

### Da «Neurology» Bassi livelli di vitamina B12 e di folato causano l'Alzheimer?

Le persone che hanno nel loro organismo bassi livelli di vitamina B 12 e di folato (un sale dell'acido folico) sembrano avere una probabilità maggiore di sviluppare l'Alzheimer. La scoperta è stata fatta da un gruppo di ricercatori svedesi che ha studiato 370 persone di età superiore ai 75 anni e ha trovato che oltre la metà di coloro che erano stati colpiti da demenza (46 su 78) presentavano bassi livelli di queste due sostanze collegare ad una demenza riconducibile all'Alzheimer. I ricercatori, la cui ricerca è uscita su Neurology, pensano che la mancanza di B 12 e di folato possa portare a un aumento dei livelli di un aminoacido, l'omocisteina, che può avere effetti neurotossici e condurre quindi alla morte delle cellule cerebrali. La vitamina B 12 si trova in alimenti come il pesce, il latte e i latticini, la carne e le uova. Il folato, invece, si trova negli spinaci, nei piselli, nei fagioli secchi e nei derivati del grano.

### Parte fra pochi giorni Sperimentazione per vedere quanti errori fanno i medici

Tra pochi giorni partirà in 13 ospedali italiani una sperimentazione per registrare e prevenire gli errori della pratica medica e assistenziale. L'iniziativa è promossa dal Tribunale dei diritti del malato in collaborazione con altre associazioni e fa parte del progetto "Imparare dall'errore". I dati del Tribunale dicono che gli errori più frequenti riguardano ortopedia e traumatologia (16,32 per cento), oncologia (12,97 per cento), ostetricia e ginecologia (10,95 per cento), chirurgia generale (10,89 per cento). Negli ultimi cinque anni, inoltre, le segnalazioni dei presunti errori terapeutici sono cresciute quasi del 50 per cento. In America, l'Institute of medicine stima che le vittime causate dagli errori dei medici vadano da un minimo di 44 mila a un massimo di 98 mila l'anno. Più di quelle dovute a incidenti d'auto, tumori al seno e Aids.



### A Firenze Ristrutturazione per l'ospedale pediatrico Meyer

Sono iniziati a Firenze i lavori per la costruzione del Nuovo Meyer, ospedale pediatrico. Tra due anni l'ospedale sarà infatti in grado di accogliere i piccoli pazienti in una struttura che, aboliti i reparti, offrirà camerette singole o a due letti, sempre dotate di letto anche per il genitore che dovrà assistere il bambino. Per le stanzette che si affacceranno tutte sul verde del parco e delle colline circostanti, sono stati studiati particolari accorgimenti per impianti ed arredi. L'esposizione garantirà luce e ricambio d'aria a volontà, l'isolamento acustico dei solai benessere e privacy, il riscaldamento ad aria calda e a pannelli radianti sotto il pavimento in confortevole linoleum darà la possibilità ai più piccoli di giocare in terra senza rischi. Sono inoltre previsti spazi di collegamento arricchiti di angoli per il gioco e ludoteche.

### American Academy of Neurology I bambini musicisti hanno un cervello particolare

Il cervello dei bambini che fin da piccoli si avvicinano alla musica si sviluppa in modo diverso da quello dei bambini che invece crescono «senza note». La ricerca è stata presentata a Philadelphia al convegno annuale dell'American Academy of Neurology. Lo studio mostra che il cervello dei musicisti ha una distribuzione della materia grigia diversa rispetto agli altri. «Siamo interessati a capire se è l'intenso esercizio a determinare queste differenze, oppure se i musicisti esaminati sono nati con queste differenze e per questo si sarebbero avvicinati alla musica», commenta Gottfried Schlaug, che ha condotto la ricerca. Alberto Oliverio, psicobiologo dell'Università La Sapienza di Roma, suggerisce che «questo risultato assomiglia a quanto è stato detto per la matematica, per cui bambini stimolati alla logica utilizzerebbero diverse capacità cerebrali».

# Anno 2011, nuove dal pianeta tumore

La campagna dell'Airc di domenica punta sulla prevenzione: è ancora l'arma decisiva

Anna Morelli

Di cancro in Italia si muore di meno. Una notizia positiva diffusa dall'Airc. (Rete italiana registri tumori) a fine aprile sulla base di un'indagine di 10 anni su 12 milioni di persone. La mortalità è scesa del 6-7% a seconda del tipo di tumore: i migliori risultati si sono ottenuti per il cancro al seno (più 3% di guarigione a cinque anni dalla diagnosi), all'utero (più 4%), al colon (più 5%), al retto (più 7%), al polmone (più 1%). E tuttavia ogni anno in Italia vengono registrati 267mila nuovi casi di tumore, di cui 35mila al polmone. La battaglia è quindi apertissima, anche perché se è vero che si muore di meno, rispetto a dieci anni fa ci si ammala di più. E non solo per via di un invecchiamento generale della popolazione, ma in termini standardizzati per età, si può notare un aumento dell'incidenza del tumore al seno e al polmone, per citare quelli più frequenti e conosciuti. A cosa si attribuisce allora la diminuzione della mortalità e cosa ci si deve aspettare nei prossimi dieci anni nella lotta contro questa malattia? Paradigmatica, secondo il dottor Marco Rosselli Del Turco, direttore del Centro studi prevenzione oncologica toscana, è la situazione attuale del tumore al seno (che fa registrare ogni anno 36.200 nuovi casi). In termini di frequenza è in aumento - spiega l'oncologo - perché non possiamo introdurre interventi di prevenzione primaria, cioè non possiamo rimuovere le cause del tumore, ma poiché abbiamo anticipato la diagnosi e migliorato la terapia, grazie proprio alla diagnosi precoce, abbiamo migliorato di molto la sopravvivenza. La prevenzione dunque diventa un fattore decisivo, come sottolinea la campagna dell'Associazione Italiana Ricerca sul Cancro che domenica prossima sarà in molte piazze italiane per la diciassettesima edizione di «Un'azalea per la ricerca». In prospettiva, nei prossimi dieci anni, è probabile che anche l'incidenza, nelle donne che sono giovani ora, andrà a diminuire perché ci sono stati cambiamenti significativi. Non conosciamo le cause del tumore al seno, ma sappiamo che c'entra la storia riproduttiva di una donna: prima si facevano molti figli, si cominciava a 16 anni, il menarca compariva più tardi, l'età fertile era inferiore. Og-

**Tra i venti e i quarant'anni ogni donna vive un periodo molto intenso della propria vita: lavoro, casa, famiglia fanno dimenticare spesso la cura della propria salute. È invece è proprio in quest'età che si gettano le basi per prevenire il rischio di ammalarsi di cancro. È questo il messaggio della campagna «Un'azalea per la ricerca» che domenica viene organizzata dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro in tutt'Italia. E, in effetti, gli studi scientifici confermano che i test fatti con regolarità sono efficaci. È proprio di questi giorni la notizia di una ricerca svedese, pubblicata dalla rivista «Cancer», secondo cui la mammografia utilizzata di routine diminuisce del 63% il rischio di mortalità. La ricerca ha coinvolto 6.800 donne tra i 20 e i 69 anni, colpite da cancro al seno e seguite per 29 anni. Sempre per il seno c'è un esame nuovo, semplice e innocuo che potrebbe essere fatto a cadenza periodica. Il suo nome è «lavaggio dei dotti galattofori» e consiste in un prelievo di cellule del seno, esaminate in laboratorio. Nel corso dell'esame si possono riscontrare cellule sane, infiammate, alterate ma non ancora arrivate allo stadio tumorale. Questa tecnica potrebbe risultare efficace soprattutto per le donne al di sotto dei 50 anni, in cui, la mammografia può dare esiti insoddisfacenti a causa della densità del tessuto mammario. Nel caso del tumore all'utero, invece, le forme più sofisticate di Pap-test oggi sono in grado di svelare la presenza del virus chiamato papilloma, annidato fra le cellule superficiali dell'utero, e che può favorire l'insorgere del tumore al collo dell'utero. Quando un Pap-test di questo nuovo tipo dà esito negativo, la diagnosi diventa molto più affidabile, tanto da poter rimandare nel tempo un nuovo esame. Questo test però è ancora poco diffuso.**

gi il menarca è più precoce, si hanno meno figli (ma in età adulta), probabilmente una dieta più calorica favorisce la produzione di estrogeni, così come può incidere anche un aumento medio del peso. L'importanza del fattore ambientale e alimentare è dimostrata anche nella caduta del tumore gastrico: la diminuzione dell'uso degli insaccati e dell'abitudine di conservare i cibi sotto sale, con l'affermarsi di frigoriferi e congelatori, ha condizionato il calo. In direzione opposta invece va il tumore al polmone, legato quasi esclusivamente al fumo di sigaretta. Ebbene, dopo una campagna di venti anni, nella popolazione maschile nordamericana l'incidenza sta diminuendo, e anche da noi è prevedibile che nei prossimi dieci anni scenda per gli uomini (anche perché una sigaretta di 20 anni fa era tre volte più cancerogena), se le prossime campagne anti-fumo saranno efficaci. Questo discorso non vale per le donne, che continueranno ad ammalarsi

sempre di più perché la loro forte esposizione è cominciata più recentemente. Nel tumore al polmone è certo che la causa prima è il tabacco a cui possono essere associate alcune forme di inquinamento ambientale, di esposizione a sostanze cancerogene negli ambienti di lavoro e quindi è fondamentale la prevenzione primaria. La prevenzione invece, per i tumori femminili alla mammella e all'utero, è necessariamente di tipo secondario. E la risposta ai programmi di screening è abbastanza soddisfacente. In Italia sono circa un milione le donne che si sottopongono al controllo biennale mammografico attivato dalle Aziende sanitarie locali. Con uno scarto per quel che riguarda il Sud, dove la diagnosi avviene più tardi, con conseguenze evidenti sul tasso di mortalità. Per il tumore all'utero invece il Pap-test è uno strumento molto efficace. Il dottor Rosselli Del Turco riferisce di 76 casi in Toscana, rispetto a 2400 di tumore alla mammella. Se ci fosse un



ricorso estensivo al Pap-test della popolazione e, con le nuove tipizzazioni di tipo virale, si potessero individuare le persone «predisposte», innanzitutto si alzerebbe il controllo a 10 anni, ma soprattutto si otterrebbero ancora più significativi successi. Secondo l'oncologo, il test di screening più significativo per il tumore al seno resta la mammografia, anche se sta avanzando la chemioprevenzione per i soggetti a rischio (donne con ereditarietà familiare o che fanno la terapia sostitutiva). A settembre dovrebbe partire uno studio su

un gruppo di donne in menopausa e in terapia sostitutiva a cui somministrare a basse dosi il tamoxifene per contrastare il maggiore rischio di ammalarsi al seno. Infine le terapie. Restano incontrastate la terapia chirurgica (sempre più attenta a interventi non demolitori), la chemio e la radioterapia. La svolta si avrà - secondo tutti i medici oncologi - con la terapia genica. Una prospettiva importantissima, dice il dottor Marco Rosselli Del Turco, perché vorrebbe dire riuscire a colpire il bersaglio del

tumore senza danneggiare l'organismo. Ma fra dieci anni, con tutta probabilità, si cominceranno ad avere solo i primi risultati validi delle sperimentazioni. Per un effetto su larga scala occorrerà attendere ancora. Quanto ai farmaci anti-angiogenesi (che «affamano» le cellule tumorali), possono costituire uno sviluppo della terapia solo per alcune forme tumorali. Insomma da qui a dieci anni si deve lavorare ancora molto sulla prevenzione secondaria, stili di vita e abitudini alimentari, abbinata alle diagnosi precoci.

Lo slittamento della prima gravidanza fa sì che la donna subisca per anni una stimolazione ormonale, preparandosi per un allattamento che non c'è. Le conseguenze possono verificarsi verso i 50 anni

## Figli in tarda età e latte artificiale: crescono i rischi per il seno

Alberto Costa\*

L'Università di Yale ha appena pubblicato uno studio di suoi ricercatori della Scuola di Medicina che dimostra come l'allattamento al seno possa arrivare a diminuire fino al 50% il rischio di tumore al seno (Annals of Oncology, nr. 12, 2001). Questa volta lo studio non è stato condotto negli Stati Uniti o in Europa ma in Cina: tra il 1997 e il 1999, infatti, 404 donne della provincia di Shangdong, malate di tumore al seno, sono state intervistate dai ricercatori di Yale e le loro risposte sono state confrontate con quelle di altrettante donne della stessa origine ed età che invece non avevano nes-

una malattia al seno. Il risultato non lascia dubbi alla constatazione che le gravidanze in giovane età e l'allattamento al seno costituiscono un importante fattore protettivo nei confronti del tumore al seno. Nessun legame, invece, tra questi fattori e il tumore dell'ovaio, come dimostrano, nello stesso numero della rivista, i ricercatori italiani guidati dal Carlo La Vecchia dell'Istituto Mario Negri di Milano che hanno studiato addirittura 1031 pazienti di carcinoma ovarico e le hanno confrontate con 2411 controlli della stessa origine ed età. Come reagire dunque di fronte a questi dati prodotti dalla ricerca scientifica? Certo non possiamo pensare di «pilotare» le gravidanze e l'allattamento al seno in funzione della prote-

zione della salute delle donne, poiché presupponiamo, in cortese ma fermo dissenso dalla Chiesa cattolica, che la sessualità non possa essere esclusivamente finalizzata alla procreazione, ma rappresenti un'essenziale elemento dell'esistenza e della comunicazione umana. Tuttavia, è forse giunto il momento di cominciare una riflessione sul fatto che l'attuale assetto della nostra società porta le donne a rimandare nel tempo la prima gravidanza e a ridurre la durata dell'allattamento al seno non tanto per una libera scelta, quanto per vincoli oggettivi imposti dal comune modo di pensare. Tutti noi siamo consapevoli che le nostre nonne ebbero la loro prima gravidanza intorno ai 17-18 anni e che i loro bimbi furono allattati al

seno per lunghi mesi. Già le nostre mamme cercarono di terminare almeno gli studi e la prima gravidanza giunse verso i 20 anni, mentre le nostre mogli si trovarono mamme a 25 anni e magari le nostre figlie a 30. Va detto però che la natura non aveva evidentemente previsto questo spostamento in avanti e l'apparato genitale e riproduttivo della donna rimane quello di sempre, cioè pronto alla prima gravidanza qualche anno dopo la prima mestruazione. Che cosa accada quindi tra il cosiddetto «sviluppo» (prima mestruazione e comparsa del seno) e una prima gravidanza a 25 anni? Che ogni mese, per anni ed anni, il seno riceve il segnale ormonale di prepararsi alla gravidanza e all'allattamento senza che poi invece avven-

ga la fecondazione, perché per scelta consapevole essa viene rimandata nel tempo. Oggi la scienza ci dice che questo rinvio continuo, e questa stire-mogli si trovarono mamme a 25 anni e magari le nostre figlie a 30. Va detto però che la natura non aveva evidentemente previsto questo spostamento in avanti e l'apparato genitale e riproduttivo della donna rimane quello di sempre, cioè pronto alla prima gravidanza qualche anno dopo la prima mestruazione. Che cosa accada quindi tra il cosiddetto «sviluppo» (prima mestruazione e comparsa del seno) e una prima gravidanza a 25 anni? Che ogni mese, per anni ed anni, il seno riceve il segnale ormonale di prepararsi alla gravidanza e all'allattamento senza che poi invece avven-

dell'allattamento e provare a pensare se non ci sia qualcosa che possa essere modificato. Per esempio ribaltando un po' il comune modo di pensare e mostrando più disponibilità verso quelle donne che si sentono pronte ad una maternità anche se non si è ancora consolidato il loro ruolo sociale. Niente di assoluto, quindi, né di obbligatorio. Solo un pensiero per chi potrà guardare la propria figlia con occhio diverso, magari preparandosi a diventare nonno o nonna un po' prima del previsto, pur di accogliere con affetto e calore non solo un nuovo essere umano, ma anche un evento del tutto coerente con i tempi e i modi previsti da Madrenatura. \* direttore Scuola Europea di Oncologia

### IL BUCO NERO DOPO L'OSPEDALE Cristiana Pulcinelli

Cosa succede a un malato oncologico quando non risponde più alle terapie? Quando, per usare un linguaggio più familiare, si perdono le speranze di poterlo guarire? Nei casi più drammatici finisce in un reparto di medicina dell'ospedale e lì rimane. In quelli più fortunati il paziente, dopo essere stato dimesso dall'ospedale, va in strutture specializzate, gli hospice, o addirittura torna a casa. Ma anche qui le cose non sono semplici: la famiglia non è in grado di aiutarlo come vorrebbe, l'oncologo a cui si è affidato non può fare più molto per lui e spesso scompare, il medico di base non ha tempo, e a volte neanche capacità, per prendersene cura. Il malato si sente abbandonato, proprio nel momento in cui ha più bisogno, nel momento in cui sta male. E questa situazione può durare anche a lungo. Eppure, le malattie possono essere inguaribili ma non incurabili. È una fotografia troppo drammatica della realtà? «Purtroppo no - dice Germano Zampa, oncologo all'ospedale San Giacomo di Roma - e per molti motivi. Innanzitutto c'è da dire che il medico è meno attratto da un caso in cui non può più agire in modo attivo e, quindi, l'oncologo che ha tentato di curare le cause della malattia, di fronte al fallimento tende a scomparire. Per un atteggiamento, però, non giustificato, anche perché oggi le cure palliative in alcuni casi possono fare più delle cure che rimuovono la causa, in termini di efficacia. Inoltre c'è da dire che l'oncologo per il malato di tumore è il medico totale e quindi l'essere trasferiti in strutture dove lavorano altri medici è vissuto come un tradimento. Si dovrebbe fare in modo che lo stesso oncologo segua il paziente dall'ospedale all'hospice, o a casa». E poi c'è il capitolo medici di famiglia. Poco coinvolti, dicono alcuni, soprattutto nelle grandi città. «Fino a 5 anni fa era vero - dice Marina Moscatelli, medico di base - ma oggi le cose stanno cambiando. Un po' grazie al fatto che in alcune regioni si è deciso di finanziare le visite a domicilio ai pazienti oncologici. Questo è un incentivo importante perché fa sì che il medico senta come un lavoro e non come la missione del medico pietoso la visita due o tre volte a settimana al malato di cancro. Inoltre la nuova legge sugli antidolorifici ci facilita il lavoro: prescrivere la morfina è più semplice. Certo, spesso il medico di base non ha una preparazione specifica per i problemi oncologici, ma il suo ruolo è quello di coordinatore, dovrebbe essere il direttore d'orchestra che, quando uno strumento si scorda, chiama l'esperto». Il tema non è di poco conto, perché riguarda la cosiddetta «presa in carico» del paziente di cui oggi si parla molto. La lingua inglese esprime bene la differenza: è in gioco non la «cure», ma il «care». Ovvero, il paziente non ha bisogno solo di cure, ma anche di risposte ai suoi molti bisogni.