

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

## Bebè 'Einstein' con latte di mamma, più intelligenti se allattati al seno



Nuove conferme sui benefici del latte di mamma, questa volta per sviluppare l'intelligenza. E' quanto ha stabilito uno studio dell'Università Federale di Pelotas (Brasile) pubblicato su 'Lancet Global Health'. I ricercatori hanno seguito 3.500 bebè, di tutti i ceti sociali, fino all'età adulta scoprendo che i piccoli allattati al seno per più tempo (anche per più di un anno), avevano da grandi punteggi più alti nei test del quoziente d'intelligenza. Oltre a maggiori possibilità di fare carriera e guadagnare di più.

Secondo Bernardo Lessa Horta, autore della ricerca, "il latte materno può offrire un vantaggio rispetto a quello in polvere perché è una buona fonte di acidi grassi saturi a catena lunga, essenziali - precisa lo scienziato - per lo sviluppo del cervello". Sulla stessa linea anche Kevin Fenton, direttore nazionale del Dipartimento di salute e benessere del Public Health England: "C'è una forte evidenza - spiega alla 'Bbc' - che l'allattamento al seno possa fornire alcuni benefici per la salute dei bambini. Ad esempio, può ridurre le infezioni respiratorie e gastrointestinali durante l'infanzia. Mentre sul legame latte materno-intelligenza ancora abbiamo poche ricerche".

"Questo studio è però molto interessante - prosegue Fenton- perché ha seguito i bambini fino ai 30 anni esaminando anche una serie di altri fattori correlati all'intelligenza, come l'istruzione e il reddito raggiunto dai bebè allattati al seno".

<http://la.repubblica.it/salute>

## Menopausa precoce, dalle vampate segnale d'allarme per la salute del cuore

Due studi presentati al congresso dei cardiologi americani suggeriscono che questo disturbo andrebbe considerato come nuovo fattore di rischio cardiovascolare nelle giovani donne, da considerare per individuare quelle più a rischio di infarto e correre dunque ai ripari

di *MARIA RITA MONTEBELLI*



Le fastidiose 'vampate', disturbo e a volte tormento di tante donne negli anni intorno alla menopausa, potrebbero rappresentare un importante campanello d'allarme per la salute del cuore, secondo i risultati di due studi presentati al congresso dell'American College of Cardiology. In particolare, se le vampate compaiono un po' troppo presto, intorno ai 40 anni, potrebbe essere la spia di qualcosa che non va a livello dei vasi. Gli esperti la chiamano disfunzione endoteliale, cioè malfunzionamento del rivestimento interno di un vaso arterioso. L'endotelio è una sottile membrana che gioca un ruolo importante nella coagulazione del sangue, nell'infiammazione, nella funzione immunitaria e nella formazione di nuovi vasi sanguigni. Il suo malfunzionamento può portare a problemi delle coronarie, i vasi che nutrono il cuore e di altre arterie.

Fino ad oggi si è sempre pensato che le vampate fossero solo un fastidio, al massimo un problema di qualità di vita. Ma non è così. Soprattutto se compaiono nelle donne giovani possono rappresentare un segnale di pericolo, una bandierina rossa per la salute del cuore e dei vasi. Questo disturbo potrebbe dunque essere usato per individuare le donne ad alto rischio cardiovascolare per intervenire in maniera energica sul loro stile di vita e sulla correzione degli altri fattori di rischio.

Il primo studio ha interessato 189 donne, intorno o subito dopo la menopausa, nelle quali è stata valutata la relazione tra la presenza di vampate e la capacità di dilatazione dei vasi arteriosi, un marcatore di funzionalità endoteliale. Il numero e la durata delle vampate è stato registrato fedelmente da un monitor che le donne

dovevano indossare per 24 ore, mentre la capacità di dilatazione delle arterie è stata valutata attraverso un'ecografia delle arterie del braccio, che riflettono bene il comportamento delle arterie del cuore, le coronarie.

Lo studio ha dimostrato che più frequenti erano le vampate durante le 24 ore, peggiore era la capacità di dilatarsi delle arterie; ma questa correlazione è risultata evidente solo nelle donne più giovani, quelle con meno di 52 anni, mentre era assente nelle donne di età superiore. Molto importante, nel definire le vampate come fattore di rischio cardiovascolare, è risultato il loro numero nelle 24 ore. Le cinquantenni che presentavano 10 o più vampate al giorno, presentavano una capacità di vasodilatazione dimezzata rispetto alle altre, segno che in loro la disfunzione endoteliale era molto più marcata.

"La funzione endoteliale - commenta l'autrice dello studio Rebecca C. Thurston, docente di psichiatria, psicologia ed epidemiologia dell'Università di Pittsburgh - è un parametro molto importante per la salute dei vasi ed è spesso la prima cosa a deteriorarsi nel processo che porta all'aterosclerosi; per questo è considerato un marcatore precoce di rischio cardiovascolare".

Il secondo studio è stato condotto su 104 donne in post-menopausa di 67 anni di età media, non in terapia ormonale sostitutiva e con segni di malattia cardiaca; tutte facevano parte del Women's Ischemic Syndrome Evaluation, uno studio che sta valutando le caratteristiche peculiari delle donne nello sviluppo delle malattie cardiovascolari. La presenza di vampate è stata valutata mediante questionario e le donne sono state assegnate a gruppi diversi a seconda dell'assenza completa di vampate, della comparsa delle stesse in età precoce (a 42 anni o prima) o normale (dai 42 anni in poi).

Anche in questo caso, le donne che riferivano una comparsa precoce delle vampate sono risultate quelle con la minore capacità di vasodilatazione rispetto a quelle che avevano manifestato il disturbo in età più avanzata o che non le avevano mai avute. In generale, oltre il 70% delle donne presentava vampate e sudorazioni notturne durante il periodo di passaggio verso la menopausa. Questi sintomi vasomotori si associano a disturbi del sonno, depressione e scarsa qualità della vita in generale.

Le vampate sono un'intensa sensazione di calore accompagnate da un arrossamento della pelle, soprattutto a livello del tronco e del viso, e da sudorazione; si ritiene siano scatenate dalla carenza degli ormoni femminili e dal tentativo che fa il corpo di dissipare calore nel contesto di un malfunzionamento generale del 'termostato' interno.

"Le vampate - prosegue Thurston - compaiono in un momento della vita di una donna contrassegnato da un aumento del suo rischio cardiovascolare. Poiché gli attuali algoritmi di rischio cardiovascolare non sempre predicano accuratamente la possibilità di comparsa di una malattia cardiaca nelle donne di mezza età, riuscire a comprendere meglio il ruolo dei sintomi vasomotori sulla salute dei vasi potrebbe aiutarci a individuare con maggior precisione le donne a più alto rischio".



## Gli scienziati tirano il freno: «Non manipolate i gameti»

«Nature» pubblica  
la prima richiesta  
firmata da autorevoli  
ricercatori di una  
moratoria sugli  
esperimenti che  
applicano la terapia  
genica all'inizio della  
vita umana, con  
effetti incontrollabili

**H**anno pubblicato un appello sulla rivista scientifica *Nature*. Sono studiosi molto noti nella comunità scientifica internazionale, a partire dal primo firmatario, Edward Lanphier, presidente della Alliance for Regenerative Medicine, a Washington – un'organizzazione internazionale che raccoglie più di duecento fra associazioni, compagnie e istituzioni dedicate alla ricerca nell'ambito delle scienze della vita – nonché presidente e direttore generale della Sangamo Bioscience a Richmond, in California. Nell'appello chiedono una moratoria sulla manipolazione genetica di gameti umani, ovociti e spermatozoi.

I firmatari si occupano di terapie geniche: applicano particolari manipolazioni genetiche per eliminare anomalie alla base di malattie gravi e incurabili (è il *gene editing*, una specie di "chirurgia genetica" in cui enzimi "ritagliano" il Dna in posizioni specifiche, per modificarne le informazioni genetiche contenute, riscrivendole o cancellandole). Per alcune di queste patologie la Sangamo già conduce sperimentazioni promettenti (Hiv-Aids e beta-talassemia) approvate dalla Fda, l'autorità di farmacovigilanza americana, nelle quali viene modificato il Dna di cellule somatiche, cioè



di cellule del corpo umano, diverse dai gameti.

Gli autori dell'appello sono allarmati dalla possibile applicazione di questa tecnica ai gameti e agli embrioni, applicazione che ritengono sia già avvenuta e di cui ipotizzano che a breve saranno pubblicati i primi risultati. Si tratterebbe di manipolazioni dalle conseguenze a tutt'oggi imprevedibili, conoscibili solo dopo la nascita di bambini sviluppati dagli embrioni così modificati, e che potrebbero anche manifestarsi dopo anni.

**L**anphier e colleghi ritengono pericoloso applicare il *gene editing* finché non si riesca a dimostrarne la sicurezza in risultati riproducibili su più generazioni, e chiedono un confronto all'interno della comunità scientifica internazionale per discutere sui rischi connessi alla manipolazione genetica dei gameti umani.

Non si tratta di problemi etici per gli obiettivi terapeutici della terapia genica (cui gli stessi firmatari stanno già lavorando): perché opporsi alla correzione di anomalie genetiche alla base di gravi patologie incurabili? Il problema nasce quando si modificano gameti ed embrioni umani anziché cellule somatiche, ed è un nodo anzitutto scientifico e di sicurezza sanitaria: a oggi, semplicemente, di queste applicazioni non siamo in grado di valutare le conseguenze. Si tratterebbe di sperimentazioni a dir poco azzardate, quando non di veri e propri atti criminali: si manipolerebbero gameti e/o embrioni, per vedere poi "l'effetto che fa" sui bambini che nascono. Gli studiosi che hanno redatto l'appello temono che applicando così il *gene editing* la tecnica, tanto promettente in altri ambiti, ne risulti screditata. Il fatto è che oramai le sperimentazioni sugli esseri umani sembrano aver consolidato modalità schizofreniche: rigore e percorsi condivisi per nuovi farmaci e terapie, anarchia e mercato per fecondazione assistita e sperimentazione sugli embrioni. Benvenuto, quindi, l'appello su *Nature*, che pone il problema di una sperimentazione corretta e rispettosa dell'integrità delle persone, a cominciare da chi potrebbe nascere da queste sperimentazioni. Perché non c'è etica se non si parte da una buona scienza.

**Assuntina Morresi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## letture

# Una sola? Di mamme ce ne sono quattro

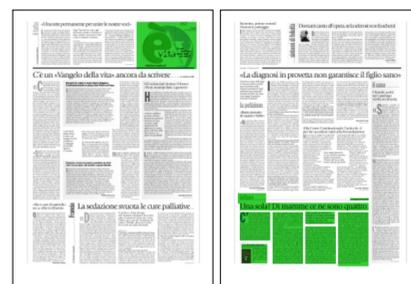
di Eugenia Roccella

*Dallo scambio di embrioni in ospedale al via libera all'eterologa in Italia: il nuovo libro-reportage di Eugenia Roccella sulla manipolazione della maternità*

**C'**è chi pensa che la fecondazione eterologa, effettuata cioè con gameti estranei alla coppia, sia semplicemente una modalità come un'altra della procreazione assistita. Una volta accettato che l'embrione possa essere non il frutto di un rapporto d'amore tra un uomo e una donna, ma il prodotto di una manipolazione in laboratorio, una tecnica vale l'altra. Non c'è la relazione, non c'è il calore affettivo, non ci sono i corpi: l'incontro di uno spermatozoo e di un ovocita nella provetta riecheggia la famosa e surreale frase di Lautréamont, «l'incontro fortuito su un tavolo di dissezione di una macchina da cucire e di un ombrello». Ma le tecniche non sono tutte uguali. L'eterologa spalanca la porta al mondo nuovo, alla filiazione destrutturata e fai-da-te, al "bambino sullo scaffale", visto cioè come un oggetto, certamente prezioso, ma reperibile sul mercato, selezionato e modellato secondo i propri desideri, e acquisito grazie a uno o più contratti.

Il caso degli embrioni scambiati, avvenuto in un ospedale romano, è esemplare, e fa emergere tutte le insanabili e inquietanti

contraddizioni della nuova genitorialità. (...) È una fecondazione eterologa involontaria, in cui non esiste un patto legale con cui il padre e la madre genetici cedono i propri diritti di genitori: tutte e quattro le persone coinvolte reclamano i figli come propri. Di chi sono, allora, i gemelli? Qual è la "vera" mamma, il "vero" papà? La verità è che, per quanto la legge possa tentare di offrire qualche risposta, e benché tutti si affrettino a denunciare vuoti legislativi, ogni volta che c'è un problema eticamente e giuridicamente complesso, spesso i problemi nati dalle nuove tecnologie sono insolubili. La legge può cercare di aggiustare la situazione, di ridurre il danno, ma a volte finisce persino per aggravare le cose. Come è accaduto con la recente sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, che, per sanare la situazione incerta di un bimbo nato da utero in affitto (pratica illegale in Italia), ha stabilito che per il principio del maggior interesse del bambino, questi deve rimanere con chi ha



instaurato con lui un rapporto di cura, a prescindere dal legame biologico, dalle modalità della nascita e dell'affidamento. Per assurdo, se io rapissi un bambino e riuscissi a tenermelo il tempo sufficiente a far nascere una relazione affettiva, poi lo potrei tenere: magari andrei in galera, sconterei una condanna, ma il bimbo ormai sarebbe "mio". Una sorta di usucapione, che apre più problemi di quanti non ne risolve.

Ma l'elemento che caratterizza la nuova filiazione, il fatto forse più disturbante e nuovo, è la fine della maternità. Di mamma non ce n'è più una sola, ce ne possono essere fino a quattro, oppure nemmeno una; e questo rapporto che la natura ha voluto così forte, viscerale, indissolubile, fondante per ogni creatura umana, è sfilacciato e frantumato fino a diventare irrilevante, fino a dissolversi. Da sempre ognuno di noi nasce nel corpo di una donna, e la mamma è – oltre ogni retorica – la certezza necessaria ad ogni bambino, la continuità con la sua vita prenatale, un prolungamento di sé da cui man mano impara a staccarsi, prendendo coscienza della propria identità. Nel mondo nuovo, a cui la fecondazione eterologa introduce, nessuna certezza è possibile, e la mamma è una figura labile, che può moltiplicarsi o anche scomparire. Come è scomparsa in una immagine che qualche tempo fa ha fatto il giro del mondo, la foto di un uomo a petto nudo che stringeva a sé, pelle contro pelle, un bimbo appena nato. L'uomo, emozionato, felice, aveva accanto a sé il compagno, ma nessuna donna. La donna che aveva appena partorito quel bimbo, ingaggiata probabilmente con regolare contratto, nella sequenza fotografica era già messa ai margini, espulsa. Chissà se un giorno quel bambino la cercherà, la vorrà conoscere. Chissà come saranno i bambini nati nel mondo nuovo.

♦ **La «fine della maternità»**

Esce *Fine della maternità*. Il caso degli embrioni congelati e la fecondazione eterologa di Eugenia Roccella (Cantagalli, 112 pagine, 10 euro). Pubblichiamo la presentazione.





## il caso

### I bimbi scelti sul catalogo verità scomoda

«**S**intetico», secondo la Treccani, significa «non proveniente dall'elaborazione di organismi animali o vegetali». Ché non se lo è inventato lo stilista Domenico Dolce – dettosi non convinto dai «figli della chimica, i bambini sintetici» nati da maternità surrogata o fecondazione eterologa – come fa un gay ad avere un figlio. Se si tratta di un uomo, non di certo attraverso il suo grembo, né grazie all'amore con la propria compagna. Se si tratta di donne, l'incontro camale non è funzionale. Quindi è necessario trovare in qualche modo tutti gli ingredienti e, appunto, sintetizzarli in provetta impiantandoli in un corpo per ottenere un bambino, il prodotto di un processo di laboratorio che non implica alcun contatto fisico del padre con la madre. Nel *Mondo nuovo* tecnocratico – come lo prefigurò nel 1932 Aldous Huxley –, in cui vige uno spietato libero mercato ai danni dei soggetti più deboli, sono molti i modi in cui una coppia gay può avere figli geneticamente (almeno in parte) propri. E tutti prevedono tanti soldi.

**N**el caso di due donne così come di una donna sola o con un marito infertile, in molti Paesi è possibile utilizzare il seme di un donatore anonimo, scelto da un catalogo. Si è scoperto che in passato molti fra i donatori erano seriali e hanno contribuito a generare centinaia di fratelli, spesso ignari delle proprie origini. Talvolta le donne partecipano entrambe alla gravidanza, una con gli ovociti e l'altra con l'utero: l'illusione di avere due madri non cancella però il quesito, solitamente sollevato già durante l'infanzia e l'adolescenza, sull'identità paterna. Per due uomini ottenere un figlio è più complicato e costoso. Ipotizzando che non siano coinvolte amiche o familiari femmine, la coppia gay acquista un ovocita da fecondare e affitta un utero in cui impiantarli. Tutti e due possono donare il seme e sorteggiare uno dei due barattoli anonimi (così da non sapere chi sia il padre biologico) oppure volare in California, dove è legale mixare i semi dei due: entrambe le opzioni sono state utilizzate da Elton John per avere due figli a pagamento con il compagno. Anche le donatrici sono selezionate da un catalogo, attraverso un'agenzia specializzata. Al contrario degli uomini, però, il procedimento



per ottenere i loro gameti è impegnativo e rischioso per la salute: per questo la maggior parte delle donatrici ha un gran bisogno di soldi oppure non è a conoscenza dei rischi.

**L'**embrione ottenuto, in mancanza di una madre, necessita di un'incubatrice. Negli anni la funzione è stata scelta da donne votate alla causa, donne occidentali in difficoltà economiche e donne poverissime reclutate nel terzo mondo. Come accade per le auto, le fasi di produzione e assemblaggio del prodotto-bambino sono state delocalizzate dove hanno costi minori (50mila dollari). Salvo che in rari casi, ci sarà una sovrabbondanza di padri o madri ma mancherà sempre almeno uno dei due genitori, la cui identità corrisponde a un elenco di caratteristiche e a un numero su un'etichetta: con buona pace di Elton John, più che dell'amore sembrano figli della chimica. E dell'economia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Anonimato e diritto a sapere anche l'eterologa impone regole



CHIARA SARACENO

**C**ONOSCERE le proprie origini è un passaggio fondamentale nella formazione della propria identità. Per questo, da tempo, la legge italiana sull'adozione richiede che i genitori adottivi non le nascondano ai figli adottati. Ma, ovviamente, il diritto a conoscere le proprie origini non può fermarsi qui. Riguarda anche la conoscenza della propria identità biologica, quindi dei dati sulla salute, le caratteristiche genetiche di chi ci ha generato fisicamente. Giustamente, un emendamento della legge in discussione presso la Commissione Giustizia della Camera sull'accesso all'identità della donna non riconosce il proprietario stipula che tali informazioni vadano raccolte e trasmesse al Tribunale dei minori in modo che siano messe a disposizione sia del nato che dei suoi genitori adottivi.

Ma il diritto a conoscere le proprie origini riguarda anche il conoscere la persona che ci ha messo al mondo. Il diritto a chiedere (al Tribunale dei minori) chi sia la donna che ha partorito è riconosciuto in tutte le legislazioni occidentali e anche in quella italiana, una volta che si siano compiuti i 18 anni (salvo casi particolari in cui il Tribunale consideri l'informazione dannosa per il richiedente), se la donna lo consente. Finora non è tuttavia permesso nel caso in cui la donna abbia partorito—in ospedale—sotto anonimato, come afferma una civile legge a protezione sia delle donne sia dei nascituri. Raccomandazioni dell'Onu e una sentenza della Corte Europea del 2012 hanno messo sotto accusa questa eccezione, costringendo a valutare ex novo l'equilibrio tra il diritto della donna all'anonimato e alla privacy, lungo tutta la sua vita, e il diritto di chi ha messo al mondo, appunto, a conoscere le proprie origini. Di questo si occupa appunto la legge in discussione alla Commissione Giustizia. Si tratta di una questione chiaramente molto delicata. Alla forza e legittimità della domanda "da dove ven-

go" e "perché non sono stato accettato come figlio/a" si contrappone la necessità di non provocare sconquassi in vite che sono andate avanti, in famiglie e relazioni che nulla sanno di quell'evento lontano di cui sono state protagoniste donne abbastanza generose da partorire in tutta sicurezza per il bambino, oltre che per sé, ma non in grado di fare da madri. Il diritto a sapere non può essere esercitato contro il diritto a non farsi conoscere. La proposta di legge in discussione prevede che, diventati adulti, coloro che sono nati in questo modo possano rivolgersi al Tribunale dei minori, "anche avvalendosi del personale dei servizi sociali, che contatta la madre senza formalità" per chiederle se è disposta a sciogliere l'anonimato.

L'assenza di formalità dovrebbe proteggere la donna dal ricevere una convocazione che farebbe fatica a spiegare ai propri famigliari. Sembra tuttavia una protezione molto fragile, esposta ad ogni sorta di falla. In Francia, dove esiste una legge sul diritto al parto anonimo simile a quella italiana, hanno istituito un'agenzia apposita, con professionalità specifiche, che si occupa di raccogliere sia la disponibilità delle donne ad essere eventualmente contattate, sia le richieste degli adulti alla ricerca delle proprie origini. La messa in contatto avviene solo se incontra la progressiva dichiarazione di disponibilità della donna. Questa è una soluzione sicuramente consigliabile per il futuro. Rimane il pregresso, che richiede prudenza maggiore, perché riguarda scelte effettuate in condizioni normative diverse che non possono essere semplicemente ignorate. Una buona campagna di informazione sulla possibilità di sciogliere l'anonimato in modo riservato potrebbe essere utile.

Un'ultima osservazione: le tecniche di riproduzione assistita con donatore o donatrice aprono ancora un altro scenario per il diritto a conoscere le proprie origini. Sarà bene pensarci da subito. Altrimenti, come già avviene in alcuni Paesi, uomini donatori di sperma e donne donatrici di ovuli si troveranno ricercati, senza averlo messo in conto, da persone nate con il loro contributo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



R2/LA COPERTINA

Cercando mamma e papà  
la caccia delle figlie di nessuno

MARIA NOVELLA DE LUCA E CHIARA SARACENO

# Cercando mamma e papà

Anna, Emilia, Maria  
Rosaria, figlie di nessuno,  
vissute nei brefotrofi  
degli Anni '50. Come altri  
300mila neonati. Adesso

alcune di loro hanno  
deciso di abbattere quel  
muro invalicabile: scoprire  
l'identità dei genitori  
biologici. E fare pace con  
il segreto delle loro origini

Hanno portato le loro  
medagliette di latta di ex  
"esposte" col volto della  
Vergine e la matricola

MARIA NOVELLA DE LUCA

**A**NAPOLI  
VEVO cinque anni, o  
poco di più. Fu la si-  
gnora che vendeva  
il latte a dirmelo:  
"Lo sai che sei una  
figlia della Madonna?". No, non  
lo sapevo, ma un'infinità di tempo  
dopo ho compreso cosa vo-  
lesse dire...». Anna Arcchia ha  
54 anni e il cuore sereno di chi ha  
chiuso un cerchio. «Venivamo  
adottati in segreto. In un matri-  
monio non avere discendenti

era una vergogna. Chi fossi ve-  
ramente l'ho scoperto da sola,  
soltanto alla morte dei miei ge-  
nitori, comunque amatissimi. Allora ho finalmente fatto pace  
con quel mistero...». Una ne-  
bbia che si dirada, fa capire An-  
na, un buio che s'illumina. Per-  
ché Anna è una delle migliaia di  
bambine abbandonate alla na-  
scita, a cui l'Italia nega ancora  
oggi la possibilità di rintraccia-  
re il nome della propria madre  
"segreta". Figli e figlie del co-  
siddetto "parto anonimo", mes-  
si al mondo da donne che chie-  
devano di "non essere nomina-  
te". Un esercito di ex "esposti ed  
esposte" che si batte oggi per  
cambiare la legge sulle adozi-  
oni, e far cadere il divieto che im-  
pedisce a chi è stato lasciato in  
culla e poi adottato, di accedere  
alle proprie origini.

L'appuntamento è davanti al-  
l'ingresso maestoso e in disarmo  
dell'ex brefotrofo dell'Annunzia-  
ta di Napoli, uno dei più grandi  
d'Europa, tra i vicoli inquieti di  
Forcella, di fronte alla Real Casa  
dei bambini abbandonati, aperta  
fin dal 1400 e chiusa nel 1984. An-  
na, Emilia, Maria Rosaria e Mari-  
nella hanno portato le loro meda-  
gliette di ex "figlie della Madon-  
na". Un ovale di latta, il volto della



Vergine, e dietro il numero di matricola, J-125, A-200, B-350, testimonianza indiretta dell'incredibile numero di neonati che ancora negli anni Sessanta, venivano partoriti e poi lasciati negli istituti. Centomila madri segrete, dal 1950 ad oggi, trecentomila forse i bambini senza nome. Come Anna e le altre, tutte tra i cinquanta e i sessant'anni, adottate infanti all'Annunziata, che per aggirare i divieti della legge, il vuoto di documenti senza nome, si sono improvvisate detective di se stesse, cercatrici di genitori e di identità, e sono riuscite avventurosamente a ritrovare le proprie famiglie d'origine.

Riannodando fili di memoria. C'è chi ha assoldato investigatori privati, chi agenzie specializzate. Anche se poi, quasi sempre, a vincere è stato il fai da te. Il nome di un'ostetrica, un foglietto nascosto tra le carte dei genitori adottivi, l'indicazione di un paese, i registri comunali, un appunto sul "diario di crescita" del brefotrofo, una balia centenaria, qualcuno che ancora sapeva e ricordava "quella donna portata a partorire lontano...". Frammenti di storie sepolte, di un'Italia dove le ragazze madri (spesso sedotte o violate) venivano nascoste durante la gravidanza, e poi costrette ad abbandonare i loro neonati negli immani orfanotrofi dell'epoca. L'Annunziata, gli Innocenti, i Martinitt di Milano, l'ostello di Villa Pamphili a Roma. Ragazze anche minorenni e quasi sempre ignare della irrevocabilità del loro gesto. Mosaici di esistenze che tessera dopo tessera, si sono trasformati in incontri con madri, fratelli, raramente padri. A volte in delusioni e rifiuti. In Italia, in Canada, in Francia, addirittura in Australia, come nel caso di Maria Rosaria De Rosa, ex infermiera, che mostra felice il video con l'anziana madre a Melbourne. «Per ritrovarla ho fatto il giro del mondo, e il Dna ha confermato la nostra parentela. Era una povera ragaz-

za che s'innamorava troppo facilmente, e restava incinta. La fecero emigrare in Australia. Per me che ho avuto due genitori adottivi terribili, incontrarla ha significato trovare serenità. Ma anche per lei. Le ho chiesto: "Mamma, perché non mi hai mai cercato?". E lei: "Potevo forse toglierti ad un'altra madre?"».

Anna Arecchia fa la professoressa di matematica, è presidente del "Comitato per il diritto alle origini biologiche", e mamma di due ragazzi. «Compreso cosa volesse dire essere figlia della Madonna, senza che mai i miei genitori mi avessero detto nulla, ho iniziato a cercarmi. Studiavo a Napoli, ricordo i chilometri a piedi tra l'Annunziata, il Comune, chiedendo invano i miei veri documenti di identità. Nulla. Poi, pochi anni fa, la rivelazione. Scopro, tra le carte di mio padre carabinieri, un appunto con un nome di donna e un cognome, e l'indicazione di un paese del casertano». Accanto, ben conservata in un sacchetto, la sua medaglietta dell'Annunziata. «Lì, in quel paese, incredibilmente, c'era un'anziana che si ricordava quella ragazza così giovane, scomparsa e poi ritornata, la sua travagliata storia d'amore, fino all'emigrazione in Canada...». Il resto è un appello su Facebook, la mamma che non c'è più, i fili che si riannodano con i fratelli.

Emilia Rosati è una bella signora di sessant'anni, ex dirigente scolastica. Anima e cuore del movimento per il diritto alle origini. «C'è un dato che ci accomuna tutte: siamo nate, così dicono i nostri certificati, da donne che "non accettano di essere nominate". E la legge attuale ci impedisce di accedere all'identità di chi ci ha messo al mondo, fino a quando non avremo cento anni». Cioè mai. Cresciute nel segreto, queste ex figlie dell'Annunziata, insieme a migliaia di altri "esposti", chiedono che venga approvata la legge, in discussione alla Camera, che prevede la possibilità di "interpel-

lare" i genitori naturali. Facendo sapere loro che i figli vorrebbero conoscerne l'identità. O comunque di averne le generalità in caso di decesso. Alcuni tribunali, pur in assenza della legge, lo hanno già fatto. A Firenze ad esempio, Maria Agnese Viaboni ha potuto grazie al giudice riabbracciare sua madre. «Mi aveva avuto a 15 anni, e le dissero che ero morta...».

Ricorda Emilia: «Ho avuto dei meravigliosi genitori e una giovinezza serena. Ho scoperto di essere stata adottata quando mia madre si è ammala di un tumore all'utero, e ha dovuto confessare di non aver avuto figli. Avevo vent'anni, e nulla è stato come prima». Per Emilia, come già per Anna, di fronte al muro delle istituzioni, la rivelazione delle origini avviene in modo casuale. «Una vecchia agenda, un nome che mi ha portato in Calabria, a Cosenza, una famiglia di ricchi del luogo, dove mia madre era andata a servizio. E da lì forse era dovuta scappare, con me in grembo, per lasciarmi all'Annunziata...». Emilia non riuscirà a ritrovare sua madre biologica, morta poco prima del loro incontro, ma incontrerà invece i suoi fratelli. «Da allora ho pace, ma voglio aiutare gli altri».

Marinella Arienzo ha occhi scuri e profondi e due figli grandi. A 24 anni, durante una lite, la madre le grida: «Tu non sei figlia mia». Una rivelazione brutale, poi tutto apparentemente torna come prima. Non per Marinella però. «Volevo capire da dove venivo. Ma il era buio totale. L'unica certezza è che ero stata all'Annunziata. Assoldai un investigatore privato. Nulla. Rintracciai il nome dell'ostetrica che mi aveva fatto nascere, lo ricordo ancora, Marianna Buonocore. Ma era morta». Poi Marinella fa un appello in tv. E il muro si sgretola. Ritrova la madre naturale, emigrata in Francia, ed un fratello. «Il mio cerchioso è chiuso-racconta-dietro di me non c'è più il buio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA LEGGE

*In Italia la legge sul "parto anonimo" permette alle donne di abbandonare i figli in ospedale ma di restare per sempre segrete. Oggi migliaia di figli chiedono invece di poter accedere alle proprie origini*

## I NUMERI

*Si calcola che siano oltre centomila dal 1950 ad oggi le "madri segrete" e trecentomila i figli e le figlie dei parti anonimi. Molti di questi aggirando il divieto della legge sono riusciti a ritrovare i genitori naturali*



## la petizione

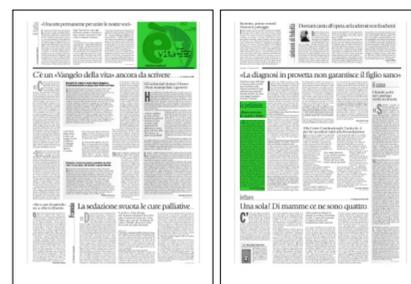
### «Basta mercato di madri e bebè»

«**N**o maternity traffic» è una petizione che ha raccolto quasi 50mila firme e che è promossa da numerose associazioni tra cui La Manif Pour Tous, Fondazione Novae Terrae e European Center for law & justice (Eclj). Proprio l'Eclj ha presentato un esposto al relatore speciale delle Nazioni Unite sulla vendita dei bambini, Maude de Boer Buquicchio, nel quale si denuncia un episodio di compravendita di un neonato. Una coppia italiana ha concluso un contratto da 49mila euro per ottenere un bambino tramite una società moscovita specializzata nella maternità surrogata. Il reclamo lamenta l'inerzia delle autorità russe, colpevoli di non essere intervenute e di consentire legalmente la pratica. Della vicenda si era occupata la Corte europea dei diritti umani, stabilendo che le autorità italiane avrebbero dovuto riconoscere che il bambino e i genitori

committenti costituiscono una «famiglia di fatto». Secondo l'Eclj, queste pratiche sono contrarie alla Convenzione sui diritti del fanciullo. La Russia, aderendo alla Convenzione e al suo protocollo aggiuntivo sul traffico di bambini, si è impegnata a vietare la vendita di bambini definita come «qualsiasi atto o transazione con cui un bambino viene trasferito da una persona o gruppo di persone a un'altra persona o gruppo a fronte di un pagamento».

**Lorenzo Schoepflin**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE | DOLCE VITA | GUSTO | TURISMO | HIT PARADE | MOTORI | FINANZA | VIAGGI | METEO

ILTEMPO.it



POLITICA | CRONACHE | ESTERI | ECONOMIA | SPORT | CULTURA &amp; SPETTACOLI | ROMA | MULTIMEDIA | HITECH &amp; GAMES

18/03/2015 16:10

Tweet

## Tumori: chirurgo plastico, no allarme su protesi ma continuare a studiare linfoma

Fabio Santanelli, a oggi nessun legame fra malattia e ritocco, né con specifico tipo

Roma, 18 mar. (AdnKronos Salute) - "Nonostante non sia opportuno alcun allarmismo, è necessario continuare a studiare questa patologia emergente per individuarne la reale frequenza, cause, aspetti clinici, decorso, prognosi e trattamento. Per questo motivo il [ministero della Salute](#)

Altri articoli che parlano di...

Categorie (1)

italiano ha promosso una mozione di raccolta dati". Così Fabio Santanelli, direttore dell'Uod di Chirurgia plastica dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma, "in seguito alla nota dell'Agence Nationale de Sécurité du Médicament e all'attenzione mediatica sul Bia-Alcl (Breast Implant Associated - Anaplastic Large Cell Lymphoma)". Al Sant'Andrea è stato attivato, fin dalla prima segnalazione della Fda nel 2011 "un progetto di ricerca finalizzato all'individuazione dell'incidenza del Bia-Alcl, allo studio degli aspetti clinici, patologici e molecolari, alla formulazione di linee guida nell'approccio diagnostico-terapeutico e all'istituzione di un centro di riferimento italiano presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea". Il gruppo di lavoro multidisciplinare diretto da Santanelli e costituito da Maria Rosaria Giovagnoli (citopatologa), Maria Christina Cox (oncoematologa) e Arianna Di Napoli (anatomopatologa) "ha consentito lo studio di 4 casi di Bia-Alcl in pazienti portatrici di protesi mammarie, tre per ricostruzione mammaria post oncologica e uno per mastoplastica additiva estetica", nota il chirurgo. In ogni caso, "in base ai dati scientifici attuali - aggiunge l'esperto - si evince l'assenza di nesso causale tra l'insorgenza del linfoma anaplastico a grandi cellule e protesi mammarie; tra l'insorgenza della malattia e uno specifico tipo di protesi mammaria; tra l'insorgenza del linfoma e la ricostruzione mammaria per pregresso tumore o la mastoplastica additiva estetica". Pertanto "i ministeri della Salute dei Paesi della Comunità europea e l'European Association of Plastic Surgeons (Euraps) continuano a considerare le protesi mammarie sicure senza alcun rischio per la salute". L'argomento sarà comunque approfondito "in occasione del 4th International Breast Surgery Workshop che avrà luogo il 17-18 Aprile 2015 al [ministero della Salute](#), nella sede di via Giorgio Ribotta", conclude Santanelli.

Adnkronos

Commenti

Scrivi un commento

Dillo ad un amico

Nome:

Email:

Commento:

Riscrivi il codice che compare qui sopra:

Se il codice risultasse illeggibile CLICCA QUI per generarne un altro

 consenso al trattamento dei dati

I commenti inviati vengono pubblicati solo dopo esser stati approvati dalla redazione

Tuo nome:

Tuo indirizzo email:

Nome amico:

Email amico:

Commento:

 Invia una copia anche al tuo indirizzo di posta

Riscrivi il codice che compare qui sopra:

Se il codice risultasse illeggibile CLICCA QUI per generarne un altro




ACQUISTA EDIZIONE

LEGGI L'EDIZIONE

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

## Allarme protesi al seno, in Italia 4 casi sospetti di raro tumore legato a ritocco



Sono al momento quattro in Italia i casi di linfoma a grandi cellule, una rara forma tumorale, per i quali si sospetta un legame con le protesi al seno. L'allarme, lanciato dalle autorità sanitarie francese, è già noto agli esperti italiani che stanno studiando l'ipotesi di un maggior rischio per le donne che si sono sottoposte ad una ricostruzione del seno.

"Al momento - ha spiegato all'Adnkronos Salute Adriana Bonifacino, responsabile dell'Unità di senologia dell'ospedale Sant'Andrea di Roma, dove sono stati registrati e studiati i quattro casi - abbiamo riscontrato i linfomi solo in donne che avevano avuto un tumore al seno e che si erano sottoposte a ricostruzione mammaria".

# La diagnosi di cancro non è più una condanna

Le cure conducono a un numero maggiore di guarigioni  
Ora occorre iniziare a garantire il diritto alla riabilitazione

## IL RAPPORTO AIRTUM

FILIPPO CROTONEO

Roma

**S**ono sempre di più le persone in Italia che hanno ricevuto una diagnosi di tumore, tanto che quest'anno si toccherà la cifra di tre milioni, con un aumento del 20% in 5 anni, ma a differenza di un passato non troppo lontano la notizia di un cancro non equivale più a una condanna a morte. Un quarto di questi, spiega il rapporto Airtum presentato a Roma, ha vissuto già abbastanza a lungo con la malattia da dirsi guariti.

Il rapporto è stato stilato sulla base dei 45 registri dei tumori italiani, che coprono il 53% della popolazione, da cui poi sono stati estrapolati i dati per la popolazione generale, e per la prima volta ha calcolato anche quanti anni dopo la diagnosi sono necessari per potersi dire guariti. Per i tumori alla mammella, ad esempio, la cifra è pari a 20 anni, e quindi anche se secondo le proiezioni oltre il 50% delle 600mila donne che oggi hanno questo cancro guariranno

al momento ad aver 'tagliato il traguardo' è solo il 16%. Molto più basso il tempo necessario per guarire da un tumore al testicolo o della tiroide, meno di 5 anni, mentre per il 'big killer' degli uomini, quello della prostata, il periodo è 20 anni, mentre la percentuale di quelli che guariranno è del 40%. Ancora migliore del dato dei guariti è quello sui cosiddetti 'lungosopravvivenenti', quelli cioè che hanno la diagnosi da più di cinque anni, che sono il 60% del totale.

I numeri sono confortanti, ha sottolineato Francesco De Lorenzo, presidente della federazione delle associazioni di volontariato in Oncologia (Favo), ma lo scenario che delineano non è privo di problemi. «Questa è la conferenza che ci consente di dire che abbiamo superato lo stigma 'cancro uguale morte' - ha sottolineato - è ora di fare battaglie affinché le persone guarite possano contrarre un mutuo, fare un'assicurazione, trovare un lavoro. Serve una battaglia sociale, per garantire ai malati guariti innanzitutto il diritto alla riabilitazione».

Per riuscire ad aumentare la sopravvivenza, ha sottolineato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, occorre pun-

tare decisamente sulla prevenzione, «che non deve essere più una parolaccia ma un mantra» e sulla diagnosi precoce per diminuire il numero di nuovi casi. A chi scopre di avere il cancro poi, serve un rapido accesso ai nuovi farmaci, anche se il loro costo è elevatissimo. «Un sistema come il nostro - ha spiegato - deve essere in grado di garantire a tutti l'accesso a questi farmaci in modo universalistico che o ti guariscono o ti aumentano in modo eccezionale l'aspettativa di vita».

A incidere sulla speranza di guarigione, hanno sottolineato gli esperti dell'Airtum, che ha realizzato il rapporto su 50 tipi di cancro insieme al Cro di Aviano, alla Regione Veneto e all'Iss, sono oltre al tipo di tumore anche l'età alla diagnosi, con il 35% dei pazienti che ha più di 75 anni, mentre la distribuzione dei sessi è più alta per le donne, 45 a 55%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.lastampa.it/>

## Così si convince il cancro ad autodistruggersi

L'approccio nella cura di alcune leucemie. Pilotare il tumore a diventare qualcos'altro, ossia parte delle cellule del sistema immunitario



**DANIELE BANFI**

MILANO

Nella lotta al cancro non esiste una sola strategia vincente: il tumore va attaccato su più fronti. Gli oncologi su questo punto sono concordi. Come ampiamente esposto nei più importanti congressi mondiali dedicati alla lotta al cancro, la malattia si può combattere unendo chirurgia, radioterapia, chemio e immunoterapia. Validi approcci a cui forse, per alcune leucemie come la linfoblastica acuta, potrà essere affiancata un'altra strategia: anziché distruggere il tumore, pilotare le cellule cancerose a diventare altro. Ad affermarlo è uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista Pnas ad opera dei ricercatori della statunitense Stanford University School of Medicine.

### **METAMORFOSI DELLE CELLULE**

Il singolare approccio è nato osservando le cellule tumorali di alcuni pazienti coltivate in laboratorio. Materiale proveniente da persone colpite da leucemia linfoblastica acuta e in particolare dalla forma causata dalla fusione di due cromosomi –il 9 e 21- noto anche come “cromosoma Philadelphia”. Alcune di queste cellule, per motivi ancora poco chiari, si trasformavano in macrofagi, particolari componenti del sistema immunitario. Una “metamorfosi” che è possibile indurre –e nello studio gli scienziati statunitensi sono riusciti in questo intento- esponendo le cellule tumorali ad alcuni fattori di trascrizione che permettono la trasformazione.

### **IL CANCRO CHE SI DISTRUGGE DA SOLO**

Secondo gli autorid ella ricerca la speranza è che il tumore “trasformato” diventi innocuo. Non solo, come spiega il professor Ravi Majeti «poiché i macrofagi originano dalle cellule tumorali è probabile che contengano tutte le informazioni necessarie a riconoscere e attaccare il cancro». Il prossimo passo sarà ora quello di individuare molecole in grado di mimare gli effetti dei fattori utilizzati in laboratorio per pilotare la trasformazione.

### **UN SUCCESSO**

La speranza è quella di replicare il successo ottenuto per un'altra malattia del sangue, la leucemia

promielocitica acuta. Anche questo caso prevede la trasformazione delle cellule cancerose in cellule del sistema immunitario. Una metamorfosi possibile grazie alla somministrazione di acido retinoico. Sperimentato nei pazienti in associazione alla chemioterapia l'approccio si è dimostrato valido nel combattere la malattia.

METEO



Milano



SEGUI IL TUO OROSCOPO



Ariete

[Fatti](#) [Soldi](#) [Salute](#) [Sport](#) [Cultura](#) [Intrattenimento](#) [Magazine](#) [Sostenibilità](#) [Immediapress](#) [Multimedia](#) [AKI](#)
[Cronaca](#) [Politica](#) [Esteri](#) [Regioni e Province](#) [PA Informa](#) [Video News](#) [Tg AdnKronos](#)
Fatti . Cronaca . **In Italia nuovo farmaco contro raro cancro del sangue 'ladro' di vita**

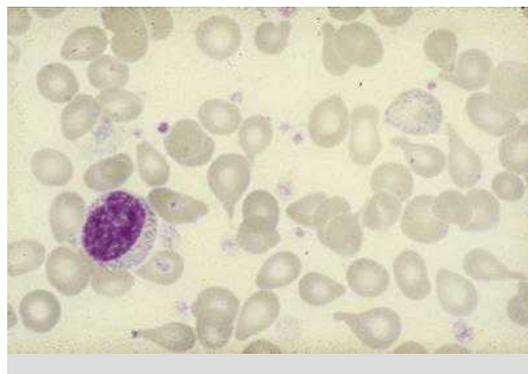
Cerca nel sito



CRONACA

33% 33% 33%

## In Italia nuovo farmaco contro raro cancro del sangue 'ladro' di vita

[Tweet](#)**Articolo pubblicato il: 18/03/2015**

Quando la **mielofibrosi** colpisce "il male diventa padrone di tutto e chi ti ama si annulla con te. Ti lascia a letto come una sagoma, senza forza, incapace persino di sollevare un bicchiere". E' il vissuto, raccontato anche in video, dei pazienti affetti da questo tumore ematologico raro (incidenza: un caso ogni 100 mila individui), che attacca le staminali del midollo osseo da cui hanno origine le cellule del sangue, come i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine. **Un ladro di vita che uccide in media nel giro di 5 anni circa**, nei casi più gravi in meno di due. Un nuovo farmaco a somministrazione orale targato Novartis promette di cambiare le carte in tavola,

aprendo una nuova era per i malati che, a volte, avrebbero "solo voglia di riuscire a compiere un gesto per chi gli sta accanto".

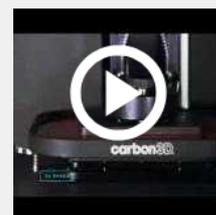
Ora disponibile anche in Italia, a distanza di lunghi anni dall'ok dell'Fda che risale al 2011 e dal via libera dell'Erma nel 2012, **ruxolitinib è il primo farmaco specifico per il trattamento della mielofibrosi ad essere rimborsato dal Ssn**. Gli studi condotti segnalano un aumento della sopravvivenza e un salto in avanti nella qualità della vita, visto che i pazienti trattati, spiegano gli specialisti oggi durante un incontro a Milano, "sperimentano una regressione dei sintomi". Sintomi invalidanti: spessissimo la milza ingrossata, e poi il peso che crolla, le sudorazioni notturne, la febbre, i dolori, la stanchezza immensa, il prurito diffuso. Il copione non è sempre lo stesso. La malattia ha più facce, destini diversi. E non sempre è facile starla.

Gli italiani sono fra gli scienziati che dall'Europa agli Usa hanno cercato di vederci chiaro e hanno contribuito ad aggiungere tasselli importanti per la risoluzione del giallo scientifico che accompagna questo tumore. "Oggi - spiega Alessandro Maria Vannucchi, professore associato di Ematologia all'università degli Studi di Firenze - ne sappiamo di più. Conosciamo mutazioni a carico di tre diversi geni, che giocano un ruolo cruciale nel predisporre alla malattia, ma esiste anche un pugno di pazienti 'triplonegativi' (circa 10%). Ed è ancora buio sul fattore scatenante". La caccia continua, indizio dopo indizio.

Per aprire la strada al farmaco fondamentale è stata nel 2005 la scoperta (con il contributo anche di gruppi italiani) di una mutazione a carico del gene Jak2, presente nel 60% dei pazienti e responsabile dell'iperattivazione della via molecolare Jak/Stat, che causa l'incontrollata proliferazione delle cellule del sangue, l'alterazione biologica alla base della patologia. Ed è proprio su questa via che agisce il farmaco, inibitore potente e selettivo di Jak1 e Jak2, indipendentemente dalla mutazione di cui il malato è portatore. "Nel 2006 - spiega Vannucchi - sono state identificate infatti altre mutazioni a carico del gene Mpl (5-10% dei malati), mentre nel 2013 quelle a carico del gene Carl che interessano il 20% dei malati".

I due studi condotti per la valutazione dell'efficacia di ruxolitinib (Comfort I e II), "hanno coinvolto 528 pazienti con mielofibrosi - illustra Francesco Passamonti, direttore dell'Uoc di Ematologia dell'Azienda ospedaliera universitaria Ospedale di Circolo di Varese - e hanno dimostrato che il farmaco agisce sia sulla splenomegalia (riduzione media del 50%) sia sui segni clinici della malattia, come prurito, dolore osseo, muscolare e addominale". E una ricerca, curata dalla Fondazione Istud coinvolgendo 35 centri ematologici italiani, ha fotografato l'impatto della patologia che insorge in media intorno ai 65 anni, "anche se - riferisce Vannucchi - le diagnosi stanno aumentando e cominciamo a vedere pazienti molto giovani, anche di 16 anni".

Video

**In arrivo il primo 'docu' autorizzato su Kurt Cobain****Tom Cruise vende la sua tenuta da favola a Hollywood****Diventa liquida la stampa in 3D****La slitta in volo col paracadute****Lo spettacolo dei cristalli di ghiaccio**

Lo studio, condotto sia attraverso i tradizionali questionari sia attraverso lo 'storytelling', apre uno spaccato sulla vita dei pazienti (287 quelli coinvolti) e di chi li assiste (84). Dalle emozioni - paura, depressione e sofferenza - agli sconvolgimenti che il tumore porta nella quotidianità e sull'attività lavorativa. Il 20% degli intervistati segnala di aver subito un mancato guadagno stimabile in un importo medio di quasi 7.800 euro annui. Perdita risultata più contenuta (a oltre 5 mila euro) per chi è in cura con il farmaco di nuova generazione. All'interno dell'Ail (Associazione italiana contro le leucemie-linfomi e mieloma) è nato un gruppo che riunisce i pazienti con malattie mieloproliferative e i loro familiari, "con lo scopo di farsi portavoce delle loro esigenze", racconta il presidente del gruppo Massimiliano Donato. E' nato anche un forum web. Prossimo passo: "Far riconoscere ufficialmente queste patologie come rare, entrando nell'elenco del ministero della Salute".

[Tweet](#)

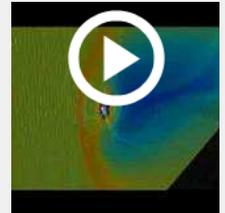
TAG: [tumori](#), [farmaci](#), [cancro sangue](#)

## Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: [ACCEDI](#) oppure [REGISTRATI](#)



In volo con il drone sul faro di Capo Zafferano



Ecco lo scudo magnetico che protegge la Terra



Scambia la luce per il microfono, la gaffe del ministro polacco



Batteri e mufe in time lapse

### TEMI CALDI DELLA GIORNATA

[MANENTI](#)

[TUNISIA](#)

[CORRUZIONE](#)

[CHAMPIONS LEAGUE](#)

### In Evidenza



Arriva la notizia seriale, scarica la nuova App Adnkronos



Bergoglio, due anni da Papa Francesco /Speciale



Latte, esperti a confronto a Maccarese su benefici reali e falsi miti

## DALLA LEUCEMIA UNA TERAPIA PER SCONFIGGERE IL CANCRO

Lucia Altucci sta sperimentando una cura che agisce direttamente sulle cellule malate.

**F**iglia di medici, Lucia Altucci inizia a studiare le cellule tumorali per curiosità. Dopo la laurea si specializza in oncologia a Napoli e si trasferisce a Strasburgo dove studia la genesi delle leucemie per tre anni, fino a quando vince un concorso e torna nella sua amata città. Oggi è professore di Patologia generale alla Scuola di medicina della Seconda università di Napoli. Con una decina di collaboratori ha appena creato Epi-c, un'azienda che è uno spin-off universitario e si appresta a mettere sul mercato kit diagnostici e farmaci contro il tumore. «È una terapia furba» spiega Altucci «che sfrutta alcune caratteristiche delle cellule tumorali per riattivare meccanismi di morte delle cellule stesse». In buona sostanza, non ammazzi le cellule tumorali sparandogli contro dei proiettili tossici, come avviene con la chemioterapia, ma le convinci a suicidarsi. Sembra fantascienza ma è realtà. La fase della sperimentazione preclinica si è conclusa con una regressione del tumore al 90 per cento. Ora si sta cercando un partner internazionale per passare alla sperimentazione sull'uomo. A quel punto, quello che da anni è un sogno che accomuna tanti giovani ricercatori squattrinati, potrebbe diventare un lavoro appagante e gratificante.

**Lucia Altucci, seconda da sinistra con tre suoi collaboratori di Epi-c.**



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

### **Tumori: acidi grassi omega 3 inibiscono cancro prostata**

(AGI) - Washington, 18 mar. - Contrariamente a quanto affermato da uno studio pubblicato nel 2013, gli acidi grassi omega-3 inibiscono la crescita e la diffusione delle cellule tumorali della prostata. Almeno secondo un gruppo di ricercatori della Washington State University, che hanno condotto uno studio pubblicato sul Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. Due anni fa una ricerca ha trovato che gli uomini con elevati livelli di acidi grassi omega 3 nel sangue avevano un rischio maggiore di sviluppare il cancro alla prostata. Ora, pero', il nuovo studio confuta le conclusioni precedenti. I ricercatori hanno infatti scoperto che gli acidi grassi omega 3 si legano a un recettore chiamato FFA4 che inibisce la crescita e sopprime la proliferazione delle cellule tumorali. "Questo potrebbe portarci a trattare meglio o a prevenire il cancro", hanno commentato i ricercatori.

18 marzo 2015

## Prostata, prevenire è curare

di Paolo Puppo (direttore Urologia oncologica mini-invasiva - Gruppo San Donato - Ist. Beato Matteo Vigevano)

Il tumore della prostata è la più frequente neoplasia dell'uomo con un'incidenza del 12%, sorpassando anche quella polmonare che arriva al 10 per cento. Il tumore della prostata è raro nei soggetti con meno di 40 anni e aumenta progressivamente con l'età. È stato calcolato quindi che un uomo, nel corso della vita, presenta un rischio di sviluppare un carcinoma prostatico clinicamente evidente pari a circa il 15%.

Inizialmente il tumore prostatico è confinato alla ghiandola ed è caratterizzato da una crescita molto lenta, potendo restare asintomatico e non diagnosticato anche per anni; in taluni casi, addirittura, non è in grado di alterare, anche se non curato, la qualità e la speranza di vita del paziente. Infatti il carcinoma della prostata è "solamente" il terzo (7,6%) fra i killer neoplastici, superato dal cancro al polmone (27,6%) e dal cancro del colon (11,3%). Da questi dati si desume che, pur essendo tecnicamente sempre una malattia maligna, il carcinoma prostatico può comportarsi diversamente (come un lupo o come un agnello) in base alla malignità delle cellule che lo costituiscono. La malignità è sintetizzata da un numero detto "Somma di Gleason score" (Gs) che va da 5 a 10. Gli adenocarcinomi Gs 7 - 10 (definiti come mediamente o scarsamente differenziati) sono i più aggressivi e tendono a dare metastasi con molta più frequenza degli adenocarcinomi G 5 - 6 (definiti come ben differenziati).

**Come si distinguono i tumori-lupi dai tumori-agnelli.** La diagnosi di tumore alla prostata si basa su Psa, visita rettale e segni/sintomi riconducibili a una estensione locale o a distanza della neoplasia. In assenza di segni/sintomi sospetti e di una visita rettale della prostata normale spesso è solo il Psa l'unica spia di una neoplasia e un valore elevato, a giudizio del clinico, dovrebbe indurre a eseguire una biopsia prostatica per effettuare una diagnosi.

La neoplasia al momento della diagnosi può avere una diversa diffusione nell'organismo. Può essere completamente contenuta all'interno della ghiandola o, in termini tecnici, stadio T2 (T1 se la neoplasia non può essere palpata dal retto o identificata con esami radiologici), può aver intaccato i tessuti che rivestono la ghiandola o stadio T3, oppure può infiltrare la vescica o il retto o stadio T4. Quando la neoplasia acquisisce la capacità di diffondersi a distanza può dare metastasi ai linfonodi più prossimi alla prostata o stadio N1, oppure alle ossa o altri organi più raramente stadio M1.

Lo stadio della neoplasia è definito dalla visita rettale e da indagini strumentali accessorie che si eseguono solo in caso di fondato sospetto di diffusione metastatica. Si possono definire 4 categorie di tumore alla prostata attraverso la combinazione di Psa alla diagnosi, somma di Gleason score e stadio.

1. basso rischio: neoplasie completamente contenute all'interno della ghiandola, T1 o T2, ben differenziate con Psa alla diagnosi;
2. rischio intermedio: neoplasie completamente contenute all'interno della ghiandola, T1 o T2 e caratterizzate da differenziazione moderata (Gleason score 7) o da Psa alla diagnosi  $\leq 10$ ;
3. alto rischio: neoplasie che infiltrano i tessuti circostanti la ghiandola T3 oppure neoplasie scarsamente differenziate (Gleason score 8 - 10) oppure con Psa alla diagnosi  $\geq 20$  ng/mL o diverse combinazioni di ciascuna di queste caratteristiche;
4. altissimo rischio: sono neoplasie che alla diagnosi infiltrano gli organi circostanti T4 o presentano metastasi linfonodali.

[LEGGI IL SERVIZIO COMPLETO SU IL SOLE 24 ORE SANITA' N. 10/2015](#)

18 marzo 2015

<http://www.corriere.it/salute/>

STUDIO AUSTRALIANO

## Un fumatore su due muore per colpa delle sigarette

*Modificata in peggio la stima dei rischi del fumo: aspettativa di vita «tagliata» di dieci anni e malattie mortali dovute alle sigarette in due fumatori su tre*

**di Elena Meli**



Se si cede al vizio del fumo, il prezzo da pagare è alto. Ancor più di quanto si sia ipotizzato finora: un nuovo studio condotto su oltre 200mila persone in Australia ha infatti dimostrato che due fumatori su tre muoiono per patologie correlate alla loro cattiva abitudine: i risultati, pubblicati su BMC Medicine, dimostrano una volta di più, se ce ne fosse bisogno, che fumare fa male e che la battaglia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per eliminare il fumo dal pianeta entro il 2040 è sacrosanta).

### ***Triplicato il rischio di morte***

Emily Banks del Sax Institute di Sidney ha seguito per oltre 4 anni circa 200mila australiani con più di 45 anni: il 34 per cento erano ex fumatori, il 7,7 per cento persone non ancora riuscite ad abbandonare il vizio della sigaretta. Pochi i fumatori «in attività», quindi, ma non c'è da stupirsi: l'Australia è uno dei Paesi dove la percentuale dei fumatori è più bassa, secondo alcuni anche grazie alla decisione di rendere i pacchetti di sigarette tutti uguali e poco attraenti per gli acquirenti. La ricercatrice ha verificato come rispetto a chi non ha mai fumato la mortalità dei fumatori sia tripla, senza differenza fra uomini e donne: bastano 10 «bionde» al giorno per raddoppiare la probabilità di morte, con 25 si arriva addirittura a quintuplicare il pericolo. Non basta: le sigarette «tagliano» di dieci anni l'aspettativa di vita e chi fuma perciò muore in media dieci anni prima di chi non lo ha mai fatto. «In passato si pensava che circa la metà dei fumatori morisse per una malattia in qualche modo correlata al fumo, ma di recente alcuni studi hanno suggerito che il quadro potesse essere perfino più fosco – spiega Banks –. I nostri dati, raccolti su un gran numero di persone, dimostrano che è davvero così e che ben due fumatori su tre sono destinati a morire per una patologia provocata o peggiorata dalle sigarette».

### ***L'importanza di smettere***

Unica notizia positiva, chi smette pian piano recupera salute: la mortalità decresce all'aumentare del tempo passato senza fumare e chi ha abbandonato il fumo prima dei 45 anni ha un'aspettativa di vita sostanzialmente uguale a quella di chi non ha mai acceso una sigaretta. Non è mai troppo tardi per smettere, come sottolinea Banks, ma il problema semmai è riuscirci: di recente il National

Comprehensive Cancer Network statunitense ha diramato le nuove linee guida per smettere di fumare, per dare indicazioni aggiornate sugli approcci più validi per liberarsi della dipendenza. «Tutti i medici sanno quanto sia essenziale far smettere di fumare i propri pazienti, ma pochi li supportano in modo davvero efficace – osserva Peter Shields, il coordinatore del nuovo documento –. Abbandonare le sigarette è essenziale per tutti, ancora di più per chi già deve combattere una malattia di cui il fumo è quantomeno corresponsabile, come il cancro». Stando alle linee guida, fatta salva l'importanza di mettere a punto percorsi su misura per ciascuno, i metodi più efficaci prevedono una combinazione di farmaci e terapia di sostegno psicologico. Fondamentale avere sempre ben chiaro che le ricadute sono più che probabili e, se si riaccende una sigaretta, è indispensabile parlarne con il medico o lo psicologo che segue il percorso di «disintossicazione» per affrontare subito il problema e riprendere il controllo della situazione, così da non mancare l'obiettivo. Una strada in salita, insomma, giustificata però dagli anni in più di vita che dire addio al fumo può regalare.

L'INTERVISTA

“Utile contro il dolore  
ma è un medicinale  
come gli altri  
con effetti collaterali”

“  
**I pazienti  
bevono  
un infuso:  
a dosaggi  
alti può  
produrre  
confusione  
mentale**

”  
FIRENZE. «È un farmaco che funziona ma non si tratta di una prima scelta. All'inizio proviamo se fanno effetto altri principi attivi». Rocco Mediatì dirige il centro di terapia del dolore del policlinico fiorentino di Careggi. Grazie alla delibera della Toscana che ha dato il via libera alla cannabis terapeutica l'ha già usata per curare una sessantina di pazienti.

**Per quali malattie la usa?**

«Per chi ha dolore cronico neuropatico, cioè che nasce da un problema del sistema nervoso, ma anche dovuto a patologie come diabete o cancro. La cannabis è efficace anche per la rigidità muscolare collegata a problemi come ictus e sclerosi multipla e per nausea e vomito derivati da chemioterapia».

**I pazienti come si pongono di fronte a questo farmaco?**

«Qualcuno crede che sia una specie di tisana, arriva e ci chiede di utilizzarlo credendo che sia più leggero di altri. E invece è un medicinale a tutti gli effetti. Non si usa mai come prima scelta, salvo casi di intolleranza ad altri principi attivi, ma come alternativa si è dimostrato efficace».

**Come viene assunto?**

«I malati devono fare un infuso. Partiamo da un dosaggio di 25 milligrammi due volte al giorno e possiamo arrivare anche a 300. Ma a dosaggi alti possono esserci effetti collaterali, prima di tutto la confusione mentale».

(mi. bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## La sedazione svuota le cure palliative

**Francia**

di Daniele Zappalà

*Il via libera a Parigi alla legge sull'«eutanasia mascherata» dà un duro colpo ai trattamenti di fine vita. Denys Pellerin, già a capo del «Parlamento dei medici» d'oltralpe, denuncia il rischio che sia solo una tappa intermedia*

«**D**al momento in cui s'introduce la sedazione profonda e continua, l'obiettivo è già indicato. Condivido i timori di chi parla di eutanasia mascherata». Dopo il varo in prima lettura all'Assemblea nazionale della bozza di legge Claeys-Leonetti, non nasconde la propria amarezza il professor Denys Pellerin, presidente onorario dell'Accademia nazionale di medicina, il «Parlamento dei medici francesi» da sempre estremamente vigile sulle questioni bioetiche e di deontologia professionale. Il luminare di fama internazionale, che ha guidato anche l'Accademia nazionale di chirurgia, denuncia i «dibattiti in aula estremamente preoccupanti, perché tanti indicano già che si tratta solo di una tappa verso ciò che i proseliti dell'eutanasia sembrano volere ad ogni costo». Chiamato in causa, Pellerin ha sempre insistito sulla necessità di porre argini: «Eravamo coscienti delle derive molto facili legate al testo iniziale, ambiguo già nei suoi elementi semantici, a cominciare dal concetto di "sedazione profonda e continua". Siamo almeno riusciti a far togliere l'espressione "sedazione terminale", perché per l'Accademia di medicina è il fine vita a essere terminale, mentre si voleva che fosse terminale la sedazione, orientando così il testo verso un arresto della vita. E invece, occorre continuare a distinguere il fine vita dall'arresto

della vita».

**Professore, l'opinione pubblica francese ha potuto cogliere le poste in gioco di questo testo?**  
Ero molto deluso osservando i pochi deputati presenti alla discussione degli emendamenti. La situazione francese attuale è per molti aspetti preoccupante e la sofferenza dei francesi per questioni come la disoccupazione è stata probabilmente associata in parte alla sofferenza fisica che i promotori della legge dicono ora di voler combattere.

**Intravede, adesso, dei rischi specifici?**

Questa legge trasferisce ai pazienti un diritto che prima era un dovere deontologico assoluto dei medici, ovvero apportare una sedazione appropriata. Ma ciò è sempre stato riservato solo ai moribondi. In effetti, si può essere in fin di vita in condizioni estremamente diverse. Si può esserlo purtroppo già giovanissimi, a causa di un tumo-



re, o invece in un'età estremamente avanzata, in modo naturale. C'è poi il fine vita legato al mantenimento con atti artificiali, soprattutto dopo incidenti stradali o vascolari. Quando il dispositivo è puramente, totalmente ed esclusivamente medico, si rientra nell'accanimento terapeutico se il malato è contrario: si tratta di situazioni già previste dalla legge e ben identificate dalla medicina. Ma questa legge tocca pure le situazioni in cui, per una questione di dignità, le persone non vogliono più assumere la propria vecchiaia e il proprio decadimento. Ebbene, a mio avviso, ciò non ha più nulla a che vedere con la medicina.

**C'è chi teme ricadute negative sulle cure palliative. Che ne pensa?**

Le cure palliative rimpiazzano un trattamento ormai inutile. Ad esempio, di fronte a un cancro metastatico per il quale sono inutili nuove chemioterapie, con le cure palliative si lascia evolve la malattia fino al termine. Ma a un dato punto, vicino alla fine, pure queste cure devono essere sostituite dall'accompagnamento umano, fisico e spirituale. Quest'accompagnamento è oggi poco conosciuto e accettato. E paradossalmente, nutro ancora la speranza che quest'ultima legge possa almeno spingere certi medici a comprendere e praticare meglio quest'accompagnamento finora tanto trascurato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mercoledì 18 MARZO 2015

## Cure primarie. L'Italia tra le prime d'Europa. Il rapporto dell'Oms

***Un ampio volume ha analizzato lo status dei sistemi di cure primarie di 31 paesi europei Per l'Italia evidenziata una forte governance e una bassa spesa. Attenzione però ai pericoli dovuti al troppo decentramento delle competenze e al ricambio generazionale dei camici bianchi. [IL VOLUME](#).***

Cure primarie. L'Italia tra le migliori in Europa. "I paesi con la più forte struttura di assistenza primaria (compresa la governance, le condizioni economiche e lo sviluppo della forza lavoro) sono: Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Romania, Slovenia, Spagna e Regno Unito". È quanto emerge dal volume *'Building primary care in a changing Europe'* basato sul progetto finanziato dall'UE 'Primary Health Care Activity Monitor per l'Europa' (PHAMEU) che è stato condotto dall'Istituto olandese per la Ricerca sui Servizi Sanitari (NIVEL) e co-finanziato dalla Commissione Europea (Direzione Generale Salute e Consumatori) ed editato dall'Oms Europa.

L'ampio volume analizza lo stato delle cure primarie in 31 paesi europei. Dalla governance alle condizioni economiche, passando per lo sviluppo della forza lavoro, su come i servizi di assistenza vengono forniti, e la qualità e l'efficienza del sistema di cure primarie.

Lo studio esamina anche la crescente evidenza sul valore aggiunto di una forte sistema di cure primarie per le prestazioni del sistema di salute generale ed esplora come il Primary Care è sfidato da vincoli finanziari, cambiamenti nelle minacce per la salute e la morbilità, gli sviluppi della forza lavoro e le crescenti possibilità offerte dalla tecnologia.

In questo quadro come dicevamo l'Italia è ai vertici della classifica. Nello specifico risulta tra i paesi con una forte governance delle cure primarie insieme a: Paesi Bassi, Spagna, Regno Unito, Portogallo, Danimarca, Norvegia, Slovenia, Romania, Estonia e Lituania. Il gruppo di paesi con una più debole governance sono invece Svizzera, Cipro, Lussemburgo, Ungheria, Islanda, Malta, Slovacchia, Irlanda e Polonia.

Ma il nostro Paese è anche tra quelli che spendono meno. La "spesa per le cure primarie è relativamente bassa in Bulgaria, Repubblica ceca, Estonia, Italia, Lettonia, Norvegia e Slovacchia".

Il volume ricorda anche il decentramento delle competenze intercorso in Italia negli ultimi 15 anni. I "Paesi in cui sono stati decentrati le maggior parte delle funzioni di cure primarie sono la Danimarca, Italia, Norvegia, Spagna e Svezia. A Malta, Norvegia e Romania. Un possibile svantaggio del decentramento è l'esistenza di disparità nelle politiche, e, infine, nell'accesso e nella qualità delle cure primarie. Alcuni paesi in cui le responsabilità importanti per le cure primarie sono state decentrate hanno politiche nazionali per assicurare una distribuzione uniforme di fornitori e servizi"

**I medici.** Gli unici professionisti delle cure primarie che sono stati trovati in ciascuno dei 31 paesi inclusi in questo studio sono i medici di famiglia. In media ci sono 68 medici ogni 100.000 abitanti in Europa, anche se vi sono grandi differenze tra i vari stati. Per esempio il contrasto tra paesi vicini come Belgio e Paesi Bassi è molto grande. Nei Paesi Bassi, il numero di medici per 100.000 abitanti di 47, mentre ce ne sono 115 ogni 100.000 in Belgio. Anche i dentisti appartengono alle cure primarie, nella maggior parte (27) Paesi.

**L'invecchiamento dei medici** di famiglia può diventare un problema in molti paesi. Con l'eccezione della Turchia, dove l'età media è di 39 anni, i medici dei paesi restanti sono per lo più tra i 45 e 55 anni. Anche in questo caso, la distribuzione per età varia fortemente da un paese all'altro. In paesi come Cipro, Repubblica Ceca, Italia, Norvegia, Spagna e Svezia circa la metà della forza lavoro medicina generale è più vicina ai 55 anni. I paesi sembrano reagire in però modo diverso agli effetti imminenti dell'invecchiamento dei loro medici. In alcuni il numero di camici bianchi è fortemente aumentato negli ultimi anni, come ad esempio in Grecia, Lituania, Polonia e Slovenia, mentre in altri, i numeri sono in calo costante, ad esempio in Germania e Slovacchia.

**Gli orari dei medici.** Le ore di lavoro dei medici di medicina generale in tutta Europa, escluse le eventuali ore di guardia o apertura, variano da 35 ore settimanali in Ungheria a 100 ore alla settimana nelle zone rurali in Austria. La media è di 44 ore a settimana. Queste ore includono sia la cura diretta del paziente e le altre attività.

La dimensione media della popolazione servita da un Mmg è 1.687 pazienti. I Mmg che hanno il più elevato numero di pazienti sono Turchia (3687), Malta (2500), i Paesi Bassi (2322) e la Slovacchia (2163). Quelli con il minor numero: Lussemburgo (500), il Belgio (718), la Francia (800), l'Italia (1094) e la Norvegia (1219).

Dal lato delle **professioni**. Abbastanza comune nei sistemi di cure primarie è anche la presenza degli infermieri. Tuttavia, gli infermieri possono avere ruoli molto diversi a seconda dei sistemi. Si va dai compiti di cura specifici, per esempio con i pazienti cronici o per attività di supporto più generali. Poco diffusi gli infermieri specializzati e gli infermieri domiciliari sono meno diffusi.

Da notare come in 22 paesi le ostetriche lavorano nelle cure primarie. Inoltre, in molti paesi i pazienti hanno accesso diretto a una serie di specialità mediche, e quindi queste sono anche parte delle cure primarie. In due terzi degli stati ginecologi, pediatri e oculisti sono considerati come professioni di assistenza primaria. In circa la metà dei paesi gli specialisti di medicina interna, otorinolaringoiatri, cardiologi, neurologi e chirurghi operano come fornitori di cure primarie.