il Foglio Salute

foto LaPresse

Non ci resta che sequenziare

Le tre nuove varianti preoccupano, ma si possono tenere sotto controllo. Così

L'estate del 2021 si è aperta con un progressivo calo dei contagi in Italia e la presenza di due nuove varianti. Alla variante Delta, corroborata della presenza della sua ulteriore mutazione Delta Plus, segue la progressiva incidenza della mutazione Epsilon e l'arrivo della variante brasiliana, la Gamma. D'altronde però l'Italia registra, per la quindicesima settimana di fila, un calo dei contagi. Questo dato richiede un atteggiamento vigile e produttivo nei confronti dei primi cluster di contagi, in maniera tale da poter tracciare, sequenziale e isolare. Nel mese di aprile l'Italia non era riuscita a rispettare la soglia di sequenziamento del 5 per cento dei tamponi raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Salute. attività di sequenziamento che, nel nostro paese, è coordinata a livello regionale sotto la supervisione dell'Istituto Superiore della Sanità.

Le regioni hanno progredito nello sforzo sequenziale ma nonostante gli sforzi si rimane sotto le soglie previste

Rispetto al mese di aprile vi sono stati dei miglioramenti. Le regioni hanno progredito nello sforzo sequenziale ma nonostante gli sforzi si rimane sotto le soglie previste e l'atteggiamento individuale, ognuno fa ricerca per sé, non sta portando a risultati positivi. Dopo più di anno dall'arrivo del virus in Italia, manca ancora un piano di coordinamento nazionale ma è nato il Consorzio italiano che ha la finalità di tracciare, sequenziare e isolare efficacemente il virus, promosso e sostenuto dal Ministero della Salute, e coordinato dall'Istituto Superiore della Sanità. A livello regionale il Lazio, con il laboratorio di virologia dello Spallanzani si punta a fornire i dati più aggiornati dal 7 luglio; il laboratorio si è detto pronto a una trafila di sequenziamenti al fine di isolare successivamente le nuove varianti presenti in Italia, Delta, Epsilon e Gamma ma si necessita un inquadramento unitario, coordinato e sinergico da parte del Consorzio grazie a un mandato di carattere scientifico.

Prendendo in considerazione un caso di eccellenza, consideriamo il Regno Unito. Il paese, messo a dura prova dal Covid-19, anche a causa di una politica sanitaria inizialmente claudicante, è riuscito a reagire con forza nella lotta al virus, essendo in grado di pianificare ed eseguire una campagna vaccinale da record, coadiuvata da rigido piano di sequenziamento. Bisogna considerare che nel 2012, nove anni fa, il Regno Unito diventatva la prima nazione del continente europeo a mettere a integrare il sequenziamento genico, e la conseguente banca dati, a disposizione di tutti nel proprio sistema sanitario. Questo servizio è stato reso disponibile per le malattie rare e i tumori. Da questa esperienza ne deriva che il Regno Unito ha sviluppato un meccanismo consolidato e, soprattutto coordinato centralmente grazie a un efficace consorzio nazionale.

Il processo di sequenziamento, tracciamento e isolamento è fondamentale nella lotta al virus. Questa trafila però non è finalizzata solo al Covid-19. Indirettamente, questo processo, se ben coordinato, permetterebbe di evitare una nuova ondata durante l'estate, permettendo di concentrarsi sulle patologie croniche e oncologiche, le quali terapie sono state assenti o intermittenti con le saturazioni dei servizi sanitari durante le ondate. Non ci si può infatti permettere di escludere nuove ondate, e un conseguente rialzo delle degenze da Covid-19, considerando le tre nuove varianti. Questo a prescindere dal fatto che la Delta desti poche preoccupazioni. Si ha una viralità maggiore, gli studi fino ad ora mostrano pochi casi di criticità e un maggiore impatto nei sintomi lievi e medi, come tosse e rinorrea, senza la presenza di febbre alta e perdita di gusto e olfatto. Allo stesso modo, l'attività di sequenziamento è fondamentale soprattutto per Epsilon e Gamma. Nel caso di entrambi, gli studi finora condotti evincono una resistenza superiore agli anticorpi prodotti dai vaccini a RNA messaggero e da quelli conseguenti a una precedente infezione da Covid-19. Mentre l'impatto sintomatologico della Epsilon è ancora da comprendere, per quanto riguarda la Gamma abbiamo, sfortunatamente, le prove della disastrosa ondata verificatasi nei mesi precedenti in Brasile, complice la conduzione politica fortemente negazionista.

Non ci si può permettere di escludere nuove ondate, e un conseguente rialzo delle degenze da Covid-19

Luca Mazzacane

Curare la miastenia

Innovazione e medicina di precisione per una malattia che può colpire tutti

Un tempo la miastenia era una malattia misconosciuta e abbiamo fatto fatica come AIM, Associazione Italiana Miastenia (www.miastenia.it), a farla riconoscere in Italia come malattia rara. Oggi si sa che ci sono diverse tipologie di miastenia", dice il dott. Renato Mantegazza, Presidente di AIM. "Siamo a fianco dei pazienti e delle famiglie, con servizi di teleconsulto, telemedicina, informazione sui centri di riferimento nazionali, assistenza, ricerca e cura". Oltre alla miastenia gravis autoimmune e alla miastenia neonatale esistono altre tipologie di miastenia ancora più rare. Le miastenie congenite ad esempio sono legate a difetti genetici e spesso vanno incontro a remissione spontanea. La Sindrome Miasteniforme di Lambert Eaton è un disturbo della trasmissione neuromuscolare, spesso associato a tumori polmonare, caratterizzata da un profilo neurofisiologico e immunologico differente dalle miastenie gravis.

La miastenia grave è una malattia neuromuscolare autoimmune caratterizzata da debolezza e affaticamento muscolare; colpisce i muscoli scheletrici, responsabili del movimento degli arti e della respirazione e in prevalenza i pazienti sono donne giovani e uomini oltre i 65 anni. E' presente in tutte le etnie e può esordire a qualsiasi età, infanzia compresa e non è ereditaria né contagiosa. La miastenia acquisita è causata da autoanticorpi che alterano la trasmissione tra nervo e muscolo andando a colpire specifiche proteine sulla cellula muscolare. Gli anticorpi sono prodotti dal sistema immunitario del paziente per una sua erronea regolazione. "E' importante riconoscere tempestivamente i sintomi, quali ptosi palpebrale (mono o bilaterale), visione offuscata o doppia (diplopia)" spiega il dott. Mantegazza. Altri sintomi sono difficoltà a deglutire, fiato corto, disartria (difficoltà di articolazione del linguaggio), debolezza e facilmente possono confondere o sviare chi non è esperto. Per questo AIM svolge attività di sensibilizzazione e formazione anche verso i medici di base. "La miastenia si diagnostica meglio presso i Centri di Riferimento nazionali come il nostro", spiega il dott. Mantegazza, "ove anche le forme più rare di malattia, le miastenie congenite, si identificano attraverso test genetici e dove sono operativi laboratori di immunologia molecolare che chiariscono i meccanismi responsabili dello sviluppo della malattia e consentono l'identificazione dei meccanismi patogenetici; identifichiamo inoltre biomarcatori di malattia per il follow-up terapeutico e marcatori predittivi della risposta ai trattamenti. La diagnosi di miastenia si basa sulla osservazione clinica, sui test immunologici e neurofisiologici specifici. AIM raccoglie fondi per la ricerca e elargisce borse di studio. AIM ha partecipato allo sviluppo di una app gratuita nel contesto di uno studio internazionale per ottenere informazioni sulla qualità di vita dei pazienti e dei caregivers". Il team di ricerca di AIM ha contribuito alla stesura di una guida per la gestione della Miastenia Grave e la sindrome miastenica di Lambert-Eaton (LEMS) durante la pandemia di Covid-19.

Per la cura della miastenia il team del dott. Mantegazza ha partecipato anche a uno studio internazionale i cui risultati sono stati pubblicati a luglio 2021 su Lancet Neurology condotto su pazienti miastenici non controllati dalle medicine convenzionali che sono soggetti ad alto rischio di sviluppare crisi miasteniche con pericolo di vita.

E' da sottolineare come negli ultimi anni si stiano sperimentando cure sempre più selettive di medicina di precisione Il futuro della ricerca sta nella individuazione di terapie ancora più efficaci soprattutto con molecole che colpiscano selettivamente i diversi meccanismi di malattia.

Cinzia Boschiero

Il Foglio Salute è un progetto realizzato in collaborazione con **Enphasi** e **Fondazione The Bridge**

Occorre fare whatever it takes

Sconfiggere la pandemia come una squadra

Appello contro l'irresponsabilità di chi pensa solo a se stesso e non capisce che non vaccinarsi danneggia innanzitutto gli altri

La Nazionale di calcio sta creando quel senso di appartenenza che la lotta al coronavirus sta perdendo, e ci dà l'illusione di essere un paese unito, che riesce a sentirsi parte di un sistema, che vuole essere partecipe di questo sistema. Intanto però oltre duecentomila operatori della scuola mancano all'appello dei vaccinati, ci sono molti casi di operatori sanitari che fanno ricorso al Tar perché rivendicano il loro diritto di decidere se vaccinarsi o meno e sentiamo storie di ospedali che in assenza di direttive regionali non possono intervenire proprio nei confronti di quei sanitari che i dirigenti sanno perfettamente non essere vaccinati.

E cosa dire degli oltre due milioni di over 60 che mancano all'appello? Pare che gli unici che hanno voglia di essere immuni siano giovani che desiderano legittimamente tornare a divertirsi e a stare insieme anche per manifestare le loro idee, come abbiamo visto per esempio nei vari pride che si sono svolti nelle piazze delle città che si sono riempite di abbracci che raccontavano storie di libertà e di resilienza. Possibile che si debba arrivare all'obbligatorietà per far sì che la popolazione capisca l'importanza della vaccinazione? Possibile che non ci si possa appellare alla coscienza, e al senso civico? Possibile che non ci si renda conto che abbiamo milioni di prestazioni che sono rimaste indietro a causa del Covid e che adesso sono da recuperare, e che gli ospedali e gli specialisti ci occorrono per salvare vite umane che sono state messe da parte perché non c'erano posti nelle corsie e perché era impossibile curare tutti coloro che ne avevano bisogno?

Qual è il senso di rispetto e reciproco riconoscimento del diritto alla salute che tutti meritiamo di godere al meglio? Ci sono malati di cancro che non hanno la possibilità di una cura risolutiva e chiedono solo che le terapie siano ristabilite con regolarità, e bisogna anche ricominciare a pensare alle vaccinazioni dei piccoli, basti pensare alla vaccinazione contro l'hpv che è indietro di mesi e mesi, e già eravamo il fanalino di coda in epoca pre Covid con solo il 40 per cento delle inoculazioni. Potrei fare un lungo elenco di patologie e azioni di prevenzione per diagnosi precoci che attendono di ripartire, ma servirebbe? Si potrebbe fare tutto questo ma il dato che meriterebbe di essere messo in rilievo è che le autorità sanitarie oggi dovrebbero fare davvero, come direbbe Draghi, tutto il necessario, *what ever it takes*, per portare a vaccinare tutti coloro che pur potendolo fare hanno deciso finora di non farlo. Non si tratta di un elemento accessorio. Si tratta di una priorità. Fino a oggi il cuore di chi scrive è stato triste per chi è morto a causa del Covid, direttamente o indirettamente, ma da oggi insieme alla tristezza ci sarà una nuova consapevolezza: l'irresponsabilità di tutti coloro che ancora non hanno capito che per sconfiggere una pandemia occorre scendere in campo non pensando solo a se stessi ma anche agli altri. Come una squadra, appunto.

Rosaria Iardino
Presidente Fondazione The Bridge

Così la pandemia ha cambiato (anche in bene) il rapporto tra cultura e digitale

Un'analisi dell'Associazione Civita, in collaborazione con ICOM Italia

A Roma, nella storica Sala Spadolini del ministero della Cultura, è stato presentato il XII Rapporto dell'Associazione Civita, intitolato "Next Generation Culture. Tecnologie digitali e linguaggi immersivi per nuovi pubblici della cultura". Dopo i saluti istituzionali del ministro della Cultura, Dario Franceschini, del presidente dell'Associazione Civita, Gianni Letta, e della presidente ICOM Italia, Adele Maresca Compagna, esponenti del settore si sono confrontati su un tema cruciale per il futuro della cultura, ovvero quello della digital transformation, nonché sulla necessità di innovare i modelli organizzativi dei musei e delle istituzioni culturali, per garantire una maggiore fruibilità dei contenuti. Il Rapporto, la cui analisi è stata coordinata dal Centro Studi dell'Associazione Civita, in collaborazione con ICOM Italia, intende riflettere sulle opportunità e sulle possibili strategie innovative idonee a valorizzare il patrimonio culturale italiano. Ne abbiamo parlato con Simonetta Giordani, segretario generale dell'Associazione Civita.

Foto di Maxime su Unsplash

Come la pandemia è intervenuta nel rapporto tra cultura e digitale?

Sicuramente la pandemia ha velocizzato la trasformazione digitale sia nell'ambito della comunicazione, che in quello dell'accessibilità ai contenuti culturali. Ha fatto da catalizzatore, veicolando in modo determinante gli elementi esistenti, poiché il ministero e le istituzioni culturali avevano già iniziato da tempo a lavorare sulla digitalizzazione. Siamo stati costretti all'isolamento e al distanziamento sociale, ma i media digitali ci hanno permesso di rimanere connessi con i luoghi della cultura, i quali hanno ripensato i modelli organizzativi e di fruizione dei loro contenuti. In particolare, è emersa la necessità di adottare una digital strategy che consenta al pubblico di vivere un'esperienza virtuale.

Quali sono le principali opportunità offerte dal digitale in questo settore?

Sia musei che istituzioni culturali, insieme ad altre realtà attive nel settore creativo, hanno condotto numerosi sondaggi per capire le opportunità offerte dal digitale. Abbiamo raccolto i dati provenienti da oltre 30 indagini, analizzando il settore culturale da tre prospettive differenti: quella dei musei, quella degli utenti e quello delle industrie tecnologiche. I musei, per compensare le chiusure, hanno incrementato l'offerta digitale, creando nuovi contenuti, nuove modalità di fruizione e nuove forme di comunicazione; lato utenti, è emerso come questi prediligano le attività virtuali partecipative, interattive, realizzate mediante l'ausilio di nuovi strumenti tecnologici; infine, le imprese ICT hanno percepito un mercato ampio e in via di sviluppo, in grado di generare nuovi modelli di business che impattano sui processi creativi, sui modi e sui mezzi di fruizione dei contenuti.

Qual è l'impatto della cultura in termini sociali e di benessere?

Ormai è acclarato che la cultura fa bene sia alla mente che al fisico, ed è anche uno strumento di coesione sociale fortissimo, poiché genera un forte orgoglio di appartenenza. Gli impatti della cultura in termini sociali e di benessere, ormai, sono misurabili con metriche sempre più sofisticate. Il beneficio di una fruizione culturale non può essere misurato solo con il numero di biglietti venduti, ma è necessario indagare per capire l'apprezzamento di un evento da parte degli utenti (la cosiddetta *customer satisfaction*).

Non pensa, quindi, che il digitale possa limitare l'esperienza in presenza?

Il digitale non deve essere vissuto come una limitazione ma, anzi, amplifica un'esperienza, oltre a essere un nuovo linguaggio di cui bisogna tener conto. E' evidente che il digitale non vuole sostituirsi all'esperienza fisica, in presenza, che è parimenti importante. Sono due aspetti complementari, uno non esclude l'altro. Su un campione di circa 7.000 persone, 7 su 10 ritengono che una proposta digitale di qualità potrebbe contribuire alla ripartenza delle visite in presenza, mentre 6 persone su 10 sarebbero disposte a pagare 3 euro per una visita a distanza in compagnia di un direttore o esperto. Dunque, predisporre un'offerta a distanza rende ancora più accessibile la cultura, soprattutto per i giovani.

Quali sono, infine, le priorità strategiche per il futuro del settore culturale?

Le priorità strategiche sono semplici. In primis, bisogna comprendere le reali esigenze del settore dei beni culturali e mettere in relazione i progetti e le risorse tecnologiche già esistenti, utilizzando l'innovazione tecnologica per creare modelli di business nuovi. Inoltre, è necessario adottare una visione di lungo periodo e mettere insieme tutti gli operatori della filiera culturale, affinché questi lavorino insieme per creare modelli innovativi che valorizzino il patrimonio artistico e culturale italiano. Infine, sarebbe opportuno che le pubbliche amministrazioni garantiscano un investimento nelle digital skills all'interno delle istituzioni culturali. In ogni caso, il cambiamento dettato dalla rivoluzione digitale per il futuro della conservazione, della valorizzazione e della fruizione culturale, sarà inesorabile e irreversibile.

Caterina Somma

Ripensare la Salute con percorsi dedicati alle donne. Un Festival

A Napoli tre giorni dedicati alla cura e alla prevenzione femminile

Un vero e proprio ospedale da campo a cielo aperto sul Lungomare Caracciolo a due passi dal mare è sorto nelle giornate del 30 giugno e dell'1 e del 2 luglio a Napoli. Questo il teatro in cui è andato in scena DONNE, il primo Festival della salute e del benessere femminile ideato e promosso dalla Prof.ssa Annamaria Colao: "Questa che noi abbiamo organizzato è probabilmente un'iniziativa diversa perché porta gli ospedali fuori nella comunità, porta il medico dal paziente e si prefigge lo scopo anche di annullare le liste d'attesa, sale d'attesa, percorsi farraginosi e lunghi. La donna nel corso di questo Festival arriva si mette in fila e capisce quale percorso è più indicato per lei". Colao è Chairholder della Cattedra Unesco Federico II Educazione alla salute e allo sviluppo sostenibile. "Ho ricevuto questo incarico presso la Cattedra Unesco due anni fa con l'impegno di educare la popolazione alla salute e allo sviluppo sostenibile – racconta – Tre le parole chiave che mi sono state indicate: nutrizione, ambiente e adolescenza. Il mio impegno è fare educazione su queste tre aree così enormi. Mi è sembrato giusto che il primo punto più importante su cui lavorare fosse la salute delle donne. Siamo nell'epoca della medicina di precisione, mentre la medicina di genere continua a essere ignorata da molto tempo. C'è bisogno di più cultura in questo senso. La donna dico sempre non è 'un diversamente uomo' è un altro individuo che possiede dal punto di vista biologico sia un'espressione clinica che una diagnosi diversa. Inoltre a livello sociale la donna si occupa a 360 gradi di accudire: i figli, i genitori, il marito ma a volte sulle sue spalle ci sono interi 'condomini'. Se quindi si rende più consapevole questa figura chiave probabilmente possono essere risolti i problemi di un intero nucleo familiare. Da qui l'idea di questo Festival che è aperto a tutte le donne, molte di loro si sono recate per le prime visite accompagnate anche dalle loro bambine. E credo che dopo il bilancio positivo di questa prima edizione ci metteremo a lavoro per organizzare la prossima".

Nel corso delle tre giornate sono state oltre 1.200 le visite mediche gratuite erogate grazie all'instancabile impegno di oltre 200 tra volontari e medici che hanno dato vita ai percorsi dedicati alla prevenzione oncologica, delle malattie infettive, al contrasto all'obesità, alla fertilità, sessualità e menopausa, neurologica, delle malattie da invecchiamento e al mondo pediatrico.

Diverse centinaia gli accessi nei percorsi dedicati alla prevenzione oncologica e a quella dell'obesità e delle malattie cardiometaboliche.

"La pandemia ha rivoluzionato l'approccio alla medicina. Ad esempio le visite di prevenzione, gli screening sono stati fermi per un anno. Il report elaborato dell'associazione nazionale degli infermieri del mese scorso ha dimostrato che il 56 per cento delle donne ha rinunciato a fare le visite di screening durante tutto l'anno del lockdown. Questo significa che noi avremo in attesa quasi 25mila nuove diagnosi di cancro della mammella già in fase avanzata. Ecco perché è importante fare queste manifestazioni di prevenzione ed educazione alla salute. In Italia non abbiamo i 'woman's hospital' come è da tradizione anglosassone. Non abbiamo cioè nel nostro paese degli ospedali a misura di donna. Io guarderei invece a questo modello perché i percorsi che vanno pensati per una donna non possono essere identici a quelli dedicati all'uomo. Dovendo riorganizzare la sanità auspicherei che in ogni regione o in macro area ci fosse un ospedale a misura di donna".

E a proposito di obesità, la cattedra Unesco diretta dalla Prof.ssa Colao ha avviato da tempo, un lavoro culturale anche in ambito europeo attraverso la collaborazione con l'EASO (associazione europea per lo studio dell'obesità) volto a diffondere tra la popolazione l'idea che l'obesità sia a tutti gli effetti una patologia invalidante e per la quale coloro che ne sono colpiti hanno necessità di un percorso di cure gestito da un team multidisciplinare.

Tangibile, dopo un anno e più di screening sostanzialmente fermi, il desiderio delle intervenute di tornare a dedicarsi al controllo ed al monitoraggio del proprio stato di salute e provare a ripartire dopo le tante chiusure legate al contrasto dell'epidemia da Covid-19.

Apprezzato dalla popolazione è stato il punto informativo sui vaccini (non solo anti Covid) allestito per provare a dare maggiore chiarezza ai cittadini a volte spaesati dalle tante notizie sul tema.

Molto seguiti, all'interno del villaggio, anche i diversi showcooking realizzati da chef italiane intente a evidenziare come sia possibile dare forma a una cucina salutare e anche gustosa per contrastare le più comuni patologie a partire dall'obesità e le malattie cardiovascolari. *(m.m.)*

Foto di CDC su Unsplash

Una protesi aiuta le donne in chemioterapia a sentirsi meno vulnerabili

Non è solo una parrucca. L'importanza del progetto Onco Hair

Per le donne che combattono contro il cancro al seno il nemico da sconfiggere è duplice: non solo il male che ha colpito il loro corpo ma anche la perdita dei capelli, uno degli effetti collaterali della chemioterapia più difficili da accettare dal punto di vista psicologico. Per sostenerle in questa battaglia è stato realizzato il progetto Onco Hair, un'iniziativa a cura dell'Associazione per il Policlinico Onlus, della Fondazione Cariplo e di CRLAB, che dona alle pazienti con maggiore fragilità economica, selezionate da un'equipe di oncologi e psicologi, protesi tricologiche con capelli naturali a contatto. Si tratta di un dispositivo medico – assai lontano dalla classica parrucca che tutti conosciamo – altamente personalizzato, realizzato con capelli umani, non trattati, inseriti uno alla volta in una sottile membrana polimerica biocompatibile coperta da brevetto. La filiera comprende ben 39 fasi tutte interne ai laboratori CRLAB di Zola Predosa e il prodotto finale di una tanto articolata lavorazione comporta un beneficio senza eguali per queste donne che si sentiranno meno vulnerabili, non vedranno intaccata la propria identità femminile e condurranno una vita assolutamente normale. Tra le pazienti selezionate da Onco Hair, Dalila Donato, romana di 27 anni, ci ha raccontato la sua esperienza nel combattere la malattia.

"Circa un anno fa ho scoperto un bozzetto al seno, mentre stavamo entrando in piena pandemia, per cui sono riuscita a fare la prima visita soltanto a maggio, da cui non era emerso nulla di sospetto, ma i medici mi avevano detto di tenerlo sotto controllo. Lo scorso aprile, invece, ho fatto un'altra ecografia e poi una biopsia da cui è risultato un cancro maligno".

Come ha reagito alla notizia della diagnosi?

All'inizio non ci credevo molto, perché si pensa sempre che possa accadere agli altri. Non ho realizzato subito, anche perché io vivo a Milano insieme al mio compagno, ma sono di Roma, dove vive tutta la mia famiglia e non volevo farla preoccupare. Pensavo che fosse necessario un intervento, invece, avendo solo 27 anni, il protocollo prevedeva prima la chemioterapia.

Quando è iniziato il percorso terapeutico?

Circa un mese fa, a fine giugno ho fatto il secondo ciclo di chemio, in tutto ne devo fare sei, che finiranno intorno alla fine di settembre. Credo che si tratti di na malattia da combattere moltissimo con la testa e per questo a livello emotivo mi sento tranquilla, anche perché la terapia non è più come un tempo, in cui venivi ricoverata in ospedale, senza poterti mai alzare, proprio come avvenne anni fa con mia nonna. Sì, ci sono giorni in cui mi sento più debole, ma niente che un antinfiammatorio non posso alleviare.

Che tipo di impatto sta avendo la chiemioterapia su di lei? Immagino che tra gli effetti collaterali più pesanti ci sia la perdita dei capelli.

Sì, per una donna dal punto di vista psicologico è l'aspetto più pesante e infatti io in via preventiva ho accettato il progetto che mi ha proposto l'oncologo, perché il volto di questa malattia sono i capelli, è inutile nasconderlo. Per me era di certo l'aspetto più preoccupante.

Temeva il giudizio delle persone?

Si non volevo che la gente mi guardasse con occhi commiserevoli, che mi etichettasse come una giovane donna che sta combattendo contro il cancro. Il fatto che a livello estetico non si veda nulla mi rende molto più tranquilla. Quando si vive questa malattia, ciò che non si vuole sentire o percepire dagli altri è di essere malata. Io non cerco la compassione, non dico mai di star male, sono sempre molto positiva. La cosa più brutta è sentirsi trattata come una ragazza che ha il cancro.

Ci sono altri effetti collaterali spiacevoli?

Ho avuto dei problemi epidermici, perché mi ha bruciato il primo strato della pelle e inoltre, essendo giovane, sto facendo anche una cura ormonale che mi ha portato ad ingrassare. E poi c'è la stanchezza.

Ha iniziato a perdere i capelli all'inizio della chemioterapia?

Sì, la caduta è iniziata già al primo ciclo, ma da subito è partito anche l'intervento protesico e quindi mi sono vista solo con i capelli tagliati corti, a caschetto, io che li portavo lunghi, ma non ho vissuto veramente alcun tipo di trauma in questo senso. Sarebbe stato difficile conviverci.

Questo le ha permesso di proseguire la sua vita quotidiana con normalità? Ad esempio nel lavoro, nella relazione con gli affetti, nello sport?

Sì, perché la protesi è arrivata subito, quindi non si vede nulla. Ho solo notato i capelli corti e immaginato quelli che sarebbero caduti; per me che lavoro nel campo dei social media marketing e degli eventi, quindi a contatto con il pubblico, dal punto di vista psicologico è stato di enorme aiuto. Ancor prima che iniziasse la chemio, stavo già pensando ai capelli, invece così posso andare al bar, uscire con gli amici, fare un tuffo in piscina, fare sport, passare le mani fra i capelli, si fa tranquillamente ogni cosa, la protesi diventa una parte di sé, perché non è come una parrucca.

Anche perché in una donna i capelli esprimono identità. Che consiglio darebbe a chi sta vivendo un problema come il suo?

E' necessario reagire bene con la testa perché la chemioterapia non è il male, ma è la cura per sconfiggere il male. Bisogna avere la forza di superare il momento, la considero come un'avventura da affrontare, ma se si sta giù con l'umore è tutto più difficile.

Quando si specchia cosa vede?

Mi sento più forte, ho dentro una forza che non credevo di avere. Quando mi guardo allo specchio mi dico "ce la stai davvero facendo".

Bianca Maria Sacchetti

Idee per un consumo consapevole della carne rossa

No agli schieramenti preconcetti, guardiamo cosa dicono gli studi sulla cancerogenicità e agiamo di conseguenza

Da qualche anno ormai ci è sorto il dubbio che la carne rossa possa essere cancerogena, cioè in grado di portare alla formazione di tumori maligni. Di fronte a notizie di questo tipo, che riguardano talvolta anche altri elementi della nostra vita quotidiana, è facile che si creino due partiti, i colpevolisti del 'l'avevo sempre detto' e gli innocentisti del 'ma figurati'. Quando però le notizie sono la sintesi di studi scientifici non è mai una buona idea lasciarsi trasportare dalle emozioni e conviene invece cercare di capire meglio su quali basi poggi la notizia. Partendo da chi l'ha diffusa.

Nel caso specifico della carne rossa, la fonte principale di questa classificazione è la IARC (International Agency for Research on Cancer), agenzia dell'Oms con sede a Lione che, tra i propri compiti, ha quello di pubblicare studi monografici che indichino la potenziale cancerogenicità di svariati agenti presenti nella nostra vita quotidiana e di lavoro. La IARC rende quindi disponibile una sintesi delle evidenze scientifiche, prodotte da altri soggetti e pubblicate su riviste internazionali peer reviewed, che possano sostenere il giudizio di potenziale cancerogenicità dell'agente studiato per arrivare a un proprio giudizio finale: la classificazione di cancerogenicità.

Gli studi che vengono utilizzati per la valutazione possono essere di tre tipi: studi condotti sull'uomo, studi sull'animale da esperimento e studi sul meccanismo biologico che potrebbe stare alla base della cancerogenicità di quell'agente. Queste tipologie vengono considerate tra loro in modo gerarchico, ossia non è possibile classificare un agente come certamente cancerogeno se non vi sono studi che lo dimostrino sull'uomo (come per esempio lo studio di una popolazione di lavoratori esposti a una certa sostanza chimica che si sospetta essere cancerogena), mentre allo stesso modo uno studio su modelli animali (biologicamente più complessi) ha un peso maggiore rispetto agli studi in vitro, magari condotti su colture cellulari.

In sintesi, è la somma dei singoli risultati che porta alla classificazione finale di un agente come certamente cancerogeno per l'uomo (gruppo 1), probabilmente (gruppo 2A) o possibilmente cancerogeno per l'uomo (gruppo 2B), mentre al gruppo 3 sono destinati tutti quegli agenti per cui una classificazione non è possibile allo stato dei fatti, ossia non vi sono basi scientifiche per fare una qualche affermazione.

Tutto bene quindi? Sì, a patto di considerare che questa classificazione è, come gran parte delle nostre conoscenze scientifiche, passibile di revisione e cambiamento. Un agente per cui oggi non esistono prove sufficienti rispetto alla cancerogenicità per l'uomo può essere ancora studiato, nuove evidenze si possono aggiungere e, sulla base di queste, essere rivalutato, generalmente per il suo inserimento in un gruppo a maggiore evidenza, subendo una specie di upgrade, come successo ad esempio, per i gas di scarico dei motori diesel, giudicati probabilmente cancerogeni per l'uomo nel 1989 e promossi a cancerogeni certi quasi 25 anni dopo, nel 2013. Inoltre, un certo agente può possedere uno o più organi bersaglio, ossia può essere un cancerogeno per un solo organo o per più d'uno e, ciascuna di queste associazioni agente-organo bersaglio possiede una propria classificazione, mentre poco note sono le interazioni tra diversi cancerogeni, che potrebbero avere un effetto tra loro sinergico, facendo aumentare il rischio di contrarre un tumore maligno. La più nota (e meglio studiata) tra queste sinergie è quella tra fumo di sigaretta ed esposizione ad amianto: chi viene esposto a entrambi gli agenti aumenta il proprio rischio di ammalarsi di tumore del polmone fino a un fattore approssimativamente uguale al prodotto del rischio di chi è esposto solo all'uno o solo all'altro agente.

Il panorama è quindi complicato, ma non dobbiamo farci troppo scoraggiare. È abbastanza intuitivo che la maggior parte degli agenti cancerogeni esplica la propria azione sugli organi con cui più facilmente viene a contatto: il polmone guida quindi la classifica con i suoi 31 cancerogeni noti secondo IARC (tra cui il fumo di sigaretta anche passivo, l'amianto e l'inquinamento atmosferico), mentre la cistifellea ne possiede solo uno, il Torio 232. E proprio queste considerazioni dovrebbero guidare maggiormente le campagne di informazione e prevenzione, comprese quelle sul consumo di carne rossa. Se andiamo a guardare con attenzione la valutazione IARC troviamo che il consumo generale di carne rossa è giudicato solo probabilmente cancerogeno (Gruppo 2A), mentre sono le carni processate (salate, affumicate, stagionate, trattate con nitriti o nitrati, cotte a elevate temperature) a possedere il maggiore potenziale cancerogeno (Gruppo 1). Meglio allora abbandonare gli schieramenti emotivi e usare le classificazioni capendone il contenuto per farci guidare a un consumo consapevole e, magari, moderato.

Enrico Oddone
Ricercatore, Università degli studi di Pavia