



RASSEGNA STAMPA

22-01-2017

1. L'ECO DI BERGAMO Immuno-oncologia, la nuova frontiera per combattere i tumori
2. CORRIERE DELLA SERA Lotta ai tumori del sangue Immunoterapia «al top»
3. LIBERO QUOTIDIANO Dj Fabo è cieco e paralizzato Giusto permettergli di morire?
4. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int.a Fulvio Colombo - Sterile una coppia su sette
5. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Medicina online: attenzione alle bufale
6. CORRIERE DELLA SERA La ricerca seria apre strade originali
7. GIORNO - CARLINO – NAZIONE «Aiutiamo i giovani a fare ricerca Per loro 185 nuove borse di studio»
8. SOLE 24 ORE NÒVA Le difese cagionevoli degli ospedali
9. AVVENIRE Sanità. Allarme Cgil: «Dal 2009 persi 50mila lavoratori»
10. CORRIERE DELLA SERA Bisogna coinvolgere i piccoli nelle decisioni
11. CORRIERE DELLA SERA Ridiamo valore al consenso informato - Un «patto» più chiaro sugli esami e sulle cure
12. REPUBBLICA Obamacare la scure di Trump

Immuno-oncologia, la nuova arma per combattere i tumori

Potenzia le difese

Uno strumento che si affianca a quelli tradizionali.
Giovedì pomeriggio
la presentazione di un libro

L'immuno-oncologia è l'ultimo strumento di cura che si affianca a chirurgia, chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche per combattere la patologia oncologica. Uno strumento recente che ha trovato efficacia in uno dei tumori che meno rispondeva alle cure, il melanoma, ed ora sta cercando spazio per curare anche altre patologie, il tumore del polmone, il rene, la vescica.

Di questa nuova frontiera dei trattamenti, dell'evoluzione delle cure per il cancro, dai numeri più aggiornati fino alle storie di chi ce l'ha fatta grazie all'immuno-oncologia, parla il libro «Si può vincere», storie di pazienti che hanno sconfitto il cancro, redatto dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica - Aiom, che verrà presentato, giovedì prossimo 26 gennaio alle 18 a Bergamo in Humanitas Gavazzeni, Auditorium di Villa Elios, in via Gavazzeni 21. L'ingresso è libero e aperto a tutti.

Il libro, a cura di Mauro Boldrini, Sabrina Smerrieri, Paolo Cabra, con la prefazione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ol-

vivono circa 564.720 persone con la diagnosi di tumore e quasi due terzi possono affermare di essersi lasciati alle spalle la malattia. Alla fine degli anni Settanta solo poco più del 30% dei pazienti sconfiggeva il cancro. Negli anni Novanta quasi il 47%, oggi circa il 60%.

A Bergamo ogni anno si registrano circa 6.450 nuovi casi. Nella provincia i tumori più frequenti fra gli uomini sono quelli della prostata (699), polmone (515) e colon retto (440); fra le donne quelli del seno (823), colon retto (378) e polmone (195).

«Il principio dell'immuno-oncologia - dice Giordano Beretta responsabile dell'oncologia medica di Humanitas Gavazzeni e segretario nazionale Aiom - è permettere la riattivazione del sistema immunitario contro il tumore. Non si vanno a distruggere direttamente le cellule malate ma a potenziare le difese. Il melanoma è stato il candidato ideale per l'applicazione di questa nuova arma di terapia. Ora questo approccio

innovativo si sta estendendo con successo ad altri tipi di neoplasia come quella del polmone, del rene, della vescica e del distretto testa-collo. Ecco perché possiamo affermare di essere di fronte a una nuova era nel trattamento dei tumori: una terapia capace di allungare in maniera significativa la sopravvivenza, a fronte di una buona tollerabilità. Un'arma che si affianca a quelle tradizionali rappresentate da chirurgia, chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche che mantengono comunque un ruolo indispensabile nell'armamentario terapeutico dell'oncologo, facendo ipotizzare ulteriori miglioramenti».



Giordano Beretta

tre ad una fotografia sullo stato attuale della cura del cancro, offre un approfondimento sull'immuno-oncologia che sta modificando le aspettative di sopravvivenza e il modo in cui le persone colpite affrontano il tumore che, per molte forme, sta diventando una malattia cronica. In Lombardia oggi

CorriereSalute

Lotta ai tumori del sangue

Immunoterapia «al top»

La strategia che rafforza le difese naturali dei malati è diventata uno dei pilastri nelle cure oncologiche assieme a chirurgia, radioterapia e altri farmaci

Molecole più efficaci

Gli anticorpi monoclonali di ultima generazione sono destinati a fare la parte del leone

Nel 2013 si era guadagnata il primo posto nella classifica delle più importanti novità scientifiche dell'anno.

Nella top ten stilata dalla prestigiosa rivista americana *Science*, all'immunoterapia spettava il posto più alto del podio perché «portava una profonda trasformazione nella cura dei tumori e, sulla base delle sperimentazioni disponibili, appariva indubbiamente come una grande promessa».

Questa strategia mira sostanzialmente a rafforzare il sistema immunitario dei malati che viene potenziato attraverso anticorpi o vaccini (per lo più creati in laboratorio sulla base delle cellule cancerose estratte dal singolo paziente) che «insegnano» così all'organismo come aggredire le cellule malate.

«Se quattro anni fa eravamo alla soglia di una nuova era — dice Fabrizio Pane, presidente della Società Italiana di Ematologia (SIE) —, oggi sono numerosi i farmaci immunoterapici già approvati o in sperimentazione per diverse forme di cancro. E come è emerso chiaramente durante l'ultimo congresso annuale dell'*American Society of Hematology* (ASH), tenutosi di recente a San Diego, queste molecole si avviano a fare la parte del leone nella cura dei tumori del sangue, mentre pochi anni fa ricoprivano solo un ruolo marginale».

In California, quella che oggi si è affermata come la «quarta strategia terapeutica contro il cancro» (accanto a chirurgia, radioterapia e altri farmaci, dalla chemioterapia alle terapie target) ha avuto moltissimo spazio e si è guadagnata un posto anche nella sessione plenaria, quella riservata alle sei ricerche ritenute più rilevanti fra le migliaia presentate durante le quattro giornate congressuali. «Il trial coordinato da ricercatori del Kings College Hospital di Londra ha arruolato 1.200 malati di linfoma follicolare, la forma più comune di linfoma non-Hodgkin — spiega Umberto Vitolo, direttore dell'Ematologia alla Città della Salute e della Scienza di Torino —. Sebbene oggi la sopravvivenza media di chi ne soffre si aggiri intorno ai 12-15 anni, è un tumore caratterizzato da cicli di remissione

e peggioramento della malattia, che diventa più difficile da trattare a ogni recidiva».

Ricerche precedenti avevano evidenziato che una recidiva entro i primi due anni dalla fine della terapia riduce significativamente la sopravvivenza dei pazienti.

È quindi importante limitare il rischio di una ricaduta: «Gli esiti di questo nuovo studio — prosegue Vitolo — hanno dimostrato che, in malati non trattati in precedenza, l'immunoterapico *obinutuzumab* associato a chemioterapia (e successivamente somministrato da solo) aumenta la sopravvivenza libera da progressione di malattia rispetto all'attuale terapia standard e riduce del 34 per cento il rischio di peggioramento e di morte».

Sulla base di questa informazione potrebbe cambiare, nel linfoma follicolare, la prima linea di trattamento, ma altre novità sono destinate a modificare la cura di seconda linea, quella che si intraprende quando il tumore si ripresenta. «A San Diego — dice Giovanni Pizzolo, vicepresidente della SIE — è emerso il ruolo strategico di nuovi anticorpi (*brentuximab-vedotin* e *polatuzumab*) che, associati alla chemioterapia, funzionano come un «cavallo di Troia» e sono particolarmente efficaci perché riescono a portare un potente concentrato di «veleno» direttamente dentro le cellule cancerose. Altri medicinali (*nivolumab*, *pembrolizumab*, *elotuzumab*) riescono invece a riattivare il sistema immunitario aiutandolo a reagire contro il tumore: una strategia che appare efficace in particolare contro mieloma, linfoma di Hodgkin e linfoma follicolare».

La molecola NLF-1 fa poi ben sperare verso una forma rarissima ma ancora letale di leucemia, quella a cellule dendritiche, mentre diversi studi riguardanti la leucemia linfatica cronica «hanno confermato — aggiunge Pizzolo — su casistiche ampie di malati e con un periodo di osservazione prolungato, la straordinaria effi-



cacia di farmaci non chemioterapici, ad assunzione orale, che eliminano le cellule malate con meccanismi basati sulla neutralizzazione della trasmissione dei segnali che ordinano alle cellule di crescere e di non morire. In particolare *ibrutinib*, *idelalisib* e *venetoclax* sono gli apripista di una schiera di altri medicinali di simile tipologia i cui risultati preliminari presentati all'Ash 2016 sono apparsi molto promettenti».

Oltre a prolungare la sopravvivenza dei malati, l'immunoterapia garantisce generalmente ai pazienti una qualità di vita migliore rispetto alla tradizionale chemioterapia, perché risulta meno tossica e più facile da tollerare.

«Questo non significa che sia esente da effetti collaterali o possibili complicazioni — conclude Pane —, ma conoscendoli possiamo prevenirli o gestirli bene, consentendo ai malati di

condurre in molti casi una vita normale. E sugli eventi avversi dobbiamo concentrarci anche per un'altra forma di immunoterapia che è tanto promettente quanto "delicata" e rischiosa, la *CAR-T therapy*. Per ora sperimentata soprattutto su pazienti gravissimi ai quali restano pochi mesi di vita, questa sorta di "auto-trapianto manipolato" consiste nel prendere linfociti T (con un semplice prelievo di sangue) dal malato, maneggiarli in laboratorio per equipaggiarli con potenti "munizioni" che potenziano il sistema immunitario, per poi re-infonderli. Una strategia che ha dato esiti molto incoraggianti contro linfomi aggressivi e indolenti e anche diverse forme di leucemia e mieloma, in adulti e bambini».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio

In Italia, la sopravvivenza per i tumori ematologici a cinque anni dalla diagnosi è generalmente in linea con il valore medio europeo, (EUROCARE 5, studio 2016): in particolare per i linfomi di Hodgkin (82% contro 81) e non Hodgkin (62 contro 60), per le leucemie mieloidi croniche (53) e acute (16 contro 17). La sopravvivenza dei pazienti italiani affetti da mieloma multiplo è invece significativamente più elevata della media (46 contro 39%).

V.M.



L'esperto risponde

alle domande sui tumori del sangue su **forum.corriere.it/sportellocancroematologia**



Per saperne di più

su diagnosi e trattamenti dei tumori **www.corriere.it/salute/sportellocancro**

La diffusione

Sono 32 mila all'anno gli italiani interessati

tumori del sangue sono patologie poco frequenti se prese singolarmente, ma se considerate nel loro insieme colpiscono circa 32 mila italiani ogni anno. Sono malattie tipiche dell'invecchiamento, anche se certe forme (come linfoma di Hodgkin e alcune leucemie) colpiscono soprattutto adolescenti o giovani adulti. Oltre la metà dei pazienti, comunque, ha più di 60 anni e in questa fascia di età le strategie di cura sono spesso condizionate dalla maggiore fragilità delle persone. Secondo i dati più recenti

raccolti dall'Associazione Italiana Registri Tumori, sono circa 2.200 mila ogni anno le nuove diagnosi di linfoma di Hodgkin, 14.300 quelle di linfoma non-Hodgkin, 5.700 quelle di mieloma, 9 mila quelle di una delle tante forme di leucemia. Le speranze di guarigione o sopravvivenza a lungo termine cambiano a seconda del tipo di tumore: in generale un terzo dei malati guarisce, ma alcuni tipi restano purtroppo letali in tempi brevi.

V.M.

I campanelli d'allarme che possono far sospettare un tumore del sangue o del sistema linfatico (in questi casi è bene rivolgersi a un medico)

- ✓ Febbre o febbriattola (in particolare pomeridiana o notturna) per più di due settimane
- ✓ Senso di debolezza che perdura senza cause apparenti per più di due settimane
- ✓ Dolore alle ossa o alle articolazioni che non regrediscono
- ✓ Perdita di appetito e dimagrimento improvviso e ingiustificato
- ✓ Formazione di ematomi o lividi spontanei
- ✓ Sanguinamenti e ulcerazioni che non guariscono (come le ferite e le infezioni del cavo orale)
- ✓ Gonfiore indolore di un linfonodo superficiale del collo, ascellare o inguinale
- ✓ Sudorazione eccessiva, soprattutto di notte, che obbliga a cambiare gli indumenti
- ✓ Prurito persistente diffuso su tutto il corpo

Numero di nuovi casi tumorali stimati per il 2016 in Italia



Fonte: SIE, AIRTUM, I numeri del cancro (2016)

Corriere della Sera

● Linfoma di Hodgkin

Nuove speranze per il 30 per cento di pazienti che non guarisce

Ogni anno in Italia sono circa 2.200 le nuove diagnosi di linfoma di Hodgkin e poco più della metà dei casi riguarda giovani fra i 18 e i 34 anni. Fortunatamente quasi 7 pazienti su 10 guariscono con le terapie standard o l'autotrapianto di cellule staminali, ma a San Diego sono stati presentati alcuni studi che aprono nuove prospettive per quel 30% che, giunto a uno stadio di malattia avanzata dopo aver fallito tutte le altre opzioni, non aveva alcuna cura efficace.

«Per queste persone la sopravvivenza era di pochi mesi — spiega Antonello Pinto, direttore dell'Ematologia all'Istituto Tumori Pascale di Napoli —. Ora l'immunoncologia con nivolumab e pembrolizumab rappresenta una svolta significativa: riduce le masse tumorali e allunga la sopravvivenza, e da subito può controllare i sintomi consentendo ai malati una vita praticamente normale. Questi medicinali sembrano offrire una soluzione efficace anche sul lungo periodo. Resta da chiarire per quanto tempo è necessario proseguire con queste terapie e come integrarle, nel caso, con il trapianto».

V.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dopo il video-appello al Presidente della Repubblica

Dj Fabo è cieco e paralizzato Giusto permettergli di morire

*Mattarella ascolti la richiesta di quest'uomo ridotto a vegetale per un incidente
A 10 anni di distanza dal caso Welby sarebbe ora di avere una legge sull'eutanasia*

È paralizzato, ha diritto al fine vita

**Dj Fabo ormai non vive più
Perché farlo soffrire ancora?**

di **MELANIA RIZZOLI**

Io sto con Fabo. Sto con questo giovane italiano che non vuole continuare a vivere tetraplegico e cieco, cioè paralizzato dal collo agli alluci, senza poter respirare in modo autonomo, senza poter deglutire, senza poter urinare ed evacuare,

senza poter vedere, e soprattutto essendo vigile e consapevole di poter "vivere" immobilizzato in un buio perenne anche per vent'anni.

Fabiano Antoniani, per gli amici Fabo, è un uomo di 39 anni che amava la vita, amava viaggiare e soprattutto adorava la musica, La sua passione, e faceva il deejay. Da ragazzo era vivace e ribelle, si copriva di tatuaggi e correva in motocross, ma fu un incidente d'auto, nel giugno 2014, a spezzargli i sogni ed il midollo spinale.

Da allora Fabo è sdraiato in un letto senza poter muovere un dito, attaccato ad un respiratore automatico che insuffla aria nei suoi polmoni, alimentato artificialmente ed accudito nelle sue funzioni fisiologiche, e non è in coma vegetativo ma è cosciente, ed ha conservato intatte tutte le sue facoltà mentali. Fabo ha chiesto in prestito la voce alla sua fidanzata Valeria per inviare un appello, in un video che li riprende entrambi con i volti vicini e con lei che parla in sua vece, al Presidente della Repubblica Mattarella, al quale chiede con umanità, con forza e con dignità un aiuto, per realizzare il suo unico desiderio: quello di morire.

Io sto con Fabo.

Ascoltando la sua richiesta mi sono immedesimata in quel corpo paralitico, in quegli occhi senza luce, in quella immobilità sospesa in attesa di una fine che non arriverà, e tutte le mie certezze di medico, tutte le mie convinzioni radicate sulla custodia e protezione della vita ad ogni costo, si sono polverizzate di colpo nelle sue parole.

«Signor Presidente, la mia vita aveva un tocco magico, ho fatto di tutto, ho vissuto momenti indimenticabili, ma da oltre due anni sono immobilizzato in una notte senza fine, non vedo più e non mi muovo più. Non sono depresso, ma mi sento in gabbia, e mi rivolgo a lei con la voce di Valeria perché io faccio molta fatica a parlare. Da più di tre anni l'associazione Luca Coscioni ha depositato in Parlamento una proposta di legge per legalizzare l'eutanasia, ed io le chiedo di intervenire affinché una decisione sia presa, per lasciare ciascuno libero di scegliere fino alla fine». Il video termina con un primo piano di Fabo, che, con la voce impastata dalla paralisi e dalla tracheotomia, e superando il rumore ritmico del respiratore, riesce con fatica a dire: «grazie Sergio!».

Io sto con Fabo.

Sto con questo malato inguaribile che dal suo letto di dolore chiede umilmente il permesso di morire. Sto con questo paziente che non ha più speranza di poter dare una carezza, di poter godere della luce del sole, di poter gustare un sapore, di svegliarsi felice o

di diventare padre. Sto con la disperazione della sua vita spezzata, rinchiusa per sempre in una stanza asettica, senza prospettive, senza possibilità di reagire, senza luce e senza futuro, inchiodato in una vita vegetale che non ha scelto, obbligato ad un'attesa infinita di una morte naturale che potrebbe arrivare anche dopo decenni.

Fabo oggi indirizza la sua supplica al Presidente della Repubblica a dieci anni di distanza da quella di Piergiorgio Welby, a dieci anni dalle battaglie di Marco Pannella, dieci anni nei quali si è parlato molto di testamento biologico, di fine vita e di eutanasia, ma un decennio nel quale non è successo nulla, se non delegare ai tribunali l'autorizzazione a sospendere l'idratazione e l'alimentazione ad Eluana Englaro.

Dieci anni di mancata volontà politica di legiferare su un tema delicato che coinvolge le coscienze, la scienza, la religione e la morale, che implica eccezioni ma che esige autorizzazioni, soprattutto per quei medici non obiettori disposti ad aiutare Fabo e quelli come lui, forzati a respirare ossigeno attaccati ad una macchina in attesa di morire.

Attualmente in Italia l'eutana-



sia costituisce reato, punito dall'articolo 579 (omicidio del consenziente) o dall'articolo 580 (istigazione o aiuto al suicidio) del Codice Penale, ma noi medici dobbiamo rispettare il diritto inviolabile (articolo 32 della Costituzione) di sospensione delle cure quando il paziente lo richiede (eutanasia passiva?), poiché, recita l'articolo, «nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. E la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Quindi qual è il limite di rispetto imposto per legge per Fabo? Non è forse lui obbligato contro la sua volontà al trattamento sanitario? Dovrà anche lui forse aspettare la decisione di un tribunale per poter finire di soffrire, per porre fine alla sua non vita? Chi di voi non si ribellerebbe a continuare a vivere in quelle condizioni? Chi di voi non si dispererebbe immobile e cieco in un letto di spine? Chi di voi non chiederebbe aiuto per morire?

Caro Presidente Mattarella, lei che è il primo garante della Giustizia del nostro Paese, ascolti questo infermo che invoca dignità, solleciti con urgenza alla Presidente della Camera Laura Boldrini la calendarizzazione in Aula della proposta di legge sul fine vita, non solo perché glielo chiede ufficialmente Fabo, ma perché è ormai troppo tempo che il suo popolo aspetta una decisione su un tema "vitale" non più rinviabile e che è entrato nelle coscienze di tutti gli italiani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nella foto a sinistra un fermo-immagine del video in cui Dj Fabo, attraverso la voce della fidanzata, manda l'appello al Presidente della Repubblica: «Mi sento in gabbia e voglio morire»

Sterile una coppia su sette Il desiderio di un figlio passa dalla prevenzione *In metà dei casi la responsabilità è dell'uomo*

**FIAMMETTA
TRALLO**

IN ITALIA il quindici per cento delle coppie non può avere figli. Nella metà dei casi dipende dall'uomo, che non si sottopone quasi mai a visite di prevenzione prima della ricerca della paternità. Pertanto, malattie non diagnosticate, infezioni silenti ed errati stili di vita possono minare la salute riproduttiva maschile. Ne parliamo con il professor Fulvio Colombo, direttore di Andrologia del Sant'Orsola di Bologna.

Professore, quali patologie possono pregiudicare la fertilità maschile?

«Alcune sono presenti già alla nascita, come la mancata discesa dei testicoli dall'addome allo scroto nelle ultime settimane di gravidanza. La permanenza in un ambiente troppo caldo compromette la futura capacità dei testicoli di produrre spermatozoi, oltre ad essere un rischio per la formazione di tumori. Nell'adolescenza, il varicocele (la dilatazione delle vene che circondano i testicoli) è invece la più frequente causa di futura ipofertilità. L'abolizione della leva militare, ha portato alla scomparsa dell'unica occasione di screening per i giovani maschi».

Quanto incidono stress, inquinstili

namento ed errati stili di vita?

«Anche se è difficile quantificarne l'esatta incidenza, di certo sappiamo che questo mix di fattori negli ultimi 50 anni ha progressivamente peggiorato la qualità complessiva del liquido seminale. Anche l'alimentazione ha un suo ruolo se pensiamo agli estrogeni impiegati negli allevamenti. Per non parlare della sedentarietà».

Alcol e fumo?

«Sono vere e proprie minacce per la salute sessuale. Il fumo è in grado di determinare danni irreversibili sulla produzione degli spermatozoi, riducendone numero e motilità».

E le infezioni?

«La scarsa igiene intima, spesso condizionata e aggravata dalla presenza di una banale fimosi non riconosciuta, è la principale causa di sviluppo di infezioni genitali con ricadute acute immediate sulla qualità del liquido seminale. A queste si aggiungono le infezioni sessualmente acquisite».

Cosa comporta l'età paterna avanzata?

«L'età, nel maschio, incide meno rispetto alla donna. Tuttavia, con

l'invecchiamento il numero e la qualità degli spermatozoi progressivamente decresce».

Integratori con antiossidanti migliorano la qualità dello sperma?

«Dopo un'iniziale diffidenza verso i nutraceutici, di recente è stato evidenziato che appropriate miscele di antiossidanti, assunte per cicli trimestrali, favoriscono un miglioramento del numero e della motilità spermatozoaria».

Cos'è la tecnica ICSI?

«È una tecnica di procreazione medicalmente assistita per l'infertilità maschile. Consiste nella iniezione di un singolo spermatozoo, o di un suo precursore, direttamente nel citoplasma oocitario. Mentre nella fecondazione in vitro l'ovocita viene solo messo a contatto con gli spermatozoi, che devono penetrarlo spontaneamente, nella ICSI lo spermatozoo viene selezionato e iniettato dentro l'ovocita».

Cosa consiglia ai giovani?

«Le visite specialistiche periodiche sono fondamentali per la diagnosi precoce di molte patologie che per lo più sono facilmente correggibili ma che, se trascurate e non trattate, determinano danni gravi ed irreversibili della fertilità e del benessere sessuale».



**Fulvio
Colombo**
Andrologo

La popolazione maschile non si sottopone quasi mai a visite specialistiche che restano fondamentali per chi cerca la paternità



Dieta e attività fisica regolare Due modi per aumentare la fertilità

LE REGOLE sembrano sempre uguali. Ciò che vale per prevenire infarti, tumori e malattie degenerative vale anche per recuperare la fertilità. L'attività fisica regolare fortifica gli spermatozoi e migliora la fertilità maschile. Lo ha verificato uno studio della Urmia University in Iran su alcuni uomini che, dopo aver iniziato a fare esercizio fisico dalle 3 alle 5 volte alla settimana, dopo sei mesi hanno mostrato un miglioramento della qualità e del numero degli spermatozoi, nonché della motilità. Lo studio, pubblicato sulla rivista *Reproduction*, ha anche verificato che l'attività fisica, seppure di moderata intensità ma praticata in modo continuo, dà risultati migliori rispetto a quella di intensità maggiore. Attualmente, in assenza di patologie organiche e/o disfunzionali, le indicazioni che vengono date agli uomini per migliorare la possibilità di concepire sono quelle di combinare un'alimentazione sana, con esercizio fisico regolare, smettere di fumare e ridurre l'alcol.

Inquinamento e stili di vita errati I primi nemici degli spermatozoi

ECOFODFERTILITY è un progetto di ricerca multicentrico e interdisciplinare di biomonitoraggio umano volto a comprendere gli effetti combinati dell'inquinamento e degli stili di vita sulla salute riproduttiva maschile quale principale indicatore di salute. I primi risultati sono già stati pubblicati su *Reproductive Toxicology*. In Italia, il progetto è già esecutivo in Campania e si svilupperà a breve anche in altre 9 regioni. La qualità del seme umano è una vera e propria sentinella della salute. Rappresenta, infatti, un precoce e sensibile marker di esposizione ambientale assumendo un ruolo chiave per la conoscenza del rapporto ambiente-salute e per lo sviluppo di innovativi programmi di prevenzione primaria. Errati stili di vita come fumo, alcol e droghe, spesso prese insieme, e consumo di anabolizzanti sono abitudini sempre più diffuse anche tra i minorenni.

Medicina online: attenzione alle bufale

Dieci regole d'oro per distinguere le informazioni certificate e autorevoli da quelle di operatori non qualificati

È buona norma

Informarsi sempre su siti
di comprovata affidabilità come
quelli delle società scientifiche,
delle associazioni e delle istituzioni

di Eugenio Santoro*

La ricerca di informazioni mediche in Internet è una pratica sempre più diffusa tra i cittadini italiani. L'istituto GfK stimava, nel maggio dello scorso anno, in oltre 11,5 milioni di italiani (corrispondenti al 25% della popolazione adulta) la quota di coloro che si affidano alla Rete per cercare informazioni sulle patologie di cui loro stessi o i loro cari soffrono, sui farmaci da assumere o sui centri presso i quali eseguire una prestazione sanitaria. Per certe patologie croniche, come per esempio il diabete, questa percentuale sale al 74%, come dimostra una recente indagine di Medipragma. I social media assumono poi un ruolo importante nella ricerca di queste informazioni se, come rivela questa stessa indagine, ad essi si affida circa un paziente diabetico su due.

Quanto la ricerca di informazioni mediche in Internet operata senza criterio possa condurre a risultati erronei e a vere e proprie bufale lo dimostrano numerose ricerche. Già nel 2010 un famoso report (pubblicato dalla *London School of Economics* e denominato *BUPA Health Plus*) metteva in guardia su Dr. Google e illustrava alcuni esempi di ricerche condotte sul noto motore di ricerca che, partendo da alcuni comuni sintomi, nei risultati forniva macroscopiche differenze nelle diagnosi e nei rimedi suggeriti. Per esempio, ricercando il sintomo "formicolio delle mani", le diagnosi proposte variavano dalla carenza di vitamine fino alla diagnosi nefasta di sclerosi multipla, passando per la sciatica. O ancora, ricercando la frase "mal d'orecchio", le risposte fornite identificavano come diagnosi il raffreddore (da trattare con antinfiammatori), l'infiammazione dell'orecchio (da curare con antibiotici) o l'ascesso cerebrale (con suggerimento di farsi immediatamente visitare da un medico o di recarsi al pronto soccorso). I social media hanno contribuito ad aumentare il fenomeno diffondendo in maniera virale bufale pseudoscientifiche come quelle che mettono in relazione le vaccinazioni infantili con gli episodi di autismo (smontate a più riprese dalla letteratura scientifica). Maggiore è la notorietà degli "influencer" che in rete diffondono queste bufale, maggiore è il danno che possono arrecare. Famose sono le recenti posizioni di Eleonora Brigliadori e Gwyneth Paltrow che rispettivamente hanno sostenuto sui loro profili social che i pazienti oncologici muoiono non a causa della malattia, ma per l'effetto della chemioterapia, e che il cancro al seno è provocato dall'impiego del reggiseno.

Come riconoscere quindi un'informazione medico/sanitaria affidabile reperita in Internet o sui social media da una potenzialmen-



te falsa o infondata? Il seguente decalogo (peraltro applicabile quasi per intero anche a informazioni ottenute attraverso la stampa tradizionale e la TV) può aiutare.

- 1) Controllare che l'autore dell'articolo che si sta leggendo sia correttamente e completamente indicato. Diffidare sempre delle fonti anonime.
- 2) Verificare le credenziali di chi scrive, informandosi su dove lavora, cos'altro ha scritto su quegli stessi argomenti, sulla sua reputazione/autorevolezza e su quelle della sua struttura.
- 3) Non fermarsi al primo articolo individuato al termine di una ricerca in Internet, ma abituarsi a confrontare quanto letto con altre fonti per cercare conferme.
- 4) Verificare che quanto indicato nell'articolo non sia frutto di opinioni personali ma che sia accompagnato da riferimenti bibliografici (per esempio quelli degli articoli scientifici a cui l'autore si è ispirato).
- 5) Verificare che esistano dei link (a cominciare da quelli che rimandano alle fonti indicati nel punto precedente) dove il lettore ha la possibilità di approfondire quanto letto e/o verificarne la veridicità.
- 6) Verificare se esistono dei conflitti di interesse tra quanto indicato nell'articolo e l'autore o il proprietario del sito web che lo ospita (può essere d'aiuto in proposito il bottone "About us"). Meglio affidarsi a siti web indipendenti che non ricevono finanziamenti da aziende con interessi nel campo della salute. Se questo avviene deve essere adeguatamente indicato per consentire al lettore di "pesare" opportunamente quanto sta leggendo.
- 7) Verificare che sia presente una data di pubblicazione e/o modifica che aiuti a contestualizzare temporalmente quanto esplicitato nell'articolo.
- 8) Verificare che le informazioni contenute siano frutto di diversi punti di vista e che valutino i pro e i contro dei rimedi suggeriti
- 9) Verificare la presenza di un indirizzo di posta elettronica o di altri strumenti di comunicazione per contattare l'autore o il proprietario del sito web al fine di ottenere eventuali chiarimenti/approfondimenti.
- 10) Nel caso in cui il sito web preveda la gestione dei commenti da parte dei lettori, sincerarsi che le norme che regolano la privacy siano correttamente applicate.

È comunque buona norma partire da siti web di provata affidabilità come lo sono quelli delle società scientifiche (ne esistono molte, anche italiane, che aggregano medici operanti nelle diverse discipline e che prevedono specifiche aree rivolte ai pazienti), delle associazioni dei pazienti e delle istituzioni/organizzazioni sanitarie nazionali e locali, o da specifici portali sanitari come www.medicitalia.it, www.aimac.it (per i pazienti oncologici), www.aism.it (per quelli con sclerosi multipla), e portalediabete.org (per i pazienti diabetici).

Al di là delle fonti utilizzate, il buon senso e uno spiccato spirito critico dovrebbero sempre accompagnare il lettore nella ricerca delle informazioni sanitarie in Internet. Così facendo si può evitare, per esempio, di mettere sullo stesso piano la credibilità di un blog parascientifico rispetto a quella di una fonte accreditata.

***Eugenio Santoro**

Twitter @eugeniosantoro

Laboratorio di Informatica medica

IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

CorriereSalute

Lo spunto

di **Giuseppe Remuzzi**

LA RICERCA SERIA APRE STRADE ORIGINALI

Cosa c'entrano le ossa con la fertilità? Poco o nulla fino a quando Gerard Karsenty e i suoi colleghi della Columbia University a New York hanno messo in coltura cellule delle ossa (*osteoblasti*) con cellule prese dai testicoli e hanno visto aumentare di tre volte la loro produzione di testosterone. «Forse le cellule delle ossa fabbricano proteine che inducono quelle dei testicoli a produrre testosterone» si sono detti i ricercatori e l'hanno voluto verificare. Per farlo hanno esposto a dosi crescenti di osteocalcina — una proteina prodotta dagli osteoblasti — le cellule dei testicoli. La proteina dell'osso faceva proprio aumentare la sintesi di testosterone e più erano alte le concentrazioni di osteocalcina più le cellule del testicolo producevano testosterone. Poi, con una serie di esperimenti i ricercatori hanno stabilito che le cellule che producono testosterone, nel topo e nell'uomo, hanno un recettore per la osteocalcina. La storia di questo recettore è particolare. Si sapeva che c'era, ma non che cosa ci facesse sulla membrana delle cellule del testicolo, lo si considerava un recettore "orfano" perché nessuno aveva capito a cosa servisse. Adesso sappiamo che lega l'osteocalcina e favorisce la sintesi del testosterone. E non basta, quando gli scienziati hanno provato a iniettare osteocalcina nei topi hanno documentato che il livello di testosterone nel sangue di questi animali aumentava considerevolmente. A questo punto era logico chiedersi se l'osteocalcina potesse influenzare la fertilità. Per dimostrarlo Karsenty e colleghi sono ricorsi all'ingegneria genetica, hanno spento il gene che forma osteocalcina e hanno visto che topi così modificati avevano testicoli più piccoli del normale e formavano molto meno spermatozoi. Questi topi ad accoppiarsi con femmine normali ci riuscivano, ma la prole era molto meno numerosa di quanto non succedeva normalmente. Dato che meccanismi che regolano la fecondità del topo e dell'uomo sono molto simili — e che gli ormoni della fertilità hanno la stessa funzione — ci si può aspettare che queste ricerche aiutino a capire di più dell'infertilità maschile. E forse a trovare una cura, che potrebbe essere l'osteocalcina o farmaci capaci di favorirne la sintesi o il legame ai recettori. Insomma, la ricerca scientifica non finisce mai di stupire, fai un piccolo esperimento e qualche volta ti si aprono prospettive che non avresti mai immaginato. E così, a forza di singole osservazioni, però impeccabili, si risolvono anche i grandi problemi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA FONDAZIONE VERONESI

«Aiutiamo i giovani a fare ricerca Per loro 185 nuove borse di studio»

«**PORTIAMO** la scienza fuori dai laboratori per costruire un vero dialogo con la società civile». È la parola d'ordine lanciata da Paolo Veronesi, presidente della Fondazione Umberto Veronesi, figlio del noto oncologo recentemente scomparso e direttore della divisione senologia chirurgica dell'Istituto europeo di Oncologia (IEO) di Milano. Con questo programma la Fondazione Umberto Veronesi apre il nuovo anno che si prospetta ricco di iniziative. Saranno, infatti, ben 185 le borse di studio che la Fondazione finanzia per giovani ricercatori selezionati fra le migliori promesse della ricerca italiana e internazionale. E si inaugura un portale rinnovato (www.fondazioneveronesi.it), dedicato all'informazione sulla salute e alla promozione della ricerca. Ma non solo. Partiranno nuove iniziative editoriali dedicate alla corretta informazione anti bufale, nuovi forum e manuali per migliorare la vita quotidiana dei malati e dei loro familiari. «Le 185 borse di studio, venticinque in più rispetto allo scorso anno, – precisa Chiara Tonelli, prorettore dell'Università di Milano e direttore scientifico della Fondazione – saranno erogate a fronte di oltre 700 domande per aiutare la ricerca in alcune aree specialistiche: oncologia, cardiologia, neuroscienze e nutrigenomica».

In particolare, 25 progetti riguardano il tumore del seno, 10 le malattie dell'infanzia, 10 la salute dell'uomo. La scelta dei vincitori ha tenuto conto di parametri quali il numero di pubblicazioni, l'esperienza all'estero, l'innovatività, la fattibilità. La Fondazione Umberto Veronesi, nata nel 2003 con lo scopo di promuovere la ricerca scientifica, punta molto sulla prevenzione, in particolare con i progetti «Gold for Kids» per la salute dei bambini (250mila ammalati di tumore all'anno), «Pink is Good» per la Salute al femminile (in Italia, 50mila donne ogni anno si ammalano di cancro al seno, ma con prospettive di guarigione sempre più alte) e SAM, per la salute dell'uomo (il tumore della prostata è il quarto più diffuso, dopo quelli di colon, polmone e mammella).

«I nostri obiettivi principali – afferma Donatella Barus, direttore del sito della Fondazione Veronesi, che lo scorso anno è stato visitato da 4 milioni di persone – sono divulgare il più possibile i benefici della scienza e della ricerca, educare col linguaggio della gente al metodo scientifico, promuovere la prevenzione e migliorare la consapevolezza di tutti. La Rete è una potente risorsa per migliorare la cultura della salute, se consideriamo che oggi, una ricerca su venti riguarda proprio un argomento inerente alla salute».

Maurizio M. Fossati



Le difese cagionevoli degli ospedali

Aumentano le aggressioni a strutture sanitarie

Denunce anche in Italia

di **Luca Tremolada**

● Gli ospedali potrebbero diventare un target strategico della nuove cyberguerre. Gli attacchi sono già in atto. A confermarlo non sono più solo le statistiche dei grandi gruppi che si occupano di vendere sicurezza ma le stesse strutture ospedaliere che, a differenze di moltissime imprese, hanno cominciato a denunciare le violazioni informatiche. Come nel caso del Presbyterian Medical Center di Los Angeles. Un ospedale da 430 posti che per ritornare in possesso dei propri computer ha dovuto pagare un riscatto di 17mila dollari in bitcoin. Nei giorni scorsi si è mossa la Food and Drug Administration. L'ente governativo statunitense che regola alimenti e farmaci ha pubblicato una serie di raccomandazioni sulla sicurezza dei dispositivi collegati a Internet. In un documento di 30 pagine si incoraggiano i produttori di dispositivi medici a monitorare i loro strumenti diagnostici, aggiornando i software e proteggendo le connessioni. Trattasi di raccomandazioni non giuridicamente vincolanti ma il livello di allarme è alto. Come si legge nel documento citando il Sans Institute, il 94% delle organizzazioni sanitarie pubbliche e private sarebbe stato vittima di attacchi informatici. Se così fosse ci troveremmo in presenza di una aggressione senza precedenti a strutture strategiche per ogni Paese. Ma a che scopo? Cosa cercano negli ospedali? Quando l'obiettivo non è chiedere il pizzo ai direttori sanitari il fine sembra essere quello di entrare in possesso di dati sensibili per ricattare chi è ricoverato.

Secondo un accurato studio di Deloitte, il ritardo delle strutture europee è preoccupante. Più della metà dei soggetti intervistati adotta password di accesso standard

(e quindi non sicure) ai propri dispositivi biomedicali e dichiara di avere dispositivi medici con password di default. Quasi la metà degli ospedali non ha valutato i dispositivi medici secondo la conformità con la nuova legislazione sulla privacy. Ancora: solo cinque dei 24 ospedali hanno dichiarato che la maggior parte dei loro dispositivi utilizzati ha una connessione sicura. E quasi tutte le strutture non hanno valutato la compliance dei propri dispositivi biomedicali rispetto ai requisiti del nuovo Regolamento europeo in tema di «Data protection». Anzi, la maggior parte delle strutture intervistate non richiede ai propri fornitori alcun attestato MDS2 (Medical device security manufacturer disclosure statement) prima dell'acquisto di dispositivi biomedicali. Il ritardo dunque c'è ed è grave. L'anno scorso l'Unione europea ha approvato una direttiva comunitaria per la sicurezza delle reti e dell'informazione, nota anche come Direttiva Nis (Network and Information Security), che stabilisce i requisiti minimi per la sicurezza informatica per gli operatori di infrastrutture critiche. L'Enisa, l'ente europeo che contribuisce a elaborare la politica e la normativa dell'Ue in materia di sicurezza quest'anno ha messo in cima all'agenda propria il settore healthcare. Qui da noi però, le denunce di aggressione a strutture ospedaliere faticano a emergere. L'anno scorso sulle cronache tedesche si è parlato dell'ospedale della città di Neuss: una struttura all'avanguardia e un esempio di digitalizzazione della sanità messo in ginocchio da un attacco *ransomware*. In Italia, sostengono alcuni esperti di sicurezza, almeno quattro grandi strutture sanitarie private tra Milano e Roma sono finite sotto ricatto dei pirati informatici attraverso un cryptolocker. I nomi non escono. Ma quando entrerà in vigore la nuova normativa europea sulla gestione dei dati nelle aziende si potrà fare un po' più di luce sulle reali dimensioni di queste aggressioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Allarme Cgil: «Dal 2009 persi 50mila lavoratori»

**Il sindacato denuncia
il blocco del turn over
e le pesanti ricadute
sui livelli di servizio ai
cittadini. I nuovi Lea?
«Passo avanti, ma
confronto permanente»**

Roma. Emorragia del personale, blocco del turn-over, rischio di tracollo dei servizi ai cittadini. È questo l'allarme per la sanità contenuto in un report della Funzione Pubblica Cgil che disegna un «impoverimento» non solo nelle risorse economiche ma anche in quelle umane. E che necessita di nuove urgenti risorse anche per «assicurare il funzionamento dei nuovi Lea», i Livelli essenziali di assistenza a cui è agganciato anche l'ultimo Piano vaccini.

Nella sanità è in corso «una vera e propria emorragia di personale, quasi 50mila lavoratori in meno dal 2009 a oggi», spiega il sindacato sottolineando che a causa del blocco del turn-over l'età media nel sistema sanitario sfonda quota 50,1 anni e le proiezioni del conto annuale la collocano a 54,3 nel 2020. Il report parla in particolare di 40.364 lavoratori persi dal 2009 al 2015. Nello specifico sono circa 8mila medici, quasi 10.300 infermieri e 2.200 Operatori di assistenza (Oss, Ota e Ausiliari) e all'incirca 20mila lavoratori tecnici, riabilitativi, della prevenzione e amministrativi. Nel solo 2015 - rileva la Fp Cgil - si sono persi oltre 10mila lavoratori, dato che proiettato sul 2016 porta la stima a 50mila lavoratori in meno dal 2009. Proprio in ragione di questi dati aumenta il ricorso a forme di lavoro precarie nella sanità. Dai dati rielaborati dal sindacato emerge che la quota di personale non stabile (contratti a tempo determinato e formazione lavoro, interinali e co.co.co) è cresciuta tra il 2014 e il 2015 di circa 3.500 unità per complessivi 43.763 lavoratori. In questo quadro si inserisce il bisogno dello sblocco del turn over, «anche nelle regioni soggette a piano di rientro». Per quanto riguarda i nuovi Lea, la cui approvazione, «auspicata da lungo tempo», è «un passo avanti», il sindacato chiede che «il Comitato Lea si confronti in modo permanente con le rappresentanze sindacali dei lavoratori, evitando così di parlare di cose astratte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CorriereSalute

Bisogna coinvolgere i piccoli nelle decisioni

Con i minorenni

Sapere aiuta a guarire? «Non posso dire che si guarisca di più, ma che si guarisca meglio, sì» dice Momcilo Jankovic, responsabile del gruppo psico-sociale della Clinica Pediatrica Università di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo di Monza. Dal 1980, Jankovic (allora accanto a Giuseppe Masera) chiede il consenso alle cure ai suoi giovanissimi malati di leucemie. «Riteniamo che dai 16 anni il ragazzo sia in grado di essere coinvolto sulla strategia di cura, non per caricarlo di responsabilità, ma perché sia consapevole che sarà lui, per primo, a dover lottare».

Il consenso dei giovanissimi non è un diritto stabilito dalla legge. «I minori di età sono considerati dalle norme "incapaci" a decidere per sé — precisa Elena Nave, bioeticista della Pneumologia dell'Ospedale infantile Regina Margherita di Torino — e per loro si impone che il consenso venga dato dai rappresentanti legali, in genere i genitori».

«Nel dire minori o pazienti pediatrici, però, — prosegue Nave — si parla di individui molto diversi: dai neonati, fino a ragazzi alle soglie dei 18 anni. E alcuni, soprattutto quelli che hanno esperienza di

una malattia fin dalla tenera età, acquisiscono abilità che li rendono più "capaci" degli adulti. Si è constatato che coinvolgere nelle decisioni terapeutiche i giovanissimi aumenta l'adesione alle cure e la capacità di regolare la tensione emotiva». «Fino ai 24 mesi di età, — prosegue l'esperta — o per bimbi e adolescenti con gravi disabilità cognitive, le decisioni sono affidate ai genitori. Poi il minore dovrebbe essere informato della sua condizione e dei trattamenti che gli si prospettano, con modalità commisurate alle sue capacità, e la sua opinione andrebbe sollecitata. La letteratura scientifica suggerisce diversi gradi di coinvolgimento: si auspica che il bimbo fino ai 7 anni sia informato, anche se il consenso resta prerogativa dei genitori; dai 7 ai 12-14 l'assenso del minore dovrebbe accompagnare quello degli adulti; dai 12-14 il consenso dovrebbe avere valore vincolante, cioè non dovremmo agire sul loro corpo senza il loro permesso». E in caso di dissenso? Bisognerebbe aspettare (finché si può) e dialogare.

Da una parte, dunque, c'è la legge, che non tutela l'autodeterminazione del minore; dall'altra ci sono linee guida di Società scientifiche, documenti degli ospedali, norme deontologiche, che esortano gli adulti al coinvolgimento dei giovani pazienti. «Si fanno passi in avanti, — osserva Nave — ma non dappertutto. A

volte i genitori si stupiscono di queste procedure, a volte le respingono; tra i minori stessi alcuni rispettano il tabù sociale del "non dico e non faccio da me" e non manifestano alcuna esigenza di decidere».

Il gruppo di Oncoematologia di Monza anche oggi fa scuola. «A partire dai 16 anni — dice Jancovich — i nostri pazienti firmano il consenso alle cure, un documento esplicativo ma non esasperante per eccesso di dettagli. Il mio motto è "non essere evasivo, ma nemmeno invasivo". Senza empatia, però, il documento è sterile: è fondamentale il colloquio con il ragazzo. Gli parliamo senza la presenza dei genitori, spieghiamo che cosa gli è successo, perché dobbiamo curarlo, le prospettive, i tempi; non elenchiamo subito tutti gli effetti collaterali, ma risponderemo alle sue domande quando sentirà il bisogno di farlo. In questo incontro coinvolgiamo i fratelli, per far loro capire che cosa la famiglia dovrà affrontare, così che non si sentano trascurati».

E con i più piccoli? «Iniziamo a 4-5 anni — risponde il pediatra — con l'aiuto di cartoni animati, parliamo di mostriattoli che bisogna combattere. Dagli 8 anni la metafora è quella del giardino fiorito, l'organismo, contaminato da erbacce, le cellule cattive da eliminare».

C.D'A.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fino ai 7 anni

Gli esperti auspicano che il bambino sia comunque e sempre informato

Dai 7 ai 12-14 anni

L'assenso del minore dovrebbe essere espresso assieme a quello degli adulti

Consigli

Dai 14 anni

In questa fascia critica d'età, suggeriscono gli esperti, il consenso dei minori dovrebbe avere valore vincolante, cioè non dovremmo agire sul loro corpo senza il loro permesso

Per saperne di più

«Dottore, mi spieghi», guida al consenso informato di Cittadinanzattiva Onlus
<http://www.cittadinanzattiva.it>



Che cos'è il «consenso informato»

È l'accettazione volontaria da parte del paziente del trattamento sanitario proposto dal medico. Il consenso può essere revocato anche poco prima del trattamento

È valido se è

INFORMATO
 Preceduto dall'informazione dettagliata e comprensibile sulla situazione patologica, sul trattamento proposto, sui benefici attesi, sui rischi, sulle alternative, sulle conseguenze del mancato trattamento. L'informazione deve essere data con congruo anticipo

MANIFESTO
 Prestato in modo chiaro e inequivocabile

ATTUALE
 Non raccolto troppo tempo prima del trattamento

IN FORMA SCRITTA
 Nei casi previsti dalla legge (trapianti, Aids, terapia con plasma derivati e emoderivati, sperimentazione, uso di farmaci fuori indicazione, procreazione assistita); in altri casi indicati dal Codice di deontologia medica (per es. interventi chirurgici, procedure invasive, uso di mezzi di contrasto)

PERSONALE, LIBERO E CONSAPEVOLE
 Espresso dalla persona destinataria del trattamento, in grado di intendere e volere

Le principali fonti normative

- **COSTITUZIONE (art. 2, 13, 32)**
 La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo; la libertà personale è inviolabile; nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge
- **LEGGE ISTITUTIVA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (833/1978)**
 Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari
- **CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO E BIOMEDICINA (Oviedo 1997, l. 145/2001)**
 Un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata ha prestato il consenso libero e informato
- **CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UE (Nizza 2000)**
 La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona; ogni individuo ha diritto all'integrità fisica e psichica; nell'ambito della medicina e biologia deve essere rispettato il consenso libero e informato
- **CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2014**
 Il medico non intraprende né prosegue procedure diagnostiche o terapie senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso

I consigli

- 1** Prima di dare il consenso non esitate a fare domande


- 2** Prendete il tempo (ragionevole) per riflettere prima di decidere


- 3** Potete chiedere che all'incontro con il medico per il consenso sia presente una persona di vostra fiducia


- 4** Potete rifiutare il trattamento proposto, ma chiedere al medico se rifiutare o attendere può rappresentare un pericolo per la salute


- 5** Potete chiedere di non essere informati e designare una persona di fiducia a ricevere le informazioni


- 6** Potete revocare il consenso in ogni momento


- 7** La documentazione del consenso fa parte della cartella clinica: è vostro diritto averla



CorriereSalute

Ridiamo valore al **consenso informato**

La pratica dell'assenso, che ci viene richiesto prima di essere sottoposti a interventi, accertamenti diagnostici e terapie, è ormai assodata. Non c'è ospedale o ambulatorio in Italia che non abbia i propri moduli. Ma, quando firmiamo, la nostra è una scelta davvero consapevole o è solo un atto burocratico?

Un «**patto**» più **chiaro** sugli esami e sulle cure

Il consenso informato è ridotto troppo spesso a una pura formalità burocratica, che viene vissuta dai pazienti come un mezzo dei professionisti per liberarsi dalle responsabilità. È invece il riconoscimento del ruolo del malato nel percorso terapeutico

La proposta

L'idea è di introdurre una gradualità del consenso in base a una preliminare *profilazione del rischio* in relazione alla salute

N

e ha fatta di strada il consenso informato. La pratica dell'assenso richiesto ai pazienti prima

di sottoporli ad accertamenti diagnostici e terapie è ormai assodata. Non c'è ospedale o ambulatorio in Italia che non abbia i propri moduli per il consenso alle prestazioni, da far firmare all'assistito per informarlo sulle procedure proposte, sui rischi e sulle alternative.

Ma ha percorso altrettanta strada il diritto della persona di scegliere davvero, consapevolmente, che cosa fare per la propria salute?

Non ne è convinto Maurizio Mori, filosofo, presidente della Consulta di Bioetica Onlus (as-



sociazione apartitica e laica fondata nel 1989 dal neurologo Renato Boeri). «C'è ancora molto da fare — dice —. Vedo segnali d'involuzione». Dello stesso parere Tonino Aceti, segretario nazionale del Tribunale dei diritti del Malato: «Il consenso è entrato nella prassi come procedura, ma resta la necessità di qualificarlo. E i dati dicono che i problemi si stanno accentuando».

Secondo il Rapporto PIT Salute 2016 del Tribunale dei diritti del Malato- Cittadinanzattiva, infatti, delle oltre 21 mila segnalazioni degli assistiti per problemi nei rapporti con la Sanità giunte nel 2015, l'11,4% ha riguardato l'accesso alle informazioni e di questi casi il 22% proprio il diritto al consenso informato (oltre il 4% in più rispetto all'anno precedente). Le criticità denunciate: brevità del colloquio avuto il medico; modulo per il consenso presentato solo pochi minuti prima del trattamento; terminologia troppo tecnica e quindi di fatto incomprensibile. E, ancora oggi, per tanti la firma apposta rappresenta solo uno "scarico di responsabilità" in favore del medico (equivoco duro a morire).

«Premetto — dice Mori — che considero il consenso informato importante quanto il diritto di voto: come, attraverso il voto, si acquisisce la partecipazione alla vita pubblica, attraverso il consenso informato, si acquisisce la partecipazione alla gestione della propria esistenza biologica. Ma sul consenso vedo oggi incertezze e abusi. Incertezze, nei molti che ancora dicono al medico "faccia lei": il che equivale a chiedere che cosa si debba votare, o a non votare. Abusi, su fasce deboli della popolazione. Penso, ad esempio, a chi è prossimo alla maggiore età, ma per la legge ancora un "minore" sotto la potestà dei genitori: il diritto all'autodeterminazione di questi ragazzi dipende dalla sensibilità e dall'iniziativa dei singoli operatori sanitari, che possono trovarsi davanti grandi ostacoli. Penso agli anziani, spesso messi automaticamente sotto la tutela dei familiari, come se l'età avanzata fosse sinonimo d'incapacità. E chiedo, inoltre: quante diagnosi di Alzheimer alle prime insorgenze vengono comunicate al paziente perché possa prendere le opportune misure in una fase in cui è ancora capace di decidere e disporre? E quanti medici si impegnano in un re-

ale dialogo con chi soffre di disturbi psichici?»

«Ma i problemi non ci sono solo in queste situazioni particolari — prosegue Mori —. Incontro medici che si sentono "tiranneggiati" se i malati dissentono dalle loro proposte di cura, e vedo affacciarsi nuovi interrogativi, per esempio di fronte a pazienti di altre culture». «Oggi nel Servizio sanitario — aggiunge Aceti — si guarda molto, in parte giustamente, all'efficienza, con il rischio però di trasformare la Sanità in un "prestazionificio". All'insegna della produttività, il tempo della relazione medico-paziente si sta inesorabilmente riducendo. Del resto, in un sistema in cui tutto ha valore economico tranne la "comunicazione", questa non può che diventare residuale. E allora a saltare è la "sostanza" del consenso, spesso ridotto ad atto burocratico, svolto in fretta, con molta attenzione alla forma e poca al significato; tanti continuano a considerarlo uno strumento per sollevare i medici da responsabilità legali e non uno strumento per la condivisione del percorso di cura. Non c'è da stupirsi: nella medicina "amministrata dall'alto", meno sono i passaggi di confronto, più facilmente si raggiunge l'obiettivo». E se il consenso informato, viste le difficoltà, avesse bisogno di essere riformato?

Lo suggerisce Fabrizio Cafaggi, ordinario di Diritto privato all'Università di Trento, che ne ha parlato in un convegno organizzato da AGEPI, Associazione Gestori Sociosanitari e cure Post Intensive, a Milano (si veda articolo sotto). La complessità del consenso — ha proposto — potrebbe essere graduata, procedendo da un consenso *semplice* per prestazioni «ad alto livello di incertezza sui risultati e basso livello di rischio per il paziente», per giungere a decisioni sempre più condivise mano a mano che «diminuisce l'incertezza della prestazione ma aumenta il rischio per l'assistito».

Si potrebbe perfino — ha ipotizzato Cafaggi — modulare il consenso in base a una preliminare *profilazione del rischio* della persona in relazione alla salute, un po' come si fa già in materia di scelte finanziarie. Un'idea suggestiva, che non mancherà di far discutere.

Cristina D'Amico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Incertezze
Troppe persone
ancora dicono
al dottore "faccia lei":
il che equivale
a chiedere chi
si debba votare
o non votare

Obblighi

Non esiste una legge generale sul consenso informato, ma norme che ne prevedono l'obbligo in casi specifici: trapianto di rene da vivente, interruzione volontaria gravidanza, aids, attribuzione di sesso; tossicodipendenza, sperimentazione, procreazione assistita, donazione sangue.

C.D'A.

© RIPRODUZIONE
 RISERVATA

Che nessuna persona cosciente e capace possa essere sottoposta a un trattamento sanitario contro, oppure senza, la propria volontà è un principio giuridico ormai consolidato. Da questo consegue che il consenso informato - cioè l'accettazione volontaria da parte del paziente del trattamento medico-chirurgico che gli viene proposto - è ritenuto oggi il presupposto indispensabile per la legittimità di ogni atto medico. Sentenze dei giudici di ogni

grado hanno affermato che, in mancanza di consenso informato, qualsiasi attività sanitaria su una persona cosciente e capace è da ritenersi illecita, indipendentemente dai risultati ottenuti. In sostanza, dalla mancata acquisizione di un valido consenso può derivare una responsabilità legale a carico del medico a prescindere dal fatto che la prestazione eseguita senza la preventiva autorizzazione del paziente abbia prodotto su di lui effetti positivi.

Primo atto da presidente: sospendere la riforma sanitaria. Visita la Cia e fa pace con gli 007: siete gente speciale

Obamacare la scure di Trump

Il neo capo della Casa Bianca ordina lo stop delle misure a medici e pazienti. Ma genera confusione

DAL NOSTRO INVIATO

FEDERICO RAMPINI

WASHINGTON. «Nessuno ha un affetto così forte per la Cia come me. Siete gente speciale. Avete tutto il mio appoggio». Parla lo stesso Donald Trump che poche settimane fa, indignato per le loro rivelazioni sulla sua Russian Connection, diceva: «Questi sono gli stessi che ci ingannarono sulle armi di Saddam Hussein». Bugiardo seriale, Trump esordisce da presidente andando a visitare il quartier generale della Cia a Langley, in Virginia, periferia della capitale. Dà spettacolo, li copre di elogi, li rassicura che «la mia lite con voi è un'invenzione dei media disonesti». Applausi scroscianti dai funzionari della Cia, che comunque ricevono lo stipendio da questo signore e saranno diretti da quel Mike Pompeo che lui ha appena nominato. «Un gioiello, un genio», lo definisce Trump in un'orgia di superlativi, per lo più rivolti a se stesso («sono giovane come un trentenne»), occasionalmente elargiti ai suoi sottoposti.

Venerdì sera la prima picconata alla riforma sanitaria di Barack Obama. Sabato pomeriggio

la visita pacificatrice al quartier generale della Cia, l'agenzia d'intelligence che lo accusa di essere stato aiutato da Vladimir Putin. Trump appena varcata la soglia della Casa Bianca parte a trecento all'ora. Vara provvedimenti su tutto. Compresi i dettagli, le ritorsioni meschine, perché lui è fatto così: indulge nel micro-management. Per esempio fa cancellare subito dal sito del governo ogni riferimento al cambiamento climatico. Vieta ai dipendenti federali dei parchi nazionali l'uso di Twitter, dopo che uno di loro aveva ri-twitato le immagini imbarazzanti della spianata Lincoln Memorial nei confronti 2017-2009. L'Inauguration Day di Trump ha attirato meno della metà di quello di Obama. Il neopresidente s'impermalisce del confronto umiliante e passa metà della conferenza alla Cia a sostenere che le foto aeree erano truccate dai media.

Ma in mezzo a queste minutaglie c'è tempo per la sostanza. È la prima raffica di ordini esecutivi, editti presidenziali su materie che non hanno bisogno di un'approvazione al Congresso. La prima vittima è Obamacare, l'odiatissima riforma sanitaria che fu votata nel 2010 e subito scatenò un impegno solenne a distruggerla da parte della destra repubblicana. Una vera abrogazione di Obamacare richiederà un altro voto di Came-

ra e Senato, andrà inoltre sostituito con un regime alternativo. Quel che Trump fa subito, è ordinare ai ministeri competenti di «sospendere, rinviare o bloccare l'applicazione di quelle misure che sono troppo costose per i pazienti, i medici, o le assicurazioni». È un ordine tanto generico quanto confuso, al punto da risultare di difficile interpretazione. Ridurre i costi della normativa sanitaria è un obiettivo che tutti inseguono, in teoria. Ma ridurli simultaneamente per le assicurazioni e per i pazienti è impossibile: dove per l'assistito c'è un costo, lì c'è un ricavo e un profitto per l'assicurazione. O tuteli l'uno, o l'altra. L'editto presidenziale firmato in tempi record da Trump è un colpo d'immagine per dire ai suoi: io mantengo le promesse. È un'indicazione all'amministrazione, si cambia musica e nessuno deve fare dello zelo nell'applicazione di una legge che l'attuale maggioranza condanna a morte. Buio pesto, invece, su quel che seguirà. Il che riflette delle contraddizioni antiche. La destra da sempre vorrebbe distruggere ciò che considera "socialista" nella riforma Obama: i sussidi federali per consentire ai meno abbienti di comprarsi una polizza sanitaria sul mercato; l'obbligo universale di assicurarsi e le multe per chi contravviene; gli oneri per i datori di lavoro. Viceversa la



stessa destra vorrebbe salvare gli aspetti più popolari nella riforma, per esempio il divieto alle assicurazioni di rifiutare la copertura di chi ha già avuto qualche malattia. Ma Obamacare fu il frutto di un compromesso, un precario equilibrio fra gli interessi delle compagnie assicurative, di Big Pharma, degli ospedali privati. Toccarne un pezzo senza che crollino tutti gli altri, è quasi impossibile.

La Cia è stata "conquistata" sabato pomeriggio. Trump con tempismo e senso dello spettacolo ha fatto dell'agenzia d'intelligence la sua prima preda importante, dopo una guerriglia durata per mesi. È dalla Cia che erano usciti i rapporti più compromettenti sul ruolo degli hacker russi al servizio di Putin, le spettacolari interferenze nella campagna elettorale. Molti dubbi inseguiranno Trump ancora a lungo, perché alcuni dei suoi collaboratori o ex collaboratori rimangono sotto indagine per i loro legami con la Russia. Trump in passato accusò più volte la Cia di diffamarlo, di fare un gioco sporco contro di lui. Ma un presidente non può permettersi avere contro di sé i servizi segreti. Basta dare la colpa ai media, e pace è fatta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA GUERRA DELLE FOTO SU INAUGURAZIONE E PROTESTE

Il luogo è un simbolo ed è sempre lo stesso: il National Mall di Washington, ai piedi di Capitol Hill. Ma la Storia cambia, così come i personaggi. Nel gennaio 2009 furono quasi due milioni le persone radunatesi per assistere all'inizio della presidenza di Barack Obama (foto in alto). Molte di meno, come si vede dalla foto al centro, quelle arrivate per il giuramento di Trump di venerdì. Ma il presidente ieri ha detto che il confronto sarebbe frutto di "ritocchi fotografici" operati dai media per danneggiarlo. In basso, una veduta dall'alto della marcia delle donne anti-Trump, ieri a Washington: almeno mezzo milione i manifestanti.

IL MALTEMPO FERMA OBAMA



PER BARACK E MICHELLE VACANZA A METÀ

Barack e Michelle Obama hanno lasciato Washington a bordo di un elicottero venerdì. Doveva essere l'inizio di un viaggio per Palm Springs, luogo scelto dall'ex presidente per una vacanza. Ma il maltempo ha remato contro: il loro aereo è stato dirottato a 80 chilometri di distanza.