

RASSEGNA STAMPA

12-02-2017

1. GIORNALE Lotta al tumore polmonare
2. AGI Salute: Torino, alla Gam incontro con oncologi su immunoterapia
3. ILFATTOQUOTIDIANO.IT Cancro, un batterio della Salmonella utilizzato per uccidere le cellule tumorali
4. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Gli italiani: sì alla legge sul fine vita
Così i cittadini sorpassano la politica
5. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Federico Gelli - «Presto l'ok in Aula Non è eutanasia»
6. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a Mina Welby - «Troppi rinvii Darò io la sveglia»
7. CORRIERE DELLA SERA Nel mondo 250 mila bambini ogni anno si ammalano di tumore
8. LIBERO Troppa confusione tra i 12-24 enni sul Papilloma virus
9. ESPRESSO La verità, vi prego sui vaccini
10. AVVENIRE Istituto Superiore di Sanità Presentata la nuova squadra con la neo-riorganizzazione
11. ILVELINO.IT Giornata mondiale del malato, Lorenzin: occasione per approfondire il rapporto tra persona e malattia
12. QUOTIDIANO SANITÀ Giornata Mondiale del Malato. Lorenzin: “Si mettano i pazienti al centro del sistema sanitario”
13. HEALTH DESK Stati Uniti: i medici stranieri curano meglio di quelli made in USA
14. CORRIERE DELLA SERA Ora si sa che la «formula» mediterranea aiuta anche a prevenire (e combattere) la depressione
15. CORRIERE DELLA SERA Bisturi molecolari e virus per riparare il Dna
16. CORRIERE DELLA SERA La diagnosi, ancora arranca lo screening neonatale
17. GIORNALE Si diffonde il trapianto della flora intestinale
18. REPUBBLICA Scienziato transgenico per l'elisir di lunga vita "Così ho modificato le mie cellule"
19. GIORNALE Troppi gli esami di laboratorio non sempre sono appropriati
20. GIORNO La tubercolosi torna a uccidere vittima una donna di 55 anni

medicina

ONCOLOGIA: EFFICACE L'ASSOCIAZIONE DI PIÙ FARMACI

Lotta al tumore polmonare

In un paziente su tre si ottiene la riduzione della neoplasia

Luigi Cucchi

■ Il cancro polmonare va combattuto soprattutto con la prevenzione e le diagnosi precoci. Questa neoplasia colpisce molti pazienti anziani con sintomi quali tosse, affanno, dolore e astenia. La terapia comporta un miglioramento dei sintomi. Alla World Conference on Lung Cancer sono stati presentati i dati del programma di studi clinici Abound. Chiediamo quali sono le evidenze emerse dalle più avanzate ricerche al professor Cesare Gridelli, direttore di onco-ematologia all'ospedale Moscati di Avellino e presidente dell'Associazione italiana di Oncologia toracica (AIOT).

«I primi dati relativi all'attività anti-tumorale di carboplatino - ab-paclitaxel confermano la riduzione del tumore in un paziente su tre, la buona tollerabilità del farmaco, la riduzione dei sintomi e il miglioramento della qualità di vita dei pazienti trattati. I dati riguardanti la sopravvivenza sono attesi entro la prima metà del 2017. Le prospettive future vedono proprio per questi pazienti trattamenti meglio tollerati e che potranno allungare la sopravvivenza. In futuro a questa associazione di farmaci si aggiungerà un immunoterapico come atezolizumab. Al momento è molto importante l'evidenza che questa associazione di farmaci rappresenta uno dei principali schemi chemio-



GRIDELLI
Puntiamo sempre più su efficaci trattamenti ben tollerati che prevedono l'unione di più farmaci uniti alla immunoterapia

rapici in associazione all'immunoterapia consentendo di trattare pazienti difficili e di sviluppare terapie efficaci e tollerate». Dal punto di vista clinico si è soliti distinguere due tipologie principali di tumore del polmone che insieme rappresentano oltre il 95% di tutte le neoplasie che colpiscono questi organi: il tumore polmonare a piccole cellule (detto anche microcitoma, 10-15%) e il tumore polmonare

non a piccole cellule (il restante 85% circa), entrambi originati dal tessuto epiteliale che riveste le strutture.

Il tumore a piccole cellule prende origine dai bronchi di diametro maggiore, è costituito da cellule di piccole dimensioni e si presenta in genere nei fumatori, mentre è molto raro in chi non ha mai fumato. La sua prognosi è peggiore rispetto a quella del tumore non a piccole cellule anche



perché la malattia si diffonde molto rapidamente anche in altri organi.

Il tumore non a piccole cellule è a sua volta suddiviso in tre principali tipologie: il carcinoma spinocellulare (detto anche squamocellulare o a cellule squamose) rappresenta il 25-30% dei tumori del polmone e nasce nelle vie aeree di medio-grosso calibro dalla trasformazione dell'epitelio che riveste i bronchi provocata dal fumo di sigaretta. È questo il tumore polmonare con la prognosi migliore. L'adenocarcinoma si presenta invece in circa il 35-40% dei casi e si localizza, al contrario dei precedenti, in sede più periferica e cioè a livello dei bronchi di calibro minore. È il tumore polmonare più frequente tra chi non ha mai fumato e talvolta è dovuto alla presenza di cicatrici polmonari, dovute sovente a vecchie infezioni tubercolari o a pleuriti.

Il carcinoma a grandi cellule è meno frequente (10-15%) e può comparire in diverse aree del polmone. In genere tende a crescere e a diffondersi piuttosto rapidamente. Nel restante 5% dei casi il tumore non prende origine dall'epitelio, ma da tessuti diversi come, per esempio i tessuti nervoso ed endocrino (in questo caso si parla di carcinoide polmonare di origine neuroendocrina) o linfatico (in questo caso si tratta di linfoma polmonare). La diagnosi precoce di questa neoplasia rende più efficaci le cure.



10-02-2017

Lettori
17.555

www.agi.it

Salute: Torino, alla Gam incontro con oncologi su immunoterapia

(AGI) - Torino, 10 feb. - L'immunoterapia. Come e in quali casi funziona? Quanto incide sul miglioramento della sopravvivenza in caso di tumori quali le neoplasie polmonari,ematologiche, urologiche, e sulla qualita' della vita? Sono alcuni dei temi, che saranno dibattuti nel corso di un incontro tra il pubblico ed un'equipe di medici specialisti, in programma il prossimo 14 febbraio alla Gam. L'incontro "Nuove terapie per i tumori: l'immunoterapia", aprira' il nuovo ciclo dei "Martedi' salute" e vedra' la partecipazione degli specialisti Massimo Aglietta, Oscar Bertetto, Mario Boccardo, Silvia Novello e Dario Sangiolo.

Sara' presente all'incontro l'assessore regionale alla sanita', Antonio Saitta, che ricorda: "il Piemonte e' stata la prima regione italiana ad individuare, nell'ambito del proprio Dipartimento di rete oncologica, i Centri di riferimento per la cura delle singole patologie tumorali. Questo significa fornire ai malati oncologici le risposte piu' appropriate, assicurando la qualita' delle prestazioni e la presa in carico in tutto il percorso di cura". "Allo stesso tempo, - aggiunge - l'istituzione dei Centri di riferimento ci permette di utilizzare al meglio le risorse per la lotta contro il cancro, rendendo possibile una programmazione efficiente, valorizzando le competenze disponibili, evitando duplicazioni di servizi e di apparecchiature, decongestionando l'accesso alle cure ospedaliere".(AGI)

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

Cancro, un batterio della Salmonella utilizzato per uccidere le cellule tumorali



SCIENZA

Lo studio dei ricercatori della Chonnam National University di Gwangju, in Corea del Sud, pubblicato su *Science Translational Medicine*, ha testato la tecnica con successo su un gruppo di topi: il cancro è stato ridotto e per la prima volta è stata impedita la metastasi

Un batterio della Salmonella geneticamente modificato in grado di infiltrare i tumori, per stimolare il sistema immunitario a uccidere le cellule maligne. È il risultato di uno studio dei ricercatori della Chonnam National University di Gwangju, in Corea del Sud, pubblicato su *Science Translational Medicine*, che hanno testato la pratica con successo su un gruppo di topi: il cancro è stato ridotto e per la prima volta è stata impedita la metastasi. Per il momento, la squadra di scienziati continuerà a perfezionare la tecnica, ma nei prossimi anni prevede di eseguire studi clinici sugli esseri umani, per vedere se il batterio *Salmonella typhimurium* che hanno utilizzato potrà diventare una sicura ed efficace terapia antitumorale.

Il cancro tende a svilupparsi e attaccare le altre cellule perché è praticamente invisibile alle difese del corpo umano: il sistema immunitario infatti non riconosce le cellule canaglia perché non sono invasori stranieri. Per attivare il sistema immunitario e fargli attaccare il cancro, gli scienziati hanno provato diversi tipi di trucchi, spiega *Science*, tra cui appunto quello

di infettare il tessuto tumorale con dei batteri. Solo uno di questi trattamenti ha però finora **ricevuto l'approvazione della** Food and Drug Administration: una terapia per il trattamento del cancro della vescica. Per il momento infatti, con queste tecniche i tumori tendono a tornare e i batteri stessi risultano essere tossici.

Il team di ricercatori sudcoreani, guidato dai biologi Jung-Joon min e Joon Haeng Rhee, **ha tentato di usare come 'cavallo di Troia' la *Salmonella typhimurium***, un microbo a forma di bastoncino noto per causare la maggior parte dei casi di intossicazione alimentare, per infiltrare i tumori con una proteina che stimola **la risposta immunitaria dell'organismo. In particolare, scrive *Science***, gli scienziati hanno privato il batterio dei geni responsabili della patogenicità, che può causare gastroenteriti, per inserire al loro posto un gene che codifica per la proteina flagellina B (FlaB), ricavato da un altro batterio, il *Vibrio vulnificus*, che infetta i frutti di mare al largo della costa sud-coreana.

Hanno quindi deciso di testare gli effetti della Salmonella modificata sul cancro. In una serie di esperimenti hanno iniettato il batterio in 20 topi con tumori del colon umani. Dopo tre giorni dalla somministrazione, il numero di batteri nei tumori era 10.000 volte superiore a quello dei batteri presenti negli organi vitali, dove peraltro non hanno causato alcun effetto patologico. Nel giro di 120 giorni, i tumori erano rilevabili solo in 11 dei 20 topi, che sono rimasti in buona salute per **tutto l'esperimento**. Anche nei topi che mostravano già metastasi, queste si sono ridotte. Inoltre nel gruppo dei topi trattati si sono manifestate solo tre metastasi, contro le 44 osservate nel gruppo di topi di controllo (non trattati).

Come conclude *Science*, la proteina FlaB, interagendo con il batterio della Salmonella, **ha la capacità di stimolare l'attività di alcuni** globuli bianchi che aumentano notevolmente il tasso di cellule tumorali fagocitate. Le cellule immunitarie diventano **più aggressive, hanno spiegato i ricercatori in una mail, "passando da dottor Jekyll a Mr. Hyde"**. **Se sarà possibile replicare la tecnica sugli esseri umani, sarà un** importante passo avanti nel campo della ricerca sulle terapie batteriche per combattere il cancro.

Fine vita, fate una legge

Il nostro sondaggio Due terzi degli italiani invocano il testamento biologico Stallo in Parlamento. Mina Welby: sono pronta a gesti eclatanti

NOTO, PASSERI e BUTICCHI
Alle pagine 2 e 3

Gli italiani: sì alla legge sul fine vita Così i cittadini sorpassano la politica

Ferma in Parlamento la norma che il 66% auspica. D'accordo i cattolici



di ANTONIO NOTO (*)

DECISIONE PERSONALE

Il 56% sostiene che la scelta di morire spetti alla persona anche in assenza di una legge

* ROMA

L'ITALIA e l'Irlanda sono gli unici Paesi in Europa che ancora non hanno varato una regolamentazione della possibilità di poter ricorrere all'eutanasia. Pertanto rimane un reato poter decidere del proprio fine vita, in quanto ai medici non è permesso 'staccare la spina', pur in presenza della consapevolezza piena del paziente. Nel frattempo il Parlamento italiano non trova l'accordo per poter approvare una legge sul testamento biologico.

Se la politica non decide, i cittadini al contrario hanno le idee chiare sul modo in cui dovrebbe essere affrontata questa tematica. L'interesse è molto alto, visto che i due terzi della popolazione dichiarano di seguire l'evoluzione e si aspettano una decisione da parte del Parlamento.

È da notare che la richiesta di promulgare una legge per il diritto all'eutanasia non è una opinione che vede contrapposti cattolici e non in maniera netta. Infatti se è vero che il 66% della popolazione è in attesa che ci sia una regolamentazione sul fine vita, tra i cattolici non praticanti questa percentuale è del 60%, mentre tra quelli praticanti scende al 42%. Comunque si tratta di percentuali

significativamente alte che dimostrano come questa tematica non sia ascrivibile alla semplice contrapposizione religiosa, in quanto è pienamente trasversale e abbia assunto, nel tempo, sempre di più la dimensione sociale, perdendo in parte quella religiosa.

SE SI PASSA dall'attesa della regolamentazione al dichiararsi favorevoli o contrari alla legalizzazione dell'eutanasia le percentuali non cambiano di molto. Infatti anche in questo caso si registra una maggioranza di giudizi a favore (54%) contro il 28% che si dichiara contrario. Poiché i cattolici rappresentano il 70% della popolazione, è facile comprendere che anche una buona parte di questi (sia praticanti sia non praticanti) si mostra favorevole alla richiesta di una legge che regoli l'eutanasia. Non solo. Uno dei dati più importanti è che i cittadini hanno sviluppato un concetto che vede slegata l'idea che una legge possa decidere su un comportamento che attiene maggiormente alla volontà del singolo individuo.

INFATTI è interessante notare che il 56% degli italiani dice che l'eutanasia deve essere decisa dalla persona indipendentemente dalla Legge, mentre circa un terzo pensa che sia giusto che ci sia un ambito legale che metta ordine in questa problematica. Insomma è come se gli italiani percepissero il tema della fine vita unicamente in senso etico, tanto etico da ritenere che la volontà della persona debba essere superiore alla legislazione e che quindi su questo argomento non è necessario promulgare leggi ma decidere sul-

la base della propria coscienza. A rafforzare questa ipotesi c'è un altro dato, cioè che il 54% ritiene che l'eutanasia debba essere vista come un diritto di autodeterminazione del cittadino in tema di salute, al contrario il 28% la vede come un suicidio assistito a carico dello Stato. Ovviamente le percentuali più discordanti si registrano tra chi pensa che sia giusto come concetto avere la libertà di poter decidere per l'eutanasia e chi, invece, la prenderebbe in considerazione per se o per i suoi cari.

ANCHE SE la maggioranza degli italiani conferma che in casi estremi potrebbe considerare la pratica dell'eutanasia (48% contro il 40%), prevale maggiormente il concetto che un Paese moderno debba lasciare liberi i cittadini nel decidere su questa eventualità (53% contro il 42%).

Infine le responsabilità che in Italia non sia ancora permessa l'eutanasia sono divise quasi equamente tra la Chiesa e la Politica. Infatti il 42% pensa che i parlamentari e i partiti politici siano un elemento di freno a una eventuale legge, mentre un ulteriore 38% indica la presenza del Vaticano come fattore che rallenta la decisione del legislatore. Insomma per gli italiani il testamento biologico è un tema etico che afferisce alla sfera personale e non alle decisioni politiche.

* direttore IPR Marketing





Il ddl in Aula il 20

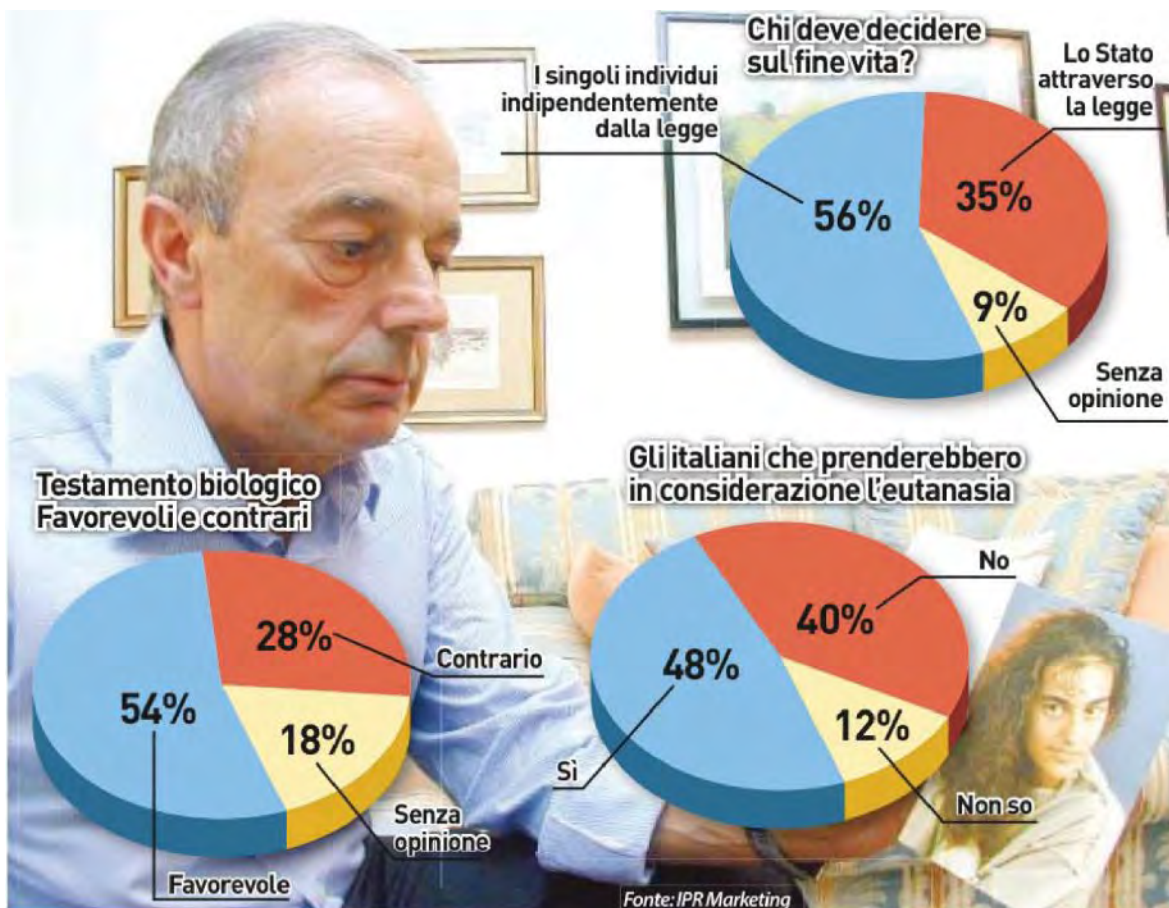
Il ddl sul testamento biologico è ancora fermo in commissione Affari costituzionali alla Camera. Il testo dovrebbe approdare in Aula il 20, salvo ulteriori ritardi

In stallo per 3 anni

La proposta di legge di iniziativa popolare dell'Associazione Luca Coscioni è stata ferma oltre 3 anni. Oggi l'obiettivo è approvare la legge entro la fine della legislatura

Via alle «Dat»

Il testo base introduce le Dat, Dichiarazioni anticipate di trattamento, che prevedono consenso informato e facoltà per il paziente di fermare le cure a cui è sottoposto



Dir. Resp.: Andrea Cangini

FEDERICO GELLI (PD)

«Presto l'ok in Aula Non è eutanasia»



La norma garantisce l'equilibrio tra i diritti alla salute e alla libertà personale. Il Pd? Non si spaccherà

■ ROMA

«**ANCHE** sedute notturne per scongiurare il rinvio. Perché la legge sul testamento biologico garantisce «il giusto equilibrio tra il sacrosanto diritto alla salute e quello alla libertà personale». Ne è convinto il responsabile Sanità del Pd, Federico Gelli, che assicura: i dem non si spaccheranno su questo anche «se c'è chi lo spera».

La legge sul testamento biologico rischia un altro rinvio?

«Il rinvio è stato chiesto nelle scorse settimane, dopo il taglio di quasi 3.000 emendamenti, per procedere con un esame attento delle 265 proposte di modifica rimaste in campo. Da questa settimana avranno inizio sessioni intensive, il testo arriverà in Aula nei tempi previsti. Se necessario le sedute si prolungheranno oltre le 20».

A quali esigenze e a quali diritti risponde questa legge?

«Le principali novità riguardano il consenso informato e le Dat (disposizioni anticipate di trattamento) che consentono alla persona di autodeterminarsi, esprimendo le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, compresi il consenso o il rifiuto rispetto a scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Viene inoltre prevista la possibilità di indicare una

persona di fiducia».

C'è chi dice che così si introduce l'eutanasia in Italia...

«È una falsità. Anche nei casi riguardanti la possibile scelta da parte dei pazienti di interrompere le proprie terapie, non siamo in presenza di un intervento eutanasi. Non si parla mai della possibilità di un intervento 'attivo' che porti a un'interruzione della vita, ma solo della possibilità da parte del paziente di opporre il suo rifiuto a forme di accanimento terapeutico. È una legge sul consenso informato, non sull'eutanasia».

I contrari sostengono che i medici siano ridotti a meri esecutori testamentari...

«Non è assolutamente così. La nutrizione e l'idratazione artificiale sono a tutti gli effetti trattamenti sanitari, peraltro molto invasivi, che il paziente può quindi liberamente decidere di voler interrompere. Ma questo non vuol dire far morire la persona di fame e di sete. Sul punto sono concordi tutte le più autorevoli società scientifiche».

Secondo alcuni, Renzi e i suoi tenterebbero di far cadere su questa legge il governo Gentiloni...

«Siamo di fronte a una legge parlamentare e il rappresentante del governo si è sempre rimesso alla maggioranza espressa nella commissione. Non vedo proprio queste forzature di cui parla, forse strumentalmente, l'onorevole Roccella».

Sul tema il Pd già diviso rischia un'altra spaccatura?

«Forse c'è chi spera questo. Ma è un'ipotesi che posso escludere senza alcun dubbio: è una legge che riesce a trovare in maniera adeguata un equilibrio tra diverse sensibilità».

Ieri Welby ed Eluana Englaro, oggi l'appello del dj Fabo: cosa si sente di dire a queste famiglie?

«Inutile fare promesse e lanciare appelli. Preferisco lavorare in silenzio in Parlamento. E sono sicuro che in tempi brevi riusciremo a dare finalmente una risposta a tutti loro».

Veronica Passeri



Dir. Resp.: Andrea Cangini

MINA WELBY

«Troppi rinvii Darò io la sveglia»

“
Ci sono
parlamentari
che ostacolano
queste misure
di civiltà
Il Paese
è maturo:
tanti chiedono
di cambiare

Veronica Passeri
■ ROMA

SONO PASSATI dieci anni da quando Mina Welby, insieme a un medico anestesista, aiutò suo marito Piergiorgio, gravemente malato, a morire, e lei, a 79 anni, ancora si batte perché in Italia venga fatta una legge per una morte dignitosa. Se ci saranno ancora rinvii per l'approdo in aula del ddl sul biotestamento, previsto per il 20 febbraio, è pronta a un «gesto eclatante».

Signora Welby teme che non se ne faccia nulla nemmeno stavolta della legge sul biotestamento?

«Spero non succeda, comunque, cercherò di fare qualcosa di eclatante, vedrò di inventarmi qualcosa perché ci si sbrighi. C'è chi fa perdere tempo anche in commissione e sono quelli che una legge non la vogliono. Ci sono ancora quasi 200 emendamenti da discutere e votare, speriamo bene».

Con questa legge viene introdotta l'eutanasia in Italia?

«No, assolutamente, non è un pro-dromo dell'eutanasia. Anzi. È una buona legge, scritta bene, la posso-nò capire tutti. È una misura nella quale viene davvero tutelata la vo-

lontà del malato e che, se applicata bene, aiuterà molte persone a non andare in Svizzera e a non avere nemmeno bisogno di una legge sull'eutanasia. Poi, nella prossima legislatura, basterebbe aggiungere un articolo, tirando fuori la nostra legge dal cassetto della commissione e si andrebbe oltre il testamento biologico. Ma questo non è l'argomento dei provvedimenti ora in discussione».

È un tema che spacca l'Italia questo?

«Non si spacca l'Italia manco per niente, il 77% degli italiani è a favore del testamento biologico: si tutela il diritto di morire dignitosamente, è una legge necessaria. Il Paese è maturo: sono molte le persone che ci scrivono e che vogliono fare il testamento biologico ma, dicono, non c'è la legge. Noi (è co-presidente dell'Associazione Luca Coscioni, ndr) invitiamo intanto a parlarne con il proprio medico. L'eutanasia è un'altra cosa».

Manca qualcosa a questa legge?

«La relatrice, l'onorevole Donata Lenzi, è molto brava. Peccato che sia stata cassata la nostra richiesta di inserire la sedazione profonda, ci è stato replicato che era già contenuta nelle cure palliative. Insomma, è una cosa che si fa: su questo sarebbe servito più coraggio, anche per dare sicurezza ai medici e fare le cose alla luce del sole. Piergiorgio è stato sedato ed è morto dopo 40 minuti, la sedazione è bastata per il tempo che serviva».

I deputati cattolici sostengono che con questa legge il medico diventa «un mero esecutore testamentario»...

«Ma no, è lui che capisce, guida, aiuta, accompagna. Diciamo che non deve aver paura di guardare la morte in faccia. Io vorrei che ogni medico di base fosse formato e diventasse anche un medico palliativo e che le cure palliative fossero per tutti quelli che vanno verso la fine e non solo per chi ha il cancro».



 Il numero

Nel mondo 250 mila bambini ogni anno si ammalano di tumore

In Italia sono circa 1.800 i nuovi casi all'anno di tumore tra i bambini e 800 tra i ragazzi dai 15 ai 19 anni: grazie ai passi avanti dell'oncologia pediatrica e dalla ricerca scientifica oggi oltre il 70% di loro guarisce. Ma il cancro rimane comunque la prima causa di morte per malattia nei più piccoli. Per sostenere le cure mediche nell'oncologia pediatrica e per promuovere l'informazione e la divulgazione scientifica in questo ambito, dal 2014 Fondazione Umberto Veronesi ha avviato il progetto Gold for Kids che dal 3 febbraio al 31 marzo è possibile sostenere grazie al numero solidale 45540. Con un Sms da telefono cellulare o una chiamata da rete fissa al 45540 si possono donare 2 o 5 euro per contribuire a garantire ai bambini malati di tumore le cure più efficaci, migliorare la loro qualità di vita e aumentare la probabilità di successo delle cure. Per informazioni: goldforkids.fondazioneveronesi.it.

70%

La percentuale di guarigione nei tumori infantili grazie a progressi dell'oncologia pediatrica. Ma non basta



Un'indagine ad hoc del Censis per Sanofi Pasteur-MSD

Troppa confusione tra i 12-24 enni sul Papilloma virus

■ ■ ■ MATILDE SCUDERI

■ ■ ■ Quasi la totalità dei giovani italiani - il 93,8 per cento - ha sentito parlare di infezioni e malattie sessualmente trasmesse, eppure i dati emersi dalla ricerca condotta intervistando un campione di 1.000 ragazzi di 12-24 anni 'Conoscenza e prevenzione del Papillomavirus e delle patologie sessualmente trasmesse tra i giovani in Italia' rivelano che vige una certa confusione in materia. La ricerca, realizzata dal Censis con il supporto non condizionante di Sanofi Pasteur-MSD e distribuita da MSD Italia, è stata presentata nei giorni scorsi a Roma da Kety Vaccaro, responsabile dell'area welfare e salute del Censis e discussa da un team di esperti che ha sottolineato la

necessità di adottare strategie nuove per educare alla prevenzione e di puntare su una comunicazione efficace, tarata sul target cui è rivolta. In effetti la scuola non si è rivelata del tutto efficace nel veicolare contenuti inerenti alla salute sessuale. Per ottenere risposte a tal proposito i ragazzi si rivolgono ad amici, media e social network - perché sono canali con cui si trovano maggiormente a proprio agio - con basse probabilità di avere informazioni attendibili. Il caso del Hpv è esemplare: l'83,5 per cento delle ragazze ha sentito parlare del Hpv ma solo 44,9 per cento dei maschi. Rispetto alle modalità di trasmissione, la gran parte cita i rapporti sessuali completi - 81,8 per cento - ma solo il 58 per cento sa che l'Hpv si può trasmettere attraverso rapporti sessuali non completi. Inoltre per il 64,6 per cento del campione il preservativo è uno strumento sufficiente a prevenire il virus, ma solo il 17,9 per cento sa che non è possibile eliminare i rischi di contagio se si è sessualmente attivi.



Salute

La verità, vi prego, sui vaccini

Letizia Gabaglio

Quando si parla di vaccini le parole sono importanti. È sul passaparola che si fonda l'idea che siano pericolosi, che causino danni neurologici, che facciano arricchire le case farmaceutiche. È purtroppo sulle parole di alcuni medici - ora per fortuna pubblicamente sanzionati dagli Ordini regionali - che si basa la sicurezza degli antivax. Sappiamo per esempio che lo studio che svelava il legame fra vaccino MPR e autismo era costruito ad arte per dimostrare il falso. Eppure le coperture vaccinali sono in calo: siamo scesi sotto la soglia del 95 per cento, considerata di sicurezza dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sotto questo limite salta la cosiddetta "immunità di gregge", cioè la protezione anche per chi non si può vaccinare o dei piccolissimi, come testimoniano i casi di bambini morti di difterite, pertosse, morbillo. Cosa fare allora per invertire la tendenza? La Regione Emilia Romagna è stata la prima a stabilire l'obbligo di vaccinazione per i bambini che vogliono andare al nido, pubblico o privato che sia. Seguita più recentemente anche dalla Toscana. Ma mentre nel primo caso si fa ancora la differenza fra vaccini obbligatori (contro poliomielite, epatite B, tetano e difterite) e "raccomandati" (tutti gli altri contenuti nel piano vaccinale), nel secondo questa distinzione sparisce. Un passo importante perché non ci sono vaccini indispensabili e altri accessori. Al contrario, gli esperti dicono che è importante farli tutti e ci sono solo età e situazioni di maggiore o minore rischio. Uno studio condotto dagli esperti del progetto europeo Asset, inoltre, ha dimostrato che, in Europa, il livello di copertura vaccinale è indipendente dall'obbligo stabilito per legge. È quindi importante usare le parole, e quelle giuste, per cercare di far comprendere a tutti il rischio che si corre, e si fa correre agli altri, decidendo di non vaccinarsi. ■



Dal presidente e dal direttore generale

Istituto Superiore di Sanità Presentata la nuova squadra con la neo-riorganizzazione

Parte la nuova organizzazione e la nuova squadra di ricercatori alla guida dell'ISS, il più grande Istituto di Sanità pubblica in Italia e in Europa. Sei Dipartimenti, sedici Centri Nazionali, due Centri di Riferimento e un Organismo Notificato compongono la nuova area tecnico-operativa dell'Istituto Superiore di Sanità, nel rispetto della storia e dell'identità dell'Istituto ma con nuove competenze. Accanto alle attività tradizionali di studio e ricerca, controllo e sorveglianza in materie come neuroscienze, malattie infettive, sicurezza alimentare, oncologia, ambiente o malattie cardiovascolari sono stati creati un Centro di Valutazione delle tecnologie sanitarie, uno per quelle innovative in Sanità Pubblica, un Centro Nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure, uno per la Telemedicina, in modo da fornire indicazioni per supportare le scelte di ciò che è realmente efficace evitando sprechi e dispersioni di energie una-

ne e finanziarie. «Abbiamo disegnato un Istituto coerente con la sua missione principale di tutelare la salute pubblica - dichiara Walter Ricciardi, Presidente dell'ISS - valorizzando le alte competenze di cui dispone, capaci di produrre in un anno oltre 12 mila interventi tra controlli, valutazioni, pareri e ispezioni. Ma il nuovo Istituto sarà in grado anche di investire sempre più risorse nella ricerca. È in crescita la previsione del finanziamento di progetti di ricerca scientifici. A fonte del finanziamento di 30 milioni di euro ottenuto lo scorso anno le entrate previste per il 2017 ammontano a circa 35 milioni. Questa è una delle nostre priorità perché è una ricerca pensata per tradursi in diagnosi e cura, a diventare tecnologia e a rappresentare uno strumento competitivo per la crescita economica del Paese». La ristrutturazione, pur sommando nuove competenze, è riuscita a eliminare molti duplicati. C'è stata una forte contrazione dei reparti che da 123 sono diventati 50 distribuiti in tutte le nuove strut-

ture, aggregati secondo un disegno complesso ma coerente di funzioni trasversali. «Per conciliare la missione dell'ISS alla sostenibilità economica - afferma Angelo Del Favero, Direttore Generale dell'ISS - serviva una macchina più efficiente e più snella. Il nostro modello permetterà un recupero in termini di costi/benefici di circa due milioni l'anno, una cifra che reinvestiremo in salute, a vantaggio dei cittadini». Quale diario di viaggio del rinnovato Istituto Superiore di Sanità, è stata presentata anche la prima newsletter online dell'ISS. Il numero zero di 'AL-LISS' contiene gli editoriali del Presidente e del Direttore Generale sul riordino, le presentazioni di Dipartimenti e Centri, i curricula dei direttori ed è consultabile all'indirizzo www.iss.it/newsletter. (E. S.)



ABBONATI

AGV NEWS
Agenzia Giornalistica il Velino

il VELINO.it



Politica | Economia | Esteri | Cronaca | Interni | Latino America | Ambiente ed Energia | Giochi e Scommesse | Agroalimentare | Terzo Settore | Cultura
Lazio/RomaCapitale | Sicilia | Calabria | Campania | Newsletter | Il Governo Informa | Notiziario Generale | Archivio

Il Governo Informa

Giornata mondiale del malato, Lorenzin: occasione per approfondire il rapporto tra persona e malattia

Il messaggio del ministro della Salute

di Redazione | 17:34 - 16 ore fa | fonte ilVelino/AGV NEWS | Roma



Roma, 17:34 - 16 ore fa (AGV NEWS)

“La Giornata Mondiale del Malato che si celebra oggi rappresenta un’occasione importante per approfondire e riflettere sul rapporto tra persona e malattia. La malattia è una fase delicata, a volte drammatica della vita, a cui alla sofferenza data dalla patologia purtroppo si può associare la solitudine e l’assenza di un supporto adeguato ad alleviare le difficoltà di chi soffre e delle loro famiglie”. Inizia così il messaggio inviato dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. “Il malato deve essere al centro del sistema sanitario, sia a livello italiano sia a livello mondiale, perché i sistemi non possono essere fatti in funzione delle strutture, né di una burocratizzazione del sistema che perde di vista il concetto di cura - spiega -. Regole che, per esempio, nel nostro Paese variano da regione a regione per cui si ha accesso a farmaci o a prestazioni in modo differente a seconda dell’indirizzo di residenza, a volte con differenze che si traducono in una vera e propria ingiustizia. Ed è per questo che bisogna cercare di far comprendere anche a chi non è del settore la complessità del SSN, che è necessario fare uno sforzo superando logiche ragionieristiche e rimettendo il malato al centro della nostra politica, perché è lui il protagonista, quello che conta”.

“In questo contesto - prosegue il ministro - dobbiamo ricordare e ritrovare le nostre radici culturali, il senso dell’universalismo e il solidarismo di cui ritroviamo quotidiane testimonianze nella generosa opera dei volontari o di quegli operatori che troppo spesso lavorano in condizioni critiche. Al contempo occorre riprendere un percorso culturale che faccia perno sulla dignità del paziente, perché la malattia non definisce ciò che noi siamo, ma è una fase della nostra vita che incide sulla nostra esistenza e sulle persone che stanno intorno a noi. Ma spesso, come dicevo, di tutto ciò ce ne dimentichiamo. E penso a quando emarginiamo i malati, quando abbiamo paura della malattia, quando pensiamo per esempio che una persona con una malattia degenerativa non possa assumere responsabilità. Ogni volta che ci fermiamo a guardare solo il corpo e non l’uomo in sé - sottolinea Lorenzin -. Ribadisco, invertire questa rotta è la nostra missione e ogni giorno nella nostra attività istituzionale proviamo a riportare



Tweet di @ilvelino



nelle politiche sanitarie una visione e un'assistenza del malato che sia uniforme sul territorio nazionale, concentrandoci sulla qualità dei servizi e su come vengono erogati".

HiOPdf Evaluation 02/12/2017

Per la responsabile del dicastero della Salute "di lavoro ce n'è ancora molto da fare ma in questi anni abbiamo fatto molti passi in avanti. Penso all'importantissima Legge sul 'Dopo di noi', un provvedimento che abbiamo fortemente voluto e che dobbiamo costruire, partendo da alcuni tipi di patologie, per aiutare i malati e le famiglie, che oggi si ritrovano paradossalmente a doversi sobbarcare tutto il peso della cura e dell'assistenza. Ma permettetemi di ricordare anche i Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che, finalmente, dopo venti anni, sono stati aggiornati: è stato ampliato l'elenco delle malattie rare (oltre 110 tra singole malattie rare e gruppi di malattie) curate in regime di esenzione; sono state inserite sei nuove malattie croniche esenti e sono state introdotte prestazioni ad elevatissimo contenuto tecnologico (ad es. l'adroterapia) per la cura di alcuni tumori. A ciò si aggiunga anche la predisposizione del Piano nazionale di prevenzione vaccinale che prevede la somministrazione completamente gratuita - agli aventi diritto - dei vaccini. Ma non c'è solo l'Italia. Oggi è la Giornata mondiale del malato e per questo dobbiamo ricordarci sempre che malattie che possono sembrarci non critiche come l'influenza o che sono facilmente curabili, in gran parte del mondo possono causare la morte, ed è per questo che è fondamentale lavorare per costruire una rete assistenziale efficace anche nei luoghi più disagiati. La salute è un baluardo di democrazia, di civiltà, di umanità e di solidarietà. E noi dobbiamo operare perché i paesi che oggi sono considerati del 'Terzo Mondo' diventino 'Primo Mondo' - conclude Lorenzin -. Abbiamo visto per esempio con il caso Ebola come sia fondamentale aiutare quei popoli che sono più in difficoltà anche per garantire la salute mondiale. Tutto ciò ci aiuterà anche a risolvere i grandi problemi dei flussi migratori, delle persone che fuggono dalla fame, dalla sete e dalla malattia".

[Redazione](#) | [Abbonamenti](#) | [Contatti](#) | [Note Legali](#) | [Privacy](#)

FCS Communications s.r.l. Società Editrice de il Velino/AGV NEWS Agenzia Giornalistica il Velino
Direttore responsabile: Luca Simoni - Direttore editoriale: Paolo Pollichieni - Presidente: Luca Simoni - Amministratore delegato: Fausto Simoni
Tel. 0661523311 r.a. - Fax 0664508643 - Reg. Trib. di Roma N° 528/98 - Codice Fiscale e Partita IVA: 12162651009

Sabato 11 FEBBRAIO 2017

Giornata Mondiale del Malato. Lorenzin: “Si mettano i pazienti al centro del sistema sanitario”

"Dobbiamo ricordare e ritrovare le nostre radici culturali, il senso dell'universalismo e il solidarismo di cui ritroviamo quotidiane testimonianze nella generosa opera dei volontari o di quegli operatori che troppo spesso lavorano in condizioni critiche. Al contempo occorre riprendere un percorso culturale che faccia perno sulla dignità del paziente, perché la malattia non definisce ciò che noi siamo". Questo il messaggio lanciato dalla ministra della Salute.

"La Giornata Mondiale del Malato che si celebra oggi rappresenta un'occasione importante per approfondire e riflettere sul rapporto tra persona e malattia. La malattia è una fase delicata, a volte drammatica della vita, a cui alla sofferenza data dalla patologia purtroppo si può associare la solitudine e l'assenza di un supporto adeguato ad alleviare le difficoltà di chi soffre e delle loro famiglie". Così la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, interviene oggi in occasione della Giornata Mondiale del Malato.

"Il malato deve essere al centro del sistema sanitario, sia a livello italiano sia a livello mondiale, perché i sistemi non possono essere fatti in funzione delle strutture, né di una burocratizzazione del sistema che perde di vista il concetto di cura. Regole che, per esempio, nel nostro Paese variano da regione a regione per cui si ha accesso a farmaci o a prestazioni in modo differente a seconda dell'indirizzo di residenza, a volte con differenze che si traducono in una vera e propria ingiustizia. Ed è per questo - prosegue la ministra - che bisogna cercare di far comprendere anche a chi non è del settore la complessità del Ssn, che è necessario fare uno sforzo superando logiche ragionieristiche e rimettendo il malato al centro della nostra politica, perché è lui il protagonista, quello che conta".

"In questo contesto dobbiamo ricordare e ritrovare le nostre radici culturali, il senso dell'universalismo e il solidarismo di cui ritroviamo quotidiane testimonianze nella generosa opera dei volontari o di quegli operatori che troppo spesso lavorano in condizioni critiche. Al contempo occorre riprendere un percorso culturale che faccia perno sulla dignità del paziente, perché la malattia non definisce ciò che noi siamo, ma è una fase della nostra vita che incide sulla nostra esistenza e sulle persone che stanno intorno a noi. Ma spesso, come dicevo - aggiunge - di tutto ciò ce ne dimentichiamo. E penso a quando emarginiamo i malati, quando abbiamo paura della malattia, quando pensiamo per esempio che una persona con una malattia degenerativa non possa assumere responsabilità. Ogni volta che ci fermiamo a guardare solo il corpo e non l'uomo in sé".

"Ribadisco, invertire questa rotta è la nostra missione e ogni giorno nella nostra attività istituzionale proviamo a riportare nelle politiche sanitarie una visione e un'assistenza del malato che sia uniforme sul territorio nazionale, concentrandoci sulla qualità dei servizi e su come vengono erogati. Di lavoro ce n'è ancora molto da fare ma in questi anni abbiamo fatto molti passi in avanti. Penso all'importantissima Legge sul 'Dopo di noi', un provvedimento che abbiamo fortemente voluto e che dobbiamo costruire, partendo da alcuni tipi di patologie, per aiutare i malati e le famiglie, che oggi si ritrovano paradossalmente a doversi sobbarcare tutto il peso della cura e dell'assistenza. Ma permettetemi di ricordare anche i Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) che - sottolinea Lorenzin - finalmente, dopo venti anni, sono stati aggiornati: è stato ampliato l'elenco delle malattie rare (oltre 110 tra singole malattie rare e gruppi di malattie) curate in regime di esenzione; sono state inserite sei nuove malattie croniche esenti e sono state introdotte prestazioni ad elevatissimo contenuto tecnologico (ad es. l'adroterapia) per la cura di alcuni tumori. A ciò si aggiunga anche la predisposizione del Piano nazionale di prevenzione vaccinale che prevede la somministrazione completamente gratuita - agli aventi diritto - dei vaccini".

"Ma non c'è solo l'Italia. Oggi è la Giornata mondiale del malato e per questo dobbiamo ricordarci sempre che malattie che possono sembrarci non critiche come l'influenza o che sono facilmente curabili, in gran parte del mondo possono causare la morte, ed è per questo che è fondamentale lavorare per costruire una rete

assistenziale efficace anche nei luoghi più disagiati. La salute è un baluardo di democrazia, di civiltà, di umanità e di solidarietà. E noi dobbiamo operare perché i paesi che oggi sono considerati del 'Terzo Mondo' diventino 'Primo Mondo'. Abbiamo visto per esempio con il caso Ebola come sia fondamentale aiutare quei popoli che sono più in difficoltà anche per garantire la salute mondiale. Tutto ciò - conclude - ci aiuterà anche a risolvere i grandi problemi dei flussi migratori, delle persone che fuggono dalla fame, dalla sete e dalla malattia".

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



Il medico di origine indiana Vivek Hallegere Murthy. A fine 2014 è stato nominato dal presidente Barack Obama Surgeon General of the United States

RISORSA PREZIOSA

Stati Uniti: i medici stranieri curano meglio di quelli made in USA

Il rapporto pubblicato sul Bmj arriva al momento giusto. I camici bianchi con una laurea straniera curano meglio di quelli con un diploma made in Usa. Significa che i sistemi di selezione del personale funzionano e che chiudere le frontiere vuol dire rinunciare a una risorsa preziosa

Tutti contro Trump. Negli ultimi giorni le critiche al decreto sull'immigrazione firmato dal presidente degli Stati Uniti hanno campeggiato sulle home page delle più prestigiose istituzioni scientifiche americane: bloccare le frontiere fa male alla scienza. E quando la scienza in questione è la medicina, le conseguenze di quelle scelte politiche diventano ancora più temibili. C'è in gioco la qualità delle cure offerte ai cittadini. Le proteste dei medici americani rimbalzano sulle più note riviste di scienza made in Usa, dal [Scientific American](#) al [New England Journal of Medicine](#) tanto per citarne alcuni.

Il messaggio in sintesi è sempre lo stesso: senza il personale straniero gli ospedali non possono garantire servizi efficienti. Limitare gli ingressi da qualunque paese può trasformarsi in un pericoloso boomerang per la salute della popolazione statunitense. Come dimostrarlo?

Proprio al momento giusto arriva [dalle pagine del Bmj](#), servito su un piatto d'argento, un

rapporto che dimostra, dati alla mano, non solo che i medici stranieri sono bravi quanto quelli americani, ma che i loro pazienti muoiono di meno. Vale ovviamente per tutti, anche per chi proviene dai 7 paesi della black list.

Ed è un dato da sottovalutare visto che negli Usa più di un quarto dei medici e dei chirurghi provengono dall'estero e si sono laureati in università di altri paesi. Molti di loro hanno ottenuto la cittadinanza, ma una consistente percentuale (il 7,5 % di tutti i medici) possiede un visto lavorativo.

Rinunciare a queste risorse vuol dire darsi la zappa sui piedi. Sì perché dall'indagine pubblicata sul Bmj emerge che il tasso di mortalità tra i pazienti presi in cura dai dottori stranieri è più basso di quello registrato tra i malati affidati ai medici americani. In realtà parlare di stranieri, di americani e di nazionalità diverse è una comoda semplificazione a cui però dobbiamo rinunciare. Al centro della ricerca infatti ci sono i titoli accademici e non i dati anagrafici: i laureati nelle università americane vengono cioè paragonati a quelli con un diploma conseguito all'estero.

Ebbene, dall'analisi dei dati di più di 1 milione di pazienti over 65 curati negli ospedali americani tra il 2011 e il 2014 emerge che le cure dei medici con titoli stranieri sono più efficaci: il rischio di mortalità per i pazienti affidati a loro è dell'11,2 per cento in confronto al 11,6 per cento dei pazienti in cura da diplomati made in Usa. Il distacco non è particolarmente ampio, ma è degno di attenzione visto che di solito i dottori "stranieri" sono incaricati di seguire i pazienti più difficili.

Il dato diventa ancora più evidente quando i ricercatori descrivono i risultati dell'indagine in altri termini: per ogni 250 pazienti trattati dai medici con laurea americana la vita di un paziente potrebbe venire salvata se la qualità delle cure fosse equivalente a quella dei colleghi con un titolo di studio preso all'estero.

Una delle spiegazioni più plausibili del singolare scenario, dicono i ricercatori, è che le attuali strategie di selezione del personale che proviene da altri paesi funzionano bene: la scelta ricade sui medici migliori. Gli aspiranti al camice bianco devono passare due esami per la verifica delle loro conoscenze e un test sulle abilità clinico e proseguono la loro formazione con un tirocinio lavorativo in un ospedale.

«Questi risultati devono rassicurare i politici e i cittadini - scrivono gli autori del rapporto - sul fatto che l'attuale sistema di reclutamento del personale medico negli Usa è sufficientemente rigoroso e assicura un'alta qualità di cure».

Ora si sa che la «formula» mediterranea aiuta anche a prevenire (e combattere) la depressione

Carboidrati integrali

Mantengono in equilibrio i livelli di zucchero nel sangue e stimolano i neurotrasmettitori cerebrali come la serotonina

Una dieta sana e bilanciata previene il diabete, i tumori, le malattie cardiovascolari, e si sa. Ma può anche ridurre il rischio di depressione: lo chiarisce uno studio dell'*International Society for Nutritional Psychiatry Research* pubblicato su *The Lancet Psychiatry* in cui si sottolinea come finora, sbagliando, non si sia dato mai troppo peso al ruolo dell'alimentazione nelle patologie psichiatriche.

Spiega Vicent Balanzá, coordinatore della ricerca: «Per avere performance ottimali e non rischiare disturbi dell'umore il cervello ha bisogno di un introito adeguato di nutrienti chiave come gli omega-3, gli aminoacidi essenziali, le vitamine del gruppo B, la vitamina D e minerali come zinco, magnesio e selenio. Una dieta bilanciata e di alta qualità come la mediterranea è perfetta per non farci mancare nulla e diminuire la probabilità di depressione». E un'alimentazione sana può essere utile anche in caso di sintomi: certo non ci si cura solo mangiando, ma i cibi possono contribuire a stabilizzare l'umore, come spiega Michela Barichella, responsabile del Servizio di dietetica e nutrizione clinica degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano e presidente di *Brain and Malnutrition Chronic Diseases Association*.

«Gli alimenti da preferire sono quelli che mantengono in equilibrio i livelli di zucchero nel sangue e stimolano i neurotrasmettitori cerebrali come la serotonina: i carboidrati integrali per esempio vanno benissimo perché sono assorbiti lentamente, danno energia e contribuiscono a stabilizzare l'umore».

Peccato che, stando a un'indagine dell'Osservatorio Nutrizionale Grana Padano svolta proprio per capire se gli italiani abbiano buone abitudini "anti-depressione" a tavola, appena uno su tre mangi cereali integrali due volte al giorno.

Ma gli errori sono tanti: il 15 per cento degli uomini e il 10 per cento delle donne non fa la prima colazione, essenziale per avere energia durante la giornata e anche per un umore mi-

gliore. «Gli studi mostrano come fare colazione ogni mattina si associ a un'influenza positiva sull'umore — dice Barichella —. I carboidrati da cereali integrali dovrebbero essere distribuiti in tutti i pasti a partire dalla colazione, inoltre può essere opportuno mangiare poco ma ogni tre o quattro ore, per mantenere più stabili gli zuccheri nel sangue. Nella dieta "antidepressiva" poi non devono mancare zinco e selenio, che modulano la trasmissione degli impulsi nervosi e si trovano per esempio nella frutta secca, e soprattutto il ferro: in caso di perdite ematiche consistenti ci sono ripercussioni sull'umore e un deficit sembra coinvolto nella depressione post-parto. Ma anche in questo caso, gli italiani non sono virtuosi: in media l'introito è inferiore al fabbisogno, specie nelle donne».

Anche la vitamina B12, presente nei cibi di origine animale, è preziosa per il benessere mentale così come l'acido folico di verdure a foglia verde e agrumi e la vitamina D: chi soffre di depressione ha spesso una carenza e si pensa che la forma stagionale della malattia possa dipendere proprio dalla minor quantità di vitamina D in circolo, dovuta alla più scarsa esposizione alla luce solare in autunno e inverno. Per un aiuto a tavola, quindi, si a cibi che la contengono come salmone, tonno, pesce azzurro e uova; anche la caffeina infine può contribuire ad aumentare il tono dell'umore, migliorando la concentrazione e dando energia, ma è bene bere caffè o tè al mattino e non alla sera per evitare che disturbino il sonno, essenziale per il benessere del cervello. No, invece, all'eccesso di grassi e zuccheri: una ricerca sul *British Journal of Pharmacology* ha dimostrato che una sovrabbondanza di questi nutrienti altera il metabolismo favorendo la depressione e, in chi già è malato, compromette la risposta alle terapie

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La **terapia genica** non è più solo il «futuro»

Dopo oltre vent'anni dai tentativi iniziali ora c'è un realistico ottimismo sulle nuove cure che intervengono sul Dna. Nel 2015 ci sono state le prime approvazioni ufficiali per il trattamento di due malattie e nel 2017 cominceranno sperimentazioni sull'uomo per diverse altre patologie, anche nel nostro Paese

L'intervento diretto sulle sequenze genetiche difettose di alcune malattie è ormai una realtà non più confinata nei laboratori. Oggi è già possibile applicare le nuove metodiche su alcuni tumori e, in prospettiva, c'è anche l'obiettivo di curare malattie complesse come Parkinson e Alzheimer

Bisturi molecolari e virus per **riparare il Dna**

**Maggiori certezze
In passato gli effetti
collaterali riferibili
alle terapie geniche
facevano paura, ora
abbiamo vettori virali
efficienti con buone
garanzie di sicurezza**

V

ettori virali che inseriscono geni per riparare un difetto; bisturi molecolari che tagliano il Dna con precisione estrema; linfociti potenziati grazie a interventi sul Dna che diventano

vere "macchine da guerra" contro il cancro.

Sono alcune delle tante facce della terapia genica, che non è più confinata nei laboratori ma è arrivata in clinica, e con successo: a maggio dell'anno scorso la Commissione Europea ha approvato la prima terapia genica per la cura dell'immunodeficienza *Ada-Scid*, messa a punto da ricercatori del San Raffaele di Milano, e in agosto c'è stato il sì alla prima terapia cellulare che modifica il sistema immunitario per la cura di alcune leucemie e altri tumori del sangue.

Se ne è discusso a Firenze all'ultimo congresso della *European Society of Gene and Cell Therapy*, in un simposio organizzato da Fondazione Telethon per fare il punto su traguardi raggiunti e prospettive del prossimo futuro: finalmente, dopo oltre vent'anni dai primi tentativi, c'è ottimismo. «In passato gli effetti collaterali riferibili alle terapie

geniche facevano paura, oggi abbiamo vettori virali efficienti con buone garanzie di sicurezza — spiega Alberto Auricchio del Telethon Institute of Genetics and Medicine (Tigem) —. Così altre cure sono in dirittura d'arrivo, come il vettore virale da introdurre nella retina di pazienti con una cecità ereditaria, sperimentato inizialmente proprio in Italia, o un trattamento per l'emofilia che fa produrre al fegato fattori per la coagulazione; quest'anno, inoltre, inizierà nel nostro Paese la sperimentazione per una patologia da "accumulo lisosomiale", la



mucopolisaccaridosi di tipo 6, e al Telethon Institute for Gene Therapy (Tiget) del San Raffaele di Milano sono a buon punto gli studi sulla *leucodistrofia metacromatica*, una malattia neurodegenerativa».

Tante cure, tutte diverse: in alcuni casi si tratta di iniettare vettori virali che portano il gene "giusto" alle cellule bersaglio, in altri la terapia genica consiste nel prendere specifiche cellule del paziente (per esempio linfociti o staminali), inserirvi il gene buono e poi re-infonderle nel malato.

È relativamente più semplice ipotizzare la cura per malattie che dipendono da un solo gene alterato, ma oggi si riesce a intervenire su alcuni tumori e c'è l'obiettivo di curare anche malattie complesse come Parkinson e Alzheimer.

«L'editing del Dna (la "riscrittura" del genoma con metodi vari, ndr) si sta già facendo con successo per l'immunoterapia di alcuni tumori, per esempio togliendo alcuni "freni" ai linfociti per renderli più aggressivi verso le cellule cancerose: sono strumenti molto potenti, per cui dobbiamo essere certi di poterli controllare e guidare al meglio per limitare i possibili eventi avversi. - spiega Luigi Naldini, direttore

del San Raffaele — Tiget —. La prospettiva di curare malattie complesse non è irrealistica ma il limite è la comprensione, tuttora scarsa, dei meccanismi che causano patologie come Parkinson o Alzheimer: quando avremo più chiaro quel che accade potremo ipotizzare anche interventi di terapia genica. Che non sono mai immediati, perché per ogni malattia si deve ricominciare daccapo, individuando il trattamento più adatto per poi costruirlo ad hoc». «Tuttavia lo studio delle malattie rare ci aiuterà a trovare armi anche contro quelle che dipendono da molte cause — osserva Auricchio —. Alcuni meccanismi sono comuni, certi vettori mirano alle stesse cellule: un virus che porta il gene per correggere una leucodistrofia potrebbe trasferirne uno per produrre un fattore che rallenti la morte dei neuroni nel Parkinson. Le prospettive sono buone e in futuro una terapia genica con vettori virali, senza la manipolazione di cellule del paziente, potrà essere fruibile anche in ambulatorio o day hospital. L'ostacolo maggiore sono i costi per lo sviluppo delle cure: servono centri altamente specializzati, reagenti complessi, procedure rigorose. Per una

sperimentazione di fase 1 e 2 con una decina di pazienti si possono spendere anche 5-10 milioni di euro. Le scoperte nascono spesso in accademia, ma perché possano diventare "farmaco" l'iter è molto lungo e complesso e non sarebbe sostenibile senza l'intervento delle aziende».

«I vettori virali diventeranno più economici di adesso in minor tempo: si possono usare su più pazienti come fossero farmaci, se gli enti regolatori faciliteranno i processi di registrazione non richiedendo di ripetere tutto l'iter quando ci sono parti del processo già note, per esempio quando si usa lo stesso vettore, sarà possibile ridurre i costi di produzione — sottolinea Luigi Naldini —. Sarà più difficile farlo per le terapie in cui si prendono e modificano cellule del malato, in cui la cura è personalizzata al massimo: risparmi potrebbero arrivare in parte creando centri-hub in cui industrializzare parte del processo oppure se si riuscisse in futuro ad avere cellule da un donatore "universale", che siano quindi compatibili con più individui. È molto complicato riuscirci con le staminali, forse sarà più semplice con i linfociti».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

10

milioni di euro

È quanto può costare una sperimentazione di fase I e II che coinvolga una decina di pazienti, relativa alle ultime e innovative cure molecolari

Risparmi

Su *Nature Communications* ricercatori statunitensi hanno descritto un metodo che automatizza parte dei processi per la terapia genica cellulare riducendo personale, spazi e costi necessari. Il sistema chiuso dove le cellule estratte dal paziente vengono separate e modificate, cioè la "scatola", costa 150mila dollari, i "kit" per adattarlo alle diverse malattie circa 26mila ciascuno

I dubbi etici

Modificare o no le cellule germinali mal funzionanti?

La terapia genica mette di fronte a questioni etiche ineludibili. «Il limite è sempre stato netto: si interviene su cellule somatiche, che muoiono col paziente e non tramandano caratteri genetici — spiega Luigi Naldini, direttore del Tiget —. Un blocco corretto, perché finora le possibilità di intervento non avevano una precisione tale da garantire che il trasferimento dei geni non avvenisse in zone diverse dal dovuto, con conseguenze imprevedibili, inaccettabili su cellule

germinali. Con l'editing di precisione possibile a breve grazie a Crispr-Cas9, il dilemma torna: se ho una mutazione per una malattia grave che potrei trasmettere a un figlio, perché non correggere i geni delle cellule germinali? La risposta non è semplice: si potrebbe aprire infatti a interventi di eugenetica, inoltre molte situazioni vengono già gestite con fecondazione in vitro e diagnosi preimpianto. Occorre interrogarsi fin d'ora».

E. M.

LE DIVERSE TIPOLOGIE DI TERAPIA GENICA E COME FUNZIONANO



LA TERAPIA GENICA CON IL «BISTURI UNIVERSALE» CRISPR-Cas9

Il sistema CRISPR-Cas9 è una specie di bisturi universale, capace di tagliare il Dna delle cellule, umane e non, in punti precisi

L'obiettivo è quello di eliminare geni difettosi (il gene è un frammento di Dna) oppure di tagliarli e sostituirli con geni sani

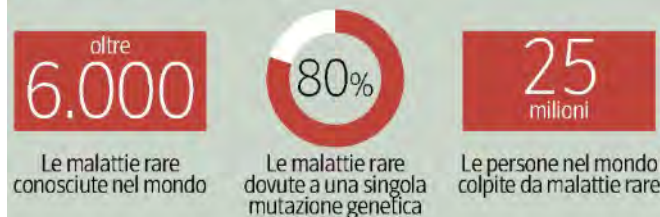
Il CRISPR è un frammento di Rna che funziona da guida: viene costruito apposta in modo che sia complementare al pezzo di Dna che si vuole andare a colpire. Agganciato al CRISPR c'è un enzima, chiamato Cas9: è lui che taglia il Dna

La rottura del Dna provoca, in genere, mutazioni che inattivano il gene, ma, se si devono curare malattie genetiche, è anche possibile introdurre nuove sequenze



PATOLOGIE PER LE QUALI SONO STATE APPROVATE TERAPIE GENICHE NELL'UNIONE EUROPEA

- **ADA-SCID** (Immunodeficienza combinata da deficit di adenosina deaminasi)
- **Leucemie e tumori del sangue**



Fonti: European Society of Gene and Cell Therapy; Addgene; Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

Ancora arranca lo screening neonatale

La diagnosi

Prima di arrivare alla terapia genica serve una diagnosi. Accurata, precisa e soprattutto tempestiva: le malattie per cui è più utile correggere il nostro "manuale di istruzioni" hanno spesso conseguenze devastanti da cui non si può tornare indietro, se non si interviene prima possibile per eliminare il difetto e i suoi effetti nell'organismo. Da qui la necessità di uno screening neonatale allargato come quello previsto dalla legge 167/2016 varata lo scorso settembre, che ha portato da tre a circa quaranta le patologie da indagare con un prelievo di sangue alla nascita.

Tutto a posto, allora? Purtroppo no, perché, come spiega Giancarlo la Marca, responsabile del Laboratorio di Screening Neonatale dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze e vicepresidente della Società Italiana per lo Studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e lo Screening Neonatale (SIM-MESN), «manca il decreto attuativo, per cui di fatto tuttora vige la legge 104/1992 che prevede lo screening obbligatorio solo per fibrosi cistica, fenilchetonuria e ipotiroidismo congenito. A metà novembre tuttavia è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale un Decreto Ministeriale che ricalca molti elementi della nuova legge ed è già operativo: entro il 17 febbraio le Regioni che accederanno ai finanziamenti per gli

screening (oltre 25 milioni di euro, ndr) dovranno adeguarsi alle richieste ed essere in grado di eseguire i quaranta test del pannello allargato».

A oggi, come denuncia la Società Italiana di Neonatologia, solo il 50 per cento dei neonati viene effettivamente sottoposto allo screening per le malattie metaboliche e c'è un grosso divario fra Regioni, specialmente fra nord e sud del Paese.

«Esistono disparità territoriali enormi, che discriminano i bimbi a seconda della Regione o addirittura dell'ospedale in cui nascono — osserva Mauro Stronati, presidente Sin —. Accedere a un programma di prevenzione uguale ovunque è fondamentale, perché identificare le malattie metaboliche prima dell'insorgenza dei sintomi significa non solo ridurre il rischio di disabilità dei bambini, ma anche diminuire i costi sociali, delle cure e dell'assistenza da parte delle famiglie».

Resta da vedere se le Regioni si adegueranno alle richieste del Decreto, visto che, come spiega la Marca, «la legge che obbliga ai test su tre malattie esiste da 25 anni, ma tuttora quattro Regioni non fanno l'esame per la fibrosi cistica (Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Basilicata e Sardegna; la Puglia ha iniziato il 1 gennaio, ndr). Inoltre, il Decreto non può tecnicamente prevedere l'obbligo di screening per le nuove malattie inserite nel pannello e questo complica la gestione dei campioni, da suddividere fra quelli da sottoporre a test

obbligatori e non, e implica il consenso informato dei genitori, richiesto in un momento delicato, subito dopo il parto: anziché attribuire la responsabilità di scelta a mamme e papà che spesso hanno ricevuto solo poche informazioni approssimative, sarebbe opportuno che lo Stato riconoscesse lo screening come un atto essenziale di prevenzione e lo rendesse obbligatorio, come è previsto nella legge varata a settembre che però è ancora in attesa di attuazione».

La legge 167/2016, inoltre, a differenza del Decreto, consentirà un accesso uniforme delle Regioni ai finanziamenti per gli screening e inserendoli nei Livelli Essenziali di Assistenza ha le carte in regola per rendere finalmente uguali tutti i neonati del Paese. «I test sono una possibilità preziosa: dal 2001 a oggi al Meyer abbiamo analizzato oltre 520mila neonati e fatto circa 350 diagnosi precoci, grazie alle quali i bimbi ora stanno bene. Lo screening inteso come sistema complesso costa, il test a volte dà falsi positivi, molto raramente falsi negativi, ma funziona»,

E.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

40

È il numero delle patologie da indagare con lo screening neonatale allargato introdotto dalla legge 167/2016. Per farlo, le Regioni hanno a disposizione un fondo di 25 milioni di euro



Colon irritabile

Si diffonde il trapianto della flora intestinale

■ Il trapianto di flora intestinale da un individuo sano è molto importante ed efficace per il trattamento dell'infezione da Clostridium difficile (una grave infezione che può dare ricadute ed essere ingestibile con gli antibiotici a causa delle resistenze ai farmaci). Tale opzione terapeutica andrebbe implementata e resa disponibile, ma barriere istituzionali relative soprattutto all'assenza di una regolamentazione appropriata ne impediscono l'adozione nella pratica clinica. È quanto emerge dai lavori di una consensus conference europea, pubblicati sulla rivista Gut, cui ha partecipato un pool di esperti europei, riunitisi recentemente a Roma in occasione del corso «Fecal Microbiota Transplantation Dissemination Project», che ha ricevuto un finanziamento triennale dalla United European Gastroenterology (UEG). «Il trapianto di microbiota intestinale da donatore sano si sta rapidamente diffondendo nella pratica clinica in tutto il mondo», afferma il professor Giovanni Cammarota, dell'università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Gemelli di Roma. Questo trattamento si pensa possa avere un ruolo anche nella gestione terapeutica di altre patologie come le malattie infiammatorie intestinali, il colon irritabile.



L'intervista Brian Hanley, microbiologo, si è fatto iniettare nei muscoli Dna "alieno" per stimolare l'ormone della crescita e contrastare l'invecchiamento. Non senza rischi

Scienziato transgenico per l'elisir di lunga vita "Così ho modificato le mie cellule"

“

LA SVOLTA

Non hanno voluto investire nel mio progetto anti-hiv e così ho puntato su altri benefici

IL TEST

Più globuli bianchi e colesterolo buono meno quello cattivo. Mi sembra di guarire prima dalle ferite

IL MONITORAGGIO

Io, seguito anche dall'Harvard Medical School. So ciò che rischio ma ora sono sano

”

GIULIANO ALUFFI

«**H**A presente Deadpool e Wolverine, con il loro "fattore rigenerante" che li fa recuperare da qualsiasi ferita? Credo che un giorno lontano potremo tutti essere così» esordisce con una frase da scienziato pazzo, in collegamento da Davis (California), un microbiologo che si è occupato in passato di come fronteggiare le armi batteriologiche e gestire scenari di guerra nucleare.

L'identikit perfetto per un personaggio da fumetti. Ma Brian Hanley, 60 anni, fa sul serio: è il primo uomo transgenico. E due sono i suoi nemici: l'invecchiamento e la prudenza. Perché Brian Hanley ha fatto una cosa pericolosa, da bio-hacker. Mentre ci parla, nelle cellule dei suoi muscoli è attivo un gene estraneo al suo corpo, che tiene alta la produzione di un ormone, quello della crescita, che ha il suo picco nei primi dieci anni di vita e poi cala bruscamente.

Come le è venuta l'idea di iniettarsi del Dna "alieno"?

«Quando studiavo il virus dell'Hiv alla University of California, ho letto che un nostro ormone detto Ghrh, che come effetto più noto ha quello di stimolare la produzione di ormone della crescita (Gh), si attacca alle cellule

usando gli stessi recettori che usa il virus dell'Hiv per danneggiarle. Così ho pensato che più ormone Ghrh abbiamo, più l'Hiv troverà quei recettori "occupati" e la malattia si fermerà. Anche perché l'ormone Ghrh potenzia il sistema immunitario»

Come è passato dal nobile tentativo di curare l'Aids a quello di ringiovanire l'organismo?

«Le case farmaceutiche non hanno voluto investire nel mio progetto anti-Hiv. Così ho voluto puntare sugli altri benefici che l'ormone della crescita può portare grazie al suo effetto di potenziamento generalizzato del sistema immunitario, come il contrasto degli effetti dell'invecchiamento».

Giocare con l'ormone della crescita, però, è rischioso.

«Ho scelto l'ormone Ghrh perché è uno di quelli che sono stati più sperimentati sugli animali, con rischi piuttosto bassi. Però sull'uomo non si sa: c'è un rischio di gigantismo, di acromegalia, di stress degli organi. E non si possono escludere tumori cerebrali. Ad oggi, però, sono sano. Bisogna anche dire che l'organismo ha un sistema di autoregolazione che impedisce che il livello di ormone della crescita sia troppo alto. Con la mia tecnica io aspiro soltanto a riportarne la produzio-

ne ai livelli dei nostri trent'anni. Comunque, proprio perché ci sono dei rischi, mi sono rivolto a un comitato bioetico indipendente che mi ha dato l'approvazione per l'esperimento, ma su un solo soggetto. Per fare prima, ho scelto di essere la mia cavia».

Questo però la mette in un conflitto di interessi...

«Inevitabile. Però sono stato seguito e studiato anche dal laboratorio di George Church dell'Harvard Medical School. In ogni caso la storia di scienziati che fanno esperimenti su se stessi è lunga. Ci sono 15 premi Nobel che lo hanno fatto. E 10 di costoro hanno vinto il Nobel proprio per gli studi su quegli esperimenti. Il più recente è stato Barry Marshall (Nobel 2005 per la medicina), che bevve una coltura di batteri per scoprirne gli effetti nelle gastriti e nelle ulcere».

Ci racconta l'esperimento?

«Il modo più facile per inserire Dna nelle cellule è usare dei geni che i batteri possono scambiarsi tra di loro e con batteri di altre specie: si chiamano "plasmidi". Sono, in sostanza dei circoletti di Dna. Ne ho progettato uno contenente il gene Ghrh e l'ho fatto produrre da un laboratorio. Poi me lo sono fatto iniettare nei muscoli della coscia da un medico e, grazie a una corrente elettrica - dolorosissima, a dire la verità: mi



dà ancora gli incubi - l'ho fatto penetrare nelle cellule. La prima volta nel luglio 2015. La seconda volta (con anestesia) nel giugno 2016. Ho fatto due iniezioni perché gli effetti durano qualche mese: non ho modificato il mio Dna, ma solo le mie cellule».

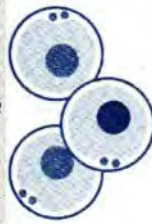
E come si sente?

«Il primo mese euforico, ma potrebbe essere un effetto placebo. Però sono cambiati valori che l'effetto placebo non può influenzare: ho più globuli bianchi, 20% in meno di colesterolo cattivo e 20% in più di quello buono, e ho 10 battiti in meno al minuto. Mi sembra di guarire prima dalle ferite. Ma comunque - so che se lo sta chiedendo - no, non mi è ancora venuta voglia di mettermi una calzamaglia e andare a combattere il crimine».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperimento

1
Brian Hanley vuole far sì che le sue cellule producano più ormone Ghrh, che rilascia a sua volta l'ormone della crescita

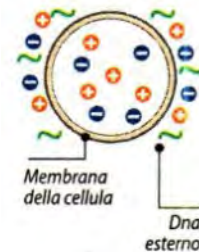


2
Commissiona a un laboratorio un pezzetto di Dna batterico che contiene il gene per produrre l'ormone Ghrh

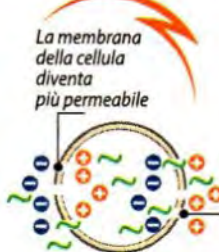


3
Decide a questo punto di utilizzare la tecnica della elettroporazione per portare questo Dna batterico nelle sue cellule

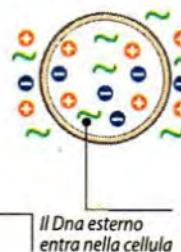
Prima dell'impulso elettrico



Durante l'impulso elettrico



Dopo l'impulso elettrico



4
Prima si inietta il Dna "straniero" nella coscia, e subito dopo applica una corrente elettrica: così le cellule si "aprono" (per qualche secondo) e il Dna esterno entra nelle cellule

I rischi che corre

Una premessa:
L'organismo ha un sistema di autoregolazione dell'ormone della crescita. Ossia fa in modo di non produrne più del dovuto, e questo in parte attenua i rischi di sovrapproduzione

● Tumori

Sebbene l'ormone Ghrh sia stato sperimentato molto sugli animali da allevamento e appaia piuttosto sicuro, potrebbe comunque aumentare il rischio di tumore al cervello



di tumore al cervello



● Acromegalia e gigantismo

Eccessi di ormone della crescita (GH) e di IGF-1 portano rischi di ingrossamento di ossa, labbra e mani. Non solo: potrebbero ingrossarsi anche fegato, tiroide e prostata



● Durata della vita

Sui topi che hanno una sovrapproduzione di ormone della crescita si è osservata una vita del 30% più corta rispetto agli altri (sull'uomo non si sa)

Gli obiettivi

1 Potenziare il sistema immunitario

2 Recuperare massa muscolare e aumentare la massa ossea

3 Ridurre i depositi di grasso

4 Allungare la vita



SONO CRESCIUTI DEL 20% IN UN ANNO

Troppi gli esami di laboratorio non sempre sono appropriati

TENDENZA

Vengono prescritti per ridurre controversie legali. Con aggravio di costi e tempi

■ «Cresce in Italia il numero di esami clinici richiesti ai laboratori del servizio sanitario nazionale. In alcuni settori della medicina, come le malattie cardiovascolari, nel diabete e nell'insufficienza renale, l'incremento annuo arriva al 20%. Questo è dovuto alla deospedalizzazione dei pazienti colpiti da patologie croniche e, talvolta, dal ricorso alla medicina difensiva. Non sempre, però, i test prescritti tengono conto dei criteri di appropriatezza. È necessario interrompere quanto prima questo boom di prescrizioni non sempre indispensabili, per evitare sprechi all'intera collettività e migliorare l'assistenza sanitaria nel nostro Paese». È questo l'appello lanciato dal professor Marcello Ciaccio, presidente nazionale della Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica,

in un incontro tenutosi a Roma. «Gli esami di laboratorio influenzano il 70% delle diagnosi mediche e quindi dei successivi trattamenti», precisa il professor Ciaccio. «Per questo è necessario riorganizzare le reti di queste strutture in Italia in modo che solo in pochi laboratori ci siano le strumentazioni e siano svolte le attività di secondo e terzo livello, specialistiche e ultra specialistiche. Le indagini sofisticate come quelle di genetica molecolare non dovrebbero essere eseguite in tutti gli ospedali. In tal modo, si eviterebbero sprechi e inappropriatezza che possono portare risultati falsamente positivi che scatenano a loro volta altre indagini, visite e terapie inutili. «Ma - sottolinea Ciaccio - va combattuta anche la troppa medicina difensiva. Il disegno di legge sul rischio professionale, recentemente approvato dal Senato, potrà ridurre il ricorso ad analisi svolte solo per evitare controversie legali».

LC



Dir. Resp.: Sandro Neri

Lodi, test su sette persone

La tubercolosi
torna a uccidere:
muore donna
di 55 anni
Esami per familiari
e colleghi di lavoro

D'ELIA ■ A pagina 19

LODI ITALIANA, PROFILASSI PER FAMILIARI E COLLEGHI DI LAVORO

La tubercolosi torna a uccidere Vittima una donna di 55 anni



**Il primario del reparto
Malattie infettive
Marco Tinelli chiarisce:
«I casi in provincia
non sono in aumento
Un terzo dei pazienti
curati lo scorso anno
sono migranti»**

■ LODI

È MORTA di tubercolosi polmonare nell'arco di poche ore. Italiana, aveva 55 anni ed era arrivata domenica scorsa all'ospedale Maggiore di Lodi già in gravissime condizioni, accompagnata dal marito. Non riusciva quasi più a respirare e nelle ultime settimane aveva perso quasi 20 chili: vano ogni tentativo dei medici di salvarle la vita. Non c'è stato neanche il tempo di trasferire la donna al reparto Malattie infettive del vicino ospedale di Sant'Angelo Lodigiano. A confermare la prima diagnosi effettuata dai medici del pronto soccorso anche la biopsia disposta sul corpo della donna. Immediata l'attiva-

zione del protocollo di prevenzione e protezione dell'Ats (la ex Asl) sulle persone venute a contatto con la donna.

SETTE persone tra familiari e colleghi di lavoro già sono state sottoposte al test di Mantoux per verificare se la malattia sia stata trasmessa ed eventualmente avviare la conseguente profilassi. «La morte per tubercolosi non avviene di solito così rapidamente – spiega il primario del reparto di Malattie infettive dell'Asst di Lodi, Marco Tinelli –. Per questo, anche se non ho avuto modo di visitare la paziente, posso dire che si tratta di un caso raro. I sintomi di chi è colpito dalla tubercolosi sono evidenti e difficili da gestire senza una corretta cura». Lo scorso anno si sono verificati circa una trentina di casi di tubercolosi. Ma «i casi registrati in provincia non sono in aumento e sono in linea con la media nazionale. Le fasce più colpite da questa malattia sono quelle reduci da forti stress di varia natura, denutrizione e che vivono in condizioni igienico-abitative molto precarie. Non è un caso, infatti, che circa un terzo dei pazienti che abbiamo avuto ricoverati nel nostro reparto lo scorso anno sono stati migranti accolti nelle strutture del Lodigiano. Di sicuro, i profughi sono le persone più esposte».

Carlo D'Elia



SOCCORSI La donna è giunta in fin di vita al Maggiore

