

# Da Expo parte il furgone del latte (materno)

**Da ottobre al via il progetto "Human Milk Link", servizio unico in Europa di raccolta a domicilio dell'alimento. Ad aiutare le donatrici sarà presente un'ostetrica**

**M**ilano sempre più a misura di mamma. Da ottobre nel capoluogo lombardo parte il progetto "Human Milk Link", il primo e unico servizio in Europa di raccolta a domicilio del latte materno. Il servizio, presentato ieri a Expo, non solo raccoglie il latte porta a porta, ma mette anche a disposizione delle mamme donatrici il sostegno di un'ostetrica.

Speciali Ape Milk, veicoli Apecar allestiti con celle frigorifere, sono pronti a passare casa per casa per raccogliere il latte e metterlo a disposizione, tramite le Banche del Latte, negli ospedali più vicini. Il progetto è stato presentato nello Spazio Donne con una madrina d'eccezione, l'étoile dell'Opera di Parigi Eleonora Abbagnato. Con lei anche il pediatra Guido Moro, presidente di Aibud (Associazione italiana banche del latte umano donato) e promotore dell'iniziativa insieme a David Giarrizzo, ideatore dello Human Milk Link.

«In Italia si raccolgono ogni anno meno di 10mila litri di latte materno e non bastano – ha spiegato Moro –. Ce ne vorrebbe una quantità tre volte superiore per nutrire tutti i neonati prematuri con peso alla nascita inferiore ai 1500 grammi, a cui questo latte può salvare la vita».

Il maggiore ostacolo da superare per far sì che sempre più donne donino il proprio latte è la difficoltà di recarsi nelle Banche del latte per le donazioni. «Delle 32 Banche presenti in tutta Italia - ha ricordato Moro - solo 17 hanno servizi di ritiro a domicilio. Questo viene effettuato da un fattorino che si limita a raccogliere il latte in contenitori sterilizzati.

Noi introduciamo la figura dell'ostetrica, una specialista in grado di dare consigli mirati alla mamma donatrice e, nella seconda fase, anche a chi riceve il latte».

Dopo il capoluogo lombardo "Human Milk Link" - che ha il patrocinio del Comune di Milano e del **Ministero della Salute** - sarà esportato anche in altre grandi città italiane (Roma, Torino, Firenze, Bari, Palermo). La Human Milk Link è finanziata da un insieme di forze private: aziende sponsor, donazioni di singoli, microfinanziamento collettivo online tramite crowdfunding, e con l'asta benefica della maxi coperta di lana e fibra di latte, confezionata da migliaia di mamme italiane, per lotta alle più diffuse patologie infantili.

A Expo, per lanciare l'iniziativa, anche un flash mob con decine di donne e neomamme.



La presentazione della iniziativa

(LaPresse)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ. Appello del ministro: «Fidatevi»

# La Lorenzin vaccina i suoi figli: «Mamme dovete farlo tutte»

Tra una settimana parte la campagna antinfluenzale. Lo scorso anno ci fu il flop dopo il caso del «Fluad»

ROMA

Dopo gli appelli e le campagne il ministro della Salute Beatrice Lorenzin aggiunge anche l'esempio personale per convincere le mamme a fidarsi dei vaccini, portando i gemellini nati lo scorso giugno in un centro pubblico per l'immunizzazione. «È andato tutto benissimo, hanno pianto trenta secondi» ha affermato il ministro. «Ho vaccinato i miei bambini. Penso che nessuno più di me abbia dati, la casistica degli effetti collaterali, sia informata da tutti i punti di vista. Spero che il fatto che io sia così tranquilla nel vaccinare i miei figli possa tranquillizzare le tante mamme che ancora oggi hanno paura a vaccinare, non bisogna avere paura delle vaccinazioni. Le vaccinazioni salvano i nostri bambini e quelli che vivono intorno a loro perché i virus soltanto grazie alle vaccinazioni di massa non entrano nella nostra vita».

Il ministro ha ricordato i casi di morte per malattie prevenibili che si sono avute anche



Il ministro vaccina i suoi gemelli

nel nostro paese.

«Vediamo che cosa accade quando ci sono delle falle nel sistema, bambini che muoiono di morbillo, epidemie di pertosse, casi di meningite e quindi queste sono cose molto serie dalle quali è possibile difendersi».

Il primo «test di fiducia» per i vaccini sarà tra poche settimane, quando inizierà la campagna per quelli antinfluenzali che lo scorso anno ha registrato un brusco stop per il caso Fluad che ha portato, secondo il ministero, a 11 casi gravi ufficialmente registrati legati all'influenza fra le donne in gravidanza. Nessuna di loro era vaccinata ed una è morta. •



# Influenza, 5 milioni a rischio

## «Mai così pochi i vaccinati»

Sos degli epidemiologi: 2014 nero per la scarsa profilassi. In arrivo la thailandese Pregliasco: stagione più severa in caso di grande freddo, occhio ai virus autunnali

**Antonio Caperna**

ROMA - Sono 5 milioni gli italiani a rischio per la prossima influenza stagionale e molto dipenderà dalle condizioni climatiche. Un freddo intenso e prolungato porterà a un aumento dei casi mentre sbalzi termici continui faranno la gioia dei virus para-influenzali. Soprattutto gli esperti si attendono un aumento nel numero delle vaccinazioni, dato che lo scorso anno si è registrata la minor proporzione di persone vaccinate in Italia, nonostante una intensità di contagio medio-alta e parecchi casi

gravi, con ben 160 decessi.

«Ha scelto di farlo solo il 49% degli over 64enni. La proporzione registrata è la più bassa degli ultimi dieci anni rispetto ad un massimo di circa il 70% - afferma Stefania Salmaso, direttrice del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Iss - Il momento giusto per vaccinarsi è tra ottobre e dicembre, per esser coperti fino al picco che in genere arriva intorno a febbraio». A tener banco sarà ancora il virus A H1N1, incluso dall'OMS nel vaccino della prossima stagione,

insieme al ceppo A H3N2 isolato in Svizzera e al ceppo B Pukhet. «Il vaccino quadrivalente invece proteggerà anche contro il virus B/Brisbane - precisa il dr. Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università di Milano - è il momento di rilanciare l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, sia perché è efficace e sicura sia perché diminuisce del 20% la malattia negli anziani, vaccinando semplicemente un terzo degli adulti». Lo ha scoperto uno studio della Cleveland Clinic. Nelle contee con almeno il 31% della popolazione tra 18 e 64 anni vaccinata con-

tro l'influenza gli anziani hanno un rischio inferiore del 21% di ricevere una diagnosi di malattie collegate al virus.

Sull'importanza della vaccinazione si è schierato anche il **Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, dopo aver vaccinato i propri figli con l'esavalente: «Penso che nessuno più di me in Italia ha i dati, la casistica degli effetti collaterali delle vaccinazioni. Spero che la mia tranquillità possa rassicurare le tante mamme che ancora oggi hanno paura. Le vaccinazioni salvano la vita ai nostri bambini ed a quelli che vivono intorno a loro».

riproduzione riservata ©



**160**

i decessi nel 2015  
per le forme gravi  
dell'influenza

### IL MINISTRO CON I FIGLI PER LA PROFILASSI

Francesco, uno dei gemelli del **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, in un momento della vaccinazione esavalente



## Mano libera La sindrome da infiammazione cronica

# Dieci minuti, un taglio

# E addio dito a scatto

## Dopo l'intervento niente riabilitazione

### Sintomi

#### Fastidio e dolore lieve

#### precedono incastrati a ripetizione

### Bambini

#### In sala operatoria

Prima del compimento del terzo anno. Negli adulti la patologia può comparire in concomitanza con il morbo di Dupuytren di **Carlo Felice De Biase \***

La mano è uno degli organi più complessi del corpo umano ed è particolarmente esposto a traumatismi. Tra le tante patologie che la colpiscono c'è la Sindrome del Dito a Scatto. Il fenomeno è dovuto a un ostacolo allo scorrimento dei tendini flessori all'interno della guaina sinoviale, un canale di scorrimento all'interno del quale il tendine scorre quando flettiamo le dita. Il tutto è provocato da un processo di infiammazione cronica con conseguenti ispessimento delle pareti del canale e restringimento dello spazio di scorrimento durante i movimenti di flessione delle dita. Il dito si blocca flesso sul palmo e, a volte, resta in flessione per un tempo più o meno lungo. Si può avere questo disturbo a tutte le età; a volte ne sono colpiti anche i neonati (9 volte su 10 al pollice). Più dita possono essere colpite contem-

poraneamente soprattutto al mattino e lo scatto può provocare dolore. Di solito ne soffre chi ripete gli stessi movimenti (timbrare o suonare per esempio). Il paziente all'inizio accusa una sensazione di fastidio o dolore alla base del dito. Può seguire un periodo in cui il dito inizia a scattare saltuariamente, per arrivare alla fase del blocco in flessione. Tra i fattori predisponenti ci sono le malattie reumatiche e il diabete. Spesso sono colpite le donne dopo la menopausa.

La diagnosi del dito a scatto è essenzialmente clinica. Con la palpazione del palmo della mano, in corrispondenza dell'articolazione metacarpo-falangea, il medico può rilevare la presenza di eventuali noduli sottocutanei, spesso dolenti. Per curare il Dito a Scatto si può far ricorso a infiltrazioni di cortisone che non possono essere ripetute per più di due o tre volte e sono sconsigliate sul pollice. Si possono anche associare la tecarterapia o i trattamenti con laser o ultrasuoni. Se la sintomatologia progredisce ed è resistente a ogni terapia si deve intervenire chirurgicamente. Di solito l'intervento chirurgico risolve ogni problema. Il chirurgo effettua una piccola incisione sul palmo della mano, alla base delle dita, che permette di aprire la puleggia (il canale di scorrimento) del tendine. L'operazione, fatta in anestesia locale, dura 10 minuti. Lo scatto scompare immediatamente. La medicazione lascia li-

bere le dita ed è necessaria per 10 giorni fino alla rimozione dei punti. La rieducazione è facoltativa e di solito non necessaria. La ripresa dell'attività è possibile a 15 giorni dall'intervento. Nel caso di Dito a Scatto nei bambini l'intervento chirurgico è consigliato entro il 3° anno di età. Il Dito a Scatto non va confuso con il morbo di Dupuytren, una condizione patologica a carico del tessuto connettivo del palmo della mano. Il dito a scatto, però, può verificarsi in concomitanza con questo disturbo. La malattia di Dupuytren è caratterizzata dalla flessione progressiva e permanente di una o più dita, causata dalla lesione fibroproliferativa cronica e progressiva dell'aponeurosi del palmo della mano (fascia fibrosa che avvolge il muscolo per assicurarlo all'inserzione ossea). Spesso interessa le ultime due dita e la rigidità in flessione non è riducibile con movimenti forzati in estensione.

*\*Ortopedico Responsabile Uos  
Ortopedia e Traumatologia  
arto superiore  
Ospedale S. Carlo di Nancy*



Giovedì 10 SETTEMBRE 2015

## Tumore all'endometrio. Sic: "La pillola contraccettiva riduce rischio di tumore, le prove da uno studio"

***Una meta-analisi condotta su 27mila donne e pubblicata su Lancet Oncology conferma il potere protettivo della pillola antconcezionale e la riduzione di rischio sulle donne per più di 30 anni dopo la sua sospensione. Volpe: "Siamo lieti che lo studio confermi quanto da tempo sostenuto dalla nostra Società scientifica"***

"Plaudiamo allo studio pubblicato recentemente sulla prestigiosa rivista *Lancet Oncology* che non solo evidenzia la correlazione tra pillola e il minor rischio di cancro endometriale, ma indica con chiarezza anche la durata dell'effetto protettivo della contraccettione ormonale su questo tipo di tumore".

È questo il commento del past president della Società Italiana della Contraccezione (SIC), **Annibale Volpe** alla meta-analisi condotta dal Medical Research Council, Cancer Research UK su 36 studi epidemiologici per un totale di 27.276 donne affette da tumore. "Si tratta di uno studio molto autorevole – ha aggiunto **Franca Fruzzetti**, della Clinica Universitaria, Ospedale S. Chiara di Pisa – che conferma quanto da tempo sostenuto dalla nostra Società scientifica".

In sintesi, lo studio rivela che "più le donne hanno utilizzato in passato la pillola contraccettiva, tanto più risulta ridotto il rischio di cancro endometriale nel tempo".

I numeri riportati, sottolinea la Sic "sono davvero importanti: grazie alla pillola nel mondo si sono prevenuti circa 400mila casi di tumore all'endometrio in soggetti di età inferiore ai 75 anni. Da evidenziare, continua la dottoressa Fruzzetti "che qui si parla di tutti i tumori dell'endometrio, compreso il sarcoma".

"Sono dati davvero interessanti – ha aggiunto Volpe – anche perché lo studio ha calcolato per quanti anni si mantiene il contenimento del rischio di tumore endometriale grazie all'uso di contraccettivi ormonali". Secondo i risultati della meta-analisi, infatti, la riduzione di rischio si è mantenuta sul campione esaminato per più di 30 anni dopo la sospensione della pillola.

Un ottimo risultato, conferma il past president della SIC "ottenuto per altro su donne che, fino agli anni '80, hanno assunto pillole di vecchia generazione, molto più strong, meno tollerate e meno efficaci contro i tumori rispetto alle pillole a base di estradiolo naturale oggi in commercio".

"Considerato dunque che l'effetto protettivo dei contraccettivi ormonali è esercitato anche dopo trent'anni – spiega la dottoressa Fruzzetti – e che l'insorgere del cancro endometriale avviene in tarda età, è tempo di sfatare il mito che dopo i 35 anni di età la pillola non sia più consigliabile". E continua: "per ogni donna esiste il contraccettivo ormonale adatto, ma data l'indiscutibile protezione primaria che essa offre è consigliabile al gentil sesso di continuare a prendere la pillola fino a un'età più avanzata".

Da tenere ben presente, precisa poi "è che la protezione della pillola è talmente alta da essere valida, secondo lo studio, anche per quei soggetti che hanno più alta potenzialità di sviluppare un tumore all'endometrio, per esempio le fumatrici o le donne sovrappeso".

"Non dimentichiamo infine – conclude il professor Volpe – che la pillola protegge anche dal tumore

dell'ovaio. È stato calcolato infatti che grazie all'uso dei contraccettivi ormonali ogni anno in Italia muoiono di questa patologia circa 30mila donne in meno".

## Tumori: le visite di controllo costano 400 milioni di euro ogni anno



10 settembre 2015

I costi reali delle visite di controllo in oncologia, pari a 400 milioni di euro ogni anno, superano di 10 volte quelli attesi (40 milioni). La causa è da ricercare nella prescrizione di troppi esami inutili o inappropriati e nella scarsa comunicazione fra oncologo e medico di famiglia.

Per la prima volta, viene firmato un patto fra specialisti, medici del territorio e pazienti per realizzare un nuovo modello di cura che riguarda i 3 milioni di italiani con storia di cancro che si sottopongono al follow up, cioè alle visite di controllo successive alla fase acuta della malattia.

Oggi i pazienti restano in carico allo specialista per un tempo indefinito. Nel nuovo modello invece è previsto il passaggio dall'ospedale al territorio (in tempi che variano in relazione allo stadio della neoplasia e all'età della persona in cura), con la possibilità che i pazienti tornino dall'oncologo nel caso vi sia il sospetto di recidiva. In questo modo potrà essere ottimizzata l'assistenza e diminuiranno i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica.

E sarà risparmiato almeno il 30% delle risorse, da investire in terapie innovative. I nuovi principi cardine a cui si devono ispirare le visite di controllo sono contenuti nel documento di consenso firmato oggi a Roma da tutte le società scientifiche coinvolte e dalle associazioni dei pazienti nel corso della Consensus Conference "Dalla pratica del follow up alla cultura di survivorship care", organizzata dall'Associazione Italiana di Oncologia (AIOM). "Il follow up oncologico, cioè la sorveglianza clinica dopo il trattamento di un tumore – spiega il prof. Carmine Pinto, presidente nazionale AIOM e Direttore dell'Oncologia Medica dell'Azienda ASMN-IRCCS di Reggio Emilia -, non ha solo il significato di anticipare la diagnosi di una eventuale recidiva, ma deve riguardare tutte le condizioni che influiscono sulla qualità di vita della persona.

Finora si è posto l'accento solo sul primo aspetto e non sono stati considerati gli ulteriori bisogni delle persone colpite dal cancro e, soprattutto, non sono stati messi in atto percorsi virtuosi. L'insieme di queste funzioni viene riconosciuto come survivorship care, cioè come 'cura' della persona guarita. Solo in questo modo potremo realizzare una più completa gestione delle problematiche di salute, grazie all'alleanza con i medici di

famiglia. Nel nuovo modello infatti è previsto che lo specialista formuli un programma di follow up, come già avviene nei Survivorship Care Plan raccomandati dall'American Society of Clinical Oncology (ASCO).

Da un lato il paziente può conoscere tipo e durata dei controlli, dall'altro al medico di famiglia viene inviata una lettera con informazioni precise e con l'indicazione dello specialista di riferimento in caso di dubbi. La programmazione del follow up deve essere esplicita, chiara e condivisa da tutti. Questo modello avrà un enorme impatto in termini di razionalizzazione delle risorse e di risparmi”.

Nel 2014 sono stati stimati in Italia 365.500 nuovi casi di cancro. Alcuni fra i tumori più frequenti, come quelli del colon retto (52.000), del seno (48.000) e della prostata (36.000) generano bisogni di salute superiori rispetto a quelli della popolazione generale, che persistono nel tempo. E la qualità di vita di questi pazienti è condizionata dai trattamenti ricevuti, dalle comorbidità e dalla condizione di disagio psicologico.

“I costi molto alti delle visite di controllo – continua il dott. Gianmauro Numico, Direttore dell'Oncologia all'Ospedale di Alessandria e presidente della Consensus Conference insieme al prof. Pinto – sono dovuti anche a una diffusa tendenza alla ipermedicalizzazione dei pazienti. Il follow up intensivo, inteso come l'aggiunta di esami strumentali e di laboratorio alla sorveglianza clinica, ha un'efficacia variabile nelle diverse patologie. Va certamente scoraggiato l'utilizzo di procedure non suffragate da evidenza e non suggerite dalle linee guida.

In casi particolari, l'applicazione di nuovi metodi può favorire l'anticipazione diagnostica, ma tutto ciò va dimostrato nel contesto di studi clinici. Inoltre la maggioranza dei pazienti oggi non sviluppa recidive. Per questo è fondamentale che le visite di controllo rispondano ai nuovi bisogni di cure dovuti a invalidità e inabilità (ad esempio impotenza o incontinenza) che la malattia e i trattamenti possono causare.

Inoltre le visite di controllo rappresentano l'occasione per offrire consigli sui cambiamenti dello stile di vita in grado di influire positivamente sulla prognosi. Non può quindi essere sottovalutato il significato più ampio del follow up che spazia dalla sorveglianza delle tossicità tardive delle terapie, alla diagnosi precoce di secondi tumori, ai percorsi di riabilitazione, ai consigli su stili di vita corretti, fino al supporto psicologico”.

In che modo è possibile realizzare questo obiettivo? Innanzitutto, come specificato nel documento di consenso, vanno coinvolte tutte le professionalità rilevanti evitando sovrapposizioni e ridondanze, deve essere individuata una figura di coordinamento che rappresenti un riferimento continuativo ed esplicito per il paziente ed è necessario seguire una programmazione condivisa e adattata alle specifiche condizioni della persona colpita dalla malattia.

“L'ottimizzazione del follow up porta ad una riduzione della spesa sanitaria – afferma il dott. Elvio Russi, Presidente Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) – utilizzando criteri di appropriatezza e non subendo il solito ed ingiusto 'taglio lineare'. Mi auguro che la razionalizzazione della spesa possa consentire investimenti nell'informatizzazione del fascicolo sanitario dei pazienti con grande beneficio per la sanità italiana.

Infatti ciò consentirà da un lato una più facile ed attenta presa in carico multidisciplinare del singolo paziente e dall'altra un più attento monitoraggio degli effetti tardivi e dell'efficacia delle terapie. Ne trarranno vantaggi tutti: i pazienti più appropriatamente seguiti nei loro effettivi bisogni, i singoli specialisti che potranno avere a disposizione una grande mole di dati (c.d. data-mining) per poter migliorare la terapia e le fonti di ricerca”. In questo senso il documento di consenso sul follow up delinea strategie condivise che si traducono nel miglior uso di questi strumenti.

“Per molte neoplasie oggi è possibile parlare di cronicizzazione – sottolinea il dott. Claudio Cricelli, presidente Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) -. Quindi non è pensabile che queste persone siano seguite per 10-15 anni solo dal centro di riferimento. È necessario coinvolgere i medici di famiglia, che potranno svolgere un ruolo fondamentale nel gestire i pazienti cronicizzati o guariti con rischio molto basso di ricaduta e con scarse problematiche cliniche. E il programma di follow up stilato dallo specialista è uno strumento fondamentale per migliorare il dialogo fra ospedale e territorio. Le modalità di interazione possono essere modulate sulla base del rischio di ricaduta, degli effetti collaterali tardivi e del contesto clinico. I pazienti a basso rischio o con comorbidità rilevanti possono essere reindirizzati precocemente al medico di medicina generale.

Le persone a rischio intermedio possono essere seguite con un modello sequenziale o di alternanza tra i due professionisti. I pazienti ad alto rischio richiedono un maggiore e più continuativo coinvolgimento dello specialista, almeno nei primi anni. L'applicazione di un modello personalizzato consente plasticità organizzativa, contenimento dei costi e facile applicabilità”.

Le conseguenze della malattia possono lasciare tracce psicologiche profonde e ferite in grado di minacciare le



relazioni personali e, più in generale, lo stato di benessere individuale. E non vanno dimenticate le difficoltà legate al reintegro sociale e lavorativo di chi, per un periodo prolungato, ha dovuto rinunciare alla propria attività e all'esercizio del proprio ruolo nella società. Su questi aspetti è possibile intervenire in modo efficace, attraverso percorsi di riabilitazione, di sostegno psicologico e di counselling.

“Abbiamo deciso con entusiasmo di sostenere il progetto dell'AIOM sul follow up - conclude il dott. Luigi Boano, General Manager Novartis Oncology Italia - che propone una gestione integrata del paziente tra oncologo e medico di base nella fase di follow up. Siamo particolarmente attenti al progetto anche perché avrà una ricaduta positiva sui pazienti. Novartis è da sempre impegnata nell'Oncologia di Precisione, con la ricerca della miglior terapia per ogni paziente, nella sua specificità e nel rispetto dell'appropriatezza e della sostenibilità complessiva del sistema”.

[chiudi questa finestra]

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

## Contro il “gene Jolie” ci sono farmaci efficaci: le mutilazioni sono evitabili

Al congresso in corso a Padova nuove linee per il trattamento della patologia: le donne con Brca mutati possono evitare asportazione preventiva di ghiandole mammarie e ovaie



FABIO DI TODARO

Mutazioni dei geni Brca, il dibattito prosegue. Quella che è stata la causa dell'asportazione preventiva prima dei due seni e poi delle ovaie da parte di Angelina Jolie rimane uno degli argomenti più dibattuti all'interno della comunità degli oncologi. L'ultimo messaggio è un invito alla cautela: le donne che sanno di avere uno dei due geni Brca (1 e 2) mutati possono evitare l'asportazione preventiva della ghiandola mammaria o delle ovaie e ricorrere alla terapia farmacologica, nel momento in cui la malattia dovesse fare la sua comparsa.

### «BRCA» E CHIRURGIA PREVENTIVA

Scoperti negli Anni 90, [i geni Brca](#) hanno modificato la lotta al tumore al seno, il più diffuso tra le donne: poco più di quarantottomila le diagnosi in Italia nel 2014. Le loro mutazioni sono ritenute responsabili di un aumento dei casi di malattia: il rischio risulta accresciuto anche del 70% se l'alterazione riguarda il Brca 1, meno per il Brca 2, coinvolto però pure nello sviluppo di alcune forme di melanoma, tumori all'ovaio, alle tube e alla prostata. Da qui l'introduzione della tecnica di mastectomia preventiva: le ghiandole mammarie vengono asportate in una donna sana, ma portatrice di una modificazione genetica che la pone ad alto rischio di sviluppare una forma precoce e aggressiva di cancro al seno. La pratica, contemplata in casi simili da tutte le maggiori linee guida sulla prevenzione del cancro, è quella a cui s'è sottoposta Jolie, creando un

solco tra favorevoli e contrari. L'intervento, infatti, non porta a zero la probabilità di incrociare in futuro la malattia, pur riducendone sensibilmente il rischio.

## **FARMACI, ECCO LE ALTERNATIVE**

La ricerca, nel frattempo, prosegue. «Si sta cominciando a capire che le mutazioni del gene Brca 1 e 2 possono permettere terapie specifiche, mirate ed efficaci, nel caso in cui la malattia arrivi a manifestarsi», ha spiegato stamane Pierfranco Conte, direttore dell'unità di oncologia medica 2 dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova, durante il congresso internazionale sul tumore del seno in corso nel capoluogo veneto, organizzato dall'Accademia Nazionale di Medicina. Un'opzione che non renderebbe necessaria la chirurgia preventiva, nei casi più a rischio. Alla base di questa strategia alternativa, c'è un meccanismo raffinato.

Normalmente le cellule tumorali, una volta aggredite dai farmaci, cercano di limitare l'effetto di riparazione del danno arrecato al codice genetico. Non ne sono capaci, invece, quelle che hanno uno o entrambi i geni Brca mutati. Da qui l'ipotesi che sta portando gli oncologi a "utilizzare" la mutazione per mettere a punto terapie più efficaci. I farmaci che meglio sembrano aggredire il tumore al seno sono gli inibitori del Parp, in particolare l'olaparib, oggetto - in associazione con il cedinarib - di un lavoro presentato nell'ultima edizione del congresso annuale dell'associazione degli oncologi americani, svoltosi a maggio a Chicago.

Il ribaltamento di fronte troverà conferma nelle prossime settimane da una ricerca condotta all'Istituto Oncologico Veneto, i cui risultati preliminari sono stati presentati nel corso dell'appuntamento odierno. Il "blocco" degli enzimi Parp 1 e Parp 2, in presenza di mutazioni dei geni Brca, è ritenuto alla base della morte delle cellule tumorali.

## **PRIMI RISCONTRI DALL'IMMUNOTERAPIA**

L'occasione è stata utile anche per fare il punto sull'applicazione dell'immunoterapia - rivelatasi già efficace contro il melanoma e il cancro al polmone - contro il tumore al seno. Il percorso è stato appena intrapreso, ma i dati dicono che «l'approccio sembra promettente verso i tumori al seno più aggressivi: gli HER2 positivi e i tripli negativi - prosegue Conte -. Questa opportunità permetterebbe di superare la capacità del cancro di mutare continuamente: al punto da renderlo insensibile ai farmaci efficaci fino a poco prima. I primi risultati dell'immunoterapia applicata al tumore al seno appaiono duraturi nel tempo». Segno che si può finalmente cominciare a

parlare di guarigione.

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

# Cancro al seno, promesse da immunoterapia e farmaci contro 'geni Jolie'

Addestrare i 'soldati' del sistema immunitario a riconoscere le cellule tumorali, combatterle e distruggerle. **Un attacco naturale sferrato 'dall'interno', con un effetto più duraturo e la speranza di guarire per sempre.** Il principio alla base dell'**immunoterapia anticancro**, dopo i successi riscossi contro i melanomi e i tumori polmonari, ora **promette di cambiare anche la storia del cancro al seno.** In particolare nei casi più difficili. E' il tema al centro del **congresso internazionale 'Meet the professor'**, che dal 10 al 12 settembre riunisce a **Padova** diversi attori della lotta al 'big killer' in rosa.

Giunto all'11esima edizione, il summit è organizzato dall'Accademia nazionale di medicina Accmed e diretto da 2 grandi nomi dell'oncologia mondiale: Pier Franco Conte, coordinatore della Breast Unit dell'Irccs Istituto oncologico veneto-Iov padovano e direttore di Oncologia medica all'università cittadina, e Gabriel Hortobagyi dell'University of Texas MD Anderson Cancer Center di Houston, in Texas. La '3 giorni' vede fianco a fianco patologi, radiologi, chirurghi, genetisti e oncologi. **Un evento multidisciplinare e internazionale:** i 9 membri del comitato scientifico arrivano da Svezia, Egitto, Polonia, Regno Unito, Germania, Spagna e Olanda; solo 2 dall'Italia.

**Contro il tumore al seno "siamo agli albori di una rivoluzione"**, dicono gli esperti: si chiama **oncoimmunoterapia** e "sembra **particolarmente promettente verso i tumori al seno più aggressivi:** gli Her2-positivi e i triplo-negativi", sottolinea Conte. "Sono proprio i tumori più mutati o capaci di mutare quelli che meglio vengono riconosciuti dal sistema immunitario, se adeguatamente aiutato dalle **nuove terapie.** **Al momento sono sperimentali** - precisa - e per evitare il rischio di reazioni autoimmuni agiscono non tanto stimolando il sistema immunitario, ma depotenziando il freno che il sistema stesso si impone: il recettore PD1 utilizzato dai tumori per evadere la sorveglianza immunitaria. La cosa straordinaria è che **la terapia immune è duratura nel tempo.** Il sistema immunitario diventa capace di controllare il tumore molto a lungo" e "**finalmente si può cominciare a parlare di guarigione**".

"Negli ultimi 10 la ricerca contro il cancro ha puntato moltissimo sui cosiddetti **farmaci**

**intelligenti o target**, diretti cioè su bersagli molecolari presenti nelle cellule tumorali", ricorda Conte. "Questa via ha prodotto **risultati significativi**", **ma con dei limiti** "a causa della capacità del cancro di mutare continuamente diventando insensibile agli stessi farmaci che funzionavano poco prima. Per cui adesso si sta provando combattere i tumori utilizzando, oltre ai farmaci target, sostanze che attivano le difese immunitarie". Il ragionamento alla base è che **"se il cancro si è sviluppato è perché il sistema immunitario non ha funzionato e non funziona bene**, in particolare perché è poco capace di riconoscere le cellule cancerose. Tutti i ricercatori - assicura l'esperto - sono concordi sul fatto che l'immunoterapia è il futuro dell'oncologia".

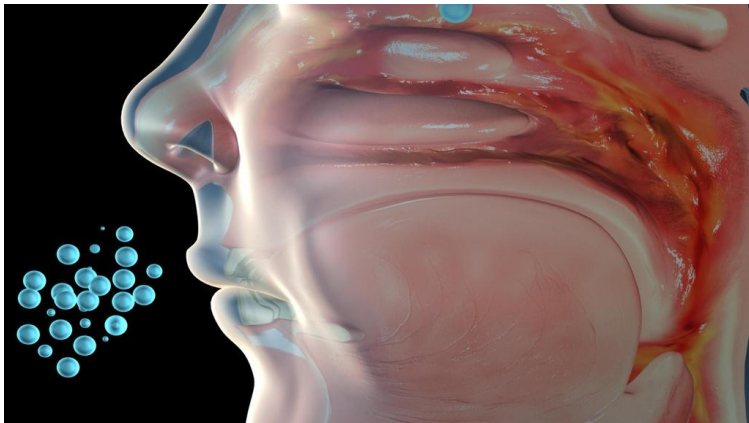
Fra gli altri argomenti in agenda anche le **nuove prospettive salva-fertilità e sessualità**, e le **nuove opportunità di terapia aperte dallo studio delle mutazioni di Brca1 e Brca2**: quelle che hanno spinto l'attrice americana **Angelina Jolie** a decidere di farsi asportare seno e ovaie per evitare di ammalarsi di cancro. **Una scelta choc che in futuro potrebbe essere dribblata** grazie a un approccio più attivo, grazie a **nuovi farmaci allo studio** per contrastare in modo mirato gli effetti dei 'geni Jolie'.

Le persone portatrici di una mutazione dei geni Brca1 o Brca2 hanno un rischio molto elevato di sviluppare un **cancro al seno** (fino al 70-80%) o all'**ovaio** (fino al 40%), ricordano gli specialisti a congresso. Scoprire la mutazione di questi geni finora era importante solo per rendersi conto del rischio e prevenirlo, o sottoponendosi a controlli periodici più frequenti e accurati e correggendo lo stile di vita, oppure optando per la chirurgia profilattica come ha fatto la signora Pitt. Adesso invece "si stanno aprendo nuove prospettive che permettono un vero ribaltamento della situazione", sottolineano i medici. "Si sta cominciando a capire - spiega Conte - che **le mutazioni dei geni Brca1 e 2 possono anche permettere terapie specifiche, molto mirate ed efficaci**, nel caso la malattia si presenti comunque".

"Il meccanismo è raffinato: le cellule cancerose, tutte - precisa Conte - quando vengono aggredite dai farmaci antitumorali cercano di riparare il proprio Dna secondo diversi meccanismi biochimici. E questo fenomeno, ben noto, limita l'efficacia delle cure. Si è scoperto però che le cellule cancerose con Brca mutato dispongono soltanto di alcuni di questi meccanismi di riparazione per sopravvivere, non di tutti come le altre cellule. Per cui ora si sta provando a bloccare questi meccanismi di riparazione (essendo meno numerosi è meno difficile) con farmaci appositi. E così **il temuto gene Brca mutato da spauracchio diventa un'occasione per una terapia più efficace**. A promettere questo ribaltamento della situazione è uno studio condotto allo Iov su 400 pazienti e prossimo alla conclusione. Consiste nell'utilizzo di farmaci intelligenti: gli inibitori del Parp, un enzima chiave nei processi di riparazione che le cellule cancerose Brca mutate sono in grado di utilizzare".

<https://www.agi.it/>

## Malattie respiratorie: Eurostat, in Ue 13,4% decessi



(AGI) - Bruxelles, 10 set. - In Europa il 13,4% dei decessi e' dovuto a malattie respiratorie, con il cancro ai polmoni che risulta il principale motivo di morti per problemi di questo tipo (40%). Solo in un anno, il 2012, le malattie respiratorie hanno causato in tutta l'Unione europea 671.920 vittime. Lo rileva l'Eurostat, in un rapporto diffuso oggi. I problemi per l'apparato respiratorio si registrano soprattutto nel Regno Unito (20,3% dei decessi totali), Danimarca (18,4%) e Irlanda (18,2%), ben al di sopra della media comunitaria. In Italia le morti dovute a malattie respiratorie sono il 12,5% del totale, ma fra queste l'incidenza dei tumori ai polmoni (43%) e' piu' alta della media Ue. Salta all'occhio il dato della Francia, dove c'e' un 1,1% dei decessi per malattie respiratorie legate all'influenza (in media, e' lo 0,3%). (AGI) -

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

STUDIO USA

## Più a rischio di tumore chi passa il tempo libero «in poltrona»

*Un'ampia indagine mette in luce un 10 per cento di pericolo in più per le donne. Pigri più esposti a diabete, obesità, malattie cardiovascolari e tumori*

**di Vera Martinella**



Siete appassionate di lettura, cinema, cucito o di una lunga schiera di hobby che si praticano stando sedute? Nel caso la risposta sia affermativa dovrete sapere che trascorrere il vostro proprio tempo libero sedute fa lievitare le vostre probabilità di ammalarvi di cancro. E, in particolare, di tumori al seno, all'ovaio o di mieloma multiplo. E' la conclusione a cui sono giunti i ricercatori americani, guidati dall'epidemiologo Alpa Patel, in uno studio recentemente pubblicato sulla rivista *Cancer Epidemiology, Biomarkers, and Prevention* dopo aver analizzato le abitudini e i passatempi di oltre 146mila persone.

### ***Pigri più a rischio di diabete, obesità, malattie cardiovascolari e tumori***

Già diverse indagini hanno messo in luce che c'è una differenza tra il trascorrere molto tempo in poltrona e fare troppo poca attività fisica: entrambe le cose sono nocive per la salute, ma potrebbero avere alcune conseguenze negative differenti. Finora, inoltre, pochi studi hanno esaminato il legame tra le ore passate seduti e uno specifico tipo di cancro. Certo è che l'inattività fisica è ormai stata elencata fra le cause che contribuiscono all'insorgenza di diabete, obesità, malattie cardiovascolari e tumori, come aveva dimostrato anche l'anno scorso un vasto studio tedesco basandosi sui dati di oltre quattro milioni di persone. Altre ipotesi erano poi state avanzate sul fatto che il lavoro d'ufficio potesse aumentare il rischio di carcinoma alla prostata del 30 per cento, proprio per le lunghe ore trascorse immobili su una sedia.



### ***Quel 10 per cento di rischio in più per le donne***

Nella loro indagine, Patel e colleghi hanno preso in esame le informazioni contenute nel Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort, uno studio condotto dall'American Cancer Society fra il 1992 e il 2009, coinvolgendo oltre 69mila maschi e 77mila femmine. Tra i primi, nel corso degli anni, sono stati diagnosticati più di 18.500 casi di tumore, fra le seconde oltre 12.200. Le conclusioni indicano che le donne che amano passare il tempo libero sedute hanno un pericolo superiore del 10 per cento di ammalarsi di tumore, pur tenendo conto dell'attività fisica svolta e dell'indice di massa corporea (quindi dei chili di troppo, perché si sa che sovrappeso e obesità fanno lievitare il rischio di cancro). Mentre fra gli uomini non emergono differenze sostanziali fra gli «amanti del sofà» e quanti prediligono gli hobby in movimento. «Servono certo maggiori conferme e studi approfonditi mirati a valutare la relazione tra tempo da seduti e insorgenza di un tumore – concludono gli autori -. Quello però che può essere utile fin da subito è utilizzare questi dati come ulteriore conferma dell'importanza di fare movimento. Con semplici azioni alla portata di tutti, fra cui camminare o fare sport a seconda delle proprie possibilità, si può davvero concretamente ridurre il rischio di ammalarsi di tumore».

## SPENDING REVIEW

## Sanità, i tagli scatenano la rivolta

Con la manovra 2016 potrebbero essere abolite le esenzioni totali

► ROMA

Mentre il Patto per la Salute attende ancora di essere approvato dalla Conferenza Stato Regioni e, con esso, l'atteso aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, si ricomincia a parlare di tagli alla sanità, in vista della prossima manovra finanziaria 2016. Ma le associazioni di pazienti non ci stanno e promettono mobilitazioni contro ulteriori riduzioni al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Ad annunciarlo è il coordinamento dei pazienti cronici e rari aderenti a Cittadinanzattiva che si è riunito d'urgenza per rispondere alle anticipazioni che parlano ancora di spending review nel settore, già gravato da anni di tagli e dall'ultima sforbiciata di 2,3 miliardi.

«Non è più possibile accet-

tare politiche di smantellamento del Servizio Sanitario Pubblico e dei diritti dei pazienti», scrivono le associazioni, che ricordano «la proposta di abolire le esenzioni totali per malati cronici e rari; i provvedimenti sulla responsabilità professionale che vogliono invertire l'onere della prova dal medico al cittadino. E ancora, la revisione del prontuario farmaceutico e il penalizzante regolamento ISEE». Se tanta solerzia viene messa nei tagli, denunciano, ce n'è invece troppa poca nel portare a termine gli impegni presi. Come l'aggiornamento dei Lea, fermi al 2001 e l'aggiornamento del Nomenclatore tariffario dei presidi delle proteste e degli ausili, risalente al 1999.

«No ai tagli lineari in sanità» è stato ribadito anche dal ministro della Salute Beatrice Lo-

renzini, al Forum sulla Sanità Digitale Salute. Piuttosto, bisogna «ottimizzare le risorse per liberare fondi da destinare al settore». Ad esempio per l'acquisto di farmaci innovativi, ma anche per l'informatizzazione della sanità, «un percorso ancora da implementare sul territorio», ha sottolineato Lorenzini, ma che porterebbe risparmi stimati intorno ai 9 miliardi di euro, secondo uno studio presentato oggi al Forum.

Eppure aree di risparmio, come aveva già annunciato il commissario alla spesa del Pd Yoram Gutgeld, ci sono. Per abatterle, in cantiere c'è il provvedimento per la responsabilità medica, tema sui cui lavorano in contemporanea ma separatamente, per ora, esperti del ministero e Commissione Affari Sociali della Camera.



Una corsia d'ospedale



Giovedì 10 SETTEMBRE 2015

## **Speciale sanità digitale/1. Lorenzin: “Risorse non possono essere un alibi per non fare le cose. Dobbiamo risparmiare per reinvestire. A partire dal digitale”**

***Il ministro della Salute nel suo intervento al Forum della Sanità digitale ha evidenziato come occorre “far parlare a lo stesso linguaggio a tutti i sistemi informatici delle Regioni. È una torre di Babele dove si parlano lingue diverse. Sarà un vantaggio per cittadino e per le casse pubbliche”. E poi su responsabilità professionale: “Nostro obiettivo è testo unico” da elaborare insieme alla commissione Affari sociali. [VIDEO](#)***

“Le risorse sono quelle che abbiamo e con cui dobbiamo fare i conti. E non possono essere un alibi per non fare le cose. Molti interventi si possono fare semplicemente razionalizzando la spesa e avendo delle priorità d’investimenti. Credo quindi che la scusa del denaro non sia un alibi dietro cui coprirsi”. È quanto ha affermato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** durante il Forum della Sanità digitale oggi a Roma presso l’Università Luiss.

Il ministro nel suo intervento ha però specificato come ottimizzare la spesa “non significa che il sistema possa essere stressato ulteriormente. Come voi sapete sono contraria ai tagli lineari e non mi stancherò mai di dirlo perché i tagli lineari non si possono più fare in Italia perché si è già tagliato tutto quello che si poteva tagliare in modo orizzontale. Non c’è più niente. Oggi dobbiamo lavorare sulla capacità di risparmio e di reinvestire nel sistema. Gli ambiti di efficienza sono ancora molti, a partire dalla sanità digitale”.

**Nello specifico il Ministro ha sottolineato come “abbiamo dato il via al Fse e al patto della sanità digitale che è nel Patto per la Salute** e credo che questo sia lo step necessario per far parlare lo stesso linguaggio a tutti i sistemi informatici delle Regioni, delle Asl, delle Asp d’Italia e soprattutto è un mezzo non solo per garantire qualità e quantità e giuste prestazioni ai cittadini ma servono anche per combattere la corruzione”.

“Ricordo – ha detto Lorenzin - che per informatizzare i sistemi operativi delle regioni sono stati spesi in questi anni milioni e milioni di euro ma non è stato fatto in modo centralizzato e oggi spesso i singoli ospedali non si parlano all’interno della stessa regione. È una torre di Babele dove si parlano lingue diverse”. Invertire la rotta “sarà un vantaggio per il cittadino e per le casse pubbliche. Questo è stato quantificato intorno ai 7 miliardi, oltre a quello che si può risparmiare contrastando la medicina difensiva”.

“Poi c’è il secondo step – ha ricordato - , che per me è il punto qualificante, incrociare i dati per fare analisi sia quantitative che qualitative, non solo quindi analisi della spesa ospedaliera, ma anche sulla qualità del servizio erogato. Per vedere se ci sono criticità, anche per esempio nei singoli reparti e prevenirle”.

**Per quanto riguarda i problemi nel dar vita ad un sistema sanitario completamente informatizzato e dialogante** il Ministro ha rilevato che ci sono “resistenze da una parte di tipo

burocratico". E dall'altra "abbiamo un sistema regionale dove ognuno vuole essere padrone in casa propria. Il tema della frammentazione non è un concetto astratto ma è una realtà. In questo senso sarà fondamentale la riforma del Titolo V perché è quella che ha maggiormente colpito le regioni negli ultimi 15 anni. Noi abbiamo la necessità, non di smantellare riforma del 2000, ma di correggerla. Qui non si tratta di essere centralista o federalista, dopo 15 anni dobbiamo vedere cosa non ha funzionato e adottare correttivi".

Il Ministro ha parlato anche del Patto per la Salute che "è stato approvato a luglio 2014 e credo che i tempi siano maturi affinché venga applicato e implementato. È questa è la nostra mission per il prossimo anno".

**A margine dell'evento rispondendo ad una nostra domanda in tema di Responsabilità professionale** il Ministro ha precisato: "noi abbiamo inviato il contenuto della relazione Alpa alla commissione Affari sociali che sta lavorando sul suo testo e il nostro obiettivo è di arrivare ad un testo unico".

Lorenzin: "Risorse non siano alibi per non fare le cose"



**L'ALLARME**

**Si sciolgono i ghiacci  
della Siberia:  
liberi virus assassini**

di **MIRKO MOLTENI**

a pagina 17

Ibernati da migliaia di anni

# Virus assassini nei ghiacci della Siberia

*Lo scioglimento del permafrost potrebbe liberare microrganismi letali. Equipe al lavoro per evitare epidemie*

**MIRKO MOLTENI**

■ ■ ■ Forse uno dei più insidiosi nemici dell'umanità, un virus o un batterio sconosciuto in grado di causare una mortale pandemia, si cela in agguato nel ghiaccio artico siberiano, in procinto di risvegliarsi al riscaldarsi del clima. O forse no. Per capirlo, una squadra di scienziati francesi del Centro Nazionale Ricerche Scientifiche di Parigi annuncia di voler svegliare in laboratorio uno dei virus preistorici scoperti trivellando il sottosuolo siberiano perennemente impregnato di ghiaccio, noto come "permafrost". Una specie di frigorifero naturale che da migliaia di anni conserva ibernati microrganismi dell'epoca dell'uomo di Neanderthal.

Il disgelo delle zone artiche, già tangibile con la liberazione dal pack della rotta marittima del nord, sta infatti coinvolgendo anche il permafrost rischiando di ridestare microbi pericolosi. Il virus che sarà studiato dai francesi è stato scoperto a 30 metri di profondità nella tundra di Kolyma, regione di Magadan, celebre per le sue miniere d'oro, e gli è stato affibbiato il nome scientifico "Mollivirus sibericum". È considerato un "gigante" tra i virus, misurando 0,6 micron, poco più di mezzo millimetro. Il suo codice genetico è più ricco e complesso della maggior parte dei virus odierni. Se, per esempio, il pericoloso Hiv, l'agente dell'Aids, ha un Dna compo-

sto da una decina di geni, il "Mollivirus" preistorico ne conta 500. Il microbo risalirebbe a 30.000 anni fa, alla piena epoca dell'ultima glaciazione. A occuparsene è la divisione di genomica del Cnrs, sotto la guida del professor Jean Michel Clavier: «È possibile che questi virus si rivelino ancora capaci di causare malattie». E aggiunge: «Se non stiamo attenti e industrializziamo queste zone senza pensare ad adeguate precauzioni, corriamo il rischio un giorno di risvegliare morbi, come anche il vaiolo, che giudicavamo sradicati».

Le regioni siberiane sono oggetto di ambiziosi programmi di sfruttamento man mano che il clima si addolcirà, dati gli ingenti giacimenti, in larga parte ancora vergini, di petrolio, gas e metalli, per non parlare del legname. L'affollamento che si creerà in alcune aree porterà a un'accresciuta possibilità che microbi artici possano trovare la via per diffondersi verso i continenti abitati. Con l'aggravante che l'uomo moderno può non avere più difese immunitarie contro malattie preistoriche. Un'altra studiosa del centro, Chantal Abergel, ha ricordato che non si può parlare mai di estinzione totale di un virus: «Il fatto che si possa essere infettati anche dai resti di un uomo di Neanderthal morto da millenni, dimostra come sia sbagliata l'idea che un virus possa definirsi sradicato dal pianeta». Il Mollivirus verrà

messo in contatto con una ameba per osservare se le provocherà danni, poi lo si porrà su tessuti umani in vitro, tutto in condizioni di massima sicurezza.

I francesi lavorano in stretta collaborazione con russi e americani. Il prof. William Alington, dell'università del Nebraska ammette: «È vero che non tutti i virus colpiscono l'uomo e che in genere ognuno si adatta a una singola specie, ma questa possibilità legata al cambiamento climatico esiste». Siano microbi nuovi e appena classificati, oppure antiche varianti del vaiolo o della peste, già il 24 settembre 2013 lo scienziato russo Boris Revich lanciava l'allarme, in particolare sull'antrace magari rimasto in antiche renne allevate dalle tribù locali: «Lo scioglimento del permafrost potrebbe rilasciare antraci da vecchie sepolture di bestiame infettato. Dobbiamo capire a che livello è il rischio, magari prendendo campioni di sangue da questi animali».

È da qualche anno che si scoprono germi sottoghiaccio da secoli, seppure finora nessuno sia stato mostrato pericoloso per l'uomo. Nel 2003



fu trovato il cosiddetto "Minivirus" e nel 2013 il "Pandoravirus", chiamato per scaramanzia proprio come il nefasto vaso di Pandora della mitologia greca, sorgente di mali. Infine, nel marzo 2014 ecco il "Pithovirus", trovato sulla tundra costiera della Chukotka, vicino alle acque del Mare Siberiano Orientale. Per adesso, nessuna "peste venuta dal freddo", ma la guardia non va abbassata. Nel 2004 venne riscoperto addosso alla salma di una donna sepolta nel permafrost dell'Alaska il vecchio morbo dell'influenza spagnola, che fra il 1918 e il 1920 uccise 50 milioni di persone in tutto il mondo. Il pericolo è costante sia per l'uomo, sia, teoricamente, per animali vitali per l'economia. Se dal disgelo emergesse un germe mortale, per esempio, per le api e in genere gli insetti impollinatori, quasi tutte le coltivazioni agricole si estinguerebbero per mancata fecondazione dei fiori. Poiché il riscaldamento climatico delle zone artiche ha velocità doppia rispetto al resto del globo, tanto che si ipotizza entro il 2100 un aumento medio di 7 gradi nella tundra, meglio tenere gli occhi aperti.



**Bioetica.** Londra al voto sul fine vita

# Suicidio, salta l'ultima frontiera?

La Camera dei Comuni si pronuncia oggi sul disegno di legge che legalizzerebbe il suicidio assistito per i pazienti terminali con un'attesa di vita non superiore ai sei mesi che ne facciano richiesta. Si tratta di una prima apertura all'eutanasia praticata dai medici. Dibattito in corso anche in Francia e Germania, dove sono in discussione leggi analoghe a quella inglese.

**PRIMOPIANO** A PAG. 6

## Morte assistita dei malati terminali L'Inghilterra alla scelta sul fine vita

*La Camera dei Comuni esamina la legge sul diritto al suicidio per i pazienti gravi con una prognosi non superiore ai 6 mesi*

**Oggi i deputati votano la proposta del laburista Marris, che aprirebbe all'eutanasia. Contrario il premier Cameron, che però lascia libertà di coscienza ai conservatori**

**ELISABETTA DEL SOLDATO**  
LONDRA

**S**ono 18 anni che la lobby pro-eutanasia della Gran Bretagna sta cercando di introdurre il sui-

icidio assistito proponendo ripetutamente una legge che rispecchia i contenuti di una in vigore dal 1997 nello Stato americano dell'Oregon. Se approvato oggi, quando nel primo pomeriggio andrà al voto alla Camera dei Comuni, il «Rob Marris's Assisted Dying Bill» (la legge sulla "morte assistita" dal sessantenne deputato laburista che l'ha proposta) garantirà infatti ai medici di aiutare a morire i pazienti che ne fanno richiesta prescrivendo un farmaco letale. Unico limite sarà che al "diritto di morire" potranno accedere solo malati terminali consenzienti a cui non sono stati dati più di

sei mesi di vita. Il primo voto su un disegno di legge analogo a quello che arriva oggi a Westminster fu quello sul progetto firmato da Lord Joffe nel 2006 che trovò forte resistenza dall'allora governo guidato dal laburista Tony Blair.



Poi è stato il turno di Lord Falconer che ha tentato di introdurre il suicidio assistito per ben due volte: una nel 2009 – ma la proposta di legge fu bocciata da entrambe le camere – e un'altra l'anno scorso alla Camera dei Lords, ma in questo caso l'iter è scaduto a causa della fine della legislatura e delle elezioni di maggio. Anche in Scozia la proposta di legge è stata presentata – e respinta – due volte dal Parlamento di Holyrood, una volta nel 2010 e una quest'anno. La Gran Bretagna dunque oggi ci riprova con una proposta di legge che porta il nome di Rob Marris ma che ha gli stessi contenuti di quelle che l'hanno preceduta. Ai Comuni la legge viene sottoposta al primo passaggio del suo lungo percorso parlamentare con un dibattito e un voto. Se i deputati si esprimeranno a favore il *bill* dovrà ricevere l'approvazione anche della Camera dei Lord, tornare ai Comuni e poi ricevere il sigillo finale della regina. Un iter che potrebbe durare più di sei mesi.

L'esito del voto appare incerto, perché se le pressioni per l'introduzione del-

la morte assistita sono forti altrettanto lo è l'opposizione a questa prospettiva, con pareri negativi autorevoli come quello del premier David Cameron, che tuttavia ha lasciato libertà di coscienza ai deputati del partito Conservatore. Domenica il leader della Chiesa anglicana, l'arcivescovo di Canterbury Justin Welby, ha chiesto ai deputati di riflettere attentamente sulle conseguenze che questa legge potrebbe avere sulle persone più vulnerabili, invitandoli a votare contro. «Una

volta attraversato il Rubicone etico e legale – ha detto il primate – sarà impossibile tornare indietro». Posizioni assai ferme sono state espresse anche dalla Chiesa cattolica. Già ieri mattina alle 8.30 centinaia di persone si erano date appunta-

mento in Parliament Square, davanti a Westminster, con cartelloni che chiedevano ai parlamentari di proteggere la vita. Tra loro anche diversi medici. «Molti pazienti – spiega Robin Boyd, medico condotto da trent'anni – sono stabili mentalmente solo in apparenza ma in realtà sono assai vulnerabili e facilmente manipolabili dagli altri perché si sentono un peso per la famiglia e per la società.

Spesso vogliono morire solo per dare sollievo a chi gli sta intorno». Qualche settimana fa, sulle pagine del *Wall Street Journal* anche un medico dell'Oregon, William Toffler, ha invitato la Gran Bretagna a non fare lo stesso errore dello Stato Usa. «Da quando l'Oregon ha legalizzato il suicidio assistito quasi vent'anni fa – ha scritto il professore – più di 850 persone sono morte ingerendo dosi letali di barbiturici. La legge ha cambiato profondamente il rapporto tra medico e paziente e oggi molti malati terminali hanno paura di essere costretti a morire».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL PUNTO

### Leggi, ricorsi, sentenze Il mondo in movimento

**STATI UNITI.** È atteso in questi giorni il voto del Senato della California dopo che ieri la Camera ha varato con 43 voti e favore a 34 contro la legge 128 sul suicidio assistito. Una materia molto controversa: a fine luglio la Corte suprema di San Diego aveva respinto il ricorso di tre malati terminali che chiedevano la legalizzazione. Il suicidio assistito negli Usa è consentito in cinque Stati: Oregon, Vermont, Montana, Nuovo Messico e lo Stato di Washington.

**CANADA.** Il governo ha istituito un gruppo di studio per condurre consultazioni pubbliche e audire medici e giuristi. La relazione conclusiva arriverà alla fine di ottobre, dopo le elezioni legislative del 19, e fornirà al governo diverse opzioni per adempiere alla sentenza della Corte suprema, che in febbraio gli ha dato 12 mesi di tempo per dotarsi di una legge sul suicidio assistito.

**AUSTRALIA.** La parlamentare laburista ed ex premier della Tasmania Lara Giddings ha presentato una proposta di legge sul suicidio assistito. Al Parlamento di Victoria un comitato interpartitico sta decidendo se la legislazione dello Stato possa consentire il suicidio assistito, vietato a livello federale.

**NUOVA ZELANDA.** La Commissione Salute del Parlamento ha accettato di prendere in esame la legalizzazione del suicidio assistito, dopo la petizione della Voluntary Euthanasia Society. Tra le quasi 9mila firme a sostegno c'è anche quella di Matt Vickers, il marito di Lecretia Seales, malata terminale di tumore al cervello, che aveva chiesto all'Alta corte di poter morire senza conseguenze penali per il medico che l'avrebbe assistita. La donna è morta lo stesso giorno della decisione: la sua richiesta era stata respinta.

**SUDAFRICA.** A fine aprile l'Alta corte di Pretoria ha stabilito che i medici che aiutano i malati terminali a morire non sono penalmente perseguibili. La decisione è la risposta al ricorso di un malato terminale che aveva chiesto di porre fine alla sua vita e che è morto prima di conoscere il verdetto.

**COLOMBIA.** A inizio luglio si è verificato il primo caso di eutanasia – legale dal 29 aprile – dopo che il Parlamento ha modificato una legge del 1997. A marzo la Corte costituzionale aveva dato 30 giorni di tempo per una nuova legge.

**ISRAELE.** Un 16enne di Tiberiade ha diffuso un video-appello per chiedere di «morire con dignità», dopo aver sospeso la chemioterapia lasciando l'ospedale di Haifa in cui era ricoverato. A dicembre un giudice aveva concesso il suicidio assistito a un malato di Sla, mentre nel giugno 2014 la Commissione per la legislazione aveva legalizzato il suicidio assistito per i malati terminali.

Simona Verrazzo



# Se la Francia riconosce l'allergia da onde wi-fi

A Marine Richard riconosciuto l'handicap per l'ipersensibilità alle radiazioni

L'esperto: all'invasione dei dispositivi non corrisponde un aumento dei mal di testa

## Gli scienziati discutono degli effetti ma a Tolosa una donna avrà la pensione

MICHELE BOCCI

**I**nemico nell'aria. Invisibile, impalpabile eppure capace di scatenare reazioni allergiche come se fosse il polline di una graminacea oppure un alimento. Mal di testa, stanchezza, reazioni cutanee, asma, nausea, palpitazioni: migliaia di persone sono convinte che le onde elettromagnetiche prodotte da cellulari, wi-fi e altri dispositivi elettronici gli facciano male. La comunità scientifica scuote la testa, non c'è praticamente letteratura che provi la correlazione tra questi sintomi e le onde ad alta o altissima frequenza. Non siamo di fronte a un'allergia. Eppure sono nate associazioni di pazienti che si battono per far riconoscere questo tipo di ipersensibilità e così avere aiuto e rimborsi per i "malati" dalle Asl. Questi gruppi hanno accolto con entusiasmo la sentenza pronunciata giorni fa a Tolosa, in Francia, sperando che avvii una nuova fase in tutta Europa. A una donna di 39 anni, Marine Richard, il giudice ha riconosciuto il diritto a una indennità da 800 euro al mese per tre anni perché la sua ipersensibilità alle onde elettromagnetiche rappresenta un handicap. Riceverà i soldi nella

sua casa sui Pirenei, dove vive senza elettricità e lontana da fonti che possano provocarle reazioni. È completamente disconnessa, niente cellulari o telefoni cordless, niente wi-fi, niente antenne nelle vicinanze.

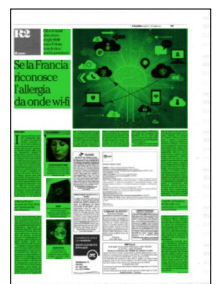
Da tempo si discute degli effetti sulla salute delle onde elettromagnetiche. Ci sono vari studi scientifici che indagano l'esposizione a lungo termine e il rapporto con patologie come il cancro. La storia di Marine Richard ha invece a che fare con le conseguenze acute del contatto. Cioè con le reazioni quasi immediate, come fossero appunto allergiche, che si scatenerebbero in chi si trova nel raggio di azione di un dispositivo wi-fi. L'Oms già anni fa ha preso in considerazione il problema con un breve documento che si esprime in termini piuttosto chiari riguardo all'incertezza di un rapporto causa effetto tra onde ad alta frequenza e problemi di salute. «L'ipersensibilità ai campi elettromagnetici è caratterizzata da una gamma di sintomi non specifici, che gli individui colpiti attribuiscono all'esposizione ai campi». Come dire, ci si basa su quello che racconta chi sta male, perché non ci sono prove scientifiche. Anche per questo è difficile capire quale sia l'incidenza del problema. Si va, come dice Oms, da alcuni casi ogni milione di abitanti ad una frequenza molto maggiore.

«Un gruppo di ricerca londinese ha fatto uno studio interessante su questa ipersensibilità, con il sistema del doppio cieco, quello utilizzato ad esempio per valutare l'efficacia dei farmaci». A parlare è Francesco Violante, ordinario di Medicina del lavoro a Bologna. «Persone

che si considerano malate sono state divise in due gruppi. Uno è stato esposto alle onde elettromagnetiche, l'altro no. Ovviamente nessuno sapeva a quale gruppo apparteneva. Ebbene, nessuno si è reso conto se i dispositivi che emettono le onde erano accesi o meno». Violante per la Regione Emilia studia le persone che dicono di soffrire di Msc, cioè sensibilità chimica multipla, un problema scoperto precedentemente e molto simile all'ipersensibilità elettromagnetica, sia nelle sue manifestazioni che nella mancanza di un collegamento scientifico tra queste e l'esposizione. «Noi trattiamo i sintomi, perché comunque queste persone stanno male. Circa la metà dei pazienti che vediamo ha problemi psicologici». La vede in modo molto simile Carlo La Vecchia, professore di epidemiologia alla Statale di Milano. «Mancando certezze, bisogna lavorare caso per caso su questi problemi. Quello che sottolineerei è che da quando siamo stati invasi da questi dispositivi che lavorano con le onde elettromagnetiche non si è visto un aumento nella popolazione generale di problemi come ad esempio il mal di testa».

Per Settimio Grimaldi, ricercatore dell'Istituto di farmacologia traslazionale del Cnr «è difficile capire quale sia il fattore psicologico in questi sintomi. Ma sono convinto che alcune persone abbiano davvero problemi con le frequenze come quella del wi-fi, anche perché conosco bene una di loro. Purtroppo, del resto, c'è una grande diffusione e anche un uso poco controllato del wireless. Stiamo creando un inquinamento molto forte».

RIPRODUZIONE RISERVATA





**MARINE RICHARD**  
Il giudice di Tolosa le ha riconosciuto un'indennità di 800 euro al mese per la disabilità provocata dalla allergia al wifi



**OMS**  
In un documento sottolinea che non è provato il rapporto causa effetto tra esposizione e sintomi dell'ipersensibilità



**WIRELESS**  
I dispositivi che provocherebbero la "malattia" sono cellulari, cordless, antenne, e linee del wifi

