

Essere & benessere | In primo piano

L'alternativa
senza effetti
collaterali,
che può aiutare
la coppia
a guarire
e avere altri
bambini

Curare l'infertilità Un figlio "naturale"

- Le vere cause che impediscono la maternità.
- È possibile guarire? Quali sono le terapie?
- La fecondazione artificiale tra etica e affari.
- Il miracolo: «Ho detto no alla provetta e il Signore mi ha ascoltato».
- La parola al cardinale Elio Sgreccia.

benessere@stpauls.it

di **Agnese Pellegrini**
in collaborazione con



Elena Giacchi, ginecologa del Centro studi e ricerche per la regolazione naturale della fertilità - Isi, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Antonio Mancini, specialista in Endocrinologia, medicina interna e andrologia, ricercatore universitario presso l'Università Cattolica di Roma, Policlinico Gemelli

Paola Binetti, neuropsichiatra, direttrice del Dipartimento per la ricerca educativa e didattica presso l'Università Campus biomedico di Roma

alessandro è un bel bambino di due anni. Biondo, con gli occhi grandi che sorridono svegli dietro a un pallone.

«Il papà spera che diventi come Maradona», spiega Francesca, mentre accarezza con lo sguardo questo figlio che, secondo i medici, non sarebbe mai dovuto nascere. «Ci avevano detto che non c'erano speranze: avevo 39 anni, una endometriosi di secondo livello, un problema alle tube e una menopausa precoce in arrivo...», ci confida la donna. «L'unica possibilità era, a detta dei tantissimi specialisti che abbiamo consultato, la fecondazione artificiale. Ma io non volevo rassegnarmi».

Essere & benessere | In primo piano

Anche alcol
e droga
possono
influire



È GIÀ UNA PERSONA
Con un'ecografia, è possibile monitorare tutta la crescita del bambino: in questa foto, si vede come appare il bimbo al secondo trimestre della gravidanza.

➔ La storia di Francesca e del marito è simile a quella di tante altre coppie che non fanno notizia. Perché, bombardati da informazioni spesso parziali sulle tecniche di procreazione assistita (che, dati del ministero alla mano, hanno sempre meno successo), capita di non accorgersi delle difficoltà e dello scoraggiamento di centinaia di aspiranti genitori. «Io e mio marito», continua Francesca, «volevamo evitare la Fivet (*). Sapevamo che c'erano moltissime controindicazioni e non potevamo accettare di impiantare embrioni che non sarebbero nati». Una conseguenza inevitabile delle tecniche di fecondazione artificiale. «Che cosa ne sarebbe stato di loro?» si chiede Francesca. Smarrita.

Da chi andare

La provetta, però, non è l'unica opzione. Presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, si trova l'Istituto scientifico internazionale "Paolo VI" di ricerca sulla fertilità e infertilità umana (Isi), diretto dal professor Riccardo Marana, che offre la sua consulenza alla Confederazione italiana dei centri per la regolazione naturale della fertilità; l'Isi è impegnato a indagare e, ove possibile, curare le cause di infertilità, senza danni alla salute della

donna, ma anzi con la possibilità di successive gravidanze. I cosiddetti "metodi naturali", approvati dalla Chiesa cattolica e, per questo, spesso sottovalutati, si basano sull'identificazione non solo della fase fertile e di quella non fertile del ciclo mestruale, ma anche dei giorni con più alta probabilità di concepimento, attraverso l'osservazione di segni e sintomi naturali, il cui eventuale andamento anomalo è utile nello screening di alcune patologie, talora asintomatiche. Precisa la dottoressa Elena Giacchi, ginecologa del Centro: «Il termine "naturale" non si riferisce al semplice rispetto dei ritmi biologici di fertilità, ma alla rispondenza di questi metodi sia all'essenza della persona umana, nella sua intima unità di "corpo, spirito, intelligenza e affettività", sia alla natura dell'amore coniugale, quale dono reciproco e totale dei coniugi, senza riserve, né esclusione o manipolazione di una sua connotazione fondamentale, quale la fertilità». I metodi naturali moderni più diffusi sono:

- il metodo Billings. Si basa sull'osservazione del sintomo del muco cervicale;
- i metodi sintotermici (Roëtzer e Camen). Oltre che il muco cervicale, prendono in considerazione anche la registrazione della temperatura basale della donna.



A chi rivolgersi

**CENTRO STUDI E RICERCHE
PER LA REGOLAZIONE NATURALE
DELLA FERTILITÀ - ISI, UNIVERSITÀ
CATTOLICA DEL SACRO CUORE,
LARGO F. VITO, 1 - 00168 ROMA.**

Tel. 06 30154954

Fax. 06 30155867

e-mail: regolnatfertil@rm.unicatt.it

sito: www.confederazionemetodinaturali.it

Nella sezione <http://www.confederazionemetodinaturali.it/centri-confederati/s21341097> è possibile trovare i riferimenti per le diverse Regioni italiane: si tratta però di strutture che insegnano come utilizzare i metodi naturali per lo studio e il monitoraggio del ciclo mestruale, non di centri clinici di diagnosi e cura dell'infertilità di coppia.

All'Istituto "Paolo VI", di Roma si rivolgono coppie da tutta Italia. Più di una su due riesce a concepire un bambino



Riuscita e costi

Dati alla mano, questi metodi funzionano. «Da noi, oltre il 60 per cento delle coppie con presenza di fattori di rischio per la fertilità è riuscita a concepire», annota la dottoressa Elena Giacchi. Invece nel 2012 (dati ministero della Salute, giugno 2014) su oltre 54 mila coppie sottoposte alla fecondazione artificiale *in vitro* (*) sono nati vivi meno di 10 mila bambini.

Anche i costi sono diversi: un solo ciclo di fecondazione assistita (ma di solito le donne si sottopongono a più cicli) costa tra i quattro e i cinquemila euro (anche se alcune Regioni si stanno organizzando ➔

Per capire



➔ Fivet è l'acronimo di *Fertilizzazione in vitro con embryo transfer*, cioè la principale tecnica di fecondazione artificiale attualmente disponibile. Prevede il prelievo degli spermatozoi maschili e degli ovuli femminili per ottenere una fecondazione fuori dal corpo della donna (*in vitro*, quindi).

SCOPRIRE I VERI MOTIVI

Spesso, una donna non è fertile per cause che possono essere curate (come per l'endometriosi di grado lieve e moderato). Le tecniche di fecondazione artificiale "aggirano" il problema, invece, ma non lo curano.



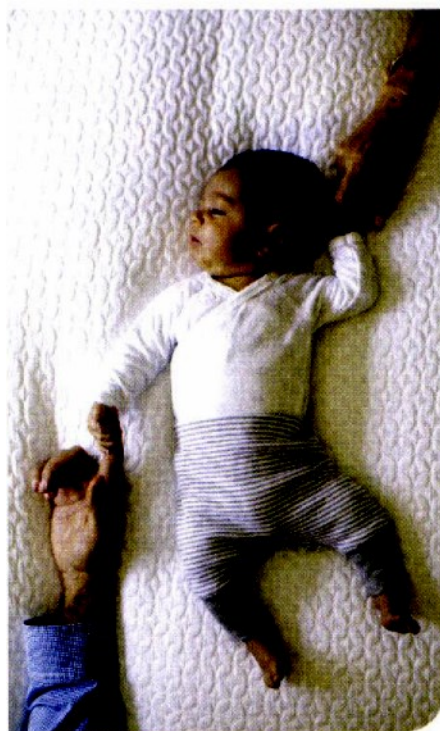
Anche l'uomo dovrebbe chiedere all'andrologo controlli più frequenti e a cadenza regolare

➔ per far rientrare la fecondazione artificiale nel Ssn). I 358 centri del Registro nazionale della procreazione medicalmente assistita (dati al 31 gennaio 2014), inoltre, per la maggior parte sono privati (il 62,3 per cento). «Sicuramente», ammette la dottoressa Paola Binetti, neuropsichiatra, «gli interessi dietro alla provetta sono rilevanti».

E per il coniuge?

Di pari passo, anche l'infertilità maschile è in aumento, rileva Antonio Mancini, specialista in Endocrinologia, medicina interna e andrologia, ricercatore presso l'Università Cattolica di Roma. Sotto la lente, lo stile di vita: «fumo, alcol, droghe leggere, farmaci e, come recentemente dimostrato, anche radiazioni elettromagnetiche incluso l'uso del telefonino. La causa più comune d'infertilità risiede comunque in problemi infettivo-infiammatori e in patologie che non sempre si diagnosticano in tempo». Eppure, della prevenzione maschile si parla poco. E poiché «le terapie andrologiche richiedono tempo», spesso «tutto un iter di approfondimento diagnostico sembra inutile a quanti ricercano un risultato "immediato", cioè la gravidanza in tempi brevi».

Ma i metodi naturali "servono" anche per l'uomo? «Certo, in quanto un rapporto mirato alla massima fecondità della donna aumenta le probabilità di concepimento anche se il seme non è ottimale». E sottolinea un aspetto importante ma tra-



scurato: «Vi è un grande stress collegato alle indagini mediche e all'attesa dei risultati: spesso, vediamo concepire coppie che hanno rinunciato a sottoporsi a estenuanti protocolli diagnostico-terapeutici».

I rischi della fecondazione

«La fecondazione artificiale per la donna richiede un'induzione farmacologica dell'ovulazione, con possibilità di sviluppare una sindrome da iperstimolazione», evidenzia la dottoressa Giacchi, che aggiunge: «Questa complicazione, nei casi più gravi, con versamento di liquido in addome, nei polmoni o nel cuore, può mettere a rischio la vita. L'induzione dell'o- ➔



Le principali cause femminili

- **Cervico-vaginali**
infezioni come chlamydia, gonococco e micoplasma, stenosi e sinechie, anticorpi antisperma.
- **Uterine**
malformazioni, polipi, fibromi, infiammazioni, atrofia endometriale, aderenze.
- **Tubariche**
infiammazioni, endometriosi, con obliterazione totale o parziale.
- **Ovariche e ormonali**
sindrome dell'ovaio policistico, endometriosi, disturbi dell'ovulazione (mancata ovulazione, insufficienza del corpo luteo, luteinizzazione follicolare) per cause ipotalamiche o ipofisarie, stress, anoressia, amenorrea psicogena, iperprolattinemia, varie patologie endocrine.



Le principali cause maschili

- **Genetiche**
per alterazioni cromosomiche, come la sindrome di Klinefelter, o anche a livello genico, come le microdelezioni del cromosoma Y.
- **Anatomiche**
criptorchidismo, ectopia testicolare...
- **Endocrine**
per danno del testicolo, o per alterata secrezione delle gonadotropine.
- **Vascolari**
varicocele, torsioni testicolari.
- **Infettive**
epididimiti, prostatiti, uretriti...
- **Immunologiche**
anticorpi antispermatozoo.
- **Traumatiche**
anche microtraumi testicolari, diffusi nei ciclisti, autisti e atleti.
- **Farmacologiche**
antidepressivi, antiH2, istaminici, chemioterapici o da radioterapia.
- **Ambientali.**

Come funziona la Pma



► La procreazione assistita (Pma) si divide in tre livelli. Le tecniche di primo livello sono le più semplici: gli spermatozoi vengono presi e depositi nel corpo femminile. Le tecniche di secondo e terzo livello prevedono l'utilizzo di tecniche via via più complesse, come la Gift, la Fivet, la Icsi. Con la Fivet la fecondazione è al di fuori del corpo della donna, quindi *in vitro*. La Icsi, invece, è l'iniezione di uno spermatozoo nell'ovocita e richiede anche micro-manipolazione dei gameti. Vengono definite, infine, tecniche di terzo livello quelle che richiedono anestesia generale. **Sotto: il seme maschile è iniettato nell'ovulo.**



► vulazione, inoltre, può aumentare il rischio di tumori ovarici e mammari». Esistono pericoli anche per il bambino. Nel 2012 (dati ministero della Salute), sono nati vivi, attraverso la fecondazione artificiale, 9.814 bambini: di questi, 80 presentavano malformazioni, quasi il 25 per cento era sottopeso e altrettanti i prematuri.

Cambiare cultura

Ammette Paola Binetti: «È essenziale passare da una mentalità contraccettiva, quale quella predominante attualmente, a una cultura di apertura nei confronti della vita: avere un figlio è un valore aggiunto, che quindi non va procrastinato nel tempo. La cultura dei metodi naturali deve diventare ordinaria, anche perché la coppia possa crescere nella propria sessualità». Con un limite: c'è infatti un 30 per cento di coppie che non riesce a concepire, perché affetto da sterilità: «Per generare non occorre una gravidanza: l'amore può sfociare nell'adozione», spiega Francesca. «Quando io e mio marito stavamo facendo le pratiche, mi sono accorta di aspettare Alessandro». Che ora gioca spensierato, rincorrendo una palla. E i suoi occhi brillano finalmente sereni. ○

«Ero incinta ed è arrivata la malattia Nulla è come prima, però c'è mio figlio»

La testimonianza

Francesca Faloci aveva 38 anni: «Un caso unico, ma siamo salvi grazie agli specialisti»

La storia

di **Marta Ghezzi**

Adesso ci ride quasi sopra. Non della malattia, non potrebbe spingersi così in là, solo delle loro ingenuità iniziali. Nel parlarne usa sempre il plurale, dice «io e il marito mio», come se entrambi avessero avuto il tumore.

Ha ragione: in questa battaglia contro il cancro sono stati compagni uniti, guerrieri alleati, fin da subito. Per pudore non lo esplicita, ma lo pensa: senza il marito suo (mette il possessivo dopo il sostantivo, come usa in certi luoghi dell'Italia centrale) non ce l'avrebbe fatta. Francesca Faloci di Collestrada, tra Assisi e Perugia, insegnante di scuola primaria, ha avuto un linfoma di Hodgkin. Ad agosto la signora compirà 49 anni, quando lo ha scoperto ne aveva 38. Era il 2004 ed era incinta del secondogenito, Filippo. Primo trimestre, il momento più delicato. Un bambino che si era fatto attendere, fra lui e la sorella Rebecca corrono sei anni.

Ingenuità. La prima: la convinzione di non avere nulla. Una persona sana e positiva

non pensa al peggio. Neppure di fronte a sintomi inequivocabili. «Sembrava una banale influenza — spiega — avevo le valutazioni degli allievi da compilare, ho tenuto duro».

Date e tappe sono impresse, con sicurezza ricorda: «Il 10 febbraio, un martedì, ero così stanca che ho chiesto un permesso. Ero certa di tornare in classe sabato». È rientrata 10 anni dopo. Lo stato di salute di Francesca peggiora.

Giro di antibiotici e poi la richiesta di una lastra. Lei tergiversa, pensa al piccolo dentro la pancia. Tira avanti due settimane. Poi la resa e il ricovero. «Va bene domani?», chiede. Risposta: «Subito». Un bacio alla figlia e poi con il marito Luca varca la soglia dell'Ospedale di Perugia Santa Maria della Misericordia. Risonanza magnetica, biopsia, esame istologico. Il 9 marzo, il verdetto: linfoma di Hodgkin. È il momento della seconda ingenuità. Luca è un appassionato cinefilo. Quel nome gli dice qualcosa. Fruga nella memoria e appare Nanni Moretti, il film *Caro diario*. È incoraggiante: il regista è vivo, non è stato così terribile.

Peccato che il tumore della moglie sia avanzato, quarto stadio. In Italia non c'è un caso analogo, i medici sono cauti, il bambino rischia. La coppia non ha dubbi e firma il consenso senza leggerlo. L'Ematologia di Perugia è un centro d'eccellenza, ci lavora Brunangelo Falini, studioso delle leucemie.

«La mia salvezza».

Chemio con il pancione. Francesca sorvola sui particolari: «Una delle mie sorelle allattava, le avevano vietato di venire, mi scriveva lettere. Non riuscivo neppure ad ascoltare Luca mentre le leggeva». Chemio ed ecografie scandiscono le settimane. Il primo giugno nasce Filippo, prima del termine. «Gioia pura: era sano». Dopo poco il neonato va a casa, la neomamma no. Nuovo ciclo di chemio e autotrapianto. «Il due agosto, giorno del mio compleanno».

Poi una parvenza di normalità. A casa, con bambini e marito. Passa un anno e mezzo. A un controllo, il colpo basso: recidiva. «Ci è crollato il mondo addosso». Francesca si rituffa nel tunnel delle cure. Ventidue sedute di radioterapia e il linfoma è ancora lì. Unica via d'uscita, il trapianto di midollo da donatore compatibile. «Quattro fratelli e non si superava il 50%. Il donatore è tedesco, per la privacy non saprò mai chi è».

Francesca ammette che è stata durissima. Due mesi di ricovero, esce ad agosto 2007. Un anno da reclusa, con il sistema immunitario ko non si scherza. «Tanto non hai la forza di fare niente». Dell'oggi dice: «Non sono quella di prima e il marito mio neanche. Ma la vita è bella e i figli sereni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gioia doppia

Francesca Faloci, 49 anni, insegnante di Collestrada (Umbria), insieme al secondo figlio, Filippo, nato quando lei si era ammalata del linfoma di Hodgkin



La diagnosi precoce resta cruciale L'allarme per i tumori al polmone

Stili di vita femminili
7 su 10 potrebbero non ammalarsi se solo non fumassero e se stessero attente al cibo

Lo scenario

di **Vera Martinella**

Seno, colon, polmone, tiroide e utero. Sono questi i cinque tumori più diffusi fra le italiane, fra le quali nel 2014 si sono registrate poco meno di 170 mila nuove diagnosi. Il che significa, stando alle più recenti statistiche che nel corso della vita una connazionale su tre si ammalerà di cancro.

«Si tratta di neoplasie che sono in gran parte evitabili solo stando alla larga da stili di vita sbagliati — spiega Filippo De Braud, direttore del Dipartimento di oncologia medica alla Fondazione Istituto nazionale tumori di Milano — e per le quali oggi abbiamo tante strategie efficaci non solo di cura, ma anche di diagnosi precoce e di prevenzione. Per seno, colon e utero esistono test di screening (mammografia, test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e Pap o Hpv test) che ci permettono di scovare l'eventuale malattia ai primi stadi. Dal 2007, poi, le nostre bambine vengono persino vaccinate contro il Papillomavirus, che di fatto è responsabile della stragrande maggioranza dei casi di carcinoma uterino».

E negli altri casi basta fare attenzione ai primi sintomi (co-

me la presenza di un piccolo nodulo per la tiroide, ad esempio) per scoprire la malattia alle fasi iniziali e iniziare le terapie quando le probabilità di guarire sono molto elevate.

«Ma questo le italiane lo sanno bene — commenta Eva Negri, capo dell'Epidemiologia all'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano — e i continui miglioramenti nella sopravvivenza delle pazienti oncologiche dimostrano sia l'attenzione alla diagnosi precoce che il buon livello dei nostri centri di cura».

Non si tratta solo di parole. «Numeri alla mano, infatti — continua la ricercatrice —, a cinque anni dalla diagnosi è ancora vivo l'87 per cento delle donne operate di tumore al seno, il 63 di quelle curate per tumore del colon, il 96 delle trattate per carcinoma tiroideo e il 68 di quante hanno avuto una neoplasia dell'utero».

A fare eccezione è il tumore al polmone: il tasso di sopravvivenza scende drammaticamente al 18 per cento a fronte di ben 12 mila nuove diagnosi ogni anno. «Un nostro studio pubblicato nel 2013 lo aveva purtroppo previsto — dice Negri —: molto probabilmente entro il 2015 il tumore al polmone supererà quello al seno come principale causa di morte per cancro tra le donne europee».

Di certo, nel nostro Paese in poco più di 20 anni la mortalità per carcinoma polmonare nelle donne è raddoppiata, mentre per gli uomini è in diminuzione». Poiché le italiane hanno iniziato a fumare più tardi e fumano meno che in altri Paesi

europei, il poco ambito «sorpasso» potrebbe non verificarsi almeno per questo decennio, «ma resta il fatto che questa temibile e ancora letale neoplasia negli ultimi anni è costantemente in aumento fra le italiane — prosegue la ricercatrice —: dei 40 mila nuovi casi diagnosticati ogni anno in Italia il 30 per cento oggi colpisce una donna e se si tiene conto del fatto che almeno l'85 per cento dei tumori polmonari è causato proprio dal tabacco è facile capire le ragioni per cui la malattia si tinge di rosa».

Quasi sette donne su dieci potrebbero non ammalarsi se solo non fumassero, seguissero un'alimentazione corretta, evitassero il sovrappeso e facessero attività fisica regolare.

Le cattive abitudini sono responsabili anche di tanti casi di tumore del colon: è ormai scientificamente provato che la sedentarietà, i chili di troppo, l'eccessivo consumo di alcolici e una dieta sregolata (poca frutta e verdura, troppi cibi grassi e troppa carne, specie quella rossa) fanno lievitare concretamente le probabilità di sviluppare una neoplasia dell'intestino.

«A limitare i danni — dice De Braud — c'è il fatto che le donne italiane sono tradizionalmente attente alla prevenzione e quindi partecipano allo screening gratuito con il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci che permette d'individuare precocemente l'eventuale presenza di un tumore e quindi curarlo in modo efficace».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prevenzione e diagnosi per ridurre i tumori al seno

La prevenzione per ridurre i tumori al seno

Non bisogna pensare che i tumori del seno siano una malattia individuale. La loro diffusione è ormai impressionante: ogni anno, in Italia, almeno 45.000 nuovi casi. Perciò penetrano il tessuto sociale e coinvolgono la collettività, la politica e le istituzioni.

E dunque sollecitano iniziative non solo per curarli, ma anche per prevenirli. Le cause dei tumori al seno sono oggi ben conosciute. Ci sono quelli – per fortuna rari, circa il 6% di tutti – dovuti a fattori genetici (“alla Angelina Jolie”, per intenderci); per prevenirli bisogna asportare entrambe le mammelle. E poi ci sono tutti gli altri, quelli “sporadici”. I motivi per cui ci si può ammalare di un tumore sporadico sono noti e disegnano il ritratto di una donna-tipo...

Cioè di una donna con un rischio mediamente più alto: menarca (il primo ciclo mestruale) prima dei 10 anni; nessuna gravidanza (o prima gravidanza dopo i 30); menopausa tardiva (dopo i 54); uso molto prolungato di contraccettivi orali; assunzione di alcol in misura superiore a un bicchiere di vino al giorno; abitudine al fumo di sigaretta contratta in età molto giovanile; uso di terapie ormonali sostitutive menopausali; aumento di peso dopo la menopausa; alimentazione squilibrata per eccesso di calorie; sedentarietà.

Con queste premesse si apre uno spazio molto ampio per convincere la popolazione femminile a mettersi in gioco sul serio per fare squadra insieme a chi, ogni giorno, il cancro lo trova, l'affronta e si sforza di sconfiggerlo.

Attenzione, non sto parlando delle cure dopo che il tumore si è fatto vivo.

Parlo di come impedire che si faccia vivo! Alcuni dei fattori elencati sono molto difficili da modificare. Per altri l'intervento è più semplice. Ma su tutti si può lavorare. Proviamo allora a passarli in rassegna.

Ritardare l'età del menarca sembrerebbe impossibile. Invece si può.

L'età del menarca nelle popolazioni occidentali si è abbassata a causa di tre fattori: grande disponibilità di cibo; condizioni di salute migliorate; sedentarietà (soprattutto a scuola).

In effetti, se le bambine mantengono un peso ideale e sono avviate a una regolare attività fi-

sica (ivi compreso l'abbono della deplorable abitudine ad accompagnarle a scuola in auto) si ottengono lievi spostamenti in avanti del menarca.

Anticipare l'età della prima gravidanza è sicuramente arduo, perché il sistema sociale che abbiamo messo in piedi negli ultimi trent'anni va nella direzione opposta.

Ma una politica capace di premiare le giovani mamme e di fornire loro aiuti concreti – in particolare un asilo nido sul posto di lavoro – potrebbe ridurre l'incidenza del tumore mammario.

Non ne vale forse la pena?

L'allattamento è un altro fattore protettivo, specie se protratto per almeno 6-12 mesi. Ma per incentivarlo bisogna anche favorirne la pratica sul lavoro, o allungare il congedo per maternità, o pensare a sgravi fiscali per le donne che riprendono a lavorare subito dopo il riposo obbligatorio.

L'alcol (vino, birra e liquori) ha un ruolo favorente ben documentato, poiché aumenta i livelli di ormoni femminili: la sua azione è tanto più nociva quanto minore è l'età in cui si comincia ad assumerlo. Un effetto analogo, anche se meno potente, è dimostrato per il fumo di sigaretta.

Allontanare le giovani da queste tentazioni non è semplice: ma una buona politica non può disinteressarsene, deve invece disincantarle con strategie dedicate.

Le terapie ormonali sostituite in menopausa aumentano il rischio di cancro al seno, soprattutto le associazioni di estrogeni e progesterone (di cui si sconsiglia un uso protratto per oltre un anno) rispetto alle formulazioni con il solo estrogeno (utilizzabile con tranquillità anche per 4-5 anni).

In quest'ambito il ginecologo e il medico di famiglia giocano un ruolo cruciale nel fornire alla donna le informazioni più accurate, anche in merito alle misure alternative per attenuare i disturbi della menopausa.

Ma anche i “media” possono influenzare in modo consistente certe pericolose mode femminili.

L'aumento di peso dopo la menopausa è un altro fattore di rischio accertato, ma che facil-

mente si può controllare con una moderata restrizione dell'apporto calorico globale e un'attività fisica regolare (bastano trenta minuti di camminata veloce ogni giorno).

E anche qui la politica può fare un buon servizio, ad esempio sviluppando la rete delle piste ciclabili, estendendo le aree pedonali, premiando le aziende che si dotano di palestre per i propri dipendenti e stimolando le iscrizioni alle palestre con agevolazioni sui prezzi per le donne over-50.

La correlazione fra i tumori al seno sporadici e l'esposizione agli ormoni femminili è inequivocabile. Spezzare questa relazione, o almeno limitarne l'intensità, può ridurre efficacemente il rischio. Inoltre, le donne che seguono le raccomandazioni per migliorare il loro stile di vita sono anche quelle che più facilmente aderiscono ai programmi per la diagnosi precoce e sorvegliano il loro seno con maggiore responsabilità: il che significa elevate possibilità di guarigione definitiva (tra l'altro con cure chirurgiche e adjuvanti poco invasive).

Come si vede la questione non riguarda solo i medici o le donne.

Qui è la politica che deve farsi sentire. Cambiare certe abitudini scolastiche delle bambine per evitare un'eccessiva precocità sessuale e combattere pigrizia e sovrappeso, costruire asili nido dentro gli ambienti di lavoro per favorire le gravidanze in età giovanile, incentivare l'allattamento al seno, insegnare efficacemente le regole di una sana alimentazione (la dieta mediterranea l'abbiamo in casa e l'esportiamo, è un'assurdità privarsene!), informare sui danni specifici indotti sul seno delle giovani da alcol e fumo, prevenire il sovrappeso dopo la menopausa, sensibilizzare sull'uso non troppo disinvolto de-

rezi



gli ormoni sono sfo coordinati che richiedono pianificazione, strategia e investimenti.

Ma è certo che l'adozione di anche piccoli cambiamenti individuali può sortire effetti considerevoli a livello di popolazione.

Nel complesso, le misure proponibili potrebbero ridurre l'incidenza del tumore al seno di un buon 25%: cioè dieci-undicimila donne in meno ogni anno, con un'impressionante ricaduta benefica in termini di vite salvate e di danaro pubblico risparmiato.

Naturalmente questa non è la fine della storia. Per quanti sforzi si facciano, il tumore al seno rimane una malattia solo in parte controllabile con le regole di prevenzione (il cancro del polmone, al contrario, potrebbe essere eliminato al 95% se solo sparisse il fumo di sigaretta). Questo significa che lo stile di vita e le sane abitudini da incoraggiare non bastano.

Sono importantissime, ma insufficienti. La regina delle nostre strategie resta la diagnosi precoce: andare a cercare il cancro quando è ancora curabile.

Il progetto "mortalità zero" lanciato da Umberto Veronesi non è un'utopia: i tumori diagnosticati quando non sono ancora palpabili guariscono infatti nel 98,6% dei casi. Una cifra semplicemente straordinaria, per un cancro del quale fino a cinquant'anni fa le donne morivano pesantemente.

Una solida integrazione fra misure preventive e diagnosi precoce è dunque la formula vincente per dare serenità a migliaia di donne e alle loro famiglie. In questo senso Piacenza – se solo lo si volesse – potrebbe diventare una città modello, una città ad elevato indice di "seno-protezione". Basterebbe creare una task-force politico-scientifica, sostenuta dalle associazioni femminili (con la nostra "Armonia" in testa) e da finanziamenti sponsorizzati, per applicare capillarmente le raccomandazioni basiche: queste non sono più un segreto per nessuno e non sono irrealizzabili, diventano invece un atto di responsabilità individuale e collettiva.

L'invito è lanciato. C'è qualcuno in ascolto?

Giorgio Macellari

Direttore U. O. Chirurgia Senologica

Medici, è guerra sulla responsabilità patrimoniale

LA CATEGORIA È IN AGITAZIONE IN MERITO ALLA POSSIBILITÀ DI RISPONDERE DIRETTAMENTE ANCHE PER GLI ACCERTAMENTI "INAPPROPRIATI" DEI PAZIENTI. L'AUMENTO DEL PREMIO ASSICURATIVO

Stefani Pescarmona

Passo indietro delle Regioni sulla responsabilità patrimoniale dei medici che prescrivono prestazioni inappropriate. Dopo l'intervento del **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**, le Regioni hanno fatto dietrofront, ma il tema resta caldo. «Il tutto sta un po' rientrando, ma noi restiamo sul piede di guerra: il tentativo c'è stato e questo ci preoccupa molto», commenta Maurizio Scassola, vicepresidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), che parla di una "situazione fluida". Rispetto al primo documento, nelle ultime versioni, «l'eventuale provvedimento disciplinare è rientrato nell'ambito delle rispettive convenzioni e dei rispettivi contratti - spiega Scassola - Questo significa che non si colpisce il singolo medico in forma diretta; il medico può essere sanzionato solo attraverso un percorso di verifica della appropriatezza prescrittiva svolto all'interno delle singole aziende ulss (unità locale socio-sanitaria, ndr)».

Il tema della responsabilità patrimoniale dei medici è di estrema attualità. «Già oggi esiste una responsabilità patrimoniale per i farmaci, per cui se il medico prescrive farmaci inappropriati, senza seguire i criteri definiti dall'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco, ndr) è

tenuo a rimborsarli, secondo i meccanismi previsti nell'accordo collettivo nazionale - spiega Giacomo Milillo, segretario generale nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) - Ma mentre questo meccanismo ora vale solo per i farmaci, con l'emendamento si sarebbe estesa la responsabilità patrimoniale a tutte le prestazioni: quindi anche ai ricoveri ospedalieri». Con un notevole aggravio di responsabilità per i medici.

«In questo modo si mette in crisi il rapporto di fiducia tra medico e paziente e si mina la qualità e l'efficacia delle cure», prosegue Scassola, che poi ricorda che gli operatori sanitari sono già da tempo sotto stress e che le pretese delle Regioni, volte a risparmiare sulla sanità per fronteggiare deficit di bilancio, vanno ad aggiungere ulteriore tensione a una professione dove, per garantire risultati in termini di salute, servono sicurezza e serenità sul lavoro e non un clima intimidatorio.

«Ci sono state delle sentenze che hanno imposto ai medici il rimborso dei danni patrimoniali», dichiara Attilio Steffano, ad di Assimedi, broker specializzato in responsabilità sanitaria, che assicura 83 mila medici in tutta Italia. Motivo per cui i medici si trovano da una parte i fucili puntati della magistratura e dall'altra quelli dell'azienda. In che modo possono assistere e curare la persona? «In un solo modo, prescrivendo quello che l'azienda consente su ricettario rosso e su ricettario bianco, quindi a totale carico dell'assistito, quello che l'azienda non consente, ma che il medico deve comunque prescrivere per evitare di incorrere in responsabilità - risponde Milillo -

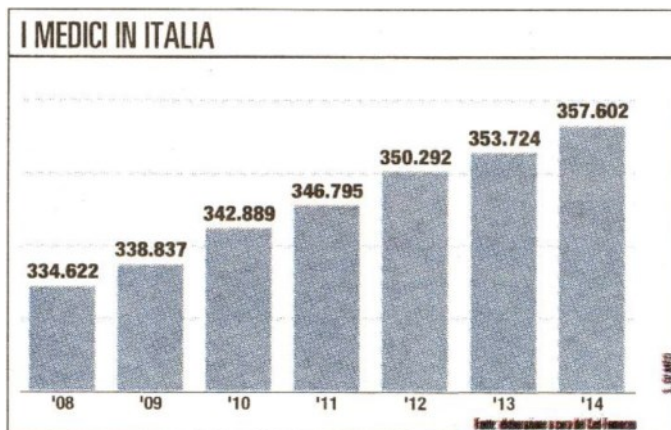
Le Regioni vogliono tagliare sulle prestazioni e stanno smantellando l'assistenza sanitaria pubblica, spostando sempre di più il sistema verso le assicurazioni private».

All'interno di questa complicata situazione, «gli operatori sanitari stanno attivando diverse forme di assicurazione», dichiara Steffano. Per broker e compagnie di assicurazione si aprono quindi nuovi spazi. «Anche se non obbligato, il medico si troverà costretto a sottoscrivere, in aggiunta alla classica Rc professionale, anche una copertura assicurativa per i danni patrimoniali», prosegue Steffano. Ancora difficile quantificare il costo ulteriore. «Si parla di un incremento di 250-300 euro, pari a un aumento del 50% o più sul premio annuo delle attuali polizze», stima Steffano.

In aiuto potrebbe arrivare la tecnologia. «Gli investimenti in tecnologia rappresentano il driver principale per migliorare l'efficienza del sistema, contenere il rischio di fornire prestazioni non in linea con le esigenze del singolo caso e ottimizzare le spese per la sanità», afferma Fausto Manzana, ad di Gpi, gruppo leader nei servizi tecnologici per la sanità, partecipato da Orizzonte Sgr. Dalla letteratura internazionale si evince che i trattamenti sanitari producono nei pazienti ricoverati numerosi eventi avversi: 1 su 5 sono conseguenza di errori commessi durante il processo di prescrizione e somministrazione delle terapie. «Con un sistema di controllo informatico, il 65% degli eventi avversi potrebbe essere evitato. Senza contare i risparmi sulla spesa farmaceutica, che potrebbero arrivare al 18%».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Qui sotto, **Maurizio Scassola** (1), vicepresidente di Fnomceo e **Giacomo Milillo** (2), segretario generale nazionale Fimmg

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

Trasfusioni, i gruppi sanguigni saranno tutti 0 negativo

La scienza alla scoperta di una tecnica per trasformare tutti i gruppi in quello del donatore universale



In futuro il pericolo di trasfondere una sacca di sangue del gruppo sbagliato sarà solo un lontano ricordo. Le trasfusioni continueranno ad esserci, i gruppi sanguigni no. Non si tratta di fantascienza ma di una prospettiva tutt'altro che remota. Un gruppo di scienziati della University of British Columbia (Canada) ha messo a punto una tecnica in grado di eliminare le differenze che intercorrono tra i diversi gruppi sanguigni. Risultato? Nessun pericolo di errore e sangue disponibile per tutti. I risultati sono stati pubblicati dalla rivista Journal of the American Chemical Society.

Che cosa sono i gruppi sanguigni?

I globuli rossi, le cellule del sangue che hanno il compito di trasportare l'ossigeno, non sono tutti uguali. A seconda delle proteine presenti sulla loro superficie si dividono grossolanamente in 4 gruppi: A, B, AB e O. Entrambe le forme A e B possiedono dei "residui" di zucchero identici al gruppo zero. A e B differiscono però tra loro per un singolo residuo: nel primo c'è l'N-acetilgalattosammina, nel secondo il galattosio, in AB un mix dei due zuccheri. Quando si effettua una trasfusione il sistema immunitario è in grado di riconoscere il residuo di troppo e scatenare una risposta che può portare anche alla morte. Ecco perchè il gruppo 0, non avendo entrambe i residui, rappresenta il donatore universale.

Un enzima cancella i gruppi

Una delle strategie per ottenere sangue "buono" per tutti è dunque quella di eliminare le differenze dei gruppi A e B portando i globuli rossi ad assomigliare a quelli del gruppo 0. Da tempo gli scienziati hanno individuato una famiglia di enzimi, presenti principalmente all'interno del microrganismo *Streptococcus pneumoniae*, in grado di "tagliare" selettivamente i due residui in più rispetto al gruppo 0. Purtroppo però, a causa della scarsa efficienza dell'enzima, l'idea di convertire il sangue non si è mai tradotta in realtà in quanto ci sarebbero volute quantità troppo elevate. Ora però la situazione potrebbe cambiare perchè i ricercatori canadesi sono riusciti nell'intento di ricreare l'enzima rendendolo più veloce di oltre 170 volte rispetto all'originale.

Il futuro delle trasfusioni

Dalle analisi è emerso che l'enzima in questione è stato particolarmente efficiente nel convertire il sangue dal gruppo A allo 0. Ora gli scienziati sono all'opera per ottimizzare anche la reazione sul gruppo B. Purtroppo -sottolineano i ricercatori- la trasformazione non ha riguardato il 100% dei globuli. Un limite che non può essere tollerato in caso di trasfusione. Ecco perchè gli scienziati sono al lavoro per ottimizzare ulteriormente l'enzima. In caso di successo la ricerca di sangue 0 non sarà più così fondamentale: tutti potranno ricevere qualsiasi sangue purché trattato con l'enzima messo a punto dagli scienziati canadesi. Una vera e propria rivoluzione.



SPAUACCHIO
La paura suscitata da decessi che non avevano alcuna relazione con il vaccino ha indotto molti anziani a non vaccinarsi contro l'influenza.

Vaccinazioni sotto accusa Il rischio del rifiuto



di **Silvano Garattini**
direttore Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", Milano

La storia del vaccino antinfluenzale è paradigmatica di un Paese in cui l'informazione sulla salute è abbandonata al caso. La paura suscitata da morti che non avevano alcuna relazione con il vaccino ha indotto molti anziani a non vaccinarsi. Così la paura determinerà un maggior numero di morti causate dal virus dell'influenza, che è in grado di aggravare negli anziani i fattori di rischio rappresentati da varie malattie: dal diabete all'insufficienza respiratoria, dall'infarto all'ictus. Il recente caso del vaccino antinfluenzale non è isolato, bensì è il risultato di una sfiducia che si va diffondendo nei confronti di tutti i vaccini. Eppure, questi ultimi sono i farmaci migliori, perché costano poco, si somministrano per poche

volte, e il loro effetto è duraturo, spesso per tutta la vita. La loro efficacia è essenziale e si avvicina al 100 per cento, mentre tutti gli altri farmaci, anche i più attivi, hanno un'efficacia del 10-30 per cento, quando va bene. Inoltre i vaccini possono debellare completamente la presenza di una malattia: l'hanno ottenuto per il vaiolo, lo stanno ottenendo per la poliomielite. Perché molti genitori non vogliono far

Alcune pubblicazioni sostengono una relazione di causa ed effetto fra il trattamento preventivo e lo sviluppo dell'autismo

vaccinare i loro bambini? Certamente per paura. Una paura che nasce da piccoli gruppi molto vocali, che disseminano false informazioni, peraltro non contrastate da quella che dovrebbe essere una campagna di persuasione da parte del ministero della Salute e soprattutto dagli Assessorati regionali e dalle Asl territoriali e ospedaliere.

La paura nasce da alcune pubblicazioni che sostengono una relazione di causa ed effetto fra le vaccinazioni raccomandate e la comparsa di autismo. Si deve sapere che questi dati sono falsi e che l'autore è stato costretto a ritrattare tutte le sue pubblicazioni. Ci si è messo recentemente anche un giudice che ha condannato un produttore perché il suo vaccino avrebbe provocato un caso di autismo, dimenticando che, se le vaccinazioni non proteggono dall'autismo, ci saranno sempre ammalati di autismo che sono stati vaccinati, così come ci saranno casi di leucemia e di diabete che non possono essere ascritti alla vaccinazione perché sarebbero accaduti in ogni caso. Se non si arresterà questa tendenza "ideologica", riappariranno purtroppo malattie di cui avevamo dimenticato l'esistenza. ○