

Il canone è **ZERO** fino al 31/12/2014
SCEGLI IL GIALLO ora non hai più scuse!
CheBanca!

RC Auto e Moto
Risparmi fino al 50%
segugio.it

Salute&Benessere

- NEWS
- SPECIALI ED EVENTI
- VIDEO
- PROFESSIONAL
- SALUTE BAMBINI
- 65+

Sanità Medicina Associazioni Alimentazione Estetica Stili di vita Terme e Spa

ANSA > Salute e Benessere > Medicina > Tumori: potenziare le cure colpendo metabolismo zuccheri

Tumori: potenziare le cure colpendo metabolismo zuccheri

Studio internazionale mostra legame tra cancro e glucosio

29 luglio, 14:55

8+1 0 Tweet 0 Consiglia 0

Indietro Stampa Invia Scrivi alla redazione Suggestisci



Il glucosio è la 'benzina' del tumore al seno: gli zuccheri, infatti, danno nutrimento alle cellule del cancro e le aiutano a proliferare. Modificando il metabolismo del glucosio, allora, sarebbe possibile aumentare l'efficacia delle cure dirette contro il tumore: a sostenerlo è uno studio condotto da un gruppo di ricerca internazionale coordinato da Maddalena Barba, ricercatrice della Divisione di Oncologia Medica B dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma.

La ricerca, in pubblicazione sulla rivista scientifica Oncotarget, è il primo tassello di una serie di studi che vogliono portare questa scoperta direttamente a vantaggio dei malati: "Se i dati saranno confermati da studi successivi condotti in pazienti con caratteristiche sovrapponibili - spiega Antonio Giordano, direttore dello Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine di Philadelphia, che ha lavorato allo studio - è possibile che opportune modifiche dello stile di vita, o la somministrazione di uno o più farmaci diretti contro il metabolismo del glucosio in donne trattate con il farmaco anti-cancro 'trastuzumab' possano tradursi in un aumento dell'efficacia terapeutica e in un incremento della sopravvivenza".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Indietro condividi: [social media icons]

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE:

La perdita di peso che fa paura ai medici

Gli americani hanno scoperto un metodo scioccante per dimagrire. Perdi 20 chili in 3 settimane!
Di più >>

ANSA SALUTE PROFESSIONAL

Farmaci: Aifa a sostegno donazioni medicinali a indigenti
Possibili misure condivise per semplificare procedure

Ordini medici, via obbligo assicurazione da 15 agosto
'Ma mancano regole previste'

Tumori: potenziare le cure colpendo metabolismo zuccheri
Studio internazionale mostra legame tra cancro e glucosio

[VAI AL SITO PROFESSIONAL](#)

SPECIALI ED EVENTI

Accordi europei e nuovi corsi, traguardi degli osteopati Iso

Alimentare: Italia prima in Europa per pesche e nectarine

Produzione stabile, crescono Spagna e Grecia. Dati Cso

A Chianciano centro per 'tagliando' contro malattie croniche

Collaborazione con Università Pittsburgh per medicina preventiva

Bellezza e cosmesi made in Italy, è boom nel mondo

Qualità, sicurezza e innovazione prodotti amate all'estero

Al via 'Pronto soccorso' per problemi sessuali delle coppie

Nascono i primi dipartimenti presso



But must make a treatment decision now

Accedi

VANTAGGI PER L'ABBONATO

ABBONATI SUBITO

RINNOVA IL TUO ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...



multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | Medicina e scienza

Home Dal Governo

DAL GOVERNO

Cure palliative: oppioidi in crescita, cure soprattutto in corsia, il Sud resta indietro. Rapporto della Salute al Parlamento

31 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 3

Recommend 1

g+1 0

Font icons



Gli hospice sono di più al Nord rispetto al Centro-Sud, anche se il numero complessivo è in costante crescita: 221 strutture con 2.307 posti letto.

A livello nazionale è confermato il trend decrescente anche per l'anno 2012 del numero di decessi di pazienti con una patologia neoplastica avvenuti in un reparto ospedaliero per acuti; la diminuzione registrata nel 2012 rispetto al 2011 è più contenuta rispetto a quella registrata tra il 2011 e il 2010.

APPROFONDIMENTI

DOCUMENTI

Il rapporto al Parlamento sulle cure palliative

Significativo è il calcolo dell'indicatore della mortalità ospedaliera rapportata al numero di decessi per neoplasia; l'indicatore, calcolato per il Nord-Est, per il Nord-Ovest, per il Centro, per il Sud e per le Isole presenta un valore particolarmente elevato nel Nord-Est (41,7%), mentre assume un valore particolarmente basso nel Sud (16,9%) e nelle Isole (18,1%). In questo caso sarebbe necessario, per una valutazione appropriata, correlare il dato rilevato con i decessi a domicilio.

Osservando la ripartizione percentuale dei deceduti nei reparti ospedalieri, oltre il 50% dei decessi avviene nei reparti di medicina generale, nel 14% nelle oncologie e 6% nelle geriatrie. Ma non sempre il dettaglio regionale conferma l'andamento nazionale.

Questi alcuni dati del «Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010» che il ministero della Salute ha appena pubblicato sul suo sito e nel quale si analizzano, articolo per articolo, i risultati dell'applicazione della legge. Dati già analizzati su Il Sole-24 Ore Sanità n. 28/2014 (VEDI) e su questo sito (VEDI)

Analizzando l'andamento del numero di decessi a livello regionale, spiega il rapporto, si possono identificare tre gruppi di Regioni: quelle che presentano un valore decrescente in linea con l'andamento nazionale, le Regioni che sono invarianti rispetto l'anno precedente e le Regioni per le quali il numero dei decessi aumenta.

Nel primo gruppo sono classificate le Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Trento,, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Lazio, Molise e Puglia. Nel secondo gruppo

NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

Iscriviti gratuitamente »



Sfoggia Sanità in PDF

Ultima uscita



nr. 29
29 luglio 2014

Sfoggia PDF »

SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA »

Uscite precedenti:

nr. 2822-28 lug. 2014

nr. 2715-21 lug. 2014

Consulta l'archivio »

Gestisci abbonamento »

Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

le Regioni P.A. Bolzano, Umbria, Abruzzo e Basilicata. Nel terzo gruppo Toscana, Marche, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Il primo dato osservabile è che, ad esclusione della Toscana, in tutte le Regioni del terzo gruppo è riscontrabile un consistente minore numero dei decessi nei reparti di medicina generale; in questi casi aumentano i decessi nei reparti di oncologia, geriatria e, frequentemente, nelle terapie intensive. La Toscana, nonostante un lieve aumento dei decessi ospedalieri, presenta una elevata percentuale di decessi nella medicina generale. La Regione Campania presenta la percentuale più alta di decessi nei reparti di terapia intensiva.

Tra le regioni del secondo gruppo, cioè quelle per le quali il dato di mortalità è invariante rispetto l'anno precedente, Bolzano e Umbria riflettono la ripartizione percentuale del livello nazionale, mentre Abruzzo e Basilicata presentano un numero di decessi nei reparti di medicina generale decisamente inferiore della media nazionale.

Infine, per le Regioni del primo gruppo, nel quale si registra un trend decrescente del numero di decessi di pazienti affetti da una neoplasia nei reparti ospedalieri per acuti, escludendo la sola Regione Friuli Venezia Giulia che presenta una percentuale di decessi nei reparti di medicina generale particolarmente elevato, le restanti regioni presentano una ripartizione dei decessi nelle diverse discipline ospedaliere molto simile al dato nazionale. Unica eccezione la Regione Puglia che, a fronte di una diminuzione molto contenuta del numero di decessi, presenta un valore percentuale molto basso della medicina generale con un aumento dell'oncologia.

«La prima riflessione - si legge nel rapporto - alla luce dei dati fin qui esaminati, riguarda la necessità di implementare quanto previsto per le cure palliative ospedaliere nell'intesa del 25 luglio 2012».

Il consumo di farmaci analgesici

Osservando i valori relativi al consumo di farmaci analgesici oppioidi registrato dalle vendite delle farmacie, nel triennio 2011/2013, la spesa si registra un incremento medio nel triennio a livello nazionale pari a circa il 50 per cento.

Nell'analisi a livello regionale, relativamente alla percentuale di incremento della spesa nel triennio 2011/2013, si osserva un aumento dell'importo in tutte le Regioni, con valori più elevati nelle Regioni Campania (73%), Lazio (68%) e Puglia (69%); Basilicata (39%), Abruzzo (40%) e Sardegna (40%) restano, nonostante si registri una crescita costante dei consumi, sempre al di sotto della media nazionale pari al 48%.

La percentuale di incremento più bassa si rileva nella Regione Toscana con il 30%. Appare particolarmente positivo l'incremento registrato in alcune regioni del centro-sud nelle quali, nel passato, sono stati osservati consumi molto contenuti.

Il risultato nazionale confermato dall'analisi dei consumi dei farmaci inclusi nell'allegato III bis effettuato nel periodo 2010-2012 provenienti dalla banca dati [dell'Aifa](#). La tabella n. 10 riporta il valore complessivo e la quota parte utilizzata nella terapia del dolore.

Analizzando la spesa relativa al consumo dei farmaci analgesici non oppioidi sempre nel triennio 2011/2013 si osserva un lieve decremento tra il dato relativo all'anno 2013 (522 milioni di euro) rispetto al dato relativo all'anno 2011 (514 milioni di euro) ma con un consistente aumento di spesa tra l'anno 2012 e il 2013. In questo ambito, confrontando il valore dell'anno 2013 rispetto a quello relativo all'anno 2011, si osserva un decremento del 2% della spesa totale.

Il decremento non viene però confermato nei dati regionali: la diminuzione è particolarmente consistente nelle regioni Basilicata (-12%), Abruzzo (-10%), Sicilia (-10%), è nulla nelle regioni Lazio, Marche e Toscana e si registra un aumento maggiore nelle regioni Lombardia, Valle D'Aosta e nella P.A. di Trento.

Come era già emerso dal passato Rapporto al Parlamento i consumi di farmaci oppioidi nell'ambito pediatrico presentano dei valori di spesa molto contenuti rispetto a quanto osservato per il paziente "adulto".

Dall'esame dei dati relativi al triennio 2011 - 2013 i farmaci in associazione Codeina/paracetamolo sono quelli più utilizzati ma la spesa più elevata si registra osservando il dato relativo al Fentanil e al Fentanil Citrato.

Esaminando il dato della distribuzione regionale della spesa complessiva nel triennio 2011-2013, i valori più elevati si registrano nelle regioni Veneto, Toscana e Lombardia, con un rilevante incremento nella regione Veneto



le cifre del nonprescription

[Sfoggia PDF »](#)

Sanità risponde

Invia alla nostra redazione le tue domande e consulta l'archivio dei quesiti.

[Invia un quesito »](#)

Ultimi quesiti:

▼ TAGLI AI PERMESSI SINDACALI DELLE RSU

Subito dopo l'adozione del DI di riforma della Pa è nata una questione piuttosto delicata e...

▼ I DOVERI DEI CONSULENTI

Nella struttura ospedaliera dove esercito vengono spesso chiamati dei consulenti i quali si...

[Vedi tutti i quesiti »](#)

Rete pediatrica

L'assistenza al paziente pediatrico, rispetto a quanto stabilito per l'adulto, è strutturata seguendo modalità e criteri differenti.

Dall'analisi dei dati relativi alla numerosità dei minori deceduti per patologia neoplastica in ambito ospedaliero il rapporto evidenzia come vi sia un trend in calo (ridotto del 19% dall'anno 2006 all'anno 2011) con tendenza alla stabilità (155 minori nel 2011 – 156 nel 2012) negli ultimi 24 mesi. Questo fa presumere che le CPP e la gestione domiciliare dei bambini oncologici inguaribili, stia diventando, anche se con modalità differenti, un modello assistenziale attuato ed in via di espansione.

Persiste per altro, come evidenziato in tab. n. 16 e fig.n. 5, un'alta percentuale di minori (27,5%) che muore in ambito critico. Una percentuale analoga di bambini (27%) muore in reparto di oncematologia pediatrica, mentre una quota (22%) minore nei reparti di pediatria. Più di 3.000 sono le giornate di ricovero totali, con una degenza media pari a 20 giorni/anno. Sarà importante valutare quanti di questi decessi, per eleggibilità del paziente e situazione clinica e familiare, potrebbero usufruire dei servizi di CPP ed essere gestiti a domicilio.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

ANNUNCI GOOGLE

Prestiti fino a 80.000€

Riservato a Tutti i Pensionati INPS Tasso Fisso Richiedi Preventivo!
www.convenzioneinps.it

Assistenza Stampanti

Centro Assistenza Macchine Ufficio. Vendita Nuovo e Usato
www.alltech-srl.com

Compro Orologi Roiex

Compriamo Con Pagamento Immediato Orologi Di Lusso Di Marca Roiex.
www.cavourologi.it/Compro-Rolex

Lascia il primo commento a questo articolo

Scrivi il tuo commento

Entra nella community per lasciare un commento [Accedi](#) Registrati

[Leggi Termini e condizioni](#)
[Leggi Regole della Community](#)

Invia

Permalink

<http://www.sanita.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2014-07-31/DOLOI>

lug
30
2014

Pani (Aifa): ente con bilancio in attivo, poche risorse e impegni in continuo aumento



ARTICOLI CORRELATI

23-07-2014 | Farmaci in fascia Cnn, Aifa: impegnati a rispettare termine 100 giorni

22-07-2014 | Nuovi farmaci in Usa per malattie ereditarie e oncomicosi

07-07-2014 | Farmaci veterinari: novità per cani e gatti e Aic decadute

L'agenzia italiana del farmaco ha un bilancio in attivo e un numero di risorse tra i più bassi tra quelli delle Agenzie regolatorie europee e garantisce ispezioni, farmacovigilanza e autorizzazioni di farmaci, attività che sono in continuo aumento. È quanto ha riferito nei giorni scorsi **Luca Pani** (foto) direttore generale dell'Aifa in Commissione affari sociali della Camera. «L'agenzia riceve dallo Stato un finanziamento pari al 29%» ha sottolineato Pani «e ogni anno restituisce 72 milioni di euro derivanti dalle Tariffe di autorizzazione dei medicinali, che rappresentano il 52% del budget. In pratica non costiamo nulla. In compenso ha il numero di risorse tra i più bassi tra quelli delle Agenzie Regolatorie Europee: 7 dipendenti per milioni di abitanti, quando in Danimarca ce ne sono 94». Ma la sua attività è in continuo aumento: le ispezioni, tra il 2012 e il 2013, sono aumentate del 19% su siti che producono medicinali nazionali e di quasi il 73% per medicinali internazionali; le autorizzazioni alla produzione di medicinali, dal 2006 al 2013, sono cresciute del 20,8%, passando da 186 a 573; l'attività di farmacovigilanza, è cresciuta del 41% rispetto al 2012, con 41.016 segnalazioni di reazioni avverse. A questi impegni, ha proseguito Pani, si aggiungono «un'imponente attività di informazione indipendente, con risposte a circa 20 quesiti al giorno da parte dei cittadini, il monitoraggio dell'attività promozionale delle industrie, con 70 provvedimenti sanzionatori fino a ora effettuati. Quanto alla farmacovigilanza» ha concluso «il numero di nuovi Registri ha subito un forte incremento nel corso del 2013 con 41 nuovi registri nel 2013 rispetto ai 10 del 2012. Per questo, al fine di dare attuazione alle nuove funzioni attribuite all'Agenzia Aifa andrebbe potenziata in termini di risorse umane ed economiche».

Simona Zazzetta

LA STORIA

Malato di tumore, l'Asl nega i farmaci

- Un 69enne di Torre del Greco affetto da carcinoma al colon trascina in tribunale l'azienda sanitaria
- L'ente ha negato all'uomo l'acquisto di un medicinale necessario per combattere il suo terribile male

DARIO CIOFFI

Torre del Greco

Affetto da un carcinoma colon metastatico, porta l'Asl Napoli 3 Sud in Tribunale per chiedere che provveda all'acquisto dei farmaci necessari per curarsi. È una battaglia di speranza in punta di diritto quella intrapresa da C.D.D., 69enne di Torre del Greco che si è visto negare dall'Azienda Sanitaria locale l'acquisto del Regorafenib, medicinale d'ultima generazione che rappresenta l'unica - possibile e indispensabile - strada terapeutica da seguire per sopravvivere. Il legale del paziente torrese, l'avvocato salernitano Carmine Renzulli, ha presentato ricorso presso la sezione lavoro del Tribunale di Torre Annunziata. L'udienza è stata fissata l'8 agosto.

L'odissea di C.D.D. comincia con la scoperta della malattia e continua dopo la prescrizione medica, da parte di un professore dell'Istituto nazionale tumori Irccs - Fondazione Pascale di Napoli - che, all'esito d'un intervento chirurgico e di numerosi cicli di chemioterapia che avevano raggiunto livelli di tossicità insostenibili, individua il Regorafenib come cura necessa-

ria. Reso disponibile in Italia dallo scorso mese di gennaio dall'azienda farmaceutica Bayer, il farmaco è stato assunto dal 69enne per due mesi, su somministrazione diretta della Fondazione Pascale. Con risultati positivi. Il paziente, infatti, ha riscontrato notevoli miglioramenti delle proprie condizioni di salute, sino a quando ha dovuto improvvisamente sospendere la cura a causa della ridotta disponibilità del farmaco e poiché, nel frattempo, la sua posizione sarebbe dovuta transitare a carico dell'Asl Napoli 3 Sud, territorialmente competente.

C.D.D. ha così provveduto a presentare formale richiesta alla sede centrale dell'Azienda, al Distretto sanitario 57 di Torre del Greco e alla Direzione amministrativa dell'Ospedale torrese "Maresca", affinché fosse acquistato il farmaco, non potendo farlo di persona per oggettivi impedimenti di natura economica. Risposta negativa: «Il farmaco in questione è classificato in classe C NN, non rientrante tra i Lea e pertanto non concedibile».

Ed è qui che inizia la battaglia del 69enne. «Si tratta d'una situazione

frustrante - spiega l'avvocato Renzulli -, che ha spinto i familiari del mio assistito a rivolgersi a svariati enti e istituzioni, tra cui l'Associazione Italiana di Oncologia Medica che sta conducendo, sul punto, una campagna di sensibilizzazione nell'ambito della quale è stato coinvolto anche il Ministero della Salute. Un'iniziativa che sta avendo un importante riscontro sia mediatico che istituzionale, tanto da spingere alcuni esponenti del Parlamento a presentare un'interrogazione avente a oggetto la classificazione dei farmaci cosiddetti C (NN) in ambito oncologico. Inoltre - prosegue il legale - altre Aziende sanitarie locali della Regione Campania stanno già provvedendo ad acquistare il Regorafenib a beneficio di alcuni privati, sia spontaneamente che a seguito della proposizione di ricorsi in sede giurisdizionale. È il caso dell'Asl di Salerno, che ha iniziato a somministrare il farmaco a un paziente da me assistito dinanzi alla sezione lavoro del Tribunale competente». Per C.D.D., che non può acquistare con le proprie risorse economiche il medicinale, è l'ultima speranza. Una battaglia di speranza. Una battaglia per la vita.

L'olio essenziale di Pino combatte il cancro all'intestino

Un nuovo studio mostra come l'olio di Pinus koraiensis inibisca la proliferazione cellulare e la migrazione delle cellule tumorali del colon-retto. Un rimedio dalla Natura contro il cancro



Anche la Natura può fare la sua parte nella lotta al cancro. In particolare, contro quello del colon-retto. In un nuovo studio, pubblicato su *BMC Complementary and Alternative Medicine*, si è infatti esaminato **l'effetto dell'olio essenziale di Pino (Pinus koraiensis) sulle cellule tumorali**, la loro proliferazione e migrazione.

In questo studio, i dottori Sun-Mi Cho, Eun-Ok Lee, Sung-Hoon Kim e Hyo-Jeong Lee del Cancer Preventive Material Development Research Center, College of Korean Medicine, Kyung Hee University in Corea, hanno voluto indagare il meccanismo anticancro dell'olio essenziale di Pinus Koraiensis (EOPK) nelle cellule tumorali del colon-retto HCT116. L'olio essenziale di EOPK è **un composto biologicamente attivo ottenuto dalle foglie di P. koraiensis**.

Nei test condotti in laboratorio, è stata valutata la proliferazione cellulare HCT116 utilizzando due specifici metodi: il Crystal Violet Assay e il BrdU Cell Proliferation Assay Kit. Per invece valutare gli effetti dell'EOPK sulla migrazione cellulare, i ricercatori hanno eseguito il test Wound-Healing Assay.

Oltre a questo, gli autori hanno valutato l'impatto dell'olio essenziale sulla soppressione della proteina PAK1 – **coinvolta nella migrazione delle cellule tumorali** – nei segnali extracellulari regolati dalla chinasi (ERK) e l'espressione di AKT (una proteina chinasica B o PKB). Per fare ciò, i ricercatori hanno utilizzato un metodo chiamato siRNA-mediated PAK1 knockdown. Le modifiche all'espressione e la fosforilazione di PAK1 e suoi effettori (modulatori di molecole) sono stati determinati mediante la tecnica biochimica Western Blot, detta anche immunofissazione, che si utilizza per identificare una specifica proteina in una miscela di proteine. Le modifiche all'Actina del citoscheletro cellulare sono state determinate eseguendo un saggio (assay) di immunofluorescenza.

I risultati finali dello studio hanno mostrato che EOPK ha **diminuito in modo significativo la proliferazione delle cellule HCT116 e la loro migrazione**. In più ha indotto l'arresto di G1 senza intaccare le cellule normali. Inoltre, l'olio essenziale di Pino ha soppresso l'espressione di PAK1, ridotto ERK

e la fosforilazione di AKT nelle cellule HCT116. Infine, EOPK ha soppresso la beta-catenina (una sub-unità del complesso proteico), la ciclina D1 (un'importante componente della regolazione del ciclo cellulare) e l'espressione CDK4/6 (la ciclino-dipendente K).

A conclusione dello studio, Cho e colleghi ritengono che l'olio essenziale di Pino sia in grado di ridurre in modo significativo la proliferazione e la migrazione delle cellule tumorali del colon-retto. Inoltre, «EOPK ha soppresso l'espressione di PAK1 in modo dose-dipendente, e questa soppressione di PAK1 ha portato all'inibizione di ERK, AKT e l'attività della beta-catenina. I nostri risultati suggeriscono che **EOPK esercita la sua attività antitumorale mediante l'inibizione dell'espressione PAK1**, suggerendo che potrebbe essere un potente agente chemioterapico per il tumore coloretale».

<http://www.lastampa.it/2014/07/31/scienza/benessere/medicina-naturale/olio-essenziale-di-pino-combatte-il-cancro-allintestino-JuNYmgYVS5gcLIXtljpuN/pagina.html>



S

Salute: allarme dermatologi, sbalzi meteo rovinano la pelle

Fabio Rinaldi (Ihfr), colpiti soprattutto bambini e anziani

30/07/2014 13:55

Consiglia **Condividi** Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.

Roma, 30 lug. (AdnKronos Salute) - Allarme dei dermatologi: gli sbalzi meteorologici dell'ultima settimana provocano irritazioni alla pelle e mettono a rischio anche i capelli. A dirlo è Fabio Rinaldi, docente alla Sorbona di Parigi e presidente della International Hair Research Foundation (Ihfr), che segnala effetti negativi sulla pelle e sui capelli per colpa del passaggio repentino dal sole alla pioggia e delle ripetute e significative escursioni termiche a cui abbiamo assistito nelle ultime settimane. "Anche in giornate nuvolose - spiega il

dermatologo - il sole c'è lo stesso. Certo, il vento diminuisce la sensazione del calore, ma dalle nuvole i raggi filtrano lo stesso. Questi sbalzi termici provocano un accumulo di calore a livello della pelle, attenuato poi dall'umidità e dal freddo, con una conseguente alterazione dei vasi sanguigni che crea sicuramente ulteriori rischi di irritazioni o danni, come ad esempio, nella migliore delle ipotesi, eritemi, orticarie e luciti, che possono rovinare le vacanze, ma anche danni più gravi che, accumulandosi di anno in anno, possono diventare cronici e sfociare anche in tumori della pelle". "Un'attenzione particolare, in tal senso, va prestata anche al cuoio capelluto: importante è proteggere non solo i fusti, ma anche i bulbi che, se riportano un danno, possono provocare una caduta di capelli molto importante", afferma. Secondo Rinaldi, più a rischio sono i bambini fino a 12 anni. "E' indubbio - afferma il presidente dell'Ihfr - che il sole, utile alla sintesi della vitamina D, che aiuta la formazione delle ossa, serva ai bambini, ma l'esposizione deve avvenire con moderazione e nelle ore più fresche della giornata, ma soprattutto con l'ausilio di una protezione potente e magari facendo anche indossare ai più piccoli delle magliette che possano proteggere la pelle anche quando si fa il bagno. Importante è anche un'alimentazione molto corretta e specifica per l'esposizione ai raggi del sole: l'ideale è far mangiare ai bambini macedonie con tutta la frutta possibile, specie quella rossa, che contiene antiossidanti, ma anche pesce, che contiene acidi polinsaturi. Adottare un sistema di protezione mangiando bene, infatti, è utile quanto, se non di più, di un filtro solare adeguato". Un'attenzione particolare meritano anche gli anziani. "Man mano che l'età avanza - ammonisce Rinaldi - la pelle diventa sempre più sottile e atrofica, i capillari si dilatano e il corpo va incontro a problemi di circolazione venosa: occorre quindi stare di più all'ombra, proteggersi il più possibile e alimentarsi nella maniera migliore per portare all'organismo acqua e proteine utili per ristrutturare la pelle. Le persone anziane, inoltre, sono particolarmente soggette alla comparsa di macchie cutanee e altri segni difficili da mandar via, per cui la prevenzione è sicuramente la cosa più utile".

Mercoledì 30 LUGLIO 2014

Corte dei Conti. Relazione flussi cassa 2011-13: spesa sanitaria Regioni stabile nel triennio

Crescono invece i pagamenti correnti degli enti dei Servizi sanitari regionali: da 113,8 miliardi del 2011, a 119,2 miliardi del 2013. Sul fronte degli acquisti, i beni sanitari rappresentano la parte più consistente: nel 2013 hanno assorbito il 12,41% del totale.

Nel corso del triennio 2011-13 la spesa sanitaria delle Regioni, caratterizzata prevalentemente da trasferimenti, evidenzia una sostanziale stabilità. Nel 2013, infatti, la spesa resta, sostanzialmente, sui livelli del 2012, dopo l'aumento, seppur contenuto (+1,47%), segnato rispetto al 2011. E' quanto emerge dalla relazione della Corte dei Conti concernente 'Gli andamenti della finanza territoriale – analisi dei flussi di cassa per gli anni 2011-2012-2013' elaborati sulla base dei dati del Sistema informativo delle operazioni degli enti pubblici (Siope).

Sul versante degli **enti dei Servizi sanitari regionali**, si evidenzia un andamento in crescita dei pagamenti correnti: da 113,8 miliardi del 2011, a 119,2 miliardi del 2013. Si tratta però di cifre che potrebbero essere ritoccate in aumento per effetto di operazioni non collegate al Siope, in quanto gestite da enti attualmente non previsti dal sistema, come le centrali di committenza. Sul versante riscossioni, invece, nel periodo considerato le entrate dovute a riscossioni tra enti sanitari pubblici oscillano tra 9,6 e 10,1 miliardi.

Nel complesso, sono **rimasti inutilizzati** circa 3,6 miliardi, pari al 15% delle risorse disponibili, nonostante l'evidente carenza di liquidità del comparto, come sembra dimostrare il diffuso ricorso alle anticipazioni di cassa, in aumento rispetto al precedente esercizio.

Gli acquisti di beni sanitari, che rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, ecc. I pagamenti effettuati per questi acquisti risultano pari a 11 miliardi nel 2011 (9,29% del totale pagamenti), 13,3 miliardi nel 2012 (10,82% del totale pagamenti) e 15,3 miliardi nel 2013 (12,41% del totale pagamenti).

Un'osservazione specifica della Corte riguarda gli interventi normativi finalizzati alla revisione della spesa corrente, dalla quale è emersa, da una parte, l'insufficienza di misure organiche idonee a determinare effetti stabili di una revisione selettiva, dall'altra parte l'attuale carenza di valide alternative all'imposizione di specifici obiettivi di risparmio garantiti in ogni caso da misure di recupero sulle risorse disponibili.

Per quanto riguarda **la spesa di personale del comparto Regioni ed autonomie locali**, dalla rilevazione Sico emerge che il comparto, complessivamente, occupa circa 550.000 dipendenti. La spesa totale dell'intero comparto ammonta a circa 15 miliardi di euro. Nel 2012, per l'insieme degli enti esaminati a livello nazionale, la spesa media per un dipendente regionale ammonta a 35.050 euro, a fronte di 27.780 relativi al dipendente comunale e di 28.358 per il dipendente provinciale. La spesa media per il personale dirigente è di 92.735 nelle Regioni, 87.054 nei Comuni e 96.554 nelle Province.

La **distribuzione non uniforme del personale sul territorio nazionale**, con punte di maggiore concentrazione nelle Regioni del Sud e in Sicilia, si riflette anche sul rapporto di incidenza tra dipendenti e dirigenti, mentre nel complesso delle Regioni l'incidenza è di un dirigente ogni 17 unità di personale, nei Comuni diventa di 1/60 e nelle Province di 1/40, con significative variazioni da Regione a Regione.

Sul piano della spesa, il comparto Regioni e Province autonome fa registrare **movimenti di cassa in uscita con ritmo crescente** (201,2 miliardi di euro nel 2011, 208,1 miliardi nel 2012 e 256,1 miliardi nel 2013). I maggiori importi sono imputabili a spesa corrente (141,7 miliardi di euro nel 2011, circa 142 miliardi nel 2012, e 144,7 miliardi nel 2013), la metà della quale è assorbita da cinque enti regionali (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Piemonte).

Le **spese in conto capitale** rappresentano una parte molto esigua in rapporto al totale dei movimenti in uscita (pagamenti); infatti, dette spese sono pari a 3 miliardi di euro nel 2011 (2,53% del totale pagamenti), 2,6 miliardi nel 2012 (2,12%) e 2,5 miliardi nel 2013 (2,03%), con una riduzione a fine triennio di circa -507,5 milioni di euro (-16,82%).

Le **operazioni finanziarie**, che non dovrebbero sostanzialmente incidere sull'acquisizione o sul consumo di risorse (costituendo mere partite contabili, di cui, peraltro, non è possibile avere contezza nel dettaglio), in quanto la parte più consistente degli importi è sintetizzata in una generica voce residuale, assommano a 1,8 miliardi nel 2011 (1,54% del totale pagamenti), a 2,2 miliardi nel 2012 (1,79%) ed a 1,8 miliardi nel 2013 (1,38%).

L'INTERVISTA / L'EPIDEMIOLOGO SAVERIO BELLIZZI DI MEDICI SENZA FRONTIERE

“Il pericolo è remoto, la malattia si trasmette solo per contatto diretto”

“Non si propaga per via aerea, l'incubazione va dai due ai ventuno giorni”

“Per la sua dinamica è difficile che possa arrivare fin qui”

PAOLOG. BRERA

ROMA. Saverio Bellizzi, infettivologo di Medici Senza Frontiere, fino a poche settimane fa era in Africa a combattere contro l'epidemia di Ebola.

Come avviene il contagio?

«Per contatto diretto con una persona ammalata, che ha sintomi molto evidenti. Il virus non si trasmette per via aerea».

Può sbarcare in Italia?

«Il rischio che arrivi dalle coste a Sud è abbastanza remoto, non siamo in una situazione di allarme».

Perché?

«Per la dinamica della malattia, che ha un andamento tempestoso. In una settimana o dieci giorni si sviluppano sintomi che, senza trattamenti adeguati, portano rapidamente alla morte. I migranti hanno almeno un anno di viaggio alle spalle per attraversare il Sahara e trovare il modo di salpare».

E i voli dall'Africa?

«È una questione di cui si occupa l'autorità aeroportuale inglese, ma tutti gli aeroporti nelle aree a rischio prendono la temperatura dei viaggiatori con sistemi efficaci, e si compilano moduli per verificare i sintomi. È molto improbabile vedere un malato di Ebola

girare in un aeroporto: ho chiesto a un paziente guarito, mi ha detto che la fatica che ha provato era la somma complessiva di tutte le fatiche di tutte le malattie che aveva avuto, compresa la malaria. I pazienti hanno una febbre devastante, sono stanchissimi, è difficile anche solo metterli in piedi. Come puoi entrare in contatto con persone così, toccandole o armeggiando coi loro liquidi biologici o con il loro sangue?».

E chi è rientrato da una zona a rischio?

«Non basta esserci stati per sospettare di aver contratto la malattia. Bisogna aver avuto un contatto stretto, lavato o toccato una persona visibilmente ammalata ed essersi poi portati le mani al naso o alla bocca».

Quali sono i sintomi?

«La febbre a 38 o 38,5, di solito

accompagnata da mal di gola. Poi arrivano fatica intensa, diarrea, vomito, dolori articolari e addominali, cefalea... E la febbre diventa molto alta».

Chi ha un dubbio cosa deve fare?

«Il medico valuterà se e dove fare accertamenti. Nella maggior parte dei Paesi africani ora è stagione delle piogge, è probabile semmai che abbia contratto la malaria. L'incubazione di Ebola va da 2 a 21 giorni: se sviluppa la febbre dopo 4 settimane dal ritorno dall'Africa è sicuro che ha altro».

Cosa succede a chi si ammala?

«Viene isolato per monitoraggio e trattamento: idratazione, nutrizione, farmaci per patologie associate. Si mira a tenere il corpo in buona condizione per permettergli di combattere il virus, che si replica giorno dopo giorno indebolendolo sempre più».

“**I sintomi sono febbre molto alta, dolori articolari e una grande spossatezza. Un malato non sta in piedi**”



L'infettivologo di Msf Saverio Bellizzi



La ginecologa

“La gravidanza è importante
Ma quei bimbi appartengono
soltanto ai genitori biologici”



Il medico
Giuliana
Cozza,
ginecologa
e ricercatri-
ce alla Sa-
pienza di
Roma

ROMA

La ginecologa Giuliana Cozza, ricercatrice all'Università La Sapienza di Roma, non ha dubbi: «Il caso esploso al Pertini è inverosimilmente complicato, ma i gemelli appartengono ai genitori biologici».

La donna che tra poche settimane li partorirà ha però un legame forte, indissolubile con i bimbi, attraverso il cordone ombelicale. Questo non contribuisce a renderli figli suoi?

«La gravidanza è certamente un periodo importante. La donna alimenta e gestisce la crescita del feto: si occupa del bambino che nascerà. Questo è fondamentale e prezioso, ma non basta».

Perché?

«La genetica vince su tutto il resto. E, da un punto di vista genetico, i due gemelli sono estranei alla coppia gestante. Erediteranno tutto il patrimonio genetico dai ge-

nitatori biologici: i loro colori, le loro malattie, le loro caratteristiche fisiche. L'ambiente è fondamentale per lo sviluppo psico-fisico di un bambino, ma lo è altrettanto il patrimonio genetico che lo ha creato».

Ma la mamma naturale, per la nostra legge, è quella che partorisce. Possibile che non possa rivendicare diritti totali?

«Il problema enorme è proprio il vuoto legislativo in materia. In Italia non viene riconosciuta la madre surrogata. Mi perdoni l'espressione, che suona un po' cruda, ma per capirci si tratta di colei che mette a disposizione l'utero dove l'embrione può poi svilupparsi. Questo

sarebbe proprio un caso di madre surrogata, nonostante l'inconsapevolezza, perché legata all'errore dell'ospedale. Ma non essendo previsto giuridicamente, la signora che metterà alla luce i gemelli sarà identificata come la madre naturale. Il padre biologico, invece, potrà avanzare la richiesta di riconoscimento di paternità».

Questo sarebbe proprio un caso di madre surrogata, nonostante l'inconsapevolezza legata all'errore dell'ospedale

Da un punto di vista medico quindi i genitori veri quali sono?

«Innegabilmente quelli biologici. Il caso, tuttavia, è psicologicamente e legalmente controverso».

[GRA. LON.]



IL CASO PERTINI

Il pm: l'esposto sugli embrioni è da archiviare

La donna pensava di essere la madre biologica dei gemelli

Grazia Longo A PAGINA 11

Le tappe della vicenda

- **Dicembre 2013**
1 - Un'infermiera del Pertini scambia le provette di due coppie fra le sei che stanno ricorrendo alla procreazione assistita.
- **Marzo 2014**
2 - Una delle donne scopre l'errore, un'altra denuncia il caso scoprendo di non essere lei la madre biologica.
- **Luglio 2014**
3 - I genitori biologici fanno ricorso per avere i 2 gemelli. Ma la coppia gestante ribatte: «Sono figli nostri».

Embrioni scambiati La prima inchiesta verso l'archiviazione

Non avrà seguito l'esposto della donna che credeva di essere la madre genetica. Ma la battaglia prosegue

GRAZIA LONGO
ROMA

La battaglia giudiziaria sullo scandaloso scambio di embrioni all'ospedale Pertini non è che all'inizio.

È vero, la pm Claudia Alberti ha chiesto al gip l'archiviazione del fascicolo. Ma si tratta delle indagini relative all'esposto della donna che era erroneamente convinta di essere la madre biologica dei due gemelli.

Né la coppia dei veri genitori biologici, né quella gestante ha mai finora presentato denuncia penale sul drammatico errore. Mentre Teresa (nome di fantasia) lo scorso 14 aprile, assistita dall'avvocato Pietro Nicotera, si era presentata in Procura per chiedere l'apertura di un'inchiesta. Sappiamo come è andata: il test del Dna, attivato dai carabinieri del Nas, ha ri-

velato che i genitori biologici

non hanno nulla a che vedere con l'esposto in procura. Lo stesso vale per Francesca, che tra poche settimane diventerà mamma e suo marito Paolo. Nomi falsi, dolore vero. Stress e tensione non sono certo d'aiuto a così poca distanza dal parto.

«Aspettiamo che nascano i gemelli - afferma il loro avvocato, il professor Michele Ambrosini - poi ci muoveremo nelle opportune sedi legali. E non solo civili. E molto dipende dagli elementi costitutivi dell'esposto. Come si è visto dalla richiesta di archiviazione sul sull'unico fascicolo sinora aperto in Procura».

La stessa ipotesi vale per i genitori biologici che, intanto tramite il loro avvocato, hanno già avviato un ricorso d'urgenza al Tribunale civile di Roma. Chiedono un intervento immediato per poter avere i gemelli

che vogliono registrare all'anagrafe come propri figli.

La vicenda dei quattro genitori che si contendono i gemelli - un maschio e una femmina - è talmente complicata e complessa da suscitare polemiche e discussioni sia in ambienti giudiziari e sanitari, sia religiosi e filosofici. Per una legge italiana risalente al 1939, la madre è colei che partorisce. All'epoca non esisteva la procreazione assistita e quindi su tutto il resto di questa drammatica vicenda c'è un vuoto legislativo enorme.

Si impone dunque un interrogativo. Può un giudice emettere un provvedimento in presenza di un vuoto normativo? Sembra piuttosto improbabile. E comunque, se ciò invece avvenisse, dovrebbero quanto meno essere prima convocate le due coppie in contenzioso. Assisteremo a questa strategia a così poco tempo dalla nascita dei gemelli?

L'avvocato della gestante

Aspettiamo che nascano i gemelli poi ci muoveremo nelle opportune sedi legali E non solo civili

Il legale dei genitori biologici

Noi andiamo avanti Sono convinto che i miei assistiti troveranno giustizia in tribunale

Il legale dei genitori biologici è ottimista: «Sono convinto di ottenere giustizia in tribunale». Ma lo è altrettanto il professor Ambrosini: «La mia cliente è la mamma certa, e sull'eventuale richiesta di riconoscimento della paternità da parte del padre biologico, è ancora tutto da discutere. Sotto vari punti di vista, da quello bioetico e religioso a quello legislativo. Non a caso ho promosso, a settembre, un convegno a Urbino».

Tra i tanti riflessi dello specchio triste che è questa storia, non va neppure trascurato quello dell'epigenetica, a favore della coppia gestante. La ricerca scientifica prova le diverse capacità di attivazione, di «adeguamento», del Dna in base all'ambiente.

Quanto a un decreto legge, in tempi brevi, per colmare il vuoto legislativo sul caso, si apprende che il Ministero della Salute - per ora - non lo ha neppure preso in considerazione.

Il nome del padre

MARIA NOVELLA DE LUCA

LA RICERCA delle radici. L'albero da cui si proviene, nel nome del padre, ma soprattutto della madre. Quali sono i diritti di un figlio adottato, o nato da una fecondazione eterologa, di conoscere la propria origine? Ed è giusto che l'anonimato di una "madre segreta" o di un donatore di gameti venga svelato per rispondere al bisogno di un figlio o di una figlia di riallacciare i legami di una storia interrotta? C'è un filorosso che in questa estate mutevole congiunge tre fatti, sui quali in autunno il Parlamento sarà chiamato (non senza difficoltà) a scrivere o a riscrivere norme. E per tutte e tre le questioni il concetto contestato, auspicato o controverso è "l'anonimato". La legge sulle adozioni, il cui testo di riforma è già in discussione alla Camera. La fecondazione eterologa, i cui temi più spinosi sono stati rinviati dal ministro Lorenzin all'Aula. Il caso sempre più doloroso delle provette scambiate all'ospedale Pertini di Roma, che con i suoi insanabili quesiti etici, giuridici, e morali mostra già un drammatico vuoto legislativo. Ma tutto ruota intorno al diritto-divieto per i figli delle tante nuove forme di famiglia, di spezzare il segreto sulla propria nascita.

Gli ex bambini delle "madrì segrete" ad esempio, adulti che da anni si battono perché la famosa

"legge dei cento anni" venga rivista o abolita. La legge italiana permette infatti che nell'assoluto anonimato una donna possa partorire in ospedale, consegnare il proprio figlio allo Stato perché lo dia in adozione, con la certezza che le sue generalità non saranno mai rivelate, se non allo scadere dei cent'anni dal parto. Nel dicembre scorso la Corte Costituzionale, dopo una lunga battaglia dei comitati per il diritto alle origini biologiche, ha chiesto al Parlamento di rivedere appunto l'articolo 28 della legge sulle adozioni, ritenendolo penalizzante nei confronti dei figli.

In commissione Giustizia, spiega il relatore Giuseppe Beretta del Pd, la discussione è già iniziata da tempo, ma le posizioni sono tutt'altro che vicine. «Non sono soltanto le forze politiche ad essere divise, ma anche tutte le associazioni che si occupano di adozioni. La preoccupazione è che togliendo il vincolo della segretezza, molte donne, oggi sempre più immigrate clandestine e irregolari, invece di partorire in ospedale scelgano l'aborto o addirittura scelte più estreme. Sul l'altro fronte però ci sono i figli, il cui diritto alla conoscenza delle origini è ritenuto fondamentale dalla Corte Costituzionale... Dunque il nostro compito è cercare un punto di mediazione». E la mediazione potrebbe essere un testo che riforma l'articolo 28 della legge 184, in cui si prevede che compiuti i venticinque anni un figlio possa rivolgersi al giudice per contattare la "madre segreta". E chiederle (sempre che si

riesca a rintracciarla) se è disponibile ad un ripensamento, a rimuovere cioè il patto di anonimato e dunque a incontrare quel neonato abbandonato tanti anni prima in un momento di difficoltà.

Ma è proprio la parola "abbandono" che disturba una giudice di lunga e consolidata esperienza come Melita Cavallo, presidente del Tribunale per i Minori di Roma. «Non dobbiamo più definire questi bambini "abbandonati", è uno stigma che si portano appresso per tutta la vita. Credo che sia giusto per un giovane accedere alle proprie origini, prima di tutto quelle sanitarie. E con cautela dovrebbe essere possibile anche per una madre revocare il segreto se vuole essere rintracciata».

La realtà però è assai più complicata, precisa con franchezza Cavallo. «Queste donne, sole e disperate, si presentano senza documenti, danno identità fasulle, e se sono migranti passano e vanno altrove. Ciò che a noi arriva sono informazioni scarsissime e frammentarie. E poi, in verità, nella mia esperienza su migliaia di adozioni, sono pochissimi i figli che si presentano chiedendoci di aprire le famose buste che custodiscono la loro identità. Dove raramente poi trovano ciò che cercano». Eppure come racconta Monica Rossi, che oggi ha 40 anni, due bambini, ed è nata da "parto anonimo", «rintracciare chi ti ha messo al mondo, un volto, una voce è un bisogno esistenziale insopprimibile, oggi il diritto tutelato troppo dalle madri per nul-

la i figli». Monica fa parte del "Faegn", associazione "Figli adottivi e genitori naturali". «Ho due ottimi genitori adottivi e due splendide bambine. Eppure di mia madre dopo un ricorso al tribunale ho potuto sapere soltanto che è morta. Non il suo nome dunque, e nemmeno un luogo su cui portare un fiore». Un dolore che non si cancella. Per Monica Rossi il testo su cui sta lavorando la commissione Giustizia è un buon punto di partenza. «Deve essere consentito ai tribunali di rintracciare le madri segrete. Perché dopo tanti anni forse quella donna potrebbe essere cambiata e desiderare anche lei di ritrovare il suo bambino diventato adulto».

Forse sì. Forse no. Ed è un giurista come Stefano Rodotà ad indicare quanto la strada della caduta dell'anonimato sia un campo minato. «Sia nel caso del parto anonimo, sia nel caso di figli nati da fecondazione eterologa, penso che l'unico vero diritto da garantire riguardi i dati sanitari. Salvaguardare cioè la tutela della salute. Ma su tutto il resto, ossia il nome e il cognome di chi ha chiesto esplicitamente di restare sconosciuto, bisogna avere estrema cautela. L'interesse del figlio deve essere bilanciato con quello della madre, e con quello del donatore o della donatrice di gameti, in caso di procreazione eterologa».

Rodotà spiega che passare dal silenzio al "diritto incondizionato di conoscere le proprie origini" potrebbe essere un passo troppo forte. A cominciare ad esempio dalla fuga dei donatori, come è

avvenuto nei paesi dove è stata imposta la rintracciabilità anagrafica di chi aveva donato il seme o l'ovocita. Senza contare le delusioni ormai ben note, di adolescenti che dopo aver rintracciato i propri fornitori di gameti, si sono ritrovati di fronte dei perfetti sconosciuti per nulla inclini a diventare, effettivamente, padri o madri.

Eppure anche qui la situazione è controversa. Molti psicologi infatti consigliano ai genitori di raccontare ai propri bambini come sono nati, svelando il segreto di quel terzo protagonista che ha contribuito a farli venire al mondo. Ma esattamente come per le adozioni qui ci si dovrebbe fermare. Come ad un figlio non biologico si racconta che è nato dal cuore e non dalla pancia, senza bisogno di aggiungere altri dati sulle origini, lo stesso dovrebbe avvenire con l'identità dei donatori di gameti.

Avverte Rodotà: «I diritti vanno riconosciuti ma bilanciati. E sinceramente penso che sia per la fecondazione eterologa che per le "madri segrete" l'anonimato vada salvaguardato. Cercare dopo 25 anni una donna che ha fatto la scelta di affidare suo figlio allo Stato può essere vissuto come una violenza, quasi una colpevolizzazione per il gesto compiuto tanti anni prima». Difficile trovare una mediazione. Aldo, adottato a pochi mesi in un istituto del salernitano, con l'aiuto dei genitori ha rintracciato due anni fa, una sorella affidata ad una famiglia di Roma. «Di nostra madre sappiamo soltanto che era povera e sola. Quando ci penso provo una gran pena. Ma aver potuto conoscere mia sorella ha colmato in parte la notte della mia nascita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA LEGGE SULLE ADOZIONI
Potrebbe cadere il vincolo della segretezza. Oggi una donna può partorire in anonimato e consegnare il figlio allo Stato perché lo dia in adozione. Le sue generalità saranno rivelate dopo 100 anni dal parto

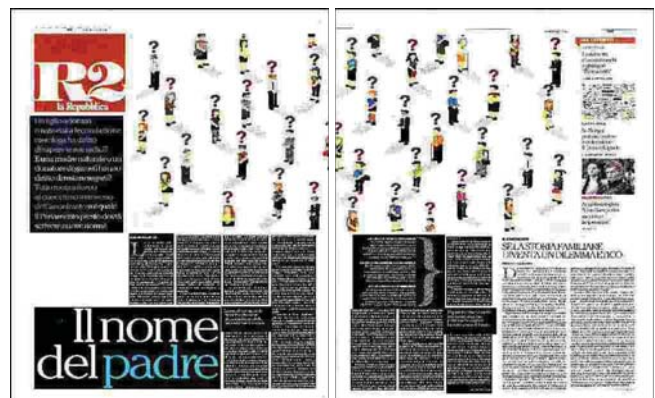
LA FECONDAZIONE ETEROLOGA
Le decisioni sulla conoscenza della modalità del concepimento e, a determinate condizioni, anche delle proprie origini per i bambini nati da fecondazione eterologa sono state rinviate alla discussione dell'Aula

LO SCAMBIO DI EMBRIONI
In assenza di norme è controverso definire chi sono i genitori dei gemelli concepiti con uno scambio di embrioni al Pertini di Roma: se la donna che li porta in grembo e il marito, o quelli che hanno dato il patrimonio genetico

Togliendo i vincoli molte immigrate irregolari potrebbero scegliere l'aborto invece del parto

La questione riguarda da vicino chi viene al mondo in una delle nuove forme di coppia

Un figlio adottato o nato dalla fecondazione eterologa ha diritto di sapere le sue radici? E una madre naturale o un donatore di gameti hanno diritto di restare segreti? Tutto ruota intorno al concetto controverso dell'anonimato sul quale il Parlamento presto dovrà scrivere nuove norme



QUI LE MAMME SONO TUTTE IN AFFITTO

Spinte dai soldi (pochi per noi, tantissimi per loro) vanno in una clinica chiamata del «grande desiderio». Mentre in Italia si stanno approvando le linee guida per la fecondazione eterologa, da ogni angolo del mondo tante coppie che non riescono ad avere un figlio vengono qui, in India, a scegliere una madre surrogata.

di Marta Ghelma - foto di Bruno Zanzottera

Diventare genitori a tutti i costi. O quasi. Per le coppie che desiderano un figlio, ma non possono affrontare una gravidanza, il ricorso all'utero in affitto rappresenta forse l'ultima, più estrema e controversa sfida medica e legale. Vietata in Italia, dove la surrogazione di maternità costituisce una pratica preclusa dalla legge 40 contenente le norme in materia di procreazione medicalmente assistita, la genitorialità genetica è invece riconosciuta in altri paesi come gli Stati Uniti, il Canada, la Spagna, l'Ucraina e la Russia.

L'ingresso dell'India nel fruttuoso business del cosiddetto «turismo procreativo», un giro d'affari che nel solo subcontinente è stimato intorno ai 2,3 miliardi di dollari all'anno, fa leva sul bisogno. Di soldi, per quelle donne che, dopo nove mesi di indiscutibile sacrificio fisico ed emotivo, ricevono un compenso equivalente a dieci anni di lavoro, ovvero circa 4 mila dollari. E di famiglia, per chi è disposto a ricorrere alla fecondazione di una madre surrogata, con seme e ovuli propri o provenienti da donatori e donatrici tramite concepimento in vitro.

Un trattamento non poco controverso che, in una nazione già puntualmente definita come «la culla del mondo», ha un prezzo che si aggira intorno ai 30 mila dollari, cioè meno di un terzo rispetto alle ingenti cifre richieste negli States. Ne sa qualcosa Nayna Patel, fondatrice dell'Akanksha Infertility Clinic di Anand, la piccola ma efficiente «clinica del grande desiderio» sorta nel 2004 in un'anonima e caotica cittadina dello stato indiano del Gujarat. L'energica dottoressa, portata alla ribalta internazionale dopo essere stata ospite di Oprah Winfrey, ha già visto nascere ben 769 bambini con la tecnica della maternità surrogata. I 571 aspiranti genitori provenienti da 42 paesi diversi (la clinica è off limit per single e coppie omosessuali) sono poi così ripartiti: 164 residenti in India, 195 emigrati indiani e 212 stranieri. Tra di loro non c'è nessun passaporto italiano. «Riceviamo

sempre più richieste dal vostro Paese» commenta Patel. «Purtroppo non possiamo accettarle per i gravi problemi di riconoscimento anagrafico che sorgono al rientro in Italia dei neonati». Nel caso di una sentenza di condanna per il reato di alterazione di stato civile, in effetti, la coppia di turisti procreativi rischierebbe dai cinque ai 15 anni di carcere. «A chi punta il dito contro il mio lavoro contrapponendo alla pratica dell'utero in affitto questioni etiche o economiche rispondo che non c'è alcun motivo di criticare la bontà di questo importante traguardo tecnologico. Negare la possibilità di diventare madre, quando di fatto la scienza ormai lo consente, equivale a impedire a un malato di cancro di accedere alle cure mediche».

Fu la storia di una nonna-mamma indiana che, per carenza di fondi economici e mancanza di uteri disponibili, decise di prestare il proprio alla figlia emigrata in Gran Bretagna, il primo caso a far riflettere la dottoressa Patel sulle enormi proporzioni dell'«akanksha», il grande desiderio in lingua gujarati. Il costante aumento dell'infertilità di coppia, il conseguente proliferare della domanda di gestanti d'appoggio e l'ampia fascia di disperazione raggiunta dagli strati più poveri dell'India è il resto della storia. Kelly McKee, 41 anni del Colorado, ha da poco varcato la soglia dell'Akanksha Infertility Clinic per sottoporsi all'estrazione degli ovuli. «Resterò qui per circa un mese con mio marito John. Poi ci vorranno altri 30 giorni per sapere se è andato tutto a buon fine» riferisce la donna. «Io invece sono venuta da sola e tornerò a New York solo dopo la nascita del mio bambino» le fa eco l'afroamericana Linda Remy. Al vicino hotel Rama Residency, diventato in pochi anni l'indirizzo temporaneo delle coppie in cerca di un figlio, c'è chi si trattiene soltanto il tempo necessario per le cure e chi si ferma per «vivere» l'intera gravidanza accanto alle gestanti. Certo è che queste ultime, sistemate in un edificio a due piani adiacente all'Akanksha chiamato «house of surrogate», vi restano dall'apertura della pratica medica fino a un mese prima del parto. Rigorosamente cesareo, perché le nascite devono essere programmate

in modo tale che i futuri genitori possano presenziare con certezza (quasi) matematica al lieto evento. «All'inizio le ragazze trascorrevano la gravidanza nei loro villaggi» racconta Patel. «Ma ci siamo resi conto che il loro profondo stato di indigenza avrebbe inciso sulla salute del nascituro. Mi riferisco a malnutrizione, lavori pesanti, carenza di igiene, talvolta anche violenza». La famiglia di Rekha, 27 anni, incinta di 6 mesi alla sua seconda maternità surrogata, ogni domenica fa visita alla clinica di Anand percorrendo a piedi i 30 chilometri che la separano dalla casa d'origine. «La nostra bambina ha solo tre anni e sua madre vive lontano da noi, ma ci servono i soldi per comprare una casa e per farla studiare» commenta il marito. Lì accanto, Gemayel, Salma, Shabanu e le altre madri surrogate provenienti dalle località più lontane trascorrono il tempo scrivendo sms, pregando e partecipando a laboratori di cucina, informatica, inglese o sartoria. «Superata la metà della gravidanza» spiega Aspita «la dottoressa Patel celebra una cerimonia di augurio per i bimbi che portiamo in grembo. Ci vestiamo con i sari più belli, ci trucchiamo gli occhi con il kajal e a ciascuna ragazza viene assegnato un nuovo nome. Tra una settimana mi chiameranno tutte Latika».

Nonostante le regole della clinica prevedano che le ragazze possano partorire per procura al massimo tre volte e debbano avere tra i 21 e i 35 anni e già almeno un figlio naturale, il distacco psicologico tra la partoriente e il nascituro resta ancora un gap difficile da affrontare. «Gli acquirenti sono una coppia di brasiliani» commenta con aria rassegnata Dariya mentre dalla sala parto escono due gemelli. «Il mio bambino avrà invece un papà e una mamma giapponesi» dice un'altra. Strano? No, rispondono in coro le ragazze. Ad Anand sembrano tutti felici: i neogenitori con i figli, le donne indiane con in tasca la dote per la famiglia e la dottoressa Patel per il capitale economico e «umano» dalla clinica. «Abbiamo già una bimba di 2 anni nata all'Akanksha Infertility Clinic» confessano i coniugi Dalal, expat indiani a Dubai. «Ora siamo tornati per avere un secondo figlio. Per noi è anche importante, finché sarà possibile, mantenere un rapporto con le ragazze. Non sappiamo se sarà un maschio o una femmina: in India, la pratica della determinazione prenatale del sesso è vietata». E se qualcuno sollevasse dei dubbi di carattere religioso sulla pratica, Patel ha la risposta pronta. «Fu proprio Lord Krishna il primo figlio della maternità surrogata». Le divine melodie del flauto di Krishna suonano anche per i bambini di Akanksha. ■

L'UTERO «IN AFFITTO»: CHI LO VIETA E CHI NO.

La maternità surrogata è di due tipi: «tradizionale», quando la madre in affitto è anche la madre biologica del nascituro (ovvero questi viene concepito impiantando il seme del padre) e di «gestazione» (quando sono trasferiti nella madre surrogata embrioni formati da seme e ovociti di padre e madre o eventuali donatori). Sebbene accettata in alcuni paesi, la maternità in affitto è tuttora molto controversa. Non solo per ragioni etiche o di diritto, ma anche per la natura dei contratti: commerciali (a pagamento) o volontari (senza compenso).

UNIONE EUROPEA

La pratica è vietata nella stragrande maggioranza dei paesi Ue, Italia compresa. È consentita solo in Belgio, Repubblica Ceca e Gran Bretagna.

USA

Le norme variano ampiamente da stato a stato. In alcuni è consentita, in altri regolamentata, in altri ancora vietata.

RESTO DEL MONDO

Praticata da molti anni in Canada, più di recente è arrivata in Russia, Georgia, Armenia e Ucraina (che, però, in seguito ad alcuni scandali, aveva deciso di vietarla agli stranieri). Lecita anche in Sudafrica e Argentina. E, da ultima, in India che, per i prezzi concorrenziali, ne ha fatto un vero business. Al punto che nel 2010 otto paesi Ue, a partire dall'Italia, chiesero alle cliniche di Mumbai di frenare il fenomeno.

Un bebè nato da una gravidanza surrogata all'Akanksha Infertility Clinic di Anand, nello stato indiano del Gujarat, con la mamma.



QUI LE MAMME SONO TUTTE IN AFFITTO

Spinte dai soldi (pochi per noi, tantissimi per loro) vanno in una clinica chiamata del «grande desiderio». Mentre in Italia si stanno approvando le linee guida per la fecondazione eterologa, da ogni angolo del mondo tante coppie che non riescono ad avere un figlio vengono qui, in India, a scegliere una madre surrogata.

di Martina Galassi - foto di Bruno Zanichetti

Nayna Patel, la dottoressa fondatrice della clinica dove si pratica la gravidanza surrogata.





1 John e Kelly McKee sono venuti dal Colorado per prendere un bimbo dell'ospedale.

2 Isjasbingh e Vijaya Sandhu con i due gemelli Sara e Viraj, sono arrivati dallo stato indiano del Maharashtra.

3 Una coppia di americani in attesa del colloquio preliminare.

4 Tarun Dal con la moglie e la bimba di due anni nata all'Akanksha Infertility Clinic. Ora sono qui per un secondo figlio.



L'epidemia Medici senza frontiere: diffusione fuori controllo e gli Stati Uniti alzano il livello di allerta



Vittima Uomini della task force sanitaria in Liberia portano via il corpo di una donna morta di Ebola per bruciarlo (Ahmed Jallanzo/Ansa)

Ebola spaventa Europa e Usa

Londra: è una minaccia

L'Istituto superiore di sanità rassicura: nessun rischio

L'Europa rassicura e stanziando fondi. L'Istituto superiore di Sanità esclude gli scenari più gravi. Ma Obama si dice preoccupato. Gli Usa alzano il livello d'allerta. E Londra lancia l'allarme. In tutto questo l'epidemia in Africa occidentale si aggrava e rischia di estendersi ad altri Paesi. Liberia e Sierra Leone chiudono uffici, scuole e luoghi di aggregazione.

Ebola ora fa paura anche lontano dai focolai. «Il virus è una minaccia per il Regno Unito», ha detto alla Bbc il ministro britannico degli Esteri Philip Hammond, annunciando che presto l'esecutivo di David Cameron terrà un «Cobra meeting», una di quelle riunioni convocate per questioni urgenti, proprio sulla questione. La Commissione europea stanziando altri due milioni di euro (portando i fondi a 3,9 milioni) per combattere la malattia in Africa, ma spiega anche che sono «bassissimi» i rischi che l'epidemia arrivi nel Vecchio Continente. E se anche dovesse succedere, Bruxelles fa sapere che l'«Ue è attrezzata per ri-

spondere all'eventualità che il contagio si estenda». «Non c'è nessun rischio che qualche persona che abbia contratto il virus Ebola in Africa arrivi nel nostro Paese e faccia innescare un focolaio epidemico», ragiona Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. Ma, certo, «l'epidemia in corso è comunque senza precedenti — spiega l'esperto all'Agi — sia per numero di persone colpite che per estensione, per cui è auspicabile un rapido intervento internazionale da parte degli operatori per contenere quanto più possibile la diffusione del virus».

Quanto sta succedendo in Africa però preoccupa gli Stati Uniti: il Center for diseases control (Cdc) di Atlanta ha deciso di alzare la sorveglianza e si prepara a un eventuale arrivo del virus. «La probabilità che la malattia si propaghi al di fuori dell'Africa occidentale è molto bassa — sostiene Stephan Monroe, responsabile del Cdc —, ma comunque dobbiamo essere pre-

parati anche a questa possibilità».

L'Organizzazione mondiale della sanità ha chiesto la creazione di una task force di oltre duecento specialisti (medici, virologi, clinici, rianimatori) per supportare le attività di sanità pubblica nelle zone interessate. «Si tratta di un fenomeno senza precedenti e assolutamente fuori controllo, la situazione non fa che peggiorare, per cui si sta nuovamente estendendo, soprattutto in Liberia e Sierra Leone», ha denunciato il direttore delle operazioni di «Medici senza frontiere», Bart Janssens, in un'intervista al quotidiano *La Libre Belgique*.

Il bilancio globale — da marzo — è di almeno 1.201 casi accertati e 672 decessi da quando, all'inizio dell'anno, l'epidemia è scoppiata prima in Guinea, per estendersi poi in Liberia e Sierra Leone. Tra le vittime c'è anche Sheik Umar Khan, 39 anni, il medio-eroe che combatteva contro Ebola. Il virus martedì scorso è stato segnalato anche in Nigeria dove si è registrato il



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

primo caso mortale.

Il governo della Sierra Leone ha chiuso teatri, cinema, bar. In Liberia i vertici del Paese hanno disposto la chiusura di tutte le scuole e — con l'aiuto dell'esercito — la messa in quarantena di diverse comunità per cercare di contenere il più possibile l'epidemia. La federazione calcistica ha sospeso ogni gara. Non solo. Il governo ha deciso di dare una licenza di 30 giorni a tutto il personale «non essenziale» dell'amministrazione. Mentre la compagnia aerea africana Asky ha sospeso i voli da e per Monrovia e Freetown, capitali di Liberia e Sierra Leone, «a causa della crescente preoccupazione per il diffondersi del virus».

Leonard Berberi

sessuali con persone infette. Non esiste cura o vaccino

Il virus



La scoperta

Il virus Ebola prende il nome dalla valle nella Repubblica Democratica del Congo, dove nel 1976 scoppiò la prima epidemia in un ospedale missionario



I precedenti

I più gravi sono stati nel 2000 in Uganda (425 contagi e 224 morti) e nel 2007, in Congo e Uganda (413 contagi e 224 morti). Nel 2014, i contagi sono già 1.201



Il contagio

Avviene principalmente tramite il contatto diretto con sangue infetto, feci e sudore o rapporti