

Salute

Cure oncologiche Preservare la fertilità, opportunità offerta a pochi

Diventare genitori dopo un tumore

Effetti collaterali

Un problema trascurato, per il quale esistono invece diverse soluzioni



Un aspetto che deve essere parte integrante della terapia



L'aiuto psicologico può far emergere dubbi e timori

Ancora per troppi giovani malati oncologici viene trascurata la possibilità di preservare la fertilità prima di affrontare i trattamenti anticancro. Ora che i tassi di guarigione sono in aumento (ma lo sono anche le diagnosi di tumore nella fascia d'età fertile) è invece fondamentale che i medici stimolino le domande dei giovani pazienti sulle possibilità future di diventare genitori e rispondano su tutti i loro dubbi.

«Bisogna "fare cultura" sul tema — dice Giorgia Mangili, responsabile dell'Unità di Ginecologia oncologica medica al San Raffaele di Milano —. Da un lato oncologi, chirurghi e radioterapisti devono considerare questo passaggio come parte integrante del processo di cure. Dall'altro i malati, o i genitori dei pazienti più giovani, devono imparare a non trascurare l'argomento».

In molti casi a farla da padrone è la comprensibile urgenza di sottoporsi alle terapie contro una malattia temibile come il cancro. E poi si rimpiange irrimediabilmente la fretta.

«Soprattutto per le donne — spiega Mangili — le tecniche per preservare la fertilità potrebbero ritardare di alcuni giorni (al massimo settimane) l'inizio delle cu-

re, ma stabilendo un iter preciso e moltiplicando gli ambulatori ad hoc per i pazienti oncologici si potrebbero abbreviare i tempi». Inoltre, l'ausilio di uno psicologo specializzato è importante, perché può aiutare a far emergere e sciogliere dubbi e timori.

«Il primo passo per tutelare la capacità riproduttiva è eseguire un intervento chirurgico il meno demolitivo possibile — spiega Stefano Greggi, direttore della Ginecologia all'Istituto Tumori Pascale di Napoli —. Ogni qualvolta la malattia lo consenta (specie se in stadio iniziale, grazie ad una diagnosi precoce), preservare l'utero e soprattutto le ovaie nelle donne è ormai uno standard in molte neoplasie. Abbiamo protocolli sperimentali in corso su terapie conservative sino a ieri non considerate possibili». Per l'uomo la chirurgia mira a risparmiare i nervi dell'erezione e a non alterare, se possibile, i meccanismi dell'eiaculazione.

Ma anche i cicli di chemio e radioterapia possono danneggiare la fertilità: alcuni trattamenti effettuati per certi tipi di linfomi e leucemie, per le neoplasie di seno, intestino, ovaio e testicoli hanno fra i possibili effetti collaterali la sterilità futura del malato.

«Per gli uomini — spiega Fedro Peccatori, direttore dell'Unità fertilità e procreazione in oncologia all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano — la soluzione è semplice e poco costosa: si procede alla crioconservazione (ovvero al congelamento, ndr) di campioni di sperma; ciò permette di mantenere vitali i gameti maschili per un tempo indefinito e ci sono banche pubbliche dove è possibile conservarlo. La procedura va eseguita sempre prima di qualunque trattamento antitumorale o di interventi chirurgici che possano ledere l'eiaculazione. Per le donne c'è il congelamento degli ovociti, che vengono poi scongelati e fecondati in vitro, oppure si può conservare parte del tessuto ovarico, prelevato con chirurgia mininvasiva». In queste tecniche gli italiani sono diventati particolarmente abili e i risultati sono molto incoraggianti.

E ci sono ulteriori possibilità. Si può praticare la trasposizione ovarica che consiste nello spostamento chirurgico delle ovaie in caso si debba sottoporre l'area a radioterapia. Ed è allo studio la soppressione della funzione ovarica con farmaci agonisti del GnRH (analoghi dei fattori di rilascio delle gonadotropine) per mettere a riposo le ovaie durante la chemio, in modo che non vengano danneggiate dai farmaci.

E ci sono ulteriori possibilità. Si può praticare la trasposizione ovarica che consiste nello spostamento chirurgico delle ovaie in caso si debba sottoporre l'area a radioterapia. Ed è allo studio la soppressione della funzione ovarica con farmaci agonisti del GnRH (analoghi dei fattori di rilascio delle gonadotropine) per mettere a riposo le ovaie durante la chemio, in modo che non vengano danneggiate dai farmaci.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio

Quanto condizionano l'ansia per la malattia e la fretta di curarsi

Uno studio appena pubblicato sulla rivista *Cancer* sottolinea la necessità di fare maggiori sforzi per consigliare adeguatamente i giovani pazienti oncologici sulle opportunità che hanno a disposizione per difendere la possibilità di avere figli in futuro. Stando agli esiti dell'indagine condotta su oltre mille donne californiane che hanno affrontato una diagnosi di tumore fra i 18 e i 40 anni, solo il 60% delle pazienti ha ricevuto informazioni sui rischi delle cure legati all'infertilità e soltanto il 4% ha deciso di seguire le procedure per preservare la fertilità. Specie per gli adolescenti, concordano gli esperti, serve un occhio di riguardo e una consulenza dedicata: devono affrontare la malattia in una fase in cui l'essere genitori appare come un fatto lontanissimo e tendono a "sottovalutarlo", per poi spesso pentirsene anni dopo, quando, guariti, vorrebbero crearsi una famiglia. «Può accadere - sottolineano gli autori dello studio - che i medici, preoccupati di spiegare le conseguenze immediate della malattia e delle cure, non affrontino il problema degli effetti della terapia sull'apparato riproduttivo. Ecco perché è importante che anche pazienti e genitori di bambini o teenager chiedano spiegazioni».

Maternità da garantire

2.400

le italiane in età fertile (15-49 anni) che ogni anno vengono colpite da un tumore mammario, con tassi di guarigione vicini al 90 per cento



1 su 3

non ha ancora avuto un figlio al momento della diagnosi e quindi dovrebbe avere garantita la possibilità di diventare madre

oltre 1.500
le ex malate di tumore italiane ad oggi diventate mamme



40-70%

il rischio di infertilità, prevalentemente a causa della chemioterapia, in donne con tumore al seno



3-7%

le pazienti che hanno una gravidanza dopo un carcinoma mammario

D'ARCO

Napoli La donna aveva un tumore al seno dopo le protesi Pip. «Sottovalutati i danni della chemio»

Muore dopo sei ore in barella «Il radiologo era in riunione»

La denuncia: abbandonata in pronto soccorso. Aveva 4 figli

DAL NOSTRO INVIATO

NAPOLI — Il marito Carlo vende pianoforti a Posillipo, ma senza più Claudia la musica è finita, la casa rossa affacciata sul golfo ha le persiane chiuse, la vita là dentro da tre giorni s'è fermata. Il piccolo Luca, 8 anni, ieri ha scritto su Facebook un messaggio per i compagni di classe: «Ho bisogno della mia mamma, ditemi dov'è». Claudia D'Aniello, 41 anni, è morta mercoledì scorso, alle 22.15, all'ospedale oncologico «Pascale» di Napoli. «Dopo tanto penare le è scoppiato il cuore — racconta suo fratello Guglielmo che proprio ieri ha presentato denuncia alla Procura della Repubblica per omicidio colposo —. È stata per quattro ore su una barella al pronto soccorso del Fatebenefratelli in preda a dolori fortissimi, poi per altre due ore abbiamo atteso inutilmente un radiologo e quando alla fine ci hanno detto che il radiologo era in riunione, capito? in riunione..., l'ho caricata io stesso e l'ho portata via con le mie mani. Ma ormai era tardi».

Il marito di Claudia, Carlo Napolitano, insieme a Guglielmo e all'avvocato Annalisa Senese, ha deciso che adesso vuole andare fino in fondo: «Quello che è successo tra il 3 e il 4 aprile a mia sorella in un ospedale pubblico — sospira Guglielmo — spero che non succeda più a nessuno». Il pm Giovanni Corona ha già aperto un fascicolo disponendo il sequestro di tutte le cartelle cliniche del caso. I Nas della commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, dal canto loro, hanno avviato un'istruttoria urgente i cui risultati — lo ha

annunciato ieri il senatore Ignazio Marino — mercoledì prossimo finiranno sul tavolo del **ministro della Salute, Renato Balduzzi**.

L'odissea della signora D'Aniello comincia a fine gennaio scorso: la donna che da otto anni porta una protesi al seno legge sui giornali che la marca «Pip» viene considerata altamente pericolosa, così decide di fare un controllo. Le scoprono un carcinoma al capezzolo sinistro e alla fine di febbraio viene operata nella clinica «Mediterranea» di Mergellina. Dopo l'intervento, l'oncologo Giovanni Iodice dell'ospedale «Pascale» le prescrive un ciclo di chemio che parte il 21 marzo scorso. Una settimana dopo, però, inizia il calvario. Claudia D'Aniello ha dolore alle ossa, nausea, una sera di fine marzo va al ristorante con suo marito e quasi sviene. «Secondo l'oncologo era una reazione normale dovuta all'inizio della chemio, ma intanto a mia sorella si stava gonfiando l'addome in modo spropositato — racconta Guglielmo D'Aniello che ha 42 anni e di professione fa il costruttore —. Finché a mezzanotte del 3 aprile, in preda a dolori lancinanti, lo stesso oncologo ci dice di portarla al pronto soccorso più vicino...». Quello, appunto, dell'ospedale «Fatebenefratelli» di via Manzoni, più o meno 500 metri in linea d'aria dalla Discesa dei Due Frati, dove c'è la casa di Claudia e Carlo e dei loro splendidi 4 figli, Antonio, Carlotta, Luca e Giorgia, che ha solo 2 anni e mezzo.

Claudia arriva alle 4.45 del mattino e lì comincia il diario dell'orrore: «Ci dicono che quel dolore all'addome po-

trebbe essere un attacco di colite oppure un calcolo renale — accusa furibondo Guglielmo —. Le somministrano degli antidolorifici e la tengono in barella fino almeno alle 8.30, mentre Claudia delira, grida aiuto. Servirebbe un'ecografia, ma il radiologo non c'è, non si trova. Intanto lei viene portata nel reparto "Donne" al secondo piano e si fanno le 11 del mattino. E quando chiedo per l'ennesima volta del radiologo, mi rispondono così: È in riunione...! A quel punto, pazzo di rabbia, insieme con Mariella Costa, l'amica del cuore di mia sorella, decidiamo di portarcela via. Invano intervengono poliziotti, infermieri, medici e vigilantes. Ci dicono che per lasciare l'ospedale c'è bisogno della firma del paziente, ma mia sorella ormai ha gli occhi vuoti, bianchi. Mariella allora carica Claudia sulla sua Smart e io in moto faccio da staffetta aprendo la via in mezzo al traffico caotico di Napoli. In dieci minuti siamo al Pascale, dall'altra parte della città». Qui le fanno il prelievo del sangue, l'ecografia e altri esami in serie. «I medici concludono che ha avuto un'intossicazione da chemio, un avvelenamento — dice Guglielmo — e quell'addome così gonfio dipende, secondo loro, dal fatto che ha avuto pure un riversamento di liquidi, forse per la perforazione del colon. Poi aggiungono: è inoperabile, vi dovete affidare a Dio... A Dio? Ma come? Non è stato l'oncologo del loro stesso ospedale a prescriverle la chemio? Non avrà sbagliato proprio lui la dose che l'ha avvelenata? E altro che colite, come dicevano al Fatebenefratelli...».

Le ultime ore di Claudia

passano veloci: intorno alle 17.30 la donna ha un collasso, la portano in terapia intensiva, ha i globuli bianchi quasi a zero, la riempiono di antibiotici, il livello dei leucociti alle nove di sera risale, ma il cuore della signora un'ora dopo s'arrende, stremato dalla morfina, dall'adrenalina e da tutte le altre cure inutili. Martedì ci sarà l'autopsia, poi il funerale nella chiesa di San Luigi Gonzaga, in via Petrarca, dove 20 anni prima si era sposata con Carlo. La sepoltura avverrà nel piccolo cimitero di Giugliano, nella cappella di famiglia, dove riposa anche Lucia, la mamma di Claudia, pure lei uccisa giova-

ne da un tumore, con gli stessi capelli biondi della figlia e un paio di occhi azzurri come il mare di Posillipo. Sembra impossibile debba finire così.

Fabrizio Caccia

Il fratello

«Dopo tanto penare le è scoppiato il cuore», dice il fratello Guglielmo che ieri ha presentato denuncia

I Nas

Istruttoria urgente dei Nas per ordine della commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario

La vicenda

Il malore

All'alba dello scorso 3 aprile Claudia D'Aniello, 41 anni, in cura chemioterapica in seguito all'asportazione di un cancro al seno (scoperto perché aveva impiantato le protesi francesi Pip), si sente male e viene portata al pronto soccorso del Fatebenefratelli di Napoli

La denuncia

Secondo la denuncia dei familiari (foto sopra: il fratello) viene lasciata per oltre sei ore su una barella: diagnosticata

una colica renale, le vengono somministrati antidolorifici e morfina. Dopo quattro ore le

viene prescritta una eco-addome urgente, che dopo altre due ore non era ancora stata effettuata

La morte

I familiari portano la donna all'ospedale Pascale: si scopre che ha liquido nell'addome. Ricoverata in terapia intensiva, muore in serata per arresto cardiaco



Con i figli

Claudia D'Aniello, 41 anni, era mamma di quattro bambini: portata per un malore al pronto soccorso del Fatebenefratelli di Napoli, secondo la denuncia dei familiari è rimasta sei ore su una barella. È morta in serata nell'ospedale dove era stata trasferita. Qui sopra il manifesto che annuncia il suo decesso (Agn)



Napoli: donna sei ore in attesa del medico, poi la tragedia

Morire di pronto soccorso

NAPOLI — È stata lasciata oltre sei ore nel pronto soccorso del Fatebenefratelli di Napoli nonostante i lancinanti dolori all'addome. Il radiologo era in riunione. Una donna è morta così a 41 anni: aveva quattro figli ed era malata di tumore. **Romanazzi a pag. 11**

IL CASO Inutile attesa al Fatebenefratelli. Pochi giorni prima era stata sottoposta a chemioterapia

Aspetta sei ore al pronto soccorso a Napoli donna muore in ospedale

Aveva 41 anni e quattro figli. Si lamentava per forti dolori all'addome

di ELENA ROMANAZZI

«NAPOLI - Mamma quando torna? Dov'è?». La donna, disperatamente cercata da quattro figli in tenera età, si chiama Claudia D'Aniello, aveva appena 41 anni ed è deceduta tra atroci dolori dopo ventiquattro ore passate tra un ospedale all'altro, prima al Fatebenefratelli e poi al Pascale. Dove, quando è arrivata c'era poco da fare.

Le domandano dei figli, il più grande ha 14 anni, la più piccola due anni e mezzo, hanno indotto la famiglia a annullare i funerali (si dovevano tenere ieri mattina) e a presentare una denuncia alla polizia per far luce su un decesso - a detta dei familiari - dai contorni poco chiari. Il Pm Giovanni Corona ha già fatto sequestrare le cartelle cliniche, ha nominato tre periti e disposto l'autopsia. Il marito di Claudia, Carlo, si è affidato all'avvocato Antonella Senese.

Cosa è accaduto? La storia

è complessa. La racconta il fratello Guglielmo. Claudia si è sottoposta ad una seduta di chemioterapia il 26 marzo scorso. Ne ha fatta una sola, è morta il 4 aprile. «Mio sorella - spiega Guglielmo - quando è tornata a casa stava malissimo. Dolori ossei, nausea». Il medico curante le ha prescritto dei farmaci e le spiega che «sono gli effetti collaterali della terapia». È stata due o tre giorni bene anche se sempre a letto. Poi il crollo. «La notte del 3 aprile Claudio - aggiunge Guglielmo - accusava dei dolori fortissimi all'addome, la por-

Il racconto dei familiari

«Si voleva buttare dalla finestra

per quanto stava male»

tiamo al pronto soccorso del Fatebenefratelli, alle cinque di mattina le dicono che ha un calcolo addominale le danno il toradol e lo spasmex per attenuare i dolori, le fanno un prelievo di sangue e non ci

dicono nulla. L'attesa è infinita, mia sorella urla come una disperata».

Alle 8,30, continua a raccontare Guglielmo, il medico di turno chiama in radiologia

per la Tac con contrasto. «Ci dicono che la farà alle 9, la chiamata della richiesta viene registrata. L'attesa è molto più lunga». Alle 11, dopo sei ore ad aspettare, «dopo che mia sorella per il dolore ha cercato di buttarsi dalla finestra, dopo che io ho aggredito un medico e dopo che hanno chiamato la vigilanza, sono riuscito a far firmare il foglio di dimissioni a mia sorella per uscire da quell'ospedale».

Il dopo è già troppo tardi. Claudia arriva al Pascale, istituto per la cura dei tumori, in tarda mattinata. È grave. I globuli bianchi sono precipitati. È inoperabile. La lastra che viene subito effettuata al Pascale rivela liquido nell'addome e setticemia in corso. Il bombardamento di antibiotici fa sperare in un miglioramento in tempi brevi. Ma i globuli bianchi aumentano, a metà pomeriggio le condizioni sono gravi ma stabili. Claudia è in terapia intensiva. Alle 10 di sera, però, il suo cuore non ce la fa. Perché? «Per l'attesa di sei ore? Per le cure sbagliate? - si chiede Guglielmo -. E' questo che noi vogliamo sapere, noi non vogliamo vendette, vogliamo solo dare risposte ai miei nipoti, ai figli di Claudia e Carlo. Non si può morire così a 41 anni. Ma è successo».

Sulla vicenda il presidente della commissione di inchiesta sul servizio nazionale, il senatore Ignazio Marino ha deciso di aprire un'istruttoria.

I Nas accerteranno quanto è accaduto. «Non possiamo accettare - dice - di perdere vite che potrebbero essere salvate. Dobbiamo capire se è vero che

una donna con una perforazione intestinale è stata lasciata per ore senza assistenza. Si tratterebbe di un fatto molto grave perché è un tipo di emer-

genza che richiede immediata attenzione».

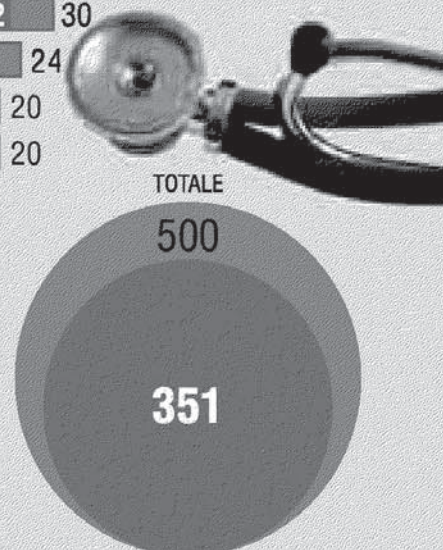


Claudia D'Aniello il giorno del battesimo dell'ultimo dei suoi quattro figli

I casi di malasanità

ERRORI SANITARI DI CUI CON ESITO MORTALE

Sicilia	74	102
Calabria	78	97
Lazio	37	54
Puglia	22	33
Campania	26	32
Toscana	19	30
Lombardia	12	30
Emilia R.	22	30
Veneto	13	24
Liguria	14	20
Piemonte	14	20
Abruzzo	8	8
Umbria	3	5
Marche	1	4
Friuli V. G.	2	3
Basilicata	2	3
Molise	1	2
Sardegna	2	2
Trentino A. A.	1	1
Valle d'Aosta	0	0



Commissione d'inchiesta sugli Errori sanitari, periodo 30 aprile 2009-21 dicembre 2011



Pensa la salute

di **Riccardo Renzi**



I farmaci che servono ma che costano molto

Non è magari elegante ricordare che "io l'avevo detto". Ma quando ci vuole ci vuole. Avevamo criticato l'iniziativa della regione Lombardia di "presentare il conto" delle prestazioni sanitarie, di indicare ai cittadini il costo delle loro cure.

Pensavamo, e pensiamo, che fosse l'inizio di una pericolosa deriva verso un sistema contributivo della sanità, in cui il paziente è ridotto a voce di bilancio. Ci conforta e ci commuove la lettera pubblicata dal Corriere di giovedì scorso in cui un



E se una terapia è appropriata, ma non sostenibile?

paziente, malato di cancro, si scusa perché scopre di costare tanto alla comunità. Ma nello stesso tempo chiede ironicamente che ai consiglieri regionali venga indicato quanto ciascun cittadino paga per i loro stipendi. E ci preoccupa, in questi stessi giorni, la

discussione sui costi dei farmaci "salvavita" in Lombardia. La Regione, a quanto pare, ha posto sotto sorveglianza l'impiego dei farmaci che vengono distribuiti dagli ospedali (il cosiddetto File f), che servono per le malattie più gravi e che sono i più costosi. La Regione assicura che non intende sostituirsi alle scelte dei medici e istituisce una commissione per lo studio dell'appropriatezza di questi farmaci. Ma l'idea guida è questa: i farmaci devono essere appropriati (il che è sacrosanto) e sostenibili. Il problema che si pone è: se il farmaco è appropriato, ma non sostenibile? Ci sono solo due risposte possibili: o niente cura o paga il cittadino. Entrambe sono sbagliate.



L'allarme Dopo il caso dei dispositivi DePuy ritirati dal mercato

Protesi d'anca difettose Che cosa si deve fare

Lancet e British Medical Journal, due tra le prime cinque riviste mediche internazionali, lanciano l'allarme sui rischi delle protesi d'anca. E non si riferiscono solo a quelle "incriminate" Asr DePuy (del gruppo Johnson & Johnson), che l'azienda stessa ha ritirato dai mercati internazionali nell'agosto 2010 (Italia compresa) dopo che il Registro nazionale inglese aveva segnalato tassi di revisione chirurgica superiori alle attese, sostanzialmente per i problemi, anche gravi, causati dai detriti di metallo (cromo-cobalto) prodotti dal malfunzionamento degli impianti.

Dalle colonne delle due autorevoli riviste, editorialisti ed esperti allargano la questione a tutti gli impianti metallo su metallo fino a chiederne una vera e propria moratoria internazionale. L'agenzia regolatoria britannica sui farmaci e dei dispositivi medici, l'MHRA (insieme alla Società scientifica degli ortopedici inglesi) è intervenuta sulla questione sottolineando la necessità che la maggior parte dei pazienti con protesi artificiali di metallo si sottopongano a controlli ogni anno per il resto della loro vita, per verificare l'insorgenza di eventuali problemi ed effetti collaterali compresa l'esposizione a metalli tossici. L'agenzia ha emanato nuove linee guida dopo diverse segnalazioni di gonfiore sospetti e danni tissutali in alcuni pazienti e di un'alta percentuale di guasti con alcuni dispositivi. Le precedenti linee guida prevedevano controlli solo nei cinque anni successivi all'intervento. Ora l'agenzia raccomanda esami del sangue e risonanza magnetica a cadenza regolare.

Contemporaneamente, a richiamare l'attenzione su queste protesi è un'indagine congiunta

Bbc Newsnight e Bmj che evidenzia come i problemi legati a questi dispositivi fossero noti e documentati da decenni: reazioni associate agli ioni di metallo sono state descritte per la prima volta, nei dettagli, nel 1975, sottolineano gli autori del report, ma nessun provvedimento è stato mai preso.

Da ultimo, anche la britannica Società dell'anca e la Società degli ortopedici danesi si sono pronunciate contro l'utilizzo di protesi metallo su metallo.

Che cosa ne pensano gli esperti italiani? «L'idea di mettere al bando le protesi metallo su metallo è da discutere, perché rischia di colpire in modo indiscriminato — dice Aldo Toni, responsabile dei reimpianti d'anca all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna —. Prima di tutto non esiste la protesi perfetta e in secondo luogo non tutti i pazienti con una protesi metallo su metallo sono da rioperare subito. Tutte queste protesi generano qualche quantità di detrito che è aumentata con l'aumento del diametro delle teste femorali, passate dai 28 millimetri delle primissime fino agli attuali 50 e più». Che problemi può creare una protesi metallo su metallo? «Reazioni tissutali locali; — spiega Luigi Zagra, responsabile della Divisione di chirurgia dell'anca dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano e presidente della European hip society — osteolisi, cioè riassorbimento del tessuto osseo; metallosi più propriamente detta cioè il fatto che si trovino dei detriti di metallo; concentrazione di ioni nel sangue e in più i cosiddetti pseudo-tumori che sono reazioni infiammatorie locali talvolta molto aggressive».

Proprio la presenza di ioni cobalto e cromo nel sangue è l'aspetto che desta maggiore

preoccupazione, legato agli eventuali effetti cancerogeni dei metalli. Finora però a livello scientifico non è stata dimostrato un aumento di tumori nei pazienti con protesi metallo su metallo, come ribadisce anche un articolo pubblicato il 3 aprile su Lancet, basato però su dati osservazionali. «Il metallo su metallo si usa da quando la protesi è nata, senza che ci siano state prove di tossicità reale o scatenamento di tumori — conferma Guido Grappiolo, responsabile della Chirurgia pro-

Precauzioni

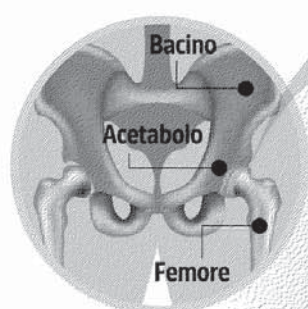
Le autorità inglesi chiedono controlli più ravvicinati per i pazienti con protesi in metallo

tesica dell'anca all'Istituto Humanitas di Milano —. Gli studi più famosi sono proprio quelli dei registri finlandesi e scandinavi, i più vecchi, che avevano già decretato che non c'era alcun aumento di incidenza di tumori rispetto alla popolazione normale». Gli esperti italiani concordano sul fatto che dopo l'allarme nella comunità scientifica internazionale, si sta andando naturalmente verso l'abbandono delle protesi metallo su metallo senza la necessità di una messa al bando.

La vicenda tuttavia è ben lontana dalla conclusione. Negli Stati Uniti sono partite le *class action* dei pazienti nei confronti di Johnson & Johnson. Ci saranno anche pazienti italiani. «Abbiamo già raccolto una ventina di adesioni in Lombardia e nel Lazio», dice Vanna Pizzi, responsabile del Dipartimento sanità di Federconsumatori.

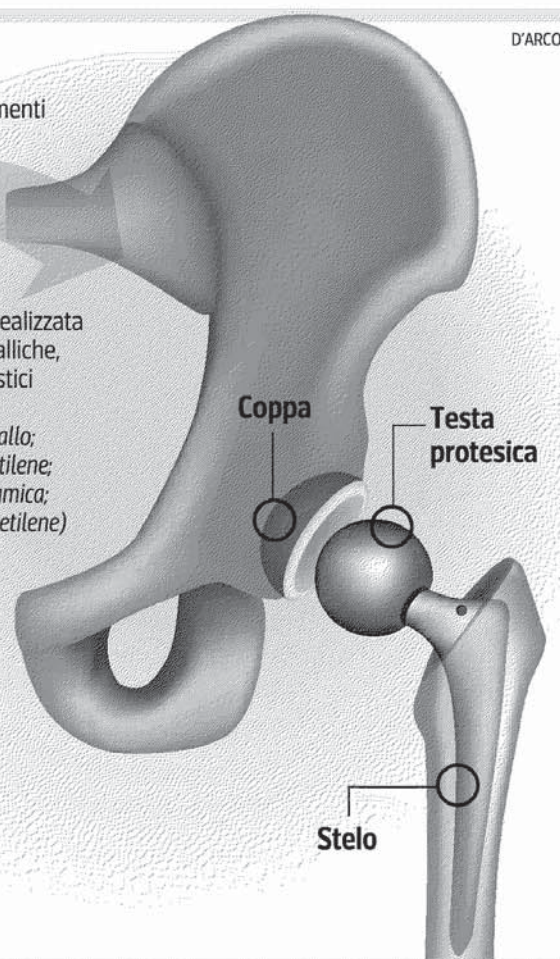
Ruggiero Corcella

La protesi d'anca serve nelle artrosi, quando la cartilagine è consumata e ciò, oltre a provocare dolore, compromette il cammino e determinati movimenti



La protesi è realizzata in leghe metalliche, materiali plastici o ceramiche (metallo/metallo; metallo/polietilene; ceramica/ceramica; ceramica/polietilene)

- 1** È formata da una coppa e da uno stelo, che vengono inseriti rispettivamente nell'acetabolo e nel femore
- 2** Sullo stelo viene assemblata una testa protesica, in metallo o ceramica, che si articola con la superficie interna della coppa
- 3** Le componenti vengono poi fissate con cemento acrilico (*protesi cementata*) o inserite a pressione ed è poi l'osso a «inglobarle», bloccandole



LE PROTESI SOTTO ACCUSA

■ Sono le protesi di rivestimento d'anca ASR e il sistema acetabolare ASR XL della DePuy. Si tratta di protesi metallo su metallo, al cromo-cobalto. Sono state utilizzate in Italia a partire dal marzo 2004

I DIFETTI EVIDENZIATI

■ Il produttore stesso ha segnalato «scollamenti delle componenti, sacche di liquido, dislocazione, sensibilizzazione al metallo e dolore. I detriti del metallo usurato delle protesi potrebbero inoltre finire nei tessuti molli e causare danni»

QUANTE

■ **93 mila** I sistemi ASR venduti in tutto il mondo

Più di 4.500 quelli venduti in Italia a oltre 200 strutture ospedaliere



CHE COSA FARE

- Controllare il modello di protesi e la data di impianto: il richiamo riguarda solo il modello ASR di DePuy; i dati sulla protesi si trovano nella cartella clinica
- I pazienti che hanno subito un intervento prima del 2004 **non sono coinvolti** da questo problema
- Se l'intervento è avvenuto dopo il marzo 2004, contattare il proprio medico o la struttura ospedaliera per accertare se la protesi è effettivamente del modello ASR di DePuy. In questo caso il paziente verrà sottoposto ai controlli e alle procedure stabilite in un apposito protocollo



Le alternative

Chirurgia conservativa e (forse) biotecnologie

Le alternative alle protesi d'anca? «Al momento direi che non ne esistono — dice Aldo Toni, responsabile dei reimplanti d'anca all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna —. Se vogliamo sintetizzare lo stato dell'arte, si sta lavorando molto e in alcuni casi con ottimi risultati nel campo delle tecniche chirurgiche meno invasive per l'impianto delle protesi. Si ottiene lo stesso risultato di un tempo, ma con minor sacrificio di tessuti e quindi una più efficace ed efficiente ripresa del paziente e anche meno complicanze». Accanto alla protesica si sta aprendo il campo della chirurgia

conservativa. «Prima era estremamente complicato "riparare" l'articolazione senza sostituirla — spiega Guido Grappiolo, che dirige la Chirurgia protesica dell'anca all'Istituto Humanitas di Milano — perché bisognava comunque aprire l'anca e lussarla, senza creare la necrosi. Quindi si trattava di un intervento ad alto coefficiente di difficoltà che pochissimi al mondo sapevano fare. Questo ne ha impedito la diffusione, mentre grazie all'artroscopia questa tecnica ora si sta diffondendo». Il futuro potrebbe essere la rigenerazione tissutale con i fattori di crescita. All'Istituto ortopedico Gaetano Pini di Milano

ci stanno già lavorando. «La stiamo studiando da 12 anni — racconta Giorgio Calori, a capo dell'Unità operativa di Chirurgia ortopedica riparativa e Risk Manager del Pini —. Il nostro Centro è quello di riferimento italiano e uno dei quattro in

Meno invasive

Tra le altre, si sta diffondendo la tecnica di operazione in artroscopia

Europa insieme ai gruppi di Leeds, Heidelberg e Parigi con i quali stiamo creando la Società europea di rigenerazioni del tessuto per l'ortopedia e la traumatologia». Le applicazioni? «Abbiamo creato una camera biologica, un "bioreattore" naturale impiantabile per rigenerare i tessuti, che risolve la necrosi, cioè la morte della testa del femore, nel 93% dei casi con un intervento che dura mezz'ora — spiega Calori —. Abbiamo già trattato circa 100 pazienti. Magari il paziente non guarisce del tutto, ma potremmo così limitare il numero di protesizzazioni o permettere di impiantare protesi in condizioni migliori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SENTENZA

Hiv dopo le trasfusioni condannato il Ministero

ANCONA – Fu infettato dall'Hiv e dall'epatite C in seguito a numerose trasfusioni, 29 anni fa, dopo un incidente stradale. Allora non c'era l'obbligo di controllare donatori e sacche di sangue con test specifici, disposti solo a partire dal 1988. Ma, per il giudice civile di Ancona Francesca Betti, c'erano già prima di quella data le conoscenze mediche e scientifiche per prevenire il contagio legato alle trasfusioni. Di più, nel 1983, quando si infettò il paziente marchigiano, l'allora **Ministero della sanità** era da tempo a conoscenza dei rischi delle trasmissioni virali. Così, per omessa vigilanza sulle pratiche trasfusionali, il **Ministero della salute** è stato condannato oggi a pagare 400 mila euro di risarcimento, 700 mila con gli interessi e la rivalutazione.

Quei soldi non andranno al paziente anconetano che contrasse il virus dell'Aids e dell'epatite C, morto nel frattempo. Non per le infezioni, ma per un secondo incidente stradale. A beneficiare quindi del risarcimento saranno la vedova e le due figlie a cui il giudice Betti ha riconosciuto, al termine della causa avviata dagli avvocati Marina Magistrelli e Roberta Angeletti, i danni morali ed economici per la lunga sofferenza

del congiunto, per le sue ridotte capacità lavorative durante la malattia, per le ripercussioni sulla vita di tutta la famiglia. Non è stato invece considerato responsabile l'ospedale Umberto I di Ancona, che non applicò controlli preventivi sul sangue semplicemente in quanto non c'era alcuna direttiva o norma nazionale. Ma perché ben 29 anni per arrivare al verdetto? Perché, spiegano i legali, la diagnosi avvenne ben 9 anni dopo le trasfusioni e la causa iniziò solo nel 2003, alla morte del paziente. Il resto se ne è andato tra perizie, ricerche di testimonianze e difficoltà tecniche. «Non ci siamo arresi mai - dicono gli avvocati Magistrelli e Angeletti - anche per portare alla luce un problema che è di tanti malati».

G.Sg.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Contagiato 29 anni fa
ma per il giudice
c'erano le condizioni
per prevenirlo*



Assistenza A disposizione sul web sei schede che spiegano quali sono le vere urgenze

Promemoria per il buon uso del Pronto soccorso e del 118

«**E**ssere pronto aiuta il soccorso». Con questo slogan è partita nei giorni scorsi la Campagna d'informazione sul corretto uso dei servizi di emergenza, promossa da **Ministero della Salute** e Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, con la collaborazione di Regioni, Province autonome, Ordini professionali, Società scientifiche e Associazioni professionali di settore. Obiettivo dell'iniziativa è dare ai cittadini informazioni chiare e precise su quando contattare il 118 e su quando è necessario davvero recarsi al Pronto soccorso.

Negli ultimi anni è aumentato il ricorso ai servizi di emergenza-urgenza, sempre più intasati e con gravi disagi per i pazienti stessi, come rilevano spesso le cronache. Si stima che nel 2011 gli accessi al Pronto soccorso siano stati circa 23 milioni.

«Il 15-20% degli arrivi riguarda pazienti che potrebbero rivolgersi ai servizi sanitari presenti sul territorio, ma che preferiscono andare in

strutture di emergenza, congestionandole — sottolinea Giorgio Carbone, presidente nazionale della Società italiana medicina emergenza urgenza —. Oltre a integrare i servizi (sono all'esame in questi giorni nuove misure "salva-Pronto soccorso" ndr), è necessario, quindi, informare i cittadini sul loro uso appropriato».

«La Campagna ora avviata ha lo scopo di sensibilizzare tutta la popolazione, con particolare attenzione ai giovani e agli stranieri» spiega Sara Carzaniga, membro del gruppo di lavoro Agenas che si occupa del problema. È stato predisposto anche un progetto, a disposizione di tutte le Regioni, per realizzare interventi di educazione alla salute nelle scuole. Alcune iniziative sono state già avviate: alcuni istituti hanno dedicato alcune ore al corretto utilizzo

dei servizi di emergenza, con la partecipazione di operatori del 118.

Oltre a uno spot, sul sito web dedicato alla Campagna (<http://emergenza.agenas.it/>), si possono consultare sei schede in otto diverse lingue, oltre a quella italiana: albanese, cinese, francese, inglese, rumena, spagnola, tedesca e ucraina.

Vi si spiega come e perché accedere ai servizi di emergenza-urgenza; che cosa fare in attesa dei soccorsi; quando, in assenza del medico di famiglia, è il caso di rivolgersi al

servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica); che cosa i codici-colori che stabilisce le priorità di accesso alle cure in Pronto soccorso in base alla gravità del caso.

Poi, vengono indicate le situazioni in cui il cittadino deve assolutamente contattare il 118: in caso di

dolore al petto, difficoltà a respirare, perdita di coscienza prolungata, trauma e ferite con emorragie evidenti, segni di soffocamento, avvelenamento, annegamento o ustione, difficoltà a parlare o a usare uno o entrambi gli arti dello stesso lato. Ma si spiega pure che il divieto di chiamata è tassativo in situazioni non urgenti: per richiedere consulenze specialistiche o avere informazioni su prenotazioni o farmacie di turno.

Si ribadisce inoltre che al Pronto soccorso si va per problemi acuti urgenti, che non possono essere risolti dal medico di famiglia, dal pediatra o dai medici della continuità assistenziale. Pertanto, è vietato andarci per evitare liste di attesa in caso di visite specialistiche non urgenti, o per ottenere ricette e certificati, o per usufruire di prestazioni che potrebbero essere erogate in ambulatorio: ogni visita inutile in Pronto soccorso è un ostacolo alla cura di chi invece ha davvero urgenza.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

»

Il 15-20% degli arrivi in Pronto soccorso riguarda pazienti che potrebbero rivolgersi ai servizi territoriali



ENTRO IL 2012 L'ESPERIMENTO DELLE UNIVERSITÀ DI EDIMBURGO E HARVARD

L'elisir della fertilità femminile

Addio menopausa grazie alle cellule staminali prelevate dal tessuto ovarico

PAOLO MASTROLILLI
INVIATO A NEW YORK

Se questo esperimento a cui lavorano le università di Edimburgo e Harvard funziona, sarà una rivoluzione: fine della menopausa, donne fertili fino a qualunque età. Parliamo della possibilità di produrre ovuli attraverso le cellule staminali prelevate dal tessuto ovarico, e fertilizzarle per formare embrioni. L'esperimento potrebbe avvenire entro l'anno, secondo il quotidiano Independent che lo ha rivelato.

Tutto è cominciato con le ricerche del professor Jonathan Tilly all'Harvard Medical School di Boston. Finora la comunità scientifica era convinta che le donne nascessero con un nume-

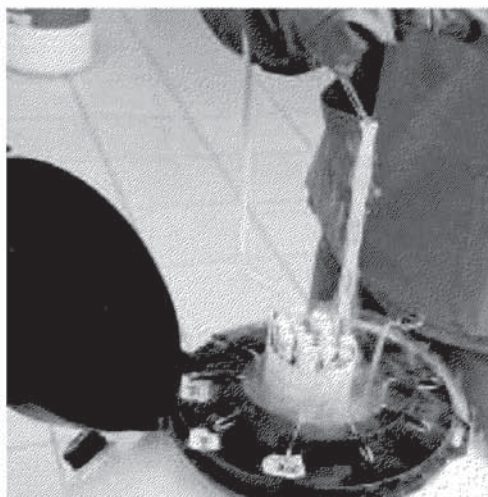
ro limitato di ovuli: l'orologio biologico ticchettava ogni giorno, e quando arrivava l'età della menopausa si fermava. Niente più fertilità, niente possibilità di avere figli, e via a tutti i problemi di salute legati all'invecchiamento. Ma Tilly ha contestato questa visione, e nel 2004 ha scoperto che nelle ovaie dei topi c'erano cellule staminali in grado di ricostruire le uova per tutta la vita. Quindi ha studiato il fenomeno nelle donne, e il mese scorso ha pubblicato una ricerca secondo cui tali cellule esistono anche nelle ovaie umane, e possono essere stimulate in laboratorio affinché crescano in cellule di ovuli immature. Il passo successivo è vedere se questi ovuli possono essere fecondati e produrre embrioni, che impiantati sarebbero in grado di generare gravidanze. A questo ci sta pensando la professoressa Evelyn Telfer della Edinburgh University, che ha contattato le autorità locali della Human Fertilisation and Embryology Au-

thority (Hfea), per richiedere una licenza. Il test si terrebbe alla

Edinburgh Royal Infirmary, in collaborazione con il professor Richard Anderson della Mrc Centre for Reproductive Health. Gli embrioni crescerebbero 14 giorni, per vedere se sono normali, e a quel punto verrebbero congelati o lasciati perire.

Questo provocherà discussioni etiche, ma le implicazioni di un successo sarebbero enormi. Come prima cosa verrebbe rivoluzionata la fertilità femminile: le donne potrebbero produrre ovuli in grado di generare embrioni, e quindi bambini, a qualunque età, o molto oltre i limiti attuali. Poi ci sarebbero i potenziali usi terapeutici, perché rifornire di uova le ovaie delle donne anziane potrebbe fermare la menopausa, e allontanare problemi come l'osteoporosi e le malattie cardiache associate all'invecchiamento.

L'ipotesi
Secondo i ricercatori le ovaie umane hanno cellule staminali in grado di ricostruire le uova per tutta la vita



Ovuli da staminali, ultimo test “Così sconfiggeremo la sterilità”

Harvard e Università di Edimburgo: sarà una rivoluzione

DAL NOSTRO INVIATO
ROSALBA CASTELLETI

LONDRA — Menopausa addio. Le donne saranno in grado di concepire figli anche in età avanzata. O meglio, potranno essere mamme a qualsiasi età. Non solo. Le donne più anziane potranno persino riconquistare la salute di cui godevano in età fertile. È lo scenario rivoluzionario e avveniristico prefigurato dai ricercatori dell'Università di Edimburgo e della Harvard Medical School di Boston dopo esser riusciti a produrre i primi ovociti cresciuti interamente in laboratorio che contano di fecondare entro l'anno con sperma umano. Uno studio che — come ha titolato ieri l'*Independent* in prima — potrebbe “riscrivere le regole della riproduzione umana”.

Da oltre mezzo secolo, infatti, la medicina è stata dominata dalla tesi dello scienziato Solly Zuckerman che nel 1951 stabilì che le ovaie umane hanno una risorsa limitata di ovuli che si esaurisce negli anni. Un vero e proprio “dogma” negli studi sulla fertilità. Tanto che quando nel 2004 Jonathan Tilly, professore presso l'Harvard Medical School, sostenne su *Nature* che le cellule staminali isolate dal tessuto ovarico

erano in grado di fornire una costante scorta di ovociti fu subissato dalle critiche. Aveva condotto tutti i suoi esperimenti sui topi e in molti dissero che doveva trattarsi di un fatto limitato ai roditori.

Tra i suoi detrattori c'era anche Evelyn Telfer dell'Università di Edimburgo, oggi partner di Tilly nella ricerca. A convertire la professoressa Telfer alla tesi di Tilly fu la professoressa Ji Wu che nel 2009 riuscì a fecondare con successo a Shanghai gli ovuli maturati da cellule staminali isolate da tessuto ovarico animale. Quando Tilly provò a seguire le orme della professoressa Wu usando del tessuto ovarico umano, non riuscì a portare gli ovuli a piena maturazione.

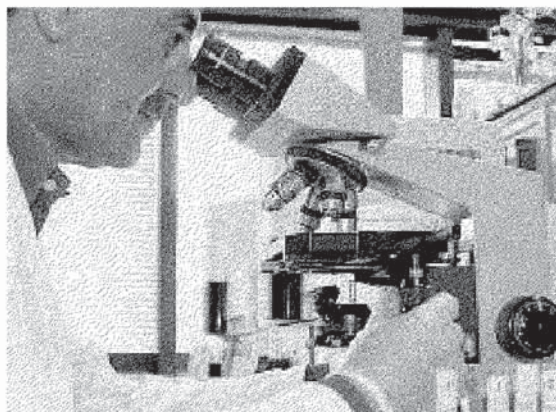
La professoressa Telfer invece aveva messo a punto una tecnica per farlo. Fu lì che la vecchia rivalità fu messa parte e nacque la collaborazione tra Tilly e la Telfer.

Oggi insieme rivendicano di avere prodotto i primi ovociti cresciuti interamente in laboratorio ricavati da cellule staminali isolate da tessuto ovarico umano. Il prossimo passo sarà fecondarli per verificare se possono generare embrioni sani. Per farlo però occorre l'autorizzazione dell'Autorità sulla embriologia e la fecon-

dazione umana (Hfea). Se e quando la otterranno procederanno a Edimburgo alla fecondazione degli ovociti cresciuti “in vitro”. «Già entro l'anno», sostiene la dottoressa Telfer. Se gli embrioni si riveleranno sani, le donne — precisa — potranno avere bambini anche se sterili o in menopausa e pure dopo trattamenti di chemio o radioterapia.

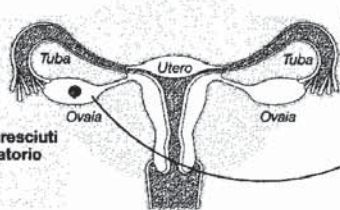
«Non è esagerato. Gli studi sui topi dimostrano che puoi ritardare la menopausa mantenendo un'adeguata scorta di ovociti nelle ovaie», ribatte Tilly ai più scettici. Il professore preannuncia anche la possibilità di ritardare le malattie dovute alla vecchiaia. Una sorta di “elisir di eterna gioventù”? «Sì, se mantieni le ovaie in funzione, funziona così. È incontestabile». Una promessa azzardata, ma, anche se i “se” sono tanti, la ricerca — concordano gli studiosi — apre spiragli per le donne in età avanzata o con problemi di fertilità che aspirano alla maternità.

Fecondati entro l'anno: “Se gli embrioni saranno sani, nuova era per la maternità”



L'esperimento

I ricercatori hanno prodotto i primi ovociti - le cellule germinali femminili - cresciuti interamente in laboratorio



1 Gli ovociti "in vitro" sono stati ricavati dalle **cellule staminali** isolate dal tessuto ovarico umano



2 Se le autorità sanitarie britanniche daranno la licenza, entro l'anno potranno essere fecondati con sperma umano

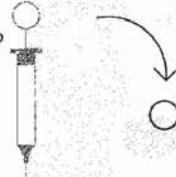


3 Gli embrioni che ne risulteranno saranno **osservati per 14 giorni**, il periodo massimo per legge, per **stabilire se sono sani**



Trattandosi di materiale per esperimenti, non saranno mai impiantati in un utero umano ma congelati o lasciati morire

4 Se gli embrioni risulteranno sani, le donne sterili o in menopausa potranno **avere bambini**



5 L'esperimento **contesta il cosiddetto "dogma di Zuckerman"** secondo il quale il numero di ovuli delle ovaie umane sarebbe limitato e in continuo esaurimento

