



«Salute dell'embrione da tutelare»

il punto

di Emanuela Vinai

In vigore da ieri le «linee guida» della legge sulla procreazione assistita che hanno modificato quelle del 2008, introducendo forme di difesa della vita appena concepita: indagini pre-impianto solo per il suo sviluppo

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale sono entrate in vigore ieri le nuove linee guida sulla Procreazione medicalmente assistita (Pma), firmate il 1° luglio dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Il nuovo testo aggiorna e completa le precedenti disposizioni, risalenti al 2008, alla luce dell'evoluzione tecnico-scientifica e delle sentenze che in questi ultimi anni hanno ridisegnato il dettato della legge 40. Nel documento vengono fornite direttive per la coppia che chiede di sottoporsi a trattamenti di Pma, indicazioni cliniche per l'accesso alle tecniche e istruzioni rigorose per alcuni aspetti specifici.

In particolare, rispetto al passato, le linee guida 2015 intervengono in tema di fecondazione eterologa, il cui divieto è stato cancellato con deliberazione della Corte Costituzionale nell'aprile dello scorso anno. Si disciplina non solo l'eterologa "semplice" con l'apporto di gameti esterni alla coppia ricevente solo maschili o solo femminili, ma anche la cosiddetta "doppia eterologa", che utilizza contemporaneamente ovuli e spermatozoi da donatori. In entrambi i casi, per evitare possibili e "illegittime" selezioni eugenetiche è vietato scegliere le caratteristiche fenotipiche dei donatori, la cui disciplina specifica (che regola modalità di donazione,

anonimato, analisi e test) è demandata a quanto contenuto nel testo del nuovo Regolamento già approvato dal Consiglio superiore di sanità e in attesa di completamento del proprio iter.

Per chiarire che la fecondazione artificiale, sia omologa che eterologa, non è da considerarsi una terapia che risolve l'infertilità di una coppia, nel testo c'è un'attenzione maggiore al rapporto rischi-benefici in questo tipo di trattamenti: si parla di complicanze ostetriche, neonatali, e di quelle, relative alla madre, derivanti da queste pratiche. Si prevede pertanto un'anamnesi più dettagliata e minuziosa per approfondire e indagare le problematiche alla base della mancata gravidanza e delineare un'opportuna gradualità nella prescrizione dei trattamenti. Con una definizione precisa e stringente della coppia che può accedere a questo tipo di tecnica: nel testo è infatti specificato che «viene definita sterilità (infertilità) l'assenza di concepimento, oltre ai casi di patologia riconosciuta, dopo 12-24 mesi di regolari rapporti sessuali non protetti in coppia eterosessuale».

Altro aspetto sostanziale delle linee guida è la previsione di massima tutela possibile per l'embrione e le sue condizioni di benessere. Si sottolinea infatti che «è proibita ogni diagnosi



preimpianto a finalità eugenetica» e che «le indagini relative allo stato di salute degli embrioni creati in vitro dovranno sempre essere volte alla tutela della salute e dello sviluppo di ciascun embrione». Allo stesso modo, per evitare che vi possano essere «dispersioni» non meglio verificabili a seguito della produzione di embrioni, se ne prevede un monitoraggio puntuale. Nel trattare la possibilità di crioconservazione di quelli non ancora impiantati viene specificato che in cartella clinica andranno riportate «le motivazioni in base alle quali è stato determinato il numero di embrioni strettamente necessario da generare e, eventualmente, quelle in base alle quali si è stabilito quali e quanti embrioni non trasferiti siano temporaneamente da crioconservare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Maternità surrogata, c'è un varco da chiudere

di Marcello Palmieri

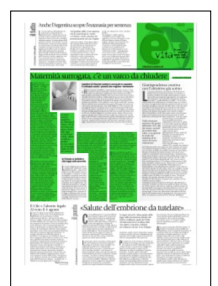
La nuova sentenza assolutoria del Tribunale di Milano, che ha reso lecita una pratica vietata dalla legge ed eticamente orribile, solleva il problema giuridico di come evitare che si incoraggi l'affitto di uteri oltre frontiera

I giudici devono applicare le leggi, non "crearle". E le leggi italiane vietano la maternità surrogata. Non è dunque possibile che chi affitta un utero all'estero possa poi rimpatriare godendone indisturbato gli effetti. Dopo l'intervento di Cesare Mirabelli, presidente emerito della Corte costituzionale, ieri su *Avvenire*, altri giuristi

stigmatizzano oggi su queste pagine l'ultima sentenza in materia del Tribunale di Milano. Quella depositata l'altro giorno, il nuovo via libera a chi si è fatto gioco dell'ordinamento italiano attraverso l'artificio dell'espatrio. Davanti al collegio giudicante, presieduto da Annamaria Gatto, c'erano un uomo e una donna che avevano "assemblato" due bimbi in Ucraina. Lui aveva fornito il seme, una donna estranea alla coppia gli ovociti, un'altra ancora il grembo in cui impiantare l'embrione fecondato in vitro. Una volta rientrati in patria, saldato un conto di circa 30mila euro, hanno chiesto e ottenuto che l'ufficiale di stato civile del loro Comune di residenza trascrivesse il certificato di nascita dei piccoli a loro nome. Ma la Procura, venuta a conoscenza della notizia di reato, aveva promosso un'azione penale per alterazione di stato di minore. Azione infondata, per i giudici: lo scorso 24 maggio la coppia era infatti assolta con formula piena.

Già allora si era levata un'accesa discussione, oggi rinfocolata dalle motivazioni della sentenza resa pubblica l'altro giorno. I magistrati milanesi osservano prima di tutto che la «formazione dell'atto di nascita» è avvenuta «in Ucraina», e «nel rispetto integrale» della legge del luogo. Stanti così le cose, il diritto internazionale gli conferirebbe automatica operatività anche in Italia. Vero. Peccato che lo stesso

diritto internazionale faccia valere ciò «con l'unica eccezione della contrarietà dell'atto all'ordine pubblico, ovvero ai principi inderogabili dell'ordinamento giuridico di un Paese. E diversamente da come ha deciso il tribunale di Milano – ricorda Francesco Saverio Marini, ordinario di Istituzioni di diritto pubblico all'università romana di Tor Vergata – la Cassazione, lo scorso novembre, ha parlato molto chiaro: per tutta una serie di ragioni più che condivisibili, l'utero in affitto è da ritenersi contrario all'ordine pubblico italiano». Curiosa in questo senso la teoria dei giudici di Milano, per cui tale conflitto sarebbe inesistente alla luce del semplice fatto che l'ufficiale di stato civile ha deciso di «trascrivere l'atto». L'equivalente di dire: se una cosa è stata fatta, allora è lecita. Per motivare la loro assoluzione, il Tribunale richiama poi una sentenza della Corte costituzionale, e precisamente quella che nell'aprile 2014 ha sdoganato la fecondazione eterologa.



A detta dei giudici, tale decisione avrebbe «chiarito che la scelta di diventare genitori e formare una famiglia» costituirebbe «espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi».

«Quest'affermazione non mi pare corretta – ribatte **Andrea Nicolussi**, ordinario di Diritto civile all'Università Cattolica di Milano –: ammesso e non concesso che esista tale diritto, è chiaro che in casi simili la coppia non si limita a decidere

per sé ma coinvolge anche terze persone, a cominciare dalla donna che fornisce gli ovociti e da quella che conduce la gravidanza». Lo stesso docente, poi, ai magistrati secondo cui il nostro ordinamento escluderebbe «che la genitorialità sia solo quella di derivazione biologica» risponde citando il Codice civile: «Madre è colei che partorisce».

Resta un problema, questo sì difficilmente risolvibile anche da parte dei giuristi più fini. Cosa succede nei (pochi, finora) casi in cui un iter giudiziario si conclude con la decisione secondo cui i "surroganti" non sono genitori? È capitato che i bimbi venissero posti in adozione, sottratti alla coppia che li aveva "pagati" e allevati magari anche per qualche anno. Proprio in questo frangente è intervenuto ieri **Alberto Gambino**. Questa situazione, ha detto a Radio Vaticana il docente di Diritto privato dell'Università europea di Roma, è da inquadrare «senza ipocrisia. Se il bambino c'è e convive con quella coppia che lo ha avuto da parte di un'altra donna gestante è perché si è tollerato che rientrasse in Italia». Da qui il suo auspicio alla fermezza: «Va bloccata sul nascere la possibilità che questo bambino venga strappato da sua madre che l'ha partorito, e venga dato a una coppia che invece è illegittima».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



qui Parigi

Aborti record ma nessuno vuole parlarne

Come denunciano non poche associazioni dopo gli ultimi dati appena pubblicati, il dibattito sull'aborto resta in Francia confinato alla sfera tecnocratica sanitaria e alle statistiche, senza una riflessione pubblica approfondita sulle numerose cause e sulla dimensione antropologica di quello che resta un dramma al quale non si riesce a porre rimedio. Le nuove cifre ufficiali sul numero di aborti, relative al 2013, mostrano un brusco aumento del 4,5% rispetto all'anno precedente, portando il totale a 229mila casi in un anno (in Italia nello stesso anno furono 102.644). Si assiste al più alto numero di aborti nella storia francese, un dato subito considerato «drammatico» da ong come Alliance Vita, da sempre molto attente anche alle durature ripercussioni psicologiche e fisiche sulle donne, oltre che al rispetto della vita. Ma da parte delle autorità sanitarie, come in passato, le reazioni si sono limitate ad argomenti tecnici, come l'efficacia decrescente della contraccezione e lo

scetticismo in aumento delle donne francesi rispetto alle opzioni contraccettive chimiche, dopo i recenti scandali sui pesanti effetti collaterali di alcune versioni della *pillule*. Ancora una volta, è stata invece schivata la questione basilare dell'educazione dei giovani a tutte le dimensioni dell'affettività, nonostante sempre più psicologi denuncino le crescenti difficoltà di intere generazioni per accedere a informazioni e modelli di condotta rispettosi dell'altro e non solo dettati da cultura e pensiero dominanti. Per Alliance Vita questi dati dovrebbero più che mai «incitare a intraprendere un'autentica politica di prevenzione dell'aborto». È invece, le ultime misure proposte dal Parlamento «facilitano sempre più l'accesso all'aborto senza lasciare alle donne possibilità di evitare un atto per nulla banale». In particolare, «la soppressione del tempo di riflessione di una settimana fra le due visite mediche introduttive attenta gravemente ai diritti delle donne».

Daniele Zappalà

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Pelle chiara, casta elevata: è la provetta indiana

di **Giulia Mazza**

Sempre più richieste a Bangalore, capitale dell'hi-tech in piena espansione, di avere figli selezionati in base a caratteri estetici e sociali ben definiti. Un mercato tutto interno che si allarga alla maternità surrogata

Alto, pelle chiara, buona posizione lavorativa e – possibilmente – vegetariano. Non sono i desiderata di un annuncio matrimoniale ma i requisiti che diverse coppie senza figli in India iniziano a cercare nei donatori di ovociti (o seme) per sottoporsi a fecondazione in vitro o avvalersi della surrogazione di maternità. A Bangalore – capitale dello Stato meridionale del Karnataka, centro d'eccellenza dell'*information technology* e città in più rapida crescita dell'Asia – il fenomeno è particolarmente diffuso. Fino a qualche anno fa, le richieste più comuni erano che il donatore avesse lo stesso gruppo sanguigno dei futuri genitori e tratti somatici della stessa etnia. Lo conferma il dottor Vinay, medico del centro per la fertilità Milann. «Il nostro obiettivo – spiega – è sempre e comunque quello di rispondere alle richieste del paziente. Supponiamo che una coppia sia di origini mongole, o cinesi, o giapponesi. In tal caso, desiderano che il figlio abbia tratti somatici simili ai loro». Quelli che pretendono l'appartenenza a una casta specifica, per esempio, zsono più rari, ma anche qui cerchiamo di esaudire il loro desiderio.

L'unico caso in cui ci opponiamo è quando si entra nella selezione di genere». Lo spettro dell'eugenetica, al centro di un ampio dibattito sin dalla prima nascita tramite provetta nel 1978, non sembra preoccupare né le coppie né i centri per la fertilità che – nella sola metropoli del Karnataka – sono circa 50. Eppure, nota monsignor Bernard Moras, arcivescovo di Bangalore, «dovremmo chiederci dove ci porteranno un domani queste strane richieste: una pelle più chiara, determinate abitudini alimentari, un buon lavoro. Sembra che oggi le persone si muovano da un estremo all'altro, convinte che porre queste condizioni le renderà felici. Voler decidere di che colore saranno i capelli di un figlio, tentare di creare un "bambino perfetto", significa dimenticarsi dell'intervento del Signore, e che la vita ci è stata donata da un solo e unico Dio».

Non esistono dati ufficiali su quanto si amplia l'industria della fertilità in India. Tuttavia tecnologia a basso costo, personale medico qualificato e una burocrazia molto "morbida" hanno reso il Paese una delle prime destinazioni del "turismo procreativo". Soprattutto dal 2002, quando la nazione ha aperto le porte



alla surrogazione di maternità commerciale: insieme a Stati Uniti, Georgia, Thailandia, Russia e Ucraina, l'India permette che le donne siano pagate per portare in grembo il figlio di altri attraverso la fecondazione in vitro. Secondo uno studio dell'Onu, in India il mercato degli uteri in affitto vale più di 400 milioni di dollari l'anno.

«La diffusione della fecondazione artificiale e della surrogazione di maternità – afferma Annamma Thomas, a capo del Dipartimento di ostetricia e ginecologia del St. John's Medical College di Bangalore – sono questioni difficili da gestire. Stanno emergendo molti problemi perché c'è un abuso di queste tecniche, create per uno scopo preciso ma utilizzate per esaudire i bisogni più egoisti». Fondata nel 1963 dalla Conferenza episcopale dell'India, il St. John's National Academy of Health Sciences comprende una facoltà di Medicina (considerata tra le migliori della nazione), un ospedale, una scuola infermieristica, un centro di formazione per paramedici e un centro di ricerca. Secondo la dottoressa, sempre più coppie scelgono di ricorrere alla fecondazione in vitro perché «non vogliono il peso di avere un bambino. Diventare madri e padri, un tempo, significava sposarsi in giovane età; le donne non erano molto istruite, o sceglievano di rimanere a casa». Oggi che il livello di istruzione è più alto e gli stipendi migliori, «le persone rimandano il momento in cui avere un figlio, perché non vogliono rinunciare alla loro carriera». In molti casi poi «i coniugi non hanno il tempo di stare insieme. Noi non pratichiamo la procreazione assistita, ma ho ricevuto coppie che sostenevano di avere problemi di fertilità quando in realtà non avevano il tempo di vivere la loro intimità».

I casi di sterilità reale, insomma, non sono così diffusi come il ricorso alla provetta farebbe pensare. «Abbiamo a che fare con un problema creato dall'uomo – aggiunge la specialista – e dal nostro ambiente sociale e finanziario. Cercano la fecondazione in vitro, o la surrogazione di maternità, persone che sono al top delle loro carriere e non vogliono rinunciare allo status acquisito. O che, avendo ritardato il momento in cui mettere al mondo un bambino, incontrano normali problemi legati all'età. Se si sposassero un po' prima...».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giurisprudenza creativa con l'obiettivo già scritto

*Dalla primissima
pronuncia dei giudici
dell'ottobre 2013 alla
più recente, martedì:
un verdetto dopo
l'altro, si sta aprendo
la strada alla
violazione di tre
norme del nostro
ordinamento*

La sentenza depositata l'altro giorno dal Tribunale di Milano non è una pronuncia isolata. Al contrario, si inserisce nel filone di quella "giurisprudenza creativa" che sembra non applicare leggi esistenti, per applicarne altre inesistenti. Con l'obiettivo di legalizzare di fatto una pratica – quella dell'utero in affitto – che il nostro ordinamento vieta direttamente o indirettamente con almeno tre norme: la legge 40 del 2004 (che punisce chi offre servizi di maternità surrogata), l'articolo 269 del Codice civile (secondo cui madre è colei che partorisce) e l'articolo 567 del Codice penale (che sotto il titolo di «alterazione di stato di minore» sanziona chi dichiara all'anagrafe come proprio un figlio altrui). Basterebbero anche solo queste norme, senza bisogno di invocare le grandi convenzioni internazionali sui diritti dell'uomo (o di parlare di «vuoto normativo», come già capita di sentir dire), per comprendere l'incompatibilità del nostro ordinamento con l'utero in affitto. E, a ben vedere, questo ha ribadito la Cassazione nel novembre 2014, giudicando il primo e finora unico caso in materia arrivato al suo vaglio. Peccato che la giurisprudenza di base, quella dei tribunali, stia metodicamente decidendo il contrario. E



attenzione: non solo prima, ma anche dopo la pronuncia della Suprema Corte.

Tutto parte da Milano: è il 15 ottobre 2013, quando una sentenza

del Tribunale assolve una coppia che aveva ottenuto un bimbo con maternità surrogata in Ucraina: tra le motivazioni, quella per cui l'utero in affitto non sarebbe contrario al nostro diritto. Dunque il certificato di nascita straniero, che riporta come madre la "committente" (non la partoriente, e neppure l'altra donna che ha fornito i propri ovociti) avrebbe pieno vigore per l'ordinamento italiano. Insomma: l'articolo 567 del Codice penale c'è, par di capire dai giudicanti, ma è come se non ci fosse. Pochi giorni dopo, il 24 ottobre, un'altra sentenza dello stesso Tribunale, sempre in tema, afferma che il «concetto di genitorialità» ormai, si fonderebbe «sull'assunzione di responsabilità» e non sulla filiazione naturale. Come a dire: so che esiste l'articolo 269 del Codice civile, ma io, giudice, ritengo che non sia più il caso di applicarlo. Terza pronuncia: sempre a Milano, l'8 aprile la magistratura taglia la testa al toro. È inutile disquisire di principi giuridici, perché ormai la tecnomedicina avrebbe messo «il diritto con le spalle al muro». Liberi tutti, dunque, nel presunto interesse del minore a vivere nella famiglia che l'ha voluto (e, in questo caso, comprato con un contratto in piena regola).

Conseguenza pratica di queste tre decisioni: altri tribunali cominciano a imitarle. Lo stesso mese quello di Udine, poi Imperia, Trieste, Varese e altri ancora. A dar loro manforte anche una sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo che il 27 gennaio 2015 sanziona l'Italia per il solo fatto di aver applicato le proprie leggi: in quel caso, dichiarando adottabile un bimbo nato da un contratto estero di surrogazione. Nei giorni scorsi, infine, la conferma da parte del foro milanese. (M.Palm.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Papilloma virus, s'indaga sulla sicurezza del vaccino

il caso

di Giovanna Sciacchitano

Un'indagine per fare luce sulla sicurezza dei vaccini contro il papilloma virus (Hpv). È quanto ha annunciato l'Agenzia europea per i medicinali (Ema). L'obiettivo, ha precisato l'organismo internazionale, non è quello di mettere in discussione il fatto che i benefici di questa vaccinazione superino i possibili rischi, ma di esaminare i dati, in particolare le rare segnalazioni di due condizioni associate a questo vaccino. Cioè, la sindrome da dolore regionale complesso (Crps), una condizione cronica che si manifesta con dolore agli arti e la sindrome da tachicardia ortostatica posturale (Pots). In questo caso la frequenza cardiaca aumenta in maniera anormale dopo essersi seduti o alzati in piedi, causando sintomi quali vertigini e svenimenti o mal di testa, dolore al petto e debolezza.

Attualmente «non è stato stabilito alcun nesso di causalità» fra la somministrazione del vaccino e Crps e Pots. Chiarisce così l'Ema: «Entrambe le sindromi possono verificarsi anche in individui non vaccinati ed è importante verificare se il numero di casi riportati nelle persone vaccinate è più grande di quello atteso». I vaccini contro l'Hpv sono stati utilizzati da circa 72 milioni di persone in tutto il mondo e il loro uso è in grado di prevenire molti casi di tumore del collo dell'utero e vari altri

tipi di tumore causati dal papilloma virus. Il cancro della cervice è la quarta causa di morte per tumore nelle donne, con decine di migliaia di decessi nella sola Europa. Sulla base dei risultati della ricerca, il Comitato di valutazione dei rischi per la farmaco-vigilanza deciderà se modificare le informazioni sul prodotto, mentre durante l'indagine non ci sarà alcun cambiamento nelle raccomandazioni per l'uso del vaccino.

In Italia la vaccinazione anti-Hpv è prevista gratuitamente per tutte le bambine fra gli 11 e 12 anni, ma non è obbligatoria. La copertura è di circa dieci anni. In ogni caso, ai fini della prevenzione, è necessario sottoporsi periodicamente al Pap test, anche perché i vaccini non sono efficaci contro tutti i tipi di papilloma virus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una medicina più umana

Guarire dal cancro rispettando la donna

Prevenzione Al «Rome American Hospital» oggi open day gratuito contro il tumore al seno

No a mastectomia **Parole d'ordine**
Svuotamento **Curare e far vivere**
e poi subito protesi **una vita bella**

Veronica Meddi

■ Sapere per prevenire non è solo una mossa intelligente, è innanzitutto rispetto profondo per il valore della vita. E la vita lo pretende. Gli antichi greci scrivevano che «la tragedia arriva con l'atto della conoscenza». È vero. Ma oggi grazie all'impegno di studiosi, anche nel dramma si può cercare e trovare un sorriso. Ed è proprio per la sacralità di questo sorriso che oggi il prestigioso «Rome American Hospital» in Via Emilio Longoni 69 spalanca le sue porte a un giorno importante che può cambiare la vita, e magari salvarla: l'«Open Day gratuito - Giornata di informazione e prevenzione per il tumore al seno».

Informazione, dunque, per la prevenzione dei tumori della mammella, e in questo giorno saranno affrontate anche le problematiche connesse alla qualità del trattamento e della vita che deve essere garantito alle donne colpite da questa malattia; per affrontare in modo adeguato le problematiche relative alla diagnosi e alla cura. Con una particolare attenzione a tutto quello che dei capelli non (ci) dicono.

Previa una prenotazione telefonica al numero 06.22.55.777, dalle 10.30 alle 17.30 sarà possibile fare un'indagine attenta su quello che è un reale problema che se trascurato modifica la qualità della vita compromettendo anche i suoi equilibri.

Dalle 14 alle 15 la tricologia in oncologia, un'interessante e vitale tavola rotonda di approfondimento rivolta a medici e pazienti nella quale specialisti del settore si confronteran-

no sui problemi legati alle terapie e alla ricrescita dei capelli. E ancora, visite individuali, perché ogni essere è unico e ha diritto alla sua individualità, con medici specialisti del settore Chirurgo, Chirurgo plastico, Radiologo, Tricocologo, Istopatologo, Psicologo. Parla con noi il Dottor Lucio Fortunato.

Dottor Fortunato, il seno per una donna è «essere» donna. Quando si verifica un problema tanto grave come il tumore qual è l'aiuto della scienza?

«La consapevolezza che i tumori della mammella sono guaribili nella grande maggioranza dei casi. La consapevolezza che sono stati fatti degli enormi passi avanti negli ultimi anni e che in prospettiva ne saranno fatti degli altri. Abbiamo ormai una comprensione specifica di come il tumore alla mammella si comporta. Esistono 100 tipi diversi di tumore alla mammella e gran parte del nostro lavoro sta nel capire come questi tumori si comportano e quindi che tipo di trattamento, che tipo di terapia, possiamo fare. Cuciamo il vestito specifico su una specifica donna che va bene per quello specifico tumore».

La bellezza e la donna.

«Noi medici siamo abituati a vedere una persona e decidere di operarla. Ti curo e ti taglio un pezzo di carne. E poi ti ingrassi, cadono i capelli, vai in menopausa. Questo è quello che abbiamo fatto per alcuni decenni e le donne lo hanno sopportato. Facevamo la mastectomia, ma per due anni non potevamo ricostruire il seno. Ora abbiamo capito che possiamo fare mastectomie ri-

sparmiano tutto l'involucro esterno. Possiamo fare la ricostruzione immediata addirittura con protesi, con risparmio dell'aureola, del capezzolo. Un taglietto laterale. Si svuota la mammella e si mette la protesi. La paziente esce come era. Abbiamo cambiato radicalmente il nostro atteggiamento che non è "ti devo curare a tutti i costi", ma "ti devo curare rispettandoti come persona" e facendo in modo che tu possa vivere bene. Questo non per un principio astratto generale ma perché siccome è vero che curiamo e le persone vivono, devono anche vivere bene all'interno della società. Non è un discorso filosofico ma un discorso strategico. Per una donna vedersi allo specchio tutte le mattine modificata dà l'impressione che il cancro sta modificando il proprio corpo e quindi il cancro sta prendendo il sopravvento. Non lo possiamo più permettere. Viceversa dobbiamo fare in modo che guardandoci allo specchio tutte le mattine, siamo noi che diciamo al cancro "sto vincendo io».

Qual è il messaggio importante?

«È la consapevolezza che il tumore della mammella è una malattia guaribile, curabile, nella stragrande maggioranza dei casi. E che oggi abbiamo a disposizione tantissime armi: chirurgiche, tecnologiche, terapeutiche».

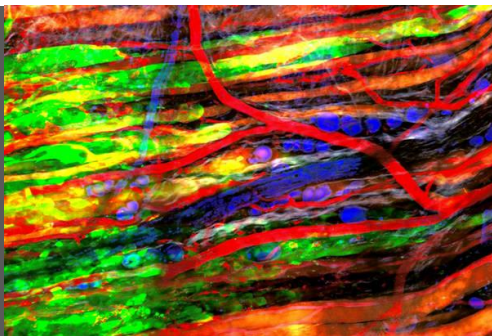
Oggi è il giorno in cui tutti gli specialisti del «Rome American Hospital» si uniranno per salvaguardare non solo la vita, ma la sua bellezza.



<https://www.ansa.it/>

Individuata proteina che rende inefficace chemio su tumore

Può essere usata come bersaglio per superare difese cancro



L'albero genealogico delle metastasi aiuterà a prevedere come il tumore si diffonde nell'organismo (fonte: Bettina Weigelin e Peter Friedl, UMC St Radboud Nijmegen)

Trovato il modo per 'ammorbidire' il tumore prima di colpirlo con i farmaci della chemioterapia, in modo da renderla più efficace: a riuscirci alcuni ricercatori dell'università di Manchester che, come si legge sulla rivista *Cancer Cell*, hanno scoperto come il cancro diventa resistente ai medicinali più usati, per via di una particolare proteina, che può essere usata come 'bersaglio' per superare le difese del tumore. In particolare gli studiosi si sono concentrati su un gruppo di farmaci, i tassani, usati per trattare diversi tumori, tra cui quello del seno e dell'ovaio, cercando di capire come funzionano. Analizzando la crescita delle cellule cancerose in laboratorio, hanno potuto dimostrare come questi farmaci abbiano indotto le cellule tumorali a uccidere se stesse. Allo stesso tempo hanno anche scoperto una differenza chiave tra i tumori che rispondono ai farmaci, e quelli invece resistenti: nelle cellule resistenti alla terapia ci sono infatti alti livelli di una proteina, Bcl-xL, i cui effetti possono essere neutralizzati dai farmaci ora in sviluppo. "Potenzialmente - spiega Stephen Taylor, uno dei ricercatori - se combiniamo la proteina con i tassani, si possono prendere i tumori resistenti e renderli più sensibili ai farmaci. Questi nuovi inibitori, essenzialmente, ammorbidiscono le cellule tumorali, in modo che quando le cellule tumorali vengono trattate, è più facile che muoiano".

Secondo lo studio, i farmaci già in sviluppo possono essere in grado di opporsi all'insorgere di resistenze, rendendo la chemioterapia più efficace, anche se questo approccio non è ancora

stato testato sulle persone. Per questo i ricercatori vogliono ora testare il loro approccio su campioni di malati di cancro, oltre che sugli animali. Tuttavia non mancano dei timori, come quello di rendere anche i tessuti sani più vulnerabili alla chemio e aumentare il rischio di effetti collaterali.

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/>

Nasce la prima carta per l'etica in oncologia, più attenzione per il paziente e i familiari

Condivisione delle scelte terapeutiche, empatia nella relazione medico-paziente, equità di accesso alle cure innovative e valorizzazione della ricerca clinica. Sono questi i quattro principi su cui si basa la **Carta di Ragusa sull'etica in oncologia, la prima realizzata in Italia dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom)** al termine delle 'Giornate dell'Etica', promosse recentemente in Sicilia. Per due giorni sull'Isola un gruppo multidisciplinare ha discusso e individuato 16 punti per migliorare l'integrazione dell'etica nell'organizzazione del sistema sanitario che nei comportamenti dei singoli professionisti.

"E' nostro preciso dovere occuparci di questi aspetti", afferma **Carmine Pinto, presidente nazionale Aiom**. "Siamo molti orgogliosi di questo documento che vuole diventare anche una sorta di **Carta dei doveri per tutti gli specialisti coinvolti nella cura del cancro**. In particolare, ci siamo soffermati sul delicato rapporto tra medici, pazienti e i loro familiari", aggiunge. Ecco perché, si legge nel primo punto, "l'oncologo deve sempre più tenere in considerazione le esigenze della persona assistita e dei familiari. Senza dimenticare di prestare molta attenzione alle possibili **differenze culturali**, dato che curiamo anche molte persone di origine straniera. Sono da evitare, da parte di tutto il personale sanitario - ed è un altro punto del documento - atteggiamenti ostili verso la sofferenza del malato e dei caregiver. E' fondamentale stabilire invece una proficua alleanza emotiva con loro".

Anche la **comunicazione con il paziente** è molto importante e "il medico oncologo e il team curante - prosegue il documento - devono garantire il coinvolgimento della persona assistita nel processo decisionale fornendo una informazione adattata ai bisogni individuali e attuando una comunicazione

efficace con pazienti e familiari". Al tempo stesso il personale sanitario deve "fornire al malato gli strumenti conoscitivi del suo stato di salute, al fine di garantirgli la libertà di scelta, non influenzabile da esterni. Il medico e l'assistito devono esercitare il loro ruolo legittimo nella decisione terapeutica, dichiarando le loro preferenze e il razionale della loro scelta, nel tentativo di costruire un consenso sul trattamento più appropriato da applicare".

Gli oncologi, poi, sono obbligati a "mantenere sempre un approccio e un rigore scientifico metodologico non solo nella scelta delle terapie ma anche nella relazione medico-paziente, in base alla medicina basata sull'evidenza". "Alla persona assistita deve inoltre essere garantita la continuità nel rapporto con i propri sanitari - si legge nella Carta di Ragusa - in tutte le fasi della malattia e il medico deve assicurare la condivisione partecipata delle scelte di fine vita, in particolare della '**desistenza terapeutica**', affinché la rinuncia a ulteriori trattamenti non sia avvertita come abbandono, ma come parte dell'assistenza. Il ruolo del curante non è tanto quello di rispettare la dignità del malato, ma di chiedersi quale relazione serva per dare dignità al paziente".

Pazienti, che in Italia, riescono sempre più spesso a sconfiggere la malattia, grazie all'innovazione prodotta dalla ricerca medico-scientifica e alle campagne di screening. "Ogni nuova singola diagnosi rappresenta una sfida sia per l'intera collettività che per il sistema sanitario - aggiunge Pinto - Le **nuove cure** hanno aumentato sensibilmente la sopravvivenza".

"Al tempo stesso, però, molti farmaci presentano costi importanti che influiscono pesantemente sui bilanci degli ospedali e dei conti pubblici. Esiste quindi un problema di equità e accessibilità alle cure che devono sempre essere garantite a tutte le persone colpite dal cancro. Non deve essere il clinico - prosegue la Carta - a far prevalere considerazioni economiche sulla valutazione rischio-benefici delle possibili scelte terapeutiche. E' invece importante che queste considerazioni siano prese ad un livello decisionale più alto e comunque il più lontano possibile dal singolo rapporto medico-paziente".

Il **costo dei trattamenti** deve essere proporzionato alla loro reale efficacia e sicurezza. Devono essere esplorate nuove strategie di rimborsabilità con gli enti regolatori. Per esempio, in futuro si può arrivare a una contrattazione unica del prezzo condotta contemporaneamente alla valutazione Agenzia europea dei medicinali (Ema). In questo modo sarà possibile ridurre le disparità di accesso ai farmaci innovativi tra i diversi paesi del Vecchio Continente. Occorre infatti ridurre il fenomeno delle 'fughe' a livello europeo e delle singole Regioni italiane per accedere ai farmaci innovativi".

Gli ultimi 3 articoli della Carta di Ragusa affrontano il tema della **ricerca**

clinica indipendente che "va sostenuta e incoraggiata, in quanto di interesse pubblico e non a fini di lucro, finalizzata a testare strategie terapeutiche per il miglioramento della pratica clinica. E' auspicabile - prosegue il documento stilato dagli oncologi - un'organizzazione dei Comitati etici che preveda Comitati etici coordinatori (regionali/macroregionali) per l'espressione del Parere unico, e, nell'ospedale dove si svolge la sperimentazione, un Clinical Trial Office, per esprimere un giudizio di fattibilità locale e supportare gli sperimentatori".

La Carta di Ragusa sull'etica in oncologia verrà distribuita, nelle prossime settimane, in tutti gli ospedali italiani a disposizione dei cittadini.