

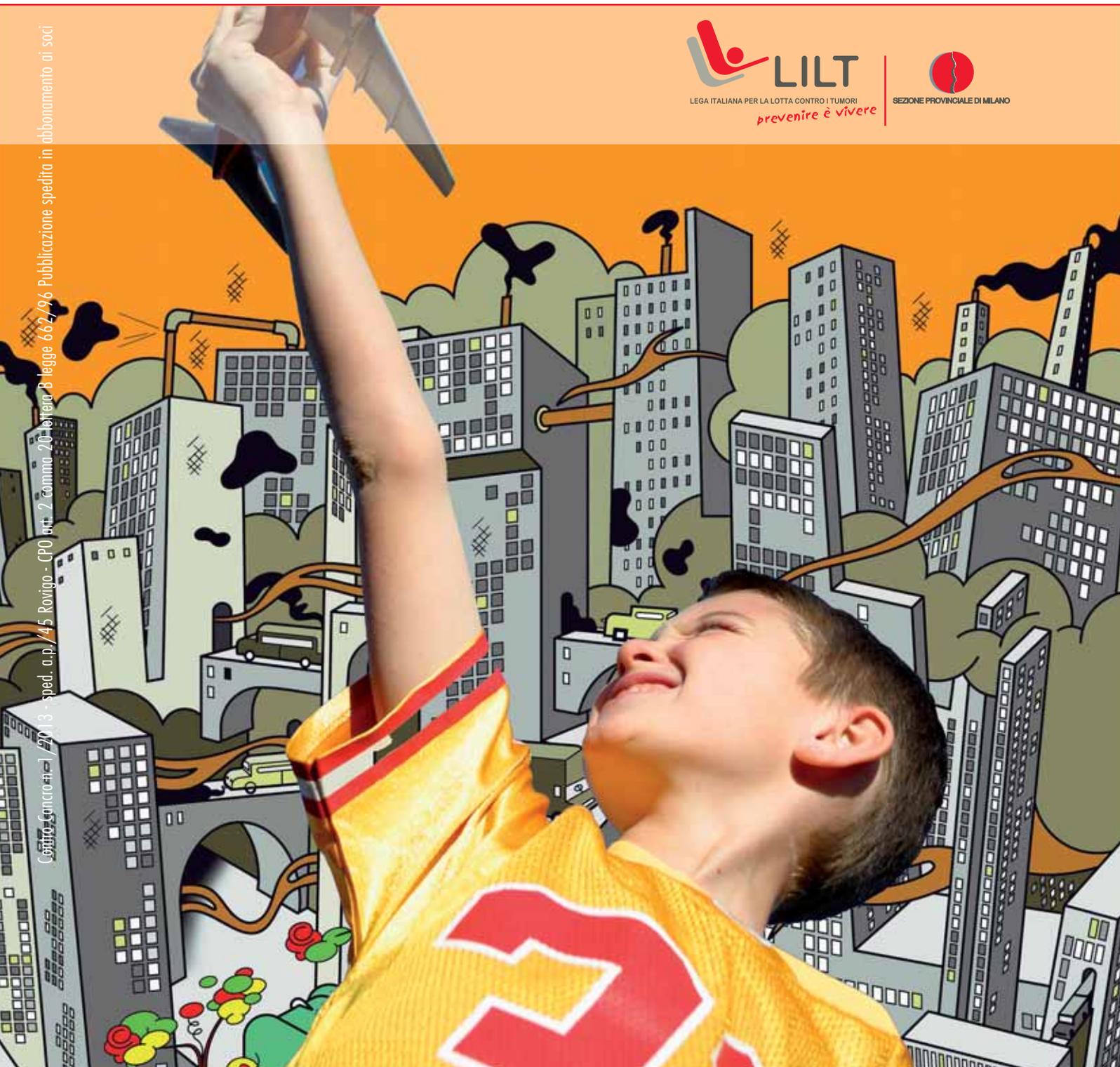
# ControCancro

Rivista della Sezione Provinciale di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori



SEZIONE PROVINCIALE DI MILANO

ControCancro n. 1 / 2013 - sped. a.p. / 45 Rovigo - CPD art. 2 comma 20 lettera B legge 662/96 Pubblicazione spedita in abbonamento ai soci



Staminali  
superstar

**Dossier.** La malattia  
alle spalle

Il bambino  
urbano



# *tomorrow's legacy today*

## SUSTAINABILITY

*“Wherever we operate, we are guided by the same basic principle that no matter how large or small we are within the community, we can and should make a difference.”*

*“In qualunque parte del mondo operiamo, a prescindere dalle dimensioni delle nostre sedi, siamo guidati da un unico principio: fare sempre la differenza!”*

*- Dr. H. Fisk Johnson, Chairman*



Associazione della Via MonteNapoleone

*Simply the #1 Shopping Experience in the World.*

---

AGENT PROVOCATEUR - AGNONA - ALBERTA FERRETTI - ANGELO GALASSO - ARMANI/CASA - ASPESI  
AUDEMARS PIGUET - BALLY - BANNER - BERLUTI - BOTTEGA VENETA - BOUTIQUE ROLEX DI PISA OROLOGERIA  
BREGUET - BRUNO MAGLI - BUCCELLATI - BULGARI - BURBERRY - CANALI - CARTIER - CELINE  
CHANEL - CHRISTIAN DIOR - CHURCH'S - CORNELIANI - COVA MONTENAPOLONE - CRUCIANI  
CUSI - DAMIANI - DIOR HOMME - DSQUARED2 - EMILIO PUCCI - ERES - ERMENEGILDO ZEGNA  
ETRO - FABI - FEDELI - FENDI - FRATELLI ROSSETTI - G.LORENZI - GIORGIO ARMANI - GIUSEPPE ZANOTTI  
GUCCI - HOGAN - ICEBERG - JAEGER-LECOULTRE - JIL SANDER - JIMMY CHOO - JOHN RICHMOND  
KIDSPACE - LA MARTINA - LARUSMIANI - LORO PIANA - LOUIS VUITTON - MASSIMO SFORZA - MIKI HOUSE  
MISSONI - MIU MIU - MONTBLANC - MOSCHINO - NESPRESSO - OFFICINE PANERAI - OMEGA -PAUL & SHARK  
PEDERZANI - PISA OROLOGERIA - PRADA - PROMEMORIA-ROMEEO SOZZI - RALPH LAUREN  
ROGER VIVIER - SABBADINI - SALVATORE FERRAGAMO DONNA - SALVATORE FERRAGAMO UOMO  
SERGIO ROSSI - SIMONETTA RAVIZZA - SUTOR MANTELLASSI - TOM FORD - TOSCA BLU - VALENTINO  
VAN CLEEF & ARPELS - VENINI - VERSACE - VERTU - VETRERIE DI EMPOLI - VIERRE - VILLA MEISSEN

---



**PRADA**

**MILANO**

DAL 1913

**ControCancro 2013**  
 Rivista della Sezione Provinciale di Milano  
 della Lega Italiana per la Lotta contro i  
 Tumori  
 Autorizzazione del Tribunale di Rovigo n.  
 8/81. Ristampa del 20.01.1982 e succ.  
 modificazioni

**Editore e Proprietario:**  
 Lega Italiana per la Lotta contro i  
 Tumori Sezione Provinciale di Milano

**Direttore Responsabile:**  
 Franca Fossati-Bellani

**A cura di**  
 Elena Ilaria Malvezzi  
 Alessandra Coen  
 Gianna Tinini

**Fotografie:**  
 Si ringrazia **Tips Images** per la gentile  
 concessione delle immagini

**Progetto grafico, impaginazione  
 e ricerca iconografica:**  
 Luisa Torreni

**Direzione e redazione:**  
 Via Venezian, 1 - 20133 Milano  
 Tel. 02.4952.1 - Fax 02.266.34.84  
 www.legatumori.mi.it  
 info@legatumori.mi.it

**Stampa:**  
 Grafiche Porpora  
 Via Buozzi, 12/14  
 20090 Segrate (Mi)

*La riproduzione totale o parziale degli articoli e delle notizie contenute nel presente fascicolo è libera - ove non diversamente specificato - ma subordinata alla citazione della fonte*

**LEGA ITALIANA PER LA LOTTA  
 CONTRO I TUMORI SEZIONE  
 PROVINCIALE DI MILANO**

**Consiglio Direttivo**

**Presidente**  
 Dott.ssa Franca Fossati-Bellani  
**Consiglieri**

Dr. Marco Alloisio  
 Dr. Enrico Bignami  
 Dr.ssa Maria Bonfanti  
 Dr.ssa Mariella Canaletti  
 Avv. Giustino Ciampoli  
 Prof. Bruno Damascelli  
 Dr. Ugo Garbarini  
 Dr. Francesco Leone  
 Dr.ssa Zaira Semenza  
 Prof. Umberto Veronesi

**Collegio dei Revisori**  
 Dr.ssa Bruna Floreani  
 Dr. Domenico Massi  
 Dr. Paolo Triberti

# ControCancro

Rivista della Sezione Provinciale di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

## Sommario

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>5</b><br/>                 Progettare il futuro<br/>                 sulle conquiste<br/>                 del passato<br/>                 Franca Fossati-Bellani</p>                                                                                                  |                                                                    | <p><b>9</b><br/>                 Nel DNA il futuro<br/>                 della nostra salute<br/>                 Maurizio Maria Fossati</p> |
|                                                                                                                                                                                             | <p><b>15</b><br/>                 Over 65<br/>                 a rischio tumore<br/>                 Franca Porciani</p>                             | <p><b>21</b><br/>                 La parola ai bambini:<br/>                 la città che vorrei<br/>                 Mariella Boerci</p>   |
| <p><b>25</b><br/>                 Fanno ancora paura<br/>                 la chemio e la radio?<br/>                 Paola Trombetta</p>                                                                                                                                     |                                                                   | <p><b>51</b><br/>                 Malati<br/>                 dell'altro mondo<br/>                 Daniela Condorelli</p>                  |
| <p><b>55</b><br/>                 Medici in difesa<br/>                 Agnese Codignola</p>                                                                                                                                                                                 | <p><b>59</b><br/>                 Le formiche<br/>                 muovono<br/>                 le montagne<br/>                 Cristina Miglio</p> | <p><b>63</b><br/>                 Staminali superstar<br/>                 tra realtà e illusione<br/>                 Nunzia Bonifati</p>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>69</b><br/>                 Hospice: un luogo<br/>                 di cura speciale<br/>                 Edoardo Stucchi</p>                   | <p><b>72</b><br/>                 Bilancio di un anno<br/>                 di impegno</p>                                                   |
| <p><b>DOSSIER</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |
| <p><b>33</b> <b>Prevenzione dopo il tumore</b><br/>                 di Adriana Bazzi</p> <p>  Lasciarsi alle spalle la malattia<b>34</b>   Prevenzione terziaria<b>41</b><br/>                   Cancer-free clinic e medico di base<b>44</b>   Vita quotidiana<b>46</b></p> |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |

# Miglioriamo la vita delle persone con innovazioni significative



**PHILIPS**

# Progettare il futuro sulle conquiste del passato

L'attività della LILT in tutti i campi - prevenzione primaria, secondaria, assistenza ai malati, riconoscimento dei bisogni - richiede una verifica e un aggiornamento costanti, tenendo sempre in mente che il valore di ciò che si è imparato nel passato, con sforzi, difficoltà, sacrifici, e anche delusioni, rimane la base della nostra progettualità futura.

La costruzione delle conoscenze nei vari ambiti è il frutto delle competenze di diverse specialità che coinvolgono operatori del mondo oncologico, dall'epidemiologia alla diagnostica tecnologica, ai ricercatori clinici e pre-clinici.

Come in ogni ambito della scienza, è necessario riflettere in continuazione e rivedere i nostri processi di lavoro. Se l'approccio tecnologico ha raggiunto uno sviluppo molto sofisticato, è nella ricerca di base il momento più significativo per crescere nelle nostre conoscenze.

In medicina è fondamentale non perdere mai di vista la centralità della persona con le sue specificità e i temi che riguardano l'individuo sano o malato.

Ribadiamo il concetto che il cancro ha tra le sue cause una serie di fattori che tra di loro si combinano. Distinguiamo i fattori legati all'ambiente e agli stili di vita e i fattori caratteristici di ogni organismo legati al suo patrimonio genetico.

Al processo di cancerogenesi si oppongono i nostri sistemi di difesa, cioè le difese immunitarie e la capacità di riparare i danni che i fatto-



**Sono in continua  
evoluzione  
le conoscenze  
sul nostro  
patrimonio  
genetico e sui  
fattori ambientali  
che lo possono  
danneggiare**

di Franca Fossati-Bellani

ri ambientali esercitano sui geni: le conoscenze in questo ambito sono in continua evoluzione.

Nella maggior parte dei casi il processo di trasformazione maligna ha una lunga "incubazione" ed è per questo che la maggior parte dei tumori si manifesta in età inoltrata. Nonostante i molti passi avanti, l'incidenza del cancro è ancora elevata e la relazione AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) nelle stime per il 2012 indica in oltre 350.000 i nuovi casi di tumore in Italia, con una prevalenza dei maschi (56%) sulle donne (44%).

Nell'ottica di quello che si è seminato in passato rileviamo qualche buona notizia: il tasso di mortalità in Europa per tumori polmonari, del tratto gastro-enterico, prostata e linfomi è diminuito, così come il tumore della mammella nelle donne.

Nell'editoriale dello scorso anno avevo sottolineato il significato della responsabilità individuale negli aspetti della prevenzione, il tema dell'informazione così come viene fornita dai media e l'attenzione ai bisogni del malato. Questi punti rimangono in primo piano e sono imprescindibili nella nostra mission.

Oggi c'è una società "liquida" che sembra meno sensibile, soprattutto nei giovani, a una vera e seria acquisizione delle dinamiche degli stili di vita. Si vive con più incertezza, ci si domanda se tutto quello che è stato affermato come necessario

per vivere bene e non “a rischio” non venga oggi sottostimato da atteggiamenti impropri nella visione della vita da parte dei giovani, soprattutto in alcuni ambiti sociali. Lo documentano anche le più recenti ricerche epidemiologiche sul fumo di sigaretta, che è in diminuzione fra i maschi adulti, ma in aumento nelle donne e fra i giovani, sia maschi che femmine, con un inizio molto precoce.

È quindi fondamentale mettere in atto le strategie comunicative più adatte per informare e coinvolgere nella lotta contro il fumo bambini e ragazzi in età scolare: l'impegno di LILT in questo ambito traduce concretamente la prevenzione in azione, raggiungendo ogni anno oltre 22.000 giovanissimi con interventi mirati e innovativi.

Nello scenario del tabagismo ha suscitato forti polemiche l'irrompere di quella che è impropriamente chiamata sigaretta elettronica. Sul fatto che possa essere utile a ridurre il vizio del fumo i pareri sono difformi, si teme che la sua proclamata “innocuità” possa essere addirittura un primo passo per avvicinarsi al fumo e l'Organizzazione Mondiale della Sanità è molto prudente nelle sue valutazioni. Se a favore della sigaretta elettronica ci può essere la riduzione dell'inalazione del catrame, la dose di nicotina contenuta può variare anche di molto e questo rappresenta sempre un aspetto di dipendenza.

Rimanendo in tema di prevenzione primaria dobbiamo prendere atto che l'obesità, soprattutto in età infantile e adolescenziale, è diventata un vero problema nel mondo occidentale. Non viene ancora abbastanza sottolineato che l'obesità è un fattore severo di rischio non solo per le malattie cardiovascolari, ma anche per l'insorgenza dei tumori. Ovviamente la problematica dell'obesità è legata allo stile alimentare, si torna quindi alla neces-



È fondamentale accedere alle procedure di screening come proposte dal Ministero della Salute per la diagnosi precoce di tumori al seno, collo dell'utero e colon retto

sità di diffondere il concetto di una corretta alimentazione, chiave di volta della prevenzione primaria.

Tra le buone notizie della prevenzione primaria possiamo dire che l'introduzione delle iniziative vaccinali contro l'HPV (il papilloma virus umano), l'HBB (il virus dell'epatite B), l'eradicazione del batterio *Helicobacter pylori* con la terapia antibiotica sono i tre provvedimenti terapeutici di prevenzione che hanno consentito di ridurre l'incidenza dei tumori correlati: cervice uterina, fegato e stomaco.

Il nostro impegno nella prevenzione secondaria continua in prima linea, grazie alla presenza sul territorio dei servizi di diagnosi precoce, soprattutto dei tumori femminili. Nel panorama italiano una buona consapevolezza sul significato della responsabilità individuale nella tutela della propria salute è difforme sul territorio nazionale e bisogna insistere su questo aspetto. È fondamentale accedere alle procedure di screening come proposte dal Ministero della Salute per la diagnosi precoce dei tumori al seno, collo dell'utero e colon retto.

Penso che LILT in questo ambito debba impegnarsi ancora di più a livello di quegli strati sociali che hanno meno familiarità con la cultura della salute. Lo stiamo già facendo con il progetto Donna Dovunque, che offre una mediazione non solo linguistica ma culturale, per agevolare l'accesso alla prevenzione da parte dei nuovi cittadini. Questo è uno strumento di vera integrazione nella nostra vita sociale: facendo interventi educativi ho sempre visto nelle donne straniere una grande sete di conoscenza e desiderio di partecipazione e integrazione.

Lo scorso anno facevo riferimento all'impatto dei mezzi di comunicazione sull'opinione pubblica e alla responsabilità che si assumo-

no nel fornire informazioni. Tutti siamo a conoscenza del rilievo dato recentemente alla vicenda di Angelina Jolie, che per molti versi ha indotto nella popolazione un'angoscia ingiustificata, sostenuta da disinformazione e incomprendimento. Non è stato espresso in termini adeguati ed esaustivi il significato della problematica, che è riferita solo ad un gruppo - fortunatamente ristretto - di donne che si ammalano di tumore della mammella per la mutazione dei geni BRCA 1 e BRCA 2 (Breast Cancer 1 e 2), mutazione che può indurre anche tumori dell'ovaio. In presenza di una di queste mutazioni, è necessario poter accedere a servizi di genetica medica dedicati alla problematica specifica, perché ogni caso deve essere valutato singolarmente in ordine alle decisioni di comportamento preventivo/terapeutico.

Angelina Jolie avrebbe potuto infatti decidere diversamente, proseguire i controlli clinici adeguati a una tempestiva diagnosi di malattia, senza dover procedere a una misura così drastica che nella comunicazione è stata trattata come "necessaria" laddove esista un rischio familiare di tumore della mammella. È importante invece che le donne siano informate e consapevoli delle possibili alternative.

In questa direzione va il progetto DARE, attivo da un anno presso i nostri Spazi Prevenzione, in collaborazione con la Divisione di Senologia della Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori di Milano, per il controllo di quel gruppo di donne che, pur non avendo una mutazione dei geni BRCA 1 e 2, per la loro storia familiare hanno comunque un rischio più elevato rispetto alla media delle altre donne.

Il futuro della prevenzione secondaria dovrà essere modulato sull'attuazione di test genetici mirati per situazioni particolari, sulla base di



### PROGETTI E ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

- Progetto "A casa lontani da casa", per facilitare la ricerca di alloggio da parte dei malati che giungono da lontano.
- Progetto Amaranta (Ambulatorio Accoglienza per Radioterapia Antalgica) per ridurre al minimo gli accessi plurimi ad ambulatori diversi.
- Incontri formativi per i Medici di Medicina Generale sul tema Come curare insieme il paziente oncologico.
- Nuovo Manuale di Formazione del Volontariato in Oncologia.
- Partecipazione all'elaborazione del "Core Curriculum del Volontario nelle Cure Palliative"
- Progetto Donna Dovunque per agevolare l'accesso alla prevenzione delle donne straniere.

precise indicazioni mediche. Ci si deve mettere in guardia dall'offerta di test genetici in commercio che non hanno una validazione come strumento di anticipazione diagnostica significativo per la salute delle persone.

Per quanto riguarda la cura e l'assistenza oggi c'è il gran punto interrogativo delle difficoltà di un welfare che deve adeguarsi ai momenti difficili della situazione economica generale, con una inevitabile ricaduta sul terzo settore.

LILT mantiene sempre viva l'attenzione a tutte le difficoltà dei malati e delle loro famiglie, in particolare delle fasce più deboli.

Un'esigenza sempre più sentita dai pazienti è quella di poter contare su un miglior rapporto tra medico di famiglia e specialisti dell'istituzione oncologica; le esigenze organizzative, le scadenze dei processi di diagnosi, terapia e controllo hanno indotto nel tempo un non giustificato distacco tra i curanti, con una impropria delega dei medici di medicina generale a quelli delle istituzioni di riferimento e dall'altra parte un insufficiente coinvolgimento degli stessi da parte degli specialisti. Questo distacco è molto spesso vissuto dal paziente come un "vuoto" di attenzione da parte dei sanitari e a volte motivo anche di impropria gestione nel decorso della malattia. Oggi nella richiesta di umanizzazione dei processi di cura ritengo fondamentale che il medico di famiglia (o medico di medicina generale che dir si voglia), debba essere considerato come una delle figure facenti parte a pieno titolo dell'équipe terapeutica nell'ottica della gestione multidisciplinare di tutte le malattie severe. Credo che LILT a questo proposito possa svolgere un processo di sensibilizzazione al miglioramento di quei rapporti professionali che nella medicina assumono un valore particolarmente significativo. ■



**AQUANOVA**<sup>®</sup>  
*per vivere meglio*

Lo sai che puoi bere acqua pura  
direttamente dal tuo rubinetto?

Chiamaci!  
Riceverai tutte le informazioni  
e avrai in omaggio l'esclusiva bottiglia blu aquanova!

[aquanova.it](http://aquanova.it)

**AQUANOVA**<sup>®</sup>  
*per vivere meglio*

e

 **LILT**  
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI  
*prevenire è vivere*

**insieme per la prevenzione**

Aquanova sostiene le attività di prevenzione della LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

AQUANOVA s.r.l. Via Salvatore Quasimodo, 18 - Legnano (MI) T +39 0331 454922

# Nel DNA il futuro DELLA NOSTRA SALUTE

I test genetici possono rivelare la predisposizione individuale verso alcune malattie

**È possibile leggere** il nostro futuro nel DNA? Le aspettative della medicina preventiva che utilizza i test genetici sono reali? I ricercatori stanno lavorando alacremente per dare nuove armi alla prevenzione e alla cura delle malattie più temute del secolo.

Ormai da anni, le diagnosi genomiche prenatali permettono di individuare le mutazioni del DNA che potrebbero essere causa di malattie rare nel nascituro.

di Maurizio Maria Fossati

Oggi si assiste ad un incremento degli studi e dei test per "valutare il rischio di ammalarsi" di una malattia grave nell'arco dell'intera vita. Parallelamente, altri test genetici permettono di "personalizzare la cura" di un paziente somministrando farmaci mirati, e poi di verificarne l'efficacia durante la terapia. E in alcuni settori siamo già molto avanti. La genetica in definitiva ci permette di avvicinarci più profondamente ai meccanismi che regolano il funzionamento dell'organismo. Bisogna però procedere con i piedi di piombo e non abbandonarsi a entusiasmi facili e generalizzati.

«A prescindere dal tipo di test genetico eseguito, dobbiamo subito premettere una considerazione - avverte Elia Stupka, co-direttore del Centro di Genomica Traslazionale e Bioinformatica dell'ospedale San Raffaele di Milano - è impossibile generalizzare il risultato di un test genetico predittivo, cioè esprimere una diagnosi universalmente valida. Il risultato di ogni test va conte-

stualizzato e valutato caso per caso, per ogni tipo di paziente e di malattia. Le malattie comuni, infatti, note anche come 'malattie complesse', hanno una componente genetica e una componente ambientale. E dal punto di vista genetico non c'è la causalità diretta. Ecco perché quando si parla di cancro, di malattie cardiovascolari, di diabete, di sclerosi multipla e così via, il test genetico predittivo può indicare solo il 'rischio' di ammalarsi relativo alla sola componente genetica. Considerando una patologia, è il caso di ricordare che 'solo' le malattie rare dipendono unicamente dall'imperfezione genetica che ne è la causa diretta».

**A questo punto** si capisce chiaramente come sarebbe sciocco e insensato considerarsi "condannati" oppure "assolutamente al riparo" da una malattia grave tenendo conto solo di un test predittivo, senza nel contempo considerare anche lo stile di vita e l'ambiente in cui si trascorre il proprio tempo. «Affidarsi a un test genetico è utile solo in casi selezionati - sostiene Marco Pierotti, Direttore Scientifico

## GENOMICA, FAMILIARITÀ, EREDITARIETÀ

La genomica è la scienza che legge e interpreta le informazioni contenute nel genoma. Possiamo immaginare il genoma come un'enorme biblioteca: ogni libro è costituito da pagine e parole, le quali rappresentano specifiche informazioni necessarie per il funzionamento del nostro organismo. I contenuti vengono tramandati alle generazioni successive, ma talvolta le pagine possono sbiadirsi e trasmettere errori nelle parole. Anche il nostro genoma è soggetto a questo tipo di errori, la cui conseguenza è la predisposizione a certe malattie o la loro insorgenza.

Ma vediamo la differenza tra familiarità ed ereditarietà di una malattia. La "familiarità" è un concetto che considera la prevalenza di una malattia in un gruppo, l'incidenza superiore al normale. Quindi, c'è familiarità quando la malattia incide con frequenza maggiore rispetto alla norma nell'ambito di una famiglia. Per esempio, l'ambiente influisce in modo "familiare" sulla gente: dove c'è inquinamento da diossina o da amianto, sono più frequenti certi tipi di tumore. Abbiamo ereditarietà, invece, quando la malattia viene causata dal contenuto del DNA, ereditato dai genitori. L'ereditarietà, quindi, implica un concetto di certezza della trasmissione della malattia.

della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano -. Meglio quindi procedere solo dopo un'accurata valutazione da parte di un genetista esperto». In Italia, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano lavora sulla ricerca dei fattori genetici responsabili di neoplasie fin dal 1995, grazie a un finanziamento dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC). Ed è, comunque, proprio l'AIRC a precisare che "la maggior parte dei tumori è di origine 'sporadica', ovvero si manifesta senza alcun tipo di legame con la trasmissione ereditaria dei geni. Solo in una percentuale del 10% circa, si può parlare di cancro 'ereditario', legato cioè alla trasmissione di un gene mutato da parte dei genitori".

Ma quanto sono affidabili i test genetici predittivi?

«Tecnicamente i test genetici sono

## I test genetici permettono di fare una scelta terapeutica personalizzata



## LE NUOVE FRONTIERE: prevedere ictus, infarto, tumori e degenerazione maculare senile

■ «Certo, la dieta e lo stile di vita corretti sono fondamentali per allontanare tumori e rischi ischemici. Ma, proprio per potenziare la prevenzione, oggi non possiamo trascurare le indagini genetiche», afferma Andrea Mezzetti, presidente della Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi (SISA) e direttore del Centro di ricerca clinica dell'Università di Chieti-Pescara. «Con una ricerca eseguita negli ospedali di Chieti e Ancona e pubblicata sulla rivista scientifica internazionale *Stroke* - spiega il professor Mezzetti - abbiamo dimostrato che le placche aterosclerotiche delle carotidi (responsabili di ictus quando vanno incontro a rottura) sono influenzate da 5 molecole, chiamate i MicroRNA. La genetica ha quindi un ruolo sostanziale nell'insorgenza delle patologie cardiovascolari. E il valore predittivo dei test è grande soprattutto per l'ictus: pensate che la presenza di 4 di questi 5 microRNA predice il rischio-ictus nel 73,5% dei casi, mentre la presenza di tutti e 5 nell'82,4%». Così, sulla scia di questa scoperta, è partito un nuovo studio genetico per la prevenzione di infarto e ictus. Si chiama "Lipigen" e coinvolge 38 ospedali italiani, da Milano a Bologna, Torino, Ferrara, Modena, Pisa, Roma, Ancona, Napoli, Cagliari, solo per citare alcune delle città coinvolte. La ricerca sta sottoponendo a test le persone con colesterolo alto. «L'obiettivo - dice Francesco Cipollone, responsabile del Centro europeo aterosclerosi dell'Università di Chieti-Pescara - è anche quello di compilare un registro che riporti la mappa delle anomalie familiari nel nostro Paese per migliorare le possibilità di prevenzione e cura».

E sono centinaia gli scienziati di tutto il mondo che stanno collaborando alla ricerca genetica che vuole "battere il cancro sul tempo" con screening e cure mirati. Lo scorso 27 marzo, Nature Genetics's website ha pubblicato una serie di articoli del "Collaborative Oncological Gene-environment Study" (COGS) che riportavano la scoperta di oltre 70 nuove varianti genetiche che aumentano il rischio di cancro del seno, della prostata e delle ovaie. Sono stati analizzati i campioni di DNA di oltre 100.000 malati, confrontati con altrettanti campioni di persone sane. A questi studi hanno partecipa-

to anche numerosi enti di ricerca italiani sotto il coordinamento di Paolo Radice, direttore di "Medicina Predittiva: Basi Molecolari, Rischio Genetico e Test Genetici" dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano che ha contribuito con il 50% dei casi italiani studiati.

Anche il settore privato sta lavorando sodo. In Italia si registrano oltre 23.500 nuovi casi all'anno di tumore della prostata, una delle maggiori cause di mortalità dell'uomo. I ricercatori del San Raffaele stanno lavorando a uno studio su 6 mila pazienti con storia familiare di tumore della prostata. Lo scopo è quello di identificare i pazienti a rischio e scoprire se, oltre al Psa (Antigene prostatico specifico, un esame oggi molto criticato poiché fa emergere numerosi falsi positivi), possono essere usati altri biomarcatori di natura genetica per riconoscere meglio i pazienti a rischio tumore e in particolare quelli che progrediranno rapidamente verso forme gravi.

La degenerazione maculare senile è una malattia dell'occhio che si può presentare nella terza età ed è la più frequente causa di perdita della vista dopo i 60 anni. In Italia ne soffrono oltre 2 milioni di persone. E' una patologia multifattoriale in cui gioca un ruolo fondamentale l'interazione tra predisposizione genetica e lo stile di vita. «Anche per la degenerazione maculare senile - dice Stefano Piermarocchi, docente di Oftalmologia al Policlinico universitario di Padova - sono stati introdotti test genetici che esplorano alcuni cromosomi dove possono risiedere i cosiddetti polimorfismi, varianti del DNA che predispongono alla malattia». Il test è arrivato in Italia da un paio d'anni ed è molto semplice. Ci si può sottoporre al test presso un laboratorio di genetica, ma anche nello studio di un buon oculista. «Si preleva la saliva della mucosa della bocca con uno spazzolino - spiega il professor Piermarocchi - e si manda il kit in laboratorio. Il risultato arriva in due settimane. Il costo è di circa 300 euro.

Se il soggetto risulta a rischio, si dovranno modificare gli stili di vita capaci di favorire l'insorgenza della degenerazione maculare, eliminando per esempio il fumo, proteggendo gli occhi dal sole ed, eventualmente, assumendo antiossidanti». ■



## BASTA UNA GOCCIA DI SALIVA O DI SANGUE

Il test del DNA consiste nello studio del patrimonio genetico individuale e si esegue analizzando un prelievo di sangue o un campione di saliva. Un test del genere permette in molti casi la diagnosi di malattie rare e permette di calcolare il rischio genetico di alcune malattie complesse, quali il tumore, il diabete o le malattie cardiovascolari. Può permettere inoltre di personalizzare la terapia di un paziente, somministrando i farmaci mirati e verificandone l'efficacia. Nel caso delle malattie rare l'identificazione di una mutazione porta alla certezza della diagnosi, mentre, nel caso delle malattie complesse lo sviluppo della patologia dipende sia dall'ambiente (dieta, stile di vita, qualità dell'aria, ecc), sia dal genoma. Quindi la predisposizione a una malattia complessa, rilevata tramite un test genetico, va interpretata come un "avviso di rischio" e non come una diagnosi.



affidabili - afferma il dottor Stupka -, il problema sta in come viene integrata e comunicata l'informazione. Per esempio, un'indicazione farmacogenetica sulla possibilità o meno d'impiego di un medicinale è abbastanza semplice, mentre prevedere il rischio d'infarto è un'informazione più complessa che necessita quindi di un'accurata integrazione col contesto clinico. In ogni caso, se vogliamo considerare i kit di analisi fai da te, dovremo certamente far riferimento a centri di solida reputazione e sicura esperienza, tralasciando le piccole aziende improvvisate».

Anche Edoardo Boncinelli, fisico e genetista di fama mondiale condivide il giudizio che i test genetici fai da te siano oggi affidabili e in molti casi provvidenziali, ma «una persona sensata non dovrebbe interpretarli da sé. Ci deve essere un esperto in grado di spiegare cosa significano, altrimenti si rischia di capire una cosa per l'altra. Sta di fatto che se un male non è certo o se non è curabile - puntualizza Boncinelli -, è sbagliato allertare una persona che altrimenti potrebbe stare tranquilla. Più che un problema etico è un problema sociale e psicologico».

I vantaggi offerti dai test genetici sono comunque grandi. Se l'applicazione di un test offre nuove conoscenze sicure, nascono a cascata le possibilità di affinare nuove armi

per il controllo e la lotta alla malattia indagata. La genetica, in definitiva, ci permette di avvicinarci alla "stanza dei bottoni" del comportamento dell'organismo umano.

Per esempio, spiega il dottor Stupka, avere un tumore è come avere un altro piccolo organismo che vive in noi, con il suo genoma e il suo DNA. In questo caso i test genetici sul tessuto tumorale prima e nel corso delle terapie servono per verificare le caratteristiche genetiche del tumore prima e dopo il trattamento. In questo modo si valuta la risposta del tumore alla cura e si individua il farmaco più efficace. Sempre nel campo delle applicazioni della farmacogenetica, ci sono test che possono indicare il dosaggio più adatto di un farmaco in funzione del grado (accertato col test) di metabolizzazione del prodotto nell'organismo del paziente.

**Se proviamo** a cercare in Internet, sotto la voce "test genetico" troveremo di tutto e di più. Da test completamente inutili e fasulli, a proposte di un certo valore scientifico (legate o no alla malattia) come per esempio l'individuazione delle proprie origini genetiche o la classificazione della massa muscolare, che quindi svela la predisposizione a diventare o meno un atleta performante. Quindi, nell'approccio occorre sempre la massima cautela e lucidità valutativa.

Ma c'è anche un aspetto etico da non sottovalutare, sul quale la Convenzione europea sulla Biomedicina detta regole precise (anche se non sempre seguite): tutte le informazioni genetiche che hanno a che fare con il rischio di una malattia o con l'essere portatore di malattia dovrebbero sempre essere fornite attraverso una consulenza genetica specialistica e individualizzata. Comunque, ogni persona che desideri sottoporsi a un test genetico predittivo dovrebbe preliminarmente verificarne motivazione, signi-

ficato, indicazione, in un setting di genetica medica. Un esempio significativo dei test genetici è quello relativo alla determinazione della presenza/assenza dei geni BRCA 1 e 2 (Breast Cancer 1 e 2) nelle forme familiari/ereditarie di cancro della mammella. Il test è consigliato a chi ha familiarità con la malattia. È stato dimostrato infatti che chi ha una sorella o una madre con tumore al seno, corre un rischio maggiore di sviluppare la malattia nel corso della vita rispetto a chi non ha mai avuto casi di questo tumore in famiglia. È comunque importante sottolineare, avverte l'AIRC, che "avere ereditato la mutazione non significa essere certi di contrarre prima o poi la malattia", piuttosto equivale ad avere un rischio più elevato rispetto a chi non ha la mutazione. Il test genetico, dunque, anche in questo caso si limita a fornire informazioni sul "rischio" di ammalarsi di tumore nel corso della vita. In base al risultato del test, il genetista

medico e l'oncologo sapranno creare un piano di prevenzione individuale basato su controlli più frequenti e attenti che permetteranno di gestire al meglio il rischio e di individuare un eventuale tumore nelle sue fasi più precoci.

**In ogni caso**, i carcinomi della mammella non sono tutti uguali e, anche dopo l'intervento di asportazione, rispondono in modo diverso alla chemioterapia. Alcuni ricercatori americani, esaminando un gruppo di 21 geni, hanno messo a punto un test che permette, una volta operato il tumore, di effettuare una stima delle probabilità di recidiva nelle pazienti con carcinoma mammario in stadio precoce e senza interessamento dei linfonodi ascellari. Il test permette di valutare, caso per caso, l'utilità di aggiungere o meno la chemioterapia al trattamento ormonale post operatorio, applicando così la cura migliore col minore aggravio di effetti collaterali. Il test,



## C'è un test che indica la predisposizione genetica alla degenerazione maculare senile

### QUANTO COSTA UN TEST GENETICO?

Il costo attuale del sequenziamento del genoma non permette ancora di effettuare il test su larga scala. Oggi possiamo stimare che si aggira attorno agli 8mila euro, ma è in progressiva riduzione, infatti lo scorso anno costava 20mila euro e tre anni fa 100mila. In ambito diagnostico, si predilige il test su punti specifici del genoma. Ci sono inoltre test specifici che costano meno di mille euro. La lettura del DNA può essere effettuata indipendentemente da specifiche patologie, anche per conoscere il proprio patrimonio genetico, risalire alle origini lontane dei propri ascendenti, per scoprire la base genetica di risposte a farmaci che si prendono comunemente, per impostare uno stile di vita volto a prevenire la comparsa di eventuali malattie o per comprendere meglio il proprio metabolismo in relazione all'attività sportiva.

previsto come "complemento dei criteri decisionali di cura" dall'Asco (American Society of Medical Oncology), è sbarcato in Italia da circa un anno, dopo l'impiego negli Usa e in altri Paesi europei dove è stato validato su 5mila donne a partire dal 2005.

«La comprensione che tumori apparentemente simili sono estremamente diversi da un punto di vista molecolare - spiega Michelino de Laurentiis, docente di Oncologia Molecolare presso l'Università Federico II di Napoli - offre la possibilità di scegliere i farmaci più adeguati per trattare il paziente, ma anche di seguire una strada terapeutica personalizzata che garantisca



## Gli agenti inquinanti alterano la programmazione cellulare del feto e del bambino

la migliore qualità di vita in ogni momento della cura. In quest'ottica i più recenti test su base genomica consentono di selezionare con maggiore precisione le donne che, in assenza di coinvolgimento linfonodale, possono evitare il trattamento aggiuntivo chemioterapico alla terapia ormonale, sia perché il loro rischio di recidiva è estremamente basso, sia perché il beneficio atteso dalla chemioterapia è altrettanto basso».

**I risultati?** In un terzo delle pazienti sottoposte finora al test, l'oncologo ha modificato il piano terapeutico: la chemioterapia è stata evitata per un quarto delle donne, mentre è stata aggiunta nel 5-10% dei casi. A garanzia dell'accuratezza diagnostica vi è una misurazione, effettuata separatamente 3 volte, su 21 geni di ogni campione tissutale. Il test costa circa 3mila euro (completamente a carico del paziente). ■

### ATTENTI ALLE SOSTANZE TOSSICHE: possono "avelenare" il DNA

■ C'è chi, come il pediatra Ernesto Burgio, esperto di modelli molecolari e ricercatore nell'ambito dell'ambiente-salute, punta l'indice contro le sostanze tossiche prodotte dall'uomo: «Sono in grado di modificare la programmazione cellulare del feto e del bambino, e possono rimanere nel genoma, predisponendo a malattie in età adulta. E di recente si è anche scoperto che queste modifiche causate dall'ambiente possono anche essere trasmesse alla generazione successiva».

«Da circa 15 anni - spiega il dottor Burgio, presidente del comitato scientifico ISDE (International Society of Doctors for the Environment), stiamo studiando le conseguenze delle trasformazioni della composizione molecolare dell'aria che respiriamo, dell'acqua che beviamo e dei cibi sui tessuti dell'uomo, ma soprattutto sulle cellule e sul DNA dell'embrione, del feto e dei bambini in via di sviluppo. Il periodo della formazione dei vari organi del nascituro è in assoluto il momento più delicato. Gli inquinanti, infatti, e in particolare gli interferenti endocrini (agenti chimici in grado di interferire con lo sviluppo fetale), possono essere responsabili di malattie come obesità, diabete, patologie del neurosviluppo,

anomalie cardiovascolari e tumori, che possono manifestarsi anche a distanza di parecchi anni dalla nascita». Questo perché queste sostanze possono alterare la programmazione genetica delle cellule e dei tessuti che si stanno formando. Siamo nel campo dell'epigenetica. «Sappiamo tutti - continua il dottor Burgio - che il DNA trasmette le informazioni ereditarie necessarie alla vita di un individuo. Ma il DNA è un programma di base che deve essere marcato e rimodulato durante i nove mesi della vita embrionale-fetale. Per questo quei mesi sono così importanti. Potremmo paragonare il DNA all'hardware dell'individuo, il cui software è dato dalle marcature epigenetiche che si vanno formando in ciascuno di noi in quel periodo. Se le informazioni non sono corrette, cioè se si verificano interferenze negative da parte di molecole inquinanti, le marcature possono diventare patologiche. E questo può accadere anche dopo la nascita. Pensate, per esempio, che il neurosviluppo del cervello continua nei primi due anni di vita del bambino». Massima attenzione, quindi, nell'allontanare le fonti di inquinamento dalla futura mamma e dal bimbo durante la prima infanzia e l'adolescenza. ■

# Over 65 A RISCHIO TUMORE

Siamo i più longevi dopo i giapponesi, ma due terzi dei tumori colpiscono gli anziani

di Franca Porciani

**Il nostro mondo occidentale** invecchia sempre di più, ma, fortunatamente, invecchia sempre meglio. L'Italia è ai primi posti (al secondo, a ridosso del Giappone) come miracolo di longevità. Tanti anziani, dunque, e tanti anziani sani, ma qualcuno meno sano c'è, inevitabilmente (dei dodici milioni di pazienti ricoverati ogni anno negli ospedali italiani, il 45 per cento è rappresentato da ultraset-

tantenni). Perché siamo riusciti a vivere più a lungo, ma non siamo ancora capaci di evitarci qualche problema di usura: le arterie si ispessiscono, le cartilagini si usurano e si deformano, il cuore perde forza, i reni e il fegato non funzionano più alla perfezione. Ma la *Terza Età* (così la chiamò per la prima volta la scrittrice francese Simone de Beauvoir in un celebre libro pubblicato in Italia da Einaudi nel '71) non è solo l'epoca della vita in cui l'organismo vede calare la sua vitalità fisica (ricambio cellulare più lento, processi riparativi/ossidativi meno efficienti), ma è anche quella in cui continuano a comparire fenomeni espansivi, di crescita; ne sono esempio, abbastanza clamoroso, i tumori.

Anzi, i due fenomeni vanno quasi di pari passo, come sottolinea Vittorina Zagonel, direttore della Divisione di Oncologia Medica 1 dell'Istituto Oncologico del Veneto a Padova, autrice di tre manuali sulla cura dei tumori in età avanzata (editore il Pensiero Scientifico). «Il processo di invecchiamento porta con sé una serie di alterazioni biologiche, di rallentamenti metabolici che possono prendere due strade diverse, - dice l'esperta - quella della se-

nescenza, che rientra nella normalità, e quella della evoluzione cancerosa. Ma il punto di partenza è lo stesso, processi cellulari che diventano lenti e imperfetti»

**Ecco perché i tumori** sono tutt'altro che rari dopo i 65 anni. Anzi stando ai dati attuali, la loro frequenza è molto più alta che nella mezza età, tanto che il rischio di ammalarsi di cancro in vecchiaia sembra essere quattro volte quello che si riscontra tra i 45 e i 64 anni.

Questa realtà è ben nota, ma in passato l'aspettativa di vita dopo i settant'anni era bassa e si dava per scontato che i tumori crescessero lentamente, basandosi, peraltro, su osservazioni assolutamente empiriche. Come si riteneva, altrettanto empiricamente, che la radioterapia e la chemioterapia non potessero essere sopportate da un organismo anziano. Si tendeva, in sostanza, a "non fare" ("tanto non vivrà a lungo", dicevano i medici) ritenendo il paziente in là con gli anni uno dei problemi meno rilevanti dell'oncologia moderna. Poi, questi luoghi comuni hanno dovuto essere abbandonati perché i vecchi sono diventati un "esercito", tra l'altro straordinariamente longevo; il fenomeno più rilevante in termini di cambiamento della popolazione in Italia degli ultimi





## L'interazione tra farmaci è un problema di grande rilievo per gli anziani che soffrono di malattie croniche

trent'anni. La "loro" malattia oncologica diventava una realtà da affrontare. La cosa più semplice, quando ci si è accorti di questo nuovo scenario, sembrò quella di utilizzare le stesse terapie sperimentate su soggetti giovani, riducendo i dosaggi, sostanzialmente alleggerendoli. Ma ci si accorse che si rischiava di curare male questi pazienti che così facendo non rispondevano ai trattamenti quando, in realtà, avrebbero potuto trarne giovamento a dosi piene, "giovanili", se così vogliamo dire.

### Un altro aspetto è importante:

le persone anziane che sviluppano un tumore spesso soffrono di qualche malattia cronica, o non sono completamente autosufficienti, o ancora, non si alimentano come sarebbe ne-

cessario. Senza dimenticare la fragilità della loro condizione psicologica, la tendenza alla depressione.

Come sottolinea Martine Extermann, docente di oncologia all'Università della South Florida e presidente per due anni, dal 2008 al 2010, della Società Internazionale di Oncologia Geriatrica (SIOG). «Per curare al meglio queste persone è necessario un lavoro di gruppo, che coinvolga varie figure: dall'oncologo al geriatra, dal fisioterapista al dietologo fino al farmacista esperto di interazioni fra i farmaci, problema di grande rilievo visto che gli anziani prima di scoprirsi malati di tumore, soffrono già di qualcosa, la pressione alta ad esempio, e prendono, inevitabilmente, medicine. Io cerco di fare sì che questi operatori (ho usato il maschile ma

### LA RICERCA

■ Pare che tutti concordino sulla necessità di dare agli anziani malati di cancro farmaci "adattati" a loro, alla capacità del loro organismo di assorbirli e metabolizzarli e che non provochino troppi effetti collaterali, eppure queste ricerche stentano a decollare. Perché? Per una serie di motivi legati alle case farmaceutiche che temono i pericoli di queste sperimentazioni su soggetti fragili: gli anziani possono rivelarsi un "banco di prova" poco redditizio di un nuovo medicinale perché l'effetto positivo rischia (ma non è detto) di essere meno brillante. Risultato che, compromettendo la possibilità di pubblicare questa sperimentazione sulle riviste scientifiche che contano, ostacolerebbero lo sviluppo commerciale di un preparato sul quale si è investito molto denaro (questi studi sono molto costosi). È evidente che il gioco degli interessi rischia di diventare un cane che si morde la coda se non si decide di potenziare una strategia che punti a sviluppare farmaci specifici per gli ammalati in là con gli anni. Costi quel che costi, si tratta di una priorità. Sta di fatto che oggi, a causa di questo vuoto culturale, gli oncologi vanno un po' a tentoni quando devono valutare qual è la dose ottimale di un chemioterapico che un fisico senile tollera, e questo non può che ripercuotersi negativamente sull'efficacia del trattamento.

## La vecchiaia è un processo individuale, siamo noi con il nostro stile di vita a determinarne la qualità

è implicita la declinazione anche al femminile) dialoghino regolarmente: una volta alla settimana ci si incontra tutti e si lavora sulle problematiche dei malati. Oggi è l'unica strada».

**In realtà**, la necessità di affrontare in modo diverso il tumore quando compare in una persona in là con gli anni è emersa come tale (anticipando gli Stati Uniti) in Francia. La prima divisione di oncologia geriatrica nacque nel 1990 al centro di ricerca sul cancro Léon Bérard di Lione; negli anni successivi un lavoro importante in questa direzione fu fatto nei primi anni Novanta al Centro Nazionale dei Tumori di Aviano (Pordenone) grazie all'impegno di Silvio Monfardini. Ma è stato l'italiano (riminese) Lodovico Balducci ad aprire a Tampa in Florida al Lee Moffitt Cancer Center nel 1993 la prima unità geriatrica oncologica, cui hanno fatto seguito iniziative simili a New York, a Chicago e a Los Angeles. E molte altre sono nate in Europa (nel 2000 è stata costituita in Svizzera la Società internazionale di Geriatria Oncologica che oggi conta più di 1000 membri in 40 paesi). Ma un impegno multidisciplinare nei fatti e nella pratica di ogni giorno non è facile, sia per motivi organizzativi, sia, e soprattutto, per ragioni culturali. La nostra "arte medica" attualmente si basa principalmente sul gesto tecnico, spesso si limita a questo, tanto più in ambito specialistico: si ragiona per protocolli, in oncologia, non per pazienti. Come ben spiega nel libro appena pubblicato da Cortina, *La scomparsa del dottore*, Giorgio Cosmacini, medico e filosofo, autorevole storico della medicina: «La medicina dalla tecnica ha tratto e trae di continuo avanzamenti e successi.

Questa, tuttavia, viene spesso enfatizzata al punto che l'approccio tecnologico ai problemi del paziente è considerato l'unico modo di rapportarsi al paziente medesimo. Da questa considerazione riduttiva, per cui il rapporto medico-paziente è visto *concluso* nell'approssimarsi della realtà oggettiva, fisiopatologica, della malattia, resta *escluso* l'avvicinamento alla realtà soggettiva, antropologica, del malato. Il che non soddisfa certamente quest'ultimo, anche se può appagare un medico autoridotto a tecnico». La medicina, prima ancora e più che una tecnica, è un'attività clinica. Anche se, scrive ancora Cosmacini, l'ideologia tecnicistica sta facendo sì che l'ipertrofia dei mezzi si traduca nell'atrofia dei fini. Espressione incisiva che spiega senza mezzi termini come un approccio tecnico, superspecialistico, rischi di avere effetti devastanti sul-

la persona anziana malata di cancro. «Anche perché ormai siamo certi che non esista la vecchiaia, ma che diventare vecchio sia un processo assolutamente individuale; sono gli adattamenti messi in atto nel corso di una vita intera a determinare quale "terza età" avrà ognuno di noi - commento Elio Musco, geriatra di grande esperienza e neuropsichiatra, uno dei pionieri di una diversa attenzione al mondo dei vecchi da parte della medicina all'interno della Scuola di Geriatria di Firenze - . Bisogna tenere conto dell'interazione dei preparati chemioterapici con altri che il paziente sta prendendo, senza dimenticare che alcuni possono essere eliminati: si dice che i geriatrici fanno miracoli togliendo medicine inutili o potenzialmente pericolose (il 10-16 per cento dei ricoveri urgenti delle persone in là con gli anni è dovuto a reazioni avverse ai farmaci o a effetti collaterali). Altro punto cruciale è il tono dell'umore perché la malattia neoplastica interferisce a livello cerebrale con la sintesi dei neurotrasmettitori che lo regolano. Sotto questo profilo, la persona anziana malata di cancro va seguita e curata con particolare attenzione: purtroppo ancora oggi vedo pazienti oncologici con depressioni gravi del tutto sottovalutate dallo specialista che li segue. Stesso discorso vale per la riabilitazione, ad esempio quella che fa seguito all'asportazione di un cancro alla mammella con conseguente problema di linfedema, ovvero di accumulo di liquido linfatico nel braccio in conseguenza dello "scavo" ascellare, l'asportazione delle linfoghiandole: sono molti gli accorgimenti da prendere in più rispetto alla paziente giovane».



**Concorda** Silvio Monfardini, oncologo, coordinatore del Programma di oncologia geriatrica dell'Istituto Palazzolo della Fondazione Don Gnocchi di Milano, il primo del genere in Italia, nato nel 2011: «C'è bisogno di maggiore geriatria nell'oncologia, di cultura geriatrica e di tanta ricerca». Si perché se è vero che tanti miti sono stati sfatati, primo fra tutti quello che i tumori abbiano nell'anziano un andamento più lento e che la chemioterapia sia tossica per un organismo che ha superato le settanta primavere (si è visto, invece, che per quanto riguarda i linfomi, il cancro del polmone e quello del colon, della prostata e della mammella, il beneficio è lo



da quelli scaturiti da indagini precedenti, come quella pubblicata qualche anno fa su *Critical review in Oncology Hematology* ancora dall'équipe di Monfardini, dove un questionario fu mandato a 330 responsabili di reparti di oncologia, ottenendo risposte da 199 (il sessanta per cento).

**Quale il senso delle risposte?** I medici percepiscono il paziente anziano come una realtà importante/emergente rispetto alla quale si sentono però inadeguati, senza indicazioni e linee guida specifiche sui trattamenti. Mentre tutti concordano sull'esigenza di avere più tempo a disposizione, solo una

## Non ci sono indicazioni e linee guida specifiche sui trattamenti del paziente anziano

18

stesso che si registra nei soggetti giovani), restano da scoprire molte cose (vedi pag. 16).

Ma se la ricerca ancora stenta a reclutare fra le sue file gli anziani, esistono comunque linee guida che aiutano gli oncologi a non fare errori con i malati in là con gli anni. Come indica Lodovico Balducci, sono cinque i punti da tenere bene a mente per l'oncologo: in primo luogo, dovrebbe affiancare al proprio operato quello del collega geriatra (è fondamentale per valutare il livello di invecchiamento del paziente e con questo la sua capacità di tollerare i farmaci antitumorali perché, come abbiamo detto, non esiste una "sola" vecchiaia, uguale per tutti); in secondo luogo, adattare la chemioterapia alla funzione renale; terzo punto: somministrare farmaci capaci di contrastare il calo dei globuli bianchi (quella che, in termini tecnici, si chiama neutropenia) come i fattori di crescita; quarto, tenere sotto controllo i livelli di emoglobina del paziente per evitare

l'anemia, rischiosa in un organismo anziano; scegliere, infine, i farmaci chemioterapici meno tossici, ad esempio, la vinorelbina, la gemcitabina, il carboplatino.

Siamo fuori dai pregiudizi e dai luoghi comuni, finalmente, ma per arrivare a curare nel modo più adeguato una persona anziana malata di cancro c'è molta strada da fare, soprattutto da parte degli operatori, ancora poco attenti alla specificità del paziente ultrasettantenne. Lo dimostra un questionario presentato a Erice nel 2010 elaborato da un tavolo di lavoro in Oncologia Geriatrica dell'AIOM, l'associazione italiana di Oncologia Medica. Questionario che cerca di capire quale percezione/conoscenza del paziente in età avanzata, dei suoi problemi specifici, hanno i medici che quotidianamente ne curano i tumori.

**I dati emersi**, ci informa Silvio Monfardini, che ha partecipato a quell'incontro, sono poco lontani

minoranza pensa che sarebbe necessaria una maggiore collaborazione con i geriatri, troppo pochi, purtroppo, ancora adesso specialmente in certe regioni, la Lombardia, ad esempio. Indubbiamente la nostra Sanità, tiranneggiata da un'idea di profitto che ha infiltrato anche il "pubblico", sembra incapace di dare un nuovo passo alla relazione fra medico e malato e di impostare i trattamenti su criteri di maggiore appropriatezza e attenzione al singolo caso. Ma un'inversione di rotta è necessaria.

Lavora in questa direzione AIOTE, l'Associazione italiana per le neoplasie della terza età voluta dal gruppo italiano di Oncologia Geriatrica, organizzazione no-profit che da una parte vuole dare informazioni aggiornate ai pazienti anziani sulle terapie disponibili e le problematiche a loro connesse (senza dimenticare la prevenzione), dall'altro cerca di fare formazione per i medici e il personale infermieristico. Nata nel 2004, ha un sito: [www.aiote.org](http://www.aiote.org). ■

# DA OLTRE 40 ANNI UN RIFERIMENTO PER L'INDUSTRIA EDILE IN LOMBARDIA

10 Associazioni territoriali  
12.000 imprese associate  
300.000 lavoratori

Dal 1971 ANCE Lombardia, l'Associazione Regionale dei Costruttori Edili Lombardi, rappresenta gli interessi degli imprenditori del settore delle costruzioni, promuovendo le istanze della prevenzione e della sicurezza sul lavoro, la formazione tecnica e professionale delle maestranze edili, la cultura della sostenibilità ambientale, dell'uso razionale del territorio, dell'efficienza energetica e dell'innovazione tecnologica nel settore delle costruzioni

**ANCE** | LOMBARDIA

[www.ance.lombardia](http://www.ance.lombardia)  
[centredil@ance.lombardia](mailto:centredil@ance.lombardia)



**grafiche  
porpora** s.r.l.  
Print and after Print



Azienda con Catena di Custodia FSC® certificata

Attenzione al domani operando nel presente. Grafiche Porpora è un'azienda orientata al nuovo, alla ricerca di nuove tecnologie, di nuovi servizi verso i propri clienti: sistemi per la pre-press, il dualismo tecnologico di stampa digitale e tradizionale, nuovi servizi come il web to print e il portale di Agfa, sono il risultato di un'attenta analisi alle esigenze del cliente. La nostra missione è la costante risposta in termini di qualità e prezzo, in poche parole: **CREARE VALORE PER IL CLIENTE.**



PREMEDIA



STAMPA  
DIGITALE



STAMPA  
TRADIZIONALE



GRANDE  
FORMATO



STRUTTURE  
ESPOSITIVE



SERVIZI  
WEB



CARTOTECNICA



LOGISTICA



**Grafiche Porpora S.r.l. - Via Buozzi, 12/14 - 20090 Segrate (MI)**  
**Tel. 02.21871340 - Fax 02.26950279 - P.IVA 03374260150**

web site: [www.graficheporpora.it](http://www.graficheporpora.it)  
Blog: <http://graficheporpora.wordpress.com/>

# La parola ai bambini: LA CITTÀ CHE VORREI

Bambini “urbani” costretti  
ad adattarsi a città sempre meno amiche

di Mariella Boerci

## C'è chi vorrebbe più verde.

Come Sofia, 8 anni: «Caro Sindaco, sono nata a Milano e amo tantissimo questa città, ma penso che ci sarebbe bisogno di molti più alberi e giardini, sia per noi bambini che per i nostri nonni e... perché no... anche per i nostri cani». Chi, come Paolo, 10 anni, vorrebbe conoscere meglio «questa città, che è molto bella» e per questo suggerisce di aumentare «le piste ciclabili per girarla in bicicletta». Chi, senza inutili giri di parole, pone l'accento su problemi concreti: «C'è tanto inquinamento e non va bene», scrive Eleonora. Mentre qualche altro si mostra perentorio. Come Lorenzo, 11 anni: «Chiedo una bella tosta ristrutturazione della mia scuola che cade a pezzi». Senza se e senza ma. Sono alcune delle lettere scritte da 350 bambini delle scuole primarie milanesi al primo cittadino, Giuliano Pisapia, e pubblicate nel volume *Caro Sindaco*, uscito a giugno per i tipi di Cultura & Solidarietà. Perché, anche se qualche attenzione negli ultimi anni c'è stata, troppo spesso i loro diritti vengono calpestati e le città non sono «a misura di bambino», come invece sancisce l'articolo 12 della Convenzione dell'Infanzia dell'Onu. Nelle nostre città, costruite e gestite come se i bambini non esistessero, sono appunto i minori che si devono adeguare. Al traffico, allo smog, alla mancanza di spazi e di servizi dedicati. «Se sapevo che finiva così, io non



crevevo», ha scritto in una delle sue ultime, fantastiche ballate Adriano Celentano, ex-ragazzo della via Gluck, ricordando quando, da bambino, in tram, «passavano mille cose dal finestrino». Ed «era come vedere un bel film, tutto a colori: tanti prati, belle case, strade piene di botteghe, biciclette e cavalli. Era un quadro la città». Già, «là dove c'era l'erba», i bambini erano felici. Liberi di muoversi, di giocare, di andare dove volevano. Ma ora?

**La carta dei doveri.** Con gli anni le cose sono cambiate. Poco per volta, forse non ce ne siamo nemmeno resi conto. Oggi, riflette con iro-

nia amara un altro milanese famoso, Giovanni Poretti, (del Trio Aldo, Giovanni e Giacomo), padre di un bambino di 6 anni, «a Milano ci sono più semafori che alberi, più discoteche che licei classici, più ritrovi per happy hours che librerie; i telefonini invece sono pari alle automobili: due per ogni milanese». E mentre si continua a parlare di «città amiche dei bambini» (è dal 1975 che se ne parla, data del primo Convegno a Washington sul tema), sono le esigenze dell'adulto lavoratore a guidare gli interventi di progettazione degli spazi urbani; quelle dei più piccoli vengono lasciate in un angolo. Quasi sempre, nonostante le buone

intenzioni: sono infatti oramai più di 500, in Italia, i Comuni che hanno sottoscritto la *Carta Unicef dei doveri*, a testimonianza dell'impegno a rispettare i diritti dei minori. Riassunta in nove passi, la Carta parte da una prima richiesta fondamentale: dare ai bambini la possibilità di essere coinvolti nei cambiamenti "altezza un metro", ossia nelle scelte che li vedono protagonisti. Come succede oramai in molte città, da Trento a San Giorgio a Cremano (Napoli), dove ogni mese, una o due volte, si riunisce il Consiglio dei bambini (tutti fra i 10 e gli 11 anni), direttamente collegato con la Giunta per discutere dei problemi della città. In questi Consigli, uno dei temi più dibattuti è quello dei parchi comunali e delle aree verdi e, in particolare, quello dei divieti: a cominciare dalla proibizione di giocare in alcune aree, comunali ma anche private, come i cortili condominiali. Su suggerimento dei bambini, qualche sindaco (compreso Giuliano Pisapia) ha provveduto a "vietare il divieto" (naturalmente solo in determinate fasce orarie) e qualche cortile si è già riaperto ai giochi e alle voci dei bambini. Pochi, comunque: in gran parte sono oramai occupati da postmacchina, cassonetti vari e sacchi della spazzatura.

In ogni caso, sono decenni che i bambini sono spariti non solo dai cortili, ma anche dalle strade e dalle piazze: tra i 6 e gli 11 anni, appena il 10 per cento oggi gioca all'aperto (contro il 60 per cento dei loro genitori), o va a scuola da solo (contro il 90 per cento dei genitori); uno su tre non si è mai avventurato su un albero, uno su due non ha mai mangiato una mela appena raccolta né ha visto da vicino e dal vivo un animale da cortile. «Ma il latte non lo produce il supermercato?» ha chiesto sbalordita alla mamma una bambina milanese di 7 anni vedendolo sgorgare, per la prima volta, dalla mammella di una mucca. Per Fiona Reynolds, direttore genera-

le del National Trust, «i bambini metropolitani stanno perdendo le gioie semplici ma anche il benessere fisico e mentale che derivano dal gioco all'aria aperta e dal rapporto con la natura».

### La giornata del bambino urbano

Il bambino urbano del terzo Millennio al mattino si sveglia presto, fa colazione in velocità, viene accompagnato a scuola dalla madre o dal padre (rigorosamente in macchina, anche solo per poche centinaia di metri) e lì trascorre la mattinata tra lezioni, computer e Ipad (per studiare). Torna a casa (o mangia alla mensa scolastica se frequenta a tempo pieno), fa i compiti, bivaoca un po' davanti alla televisione e/o al computer (per giocare) e viene poi depositato in una scuola di inglese, di danza, di judo o in piscina, da cui torna per l'ora di cena. Una volta alla settimana, solo qualcuno (8 su cento) incontra gli amici. Molto più spesso, questo bambino cresce al chiuso e affidato alle cure di una domestica che, come Papa Francesco

viene "dal fondo del mondo"; o, magari, a una baby-sitter ragazzina che probabilmente ha abbandonato gli studi ma non ha trovato una sua collocazione lavorativa. E quando i genitori, stressati, rientrano dalla loro giornata lavorativa che cosa gli offrono? Ancora computer, internet, televisione, inquinamento indoor...

### Nella città che soffoca di smog

L'inquinamento, lo smog, ma anche il fumo di mamma e papà. Grazie a questo (si fa per dire), i bambini milanesi detengono un brutto record: si ammalano molto più di tutti i coetanei nel resto d'Italia. Il doppio rispetto ai siciliani, il 30-35% in più di quelli che vivono al Centro-Sud. Raffreddori, otiti, tonsilliti, ma anche bronchiti e polmoniti: in trent'anni il dato è quintuplicato, passando dal 5% degli anni Ottanta al 25% di oggi (fonte Istat). Da una a tre volte al mese, in inverno. Entro i primi tre anni di vita, sono i più piccoli ad essere i più colpiti, con una media di sei-sette infezioni respiratorie; e quattro o

## In molte città esiste il Consiglio dei Bambini che discute i problemi della città

### «MI HANNO RUBATO LA MENSA A SCUOLA»

È una delle (tante) denunce delle "ruberie" perpetrate a carico dei nostri bambini che emerge dalla ricerca appena ultimata da Save the Children per Ipsos ([www.allarmeinfanzia.it](http://www.allarmeinfanzia.it)) in 14 città italiane utilizzando 12 indicatori Eurostat.

I menù proposti dalle mense scolastiche ai bambini che, secondo le linee-guida dell'OMS e della Asl, dovrebbero essere basati su un corretto equilibrio della dieta, oltre che su cibi biologici, hanno allarmato nutrizionisti e specialisti della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Cibi di qualità scadente e di insufficiente quantità che, appunto, per oltre la metà restano nel piatto. Le verdure congelate arrivano dal Belgio e dalla Germania, da cui provengono anche le mozzarelle(!), i polli dalla Polonia, il totano, il merluzzo e il tonno dalla Costa d'Avorio.

cinque negli anni successivi. Perché i minori sono molto soggetti alle situazioni di emergenza ambientale: il loro tratto respiratorio ha mucose più sottili degli adulti, il sistema immunitario non è ancora del tutto efficiente e la frequenza respiratoria accelerata fa sì che assorbano di più le sostanze inquinanti. Non bisogna dimenticare poi, che vivono più vicino al suolo. È oramai assodato che cresce in una città inquinata inibisce lo sviluppo della capacità polmonare fino al 30% in meno rispetto alla norma (con tutto quello che questo comporta).

Non basta. Lo smog causa anche problemi di pelle. In Europa assistiamo a un *boom* della dermatite atopica: sotto i 5 anni, ne è colpito un bambino su due, tanto che è diventata la più diffusa fra le malattie dermatologiche in età pediatrica. Fra le cause, gli esperti elencano una maggiore vulnerabilità degli organi in rapida crescita; il metabolismo ancora immaturo, che fatica ad espellere le sostanze chimiche e tossiche; una maggiore esposizione ai danni ambientali (i bambini bevono più acqua, utilizzano più alimenti degli adulti) e un aumentato assorbimento intestinale, rispetto agli adulti, di molte sostanze chimiche e venefiche: primo fra tutti il piombo (50% contro il 10% degli adulti). Lo smog, dunque, è più che mai un'emergenza pubblica, e non soltanto per i bambini. Qualsiasi riduzione del traffico sarebbe utile, ma da quindici anni, non c'è amministrazione in Italia che non continui a discutere su quali misure servano e quali no. Senza

fare niente o quasi, mentre i pediatri azzardano l'idea di azzerare, o perlomeno ridurre il costo dei biglietti dei mezzi pubblici. Come è stato fatto a Tallin, incantevole capitale dell'Estonia e «città amica dei bambini», dei quali ha accolto il suggerimento. Prima metropoli, in Europa, a promuovere l'utilizzo gratuito di tutti i mezzi pubblici al fine di disincentivare in modo drastico l'uso delle vetture private.

**Dare voce ai bambini.** Del resto, se le mani sulla città fossero quelle dei bambini, staremmo tutti meglio, piccoli e adulti. In fondo, diversamente dagli adulti, anche quando pensano o programmano qualcosa per sé, i bambini tengono sempre in considerazione gli altri. Chiedono panchine per i nonni, alberi per i cani, perfino «più banche, così alla gente sale lo stipendio», come ha scritto al sindaco di Milano un alunno della terza elementare, evidentemente colpito dalla

crisi economica che ha messo in ginocchio il Paese. Negli Anni Novanta, in Italia, ci si era provato: sembrava che i bambini fossero diventati il centro della politica. Sembrava, appunto. In realtà, si sono promossi solo dei grandi convegni ma di concreto non si è fatto nulla. Oggi ci si riprova. Attraverso Network globali come la rete Unicef delle «città amiche dei bambini e delle bambine», presente in 62 Paesi del mondo. O Efc, con sede in Olanda, network europeo che riunisce esperti e rappresentanti delle associazioni per promuovere le politiche a favore dell'infanzia nella Ue.

Intanto, a Milano, ha visto la luce «We care: crescere nella città metropolitana», un progetto riconosciuto dall'Unione Europea e promosso dall'Associazione Consorzio Cascina Cuccagna con la Fondazione Gaetano Bertini Malgarini Onlus, da tempo impegnate nel sociale. Con la collaborazione di quattro poli universitari (Cattolica, Politecnico, Bicocca e Ca' Granda), We care ha dato avvio a una ricerca che coinvolge più di mille bambini delle scuole elementari e medie in un questionario dettagliato (i primi dati sono già disponibili online, sul sito [ciciemme.org](http://ciciemme.org)) che si propone di capire come crescono i più piccoli in una città come Milano, come si orientano fra il traffico, lo smog e le attività specifiche per l'infanzia messe a disposizione dal Comune.

L'intento, dicono i promotori dell'iniziativa, non è solo quello di conoscere numeri e esperienze, ma di diventare interlocutori forti delle amministrazioni locali. Per ripensare una città in modo diverso, dove tutti stiano meglio, adulti e minori. Partendo dai dati, sicuramente, ma, soprattutto, passando attraverso le voci dei bambini. ■



Tra i 6 e gli 11 anni appena il 10% dei bambini gioca all'aperto o va a scuola da solo



*BUCCELLATI*

Via Montenapoleone, 23  
Tel.02 76 00 21 53

Milano, Venezia, Firenze, Cala di Volpe, Capri,  
Paris, Montecarlo, London, Moscow,  
New York, Aspen, Beverly Hills, Chicago,  
Tokyo, Osaka, Nagoya, Hong Kong, Sydney,

[WWW.BUCCELLATI.COM](http://WWW.BUCCELLATI.COM)



# Fanno ancora paura LA CHEMIO E LA RADIO?

Ora è possibile un attacco concentrato  
sulle cellule malate risparmiando quelle sane

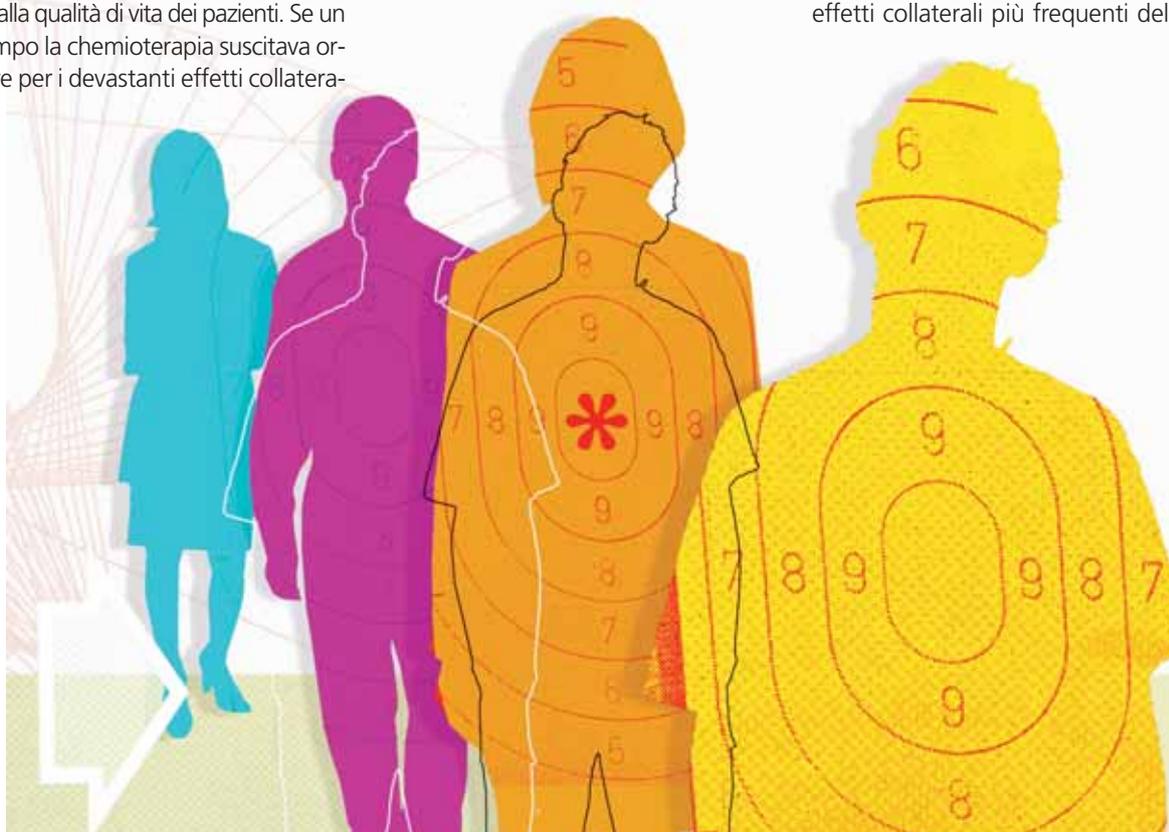
di Paola Trombetta

**Tumore:** una parola che solo a pronunciarla suscita ancor oggi timore e preoccupazione. Eppure, oggi è una malattia curabile e, in molti casi, anche guaribile. Se negli anni '70 la mortalità superava l'80% ed erano rare le guarigioni, oggi, soprattutto in alcuni tipi di tumori (mammella, leucemie, linfomi, tumori germinali, tumori pediatrici, prostata) le percentuali di guarigione a 5 anni sono tra il 70 e l'80%. E questo grazie ai progressi diagnostici e terapeutici. Farmaci antitumorali che mirano al bersaglio, il migliore utilizzo della tradizionale chemioterapia associata a trattamenti radianti sofisticati hanno dato una svolta alla prognosi dei tumori e soprattutto alla qualità di vita dei pazienti. Se un tempo la chemioterapia suscitava orrore per i devastanti effetti collaterali

che provocava (soprattutto nausea e vomito, ma anche spossatezza e astenia, oltre alla temibile perdita dei capelli), oggi i farmaci chemioterapici sono meno nocivi perché vengono somministrati a dosaggi inferiori e in associazione ad altri farmaci (ad esempio quelli anti-nausea) che alleviano gli effetti collaterali. Spesso la chemioterapia si associa ai nuovi farmaci "bersaglio", che agiscono in modo mirato solo sulle cellule tumorali e possono fungere da "vettori" e indirizzarsi solo contro le cellule malate, preservando quelle sane.

Con l'aiuto di alcuni esperti della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano cerchiamo di ripercorrere i progressi dell'oncologia medica e della radioterapia oncologica, che hanno migliorato i risultati della sola chirurgia nella cura dei tumori, consentendo oggi la guarigione in un numero sempre maggiore di casi e hanno dato la possibilità di poter convivere per anni con il tumore, senza perdere la propria dignità, anche quando la malattia non è guaribile.

**Dosaggi più bassi e nuovi farmaci-bersaglio.** Nausea, vomito, stanchezza, perdita di capelli: sono gli effetti collaterali più frequenti della



## ONCOLOGIA PEDIATRICA

## Oggi si guarisce nel 70% dei casi

■ Ogni anno, tra il 2003 e il 2008, in Italia si sono diagnosticati mediamente 164 casi di tumore maligno per milione di bambini (0-14 anni) e 269 casi per milione di adolescenti (15-19 anni). I bambini colpiti da tumori oggi guariscono nel 70% dei casi. E questo è reso possibile dai protocolli di cura multidisciplinari che vedono interfacciarsi specialisti quali il chirurgo, l'oncologo pediatra, il radioterapista che valutano, caso per caso, quali sono i migliori trattamenti da utilizzare. «L'avvento della chemioterapia, ormai 40 anni fa, in associazione alla chirurgia e alla radioterapia, ha consentito di salvare il 70% dei bambini colpiti da tumore che prima erano destinati a morire - fa notare la dottoressa Maura Massimino, responsabile della Pediatria dell'Istituto dei Tumori. - Un esempio per tutti è il nefroblastoma, che oggi si guarisce nel 90% dei casi. Anche le leucemie e i linfomi (che colpiscono complessivamente circa 700 bambini all'anno) quasi sempre ottengono, con la sola chemioterapia, la remissione completa. Non sono infrequenti i casi di bambini che vengono ricoverati devastati da questi tumori e si riprendono in soli tre mesi di chemioterapia, con guarigione completa.

Per altri tumori maligni, come quelli al sistema nervoso centrale (gliomi maligni, ependimomi, medulloblastomi) che colpiscono oltre 300 bambini all'anno si interviene chirurgicamente, ma poi occorrono anche radioterapia e chemioterapia nella maggior parte dei casi. Per gli osteosarcomi (circa 60 nuovi casi tra bambini e adolescen-

ti, ogni anno) si interviene in prima battuta con la chemioterapia, seguita dalla chirurgia ed ancora dalla chemioterapia. L'associazione di queste tecniche ha consentito la riduzione dei dosaggi dei farmaci e delle radiazioni, con minori effetti collaterali e maggiore efficacia».

«La radioterapia è indispensabile per ottenere il controllo locale in molte presentazioni di malattia dei più frequenti tumori pediatrici - puntualizza la dottoressa Lorenza Gandola, responsabile della Radioterapia pediatrica all'Istituto dei Tumori. - Il nostro lavoro richiede una continua attività di ricerca clinica per ottimizzare l'utilizzo della radioterapia nei bambini in termini di indicazioni, dosi somministrate e volumi irradiati, al fine di migliorare le probabilità di guarigione, riducendo contemporaneamente l'entità dei possibili effetti collaterali tardivi, così critici in età pediatrica. Questo obiettivo è perseguito mediante un approccio terapeutico multidisciplinare, sviluppando e adottando protocolli terapeutici istituzionali, nazionali o internazionali che rappresentano le migliori e più nuove conoscenze nell'ambito dell'oncologia pediatrica e mediante la validazione delle nuove tecnologie radioterapiche per l'irradiazione dei bambini.

Nel nostro Istituto, che rappresenta uno dei Centri Europei più importanti di radioterapia e oncologia pediatriche, sia in termini numerici che di esperienza e di attività scientifica, sono in corso alcuni studi sperimentali per determinare l'effetto delle terapie radianti sui processi di crescita e di sviluppo del bambino». Uno dei più re-

chemioterapia che ancora rappresentano un problema nel percorso di cura.

Ma è proprio vero che queste terapie provocano, ancor oggi, tutti questi effetti collaterali? «Le sostanze oggi utilizzate sono le stesse del passato (antracicline, taxani, antimetaboliti, alcaloidi della vinca, etc) e hanno quasi sempre gli effetti collaterali sopra citati - conferma il dottor Filippo De Braud, responsabile dell'Oncologia

medica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. - Con la differenza che oggi gli oncologi le sanno usare meglio e sono più attenti alle necessità e ai disagi del paziente. Quasi sempre queste sostanze 'tossiche' per l'organismo vengono associate ad altri farmaci che riducono gli effetti collaterali più fastidiosi (ad esempio il vomito, l'anemia, la riduzione dei globuli bianchi e conseguente rischio di infezioni). Sono aumentate le molecole di che-



centi, appena avviato, in collaborazione con l'Unità di Riabilitazione Neuro-oncologica pediatrica dell'Istituto Medea di Bosisio Parini, si propone di studiare e determinare correlazioni tra diversi livelli di dose di radioterapia in regioni cerebrali specifiche, alterazioni dei parametri di DTI (Diffusion Tensor Imaging, una particolare applicazione della Risonanza Nucleare Magnetica) nelle stesse regioni e andamento delle capacità neuro-cognitive nel tempo nei bambini con tumore cerebrale sottoposti a radioterapia focale. «Il problema della guarigione - tiene a precisare la dottoressa Gandola - va di pari passo con la salvaguardia della qualità di vita dei piccoli ed è nostro dovere perseguire entrambe nella nostra attività quotidiana clinica e scientifica.

I tumori pediatrici sono diversi da quelli degli adulti come istologia, storia naturale, approccio terapeutico e risposta alle cure e, quindi, sono diversi anche come prognosi: infatti, la probabilità di guarigione supera il 70% nei bambini, mentre non supera il 50% negli adulti». E' forse uno dei motivi per cui le sperimentazioni di nuovi farmaci oncologici si concentrano sugli adulti, per i quali il tumore è ancora considerato il "big-killer".

«Nei bambini l'unico farmaco innovativo (anticorpo monoclonale) che è in fase di sperimentazione in Europa è bevacizumab, che ha dato buoni risultati nei sarcomi delle parti molli e in alcuni tumori cerebrali - conferma la dottoressa Massimino. - E questa sperimentazione è avvenuta anche perché, in virtù di una nuova legi-

slazione europea, alle case farmaceutiche produttrici viene posticipata la scadenza del brevetto, a condizione che abbiano concluso positivamente uno studio sui bambini. Un altro farmaco (LDE 225) è in sperimentazione per il medulloblastoma con una particolare mutazione genetica che è presente anche nel carcinoma basocellulare dell'adulto, per il quale il farmaco viene utilizzato nelle fasi più avanzate della malattia dove la chirurgia sarebbe troppo mutilante. Lo scarso impiego dei nuovi farmaci nei bambini viene in parte compensato dall'efficacia delle chemioterapie, che danno risultati più efficaci e di guarigione completa rispetto al mondo dell'adulto.

Un effetto collaterale che non deve mai essere trascurato - tiene a precisare la dottoressa Massimino - è il rischio di perdere la fertilità, che può essere temporaneo, ma in taluni casi anche permanente. Per questo nel nostro Istituto è di prassi proporre ai genitori, prima di iniziare i cicli di chemioterapia, la possibilità di conservare i gameti dei bambini, con la preservazione del liquido seminale nei maschi ed il prelievo di frammenti di ovaio o follicoli nelle femmine. La proposta di preservare la fertilità futura e poter diventare a loro volta madri o padri, rafforza la volontà di guarigione finalizzandola a continuare a vivere, nella prospettiva di poter addirittura generare una nuova vita. E questo capovolge il vissuto della malattia e infonde la certezza di poter ritornare ad essere come prima». ■

mioterapici che abitualmente non fanno perdere i capelli (antracicline liposomiali oxaliplatino, vinorelbina). Non dimentichiamo, comunque - aggiunge il dottor De Braud - che la chemioterapia ha contribuito a salvare vite umane, soprattutto nei casi di leucemie, linfomi, tumori del testicolo, dove ha un'azione particolarmente efficace». Non sempre però si sono ottenuti tutti questi benefici. La ricerca clinica si è perciò orientata allo studio di nuove molecole, ad azione

più mirata, per colpire i meccanismi di riproduzione delle cellule tumorali e impedirne la replicazione. «Siamo approdati oggi all'era dei farmaci biologici, che si distinguono in due categorie: piccole molecole e anticorpi monoclonali - spiega lo specialista oncologo. - Entrambe intervengono, ma con meccanismi diversi, bloccando il segnale di crescita delle cellule, come se spegnessero l'interruttore che consente la replicazione delle cellule tumorali. Sono il frutto di ri-

cerche e sperimentazioni di ingegneria molecolare, molto sofisticate. Le piccole molecole (inibitori delle tirosin-kinasi) hanno permesso di curare efficacemente tumori che prima non avevano possibilità di cure, come i sarcomi GIST (imatinib, sunitinib), i tumori renali e gli epatocarcinomi (sofafenib, sunitinib, everolimus) e i tumori del polmone (gefitinib, erlotinib, crizotinib). In alcune leucemie, le 'piccole molecole' (imatinib, dasatinib, nilotinib) sono addirittura in grado di

sostituire la chemioterapia tradizionale. Anche questi farmaci, però, non sono esenti da effetti collaterali, primo fra tutti grande spossatezza (astenia) e disturbi gastro-intestinali (diarrea), ma hanno anche effetto su globuli bianchi e piastrine. Anche se non fanno perdere i capelli o non danno nausea, talvolta hanno ugualmente un 'impatto estetico' per la comparsa di eruzioni cutanee (rash) o colorito giallastro della pelle. Per non parlare di effetti più gravi come ipotiroidismo, crisi ipertensive o episodi di scompenso cardiaco. Senza voler troppo allarmare le persone, occorre precisare che tali effetti compaiono quasi sempre nei soggetti già predisposti». L'indubbia comodità di questi trattamenti, che possono essere assunti a casa e per bocca e non richiedono le lunghe ed estenuanti infusioni praticate in ospedale, li rende ben tollerati soprattutto dai pazienti. Lo stesso protocollo vale per gli anticorpi monoclonali, l'altra categoria di farmaci biologici, una parte dei quali si somministra per endovena. «Il meccanismo d'azione è diverso dalle 'piccole molecole' - spiega il dottor De Braud: - questi farmaci, infatti, possono essere utilizzati sia per 'legarsi' ai fattori di crescita del tumore, impedendo così di raggiungere altre cellule, sia perché agiscono come una sorta di tappo sul recettore della cellula tumorale che li dovrebbe accogliere. Tra questi vanno ricordati rituximab, che ha permesso di aumentare le guarigioni nei linfomi, e trastuzumab che ha praticamente cambiato la storia di un tipo di tumore al seno caratterizzato dalla presenza di una proteina (Her 2) che favorisce la crescita continua del tumore, resistente persino alla chemioterapia. Lo stesso anticorpo (associato a una diversa chemioterapia) è indicato per il tumore allo stomaco ed è in sperimentazione per i tumori al colon che esprimono questo tipo di proteina. Oggi, grazie a questi farmaci, la probabilità di sopravvivenza dei pazienti

## NUOVI SPAZI PER GIOVANI PAZIENTI

La cura dei tumori nei giovani pazienti passa anche attraverso ambienti accoglienti e spazi dedicati, dove i ragazzi possono socializzare, coltivare i propri interessi, dedicarsi allo sport, ritrovando una dimensione di normalità, nonostante la diagnosi e le cure da affrontare.

Con il sostegno dell'Associazione Bianca Garavaglia sono stati realizzati, nel reparto di Oncologia Pediatrica dell'Istituto Nazionale dei Tumori, tre nuovi spazi dedicati: una stanza multifunzionale arredata con poltrone, TV, computer; una stanza con diverse postazioni di computer per navigare in Internet, leggere e studiare; una palestra di 30 metri quadri, con i vari attrezzi, dove i ragazzi potranno continuare a fare attività sportiva, nonostante le terapie, sotto il controllo di un personal trainer.

E per i bambini più piccoli che devono sottoporsi alla radioterapia è stato pubblicato e distribuito il libro: "Il gatto che aveva perso la coda", una fiaba per spiegare la radioterapia ai bambini più piccoli utilizzando un linguaggio non tecnico ma emozionale, allo scopo di facilitare l'approccio del bambino alle procedure radioterapiche, ottenendone la collaborazione e così riducendo la necessità di utilizzare l'anestesia generale per il trattamento radiante. «Con l'aiuto di questo libro, nella cui lettura vengono coinvolti gli stessi genitori, la maggior parte dei bambini sviluppa una notevole capacità di adattamento al percorso della radioterapia, con una conseguente significativa riduzione del ricorso alla sedazione che complicherebbe ulteriormente la qualità di vita dei piccoli» puntualizza la dottoressa Lorenza Gandola, responsabile della Radioterapia pediatrica dell'Istituto.



## Le "piccole molecole" permettono di trattare tumori che non avevano possibilità di cura

ti è raddoppiata ed è aumentata del 60-70% la durata del tempo libero da malattia (progression free survival). L'impiego di trastuzumab in 'adiuvante', ovvero subito dopo la chirurgia nei casi di tumore al seno, ha ridotto di tre/quattro volte la comparsa di metastasi. Un altro anticorpo monoclonale ben tollerato nell'immediato (non provoca astenia, nausea, perdita di capelli, ma potrebbe a

lungo andare causare crisi ipertensive e insufficienza renale) è bevacizumab che ha cambiato l'evoluzione di molti tumori con metastasi (colon, rene, mammella, polmone) - aggiunge l'oncologo. L'ultimo protocollo lo include anche nel trattamento del tumore all'ovaio, in associazione ai taxani. Indubbiamente tutti questi farmaci hanno migliorato la prognosi, prolungando di anni la vita a molte



persone che altrimenti sarebbe morte precocemente. Lo scotto da pagare sono i costi delle cure che hanno un pesante impatto sull'economia sanitaria e gli effetti collaterali di queste terapie che, sebbene ridotti o attenuati rispetto al passato, continuano a pesare sulla qualità di vita. Nella pratica clinica, comunque - conclude il dottor De Braud - posso confermare che, a fronte di una buona comunicazione tra medico e malato, la maggior parte delle persone accetta i rischi legati alle terapie, se ha la prospettiva di vivere con dignità il tempo consentito dalle cure e avere magari il tempo necessario per realizzare un progetto che stava loro particolarmente a cuore».

### Radioterapia sempre più mirata

La radioterapia rappresenta oggi una valida opportunità terapeutica per i tumori, e può in alcuni casi sostituire la chirurgia. La tecnologia sempre più sofisticata ha permesso alla radioterapia di diventare molto selettiva: la sua azione è rivolta contro le cellule tumorali, risparmiando però i tessuti sani cir-

costanti. Utilizzata per la cura di oltre il 70% delle neoplasie solide, viene usata anche in associazione alla chirurgia e alla chemioterapia. «La sua efficacia deriva dalla possibilità di erogare alte dosi di energia alle cellule tumorali, provocandone la distruzione diretta o danneggiandole al punto da impedirne la replicazione - puntualizza il dottor Riccardo Valdagni, responsabile della Struttura Complessa di Radioterapia oncologica I e del Programma Prostata dell'Istituto dei Tumori di Milano. - Nessun tipo di tumore può essere considerato resistente all'effetto indotto dalla radioterapia, anche se è possibile riscontrare una maggiore o minore sensibilità delle cellule alle dosi di radiazioni impiegate. Quanto più accuratamente si indirizza il fascio di radiazioni al tumore, maggiore sarà l'efficacia del trattamento. Grazie alle apparecchiature moderne, tecnologicamente più avanzate, si può oggi irradiare il bersaglio tumorale con maggiori dosaggi di radiazioni, risparmiando i tessuti sani circostanti e causando minori effetti collaterali». Quali tumori rispondono

meglio? «Tra i tumori solidi, quelli del retto, polmone, cervello, mammella, prostata. La radioterapia è frequentemente utilizzata con un 'approccio multimodale', cioè in associazione alla chirurgia, alla chemioterapia, e/o ai farmaci- bersaglio».

Le nuove apparecchiature e l'uso dell'immagine digitale (TAC, RMN) permettono di identificare con precisione la sede e le dimensioni del tumore e di valutare preventivamente la distribuzione di dose agli organi adiacenti, mediante l'impiego di *software* dedicati. Le tecniche d'irradiazione "conformazionale" (*Three Dimensional Conformal Radiotherapy*), ora pratica clinica, permettono di adattare il volume di irradiazione alla morfologia del tumore, riducendo sensibilmente la dose erogata ai tessuti sani adiacenti. La modulazione del fascio di irradiazione (*Intensity Modulation Radiotherapy*) ha permesso un ulteriore passo avanti in quanto consente di somministrare dosi differenti per diversi bersagli neoplastici e di erogare le singole frazioni di dose in tempi più brevi (3-5'). L'utilizzo di marker, infine, migliora la visualizzazione della zona su cui indirizzare le radiazioni, ovviando anche ai minimi spostamenti a cui alcuni organi sono soggetti. Questi accorgimenti hanno permesso di incrementare la dose/frazione, ridurre la durata del trattamento da 8-9 settimane a 4-5 settimane. Recentemente sono stati attivati protocolli sperimentali che prevedono di somministrare la dose efficace in sole 4-5 frazioni, in tempi ancora più brevi, contenendo gli effetti collaterali indotti dalla radioterapia e migliorando la qualità di vita dei pazienti.

**Radioterapia stereotassica e ipofrazionata.** È la vera novità nell'ambito della radioterapia oncologica e viene praticata solo in alcuni centri italiani d'avanguardia.

«Si tratta di un tipo di radioterapia molto mirata che consente di somministrare dosi di radiazioni anche



doppie rispetto a quelle della radioterapia tradizionale, riducendo o dimezzando il numero delle sedute (ipofrazionamento) - spiega la dottoressa Marta Scorsetti, responsabile dell'Unità operativa di Radioterapia e Radiochirurgia dell'Humanitas Cancer Center di Milano/Rozzano. - Per fare un esempio, nel carcinoma mammario solitamente si irradia tutta la mammella con un trattamento radioterapico che dura 6 settimane. Con la radioterapia ipofrazionata si somministrano dosi più elevate per frazione, riducendo il tempo totale di trattamento a sole 3 settimane con notevole vantaggio per la paziente. O addirittura, in casi selezionati a basso rischio di ricaduta, è possibile effettuare l'irradiazione parziale della mammella (PBI, partial breast irradiation) in sole 5 sedute riducendo il tempo di trattamento ad una sola settimana. Il tutto avviene dopo l'intervento chirurgico. La Radioterapia stereotassica corporea viene utilizza-

ta soprattutto per lesioni di piccole dimensioni (1-4 cm) primitive o secondarie provenienti da diversi tipi di tumori solidi che insorgono in varie parti del corpo (torace, addome, pelvi) - precisa la dottoressa Scorsetti. È una tecnica estremamente precisa che consente di erogare elevate quantità di dose in poche sedute (1-5 frazioni), si svolge ambulatoriamente e non richiede alcun tipo di anestesia. Dati di letteratura evidenziano come in pazienti anziani, non operabili per comorbidità (insufficienza respiratoria o cardiaca), che presentano un tumore del polmone non a piccole cellule in stadio iniziale, la radioterapia stereotassica a dosi "ablativa" sia in grado di ottenere un elevato controllo locale di malattia in più del 90% dei casi». Sono in corso in diversi centri americani, fra cui la Mayo Clinic, studi randomizzati anche su pazienti "operabili" o ad "alto rischio di operabilità" con tumori di piccole dimensioni che confronteranno i risul-

tati delle due metodiche: chirurgia e radiochirurgia. «La radioterapia stereotassica è una alternativa terapeutica non invasiva che può essere utilizzata anche per il trattamento di tumori primitivi e secondari epatici» conferma la dottoressa. È stato recentemente pubblicato sull'International Journal of Radiation Oncology uno studio di fase due condotto in Humanitas su pazienti con metastasi epatiche inoperabili di piccole dimensioni trattate con radioterapia stereotassica ad alte dosi in 3 frazioni. «Lo studio ha evidenziato un controllo locale di malattia nel 91% circa dei pazienti a due anni dal trattamento radiante con una elevata tollerabilità e senza effetti collaterali significativi» puntualizza la dottoressa. Anche sul trattamento del tumore alla prostata è in corso uno studio coordinato dall'Humanitas Cancer Center in pazienti selezionati con carcinoma della prostata a rischio basso e intermedio in sole 5 frazio-

## Grazie agli anticorpi monoclonali la probabilità di sopravvivenza dei pazienti è raddoppiata

ni. «In questo studio è possibile utilizzare un gel che separa il retto dalla prostata e che viene riassorbito spontaneamente entro 4-6 mesi dopo il trattamento - precisa la dottoressa Scorsetti. - Questo gel permette di erogare dosi alla prostata in assoluta sicurezza risparmiando la dose al retto e ai tessuti sani circostanti. I risultati preliminari indicano una elevata tollerabilità ed un controllo locale in linea con le casistiche storiche che utilizzavano il frazionamento convenzionale in 7-8 settimane».

Anche i pazienti con tumori aggressivi come quello del pancreas, talvolta inoperabili, possono beneficiare in casi selezionati (lesioni fino a 5-6 cm) di una radioterapia stereotassica in 6 frazioni da effettuarsi in associazione alla chemioterapia nel tentativo di ricondurre il paziente all'operabilità.

«Un'ultima categoria di pazienti che possono beneficiare della radioterapia stereotassica sono quelli cosiddetti 'oligometastatici' cioè che presentano un numero limitato di metastasi (1-4) provenienti da diversi tumori solidi» conclude la dottoressa.

«In questo caso il trattamento radiante, integrato alla terapia sistemica (chemioterapia o target therapy), contribuisce ad aumentare il controllo locale di malattia in questi pazienti che spesso sono già stati pluritrattati. Non dimentichiamo inoltre che il numero di pazienti anziani, oltre 75 anni, con comorbidità (ipertensione, cardiopatie, diabete, BPCO), sono in costante aumento e richiedono terapie efficaci ma poco invasive come la radioterapia» aggiunge la dottoressa Scorsetti. «La radioterapia stereotassica mirata viene utilizzata con successo anche nel caso di ritrattamenti su recidive, che

| DAI RAGGI X AGLI ADRONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Corrono dentro un anello di 110 metri di circonferenza e 22 di diametro: protoni e ioni carbonio acquistano un'energia tale da disintegrare qualsiasi tipo di cellula tumorale.</p> <p>Questa apparecchiatura si chiama sincrotrone e le particelle accelerate adroni. Il Centro nazionale di Adroterapia oncologica (CNAO) è sorto a Pavia (Strada Campeggi 53). Il primo protocollo di sperimentazione, promosso dall'Istituto Europeo di Oncologia, dall'Università degli Studi di Milano e finanziato dall'AIRC, coinvolgerà 80 pazienti all'anno affetti da tumore alla prostata in fase avanzata, con valori di PSA molto alti e malattia già metastatica. Seguendo l'esperienza giapponese dell'Istituto NIRS di Chiba, dove sono stati trattati un migliaio di pazienti con remissione della malattia nel 75% dei casi, il protocollo prevede 16 sedute, della durata di 40-50 minuti, 4 volte a settimana per 4 settimane; a questi trattamenti sarà associata l'ormonoterapia.</p> <p>Tra le applicazioni di questa innovativa tecnica, è compreso il trattamento con fasci di protoni dei tumori alla base cranica (cardomi e condrosarcomi). Si è da poco concluso positivamente il primo protocollo su 30 pazienti e i risultati sono stati consegnati di recente all'Istituto Superiore di Sanità: non si sono verificati particolari effetti collaterali. Ottenuto il riconoscimento CE si potranno trattare tutti i pazienti con queste gravi patologie tumorali, evitando i "viaggi della speranza" fuori dall'Italia. Una volta inserito nei LEA, questo trattamento sarà interamente a carico del Servizio sanitario, con costi nell'ordine di 20-25 mila euro, inferiori a quelli americani di 150 mila dollari.</p> |  |

possono comparire uno o più anni dopo il trattamento iniziale, frequenti ad esempio a livello di lesioni vertebrali, già trattate, o di metastasi cerebrali e recidive di gliomi (tumori cerebrali maligni) o recidive a livello di tumori di testa/collo».

Un utilizzo ancora sperimentale, studiato dalla professoressa Silvia Formenti della New York University, che fa parte dell'Advisory Board dell'Humanitas Cancer Center, riguarda l'effetto prodotto da queste radiazioni sul sistema immunitario che potrebbe potenziare la risposta immunitaria dell'organismo, agendo come una sorta di vaccino in situ.

«Il paziente riceve una radioterapia su una lesione e le lesioni presenti nell'organismo, anche se non irradiate, potrebbero andare incontro a regressione (Ascopal effect) beneficiando di questo tipo di effetto. Vi sono esempi come quello sul melanoma, in associazione a terapie immunomodulanti (ipilimumab), i cui risultati confermerebbero questa possibile azione di stimolare la reazione immunitaria contro il tumore» conclude la dottoressa Scorsetti. «Anche questa possibile interazione fra radiazioni e sistema immunitario è oggetto delle nostre ricerche e potrebbe aprire strade nuove per la cura dei tumori».

**Neoplasie mammarie: interventi meno invasivi.**

Circa l'80% delle pazienti colpite da tumore al seno, il più diffuso tra le donne con 47.000 nuovi casi all'anno, oggi può essere curato con la chirurgia conservativa, grazie alla diagnosi sempre più precoce che permette di evidenziare tumori in fase iniziale. Abitualmente, dopo quadrantectomia e interventi meno invasivi si effettua la radioterapia, con lo scopo di scongiurare la possibile ricaduta della malattia dovuta a cellule tumorali eventualmente rimaste nella mammella operata.

«Le radiazioni provocano modificazioni nella struttura e nel DNA delle cellule: a differenza di quelle dei tessuti sani, le cellule tumorali non riusciranno a riparare i danni e non potranno replicarsi», spiega la dottoressa Laura Lozza, responsabile della Radioterapia dei Tumori della Mammella dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

«Grazie ad apparecchiature tecnologicamente avanzate, la dose di radiazioni viene sempre più conformata per colpire selettivamente il bersaglio. A parità di efficacia, in alternativa al trattamento standard di trenta applicazioni in sei settimane, oggi possiamo proporre programmi di radioterapia più brevi, con dosi più elevate per seduta, che spesso si concludono in tre settimane. Inoltre, in casi selezionati di malattia molto limitata, si può applicare la radioterapia solo sulla zona operata. Tra le tecniche di irradiazione parziale della mammella, la cui durata va da una seduta se realizzata intraoperatoriamente, a cinque giorni con le altre metodiche, il nostro Istituto propone un protocollo condiviso con l'Istituto Besta: la radioterapia viene effettuata in cinque giorni con Cyberknife, un apparecchio che, grazie alle sue caratteristiche tecnologiche, permette una ancor più raffinata conformazione della dose. La radioterapia è ben tollerata ma, nelle pazienti che devono ef-

**UNA BANCA DATI PER CURARE I TUMORI**

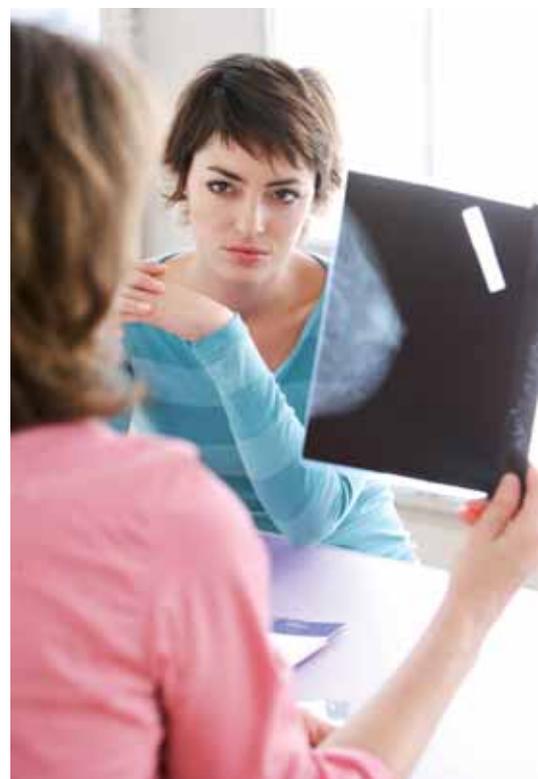
■ Sono milioni i casi di tumori registrati in una grande banca dati, che riporta i dati relativi alle cure, alle stabilizzazioni, alle guarigioni, ai fallimenti, all'incidenza della malattia. Informazioni preziose per tutti gli oncologi nelle diverse parti del mondo che saranno collegati in rete a questo database. Il progetto (CancerLinQ) è dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) americana e verrà presentato al Congresso mondiale di Chicago. Nella banca dati consultabile dai medici, si prevede un portale aperto ai pazienti, dove potranno interagire ponendo domande o raccontando le loro storie di malattia. Al momento si stanno raccogliendo i dati di centinaia di migliaia di pazienti: solo per il tumore al seno sono stati catalogati 100 mila casi in 27 centri di oncologia e si sta programmando un software in grado di contenerne il più possibile. Il servizio in rete dovrebbe essere operativo entro fine anno e dovrebbe coinvolgere anche diversi centri in Europa.

fettuare la chemioterapia, preferiamo separare i due trattamenti: sostanze come le antracicline o i taxani potrebbero infatti amplificarne la tossicità. Terapie ormonali o trastuzumab non interferiscono, invece, con i trattamenti radianti della mammella», puntualizza Lozza.

«Per spiegare le diverse reazioni collaterali alla radioterapia, anche se raramente possono essere più evidenti, è in corso uno studio allo scopo di

identificare i geni associati alla tossicità da radiazioni. Le donne sottoposte a mastectomia hanno percorsi di ricostruzione mammaria a salvaguardia dell'immagine corporea: la sensibilità alle aspettative cosmetiche delle pazienti con protesi dopo mastectomia ha stimolato una ricerca, in collaborazione con il Politecnico di Milano, sulla tolleranza alle radiazioni delle protesi e un altro studio sarà condotto per valutare la fase di riempimento ideale per la l'irradiazione degli espansori».

E per scongiurare angosce e timori nelle persone che accedono alla radioterapia è stato realizzato un video, dove il personale del reparto illustra ogni procedura che verrà eseguita, con l'aiuto di due pazienti che raccontano la loro esperienza vissuta. È uno strumento d'informazione aggiuntivo che integra i colloqui con i medici e dovrebbe ridurre ulteriormente quell'ansia dell'ignoto che potrebbero avvertire le donne, rendendo così più familiari gli operatori, gli ambienti e le apparecchiature. ■





DOSSIER

# Prevenzione

di Adriana Bozzi

# dopo il tumore

©Riproduzione riservata



È importante continuare un percorso  
che consenta di ridurre il rischio di recidive



# Lasciarsi alle spalle la malattia

34

Oggi un malato di cancro può sperare in una migliore sopravvivenza ma il cinema sembra non essersene accorto

**N**el film *Gran Torino* rimane un po' sullo sfondo: un reduce della guerra di Corea, Walt Kowalski, interpretato da Clint Eastwood, che custodisce gelosamente l'automobile Ford (appunto *Gran Torino*) nel suo garage e finisce per regalarla ai suoi (prima disprezzatissimi) vicini di etnia Hmong-vietnamita, aveva un tumore al polmone: è per quello che tossiva in continuazione ed è per quello che i suoi figli volevano segregarlo in una casa di cura, senza riuscirci. Il cancro è appena citato, ma la storia è un esempio di come la malattia possa diventare un protagonista o un comprimario sul set. Già negli anni Cinquanta (1951) ne parla il *Diario di un curato di*

*campagna* (che soffre di un tumore allo stomaco) e *La gatta sul tetto che scotta* (1958) dove un padre ammalato di tumore si confronta con il figlio alcolizzato. Ma il film più famoso è forse il cult movie degli anni Settanta, *Love story*, dove una modesta bibliotecaria (Jennie-Ali Mac Graw) sposa, contro il parere di tutti, il ricco studente di Harvard (Oliver-Ryan O'Neal), ma alla fine muore per una leucemia fulminante. Il cinema, passando dai titoli più recenti, come *L'Uomo della pioggia* (di Francis Ford Coppola, 1997, che sottolinea le implicazioni economiche delle cure) o *La prima cosa bella* (film italiano del 2010 che affronta il tema dei malati terminali) non ha mai raccontato



con grande accuratezza il cancro e l'immagine che emerge dalle pellicole non rappresenta la realtà scientifica dei giorni nostri.

Troppo spesso il cinema vede il cancro come un elemento della trama che serve a drammatizzare la situazione e che provoca, nella maggior parte dei casi, la morte dei protagonisti che ne sono affetti.

Invece le possibilità di sopravvivenza dei pazienti, grazie alle cure oggi disponibili, non sono mai rappresentate sul grande schermo. Spesso nei film non si parla di sintomi, non si chiamano i tumori con il loro nome, non si citano i big killer (tranne forse il tumore al polmone, ma si snobba per esempio quello al seno), ma si preferisce parlare di leucemie o tumori al cervello e le terapie, per gli sceneggiatori, sono solo le chemioterapie (si ignorano le nuove cure basate sulla genetica dei tumori e ritagliate sui pazienti, le targeted therapies, le terapie su misura del malato e del tumore).

Così ha denunciato una ricerca condotta da Luciano De Fiore

dell'Università La Sapienza di Roma e presentata nel 2012 a Vienna all'Esmo, il congresso della Società Europea di Oncologia. La realtà è un po' diversa. Oggi una persona che ha avuto un tumore può lasciarsi alle spalle la malattia, può sperare in una migliore sopravvivenza rispetto al passato, anche in una lunga sopravvivenza, che in qualche caso si può definire addirittura guarigione.

Certo con un po' di problemi che sono in cerca di soluzione.

### I "sopravvissuti"

Nel nostro Paese due milioni e 250 mila persone vivono con una diagnosi di tumore. Spesso si tratta di donne, più che di uomini, e di anziani; un terzo ha più di 75 anni e circa tre quarti hanno oltre 60 anni, mentre quasi 200 mila ne hanno meno di 40.

Circa un milione e 285 mila sono considerati "lungo sopravvissuti", persone che hanno superato la soglia dei cinque anni senza ricadute della malattia, non sono più sottoposte a trattamenti anti-tumorali e sono tornati alla vita di tutti i giorni: hanno ripreso il lavoro, praticano sport, fanno figli.

Tra le donne sopravvissute la diagnosi più frequente è quella del tumore al seno (42 per cento, oltre mezzo milione di italiane), mentre tra gli uomini il primato (con il 22 per cento, quasi 220 mila maschi in tutto) spetta al carcinoma della prostata.

I dati sono gli ultimi disponibili e sono contenuti nel rapporto dell'Associazione Italiana registri tumori (Airtum), pubblicato nel 2010, che rileva, al 1° gennaio 2006, la prevalenza della patologia tumorale in Italia basandosi sui dati raccolti da 24 registri tumori.

Dal rapporto emergono poi differenze geografiche relative alla percentuale di "sopravvissuti": si passa da oltre il cinque

per cento in alcune aree del Nord fino a valori fra il 2 e 3 per cento al Sud. Una spiegazione potrebbe risiedere nella diversa diffusione dei programmi di screening, soprattutto per tumori frequenti come quelli del seno o del colon-retto, che sono meno seguiti al Sud e che quindi non permettono una diagnosi precoce della malattia e i conseguenti tempestivi trattamenti.

Ultimo dato: quasi 800 mila persone (1,5 per cento della popolazione) sono vive dopo oltre dieci anni dalla diagnosi di tumore.

L'esercito dei "survivors" è comunque in crescita in molte aree del mondo. Gli ultimi dati americani, aggiornati al 2013, parlano di 13,7

I lungo sopravvissuti dopo un tumore in Italia sono oltre un milione

Numero di italiani con precedente diagnosi di tumore, divisi per sesso

| Tutti i tumori (eccetto i tumori cutanei non melanomatosi) |  | %   | Pazienti in vita |
|------------------------------------------------------------|--|-----|------------------|
| <b>SESSO</b>                                               |  |     |                  |
| Maschi                                                     |  | 44% | 987.540          |
| Femmine                                                    |  | 56% | 1.256.413        |

Numero di italiani con precedente diagnosi di tumore, divisi per tempo trascorso dalla diagnosi

| Tutti i tumori (eccetto i tumori cutanei non melanomatosi) |  | %     | Pazienti in vita |
|------------------------------------------------------------|--|-------|------------------|
| <b>TEMPO TRASCORSO DALLA DIAGNOSI</b>                      |  |       |                  |
| fino a 2 anni                                              |  | 21%   | 471.303          |
| da 2 a 5 anni                                              |  | 21,7% | 486.969          |
| da 5 a 10 anni                                             |  | 23,3% | 523.553          |
| da 10 a 15 anni                                            |  | 13,9% | 312.823          |
| da 15 a 20 anni                                            |  | 8,3%  | 186.704          |
| oltre 20 anni                                              |  | 11,7% | 262.600          |

di screening e di diagnosi, che andranno migliorati, visto che negli Usa il cancro al polmone resta il secondo più diagnosticato. Lo studio americano ha anche calcolato come aumenteranno, nei prossimi anni, i sopravvissuti alle neoplasie che superano i 65 anni di età: nel 2020 saranno i due terzi del totale.

Esiste una guarigione?

Chi sono, in realtà, i pazienti sopravvissuti?

Le "stagioni della sopravvivenza" sono diverse (vedi box) e fra i sopravvissuti si trovano persone con problemi differenti.

C'è chi ha avuto una diagnosi recente ed è in trattamento o lo ha appena concluso, c'è chi è in fase di remissione, cioè non ha più segnali di malattia, c'è chi ha avuto ricadute, ma si è ripreso e diventa un "cronicizzato" (magari assumendo farmaci a lungo termine) e ci sono i lungo-sopravvissuti (coloro che da un certo numero di anni non hanno manifestato sintomi corre-

Quasi un terzo delle persone in vita dopo un tumore possono dirsi guarite

milioni di cittadini statunitensi che si sono lasciati il tumore alle spalle e questo numero è destinato a salire: nel 2022 i curati aumenteranno del 31 per cento e raggiungeranno i 18 milioni di persone.

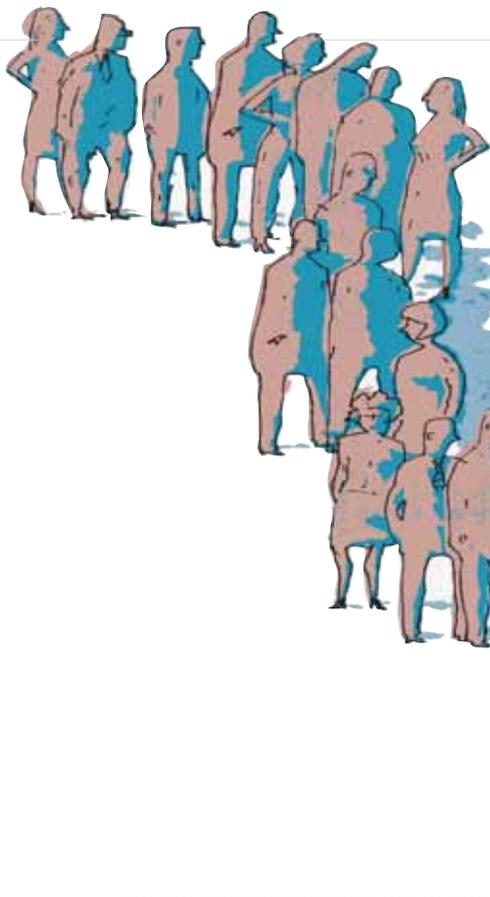
Come avviene in Italia, anche negli Stati Uniti spiccano fra i sopravvissuti coloro che hanno avuto un tumore alla prostata (20 per cento) e al seno (22 per cento), mentre nel caso del tumore al polmone questa percentuale scende drasticamente al 3 per cento. Un dato che resta preoccupante e richiama l'attenzione su meto-



labili con il tumore di partenza e non sono più in terapia).

Ma si possono ancora chiamare pazienti i lungo-sopravvissuti oppure sono guariti?

«Tecnicamente parlando sì, i lungo-sopravvissuti si possono ancora chiamare pazienti - spiegano Stefano Cascinu, Presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), e Carmelo Iacono, Presidente della Fondazione Aiom - Formalmente non possiamo parlare di persone guarite dal cancro, ma molti di co-



loro che hanno superato la malattia grazie alle cure, sopravvivranno al cancro e moriranno per altre cause, come il resto della popolazione. Se è vero che siamo riusciti a cronicizzare molte forme tumorali, dobbiamo rimanere all'erta per evitare il rischio di recidiva. Una possibilità sempre presente. Ma sicco-

me i numeri sui lungo sopravviven- ti ci dicono che molti, da anni, sono liberi da malattia, possiamo alla fine parlare di italiani guariti.» Si stima che 700 mila italiani, quasi un terzo di tutte le persone in vita dopo una diagnosi di tumore, possono ritenersi guarite. E questo si basa sull'assunto che i pazienti si possono considerare guariti se raggiungono un'attesa di vita simile a quella delle persone non affette da tumore: evento che avviene per la maggior parte dei tumori dopo 10 o 15 anni dalla diagnosi.



## Le nuove stagioni della sopravvivenza

37

**E**ra il 1985 quando Fitzhugh Mullan, medico e ammalato di tumore al polmone, descrisse sul *New England Journal of Medicine* le tre stagioni della sopravvivenza al cancro. Eccole: la sopravvivenza "acuta" alla diagnosi e al trattamento, quella "estesa" al periodo post-trattamento e quella "permanente" di chi convive a lungo con la malattia.

Da allora molte cose sono cambiate nella diagnosi e nella terapia dei tumori: oggi l'esercito dei "sopravvissuti" comprende gruppi diversi e le stagioni della sopravvivenza sono più complesse. Così Kenneth Miller, direttore della Lance Armstrong Foundation Cancer Survivorship Programme al Dana-Farber Cancer Institute a Boston propone una nuova classificazione in quattro punti.

- La sopravvivenza acuta: è il periodo durante il quale il tumore viene diagnosticato e il paziente trattato
- La sopravvivenza di transizione: è un momento difficile in cui la felicità per aver superato la malattia si mescola alla preoccupazione e al senso di abbandono che un paziente prova quando si allontana dai medici curanti
- La sopravvivenza prolungata: interessa un gruppo variegato di pazienti, la cui malattia si è cronicizzata o il cui tumore è in remissione grazie a trattamenti in atto

■ La sopravvivenza permanente: è quella di persone in fase di remissione e asintomatiche. Ma è anche quella di chi non ha più la malattia, ma ne soffre le conseguenze sia sul piano della salute fisica che di quella psicologica. In questa fase alcune persone possono sviluppare un secondo tumore, che può essere o non essere correlato al primo tumore o ai trattamenti anti-tumorali praticati.

La sopravvivenza a lungo termine è l'obiettivo principale della cura, ma i medici e i pazienti dovrebbero avere ben presenti, fin dall'inizio, tutte le fasi della sopravvivenza e affrontarle nei modi più opportuni. Per esempio, alcune situazioni negative, vissute durante la prima fase, possono aumentare il rischio di sindrome da stress post-traumatico nei periodi successivi, così interventi specifici, messi in atto al momento giusto, possono favorire una migliore qualità della vita a distanza. I sopravvissuti possono trarre benefici da trattamenti in grado di ridurre la confusione e le paure, vissute durante il periodo di transizione, che potrebbero ritardare il ritorno alle normali attività quotidiane. Per i sopravvissuti della fase permanente, è opportuno individuare subito gli eventuali effetti a distanza delle terapie e trattarli adeguatamente per garantire il migliore stato di salute possibile.



### Questione di termini

Antonella Surbone, docente di oncologia alla New York University di New York e docente di comunicazione all'MD Anderson Cancer Center di Houston, non condivide, però, il termine "sopravvissuto" perché ritiene che sia stigmatizzante.

Secondo la studiosa, uno dei massimi esperti al mondo di "sopravvivenza ai tumori", il paziente oncologico non è un "diverso", ma una persona che, dopo le cure, deve recuperare una situazione di normalità.

«È indispensabile cambiare mentalità - commenta Antonella Surbone. - Il tumore deve essere visto, fin dall'inizio, in tutte le sue possibili evoluzioni, sia in quelle negative che in quelle positive, in modo da poter programmare tutti gli interventi necessari non solo ad assicurare al

paziente le cure migliori, ma anche una lungo-sopravvivenza il più possibile libera da limitazioni, sofferenze fisiche, psicologiche e relazionali. E, fin dall'inizio, è importante valutare quali sono le priorità per il malato».

Per certi pazienti, infatti, la cosa

più importante è guarire, per altri è il conservare il proprio aspetto fisico, per altri ancora è l'aver figli dopo la malattia e in quest'ultimo caso, tanto per fare un esempio, si dovrà pen-

sare alla conservazione di ovuli e spermatozoi per consentire una successiva gravidanza.

Anche Andrea Micheli, direttore dell'Unità di Epidemiologia all'Istituto Tumori di Milano non condivide il termine sopravvissuto e preferisce parlare di persone con esperienza di tumore. ■

Il termine "sopravvissuti" viene da molti considerato improprio

## Il decalogo dei survivors

### Dagli esperti di Humanitas Cancer Center, ecco 10 consigli:

- 1.** Non avere paura di affrontare il futuro con speranza e consapevolezza. Celebra la tua vittoria contro il cancro, da ricordare come un anniversario o un compleanno; può aiutarti a vivere il futuro in modo più sereno.
- 2.** Porsi degli obiettivi specifici, misurabili e credibili. Non importa se piccoli, raggiungerli potrà aiutarti ad aumentare l'autostima e la tua determinazione.
- 3.** Mantenere uno stile di vita sano. Ricomincia a fare movimento e chiedi al tuo medico di indicarti i giusti esercizi. Segui una dieta sana, non fumare, evita l'alcol, riduci lo stress. Abbi cura del tuo corpo.
- 4.** Richiedere dall'équipe curante un piano di controlli dettagliato. Ricordati degli screening e degli esami periodici utili per controllare la tua salute.
- 5.** Farsi seguire sempre da esperti. Rivolgiti possibilmente a centri specializzati nelle problematiche di chi ha superato la malattia, senza che però l'esperienza del cancro medicalizzi il resto della tua vita. Se pensi di averne bisogno, non esitare a chiedere un supporto psicologico.
- 6.** Controllare gli effetti collaterali. Abbi cura di te e mantieni sotto controllo i problemi che possono derivare dalla ma-

lattia superata o dalla terapia. Parla con il tuo medico, per essere informato sui possibili effetti collaterali, anche a distanza, del tuo percorso di cura, e valutare insieme le migliori soluzioni per risolverli o prevenirli.

**7.** L'amore verso il partner e la famiglia sono uno stimolo per tornare alla vita. La sfida affrontata contro il cancro è stata la più grande della tua vita. Mantieni un rapporto schietto con il tuo partner, e dedica più tempo a "te e lui". Se l'intimità durante la malattia ne ha risentito, non abbiate timore di parlare con uno specialista.

**8.** Attenzione alla vita sociale. Le relazioni con amici e parenti possono essere messe a dura prova durante la malattia. Non avere paura di comunicare le tue necessità, sii onesto con chi ti è a fianco e mantieni i contatti con chi ti fa stare bene.

**9.** Tornare al lavoro. Lavorare può offrirti l'opportunità di tornare in contatto con colleghi e amici, e ti impegna a ricominciare ad affrontare la vita di tutti i giorni.

**10.** Aiutare chi sta vivendo la stessa esperienza. Sconfiggere la malattia ti rende una persona speciale agli occhi di chi sta ancora lottando contro il cancro. Il tuo aiuto può essere molto importante verso chi ne ha bisogno. Valuta la partecipazione ad iniziative di volontariato o unisciti alle associazioni di malati ed ex pazienti per dare il tuo contributo e condividere con loro la tua esperienza.



## CURE ALTERNATIVE

Il mondo scientifico - almeno in Italia - le snobba, i pazienti le cercano.

Parliamo delle medicine alternative, che possono offrire un supporto utile ai malati oncologici.

Intendiamoci: non tanto nella cura del tumore vero e proprio, quanto nelle terapie di supporto.

L'MD Anderson Medical Center di Houston, uno dei centri più famosi per la cura dei tumori negli Stati Uniti e nel mondo, mette a disposizione dei malati ambulatori che offrono di tutto: dalle sedute di yoga alle terapie erboristiche, dalle tecniche di meditazione alla medicina naturopatica. Nell'ottica di migliorare la qualità di vita del paziente e di ridurre gli effetti collaterali delle terapie.

Anche in Italia esistono alcune iniziative, che non hanno però una vita facile nel settore pubblico. Così proliferano centri privati che offrono qualche supporto: è opportuno tenere gli occhi aperti e scegliere caso per caso.

Nel frattempo si moltiplicano le ricerche scientifiche che dimostrano il grande valore di queste terapie di supporto. ■

## LA CONDIVISIONE SUL WEB

Oggi come oggi non si può prescindere dal web.

Dal 2006 in poi, da quando negli Usa prima e da noi dopo, si è passati al web 2.0, sono nati blog e social network di pazienti che consentono di condividere l'esperienza della malattia in rete. Se infatti il web 1.0 era qualcosa di statico che permetteva un flusso unidirezionale di informazioni, con il web 2.0 l'utente viene messo al centro dei servizi e può interagire con gli altri per condividere esperienze.

Nasce così la blogterapia. Basta dare un occhio al sito [oltreilcancro.it](http://oltreilcancro.it) per imbattersi in storie di pazienti che raccontano le loro esperienze.

Lo fanno perché il sentirsi protagonisti aiuta ad affrontare meglio la malattia: quest'ultima costringe all'impotenza e alla solitudine mentre il rapporto con gli altri, attraverso i social network, può aiutare a ricreare la stima di sé. I blog consentono sostanzialmente uno scambio di storie e di esperienze e offrono un supporto che i medici non sempre garantiscono, dopo le dimissioni dall'ospedale. Negli Stati Uniti uno dei social network più seguiti è I Had Cancer che ha una pagina Facebook per i sopravvissuti al cancro, per le loro famiglie e i loro amici.

Nel 2011 al 36mo Congresso della Società Europea di Oncologia medica (Esmo) è stato presentato il primo social network disegnato su misura per il 'pianeta cancro' in lingua inglese. Battezzato *ecancerHub*, il nuovo spazio web è una piattaforma ad accesso gratuito che offre servizi e informazioni aggiornate ed esclusive a ricercatori, medici e malati.

I social network fanno bene ai pazienti, ma occorre fare attenzione ai rischi.

Confrontarsi con gli altri è fonte di sostegno per i malati, ma può diventare un'arma a doppio taglio quando ci si affida alle comunità di utenti per scelte cruciali sulle terapie. Perché può incentivare una parte dei pazienti a interrompere il trattamento e a rivolgersi a cure di non provata efficacia propagate da "stregoni della medicina".

Una ricerca sui forum online dedicati al cancro della mammella condotta dalla Perelman School of Medicine della University of Pennsylvania che ha preso in considerazione 25 mila messaggi in 12 siti molto noti sul tema delle terapie anti-ricaduta con inibitori dell'aromatasi (usati in donne in menopausa operate per un tumore sensibile agli estrogeni) mette in evidenza gli effetti collaterali delle cure, suggerisce rimedi alternativi (erbe, integratori, ginnastica), ma non suggerisce di rivolgersi al medico che rimane invece il punto di riferimento più importante. Il medico in ogni caso non è mai un optional. ■

# Prevenzione terziaria

I controlli medici sono necessari anche per verificare a distanza gli effetti delle terapie

Ogni persona che si lascia alle spalle un tumore rappresenta un caso a sé e deve intraprendere un suo percorso specifico che comprende, sul piano medico, una serie di controlli specialistici e, su quello personale, il ri-

torno alla normale vita di tutti i giorni.

Il follow up medico, che di solito ha una durata di cinque anni, ha tre obiettivi: la prevenzione delle recidive, quella di nuovi tumori e il monitoraggio degli effetti collaterali a distanza delle terapie antitumorali.

La prevenzione delle recidive (o ricadute) o di eventuali metastasi dopo che la malattia è stata curata con la chirurgia, la radioterapia o la terapia farmacologica (o tutte e tre insieme) si chiama prevenzione terziaria. E si avvale di terapie adiuvanti da un lato (chemioterapia, radioterapia e trattamenti ormonali) e, dall'altro, di una serie di controlli che prevedono visite cliniche, esami ematochimici (sul sangue), valutazione di markers (molecole che possono rappresentare una spia della permanenza della malattia o di metastasi) e indagini strumentali, secondo protocolli ben codificati e basati sulle evidenze della letteratura scientifica e diversi a seconda del tipo di tumore.

Altro obiettivo della prevenzione terziaria è quello di intercettare eventuali nuovi tumori, diversi dal primo, che sono legati o a una particolare predisposizione genetica (per esempio una persona



**I PRINCIPALI AMBITI DI VITA IN CUI SONO EMERSI I MAGGIORI PROBLEMI A SEGUITO DELLA PATOLOGIA, CONFRONTO PAZIENTI CON TUMORE ALLA MAMMELLA - ALTRI PAZIENTI (VAL. %)**

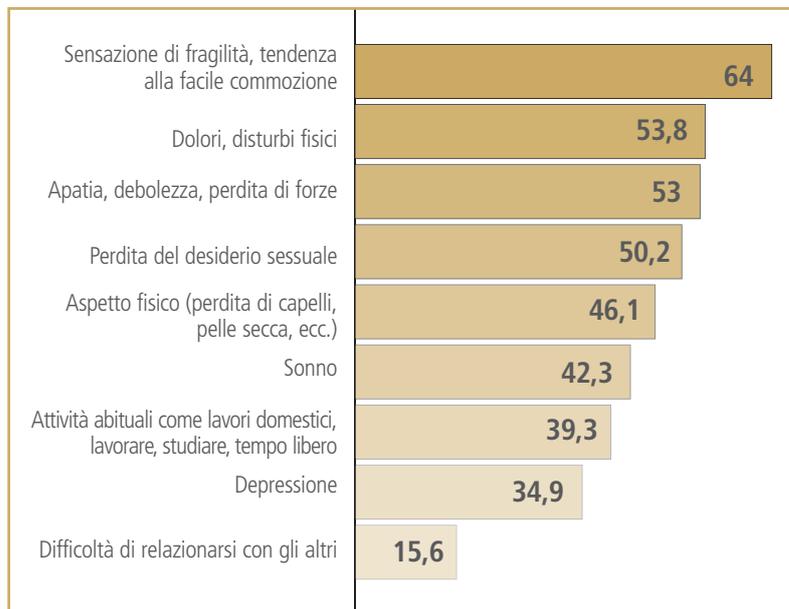
| A seguito della patologia, quali sono gli ambiti in cui sono emersi maggiori problemi?                                   | Pazienti con tumore alla mammella | Altri pazienti | Totale |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------|
| Sul piano psicologico (sfiducia, perdita di interesse, difficoltà ad accettare gli effetti collaterali delle cure, ecc.) | 40,1                              | 31,8           | 35,3   |
| Nel disbrigo di pratiche della vita quotidiana (fare la spesa, lavori domestici, ecc.)                                   | 37,1                              | 33,7           | 35,2   |
| In famiglia                                                                                                              | 24,7                              | 25,5           | 25,1   |
| Nel lavoro                                                                                                               | 22                                | 21,6           | 21,8   |
| Nelle disponibilità economiche                                                                                           | 14,3                              | 13,9           | 14,1   |
| Nei rapporti sociali                                                                                                     | 8,8                               | 12,9           | 11,2   |
| Altri aspetti                                                                                                            | 1,9                               | 1,2            | 1,5    |

L'impatto del tumore sulla qualità di vita deve essere sempre preso in considerazione

42

con un tumore al seno con particolari caratteristiche genetiche può essere più predisposta a un tumore all'ovaio) o ai trattamenti. In passato, per esempio, si curavano con successo i linfomi di Hodgkin con la radioterapia, ma, a distanza di anni, alcuni, fra i guariti, hanno sviluppato tumori al seno da radiazioni. Infine il monitoraggio di eventuali effetti collaterali a distanza delle terapie: la cardiotoxicità è uno dei più importanti. Molte classi di antitumorali, come le antracicline (che agiscono sul Dna delle cellule tumorali per impedirne la moltiplicazione), gli antagonisti dei recettori HER2 (che bloccano i recettori per gli estrogeni presenti sulle cellule del tumore mammario) e gli anti-angiogenetici (farmaci che interferiscono con la formazione di vasi sanguigni nel tumore), sono cardiotossici e possono provocare scompenso cardiaco. Come identificare i pazienti, trattati con questi farmaci, a rischio

**PRINCIPALI DISTURBI PSICOFISICI DEI PAZIENTI CON TUMORE ALLA MAMMELLA**



di sviluppare problemi cardiaci? Una spia di danno cardiaco sono alcuni biomarker (proteine), come la troponina I e il Bnp (brain natriuretic peptide, prodotto dal cuore), che si possono dosare nel sangue. Non solo: certi tipi di chemioterapia

possono provocare ipertensione arteriosa e in questi casi va prescritta una terapia antipertensiva che prediliga i farmaci con un'azione preventiva sullo scompenso. Se poi il paziente sviluppa una disfunzione cardiaca, correlata alla chemioterapia, occorre

mettere in atto il trattamento anti-scompenso del caso.

La prevenzione terziaria deve anche farsi carico di molti altri problemi, che insorgono durante il percorso di vita di chi ha sviluppato un cancro, prevedere interventi di riabilitazione fisica e psichica e aiutare il malato oncologico nel reinserimento sociale e occupazionale.

Deve, infine, tenere conto soprattutto dello stile di vita della persona e suggerire i comportamenti più corretti in tema di alimentazione e di attività fisica.

L'impatto del tumore sulla qualità di vita di una persona non va mai minimizzato: non bisogna dimenticare le implicazioni di carattere psicologico, come la paura per la ripresa della malattia, l'esperienza di isolamento, l'ansia, lo stress, la fatigue (il senso di affaticamento cronico comune a molti ex-pazienti) cui si aggiungono, appunto, le difficoltà di reinserimento nel mondo del lavoro e la ricerca di un nuovo equilibrio in famiglia e nella coppia.

Il corposo 5° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici condotto da F.A.V.O. (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia presieduta da Francesco De Lorenzo che è anche presidente di AIMaC, l'Associazione italiana dei malati di cancro) e presentato nel maggio del 2013, ha stilato, fra le altre cose, una classifica dei maggiori problemi che i pazienti, dopo aver superato la "fase acuta" del tumore, vivono quotidianamente. Al primo posto ci sono quelli che riguardano la sfera psicologica (il 35,3 per cento degli intervistati lamenta sfiducia, perdita di interesse, difficoltà ad accettare gli effetti collaterali delle cure); seguono quelli legati al disbrigo di pratiche della vita quotidiana (come il fare la spesa o i lavori dome-

## I tre tipi di prevenzione

■ La primaria che vale per i tumori ma anche per molte altre malattie, come quelle cardiovascolari o il diabete: consiste nell'adottare una serie di comportamenti di vita (legati all'alimentazione, innanzitutto, e all'attività fisica) che impediscono l'insorgenza della malattia.

Una sana alimentazione previene una serie di malattie croniche come tumori, patologie cardiovascolari, obesità e diabete, e lo stesso vale per l'attività fisica. E infine il fumo e l'alcol: smettere di fumare e di bere aiuta a evitare una serie di patologie, tumori e malattie cardiovascolari compresi.

■ La prevenzione secondaria, chiamata anche diagnosi precoce, ha l'obiettivo di intercettare il tumore ai primissimi stadi di sviluppo. E' qui che entrano in gioco gli screening, cioè le indagini diagnostiche, condotte a tappeto sulla popolazione, per individuare il rischio di andare incontro a un tumore. E se parliamo delle neoplasie più importanti parliamo di mammografia per quello del seno, della ricerca del Psa prostatico (l'antigene specifico prostatico il cui aumento indicherebbe un rischio di tumore, ma che, secondo le ultime indagini, non sarebbe una "spia" attendibile), del test occulto per il sangue nelle feci o della colonscopia per quello del colon retto e la Tac spirale per quello al polmone.

■ La prevenzione terziaria si occupa, invece, di chi il tumore lo ha avuto, lo ha superato e ha come obiettivo la prevenzione delle recidive e di eventuali secondi tumori primitivi, il monitoraggio delle tossicità a distanza delle terapie, il supporto psicologico e assistenziale dei pazienti e l'aiuto per il reinserimento nel mondo lavorativo.

stici, che interessa il 35,2 per cento delle persone) e quelli che riguardano la famiglia (li segnala un paziente su quattro). Poi ci sono le difficoltà nell'ambito lavorativo (importanti per quasi il 22 per cento delle persone), quelle economiche (14 per cento) e i disagi nei rapporti sociali (11 per cento).

In particolare, il rapporto di F.A.V.O. ha voluto analizzare nel dettaglio alcuni aspetti della vita dei pazienti.

Così si scopre (vedi tabelle) che al primo posto fra i principali disturbi psicofisici, c'è la sensazione di fragilità e la tendenza alla facile commozione, seguita da sintomi fisici, primo fra tutti il dolore; e poi la perdita del desiderio sessuale, l'alterazione dell'aspetto fisico (perdita di capelli, alterazioni della pelle), i disturbi del sonno e la depressione. ■





44

# Cancer-free clinic e medico di base

Nascono ambulatori dedicati ai pazienti oncologici per i normali controlli dopo le terapie

**I**nsomma, ritornare alla vita dopo la fase critica della malattia non è facile e la prevenzione terziaria, ribadiamo, ha l'obiettivo non soltanto di aumentare la sopravvivenza per i malati di cancro attraverso la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, ma anche di migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Si tratta di percorsi complessi che richiedono interventi multidisciplinari.

L'attuale organizzazione del follow-up dei pazienti oncologici in Italia e in Europa, però, segue un'esperien-

za tradizionale oggi superata: i lungo-sopravvissuti sono ancora seguiti negli stessi ambulatori e nei day hospital dove sono stati trattati per la malattia e che non sempre sono attrezzati per i controlli successivi. Il loro compito principale, infatti, è quello di gestire i nuovi pazienti e, a volte, non hanno il tempo per fornire ai "sopravvissuti" tutte le attenzioni necessarie.

Quali sono allora le alternative?

Un'idea è quella delle cancer-free clinic, nata negli Stati Uniti e approvata anche in Italia: si tratta di ambulatori dedicati ai pazienti onco-

logici che hanno finito i cicli di terapia e devono sottoporsi al normale programma di controlli.

L'antesignana è quella di Aviano, in provincia di Pordenone, nata nel giugno del 2008 presso il Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Tumori, diretto da Umberto Tirelli, e rivolta a pazienti oncologici guariti o lungo sopravvissuti con almeno cinque anni di assenza di malattia oncologica e senza trattamenti antitumorali in atto, con la collaborazione della psico-oncologia dell'Istituto, diretta da Antonella Annunziata.

L'iniziativa fa parte di un progetto nazionale di riabilitazione oncologica, finanziato dal Ministero della Salute, che coinvolge anche gli altri Istituti di Ricovero e Cura a

aspetti sociali e lavorativi». Un'iniziativa analoga ha preso vita anche a Siracusa.

Nel 2012 anche il Cancer Center dell'Istituto Humanitas di Milano, diretto da Armando Santoro, ha attivato una Cancer-free Clinic per offrire un supporto ai pazienti lungo-sopravvissuti con interventi riabilitativi e di sostegno psicosociale, sfruttando al meglio tutte le competenze che il centro può avere.

Il fatto che una cura possa compromettere la fertilità, ad esempio, può essere quasi irrilevante per un uo-

effetti collaterali delle terapie farmacologiche e della radioterapia».

Ma le Cancer-free Clinic devono fare i conti con le risorse sempre più limitate della sanità.

Così l'Aiom, l'Associazione italiana di Oncologia Medica, propone una riflessione su soluzioni alternative.

«Nell'attuale momento di crisi economica - precisa Carmelo Iacono, Presidente della Fondazione Aiom - occorre riflettere sul ruolo che i medici di medicina genera-

le (curanti) potrebbero avere come punto di riferimento per il follow up dei malati oncologici. E impe-

Il medico di famiglia punto di riferimento per il follow up

## Oltre il controllo della malattia l'obiettivo è il benessere fisico e psicosociale del malato

Carattere Scientifico nazionali (Bari, Humanitas di Milano e l'oncologia medica dell'Ospedale di Siracusa) e si avvale della collaborazione di AIMaC, F.A.VO. e Angolo (Associazione Nazionale Guariti o Lungoviventi Oncologici).

«Il modello di assistenza sperimentato in O.R.A. (Oncologia Riabilitativa) - precisa Antonietta Annunziata - modifica in modo sostanziale l'approccio di follow up alle persone con un passato oncologico e libere da malattia e trattamenti da almeno cinque anni. Infatti, l'obiettivo non è solo il controllo della malattia oncologica, ma il benessere globale, fisico e psicosociale, il cui raggiungimento richiede il passaggio dall'intervento del solo medico a quello di un'équipe multidisciplinare e dalla valutazione del singolo alla valutazione della famiglia, senza trascurare gli

mo o una donna che già hanno una famiglia e dei figli, ma cruciale per un paziente più giovane e senza figli. «Uno dei punti di forza di Humanitas Cancer Center - prosegue Santoro - è lo specifico supporto di servizi presenti all'interno dell'Istituto che consentono di migliorare la qualità di vita dei pazienti durante e dopo la terapia. La stretta collaborazione con il Centro di Medicina della Riproduzione, per esempio, offre l'opportunità di prevenire l'infertilità a volte indotta dalle terapie oncologiche, preservando la possibilità di avere figli attraverso la crioconservazione preventiva delle cellule uovo e del seme. Inoltre la collaborazione con gli urologi ha portato alla creazione di un ambulatorio mirato ad aiutare gli uomini, malati di tumore, per le problematiche di funzionalità sessuale e riproduttiva, indotte dagli

gnarsi a dare ai pazienti la possibilità di essere seguiti, per i controlli di routine, anche vicino a casa, senza doversi recare per forza nei centri oncologici. Per questo stiamo pensando a una collaborazione con i medici di famiglia per creare un modello di condivisione del follow up. Un'alleanza che ottimizzi l'assistenza e diminuisca i tassi di ospedalizzazione durante la sorveglianza clinica in modo da poter garantire alle persone una qualità di vita migliore.

Ovviamente, in caso di necessità o di urgenza, il centro oncologico è sempre presente, ma l'obiettivo è quello di deospedalizzare il più possibile la patologia oncologica a lungo termine. E proprio grazie a una collaborazione adeguata con i medici del territorio riusciremo a ridurre notevolmente i costi». ■

# Vita quotidiana

Sono molteplici le richieste dei pazienti che riguardano aspetti importanti della loro vita dopo la malattia

46

Uno dei tanti problemi che riguardano il follow up dei pazienti oncologici è legato al fatto che mentre gli specialisti tendono a dare molta rilevanza alla diagnosi precoce delle ricadute di malattia, poca attenzione viene ancora rivolta agli aspetti riabilitativi e al ruolo educativo e di supporto.

La riabilitazione oncologica, per esempio, non sempre risponde alle esigenze dei pazienti, degli stomizzati soprattutto o degli incontinenti.

Un libro bianco, pubblicato nel 2008 dalla F.A.V.O. in collaborazione con alcune associazioni di pazienti e di istituti a carattere scientifico, ha fotografato la realtà delle strutture riabilitative oncologiche in Italia. Il censimento ha registrato 315 centri che fanno trattamenti riabilitativi, di cui il 70 per cento pubblico e il resto privato o gestito dal volontariato: non sempre, però, questi centri si occupano esclusivamente di malati oncologici, anzi, seguono altre tipologie di pazienti, e sono appena 39 i centri che si occupano di bambini.

Di solito, poi, ci si rivolge a queste strutture quando compare un problema e non si pensa fin dall'inizio a un programma di riabilitazione, prima, cioè, che il paziente finisca in sala operatoria. Così a farne le spese sono soprattutto gli stomizza-

ti e gli incontinenti che hanno subito interventi per tumori al colon-retto o alla prostata, tanto per fare due esempi. Per queste persone non sempre è facile trovare aiuto nei centri (anche perché le liste di attesa sono lunghe), mentre sono meglio assistite le pazienti operate al seno se hanno problemi di linfedema (braccio gonfio), motilità della spalla e cicatrici.

Ci sono poi richieste dei pazienti che possono addirittura apparire frivole, ma che sono importanti per la loro vita quotidiana.

Un esempio? Il bisogno di ritrovare la femminilità e di "ritornare come prima" dopo le terapie anticancro per molte delle 160 mila donne che ogni anno devono affrontare una diagnosi di tumore.

Le terapie spesso hanno un impatto negativo sull'aspetto fisico: perdita di capelli, gonfiore, appesantimenti, secchezza della pelle, magari accompagnata da prurito, eritemi, desquamazione. E se la bellezza non è la prima cosa di cui ci si





## L'educazione a un corretto stile di vita è importante per ridurre la comparsa di recidive

preoccupa quando si è di fronte a una diagnosi di tumore, quando si è superata la fase critica diventa una componente rilevante per il proprio benessere.

Secondo Antonella Savarese dell'Oncologia Medica A dell'Istituto Regina Elena di Roma, il poter mantenere un'immagine corporea gradevole è di grande sostegno e conoscere i trucchi per migliorare il proprio aspetto aiuta a superare la malattia. Gli strumenti non mancano: basta qualche prodotto cosmetico e soprattutto una buona idratazione per la pelle. E se ci si vuole esporre al sole (da evitare però quando si assumono farmaci), basta seguire le regole che valgono per tutti: non esporsi ai raggi ultravioletti nelle ore più calde e usare creme protettive per evitare scottature.

Stesso discorso per i capelli: meno li si "stessa meglio è", ma la tinta e i vari trattamenti dal parrucchiere (stiratura o permanente) non sono vietati, basta fare attenzione a utiliz-

zare prodotti delicati.

Lo stesso vale per le unghie, che possono diventare fragili e spezzarsi con facilità. In questi casi è bene evitare manicure aggressive e unghie finte e tenere le proprie corte e idratate.

Anche massaggi e cure termali non sono controindicati e possono essere utili per il benessere della donna. Non va dimenticata, infine, l'educazione a un corretto stile di vita che è importante non solo per mantenersi in salute, ma anche per ridurre la comparsa di recidive. Sono tre le carte importanti da giocare: non fumare, mangiare molta frutta e verdura e praticare attività fisica. Ma i pazienti non sempre lo fanno.

Uno studio condotto dall'American Cancer Society su oltre 9 mila persone, sopravvissute a un tumore, ha dimostrato che se quasi tutti (8-9 su 10) stanno alla larga dalle sigarette, solo 2 su 10 consumano le raccomandate cinque porzioni di frutta e verdura al giorno e solo 7 su

dieci praticano esercizio fisico. Solo uno su 20 riesce a mettere in pratica tutti e tre i comportamenti virtuosi, ma chi ci riesce si sente meglio e vive meglio. Secondo gli specialisti i fattori che determinano il rischio di sviluppare tumore, legati allo stile di vita, sono gli stessi che determinano il miglioramento o l'aggravamento delle condizioni di salute dopo la malattia.

### Mondo del lavoro e caregiver

Sentirsi bene aiuta quando si deve affrontare il rientro nel mondo del lavoro, tutt'altro che facile per molti pazienti.

Sono numerose le storie di licenziamenti, di mobbing, di negazione di permessi per effettuare visite e controlli, di stipendi ridotti, che i pazienti raccontano. Eppure il lavoro aiuta sia a livello sociale che, ovviamente, economico.

Uno studio pubblicato su Jama e

condotto dal Coronel Institute of Occupational Health di Amsterdam ha dimostrato che chi sopravvive a un tumore ha il 37 per cento in meno di possibilità di trovare lavoro quando finisce le cure. I ricercatori olandesi hanno analizzato 36 studi, pubblicati fra il 1996 e il 2008, per un totale di oltre 20 mila persone sopravvissute al tumore e oltre 15 mila soggetti sani, con un'età media dei pazienti inferiore a 65 anni: come dire che i pazienti sono individui ancora in età lavorativa, ma che, purtroppo, durante le terapie, perdono l'incarico o vengono demansionati. Le più penalizzate sono le donne, soprattutto se hanno avuto un tumore al seno, meno se hanno sofferto di neoplasie gastrointestinali o all'utero.

Nel 2007 un'indagine promossa da Europa Donna (un movimento - così si definisce nel suo sito - che rappresenta i diritti delle donne nella prevenzione del tumore al seno nelle istituzioni pubbliche) su 540 pazienti mastectomizzate fra i 45 e i 64 anni ha rilevato che almeno il 21 per cento delle intervistate ha visto peggiorare la propria situazione lavorativa. E la situazione è particolarmente difficile per chi ha titoli di studio più bassi e per chi vive al Sud, dove il 58 per cento delle donne lavoratrici ammette di essere stata penalizzata al rientro. Altro dato importante: meno del tre per cento delle persone intervistate sapeva che esistono tutele (la Legge Biagi soprattutto) per i pazienti (e anche per i familiari che assistono i malati).

I pazienti hanno diritto a sottoporsi a visite mediche o a esami senza dover ricorrere alle ferie, a passare a una mansione più adatta al pro-

## legge Biagi

La Legge Biagi è la legge n.30/2003 che prevede quattro importanti facilitazioni per i lavoratori malati di tumore.

- la possibilità di sottoporsi a visite mediche senza utilizzare ferie o permessi
- il diritto di passare a incarichi più adatti al proprio stato fisico
- la possibilità di godere di un periodo, anche lungo, di aspettativa non retribuita
- il diritto di passare a un part-time provvisorio

prio stato fisico e a ottenere un periodo, anche lungo, di aspettativa non retribuita.

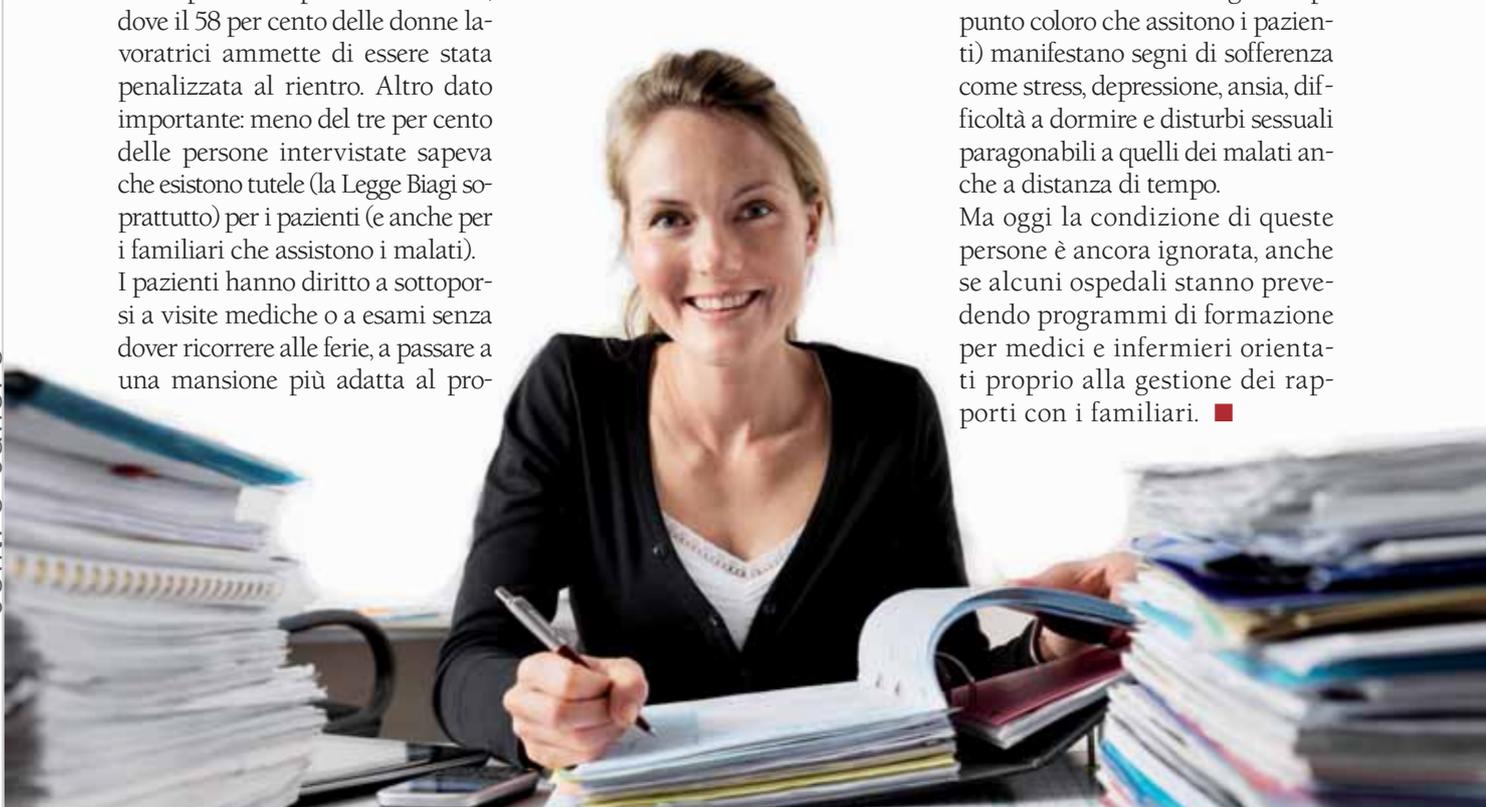
Per chi assiste i familiari malati di tumore, esiste una sentenza (n.19/2009) della Corte Costituzionale che riconosce al figlio, convivente di una persona con handicap grave, il diritto di usufruire di un congedo straordinario dal lavoro per un periodo massimo di due anni, in modo frazionato o continuativo, ed è interamente retribuito.

Insomma le leggi ci sono, ma non tutti le conoscono. E il ruolo informativo delle associazioni in questo campo è preziosissimo. Così alcune associazioni mettono a disposizione numeri verdi per informare i pazienti. Due esempi: il n. 84050357 è quello dell'AIMaC e funziona dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 19; il n. 800.998877 è quello della LILT, la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, che risponde dalle 9 alle 17 dal lunedì al venerdì.

Un discorso a parte meritano, a questo punto, i familiari dei pazienti: mogli, mariti, fratelli, sorelle, figli o genitori che stanno accanto a malati e sopravvissuti. Anche se non sono direttamente colpiti dalla malattia, soffrono e possono risentire dello stress anche a distanza di tempo: perché il tumore è una malattia di tutta la famiglia.

Il Journal of Clinical Oncology ha pubblicato, qualche tempo fa uno studio a firma di Michelle Bishop, psicologa dell'Università della Florida a Gainesville, su persone che avevano assistito pazienti sottoposti a trapianto di midollo per leucemie. La ricercatrice ha confrontato la loro salute fisica e psichica con quella di partner di persone sane e ha dimostrato che i caregiver (appunto coloro che assistono i pazienti) manifestano segni di sofferenza come stress, depressione, ansia, difficoltà a dormire e disturbi sessuali paragonabili a quelli dei malati anche a distanza di tempo.

Ma oggi la condizione di queste persone è ancora ignorata, anche se alcuni ospedali stanno prevedendo programmi di formazione per medici e infermieri orientati proprio alla gestione dei rapporti con i familiari. ■



Donarci il tuo  
**5x1000**

ti costa soltanto  
**5 SECONDI**

Per te è il tempo di una firma,  
per noi è un momento importante.

Il momento in cui scegli di destinarci il tuo 5x1000 è quello in cui decidi di aiutarci a diffondere e promuovere la cultura della prevenzione oncologica, a oggi l'arma più efficace per vincere il cancro. Per farlo, ti basta mettere la tua firma nello spazio apposito presente nei modelli per la dichiarazione dei redditi **CUD, 730 e UNICO** e aggiungere il **Codice Fiscale LILT di Milano**

**80107930150**

nella casella riservata a "Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997".

# DA SEMPRE, NEL MONDO, SPECIALISTI IN RESPONSABILITÀ.



DUAL è specialista nelle assicurazioni contro i rischi di responsabilità civile professionale e patrimoniale di liberi professionisti, amministratori e dirigenti, sia di società private sia di enti pubblici.

In Italia i prodotti assicurativi elaborati da DUAL sono offerti da broker, agenti e banche.

In caso di responsabilità chiedi allo specialista, chiedi a DUAL.  
Ti signaleremo il consulente assicurativo più vicino a te.

**DUAL**  
making relationships count

## DUAL Italia S.p.a.

Via Santa Maria Fulcorina, 20 - 20123 Milano - Tel. +39 02 72080597 - Fax +39 02 72080592  
reception@dualitalia.com - www.dualitalia.com



DUAL Italia S.p.a. - filiale italiana di DUAL International Ltd. e parte di Hyperion Insurance Group con sede in Londra è iscritta nella Sezione A del R.U.I. tenuto dall'ISVAP al n. A000167405 e intermedia assicurazioni e riassicurazioni.  
Le garanzie assicurative sono di: (I) Arch Insurance Company (Europe) Ltd. Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Milano; (II) Lloyd's of London (Sindacato Hiscox 3624), Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Milano.

SOSTENIAMO  
IL SERVIZIO  
ASSISTENZA  
BAMBINI



SIP - SOCIETÀ ITALIANA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

# Malati dell'altro MONDO

Necessarie nuove figure professionali per risolvere i problemi di comunicazione linguistica e culturale con i pazienti stranieri

di Daniela Condorelli

## All'Ospedale San Raffaele

di Milano sarà l'infermiere Carlo Orlandi a seguire i ragazzi della scuola per mediatori linguistici Carlo Bo, che si avvicenderanno tra le corsie dell'ospedale grazie a uno stage concordato tra il San Raffaele e la scuola. Ed è lui a essere spesso chiamato in pronto soccorso quando serve qualcuno che mastichi un po' di francese. «Negli ultimi anni abbiamo visto un aumento di accessi da parte di persone che vengono dai Paesi di lingua araba e dalla Cina - racconta. - I maggiori problemi che incontriamo sono di comunicazione, ma anche culturali». Capita così che una donna di origine araba, in gravidanza, si presenti con il marito, che fa fatica a farsi capire, ma pretende che a visitare sua moglie sia un medico donna. «È successo - continua Orlandi - che non ci fosse nessuna ginecologa di turno e che la situazione diventasse tesa o che la coppia se ne andasse, senza che fosse possibile visitare la donna». «D'altro canto, se questi ostacoli si superano, riusciamo a intervenire con efficacia - continua Orlandi. - Anche la compliance, se si risolvono i problemi lin-



guistici, è molto alta. Spesso, infatti, c'è meno diffidenza e molta più fiducia nel medico e nelle sue prescrizioni».

Rimane, fortissimo, il problema della comprensione. Ecco perché il San Raffaele si è dotato di un sistema di traduzione automatico in sette lingue e sta per avviare un progetto di collaborazione con una scuola interpreti (vedi pag. 53).

La presenza dei mediatori culturali è fondamentale. «Talvolta si presentano delicati problemi di comunicazione di atti medici che possono essere invasivi, come interventi chirurgici o chemioterapie. Come essere sicuri che il paziente abbia compreso? Come avere un ritorno oggettivo, ad esempio, quando il medico ha l'impressione che il parente che accompagna il paziente e che parla un po' di italiano, non stia riferendo tutto con precisione?»

Gli ostacoli, secondo Salvatore Geraci, responsabile dell'area sanitaria della Caritas di Roma, sono anche di natura logistica: «proviamo a pensare alla difficoltà del sistema di ticket, percorsi, liste d'attesa, sigle degli uffici. I servizi sono spesso criptici anche per gli italiani».

«Capita poi spesso che il diritto alla cura e alla salute non siano riconosciuti» denunciano i medici del Naga, associazione lombarda di volontari che garantisce assistenza sanitaria gratuita a cittadini stranieri irregolari. È successo così che a Rashid, il nome è di fantasia, sia stato rifiutato per ben quattro volte il codice di Straniero Temporaneamente Presente (STP). Rashid ha una trentina d'anni, è palestinese e parla ben quattro lingue: ha bisogno di controlli per un soffio al cuore, residuo di un'endocardite batterica. Inviato da un medico del Naga al Fatebenefratelli di Milano e poi al Policlinico, viene rimandato indietro più volte senza poter fare i controlli e il codice STP gli viene rifiutato senza motivo fino a quando, all'ospedale Niguarda, il suo diritto alle cure viene finalmente riconosciuto.

«Il livello di accesso alle cure per i cittadini stranieri è un termometro del grado di accoglienza e civiltà di un territorio», dichiarano Stefano Della Valle e Guglielmo Meregalli, medici volontari del Naga, coordinatori di una ricerca condotta su oltre cinquecento pa-

## Sono garantite agli stranieri senza permesso di soggiorno tutte le cure non solo quelle urgenti



52

zienti che si sono rivolti all'ambulatorio medico dell'associazione milanese. Il risultato dell'indagine è stato sconcertante: «la realtà è disomogenea, a volte la normativa non viene applicata, fino ad arrivare a non garantire il diritto di cura ad alcuni immigrati irregolari. E' come se gli stranieri che hanno bisogno di cure soffrissero di una doppia malattia: - denunciano i due medici del Naga - quella organica e quella che deriva dal mancato accesso alle cure».

Di qui alcune proposte dell'associazione che ogni anno effettua oltre quindicimila visite ambulatoriali: iscrivere i cittadini stranieri irregolari nelle liste dei medici di base, rilasciare il tesserino STP in tutte le strutture pubbliche e convenzionate e attuare una campagna di sensibilizzazione sui diritti fondamentali, rivolta sia agli operatori che ai cittadini, anche irregolari.

### Le immigrate in ospedale

La maggior parte degli accessi degli stranieri agli ospedali è legata alla

gravidanza. Capita però spesso, purtroppo, che le donne si presentino solo per partorire, senza aver effettuato indagini o ecografie durante la gestazione e che dopo il parto non si presentino più.

È quanto successo di recente a Milano alla Clinica Mangiagalli con il parto straordinario di un piccolo egiziano che pesava oltre sei chili. Il parto, che è andato bene sia per la madre che per il bambino, era complicato



### NESSUNO SIA ESCLUSO

Lo scorso gennaio, Salvatore Geraci, responsabile dell'Area sanitaria Caritas di Roma, ha pubblicato sul sito [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info) un post dal titolo *Nessuno sia escluso* in cui faceva il punto sulle normative italiane per l'assistenza sanitaria agli stranieri. C'è infatti ancora confusione in materia e le interpretazioni della legge sono varie. Lo conferma anche la ricerca *Immigrati e salute. Percorsi di integrazione sociale*, realizzata in Toscana tra il 2010 e il 2011. Nella parte dedicata alla raccolta di opinioni degli operatori emerge profonda incertezza e la convinzione, sbagliata, che gli stranieri irregolari abbiano diritto alle sole prestazioni di Pronto Soccorso.

Geraci ribadisce che oggi il diritto all'assistenza è esteso anche a coloro che sono in Italia senza permesso di soggiorno, garantendo sia le cure urgenti che quelle essenziali, continuative e di medicina preventiva. Dev'essere ben chiaro che tutti hanno diritto anche alla medicina preventiva e ad essere seguiti in caso di malattie croniche.

È del resto ciò che molti già fanno. Afferma Orlandi: «la nostra linea è quella di non denunciare mai, assistiamo chiunque in assoluta libertà. Gli obblighi di denuncia all'autorità competente sono legati solo all'accertamento di una violenza. Ma questo vale per tutti, italiani o no, regolari o meno».

dalla situazione della donna, diabetica, obesa e che non si era sottoposta a controlli medici da alcuni mesi. Conferma Orlandi: «è difficile allacciare con le donne immigrate un rapporto che duri tutta la gravidanza e prosegua dopo la nascita».

Il problema maggiore è che, ancor oggi, l'educazione alla salute in gravidanza è pensata su misura per la donna italiana e difficilmente raggiunge la futura mamma immigrata. I motivi sono diversi: prima di tutto c'è l'ostacolo della lingua, la difficoltà di accedere ai luoghi dove vengono trasmesse le informazioni, ma anche la realtà quotidiana vissuta prevalentemente in luoghi chiusi.

Vanno poi messi in conto i diversi atteggiamenti nei confronti della gravidanza e del parto nelle differenti culture. Le donne immigrate sono disorientate, non comprendono il percorso da seguire, spesso nella loro società la gravidanza è solo un even-

## I PROGETTI HSR

Il servizio si chiama SOS InfoMondo e garantisce 24 h su 24 la presenza di interpreti in venti lingue: dallo spagnolo all'hindi, dal tedesco all'urdu, dal croato al singalese. «Funziona per via telefonica - spiega Orlandi. - Tutti i telefoni abilitati a chiamare all'esterno, almeno uno per ogni reparto, possono mettersi in contatto con l'operatore e parlare a tre, in vivavoce». È un servizio molto utile attivo in alcuni ospedali, tra cui il San Raffaele di Milano.

Sta per partire in questi giorni, invece, il progetto di collaborazione con la scuola triennale di mediazione linguistica Carlo Bo di Milano. A turno i ragazzi faranno uno stage di due mesi, coprendo per tutto il giorno le esigenze di traduzione in inglese, francese e tedesco; dall'anno prossimo si spera di avere anche arabo e cinese poiché ragazzi di queste nazionalità stanno frequentando la scuola.

«Un altro lavoro importante che faranno i ragazzi della Carlo Bo - continua Orlandi - sarà di aggiornare il database dell'anagrafe degli impiegati dell'ospedale: abbiamo, nei diversi reparti, medici, infermieri, inservienti di origine polacca, ucraina, cinese e tanti altri. Fare ordine nel registro dipendenti ci permetterebbe di rintracciarli al momento del bisogno».

## La gravidanza e il parto sono visti in maniera molto diversa nelle differenti culture

to fisiologico e non capiscono l'esigenza di eseguire determinati esami. Inoltre sono sole, senza altre figure femminili di riferimento oppure nel loro paese d'origine si partorisce con modalità diverse, in casa, con l'aiuto di altre donne.

Si spiega così perché nella maggior parte dei casi le donne immigrate si presentano in ospedale solo a fronte di problemi gravi o al momento del parto, e si capisce anche perché sono più spesso sottoposte a parto cesareo rispetto alle donne italiane.

La maternità delle donne immigrate è una scommessa di civiltà su cui c'è ancora molto da investire. Nonostante ci siano stati miglioramenti, le future mamme straniere continuano a farsi visitare con irregolarità e ritardi, frequentano raramente i corsi di preparazione alla nascita e più spesso par-



toriscono bambini pretermine o con basso peso alla nascita.

Anche il capitolo sulle interruzioni di gravidanza è una nota dolente: mentre tra le donne italiane gli aborti sono in costante calo, tra le immigrate continua a registrarsi un aumento del tasso di IVG (Interruzioni Volontarie di Gravidanza). Gli ultimi dati parlano di oltre il 30 per cento delle interruzioni di gravidanza effettuate da donne straniere, per un totale di 40 mila aborti.

Si stanno per questo mettendo a punto progetti e corsi di formazione per gli operatori per trattare il delicato tema della prevenzione delle IVG tra le donne immigrate, così come sono stati predisposti, in alcuni ospedali, servizi ad hoc per la famiglia immigrata.

È quello che succede al San Paolo e al San Carlo Borromeo di Milano,

## Oltre alla ginecologia il reparto con il maggior accesso di stranieri è il pronto soccorso

dove la cooperativa Crinali offre assistenza alle donne durante tutto il percorso riproduttivo: gravidanza, IVG, sterilità, problemi ginecologici. I centri, aperti tre mezza giornate la settimana, hanno personale femminile di varie professionalità. L'équipe è formata da una ginecologa, un'assistente sociale, una pediatra, un'ostetrica, una psicologa e un gruppo di mediatrici culturali provenienti da Egitto, Marocco, Algeria, Cina, Filippine, Albania, Romania.

Obiettivo è facilitare le famiglie immigrate nell'accesso ai servizi materno-infantili del territorio milanese. I due centri sono collegati ai consultori familiari del territorio per costruire una rete che segua le donne anche dopo il parto o per consulenze sui metodi contraccettivi, di prevenzione e sull'interruzione delle gravidanze. ■

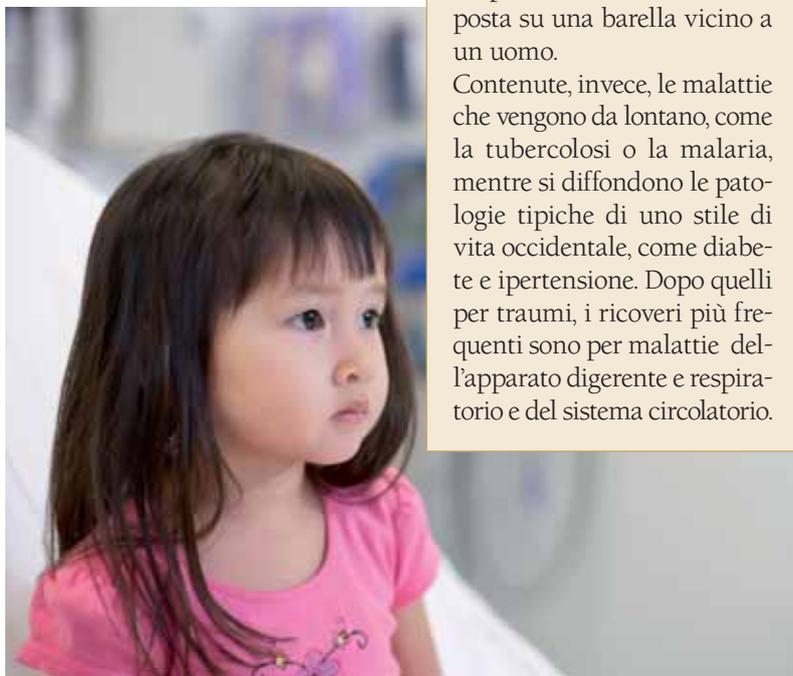
### STRANIERI IN OSPEDALE

■ Sono stati 560 mila, nel 2010, gli stranieri ricoverati nei nostri ospedali, pari al 5 per cento. Lo rivela il Decimo rapporto di Osservasalute ([www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)) che fa un quadro, regione per regione, della salute degli immigrati. Per le donne i motivi più frequenti di ricovero ospedaliero sono parto, problematiche ginecologiche e interruzione di gravidanza (che ha un tasso di 2,4 volte più elevato rispetto alle donne italiane). Oltre alla ginecologia, il reparto più gettonato dagli stranieri è il pronto soccorso. Anche qui a volte il problema è culturale e i dissapori nascono perché una donna è stata posta su una barella vicino a un uomo.

Contenute, invece, le malattie che vengono da lontano, come la tubercolosi o la malaria, mentre si diffondono le patologie tipiche di uno stile di vita occidentale, come diabete e ipertensione. Dopo quelli per traumi, i ricoveri più frequenti sono per malattie dell'apparato digerente e respiratorio e del sistema circolatorio.

### COMBATTIAMO LA SINDROME DI SALGARI

■ A lungo, parlando di salute degli immigrati, si è pensato a malattie lontane e dimenticate, a rischi infettivi legati alla migrazione. Trattando gli stranieri come veicoli di malattie contagiose o tropicali. Tanto che nei primi anni Novanta è stata coniata l'espressione "sindrome di Salgari" per indicare questo diffuso pregiudizio e fino a non molto tempo fa le politiche sanitarie erano concentrate su controlli alle frontiere e screening per fronteggiare chissà quali epidemie. Oggi per fortuna ci si sta rendendo conto che certi allarmismi sono privi di fondamento: tubercolosi, AIDS, epatiti, anche se presenti, sono in netta diminuzione.



# Medici IN DIFESA

Esami, farmaci e visite dai costi elevati vengono prescritti dai medici per cautelarsi

di Agnese Codignola



55

## LE CAUSE IN ONCOLOGIA

Qual è l'esito delle cause in oncologia? Dell'argomento si è occupato di recente uno specifico Gruppo di lavoro del CIPOMO, che ha fornito alcune cifre.

Le richieste sono definite nel 79% a livello stragiudiziale, nel 14% in sede civile e nel 7% in sede penale.

I reclami si basano sulla diagnosi sbagliata o sul ritardo diagnostico e sulle procedure inadeguate, il cui esito consta nell'87% di lesioni, nel 14% di danni, nel 10% di decessi.

Il 60% delle pratiche resta aperto spesso per anni, il 25% è chiuso, il 13% non ha seguito.

**Se ne sente parlare spesso**, perché è sempre più diffusa e perché le sue conseguenze economiche, sociali e sanitarie sono sempre più evidenti. Ma non sempre è chiaro di che cosa si parli quando si cita la medicina difensiva, purtroppo molto presente in oncologia.

Si può sintetizzare dicendo che è un atteggiamento, un approccio dei medici che negli ultimi anni si è andato sempre più affermando per motivi diversi e che comporta vari tipi di conseguenze, per lo più negative. E che

costa moltissimo: secondo gli ultimi dati (vedi box) non meno di dieci miliardi all'anno.

La medicina difensiva si verifica quando i medici prescrivono test, procedure diagnostiche o visite o, in alternativa, quando evitano di vedere alcuni pazienti o di somministrare cure e trattamenti a rischio soltanto per ridurre la loro possibile esposizione ed evitare un eventuale giudizio di responsabilità. Nel primo caso viene definita positiva, nel secondo negativa.



«Il criterio che guida le decisioni di un medico dovrebbe essere quello del bene del malato nel rispetto di un rapporto tra costi e benefici equilibrato» sottolinea Giuseppe Nastasi, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera "Bolognini" di Seriate (BG) e, per conto del Collegio italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO), Coordinatore Nazionale del Gruppo per la Tutela Medico-Legale «Accade

**Tutto ciò è figlio** di un mutamento culturale non necessariamente negativo, anzi. «Negli ultimi anni il rapporto tra medico e paziente si è modificato, passando da un atteggiamento verticale-paternalistico a uno orizzontale-paritetico - commenta ancora Nastasi. - Un fatto positivo, perché è giusto che il malato sia un soggetto pienamente attivo nelle decisioni che lo riguardano. Tuttavia non si tiene abbastanza in conto il rischio terapeutico, pre-

## Anche se la decisione è presa insieme al paziente, la responsabilità dell'atto medico è solo del curante

però che esse siano prese, consapevolmente - ma anche, spesso, inconsapevolmente - più che altro per evitare accuse di non aver effettuato tutte le indagini necessarie o prescritto tutte le cure conosciute oppure, al contrario, di aver effettuato trattamenti che possono comportare rischi, effetti collaterali e complicanze. Accade cioè che la medicina sia assoggettata alla giurisprudenza, con un effetto di de-responsabilizzazione del medico, che rischia di affidare il proprio operato a test, farmaci, terapie, senza decidere in maniera critica, oppure di rinunciare al proprio compito».

sente in alcune branche della medicina, come l'oncologia, più che in altre: la decisione è infatti presa insieme al paziente, ma la responsabilità dell'atto medico è e resta solo sulle spalle del curante il quale, in caso di errore o comunque di esito non positivo, è visto come l'unico responsabile. Da qui nascono molte distorsioni. Bisognerebbe invece sempre ricordare che i ruoli non sono uguali, e non vanno confusi e che la condivisione delle scelte



### LE DIMENSIONI DEL FENOMENO

■ Sulla scorta di un'indagine condotta in provincia di Roma qualche anno prima, nel 2010 è stata condotta un'indagine nazionale su oltre 2.700 medici di tutte le età (fino a un massimo di 70 anni) e il risultato è stato illuminante, su diversi aspetti:

■ **Farmaci:** il 53% degli intervistati ha dichiarato di prescrivere farmaci per ragioni riconducibili a un approccio difensivo, per un totale pari al 13% di tutte le prescrizioni

■ **Visite specialistiche:** lo stesso vale per le visite: circa il 73% dei rispondenti ha affermato di prescrivere visite specialistiche (pari al 21% del totale) per motivi difensivi

■ **Esami di laboratorio:** la medicina difensiva si riflette anche sugli esami di laboratorio: il 71% dei medici ne prescrive senza un reale motivo (e questi rappresentano il 21% di tutti gli esami)

■ **Esami strumentali:** in questo caso la percentuale è ancora superiore: ben il 76% dei medici prescrive test strumentali per motivi difensivi, pari al 23% del totale

■ **Ricoveri:** anche per i ricoveri, il 50% dei medici riferisce di averne pianificato almeno uno per motivi di medicina difensiva, pari all'11% di tutti i ricoveri effettuati.

## Oggi spesso si pensa che la medicina sia onnipotente e che la malattia possa essere sempre vinta

comporta anche quella, sia pure non ripartita in parti uguali, della responsabilità».

**Un altro punto delicato**, molto presente in ambito oncologico, è quello della continua confusione tra errori medici e possibili effetti avversi, non ascrivibili ad alcuna mancanza ma soltanto alla natura della terapia. In parte ciò può essere dovuto anche a quello che è un vero e proprio paradosso: i continui miglioramenti della medicina, infatti, comportano una maggiore esposizione del paziente a procedure diagnostiche e terapeutiche sempre più a rischio (si pensi, per esempio, all'eccesso di esami che comportano raggi ionizzanti, oppure agli effetti collaterali dei nuovi antitumorali) e, talvolta, alla comparsa di eventi del tutto nuovi quali effetti collaterali mai descritti prima. «Gli strumenti di cui oggi disponiamo hanno permesso di compiere grandi passi in avanti soprattutto in oncologia, ma hanno anche favorito la diffusione di una falsa credenza secondo la quale la medicina è di per sé onnipotente e la malattia può sempre essere vinta. Purtroppo non è così - sottolinea ancora l'oncologo. - Inoltre probabilmente non sempre i possibili rischi vengono spiegati in maniera adeguata al malato, che dunque non li mette in conto e reagisce nel peggiore dei modi quando questi si verificano». Il medico e l'oncologo, a volte, non parlano a sufficienza con il malato, e questo accade anche a causa della trasformazione dell'attività quotidiana dei medici, che devono impiegare sempre più tempo in procedure burocratiche: secondo diversi studi, la mancanza o scarsità di tempo del medico è la vera causa dell'espansione della medi-

### I COSTI

Secondo la relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, nel decennio 1995-2005 la spesa sanitaria in Italia è passata da 48 a 92 miliardi di euro l'anno, e la medicina difensiva ha contribuito molto a questo aumento, incidendo per il 10,5% sul totale (farmaci 1,9%, visite 1,7%, test di laboratorio 0,7%, esami strumentali 0,8%, ricoveri 4,6%).

Prendendo in esame soltanto i medici privati, l'incidenza percentuale sui costi è pari al 14% (farmaci 4%, visite 2,1%, esami di laboratorio 0,6%, esami strumentali 0,4%, ricoveri 0,1 %).

cina difensiva, poiché quando è possibile stabilire un rapporto approfondito e sincero con il malato, molti malintesi perdono consistenza o non si determinano affatto.

### Fin qui alcune delle cause.

Ma la diffusione di un atteggiamento difensivo andrebbe contrastata per le sue conseguenze, di molti tipi. Esso comporta infatti rischi sanitari (troppi test e procedure, o troppo pochi), sociali (allungamento delle liste d'attesa causato dall'eccesso di esami inutili), relazionali (più tempo i medici, e gli oncologi in particolare, dedicano alle pratiche legate ai troppi esami e terapie e meno ne hanno per i malati, con peggioramento del rapporto), scientifici (le aziende sanitarie sono portate a in-



vestire di meno nelle aree più a rischio, e a preferire quelle iperspecialistiche sicure) ed economici.

Oltre ai rischi, ci sono poi i costi derivanti da un numero di esami, terapie, ricoveri, farmaci e interventi non necessari, nonché quelli associati alle giornate di lavoro perse da malati e familiari, l'aumento dei costi delle polizze sanitarie e quello derivante dalla necessità di assistenza legale.

### La domanda a questo punto

è: come si può migliorare la situazione, cercando di costruire un rapporto più proficuo con i malati e formando i medici fin da giovani a prevenire le distorsioni tipiche della medicina difensiva?

Risponde Nastasi: «Innanzitutto partendo da ciò che c'è già, e che forse non viene utilizzato a dovere, come l'adesione alle Linee Guida, le quali non intaccano in alcun modo la responsabilità del medico, ma possono aiutarlo ad agire secondo criteri condivisi e scientificamente fondati».



## LE ASSICURAZIONI

■ Dal 13 agosto i medici hanno l'obbligo di assicurazione professionale: un obbligo che giunge in un momento molto delicato per gli oncologi, poiché gli episodi oggetto di denuncia sono in aumento, così come lo sono i premi assicurativi i quali, d'altro canto, non sono più stipulati da Aziende ospedaliere e sanitarie. Secondo il CI-POMO, anche in considerazione della situazione del tutto particolare degli oncologi, la polizza ideale dovrebbe considerare:

### La colpa lieve

- Un massimale per sinistro di 5 milioni di euro
- La copertura dalla rivalsa da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere da parte della Corte dei Conti (per esempio nei confronti del danno d'immagine in caso di contenzioso liquidato dalle Aziende stesse)
- Nessuna franchigia
- La copertura estesa - per quanto riguarda un atto medico - fino a dieci anni per il passato, e per cinque anni nel futuro in caso di cessazione di attività
- La durata della polizza annuale senza tacito rinnovo
- La copertura anche della attività intramoenia
- La garanzia accessoria per le spese legali, peritali e giudiziarie, comprendendo anche il danno patrimoniale.

Si tratta di condizioni che difficilmente saranno recepite per intero dalle compagnie assicuratrici, ma gli oncologi auspicano, su questi temi e partendo da queste basi, una collaborazione proficua, oltreché con le compagnie di assicurazione, anche con le Aziende sanitarie e ospedaliere.

Un altro aspetto, spesso sottovalutato, è quello del consenso informato. «Un consenso - sottolinea Nastasi - non deve essere solo firmato, ma il paziente deve essere sempre realmente informato. Nel nostro paese, questo atto, che deve permettere al paziente di conoscere adeguatamente tutto ciò che riguarda il suo percorso di malattia, trae la sua origine dall'articolo 13 della Costituzione, che sancisce la libertà personale come diritto inviolabile».

**Infine**, è indispensabile che i giovani medici in formazione, soprattutto in specialità quali l'oncologia, ap-

prendano l'importanza di un rapporto con il paziente corretto ed esauriente, il solo che può garantire la condivisione delle responsabilità e la giusta visione di ciò che la medicina può offrire, e a che prezzo. Inoltre è indispensabile favorire sempre più un approccio multidisciplinare all'oncologia, per ridurre il margine di errore e per acquisire maggiore sicurezza nelle decisioni, rifiutare un approccio accusatorio in caso di errore presunto o accertato, incrementare una maggior collaborazione tra cittadini, sistema sanitario/giuridico/assicurativo, e avvalersi di personale formato al "risk management". ■

# Le formiche muovono LE MONTAGNE

Più di 3 milioni di volontari attivi nel terzo settore per un PIL superiore al 4%

di Cristina Miglio

**Il Terzo settore?** È un esercito che in dieci anni si è raddoppiato: da 235mila realtà, ora ne comprende ben 470mila. Ma come una medaglia, la notizia può avere due facce. E a quella buona (la "voglia" di creare imprese sociali) se ne contrappone una più rischiosa. Cioè che un'eccessiva polverizzazione del settore sia un freno alla sua crescita, proprio ora che si trova di fronte a un'importante scommessa: come affrontare l'insostenibilità sempre più evidente del nostro sistema di Welfare nella sua accezione allargata. Ma andiamo con ordine.

**I numeri del Terzo settore.** La fotografia del nostro "esercito" - composto da battaglioni con interessi diversi (dallo sport alla ricreazione, dalla ricerca scientifica alla sanità, dalla lotta alla povertà alla solidarietà ecc.), uniti però da un fine comune: quello di produrre benefici a favore del sociale senza alcun scopo di lucro - è quella del terzo censimento Istat, avviato per dare maggiore visibilità a una «realtà sfuggente - come spiegano all'Istituto di Statistica - per via dell'eterogeneità dei soggetti che la compongono». Infatti, il Terzo settore (il cosiddetto Non profit) si articola in associazioni, cooperative di vario tipo e loro consorzi, fondazioni, comitati, patronati, organizzazioni non governative (Ong) e altro ancora.

La maggioranza di queste realtà - che d'ora in poi chiameremo tutte, per facilitazione, "imprese sociali" - è rappresentata dalle associazioni (79%) seguite a lunga distanza dalle cooperative sociali (4%) e dalle organizzazioni di volontariato (3,1%). La regione più rappresentativa? La Lombardia con il 14% del Non profit, mentre il secondo posto lo ha conquistato il Lazio (9,5%) e il terzo il Veneto (8,4%).

**Quanto vale il volontariato.** Per avere un'idea del giro d'affari del settore si possono citare i dati di un'indagine Cnel-Istat dell'anno scorso, che stima le entrate a circa 38 miliardi di euro. Ma non basta, a questa cifra è necessario aggiungere il valore economico del volontariato. Secondo i dati Cnel-Istat, i quasi 3,2 milioni di volontari infatti rappresentano l'apporto equivalente di 385mila lavoratori dipendenti (quelli retribuiti dal Non profit sono 650mila), cioè una somma attorno agli 8 miliardi di euro. Che, aggiunti ai 38 miliardi di entrate del settore, permettono di affermare che il peso economico delle imprese sociali è al di sopra del 4% del nostro prodotto interno lordo (Pil).



## 3,2 milioni di volontari rappresentano l'apporto equivalente di 385 mila lavoratori dipendenti

### DA SAPERE/1

■ **Italiani generosi.** Nonostante la crisi stia svuotando i portafogli degli italiani, non si può certo dire che si siano dimenticati delle imprese sociali: nel 2012, infatti, un italiano su tre ha fatto donazioni alle organizzazioni di volontariato. Ce lo racconta l'indagine annuale di Ipr Marketing sulla raccolta fondi di fine anno, realizzata per Il Sole 24 Ore (si veda il quotidiano del 25 febbraio scorso). In percentuale, i donatori sono anche leggermente aumentati rispetto all'anno precedente (dal 33 al 35%). Ma tre anni fa, quando la crisi era meno sentita nelle tasche della gente, i generosi erano il 49% della popolazione. Cioè, quasi un italiano su due. Nota incoraggiante di fine 2012: sono cresciute le offerte sia nella fascia tra i 50 e i 100 euro, sia tra i 100 e i 200.

Riguardo a quest'anno, secondo i dati dell'Istituto italiano della donazione (Iid), il 36% delle imprese sociali prevede un miglioramento nella raccolta fondi, contro un 20% che immagina di peggiorare.

■ **Sanità in pole position.** Quali le organizzazioni maggiormente premiate? Secondo l'indagine di Ipr Marketing, a parte il primato ormai consolidato degli enti di ricerca scientifica, premiati da più di un donatore su tre (37%), la parte del leone è stata svolta dal Non profit in campo sanitario e di assistenza sociale (che ha visto aumentare i donatori dal 29% del 2011 al 36% di fine anno scorso) a scapito delle organizzazioni internazionali. Chi dona, insomma, preferisce dare una risposta a problemi che potrebbero essere presto suoi o dei propri familiari e amici, vista l'incertezza sul nostro Welfare State. E ancora: vince anche la conoscenza diretta dell'organizzazione, che per la maggioranza degli italiani è quella beneficiata anche l'anno precedente (dall'85%). I benefattori più numerosi? Quelli del Nord, che si attestano al 41 per cento. ■

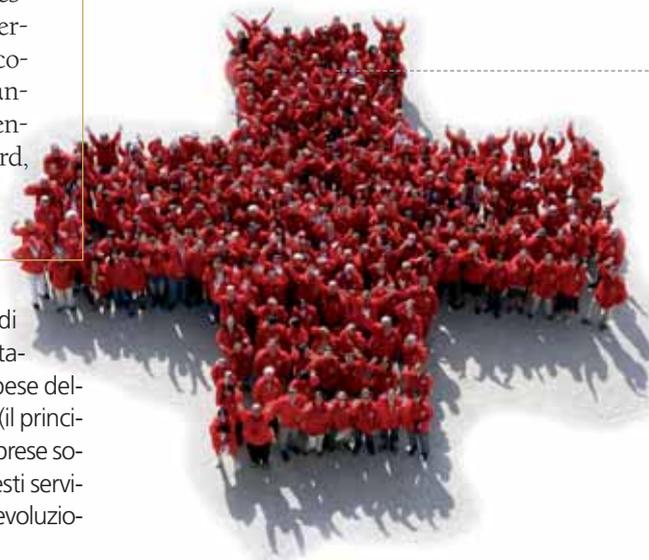
### Il futuro: un salto di qualità.

Dunque, aumenta il numero delle realtà del Terzo settore; le sue entrate, per l'indagine Cnel-Istat, sono considerevoli... ma oggi il nostro "esercito" deve fare i conti con la crisi economica e un'Austerità che fanno, da un la-

to, aumentare la richiesta di servizi sociali da parte dei cittadini e, dall'altro, tagliare le spese della Pubblica Amministrazione (il principale datore di lavoro delle imprese sociali) anche nell'offerta di questi servizi. Quale potrà essere allora l'evoluzio-

ne del Non profit? Lo abbiamo chiesto a Giorgio Fiorentini, responsabile del settore "Imprese sociali non profit" dell'Università Bocconi di Milano. Il raddoppio del numero delle imprese sociali, spiega Fiorentini, rappresenta «una quantità interessante, ma nel contempo è una manifestazione di debolezza perché questo vuol dire che si è creato un frazionamento, un Terzo settore 'polvere' come direbbe il sociologo Aldo Bonomi, per cui il rischio è quello di non riuscire ad avere un equilibrio tale da consentire dinamismo e continuità operativa». Essere piccole, per il guru della Bocconi, non permette di ottenere quello che è «il 'mantra' dell'aziendalismo e dell'imprenditoria: essere efficienti, efficaci, avere economicità, continuità e autonomia finanziaria». E se la Pubblica Amministrazione taglia le spese per i servizi affidati al Terzo settore, non fa che alimentare al ribasso le piccole imprese sociali, che continueranno a fornirli, ma a scapito della qualità. Invece è proprio sulla qualità che si dovrebbe investire, come sulla formazione del capitale umano.

■ **Meglio essere big.** «Se è vero che esiste questo gran numero di realtà Non profit - prosegue Fiorentini - è pur vero che quelle che fanno la parte del leone sono



## DA SAPERE/2

■ **Il Terzo settore della sanità.** Le parole chiave per far crescere ancora il Non profit della sanità sono tre: coinvolgimento, formazione e trasparenza. Così ci spiega Paola Mosconi, Capo laboratorio per la "Ricerca sul coinvolgimento dei cittadini in sanità" dell'IRCCS Istituto Mario Negri di Milano. Infatti, che "grande è meglio" le imprese sociali in campo sanitario e assistenziale lo hanno capito già da tempo. Una dimostrazione è che proprio loro - in gran parte già nate big o federate e quindi dotate dei migliori strumenti per farsi ascoltare - hanno fatto la parte del leone nelle donazioni di fine anno degli italiani.

**La meta: scelte condivise.** Sulla scia della ricerca della qualità della vita, anche il ruolo del Non profit nella sanità sta affrontando una nuova tappa: al paziente non si chiede più come stia solo dal punto di vista della salute, ma quale ricaduta la patologia possa avere sulla sua esistenza. «C'è stata una grossa spinta - racconta Mosconi - a mettere al centro del dibattito il cittadino, che può essere accidentalmente anche paziente. Ora i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze vengono sempre più spesso coinvolti nelle scelte del settore sanitario, per esempio nell'agenda che la ricerca dovrebbe avere. Questo per essere in

linea con i loro bisogni, non con quelli dell'accademia e delle aziende farmaceutiche».

**Formazione & informazione.** Un coinvolgimento - attraverso conferenze di consenso, giurie di cittadini e altre iniziative simili - che deve essere però supportato da un grosso lavoro di acculturamento sui temi che vengono affrontati, per rendere davvero tutti partecipi delle decisioni. Un lavoro, questo, che in molti Paesi è già stato fatto, mentre in Italia è ancora in fase di evoluzione. «I cittadini sono sempre centrali nei vari piani nazionali e regionali, ma ciò non si traduce ancora in reali opportunità di attività condivise. La formazione è scarsa e l'informazione è ancora difficile. Ma tutto questo lo stiamo costruendo passo su passo».

**Più trasparenza sugli sponsor.** Quello dei conflitti d'interesse è un tema rischioso discusso da anni, e non solo in Italia, ma sono ancora poche le associazioni di pazienti e cittadini che se ne rendono conto dichiarando apertamente tutti i finanziamenti, specie quelli ricevuti dalle aziende farmaceutiche. «Da un'indagine del nostro Istituto - spiega Mosconi - su 157 siti di enti analizzati, poco meno del 30% sono risultati trasparenti rispetto alle sponsorizzazioni da parte delle industrie farmaceutiche». ■

## Il successo delle imprese sociali sta nell'integrazione tra finanziamenti pubblici e privati

sempre le grandi imprese sociali». Il loro successo dipende dal fatto di riuscire a integrare i finanziamenti pubblici con quelli privati. E per fare questo si sono dotate di strutture aziendali. Per non implodere, le piccole del Non profit dovrebbero dunque integrarsi tra loro: «Mettersi insieme abbatterebbe tutta una serie di costi. Sedi uniche, aspetti amministrativi, gestionali, di fundraising in comune sono decisamente più efficaci».

**Nuovi mercati.** Ma per Fiorentini, c'è anche qualcosaltro che le imprese sociali potrebbero darsi: nuovi obiettivi. Andare cioè sul mercato della domanda privata. Qualche esempio? Dare una mano per far aumentare l'occupazione femminile - che vede l'Italia fanalino di coda nella classifica europea - fornendo più servizi alla prima infanzia e alla cura degli anziani. O aiutare le lavoratrici svolgendo anche incombenze private, le più varie, durante la loro permanenza sul

posto di lavoro. Quello che già fanno i cosiddetti "maggior domini d'impresa" in alcune aziende europee per tutti i lavoratori. Un altro possibile obiettivo: dare vita a offerte sanitarie non convenzionate low cost. E le possibilità sono molte in una società sempre più anziana e fatta di single.

«Il settore deve decidere - conclude il professore -: non restare più sottotraccia, ma entrare nel sistema socio-economico come attore al pari del Profit e del Pubblico, in modo organizzato». ■

# Climatizzatori Daikin

Il clima ideale  
per ogni forma d'arte



**DAIKIN**  
Il clima per la vita.

[www.daikin.it](http://www.daikin.it)



# Staminali superstar TRA REALTÀ E ILLUSIONE

Una rivoluzione nella medicina:  
curare i malati con le loro stesse cellule

**C'è un gran parlare** delle virtù terapeutiche delle cellule staminali. Capaci come sono di riprodursi all'infinito, dando luogo a tutte le cellule dell'organismo, da quando nel 1998 si è scoperto come coltivare quelle embrionali in vitro, occupano il trono della scienza medica. Sulle prime si pensò di sfruttarle per costruire i cloni dei propri organi, pezzi di ricambio in caso di bisogno. Abbandonata l'azzardata idea, oggi le staminali sono studiatissime in terapia cellulare, genica e in farmacologia. Dalle sperimentazioni in corso ci si attende la cura per il Parkinson e altre malattie neurodegenerative, la distrofia muscolare, il diabete, i problemi cardiaci, il cancro, le lesioni del midollo spinale, della retina, delle ossa e altro ancora. Peccato che per il momento le attese non corrispondano alla realtà. «Oggi, con le cellule staminali si trattano di routine soltanto i tumori del sangue, come le leucemie e il mieloma, le ustioni gravi ed estese della pelle e alcuni danni della cornea» sottolinea Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri". Per le altre patologie non resta che attendere i risultati degli studi in corso. «Ma non è detto che siano favorevoli» continua Garattini.

di Nunzia Bonifati

Ma allora perché fioriscono i centri che promettono mille cure con le staminali? «Le potenzialità terapeutiche di queste cellule sono state enfatizzate dai media e dai ricercatori, che hanno anticipato con incauta disinvoltura i risultati attesi dai loro studi» sostiene Garattini. Ora la gente si aspetta da queste ricerche la soluzione dei problemi. E qualcuno se ne approfitta. Se le terapie ancora non ci sono è per una serie di buone ragioni. «Innanzitutto l'organismo è complesso. Inoltre i meccanismi che regolano il funzionamento delle staminali sono ancora ignoti. In laboratorio queste cellule si comportano diversamente che nell'organismo, quindi per sfruttarne le potenzialità

## INFO

■ **Progetto europeo EuroStemCell.** Tutte le novità sulla ricerca di base e sulle sperimentazioni cliniche in corso  
[www.eurostemcell.org/it/language](http://www.eurostemcell.org/it/language)

■ **Manuale per il paziente.** I consigli della Società per la ricerca sulle cellule staminali (Isscr) per chi è interessato alle cure sperimentali  
[www.closerlookatstemcells.org/patient/ISSCR\\_PatiPrimerHndbk\\_Ital\\_FNL.pdf](http://www.closerlookatstemcells.org/patient/ISSCR_PatiPrimerHndbk_Ital_FNL.pdf)

terapeutiche dobbiamo prima impararne l'Abc di accrescimento e differenziamento» spiega Elena Cattaneo, direttore del Centro di ricerca sulle cellule staminali "UniStem" dell'Università degli Studi di Milano.

C'è poi da dire che la ricerca è ai primi passi, non fa miracoli, richiede tempo e ha le sue difficoltà. «Nella migliore delle ipotesi, trascorrono circa 10-15 anni da quando si comincia una sperimentazione di laboratorio - in vitro o sugli animali - a quando si ottengono i primi risultati clinici circa la fattibilità e la sicurezza di una terapia. Poi almeno altri 5 anni per ottenere dati di efficacia,

## SEGNALI D'ALLARME

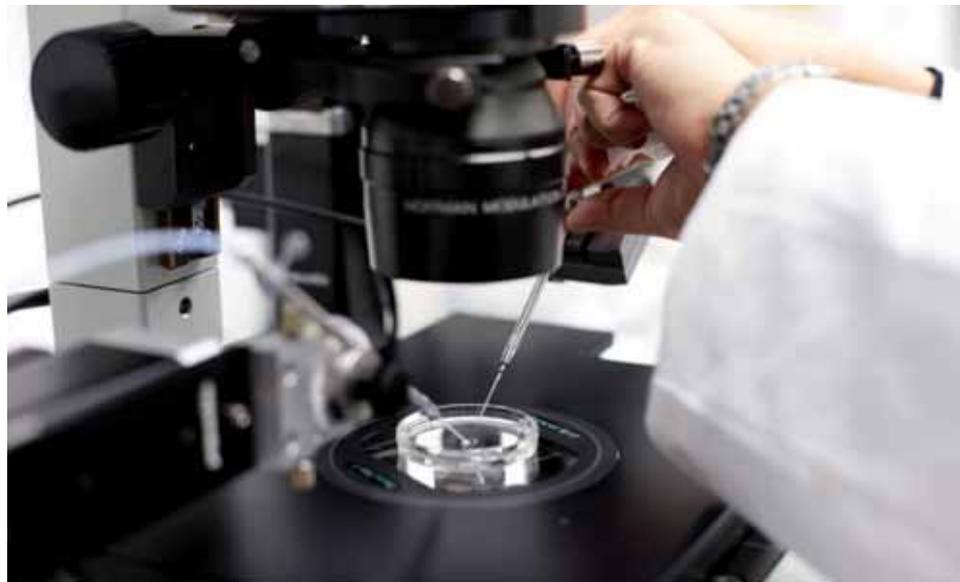
Se vi hanno suggerito una nuova cura con le staminali che non rientra tra quelle validate si tratta forse di una sperimentazione? Come valutare la proposta? A ogni modo sappiate che una sperimentazione clinica segue norme rigorose ed è approvata da un comitato etico. Ciò a garanzia della qualità della ricerca, dei diritti umani e della salute dei pazienti, che devono essere informati sui protocolli e i suoi rischi. Per accertarsi che la cura proposta non sia un imbroglio, basterebbe controllarne l'inserimento nei registri delle sperimentazioni cliniche. Ma sono difficili da consultare e mai del tutto completi. Non resta che seguire le indicazioni contenute nel "Manuale per il paziente" dalla Società internazionale per la ricerca sulle cellule staminali, ovvero diffidare quando:

**Vi mostrano i pareri entusiasti dei pazienti** (si può parlare di efficacia terapeutica solo al termine di una sperimentazione, mai prima)

**Vi dicono che la terapia è sicura** (nessuna cura è senza rischi, tanto più se sperimentale)

**Chiedono soldi** (I costi di una sperimentazione clinica non sono a carico del paziente)

Il razionale di un protocollo di studio deve essere sostenuto da premesse scientifiche condivise da autorevoli esperti nella patologia e adeguatamente descritte. Non esistono staminali per tutti gli usi.



## Ogni giorno nuove scoperte aggiungono un tassello al grande mosaico della vita

ma per avere risultati attendibili gli studi vanno condotti su un numero adeguato di pazienti» spiega Massimiliano Gneccchi, che dirige studi sia sperimentali che clinici di terapia cellulare in cardiologia al Policlinico San Matteo di Pavia. Ogni giorno nuove scoperte aggiungono un tassellino al grande mosaico della vita, il cui mistero pare racchiuso in queste straordinarie cellule. «Recenti studi fanno pensare che le staminali possano non solo riparare i danni dei tessuti ma anche prevenirli. È probabile quindi che possano rendersi utili anche nelle fasi iniziali di una malattia, e non solo nelle tardive, quando c'è un danno esteso e irreversibile» dice Gianvito Martino, direttore della Divisione di Neuroscienze dell'Ospedale San Raffaele.

Altre difficoltà provengono dai dubbi sul tipo di cellule da utilizzare (embrionali, adulte, fetali, ecc.) e sul tessuto da cui prelevarle (midollo, cuore, pelle e così via). Di stami-

nali ve ne sono infatti di diverso tipo, non tutte con le medesime potenzialità terapeutiche e ogni patologia si presta a essere trattata con specifiche cellule. «È altamente improbabile che le staminali utilizzate per leucemie e linfomi siano altrettanto efficaci nel trattare le malattie neurodegenerative del cervello» prosegue Martino. Vanno considerati anche i problemi di tossicità e di efficacia terapeutica così come quelli di rigetto, poiché la terapia con le staminali consiste in un trapianto. «Le staminali embrionali creano meno problemi di rigetto, ma possono dare origine a tumori. Le staminali adulte sembrerebbero prive di tossicità, ma in certi casi, come per il cervello, sono difficili da isolare e se ne possono ottenere quantità minime, limitazione che può determinare un loro funzionamento parziale e transitorio» precisa Martino. Anche l'invecchiamento è un ostacolo: man mano che si va avanti con l'età le potenzialità terapeutiche

di queste cellule possono ridursi e il trapianto perdere in efficacia. Le staminali fetali sembrerebbero un'alternativa. Molto promettenti, si prelevano per esempio dal sangue cordone o dalla membrana amniotica della placenta: «Giovani e capaci di generare tanti altri tipi di cellule, allo stato indifferenziato le staminali fetali sono biomimetiche, cioè ingannano il sistema immunitario che le riconosce come proprie. Ma l'imbroglione potrebbe essere smascherato non appena le staminali fetali cominciassero a differenziare in cellule specializzate» spiega Gnechi. Non secondarie sono le questioni inerenti alla sicurezza, soprattutto dei pazienti che partecipano ai trial clinici.

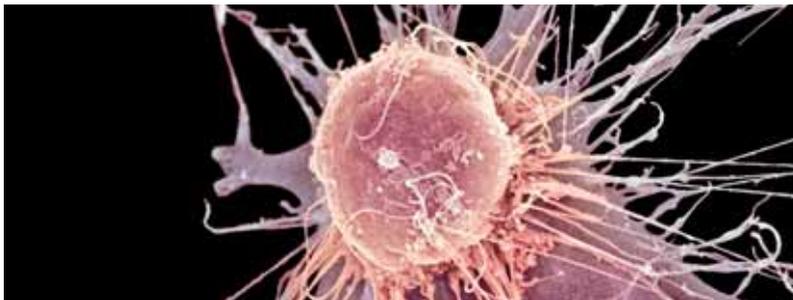
«Non sappiamo bene se le cellule staminali possano dare origine a forme infiammatorie, immunologiche o addirittura alla formazione dei tumori. Le cose si complicano quando per esigenza di ricerca queste cellule debbano essere iniettate, ad esempio, nel cervello o nel midollo spinale» dice Garattini. Non ci sono invece dubbi sulla qualità delle cellule, garantita dalle attività ispettive di *Good Manufacturing Practice* svolte dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. Le Gmp verificano che la produzione delle linee cellulari avvenga secondo la "Buona pratica di fabbricazione", vale a dire «l'insieme di regole che fissano i criteri tecnici e metodologici neces-

#### COSA SI CURA OGGI CON LE STAMINALI:

■ **Tumori del sangue**, come il mieloma e la leucemia: si trattano con il trapianto di staminali emopoietiche (CSE) prelevate dal midollo osseo di un donatore o del paziente, dal sangue periferico o dal sangue del cordone ombelicale. Il primo trapianto risale al 1959. In Italia se ne effettuano circa 4mila l'anno.

■ **Ustioni gravi ed estese della pelle**: si curano con il trapianto autologo di pelle coltivata in vitro. Si preleva un lembo di cute sana dal paziente, lo si mette in coltura e si stimola la crescita delle staminali epidermiche del tessuto. Il primo trapianto risale al 1984. Ogni anno l'intervento salva la vita a migliaia di persone nel mondo.

■ **Danni gravi alla cornea (ustioni)**: il trapianto autologo della cornea prodotta in vitro restituisce la vista. Si prelevano le staminali corneali dal limbus, una zona tra la cornea e la congiuntiva. Messe in coltura, si stimolano le cellule a crescere, fino alla formazione di una nuova cornea. La tecnica è italiana, il primo intervento risale al 1997.



#### DA PLURIPOTENTI A SPECIALIZZATE E VICEVERSA

■ **Staminali embrionali (ES)**: contenute nella blastocisti (embrione di 5-6 giorni) sono **pluripotenti**, cioè danno luogo a ogni cellula che si svilupperà nell'embrione. In vitro possono essere differenziate in tutti i tipi cellulari di un organismo adulto. Non ad uso terapeutico.

■ **Staminali** contenute nella gastrula (14-16 giorni), cominciano a differenziarsi nei **tre foglietti germinativi**, da cui si svilupperà tutto l'organismo: **endoderma** (polmone, pancreas, fegato), **mesoderma** (sangue, muscolo, cuore) e **ectoderma** (cervello, occhi, pelle). Sono **multipotenti**, cioè danno luogo a cellule più specializzate e possono rigenerarsi. Non ad uso terapeutico.

■ **Staminali fetali** (ottenute dai feti abortivi) e **staminali del cordone ombelicale** (prelevate alla nascita), sono **multipotenti**. Ad uso terapeutico.

■ **Staminali adulte o somatiche**, presenti nei tessuti del corpo (sangue, midollo, muscolo, pelle, ecc.) sono **multipotenti**. Ad esempio, le **staminali ematopoietiche adulte** danno luogo alle cellule del sangue e del sistema immunitario. Ad uso terapeutico.

■ **Cellule staminali pluripotenti indotte (iPS)**: cellule somatiche di un qualsiasi tipo che sono state indotte a regredire allo stadio primordiale di staminali embrionali. Sono simili alle staminali embrionali, ma si prestano all'uso terapeutico.



### RIEDUCARE LE STAMINALI TUMORALI

■ Circolano indisturbate nell'organismo, proliferando in modo incontrollato colonizzano gli organi e i tessuti, fino ad uccidere. Nulla le ferma, neppure la chemio e la radioterapia. Sono le cellule a potenziale tumorigenico e metastatico, chiamate per affinità "staminali tumorali". «Come le staminali, sanno autorigenerarsi, sono resistenti ai farmaci, sopravvivono in sospensione, cioè nei fluidi corporei (come il sangue), superano il meccanismo virtuoso del suicidio programmato (apoptosi) usato dalle cellule per proteggersi dai danni accumulati nel loro genoma» spiega Maria Grazia Daidone, Direttore del Dipartimento "Oncologia sperimentale e medicina molecolare" dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

La singolare somiglianza tra cellule tumorali e staminali ha permesso finora di utilizzare i marcatori presenti in queste ultime per riconoscere le tumorali circolanti, fare una diagnosi precoce della malattia e verificare l'efficacia o meno della terapia antitumorale in atto. «Lo studio delle caratteristiche biomolecolari di queste cellule tumorali forse permetterà di creare farmaci capaci non solo di colpirle, ma anche di interferire con i loro meccanismi di proliferazione e auto-rinnovamento» continua Daidone. L'idea è anche quella di "rieducare" le cellule tumorali, di modo che imparino a far la cosa giusta. Si tratta di un nuovo approccio terapeutico, molto promettente e complesso, che già sta interessando, sia pur a livello sperimentale, le principali patologie neoplastiche, carcinoma della mammella *in primis*. Ma le difficoltà non si contano: «ad esempio, le cellule tumorali sono difficilissime da isolare e coltivare *in vitro*» dice Daidone. Insomma, i ricercatori ce la mettono tutta, ma la strada da percorrere è ancora molto lunga.

sari a garantire la qualità del prodotto fabbricato» riferisce l'Aifa. Guai se le cellule non fossero preparate secondo questa metodica: «potrebbero contaminarsi, infettando di conseguenza il paziente» avverte Cattaneo.

Insomma, non resta che attendere fiduciosi i risultati dei promettenti studi, alcuni dei quali potrebbero giungere tra 5-10 anni. Nel frattempo come difendersi dalle false promesse terapeutiche, molte delle quali provenienti dall'estero? La risposta è semplice: basta non crederci. C'è infatti una bella differenza tra i venditori di fumo che promettono miracoli e i ricercatori, che procedono di norma con rigore e metodo scientifico. ■

Vanno considerati i problemi di tossicità,  
di efficacia terapeutica ma anche di rigetto



# AVIVA

essere i più consigliati

Il Gruppo Aviva, presente da oltre 300 anni nel panorama assicurativo, è tra i leader a livello internazionale per diffusione e volume di business con una presenza significativa sul territorio.

Con i suoi 36 mila dipendenti è al servizio di 43 milioni di clienti nel mondo.

In Italia dal 1921, Aviva garantisce un'offerta assicurativa completa con soluzioni per la persona, la famiglia e l'impresa.



[www.avivaitalia.it](http://www.avivaitalia.it)

*Ilana Jahar  
per eni*

**collaborazione**  
è una parola per crescere, insieme

lavoriamo in più di 80 paesi, per portarvi energia



# Hospice: un luogo DI CURA SPECIALE

Le cure palliative evitano ricoveri impropri, iter diagnostici e farmacologici inutili e costosi

di Edoardo Stucchi

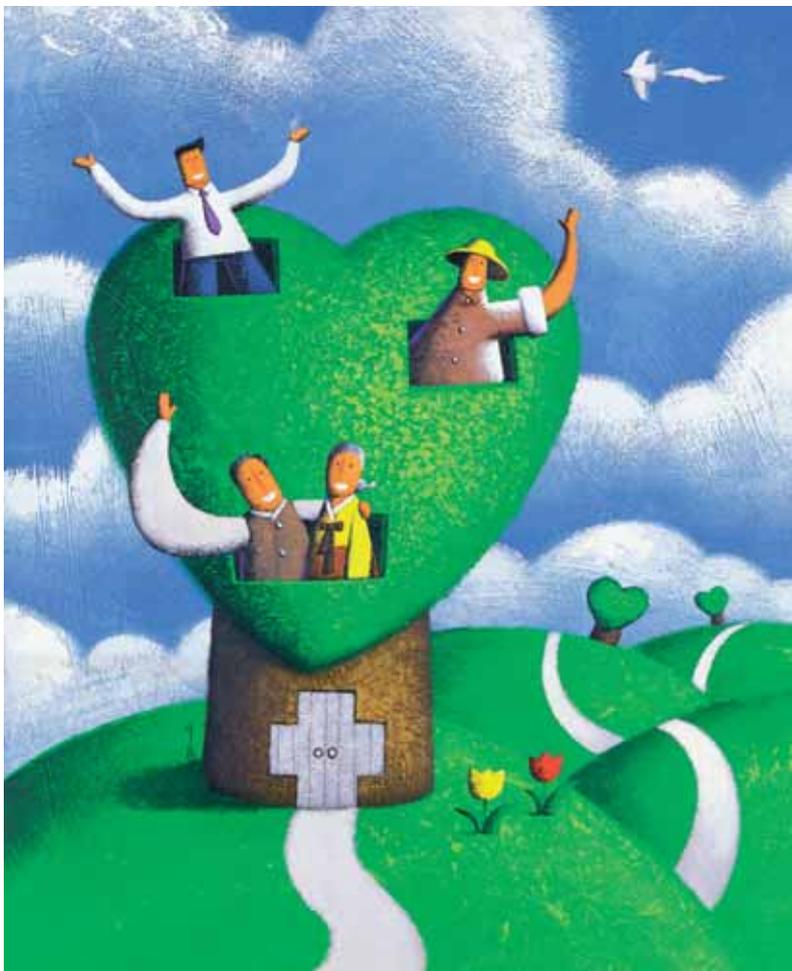
**Da poco più di 10 anni** è ufficialmente condivisa la modalità di assistenza in hospice. Ma che cosa significa? Il termine inglese hospice è diventato un neologismo riconosciuto a livello internazionale, dal significato unico e preciso: centro residenziale di cure palliative. Esso individua una struttura sanitaria residenziale per malati terminali. In altri termini, si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della

sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale, affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. Inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora, l'hospice include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente, per cui si può parlare dell'hospice come di

un approccio sanitario completo che va oltre l'aspetto puramente medico della cura, non finalizzato alla guarigione fisica ma letteralmente al "prender-si cura" della persona nel suo insieme.

**Soluzione valida.** Ma, alla luce delle esperienze di questi ultimi dieci anni, l'hospice è ancora una soluzione valida? Per Luca Moroni, presidente della Federazione Italiana Cure Palliative (FCP) sì, purché la struttura e i suoi servizi siano integrati nella rete territoriale. Il che significa che l'Hospice deve integrarsi con una rete di cure domiciliari che funziona, con una équipe multifunzionale che assiste a casa i pazienti. Diverse sono infatti le professionalità che operano all'interno dell'hospice e delle Unità di Cure Palliative (UCP) riunite in un'équipe costituita da medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario. Queste ultime figure, non sanitarie, hanno il delicato compito di ascoltare per cogliere ogni aspettativa, desiderio, speranza, del paziente e dei suoi familiari.

Gli hospice sono situati all'interno di strutture ospedaliere o sul territorio e possono essere gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie per conto delle Regioni o da associazioni di volontariato non profit in convenzione con le Aziende sanitarie. Al loro interno vengono erogate sia prestazioni di ricovero diurno (Day hospital e Day hospice) che di ricovero residenziale. Ma da chi sono gestiti? «Un quarto



degli hospice in Italia, che sono circa 200 - spiega ancora Luca Moroni - sono del non profit, come l'hospice di Abbiategrasso che io dirigo per conto di una Cooperativa sociale onlus e per fare qualche altro esempio, quello di Vidas a Milano. Ma ci sono organizzazioni come la Fondazione Floriani, sempre di Milano, Antea e Ant di Roma, che hanno sezioni in tutta Italia o Samot di Palermo, una nicchia di efficienza nella tanto criticata Sicilia. Équipe e volontari di queste organizzazioni sono presenti sul territorio 24 ore su 24 e affiancano e sostengono la famiglia delle persone

malate e giudicate non guaribili. L'hospice è un luogo di integrazione, perché è a disposizione delle famiglie e delle équipes mediche domiciliari quando l'organizzazione familiare non è più in grado di fornire l'assistenza adeguata al congiunto nelle 24 ore. Ma l'hospice è anche il luogo di primaria assistenza nel caso di anziani che vivono soli o con un coniuge anziano e malato.

**Ma chi paga?** Grazie a una legge del Duemila, che tutta Europa ci ha copiato, il servizio è gratuito, anche quello svolto dalle organizzazioni non profit (72 quelle iscritte alla Federazione Cure Palliative) che sono convenzionate e accreditate. Purtroppo le rette giornaliere erogate non sono sufficienti a coprire le spese e le orga-

nizzazioni ricorrono a iniziative di fund raising per coprire i costi.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 riguardante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative elenca le caratteristiche che devono possedere gli hospice, che assomigliano molto a una casa. Ad esempio, non esistono orari di entrata e di uscita, al fine di consentire la presenza di parenti ed amici in qualsiasi momento, sono garantiti anche i pasti per gli accompagnatori. L'assistenza nell'hospice è gratuita, ma l'accesso alla struttura avviene attraverso i reparti ospedalieri, o dal domicilio tramite richiesta

### IL RUOLO INSOSTITUIBILE DEL NO PROFIT

■ **Vidas** assiste 1600 malati all'anno a Milano, Monza e provincia, in cura domiciliare e nell'hospice Casa Vidas, con l'impegno di 70 operatori specializzati in cure palliative e 100 volontari. Sono 28.000 i pazienti assistiti nel corso degli anni, ogni giorno 150 le visite.

■ La **Fondazione ANT** di Bologna dal 1978 ha assistito gratuitamente al loro domicilio oltre 93.000 malati oncologici in 9 regioni d'Italia, con 20 équipes che si avvalgono di 421 specialisti e 1600 volontari.

■ A Roma da 25 anni **Antea** svolge la sua attività a domicilio, nell'Hospice Antea e attraverso il Centro di Telemedicina, con personale qualificato e oltre 100 volontari, fornendo assistenza nelle 24 ore e anche nei giorni festivi.

■ **Samot**, da 25 anni offre assistenza domiciliare al paziente e ai suoi familiari, con le sue équipes in convenzione con la ASL a Palermo e provincia, 24 ore su 24.



### IL PIONIERE DELLE CURE PALLIATIVE

■ Non si può parlare di hospice e cure palliative in Italia senza ricordare il professor Vittorio Ventafridda, pioniere della lotta al dolore e personalità di autorevolezza internazionale, deceduto nel 2008. Il suo impegno nella lotta al dolore comincia negli anni Settanta, all'Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori di Milano (INT), dove inizia la sua personale battaglia per diffondere la conoscenza delle cure palliative, contro il "dolore inutile". Trova sostegno e adesione convinta in Virgilio Floriani, che nel 1977 dà vita alla Fondazione che porta il suo nome, di cui Ventafridda diviene Direttore Scientifico. Il "modello Floriani" per l'assistenza domiciliare si concretizza nella creazione delle prime Unità di Cure Palliative Domiciliari, sostenute dalla Fondazione e dalla Sezione di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Oggi l'assistenza viene prestata in 7 unità di cure palliative in altrettante aziende ospedaliere e in 30 servizi di ospedalizzazione domiciliare di cure palliative in Lombardia, oltre alla gestione, sempre in collaborazione tra la Fondazione e la Sezione Milanese della Lega Tumori, di due hospice a Milano, uno all'Istituto dei Tumori e l'altro al Pio Albergo Trivulzio.

## UN PROGETTO CHE RIDUCE I COSTI

■ Il progetto della Regione Lombardia "Il malato e la famiglia al centro delle cure palliative" è rivolto a malati giudicati inguaribili e non terminali, per implementare, come dice Clarissa Florian, direttore scientifico dell'hospice di Abbiategrasso e responsabile del progetto e servizio di assistenza domiciliare, la comunicazione della diagnosi e della prognosi e per aiutare la famiglia ad accettare il concetto di inguaribilità, o comunque per definire il sistema più adeguato di offerta delle cure, offrendo anche un contributo economico alle famiglie. Secondo i dati regionali oggi a questo tipo di cure accedono soltanto i malati di tumore, che sono 29.000, ai quali se ne aggiungono 15.000 di patologie non oncologiche, ma che necessitano di cure palliative. «Per garantire una risposta a questi pazienti - dice la dottoressa Florian - occorrerà sempre più sperimentare

modalità organizzative flessibili, una gestione appropriata delle risorse per modulare l'intensità assistenziale in base a necessità che possono variare nel tempo». Il progetto ha anche ambizioni finanziarie perché si inserisce nel quadro di sostenibilità della spesa sanitaria. Nell'ottica di spending review, infatti, l'investimento in cure palliative porta a risparmio economico perché si evitano ricoveri impropri, iter diagnostici e farmacologici inutili e costosi. Le cure palliative, quindi, a casa o in hospice, si presentano come un modello da replicare e applicabile alle numerose problematiche che l'invecchiamento della popolazione ci porrà in futuro: cronicità dell'anziano, demenze e malattie neurologiche. E i servizi sul territorio sono il sistema che potrà reggere il peso economico senza penalizzare i pazienti. ■

## Ogni anno 250.000 persone muoiono con la necessità di assistenza terminale

del medico curante. In tutto il periodo di degenza l'hospice tutela e garantisce la privacy del paziente.

**Gli hospice** in funzione sono sufficienti a garantire le esigenze della popolazione? La Legge 39 del 26 febbraio 1999, con uno stanziamento di circa 206 milioni di euro, ha previsto l'adozione di un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di strutture ubicate sul territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Queste strutture sono dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritario per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari. In pratica va considerato

che, mediante i finanziamenti statali previsti dall'apposito programma, era prevista l'attivazione di oltre 2000 posti letto in 188 strutture residenziali per malati terminali; la maggioranza delle Regioni ha programmato tenendo conto dei valori di riferimento di 0,3 - 0,4 posti letto per 10.000 abitanti, invece degli 0,6 stabiliti dalle regole internazionali. Il finanziamento complessivo è stato ripartito tra le regioni sulla base dei tassi regionali di mortalità per neoplasie, e le Regioni hanno programmato numero e collocazione delle strutture hospice sul territorio.

**A conclusione** degli impegni finanziari dei 188 hospice previsti per

un totale di 2069 posti letto sono state attivate 167 strutture. «Un po' poco - dice Furio Zucco, medico anestesista e rianimatore, che in passato ha ricoperto le cariche di presidente della SICP e responsabile scientifico della Federazione Cure Palliative - perché molte regioni sono ancora lontane dallo 0,6 per 10.000 abitanti. Dati alla mano, ogni anno sarebbero 250.000 le persone che muoiono con necessità di assistenza terminale, di cui 150.000 oncologici e 100.000 sofferenti di altre patologie. Di queste un 25% è destinato agli hospice e un 75% alle cure domiciliari. Ma per ora soltanto i malati di cancro usufruiscono di questa opportunità». ■



# Bilancio di un anno di impegno

Il 2012 ci ha visto presenti sul territorio, attivi nell'ambito dell'informazione e della prevenzione, della diagnosi precoce e dell'assistenza, del sostegno alla ricerca e della formazione dei volontari. Tutto questo è potuto avvenire grazie ai fondi raccolti in una lunga serie di iniziative con il contributo generoso e l'impegno di tanti amici. Un caloroso grazie a tutti.

## SETTIMANA NAZIONALE DELLA PREVENZIONE ONCOLOGICA

15-23 MARZO

A Milano e provincia, l'Unità Mobile itinerante ha offerto alla popolazione visite gratuite di diagnosi precoce al seno e alla cute: nel corso della settimana sono state effettuate 1314 visite, di cui 659 al seno e 655 alla cute, con la collaborazione di 22 medici oncologi e 63 volontari.

A fianco dell'Unità Mobile, i nostri volontari hanno curato la distribuzione del materiale informativo sui sani e corretti stili di vita proponendo anche i "prodotti della salute": olio extra vergine di oliva, pasta e pomodori pelati.

Ringraziamo: Agos Ducato, Azienda Speciale Farmaceutica di Lainate, Banca di Credito Cooperativo di Busto Garolfo e Buguggiate, Banca di Credito Cooperativo di Bollate, Banca di Credito Cooperativo di Cinisello Balsamo, Banca di Credito Cooperativo di Sesto San Giovanni, Comune di Sedriano, Doc Generici, Nycomed, Sant'Orsola Società Cooperativa Agricola.



La nostra Unità Mobile in piazza della Scala a Milano



## GRAN GALA CON LE STELLE DEL GOLFO

19 MARZO - OFFICINE DEL  
VOLO - MILANO

Mariella Boerci, giornalista da sempre vicina alla nostra associazione, ha organizzato un evento di gala a nostro favore coinvolgendo numerosi amici del mondo della moda, del giornalismo, dell'imprenditoria, delle istituzioni, che con la loro partecipazione hanno contribuito al sostegno del Progetto D.A.R.E. (Donne A Rischio Ereditario); il progetto è rivolto alle donne esposte al rischio ereditario di ammalarsi di tumore al seno, già valutate da équipe di consulenza genetica. Testimonial del progetto è Nathalie Dompè. La cena ha visto ai fornelli gli chef plurititolati Nino Di Costanzo del Mosaico di Ischia, Andrea Migliaccio del Capri Palace, Salvatore Elefante del Riccio di Anacapri. Musica e canzoni di Guido Lembo, patron dell'Anema e Core di Capri.

**CONCERTO AL TEATRO ALLA SCALA**23 APRILE - **OMAGGIO A RAY CHARLES**

**G**rande successo del nostro tradizionale concerto alla Scala, arrivato alla XXII edizione, finalizzato al sostegno del Servizio Assistenza Adulti e Bambini. Il tributo al genio della musica soul Ray Charles ha visto il maestro Michael Abene dirigere la Mahler Chamber Orchestra con la WDR Big Band e le voci di Kevin Mahogany e Jocelyn B. Smith.

Un ringraziamento agli sponsor: Agos Ducato, ANCE Lombardia, Aviva, Daikin, Prada, S.C. Johnson Italy, Aviva Assicurazioni, Banca Arner Italia, Banca Generali, Beta Trans, Bosch, Corriere della Sera, Sette, IPSEN, Longines, Novartis Farma, Pirelli, TNT Post, UBI Assicurazioni, UBI Banca, Zurich Connect.

Grazie a Fratelli Ingegnoli per lo splendido addobbo floreale, a Michele Manzotti per la preziosa collaborazione artistica e a Carlo Ferrari per il servizio fotografico.



Da sinistra il direttore Michael Abene, il presidente LILT Milano Franca Fossati-Bellani e i solisti Jocelyn B. Smith e Kevin Mahogany



Un momento del Concerto

**Tutela della salute in azienda**

■ Molte Aziende si sono rivolte a LILT per portare al loro interno i nostri servizi di Prevenzione - proponendo ai propri dipendenti conferenze di educazione sanitaria - e di Diagnosi Precoce attraverso visite effettuate da medici oncologi:

AirLiquide, Aon, Affinion, Allianz, Arkema, Asiep-Saras, ATM, Aviva, Banca di Legnano, Banca Mediolanum, Bayer, Bestwestern, Bolton Manitoba, Bolton Service, B.P.I, CA ComputerAssociates, Canon Italia, Cassa Mutua Bpm, Cassa Mutua CC.IAA - Milano, Cassa Mutua CC.IAA - Monza e Brianza, CCRS Banca Nazionale del Lavoro, Comune di Milano, COOP, Digicamere, Deutsche Bank, Formenti, Edison, Eni, Estée Lauder, Eudaimon, Fujitsu, GE Capital, Hotel Principe di Savoia, Insieme Salute, Key2People, Morgan Stanley, Michelin Italia, Novartis Farma, Palestre DownTown, S.C. Johnson Italy, Settala Gas, Samsung, Siemens, SIA SpA, Sistemi Sanitari Fondiaria Sai, Snam, 3M Italia, Unipol Assicurazioni SpA, Università 2000, UPS.

**Tutela della salute nei comuni della provincia**

■ Molti Comuni ed Enti dell'hinterland milanese si sono rivolti a noi per effettuare campagne di Diagnosi Precoce per la cittadinanza:

Albairate, Aicurzio, Avis di Lesmo, Avis di Seregno, Avis di Vedano al Lambro, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Carugate, Fondazione La Pelucca, Gudo Visconti, Lainate, Mezzago, Ornago, Ozzero, Peschiera Borromeo, Rosate, San Zenone al Lambro, Sulbiate, Vermezzo Unione dei Navigli, Vernate, Vignate.

## MILANO CITY MARATHON

15 APRILE

Alla maratona cittadina hanno corso per noi ben 105 team e 429 maratoneti. Il nostro testimonial **Walter Nudo** ha corso tutti i 42,195 chilometri della gara, ottenendo, con sicura fatica ma grande dedizione, il tempo di 04:27:33. In pista per la Lilt anche una staffetta formata da Stelle Olimpiche, che ha percorso la maratona in 03:35:33. A passarsi il testimone, quattro atlete olimpiche: la romana Alessia Pieretti (pentathlon moderno), la triestina Giulia Pignolo (vela), Gabriella Paruzzi (sci di fondo), di Tarvisio, e Myriam Cutolo (vela), di Varazze.

Il nostro stand al Charity Village è stato animato dai personaggi della saga di **Star Wars**. Grazie a: S C Johnson Italy.



Milano City Marathon 15 aprile 2012

## FORMULA 1

10 GIUGNO - AUTODROMO DI MONZA

Sono state davvero tantissime le persone che hanno scelto di passare una giornata di sport, divertimento e solidarietà nel parco di Monza, per la XXXIII edizione della Marcia non competitiva, evento atletico che propone anche giochi e ricchi premi: sulla pista della Formula 1 si sono ritrovati circa 10mila appassionati.

Il ricavato della manifestazione è stato finalizzato a borse di studio per il reparto di Oncologia medica dell'Azienda ospedaliera San Gerardo di Monza e a sostenere le attività di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori presso i nostri Spazi Prevenzione, le scuole e i comuni.

Si ringraziano: l'Autodromo di Monza, l'Amministrazione Parco e Villa Reale di Monza, il Centro Medico Autodromo Nazionale di Monza, il Comune di Monza, la Regione Lombardia, Assessorato allo Sport, la Provincia Monza Brianza, *La Gazzetta dello Sport*; gli sponsor e sostenitori: **Elesa, Farmaceutici Dott.Cicarelli, Grafinda, Ceva Logistica Italia, Banca Popolare Commercio & Industria, Capsol, De' Longhi, CR Sport.**



## LORAX

29 MAGGIO - THE SPACE  
CINEMA ODEON - MILANO

Una divertente avventura ecologista fra corse, canzoni e trovate esilaranti, alla difficile ricerca di un albero vero in un mondo ormai tutto di plastica: questo è *Lorax*, il film della Universal Pictures International Italy dato gratuitamente e presentato in un'anteprima cinematografica, tutta dedicata ai bambini, nella sala gentilmente concessa da **The Space Cinema**.

L'anteprima è dedicata al sostegno al Servizio di Reperibilità Telefonica 24h presso la Struttura Complessa di Pediatria della Fondazione IRCCS Istituto Tumori di Milano.

**APERITIVO CHE LEGA**28 MAGGIO - **OLD FASHION CAFÉ - MILANO**

Riuscitissimo come sempre l'appuntamento con l'aperitivo solidale organizzato da un impegnato e generoso gruppo di amici, a cui hanno partecipato quasi mille persone che hanno così sostenuto le attività di prevenzione, diagnosi precoce e assistenza della nostra Associazione. Si ringraziano **Down Town Palestre, Gallo, LG Group e Tau Viaggi** per il sostegno offerto.

**Generazione di non fumatori**

■ 23.000 giovani sono stati raggiunti nelle scuole di Milano e Provincia dalle nostre campagne contro il fumo per essere sensibilizzati a un corretto e sano stile di vita.

**Operazioni trattenute alla fonte**

■ Un vivo ringraziamento alle Aziende e Banche che hanno versato i contributi destinati dai propri dipendenti alla nostra Associazione, trattenendoli direttamente sugli stipendi: **A2A, Aler Milano, Allianz Assicurazioni, Assicurazioni Generali, Banca Intesa SanPaolo, Ferrovie Nord Milano, UBI Banca Popolare Commercio & Industria.**

**GIORNATA MONDIALE SENZA TABACCO**

31 MAGGIO

La giornata indetta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2012 ha avuto una valenza politica molto significativa: il tema era "Le interferenze dell'industria del tabacco". La campagna si è concentrata sulla necessità di denunciare e contestare i tentativi sempre più aggressivi dell'industria del tabacco. Tra le diverse iniziative della Lilt legate alla Giornata Mondiale senza Tabacco, la festa, il 24 maggio, all'Auditorium San Fedele di Milano: circa 500 bambini hanno partecipato alla premiazione del **Concorso VISP 2012** (Vigili Intrepidi Studenti Passaparola) per i migliori elaborati di "Uno Spot contro il fumo".

**DANCE FOR A LIFE**18 NOVEMBRE - **MiB - MILANO**

Una festa organizzata da un gruppo di studenti della Sir James Henderson School, con il sostegno dell'Associazione Milano Altruista, per coinvolgere i coetanei alla solidarietà. Il ricavato è stato destinato al sostegno delle Case di Accoglienza.



## CAMPAGNA NASTRO ROSA

OTTOBRE

Ha avuto la partecipazione di **Cristina Chiabotto** come testimonial la XVIII edizione della Campagna nazionale per la diffusione della prevenzione e della diagnosi precoce del tumore al seno, realizzata con Estée Lauder Companies.

Il 3 ottobre, all'inaugurazione della Campagna presso la sala Alessi di Palazzo Marino, è stato consegnato l'assegno-premio Estée Lauder Companies alla senologa Alessandra Moscaroli dell'Istituto Tumori di Milano. Lo stesso giorno, presso l'Unità Mobile in piazza della Scala, ha preso il via il programma di visite gratuite di diagnosi precoce del tumore al seno, proseguito fino al 16 ottobre in diverse località della provincia; in totale, sono state effettuate 1000 visite.

Il 4 ottobre le vie Montenapoleone, Sant'Andrea e Verri si sono illuminate di rosa, colore simbolo della lotta al tumore al seno, con il riconfermato sostegno alla Lilt dell'Associazione della Via MonteNapoleone: l'iniziativa "Lo shopping fa bene alla salute" ha coinvolto 51 boutique delle vie della moda, che hanno sostenuto la Campagna devolvendo il 10% degli incassi di sabato 6 ottobre.

Infine, il 9 ottobre il gruppo MilanoSkating ha dedicato alla Campagna uno skate tour per le vie di Milano.

Grazie a Estée Lauder Companies, Comune di Milano, Assessorato alle Politiche Sociali e Servizi per la Salute, Associazione della Via MonteNapoleone, Philips, Azienda Speciale Farmaceutica Lainate, Banca di Legnano, Best Western, Bridgestone, Comune di Legnano, Comune di Paderno Dugnano, A2A, Agos Ducato, Kyocera Ishiba, Sorma, Hotel Principe di Savoia.



## A SCUOLA DI CUCINA

OTTOBRE - LA NOSTRA CUCINA - MILANO

Corso di cucina in tre lezioni tenuto da Margherita e Laura Landra. Le titolari della scuola "La nostra cucina", autrici di numerose pubblicazioni, consulenti per trasmissioni televisive, fondatrici del *Club del Forno Meneghino*, hanno messo la loro professionalità a disposizione della nostra associazione devolvendo il ricavato delle quote di iscrizione.

**L'AMORE È SERVIZIO**  
L'arte del cucinare dedicata con la solidarietà

**Venerdì 12 ottobre**  
dalle 10 alle 13  
**Un menù importante di pesce**  
Il menù più importante per la sua leggerezza e la sua versatilità. Un menù che arriva, toccherà alla mattina; includerà una polpettina, pesce piccolo in casseruola, risotto con spinaci e piselli, brasato con patate e cipolle e per finire un buon dolce dietetico.

**Venerdì 19 ottobre**  
dalle 15 alle 18  
**Un menù da invito**  
È bello invitare gli amici in tutta serenità e con responsabile ospitalità. In questo al Via Veneto con la sua bella presentazione, l'abito di taglietto con salsa di cipolle, il pane d'autore alle olive e il vino rosso, il risultato alla cartaceo con la sua sala gelata.

**Venerdì 26 ottobre**  
dalle 15 alle 18  
**Bridge, buracco, poker**  
Iniziare a giocare e finire per rendere la partita più brillante e divertente. Regole di bridge, buracco e poker di carte, buracco di cricca di cricca e mannaia, buracco alla tavolozza. Insieme a tutti gli originali e veloci per non perdere neanche una mano.

**Margherita e Laura Landra** sono le proprietarie della scuola **La nostra cucina** di Milano. Molissimi volumi e le collane da loro firmate, oltre alla partecipazione a rubriche televisive - come **La Prova del Cuoco** su Rai 3 - e le consulenze per importanti aziende. Le sorelle Landra sono socio fondatrici del **Club del Forno Meneghino**.

Sede del corso: C.so Indipendenza, 5 - Milano

**IL RICAIVATO DELL'INIZIATIVA ANDRÀ A SOSTEGNO DELLA CAMPAGNA NASTRO ROSA PER LA PREVENZIONE E LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE AL SENO.**  
Per informazioni e prenotazioni: tel 02.49521 - marketing@legtumori.mi.it

## COCKTAIL PER IL SERVIZIO ASSISTENZA BAMBINI

26 NOVEMBRE - PALAZZO VISCONTI SOCREA - MILANO

Cocktail benefico, presso Palazzo Visconti Socrea, a favore dei piccoli malati di tumore. Grazie al Comitato Organizzatore che ha profuso il suo impegno per rendere possibile il successo dell'evento, e un ringraziamento anche a Socrea per l'ospitalità.

## Le Banche che ci aiutano

■ Alcuni importanti Istituti di Credito si adoperano per sostenere la nostra attività, e ogni anno ci versano quote permanenti e annuali destinateci dai propri clienti.

### Banca e codice IBAN

■ **Banca Popolare di Milano**  
IT54M055840160000000045590

■ **Banca Popolare di Sondrio**  
IT45P0569601600000007529X93

■ **Cariparma Crédit Agricole**  
IT96V0623001627000006265511

■ **Credito Artigiano**  
IT9D0351201601000000080802

■ **Credito Emiliano**  
IT11M0303201600010000038725

■ **Intesa San Paolo**  
IT78Q0306909400000022500135

■ **Intesa San Paolo**  
(Progetto Girotondo)  
IT04N0306909410000000060092

■ **Intesa San Paolo**  
(Conto Etico)  
T26K0306901626100000116256

■ **Monte dei Paschi di Siena**  
IT03R0103032380000001403225

■ **Monte dei Paschi di Siena**  
IT23E0103001656000001321430

■ **Monte dei Paschi di Siena**  
IT48U0103001600000003400053

■ **UBI Banca Popolare  
Commercio & Industria**  
IT87D0504801601000000021307

■ **UBI Banca Popolare  
Commercio & Industria**  
IT78Y0504801659000000071006

■ **UBI Banco di Brescia**  
IT07I0350001630000000028198

■ **Unicredit Group**  
IT07L0300201631000001798138

### LE 5 LEGGENDE

27 NOVEMBRE - THE SPACE  
CINEMA ODEON - MILANO



Anteprima cinematografica gentilmente concessa da Universal Pictures International nella sala messa a disposizione da The Space Cinema Odeon, con l'obiettivo di sostenere il Servizio di Reperibilità Telefonica 24h e le Case di Accoglienza per i piccoli malati di tumore; sullo schermo, *Le 5 leggende*, che racconta dei personaggi-leggenda dell'infanzia impegnati a usare i loro poteri per proteggere l'innocenza e la fantasia dei bambini.

### TEMPORARY STORE LILT

22-29 NOVEMBRE - TORTONA LOCATIONS - MILANO

Informazione, prevenzione, diagnosi precoce e assistenza: le attività principali della nostra associazione sono state presentate, con una serie di iniziative e di incontri, in un unico spazio: il primo Temporary Store Lilt. Due corsi di cucina, a cui hanno partecipato 60 persone, sono stati un modo gustoso per approfondire il tema dell'importanza di un'alimentazione corretta per mantenersi in buona salute; i 15 colloqui motivazionali, con l'aiuto di due psicologi, hanno stimolato i fumatori a riflettere sulla necessità di rinunciare alle sigarette; le visite al seno e alla cute effettuate da otto medici sono state per 170 persone un fondamentale appuntamento con la diagnosi precoce. Al settore assistenza, altro cruciale ambito operativo della Lilt, è stata finalizzata la raccolta fondi, resa possibile grazie alle numerose donazioni di capi di abbigliamento firmati, complementi d'arredo, oggetti per la casa, articoli natalizi, giochi, libri e molto altro, e proposte ai visitatori. I fondi raccolti sono andati a sostegno di due fondamentali progetti del Servizio Assistenza Bambini attivo, dal 1978, presso la Struttura complessa di Pediatria dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano: il Servizio di Reperibilità Telefonica 24h e il mantenimento delle tre Case di Accoglienza destinate ai piccoli malati e ai loro familiari.

Grazie a Assotemporary, Tortona Locations, Francesca Zorzetto, Rent-MI, La Settimana della Comunicazione, Ferrari Pubblicità, Fratelli Ingegneri, L'Agumaria, Superpolo, Ambrosi.

## Calendario eventi 2012

I Tanti volontari e aziende impegnate nel sociale, delegazioni, privati cittadini, si sono attivati per organizzare una lunga serie di manifestazioni e iniziative. A tutti, grazie di cuore.

### FEBBRAIO

**Serata danzante** a Codogno, organizzata a favore delle sezioni di Milano e Lodi della nostra associazione.

### MARZO

**Festa della Donna:** offerta di gadget e fiori presso corner aziendali e stand all'Istituto Nazionale dei Tumori. Stand presso **Floralia**, mercatino di beneficenza che si svolge a San Marco a Milano. Stand al **Salone del Fumetto - Cartoomics e Ludica c/o Fieramilanocity**.

### APRILE

**Pasqua:** proposta di gadget e uova pasquali presso alcune aziende, i nostri spazi prevenzione e il nostro stand all'Istituto Nazionale Tumori di Milano. Partita di rugby **Memorial Mario Siepi** finalizzata al sostegno delle attività di prevenzione e diagnosi precoce.

### MAGGIO

**Festa della Mamma:** offerta di fiori presso le delegazioni di Legnano e Albiate Brianza e il nostro stand presso l'Istituto Tumori di Milano. **Biciclettata di primavera** a cura del Comitato Donne Zibido San Giacomo.

### GIUGNO

Nostra presenza presso il punto vendita Triumph di piazza Cordusio,

per "Family & Friends": in occasione della proposta delle collezioni intimo e mare a prezzi scontati, per ogni capo acquistato Triumph ha donato 1 euro in favore del progetto Donna Dovunque. **Lotteria di primavera** finalizzata al sostegno del Servizio Assistenza Bambini. Progetto **Run in Milan**, a cura della rivista *Where Milan*, Podisti da Marte, Associazione Portieri di Albergo Le Chiavi d'Oro Concierge di Milano, il cui ricavato è stato destinato alle Case di Accoglienza. **Autan Tropical Party:** aperitivo SC Johnson Italy al Just Cavalli Café di Milano finalizzato al sostegno del progetto di Accompagnamento alle Terapie, con la donazione di un'autovettura per il trasporto dei malati.



Lo stand LILT presso Fioralìa

### SETTEMBRE

Stand presso **Floralìa**, edizione autunnale, del mercatino di beneficenza che si svolge a San Marco a Milano.

### OTTOBRE

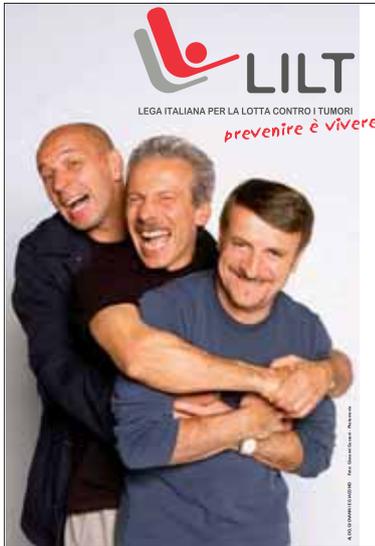
**Where Milan Run:** corsa non competitiva che si è svolta all'alba nel centro di Milano: organizzata da Where Milan, Podisti da Marte e La Settimana della Comunicazione, finalizzata al sostegno delle Case di Accoglienza. Stand di promozione delle nostre attività presso il workshop **Travel Trend** al Palazzo del Ghiaccio di Milano, organizzato dalla casa editrice Ediman srl. Cena benefica a cura della nostra Delegazione di **Cesano Maderno**. **Mostra Arte Impura** nell'atrio dell'Istituto Tumori di Milano.



**Tennis per la Vita:** giornata di solidarietà sotto l'egida della Federazione Italiana Tennis e grazie alla sponsorizzazione di Hogan, a sostegno delle Case di Accoglienza. Grazie anche al Comune di Benevento, a Mario Collarile, Lea Pericoli, Antonio Ricci e Nicola Pietrangeli per il prezioso contributo.

### NOVEMBRE

**Laboratorio Comico con Aldo Giovanni e Giacomo:** serata di improvvisazione a teatro che il famoso trio ha dedicato alla nostra associazione; i fondi raccolti sono stati destinati al progetto "Tornando



a casa".

**Fondaco:** il mercatino natalizio di solidarietà organizzato dalla Fondazione Floriani ha ospitato il nostro stand.

**Galleria dell'800** ci ha ospitato distribuendo materiale informativo della nostra associazione.

Stand di sensibilizzazione a **Week end donna** c/o Fiera Milanocity.

## DICEMBRE

Organizzazione della **Festa di Natale** dei bambini dei dipendenti della SC Johnson.  
Organizzazione di **Child for Child**,

concerto di Natale dell'Under 13 Orchestra al Conservatorio di Milano Giuseppe Verdi, finalizzato al sostegno del Servizio Assistenza Bambini.

La **Confraternita della Gastronomia Lombarda** ci ha dedicato i proventi della lotteria della cena per gli auguri di Natale, in collaborazione con alcuni famosi ristoranti regionali.

La **Federazione Manageritalia** ci ha dedicato, con generosità rinnovata ogni anno, l'evento "Concerto Benefico di Natale".  
**Ti ricordi il varietà?:** nostra presenza a teatro in occasione dello spettacolo teatrale condotto da Vittorio Gucci e Cristina Chiabotto

## UN NATALE DUE VOLTE PIÙ BUONO

! Serie di iniziative natalizie all'insegna della solidarietà: cesti gastronomici, confezioni natalizie, biglietti augurali, stelle di Natale, lotteria di Natale.

## LE ALTRE ATTIVITÀ

! **Corner di solidarietà** organizzati grazie all'ospitalità di aziende sensibili alle nostre attività: **ABB, Affinion International, Aon, Arnoldo Mondadori Editore,**

**Circolo Allianz-Ras, Credit Suisse, Cribis D&B, Deutsche Bank Milano, Dual Italia, SC Johnson Italia, Sap Italia, Sia, St.Louis School.**

! **Stand presso l'atrio dell'Istituto Nazionale Tumori**, gestito con la collaborazione dei volontari, dove vengono fornite informazioni sui nostri servizi e proposti articoli utili e idee regalo ai visitatori e degenti.

! **Gare di golf** a sostegno delle Case di Accoglienza.

! **Campagna lasciti testamentari:** divulgazione attraverso depliant e mailing della possibilità di sostenere la Lilt con lasciti testamentari.

! **Campagna ricorrenze:** proposta di bomboniere solidali e pergamene adatte a festeggiare battesimi, cresime, matrimoni, compleanni, lauree e pensionamenti.

! **Partecipazione a bandi di enti e fondazioni** per ottenere il finanziamento dei nostri progetti.

! **Campagne mailing** per chiedere, attraverso invii postali, sostegno economico e quote associative.

! **Ricerca di prodotti, attrezzature e collaborazioni professionali a titolo gratuito** rivolta a privati, aziende e professionisti, per ottenere premi per le nostre lotterie e prodotti per i malati in condizioni.



Lo stand LILT all'Istituto dei Tumori di Milano

# Aziende e privati che sostengono la nostra attività

Un caloroso ringraziamento va a tutti quelli che con generosità e partecipazione hanno contribuito alle attività della LILT. Nell'impossibilità di citarli tutti, qui segnaliamo le aziende che hanno scelto di sostenerci devolvendo una parte dei loro profitti.

## RALPH LAUREN

L'azienda ha scelto di destinare, in occasione della Campagna Nastro Rosa, il 10% delle vendite della linea d'abbigliamento "Pink Pony" presso la propria boutique in Via Montenapoleone a Milano. [www.ralphlauren.fr](http://www.ralphlauren.fr)

## TAU VIAGGI BY SGRIPS LTD

Tour operator attivo nei paesi del Mediterraneo, con una sede anche presso la Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori di Milano, nel 2012 ha devoluto una quota delle spese di apertura pratica per ogni viaggio, dedicando il contributo al progetto Case di Accoglienza. [www.tauviaggi.it](http://www.tauviaggi.it)

## KENWOOD

L'azienda titolare del sito di e-commerce [www.kenwoodstore.it](http://www.kenwoodstore.it) sostiene la nostra associazione devolvendo l'8x1000 del fatturato proveniente dalla proposta al pubblico di prodotti hi-tech delle più importanti marche.

## TERASHOP

Titolare del sito [www.comproedono.it](http://www.comproedono.it), l'azienda devolve alla nostra associazione una percentuale del ricavato dei prodotti venduti on-line (casalinghi, piccoli elettrodomestici, oggetti regalo, ecc.), senza alcun costo aggiuntivo per l'acquirente, a beneficio delle nostre Case di Accoglienza.

## SETTALA GAS

L'azienda, fondata da Giovanni Nava nel 1966, nel 2012 ha contribuito alle attività statutarie di Lilt offrendo ai propri dipendenti un percorso articolato fatto di conferenze di sensibilizzazione e visite di diagnosi precoce. [www.settalagas.it](http://www.settalagas.it)

## AGOS DUCATO

Carta Attiva-LILT è una carta di credito del circuito VISA, di tipo revolving: offre cioè la possibilità di rimborsare il fido messo a disposizione attraverso piccoli versamenti mensili su misura. Alla LILT vengono devolute le quote di rinnovo e una percentuale sugli interessi. [www.agosducatoweb.it](http://www.agosducatoweb.it)

## PAGLIERI SELL SYSTEM

Pagliari ci devolve una percentuale sulla vendita dei prodotti "Programme Solaire", che proteggono la pelle esposta al sole. Inoltre, ha riportato l'immagine dei nostri VISIP sulla confezione del dentifricio per bambini Fructodent Kids, sostenendo così le campagne antifumo che la Lilt porta avanti nelle scuole elementari e medie di milano e provincia. [www.paglierisellsystem.com](http://www.paglierisellsystem.com)

## SORMA SPA

L'azienda veneta, che commercializza in Italia coltelli e attrezzi da cucina in ceramica di design e di alta qualità, si è affiancata alla nostra associazione sostenendo con grande generosità e disponibilità le iniziative di sensibilizzazione, informazione e diffusione della prevenzione con un particolare impegno per la Settimana Nazionale della Prevenzione Oncologica e la Campagna Nastro Rosa. [www.ishiba.it](http://www.ishiba.it)



**BUCCELLATI HOLDING ITALIA**

In occasione della Campagna Nastro Rosa, l'azienda ha donato il 10% del venduto sulla linea "Blossom" per tutto il mese di ottobre presso il negozio di via Montenapoleone a Milano. [www.mariobuccellati.it](http://www.mariobuccellati.it)

**SC JOHNSON ITALIA**

SC Johnson produce e commercializza prodotti per la casa; l'azienda, gestita dalla famiglia da cinque generazioni, è accanto alla nostra associazione dal 2001, sostenendo tutte le nostre attività. [www.scjohnson.it](http://www.scjohnson.it)

**AQUANOVA SRL**

Azienda specializzata in sistemi per la purificazione dell'acqua a uso alimentare per famiglie e strutture professionali come uffici, ristoranti e comunità, sostiene le attività di prevenzione della Lilt. [www.aquanova.it](http://www.aquanova.it)

**GRAFICHE PORPORA SRL**

Grafiche Porpora, che propone sistemi per la pre-press, servizi per l'e-business, stampa digitale e tradizionale, sostiene le attività di prevenzione primaria, diagnosi precoce e assistenza ai malati oncologici indigenti condotte dalla Lilt Milano. [www.graficheporpora.it](http://www.graficheporpora.it)

**SIA-SSB SPA**

L'azienda opera nell'ambito della progettazione, realizzazione e gestione di infrastrutture e servizi tecnologici, dedicati a istituzioni finanziarie e centrali, imprese e pubbliche amministrazioni, nelle aree dei pagamenti, della monetica, dei servizi di rete e dei mercati dei capitali; sostiene le nostre attività con un accordo finalizzato all'acquisto di attrezzature per la prevenzione e diagnosi precoce. [www.sia.eu](http://www.sia.eu)

**DUAL ITALIA SPA**

La filiale italiana di Dual International con sede a Londra, sostiene il Servizio Assistenza Bambini promosso dalla nostra associazione in collaborazione con la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. [www.dualitalia.com](http://www.dualitalia.com)

**MAGAZZENO RACCOLTA**

Si occupa dello smaltimento di carta e mobili. L'azienda, da molti anni ci dona un contributo fisso annuale sul recupero dei diversi materiali. [www.magazzenoraccolta.com](http://www.magazzenoraccolta.com)



Una delle autovetture per l'accompagnamento alle terapie acquistate grazie al contributo di Dual Italia e di SC Johnson

**SUL SITO**

Visitate il nostro sito internet [www.legatumori.mi.it](http://www.legatumori.mi.it)! Potrete effettuare le Vostre donazioni o il versamento di quote associative direttamente dal sito, in modo semplice e comodo; inoltre se vi iscrivetevi alla newsletter sarete sempre aggiornati su tutte le iniziative.

Da più di 60 anni la **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** rappresenta per la nostra società un importante punto di riferimento e di impegno concreto alla prevenzione.

# Arrivare prima.

18 spazi di prevenzione

Scuola di Formazione del Volontario  
assistenza **campagne contro il fumo**  
volontario  
prevenzione  
**prevenzione oncologica** "No smoking policy"  
**diagnosi precoce**  
**corretti stili di vita**  
assistenza socio-sanitaria  
accompagnamento alle terapie

Scuola di Formazione del Volontario

assistenza **lotta per la vita**

18 spazi di prevenzione

volontario  
prevenzione  
**prevenzione oncologica** "No smoking policy"  
**corretti stili di vita** ricerca

**diagnosi precoce**

assistenza socio-sanitaria



**Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Sezione Milanese**  
Via Venezian, 1 - 20133 Milano - tel. 02 49521 - fax 02 26680500  
www.legatumori.mi.it - email info@legatumori.mi.it



Lega Tumori LILT Milano



@LiltMilano

# Spazi Prevenzione

sono 18 gli ambulatori lilt dedicati alla prevenzione, dove puoi sottoporerti a visite, esami di diagnosi precoce e trovare informazioni utili.

## Milano

> via Appennini 5/a, tel. 02 3533338 (chiuso il lunedì e martedì mattina) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, Pap-test.

> viale Caterina da Forlì 61, tel. 02 417744, 02 417765 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> viale Molise 5, tel. 02 5462937 (chiuso il venerdì) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, Pap-test; Progetto "Donna Dovunque" per straniere.

> via Neera 48, tel. 02 8461227 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> via Vigano 4, tel. 02 6571233, 02 6571534 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria.

## Altri Servizi

Progetto "Donna Dovunque", rivolto a tutte le donne immigrate: visite senologiche, ginecologiche e Pap-test con medici appartenenti alle diverse comunità straniere.

> Milano: viale Molise 5, il giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00.

Centri Antifumo offrono percorsi per smettere di fumare e test di funzionalità respiratoria con medici pneumologi:

> Milano, viale Caterina da Forlì 61

> Milano, via Neera 48

> Monza, via San Gottardo 36

> Sesto San Giovanni, via Fratelli Cairoli 76

> Legnano, presso Ospedale Civile, via Candiani 2

> Cernusco sul Naviglio, via Fatebenefratelli 7

Per ulteriori informazioni: tel. 02 70603263

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 18.00

## Provincia

> Monza: via San Gottardo 36, tel. 039 3902503 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> Abbiategrasso: presso l'Hospice, via dei Mille 8/10, tel. 02 9461303 visite senologiche, dermatologiche.

> Sesto San Giovanni: via Fratelli Cairoli 76, tel. 02 97389893 visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> Albiate Brianza: piazza Conciliazione 42, tel. 0362 931599 visite senologiche, dermatologiche.

> Bollate: presso Poliambulatorio San Martino, via Don Ubaldi 40, tel. 02 38306561 visite senologiche, dermatologiche; specificare che l'appuntamento è per visite Lilt.

> Brughiero: viale Lombardia 270, tel. 039 2897415 visite senologiche.

> Cernusco sul Naviglio: via Fatebenefratelli 7, tel. 02 9244577 (chiuso il venerdì) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, ecografia mammaria, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> Cesano Maderno: via San Carlo 2, tel. 0362 501927 visite senologiche.

> Concorezzo: via Santa Marta 18, tel. 0396 2800309 visite senologiche, dermatologiche, ecografia mammaria.

> Desio: Service Lions, via Portichetto 21, tel. 0362 629193 visite senologiche.

> Legnano: presso Ospedale Civile, via Candiani 2, tel. 0331 449922, 0331 450080 visite dermatologiche; Centro Antifumo.

> Trecella di Pozzuolo Martesana: via della Stella 2, tel. 02 95358669 visite senologiche, dermatologiche, ginecologiche e Pap-test.

> Veduggio al Lambro: largo Repubblica 2, tel. 0392 486382 visite senologiche, dermatologiche.

# Spazi Prevenzione

sono 18 gli ambulatori lilt dedicati alla prevenzione, dove puoi sottoporerti a visite, esami di diagnosi precoce e trovare informazioni utili.

## Milano

> via Appennini 5/a, tel. 02 3533338 (chiuso il lunedì e martedì mattina) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, Pap-test.

> viale Caterina da Forlì 61, tel. 02 417744, 02 417765 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> viale Molise 5, tel. 02 5462937 (chiuso il venerdì) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, Pap-test; Progetto "Donna Dovunque" per straniere.

> via Neera 48, tel. 02 8461227 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> via Vigano 4, tel. 02 6571233, 02 6571534 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria.

## Altri Servizi

Progetto "Donna Dovunque", rivolto a tutte le donne immigrate: visite senologiche, ginecologiche e Pap-test con medici appartenenti alle diverse comunità straniere.

> Milano: viale Molise 5, il giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00.

Centri Antifumo offrono percorsi per smettere di fumare e test di funzionalità respiratoria con medici pneumologi:

> Milano, viale Caterina da Forlì 61

> Milano, via Neera 48

> Monza, via San Gottardo 36

> Sesto San Giovanni, via Fratelli Cairoli 76

> Legnano, presso Ospedale Civile, via Candiani 2

> Cernusco sul Naviglio, via Fatebenefratelli 7

Per ulteriori informazioni: tel. 02 70603263

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 18.00

## Provincia

> Monza: via San Gottardo 36, tel. 039 3902503 (chiuso il venerdì pomeriggio) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> Abbiategrasso: presso l'Hospice, via dei Mille 8/10, tel. 02 9461303 visite senologiche, dermatologiche.

> Sesto San Giovanni: via Fratelli Cairoli 76, tel. 02 97389893 visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, mammografia, ecografia mammaria e ginecologica, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> Albiate Brianza: piazza Conciliazione 42, tel. 0362 931599 visite senologiche, dermatologiche.

> Bollate: presso Poliambulatorio San Martino, via Don Ubaldi 40, tel. 02 38306561 visite senologiche, dermatologiche; specificare che l'appuntamento è per visite Lilt.

> Brughiero: viale Lombardia 270, tel. 039 2897415 visite senologiche.

> Cernusco sul Naviglio: via Fatebenefratelli 7, tel. 02 9244577 (chiuso il venerdì) visite senologiche, ginecologiche, dermatologiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, ecografia mammaria, Pap-test, funzionalità respiratoria; Centro Antifumo.

> Cesano Maderno: via San Carlo 2, tel. 0362 501927 visite senologiche.

> Concorezzo: via Santa Marta 18, tel. 0396 2800309 visite senologiche, dermatologiche, ecografia mammaria.

> Desio: Service Lions, via Portichetto 21, tel. 0362 629193 visite senologiche.

> Legnano: presso Ospedale Civile, via Candiani 2, tel. 0331 449922, 0331 450080 visite dermatologiche; Centro Antifumo.

> Trecella di Pozzuolo Martesana: via della Stella 2, tel. 02 95358669 visite senologiche, dermatologiche, ginecologiche e Pap-test.

> Veduggio al Lambro: largo Repubblica 2, tel. 0392 486382 visite senologiche, dermatologiche.



## MANGIA PIÙ FRUTTA E VERDURA!

E affettale con una lama in ceramica Kyocera Ishi Ba. Una taglienza che non ha pari. Un'affilatura che dura nel tempo. Non contiene nichel o altri metalli. Non altera gli alimenti. Tutto ti sembrerà possibile.

[www.home-more.it](http://www.home-more.it)

☎ 041.959.616

# L'ITALIA MERITA ANCORA CREDITO.



attitude COMMUNICATION

Perché è un Paese generoso.

Perché, nonostante le difficoltà, non dimentica di essere solidale. Carta attiva Lilt trasforma ogni acquisto in sostegno ai progetti di prevenzione della lega italiana per la lotta contro i tumori.

Unisci il tuo aiuto a quello di moltissimi altri possessori.

Insieme, siamo ancora più forti.

NUMERO VERDE  
800.19.10.80



 **Agos**  **DUCATO**  
un mondo più vicino



SOFT

Superficie Soft-touch per una presa più confortevole.

Designed for:

- Apparecchiature per la riabilitazione
- Apparecchiature per disabili
- Strumenti di laboratorio



CLEAN

Dove l'assenza di recessi e la pulibilità sono importanti.

Designed for:

- Attrezzature medicali e ospedaliere
- Sale operatorie
- Arredi ospedalieri



ERGOSTYLE®

Dove la ricerca ergonomica e la caratterizzazione estetica e funzionale del prodotto sono determinanti.

Designed for:

- Apparecchiature per disabili
- Strumentazione scientifica



# Il valore della ricerca... anche nella componentistica

Investire in ricerca e sviluppo significa anche anticipare le esigenze del mercato individuando nuove soluzioni standard adatte a soddisfare i bisogni di ogni singolo settore e in particolare quelli focalizzati sulla persona. Sviluppare nuovi materiali, forme e caratteristiche funzionali per disporre di prodotti tecnologicamente sempre all'avanguardia coerenti con la ricerca ergonomica e nel rispetto delle normative ambientali vigenti.



*La nostra solidarietà va a chi mira a trasformare il valore della ricerca in fatti concreti a beneficio di tutti.*

Made in Italy

Environmentally  
Conscious  
Manufacturing

elesa®

# where® Milan

il mensile per i visitatori internazionali di Milano

Where Milan  
sostiene il progetto  
case di accoglienza  
di LILT Milano



Where: l'informazione per gli ospiti in città  
nei migliori hotel

# L'IMPORTANTE NON È PARTECIPARE. È CORRERE PIÙ VELOCE.

Da oltre dieci anni facciamo correre Internet ad un'altra velocità.  
Da allora non ci siamo più fermati.  
**QUESTA È FIBRA.**



IMMAGINA, PUOI

**FASTWEB**

un passo avanti



Flipper Music colonna sonora di Tips Images



**tips**  
images  
www.tipsimages.it

fotografia | video | musica | tel. 02874693



  
**HOGAN**