



RASSEGNA STAMPA

07-12-2016

1. GIORNALE Oms: sigaretta elettronica dannosa come quella vera
2. LEGGO Una sigaretta al giorno fa male non esiste un limite sicuro
3. ANSA Cancro al polmone, immunoterapia funziona come 'prima cura'
4. MESSAGGERO Tumori, biopsia liquida scopre il rischio nei sani
5. GIORNO Intervista a Maria Rosa Di Fazio - Il tumore si sconfigge anche a tavola
6. QUOTIDIANO SANITÀ Biosimilari. Parole d'ordine risparmio ed efficacia
7. MESSAGGERO Il raggio laser per "visitare" i nei sospetti
8. LASTAMPA.IT La ricetta per aumentare il PIL è dormire di più
9. QUOTIDIANO SANITÀ La Gran Bretagna verso la sugar tax
10. ILSOLE24ORE.COM Istat, una famiglia su quattro a rischio povertà
11. LA VERITA' Intervista a Jennifer Lahl - «Le cliniche per la fertilità? Sono centri commerciali»
12. MESSAGGERO Operata valvola del cuore senza aprire il torace
13. CORRIERE DELLA SERA «Il mio dono: un rene a uno sconosciuto» - lo che ho donato un rene vivo una vita più piena
14. AVVENIRE Tre medici sospesi E l'inchiesta si allarga

Fumo e salute

Oms: sigaretta elettronica dannosa come quella vera

■ La sigaretta «salutista» che fa meno male alla salute? Resta, per il momento, una chimera. E, probabilmente, lo rimarrà per sempre. L'unico rimedio per salvarsi dal veleno del fumo resta uno solo: smettere di fumare. Almeno questo è il parere dell'Organizzazione mondiale della salute (Oms) secondo cui il presunto «minor danno delle sigaretta elettronica è solo un modo diverso delle aziende produttrici per rendere schiave le persone». Schiave, vincolate alla sostanza, dipendenti. Ed è quindi condanna delle e-cig, senza se e senza ma. Sono state un modo astuto per far cominciare i teenager, per non far smettere chi già fumava, senza alcuna riduzione del danno. Non ha dubbi, su una tematica che ha fatto molto discutere, Vera da Costa e Silva, del gruppo di controllo del tabacco dell'Oms, che interviene al congresso internazionale Iaslc sul tumore al polmone, in corso a Vienna.

«Una strategia delle multinazionali del tabacco - attacca Vera da Costa e Silva - negli anni Ottanta ci hanno provato con le sigarette light, che non hanno avuto alcun effetto sulla riduzione del rischio, ma sono state percepite come tali dai fumatori. E adesso sempre nuovi prodotti. Ma attenzione: devono essere regolati dalle leggi, per proteggere i consumatori. Non possiamo lasciarli in mano alle industrie del tabacco, il cui unico scopo è influenzare le leggi e finanziare studi a favore».

Con buona pace dell'ultima arrivata in casa Philip Morris, la sigaretta elettronica con tabacco, appena lanciata in Gran Bretagna e già in vendita anche in Italia. Tante sessioni, qui a Vienna, sui dispositivi elettronici e persino sulla cosiddetta *waterpipe*, il narghilè. Perché in molte parti del mondo è diffusissimo, 45 per cento di prevalenza in molti paesi del Mediterraneo, ma anche il 17 in alcuni stati americani, insieme ad aromi di vario tipo approvati e dichiarati sicuri. «Per l'ingestione, però - precisa Alan Shihadeh, dell'università americana di Beirut - non per l'inalazione. Ed è tutt'altra cosa». Il dibattito continua. Restando quanto mai «fumoso».



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

UNA SIGARETTA AL GIORNO FA MALE: "NON ESISTE UN LIMITE SICURO"



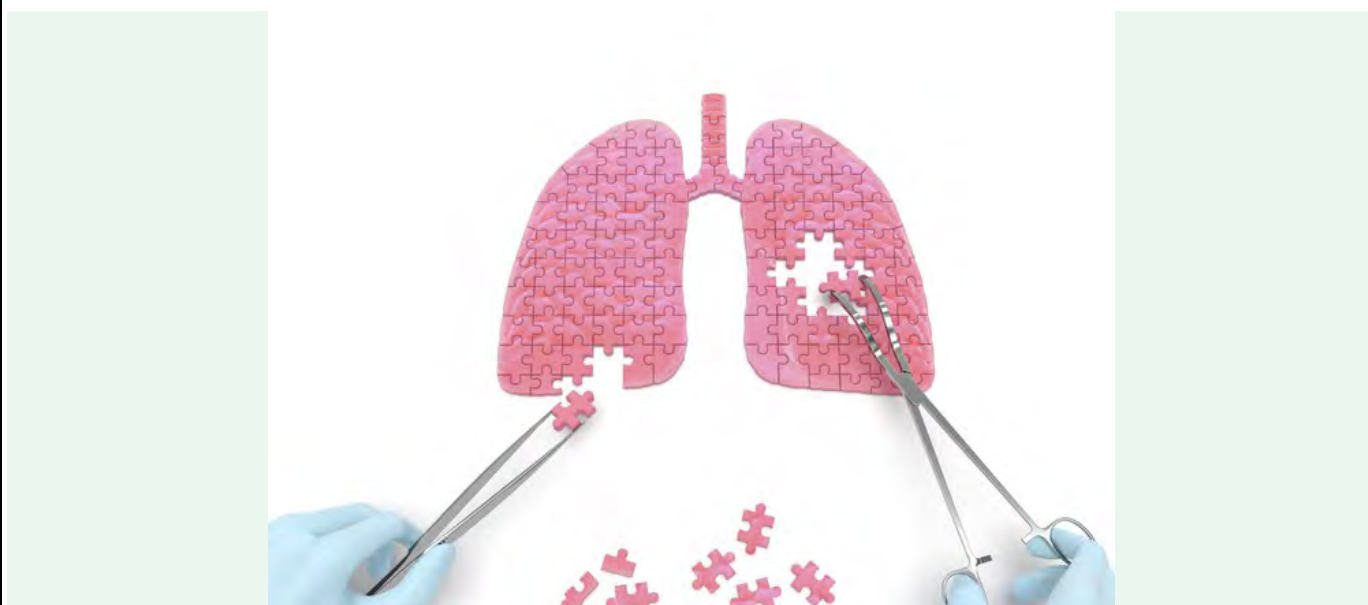
Non è come il vino rosso. Fumare poco non basta a limitare i danni per la salute, perché non esiste un livello di fumo che è possibile definire sicuro. Anche una sigaretta al giorno in media nell'arco della vita, talvolta persino meno, risulta associata a pericoli molto gravi. Come un maggiore rischio di morte prematura rispetto a chi non ha mai fumato, a causa del tumore del polmone, di problemi respiratori o cardiovascolari. Ad evidenziarlo è una ricerca del National Cancer Institute, parte del National Institutes of Health statunitense, e pubblicata su *Jama Internal Medicine*. Gli studiosi hanno esaminato i dati relativi a 290mila adulti, arruolati in uno studio sulla salute e la dieta. Tutti avevano un'età compresa tra i 59 e gli 82 anni. I partecipanti sono stati interrogati sulle abitudini al fumo in nove fasi della vita, a cominciare da prima del raggiungimento dei 15 anni per terminare, negli anziani, ai 70 anni. I risultati hanno evidenziato che coloro che costantemente fumavano una media di una sigaretta al giorno o meno nell'arco della vita avevano un rischio del 64 per cento maggiore di morte prematura rispetto ai non fumatori, mentre chi fumava tra una e 10 sigarette al giorno aveva un rischio dell'87 per cento più elevato. Tra le cause specifiche di mortalità associata al fumo il tumore al polmone (che ad esempio aumentava il rischio di decesso di nove volte in chi fumava in media anche meno di una sigaretta al giorno rispetto a chi non fumava), problemi respiratori, come l'enfisema, e cardiovascolari.

Ad esempio, le persone che fumavano tra una e 10 sigarette al giorno avevano sei volte il rischio di morire di malattie respiratorie rispetto ai non fumatori e circa una volta e mezza il rischio di morire di malattie cardiovascolari. «Non esiste un livello sicuro di esposizione al fumo- spiega Maki Inoue-Choi, autrice principale dello studio- fumare anche un piccolo numero di sigarette al giorno ha notevoli effetti negativi. La ricerca fornisce un'ulteriore prova che smettere del tutto è un vantaggio». E se le motivazioni personali non dovessero bastare, dalla Fda, la Food and Drug Administration, ente regolatorio Usa, arriva l'invito a pensare anche agli animali domestici. Cani, gatti e persino pesci. Il fumo può provocare danni non indifferenti anche a loro: in particolare quello di seconda mano, passivo, o di terza, con milioni di microparticelle che si depositano su tende, tappeti, poltrone e divani e persino sul vestiario. I danni vanno da un maggiore rischio di cancro al naso o ai polmoni fino al linfoma in cani e gatti. Nei pesci, invece, se la nicotina si deposita nell'acqua vi è un rischio di spasmi muscolari e perdita di colore, che può condurli in qualche caso alla morte.

<http://www.ansa.it>

Cancro al polmone, immunoterapia funziona come 'prima cura'

Scommessa per il 2017, parte uno studio nazionale



Arrivare ad eliminare la chemioterapia nel trattamento del tumore al polmone, sostituendola con terapie più efficaci e meno invasive. A partire dall'immunoterapia, che mira a riattivare il sistema immunitario per combattere direttamente il cancro. Non è un obiettivo impossibile ma, anzi, concretizzabile nell'arco dei "prossimi anni", e già dal 2017 ci sarà una svolta: se nel 2016 l'80% dei pazienti con tale neoplasia ha ricevuto infatti solo la chemio, il prossimo anno "ci aspettiamo che il 50% dei pazienti sia candidabile da subito, ovvero dal momento della prima diagnosi, a trattamenti non chemioterapici e, in gran parte, immunoterapici".

Ad illustrare il nuovo scenario, che potrebbe radicalmente cambiare l'approccio di cura per tantissimi malati, è Federico Cappuzzo, direttore del Dipartimento di oncologia dell'Ospedale di Ravenna, in occasione della 17/ma Conferenza mondiale Iasl sul tumore al polmone. L'immunoterapia, spiega Cappuzzo, "è già il trattamento indicato per la seconda linea, ovvero nei pazienti con malattia avanzata che hanno già effettuato la chemio per il cancro polmonare, ma si sta dimostrando superiore rispetto alla chemio tradizionale ed è molto ben tollerata. Ora, la vera scommessa è sostituire completamente la chemio in prima linea, ovvero rendendola 'prima cura' già al momento della diagnosi, e la strategia, come dimostrano i risultati positivi di vari studi presentati al Congresso, è quella

di utilizzare in combinazione varie molecole immunoterapiche innovative".

I risultati dei primi studi presentati sull'utilizzo dell'immunoterapia in prima linea, sottolinea, "sono incoraggianti e mostrano benefici su tutti i tipi di pazienti, con effetti collaterali molto gestibili". Ed in effetti, rileva Francesco Grossi, responsabile Unità tumori polmonari all'Irccs San Martino di Genova, "la tossicità grave dei farmaci immunoterapici è molto inferiore rispetto alla chemio, pari a circa il 10% contro il 60%, e questo ha un impatto fondamentale per la qualità di vita del paziente". E le percentuali di efficacia sono molto incoraggianti: il 30% dei pazienti con cancro al polmone risponde infatti all'immunoterapia in modo ottimo (con regressione della malattia) o buono (con la stabilizzazione), il 30% registra una diminuzione dei sintomi clinici pur in presenza di una progressione della malattia, mentre il 20% non risponde al trattamento.

E se non si può parlare ancora di totale 'guarigione', la sopravvivenza aumenta notevolmente ed anche chi non risponde ai nuovi farmaci, affermano gli esperti, risulta però più sensibile ai trattamenti successivi e la malattia rallenta. Una nuova frontiera, dunque, e l'Italia è protagonista: in un paio di mesi partirà infatti un nuovo studio nazionale, coordinato dall'Ospedale di Ravenna, che coinvolgerà 20 centri e 170 pazienti e testerà la combinazione delle due molecole immunoterapiche nivolumab e ipilimumab come prima linea per il cancro al polmone rispetto alla chemio.

Un'occasione importante perché "se è vero che nuove molecole sono in arrivo e che in Italia l'immunoterapia è rimborsata in seconda linea per alcune situazioni, come prima linea questi farmaci non saranno disponibili prima di 2-3 anni. Questo studio - conclude Cappuzzo - darà quindi a molti pazienti la possibilità di poter avere subito i nuovi trattamenti".

Tumori, biopsia liquida scopre il rischio nei sani

IL TEST, MESSO A PUNTO DA BIOSCIENCE GENOMIC E TOR VERGATA, RIVELA LA PROBABILITÀ DI AMMALARSI

L'ANALISI

Lo possono fare le persone sane, quelle a rischio per familiarità, comorbidità o stile di vita. Oppure i pazienti già affetti da cancro per monitorare nel tempo la comparsa di mutazioni genetiche responsabili della resistenza alle terapie antitumorali.

LA MAPPATURA

È oggi disponibile Sced (Solid Cancer Early Detection), il primo test che consente di effettuare una «biopsia liquida» anche su individui sani, in modo da valutare la suscettibilità a 100 diverse neoplasie prima che si manifestino con sintomi.

A mettere a punto il nuovo test, che promette di mandare «in pensione» gli attuali test di screening come la mammografia o la colonoscopia, è stata la Bioscience Genomic, uno spin off dell'Università di Roma Tor Vergata. Mediante un semplice prelievo di sangue, il test Sced esegue la mappatura e il monitoraggio di oltre 50 geni e 2800 mutazioni note nei tumori solidi.

In particolare, questa tecnologia permette di analizzare, partendo da un semplice prelievo di sangue, le mutazioni genetiche a carico delle «tracce» del Dna libero circolante rispetto al Dna germinale, ed eventualmente la presenza di «tracce» di Dna delle cellule tumorali circolanti.

Questo significa che la piattaforma Sced permette di monitorare nel tempo le eventuali mutazioni genetiche accumulate rispetto al «Dna originario», appunto quello germinale, che potrebbero portare allo sviluppo di un tumore.

E consente di monitorare anche la presenza di tracce di un tumore prima che si manifesti, contribuendo a iniziare tempestivamente un percorso terapeutico più efficace. Infine, in presenza di un tumore, permette di monitorare nel tempo la comparsa di mutazioni genetiche.

I LABORATORI

Il prelievo di sangue può essere effettuato ovunque, per poi essere inviato presso Bioscience Genomics, presente con propri laboratori a Roma, Milano e San Marino. Qui il Dna libero circolante viene sequenziato, alla ricerca della mutazione genetica e della sua eventuale tendenza ad aumentare. «Il percorso di Sced e la sua tecnologia potrebbero rappresentare una svolta epocale nella prevenzione al cancro», dichiara Luca Quagliata dell'Istituto di Medicina, Genetica e Patologia dell'Università di Basilea

«Nonostante al momento la Sced sia considerata un test per il follow up dei malati, riteniamo che in pochi anni, grazie al supporto alla ricerca offerto dall'Università, potrà diventare il gold standard nella diagnostica in oncologia, non solo come esame, ma come un percorso di monitoraggio della salute», commenta Giuseppe Novelli, ordinario di genetica e rettore dell'Università di Roma Tor Vergata.

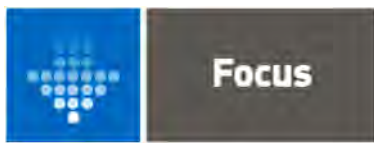
Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il tumore si sconfigge anche a tavola «Ecco chi sono i nemici bianchi»

L'oncologa Di Fazio: «Attenti a farine, latte, sale e allo zucchero»



Focus

L'esperta

Maria Rosa Di Fazio è responsabile di Oncologia al Centro medico internazionale SH Health Service di San Marino. Applica il metodo del luminare Philippe Lagarde



Il rapporto causa effetto

Tanti colleghi sottovalutano il nesso tra cibo cattivo e malattia: l'alimentazione sbagliata pesa almeno sul 40% dei tumori



Il banchetto pericoloso

Il cancro banchetta con lo zucchero: ne divora 20 volte di più rispetto ai tessuti sani. E questo è un fatto fuori discussione

I principi fondamentali delle diete sane

Mangiare con moderazione e preferire cibi freschi e naturali
«Meglio prodotti di stagione poco manipolati dall'uomo»



Educare i più piccoli

Ai bambini bisogna insegnare i principi dell'alimentazione sana dando l'esempio

Enrico Fovanna
■ MILANO

IL TITOLO dice già molto sul legame tra alimentazione e tumori: «Mangiare bene per sconfiggere il male». A firmare il libro (Mind edizioni, 14 euro) già in alta classifica, è la dottoressa Maria Rosa Di Fazio, dal 2015 responsabile di Oncologia al Centro medico internazionale SH Health Service di San Marino, dove applica un metodo chemioterapico "soft" integrato e personalizzato, affidatole dal professor Philippe Lagarde, luminare di fama mondiale.

Dottoressa, che sia un'oncologa a occuparsi del nesso tra cibo e salute, o all'opposto quello tra cibo cattivo e malattia, è abbastanza curioso.

«Trovo più curioso il fatto che il nesso venga invece sottovalutato

da tanti colleghi. Soprattutto tenendo conto che l'alimentazione sbagliata pesa oggi per almeno il 40% sull'insorgenza dei tumori, ma anche delle malattie autoimmuni, che in una scala di gravità colloco subito sotto ai tumori».

Attenti a farine, zucchero, latte, sale. Dal suo libro sembra che il bianco non si confaccia a una sana alimentazione.

«È senz'altro una bizzarra coincidenza cromatica. Prendiamo la cosa per un vantaggio: chiamandoli "i quattro nemici bianchi", ci sarà più facile ricordarcene. In particolare lo zucchero, l'alimento «preferito» dai tumori... Certo, le cellule tumorali si nutrono anche di ossigeno e di fattori di crescita (contenuti in diversi alimenti spesso "insospettabili"), ma è un fatto che con gli zuccheri ci banchettino. Ne divorano venti volte tanto rispetto alle cellule sane. Aggiungo che il gusto per le cose dolci dà dipendenza: più ne mangiamo e più ne vogliamo mangiare. Chi produce certi cibi lo sa bene».

Lei sostiene che l'intolleranza al glutine riguarda ormai quasi la metà della popolazione.

«Non lo sostengo io, sono dati che arrivano da centri di studio internazionali. La sottovalutazione del fenomeno nasce dal fatto che per accertare la celiachia i test da campione sanguigno dicono poco. Serve un esame biotico, che quindi nessuno fa. Così ci nascondiamo dietro al tranquillizzante 2% di casi conclamati. L'intolleranza al glutine, dalla più lieve fino alla vera celiachia, riguarda ol-

tre la metà della popolazione del mondo occidentale. Dalla brioche del mattino alla pizza serale, di glutine ne ingurgitiamo quantità abnormi. E il glutine in eccesso - questo è il problema - "rottama" il sistema immunitario, principale difesa contro le malattie».

Che dire della carne?

«Non la elimino mai del tutto, tranne per chi è affetto da alcune patologie oncologiche (colon, stomaco). Detto questo, la carne rossa la riduco molto anche a chi, per sua fortuna sano, mi chiede un regime di prevenzione. E io suggerisco loro una sola porzione alla settimana e mai grigliata. Quanta? In grammi quanti sono i chili del proprio peso. Perché così poca? Anche se bio, la carne contiene fattori di crescita, ormoni sessuali e ci acidifica. Quanto a quella bianca, attenti agli estrogeni».

Si dice che l'intestino sia il nostro secondo cervello.

«È un'assoluta verità. Io dico che è il regista della nostra vita. Se funziona bene, difficilmente ci ammaliamo d'altro. Ricordiamoci infatti che l'80% del sistema immunitario è nell'intestino».



Lei insiste sull'importanza di un'educazione alimentare fin dall'infanzia. Cosa dobbiamo spiegare ai bambini?

«Più che spiegare, diamo loro il buon esempio. Cominciando con il "rivoluzionario" il carrello della spesa, eliminando il più possibile cibi e bevande industriali. Il 90% di quanto c'è sugli scaffali è del tutto superfluo. O ci fa male. E ai bambini ne fa di più, perché le basi di un adulto sano (o malato) si costruiscono nei primissimi anni. Insomma, abituateli ai cibi naturali, su tutti le verdure. Mangiandone tante, e di gusto, davanti a loro. E fate sparire per sempre merendine, creme spalmabili, biscotti e bibite gassate. Volete figli diabetici, obesi e con la steatosi epatica? Non avete idea di quanti ne veda io, già ridotti così».

I principi delle diete sane?

«Cibi freschi, naturali, lavorati il meno possibile dall'uomo, che abbiano viaggiato poco e che siano sempre di stagione. E mai e poi mai certi orrori impanati, bisunti, fritti e surgelati dai quali cola fuori robbaccia grassa e filante. La gente li compra perché sono "veloci". Vero: veloci nel farci ammalare».

Che cosa ne pensa della dieta dei gruppi sanguigni?

«Ha valide basi, a patto di applicarla senza schematismi, tarandola caso per caso. Lo verifico da anni, da oncologa, incrociando i dati dei pazienti, i gruppi sanguigni, il loro RH e le abitudini alimentari. Specie quelle sbagliate».

Frutta e verdura sì, uova con moderazione... vale ancora?

«Frutta e verdura non sono la stessa cosa. Io raccomando ogni giorno quattro porzioni di verdura, principale alleata della salute. È una porzione di frutta di un unico tipo, al mattino, mai dopo i pasti e mai e poi mai dopo cena o abbinata a cereali. Mangiata senza controllo apporta troppo zucchero, anche se è fruttosio. Quanto alle uova, una delle più plateali menzogne è dar loro la colpa del colesterolo alto, responsabilità che hanno invece i carboidrati. Ma anche la frutta, se mangiata all'ora sbagliata. Il solo "difetto" delle uova è che costano poco, in cambio di quello che ci danno, la preziosissima albumina su tutto. Così qualcuno ha pensato bene di criminalizzarle per venderci altro».



Il libro

«Mangiare bene per sconfiggere il male» è il titolo del libro (sopra) con il quale viene affrontato il rapporto tra l'alimentazione e l'insorgenza tumorale. Una serie di consigli per la prevenzione

Martedì 06 DICEMBRE 2016

Biosimilari. Parole d'ordine risparmio ed efficacia

Un argomento delicato e complesso come quello dei biosimilari è stato trattato lo scorso 4 novembre presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta per informare su questa nuova possibilità terapeutica efficace e sicura tutti gli stakeholder impegnati nella filiera della salute.

Quello dei farmaci biosimilari è un mondo in continua evoluzione, ricco di sfaccettature e molto complesso. La direzione è quella della sostenibilità, soprattutto nel momento storico in cui ci troviamo. I farmaci biologici sono impiegati nel trattamento di diverse patologie, come cancro o sclerosi multipla, con risultati clinici significativi. Il problema di fondo però sono gli elevati costi di queste complesse molecole ed è qui che entra in gioco il biosimilare.

Ormai da tempo è stata comprovata l'efficacia e la sicurezza di questi farmaci simili ai loro biologici originatori ed è per questo motivo che l'attenzione di esperti e addetti ai lavori si sta rivolgendo verso questa nuova possibilità terapeutica più economica ma altrettanto efficace e sicura. Una corretta valutazione dei biosimilari in Italia ed Europa deve, quindi, tenere conto di alcune considerazioni, prima fra tutte la possibilità di mantenere la stessa qualità di cura generando al contempo un importante risparmio di risorse per i servizi sanitari che li utilizzano. Inoltre vi è l'esigenza di informare tutti gli stakeholder impegnati nella filiera della salute sui vantaggi che derivano dall'uso dei biosimilari.

Numerose sono le iniziative atte a diffondere la corretta informazione su questi farmaci che troppo spesso vengono considerati come i "generici" dei biologici ma che in realtà non lo sono. "Il farmaco generico ha una modalità di produzione molto più semplice, è un farmaco di sintesi e come tale può essere facilmente riproducibile", ha precisato Anna Dello Stritto, direttrice della farmacia dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. "Con il biosimilare invece parliamo di processo correlato al prodotto; qualunque modifica lungo le varie fasi di produzione del biosimilare determina alla fine un prodotto che è simile per quanto riguarda qualità, efficacia e sicurezza per i pazienti rispetto all'originator".

Proprio per fare chiarezza sulle evidenze scientifiche e sulle peculiarità dei biosimilari si è tenuto a Caserta, presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, lo scorso 4 novembre, con il contributo incondizionato di Biogen, il corso di formazione "Farmaci oltre il brevetto". Tanti i temi trattati, dalla gestione del farmaco all'interno delle Aziende Ospedaliere alle esperienze delle varie figure professionali che svolgono un ruolo di primo piano nelle aree terapeutiche che vedono implicati i biosimilari; dallo sviluppo di queste molecole alle problematiche di utilizzo passando per i concetti di innovazione e sostenibilità.

Dal farmaco biosimilare "ci si attende fino al 25-30% di risparmio rispetto al farmaco di riferimento", ha proseguito Dello Stritto. Nell'ottica del risparmio, "la Regione Campania, con il Decreto 66 del luglio 2016, ha introdotto un elemento di forte innovazione e apertura garantendo al centro prescrittore che il 5% del risparmio ricavato dall'uso del farmaco biosimilare venga reinvestito nel centro prescrittore stesso".

Un tema importante che divide il mondo degli specialisti riguarda le implicazioni nella gestione clinica dei pazienti. Quali pazienti sono candidabili ai farmaci biosimilari? Quali figure professionali possono decidere la transizione ad un biosimilare e in quali situazioni? Le agenzie internazionali che si occupano di regolamentare i medicinali si sono espresse in tal proposito e anche tutte le autorità sanitarie nazionali e locali stanno cominciando a farlo, non senza divergenze e disomogeneità.

Sia l'AIFA che le società scientifiche concordano sul fatto che la scelta di prescrivere il farmaco di riferimento o un biosimilare sia una decisione clinica affidata al medico. Attualmente la tendenza dei clinici è quella di impiegare maggiormente i biosimilari nei pazienti naive; l'intercambiabilità del biosimilare in pazienti già in terapia non è prassi condivisa dalla classe medica, ma sta sviluppandosi parimenti alla disponibilità di informazioni sull'efficacia e sicurezza di tale variazione. Per quanto riguarda la sostituibilità, questa, ad oggi

non è consentita, “il farmacista è autorizzato ad effettuare una sostituzione con un generico - ha concluso Dello Stritto - ma non può farlo per il biosimilare. Solo il clinico può intervenire a riguardo”.

A dare, invece, una panoramica di come il biosimilare sia visto fuori dall'Italia ci ha pensato Fraser Cummings, Consultant Gastroenterologist presso il General Hospital di Southampton. “Nel Regno Unito, nella mia area patologica, la gastroenterologia, vi è una nuova concezione dei biosimilari. Il loro uso come equivalenti delle molecole originator, quali ad esempio Remicade, sta aumentando sempre di più”, ha spiegato Cummings aggiungendo che le opportunità offerte dai biosimilari vengono sempre più viste come la possibilità di far risparmiare considerevoli risorse da re-investire in farmaci innovativi e nel miglioramento del percorso di cura e assistenza dei pazienti.

Nello specifico, “i benefici risiedono nel fatto che i costi per l'acquisto dei farmaci si riducono notevolmente rispetto ai prodotti originali presenti al momento sul mercato”, ha proseguito. In quest'ottica, è auspicabile attuare progetti di gain-share attraverso cui il risparmio garantito dai biosimilari viene redistribuito generando vantaggi per tutti; per i pagatori migliorano la gestione della spesa farmaceutica, per i medici che possono disporre di nuove opzioni terapeutiche e per i pazienti cui vengono destinate maggiori risorse per la gestione della propria malattia.

In tutto questo quadro, il paziente rappresenta una delle figure chiave proprio perché l'informazione è alla base della riuscita di un nuovo vincente approccio terapeutico. “Nel mio ospedale - ha raccontato Cummings - abbiamo un panel formato da 10 pazienti, molti dei quali in passato sono stati trattati con farmaci biologici, tra cui infliximab. Abbiamo passato molto tempo a discutere con questo panel su cosa fossero i biosimilari, spiegando ai partecipanti la loro somiglianza con gli originatori, chiarendo come questo difficile passaggio dalla molecola originale al biosimilare potesse apportare benefici in termini di aumento dell'investimento di risorse nei servizi loro dedicati”. Il concetto di passaggio da un farmaco biologico al suo biosimilare quindi non è, e non può essere, così immediato ed in alcuni casi automatico come avviene per altri farmaci, ma se compiuto in forma partecipata, garantisce benefici a tutti gli attori coinvolti nel processo di cura.

È questo il periodo migliore per controllare le eventuali lesioni della pelle: l'abbronzatura è ormai scomparsa e la temperatura è bassa

Il raggio laser per "visitare" i nei sospetti

SUMMIT AL SANT'ANDREA DI ROMA SUI RISULTATI DEL MICROSCOPIO CONFOCALE: SI APPOGGIA SULL'EPIDERMIDE E "LEGGE" IL DANNO

L'APPARECCHIO

È questo il periodo migliore dell'anno per "ispezionare" la pelle. Controllare i nei, vecchi e nuovi, verificare se sono comparse lesioni o macchie rugose. È il periodo migliore perché l'abbronzatura è andata via e, nel caso in cui si debba intervenire, non fa caldo e non c'è troppa luce.

Lo specchio è il nostro alleato e, adesso, anche la foto scattata con il cellulare. Per fare i confronti con una vecchia immagine o inviarla ad uno specialista. L'obiettivo è quello di prevenire il melanoma, il più aggressivo dei tumori della pelle.

L'incidenza di questa neoplasia è cresciuta ad un ritmo superiore a qualsiasi altro tipo di tumore, ad eccezione delle forme maligne del polmone nelle donne. Un incremento di circa il 30% negli ultimi 10 anni. Settemila nuovi casi ogni anno in Italia, più al Nord che al Sud. Un dato è preoccupante: aumentano i giovani colpiti dalla malattia. Il 20% delle nuove diagnosi di questo

tumore (2.260 casi nel 2015) riguarda, infatti, pazienti tra i 15 e i 39 anni.

I LETTINI

L'eccessiva e scorretta esposizione alla luce solare, così come l'utilizzo di lampade e lettini solari, rappresenta un potenziale pericolo. Può danneggiare il Dna delle cellule della pelle innescando, appunto, la trasformazione maligna.

La prima arma per battere il melanoma, oltre le terapie e la chirurgia, è la diagnosi precoce. È la velocità nell'intercettare la trasformazione tumorale. La diagnosi, oltre che della visita, ha bisogno di strumentazioni in grado di fare un identikit corretto del neo sospetto o della lesione. Di rivelare se il tumore c'è o non c'è, anche ai primi stadi.

LA TERAPIA

Di "Nuove tecnologie avanzate in dermatologia" si è discusso durante un incontro scientifico al Sant'Andrea a Roma, sede della facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza: quali scelte per migliorare la didattica, la diagnosi e la cura. Un incontro in cui si sono confrontati gli obiettivi di chi guida l'azienda ospedaliera, il commissario straordinario Giuseppe Caroli, e i medici. Al centro del dibattito, la microscopia confocale, uno strumento non invasivo che rimanda immagini (dall'epidermide fino al der-

ma papillare superiore) appoggiato sulla pelle del paziente utilizzando un raggio laser a bassa potenza. Giovanni Pellacani, ordinario di Dermatologia all'università di Modena e preside della facoltà di Medicina, ha iniziato a sperimentare questo apparecchio nel 2003.

«Era un prototipo - spiega durante il convegno al Sant'Andrea - mentre oggi è, quasi entrato, nella routine. Ci permette di arrivare in tempi brevi, con matematica accuratezza, alla diagnosi. Ci indica, inoltre, che cosa asportare e che cosa no. Dopo la visita del dermatologo e l'identificazione di lesioni cosiddette equivocate il paziente viene sottoposto alla dermatoscopia e poi al confocale. Oggi, in un'unica macchina, abbiamo tutti e due gli strumenti».

L'esperienza dell'università di Modena sarà trasferita al Sant'Andrea. Il commissario straordinario Caroli, durante l'incontro, ha, infatti, annunciato che «verrà avviata una convenzione con l'ateneo emiliano per utilizzare al meglio l'apparecchio e "crescere" ulteriormente anche noi in questo campo diagnostico terapeutico».

LO STUDIO

«L'utilizzo della microscopia - aggiunge Severino Persechino responsabile della Uoc Dermatologia al Sant'Andrea e docente alla facoltà - è sicuramente in gra-



do di aumentare conoscenze nella ricerca, didattica e assistenza. La dermatoscopia finora utilizzata, come abbiamo dimostrato in un lavoro da noi compiuto tra il 2002 e 2009 analizzando oltre duecento pazienti con melanoma, è in grado di "intercettare" anche le lesioni più piccole. Ma è importante andare avanti e riuscire ad scoprire sempre prima ogni possibile danno. Per affrontare il tempo la neoplasia e abbassare il numero dei casi di melanoma».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La crema

► **Prendere il sole sempre con la protezione della crema, anche se il sole sembra schermato dalle nuvole e non fa caldo**

La mappatura

► **A controlli regolari deve sottoporsi chi ha una storia familiare di tumori della pelle: sottoporsi ad una mappatura dei nei**

Il colore

► **Se i nei assumono forme strane, cambiano colore o dimensione nel tempo devono essere subito controllati**

Il sangue

► **Da non sottovalutare il neo che sanguina oppure che appare frastagliato e in espansione e quello che si "sgretola"**

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

La ricetta per aumentare il PIL è dormire di più

Negli Stati Uniti i costi associati ai danni causati dalle poche ore di sonno sono pari a 411 miliardi di dollari. Maglia nera al Giappone



Qual è il miglior modo per aumentare il prodotto interno lordo di un Paese? Semplice, dormendo di più. Un risultato a prima vista paradossale che nasconde però un fondo di verità. Secondo un recente report della RAND Corporation, un organismo no profit che si occupa di analisi politica ed economica, la mancanza cronica di sonno tipica della società attuale può costare quasi il 3% del prodotto interno lordo. Un esempio? In Giappone, nazione dove gran parte della popolazione dorme meno di quanto dovrebbe, le poche ore di sonno causano la perdita di oltre 138 miliardi di dollari all'anno.

Mai sotto le sette ore

Secondo il report le perdite economiche correlate alla mancanza di sonno da ricondurre essenzialmente a due ragioni: da un lato dormire poco causa l'insorgenza di diversi disturbi patologici, dall'altro la stanchezza accumulata si ripercuote sulla produttività lavorativa. Secondo gli esperti del CDC, il Center for

Disease Control and Prevention la mancanza di sonno è oggi un serio problema di salute pubblica. Mancanza che può causare seri problemi di salute quando l'abitudine di andare a letto molto tardi -magari dopo aver passato tutta la sera al computer- porta a dormire meno di sette ore. Il parere degli esperti, su quanto stare nel letto, è unanime: per un buon riposo servono dalle 7 alle 9 ore.

Gli effetti dello scarso riposo

Dormire poco è innanzitutto dannoso per il nostro cervello: le persone che dormono un tempo insufficiente per diverse notti non riescono ad eseguire esercizi mentali complessi rispetto a chi dorme almeno 7 ore. La privazione del sonno può anche causare irritabilità, diminuzione della libido e scarsa capacità di giudizio. A risentirne è però anche il cuore: il sistema vegetativo tra le tante attività regola anche la pressione sanguigna. Nella notte anch'esso «riposa» e la pressione diminuisce. Meno tempo si trascorre a letto e più alte saranno le probabilità di non fare riposare questo sistema e portare, alla lunga, allo sviluppo dell'ipertensione. Altro sistema particolarmente sensibile al poco riposo è quello immunitario: diverse ricerche mostrano che le persone la cui qualità del sonno è scadente hanno maggiori probabilità di ammalarsi in seguito al contatto con virus e batteri. Infine, dato da non trascurare, è quello relativo agli incidenti: il colpo di sonno, nella sola Italia, causa mille morti l'anno e un numero dieci volte superiore di feriti.

Dormire per risparmiare

Combinando gli effetti delle poche ore di sonno sulla salute -e quindi delle spese mediche che ne derivano- con la ridotta produttività lavorativa, il quadro che emerge dall'analisi della RAND Corporation lascia poco spazio alle interpretazioni. Prendendo in esame diverse nazioni è emerso che negli Stati Uniti la carenza cronica di sonno costa il 2,28% del PIL (pari a 411 miliardi di dollari). In Germania e Inghilterra l'1,86 e 1,56% rispettivamente. Fanalino di coda il Giappone con il 2,92%. Se vogliamo risparmiare cominciamo dunque a dormire.

Martedì 06 DICEMBRE 2016

La Gran Bretagna verso la sugar tax

Questa settimana è stata presentata una bozza della legge che tasserà le bibite con zucchero aggiunto. La norma entrerà in vigore nella primavera del 2018, per permettere alle aziende di adeguarsi.

(Reuters Health) - La Gran Bretagna va avanti con la sugar tax, pubblicando una bozza di legge che conferma un'imposta a doppia soglia per le bibite analcoliche con zucchero aggiunto volta a combattere l'obesità. In questo modo, la Gran Bretagna si unisce a Belgio, Francia, Ungheria e Messico, tutti Paesi che hanno imposto una qualche forma di tassa sulle bevande con aggiunta di zucchero.

L'entrata in vigore della tassa britannica, annunciata nel mese di marzo, è prevista nell'aprile 2018, dando così ai venditori di bibite, come i partner europei di Coca-Cola e a Britvic, il tempo per ridurre lo zucchero nei loro prodotti. Le aziende, che vendono rispettivamente Coca Cola e PepsiCo, stanno già promuovendo bevande senza zucchero come la Coca Cola Zero Sugar e la Pepsi Max cherry, che sarebbero esenti dalla tassa.

L'imposta inglese ha due soglie: una di 18 pence per litro, per bevande analcoliche con più di 5 grammi di zucchero per 100 ml e una di 24 pence al litro, in quelle che superano gli 8 grammi di zucchero per 100 ml.

La bozza è stata pubblicata questa settimana da HM Revenue & Customs come parte di una panoramica delle modifiche legislative alla normativa fiscale che il governo prevede di introdurre nel suo progetto di legge finanziaria per il 2017. Il governo ha detto che si aspetta che la tassa permetta di raccogliere 520 milioni di sterline (661,5 milioni di dollari) nel primo anno.

Le tasse sullo zucchero hanno avuto la tendenza a concentrarsi su bibite gassate che, come sottolineano gli attivisti per la salute, sono una fonte di calorie vuote. Eppure l'industria alimentare sta lavorando per rendere i suoi prodotti confezionati più sani poiché i consumatori sempre più optano per alimenti più freschi.

Nestlé all'inizio del mese, ha detto di aver trovato un modo per ridurre potenzialmente lo zucchero nel cioccolato fino al 40%, senza alterare il gusto.

Nel complesso, l'industria si oppone alle tasse speciali su cibo o bevande, sostenendo che non funzionano e danneggiano in modo sproporzionato le persone più povere.

"Evidenze a livello mondiale suggeriscono che le tasse di questo tipo non hanno alcun impatto sui livelli di obesità", sottolinea in un comunicato Gavin Partington, direttore generale della British Soft Drinks Association, aggiungendo che il gruppo continuerà a lavorare con i funzionari del Tesoro britannico durante il processo di attuazione.

Martinne Geller

Reuters

(Versione Italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/>

Istat, una famiglia su quattro a rischio povertà. E il Sud perde ancora terreno



Rischio povertà, grave deprivazione materiale, bassa intensità di lavoro. E' una fotografia impietosa quella scattata dal rapporto dell'Istat su condizioni di vita e reddito che ritrae i ricchi sempre più ricchi e i poveri sempre più poveri. I dati parlano chiaro. Istat stima che un italiano su quattro (il 28,7% per la precisione, oltre 17,4 milioni di individui) lo scorso anno abbia condotto una vita grama, misera, ai margini della società. E sono le famiglie con figli le più penalizzate. Aumenta, in fatti, la quota di individui in famiglie che dichiarano di non poter sostenere una spesa imprevista di 800 euro (da 38,8% a 39,9%) e di avere avuto arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti (da 14,3% a 14,9%). Peggioramenti più marcati si osservano in particolare per gli individui in coppie con almeno tre figli: la quota di chi dichiara di non poter sostenere una spesa imprevista di 800 euro passa dal 48,1% al 52,8% e quella di chi ha avuto arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti dal 21,7% al 30,4%, contribuendo all'aumento di 3 punti percentuali dell'indicatore sintetico di grave deprivazione materiale. Ma c'è anche chi sceglie di non fare le vacanze, di tenere i termosifoni spenti o accumulare le bollette senza pagarle.

Insomma, dal 2009 al 2014 il reddito in termini reali è diminuito di più per le famiglie appartenenti al 20% più povero, ampliando la distanza dalle famiglie più ricche il cui reddito passa da 4,6 a 4,9 volte quello delle più povere. In "soldoni" i

più ricchi percepiscono il 37,3% del reddito equivalente totale mentre il ceto meno abbiente racimola appena il 7,7%.

Il reddito medio in Italia è di 29.472 euro, e la buona notizia è che nel 2014 finalmente è tornato stabile, interrompendo una caduta in atto dal 2009 che ha comportato una riduzione complessiva di circa il 12% del potere d'acquisto. Ma la metà delle famiglie non va oltre i 24.190 euro, mentre al Sud si scende a 20mila euro.

Le diseguglianze aumentano al Sud
Con il risultato che quasi la metà dei residenti nel Sud e nelle Isole (46,4%) è a rischio di povertà o esclusione sociale, contro il 24% del Centro e il 17,4% del Nord. Secondo l'Istat i livelli sono superiori alla media nazionale in tutte le regioni del Mezzogiorno, con valori più elevati in Sicilia (55,4%), Puglia (47,8%) e Campania (46,1%). Viceversa, i valori più contenuti si riscontrano nella provincia autonoma di Bolzano (13,7%), in Friuli-Venezia Giulia (14,5%) ed Emilia-Romagna (15,4%).

Peggioramenti significativi si rilevano in Puglia (+7,5%), Umbria (+6,6%), nella provincia autonoma di Bolzano (+4%), nelle Marche (+3,4%) e nel Lazio (+2,3%), mentre l'indicatore migliora per Campania e Molise. Quattro individui su dieci sono a rischio di povertà in Sicilia, tre su dieci in Campania, Calabria, Puglia e Basilicata.

Livelli di grave deprivazione materiale più che doppi rispetto alla media italiana si registrano in Sicilia e Puglia dove più di un quarto degli individui si trova in tale condizione. La Sicilia (28,3%) è anche la regione con la massima diffusione di bassa intensità lavorativa, seguita da Campania (19,4%) e Sardegna (19,1%).

Cresce numero italiani che si trasferisce all'estero
Continua a crescere il numero di persone che lasciano l'Italia secondo il rapporto Istat 2015 su "Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente". Nel 2015 sono partiti 147 mila connazionali, l'8% in più rispetto al 2014. Tale aumento è dovuto esclusivamente alle cancellazioni di cittadini italiani (da 89 mila a 102 mila unità, pari a +15%), mentre quelle dei cittadini stranieri si riducono da 47mila a 45 mila (-6%).

Le principali mete di destinazione per gli emigrati italiani sono Regno Unito (17,1%), Germania (16,9%), Svizzera (11,2%) e Francia (10,6%). Sono sempre di più i laureati italiani con più di 25 anni di età che lasciano il Paese (quasi 23 mila nel 2015, +13% sul 2014); l'emigrazione, tuttavia, aumenta anche fra chi ha un titolo di studio medio-basso (52 mila, +9%).

L'INTERVISTA **JENNIFER LAHL**

«Le cliniche per la fertilità? Sono centri commerciali»

L'americana che vuole far diventare illegale ogni forma di maternità surrogata: «La salute delle donne è a rischio, ma nessuno ne parla per gli enormi interessi economici in gioco»

L'industria della procreazione artificiale tenta di nascondere i fatti. L'unica soluzione è il divieto assoluto

di **FRANCESCA ROMANA POLEGGI**

■ La fecondazione assistita è un business, un mercato di ovuli e uteri che sfrutta le donne: Jennifer Lahl lo denuncia da anni. Nata a San Antonio, in Texas, vive in California da più di 40 anni. Ha una laurea e un master in bioetica e, avendo lavorato a lungo come infermiera, ha conoscenza diretta del triste fenomeno. Per questo ha fondato e presiede il Centro di bioetica e cultura con sede a San Francisco. Dopo aver incontrato molte giovani lese gravemente dalle tecniche per il prelievo degli ovociti, si è dedicata alla lotta contro la maternità surrogata, una forma di sfruttamento delle donne propagandata come una conquista sociale e un'affermazione di diritti civili.

Lei guida il Cbc (Center for bioethics and culture network), molto impegnato nella difesa della vita e contro l'utero in affitto. Quando e perché ha cominciato?

«Ho fondato il centro oltre 16 anni fa. Da una decina d'anni ci interessiamo delle tecniche di riproduzione assistita, in particolare della vendita di ovuli e sperma e della maternità surrogata. I rischi per la salute delle donne e dei bambini coinvolti in queste pratiche immorali sono altissimi».

Di solito c'è allarme contro i rischi per la salute, in questo caso si tace. Come mai?

«Gli interessi economici sono fortissimi. Ho raccolto centi-

Voi italiani siete sensibili al tema. Non posso credere che qualche politico si sia comprato un bimbo all'estero

naia di testimonianze di donne ingannate e sfruttate dalle cliniche per la fertilità che abiurano al loro compito: invece che luoghi di cura sono centri di intermediazione commerciale tra chi vuole un figlio a ogni costo e le donne che si mettono a disposizione in cambio di somme di denaro. Ricordo per esempio Brooke Lee Brown: aveva 34 anni, viveva a Burley (Idaho) ed è morta assieme ai gemellini che portava in grembo per il distacco della placenta e un'embolia del liquido amniotico. Era stata assoldata tre volte come madre surrogante, ma nessuno ne parlò».

Un'omertà vergognosa.

«Jessica Grace Wing, compositrice teatrale originaria di New Haven (Connecticut), è morta a 31 anni per un cancro al colon, e questo lo dicevano tutti, ma anche alle ovaie, e qui si sorvolava. La madre, avendo fatto fare le analisi dei tessuti malati, è convinta che il tumore sia stato scatenato dall'iperstimolazione ovarica cui la ragazza si era sottoposta per tre volte, quando frequentava il college, per produrre ovuli da consegnare alla fecondazione assistita. Premila Vaghela, indiana di 30 anni, aveva scelto di diventare una madre surrogata per conto di una coppia statunitense, in modo da poter far studiare i suoi due figli. Incinta di otto mesi, è deceduta per sopraggiunte complicazioni in un ospedale di Ahmedabad, vicino ad Anand, considerata la capitale mondiale dell'utero in affitto».



Com'è possibile recidere il legame tra il neonato e la donna che l'ha portato in grembo per nove mesi?

«Il 10 ottobre è morta in circostanze misteriose Elisa Anna Gomez, 47 anni, del Minnesota, madre di due figli. Nel marzo scorso aveva parlato al Senato degli Stati Uniti durante una conferenza stampa indetta da Pro Vita. «Mi sono offerta come madre surrogata in un forum on line», raccontò. «La coppia (gay) all'inizio è stata meravigliosa: abbiamo pattuito che io sarei sempre stata la madre della mia bambina e di tanto in tanto avrei potuto vederla». Al momento del parto, invece, la figlia le fu strappata dalle braccia e la coppia che l'aveva commissionata non gliela fece più vedere».

Perché i media non raccontano questi fatti?

«Melissa Cook, 48 anni, californiana, diversamente da queste tre donne e da tante altre, ha avuto l'attenzione dei media. Ha dato alla luce tre gemelli per un uomo che ne voleva solo due e pretendeva che ne abortisse uno. Lei rifiutò, il suo caso è ancora in appello. Non le è stato più permesso, però, di vedere i bambini. Vogliono i figli, ma che non siano troppi».

Jennifer, perché lei fa tutto questo?

«Ci proponiamo di far divenire illegale ogni forma di maternità surrogata e di compravendita di gameti maschili e femminili. Il nostro lavoro è innanzitutto culturale: dobbiamo far capire al pubblico e ai legislatori i danni che provocano queste forme di riproduzione artificiale alle donne e ai bambini. Constatiamo ogni volta che, quando le persone vengono correttamente informate, reagiscono con sgomento. Abbiamo raccolto un'infinità di testimonianze di donne indotte a vendere gli ovuli o ad affittare il grembo

con l'inganno o per bisogno. Grazie a loro abbiamo prodotto diversi documentari: *Eggsplotation*, *Anonymous father's day*, *Breeders: a subclass of women?* e *Maggie's Story*. Siamo molto felici che Pro Vita Onlus abbia tradotto questi film in italiano, così ora anche nel vostro Paese la gente potrà riflettere su questi fatti».

Si può vedere *Breeders, donne di seconda categoria?* visitando il sito Notizieprovita.it. Qual è il vostro obiettivo ultimo?

«Lo scorso anno ho viaggiato per quasi 85.000 miglia (oltre 135.000 chilometri, ndr) e ho parlato a milioni di persone: sono intervenuta anche il 30 gennaio a Roma, al Circo Massimo, davanti a un vastissimo pubblico meraviglioso. Dopo ogni mio intervento ho sempre sentito commentare: «Non lo sapevo». Le persone ignorano i problemi fisici e psicologici che devono affrontare le donne che cedono o ricevono gli ovuli, né quelli che gravano sui bambini nati a seguito di queste tecniche riproduttive. Problemi psicologici si riscontrano perfino tra gli uomini che vendono lo sperma più spesso di quanto si possa immaginare. Il business miliardario che c'è dietro la fecondazione artificiale ha il potere di silenziare i media».

Ci sono sviluppi positivi nelle politiche dei governi interessati?

«L'impegno mio e di altre associazioni come la mia non solo è utile: è necessario. E finalmente cominciano ad arrivare notizie incoraggianti da molti Paesi che mettono limiti restrittivi al turismo procreativo. L'India ha vietato la maternità surrogata per gli stranieri. Norme simili sono state approvate in Thailandia, Nepal, Cambogia e anche in Messico. Questi governi si sono finalmente resi conto dello sfruttamento cui erano soggette le loro donne, e del fatto che i bambini, oltre ad essere privati della madre, finivano nel "limbo" legale degli apoliti. Inoltre sono venute alla luce storie terribili come quella di Baby Gammy in Thailandia, il bimbo Down che la madre surrogata ha rifiutato di abortire nonostante la richiesta della coppia committente la quale aveva il diritto di abbandonare il "prodotto difettoso"».

La maternità surrogata è una pratica aberrante, ma rifiutare un bimbo è indegno di una comunità civile.

«L'industria della procreazione artificiale tenta di nascondere questi fatti e pretende che bastino delle regole per evitarli: le leggi, le norme, non sono la soluzione per la protezione di donne e bambini. L'unica soluzione è il divieto totale».

Come si atteggiavano i movimenti gay? E le femministe non si mobilitano contro lo sfruttamento del corpo delle donne?

«Lesbiche, femministe e anche alcuni esponenti del mondo gay stanno cambiando opinione, dopo che si sono informati. Soprattutto per quanto riguarda l'utero in affitto è sempre più vasta e corale la condanna da ogni parte del mondo, anche da esponenti della comunità Lgbt».

Che impressione ha avuto dal suo ultimo viaggio in Italia?

«Mi sembra che gli italiani siano molto sensibili sui temi etici di questa portata. Non potevo credere, però, a quello che ho capito parlando con i giornalisti: nonostante la vostra legge vieti l'utero in affitto, voi andate impunemente all'estero a comprare gameti e bambini come se fossero merce. Lo hanno fatto perfino dei politici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervento

Operata valvola del cuore senza aprire il torace

Al Centro cardiologico Monzino di Milano sono stati eseguiti i primi interventi chirurgici alla valvola mitrale, nel cuore, senza aprire il torace del paziente. Grazie all'applicazione dell'endoscopia cardiaca praticata in pochi centri al mondo. L'intervento è stato realizzato dal dottor Emad Al Jaber dell'U.o. di Chirurgia cardiaca sviluppo e innovazione, diretta dal professor Gianluca Polvani. La tecnica, (meno complicanze post-chirurgiche e degenza più breve) permette di trattare le malattie valvolari, i difetti congeniti come i disturbi del ritmo cardiaco.



«Il mio dono: un rene a uno sconosciuto»

Il racconto di Paola: ho pensato che stavo bene e che potevamo star bene in due

di Paola

«Io sto bene, ho due reni che funzionano. Se ne dessi uno a quella ragazza, o a chiunque sia nelle sue condizioni, staremmo bene in due». Cinque mesi fa Paola ha scelto una donazione «samaritana» per aiutare un malato. A ispirarla, la morte di una familiare che aveva lasciato i suoi organi per aiutare gli altri. Nella sua lettera le ragioni di una scelta: «Una vita più piena».

a pagina 27

De Bac, Gramigna

LA LETTERA DI UNA SAMARITANA

IO CHE HO DONATO UN RENE VIVO UNA VITA PIÙ PIENA



Una vita nuova e diversa può iniziare all'improvviso, quando meno te lo aspetti.

Fissavo la porta chiusa di Terapia Intensiva. Il cervello di mia cugina Elena, a 42 anni, era stato inondato da una emorragia, ma il suo corpo era sano e forte. Fissavo quella porta, in attesa.

I medici uscirono e ricevettero il consenso alla donazione dei suoi organi.

All'improvviso la vita delle sue due bambine cambiò per sempre, come altrettanto, all'improvviso, cambiò per sempre la vita di chi ricevette il cuore di Elena, i suoi reni, il suo fegato: in ciascuno di loro prendeva vita una nuova continuità di esistenza, attraverso la concreta espressione di amore che quel dono rappresentava.

Pensando ad Elena, un giorno guardai una ragazza che sapevo sottoporsi alla dialisi tre volte alla settimana e all'improvviso capii: «Io sto bene, ho due reni che funzionano. Se ne dessi uno a quella ragazza, o a chiunque sia nelle sue condizioni, staremmo bene in due».

Iniziai così l'iter degli accertamenti. L'esito positivo di ciascuna analisi mi apriva la porta a quella successiva. Fui fortunata, passo dopo passo si aprirono tutte le porte, fino a quella della sala operatoria, ove mi accompagnò il chi-

rurgo che amorevolmente aveva condiviso con me questo cammino.

Mi svegliai dopo l'intervento immaginando il mio rene destro dentro la sua culla, una specie di borsa-frigo in cui riposava ed era alimentato, durante il viaggio necessario per giungere in quell'ospedale che non conoscevo, dove lo attendeva l'équipe di chirurghi che lo avrebbe inserito nel grembo della persona che era stata scelta in base alla compatibilità. Non so chi sia quella persona e non so nulla della sua vita. Ma so la cosa più importante per me: ora stiamo bene in due. E mi piace pensare che questa persona possa vivere le sue giornate e pensare al proprio futuro con ritrovata libertà.

Io credo che nella vita ciascuno possa incontrare tante e tante occasioni per trasformare l'«io» in «noi», perché in tanti modi diversi, durante il proprio cammino, si presenta la possibilità di scegliere di vivere questa trasformazione.

Quest'esperienza di donazione di un rene ad una persona sconosciuta ha donato, a propria volta, due significati alla mia vita: il primo è la ragione stessa di esistere, in quanto manifestazione del senso di «comunità»; il secondo è l'aver dato alla luce una vita nuova, quella che ha davanti a sé la persona sconosciuta che porta in grembo il mio rene.

Mi chiamo Paola.

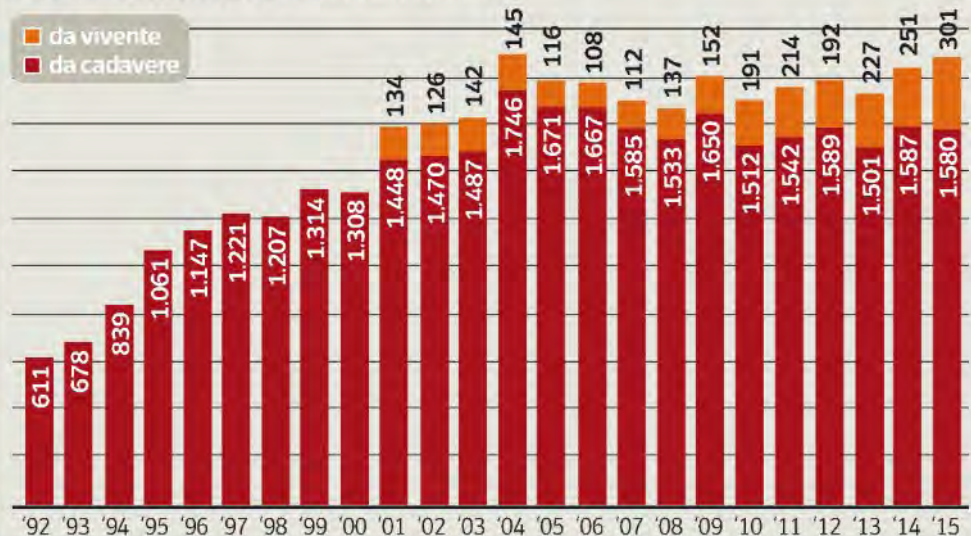
© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Ho preso tempo per riflettere, ho atteso che le emozioni si trasformassero in sentimenti. Ecco la mia testimonianza. Rispondo a chi si domanda perché si può fare. Indipendentemente dal credere o non credere in Dio». Cinque mesi dopo Paola scrive al *Corriere*. E racconta, nella lettera che pubblichiamo per intero qui a fianco, come ha elaborato nell'intimo la scelta di donare un rene in forma anonima, gratuita, senza sapere a chi sarebbe stato assegnato. Col suo gesto «samaritano» (così si chiama la donazione di questo tipo) a metà luglio ha reso possibile una serie di trapianti a catena che ha salvato quattro persone in attesa di ricevere un organo. Oggi quelle persone vivono grazie a lei. La prima operazione è avvenuta a Milano, presso l'unità diretta all'ospedale Maggiore dal professor Mariano Ferrareso. Il piano è stato organizzato dal centro nazionale trapianti coordinato da Alessandro Nannicosta. È la seconda donazione samaritana in Italia. Da allora, grazie all'esempio di Paola, altre persone hanno offerto il loro rene al prossimo e sono in preparazione altri interventi.

Margherita De Bac
 © RIPRODUZIONE RISERVATA

I TRAPIANTI DI RENE (al 31 dicembre 2015)

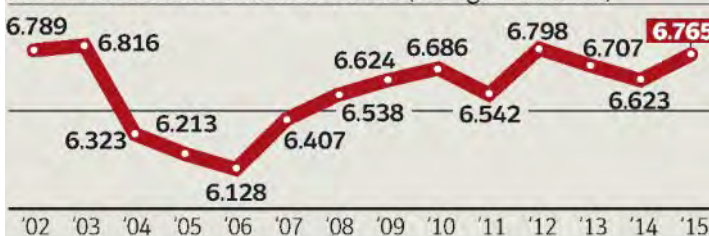


* Per il rene ogni paziente può avere più di una iscrizione in lista. Fonte: Sistema informativo trapianti

LE LISTE DI ATTESA (al 31 dicembre 2015)



I PAZIENTI IN ATTESA DI UN RENE (al 21 gennaio 2016)



Corriere della Sera

Catania, Santo Bambino

Tre medici sospesi E l'inchiesta si allarga

CATANIA

Potrebbe allargarsi ad altri sanitari l'inchiesta che ha coinvolto, con profili diversi, tre medici dell'ospedale "Santo Bambino" di Catania, sospesi dalla direzione generale della struttura, su disposizione della Procura del capoluogo etneo. Ieri, con prudenza ed equilibrio, hanno fatto sentire la loro voce i legali della famiglia di Deborah e Benedetto, madre e figlio nato il 2 luglio dello scorso anno con gravissime lesioni fisiche e cerebrali a causa di condotte che, secondo gli inquirenti, sarebbero ascrivibili alle dottoresse Amalia Daniela Palano, Gina Corrao e, in misura più lieve, Paola Cairone, intervenute in momenti diversi nell'immediatezza del parto e successivamente. Alla Palano sono stati inflitti 12 mesi di sospensione, alla Corrao 6 e 4 alla Cairone. «Siamo garantisti – ha affermato Gianluca Firrone, uno dei due legali – quindi aspettiamo l'esito delle indagini e, se ci sarà un processo, le singole responsabilità». Le contestazioni ai tre medici non sembrano essere sullo stesso piano, ma per avere un quadro chiaro sarà necessario attendere che alle interessate venga notificato l'avviso di conclusione delle indagini. «Ritengo – ha aggiunto Firrone – che la decisione della direzione generale dell'ospedale sia più che condivisibile». Il direttore generale Paolo Cantaro ha istituito una commissione d'inchiesta per valutare eventuali responsabilità a carico delle dottoresse sottoposte a indagini. Valutazioni sono in corso rispetto ad altre persone in forza all'ospedale, tenuto conto che gli inquirenti hanno ravvisato anche il falso nella redazione delle cartelle cliniche del parto.

Gaetano Rizzo

