

ALL'INTERNO

L'INTERVISTA

Tumori al seno, lotta alle insidie «nascoste»

Graziella Melina a pagina



IL CASO

Le persone depresse? «C'è l'eutanasia...»

Marcello Palmieri a pagina



LE ASSOCIAZIONI

«Fine vita, le Regioni attuano la legge 38»

Francesco Ognibene a pagina



vita

LA PERSONA E LA CURA

INVECE, UN SAMARITANO

La salute e la puntura

Proprio mentre si celebrava la Giornata mondiale della salute mentale, il 10 ottobre, affiorava la storia drammatica di Shanti De Corte, la ragazza belga eutanasiata secondo la legge, e su sua richiesta, perché depressa. Non ce la faceva più, ha chiesto allo Stato di farla morire, e lo Stato l'ha assecondata, con gelida efficienza. È giusto così? Non si può fare nulla quando chi non se la sente di vivere chiede di farla finita? La notizia è raggelante, e acuminati gli interrogativi che solleva. Cosa chiedono le tante Shanti che ci vivono accanto? (Il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani). E cosa possiamo fare perché non si arrivi, di caso in caso, a una soluzione simile anche da noi, come un'ineluttabile approdo? La notizia impone a tutti una riflessione su cosa si vuole ottenere quando si parla di fine vita e di possibili esiti legali di casi in cui la sofferenza sia percepita come "intollerabile". Non è un aggettivo a caso, perché è il termine usato dalla Corte Costituzionale indicando al Parlamento nella sentenza 242 del 2019 questo criterio tra i quattro per poter accedere - se e quando a una legge nazionale si arriverà - alla morte assistita. Davanti agli occhi, insieme al volto sorridente di Shanti dalla sua pagina Facebook, ci resta l'idea che mentre si parla di "salute mentale" invitando a prendersene cura c'è chi i problemi che pone pensa di risolverli con un'iniezione. L'ultima. (év)



Con Unitalsi la nuova «mappa del dolore»

«Nei nostri pellegrinaggi a Lourdes meno malati in sedia a rotelle, più sofferenze interiori e solitudini»: parla il neo-presidente nazionale Rocco Palese

IGOR TRABONI

Rocco Palese, 65 anni, ragioniere commercialista di Potenza, sposato con Alessandra, quattro figli - Chiara, Francesco, Maria ed Elisabetta - è il nuovo presidente nazionale dell'Unitalsi, eletto il 17 settembre dal direttivo dell'associazione dopo la scadenza del mandato al predecessore Antonio Diella. Impegnato in Unitalsi da 30 anni, Palese nei giorni scorsi ha guidato da presidente il suo primo pellegrinaggio nazionale a Lourdes, con oltre 2.000 partecipanti.

Dopo la pandemia c'è stato un netto calo dei pellegrinaggi, soprattutto a Lourdes. Possiamo già fare un bilancio del 2022?

La ripresa è difficile, ma non impossibile. Rispetto alle attese e ai primi mesi dell'anno, il 2022 lo chiuderemo comunque con circa 13mila pellegrini accompagnati al santuario francese. Siamo lontani dai 25mila del 2019, ultimo anno pre-pandemia, ma la ripresa è costante e, secondo il nostro planning, nel 2023 ci sarà un aumento del 50%. Anche perché riprenderanno numerosi i tradizionali pellegrinaggi in treno, fin qui un po' sacrificati a vantaggio dell'aereo che però non è accessibile a tutti.

Numeri a parte, perché la crisi e perché questa che sembra per l'appunto una inversione di tendenza?

La crisi si spiega facilmente con la pandemia, con la paura che ne è derivata, con la crisi economica. Adesso invece che c'è un grande desiderio soprattutto del pellegrinare: i due anni di pandemia, oltre ai problemi che sappiamo, hanno comunque fatto scoprire, o riscoprire, a tante persone che senza una mèta e una fede solida la nostra vita è poca cosa. È un desiderio smisurato per chi già veniva in pellegrinaggio con noi, ma anche per quanti cercano una dimensione spirituale e di dare un senso alla loro vita. Oltre a tante persone che hanno altri tipi di malattie...

Che significa questo? Di cosa sono malati?

«Le faccio un esempio: i nostri pellegrinaggi storicamente sono stati segnati dalla presenza di tante barelle. Oggi invece ci accorgiamo che sono sempre di meno, un po' perché di certo la medicina ha fatto grossi passi in avanti, e quindi magari un tumore non si manifesta più con la necessità di una carrozzina, ma soprattutto perché ci sono tante altre persone che soffrono delle malattie di oggi: la depressione per vari motivi, e la solitudine, che non colpisce più solamente gli anziani. Tutte persone che nei nostri pellegrinaggi troviamo un po' "nascoste": metto questo termine tra virgolette, perché poi in realtà vengono fuori. E come vi accorgete che state accompagnando davanti alla

Grotta di Lourdes anche questi "nuovi" malati?

Sono sofferenze di tipo diverso, ma in loro c'è anche attesa, speranza: e allora cercano di parlare, non solo di sfogarsi. In alcuni momenti forti del pellegrinaggio, ad esempio lungo il cammino dei "passi di Bernardette" che ne ricostruisce la vita, li vedi che si fermano a pregare intensamente, oppure ti vengono vicino e sussurrano: dite una preghiera per me. Allora inizia la fase dell'ascolto da parte nostra, che non può e non deve essere casuale. Per questo ai nostri volontari raccomandiamo sempre di dare attenzione dal primo all'ultimo pellegrino, di non fermarsi alle apparenze o alle sofferenze più visibili. Proprio perché dietro ogni partecipante spesso c'è un grande dolore, una richiesta di aiuto. Te ne accorgi anche perché non si tratta di persone che pensano si tratti di una gita, magari con sosta all'Acquario di Genova... No, vogliono andare diritti alla meta, hanno questo bisogno.

C'è dunque una spiritualità della sofferenza nuova anche nel mondo unitalsiano?

Storicamente siamo sempre stati vicini a ogni tipo di sofferenza, i nostri pellegrinaggi non hanno senso se all'interno non ci sono tutte le componenti: i volontari, che hanno ragione di esistere se ci sono i malati, i disabili, gli anziani, i medici, i sacerdoti. E ora, come detto, persone che hanno sofferenze nuove, legate all'evolversi dei tempi. Anche per questo la nostra formazione spirituale è importante. D'altro canto, siamo dentro la Chiesa e vogliamo continuare a servirvi anche con la vicinanza alle persone che attraversano momenti non facili. E diamo tanta importanza alla fase dell'ascolto, perché chi è in difficoltà spesso rasenta la disperazione.

Fino al punto di non farcela più?

Casi estremi, di persone che pensano di porre fine ai loro problemi in maniera definitiva, non ne abbiamo incontrati. Però, ripeto, c'è una sofferenza crescente legata a varie circostanze, compresa quella di non arrivare alla fine del mese. Qui il nostro ascolto deve accompagnarsi alla speranza che tutto sommato quelle persone ancora hanno e che le spinge verso Lourdes. Un po' come succede nelle nostre Case in tutta Italia, dove ospitiamo le famiglie di bambini gravissimi che hanno bisogno di cure in ospedali lontani dal luogo di residenza: purtroppo noi e i genitori sappiamo che quei piccoli probabilmente non ce la faranno, ma percepiamo una grande speranza e il desiderio di tornare in pellegrinaggio proprio per alimentare quella speranza. Per affidarsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vita nascente per la «Giornata» serve una legge

Ancor prima della seduta inaugurale delle Camere (oggi), alcuni parlamentari hanno già depositato progetti di legge per eutanasia e suicidio assistito. Ci sarà altrettanta tempestività in chi promuove la vita umana? La rete di associazioni impegnate perché sia istituita per legge una «Giornata della vita nascente» attende che la proposta di legge già presentata nella legislatura appena conclusa venga ora nuovamente depositata. Del valore di una Giornata nazionale, e di molto altro, si parlerà il 18 ottobre all'Università Lumsa di Roma (opre 16-18) nel convegno «Aspettando il festival della vita nascente», con un tema programmatico: «Il futuro è giovane... ma i giovani hanno ancora il desiderio di generare la vita?». Interverranno tra gli altri il cardinale Matteo Zuppi, presidente della Cei, il rettore Francesco Bonini, il presidente Istat Gian Carlo Blangiardo, l'economista Leonardo Becchetti e Andrea Mazzi, coordinatore della rete associativa. A moderare l'incontro Monica Mondo.



A destra, il presidente Unitalsi Rocco Palese. Sopra e sotto, due momenti a Lourdes



Slalom

Il silenzio quando cala il sipario

SALVATORE MAZZA



Nel giro di pochi mesi ho perso due di quelli che io chiamo "i miei compagni di strada". Arrivati all'ultima fermata della vita, sono scesi, senza fare troppo rumore, discretamente. Uno per un infarto, improvviso e fulminante, l'altra per le complicazioni intervenute - come mi ha scritto il marito - dopo che le era stata impiantata la Peg, ossia la sonda per mangiare saltando la bocca e l'esofago; in teoria una cosa "innocua", che anzi dovrebbe aiutare chi ha la Sla a vivere meglio, senza il rischio che un boccone andato per traverso ti uccida (la Sla, tra le altre cose, azzerava la capacità di deglutire). Li avevo conosciuti, come gli altri miei compagni di strada, una decina in tutto, grazie ai miei "Slalom", e ci tenevamo in contatto regolarmente via Whatsapp, email, Facebook. Credevo, fra tutti, di essere quello nelle condizioni peggiori, ma evidentemente mi sbagliavo. O, per dire meglio, lo sono da un punto di vista clinico, ma "la bastarda" (come familiarmente chiamiamo tra di noi la Sla) è davvero una malattia infame, che ti può prendere in qualunque momento. In questo momento ci sono, tra un minuto chissà. E intendo davvero un minuto, sessanta secondi. In teoria questo è così per tutti, certamente. Ma per chi ha la mia stessa malattia lo è un po' di più. Il senso di precarietà che ti dà la Sla è assoluto e implacabile. E se per caso, magari anche solo per un attimo, te lo di-

mentichi, o ti distrai, ci pensa lei a riportarti con i piedi per terra. La cosa buona è che lo sappiamo tutti, e pure molto bene, e dunque nessuno si fa troppe illusioni. Nonostante questa consapevolezza, quando parliamo tra noi "compagni di strada" non parliamo mai della nostra data di scadenza. Non sappiamo qual è, ovviamente, ma sappiamo che c'è, perché ce l'ha appiccicata addosso la Sla, che non ci lascerà invecchiare serenamente. Forse è un meccanismo d'autodifesa, non lo so, o forse è solo un ricadere nell'umanissima illusione d'immortalità che tutti conosciamo, o forse un modo inesperto per farci coraggio gli uni con gli altri, ma della morte, tra noi compagni di strada, non si parla. Eppure io riesco a parlarne con tutti, e anche a scriverne, ma non con loro. Parliamo invece delle nostre storie, della scoperta della malattia, di sedie a rotelle e delle battaglie quotidiane con la burocrazia, e ci scambiamo consigli sugli integratori, questo funziona bene, quest'altro non mi ha fatto niente, ma tu prendi ancora il riluzolo... cose così. E sappiamo benissimo cosa voglia dire quando qualcuno non si fa più vivo. Sappiamo che il sipario è calato. Ci dispiace, ma un po' li invidiamo.

(79-Avvenire.it/rubriche/Slalom)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tumore al seno, caccia ai «residui»

«Leggere» con un prelievo di sangue la struttura biologica del cancro per prevenire le metastasi: la frontiera dell'oncologa Lucia Del Mastro

In sintesi

- 1 Una donna su otto viene colpita nella sua vita da una forma di tumore al seno. Per questo un intero mese (ottobre) è dedicato alla prevenzione
- 2 I risultati della ricerca hanno consentito di portare la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi all'88%, dieci punti in più in 30 anni
- 3 Sembra dunque mancare poco al risultato pieno, ma è il tratto di strada che richiede lo sforzo maggiore. Info sulle donazioni: www.airc.it

AL «GEMELLI»

Una sola placenta: gemelle «salvate» nel grembo materno

LAURA BADARACCHI

Per salvare bambini nel grembo materno la scienza ha fatto passi da gigante negli ultimi 40 anni. «Quando mia madre aspettava me e mia sorella, gemelle omozigoti, non ha fatto neppure un'ecografia. Oggi una sorveglianza ecografica ogni 14 giorni è raccomandata. In caso di problemi, possiamo intervenire anche in utero», racconta la ginecologa Elisa Bevilacqua, dirigente medico ad alta specializzazione presso l'Ambulatorio di Gravidanza multipla del Servizio di Patologia ostetrica, diretto da Antonio Lanzone al Policlinico Gemelli di Roma.

Coadiuvata da Jacques Jani, luminare e suo formatore a Bruxelles – dove ha lavorato dal 2013 fino a due anni fa, quando ha accettato l'incarico al Gemelli –, ad aprile ha operato due gemellini monozigoti alla 26esima settimana di gestazione, affetti da sindrome da trasfusione fetto-fetale: avevano due sacchi amniotici ma una sola placenta, divisa in due con il laser per ridurre i rischi di mortalità e disabilità. «I piccoli sono nati con taglio cesareo il 6 luglio alla 35esima settimana – riferisce Elisa Bevilacqua –. Ora hanno 3 mesi e stanno benissimo, per la gioia della sorellina e dei genitori Felicia e Salvatore, che mi aggiornano sulla loro crescita».

Il complesso e delicato intervento di chirurgia fetale endoscopica per laser coagulazione delle anastomosi placentari, che ha visto impegnata un'équipe quasi interamente femminile, si è svolto in occasione dell'apertura del primo centro di chirurgia fetale dell'ospedale romano. La rara e grave patologia si presenta in circa il 10-15% delle gravidanze gemellari monozigoti, che rappresentano circa il 20% di quelle gemellari. «Si può intervenire fra la 16esima e la 26esima settimana, dopo si tende a eseguire delle amnio-riduzioni per diminuire la quantità di liquido in eccesso in un sacco amniotico, caratteristica tipica di questa sindrome. E il 22 settembre, un giorno prima di partorire la sua primogenita, la dottoressa Bevilacqua ha assistito con il pancione in sala operatoria a un secondo delicato intervento per la stessa patologia, stavolta a 20 settimane, su due gemelline: «Per il momento loro e la mamma stanno bene».

Questa tipologia d'intervento viene effettuata in sette centri italiani: due a Milano e altrettanti a Roma, poi a Bergamo, Genova e Palermo. Ma ormai la chirurgia fetale ha tante applicazioni: ad agosto di due anni fa, con un'équipe di ginecologi ostetrici e neurochirurghi, Marco De Santis ha effettuato un intervento di correzione della spina bifida alla 26esima settimana di gravidanza. «Si interviene anche per patologie polmonari particolari che determinano accumulo di liquido, inserendo cateteri (shunt) fra torace e cavità amniotica, oppure per problemi renali, vescicali e cardiaci, per i quali si possono fare plastiche valvolari. In caso di ernie diaframmatiche congenite, che alla nascita provocano insufficienza respiratoria, si può mettere un palloncino nella trachea del feto per far sviluppare di più i polmoni», riassume la ginecologa. Che commenta: «Appena 30 anni fa erano frontiere neppure immaginabili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GRAZIELLA MELINA

Se nell'ultimo trentennio la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di un tumore al seno in Italia è cresciuta dal 78 all'88% lo si deve soprattutto all'impegno e alla passione di scienziati come Lucia Del Mastro, ricercatrice Airc dell'Ircs Ospedale Policlinico San Martino e dell'Università di Genova, volto della campagna 2022 Nastro Rosa Airc in corso. «Grazie alla ricerca oggi c'è un'accelerazione incredibile soprattutto per quando riguarda i nuovi farmaci – spiega Del Mastro –. È stato un processo veramente straordinario rispetto a quando abbiamo iniziato gli studi sul tumore al seno».

A che punto sono ora le ricerche? Stiamo lavorando a capire se con un semplice prelievo di sangue – la "biopsia liquida" – è possibile studiare le caratteristiche biologiche del tumore, in particolare il triplo negativo. Vogliamo provare a comprendere se è possibile identificare le alterazioni. Questo poi ci servirà per modificare il trattamento.

Per evitare possibili terapie inefficaci? In genere il paziente si sottopone alla chemioterapia ed eventualmente all'immunoterapia prima della chirurgia. In questo modo riusciamo a distinguere i tumori che scompaiono completamente con la chemioterapia – quelli che hanno la prognosi migliore e una probabilità molto bassa poi di determinare lo sviluppo di metastasi – dai tumori che invece, nonostante chemioterapia e immunoterapia, lasciano un residuo. Sappiamo che questi ultimi sono i tumori che purtroppo hanno una maggiore probabilità di determinare metastasi. Però, a oggi, non abbiamo marcatori che riescono a distinguere, prima di cominciare la chemioterapia, il tumore che risponderà al trattamento da quello che non risponderà.

Quanto tempo vi servirà per scoprirlo? Questo progetto, che stiamo conducendo anche grazie a Fondazione Airc, è in corso ormai da 4 anni: c'è stato lo stop per la pandemia e chiesto una proroga. Dovremmo concluderlo nel 2024. Siamo ancora in fase di analisi, però abbiamo già osservato che, prelevando una parte del tumore della paziente, nonostante vengano classificati tutti come triplo negativi, in realtà sono molto diversi tra loro. E le cellule che rilasciano in circolo sono diverse da tumore a tumore. In sostanza, il nostro tentativo è capire la biologia del tumore con un semplice prelievo di sangue. Questo potrebbe consentire poi di seguire le pazienti nel tempo, ed eventualmente puntare su tutti i tumori solidi, non solo quelli della mammella.

Lei ha anche studiato come preservare la fertilità... Quando facciamo la chemioterapia sappiamo che ci può essere una perdita della funzione ovarica come effetto tossico, con effetti sulla fertilità. Avevamo ipotizzato che, se somministrassimo un farmaco che mette a riposo le ovaie, queste vengono rese resistenti agli effetti tossici della chemioterapia. Al trattamento nelle donne più giovani in genere associamo anche il prelievo degli ovociti con il loro congelamento.

Da quando ha iniziato i suoi studi come è cambiata la ricerca? Sicuramente oggi abbiamo a disposizione maggiori risorse economiche e più strutture laboratoriali. La stessa gestione de-

gli studi clinici oggi è molto più automatizzata. La stragrande maggioranza delle sperimentazioni coinvolge centri oncologici in tutto il mondo, e questo consente di portare avanti le ricerche molto più rapidamente. Gli studi che abbiamo condotto all'inizio erano pionieristici, realizzati in un'epoca in cui questo argomento non interessava molto. Infatti siamo stati i primi al mondo a dimostrare la possibilità di preservare la fertilità.

Su cosa puntano ora gli studi in questo ambito?

Ormai c'è un'accelerazione incredibile soprattutto per quando riguarda i nuovi farmaci, di gran lunga superiori ai 30 anni precedenti. Quando ho cominciato a fare l'oncologa l'immunoterapia, per esempio, non esisteva. Adesso abbiamo cominciato a utilizzarla con nuovi farmaci, come gli anticorpi coniugati: si tratta di anticorpi cui sono state legate molecole di chemioterapico, con la capacità di portare il farmaco direttamente all'interno della cellula tumorale. Questi trattamenti negli ultimi due-tre anni hanno dato risultati fantastici.

Come ricercatrice ha a che fare anche con pazienti che purtroppo non ce la fanno. Come affronta queste situazioni?

Ci si lega molto a tutte le storie. Per questo è molto importante un percorso personale di gestione del dolore. Alcuni di noi fanno corsi di formazione che insegnano a fronteggiare le situazioni particolarmente coinvolgenti dal punto di vista emotivo. **Visti i sacrifici e il tempo dedicato alla ricerca, rifarebbe la stessa scelta?**

Sono fortunata perché il percorso legato alla preservazione della fertilità mi ha dato soddisfazioni enormi. Quando le pazienti mi portano i loro bambini per me è una gioia enorme. Certo, era un po' faticoso quando avevo i figli piccoli. Però per fare questo mestiere bisogna proprio volerlo, e crederci. E poi occorre darsi un obiettivo: "io farò qualcosa di molto piccolo, aggiungerò una tessera per cercare di migliorare la cura dei pazienti con tumore". Senza questa motivazione l'oncologia non avanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'oncologa Lucia Del Mastro

Fondazione Airc: «Tutti impegnati»

Nel mese di ottobre, legato alla prevenzione del cancro al seno, sono ormai numerosissime le iniziative di sensibilizzazione, che spesso coinvolgono le pazienti oncologiche e le scienziate, rese testimonial del valore della ricerca. Protagonista la campagna di Fondazione Airc per la Ricerca sul cancro che, con il volto di Lucia Del Mastro, intervistata in questa pagina, esorta a donare fondi e ricorda che «nel mese del Nastro Rosa è importante la partecipazione di tutti, perché contro il cancro al seno ci manca davvero poco, ma c'è molto da fare».

di molto piccolo, aggiungerò una tessera per cercare di migliorare la cura dei pazienti con tumore". Senza questa motivazione l'oncologia non avanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANGUE

Nuove varianti Er «guide» per capire le malattie del feto

Il sistema sanguigno Er era noto agli scienziati già dal 1982 ma l'identificazione di due nuove varianti (Er4 e Er5), che si aggiungono alle altre tre note varianti già conosciute (Era, Erb ed Er3), ha creato molta curiosità nei media. Di fatto in questo modo è stato identificato un nuovo sistema di gruppo sanguigno. La scoperta è frutto del lavoro di un team di ricercatori del National Health Service Blood and Transplant e dell'Università di Bristol. Lo studio, pubblicato sulla rivista «Blood», si è basato sui campioni di 15 individui, tutti portatori degli antigeni del sistema Er. Dei circa 400 antigeni noti sulla membrana dei globuli rossi, non tutti rientrano in uno dei 43 sistemi di gruppo sanguigno riconosciuti, i più noti dei quali sono i sistemi ABO e Rh. Il gruppo degli antigeni Er fino a oggi non rientrava in nessun sistema di gruppo né era geneticamente caratterizzato. I ricercatori hanno dimostrato il ruolo di questo sistema nell'insorgenza della malattia emolitica grave del neonato e del feto e hanno concretamente ipotizzato il ruolo di queste varianti nella funzione protettiva dei globuli rossi contro la malaria. «La conoscenza più approfondita dei sistemi sanguigni ha una immediata ricaduta clinico-assistenziale. Oggi parliamo di varianti con bassa frequenza nella popolazione: la loro individuazione e correlazione con la malattia emolitica grave del neonato e del feto fornisce un nuovo strumento diagnostico disponibile in questo ambito, strumento che consentirà di individuare precocemente le pazienti portatrici», è il commento di Gina Zini, direttrice del Servizio di Emotrasfusione del Policlinico Gemelli di Roma. **Elisabetta Gramolini**

SPAGNA

Le ricerche di Elías Campo a Barcellona portano a comprendere meglio i meccanismi alla base della forma più aggressiva

In campo per «neutralizzare» la leucemia linfatica cronica

PAOLA DEL VECCHIO



Elías Campo

L'evoluzione della leucemia si può conoscere dalle tappe iniziali della malattia. È la principale conclusione di una ricerca condotta da scienziati spagnoli dell'Istituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (Idibaps) dell'Hospital Clinic di Barcellona, con la quale sono stati identificati i meccanismi che determinano il decorso della leucemia, le ricadute dopo il trattamento e la trasformazione in metastasi o in un linfoma molto aggressivo in alcuni pazienti. Lo studio, pubblicato su *Nature Medicine*, apre la porta a diagnosi precoci e a trattamenti più efficaci per i pazienti.

Lo studio è stato realizzato sul genoma di 19 persone affette da leucemia linfatica cronica (Llc), la più frequente, con un'incidenza di circa 5 casi per ogni 100mila abitanti, e ha permesso di scoprire che le cellule cancerose all'origine delle ricadute o delle metastasi sono già presenti all'inizio della patologia, e anche prima che questa si sviluppi, sebbene in piccola quantità e "dormienti".

«Potremo bloccare e lasciare inerti le cellule maligne della leucemia», spiega Elías Campo, direttore dell'Idibaps e responsabile dell'é-

quipe di Patologia molecolare in neoplasie linfoidi dell'Hospital Clinic Barcellona, coordinatore della ricerca finanziata con un milione di euro dalla Fondazione La Caixa. «Abbiamo rilevato che queste cellule hanno un tallone di Achille, attaccabile con un farmaco sperimentato in test clinici, che blocca questo metabolismo e riduce sensibilmente la crescita. Potremo inibirle e renderle inattive», assicura lo scienziato, nel 2020 premio nazionale di Ricerca Gregorio Marañón in Medicina. Finora si credeva che le cellule tumorali acquisissero mutazioni del genoma che le rendevano resistenti ai farmaci e alle terapie somministrate ai pazienti. E che, alla lunga, fosse la causa della trasformazione della leucemia in tumori più aggressivi. Invece il completamento della sequenza genomica della Llc ha permesso di riscontrare un diverso meccanismo: «È come se la cellula madre della leucemia avesse generato moltissimi "semi-figli" dall'inizio della malattia, ognuno con altera-

zioni diverse, che le permetteranno di proliferare in futuro, quando le condizioni saranno più adeguate – rileva il patologo molecolare –. Questa nuova visione apre la porta a prove diagnostiche molto sensibili, che ci consentiranno di intercettare e trattare questi "semi" così maligni prima che possano proliferare fuori controllo».

Una speranza per gli ammalati di Llc, che nel 5-10% dei casi può derivare in un linfoma a grandi cellule B, molto aggressivo, con un'attesa media di sopravvivenza inferiore a un anno. La scoperta è stata possibile grazie agli investimenti privati. In Spagna la maggior parte di quelli destinati a ricerca e sviluppo (I+D) in campo medico sono realizzati nel settore pubblico. Ma diventano "invisibili" una volta trasferiti all'industria, soprattutto quella farmaceutica, secondo i dati del rapporto «Interesse pubblico nella ricerca biomedica» realizzato dalla Fondazione Salute per Diritti. Il dossier evidenzia come, sebbene la gran parte dei fondi siano statali (il 62% rispetto al 38 delle imprese private), il settore pubblico ne "perda il controllo" quando il prodotto o la tecnologia risultante della ricerca si trasferisce al privato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FRANCIA

«Diritto di aborto», il no del Senato

Il progetto di inserire il «diritto all'aborto» nella Costituzione francese è inciampato sul primo vero ostacolo: il voto della Commissione leggi del Senato, che ha bocciato la proposta dell'esponente dei Verdi Mélanie Vogel. L'organismo, «pur dichiarandosi impegnato nella protezione del diritto all'aborto», ha ritenuto che «non sia necessaria una revisione costituzionale» aggiungendo che «la situazione della Francia è molto diversa da quella degli Stati Uniti». Il dibattito potrebbe riprendere nell'Assemblea nazionale a fine novembre.

