



## **RASSEGNA STAMPA 23-05-2019**

1. GIORNALE L'immunoterapia ci salverà dal cancro
2. GIORNALE Il tumore non arriva mai a caso Nasce dalle nostre abitudini
3. IL MESSAGGERO Tumori, cellule camaleonte generano le metastasi: studio italiano le isola
4. REPUBBLICA Brusaferrò diventa presidente dell'Istituto superiore di sanità
5. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Due medici a capo dell'Istituto superiore di Sanità
6. REPUBBLICA Tumore del colon-retto, perché in Italia i giovani si ammalano di meno?
7. STAMPA Venti bambini nell'asilo clandestino dei No Vax
8. AVVENIRE «In Italia non si dà la morte ai disabili» - Vincent Lambert «parla» anche a noi
9. GIORNALE Più alcol che droga Sedicenni a rischio
10. CORRIERE DELLA SERA Le linee guida per usare bene la tecnologia in sanità
11. REPUBBLICA Scienze "Io, ricercatore senza soldi ora trovo i fondi nella Rete"

IL FUTURO DELL'ONCOLOGIA

# L'immunoterapia ci salverà dal cancro

*Il nobel Le terapie  
Honjo: sono già  
fra 30 anni efficaci per  
i farmaci malattie  
renderanno a polmone,  
croniche rene, testa e  
le neoplasie melanoma*

**Maria Sorbi**

**I**l premio Nobel per la Medicina 2018, Tasuku Honjo, ha affermato che entro il 2050 tutti i tumori potranno essere trattati con l'immunoterapia. E che, anche se il cancro non verrà eradicato, potremo bloccarlo e sopravvivere.

Significa che i malati oncologici diventeranno malati cronici e conviveranno con il tumore. Un po' come oggi avviene per i malati di HIV che non vengono più uccisi dal virus ma lo tengono sotto controllo grazie ai farmaci.

Ci sono trent'anni di tempo per perfezionare l'immunoterapia. Nei laboratori di ricerca sono già in corso numerosissimi studi ma la strada da fare è davvero tanta. E non è detto che i ricercatori riescano nell'impresa di domare tutte le forme di tumore e di rendere applicabili clinicamente tutte le scoperte della scienza.

**A CHE PUNTO SIAMO**

Dopo aver individuato la proteina che impedisce ai linfociti T di riconoscere le cellule cancerose, sono stati messi a punto i farmaci per «risvegliare» il sistema immunitario e metterlo in grado di combattere contro il cancro. Di fatto diventare-

mo noi stessi gli artefici della nostra guarigione, sviluppano uno scudo fatto su misura per noi. Una vera e propria svolta nel trattamento dei tumori che potrebbe, un giorno, mettere in soffitta chemio e radioterapia.

Tuttavia ci sono ancora molti limiti. Il primo ad andarci cauto è Massimo Di Nicola, responsabile dell'unità operativa di Immunoterapia clinica dei tumori e terapie innovative dell'Istituto nazionale dei Tumori di Milano, il luogo dove, al momento, è in corso il maggior numero di studi sull'argomento. L'immunoterapia dà risultati nel 15% dei tumori solidi, ma non è ancora abbastanza. «Nel melanoma queste percentuali sono migliori e salgono a circa il 30% di sopravvivenza a 5 anni - spiega l'oncologo -. Ci sono pazienti che con altre terapie erano incurabili e con l'immunoterapia hanno invece avuto una risposta buona. L'immunoterapia si usa anche per il tumore al polmone, in combinata con la chemioterapia. E il sistema sanitario ne prevede la prescrivibilità anche nei casi di tumore al rene o alla testa-collo».

Ma c'è un fattore chiave da considerare: è cioè che il tumo-

re è intelligente, si evolve, si adatta. E quindi non è detto che quella che sembra una battaglia vinta in un primo momento, vinta lo sia davvero. «C'è moltissimo lavoro da fare - aggiunge Di Nicola - e come primo passo bisogna identificare chiaramente i fattori con cui selezionare i pazienti da sottoporre alla sperimentazione, quelli che realmente sembrerebbero avere più possibilità di essere curati». Servono inoltre studi sui meccanismi di resistenza di alcuni tumori all'immunoterapia e la chiave per scoprirli si trova nel microambiente tumorale, cioè nell'ambiente in cui le cellule malate vivono. Se il microambiente è caldo, cioè con infiammazione, risponde alle terapie immuno-oncologiche perché contiene cellule del sistema immunitario. Se è freddo, senza infiammazione, sviluppa resistenza perché è privo di cellule immu-



nitarie.

## QUANDO FUNZIONA

Il tumore del polmone non a piccole cellule è il big killer dell'oncologia: al primo posto come causa di morte per cancro in Italia e responsabile di circa un terzo dei decessi per malattie oncologiche. Le cellule immunitarie riescono tuttavia a «regolare» la crescita tumorale e anche a frenarne lo sviluppo. Tanto che l'immunoterapia diventa la prima scelta per affrontare la malattia in fase metastatica, come emerge dall'*American society of clinical oncology*, il più importante convegno mondiale dedicato alla lotta ai tumori.

Se sino al 2010, data di approvazione del primo farmaco im-

munoterapico della storia, il melanoma metastatico non lasciava speranze, oggi in alcuni casi può essere curato con successo. Purtroppo però, come confermano i dati della Fondazione Veronesi, non tutti i pazienti rispondono positivamente all'immunoterapia (accade in poco meno del 50% dei casi). Ecco perché negli ultimi tempi sono sempre di più le ricerche che si stanno concentrando su come aumentare questa percentuale. È il caso di uno studio italiano, presentato al congresso dell'*American Association for Cancer Research*, e di una ricerca appena pubblicata sulla rivista *Science Translational Medicine*. Nel primo caso gli scienziati sono riusciti nell'impresa di rendere il tumo-

re maggiormente visibile al sistema immunitario; nel secondo gli autori hanno individuato il meccanismo - premessa per lo sviluppo di nuove terapie - con cui il melanoma spegne la risposta immunitaria. Oggi il 20% dei pazienti affetti da melanoma metastatico è vivo a 10 anni dalla diagnosi.

## EFFETTI COLLATERALI

Gli effetti collaterali dei farmaci dell'immunoterapia ci sono. E sono spesso simili a quelli della chemio, a cominciare dalla stanchezza. I più comuni interessano la pelle (rash cutaneo e prurito). O provocano colite e diarrea, polmoniti interstiziali, disequilibrio del sistema endocrino, disfunzione renale. Il trattamento non va effettuato se si assume cortisone.



## LA RICERCA IEO

# Il tumore non arriva mai a caso Nasce dalle nostre abitudini

*I comportamenti e l'ambiente in cui viviamo possono danneggiare il Dna. La chiave sta nella prevenzione*

**N**on ci si ammala di cancro per caso o per sfortuna: lo confermano i risultati dello studio di un gruppo di scienziati dell'Istituto Europeo di Oncologia, pubblicato sulla rivista *Nature Genetics*. I ricercatori, guidati da Piergiuseppe Pelicci, direttore della ricerca Ieo e professore di patologia generale all'Università di Milano, e da Gaetano Ivan Dellino, ricercatore Ieo e di Patologia generale dell'Università di Milano, hanno collaborato con il gruppo diretto da Mario Nicodemi, professore all'Università di Napoli Federico II e hanno scoperto che una delle alterazioni geniche più frequenti per lo sviluppo del cancro (traslocazioni cromosomiche) non avviene casualmente nel genoma, ma è prevedibile e provocata dall'ambiente esterno alla cellula.

«Nel corso della vita, un uomo su due e una donna su tre si ammalano di cancro - spiega Pelicci - Perché? Un tumore si sviluppa quando una singola cellula accumula 6 o 7 alterazioni del Dna a carico di particolari geni. La domanda diventa quindi cosa causa quelle alterazioni. La ricerca di una risposta ha creato due scuole di pensiero: una che identifica la causa principale nell'ambiente in cui viviamo e nel nostro stile di vita, e l'altra che ne attribuisce l'origine alla casualità e dunque, in ultima analisi, alla sfortuna». Nel numero di *Nature* viene messa in discussione la casualità delle traslocazioni cromosomiche, uno dei due tipi di alterazioni geniche trovate nei tumori. Le traslocazioni sono la conseguenza di un particolare tipo di danno a carico del Dna, ossia la rottura della doppia elica.

La questione centrale, che cambia la prospettiva della casualità del cancro, è che l'attività dei geni è controllata da segnali specifici che provengono dall'ambiente nel quale si trovano le nostre cellule, e che a sua volta è influenzato dall'ambiente in cui viviamo e dai nostri comportamenti (per esempio dall'apporto di energia, dal tipo di microbi con cui conviviamo, dalle sostanze che ingeriamo), non certo dalla sfortuna. «Abbiamo ora un motivo in più - spiega Pelicci - per non allentare la presa sulla prevenzione dei tumori: nei nostri stili di vita, nel tipo di mondo che pretendiamo, nei programmi di salute che vogliamo dal nostro servizio sanitario». Ad oggi conosciamo con certezza alcuni dei fattori ambientali che causano il cancro: fumo, alcool, obesità, inattività fisica, eccessiva esposizione al sole, una dieta ad alto contenuto in zuccheri e carni rosse o processate, e a basso contenuto di frutta, legumi e vegetali. La comunità scientifica concorda sul fatto che se tutti questi fattori fossero eliminati - e ciascuno è eliminabile - potremmo prevenire il 40% dei tumori. Conosciamo inoltre alcuni virus e batteri che causano cancro. Per il resto bisogna continuare a studiare, ma la via aperta dallo Ieo conferma l'importanza della prevenzione.



[https://www.ilmessaggero.it/salute/ricerca/tumore\\_cellule\\_metastasi\\_oggi\\_ultime\\_notizie-4508635.html](https://www.ilmessaggero.it/salute/ricerca/tumore_cellule_metastasi_oggi_ultime_notizie-4508635.html)

## Tumori, cellule camaleonte generano le metastasi: studio italiano le isola



Le **cellule staminali maligne** che danno origine ai **tumori** e che causano le **metastasi** sono state isolate. I primi ad individuarle nel sangue sono stati i **ricercatori italiani** dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (**Foggia**). Il loro studio, pubblicato sulla rivista Ebiomedicine del gruppo Lancet, indica una strada per colpire il tumore dalle fondamenta, cioè proprio dalle staminali tumorali, che sono invece refrattarie ai trattamenti tradizionali. Si tratta di **cellule «camaleonte»** che crescono rapidissime, «perforano» i tessuti circostanti e si diffondono nell'organismo. Per trasferirsi ad altri organi usano la circolazione sanguigna, in cui entrano ed escono modificando alcune caratteristiche. Grazie anche alla possibilità di isolarle dal sangue, lo studio fornisce l'opportunità di identificare marcatori precisi per diagnosi precoci e terapie il più efficaci possibili.

I ricercatori del centro pugliese, coordinati dalla biologa Elena Binda - direttrice della Cancer Stem Cells Unit dell'IRCCS - e dal direttore scientifico dell'Istituto Angelo Vescovi, hanno prima isolato le staminali da alcuni tessuti tumorali, le hanno trapiantate nei topi e poi hanno seguito con modelli animali il viaggio di queste cellule a partire da un tumore del colon retto, anche se la teoria è che il meccanismo sia simile anche per altri tipi di cancro.

«Si tratta di una svolta critica nello sviluppo di queste terapie anti-cancro - spiegano Binda e Vescovi - poiché l'uso della tecnologia delle cellule staminali tumorali di questo studio e la piattaforma tecnologica che la sostiene permetterà di ridurre in modo notevole il lasso di tempo, 18-24 mesi contro alcuni anni, che intercorre tra la scoperta di un possibile principio attivo e la sperimentazione sul paziente».

[https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/05/22/news/brusaferro\\_diventa\\_presidente\\_dell\\_istituto\\_superiore\\_di\\_sanita\\_-226929284/](https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/05/22/news/brusaferro_diventa_presidente_dell_istituto_superiore_di_sanita_-226929284/)

# Brusaferro diventa presidente dell'Istituto superiore di sanità

*La ministra alla Salute Giulia Grillo ha deciso di confermare il professore ordinario che da febbraio è commissario straordinario dell'organo tecnico scientifico sanitario*

di MICHELE BOCCI



Alla fine Giulia Grillo ha deciso di confermare Silvio Brusaferro, scelto il 7 gennaio scorso come commissario straordinario dell'Istituto superiore di sanità dopo le dimissioni di Walter Ricciardi. La ministra ha infatti annunciato che l'ordinario di Igiene di Udine diventerà il presidente dell'organo tecnico scientifico più importante in campo sanitario. Alla direzione dell'Istituto andrà invece Andrea Piccioli.

Come successo anche per l'agenzia del farmaco, Aifa, il ministero aveva chiesto di inviare i curricula a chi voleva candidarsi per la presidenza. Si riteneva infatti che quella procedura fosse trasparente e di rottura rispetto al passato. Alla fine però si è deciso di promuovere il commissario, un professore molto stimato che a gennaio era stato scelto direttamente, senza particolari selezioni e all'ultimo tuffo (un altro nome saltò il giorno prima dell'incarico). Ci si è quindi mossi come hanno fatto in passato altri ministri, prendendo una persona che si riteneva meritevole. "Auguro a presidente e direttore di inaugurare una nuova stagione di protagonismo dell'Istituto superiore di sanità, vanto e fiore all'occhiello per il nostro Paese", ha

detto la ministra: "Ho scelto di dare continuità al lavoro avviato a gennaio dal professore Silvio Brusaferrò. La sua lunga esperienza nella sanità pubblica di questo Paese e l'altissimo valore della sua competenza scientifica saranno garanzia di efficacia, efficienza e assoluta indipendenza per il governo del nostro più importante organo scientifico".

Brusaferrò è nato a Udine nel 1960 e oltre che ordinario di Igiene è direttore del dipartimento di area medica dell'Università Udine. "Ringrazio il ministro della Salute Giulia Grillo per aver proposto la mia nomina alla presidenza dell'Istituto e per la fiducia che mi ha manifestato nel propormi per questo prestigioso incarico al servizio della sanità pubblica - ha detto Brusaferrò - L'esperienza di questi mesi mi ha consentito di poter apprezzare l'elevata professionalità e competenza di tutto il personale dell'Ente e dei suoi Organi nonché la loro completa dedizione nel tutelare la salute dei cittadini". Andrea Piccioli, 58 anni, romano, è a capo degli ispettori ministeriali e lavora nel settore della programmazione sanitaria. "Ha condotto oltre 40 ispezioni e task force per affrontare casi complessi come quello della bimba morta di malaria a Brescia, le ispezioni a Locri e all'ASP di Reggio Calabria, fino alla ultima spinosa vicenda dei fenomeni corruttivi concorsuali di Perugia", dicono da ministro.

Soddisfatto per le nomine anche il presidente della Federazione dell'ordine dei medici, Fnomceo, Filippo Anelli. "Apprezziamo la scelta", della ministra dice Anelli. "A lui ci lega un lungo rapporto fatto di stima professionale, collaborazione e amicizia: siamo certi che saprà apportare all'Istituto un prezioso patrimonio fatto di competenze umane e scientifiche, mettendo a disposizione della salute pubblica la sua esperienza nel campo della sicurezza delle cure, della prevenzione, della qualità e valutazione dei risultati sanitari, lasciandosi guidare sempre dal faro della scienza e dell'evidenza e incarnando, nell'esercizio dei suoi compiti, quei valori di libertà, indipendenza e autonomia che sono scritti nel Codice di deontologia medica. La scelta di porre due medici ai vertici dell'Istituto, e dunque in ruoli chiave della sanità, ci pare quanto mai attuale e significativa. Auspichiamo che sia un primo sintomo di un'inversione di rotta, che riporti al centro della sanità i professionisti e non i manager o gli algoritmi, e renda fine ultimo dei sistemi sanitari il conseguimento di obiettivi di salute e non di profitto".

LE NOMINE LO HA ANNUNCIATO IL MINISTRO DELLA SALUTE GIULIA GRILLO CHE HA AUGURATO AD ENTRAMBI «DI INAUGURARE UNA NUOVA STAGIONE DI PROTAGONISMO»

# Due medici a capo dell'Istituto superiore di Sanità

Brusaferrò presidente e Piccioli direttore dopo l'era Ricciardi. Esulta il presidente dell'Ordine, Anelli

● **ROMA.** Arriva il nuovo vertice dell'Istituto Superiore di Sanità, il principale organismo tecnico scientifico del ministero della Salute: Silvio Brusaferrò, già commissario e ordinario di Igiene a Udine, sarà il presidente, mentre la direzione andrà ad Andrea Piccioli, a capo degli ispettori ministeriali e uomo di punta della Programmazione Sanitaria. Lo ha annunciato il ministro della Salute Giulia Grillo che ha augurato ad entrambi «di inaugurare una nuova stagione di protagonismo dell'Istituto Superiore di Sanità, vanto e fiore all'occhiello per il nostro Paese». Il nuovo vertice - che arriva dopo 4 anni in cui la presidenza è stata caratterizzata dalla forte personalità di Walter Ricciardi - è ora composto da due camici bianchi e trova il plauso della Federazione nazionale dell'Ordine dei Medici. Il presidente Filippo Anelli legge la decisione come un primo sintomo di un'inversione di rotta, «che riporta al centro della sanità i professionisti e non i manager o gli algoritmi, e renda fine ultimo dei sistemi sanitari il conseguimento di obiettivi di salute e non di profitto».

«Ho scelto di dare continuità al lavoro avviato a gennaio dal professore Silvio Brusaferrò - ha detto il ministro - in qualità di commissario dell'Istituto. La sua lunga esperienza nella sanità pub-

blica di questo Paese e l'altissimo valore della sua competenza scientifica saranno garanzia di efficacia e indipendenza».

Silvio Brusaferrò, nato a Udine nel 1960, è stato nominato il 2 gennaio scorso commissario per l'esercizio delle funzioni di presidente dell'Iss. Professore Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva e Direttore del Dipartimento Area Medica dell'Università degli Studi di Udine, è stato direttore SOC accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine. Da commissario ha assicurato l'operatività dell'Istituto Superiore di Sanità.

Andrea Piccioli, 58 anni, romano, a capo degli ispettori ministeriali e uomo di punta della Programmazione Sanitaria, ha diretto l'ufficio competente per la clinica governance, la qualità, il rischio clinico, e la programmazione ospedaliera. Ha condotto oltre 40 ispezioni e task force per affrontare casi complessi. Ha condotto i lavori per la definizione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa varato nel febbraio scorso, così come il dossier sulle Linee di indirizzo sul Sovraffollamento, OBI e Triage in Pronto Soccorso e sull'allestimento e sulla composizione degli equipaggi dei Mezzi di Soccorso Avanzati.



**MINISTRO** Giulia Grillo





[https://www.repubblica.it/oncologia/news/2019/05/22/news/tumore\\_del\\_colon-retto\\_perche\\_in\\_italia\\_i\\_giovani\\_si\\_ammalano\\_di\\_meno\\_-226883668/](https://www.repubblica.it/oncologia/news/2019/05/22/news/tumore_del_colon-retto_perche_in_italia_i_giovani_si_ammalano_di_meno_-226883668/)

## Tumore del colon-retto, perché in Italia i giovani si ammalano di meno?

*Aumentano i casi negli under 30 europei, ma non negli italiani. Colpa della mancanza di dati o della protezione della dieta mediterranea? Abbiamo fatto il punto con un esperto*



GIOVANI europei sempre più colpiti dal tumore del colon-retto. È quanto emerge da un'indagine pubblicata sulla rivista Gut, che ha analizzato i tassi di incidenza di questo tipo di neoplasia negli ultimi 30 anni. Secondo i risultati dello studio, infatti, il tumore del colon-retto sta colpendo sempre di più i giovani adulti, specialmente nella fascia d'età dei 20-29 anni.

### In rapida ascesa

“Questo dato era già noto da alcuni anni per la popolazione statunitense e lo studio sembra evidenziare un analogo andamento anche nelle popolazioni europee”, spiega Giordano Beretta, presidente eletto Aiom e Responsabile Oncologia Medica Humanitas Gavazzeni di Bergamo. Un'evidenza che ha già spinto l'American Cancer Society a raccomandare di portare l'età dello

screening a 45 anni invece che 50 nella popolazione degli Stati Uniti, e che, come concludono gli autori di questa ricerca, potrebbe riguardare in futuro anche l'Europa, se questi numeri persistono.

“Lo studio stesso – continua Beretta - non riesce a stabilire le reali cause di questo fenomeno ma ipotizza un ruolo, molto probabile, dell'obesità, della sedentarietà e dell'abuso alcolico. Il ruolo di questi aspetti particolari degli stili di vita era già noto da tempo come un fattore favorente la comparsa di patologie oncologiche, verosimilmente attraverso la cosiddetta sindrome metabolica in cui si osservano un aumento dell'insulinemia e una condizione favorente gli aspetti infiammatori, entrambi fattori noti come agenti promuoventi lo sviluppo delle cellule cancerogene”.

## **I risultati dello studio**

I ricercatori hanno raccolto le informazioni di oltre 140 milioni di persone per la fascia d'età 20-49 anni, analizzando i dati di incidenza e morte per il tumore del colon-retto tra gli anni '90 e il 2016, basandosi sui registri nazionali e regionali di 20 Paesi, tra cui Germania, Francia, Svezia, Regno Unito, Paesi Bassi, Italia, Groenlandia, Slovenia, Finlandia, Danimarca. Dalle analisi condotte emerge come quasi 188mila persone abbiano ricevuto la diagnosi di tumore del colon-retto, e l'incidenza nei giovani adulti è in generale in rapida crescita negli ultimi anni: dal 1990 al 2016 è passata da 0,8 a 2,3 casi per 100mila abitanti nella fascia d'età 20-29 anni, con un aumento più marcato (+ 7,4% all'anno) già a partire dal 2004, sebbene il numero di morti per questa malattia sia rimasto costante negli anni. Per il gruppo di età compresa fra 30 e 39 anni, l'incidenza è sì aumentata, ma più lentamente rispetto alla fascia di età più giovane, con un incremento medio del 4,9% all'anno dal 2005 al 2016, così come risultano diminuiti dell'1% i decessi nell'intero periodo analizzato. Un po' diverso è invece l'andamento per la fascia 40-49 anni, che ha visto un piccolo calo (-0,8%) nell'incidenza del tumore il 1990 e il 2004, seguito poi da un leggero aumento, dell'1,6% all'anno dal 2004 al 2016, benché sia questa la fascia d'età tra tutte e tre quella in cui si è registrata la maggiore diminuzione di casi di morte per malattia (-2,4%).

I casi di tumore tra i giovani adulti, specialmente di età compresa tra i 20 e i 30 anni, sono aumentati per lo più in Belgio, Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, Norvegia, Svezia, Finlandia, Irlanda, Francia, Danimarca, Repubblica Ceca e Polonia. “La maggior incidenza nei soggetti giovani, in particolare l'aumento dell'incidenza stessa tra i 20 ed i 29 anni potrebbe essere imputabile al fatto che obesità ed alimentazione scorretta, così come la riduzione dell'attività fisica siano presenti in percentuali maggiori fin dall'età infantile”, spiega Beretta.

CAGLIARI

NICOLA PINNA

## Venti bambini nell'asilo clandestino dei No Vax

P. 13

L'istituto nel Cagliaritano era gestito da due maestre. La scoperta grazie a una serie di segnalazioni anonime. La struttura non aveva la licenza da materna per aggirare l'obbligo dei vaccini. I carabinieri: totalmente illegale

# La resistenza dei genitori no vax: venti bimbi nell'asilo clandestino

IL CASO

NICOLA PINNA  
VILLACIDRO (CAGLIARI)

Oltre il cancello in ferro una villetta non rifinita che in mezzo alla campagna passava inosservata. Una di quelle case costruite accanto a un magazzino per attrezzi agricoli e macchinari.

Dentro, invece, c'erano le aule, i banchi, gli spazi per i giochi, una piccola cucina non ancora funzionante e la sala per il riposo pomeridiano. Due maestre e una ventina di bambini tra i 3 e i 6 anni. La scuola materna "no-vax" era ben nascosta nella periferia di Villacidro, una cittadina del Cagliaritano, dove da qualche tempo si era sparsa la voce tra i genitori. Le mamme e i papà che ancora non vogliono arrendersi ai vaccini obbligatori ne avevano subito approfittato, anche perché la retta annuale pare fosse più bassa rispetto alle altre scuole della zona.

### Nessuna pubblicità

All'esterno non c'erano cartelli e l'attività non era ovviamente pubblicizzata sui social network. I carabinieri del Nas, infatti, ci sono arrivati grazie a qualche segnalazione anonima e dopo alcuni giorni di appostamenti. «I primi accertamenti che abbiamo effettuato ci hanno consentito di verificare che i bambini non avevano mai avuto il vaccino e che alcuni non avevano fatto il necessario richiamo - conferma il comandante del

Nucleo antisofisticazioni di Cagliari, Davide Colajanni - Ancora non abbiamo completato le verifiche su tutti i piccoli che abbiamo trovato all'interno al momento del controllo, ma per i casi già sottoposti alle verifiche con la Asl il nostro sospetto iniziale è stato confermato».

L'attività delle materne "vax-free", secondo il sospetto dei militari, era partita lo scorso autunno, in contemporanea con l'inizio dell'anno scolastico ufficiale. Ma qui le iscrizioni erano sempre aperte, proprio per offrire l'opportunità anche ai genitori che ancora non erano venuti a conoscenza del "servizio" attivo nelle campagne di Villacidro.

Una struttura quasi simile, a febbraio, stava nascendo nei dintorni di Imola ma con la copertura delle licenze comunali: in quel caso però i controlli erano stati immediati e l'attività bloccata fin all'inizio. «La struttura che abbiamo sequestrato era priva di ogni tipo di concessione - sottolinea il comandante del Nas di Cagliari - Mancavano le autorizzazioni per l'inizio dell'attività, ma anche quelle sanitarie e sulla sicurezza. Ora stiamo verificando anche la posizione delle maestre, ma da quello che abbiamo già appurato sembra che una delle due non avesse nessun titolo per svolgere quel tipo di attività».

A colorare le pareti di aule e corridoi tanti disegni e cartelloni. L'elenco dei compleanni e le festeciole di gruppo, ma anche il calendario delle vacanze e la fine delle attivi-

tà, già programmata per il 28 giugno. Da nessuna parte si parla di scuola, ma quella che i titolari chiamavano "Gruppo gioco" secondo i carabinieri era una vera e propria attività scolastica clandestina. E quotidiana. «Non a caso anche ieri i bambini erano stati accompagnati nella struttura di primo mattino e i genitori sarebbero tornati a prenderli nel pomeriggio - aggiunge il capitano Colajanni - Sulla questione dell'obbligo vaccinale si giocava sull'equivoco: la struttura non era tecnicamente una scuola, perché non aveva quel tipo di licenza, e per questo nessuno pretendeva che i bambini fossero vaccinati. Peccato, però, che si trattasse di un'attività totalmente illegale».

### Le attività

Dietro la scuola mascherata, la cui responsabile era una delle due maestre individuata tra le aule dai carabinieri, c'era un'associazione che si faceva pochissima pubblicità. L'ultimo appuntamento risale a febbraio con un seminario sulla pedagogia steineriana. All'interno della scuola "no-vax" i bambini pranzavano tutti i giorni ed erano abituati a svolgere tanta attività al-



l'aria aperta ma con giochi che di certo non rispettavano le stringenti regole sulla sicurezza. Il bagno era solo uno per tutti e la zona riposo era una stanza non tanto pulita, con materassini piazzati sul pavimento e lenzuola non fresche di lavatrice. In più, i militari hanno individuato scivoli e altalene realizzate tra le balle di fieno, accanto ad attrezzi in ferro. Spesso i piccoli uscivano in giardino e giocavano nel fango, per questo tutti dovevano avere anche gli stivali in gomma, ben sistemati in un armadietto in legno accanto a un pericolosissimo decespugliatore. —

BY NC ND ALGUN DIRITTI RISERVATI

## I precedenti



### Imola

A febbraio è stata impedita l'apertura di un asilo no vax che aveva la copertura delle licenze comunali



### Firenze

Ad aprile è stato chiuso un asilo frequentato da bambini (sei) non vaccinati



1. L'ispezione dei carabinieri del Nas nella villetta nascosta dietro una cancellata nella periferia di Villacidro, cittadina del Cagliaritano / 2. All'esterno dell'edificio nessuna indicazione dell'uso al quale era destinato l'immobile, che al suo interno aveva però aule, giochi, una cucina e materassini per far riposare i bambini, tutti dai tre ai sei anni / 3. L'attaccapanni dei bambini



# Vincent Lambert «parla» anche a noi

Medici e scienziati italiani contro ogni forma di eutanasia: «Chi vuole sospendere i trattamenti lo fa per pregiudizi ideologici verso i disabili»

**La vicenda del paziente francese in stato di minima coscienza suscita riflessioni tra chi si occupa dei casi italiani in condizioni analoghe alla sua. Con una posizione unanime: quando c'è una buona assistenza non hanno senso le istanze di morte**

GRAZIELLA MELINA

La storia di Vincent Lambert, 42enne francese in stato di minima coscienza, la cui sorte è legata alla decisione dei giudici (e ora all'organismo delle Nazioni Unite che si occupa di diritti dei disabili), non può non sollevare una questione primaria: che tipo di società è quella che decide che una persona gravemente disabile non è degna di vivere? A sottolineare la gravità di una scelta di questo tipo non sono solo i familiari dei pazienti ma soprattutto medici e scienziati che da decenni si occupano dei disordini della coscienza.

«Ogni anno ci sono 10-15 nuovi casi con grave cerebrolesioni acquisite ogni 100mila abitanti – sottolinea **Matilde Leonardi**, direttore del Centro ricerche sul coma dell'Istituto neurologico Besta di Milano –, con un aumento dei casi che hanno un'origine vascolare o per un difettoso apporto di sangue al cervello. In Italia la pratica eutanassica è vietata, come lo è dalla World medical association che definisce l'eutanasia un atto non medico. L'azione discriminatoria nei confronti del paziente disabile viene attestata dal fatto che viene sospesa l'alimentazione non perché si è aggravata la malattia ma solo perché disabile. L'Italia dovrebbe chiamarsi fuori da ragionamenti che non appartengono alla nostra cultura. Chi invece vuole sospende-

re i trattamenti lo fa per pregiudizi ideologici verso i disabili». Per le persone con disordini della coscienza esistono trattamenti all'avanguardia (la stima dei pazienti vegetativi è in Italia è di 3mila casi): «Noi effettuiamo un lavoro di neuro-riabilitazione multidisciplinare che comprende sia la riabilitazione neuromotoria sia quella respiratoria e, in parallelo, quella foniatrica – spiega **Rita Formisano**, direttore dell'Unità neuroriabilitazione e post-coma della Fondazione Santa Lucia di Roma –. Sono poi importanti la riabilitazione cognitivo-comportamentale e il lavoro di coinvolgimento dei familiari che rappresentano un canale emozionalmente privilegiato nel miglioramento della responsività. Nella mia esperienza di 35 anni – precisa – non è mai capitato che un familiare mi chiedesse di interrompere idratazione e nutrizione. Al contrario, purtroppo, non è raro che ci siano rimpianti o rivendicazioni da parte dei familiari nei pochi casi in cui non siamo riusciti ad aiutare questi pazienti».

È dunque un dato di fatto che «la medicina, grazie alle nuove capacità di rianimazione, può salvare sempre più persone che, se giovani, possono vivere anche per anni – dice **Lucia Lucca**, responsabile dell'Unità di risveglio dell'Istituto Sant'Anna di Crotona –. Ecco perché dovremmo proporre sempre modelli diversi, piccole grandi unità di cura, assistenza a domicilio». Il peso spesso ricade invece sulla famiglia. Molte volte sono i genitori a dedicarsi alla cura del proprio caro. Il problema nasce quando si crea tensione fra i familiari. La famiglia di origine vorrebbe sempre portarli a casa. Ma se una moglie ha i figli piccoli, lo sconsiglio sempre: facciamo fatica noi adulti, immaginiamo un bambino. Ri-

tengo perciò che come società dovremmo farcene tutti carico». Nelle situazioni di stato vegetativo e di minima coscienza «certamente non c'è alcuna ragione né clinica né etica che possa giustificare di porre fine a questa vita», ammonisce **Francesco Napolitano**, vice presidente della Federazione nazionale associazioni trauma cranico (Fnac) e presidente dell'associazione Risveglio. Si tratta piuttosto di «volontà dettate da un'ideologia: non stiamo accompagnando a una "dolce morte" chi ha poche ore o giorni di vita, ma stiamo volendo la fine di una persona che potrebbe avere ancora tanti anni davanti, in una situazione la cui evoluzione è imprevedibile». Ma se a fare notizia sono pur sempre pochissime storie, nelle quali il disaccordo familiare arriva fin dentro i tribunali, la maggior parte delle persone invece vive accanto a questi pazienti con amore e dedizione, come testimonia **Gianluigi Poggi**, presidente dell'associazione Insieme per Cristina: «Abbiamo visto esempi costanti che dimostrano la reazione di queste persone. Talune parti del cervello infatti reagiscono ad alcuni stimoli. E tutto questo viene supportato dal grande amore, che è un ingrediente fondamentale, oltre al sacrificio, all'assistenza quotidiana che rassicura queste persone, le fa sentire vive, dando loro messaggi silenziosi recepiti anche se sono in stato vegetativo». «Noi ci troviamo ad avere a



che fare con persone che hanno avuto una grave lesione cerebrale, totalmente disabili ma che hanno bisogno per poter vivere solo di relazione di cura fatta di alimentazione, igiene, vestizione – spiega **Giovanni Battista Guizzetti**, responsabile del reparto Stati vegetativi del Centro don Orione di Bergamo –. Queste persone non hanno bisogno di alcun supporto tecnologico, non sono malati terminali. Chiaramente se gli togliamo acqua e cibo in due settimane muoiono. Abbiamo persone ricoverate per più di vent'anni, con una vita decorosa dentro una relazione di cura, con personale, parenti, amici che li vengono a trovare. In 20 anni di esperienza in questa struttura non è mai venuto nessuno a chiedere la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione per loro». Se dunque si invoca la sospensione dei sostegni vitali nei casi di disordini della coscienza, la risposta non può che essere legata a priorità ideologiche o economiche. «In quel caso, siamo di fronte a una filosofia della vita utilitaristica per cui se si trova in una condizione di malattia o di disabilità, e non potendo più far parte del ciclo produttivo e consumistico, si diventa un peso. E dunque si può essere tolti da questa società. Per fortuna, noi in Lombardia – puntualizza Guizzetti – abbiamo un servizio sanitario che provvede alla cura di queste persone per tutta la vita gratuitamente. Quindi, il bisogno di sospensione dell'idratazione o di soppressione di queste persone non esiste perché c'è l'incontro tra bisogno, domanda e una risposta di assistenza buona».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ALLARME

## Più alcol che droga Sedicenni a rischio

Marta Bravi a pagina 6

UN FENOMENO DILAGANTE

# Più alcol che droga Il dramma silenzioso di adolescenti e anziani

*Nei primi 4 mesi dell'anno oltre 1.100 casi di intossicazione: la movida sotto accusa*

DIRETTORE AREA DIPENDENZE

«A rischio per entrambe le sostanze soprattutto i ragazzi sedicenni»

Gatti

**Gli over 65?  
L'abuso è  
spesso unito  
ai farmaci**  
Marta Bravi

■ Sono 1133 le persone soccorse dal 118, dal 1 gennaio al 30 aprile, per intossicazione acuta da alcol, 175 quelle «da droga» tra Milano e hinterland. Tanto per avere uno spaccato di quanto accade ogni giorno nella nostra città solo martedì il Servizio regionale Emergenza urgenza ha registrato quindici casi di intossicazione da alcol: si tratta di maschi tra i 25 e i 50 anni. Nella sola mattinata di ieri tre persone, con la stessa diagnosi. Numeri che raccontano un fenomeno allarmante, benché poco noto, quello dell'abuso di alcol o di consumo di alcol a rischio, ma molto

più diffuso rispetto all'assunzione di droghe. La dipendenza da alcol, al di là del *binge drinking* (cioè dell'abuso di alcol occasionale e concentrato) e della movida con tutti gli effetti collaterali che ne derivano, ampiamente visibili per le nostre strade, è silenziosa e nascosta, non fa scalpore e non viene più di tanto osteggiata anche perché circoscritta alla legalità, ma che miete molte più vittime rispetto ad altre sostanze psicoattive. Nel corso del 2018, sono stati seguiti dai 3 Nuclei Operativi Alcolologia cittadini (strutture ambulatoriali dedicate dei Serd della Asst Santi Paolo e Carlo e della Asst Fatebenefratelli - Sacco) ha in cura più di 1000 pazienti di cui un terzo donne, il 40 per cento over 50. In questo caso si tratta di alcolisti o, comunque, di persone che hanno avuto problemi di una certa entità legati ad un uso patologico dell'alcol. «Il dato più allarmante riguarda invece i minorenni e i cosiddetti "giovani anziani" ovvero gli over65 che fanno "un consumo a rischio" dell'alcol, benché

inconsapevole. Il "un bicchiere di vino rosso a pasto fa bene alla salute" è un falso scientifico - spiega Riccardo Gatti, direttore Dipartimento Dipendenze dell'Asst Santi Carlo e Paolo -: non esiste, infatti, nessun dato scientifico che provi che l'alcol faccia bene alla salute. Il problema è che i giovani anziani, cioè gli over 65, che svolgono oggi una vita attiva, non lo sanno. Bere un bicchiere a pasto, magari associato a farmaci per le malattie correlate all'età, purtroppo, può essere dannoso per la salute. E qui non si parla di alcolisti - continua Gatti - ma di persone che, per via dell'età sono molto più vulnerabili agli effetti della sostanza perché il fisico non è più in grado di metabolizzarla. Con il



tempo vanno incontro inconsapevolmente a tumori o a gravi patologie renali, epatiche o cardiovascolari».

«La fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16enni (maschi 47 per cento, femmine 34,5 per cento), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" - si legge nella Relazione al Parlamento del ministro della Salute Giulia Grillo il 29 aprile -. Verosimilmente a causa di una carenza di conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700mila minorenni e 2,7 milioni di ultra 65enni sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate».



**MODA** Il «binge drinking» spopola tra i minorenni: è la bevuta eccessiva occasionale



# Le linee guida per usare bene la tecnologia in sanità

Dagli smartphone alla telemedicina, l'Organizzazione mondiale della sanità ha emanato i primi «indirizzi» sul digitale al servizio della salute

di **Ruggiero Corcella**

**L**a Commissione europea, a gennaio scorso, ha pubblicato le «Linee guida etiche sull'Intelligenza artificiale» (Ia) con la convinzione che la diffusione della tecnologia potrà avvenire solo sulla base di una Ia affidabile. Due mesi dopo, il 19 marzo 2019, il governo federale degli Stati Uniti ha lanciato AI.gov per facilitare l'accesso a tutte le iniziative di Intelligenza artificiale (Artificial Intelligence in inglese) governative attualmente in corso. Sanità compresa.

Adesso tocca all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) scendere in campo lanciando le prime linee di indirizzo sull'utilizzo delle tecnologie digitali per interventi legati alla salute. «Sfruttare la potenza delle tecnologie digitali è essenziale per ottenere una copertura sanitaria universale», è la premessa di Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus direttore generale dell'Oms.

Le indicazioni riguardano dieci modi in cui i Paesi possono utilizzare le strumentazioni accessibili tramite cellulari, tablet e computer per migliorare le condizioni di vita delle persone e i servizi essenziali.

«Le tecnologie digitali non sono fini a se stesse — ribadisce Ghebreyesus —

sus —: sono strumenti essenziali per promuovere la salute, mantenere il mondo al sicuro e servire le persone più vulnerabili». Un'opportunità, insomma, per gli esperti. Anche se, viene precisato subito, gli interventi basati su queste tecnologie non sono sufficienti da soli.

Negli ultimi due anni, l'Oms ha riesaminato sistematicamente le evidenze disponibili sul digitale in sanità e ha consultato esperti di tutto il mondo, per produrre le raccomandazioni su come inserire queste tecnologie in modo da ottenere il massimo impatto sui sistemi sanitari e sulla salute delle popolazioni.

Qualche esempio? Un intervento digitale che ha già effetti positivi in alcune aree, evidenzia l'Oms in una nota, è l'invio di promemoria alle donne per i controlli prenatali in gravidanza e per gli appuntamenti dei bambini con le vaccinazioni. Altri approcci prevedono l'uso di strumenti digitali a supporto delle decisioni degli operatori sanitari. O ancora per consentire a camici bianchi e pazienti di comunicare a distanza su problemi di salute. «Ma le evidenze disponibili mettono in luce anche le sfide — ragiona Soumya Swaminathan, chief scientist dell'Oms. Se le tecnologie digitali vanno sostenute e integrate nei sistemi sanitari, devono anche essere in grado di dimostrare miglioramenti

a lungo termine rispetto ai metodi tradizionali di erogazione dei servizi sanitari». Allo stesso tempo, le persone devono essere certe che i loro dati siano al sicuro e non vengano messi a rischio.

«Ben vengano le linee di indirizzo dell'Oms — commenta Francesco Gabbriellini direttore generale del Centro Nazionale per la Telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità —. Per noi sono uno stimolo in più per continuare a lavorare nella direzione giusta che abbiamo intrapreso: costruire un sistema nazionale sulle tecnologie digitali, con metodologie scientificamente validate».

Fra le potenzialità sottolineate nelle linee di indirizzo dell'Oms c'è ad esempio il miglioramento della gestione degli stock: le tecnologie digitali consentono di comunicare in modo più efficiente lo stato delle scorte e le carenze sulle materie prime. E, ancora, i servizi di Telemedicina e la comunicazione con pazienti target par-



ticolarmente fragili ma anche per il semplice invio di certificati.

«L'Italia è stata tra i primi Paesi a adottare il modello delle linee di indirizzo — sottolinea Sergio Pillon coautore delle linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina — . L'importante è però che poi qualcuno se le legga, altrimenti diventano come i buoni consigli della nonna».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **Copertura universale**

La potenza del digitale  
può aiutare a garantire  
l'assistenza sanitaria

## **Efficacia nel tempo**

Le tecnologie devono  
dimostrarsi migliori  
dei sistemi tradizionali

## **Tutela della privacy**

Le persone devono  
essere certe che i loro  
dati siano al sicuro

# “Io, ricercatore senza soldi ora trovo i fondi nella Rete”

Ci sono giovani scienziati che solo grazie al mecenatismo riescono a portare avanti i propri studi. Alcuni siti di crowdfunding li aiutano. Ecco le loro esperienze

di Elena Dusi

**S**e saprai avere fiducia in te stesso quando tutti ne dubitano”, come scriveva Kipling, allora rivolgiti al *crowdfunding*. Fare un appello su internet per ottenere fondi di ricerca può sembrare un'ultima spiaggia. C'è chi lo considera una questua. Chi il sintomo di un sistema malato, che non riesce a finanziare la sua scienza. Per quei ricercatori che grazie al mecenatismo online hanno potuto comprare un macchinario, allestire una spedizione o svolgere un esperimento, il *crowdfunding* è un modo come un altro per portare avanti il proprio lavoro. Ed è anche divertente. «Non mi ero mai ritrovata davanti a una telecamera», racconta Mirella Vivoli Vega, ricercatrice dell'università di Firenze, che grazie alla generosità dei donatori oggi può usare un macchinario per lo studio della Sla e altre malattie del cervello. «Con un video di pochi minuti ho dovuto spiegare chi sono, cosa voglio ottenere e perché ho bisogno di fondi. Bisogna saper essere chiari ed efficaci. È anche un modo per divulgare la scienza».

Vivoli Vega, come altri 884 ricercatori nel mondo, si è rivolta al sito di *crowdfunding* Experiment.com per raccogliere i 10mila dollari necessari a comprare l'apparecchio. Ha pubblicato il suo curriculum, lo scopo della ricerca e il video. Ha spiegato come era composto il suo

team e raccolto degli *endorsement*, cioè delle raccomandazioni da parte di altri scienziati. Poi ha fissato un obiettivo: 10mila dollari. E aspettato 45 giorni. «È stato un periodo di grande ansia, ma alla fine ci siamo riusciti». A donare attraverso il sito sono state 225 persone. «Molti sono parenti e amici», ammette Daniele Lettieri Barbato, il ricercatore del dipartimento di biologia dell'università di Roma Tor Vergata che tramite il *crowdfunding* ha raccolto 3mila dollari per capire se il freddo può influenzare il metabolismo corporeo e contrastare l'obesità. «Ma c'è anche del mecenatismo vero». A Vivoli Vega è capitato un episodio esaltante: «Un professore di un'università americana, che non conoscevo, ha donato al mio progetto 800 dollari e mi ha scritto un bellissimo messaggio di incoraggiamento. Altri hanno offerto delle critiche costruttive».

I ricercatori ricevono i soldi solo se in 45 giorni raggiungono la somma fissata all'inizio come obiettivo. Ai gestori del sito va una percentuale di almeno l'8%. «Se i risultati delle ricerche vengono pubblicati - spiega Lettieri Barbato, il cui studio sta per uscire su una rivista scientifica - in fondo all'articolo ringraziamo i finanziatori e il sito di *crowdfunding*».

Anche se non sono mancati gli esempi eclatanti (nel 2012 il sito Kickstarter ha raccolto 100mila dollari per lanciare in orbita un satellite), in genere sono i piccoli progetti a rivolgersi al mecenatismo della re-

te. Le grosse imprese, spesso, finiscono per cacciarsi in qualche problema. Il primo orologio “smart” che si chiamava Pebble e monitorava salute ed attività fisica, ad esempio, nel 2012 raccolse su Kickstarter più di 10 milioni di dollari, solo per essere venduto poco dopo al colosso Fitbit. Stesso destino per Oculus, un visore per la realtà virtuale finanziato da 10mila persone nel 2012 con 2,5 milioni di dollari e rivenduto due anni dopo a Facebook per 2 miliardi.

Ma sono eccezioni, esempi più vicini alla tecnologia che non alla scienza di base. «La realtà è che il *crowdfunding* aiuta soprattutto i giovanissimi ricercatori e le donne» spiega Chiara Franzoni, che insegna Ingegneria gestionale al Politecnico di Milano e ha pubblicato uno studio sulla rivista *Plos One*. «Le spiegazioni possibili sono due. Sono loro le categorie che più hanno difficoltà con i canali di finanziamento tradizionali. Ma sono anche i più abili con le nuove tecnologie e le reti social».

La somma media richiesta su Experiment.com è 6.300 dollari. Non fa la differenza, per uno scienziato in carriera. Ma se il 35% di chi lancia una richiesta di finanziamento non ha neanche una laurea, e se ad avere successo sono il 57% delle donne e il 40% degli uomini, vuol dire che dal *crowdfunding* non arrivano solo soldi. Ma anche quella fiducia che stava rischiando di vacillare.

