



Bambino Gesù e Tor Vergata: così proliferano molti tipi di cancro

Si chiamano Ambra 1 e Ciclina D e sono due proteine: quando il loro rapporto è sbilanciato, si innesca la crescita delle cellule tumorali. A scoprire il tassello mancante, alla base della proliferazione di tanti tumori, sono stati i ricercatori dell'Ospedale Bambino Gesù e dell'Università Tor Vergata di Roma, in collaborazione con centri di ricerca europei e statunitensi ed il sostegno dell'Airc, con uno studio pubblicato su *Nature*, che apre la strada a nuove te-

rapie contro molti tumori di adulti e bambini. I ricercatori hanno scoperto che in caso di assenza o di scarsa quantità di Ambra1, la Ciclina D non viene distrutta come dovrebbe e, quindi, si accumula. A causa di questo accumulo, le cellule cominciano a dividersi a velocità incontrollata, il Dna si danneggia e si innesca la formazione di masse tumorali. La scoperta di questo meccanismo apre importanti prospettive terapeutiche.

Le cure per i tumori arrivano a casa

Dal test durante la pandemia al progetto «OncoHome»: i pazienti non vanno più in ospedale, sono le équipe mediche ad andare da loro

VITO SALINARO

«M

le lo ricordo bene: era il 12 marzo 2020, qui a Cremona si chiudeva tutto e i malati oncologici iniziavano già a evitare l'ospedale. Capimmo che doveva essere l'ospedale ad andare da loro. In una settimana formammo un team con due infermieri, una segretaria operativa e gli oncologi, me compreso, con il compito di raggiungerli a domicilio. Fu commovente: quando ci videro arrivare in molti piangevano dall'emozione perché le cure potevano proseguire ma in una modalità nuova. Strano a dirsi ma il Covid-19 ci stava mostrando una strada alternativa e sicura per il futuro, non solo dell'oncologia». Per Rodolfo Passalacqua, direttore dell'Unità di Oncologia dell'Asst di Cremona, c'è anche un'eredità positiva della più grave crisi sanitaria dalla seconda guerra mondiale. Un'esperienza da mettere a frutto perché i primi 71 pazienti seguiti a casa da-

gli oncologi ospedalieri, assistiti dai medici di base, hanno potuto trarre «enormi benefici per qualità della vita ed efficacia delle cure - afferma Passalacqua - prima i malati dovevano venire in ospedale due o tre volte al mese, sia pure per la sola consegna dei farmaci. Un iter lungo tra accesso, accettazione, prelievi di sangue e visita. Oggi questo appuntamento avviene ogni 3 o 4 mesi, con grande risparmio di energie di pazienti e rispettivi accompagnatori. Perché esami e visite si possono fare a casa. Così come le terapie che, nel 40-50% dei casi, sono ormai orali». Di questo cambiamento, che si avvale anche dell'impegno dei volontari - come quelli dell'Associazione Medea di Cremona -, è parte essenziale la telemedicina «che ti fa vedere e ascoltare l'assistito, e condividere alcuni esami, come pressione, frequenza cardiaca o saturazione del sangue». E poi «un malato a casa è più forte - evidenzia il primario oncologo -. Perché l'ospedale intimorisce e non sem-

pre gli permette di manifestare appieno ciò che pensa. Il paziente così abbandona la soggezione psicologica e diventa parte attiva delle cure». Come? Gli assistiti domiciliari si sono visti sottoporre un questionario elettronico chiamato «Pro» (*Patient reported outcomes*): riporta fedelmente gli effetti collaterali registrati dai pazienti oncologici e disegna i loro autentici bisogni contribuendo a stabilire la tossicità dei farmaci. «È un modo efficace che ci fa valutare l'impatto delle cure sulla vita dei malati - osserva Passalacqua -. I più recenti studi dicono che se è il paziente a rilevare questi effetti la foto-

grafia che ne segue sarà più aderente alla realtà e le cure saranno più «a misura», con grandi vantaggi. Addirittura, secondo una ricerca del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York, vivranno di più». Insomma, ce n'è abbastanza perché la «via cremonese» venga estesa ad altre realtà, anche grazie ai buoni uffici dell'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) e dell'Ordine dei medici. Sono già in campo due eccellenze milanesi, l'Istituto nazionale dei tumori (Int) e l'Ospedale San Raffaele, che affiancheranno l'Asst di Cremona nel progetto pilota OncoHome, di cui potran-

no beneficiare, a casa, i pazienti affetti da tumori solidi, con malattia in fase avanzata o metastatica e sottoposti a terapia orale. Non si tratta di malati terminali, i pazienti non ricevono cure palliative, ma vere e proprie terapie oncologiche. «È prioritario garantire le terapie a queste persone ma adottando le misure indispensabili per proteggerli dal Covid-19 - commenta Marco Votta, presidente dell'Int -. OncoHome è la strategia per portare l'ospedale a casa, garantendo visite a domicilio ma offrendo anche parole di conforto e una vicinanza fisica». Per il direttore del dipartimento di Oncologia medica ed ematologia dello stesso istituto, Filippo de Braud, «l'obiettivo è ridurre del 50% gli accessi in ospedale, fornendo lo stesso livello di cure, e valutare la possibilità di creare un network nazionale. La tele-assistenza è sufficiente per due terzi dei pazienti, i restanti necessitano di visite a casa. Il team che va a domicilio - una volta alla settimana, separatamente - è composto da un infermiere

e un oncologo. Il progetto, aggiunto dal San Raffaele il primario oncologo Stefano Cascinu e il direttore del programma di Innovazione diagnostico-terapeutica oncologica, Vanesa Gregorc, «ci consente di de-ospedalizzare l'assistenza e le cure oncologiche con un impatto psicologico positivo sul paziente, che si sente accudito e al sicuro. Grazie alla telemedicina, poi, si instaura un rapporto diretto tra territorio e centri specializzati». La gestione territoriale dei pazienti oncologici «è uno dei temi del futuro, in considerazione del sempre maggior numero di chi cronicizza la malattia e che può ricevere trattamenti orali o sottocute - dichiara Giordano Beretta, presidente dell'Aiom e responsabile dell'Oncologia medica dell'Humanitas Gavazzeni Bergamo -. Si cerca così di creare una nuova realtà, l'oncologia territoriale, che potrebbe cambiare radicalmente la modalità di gestione dei pazienti».



Medici e infermieri di Cremona impegnati nelle visite oncologiche domiciliari

SORPRESE AL SENATO, CHIESA E INTELLETTUALI IN CAMPO

Ora Parigi non esclude la «morte a richiesta»

DANIELE ZAPPALÀ

U

n'offensiva politica trasversale pro-eutanasia è emersa in Francia proprio quando il rischio sembrava svanito, ovvero in coda d'una legislatura dominata da un presidente, Emmanuel Macron, fin qui contrario a legiferare in materia. Sfruttando una «nicchia parlamentare» riservata all'opposizione - spazio esiguo, dedicato a questioni tecniche - il deputato Olivier Falorni, oggi esponente del partito laicista dei radicali di sinistra (Prg) e con trascorsi socialisti, è riuscito a federare attorno a sé pro-eutanasia d'ogni schieramento, compreso un battaglione di macroniani anch'essi d'estrazione socialista, da tempo in tensione con il presidente per la presunta piega «destrorsa» presa dalla maggioranza. In appena un pomeriggio, la settimana scorsa, il fronte trasversale è approdato al voto simbolico del primo articolo di una bozza per la legalizzazione del suicidio assistito, non avendo poi il tempo d'imporre il proprio punto di vista, per via di un'efficace difesa a colpi d'emendamenti da parte di deputati prevalentemente del centro-destra neogollista, ma pure macroniani. L'intervento del ministro della Sanità Olivier Véran in apertura ha rivelato un'apertente svolta possibilista del governo, che non si è opposto frontalmente alla bozza, a differenza di quanto fatto al Sena-

to durante l'esame della bozza della senatrice socialista Marie-Pierre de la Gontrie. Il ministro ha pure annunciato la costituzione di un gruppo di lavoro per valutare l'attuale legge Claeys-Leonetti, che dal 2016 disciplina il fine vita poggiando su un doppio no all'eutanasia attiva e all'accanimento terapeutico. Molti si chiedono ora se Macron, nonostante la crisi sanitaria in corso, promuoverà un rilancio del dibattito istituzionale. Intanto, quello mediatico si è di nuovo scaldato, anche grazie a interventi contro l'eutanasia che hanno lasciato il segno. Monsignor Michel Aupetit, arcivescovo di Parigi, con lunghi trascorsi di medico, ha ricordato, evocando le cure palliative, che «la soluzione davanti a una sofferenza non è d'uccidere la persona ma di soccorrerla e accompagnarla», come si dovrebbe comprendere soprattutto oggi, dinanzi al dramma dei morti di Covid separati dai cari. Fra gli intellettuali, l'intervento appassionato del celebre scrittore Michel Houellebecq: «Su questo tema dovrò essere molto esplicito: quando un Paese - o una società, una civiltà - finisce per legalizzare l'eutanasia, perde qualsiasi diritto al rispetto. Diventa a quel punto non solo legittimo, ma auspicabile distruggerlo, affinché qualcosa d'altro - un altro Paese, un'altra società, un'altra civiltà - abbia la possibilità d'emergere».

LA CONFERENZA EPISCOPALE DEL CANADA

«Suicidio assistito più accessibile uccisione deliberata di vite umane»

La morte medicalmente assistita viola i comandamenti di Dio. È con queste parole che la Conferenza episcopale del Canada è nuovamente intervenuta per commentare la legge sull'«assistenza medica nella morte» (Maid), dopo l'approvazione, il 17 marzo, del testo da parte del Parlamento federale. L'8 aprile i vescovi canadesi hanno diffuso un comunicato, firmato da monsignor Richard Joseph Gagnon, arcivescovo di Winnipeg e presidente dell'episcopato, in cui si ribadisce la ferma contrarietà: «La nostra posizione rimane inequivocabile. L'eutanasia e il suicidio assistito costituiscono l'uccisione deliberata di vite umane, in violazione dei comandamenti di Dio - si legge -. Inoltre minano il dovere fondamentale che abbiamo di prenderci cura dei membri più deboli e vulnerabili della società». La legge detta «C-7», che ha subito quattro proroghe, è stata criticata per l'ampliamento delle persone che possono richiedere alla morte medicalmente assistita: tra i punti più controversi c'è l'eliminazione del criterio che la morte sia «ragionevolmente prevedibile». Questo aspetto apre di fatto la pratica anche a chi è affetto da disturbi mentali, sebbene al momento la legge preveda che non vi possano accedere prima di due anni. Il Parlamento federale di Ottawa ha dovuto ampliare la legislazione vigente sul suicidio assistito (legale in tutto il Paese dal giugno 2016) per conformarsi alla sentenza del 2019 del Québec, che aveva abrogato il criterio di morte «ragionevolmente prevedibile» tra quelli per l'accesso alla Maid. (Simona Verrazzo)

LA LEGGE NATA PER CONTENERE IL FENOMENO L'HA INCORAGGIATO

20 anni di eutanasia l'Olanda non si ferma

MARIA CRISTINA GIONGO

S

ono passati 20 anni da quando in Olanda sono stati legalizzati l'eutanasia e il suicidio assistito, il 10 aprile 2001 dal Senato con 46 voti favorevoli, 28 contrari. Era il 1980 quando 19mila medici olandesi ricevettero l'inquietante documento di una commissione costituitasi per promuovere la legalizzazione dell'eutanasia. Un vero e proprio «corso di eutanasia per corrispondenza», in cui veniva consigliata, passo per passo, la procedura da seguire. L'aspetto tecnico del manuale era dettagliato e angosciante. Fu per evitare che la pratica avvenisse di nascosto che la legge passò, con la speranza di tenere sotto controllo un mondo «sotterraneo» e contenere i casi di eutanasia. Invece nel corso degli anni ci fu un aumento del 250: nel 2002 furono 1.900, nel 2010 già 3.136, 4.823 nel 2013 e 6.585 nel 2017. Solo nel 2018, i casi sono stati 4.600, forse per una grave epidemia influenzale che ha fatto diminuire le richieste, ma anche grazie al proliferare degli hospice e per l'appuntamento di cure palliative più efficaci. Purtroppo nel 2019 c'è stato un nuovo aumento (6.361), la maggior parte malati di cancro allo stato terminale, con 1.859 affetti da altre patologie, come quelle cardiovascolari gravi, il Parkinson e disturbi legati alla vecchiaia. A seguire pazienti affetti da demenza e Alzhei-

mer, e 68 per disturbi psichiatrici e depressione. Nel 2020, in piena pandemia, l'Associazione per la libera eutanasia Nvve ha deciso di porre in stand-by le richieste di eutanasia, in quanto la priorità era (e rimane) salvarsi dall'infezione virale. Dal 2001 la legge non è mai stata cambiata. Ma ora desta preoccupazione il fatto che il nuovo governo in via di formazione potrebbe approvare tre nuove proposte aggiuntive, portate avanti (da anni) dal partito liberale conservatore (Vvd) del premier Rutte e da quello di centro sinistra D66, arrivato secondo alle elezioni politiche del 17 marzo. Si tratta dell'eutanasia per i bambini da 0 a 12 anni colpiti da malattie incurabili e da una sofferenza insopportabile resistente anche alle cure palliative (5-10 casi l'anno), una proposta già approvata dalla Camera ma non dal Senato. I ragazzini fra i 12 e i 16 anni possono già ottenerla con il consenso dei genitori. Seconda proposta: permetterla per le persone dai 75 anni in avanti stanche di vivere pur non soffrendo di patologie o malattie inguaribili. Terza: aprire l'eutanasia anche ai giovani depressi, con disturbi della personalità e istinti suicidali. Questa legge, nata con lo scopo di tenere le pratiche eutanasiche sotto controllo, potrebbe dunque tornare fuori controllo a scapito delle categorie più fragili, con «casi» destinati a lievitare.

Graduatorie? Non sono abbastanza moribondo

SALVATORE MAZZA



S

cherzando, ma non troppo, ho sempre detto che fino a oggi non ho percepito l'assegno per il caregiver perché non ero abbastanza moribondo. In questo 2021, per la prima volta, sono invece entrato nella graduatoria unica dei «disabili gravissimi» del Comune di Roma che, dallo scorso gennaio, percepiscono l'assegno (della stratosferica cifra di 700 euro mensili) per il caregiver. Questo, almeno, in teoria. In pratica tutto è diverso. Ancora, infatti, non abbiamo visto una lira e, pure se dicono che saranno dati anche gli arretrati, non è detto che succederà mai. Perché? Da quando esiste la lista unica, il precedente contributo per i malati di Sla è stato abolito. Un'assurdità, vista la realtà della nostra patologia; tant'è vero che, nel gennaio dell'anno scorso, la Regione Lazio ha deliberato un'ulteriore contributo di quattro milioni di euro destinati

esclusivamente a noi malati di Sla. Contributo del quale, con l'arrivo del Covid, si sono perse le tracce. Nella graduatoria unica - 3.177 aventi diritto - io sono al 3.084° posto. Dentro, dunque. Il problema è che il contributo è previsto che sia erogato (a partire da marzo 2021) dai singoli Municipi «nei limiti dei trasferimenti regionali». Tradotto: i soldi potrebbero finire prima. Il che per me significa, a occhio e croce, mai, visto il posto che occupo in graduatoria. Nel frattempo ci è stato chiesto di rinnovare, entro il 31 marzo scorso, la domanda per il 2022. Veramente un colpo di genio. Io nel frattempo mi sono parecchio aggravato, rispetto a nove mesi fa oggi mangio attraverso un tubo in pancia, e ho da poco fatto la tracheostomia, per poter respirare. Magari sarò più avanti in graduatoria, nel 2022, sempre che sia ancora vivo. Altra assurdità della lista unica è che i primi 676 figurano non godere di assistenza

pubblica. Il che è incomprensibile, e i casi sono due: o non ne hanno davvero bisogno, oppure hanno i mezzi per pagare privatamente l'assistenza. Nel primo caso non riesco a capire come possano fare ad andare avanti, e nel secondo perché stiano ai primi posti. Non voglio scatenare una triste gara a chi sta peggio, ma io per esempio senza assistenza pubblica non saprei che fare. E, oggi che mi sono aggravato, ne avrei bisogno ventiquattro ore al giorno - ma ovviamente non se ne parla: da anni l'assistenza pubblica non prevede più quella notturna, e tra pubblico e risorse personali riesco a stento a coprire dalle 8 alle 22. Il resto, manca. L'assegno per il caregiver aiuterebbe, anche se per meno di un terzo di quanto avrei bisogno per coprire bene le ore notturne. Ma, per quanto appena detto, è più che possibile che non lo veda mai. E allora? (51-Avvenire.it/rubriche/Slalom)

Slalom

LA DENUNCIA DI STEADFAST

«In Thailandia divieti legali ignorati maternità surrogata ancora fiorente»

N

onostante la legge in vigore dal 2015, la maternità surrogata commerciale continua a essere diffusa in Thailandia. Pene pesanti, fino a 10 anni di carcere e 200mila baht (5.300 euro) per chi sia coinvolto, e fino a tre anni e 60mila baht per chi acquisti sperma, ovociti o feti non dissuadono dal ricorrere a questa pratica per procurarsi una prole o garantirla in cambio di somme cospicue. A testimoniare anche il numero di bambini, molti con evidenti tratti caucasoidi, nati durante la pandemia, in molti casi impossibilitati a lasciare il Paese dove le madri a pagamento li hanno partoriti non potendo espatriare. Un'industria fiorente in Thailandia, che al suo culmine poteva vantare il 46% di gravidanze portate a termine con successo e che si è in parte delocalizzata altrove nella regione e in parte è ora nella clandestinità, mentre sono 102 le cliniche autorizzate disponibili oggi per i soli thailandesi. «Tropo spesso le donne thailandesi vengono utilizzate come madri surrogate perché hanno un minor costo. Ben vengano leggi che bandiscano questa pratica che fa dell'essere umano una merce», è il commento di Emmanuele Di Leo, presidente di Steadfast Onlus.

Stefano Vecchia