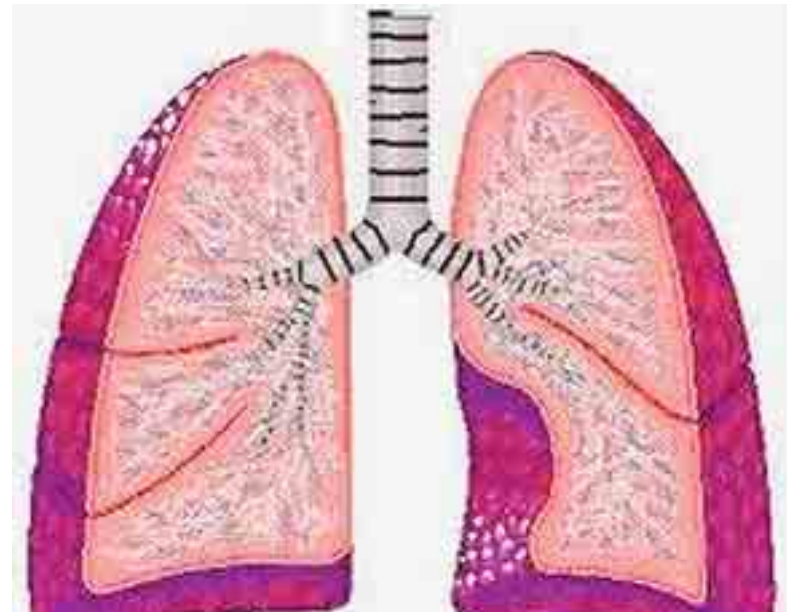


## SALUTE e medicina

**Oncologia toracica.** Importanti sviluppi nella ricerca. Una terapia super personalizzata, ma solo con la diagnosi molecolare del malato

# Cancro al polmone: a volte non è colpa della sigaretta

Una neoplasia, a carattere genetico, sensibile ai farmaci intelligenti



CANCRO AL POLMONE: IN ARRIVO FARMACI INTELLIGENTI

ANGELO TORRISI

**T**umore al polmone: ce n'è un tipo ("a piccole cellule") che è da porre in correlazione - nella maggioranza di casi - al fumo; è un tipo a carattere genetico che colpisce anche chi non ha mai toccato una sigaretta.

Orbene, proprio per questa neoplasia si fa sempre più consistente uno spiraglio di luce nella terapia. Ci sono cioè farmaci "intelligenti", a bersaglio molecolare che agiscono sulla mutazione genetica. Una compressa da prendere a casa, per una migliore qualità di vita e più possibilità di sopravvivenza. Alcuni sono già pratica clinica, altri stanno per arrivare, altri ancora sono in fase avanzata di studio. Una buona notizia se non fosse che in Italia sono ancora pochi i centri che fanno diagnosi genetica e pochi i pazienti che accedono a queste terapie.

Tutto sta nella fortuna - perché di fortuna si tratta - di aver bussato alla porta giusta. Pazienti di serie A e di serie B. Inconsapevoli di esserlo. Una fotografia piena di luci - le scoperte della ricerca - e di ombre - le disparità di accesso alle cure - quella dell'oncologia toracica nel nostro Paese scattata in occasione della conferenza stampa di presentazione del terzo congresso internazionale di Oncologia toracica (CIOT) da Cesare Gridelli, presidente del summit e da Filippo de Marinis, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (AIOT), istituzione che ha promosso l'evento.

«Abbiamo preso la strada giusta. Su questo ormai non ci sono più dubbi. Certo c'è ancora molto da fare», dice Gridelli. «Fino a qualche anno fa un paziente con una diagnosi di tumore al polmone aveva a disposizione solo la chemioterapia. Grazie alla diagnosi molecolare sul tessuto possiamo conoscere l'anomalia genetica del tumore di ogni paziente e quindi utilizzare il farmaco mirato. Abbiamo la possibilità di selezionare i pazienti che rispondono maggiormente ai nuovi farmaci. Effettuata la selezione identificando l'alterazione genetica possiamo trattare il paziente con farmaci biomolecolari nel-

la pratica clinica o all'interno di studi clinici. Inoltre, si riducono gli effetti collaterali soprattutto nei confronti delle cellule e dei tessuti sani, con maggiore tollerabilità del trattamento. Il tutto con più possibilità di stabilizzare la malattia avanzata in malattia cronica. I farmaci a bersaglio hanno rivoluzionato l'approccio terapeutico al trattamento del tumore al polmone. Si sta andando incontro alla terapia super personalizzata».

«Ma è importante - continua - che anche i pazienti se ne rendano conto e che a fronte di una diagnosi non si perdano d'animo e cerchino il centro che possa garantire la terapia in modo completo e una fase diagnostica che permetta l'acquisizione di un adeguato campione di tessuto tumorale per effettuare i test genetici necessari. Infatti oggi in circa il 50% dei casi viene fatta una diagnosi troppo superficiale e senza un adeguato prelievo di tessuto tumorale».

«Sì, perché non è così scontato che i pazienti ricevano in tutti i centri terapie con i farmaci a bersaglio. Così come non è scontato che gli venga fatta una diagnosi genetica che è il primo passo per una terapia personalizzata. «Il nemico da combattere, questo tipo di tumore al polmone, non sembra più così invincibile - afferma De Marinis - ma richiede armi sofisticate e mirate. Armi che la ricerca sta mettendo a disposizione ma alle quali accede, a tutt'oggi, solo una ridotta percentuale di pazienti venendosi così a creare una discrepanza di trattamento spesso incomprensibile. Colpa del troppo lento adeguamento della nostra società alle nuove possibilità diagnostiche-terapeutiche offerte dalla globalizzazione della ricerca. Un mix di responsabilità parziali e frammentate che fa sì che in Italia ci siano malati di serie A e di serie B, all'interno di un servizio sanitario nazionale che vorrebbe invece garantire tutti. In assenza di una generalizzata rete oncologica a livello nazionale, il paziente non può sapere all'inizio del suo percorso se la fortuna lo ha portato a bussare alla porta di un Centro che gli potrà mettere a disposizione qualcosa in più oltre allo standard».

**DE VITA: «UNA RISONANZA MAGNETICA PER FUGARE OGNI DUBBIO»**

## Protesi Pip, l'allarme è rientrato non tossicità ma facilità di rottura

ARIANNA AUGERO

**T**utto il polverone alzato dallo scandalo delle protesi mammarie tossiche di una ditta francese si dissolve grazie ai risultati dello studio condotto dalla Sanità inglese che dichiara che «le Pip non sono cancerogene». Premesso che la mastoplastica additiva continua a essere l'intervento di chirurgia plastica più richiesto, il prof. Roy De Vita (nella foto), primario di chirurgia plastica ricostruttiva dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Irccs di Roma, commenta l'esito dello studio: «Che gli impianti francesi



Pip per il seno contenessero gel che potesse causare tumori a lungo termine, io non l'ho mai creduto. Perché un silicone impuro può portare la rottura della protesi, può causare processi infiammatori importanti, ma è ancora da dimostrare che possa determinare l'insorgenza di tumori». Questo è infatti quello che sostiene il rapporto conclusivo del sistema sanitario nazionale inglese che stravolge quanto finora creduto; cioè i famigerati

impianti al silicone fabbricati dalla Pip avrebbero «solo» un maggiore tasso di rottura rispetto agli altri, ma non sarebbero tossici.

«Andando ad analizzare - aggiunge De Vita - se 8 tra le pazienti con le Pip avevano evidenziato un carcinoma mammario e le pazienti operate sono state in tutto circa 400.000, i dati epidemiologici ci dicono che un'analisi accurata porterebbe a scoprire che i tumori al seno sono ben più di 8 in quella cerchia di pazienti. Ma sarebbero presenti anche senza protesi! Ciò che le statistiche evidenziano, purtroppo, è che il cancro al seno è un tumore a insorgenza sempre più elevata: si rileva un aumento dell'insorgenza, nonché un abbassamento dell'età».

**Allora cosa deve fare una donna che sa di avere impiantato delle protesi Pip?**

«Con tutto il polverone sollevato, è evidente che chi ha le Pip pensa di avere una bomba a orologeria. Da un punto di vista istituzionale, il ministero della Sanità non è stato chiaro, demandando troppo all'interpretazione delle singole Regioni. Ma pur capendo il disagio delle pazienti, inviterei ad evitare inutili allarmismi». «Allora, controlliamo lo stato delle protesi con una Risonanza Magnetica e rechiamoci in centri specializzati per un consiglio professionale».

Il 22 maggio in Parlamento, è stata approvata una legge che vieta di impiantare protesi al seno sulle minorenni per fini estetici e

che istituisce i registri protesi regionali e nazionale, introducendo l'obbligo di impiantare le protesi mammarie solo da specialisti. Il prof. De Vita è stato uno dei componenti del gruppo tecnico di studio della legge.

«Abbiamo cominciato tre anni fa - dice - a fine 2011, dopo lo scandalo delle protesi francesi difettose, il Senato ha ripreso l'esame del testo e lo ha approvato. Il registro protesi è fondamentale per la sicurezza delle pazienti perché è l'unico strumento che ci consente di monitorare un impianto protesico durante tutta la sua vita, tutte le reazioni avverse nonché le rotture e qualsiasi tipo di problema legato alla presenza dell'impianto. Noi siamo il primo Paese al mondo ad avere questo registro nazionale, tutti gli altri registri esistenti sono su base volontaria, cioè fatti dai singoli centri senza un coordinamento ministeriale e quindi incompleti, mentre avere un registro nazionale può fare la differenza. E' vero che il resto del mondo si adegua a questa nostra iniziativa».

**Quali altri modi per tutelare la donna?**  
«Un altro grande pericolo sono i forum e i pareri su Internet, che intendono sostituire il consulto del chirurgo. Il web è una meravigliosa opportunità, ma non dimentichiamo che non esiste controllo sui contenuti. Per cui sarebbe opportuno che la gente smettesse di credere che Internet è l'Enciclopedia Treccani».

## 34 ANNI DOPO LOUISE BROWN

### Bimbi in provetta: nel mondo sono diventati cinque milioni

I figli della provetta nel mondo sono diventati 5 milioni. Lo storico traguardo viene raggiunto a 34 anni di distanza dalla nascita della prima bimba in provetta, la britannica Louise Brown, e viene annunciato con entusiasmo dagli esperti riuniti a Istanbul per il congresso annuale della Società europea di riproduzione umana ed embriologia (Eshre).

I cinque milioni di fiocchi rosa e azzurri sparsi per il mondo sono frutto di una stima fatta dalla Commissione internazionale di controllo sulle tecnologie per la riproduzione assistita (Ic-mart), basata sul numero dei cicli di trattamento registrati nel mondo fino al 2008, cui sono state poi aggiunte le stime relative agli ultimi tre anni. Nell'analisi sono state considerate sia la tecnica della fecondazione in vitro (Ivf) sia la Icsi (iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo), ossia la tecnica che consiste nell'iniettare un singolo spermatozoo nell'ovulo. Emerge così che le nascite frutto di fecondazione assistita dal 1978 fino all'anno scorso sono state 4,6 milioni e, grazie agli ultimi nati di quest'anno, avrebbero raggiunto quota 5 milioni. Secondo i dati Ic-mart, ogni anno nel mondo vengono eseguiti 1,5 milioni di cicli di fecondazione assistita, dai quali nascono circa 350mila bambini, un numero che è tuttora in continua crescita. I Paesi che fanno più ricorso a queste

tecniche sono Stati Uniti e Giappone, mentre la regione più attiva nel mondo in questo senso è l'Europa.

Nel Vecchio Continente, in particolare, la domanda delle aspiranti mamme continua ad aumentare: i cicli di trattamento eseguiti annualmente sono passati da 532mila nel 2008 a 537mila nel 2009.

Secondo Anna Pia Ferraretti, presidente del consorzio Eshre per il monitoraggio

dell'Ivf, ogni anno sarebbero necessari almeno 1.500 cicli di trattamento per milione di abitanti, ma questo traguardo viene raggiunto solo in Danimarca, Belgio, Repubblica Ceca, Slovenia, Svezia, Finlandia e Norvegia.

L'Italia continua a rimanere uno dei Paesi con la minor disponibilità di trattamenti in Europa (si ferma a quota 863 cicli per milione di abitanti), ben al di sotto della media europea di mille cicli, insieme ad Austria, Germania e Gran Bretagna. Per quanto riguarda il tema caldo delle gravidanze multiple, Anna Pia Ferraretti sottolinea che la tendenza europea è quella di trasferire sempre meno embrioni. «Rispetto agli anni precedenti - precisa - nel 2009 abbiamo registrato un numero inferiore di trasferimenti di tre embrioni e un numero maggiore di trasferimenti di singoli embrioni. Come risultato i parti trigemellari sono calati sotto l'1% e, per la prima volta, il tasso di parti gemellari si è attestato sotto il 20%».



LOUISE, PRIMA BEBÈ IN PROVETTA

European Property Investment Awards 2012  
IPD

# LA MIGLIOR GESTIONE DEL PUBBLICO

**FIPRS - FONDO IMMOBILIARE PUBBLICO REGIONE SICILIANA**

SI È AGGIUDICATO IL PREMIO IPD PER LA CATEGORIA "FONDO SPECIALIZZATO CON IL RENDIMENTO PIÙ ELEVATO NELL'ARCO DEGLI ULTIMI 3 ANNI". PER IL TERZO ANNO CONSECUTIVO UN FONDO DI PRELIOS SGR OTTIENE IL PRESTIGIOSO RICONOSCIMENTO EUROPEO.

**GRAZIE A TUTTI I NOSTRI INVESTITORI.**



\*FIPRS a dicembre 2011 presentava il miglior rendimento rispetto al benchmark di IPD annualizzato su un orizzonte temporale di 3 anni.

**PRELIOS**  
SGR

www.preliosgr.com