma, i polimorfismi, che causano una maggiore propensione a sviluppare certi tipi di cancro». In altre parole, una persona può smettere a 30 anni, ma magari avere dei geni di suscettibilità che a 60 anni, o anche prima se il suo organismo è più sensibile al danno dei cancerogeni, la portano ad ammalarsi.

Nessuno è al sicuro

«Al momento le forme di cancro prevenibili sono una piccola percentuale, che riguarda i cosiddetti tumori ereditari, legati a mutazioni che vengono trasmesse in famiglia e che comportano un rischio molto elevato di sviluppare la malattia. Non è così per il restante 90 per cento delle formazioni tumorali», continua l'esperta. Anche avere un genitore che si è ammalato non ci dice granché sulle nostre

possibilità di rischio. «Ci sono casi di più persone della stessa famiglia che hanno il cancro al polmone, però spesso sono tutti fumatori o esposti al fumo passivo. In ogni caso, anche non avere alcun parente stretto che si è ammalato non ci mette al sicuro: la maggior parte dei tumori al polmone sono sporadici, casuali. E il fumo di sigaretta ha un peso decisamente maggiore rispetto alla familiarità».

Trova la motivazione


Per smettere di fumare bisogna essere motivate, ma non è impossibile: tanto che anche le più incallite, quando sanno di aspettare un bebé, rinunciano alla sigaretta. Se la preoccupazione per la salute non basta, pensiamo che fumare ingiallisce la pelle del viso e delle mani, favorisce le rughe, rende l'alito cattivo, appanna il sorriso e lascia addosso un odore tutt'altro che sexy. «Ci sono anche possibili interferenze sul ciclo mestruale e un affaticamento maggiore nella pratica sportiva», continua la professoressa Sozzi. «Inoltre, il fumo è una controindicazione all'uso della pillola, perché aumenta molto il rischio di trombosi. E, comunque, è un fattore di rischio anche per le malattie cardiovascolari e il cancro al seno».

Screening gratuito

«Nel malaugurato caso di malattia, le cure ci sono: chirurgia, chemioterapia e terapie biologiche con i nuovi farmaci per i tumori con mutazioni molecolari specifiche. Ma perché siano efficaci è fondamentale la diagnosi precoce», sottolinea l'esperta. «Un grande studio americano del 2011 dimostra che nei fumatori che si

SE NON RIESCI A SMETTERE

La medicina propone alcuni ausili per dire basta alle sigarette. Per esempio, la **terapia sostitutiva** che si basa sull'assunzione di pastiglie, compresse e gomme da masticare o sull'applicazione di cerotti transdermici che aiutano a ridurre gradualmente la dipendenza fisica dalla nicotina e migliorano il tono dell'umore. Anche se sono farmaci da banco, cioè senza l'obbligo di ricetta, hanno modalità d'utilizzo e dosaggi che vanno stabiliti da un medico. In Italia esistono anche **350 centri certificati antifumo**. La terapia, di tipo psicologico, è supportata da farmaci: per esempio, le pillole a base di vareniclina, una sostanza che blocca i recettori della nicotina, riducendo il piacere del fumo e aiutando a fronteggiare i sintomi dell'astinenza. L'**OssFAD** (Osservatorio fumo alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità) ha stilato l'**elenco online dei centri antifumo** (www.iss.it/ofad). Per smettere di fumare possono essere anche utili le cosiddette **terapie dolci**, per esempio l'**ipnosi**, in grado di "convincere" il cervello che l'odore e il sapore della sigaretta sono sgradevoli e cattivi. Dà buoni risultati anche l'**agopuntura**, che inibisce i centri nervosi stimolati dalla dipendenza da fumo, agendo su alcuni punti specifici di orecchie, polsi e naso.

sottopongono a TC (tomografia computerizzata) spirale una volta all'anno si riduce la mortalità rispetto a quelli che fanno solo la radiografia polmonare. Grazie al sostegno di Airc, l'Associazione per la ricerca sul cancro, ci sono programmi di screening che prevedono l'abbinamento della TC spirale con un nuovo test molecolare sul sangue, messo a punto all'Istituto dei tumori: serve per individuare delle piccole molecole, i microRNA, biomarcatori che segnalano molto precocemente lo sviluppo del cancro polmonare e il suo livello di aggressività, riservando così successive indagini più invasive ai soli casi in cui sono necessarie. Per partecipare gratuitamente ai programmi di screening bisogna aver compiuto 50 anni e aver fumato almeno un pacchetto al giorno per 20 anni. Ci si può candidare sul sito www.biomild.org. 

I FIORI AIUTANO LA RICERCA

Domenica 10 maggio, Festa della mamma, torna la pianta simbolo della battaglia contro i tumori femminili: l'azalea della ricerca dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc). Ventimila volontari, affiancati da numerosi ricercatori, saranno in 3.600 piazze italiane per distribuire sia le piante fiorite sia la guida *Femminile singolare. La cura del cancro attenta al genere*. Con una donazione minima di 15 euro sarà possibile avere l'azalea e contribuire a rendere il cancro sempre più curabile (Info: www.airc.it, numero speciale 840/001001).

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

La 'giungla' delle società medico-scientifiche in Italia, nessun registro le certifica



Promuovono la ricerca e la divulgazione della medicina, organizzano congressi ed eventi e possono esprimere pareri o emanare linee guida nel proprio ambito di competenze. Sono le società scientifiche italiane, nel nostro Paese una 'giungla' di sigle e nomi, di cui non si conosce il numero esatto. E senza regole. Nel 2004 ci aveva provato l'allora ministro della Salute Girolamo Sirchia, con un decreto che doveva stabilire i requisiti che dovevano possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie. Il numero stimato allora era di 700-800. Il decreto fu poi bocciato dalla Consulta e oggi non esiste un censimento o un registro che certifica le società scientifiche che operano in Italia.

Spesso dietro alcune sigle si nascondono pochi iscritti, nessuna attività scientifica e siti web fermi da tempo. Una guida in questa giungla è la Fism, la Federazione delle società medico-scientifiche italiane, che raccoglie 154 società affiliate: "Rappresentiamo l'80% delle società scientifiche italiane con lo scopo di condividere informazioni ed esperienze, di comunicarle attraverso riviste e attività congressuale coordinata e di diventare un interlocutore stabile delle istituzioni", spiega all'Adnkronos Salute Franco Vimercati, presidente della Fism.

"Oggi il numero esatto delle società - prosegue - non è documentabile. Il decreto Sirchia del 2004 puntava a mettere ordine nel settore e all'epoca avevano fatto richiesta 700-800 soggetti, ma c'era un po' di tutto. Come Fism insieme al ministero della Salute stiamo lavorando per arrivare a un documento che possa indicare i requisiti di trasparenza necessari per operare come società scientifica". Vimercati non si sbilancia sulla tempistica e non vuole andare oltre sul progetto a cui sta lavorando la Fism con l'obiettivo di mettere ordine nella giungla di sigle.

Per chiedere l'affiliazione alla Fism le società scientifiche devono essere in possesso di alcuni parametri che riguardano l'attività (i congressi e le pubblicazioni), il bilancio (deve essere trasparente e riportare tutte le voci), il numero dei soci (congruo) e le quote pagate. "Se arriva una società che ha 5 iscritti ed è stata costituita ieri - osserva Vimercati - di certo non ha le carte in regola. Almeno deve avere tre anni di anzianità". Il decreto Sirchia evidenziava già nel 2004 uno dei problemi chiave del settore: "Sono presenti in Italia numerose società scientifiche, alcune delle quali, per numero di associati, ambiti specifici di attività, finalità istituzionali e rapporti con il mondo del farmaco e dei dispositivi medici - riportava il testo - non possono svolgere correttamente o compiutamente le proprie funzioni".

"Oggi gestire una società scientifica anche piccola non è facile - sottolinea Vimercati - dovrebbe vivere delle iscrizioni perché sono associazioni senza scopo di lucro. Per questo si tende ad unirsi tra più realtà, ci sono società storiche con migliaia di iscritti come quelle di radiologia, oculistica e ortopedia. E spesso all'interno hanno accolto altre piccole società. La Soi, Società oftalmologica italiana, è un esempio virtuoso in questo senso".

Per puntare sulla trasparenza in fatto di sponsorizzazioni di eventi e congressi, e dare la possibilità ai pazienti e cittadini di orientarsi nella 'giungla' delle società scientifiche, la Fism sta realizzando dei progetti 'ad hoc': "Stiamo elaborando un monitoraggio dei media per parole chiave - sottolinea Vimercati - che ci permetterà di identificare alcuni temi medico-scientifici di cui si parla sui giornali e predisporre, nel caso sia necessaria, una risposta scientifica valida e certificata. Il caso delle proteste Pip o il metodo Stamina - ricorda - devono dare riflettere su come sono veicolate le informazioni sui media".

"Spesso sono delle società di corporazioni. Bisogna sempre distinguere tra chi fa ricerca e vale da un punto di vista scientifico e chi invece fa poco. E' anche vero che ce ne sono alcune che hanno meriti insindacabili e pubblicano su riviste prestigiose come 'Nature' o 'Science'. Ma altre danno contributi inesistenti e spesso la scienza è usata e abusata. Per evitare questo ci vuole una buona selezione nella divulgazione e gente preparata", è il parere di Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano.

"Le società scientifiche sono una ricchezza straordinaria per il legislatore e, se funzionano bene e rappresentano per davvero la comunità scientifica di riferimento, sono una fonte autorevole per la produzione e la circolazione delle informazioni", afferma Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Affari sociali della Camera, evidenziandone il "ruolo di grande responsabilità, decisivo in una fase in cui troppi falsi miti e tabù minacciano la corretta sensibilizzazione del cittadino-paziente, alimentando demagogicamente sfiducia e rassegnazione e influenzando negativamente chi decide in un ambito così delicato e sentito come la sanità".

A invocare regole all'insegna di una maggiore trasparenza è Andrea Lenzi, presidente eletto della Società italiana di endocrinologia e presidente del Cun, il Consiglio universitario nazionale: "Se le società scientifiche hanno un numero elevato di associati, fanno ricerca scientifica, hanno un board di esperti importante e autorevole, vuole dire che lavorano e sono importanti. Se non ci sono questi requisiti, se non sono chiari i finanziamenti e i bilanci, inizio a preoccuparmi. Servono regole come in tanti settori della società. Anche sulle sponsorizzazioni, che non devono essere demonizzate, ma chiare e limpide. Così da evitare e prevenire situazioni di lucro e aiutare la ricerca e le borse di studio".

Tribunale di Roma. La sentenza delinea i confini della responsabilità contrattuale di dottori e strutture

Medici, il danno va specificato

Il paziente deve individuare l'inadempimento e l'addebito

IL PRINCIPIO

I malati non devono provare la colpa di professionisti e nosocomi ma non sono ammesse azioni esplorative

Marco Marino

■ Il paziente (presunto danneggiato) che agisca in giudizio facendo valere una **responsabilità civile medico-sanitaria** a fini risarcitori deve allegare la mancata guarigione o l'aggravamento della patologia di ingresso e i profili di inadempimento del medico e/o della struttura nosocomiale.

I medici, d'altro canto, sono gravati dell'onere della prova che l'inadempimento non vi è stato affatto o se vi è stato, non è dipeso da causa ad essi imputabile ovvero non è stato causa del danno.

Dal punto di vista del nesso eziologico, ove il giudice non sia in grado di accertare in modo certo e pieno, in base al principio del libero convincimento, la derivazione del danno dalla condotta del medico e/o della struttura di cura, occorrerà verificare se in mancanza della condotta sanitaria censurabile (ovvero in presenza di una condotta più appropriata ed omessa) i risultati (in termini di normalità applicata alla singola e complessiva fattispecie) sarebbero stati diversi e migliori per il paziente secondo il principio del "più probabile che non".

Sono queste le conclusioni cui perviene l'ampia e articolata sentenza del Tribunale di Roma (giudice estensore Moriconi) depositata il 30 aprile. Nel caso concreto all'esame del giudice capitolino gli eredi del paziente avevano chiamato in giudizio due strutture ospedaliere presso le quali era stato ricoverato un loro congiunto poi deceduto a causa di una serie di lamenta-

te negligenze.

Con la sentenza il tribunale capitolino rigetta la domanda contro uno dei nosocomi ritenuti responsabili e con separata ordinanza nomina il consulente tecnico d'ufficio per l'approfondimento istruttorio nei confronti dell'altro ospedale convenuto. Il rigetto consegue a una allegazione priva di specificità, non riuscendo a soddisfare il necessario onere del presunto danneggiato di indicare non genericamente quale sia l'inadempimento qualificato che si addebita al medico e/o alla struttura nosocomiale.

Il tribunale romano, partendo da una puntuale ricostruzione dei principi formulati dalla Cassazione, nel cui solco si muove la decisione (si veda Cassazione, Sezioni unite, 577/2008), pone in rilievo come dalla ormai acclamata ricostruzione della responsabilità in termini contrattuali - dalla quale deriva che il paziente ha l'onere (solo) di allegare il contratto e il relativo inadempimento o inesatto adempimento, non essendo tenuto a provare né la colpa del medico né quella della struttura - non possa conseguire l'ammissibilità di azioni esplorative.

Infine, i giudici precisano nella sentenza che, nonostante il paziente, alla stregua della giurisprudenza attuale, non abbia altri e particolari oneri probatori ciò non consente certo di precludere al giudice di accertare la verità *iuxta alligata et probata partium* nonché utilizzando strumenti (come la consulenza tecnica d'ufficio) che non appartengono alla esclusiva disponibilità delle parti. E ancor meno che ne vengano private le parti che sono gravate da quegli oneri di prova e che formulino richieste istruttorie (anche di Ctu).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mercoledì 06 MAGGIO 2015

Responsabilità patrimoniale. Autonomia decisionale medici riconosciuta da Consulta

Gentile Direttore,

la minacciata responsabilità patrimoniale del medico per prescrizione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche presuntivamente "inappropriate", termine quanto mai generico e fumoso, mette gravemente a rischio la serenità del medico che è e continua ad essere il professionista che, nella sua solitudine anche quando opera in équipe, decide cosa fare sul paziente.

Non va dimenticato che quando si sta male si va alla ricerca del medico giusto, serio e responsabile, cui affidarsi e che possa prendere la decisione più corretta in serenità. Proprio questa decisione, che rappresenta emblematicamente l'essenza stessa della professione medica da 25 secoli, è sotto attacco, attenzione, con rischio di tutti, soprattutto dei più deboli economicamente.

Ma la Corte Costituzionale (il Giudice delle Leggi), i cui pronunciamenti come è noto, ancorché emessi in occasione di casi specifici, fissano principi generali decontestualizzati, ha più volte ribadito l'autonomia terapeutica del medico rispetto allo stesso legislatore. Con le sentenze 282/ 2002 e 338/2003 ha sancito l'illegittimità costituzionale di norme regionali che dettavano limiti all'espletamento di determinati trattamenti terapeutici: "In materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere l'autonomia e la responsabilità del medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali".

Successivamente, con la sentenza 151/2009, la Corte ha inequivocabilmente ribadito riconoscimento e protezione costituzionale al principio dell'autonomia terapeutica del medico "non è di norma il legislatore a poter stabilire direttamente o specificamente quali siano le pratiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a sua disposizione".

Dunque limitazioni all'autonomia decisionale del medico, massima garanzia e tutela del malato, trovano in quanto sancito dalla Consulta un evidente ostacolo giuridico, che, se necessario, potrà e dovrà essere usato nelle sedi opportune. Ma, e mi dispiace annotarlo, in Italia questo ed altri principi fondamentali ed universali della professione medica, continuano negli ultimi anni ad essere troppo debolmente rappresentati dalla FNOMCeO, che più ne avrebbe titolo e dovere.

Quei principi infatti, valori che vanno protetti, custoditi, studiati e soprattutto indicati con autorevolezza ai giovani medici-chirurghi, vengono spesso confusi con la naturale evoluzione organizzativa delle strutture sanitarie e con il rispetto dovuto all'altrettanto naturale crescita professionale e deontologica delle figure una volta solo ausiliarie delle attività medico-chirurgiche, oggi sempre più complesse e sofisticate e sempre più dense di responsabilità non solo tecnico-cliniche, umane e sociali ma anche civili e penali. E bisognose di solidi principi.

Dr. Antonio Ciofani

*Dir. Resp. Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi - Ospedale Spirito Santo, Pescara
Consigliere Nazionale Anaa-Assomed*