



Sanità cattolica identità a tema Se ne parla alla Lateranense

L'Italia è tra i primi Paesi negli indici di salute, ma un check-up è necessario a quasi venti anni dal documento Cei di riferimento sulla sanità cattolica. Si è infatti ormai passati da una concezione ospedaliera della presenza cristiana a una domanda di testimonianza e presenza sul territorio. Di questo si parlerà l'11 giugno nella Giornata di Studio presso la Pontificia Università Lateranense a Roma su «Identità e ruolo delle strutture sanitarie cattoliche in Italia». La Giornata

vuole approfondire alcuni aspetti essenziali della sanità cattolica in vista dell'atteso documento, pensato in modo sinodale. Dopo l'introduzione del rettore Buonomo e di monsignor Russo, interventi del cardinale Turkson e del ministro Grillo. A seguire le relazioni del cardinale Bassetti, di monsignor Mistò e del professor Brusaferrò. Nel pomeriggio, workshop tematici. Informazioni e iscrizioni su www.salute.chiesacattolica.it e a salute@chiesacattolica.it.

Nuove cure, tumore al seno assediato

Ricerche, farmaci, mix inediti di terapie: così aumentano le chance di guarigione per le donne. Che stanno imparando la prevenzione

GRAZIELLA MELINA

La ricerca per la cura dei tumori al seno apre ancora a nuove speranze. Secondo i dati presentati al recente Congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) a Chicago e pubblicati sul *New England Journal of Medicine* è possibile aumentare la sopravvivenza delle donne con tumore della mammella avanzato grazie a un trattamento (il Ribociclib) che ha un'efficacia superiore rispetto alle terapie anti-ormonali standard e una bassa tossicità. Lo studio (Monaleesa-7) ha dimostrato che dopo 42 mesi di follow-up nelle donne che hanno utilizzato il Ribociclib oltre alla terapia endocrina, il tasso di sopravvivenza è del 70,2%, rispetto al 46% in quelle trattate con la sola terapia endocrina. Un risultato non da poco considerato che il carcinoma mammario è la prima causa di morte fra le donne: il 29% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni e il 14% dopo i 70 anni. L'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) e l'Airtum (Associazione italiana dei registri tumori) calcolano, inoltre, che i tumori della mammella sono più frequentemente diagnosticati tra le donne nella fascia d'età 0-49 anni (41%), 50-69enni (35%) e nelle over 70 (22%). In Italia, il trend di incidenza del tumore al seno si stima in leggero aumento (+0,3% per anno), mentre continua a diminuire in maniera significativa la mortalità (-0,8% per anno). «Attualmente in Europa, ma anche in Italia - spiega Vittorio Altomare, direttore della Breast Unit del policlinico universitario Campus Bio-medico di Roma -, mentre il tumore al seno è stabile come incidenza, nella fascia di età delle donne sotto i 40 anni si registra un lieve aumento. Questo è dovuto al fatto che ora i tumori li scopriamo meglio e anche di più, ma dipende anche dai cambiamenti di vita della donna: tutti quelli che erano i fattori protettivi di una volta, come l'allattamento al seno, le gravidanze multiple o quelle precoci, sono venuti meno per motivi sociali. Lo studio Monaleesa-7 ha avuto un ottimo risultato perché ha dimostrato che l'aggiunta alla vecchia terapia ormonale, già prevista, di un ulteriore target, ossia il Ribociclib, ha determinato addirittura un aumento significativo dell'aspettativa di vita».

Ma non è il solo studio che fa ben sperare. «Un'altra ricerca, denominata Cleopatra, alla fase 3, alla quale hanno partecipato anche molti scienziati italiani - continua Altomare - e che riguarda alcuni tumori della mammella particolarmente aggressivi (i "triplo negativi"), ha dato risultati ottimi in termini di stabilizzazione della malattia. Altro dato molto interessante emerso dal convegno Asco riguarda poi la possibilità, per alcune tipologie di tumore, di ridurre del 70 per cento le indicazioni a sottoporre le donne a chemioterapia». «Il risultato ottenuto da Mona-

leesa-7 è solo il principio per nuove ricerche - rimarca Serena Di Cosimo, oncologo medico ricercatore dell'Unità di biomarcatori-Dipartimento di ricerca applicata e sviluppo tecnologico dell'Istituto tumori di Milano -. Nella ricerca sono state coinvolte 700 donne, ma non sono tutte uguali: ognuna ha un proprio stile di vita, un tumore, caratteristiche del sistema immunitario specifici. Noi ora dobbiamo fare un ulteriore passo in avanti e affinare il metodo che utilizziamo. Se riusciamo a definire quali sono le pazienti alle quali destinare questo farmaco e quali invece quelle per

La scoperta dell'efficacia sorprendente di un trattamento innovativo è solo la punta avanzata di uno sviluppo promettente. Medici e scienziati italiani confermano: malattia più diffusa, ma batterla si può

le quali occorre un'altra terapia ovviamente aumentiamo la percentuale di successo». Riuscire a personalizzare il più possibile le cure è l'obiettivo di molti scienziati, come Luca Malorni, ricercatore della Fondazio-

ne Airc e dirigente medico dell'Usl Toscana Centro: «Negli ultimi anni, a Prato grazie ad Airc abbiamo elaborato un programma sia di laboratorio che di ricerca clinica molto concentrato sullo studio dei meccanismi di risposta o di resistenza a determinati farmaci - racconta Malorni -. Abbiamo così potuto realizzare tutta una serie di indagini di laboratorio e poi di analisi su pazienti trattate, individuando alcuni fattori molecolari che sono molto promettenti come possibili biomarcatori, da utilizzare per identificare le pazienti che rispondono meglio ai trattamenti

e personalizzare così la terapia. Nell'arco di 5-6 anni possiamo pensare di riuscire a identificare questi marcatori. Con i fondi di Airc la comunità accademica riesce così a portare avanti ricerche che altrimenti non sarebbero possibili, perché non remunerative, di diversificazione di sottogruppi». I risultati incoraggianti finora ottenuti sono possibili dunque grazie ai progressi diagnostici e terapeutici, alla disponibilità di nuovi farmaci, a migliori terapie di supporto, a un'integrazione più efficace delle terapie sistemiche (come la chemioterapia, la terapia ormonale e la terapia

a bersaglio molecolare, o terapia target) con le terapie locali (come la chirurgia e la radioterapia). «Uno dei problemi per il trattamento chemioterapico - sottolinea Lucia Del Mastro, responsabile della Breast Unit dell'Ircs Ospedale Policlinico San Martino di Genova - è il rischio di andare incontro a una riduzione o a una perdita della fertilità. In passato si pensava che le gravidanze dovessero essere controindicate in quanto potevano "risvegliare" la malattia. Si è visto invece che le donne che vanno incontro alla gravidanza non hanno rischi maggiori. E questo dato ha suscitato interesse per la preservazione della fertilità di queste donne». Oggi, dunque, si può ricorrere alla «crioconservazione degli ovociti prima di iniziare la chemioterapia, oppure al congelamento del tessuto ovarico. Noi - ricorda Del Mastro - siamo stati i primi al mondo a dimostrare che con la somministrazione di un farmaco, la triptorelina (lo stesso farmaco usato off label per la disforia di genere, ndr), prima dell'inizio e durante tutta la chemioterapia è possibile ridurre la tossicità del trattamento antitumorale e avere una ripresa della funzione ovarica. Dal nostro studio emerge inoltre che anche la probabilità di avere una gravidanza è doppia nelle donne che hanno fatto il trattamento con la triptorelina rispetto a chi non l'ha fatto. In base a questi risultati, la nostra strategia è stata poi riconosciuta da tutte le linee guida mondiali». Resta fermo, in ogni caso, che «la prevenzione è fondamentale - nota Giampaolo Tortora, direttore dell'Oncologia medica e Comprehensive cancer center del Policlinico Gemelli di Roma -. La maggior parte dei tumori al seno insorge in maniera sporadica, mentre solo circa il 7 per cento è ereditario, dovuto ad alcune mutazioni del Dna, come quelle dei geni Brc1 e Brc2. Un ruolo fondamentale hanno gli stili di vita corretti, che si ritiene siano in grado di evitare circa il 30 per cento dei tumori. Devono essere evitati un'alimentazione sbilanciata, il fumo e la scarsa attività fisica». Per una diagnosi precoce è «importante già nelle donne giovani l'esecuzione dell'autopalpazione ogni mese. L'esame di screening più importante è la mammografia, eseguita ogni 2 anni tra i 50 e i 70 anni, offerta gratuitamente dal nostro Servizio sanitario nazionale».

ELEONORA PORCU

«Non c'è provetta magica per il mancato rispetto dei nostri tempi biologici»

Non sarà una provetta a salvarci. Non da tutti i problemi di infertilità, almeno. È vero, la procreazione medicalmente assistita (Pma) tende una mano nei casi di sterilità e a volte li risolve. «Ma ci riesce solo in parte, non in modo assoluto», commenta la docente di Ginecologia all'Università di Bologna Eleonora Porcu. In Italia per 100 cicli iniziati nascono 15 bambini, in Europa la media di successi è del 18%. «Nell'arco di tempo che va dal momento in cui la coppia con un problema di infertilità si siede davanti allo specialista fino ad avere l'embrione in grembo possono manifestarsi tantissimi ostacoli. Nel nostro Paese i risultati complessivi sono inferiori rispetto a Europa e Stati Uniti perché probabilmente ci sono meno strutture di buon livello». In tutto il mondo il tasso di fertilità è in calo. Pure nella popolosissima Africa il numero di nascite per donna è sceso da 5,1 nel periodo 2000-2005 a 4,7 nel periodo 2010-2015. A oggi 90 milioni di coppie hanno vissuto problemi di fertilità, 25 milioni solo in Europa, dove si ricorre più che altrove alla Pma. L'Italia, dove si stima che circa il 15% delle coppie abbia problemi di infertilità, è l'ottavo Paese al mondo per numero di trattamenti di Pma. Le cause sono varie: infertilità idiopatica (15%), endometriosi e problematiche alle tube (10%), fattore maschile (25%) e fattore femminile (20%). Tra le persone con difficoltà di procreazione, ben il 30% è rappresentato da chi ha superato i 40 anni. «Dopo questa età la fecondazione assistita non è una soluzione. La probabilità di una gravidanza oltre i 46 anni è quasi inesistente», commenta Porcu. A mancare, secondo l'esperta, è l'educazione nella società del rispetto dei tempi biologici che include le coppie di poter ricorrere alla scienza per rimettere indietro le lancette. *Elisabetta Gramolini*



FATEBENEFRADELLI DI ROMA

Salvare la bellezza anche durante i trattamenti

Farsi belle anche in un momento così difficile, quando si è sottoposte ai trattamenti oncologici, per ritrovare il sorriso e la forza per andare avanti. È questo il senso del servizio gratuito dei laboratori di bellezza per donne in trattamento oncologico, appena partito al Fatebenefratelli di Roma. L'iniziativa intende offrire alle donne consigli e accorgimenti pratici per fronteggiare gli effetti secondari delle terapie, senza rinunciare alla femminilità. «Un percorso - spiega Patrizia Frittelli, direttore clinico del Centro di senologia al Fatebenefratelli-Isola Tiberina - che si inserisce in quello di cura globale e integrato pensato per i pazienti oncologici, sempre più giovani». Il servizio è offerto da "La forza e il sorriso" e sul sito della onlus (www.laforzaeilsorriso.it) si trovano tutte le informazioni. *Igor Traboni*

DAL CONVEGNO VATICANO "YES TO LIFE"

Sulle fragilità prenatali nuova alleanza per la vita tra scienza e famiglie

Per proteggere i più piccoli, i più indifesi, i feti con grave patologia e malformazione, la Chiesa ha abbracciato un progetto importante. Nel corso del convegno "Yes to Life", che si è tenuto in Vaticano nel mese scorso e a cui hanno partecipato 70 Paesi e 420 persone, il dicastero Laici, Famiglia e Vita ha infatti individuato nella Fondazione il Cuore in una Goccia Onlus e nell'Hospice perinatale, che per primo è stato ufficializzato in Italia, una realtà basata sulla sinergia "scienza, famiglia e fede". In sostanza, il dicastero ha proposto di incontrare le fragilità prenatali in questa prospettiva, dove la scienza diventa servizio e le famiglie fanno testimonianza. L'idea è di riprodurre nelle diocesi di tutto il mondo questa alleanza con metodologie di formazione nazionale e internazionale e contributi di carattere culturale che possano far crescere il concetto che il valore vita appartiene all'umano, non soltanto alla fede cattolica. Come ha spiegato spesso Papa Francesco, la fede a volte viene dopo. L'umano si salva usando le ragioni scientifiche, etiche, antropologiche e il vissuto delle famiglie. Per rendere concreto questo progetto, nella Fondazione vi sono famiglie

"testimoni", che hanno già vissuto questa esperienza, e famiglie "Cireneo", animate da uno spirito di condivisione. In Italia è attivo l'Hospice dei Gemelli, il Policlinico di San Giovanni Rotondo e sta partendo un centro a Palermo. Poi ci sono 12 sportelli dell'accoglienza delle maternità difficili e 18 cenacoli di preghiera, dove si diffonde anche conoscenza e cultura, situati soprattutto al Centro-Sud. Anche se recentemente è stato aperto uno sportello a Vigevano. Esistono, poi, esperienze preziose, per i bambini già nati, a Napoli, Monza e Bologna. La Fondazione Il Cuore in una Goccia, nata nel luglio 2015 per volontà del professore Giuseppe Noia, trent'anni di attività al Policlinico Gemelli e docente alla Cattolica di Roma, si propone di promuovere l'attività di ricerca scientifica e la diffusione di una cultura che tuteli la vita e la salute della madre e del bambino. Proprio per questo la struttura non si rivolge solo alle famiglie, ma anche al mondo medico-scientifico con finalità di ricerca, informative e diffusione di approcci medico-paziente che non vadano a ledere e mortificare la dignità e la sacralità della vita. *Giovanna Sciacchitano*

Più di tutto mi manca di poter dare carezze

SALVATORE MAZZA



Mi hanno chiesto: «Che cosa ti manca di più?». Bella domanda, soprattutto quando soffri di una patologia come la Sla che, un pezzo ogni giorno, ti porta via la vita (anche se, in realtà, la velocità può essere molto variabile). Di certo, non mi mancano le cose materiali, come del resto non mi sono mai mancate; però, sì, dire che non mi manca la possibilità di lavorare di più sarebbe una bugia, perché mi darebbe sicurezza maggiore, ma non è possibile e me ne sono fatto una ragione. Lo stesso discorso vale, in generale, per tutto ciò che attiene alla mia autonomia personale, che ormai è inesistente e che, con tutta evidenza, è il problema maggiore. Riesco ancora a deglutire e a respirare in modo indipendente - e questo è importantissimo -, ma per il resto da

solo non posso fare niente, sono più o meno un pacco che dove viene messo sta. All'inizio, quando questo processo si andava manifestando, la sua rapida progressione mi atterriva, perché l'idea stessa di non essere autonomo - e di finire inevitabilmente per pesare sulla mia famiglia - era per me inaccettabile. Salvo, ovviamente, il doverlo accettare per forza, come con tutto ciò che questa malattia comporta. Se così non fosse, d'altra parte, ci sarebbe stato da impazzire. Dunque, a poco più di due anni dalla diagnosi, posso dire sul serio che non mi manca nulla? No, perché una cosa c'è che davvero mi manca tantissimo, terribilmente. Ed è la capacità di fare una carezza alle mie figlie. Può sembrare una cosa molto piccola nel mare delle privazioni che questa malattia ti impone. Ma non è così. E

ogni volta che si avvicinano e mi abbracciano, vorrei poter sollevare quella mano e sfiorare i loro capelli come facevo quando erano piccole. Più di un bacio, più di un abbraccio, secondo me la carezza esprime meglio di ogni altro gesto la paternità, quel misto di tenerezza e di protezione, di attenzione e di cura che vorresti calare come una corazza perenne su di loro per difenderle. E allora quella mano che non riesce più ad alzarsi, a rispondere alla mia richiesta di compiere quel gesto così semplice, facile ma tanto importante, mi lascia dentro una grande, inconsolabile tristezza. E poi va bene, di sicuro ha ragione mia moglie quando mi dice che si può accarezzare anche con gli occhi, ma non è la stessa cosa. (17-Avvenire.it/rubriche/slalom)

Slalom

L'INTERVENTO SUL CASO LAMBERT

Pessina: riabilitare i tempi lunghi della malattia i valori vanno tradotti anche in aiuti a chi aiuta

«Le questioni giuridiche non debbono mai farci dimenticare che in ogni scelta che avviamo o che biasimiamo ne va anche della comprensione della nostra personale umanità». Così Adriano Pessina, ordinario di Filosofia morale e docente di Bioetica all'Università Cattolica di Milano, commenta le recenti alterne decisioni nella vicenda di Vincent Lambert, «persona in stato di minima coscienza, sospesa alle sentenze che permetteranno o no la sospensione dei trattamenti vitali». «La drammatica vicenda umana di Lambert - sottolinea Pessina - ci richiama non soltanto a un supplemento di riflessione, ma

anche alla concreta traduzione del riferimento ai valori e ai principi etici in politiche di pieno sostegno di coloro che, familiari, amici, operatori sanitari e medici, si prodigano nel garantire un'assistenza che sia sempre all'altezza dell'intrinseco valore della persona umana. Nella circolarità virtuosa tra il prendersi cura degli ammalati e di chi li cura, si gioca anche una nuova prospettiva culturale, capace di farsi carico delle più estreme e anche misteriose condizioni di disabilità. I tempi lunghi della malattia hanno bisogno di essere riabilitati presso un'opinione pubblica spesso frettolosa nelle sue valutazioni e nelle sue conclusioni».