

## DATAJOURNALISM

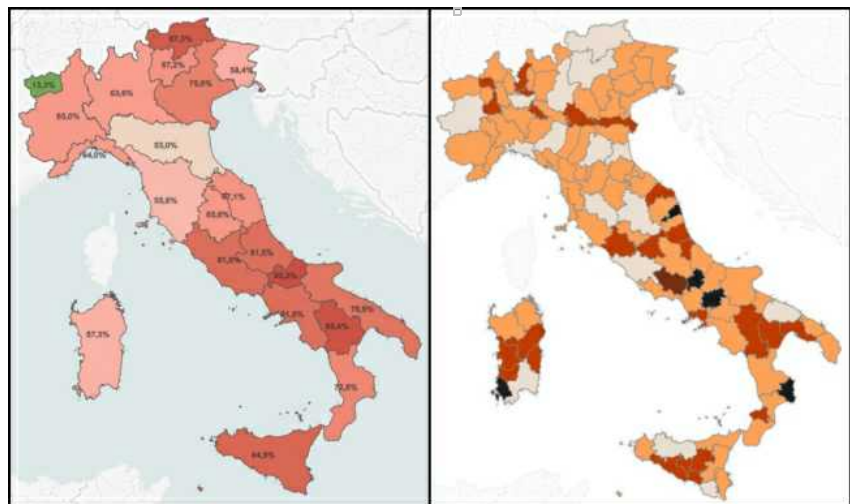
## Aborto, costrette a emigrare per un diritto Così le donne devono "pagare" la loro scelta

Le interruzioni di gravidanza sono in calo, ma accedere al servizio rimane un'impresa. Perché gli obiettori di coscienza aumentano e bisogna spostarsi verso le grandi città. Eppure secondo il ministero va tutto bene

DI LORENZO DI PIETRO

17 aprile 2015

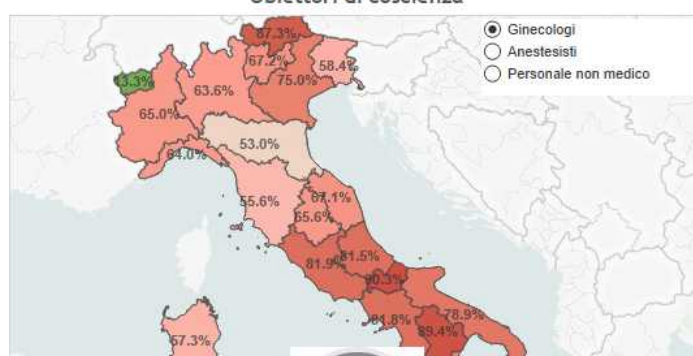
Nonostante si pratichino sempre meno aborti, in tante zone del paese interrompere la gravidanza è un'impresa ardua. In alcune province il servizio non viene offerto e in molte altre ci sono liste d'attesa che obbligano le donne a cercare lontano da casa un posto che le accolga.

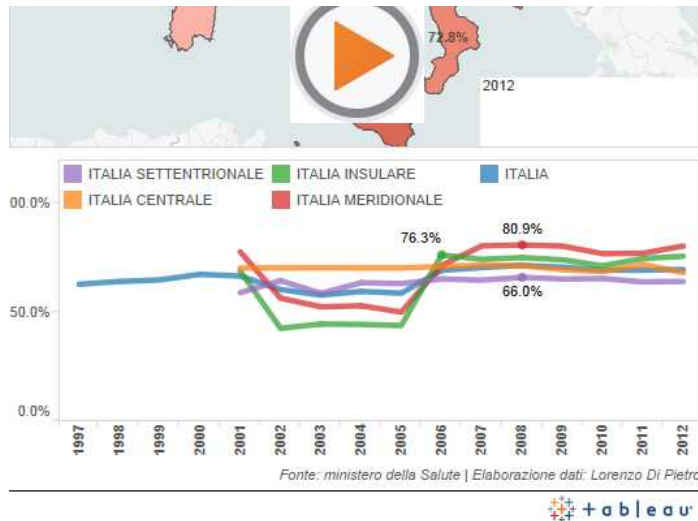


Per l'Istat nel 2012 oltre ventimila donne su centomila si sono rivolte a strutture di altre province: di queste il quaranta per cento è dovuta andare fuori regione. Ma il ministero della Salute nella relazione annuale al parlamento minimizza, affermando che gran parte delle donne riesce ad abortire entro le tre settimane dal rilascio del certificato. Che spesso sono settimane di angoscia, alla ricerca di una struttura dove far valere un proprio diritto.

### SULLA PELLE DELLE DONNE

#### Obiettori di coscienza





Gli obiettori di coscienza rappresentano il punto di attacco del diritto all'interruzione di gravidanza. La loro percentuale, da sempre molto alta in Italia, aveva iniziato una lenta discesa negli anni Duemila. Fino al 2006, quando l'Ordine dei medici approva un nuovo **Codice deontologico**, che entra nel merito della questione con il plauso delle associazioni pro-life. Gli obiettori aumentano in un anno di oltre il dieci per cento, una crescita proseguita negli anni successivi e in molte regioni ancora in corso.

Le stesse associazioni pro-life hanno poi parlato di "attacco al diritto all'obiezione di coscienza" quando, il 18 maggio del 2014, l'Ordine dei medici ha mandato in soffitta quel testo, sostituendolo con l'attuale Codice deontologico. Che sull'obiezione dice: «Si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna». Ma occorrerà aspettare per conoscerne gli effetti.

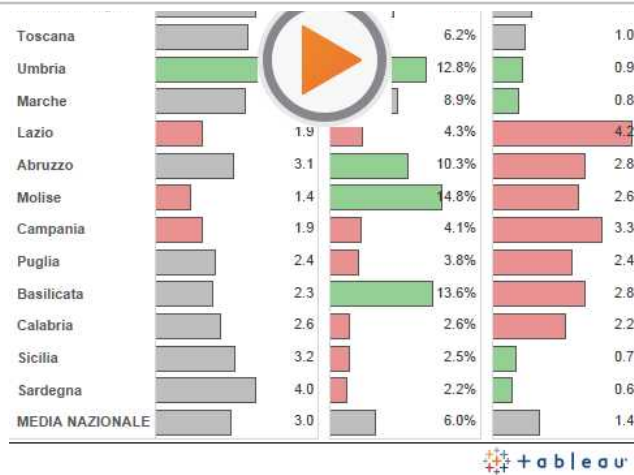
Rimane il fatto che oggi la percentuale di obiettori resta altissima, circa il settanta per cento la media nazionale, con i valori più bassi al Centro-nord e in Lombardia, dove nonostante la «cura Formigoni» il tasso di obiettori è rimasto praticamente invariato negli ultimi venti anni. Mentre in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno e nella provincia di Bolzano i valori superano l'ottanta per cento, per raggiungere il novanta per cento circa in Molise e Basilicata. Percentuali che costituiscono un vero e proprio boicottaggio della legge, sebbene per molti ginecologi questa scelta sia **dettata da motivazioni più di carriera che etiche**. Ma quali sono le ricadute di una astensione così alta?

	Strutture lvg per 100mila donne 15-49 anni	Donne da altre regioni per lvg (%)	Carico di lavoro settimanale lvg per non-obiettore
Piemonte	3.4	4.0%	1.3
Valle D'Aosta	3.6	10.2%	0.4
Lombardia	3.0	9.6%	1.4
Prov. aut. Bolzano	1.7	7.3%	1.5
Prov. aut. Trento	4.2	19.0%	1.2
Veneto	2.9	2.9%	1.3
Friuli Venezia Giulia	4.3	7.7%	0.9
Liguria	3.8	5.7%	1.4
Emilia-Romagna		8.4%	1.2

IL NUMERO IN EDICOLA »



- ESPRESSO+
- L'ESPRESSO SU IPAD
- ABBONAMENTO CARTACEO
- NEWSLETTER



Nella prima colonna vediamo quante strutture per abitante praticano l'interruzione di gravidanza. A offrire il servizio più capillare è l'Umbria, dove sono il doppio rispetto alla media nazionale. Seguono il Friuli Venezia Giulia e la Provincia di Trento. Mentre Lazio, Campania e Molise sono quelle dove il servizio è più carente.

La seconda colonna ci dice in sostanza quale carico di lavoro si aggiunge a ciascun servizio sanitario regionale per l'afflusso di donne provenienti da altre regioni. Sul dato pesa la proporzione tra residenti e non residenti, che nelle regioni piccole può essere squilibrato. Accade infatti che l'impegno maggiore sia quello della provincia di Trento, dove un quinto del lavoro è dedicato a donne non residenti. Il Molise e la Basilicata sono al limite del paradosso: regioni piccole con una scarsa offerta del servizio e una elevata mobilità sia in entrata che in uscita.

Segnale di una emergenza generalizzata nel Centro-Sud, che provoca un turismo forzato per ottenere il riconoscimento di un diritto. Anche l'Umbria, per via di un alto numero di strutture e una «bassa» percentuale di obiettori, accoglie molte donne da altre regioni: qui costituiscono il 12,8 per cento degli interventi.

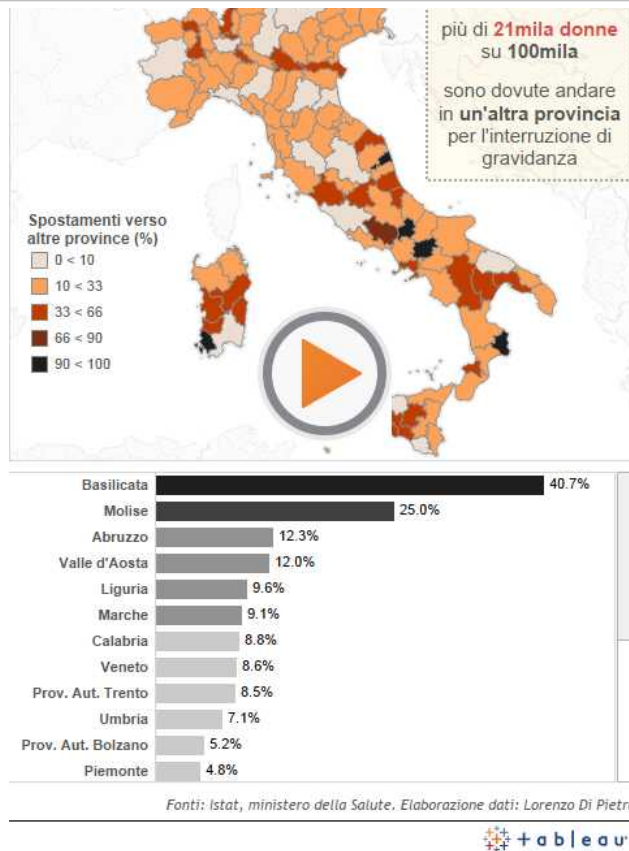
**Al Lazio va la maglia nera** per il carico di lavoro su ciascun ginecologo non obiettore. Lo vediamo con la terza colonna. A fronte di una media nazionale di 1,4 ore settimanali, qui nel 2012 erano il triplo, 4,2, in peggioramento rispetto al 2011. Situazione molto difficile anche al Centro-Sud, dove in molte regioni è circa il doppio della media. Un indicatore che lascia pochi dubbi su quanto la legge in molte regioni sia sostanzialmente disapplicata, scaricando l'onere sui pochi ginecologi determinati a garantire il servizio.

### UNA SU CINQUE FA LA VALIGIA

Quante donne sono costrette a rivolgersi ad altre Asl, per l'assenza del servizio di ivg in quella di propria appartenenza è uno degli aspetti che la relazione del ministero non chiarisce veramente. E siccome questa informazione non è disponibile, vediamo con i dati Istat cosa accade nelle province.

Emigrazione dalle province per effettuare l'ivg - 2012





L'intensità di colore ci dice quante donne si spostano verso altre province o regioni per poter interrompere la gravidanza, mentre il grafico mostra il dato regionale, cioè quello della relazione ministeriale.

Nelle province di Isernia, Benevento, Crotone, Carbonia-Iglesias e Fermo, il servizio di fatto non c'è. In trenta province su 110 più di una donna su tre è costretta a spostarsi. In molti casi ad assorbire gran parte di questo flusso è il capoluogo di regione che, disponendo di un maggior numero di ospedali, è l'unico che riesce in qualche modo a fronteggiare le richieste.

Complessivamente, nel 2012, oltre 21 mila donne su centomila hanno dovuto spostarsi verso un'altra provincia. Più di una su cinque cui viene negato il diritto di interrompere una gravidanza non voluta nelle strutture di prossimità. Di queste, 8.824, cioè il quaranta per cento, sono dovute andare un'altra regione. Ma dalla relazione firmata Lorenzin, che non entra nel dato provinciale, tutto ciò non emerge. Anzi si legge che «su base regionale non emergono criticità nei servizi di Ivg».

Si tratta di una sostanziale disapplicazione della 194 da parte delle regioni, cui la legge del 1974 attribuisce l'onere di garantire il servizio e verificarne l'erogazione, anche mediante la mobilità e le chiamate «a gettone». Mentre invece sono le donne a doversi spostare ( **la storia di Sara** , andata ad abortire a centinaia di chilometri da casa, ne è un esempio).

I privati poi la fanno da padroni in Puglia, Calabria e Sardegna. Mentre in tutta l'Italia settentrionale solo il 2,5 per cento degli interventi viene effettuato in una clinica convenzionata, la Puglia è al 36,2 per cento, la Sardegna al 32,2 la Campania al

16,4.

## RELAZIONE MINISTERIALE, REPETITA NON IUVANT

La relazione del ministero nonostante la sua corposa dote di statistiche nasconde fenomeni che, opportunamente analizzati, raccontano un'altra storia. Che le donne riescono sì ad abortire nella maggior parte dei casi entro un mese, ma spesso al termine di un tormentoso calvario, che rende traumatica una scelta già in sé dura da affrontare.

Il rapporto annuale dovrebbe servire a individuare i punti critici del servizio, invece sembra solo una pratica da sbrigare. Confrontando le relazioni dei diversi anni si nota infatti che il testo è praticamente lo stesso, replicato quasi identico di anno in anno. Persino il testo a firma Lorenzin è in buona parte uguale a quello del predecessore Balduzzi, conclusioni comprese. E a volte nel copiare non hanno neanche aggiornato i dati.

Proprio la pagina che descrive le carenze dei servizi regionali, per esempio, è tutta una copia. Nell' **ultima relazione** si legge: «L'esempio della Basilicata è paradigmatico: nel 2012 presenta un flusso in entrata pari al 13.6% (83 ivg) ma ha anche un ben più consistente flusso in uscita (297 ivg)»: la frase, il capoverso, l'intera pagina, vengono replicati quasi identici da oltre dieci anni. E quel flusso in uscita dalla Basilicata, nel 2012 non era di 297, ma 276, mentre 297 è il valore della relazione precedente che nel copia-incolla nessuno ha corretto. Tanto chi volete che la legga?

*Si ringrazia Pietro Gentini di Ecoh Media, Tableau Partner certificato*

Tag **ABORTO**

© Riproduzione riservata

17 aprile 2015

Vedi anche »



**ROBERTO SAVIANO**  
**Guerre ideologiche sulla pelle delle donne**  
03 aprile 2015



**DENUNCIA**  
**Aborto: le voci delle donne**  
18 ottobre 2013



**TESTIMONIANZA**  
**"Io e il mio aborto impossibile"**  
14 ottobre 2013



**DOSSIER**  
**Così vogliono uccidere i diritti civili**  
25 settembre 2014

L'INCHIESTA

## Noi, coppia di donatori perduti nel labirinto dell'eterologa

Tanti ostacoli e porte chiuse in cliniche pubbliche e private un anno dopo il via libera

TIZIANA DE GIORGIO  
MATTEO PUCCIARELLI

**D**ICONO che l'eterologa — partita un anno fa, praticamente imposta dalla magistratura — non stia decollando. Dicono che non ci sono abbastanza donatori e per questo il meccanismo non si mette in moto: manca la "materia prima", insomma.

Bene, allora proviamo a donare, proviamo a capire come si fa a dare una mano. Proviamo a sta-

re dall'altra parte della barricata: non quelli che chiedono un aiuto alla scienza per avere figli, ma quelli che si mettono a disposizione. Entrambi trentenni, in buona salute e armati di altrettanta volontà, scopriamo però che nella ricca, efficiente e moderna Lombardia donare agli altri (e senza chiedere nulla in cambio) è un'impresa disperata, per veri temerari. E così incassiamo sfilze di «no», «non so», «eh?», «ci dispiace ma...» e affini.

ALLE PAGINE 22 E 23  
CON UN ARTICOLO DI BOCCI

# "Il nostro viaggio a vuoto nel labirinto eterologa" L'Italia non è ancora un Paese per donatori

## L'inchiesta / Fecondazione

**Milano.** A un anno dalla sentenza della Consulta è tutto fermo. Come dimostra la "ricerca impossibile" tra ospedali pubblici e cliniche private di due trentenni

Nessuna informazione e il centro (regionale) di prenotazione impreparato nonostante da mesi lo stallo venga attribuito alla mancanza di seme e ovociti

**"Aspetti che chiedo... No, guardi mi dicono che qui in Lombardia non si può fare". E in futuro? "Le ho detto di no, mi ha sentito?". A chi possiamo rivolgerci? "Non ne abbiamo idea. A proposito: voi sapete quali sono le regole?"**

**Al ventunesimo tentativo, la prima risposta positiva. Appuntamento, colloquio. E tantissimi moduli da firmare "In Europa è una procedura normale, da noi stanno facendo del terrorismo per spaventare e dissuadere le persone"**

TIZIANA DE GIORGIO E MATTEO PUCCIARELLI

**D**ICONO che l'eterologa — partita un anno fa, praticamente imposta dalla magistratura — non stia decollando. Dicono che non ci sono abbastanza donatori e per questo il meccanismo non si mette in moto: manca la "materia prima", insomma.

Bene, allora proviamo a donare, proviamo a capire come si fa a dare una mano. Proviamo a stare dall'altra parte della barricata: non quelli che chiedono un aiuto alla scienza per avere figli, ma quelli che si mettono a disposizione. Entrambi trentenni, in buona salute e armati di altrettanta volontà, scopriamo però che nella ricca, efficiente e moderna Lombardia donare agli altri (e senza chiedere nulla in cambio) è un'impresa

disperata, per veri temerari. E così incassiamo sfilze di «no», «non so», «eh?», «ci dispiace ma...» e affini.

Partiamo dalla via più semplice, quella alla portata di tutti. Grazie a una ricerca su In-



ternet recuperiamo un documento di tre pagine che ci fa da guida: "Elenco centri autorizzati fertilità Regione Lombardia". Quelli di Milano li chiamiamo uno a uno. Ospedali pubblici e cliniche private, non fa differenza. «Buongiorno, siamo una giovane coppia e vorremmo fare i donatori per l'eterologa, da voi c'è questa possibilità?». Le prime telefonate sono fiduciose. «Aspetti che chiedo (...)», risponde perplessa la centralinista del Niguarda. Restiamo cinque minuti in attesa. «Mi dispiace, qui no, e comunque mi dicono che in Lombardia ancora non si fa». Al Fatebenefratelli non riusciamo a finire di formulare la domanda: l'eterologa non è di casa e quindi di fare i donatori non se ne parla. Ma nemmeno in futuro? Al Centro sterilità dell'ospedale San Carlo la risposta è stizzita: «Le ho detto di no, ha sentito?».

Nessuno prende nota dei nostri nomi, neanche a dire: per il momento non si può fare, non siamo pronti, ma in futuro sarete i benvenuti. I più disponibili provano a indirizzarci verso altre strutture: «Il centro più grande che abbiamo a Milano è la Mangiagalli, provate lì». Altro buco nell'acqua: «Non sappiamo nulla di certo, risentiamoci dopo l'estate». Al centro medico Cerva ci suggeriscono di sentire l'Humanitas. E indovinate la risposta dell'Humanitas... Noi chiediamo informazioni e l'imbarazzo, le pause per prendere tempo, diventano una costante. Sembra quasi di doversi sentire in colpa per una richiesta tanto "bizzarra", cioè donare. A chi possiamo rivolgerci quindi? «Non è per cattiveria — si giustificano dal San Raffaele — ma non ne abbiamo idea». E sì che la Regione Lombardia — accusata per mesi di fare resistenza alla legge, visto che la maggioranza di centro-destra che la guida è ancora legata a Comunione e Liberazione — ha anche annunciato di aver inviato agli ospedali un form per la registrazione dei donatori, quindi in teoria problemi non ce ne dovrebbero essere, se non altro in un'ottica futura. «Non ne sappiamo nulla»: dall'altra parte, stavolta, è la Macedonio Melloni. Al centro Monterosa si capovolgono i ruoli, chi ci dovrebbe dare qualche dritta ce ne chiede: «Scusate ma io non so nemmeno com'è regolamentata la pratica, voi per caso sì?». Anche il centro unico di prenotazioni della Regione non contempla i "donatori di gameti". Proviamo con lo sportello del Comune di Milano per i diritti civili, creato nei mesi scorsi proprio per dare una sponda "laica" anche alle coppie con problemi di fertilità. Una sorta di ufficio facilitatore nella giungla di norme e contronorme. Dopo una ricerca di mezza giornata, il funzionario un po' mortificato ci lascia un messaggio in segreteria: «Purtroppo in tutta la Regione al momento non c'è un centro disponibile, ci dispiace».

Alla fine, su venti centri milanesi contattati, riusciamo a portare a casa ben due risposte positive, o qualcosa del genere. Al Sacco, ci spiegano, c'è un elenco di pazienti in lista di attesa; per gli aspiranti donatori come noi presto sarà possibile fare i primi colloqui con i medici. Per lo meno sanno di cosa si parla e l'evenienza che qualcuno pensi di donare seme e ovociti viene presa in considerazione. Al centro Matris, invece, sembrano non aspettare altro: «Ah certo, se ci lasciate un recapito vi facciamo richiamare

dal medico». Non passano nemmeno dieci minuti, il nostro telefono che squilla, è il dottore: «Fissiamo l'appuntamento».

L'appuntamento è di giovedì, ore 11.30. La piccola clinica in zona San Siro è attaccata a una "Sala del Regno dei testimoni di Geova", se non stai attento rischi di suonare il campanello della struttura sbagliata. Alla reception rose e orchidee (finte) sottovetro, pareti rosa confetto; foto di neonati dappertutto, foto di genitori sorridenti, foto di camici bianchi circondati di infanti in culla, articoli di giornale sulla procreazione assistita, italiani e stranieri. In sala d'attesa altre coppie, anche giovani, alcune si tengono per mano. Ma si capisce subito che i ruoli sono diversi, la carica di aspettativa differente, noi ci sentiamo più leggeri.

Dopo venti minuti veniamo convocati per il colloquio. Come funziona? Possiamo farlo davvero? Quando? Con quali tempi? Quali procedure? «L'età massima per gli uomini è 35 anni», ci spiega con gentilezza il medico. Anche la sua camicia è rosa. È richiesto seme di "alta qualità" nonché resistente all'abbassamento della temperatura, «due caratteristiche diverse tra loro e non è detto che uno le possiede entrambe». Ma a parte questo sembra una passeggiata: prima ci sarà un incontro con lo psicologo («ma tranquilli, quasi una formalità»), dopo l'analisi del seme e del sangue; se il prodotto è di qualità e non ci sono altre controindicazioni, tre raccolte diverse e il gioco è fatto. «Il seme sarà subito congelato. Tutto gratis, ovviamente», ci avvisano. Ecco perché dovremo firmare un modulo nel quale dichiariamo che la donazione non ha fini di lucro. «Siamo i primi a doverci tutelare», ragiona il dottore, che aggiunge: «Facciamo l'eterologa da luglio, dei precursori in Lombardia, e ci siamo tirati addosso una marea di controlli».

Per la donna la questione è più complicata. «Quando compie i 31 anni?». Agosto. «Allora dobbiamo fare tutto entro il suo compleanno, dopo non si può più, siamo *borderline*». La trafila è lunga: se gli esami vanno bene, tocca subire un bombardamento ormonale per stimolare le ovaie. Quindici giorni in cui bisognerà garantire la propria presenza quotidiana alla clinica. Poi, l'intervento. «Lei non sente nulla, dorme. Ma al risveglio potrebbe avere un po' di mal di pancia, ci potrebbe essere qualche piccola perdita di sangue». Le controindicazioni non mancano, insomma. Il dottore è sincero. Non è come donare il sangue. Per questo «deve farlo soltanto se ne è davvero convinta». E siccome si tratta di un vero e proprio impegno, qui «è previsto un rimborso spese da calcolare in base alle giornate di lavoro perse». Le donazioni al massimo potranno servire per cinque gravidanze, così come per l'uomo. Nessuno di noi due saprà mai chi ne ha avuto bisogno e se nasceranno davvero dei bambini grazie al nostro contributo.

In altri Paesi europei le donatrici si trovano senza difficoltà, racconta lo specialista prima di accompagnarci alla porta, tra le studentesse donare è diventata consuetudine, una questione di civiltà. «Da noi, invece, stanno facendo del terrorismo, la gente non sa come muoversi e allora va all'estero», è il suo congedo. Come a dire: l'Italia ancora no, non è un paese per l'eterologa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I numeri**

**50-100**

Le fecondazioni eterologhe fatte in Italia



**43 anni**

L'età massima prevista per avere la prestazione nel servizio pubblico



**0**

Le donazioni registrate al di fuori dell' "egg sharing"



**8000 (stima)**

Le coppie che andavano ogni anno all'estero per l'eterologa



**8-10000 euro**

Il costo dell'eterologa in certi Paesi, come la Spagna



**3500 euro**

Il costo in Italia nel privato (nel pubblico c'è il ticket da 500 euro)



**20-35 anni**

La fascia d'età nella quale devono essere le donatrici



**0 euro**

I donatori non possono avere un compenso economico



**10**

Il numero massimo di nascite per ciascun donatore

**Come funziona**



**1** Gli ovuli vengono prelevati dall'aspirante mamma o da una donatrice



**2** Vengono uniti agli spermatozoi del partner o di un donatore



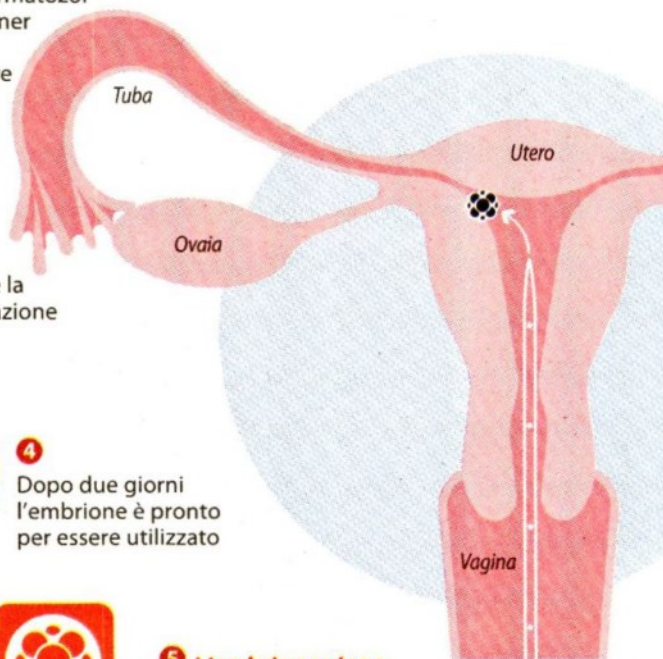
**3** Avviene la fecondazione



**4** Dopo due giorni l'embrione è pronto per essere utilizzato



**5** L'embrione viene impiantato nell'utero della mamma





Maria del Pilar Camacho-Leal

# Cancro al seno, io cavia di me stessa Così blocco la proteina impazzita

Per il mio percorso ho scelto terapia clinica che usa gli anticorpi. E a Torino lavoriamo per bloccare l'insidiosa proteina «adattatrice» di **Peppe Aquaro**

**C**i vuole coraggio a lottare contro la malattia. E ancora di più continuare a «farle la corte», proprio quando te la stai lasciando alle spalle. È più o meno questa la storia di Maria del Pilar Camacho-Leal. Che ha dell'incredibile, anche per il modo in cui lei stessa, biologa nata a Città del Messico ma italianissima (suo marito è piemontese, mentre lei lavora da diversi anni all'interno del laboratorio di Biologia dell'Università degli Studi di Torino) riesce a descriverlo. Ne parla pacata.

«Un anno fa, mi è stato diagnosticato un cancro al seno: fortunatamente, era in una fase non invasiva. È stato, quindi, preso in tempo». La biologa fa una pausa. E allora, chi sta ad ascoltare immagina che sia meglio parlare d'altro, invece la signora si è fermata soltanto perché sta lavorando e deve rispondere ad una collega che l'ha appena chiamata. «Mi sono sottoposta ad un intervento e successivamente alle sedute di chemioterapia: l'ultima l'ho affrontata un paio di mesi fa», continua. Ma Camacho-Leal con il cancro ha un conto aperto già da quando si stava laureando in Biologia a Città del Messico: «Da studentessa sognavo che un giorno avrei potuto scon-

pire u a cura per sconfiggere più di una forma tumorale». Il dottorato di ricerca conseguito in Canada, nell'Università di McGill di Montreal («Ho scelto di studiare in questo Paese per poter tornare ogni volta che lo volevo dai miei, in Messico», ricorda ridendo) riguardava proprio uno studio sul cancro dal punto di vista biochimico.

E oggi, nel Molecular biotechnology center dell'Università di Torino, finalmente lavora ad un suo progetto, in collaborazione con Sara Cabodi, dopo aver vinto la borsa di studio della Fondazione Veronesi. È andato tutto così velocemente da quando la proteina impazzita di ErbB2, crescendo di livello ha causato il carcinoma mammario. Cavia di se stessa, la ricercatrice ha deciso di seguire una terapia clinica tesa a bloccare la proteina impazzita mediante anticorpi. «La cosa positiva è che questo tipo di trattamento non comporta effetti indesiderati, tipici della chemio, per intenderci», spiega Camacho-Leal, la quale si sottopone una volta alla settimana per un'ora (e continuerà a farlo fino a novembre prossimo) alla terapia intravenosa.

Storia personale e ricerca si sovrappongono. «Stiamo lavorando sulla proteina p130Cas, detta anche proteina adattatrice, in quanto si associa facilmente ad altre proteine, come ErbB2, rendendo il tumore mammario ancora più invasivo», aggiunge la biologa messicana. «Abbiamo anche identificato un nuovo potenziale modulatore dell'invasione, la proteina PRDM1/Blimp1. Una volta studiato e compreso appieno il suo ruolo nel tumore, potremo colpirla terapeuticamente».

Entro la fine dell'anno si concluderà il progetto. Quando la coraggiosa Maria del Pilar avrà terminato la sua terapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Film/1** «Annie Parker» (2013)  
La storia di una donna alle prese con il cancro al seno



Roberta Sommaggio

# La mia sfida al tumore prostatico con cellule immunitarie modificate

A Padova nove ore al giorno in laboratorio per capire come eliminare l'inibizione a un male sempre più intelligente

In questo, uomini e donne un po' si assomigliano. Basta uno specchio e via: perché anche l'uomo sa essere vanitoso. Per carità, non ci sarebbe nulla di male. Il problema, però, è che oltre all'estetica, esistono cose molto più serie da tenere sotto controllo.

Da non sottovalutare. Parliamo di salute. Naturalmente. A ricordarci quanto la prevenzione sui tumori sia un argomento che riguarda tantissimo gli uomini, soprattutto quelli intorno ai cinquant'anni d'età, è una donna. Si tratta della giovane ricercatrice Roberta Sommaggio, vicentina di Lonigo ma cittadina europea per curriculum di studi.

Vive a Padova da quattro anni, città della sua laurea in Biotecnologie mediche, dopo sette mesi trascorsi a Uppsala, in Svezia, un periodo di studi in Germania e il dottorato di ricerca in Biomedicina all'Università di Barcellona.

Nell'autunno del 2014, Sommaggio ha concorso alla borsa di studio della Fondazione Veronesi, vincendola, per la ricerca «Adoptive T cell therapy of prostate tumors with CAR-redirected T cells capable of overcoming the PD-1 checkpoint». Dietro un titolo lunghissimo e molto tecnico, potrebbe nascondersi un piccolo grande miracolo della medicina:

«Aumentare l'efficacia delle cellule T in modo da poterle utilizzare nel paziente con tumore prostatico», spiega la studiosa. Finora, l'approccio terapeutico per il cancro alla prostata — dopo il tumore al pancreas rappresenta la seconda causa di mortalità maschile nell'intero mondo occidentale — è costituito dalla somministrazione, all'interno dell'organismo, di linfociti T che possono riconoscere e distruggere le cellule tumorali.

«Il problema è che le cellule tumorali, diventando sempre più intelligenti riescono ad inibire questa risposta immunitaria», osserva Sommaggio, la quale, attraverso la sua ricerca, «Adoptive T cell therapy», si prefigge di combattere ed eliminare questa sorta di inibizione delle cellule del sistema immunitario.

In che modo? Tutto si giocherebbe intorno ad un ambiente particolarmente favorevole per il tumore e sfavorevole per le cellule del sistema immunitario.

«Occorre, nelle cellule tumorali, tenere sotto controllo la proteina PD-1, praticamente la maggior responsabile dell'inibizione dei linfociti T e della risposta immunitaria», sottolinea la protagonista di una ricerca portata avanti a furia di prove ed esperimenti per otto, nove ore al giorno nei laboratori dell'Istituto oncologico veneto, insieme al suo nume tutelare, Antonio Rosato, professore associato dell'Università di Padova.

Per sapere se la lotta al tumore alla prostata con cellule immunitarie modificate (o ingegnerizzate) porterà i suoi frutti, occorrerà attendere ancora un po' di tempo. «I risultati li potremo osservare in vitro, in laboratorio, entro i prossimi tre anni», conclude la ricercatrice veneta.



Film/2 «Funny People» (2009): un comico si ammala di leucemia dopo una vita dissoluta

Pe. Aq.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

## Un nuovo radiofarmaco efficace contro il tumore alla prostata

*La molecola riesce a prolungare la sopravvivenza dei malati con un carcinoma che ha già dato metastasi alle ossa e a migliorare la loro qualità della vita, riducendo il dolore*

**di Vera Martinella**



Dopo gli ottimi risultati ottenuti nella cura del tumore della tiroide con lo Iodio radioattivo (o Iodio 131), ora è disponibile anche un nuovo radiofarmaco che si è dimostrato efficace contro il carcinoma alla prostata in fase avanzata. Si tratta del Radio-223 dicloruro (Ra-223), appositamente studiato per avere un'azione specifica sul tessuto osseo nei pazienti con metastasi alle ossa da tumore prostatico resistente alla castrazione, che riesce a prolungare la sopravvivenza dei malati e a migliorarne la qualità della vita, riducendone il dolore. «Abbiamo a disposizione una cura innovativa ed efficace contro il tumore più diffuso tra gli uomini del nostro Paese, di cui nel 2014 sono stati registrati 36mila nuovi casi e che ogni anno causa circa 7.500 decessi» commenta Onelio Geatti, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare (AIMN), riunita in congresso a Rimini in questi giorni.

### ***Presto sarà rimborsato dal Sistema sanitario***

Una delle prime patologie ad essere curate con la medicina nucleare è stata il tumore della tiroide, la cui proliferazione può essere efficacemente contrastata con lo Iodio radioattivo (o Iodio 131) che oggi viene comunemente utilizzato dopo la rimozione chirurgica della ghiandola in tutti quei pazienti in cui si ritiene sia necessario eliminare le eventuali cellule cancerose residue dopo l'intervento. «Il Ra-223 è invece un radiofarmaco ad azione specifica sulle metastasi ossee - spiega Sergio Baldari, direttore della Medicina Nucleare dell'Università di Messina -. Emette radiazioni alfa e ha dimostrato, rispetto ad altre terapie, di non indurre danni evidenti al midollo osseo. Inoltre migliora in modo significativo la qualità della vita dei pazienti e oltre ad incrementare la sopravvivenza (del 30 per cento in media) riduce il dolore osseo che contraddistingue la neoplasia». Il Radio-223 dicloruro in Italia è ad oggi disponibile in classe Cnn (ovvero non rimborsato dal Servizio sanitario nazionale), ma attualmente è in fase di negoziazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che sta per inserirlo in fascia H, quindi a totale carico del Ssn.

### ***Radiofarmaci usati per diagnosticare il tumore o per curarlo***

I radiofarmaci sono molecole che al loro interno possiedono almeno uno o più atomi radioattivi e vengono utilizzate dai medici nucleari sia a scopo diagnostico sia terapeutico. Un radiofarmaco diagnostico consente di individuare la posizione precisa del carcinoma e quale comportamento biologico

sta assumendo la patologia. Ma le capacità di queste molecole di fissarsi sulle cellule tumorali può essere sfruttata anche per combattere la neoplasia. In questo caso si parla di radiofarmaco terapeutico, che emette radiazioni che attaccano solo le cellule con cui viene in contatto. «La medicina nucleare è sicura - sostiene Maria Luisa De Rimini, presidente del Congresso AIMN di Rimini -. I farmaci che utilizziamo di solito vengono somministrati tramite iniezione e contengono dosi di materiale radioattivo molto basse. Per evitare eventuali dispersioni o problemi alle persone, che vivono vicino al paziente, è sufficiente seguire alcuni piccoli accorgimenti nei primi giorni del trattamento. Ad ognuno dei nostri pazienti vengono dati tutti i consigli necessari per proteggere familiari, amici e colleghi nella prima settimana dalla somministrazione».

### ***Semplici norme di protezione per i pazienti «radioattivi»***

Il ruolo del medico nucleare all'interno del team multidisciplinare che cura i tumori è uno dei temi al centro del Congresso di Rimini. «Il nostro compito principale è affiancare lo specialista clinico e valutare quando e se è appropriato l'uso di un determinato radiofarmaco - aggiunge il Baldari -. Il Ra-223 può essere utilizzato solo dopo aver verificato la presenza di metastasi ossee». «La medicina nucleare utilizza sostanze radioattive per colpire le cellule tumorali - chiarisce Geatti -. A differenza della radioterapia classica però la somministrazione delle radiazioni avviene dall'interno e non dall'esterno. L'idea che siano iniettati dentro l'organismo umano atomi radioattivi spaventa molti dei nostri pazienti. I radiofarmaci alfa emittenti invece hanno la capacità di legarsi e agire solo sui tessuti malati risparmiando tutto ciò che sta attorno. Basta un foglio di carta o una siringa di plastica per creare una barriera invalicabile per queste particelle». La somministrazione di Ra-223 richiede il rispetto di semplici norme di radioprotezione: va somministrato (mediante un'iniezione lenta, generalmente fino a un minuto) in ricovero protetto con raccolta delle deiezioni ed è generalmente sufficiente un ricovero in regime di day hospital. Dopo un breve periodo di osservazione, il paziente può tornare al proprio domicilio seguendo alcune semplici precauzioni per quanto riguarda il contatto con altre persone e le norme di vita quotidiana. Poiché la maggior parte della radioattività viene eliminata con le feci (solo una minima quota con le urine) per una settimana dalla somministrazione andando in bagno i pazienti dovranno prestare particolari attenzioni. E a scopo precauzionale si suggerisce di ridurre al minimo i contatti a distanza ravvicinata con le donne in stato di gravidanza rimanendo e i bambini di età inferiore a dieci anni.

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

## Il chirurgo: "La bella stagione stimola il testosterone, ed è 'boom' di protesi al pene"



Caldo, sole e si risvegliano gli ormoni. Il testosterone aumenta, e nell'uomo aumenta anche il desiderio e la ricerca di benessere sessuale: "Questa in chi è particolarmente motivato anche da una compagna giusta, ma soffre di una disfunzione erettile grave, porta ad optare per l'intervento di protesi al pene. In Italia se fanno circa 350 l'anno, ma sta aumentando il numero di chi le sceglie". Lo spiega all'Adnkronos Salute Gabriele Antonini, urologo-andrologo dell'Università Sapienza di Roma e specializzato nell'impianto di protesi idrauliche al pene.

"I farmaci possono compensare una disfunzione erettile minima - prosegue Antonini - ma se si ha il diabete o si è subito un intervento di chirurgia pelvica si avrà questo tipo di problema nel 90% dei casi. E un impianto di protesi al pene può ridare un vita sessuale completa". Pochi giorni fa si è svolto a Bologna un meeting nazionale dedicato all'implantologia protesica al pene "ed è emerso - ricorda il chirurgo - che il problema della disfunzione erettile si risolve brillantemente con una protesi al pene".

Antonini ha sviluppato una nuova tecnica di impianto in Usa e l'ha portata in Italia: "E' meno invasiva e necessita di minor tempo di recupero - spiega - si fa un'incisione di 2,5 centimetri alla base dell'organo sessuale e si procede a una dilatazione dei corpi cavernosi per l'inserimento della protesi. Questo tipo di procedura permette di ridurre quasi a zero gli ematomi e le infezioni dovute alle complicanze".

L'intervento per la protesi al pene con la nuova tecnica "si può fare - prosegue il chirurgo - in 'day hospital' e con l'anestesia locale. Il device si attiva con un piccolo meccanismo inserito nella borsa scrotale, in questo modo si fa passare il liquido nei cilindri, all'interno della protesi, e si ha l'erezione". Dopo 40 giorni si torna a un'attività sessuale normale: "un motivo in più per molti uomini in 'difficoltà' per sottoporsi all'intervento in questo periodo - osserva Antonini - così da essere pronti per l'arrivo dell'estate e delle vacanze".

"Ancora oggi il vero problema di chi soffre di disfunzione erettile o eiaculazione precoce è affrontare il problema - sottolinea Antonini - spesso lo nascondono e questo provoca non pochi problemi psicologici e di coppia. Mentre basterebbe parlarne con il proprio medico o con uno specialista per affrontare al meglio la questione e scegliere la terapia. Senza trascurare, come ancora fanno in molti, anche la

chirurgia".

Ma quale è l'identikit di chi opta per un impianto protesico al pene? "Si va dai 30 agli 80 anni - risponde l'esperto - è importante che non ci siano alterazioni del tessuto endoteliale e che nei soggetti giovani non si sia una fuga venosa. Quest'ultima condizione non preclude l'erezione, ma il suo mantenimento nel tempo. Chi ha la protesi - chiosa Antonini - è assolutamente soddisfatto dei risultati e non tornerebbe indietro".

La selezione genetica del ceppo, più sicuro per l'uomo e più aggressivo contro il cancro, è proseguito fino a trovare il giusto 'equilibrio'. "La modifica ha permesso al batterio della Salmonella di essere iniettato nei topi senza danneggiare le cellule sane. Ma - precisano i ricercatori - questa transizione si verifica molto rapidamente a causa della divisione e della crescita cellulare molto rapida che avviene nella metastasi quando la Salmonella entra in contatto con il tumore. In una cellula normale infatti il batterio cresce molto lentamente, dividendosi una o due volte in un periodo di 24 ore, ma nel tumore le cellule del batterio si dividono ogni ora". Questa terapia sperimentale - si augurano i ricercatori - una volta superati i trial clinici, dovrebbe essere utilizzata in combinazione con la chemioterapia e la radioterapia.

## Usa, la scelta dei genitori

### Malata di tumore viene ibernata a 2 anni


Deve ancora compiere tre anni la persona più giovane che sia mai stata ibernata. I genitori di Matheryn Naovaratpong, una bimba thailandese affetta da un tumore incurabile al cervello, hanno preso la decisione lo scorso gennaio, riferisce il sito della Alcor il centro in Arizona che ha seguito il caso. Matheryn aveva un ependiloblastoma, un tumore raro che colpisce i giovanissimi, e nonostante le cure aggressive, con 12 interventi e decine di cicli di chemioterapia, era arrivato a

interessare l'80% dell'emisfero sinistro. «Quando è diventato chiaro che Matheryn aveva solo pochi mesi di vita - si legge nel comunicato dell'azienda - i genitori hanno deciso la criopreservazione, inclusa la crioprotezione del cervello». La pratica di farsi ibernare sta diventando sempre più popolare nonostante i costi, che arrivano a 200mila dollari. Al momento la pratica è una "scommessa", visto che non ci sono dati scientifici sulla effettiva possibilità di "risuscitare" i corpi ibernati.



**I GENITORI DELLA BIMBA: PRIMA O POI CI SARÀ UNA CURA**

## Ibernata a meno di 3 anni aveva un tumore al cervello

 ROMA

Deve ancora compiere tre anni la persona più giovane che sia mai stata ibernata. I genitori di Matheryn Naovaratpong, una bimba thailandese affetta da un tumore incurabile al cervello, hanno preso la decisione lo scorso gennaio, riferisce il sito della Alcor il centro in Arizona che ha seguito il caso.

Matheryn aveva un ependioblastoma, un tumore molto raro che colpisce i giovanissimi, che nonostante le cure aggressive, con oltre 12 interventi e decine di cicli di radio e chemioterapia, era arrivato a interessare l'80% dell'emisfero sinistro. Quando è diventato chiaro che Matheryn aveva solo pochi mesi di vita, visto l'attuale livello delle cure mediche insufficiente a tenerla in vita «i genitori hanno completato tutti gli step per la sua criopreservazione, inclusa la crioprotezione del cervello». La pratica di farsi ibernare sta diventando sempre più popolare negli ultimi anni nonostante gli alti costi, che possono superare i 200mila dollari (185mila euro). Al momento attuale la pratica è una scommessa, visto che non ci sono dati scientifici sull'effettiva possibilità di risuscitare i corpi ibernati. [R. I.]





ALTRI ARTICOLI DI  
**Medicina****Epatite C, sul rimborso dei farmaci tensione tra ministero e regioni****Influenza, l'Iss: "Centinaia di morti in più per il falso allarme vaccini"****Chirurgia e dolore, l'ipnosi si fa strada in sala parto e dal dentista****Mal di testa dei bambini: diagnosi in ritardo, basterebbe un diario sui segnali d'allarme**Sei in: [Repubblica](#) > [Salute](#) > [Medicina](#) > Epatite C, sul rimborso dei farmaci ...

T T Commenta | Stampa | Mail

## Epatite C, sul rimborso dei farmaci tensione tra ministero e regioni

Si discute del modo in cui reperire i soldi per pagare i costosi farmaci per la malattia. Lorenzin vuole un fondo dedicato da un miliardo, le amministrazioni locali chiedono di inserire il medicinale nella spesa farmaceutica ordinaria per farlo pagare in parte dell'industria

di MICHELE BOCCI



(lapresse)

Rischiano di arrivare allo scontro il ministero della Salute e le Regioni sui farmaci per la cura dell'epatite C e in particolare sul sistema per pagarli. Si tratta di prodotti carissimi, il primo dei quali è il sofosbuvir, per i quali si era deciso di creare un fondo apposito da un miliardo di euro per due anni con il quale finanziare anche, più in generale, tutti i medicinali innovativi e dunque cari. Riguardo all'epatite C, quei soldi dovrebbero servire a curare 50mila malati, quelli più gravi tra i circa 500mila ai quali è stata diagnosticata la malattia. Ma secondo alcune regioni l'80% di quel denaro è tolto dal fondo sanitario nazionale, e cioè non

si tratterebbe di uno stanziamento apposito ma di una sorta di vincolo su una quota del finanziamento che ogni anno le amministrazioni locali ricevono da Roma. Il ministro alla Salute Beatrice Lorenzin smentisce questa lettura.

Comunque sia, mercoledì, quando si è discusso della riduzione di oltre 2 miliardi e mezzo del fondo sanitario, o meglio del mancato aumento che era stato previsto, si è deciso di mettere la questione sofosbuvir e altri innovativi tra gli emendamenti all'accordo da firmare con il governo. Le regioni, guidate dal governatore del Piemonte Sergio Chiamparino, hanno avanzato una proposta che prevederebbe l'inserimento di questo medicinale del meccanismo di "payback". Si tratta del sistema in base al quale se la spesa farmaceutica territoriale supera l'11,35% del fondo sanitario, cioè circa 12 miliardi di euro, metà dello sfioramento viene pagato dall'industria farmaceutica. In questo caso, visto che già adesso il tetto viene raggiunto ogni anno, mezzo miliardo di euro non dovrebbero metterlo le regioni ma i produttori. Il ministro alla salute Beatrice Lorenzin su questo tema, però, è ferma. Non vuole abbandonare l'idea del fondo dedicato. "Il fondo per l'epatite C non si tocca - ha detto il ministro - Ho visto la proposta delle regioni. E' una follia. Io ho proposto un fondo per l'innovazione nella legge di stabilità per scorporarlo dal fondo sanitario nazionale. Togliere un miliardo ai farmaci innovativi significherebbe che i cittadini non avrebbero più, ad esempio, i farmaci oncologici né altri". Adesso bisogna vedere se le regioni hanno intenzione di forzare la mano, cosa che porterebbe allo scontro e metterebbe a rischio i rapporti fino ad ora buoni tra amministrazioni locali e ministero. Proprio nel periodo in cui tutti insieme devono affrontare nuovi tagli e chiudere il patto per la salute.

(17 aprile 2015)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la Repubblica+ KASPERKY#

**3 mesi a soli 19,99€**

di notizie e sicurezza internet su tutti i tuoi dispositivi

SCOPRI ORA ►

I più letti

tvzap la social TV Segui su f

STASERA IN TV

Rai 1 21:15 - 23:10  
**Il Commissario Montalbano** 1/100

Rai 2 21:10 - 22:45  
**Hawaii Five-0 - Stagione 5 - Ep. 5 - 6**

5 21:10 - 23:15  
**Le tre rose di Eva - Stagione 3 - Ep. 5** 41/100

21:10 - 00:15  
**Colorado Café - Stagione 16 - Ep. 9**

[Guida Tv completa »](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

**1. Servizio pubblico**  
84/100

**GENTE** **INCHIESTA** CATASTROFICO ALLARME SUI FARMACI ANTI-INFEZIONI BATTERICHE

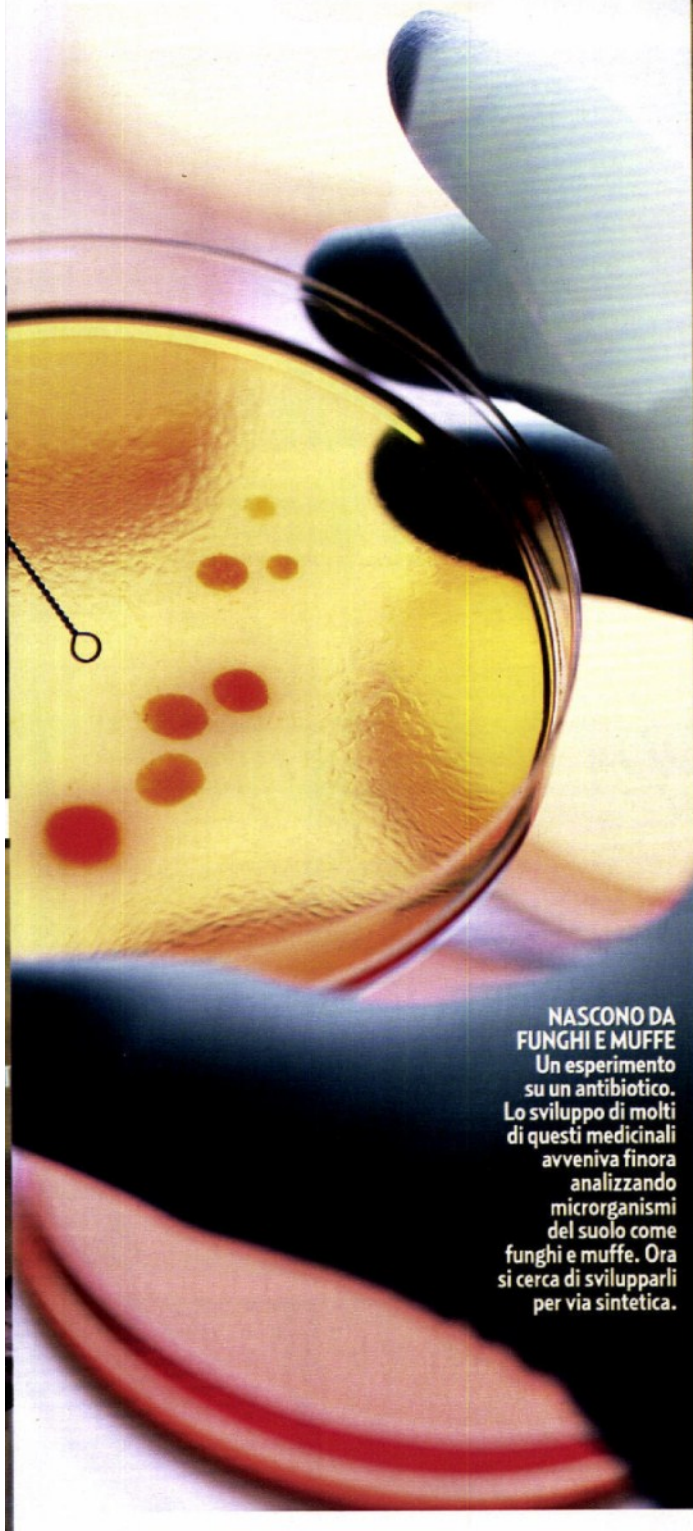


**SEMPRE PIÙ AGGRESSIVI**  
Così i batteri appaiono al microscopio: sono responsabili, per esempio, di alcune bronchiti e infezioni alle vie urinarie. Per debellarli servono antibiotici, venduti solo in farmacia (sopra) e con la prescrizione di un medico. Ma i batteri hanno sviluppato capacità di resistere.

**IN ITALIA NE ABUSIAMO, E IL RISULTATO È DI FARLI DIVENTARE ARMI SPUNTATE. «UN FOCOLAIO DI INFEZIONE POTREBBE FARE MIGLIAIA DI MORTI», DICONO GLI ESPERTI**

# GLI ANTIBIOTICI FANNO CILECCA

**30,9** DOSI GIORNALIERE  
NEL NOSTRO PAESE  
OGNI 1.000 ABITANTI



**NASCONO DA FUNGHI E MUFFE**  
Un esperimento su un antibiotico. Lo sviluppo di molti di questi medicinali avveniva finora analizzando microrganismi del suolo come funghi e muffe. Ora si cerca di svilupparli per via sintetica.



**ATTENTI, PERICOLO BESTIALE**  
Un allevamento di polli. Per evitare il diffondersi di malattie gli animali sono trattati con antibiotici, il cui uso eccessivo contribuisce però alla nascita di ceppi batterici resistenti.

di Francesco Gironi

**L**eggete con attenzione: "Il numero di infezioni complicate da resistenza agli antibiotici dovrebbero aumentare notevolmente nei prossimi 20 anni. Se un focolaio diffuso dovesse verificarsi, ci si potrà aspettare che circa 200 mila persone colpite da un'infezione batterica non possano essere curate efficacemente con i farmaci esistenti, e che circa 80 mila di queste persone potrebbero morire". In parole povere: gli antibiotici rischiano di diventare armi sempre più spuntate e un futuro, ipotetico focolaio d'infezione potrebbe provocare una strage. La previsione, catastrofica, non è di un futurologo imbonitore. A farla è il governo britannico nel *National Risk Register of Civil Emergencies*, il Registro nazionale rischi delle emergenze civili.

Be', si dirà che il problema è britannico e che Londra ha tutta la nostra solidarietà... Nulla di più sbagliato. Perché in Italia la situazione è, se possibile, anche più allarmante. «Noi abbiamo un abuso e un uso non corretto di antibiotici; le previsioni inglesi potrebbero essere riproposte anche in Italia», taglia corto Giovanni Rezza, direttore del Diparti- ▶

mento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità, massimo organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale in Italia. Il nostro Paese, secondo i dati del Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie (Ecdc), resta tra i maggiori utilizzatori di antibiotici in Europa: nel 2013 ne abbiamo consumate 30,9 dosi al giorno ogni mille abitanti (al primo posto la Grecia con 34 dosi al giorno, quindi Francia con 32 e Belgio con 31), più 14 per cento rispetto all'anno precedente. La Gran Bretagna, da dove è partito l'ultimo allarme, è "ferma" a 24,2 dosi giornaliere ogni mille abitanti.

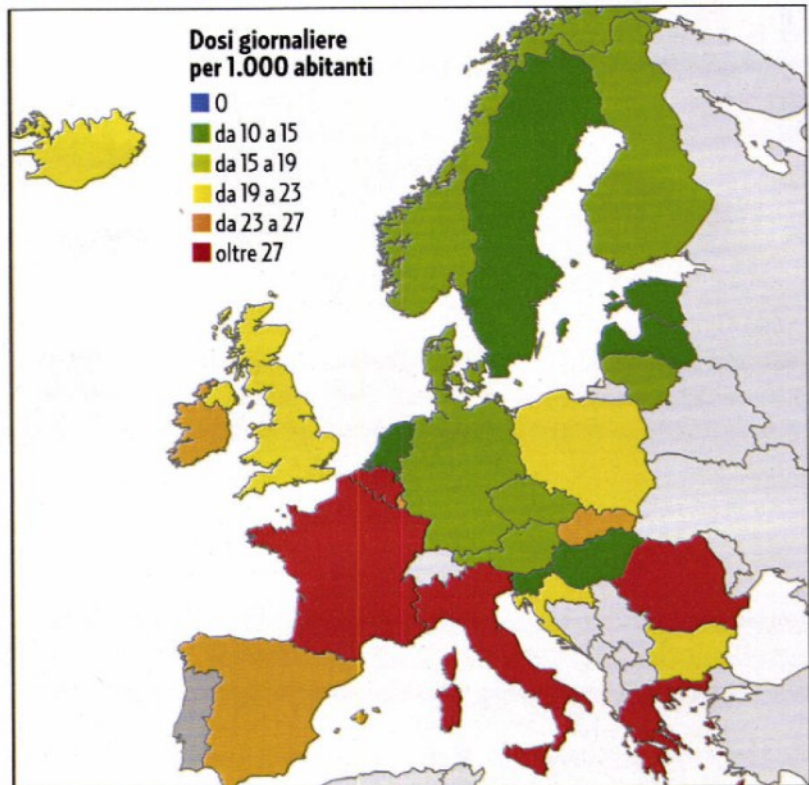
Qual è il punto? «Nelle nostre famiglie si applica il "fai da te" prendendo l'antibiotico anche quando non è necessario [l'antibiotico combatte le infezioni batteriche come alcune bronchiti o infezioni alle vie urinarie, e non quelle virali come un raffreddore o l'influenza, ndr], non completando il ciclo o modificando il dosaggio», spiega Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto Spallanzani, specializzato nella ricerca e nella cura delle malattie infettive (qui fu ricoverato Fabrizio Pulvirenti, il medico italiano contagiato dal virus Ebola). Non solo: «Anche negli ospedali l'uso degli antibiotici non sempre è appropriato: vengono somministrati quando non sarebbero assolutamente necessari», aggiunge Ippolito. Ebbene, «l'uso scorretto e l'abuso di antibiotici contribuisce a rendere i batteri più resistenti. Questi microrganismi di per sé tendono a mutare spontaneamente. Usare questi farmaci in maniera errata seleziona i batteri più resistenti: quelli più sensibili vengono eliminati, certo, ma quelli più forti riescono a sopravvivere e dunque a diffondersi», aggiunge Rezza.

Un esempio su tutti. Secondo gli esperti, il cattivo uso che facciamo in Italia di questi medicinali, rende



**«ANCHE IN OSPEDALE SE NE FA UN USO SBAGLIATO», DENUNCIA IPPOLITO**

## LA MAPPA DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI



Fonte: Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie

### NELLE NAZIONI IN ROSSO VANNO COME IL PANE: DAVVERO TROPPO

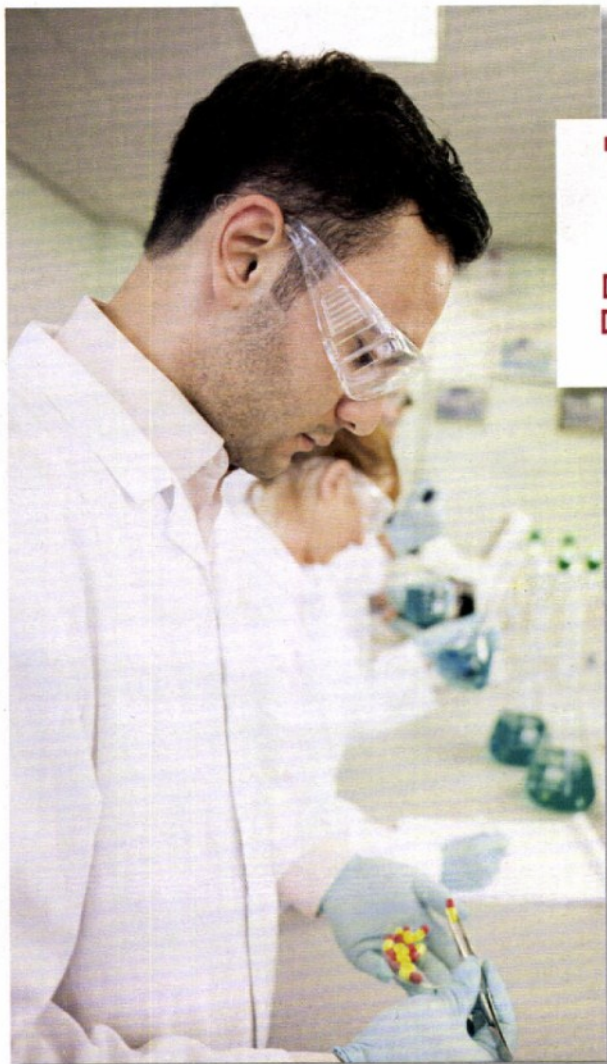
Italia, Francia, Belgio, Grecia e Romania sono i maggiori consumatori di antibiotici in Europa. Solo nel 2013 (l'ultimo anni censito) nel nostro Paese ne sono stati vendute 30,9 dosi al giorno per 1.000 abitanti. L'uso eccessivo e sbagliato di antibiotici è un rischio per la salute pubblica e sarebbe la causa di 25 mila morti ogni anno in Europa e di oltre un miliardo e mezzo di euro di perdite in spese sanitarie. L'Italia è maglia nera in Europa, avendo percentuali di resistenza agli antibiotici più alte della media del continente.

il nostro Paese tra i maggiori responsabili della resistenza della *Klebsiella* (un batterio che affligge soprattutto i reparti di terapia intensiva degli ospedali) a una classe di antibiotici salvavita (i carbapenemi) usati come ultima risorsa in infezioni molto resistenti: se nel 2008 meno dell'1 per cento delle *Klebsielle* era resistente, ora siamo arrivati al 34 per cento. «L'era post-antibiotici, nella quale infezioni comuni e lievi ferite possono diventare mortali, è ormai lontana dall'essere considerata una fantasia apocalittica: è diventata invece una reale possibilità del XXI seco-

lo», diceva Keiji Fukuda, vicedirettore per la Sicurezza sanitaria dell'Organizzazione mondiale della Sanità, nella prefazione al 1° Rapporto Globale sulla resistenza antimicrobica, pubblicato il 30 aprile 2014.

Attenzione però a passare all'eccesso opposto: «Gli antibiotici salvano anche moltissime vite: basta usarli bene», chiosa Ippolito. Come? «Stiamo lavorando da anni su una corretta prescrizione degli antibiotici: non bisogna abusarne e questo fin dalla tenera età, con il rischio che ci si trovi, quando serve, che non fa più effetto: non è solo un tema di costi, ma di salute pubblica», ha annunciato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. In Emilia Romagna è stato condotto un test in due province per verificare quan- ▶

ALLARME: SEMPRE PIÙ CEPPI BATTERICI SONO RESISTENTI AI FARMACI



**14%**  
L'AUMENTO  
DEL CONSUMO  
DI ANTIBIOTICI  
IN UN ANNO

**LA CORSA  
DEI LABORATORI**  
Un ricercatore  
nel laboratorio  
di un'industria  
farmaceutica. Negli  
ultimi anni la ricerca  
si è concentrata sullo  
sviluppo di una  
nuova classe  
di antibiotici efficace  
contro i ceppi  
resistenti agli attuali  
in commercio.  
La Northeastern  
University di Boston  
(Stati Uniti) ha  
appena annunciato  
la scoperta di una  
nuova molecola, la  
Teixobactin, ma  
serviranno almeno  
due anni prima  
che sia messa  
in commercio.

to una campagna di informazione a basso costo potesse contribuire alla riduzione delle prescrizioni e i risultati sono stati soddisfacenti. In realtà potrebbe bastare ancora meno: «Il consumo di soluzioni idroalcoliche per l'igienizzazione delle mani, aspetto centrale della prevenzione della diffusione dei batteri antibiotico-resistenti, è fra i più bassi in Europa», denuncia Massimo Andreoni, presidente della Società italiana di malattie infettive e tropicali.

Ma non è tutta colpa della nostra propensione ad aprire l'armadietto dei farmaci a casa. Ceppi di batteri "antibiotico-resistenti" possono crescere anche negli allevamenti e nelle aziende agricole i cui prodotti finiscono poi sulle nostre tavole. Secondo le ultime statistiche, in Italia sono allevati 250 milioni di animali che sono "protetti" con il 71 per cento degli antibiotici venduti nel nostro Paese: siamo secondi soli a Spagna e Germania e, ancora una volta,

**250 MILIONI  
DI ANIMALI  
ALLEVATI NE  
MANGIANO  
OLTRE IL 71  
PER CENTO**

davanti alla Gran Bretagna. Seppure, come ricorda ancora Ippolito, «non è stato provato un collegamento tra la mortalità nell'uomo e l'abuso di antibiotici negli animali», il ministro della Salute Lorenzin tiene a chiarire: «Il dato sull'alto consumo di antibiotici negli allevamenti viene neutralizzato dal basso tasso di antibiotici negli alimenti che mangiamo, perché nel momento in cui la carne viene macellata si è atteso un tempo sufficiente perché il livello si riduca». E aggiunge: «Negli ultimi 3 anni abbiamo ridotto del 30 per cento gli antibiotici nelle nostre carni». Ma questo non significa che la presenza di antibiotici sia completamente esclusa. Soprattutto nelle carni importate dall'estero, dove i regolamenti possono non essere così ferrei.

Francesco Gironi

UN'ALTERNATIVA INASPETTATA

**UN ANTIRUGHE CONTRO I BATTERI**

**N**on è solamente un efficace antirughe e anti-età: adesso si scopre, infatti, che l'acido ialuronico ha effetti benefici pure nella cura delle infezioni batteriche, rivelandosi una valida alternativa agli antibiotici, il cui consumo massiccio e inappropriato causa spesso resistenze batteriche e vanifica la terapia. Così molti medici hanno iniziato a trattare le infezioni batteriche più comuni e diffuse, cioè quelle alle vie respiratorie e urinarie, con l'acido ialuronico, assunto in alte concentrazioni sotto forma di fiale da nebulizzare con aerosol oppure in capsule molli da ingerire (foto a destra): il nuovo farmaco, oltre a rigenerare i tessuti danneggiati, ha un'azione antinfiammatoria e analgesica e contrasta le recidive batteriche. (C.T.)

