

DUE SENTENZE A BRESCIA E MILANO ASSOLVONO COPPIE CHE AVEVANO AVUTO FIGLI IN UCRAINA

Utero in affitto, svolta in tribunale

“I genitori non commettono reato”

PAOLO COLONNELLO
MILANO

Si può essere genitori legittimi anche con figli avuti dalla fecondazione surrogata. E' questo il senso della sentenza con la quale la quinta sezione penale del Tribunale di Milano ha assolto una coppia dal reato di «alterazione di stato civile» per avere denunciato all'anagrafe del loro comune una coppia di gemelli avuti in Ucraina grazie a un utero in affitto: pratica legale in quel Paese, vietata da noi. Sempre ieri, ma questa volta a Brescia, la Corte d'appello ha assolto un'altra coppia che però, in primo grado, era stata condannata 5 anni di carcere.

Si tratta di una decisione che conferma la strada per una giurisprudenza più favorevole alle coppie sterili e tranquillizza le centinaia di genitori che ogni anno intraprendono «viaggi della speranza» in Ucraina, Russia, Georgia, Stati Uniti per avere un figlio che da noi sarebbe negato. Bisognerà aspettare 90 giorni per conoscere le motivazioni della decisione che comunque ribalta pronunce della stessa sezione di tribunale la quale, appena due anni fa, aveva riconosciuto «colpevoli» due genitori per lo stesso reato e per un episodio analogo, pur attenuando la condanna.

Il reato in effetti può comportare una pena fino a 15 anni e finora i tribunali, per evitare un sovraffollamento delle carceri di genitori sterili, si erano uniformati a una derubricazione del reato in false dichiarazioni a pubblico ufficiale, per una condizionale sicura e senza mai sottrarre i figli. Ieri, accogliendo le richieste dell'avvocato di Pisa Ezio Menzione, uno

dei massimi esperti giuridici di questioni legate alle fecondazioni, il tribunale ha virato decisamente verso la giurisprudenza europea che nel giugno scorso in due sentenze parallele della Corte Europea dei diritti dell'Uomo e della Cee contro la Francia, ha affermato che comunque i figli siano nati, hanno diritto ad essere trascritti all'anagrafe di residenza come figli dei genitori che li hanno voluti. In altre parole: gli Stati possono continuare a vietare la fecondazione surrogata ma poi devono accogliere il diritto naturale dei bambini ad avere una famiglia. Anche il pm Baima Bolloni aveva chiesto l'assoluzione, ma con la trasmissione degli atti agli affari civili per un eventuale annullamento della trascrizione dell'atto di nascita.

Nel caso in esame, i gemelli nati con questo tipo di procedura, erano comunque stati inseminati dal padre e dunque presentavano un 50 per cento di Dna del genitore da parte maschile. La coppia quattro anni fa, dopo aver regolarmente registrato all'anagrafe di Kiev i due bambini, si era recata all'ambasciata italiana per ottenere la trascrizione dell'atto di nascita spiegando come erano nati, senza cioè mai mentire. D'ufficio era partita la segnalazione trasformata poi nel reato di «alterazione di stato civile». Ma per il pm, «il fatto che l'atto di nascita non sia trascrivibile nei registri italiani non vuol dire che l'atto sia falso o provenga da illecito, ossia si può essere genitori in Ucraina senza esserlo in Italia». Con la sentenza di ieri, visto che l'atto di nascita non è stato annullato, si può essere genitori anche in Italia, orgogliosi dei propri figli, comunque siano nati.

15

anni

È la pena massima prevista per il reato di «alterazione di stato civile» e cioè la denuncia di un bimbo nato dopo aver «affittato un utero»

5

anni

La condanna che era stata inflitta in primo grado alla coppia di Brescia. La sentenza è stata ribaltata ieri in appello: papà e mamma sono stati prosciolti



Ca alla prostata metastatico e resistente alla castrazione, benefici di abiraterone ancora più marcati tenendo conto del crossover



24 marzo 2015

Il beneficio offerto da abiraterone acetato in termini di sopravvivenza globale (OS) agli uomini con un carcinoma prostatico resistente alla castrazione, metastatico e progressivo, dimostrato nello studio COU-AA-302, è risultato ancora più marcato dopo l'aggiustamento dei dati per tener conto dei pazienti che durante il trial sono passati dal placebo al trattamento attivo. Lo ha spiegato Charles J. Ryan, il primo firmatario del lavoro, in occasione del Genitourinary Cancers Symposium 2015, tenutosi a Orlando.

"In effetti, ora come ora, abiraterone è uno degli standard, se non lo standard di cura, negli uomini con un cancro alla prostata naïve alla chemioterapia e resistente alla castrazione in diversi paesi del mondo," ha dichiarato Ryan, professore associato di medicina e di urologia, presso l'Università della California di San Francisco. "Questi ultimi risultati aumentano la nostra fiducia nei dati precedenti e suggeriscono che il crossover ha avuto un impatto positivo sulla sopravvivenza".

COU-AA-302 è uno studio multicentrico internazionale di fase III, randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo, pubblicato originariamente sul New England Journal of Medicine. Il trial ha coinvolto 1088 uomini con un carcinoma prostatico resistente metastatico alla castrazione, asintomatici o lievemente sintomatici, non sottoposti in precedenza alla chemioterapia. I pazienti sono stati trattati in rapporto 1: 1 con abiraterone acetato 1000 mg/die o placebo, in entrambi i casi in aggiunta a prednisone.

Al momento della seconda analisi ad interim dei dati, pianificata quando si era verificato il 43% dei decessi previsti, il comitato di monitoraggio dei dati e della sicurezza ha raccomandato di togliere il cieco e a quel punto i pazienti del gruppo placebo sono stati autorizzati a passare al trattamento con abiraterone acetato, un inibitore selettivo del citocromo CYP17, che blocca la sintesi degli androgeni. Già a quel punto, il trattamento con abiraterone aveva dimostrato di aumentare l'OS e di ritardare il momento del ricorso agli oppiacei.

Ryan ha spiegato che il protocollo prevedeva un'analisi di sensibilità con un metodo statistico ad hoc, "che tiene conto dell'effetto del crossover e sostanzialmente lo elimina".

Dopo un follow-up mediano di 49,2 mesi, ha riferito l'autore, sono stati registrati 741 decessi (il 96% di quelli attesi) e il 92% dei pazienti nel braccio trattato con abiraterone acetato e il 100% di quello trattato con placebo risultava aver interrotto la terapia. La ragione responsabile della sospensione è stata la progressione della malattia nel 68% dei pazienti del braccio abiraterone acetato e nel 69% di quelli del braccio placebo.

Nel braccio trattato con abiraterone acetato, il 30% dei pazienti ha sospeso il trattamento a causa di una progressione solo radiografica. "Ciò mi ha un po' sorpreso" ha commentato Oliver A. Sartor, del Tulane Cancer Center di New Orleans, non coinvolto nello studio. "La percentuale è inferiore a quella che mi aspettavo. D'altra parte, la progressione clinica, da sola o in combinazione con la progressione radiografica, è stata del 39%, una percentuale clinicamente significativa" ha aggiunto l'oncologo.

La progressione solo clinica (definita come la presenza di un dolore tale da richiedere la somministrazione di oppioidi, la necessità di una chemioterapia o una radioterapia palliativa, una riduzione dell'ECOG performance status o la necessità di un intervento chirurgico) è stata riscontrata nel 26% dei pazienti. "Indice del fatto che molti vanno incontro a un deterioramento clinico senza mostrare una progressione radiografica" ha osservato Sartor.

Dopo il protocollo, la percentuale di uomini che sono stati sottoposti a una terapia successiva con cabazitaxel, docetaxel ed enzalutamide è risultata simile nei gruppi. Il 44% circa dei pazienti del gruppo placebo è passato al trattamento con abiraterone acetato, mentre il 13% di quelli trattati da subito con l'inibitore è stato ritrattato col farmaco.

Al momento dell'analisi finale, gli autori hanno calcolato una riduzione del rischio di decesso pari al 19% nel braccio trattato con abiraterone acetato, e un prolungamento dell'OS mediana, passata dai 30,3 mesi del braccio placebo ai 34,7 mesi del braccio abiraterone acetato ($P = 0,0033$).

Dopo aver aggiustato i dati in modo da tenere conto del crossover, la riduzione del rischio di decesso associata al trattamento con abiraterone acetato è risultata del 26% ($P < 0,0001$). Dopo aver ulteriormente aggiustato i dati in funzione dei fattori prognostici di base, abiraterone acetato è risultato associato a una riduzione del 21% del rischio di decesso ($P = 0,0013$).

"Questi dati evidenziano che il trattamento con abiraterone nella fase pre-docetaxel può prolungare la sopravvivenza dei pazienti" ha osservato Sartor.

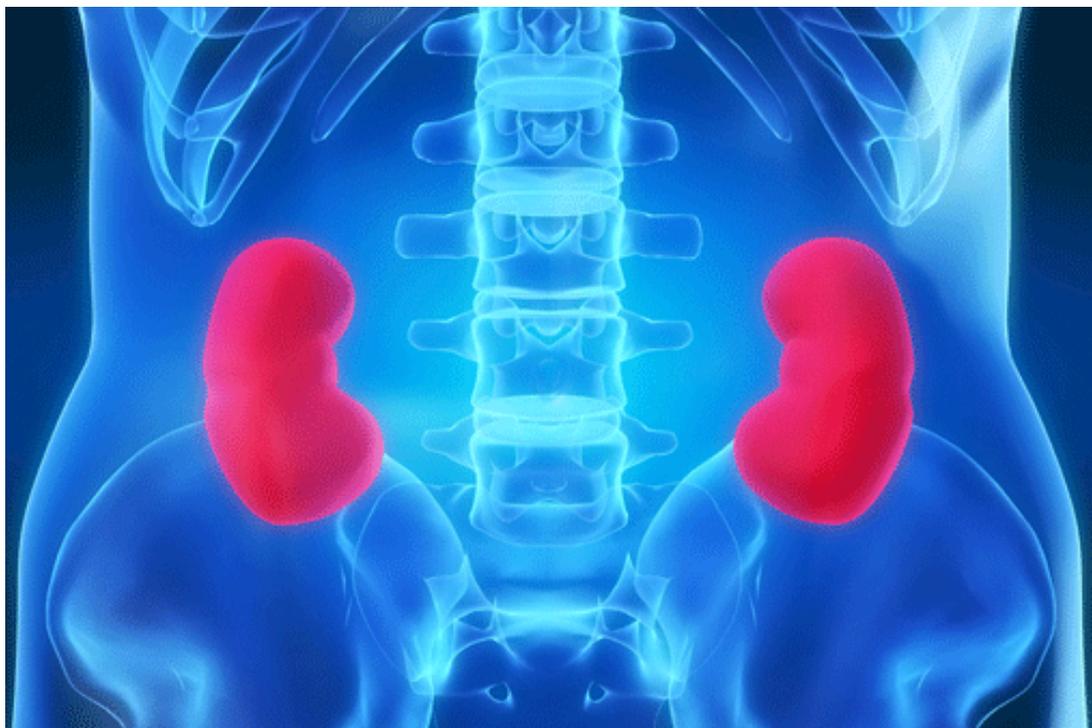
Fattori prognostici significativi ai fini dell'OS sono risultati i livelli basali di PSA ($P < 0,0001$), della lattato deidrogenasi ($P < 0,0001$), dell'emoglobina ($P < 0,0001$) e della fosfatasi alcalina ($P < 0,0001$), nonché la presenza di metastasi ossee ($P = 0,001$) e l'età ($P = 0,0069$).

C.J. Ryan, et al. Impact of crossover and baseline prognostic factors on overall survival (OS) with abiraterone acetate (AA) in the COU-AA-302 final analysis. Genitourinary Cancers Symposium 2015; abstract 142.

[leggi](#)

[[chiudi questa finestra](#)]

Ca al rene avanzato, promettente la combinazione di dalantercept e axitinib



24 marzo 2015

La combinazione di dalantercept e axitinib (un inibitore dell'angiogenesi sperimentale il primo, un inibitore multitarget delle tirosin chinasi il secondo) ha mostrato un'attività " clinicamente significativa " nei pazienti con un tumore a cellule renali avanzato nello studio di fase II DART, presentato al Genitourinary Cancers Symposium, a Orlando.

I primi risultati dello studio mostrano nei pazienti trattati con la combinazione dei due inibitori una percentuale di risposta complessiva del 25% e una sopravvivenza libera da progressione (PFS) mediana di 8,3 mesi, ha riferito Martin H. Voss, del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York.

Dalantercept è un inibitore dell'angiogenesi con un meccanismo d'azione diverso da quello degli inibitori delle tirosin chinasi attualmente in commercio, che colpiscono i recettori del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGFR). Il nuovo farmaco agisce, infatti, sul pathway del recettore chinasi di tipo 1 per l'attivina (ALK1), distinto da quello della chinasi del linfoma anaplastico (ALK), bersaglio di farmaci come crizotinib e ceritinib.

ALK1 è espressa selettivamente sulle cellule endoteliali attivate e viene attivata dai suoi ligandi, le proteine morfogenetiche dell'osso (BMP) 9 e 10. La proteina attivata promuove la maturazione e la stabilizzazione vascolare. I processi in cui è coinvolta ALK1 si verificano più tardi, nell'angiogenesi, di quanto non facciano quelli interessati dagli inibitori del VEGFR.

Dalantercept "è progettato come un recettore solubile avente un'alta affinità per BMP 9 e 10, che agisce quindi come trappola per i ligandi di ALK1" ha spiegato Voss alla platea.

Negli studi preclinici, questo nuovo agente ha dimostrato di inibire la maturazione delle cellule vascolari e di compromettere l'angiogenesi stimolata sia dal VEGF-A sia dal fattore di crescita basico dei fibroblasti.

In un studio di fase I già completato, su 37 pazienti con una varietà di tumori solidi refrattari alle terapie

standard, l'inibitore sperimentale ha mostrato una modesta attività in monoterapia, ma anche un profilo di sicurezza accettabile. La tossicità principale è risultata un edema non cardiogeno, che si è potuto trattare con diuretici.

Al congresso di Orlando, Voss ha presentato i risultati della prima parte dello studio DART, uno studio randomizzato e in doppio cieco in cui si sono confrontati sicurezza, tollerabilità e attività preliminare di dalantercept e axitinib rispetto al placebo e al solo axitinib in pazienti con tumori a cellule renali in stadio avanzato.

I partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi trattati con dosi crescenti di dalantercept - 0,6, 0,9 o 1,2 mg/kg per via sottocutanea ogni 3 settimane - più axitinib 5 mg due volte al giorno e in totale sono stati arruolati 29 pazienti.

In origine, al gruppo trattato 1,2 mg/kg erano stati assegnati 9 pazienti; tuttavia, quando questi soggetti hanno sviluppato una maggiore ritenzione idrica rispetto a quelli trattati con il dosaggio più basso, il team incaricato del monitoraggio della sicurezza ha raccomandato di ampliare, aggiungendo cinque pazienti, il gruppo trattato con 0,9 mg/kg, livello di dosaggio che è apparso ben tollerato ed è quindi stato scelto per la seconda parte dello studio.

"In generale, il profilo di tossicità della combinazione è risultato in linea con quello evidenziato nell'esperienza fatta con ognuno dei due farmaci in monoterapia" ha riferito Voss.

Nei 28 pazienti sui quali si è potuta analizzare l'efficacia, ci sono state sette risposte parziali, 17 stabilizzazioni della malattia e quattro casi di progressione. La percentuale complessiva di controllo della malattia dopo almeno otto cicli di terapia (circa 6 mesi) è risultata del 57,1% (16 pazienti); inoltre, più del 20% del campione ha mantenuto il controllo della malattia per un anno.

Voss ha osservato che nei pazienti trattati con il dosaggio raccomandato per la fase II la PFS mediana in quest'analisi non è stata raggiunta.

Nei 17 pazienti che avevano già fatto in precedenza due o più linee di terapia, la percentuale di risposta è risultata del 29%.

"Questi risultati molto incoraggianti giustificano l'effettuazione della seconda parte dello studio, per la quale è già iniziato l'arruolamento" ha riferito Voss.

L'endpoint primario di questa seconda fase, a cui dovrebbero prendere parte 130 pazienti, sarà la PFS, mentre gli endpoint secondari saranno la percentuale complessiva di risposta, la sopravvivenza globale, la sicurezza, la farmacocinetica e i biomarcatori indicativi di progressione della malattia.

Ulka Vaishampayan, del Karmanos Cancer Institute della Wayne State University di Detroit, invitata a discutere lo studio, ha commentato che ALK1 "è un target interessante e intrigante, soprattutto in combinazione con il VEGF, e sembra essere rilevante nel cancro del rene, almeno nel test preclinici condotti finora".

L'oncologa ha fatto notare che, sebbene lo studio abbia un campione di piccole dimensioni, "i risultati preliminari sembrano essere promettenti, e il razionale - superare il meccanismo di resistenza all'inibizione del VEGF - è interessante e sembra essere solido".

Tuttavia, la Vaishampayan ha sottolineato che gli sperimentatori dovrebbero tentare, anche retrospettivamente, di identificare un target per poter selezionare i pazienti che potrebbero trarre beneficio dalla combinazione.

M.H. Voss, et al. DART Study: A phase II randomized trial of dalantercept plus axitinib versus placebo plus axitinib in advanced clear cell renal cell carcinoma (RCC): Results from Part 1. Genitourinary Cancers Symposium 2015; abstract 407.

[leggi](#)

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Melanoma avanzato, pembrolizumab supera lo standard of care, alt a studio per end point raggiunti



25 marzo 2015

L'americana Merck and Co. (MSD in Italia) ha annunciato che lo studio randomizzato di fase III denominato KEYNOTE-006 che stava indagando l'efficacia di pembrolizumab rispetto a ipilimumab nel trattamento di prima linea dei pazienti con melanoma avanzato ha centrato i suoi due endpoint primari di sopravvivenza libera da progressione e di sopravvivenza globale.

Il trial sarà interrotto precocemente sulla base della raccomandazione del comitato di sorveglianza indipendente dei dati dello studio.

Nello studio KEYNOTE-006, pembrolizumab ha dimostrato un miglioramento statisticamente significativo e clinicamente rilevante in termini di sopravvivenza globale e di sopravvivenza libera da progressione rispetto a ipilimumab.

Ipilimumab è l'attuale standard of care nel trattamento del melanoma avanzato. Pembrolizumab in Usa ha ricevuto l'indicazione per l'impiego in seconda linea dopo la terapia con ipilimumab. Nei pazienti con melanoma il cui tumore esprime una mutazione genetica nota come BRAF V600, pembrolizumab può essere utilizzato dopo la terapia con ipilimumab e un inibitore di BRAF.

Il profilo di sicurezza di pembrolizumab in questo studio è risultato simile al profilo di sicurezza precedentemente riportato nel melanoma avanzato. Pembrolizumab è il primo anti-PD-1 a dimostrare un vantaggio di sopravvivenza rispetto allo standard di cura per il trattamento di prima linea del melanoma avanzato.

Questi dati saranno presentati nella sessione plenaria di apertura presso l'American Association of Cancer Research (AACR) Annual Meeting in programma a Philadelphia, il 18-22 aprile.

Studio KEYNOTE-006

Lo studio KEYNOTE-006 è un trial in aperto, randomizzato, di fase 3 (ClinicalTrials.gov, NCT01866319)

condotto per valutare efficacia e sicurezza di pembrolizumab rispetto ai ipilimumab in pazienti con melanoma avanzato resecabile di stadio III o IV, con non più di una precedente terapia sistemica.

Lo studio ha randomizzato 834 pazienti a ricevere pembrolizumab 10 mg / kg ogni tre settimane, pembrolizumab 10 mg / kg ogni due settimane, o quattro cicli di ipilimumab 3 mg / kg ogni tre settimane. Gli endpoint co-primari erano la sopravvivenza libera da progressione (PFS) e la sopravvivenza globale (OS); gli endpoint secondari erano il tasso complessivo di risposta (ORR), la durata della risposta, e la sicurezza. Era prevista anche un'analisi esplorativa per la qualità di vita connessa alla salute vita (QoL).

La risposta tumorale è stata valutata alla settimana 12, quindi ogni 6 settimane, successivamente al RECIST 1.1 (criteri di valutazione della risposta nei tumori solidi, cioè un gruppo di regole definite che identificano il comportamento tumorale a un trattamento) con criteri di revisione indipendenti, attraverso una revisione radiologica centralizzata in cieco e criteri di risposta immuno-correlati valutati dai ricercatori.

[\[chiudi questa finestra\]](#)

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

Bimbo parrebbe guarito da tumore con protonterapia? Ecco come funziona la tecnica

La vicenda del piccolo britannico rapito dai genitori e portato a Praga per le cure riaccende i riflettori sul metodo. A Pavia e a Trento, i centri italiani dove si esegue il radiotrattamento sperimentale per la cura



NICLA PANCIERA

MILANO

Riflettori nuovamente puntati sulla protonterapia, innovativa tecnica di radioterapia per il trattamento delle malattie neoplastiche che promette una maggior efficacia e minor tossicità rispetto alla radioterapia convenzionale. L'interesse è stato riacceso dalla recente vicenda di Ashya, il bambino inglese portato dai genitori in Spagna dopo un'intervento neurochirurgico di rimozione di un tumore cerebrale, per esser sottoposto al trattamento radioterapico sperimentale, prestazione che non gli sarebbe stata erogata nel Regno Unito. La notizia è di ieri: trattato per sei settimane da un centro di Praga, Ashya sembra essere guarito.

UN FASCIO DI PROTONI PER IRRADIARE CON PRECISIONE IL TUMORE

La protonterapia fa uso di una strumentazione sofisticata, del tutto simile al sincrotrone del CERN di Ginevra, per produrre e indirizzare il fascio protoni che rilasciano la loro energia sui tessuti neoplastici bersaglio con una precisione dell'ordine dei pochi millimetri. Da ciò deriverebbero i vantaggi clinici rispetto alla radioterapia: «Il fascio di protoni risparmia il più possibile le zone circostanti alla lesione tumorale, viene diretto con una tale precisione da permettere - a parità di dose erogata - minore tossicità o, a parità di tossicità attesa, una radiazione a dosi più elevate, garantendo un maggior controllo della malattia» spiega il dottor Maurizio Amichetti, direttore dell'Unità Operativa di Protonterapia dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento.

LA STORIA. LA FUGA DELLA FAMIGLIA KING PER SALVARE ASHYA I PAZIENTI ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO

Tutti i pazienti trattabili con radioterapia sono teoricamente eleggibili al trattamento con particelle. In particolare, nelle situazioni in cui la radioterapia convenzionale presenta un rischio di tossicità inaccettabile per il paziente, o come trattamento di elezione nelle neoplasie localizzate in vicinanza di tessuti critici, e in generale dove si richiede un trattamento di alta precisione. I protocolli in atto, secondo l'associazione Particle Therapy Co-Operative Group, riguardano i tumori infantili e molte neoplasie nell'adulto (ad esempio, del sistema nervoso centrale, del basicranio e altri).

AI BAMBINI I BENEFICI MAGGIORI

«Poter irradiare meno i tessuti malati è molto importante nel caso dei bambini, dove gli effetti collaterali possono essere molto severi per la giovane età del paziente, il cui organismo è più vulnerabile perché ancora in via di sviluppo, e il trattamento avere delle conseguenze di lungo periodo sul suo sviluppo fisico e cognitivo» spiega il dottor Amichetti. I piccoli pazienti, una volta guariti, hanno una vita davanti, dunque «hanno anche molti anni per sviluppare secondi tumori».

I CENTRI ITALIANI: PAVIA, TRENTO E CATANIA

In Italia, oltre al Centro pubblico di Trento, ad effettuare questo trattamento che il ministro della Salute Beatrice Lorenzin punta ad inserire nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ovvero le cure garantite dal Servizio sanitario nazionale, c'è il Centro nazionale di adroterapia oncologica (Cnao) di Pavia, che ha trattato finora 500 pazienti e utilizza protoni in piccola percentuale mentre fa largo uso di ioni carbonio, un'altra forma di adroterapia che, rispetto ai protoni, ha una minore selettività spaziale ma presenta una efficacia biologica superiore. Inoltre, presso l'INFN di Catania, si interviene sui soli tumori oculari.

LA CRITICA: MANCHEREBBERO LE EVIDENZE SCIENTIFICHE

La tecnica è in continua evoluzione e relativamente nuova. Secondi i dati della Nation Association for Proton Therapy, negli Stati Uniti, il primo centro di protonterapia è stato aperto nel 1980, erano diventati due nel 2000 e oggi sono una quindicina. In tutto nel mondo se ne contano una quarantina di attivi e altrettanti sono in via di realizzazione. Il Cnao è attivo da tre anni, il centro di Trento da qualche mese. Per questa ragione alle tecniche sperimentali di adroterapia e protonterapia spesso si contesta la mancanza di robuste evidenze scientifiche e cliniche in favore della loro maggior efficacia, sul lungo periodo, rispetto alla radioterapia standard. «Naturalmente, per stimarne il reale beneficio, bisognerà seguire l'evolvere della situazione dei primi pazienti trattati. Tuttavia, per quanto diverse, le metodiche utilizzano gli stessi principi, a cambiare è la dosimetria, cioè la distribuzione della dose erogata. Ne consegue che, in via di principio, sono almeno di pari efficacia. Le evidenze in favore della protonterapia si stanno comunque accumulando in fretta» risponde così Amichetti, convinto che dietro a tali obiezioni si nasconda anche un problema di natura economica, considerato l'elevato costo di strumentazione e trattamenti.

La ricerca continua. Intanto si attende l'aggiornamento dei LEA (livelli essenziali di assistenza, fermi al 1999) condotto dal governo che prevederebbe, come già garantito dal ministro Lorenzin, l'inserimento della protonterapia entro giugno.

<http://www.quotidiano.net/oncologia>

Angelina Jolie e la paura del cancro. Dopo il seno, si è fatta asportare anche le ovaie

L'attrice ha reso pubblica la sua scelta con un intervento sul New York Times. La star di Hollywood è portatrice di una mutazione genetica che le ha dato un rischio pari all'87 per cento di sviluppare un tumore al seno e al 50 per cento di sviluppare un cancro alle ovaie

Washington, 24 marzo 2015 - Dopo la doppia mastectomia di due anni fa per il timore di contrarre un cancro al seno, Angelina Jolie ha deciso di farsi asportare anche le ovaie. L'attrice, le cui scelte in materia di salute hanno spesso fatto discutere, ha deciso di sottoporsi al delicato intervento chirurgico, rendendo pubblica la sua decisione con un intervento sul New York Times intitolato "Diario di un intervento chirurgico".

La moglie di Brad Pitt ha annunciato di essersi fatta asportare ovaie e tube di Falloppio, per il timore di contrarre un cancro: una decisione maturata alla luce di una storia familiare drammatica, con la morte della madre, a 56 anni, della nonna e della zia per tumore.

La star di Hollywood è portatrice di una mutazione genetica che le ha dato un rischio pari all'87 per cento di sviluppare un tumore al seno e al 50 per cento di sviluppare un cancro alle ovaie. La 39enne attrice americana ha ereditato dalla madre il gene difettoso "Brca 1", fattore di rischio per seno e a ovaie. La nuova operazione è stata decisa dopo che alcuni esami avevano evidenziato un'inflammazione in corso che poteva essere l'indicatore dell'insorgenza di un tumore. Anche se esami successivi hanno dimostrato che non era così, l'attrice ha deciso di procedere ugualmente con l'intervento chirurgico. "Un test positivo del Brca non significa un balzo verso la chirurgia - ha scritto la Jolie -. Nel mio caso, medici orientali e occidentali che ho visto hanno concordato che un'operazione per rimuovere i tubi e le ovaie fosse l'opzione migliore, perché oltre alla presenza del gene Brca, tre donne nella mia famiglia sono morte di cancro". I suoi medici le hanno detto che si sarebbe dovuta sottoporre a chirurgia preventiva circa dieci anni prima della diagnosi delle patologie nei suoi parenti. "A mia madre fu scoperto un cancro alle ovaie quando aveva 49 anni. Io ne ho 39", ha ricordato.

Jolie ha spiegato che si era preparata all'ipotesi di rimuovere le ovaie sin dalla doppia mastectomia cui si era sottoposta. "Ho passato quello che immagino migliaia di altre donne provino. Ho detto a me stessa di restare calma, di essere forte, che non avevo ragione di pensare che non avrei vissuto per vedere i miei figli crescere e conoscere i miei nipoti", ha scritto la star. "Ho chiamato mio marito in Francia e nell'arco di alcune ore era su un aereo. La cosa bella di questi momenti nella vita è che c'è tanta chiarezza. Sai ciò per cui vivi e quello che conta".

Il marito Brad Pitt l'ha subito raggiunta per esserle accanto durante l'intervento in laparoscopia. "Non è stato facile prendere questa decisione", ha spiegato la Jolie, "ma bisogna affrontare ogni problema di salute a testa alta". L'attrice, madre di sei figli, non potrà più averne e dovrà sottoporsi a cure ormonali dopo la forzata menopausa.

Dopo la doppia mastectomia, gli esami non avevano evidenziato l'insorgenza di un tumore e anche per questo c'erano state polemiche sull'opportunità di un intervento così invasivo, polemiche destinate ora a riaccendersi alla

luce della nuova operazione.

La scelta di Angelina Jolie di farsi asportare ovaie e tube azzera il rischio di tumore, "ma l'attrice aveva delle alternative meno drastiche". Lo afferma Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), secondo cui l'Italia è in ritardo sul counseling psicologico necessario in questi casi. "Una volta che una donna scopre di avere la mutazione genetica che aumenta il rischio ci sono due strade - spiega Pinto -. Da una parte c'è la scelta della Jolie, quella più estrema, ma dall'altra ci si può sottoporre a controlli periodici per scoprire sul nascere eventuali tumori. La scelta dipende dalla donna, se è in grado di sopportare lo stress di vivere con questa spada di Damocle o se preferisce invece sottoporsi agli interventi". Secondo l'esperto è fondamentale come si dà la notizia del rischio alla paziente. "Serve una cultura del counseling genetico, per cui in Italia siamo ancora indietro, e l'associazione sta lavorando a dei corsi sul tema - afferma -. Il test del Dna comunque non è per tutte le donne, ma solo per chi ha avuto un tumore al seno da giovane, o ha una forte familiarità".

d=7318&lang=it_it&readid=page-
ler%2fPageHandler.ashx%3fUrl%3dhttp%3a%2f%2fwww.avvenire.it%2fCronaca%2fPagine%2fangelina-

Salute

Rischio genetico, la Jolie asporta anche le ovaie

(A.Ma.)

24 marzo 2015

Due anni dopo la doppia mastectomia, Angelina Jolie si è fatta asportare in via preventiva anche le ovaie e le tube di Falloppio. L'annuncio è arrivato dalle colonne del *New York Times*. L'attrice americana, 39 anni, avrebbe preso questa decisione così drastica in quanto affetta da una particolare mutazione genetica che farebbe aumentare del 50% le probabilità di sviluppare proprio un cancro ovarico. Nei giorni scorsi il suo medico curante aveva parlato di analisi in cui i marker infiammatori erano elevati, segno di una possibile fase iniziale di cancro alle ovaie, malattia che ha ucciso sua madre all'età di 56 anni.



(<http://www.koinexpo.com/>)

"Ho provato gli stessi sentimenti di migliaia di altre donne - ha scritto la Jolie -. Ho detto a me stessa di stare calma, di essere forte, e che non avevo ragione di pensare che non avrei vissuto abbastanza per vedere i miei bambini crescere".

"La cosa più importante è conoscere le opzioni e scegliere ciò che è giusto per te personalmente", ha aggiunto l'attrice, ben consapevole di essere una sorta di testimonial in tutto il mondo.

"Ora so che i miei figli non diranno mai: mia madre è morta di cancro alle ovaie".

L'asportazione delle ovaie è evidentemente una misura preventiva assai invasiva, e pure controversa tra gli stessi medici. Azzerare i rischi di un tumore è impossibile, e difatti la stessa Angelina Jolie dovrà seguire una terapia preventiva contro il cancro all'utero.

Anche in Italia i medici si sono confrontati con la scelta dell'attrice, che potrebbe fungere da "modello" per altre donne.

"Una decisione sacrosanta", l'ha definita l'oncologo **Umberto Veronesi**. "È un passo che mi aspettavo. Le stesse mutazioni genetiche che predispongono al tumore del seno aumentano anche le probabilità di sviluppare un tumore dell'ovaio. Fermarsi alla mastectomia sarebbe stato un percorso a metà", osserva lo scienziato, che accoglie come un traguardo importante la scoperta del gene che indica l'aumento del rischio. "Non abbiate paura di sapere. Fate i test genetici, se necessario", chiede Veronesi alle donne che hanno familiarità per il cancro al seno e alle ovaie.

La predisposizione genetica, comunque, riguarda solo una percentuale tra il 5 e il 10 per cento della popolazione femminile. Oggi esiste un test predittivo del rischio di cancro: si tratta dell'esame del Dna per la ricerca dell'eventuale gene mutato Brca1 e Brca2 che si effettua con un semplice prelievo del sangue. In Italia, se regolarmente prescritto, il test è rimborsato dal Servizio sanitario nazionale, spiega **Andrea Urbani**, **presidente della Società europea di proteomica**. Sei persone su 10 con il gene Brca1 mutato sviluppano tumore ovarico, e anche il 20% di chi presenta una mutazione del Brca2 è destinato ad ammalarsi. "Quando c'è una storia familiare di tumori di questo tipo - aggiunge Urbani - è dunque consigliabile effettuare i test genetici".

La vera domanda, però, è cosa fare una volta effettuato il test. Si tratta pur sempre di un rischio genetico, non di una malattia conclamata, e al paziente questa differenza va spiegata bene prima che prenda decisioni drastiche da cui non si torna indietro.

"Sì alla prevenzione, no all'ossessione" è anche la risposta dello psichiatra **Claudio Mencacci**. Se da un lato "è giusto e sacrosanto incentivare e promuovere la cultura dei corretti stili di vita, della diagnosi precoce e del giocare d'anticipo contro il cancro come pure contro altre malattie in continuo aumento", dall'altro "occorre evitare che la voglia di salute si trasformi in un bisogno ossessivo di controllo". Per molte patologie non esistono

test predittivi e dunque è impossibile controllare e prevenire ogni evento negativo che potrebbe capitare sulla nostra vita.

L'alternative alla mastectomia e all'asportazione delle ovaie è un follow up stretto e ravvicinato, che individui la malattia al suo primo manifestarsi. Secondo **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), "una volta che una donna scopre di avere la mutazione genetica che aumenta il rischio ci sono due strade. Da una parte c'è la scelta della Jolie, quella più estrema, ma dall'altra ci si può sottoporre a controlli periodici per scoprire sul nascere eventuali tumori. La scelta dipende dalla donna, se è in grado di sopportare lo stress di vivere con questa spada di Damocle o se preferisce invece sottoporsi agli interventi".

"La cosa più importante - dice **Bruno Dallapiccola**, professore di Genetica Medica - è avere un paziente informato".

© riproduzione riservata

d=7318&lang=it_it&readid=page-

ler%2fPageHandler.ashx%3fUrl%3dhttp%3a%2f%2fwww.avvenire.it%2fCronaca%2fPagine%2fangelina-

Condividi  1  (#)  +1  (#)  (#)

ARTICOLI IN EVIDENZA



[\(/Chiesa/Pagine/bagnasco-prolusione-consiglio-permanente-23-marzo.aspx\)](#)
Il Consiglio permanente «Gender, manipolazione da laboratorio»
[\(/Chiesa/Pagine/bagnasco-prolusione-consiglio-permanente-23-marzo.aspx\)](#)



[\(/Chiesa/Pagine/Giornata-Missionari-Martiri-2.aspx\)](#)
Roma
Missionari martiri, oggi la preghiera
[\(/Chiesa/Pagine/Giornata-Missionari-Martiri-2.aspx\)](#)



[\(/Cultura/Pagine/iptite-le-bombe-italiane-etioopia.aspx\)](#)
Inediti
Iprite, le bombe italiane sull'Etiopia
[\(/Cultura/Pagine/iptite-le-bombe-italiane-etioopia.aspx\)](#)



[\(/Spettacoli/Pagine/1992-tangentopoli-fra-cronaca-e-fiction.aspx\)](#)
Televisione
1992, Tangentopoli fra cronaca e fiction
[\(/Spettacoli/Pagine/1992-tangentopoli-fra-cronaca-e-fiction.aspx\)](#)



[\(/Cronaca/Pagine/famiglie-solidali-allenaza-vincente.aspx\)](#)
L'iniziativa
Famiglie solidali, l'alleanza vincente
[\(/Cronaca/Pagine/famiglie-solidali-allenaza-vincente.aspx\)](#)

<http://www.corriere.it/salute/>TUMORI
IL CASO JOLIE

Ovaie asportate per prevenire il tumore: «Non si è immuni al 100%»

Ogni caso va valutato singolarmente, meglio attendere i 40 anni. Dopo l'ovariectomia si va in menopausa con rischi elevati di osteoporosi, aumento di malattie cardiovascolari

di Vera Martinella



Lo aveva già annunciato a marzo 2014, a un anno di distanza dal duplice mastectomia preventiva per minimizzare il rischio di tumore al seno che ha ucciso la madre e la zia: «Devo fare un ultimo intervento per scongiurare il cancro». E ora Angelina Jolie ha «completato il suo percorso»: si è fatta asportare ovaie e tube per prevenire la possibile formazione di un tumore, visto che la mutazione dei geni Brca1 e Brca2 presente nel suo albero genealogico predispone a un rischio elevato di sviluppare non solo un cancro al seno, ma anche appunto quello all'ovaio. «Secondo le ultime scoperte scientifiche pare che il carcinoma ovarico nasca in realtà sulle tube e che si impianti poi sulle ovaie - spiega PierFranco Conte, direttore dell'Unità di Oncologia Medica 2 all'Istituto Oncologico Veneto di Padova, fra i maggiori esperti italiani di tumore del seno -. Motivo per cui all'attrice avrebbero asportato anche le tube, appunto».

Ma di quanto aumenta il rischio d'ammalarsi in chi ha i geni mutati?

«Bisogna tenere presente che il pericolo cresce con l'avanzare dell'età e che, in generale, le probabilità di carcinoma mammario salgono dai 30 anni in poi, mentre per il carcinoma ovarico le stime partono dai 40 anni in su. Ciò detto, per chi ha una mutazione a carico del gene Brca 1, entro i 70 anni, aumenta del 70 per cento la probabilità di sviluppare un tumore al seno e del 40 per cento per quello dell'ovaio. Mentre nel caso il gene mutato sia il Brca 2 le percentuali scendono un po': 50 per cento per il seno e circa 15 per cento per l'ovaio» risponde Conte.

Una volta asportati gli organi a rischio si è completamente al sicuro?

«Bisogna tenere presente che l'intervento chirurgico non rende immune al 100% dal cancro, ma rimane un rischio tumore di almeno il 5 per cento - ricorda l'oncologo Umberto Veronesi -. Il pericolo residuo

non deve essere sottovalutato. Ogni caso va analizzato a sé». Resta insomma sempre un minimo rischio di sviluppare entrambe le patologie, che certo è estremamente vicino allo zero se oltre ai seni si asportano anche le ovaie (bisogna tenere presente che già la sola asportazione delle ovaie dimezza il rischio di cancro al seno, perché s'interrompe la produzione di ormoni che possono scatenare la malattia).

Tutte le donne a rischio dovrebbero fare le operazioni chirurgiche preventive?

No, decisamente no. L'attrice americana lo ricorda ad ogni intervista in cui le chiedano dei suoi interventi e gli esperti a livello internazionale continuano a ripeterlo: non esiste una soluzione valida per tutte. «Di fronte al rischio genetico di ammalarsi - precisa Veronesi - ogni persona deve soppesare i pro e i contro di un intervento, deve valutare l'impatto psicologico e fisico delle varie alternative e soprattutto deve essere informata di tutto ciò che si può fare in chiave preventiva. Poi deciderà, dopo aver avuto tutte le informazioni utili dalle equipe multidisciplinari che non a caso sono presenti nei centri di consulenza oncogenetica, psicologi compresi».

Quando fare l'intervento di ovariectomia e cosa succede dopo?

«Ad oggi alle pazienti portatrici delle mutazioni genetiche e per le quali è indicata l'asportazione delle ovaie si consiglia di attendere dopo i 40 anni - risponde Conte - per dare tempo di avere figli a chi li desidera e perché, aspettando quest'età, si hanno poi disturbi meno severi in conseguenza dell'intervento». Se, infatti, asportare il seno ha certo un impatto psicologico ed estetico, ma minori conseguenze a livello fisico, togliere le ovaie comporta ripercussioni di maggiore impatto. «Innanzitutto si perde la fertilità - conclude Conte - e si va in menopausa precoce, che dà problemi maggiori rispetto alla menopausa fisiologica. Non solo quindi, si devono fare i conti con le note vampate, l'aumento di sudorazione, l'irritabilità, ma se la menopausa è precoce c'è un rischio elevato di osteoporosi (che può essere contrastato in parte con dieta sana, attività fisica, calcio, sole e vitamina D), un aumento di malattie cardiovascolari (perché gli estrogeni hanno un effetto protettivo sul cuore e con l'asportazione delle ovaie si perde la produzione di questi ormoni) e ci possono essere problemi nei rapporti intimi, dovuti a secchezza vaginali e calo della libido».

Chi deve fare il test per le mutazioni genetiche?

«Se due o più parenti strette (madre, zia, sorelle) sono colpite in modo aggressivo dal tumore al seno o all'ovaio prima dei 40 anni, c'è il sospetto che nel Dna di quella famiglia qualcosa non vada - spiega Giuseppe Opocher, responsabile Unità per i Tumori Ereditari Istituto Oncologico Veneto (Padova) -. Allora è indicato chiedere una consulenza oncogenetica in uno dei centri italiani che si occupano di tumori ereditari». Oggi, poi, è sempre più frequente che si decida di sottoporre al test Brca 1 e 2 le pazienti con tumori sierosi ad alto grado dell'ovaio o quelle con un tumore al seno in giovane in età. Bisogna infine ricordare che solo una minima percentuale dei casi di cancro al seno e all'ovaio è dovuta alla mutazione dei geni Brca 1 e 2.

IL PERSONAGGIO

Mi opero ancora
è la mia guerra
preventiva
contro il tumore

ANGELINA JOLIE PITT
A PAGINA 19

Angelina Jolie. Nuovo intervento dopo quello al seno: "È stata molto dura ma miei i figli non dovranno mai dire: mamma è morta di cancro"

"I geni mi predicevano un tumore e così ho tolto anche le ovaie alle donne dico: sapere è potere"

ANGELINA JOLIE PITT

DUE anni fa ho scritto in merito alla mia scelta di sottopormi a una mastectomia preventiva bilaterale. Un semplice esame del sangue aveva rivelato che sono portatrice di una mutazione nel gene Brca1 (responsabile della neoplasia della mammella e dell'ovaio, *ndt*), e aveva calcolato che io avessi l'87 per cento di possibilità di sviluppare un tumore al seno e il 50 per cento di possibilità di sviluppare un tumore alle ovaie. A causa del cancro ho perso mia madre, mia nonna e mia zia.

Ho voluto che altre donne a rischio conoscessero le opzioni a loro disposizione e ho promesso che avrei fornito aggiornamenti relativi a qualsiasi informazione utile, compresa la mia successiva operazione di chirurgia preventiva per asportare le ovaie e le tube di Falloppio.

Era da qualche tempo che l'avevo in programma. Di per sé l'intervento è meno complicato rispetto a una mastectomia, ma le sue conseguenze sono più gravi. L'operazione infatti induce la menopausa. Ho quindi deciso di prepararmi fisicamente ed emotivamente, discutendo delle varie opzioni possibili con i vari medici, cercando soluzioni nella medicina alternativa e facendo eseguire una mappatura ormonale per individuare la terapia estrogenica o progestinica sostitutiva più opportuna. Avevo la sensazione, in ogni caso, di avere ancora parecchi mesi davanti prima che fosse necessario fissare la data dell'intervento.

Due settimane fa, invece, ho ricevuto una telefonata dal mio medico curante che mi ha informato del risultato delle analisi del sangue. «Il valore del tuo CA-125 è normale», ha

detto. Ho tirato un sospiro di sollievo: con tale analisi, che misura la quantità di proteina CA-125 in circolo nel sangue, si tiene sotto controllo l'insorgenza di un tumore alle ovaie. Mi sottopongo a quest'analisi tutti gli anni, proprio a causa della mia anamnesi familiare.

Il mio medico, però, aveva altro da dirmi: «Molti marker infiammatori hanno valori elevati. Nel complesso, potrebbero segnalare un cancro nelle prime fasi». Ho trattenuto il respiro. «L'esame del CA-125 ha una percentuale di mancata individuazione del cancro ovarico in fase iniziale stimabile tra il 50 e il 75 per cento», ha detto. Voleva che vedessi immediatamente il chirurgo per un controllo alle ovaie.

Sono passata attraverso quello che immagino vivano e provino migliaia di altre donne. Mi sono imposta di restare calma, di essere forte, di pensare che non c'era motivo per cui dovessi temere di non vivere abbastanza a lungo da veder crescere i miei figli o conoscere i miei nipotini.

Ho telefonato a mio marito in Francia, e nel giro di poche ore aveva già preso un aereo. Il bello di questi momenti della vita è che in essi c'è una grande nitidezza: sai qual è lo scopo della tua vita e che cosa conta davvero, che cosa la guida e che cosa le infonde pace.

Quel giorno stesso sono andata a farmi visitare dalla chirurga che aveva avuto in cura mia madre. L'ultima volta che l'avevo incontrata era il giorno in cui mia madre morì. Non appena mi ha vista, profondamente commossa ha esclamato: «Le assomigli proprio». Sono crollata anch'io. Poi, però, abbiamo sorriso e concordato sul fatto che eravamo lì per occuparci di un problema. «Forza, facciamo quello che dobbiamo fare».

Dalla visita e dall'ecografia non è risultato nulla di preoccupante. Mi sono sentita rincuorata dal fatto che, se anche si trattava di cancro, molto probabilmente era nelle prime fasi. Se nel mio corpo c'era dell'altro, l'avrei saputo entro cinque giorni. Ho trascorso quei cinque giorni in una sorta di annebbiamento mentale, assistendo alla partita di calcio dei miei figli, facendo il massimo per restare tranquilla e concentrata.

È arrivato il giorno dei risultati dei test: la PET/CT sembrava chiara e il test tumorale era negativo. Mi sono sentita invadere dalla felicità, anche se il tracciante radioattivo assorbito mi ha impedito di abbracciare i miei figli per alcuni giorni. La possibilità di avere un cancro in fase iniziale sussisteva, ma era decisamente meno grave rispetto a un caso di tumore conclamato. Con mio grande sollievo, avevo ancora la possibilità di sottopormi all'asportazione chirurgica delle ovaie e delle tube di Fal-



loppio, e così ho scelto di fare.

Non l'ho fatto soltanto perché sono portatrice della mutazione del gene Brca1, e voglio

che le altre donne lo sappiano. Un test Brca positivo non significa inevitabilmente dover correre dal chirurgo. Ho ascoltato il parere di molti medici, chirurghi e naturopati. Altre opzioni esistono. Alcune donne preferiscono assumere la pillola anticoncezionale o affidarsi alle medicine alternative abbandonando a frequenti visite di controllo. Esiste più di un modo per affrontare un problema di salute, quale esso sia. La cosa più importante è conoscere le varie opzioni a disposizione e scegliere quella che si ritiene più giusta per sé.

Nel mio caso, gli specialisti di medicina orientale e occidentale che ho consultato si sono detti concordi: rimuovere le tube e le ovaie era l'opzione preferibile perché, oltre al fatto di essere portatrice del gene Brca, tre donne della mia famiglia sono morte di cancro. I medici hanno anche specificato che mi sarei dovuta sottoporre a un intervento di chirurgia preventiva circa dieci anni prima rispetto all'età alla quale il cancro si era manifestato per la prima volta in una mia parente. A mia madre è stato diagnosticato il cancro ovarico quando aveva 49 anni. Io ora ne ho 39.

La settimana scorsa mi sono sottoposta all'intervento di ovaro-salpingectomia bilaterale in laparoscopia. In un ovaio c'era un piccolo tumore benigno, ma nessun segno di cancro in nessun tessuto. Ora indosso un piccolo cerotto trasparente contenente estrogeni bio-identici e mi è stata impiantata una spirale intrauterina che rilascia progesterone e che mi aiuterà non solo a mantenere l'equilibrio ormonale ma, cosa ancora più importan-

te, a prevenire il cancro all'utero. Ho scelto di conservare l'utero perché il cancro all'utero non rientra nella mia anamnesi familiare.

È impossibile azzerare ogni rischio, e dunque io resto esposta al tumore. Cercherò rimedi naturali per rafforzare il mio sistema immunitario. Mi sento donna, una donna che con i piedi per terra ha preso decisioni che riguardano tanto lei quanto la sua famiglia. So che i miei figli non dovranno mai dire: «Mamma è morta di cancro alle ovaie».

Indipendentemente dalla terapia ormonale sostitutiva alla quale mi sto sottoponendo, adesso sono in menopausa. Non potrò avere altri figli e mi aspetto di andare incontro anche a qualche cambiamento fisico, ma mi adeguerò a tutto ciò che mi accadrà, non perché io sia forte, ma perché questa è la vita. Non c'è nulla da temere.

Provo una profonda vicinanza per le donne per le quali questo momento arriva troppo presto nel corso della vita, prima che abbiano avuto figli. La loro situazione è di gran lunga più difficile della mia. Ho svolto ricerche in proposito e ho scoperto che esiste la possibilità di rimuovere le tube di Falloppio mantenendo però le ovaie e preservando quindi la capacità di avere figli e non entrare in menopausa. Spero che ne siano consapevoli.

Non è facile prendere questo tipo di decisioni. Tuttavia, è possibile assumere il controllo e affrontare di petto e in prima persona qualsiasi situazione che riguarda la nostra salute, raccogliendo pareri e valutando le varie opzioni disponibili che più si adattano a noi. Sapere è potere.

Traduzione di Anna Bissanti
© 2015, The New York Times

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE TAPPE

GLI ESAMI

L'attrice, avendo perso la madre, la nonna e la zia per un tumore al seno si sottopone ai test genetici che "predicono" il cancro

LA MASTECTOMIA

Nel maggio 2013 Angelina Jolie rivela: "Ho subito una doppia mastectomia preventiva, il rischio di tumore era dell'87%"

IL SECONDO ALLERTA

Due settimane fa i marker rivelano imminente il rischio di un tumore alle ovaie o alle tube: la Jolie si sottopone a un nuovo intervento

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

Bimbo cade in un fiume:dopo 100 minuti il cuore riprende a battere

Il piccolo di 20 mesi, rianimato senza sosta dai medici, non ha subito danni neurologici. La mamma: «Un miracolo». I medici: «La rianimazione in ipotermia è possibile»

di Redazione Salute Online



La mamma di Gardell Martin crede in un miracolo, i medici che hanno «resuscitato» il suo figlioletto di soli 22 mesi ammettono che la storia è straordinaria e forse senza precedenti: il bimbo, caduto in un torrente gelato dietro la casa di famiglia, è stato rianimato per 101 minuti in cui non si avvertiva alcun battito cardiaco. Non solo: il piccolo non ha sofferto alcun danno neurologico.

Il bambino in ipotermia

I soccorritori non si sono arresi. Per più di una ora e mezza specialisti, infermieri, personale medico del Geisenger Medical Center in Pennsylvania dove il bambino era stato trasportato senza conoscenza, temevano di averlo perso. Ma non hanno desistito e per 101 minuti hanno continuato ad effettuare sul corpicino all'apparenza esanime e gelato le tecniche di rianimazione cardiopolmonare (RCP). Il piccolo era arrivato alla clinica con una temperatura corporea di 25 gradi - praticamente gelato - e proprio questo, secondo gli esperti, avrebbe permesso la sua sopravvivenza: la temperatura gelida a causa delle acque ghiacciate in cui era caduto avrebbe contribuito a preservare la funzionalità degli organi interni.

Il racconto

I medici guidati da Frank Maffei, direttore di medicina di emergenza pediatrica sono intervenuti sul bambino con la rianimazione cardiopolmonare, mentre lentamente hanno «riscaldato» la temperatura del corpo a 32 gradi: dopo 101 minuti - come hanno raccontato ai media Usa - hanno avvertito qualcosa che sembrava essere un debolissimo battito cardiaco. A quel punto per verificarlo hanno dovuto decidere di sospendere la tecnica RCP: e il cuore di Gardell ha iniziato a battere per conto suo. «Per esseri certi che

fosse vivo - ha detto Maffei - gli ho chiesto se voleva vedere la sua mamma. Gardell ha accennato di sì con la testa. Allora ho capito che era salvo e intatto neurologicamente». «Nei miei 23 anni in medicina non ho mai visto o sentito di qualcuno senza battito per 1 ora e 41 minuti, resuscitato senza danni - ha osservato il medico - forse un angioletto era sulla spalla di Gardner. Ma certo cose così accadono perché siamo ben preparati».

Il parere dell'esperto

In genere la rianimazione cardiopolmonare viene eseguita per 40-45 minuti prima di arrendersi all'evidenza, ma in alcuni casi può proseguire anche per due ore. «Per esempio nei pazienti in ipotermia - spiega il professor Filippo Crea, cardiologo al Gemelli di Roma perché con la mancanza di ossigeno rallenta il metabolismo, di fatto comincia un principio simile all'ibernazione quindi è stato certamente giusto insistere. I tessuti dei bambini inoltre sono più reattivi, e certamente i soccorritori avranno praticato un ottimo massaggio per scaldare il corpo del bambino e anche questo ha sicuramente contribuito al successo della rianimazione. Questo è certamente un caso limite estremo che però riflette i progressi nella scienza della rianimazione».

Dopo i cerotti contraccettivi e anti-fumo arrivano quelli per cancellare il dolore

LORENZA CASTAGNERI

■ Non ci sono solo quelli contraccettivi o anti-fumo. I cerotti sono diventati la terapia contro il dolore localizzato più consigliata dai medici e la più scelta dai pazienti. Lo dicono i dati: nel 2014, in Italia, ne sono state vendute oltre cinque milioni di confezioni.

Le fascette aiutano a combattere mal di schiena, fitte muscolari legate a traumi, artriti e artrosi: patologie frequenti che colpiscono quasi 20 milioni di italiani. «Si tratta di un'alternativa valida, dove esiste, al trattamento per bocca. I cerotti sono meno invasivi per il paziente e ben tollerati, oltre ad avere una durata notevole, come minimo di 12 ore», sottolinea Claudio Cricelli, presidente di Simg, la Società di medicina generale e delle cure primarie.

Farmaci come cerotti, creme o gel prendono il nome di «Fans», ovvero anti-infiammatori non steroidei. Secondo il rapporto OsMed, negli ultimi anni si è registrato un incremento nella prescrizione del 5,3% e di quasi il 10% nella spesa di prodotti per la terapia del dolore. «I cerotti medicati hanno dei vantaggi rispetto ad altri prodotti dalla funzione analoga in gel o in crema, perché permettono un dosaggio più accurato del principio attivo», riconosce Francesco Rossi, presidente della Società di farmacologia. «Il che - prosegue - riduce gli effetti collaterali su apparato digerente, reni e cuore, cosa consigliabile specie agli anziani e a chi ha problemi cardiovascolari».

L'esempio più noto è quello del Flector, di Ibsa Farmaceutici: è un cerotto a base di diclofenac, farmaco dall'effetto antinfiammatorio, analgesico e antipiretico che si concentra nel plasma, attenuando rapidamente il dolore. Lo conferma anche una ricerca pubblicata su «Clinical drug investigation».



DIRITTI DEL MALATO. LA LEGGE 38 COMPIE CINQUE ANNI

Cura del dolore, ancora ostacoli

*Un deficit di prescrizioni
e di accesso a farmaci
per carenze organizzative*

*Ci sono barriere culturali
che frenano l'attuazione
di un'eccellente normativa*

La legge 38, che ha rappresentato un grande passo avanti nella lotta al dolore, compie cinque anni. Ed è il momento di tracciare un bilancio che, come spesso accade, è fatto di luci e ombre. Questa la sintesi che emerge dal convegno tenutosi presso la Biblioteca del Senato a Roma, alla presenza dei protagonisti della stesura del testo.

Partiamo dai lati positivi. «Le cure palliative sono state inserite tra i livelli essenziali di assistenza e oggi l'intensità del dolore, così come l'efficacia del suo trattamento, sono registrati in cartella clinica e nelle schede di dimissione ospedaliera - spiega Guido Fanelli, anestesista dell'Università di Parma e Presidente della Commissione Dolore e Cure Palliative del Ministero della Salute. Sono state definite tariffe precise per le cure antalgiche, a partire dai livelli medi di rimborso rilevati in tutte le regioni ed è stata semplificata la prescrizione dei farmaci oppioidi inclusi. Tuttavia in Italia c'è ancora un deficit di prescrizioni e di accesso a farmaci di questo tipo, dovuto a carenze organizzative e ad una certa riluttanza da parte dei prescrittori. Il problema che si registra è quindi un mix di barriere culturali e strutturazione tuttora inadeguata della rete».

Insomma, una grande legge, che l'Europa ci invidia, ha sicuramente rappresentato un passo avanti significativo ed è ancora lo strumento più efficace per migliorare. Ma la strada da percorrere appare ancora lunga, anche e soprattutto in termini di informazione dei cittadini, che in molti casi non conoscono ancora i termi-

ni della legge e i loro diritti nella lotta al dolore che si può e si deve combattere. «Il solo fatto di aver approvato la legge non basta a definire l'effettività del diritto per tutti i cittadini, in ogni contesto assistenziale e in tutte le regione - è il parere di Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i Diritti del Malato di Cittadinanzattiva».

Con la Legge 38, che davvero rappresenta un passo avanti di grande importanza scientifica e sociale, la persona può pretendere che il dolore non sia esposto all'indifferenza, ma che sia trattato come ogni altro stato di malattia, in un percorso definito in ambito sanitario in cui realizzare progetti su misura di diagnosi e terapia. Ciò che conta è non lasciare i malati sono nell'indifferenza, perché finalmente oggi il dolore si può e si deve combattere.

Purtroppo però ancora oggi si assiste a una sottovalutazione della situazione. Basta vedere le cifre. «L'impatto totale degli oltre otto milioni di italiani che fanno i conti con il dolore cronico è di circa 37 miliardi di euro l'anno, vale a dire il 2,3 per cento del Prodotto interno lordo - fa notare Fanelli. La spesa farmaceutica, a fronte di questi oneri totali, è una goccia nell'oceano. Spendiamo per gli antinfiammatori, i famosi Fans, circa 280 milioni di euro l'anno, contro 180 milioni per gli oppioidi, di cui poco più di cento milioni per gli oppioidi forti. Tra i principali Paesi europei, l'Italia si conferma agli ultimi posti per uso di oppioidi e ai primi per uso di Fans. L'Italia, ad esempio spende per gli oppioidi 1,7 euro per abitante l'anno a fronte dei 9-10 spesi in Germania».

Le basi per migliorare ancora la lotta al dolore, in ogni modo, esistono e sono proprio fissate dalla legge che rappresenta un modello di eccellenza nel panorama europeo. Il semestre italiano di presidenza della Commissione Europea è stato l'occasione per portare all'attenzione degli stati membri le tematiche della terapia del dolore e delle cure palliative come argomento prioritario.

Federico Mereta

RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 24 MARZO 2015

Diabete. Scoperto il gene dell'insulino-resistenza?

Uno studio americano pubblicato su [Journal of Clinical Investigation](#), suggerisce che alla base dell'insulino-resistenza, condizione alla base del diabete di tipo 2 e fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, vi sarebbe una mutazione del gene dell'N-acetiltrasferasi, che può essere ereditabile

Recenti studi sulla genetica di popolazione hanno evidenziato che la condizione nota come 'insulino-resistenza', un noto fattore di rischio per diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari, sembra essere ampiamente ereditabile (nel 40-50% dei casi), anche se fino ad oggi le sue basi genetiche erano sconosciute.

Ma adesso, gli autori di un nuovo studio appena pubblicato su [Journal of Clinical Investigation](#), sostengono di aver individuato il gene dell'insulino-resistenza, o almeno un gene, associato a moltissime delle caratteristiche tipiche dell'insulino-resistenza.

A questo risultato **Thomas Quertermous** e colleghi della Stanford University (USA) sono giunti esaminando il DNA di oltre 5.000 soggetti, arrivando così a scoprire che una variante particolare del gene codificante per l'N-aciltransferasi 2 (NAT2) risulta associata ai fattori di rischio per diabete e cardiopatie.

A riprova del coinvolgimento di questo gene arriva inoltre un altro esperimento: l'inibizione della NAT2 negli animali da esperimento riduce la sensibilità insulinica.

Delle 65 varianti di diabete di tipo 2 – ricordano gli autori dello studio – la maggior parte sembra influenzare la sintesi, il processamento e la secrezione dell'insulina, e/o lo sviluppo del pancreas. Al fine di promuovere la ricerca sulle basi genetiche della sensibilità all'insulina, gli autori di questo studio hanno dato vita al consorzio GENESIS (*GENeticS of Insulin Sensitivity*) che ha condotto uno studio di GWAS (*genome-wide-association*) su 2.764 soggetti europei, con misure dirette della sensibilità insulinica, quali il *clamp* euglicemico o il test di soppressione dell'insulina, replicando poi lo studio su altri 2.860 individui. In questo modo sono riusciti a scoprire che la presenza di una variante non sinonima della NAT2 [rs1208 (803A>G, K268R)] risulta fortemente associata ad una ridotta sensibilità insulinica e che questo è indipendente dall'indice di massa corporea. In particolare sarebbe l'allele 'A' dell'rs1208 quello associato ai tratti tipici dell'insulino-resistenza, quali aumentata glicemia a digiuno, emoglobina glicata, colesterolo totale e LDL, trigliceridi e coronaropatia.

In un esperimento successivo, condotto su adipociti di topo, i ricercatori americani hanno dimostrato che silenziando il Nat1, ortologo del NAT2, si riduce l'*uptake* di glucosio mediato dall'insulina, si aumenta la lipolisi basale e quella stimolata da isoproterenolo e si riduce la differenziazione degli adipociti. L'iperespressione di Nat1 produce invece gli effetti opposti. I topi con deficit di Nat1 presentano elevati livelli di glicemia, insulinemia e trigliceridi a digiuno, oltre ad una ridotta sensibilità all'insulina.

Alla luce di questi risultati, i ricercatori americani ritengono dunque che le mutazioni di NAT2 possano essere considerate alla base dell'insulino-resistenza, almeno in alcuni individui.

Si stima che ad essere affetto da insulino-resistenza, carattere spesso associato all'obesità, sia un americano adulto su tre e la prevalenza di questa condizione a livello mondiale è in aumento a causa dell'epidemia di obesità.

L'insulino-resistenza è presente nella maggior parte dei pazienti che nel tempo finiscono con lo sviluppare un diabete di tipo 2 e viene considerata un'alterazione necessaria, anche se non sufficiente, per la comparsa di iperglicemia.

Una migliore conoscenza delle basi genetiche della sensibilità all'insulina potrebbe condurre ad una diagnosi precoce e ad un trattamento personalizzato, prima che si sviluppino diabete o complicanze cardiovascolari.

Maria Rita Montebelli

STUDIO CNR

Giovani 2.0, non sanno di cosa si fanno

Pillole, pasticche, erbe liquide e polverine misteriose, per uno sballo alla cieca. Circa 54 mila studenti italiani delle scuole medie superiori, il 2,3% dei 15-19enni italiani, nel 2014 hanno assunto sostanze psicotrope senza sapere cosa fossero. E' la punta dell'iceberg che nasconde oltre 600 mila adolescenti italiani che in un anno hanno consumato cannabis, 60 mila cocaina, 27 mila eroina e circa 60 mila allucinogeni e stimolanti. I dati dello shopping da sballo dei teenager italiani arrivano dallo studio dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Ifc-Cnr), Espad Italia (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), condotto l'anno scorso. «La novità del lavoro, che ha coinvolto 30 mila studenti di 405 istituti scolastici superiori italiani, riguarda proprio il numero significativo di ragazzi che utilizzano sostanze senza conoscerle né sapere quali effetti procurano», spiega Sabrina Molinaro, ricercatrice dell'Ifc-Cnr e responsabile dello studio. Insomma, 'strafatti' senza sapere di che. «Il 56% circa di questi 54 mila ha assunto senza sapere cosa fossero sostanze per non più di 2 volte, ma il 23% ha ripetuto l'esperienza

più di 10 volte. Il 53% di questi studenti ha utilizzato un miscuglio di erbe sconosciute, che si presentavano per il 47% in forma liquida e per il 43% sotto forma di pasticche o pillole. Questo consumo 'alla cieca' coinvolge il 3% dei maschi e poco meno del 2% delle ragazze, soprattutto tra coloro che hanno utilizzato anche altre sostanze illecite diverse». C'è poi lo sballo con i farmaci. O meglio gli psicofarmaci, «che negli anni hanno registrato un discreto incremento e che se prescritti da uno specialista fanno parte di un percorso terapeutico, altrimenti si trasformano in sostanze illegali a tutti gli effetti», afferma Molinaro. «Sono quasi 400mila gli studenti che almeno una volta nella vita li hanno utilizzati senza prescrizione e poco più di 200 mila quelli che lo hanno fatto nell'ultimo anno (rispettivamente 17 e 9% degli studenti italiani). Si tratta di farmaci per dormire, utilizzati soprattutto dalla ragazze (8% contro 4% dei maschi). Minori prevalenze risultano per farmaci per l'attenzione/iperattività (quasi il 3%), per regolarizzare l'umore e per le diete (2,4% ciascuno), anch'essi usati più dalle ragazze: 3,7% contro l'1,2% dei coetanei».



Martedì 24 MARZO 2015

Droga e giovani. L'allarme del Cnr: "400mila giovani hanno usato psicofarmaci senza prescrizione medica". Cresce consumo cannabis e 54mila ragazzi hanno confessato di aver preso droghe "sconosciute"

E' quanto emerge dallo studio dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa. Il consumo 'alla cieca' coinvolge il 3% dei maschi e poco meno del 2% delle ragazze, soprattutto tra coloro che hanno utilizzato anche altre sostanze illecite diverse. Gli psicofarmaci senza ricetta usati soprattutto per dormire. [I DATI REGIONALI](#)

Sono circa 54mila gli studenti delle scuole medie superiori, il 2,3% dei 15-19enni, nel 2014, che hanno assunto sostanze psicotrope senza sapere cosa fossero. È la punta forse più inquietante dell'iceberg che nasconde oltre 600mila adolescenti che hanno consumato cannabis, 60mila cocaina, 27mila eroina e circa 60mila allucinogeni e stimolanti. I dati sono emersi dallo **studio dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Icf-Cnr), ESPAD@Italia (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)**, condotto nel 2014 come ogni anno dal 1999.

“La novità dello studio, che ha coinvolto 30mila studenti di 405 istituti scolastici superiori italiani, riguarda proprio il numero significativo di ragazzi che utilizzano sostanze senza conoscerle né sapere quali effetti procurano”, spiega **Sabrina Molinaro**, ricercatrice dell'Icf-Cnr e responsabile dello studio. “Il 56% circa di questi 54mila ha assunto senza sapere cosa fossero sostanze per non più di 2 volte, ma il 23% di essi ha ripetuto l'esperienza più di 10 volte. Il 53% di questi studenti ha utilizzato un miscuglio di erbe sconosciute, che si presentavano per il 47% in forma liquida e per il 43% sotto forma di pasticche o pillole. Questo consumo 'alla cieca' coinvolge il 3% dei maschi e poco meno del 2% delle ragazze, soprattutto tra coloro che hanno utilizzato anche altre sostanze illecite diverse”.

Legata a questo fenomeno la questione degli **psicofarmaci** “che negli anni hanno registrato un discreto incremento e che, se prescritti da uno specialista, fanno parte di un percorso terapeutico, altrimenti si trasformano in sostanze illegali a tutti gli effetti”, afferma Molinaro. “Sono quasi 400mila gli studenti che almeno una volta nella vita li hanno utilizzati senza prescrizione e poco più di 200mila quelli che lo hanno fatto nell'ultimo anno (rispettivamente 17 e 9% degli studenti italiani). **Si tratta prevalentemente di farmaci per dormire**, utilizzati soprattutto dalle ragazze (8% contro 4% dei maschi). Minori prevalenze risultano per farmaci per l'attenzione/iperattività (quasi il 3%), per regolarizzare l'umore e per le diete (2,4% ciascuno), anch'essi usati più dalle ragazze: 3,7% contro l'1,2% dei coetanei”.

Per quanto riguarda le sostanze tradizionali, **è aumentato il consumo di cannabis**. “Il 26% degli studenti, oltre 600mila, ne ha utilizzata nel 2014, secondo una tendenza che parte dal 22% degli anni 2009-2012 e passa per il 25% del 2013”, afferma la ricercatrice Icf-Cnr. “In questo caso i ragazzi sono più coinvolti delle coetanee (31% contro 21%) e i consumatori aumentano in corrispondenza dell'età: tra i 15enni la percentuale risulta dell'11%, tra i 18enni raggiunge il 32% e tra i 19enni il 36. Per la maggior parte si tratta ancora di consumatori occasionali, quasi la metà l'ha utilizzata non più di 5 volte nell'anno e l'86% non l'ha associata ad altre sostanze illegali. Va però notato che poco meno di 400mila studenti

ne hanno fatto uso nel mese che ha preceduto lo studio e, soprattutto, che l'andamento dei consumatori frequenti (20 o più volte nell'ultimo mese) risulta in crescita: nel 2014 sono 86mila, poco meno del 4% dei 15-19enni, mentre nel 2009-2011 erano il 2,5% e nel 2012 il 3%. Inoltre per quasi 140mila studenti, il 6% del totale, il consumo di cannabis è definibile problematico attraverso il CAST-Cannabis Abuse Screening Test".

Per quanto riguarda la **cocaina**, ne ha fatto uso almeno una volta nella vita il 4% degli studenti italiani, cioè circa 90mila 15-19enni, mentre il 2,6% l'ha utilizzata nei dodici mesi precedenti lo studio, ossia poco più di 60mila studenti. Sono soprattutto ragazzi (il 4% contro il 2% delle studentesse) e le prevalenze più consistenti si registrano tra i 19enni, anche se non mancano consumatori di 15 e 16 anni. Nonostante la leggera ripresa nel corso degli ultimi anni, **l'eroina** resta una delle sostanze meno utilizzate: circa 34mila studenti italiani (pari all'1,4%) l'hanno provata nel corso della loro vita e 27mila nell'ultimo anno (1,1%).

Tornando alle sostanze di sintesi, **le 'smart drugs'** (droghe furbe) commercializzate anche on line sotto forma di prodotti naturali, "sono utilizzate da circa 40mila studenti, 26mila dei quali ne hanno fatto uso nel 2014 (rispettivamente l'1,6% e 1,1%). Circa 90mila hanno provato allucinogeni (LSD, francobolli, funghi allucinogeni) nella vita e 60mila nell'ultimo anno, rispettivamente 3,9% e 2,5% di tutti gli studenti. I consumatori sono soprattutto maschi (3,5% contro 1,5% delle coetanee), con prevalenze che aumentano con l'età, per raggiungere tra i 19enni il 4,6% dei maschi e il 2,4% tra le femmine", conclude Molinaro. "Per il consumo di allucinogeni e gli stimolanti si osserva una stabilizzazione dei consumi, ma i giovani che utilizzano frequentemente queste sostanze aumentano: nel mese antecedente lo studio quasi 20mila hanno assunto 10 o più volte stimolanti, altrettanti allucinogeni con la stessa frequenza".

Corruzione e sprechi nella Sanità. Dalle indagini delle Procure regionali della Corte dei Conti un quadro preoccupante delle malversazioni rilevate in tutta la Penisola

Se Foggia paga il disinfettante 3.200 volte di più

LE DENUNCE NELLE ASL

In Toscana i nomi dei deceduti «venduti» alle pompe funebri. Nel Lazio tariffe e interventi falsificati. Gli appalti irregolari

Ernesto Diffidenti
Roberto Turno

■ Tutto cominciò col Pio Albergo Trivulzio, il 17 febbraio di 23 anni fa. E cominciò proprio in sanità, con una mazzetta pagata (e incassata) per pilotare una gara d'appalto di servizi di pulizia. Una specialità che continua a far gola agli specialisti della corruzione che non si finisce mai abbastanza di scoprire nel ricco universo - 110 mld di spesa pubblica e quasi 35 di spesa privata degli italiani - che gravita attorno al sole del Servizio sanitario nazionale. Tanto grande, l'appetito che quel vortice di denaro continua a suscitare negli affaristi senza scrupoli sulla pelle della salute degli italiani e dei conti pubblici, che per la Corte dei conti la corruzione in sanità continua a restare ai primissimi posti del malaffare nazionale. Tanto che, dopo l'allarme della Procura generale romana della magistratura contabile, sono state le Procure regionali della Corte dei conti che a raffica, una dopo l'altra, in occasione delle aperture dell'anno giudiziario 2015, in queste settimane hanno dipinto un quadro preoccupante e messo in fila casi non finiti di corruzione e sprechi nel Ssn.

Un dossier lungo migliaia di pagine, dopo quello della Procura generale che ha elencato (per difetto) 74 sentenze delle sezioni d'appello per 24 mln di euro, ma anche 143 citazioni in crescita a quota 99 mln. Un'escalation che vede coinvolte praticamente tutte le voci di spesa delle ospedali. Il 23,8% per il personale, il 20% risarcimenti per danni a terzi, il 10,5% per consulenze illegittime. E poi il filone sempre caldissimo delle attività contrattuali e degli appalti, che anche in sanità vanno per la maggiore innescando mazzette e tangenti. La corruzione e le truffe, insomma, la fanno da padrone incontrastate, o quasi. Grazie al terreno fertile di gestioni che non raramente poco hanno a che fare con la sana tenuta del bene pubblico. Col risultato che ogni centesimo rubato si traduce fatalmente in un centesimo in meno di salute per gli italiani. Centesimi che diventano centina-

ia di milioni. Un danno pagato due volte dalla collettività.

E così dalle denunce (e condanne) delle Procure regionali della Corte dei conti, spunta davvero di tutto. Il dossier, raccolto in un'inchiesta del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità», non tralascia nulla. Come il disinfettante per le sale operatorie pagato 3.200 volte in più del prezzo di mercato in Puglia, asl di Foggia. O le indebite regalie di emolumenti non dovuti al personale, caso frequente da sempre nel settore. E come non segnalare la defuntopoli in Toscana, con dipendenti che fornivano informazione di pazienti deceduti alle ditte di onoranze funebri. Dietro compenso. E poi l'assentesimo mascherato, i medici che praticavano attività privata mentre erano in servizio, o che truffavano il Ssn senza versare la «quota della libera professione». Come la prescrizione di farmaci griffati anziché di generici. Delitti che fanno del mondo (sanitario) un Paese. E ancora ecco (Lazio) la casa di cura che falsificava tariffe e interventi. E i casi sempre più frequenti di danni del personale sanitario, anche per gravi errori: intervento all'uretere sbagliato. Nel campionario delle mafiate, ci sarebbero anche le borse di studio non dovute (Lombardia). Le citazioni per appropriazioni indebite (Sicilia) che s'impennano. E naturalmente l'imbuto che più di tutti ingoia denari pubblici: gli appalti, l'acquisto di beni e servizi. O ancora (Sicilia) l'indebita liquidazione di pasti e l'emissione di ricette per il ritiro di pannoloni per pazienti inesistenti. Dove l'affare fa sempre spettacolo, appunto. Fino al piccolo Molise zavorrato da debiti sanitari più grandi della regione, dove ci sono state condanne per danno erariale totale (non solo in sanità) da 15,6 mln. Tanto che sulla sanità il Pg ha dovuto annotare amaramente: «Il debito accumulato è un fattore molto negativo per i cittadini, che si ritrovano a pagare di più per avere meno servizi». In ticket e supertasse. Beffa doppia.

Di cui oggi in un convegno al Senato si occuperà il rapporto Ispe (l'Istituto per la legalità in sanità) che proporrà un decalogo su formazione, procedure e processi aziendali per prevenire potenziali eventi corruttivi nelle asl e negli ospedali. Bastasse un decalogo per diventare un Paese normale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I NUMERI

110 miliardi

Spesa pubblica

È la cifra della spesa pubblica che gravita attorno al sistema sanitario nazionale

35 miliardi

La spesa privata

È di quasi 35 miliardi la spesa privata degli italiani che gravita attorno al sistema sanitario nazionale

23,8%

Gli illeciti nel personale

Tra gli sprechi nel sistema sanitario nazionale, il 23,8% riguarda il personale, il 20% i risarcimenti per danni a terzi, il 10,5% le consulenze illegittime

Ipertensione controlli anche tra i giovani

PREVENZIONE

Pressione alta, sta peggio il nipote del nonno. Una volta malattia dell'anziano ora l'ipertensione appartiene, in modo allarmante, anche a chi ha un'età compresa tra i 18 e i 35 anni.

Sorpresa: il 14% dei giovani adulti si ritrova a fare i conti con l'apparecchio per misurare la massima e la minima. Come dimostra uno studio presentato a Firenze durante il congresso "Conoscere e curare il cuore". I maschi sono quelli che stanno peggio. Perché troppo grassi e anche troppo ansiosi. Hanno gli stessi sintomi di un anziano: dalle apnee notturne che fanno russare ai disturbi dell'umore.

PRECAUZIONI

Piccoli-vecchi uomini con la carta di identità giovane. E ora, come si fa, a spiegare loro che il cuore soffre, che il cervello è in pericolo, che una crisi ipertensiva durante una partita di calcio fa male? Le parole per dire tutto questo non ci sono. I medici sanno parlare ad un anziano, i familiari sanno spiegare a nonna che è meglio dimenticare il sale e prendere i farmaci ma come si fa a dire a un ventenne di misurarsi la pressione almeno una volta a settimana? «Un messaggio importante che emerge dagli studi più recenti è rivolto alle mamme. Attenzione all'alimentazione e al movimento», consiglia Francesco Prati, presidente della Fondazione "Centro lotta contro l'infarto».

An.Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

