

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

Eterologa, business ovociti dall'estero. Allerta ai centri 'non certificati'



Fecondazione eterologa a rilento in Italia, per la mancanza di donazioni di ovociti da destinare alle coppie infertili desiderose di un figlio. Molti centri di Procreazione medicalmente assistita italiani si stanno attrezzando per colmare la carenza attraverso contratti con banche estere, e quindi importando i gameti da altri Paesi. Ma alcune strutture italiane, a quanto apprende l'Adnkronos Salute, hanno ricevuto una comunicazione dal Centro nazionale trapianti (Cnt) in cui si evidenzia la "non completa aderenza a quanto dettato" dalle norme vigenti in materia di importazioni ed esportazioni di gameti ed embrioni.

La missiva viene indirizzata alla Regione in cui il centro opera, cioè l'autorità competente in materia, ma per conoscenza anche alla stessa struttura. Sono infatti le Regioni per legge a dover organizzare le ispezioni nelle strutture di Pma (equiparate a istituti di cellule e tessuti), con il supporto del Cnt. Ma "poiché il programma di verifica" della conformità di taluni centri "non è ancora iniziato" in alcune Regioni italiane, recita la circolare, "le importazioni" di gameti "sono state effettuate", appunto, "in non completa aderenza" alla legge.

Ma, critica Antonino Guglielmino, direttore del Centro Umr di Catania, fra quelli 'allertati' dal Cnt, "la Sicilia è una delle Regioni che dal 2 febbraio ha riconosciuto a pieno titolo ai centri accreditati la possibilità di importare i gameti. La stranezza è che abbiamo ricevuto una comunicazione in cui si diceva che la pratica non era perfettamente nella norma, cosa che abbiamo contestato, e infatti stiamo continuando a lavorare. Il Cnt lamenta che il procedimento di importazione, se loro non vengono a fare le ispezioni, non è regolare. Ho scoperto che esiste una lista di centri certificati dal Cnt, ma l'unico Registro ufficiale mi risulta sia quello dell'Istituto superiore di sanità (Iss). Questo - sostiene - è un ostacolo al processo di trattamento nei confronti delle coppie che hanno bisogno di fare l'eterologa". "Il riferimento dei centri sono le Regioni - sottolinea Maria Paola Costantini, avvocato e referente per la

Pma di Cittadinanzattiva - che procedono con l'autorizzazione, che confluisce poi nel Registro dell'Iss. Nei decreti legislativi di derivazione europea, quelli in cui si qualificano i centri Pma come istituti di tessuti e cellule, si afferma che le Regioni verificano questi ulteriori requisiti nel procedimento autorizzativo, potendosi avvalere della competenza del Cnt. In tutte le normative di riferimento, quindi, c'è il ruolo fondamentale delle Regioni, quello dell'Iss, e un ruolo del Cnt, subordinato però alla scelta delle Regioni", che lo possono chiamare in causa come ente di supporto.

"Nel caso del Lazio, l'ultima che sta procedendo con le autorizzazioni, questo processo è infatti in corso a opera della Regione. Il potere ispettivo - ribadisce - è delle Regioni". Eppure, "a noi risulta che siano arrivate 'allerta' del genere un po' in tutte quelle Regioni che hanno avuto un ruolo autonomo nei controlli e non si sono avvalsi del Cnt".

"Il Registro dei centri Pma dell'Iss è un elenco di strutture autorizzate dalle Regioni - ribatte Alessandro Nanni Costa, direttore del Cnt - mentre il nostro contiene le strutture ispezionate e certificate. Il decreto 191/2007 equipara infatti i centri Pma a banche di cellule e tessuti, che ricadono sotto la sfera del Cnt. Devono dunque essere autorizzati dalle Regioni, ma certificati da noi. Per ora, sul nostro sito sono stati pubblicati i nomi dei 27 centri di 7 Regioni che, a giugno 2014, avevano completato tutti i passaggi di certificazione" come istituti di cellule e tessuti, "ma in questi mesi abbiamo proseguito e ispezionato in tutto circa 80 centri". Nel nostro Paese sono attivi 352 centri di Pma, "ma dal conteggio vanno esclusi quelli di I livello, circa la metà", nei quali non si effettua l'eterologa.

"Circa la metà delle Regioni italiane - aggiunge Nanni Costa - ha scelto, prima di procedere con le ispezioni, di attendere un accordo Stato-Regioni", ancora in stand-by, "che contiene dettagli su alcune modalità di intervento. Altre Regioni in accordo con noi hanno ritenuto che non fosse necessario attendere e con queste abbiamo già iniziato. Ma ora, se i centri importano gameti senza essere stati ispezionati e certificati dal Cnt, ponendosi in una situazione di non aderenza alle norme, noi lo dobbiamo segnalare". Importante anche notare, conclude il direttore del Cnt, che "si possono importare in Italia ovociti solo da banche certificate secondo i dettami europei dalle autorità competenti locali. E se l'importazione avviene da fuori Ue, bisogna dimostrare che queste banche hanno le stesse caratteristiche e standard previsti in Europa".

Il commento

Bebè, mortalità più alta al Sud: 118 da ripensare

Silvio Garattini

Il caso di Nicole è una tragedia che pone gravi domande e documenta, se ce ne fosse il bisogno, gravi carenze organizzative. Non volendo sostituirci all'azione di chi deve far luce sulle ragioni, sugli eventuali errori e sulle responsabilità del Servizio sanitario regionale e dei suoi operatori, e volendo altresì evitare di fare condanne mediatiche la, ahimè brevissima, storia di Nicole deve essere un'occasione per riflettere e agire. Occorre rilevare che questo caso - purtroppo non è solitario - è il frutto di molte cause che determinano nel nostro Paese diseguaglianze già alla nascita. Basta guardare i tassi di mortalità infantile.

Ci aiuta l'Ocse che riporta i dati per l'anno 2012. L'Italia non figura male: il tasso di mortalità infantile è di 2,9 per mille neonati contro ad esempio il 2,4 per mille in Finlandia, il Paese con la minor mortalità infantile in Europa. Il divario aumenta quando si considera la prima settimana o il primo anno di vita. Ma il dato costante è la forte differenza che esiste fra Nord e Sud. Infatti la mortalità infantile, comunque la si determini, è del 30-50 per cento superiore in Calabria ed in Sicilia rispetto al Veneto e alla Lombardia. Una differenza inaccettabile in un Paese dove esiste lo stesso Servizio Sanitario e in cui le Regioni ricevono le stesse risorse economiche, relativamente alla popolazione, pesata per età.

Quali sono le cause per questa diseguaglianza? Molto è stato scritto sul problema, ma una parte importante riguarda certamente l'organizzazione. Il «118» è in tutto il Paese il numero del servizio di emergenza; è un servizio che deve aver presente lo stato delle disponibilità dei vari ospedali a ricevere pazienti in gravi condizioni per diverse situazioni patologiche. In base alle disponibilità il paziente viene indirizzato all'unità di terapia più adatta e più vicina. La velocità con cui si stabilisce la soluzione è perciò un fattore determinante. Le attuali disponibilità tecnologiche

dovrebbero permettere di avere, per gli operatori del «118», un quadro facilmente consultabile dei letti liberi nei vari reparti. Ciò richiede che chi deve decidere con rapidità sia un medico e possibilmente non l'ultimo arrivato, ma un medico specializzato di grande esperienza, perché dal suo giudizio può dipendere la vita o la morte di una persona. È questa la situazione nelle varie Regioni italiane? Si può migliorare ovunque ma certamente si deve migliorare molto più nel Sud.

Poiché si parla di nascite, ci si può chiedere come si nasce. È possibile che nel Sud il tasso di parti cesarei rappresenti la maggioranza dei parti? Anche qui sarebbe bene chiederci le ragioni e porre rimedio a una situazione anomala non solo rispetto al Nord, ma anche rispetto al resto del Mondo. È possibile che le autorità regionali non sentano la necessità di indagare, di capire e di porre rimedio alle cause che determinano queste situazioni anomale? Dov'è l'orgoglio di poter raggiungere posizioni di eccellenza in campo sanitario?

I problemi alla nascita dipendono tuttavia anche da quanto succede prima, dall'attenzione che si pone all'igiene, all'alimentazione delle donne in gravidanza. L'accesso a forme di educazione e il costante monitoraggio del feto sono fattori importanti che hanno influenza sulla salute del nascituro.

Si potrebbe continuare ad esaminare le cause di queste diseguaglianze alla nascita in Italia, che sono oggetto dell'attenzione anche del Comitato nazionale per la Bioetica. Le diseguaglianze nella vita possono essere il frutto delle nostre azioni, ma almeno alla nascita tutti dovremmo essere eguali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le sale parto del Sud Mortalità più alta e pochi posti in urgenza

Uno ogni mille nati: lo standard previsto è uno ogni 750

il caso

MARIA CORBI
ROMA

Troppo pochi i posti letto nei reparti di Terapia intensiva neonatale. Almeno in alcune regioni dove si è lontani dallo standard previsto internazionalmente, che è di un posto ogni 750 nati. Se in Lombardia si registra un posto di terapia intensiva neonatale ogni 650 nati, il rapporto è invece di un posto ogni mille nati nel Lazio e la situazione peggiora al Sud, dove anche il tasso di mortalità infantile è più alto rispetto a quello medio nazionale, pari a 3,3 per mille nati.

Le case di cura private

E, avvertono i neonatologi, spostare un neonato in condizioni gravi per raggiungere una terapia intensiva esterna «raddoppia il rischio di mortalità». Il problema sono le case di cura private dove non è obbligatorio avere la rianimazione neonatale, come denuncia il governatore della Sicilia Rosario Crocetta che invita il ministro della Salute Beatrice Lorenzin «a modificare la normativa che consente ai privati di svolgere attività senza obbligo di avere la rianimazione interna. La norma nazionale prevede che i centri di secondo livello abbiano l'obbligo di avere la rianimazione collegata mentre quelli di primo livello possono farne a meno, solo che per la maggior parte si trat-

ta di cliniche private. Ritengo invece necessario che qualsiasi centro neonatale abbia la rianimazione. Chi non si adegua non deve essere autorizzato».

Il ministro Beatrice Lorenzin risponde subito ricordando a Crocetta che «gli accreditamenti di cui lui parla competono esclusivamente all'Amministrazione che lui presiede».

Un rimpallo di responsabilità che contraddistingue questa vicenda e tutti i suoi protagonisti. Sui «punti nascita» e sui requisiti che devono avere precisa: «tutte le strutture, sia pubbliche che private accreditate che effettuano più di 1.000 parti, devono prevedere una Unità di Terapia Intensiva Neonatale, con posti letto pari a: intensiva 1/750 nati e sub intensiva 2 posti letto per ogni letto di terapia intensiva, mentre le strutture di I livello, cioè quelle che effettuano meno di 1.000 parti l'anno, sia pubbliche che private accreditate, devono possedere una Unità di pediatria/neonatologia, con la presenza di tutti i requisiti contemplati nell'Accordo e deve essere prevista una rete, sia per il trasposto assistito materno che neonatale d'urgenza, garantendo l'integrazione funzionale tra i punti nascita di I e II livello».

Il caso Calabria

Il problema dei centri senza rianimazione neonatale riguarda soprattutto il sud. Perché nelle regioni come Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Ro-

magna circa il 90 % dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni, mentre al sud (con l'eccezione della Puglia) il 40 % dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1.000 parti annui (dati Cedap). In particolare in Calabria la percentuale si impenna al 67 per cento. L'accordo Stato-Regioni del 2010 prevede la chiusura e riorganizzazione dei centri dove si registrano meno di 500 parti l'anno (in Italia sono 153, tra pubblici, privati accreditati e non, localizzati soprattutto al Sud).

Una situazione su cui riflettere con rapidità e attenzione visto che il momento del parto resta una delle fasi maggiormente a rischio, in determinate situazioni, sia per la madre sia per il neonato. Secondo l'indagine della commissione di inchiesta sugli errori sanitari presentata nel 2013, su circa 570 segnalazioni di episodi di malasanità nell'arco di tre anni un centinaio riguardano proprio il parto. E l'ultimo Rapporto PiT Salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva segnala l'area di ostetricia e ginecologia come la quarta voce nell'area dei presunti errori terapeutici (6,6 per cento) e come la terza voce nell'area errori diagnostici (9 per cento).



Scontro tra Roma e Regione sulla morte della neonata La Borsellino: mi dimetto

> Doppia inchiesta sulla tragedia di Catania: dodici indagati
> Il ministro minaccia il commissariamento. L'assessore: allora lascio

GIUSIPICA

SCATTANO le inchieste, penali e amministrative, sul caso della neonata morta a Catania dopo che tre ospedali avevano rifiutato di ricoverarla per mancanza di posti nei reparti di terapia intensiva neonatale. Ma intorno al caso della piccola Nicole si accende lo scontro politico. Che deflagra quando il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** annuncia il possibile commissariamento della sanità siciliana. L'assessore regionale Lucia Borsellino rimanda al mittente le parole che arrivano da Roma («Sono toni inaccettabili») e annuncia le proprie dimissioni: «Ho comunicato a Crocetta che non posso andare avanti». Il governatore le esprime solidarietà e le chiede di restare. In mattinata, intan-

to, la procura di Catania aveva iscritto dodici persone nel registro degli indagati, mentre in assessorato, a Palermo, proprio la Borsellino aveva istituito una commissione di inchiesta per fare luce sui punti oscuri della vicenda. Da chiarire perché sia stato deciso di trasportare la neonata fino a Ragusa invece di portarla al pronto soccorso più vicino, ma anche i motivi che hanno indotto a scegliere un'ambulanza privata invece di un mezzo del 118 meglio equipaggiato per l'assistenza. Già cinque anni fa, comunque, la commissione Errori sanitari della Camera aveva sciorinato davanti all'allora assessore Massimo Russo alcuni episodi che testimoniavano del rischio esistente in Sicilia a causa di una insufficiente organizzazione.

ALLE PAGINE II E III

Malasanità, il ministro attacca la Regione e la Borsellino sbatte la porta: "Mi dimetto"

Dodici indagati per la morte della bimba Niente sanzioni contro i manager Al lavoro una commissione d'inchiesta

LO SCANDALO della neonata morta in ambulanza si abbatte come un terremoto sulla Regione. La prima vittima è Lucia Borsellino, l'assessore alla Salute che a caldo aveva annunciato il pugno di ferro contro i responsabili della tragedia. Ieri, dopo una convulsa giornata di riunioni in assessorato e richieste di dimissioni, ha deciso di gettare la spugna. Lo ha fatto in serata dopo l'atto di accusa del ministro alla Sanità Beatrice Lorenzin, che si era detta pronta a commissariare la Sicilia «sugli aspetti di organizzazione e appropriatezza per garantire la sicurezza dei pazienti». «Parole dure — ha commentato l'assessore — non ci sono più le condizioni per andare avanti».

Indietro non si torna. Almeno così sembra. Nonostante il pressing del governatore per farla restare. E nonostante a chiederle di ripensarci sia tutto lo stato maggiore del Pd. Dal presidente della commissione Sanità

Giuseppe Digiacoia al sindaco di Catania Enzo Bianco al segretario regionale Fausto Raciti. Uno schieramento difensivo che raccoglie persino pezzi dell'Ncd, il partito della Lorenzin, con il deputato Alessandro Pagano che indica Crocetta come il vero bersaglio del ministro.

Ma se in molti nel Palazzo sono pronti a fare quadrato intorno a uno dei baluardi del governo Crocetta, sopravvissuta a tutti e due i rimpasti, fuori c'è chi chiedeva le sue dimissioni già dalla tarda mattinata, dopo la fumata nera del vertice convocato in assessorato con i manager degli ospedali coinvolti nel "caso Nicole" e il direttore della centrale operativa del 118. Lo avevano fatto Michele Palazzotto, segretario regionale della Cgil Funzione pubblica, e Angelo Collodoro, vice segretario del Cimo, ma anche associazioni di consumatori come il Codacons.

Un fuoco di fila iniziato al termine dell'at-



tesa riunione a piazza Ziino che non ha fatto cadere teste né traballare poltrone. Niente colpevoli dati alla piazza. Niente capri espiatori. Almeno fino a quando la commissione d'inchiesta istituita dall'assessorato non avrà concluso la sua istruttoria sul caso che vede indagati ben dodici tra medici e primari di tutti gli ospedali catanesi coinvolti.

Da chiarire sono ancora molti punti oscuri. Perché nelle Terapie intensive dei tre maggiori ospedali di Catania non c'era nemmeno un posto? I letti erano occupati per vere emergenze o si poteva trasferire qualche degente meno grave per far spazio alla piccola Nicole? E ancora, se è vero che il 118 ha trovato il posto a Ragusa in meno di mezz'ora dopo l'allarme della clinica privata, perché solo alle tre di notte, dopo quasi due ore dall'ultimo contatto, la bimba è stata messa a bordo dell'ambulanza privata? Chi ne ha autorizzato il trasferimento?

Un altro punto oscuro della vicenda riguarda il tragitto. La scelta più veloce sarebbe stato l'elisoccorso. Ma dal 2012 a Catania è in servizio solo dall'alba al tramonto: «L'appalto regionale — spiega **Ciro Manzo**, responsabile degli elicotteri nell'Isola — prevede questo. Solo Palermo, Messina, Lampedusa e Caltanissetta hanno la base attiva 24 ore su 24». E anche la Borsellino tiene a sottolineare che la scelta di sopprimere il servizio notturno è stata presa dal governo Lombardo-Russo. Di certo, l'uso dell'elicottero avrebbe fatto almeno risparmiare tempo: «In condizioni meteo buone — dice **Manzo** — ci vogliono 20 minuti da Catania a Ragusa».

Ma anche in ambulanza l'alternativa più veloce poteva essere quella di trasferire la bambina a Messina, dove quella notte c'erano ben sette posti letto disponibili, raggiungibile in meno di un'ora lungo un'autostrada senza curve. Allora, perché si è scelta la via più rischiosa? Tutte domande alle quali anche gli ispettori inviati dal ministero cercheranno di rispondere. La task-force romana si metterà al lavoro già lunedì. Ma ad accoglierla, probabilmente, non ci sarà più l'assessore Borsellino.

g. sp.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Indagati i medici della piccola Nicole Napoli, muore bimba appena dimessa

La madre della neonata deceduta a Catania: «Non me l'hanno lasciata abbracciare»

CATANIA Si affida a Facebook la mamma di Nicole e dalla sua pagina grida che la sua creatura, morta tre ore dopo il parto perché a Catania non si trovava un posto in terapia intensiva, è volata via in un soffio «non per cause naturali, ma per un errore umano, tanti errori umani...». Mamma Tania, come aveva già fatto il marito Andrea Di Pietro, punta il dito contro i medici che stavano in sala parto e contro l'organizzazione della Sanità.

«Quello che dicono i Tg è solo una parte di verità... ma presto si avrà giustizia, presto tutto verrà alla luce e la mia bambina avrà pace». Poi uno sfogo: «Non mi hanno permesso di vederla, di stringerla a me, di accarezzarle la manina e farle sentire che io le ero vicino, me l'hanno portata via, senza averle potuto dare il suo primo e ultimo saluto».

Tristissima pagina con la Procura di Catania che fa recapitare una sfilza di avvisi di garanzia a medici ed infermieri, operatori del 118 e dirigenti dei tre ospedali. Tutti indagati. Mentre sul fronte politico scatta una guerra fra il ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il governatore Rosario Crocetta con minaccia di commissariamento della Sanità in Sicilia; la polemica travolge anche l'assessore regionale alla Sanità Lucia Borsellino, figlia del giu-

dice, che ha annunciato le sue dimissioni. Ancora ieri sera la donna si mostrava turbata ma determinata. Fino alle tre del pomeriggio tutti i dirigenti degli ospedali erano stati a rapporto da lei, poi Lucia Borsellino si è sentita al telefono con il papà di Nicole: «Sono angosciata da questo dramma. Come istituzioni faremo di tutto per accertare la verità...».

Tristissima pagina di un pianeta Sanità che ieri, a Napoli, ha vissuto un'altra pagina tragica. Una bimba di otto mesi è morta dopo essere stata dimessa giovedì dall'ospedale «Santobono». Si è aggravata, senza tempo per riportarla in reparto. Aperta un'inchiesta dopo la denuncia dei genitori. Per la piccola Nicole c'è pure il sospetto che nella casa di cura Gibiino mancassero le cannule. «Inesatto. Avevamo "stabilizzato" la bimba», ha replicato il pediatra Antonio Di Pasquale.

Polemiche infuocate anche sul fronte delle case di cura private con la presidente della loro associazione, Barbara Cittadini, sorpresa da Crocetta che chiede di «imporre per legge» nelle cliniche l'attivazione di unità di terapia intensiva: «Ma è quello che chiediamo noi da sempre e che la stessa Regione ci nega perché la rete sarebbe satura».

F. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

● Nella notte tra mercoledì e giovedì, nella clinica privata Gibiino di Catania, nasce Nicole Di Pietro. Subito la piccola ha problemi respiratori, ma la clinica non ha un reparto di terapia intensiva

● A Catania ci sono 35 posti in incubatrice, distribuiti nei quattro ospedali cittadini, ma in quel momento sono tutti occupati. La neonata allora viene trasferita a Ragusa in ambulanza, perché



Neonata deceduta sanità siciliana nel caos **Lorenzin**: "Commissariare" E l'assessore se ne va

Catania, la madre di Nicole: "Mi nascondono la verità"
Dodici indagati. Borsellino: "Omissione di soccorso"

Il pediatra: "Fino all'ultimo ho fatto il possibile per salvarla, in sala parto nessuna carenza"

Il procuratore: "Vogliamo verificare tutto quello che è successo, anche durante la corsa a Ragusa"

**NATALE BRUNO
SALVO PALAZZOLO**

CATANIA. Tania Laura non si rassegna alla morte della piccola Nicole, stroncata da una crisi respiratoria mentre l'ambulanza correva verso una terapia intensiva lontana 100 chilometri. Guarda le foto del suo pancione su Facebook, scorre gli ultimi sorrisi dei giorni scorsi. E poi decide di scrivere: "La nostra bambina non c'è più, e non per cause naturali, ma per un errore umano, tanti errori umani".

È un atto d'accusa quello che Tania Laura Egito compone di getto sulla tastiera del suo telefonino, mentre è ancora ricoverata alla clinica Gibino, due giorni dopo il parto. Aggiunge: "Quello che dicono i telegiornali è solo una parte di verità, ma presto si avrà giustizia, presto tutto verrà alla luce, la mia bambina avrà pace". E agli amici ripete: «Sono convinta che mi stanno nascondendo qualcosa di quello che è accaduto in sala parto».

Ci sono già dodici indagati per la morte della piccola Nicole Di Pietro. E un terremoto politico si è sollevato fra Roma e Palermo. Il ministro **Beatrice Lorenzin** fa sapere che sta valutando il commissariamento della sanità siciliana. L'assessore regionale Lucia Borsellino, la figlia del giudice ucciso da Cosa nostra, annuncia le sue dimissioni. Ma rilancia: «Secondo gli standard nazionali, la Sicilia dovrebbe avere 88 posti di terapia intensiva neonatale, ce ne sono 114. Presto diventeranno 150».

L'assessore alla sanità ha convocato ieri mattina tutti i protagonisti di questo caso. E dopo averli ascoltati non ha più dubbi su quanto accaduto: «I vertici degli ospedali catanesi avrebbero dovuto accogliere quella bambina, e farsi carico della situazione. Le linee guida

dell'assessorato, diramate già nel 2010, parlano chiaro: non ricoverare un neonato in gravissime condizioni quando tutti i posti sono occupati può configurare il reato di omissione di soccorso».

La notte fra giovedì e venerdì non si è trovato un solo posto libero al Cannizzaro, al nuovo Garibaldi, al Santo Bambino, e anche al Policlinico. Tutti i 38 posti disponibili erano occupati. E il centralino del 118 ha dirottato la neonata verso l'ospedale Paternò-Arezzo di Ragusa. Ma Nicole è morta a metà strada.

Anche la procura di Catania vuole vederci chiaro su quanto avvenuto nelle quattro unità di terapia intensiva. I primari e i medici di turno sono già finiti nel registro degli indagati, per concorso in omicidio colposo. E con loro anche i quattro medici dell'équipe che si è occupata del parto: il direttore sanitario, il pediatra, il ginecologo e l'anestesista. Quest'ultimo è il fratello del proprietario della Gibino, la clinica più in vista della città, che appartiene alla famiglia del coordinatore regionale di Forza Italia, il senatore Enzo Gibino.

Dice il procuratore di Catania Giovanni Salvi: «Stiamo verificando cosa sia accaduto nella clinica e poi perché non si sia trovato un posto di terapia intensiva. Ma vogliamo anche approfondire cosa sia avvenuto durante il viaggio verso Ragusa». Il magistrato taglia corto: "Vogliamo approfondire tutto. Per capire se siano state prestate le dovute cure alla bambina».

Sull'ambulanza c'era il dottore Antonio Di Pasquale, il pediatra della clinica, che non si è mai allontanato dalla bambina. «Ho fatto il possibile per salvarla — racconta — e ancora mi dispero per quello che è accaduto. Ho negli occhi i vol-



ti dei miei tre figli mentre ripercorro tutti i momenti di quella tragica notte».

Il medico non nasconde le difficoltà sopravvenute dopo il parto. Dice: «La bambina è nata con delle criticità. Aveva una frequenza cardiaca molto bassa, era ipotonica, non piangeva. Mi creda, ho fatto quello che era nelle mie possibilità per stabilizzarla. E ritenevo di esserci riuscito, anche perché avevamo tutti gli strumenti per farlo, non mancava proprio nulla in sala parto». Poi, la decisione di chiedere il ricovero in una struttura di terapia intensiva: «Ma mi è stato negato — dice il dottore Di Pasquale — Non mi sono fermato. Ho trovato il posto a Ragusa e poi mi sono assicurato che nell'ambulanza ci fosse tutto il necessario». Ma 45 minuti dopo la partenza da Catania, Nicole ha avuto una crisi, che è stata fatale.

Ora, uno dei primari chiamati in causa scarica sulla Regione: «Non è un caso di malasana, ma di malapolitica», dice Vincenzo Di Benedetto, a capo dell'unità di terapia intensiva del Policlinico. «A Catania nascono 12 mila bambini l'anno, 38 posti non bastano». Ma il governatore Crocetta difende la Borsellino. Chiede il ritiro delle sue dimissioni e rilancia sul ministro: «Modifichi al più presto la normativa che consente ai privati di svolgere attività senza avere la rianimazione».

È scontro aperto fra Regione e governo. Il ministro replica: «Gli accreditamenti di cui parla Crocetta competono esclusivamente alla sua amministrazione».

Intanto, mamma Tania segue su Internet tutte le notizie. E scrive ancora su Facebook: «Me l'hanno portata via senza averle potuto dare il suo primo e ultimo saluto». Dalla disperazione alla tenerezza: «Piccola mia, tu vivrai nei nostri cuori. Ricorderò ogni piccolo movimento che facevi dentro me. Eri e sarai per sempre la mia piccola ballerina scatenata. Ti amo, amore di mamma».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE TAPPE

IL PARTO

Nicole appena nata manifesta difficoltà respiratorie. Le viene assegnato un indice di "Apgar" pari a 3. I medici cercano di stabilizzarla

L'EMERGENZA

È necessario il ricovero in terapia intensiva, ma dal 118 viene fatto sapere che a Catania non ci sono posti nei quattro nosocomi attrezzati

IL VIAGGIO

Il 118 trova un posto a Ragusa. La neonata è fatta salire su una ambulanza privata. Muore 45 minuti dopo la partenza

Vincere il tumore alla prostata



Federico Mereta

Far presto, quando si parla di tumori, significa fare bene. E aumentare le prospettive di vincere la malattia. A questa regola non sfugge il tumore della prostata, che rappresenta il venti per cento di tutti i tumori tra gli over-50 e aumenta con il progredire dell'età. Oggi grazie ai trattamenti chirurgici e farmacologici, la sopravvivenza dei pazienti è di circa l'88 per cento a cinque anni dalla diagnosi. Ma, nonostante le cure, a volte il nemico non si ferma. Oltre il 40 per cento degli uomini colpiti sviluppa metastasi e di questi un numero elevato diventa resistente al trattamento che annulla l'azione degli ormoni maschili.

Non solo: a volte il tumore si presenta fin dall'inizio in fase avanzata e questo porta alla necessità di trovare ancora nuove soluzioni come ad esempio enzalutamide, farmaco indicato proprio per chi ha un tumore che ha già dato metastasi e non risponde più alle cure ormonali e alla chemioterapia.

Intervento differenziato

L'importante, in ogni caso, è che l'approccio venga definito caso per caso, anche quando il

tumore è già progredito. Il trattamento dipende infatti dalle caratteristiche del paziente e dalla malattia stessa. La maggior parte dei malati si presenta alla diagnosi con tumori clinicamente localizzati, che non invadono pertanto le strutture adiacenti e non hanno localizzazioni a distanza.

In questi casi, le attuali opzioni terapeutiche sono rappresentate da chirurgia, radioterapia, brachiterapia (attraverso aghi che rilascino sostanze nocive per le cellule neoplastiche) e terapia focale.

Ci sono casi in cui si preferisce 'osservare' l'evoluzione del quadro perché la malattia si mantiene "indolente": in queste circostanze il

malato è sottoposto a periodici controlli che includono biopsie prostatiche e diventa candidabile a intervento chirurgico o radioterapia solo in caso di progressione della patologia.



MEDICINA

Alimentazione corretta e stile di vita sano sono le strategie nella prevenzione del cancro della ghiandola maschile, che richiede un approccio terapeutico definito per ogni singolo caso

1 CONTROLLI REGOLARI OCCHIO AL PSA

La diagnosi precoce è fondamentale. Per questo è necessaria una visita regolare del medico per controllare forma e dimensioni della ghiandola, oltre che il controllo del Psa, esame del sangue specifico per la prostata i cui risultati vanno sempre valutati dal curante.

3 VIA LIBERA AL PESCE AZZURRO UN PIENO BENEFICO DI OMEGA 3

Acciughe e simili possono essere utili per limitare i rischi di infiammazione e per mantenere il benessere cellulare, grazie alla presenza di acidi grassi "buoni" come gli Omega-3 che aiutano anche la salute delle arterie. Contengono anche vitamina D, dagli effetti antitumorali.



2 ATTENZIONE AL PESO PRATICARE ATTIVITÀ FISICA

La sindrome metabolica, caratterizzata tra l'altro dall'aumento della pancia, dei trigliceridi e della pressione arteriosa, può aumentare il rischio di tumore della prostata. Il controllo dell'introito calorico e un'attività fisica regolare aiutano nella prevenzione.



4 LA SALSA DI POMODORO PRESERVA LE CELLULE

Il pomodoro, così come l'uva e la papaya, è particolarmente ricco di licopene. Questa sostanza agisce riducendo l'infiammazione e migliorando il passaggio dei "messaggi" genetici tra le cellule. Pare molto utile, specie se cotto, per prevenire il tumore della prostata.



«I farmaci di ultima generazione migliorano la qualità della vita»

«Circa il 10-20 per cento dei casi viene diagnosticato nella fase già avanzata: questo dipende in parte dalla natura del tumore, le cui alterazioni, nella parte più esterna della ghiandola prostatica, non danno segni della patologia se non quando il tumore è molto cresciuto, in parte dalla carenza di indagini diagnostiche», spiega Paolo Marchetti (nella foto), professore ordinario di Oncologia alla Sapienza Università di Roma. Anche nel trattamento della forma metastatica resistente alla terapia ormonale si stanno però aprendo nuove prospettive terapeutiche basate su farmaci non solo chemioterapici e che rispettano, anche e soprattutto, la qualità di vita dei pazienti»



I risultati di uno studio statunitense Una nuova arma dal testosterone?

Uno studio statunitense, i cui risultati sono pubblicati su Science Translational Medicine svela una prospettiva diversa nei casi in cui il tumore alla prostata non risponde più ai trattamenti mirati a inibire la sintesi del testosterone. Da bersaglio ad antidoto: e se fosse proprio una corposa iniezione di testosterone a rallentare la progressione della malattia? L'ipotesi, formulata dall'oncologo del Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center di Baltimora, ha testato questo approccio, definito terapia androgenica bipolare, in un gruppo pazienti. I risultati sono stati incoraggianti anche se devono essere approfonditi con ulteriori ricerche.

IL MIO RENE ROBOT **SALVERÀ I NEONATI**

GENTE

L'INCREDIBILE STORIA DI UNA MACCHINA CHE RIVOLUZIONA LA DIALISI



CON I SUOI GIOIELLI
Vicenza. Claudio Ronco, 64 anni, abbraccia due modelli di Carpediem, la macchina per dialisi dedicata ai neonati che ha sviluppato nei laboratori dell'ospedale di Vicenza. Sotto, il primario (al centro) con il suo team.



CLAUDIO RONCO È TRA I PIÙ NOTI NEFROLOGI AL MONDO. HA TROVATO IL MODO DI "LAVARE IL SANGUE" AI PICCOLI CON GRAVI PROBLEMI ALLA NASCITA. FINO A OGGI SENZA SPERANZE

VERONESI LO STIMA
Claudio Ronco sorride soddisfatto alle spalle del professor Umberto Veronesi, 89, che firma una copia del libro nel quale Ronco racconta la storia della sua invenzione e di come abbia salvato la piccola Lisa. "Carpediem è qualcosa che non c'era, di cui vi era necessità, e che cambierà il modo di fare medicina nei pazienti neonati", ha scritto il grande oncologo Veronesi nella prefazione.



da Vicenza **Francesco Gironi**
foto **Dante Valenza**

Come ogni storia a lieto fine, nel raccontarla si finisce con il dimenticare le difficoltà, quando si era pronti a gettare la spugna, preferendo soffermarsi sugli episodi che possono strappare un sorriso. E così, quando Claudio Ronco, 64 anni, direttore del dipartimento di Nefrologia, dialisi e trapianto renale dell'ospedale San Bortolo di Vicenza, racconta la storia di Lisa e di come lei, neonata data per spacciata, in queste settimane stia muovendo i primi passi grazie a una macchina che lui ha letteralmente costruito da zero e che ora il mondo ci invidia, fini-

sce con il concentrarsi sulla moglie che commenta il suo progetto con un «Sito matto», sei matto in dialetto veneto.

In effetti, pensare di progettare e realizzare una dialisi per neonati non è un obiettivo di poco conto: un po' di follia ci vuole. Un po' come l'aver trasferito questa storia in un libro che si divora come un romanzo: «Sono cresciuto tra Tex, 007 e Tom Clancy», dice. Il libro, *Carpediem* è pubblicato da Angelo Colla con la prefazione di Umberto Veronesi.

«Pensiamo a quanto sia stato miniaturizzato un pacemaker, eppure ancora oggi per sostituire un organo delle dimensioni di un pugno, il rene, usiamo una macchina grande quanto un armadio», riassume Ronco. Che per spiegare

l'importanza del suo progetto la mette così: «Voi riparereste un Piaget con una chiave inglese da meccanico?». Fuor di metafora, consideriamo che, solo per «mettersi in moto», una macchina per dialisi per adulto ha bisogno di almeno 250 millilitri di sangue (all'incirca una tazza di caffelatte): ebbene, è poco più della quantità di sangue che circola in un neonato, che per delicatezza e «dimensioni» può essere paragonato agli orologi Piaget, famosi per essere tra i più sottili al mondo.

Breve ripasso sul nostro organismo: i reni hanno il compito di ripulire il sangue dalle sostanze tossiche eliminandole con le urine; quando non funzionano è necessario ripulire il sangue in un altro modo. È questo il compito delle macchine per dialisi che, attraverso un complesso sistema di pompe e filtri, eliminano le tossine, i liquidi in eccesso e bilanciano diverse sostanze chimiche (elettroliti) nell'organismo. Solo in Italia sono 50 mila i pazienti che devono sottoporsi a sedute di dialisi per insufficienza renale cronica, ai quali vanno aggiunti coloro

che ne necessitano per le conseguenze di interventi chirurgici o gravi traumi. Purtroppo anche i neonati possono aver bisogno di un rene artificiale: le statisti-

che calcolano che dei piccoli immaturi in terapia intensiva neonatale tra il 5 e il 20 per cento deve ricorrere a questi trattamenti. Che fino a oggi venivano praticati con le macchine per adulti (si impiegava sangue di donatori) o seguendo le tecniche peritoneali (la dialisi avviene sfruttando la membrana addominale), ma in pochi casi il piccolo si salvava: la mortalità arriva al 90 per cento.

Torniamo quindi alla macchina. Che Claudio Ronco ha battezzato *Carpediem*: in latino letteralmente significa «prendi il giorno» e, viste le premesse, si tratta di guadagnare dei giorni, necessari perché i reni del neonato possano recuperare la piena funzionalità. La parola in realtà è l'acronimo di *Cardio-Renal*, ►

IL RENE ROBOT CHE SALVERÀ I NEONATI MALATI

Pediatric Dialysis Emergency Machine (dall'inglese Macchina di emergenza per la dialisi cardio renale pediatrica).

Come è nata Carpediem? «Il nostro è stato un lavoro di squadra: abbiamo messo insieme le competenze di medici, ingegneri ed economisti per valutare la fattibilità del progetto», racconta. E ci tiene a descriversi come un «connettivista», l'uomo che, nei romanzi di fantascienza di Alfred Elton Van Vogt, aveva il compito di «mettere insieme» super specialisti. «L'idea iniziale è nata in aereo, tra un volo intercontinentale e l'altro», ricorda Ronco mentre mostra gli schizzi del prototipo, disegnati come fosse un ingegnere. In aereo? Sì perché Claudio Ronco non è esattamente l'ultimo dei nefrologi: la John Hopkins University, uno dei più prestigiosi atenei degli Stati Uniti, lo ha nominato miglior ricercatore al mondo nelle malattie renali; è stato direttore del laboratorio di ricerca del Beth Israel Medical Center di New York e,

**È PRONTO IL
PROTOTIPO
PER DIALISI
CHE INDOSSI
COME UN
GIUBBOTTO**

oltre a insegnare alle Università di Padova e Bologna, tiene corsi alla University of Virginia (Stati Uniti) e alla Fudan di Shanghai (Cina). Insomma, un *globetrotter* che ha firmato oltre 80 testi universitari e pubblicato centinaia di lavori scientifici. Non male

per il figlio del medico condotto di Asiago, costretto a rinunciare alla passione per l'hockey ghiaccio in nome dello studio. Ma non ha appeso la mazza al chiodo: è in bella vista nel suo studio «e ogni lunedì sera scendo sul ghiaccio e faccio qualche tiro con l'Asiago che milita in serie A: mi trattano come un vaso di cristallo».

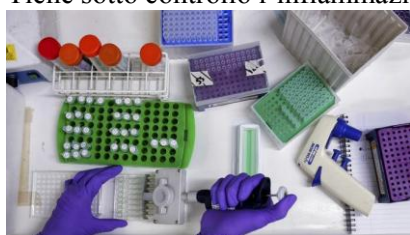
Nonostante gli incarichi internazionali, Claudio Ronco non rinuncia a «sporcarsi le mani», ricordando la gioventù trascorsa a riparare antenne e biciclette, a fare l'imbianchino o il falegname. Percorrendo i corridoi dell'International Renal Research Institute of Vicenza che ha fondato nell'ospedale veneto e dove dal 2004 ha formato un centinaio di specialisti da tutto il mondo, chiede: «Sa perché sono sicuro che questi quadri siano tutti alla stessa altezza? Perché li ho appesi io». E intanto inizia a parlare di un nuovo progetto: una macchina per dialisi da indossare come fosse un gilet. Il prototipo è quasi pronto.

Francesco Gironi

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

Ricercatori italiani scoprono gene che “spegne” il cancro

Tiene sotto controllo l'infiammazione che favorisce l'insorgenza e lo sviluppo del tumore



MILANO

Esiste un gene capace di “spegnere” il cancro non agendo sulla cellula tumorale, come invece fanno tutti gli altri oncosoppressori fino ad oggi noti, ma tenendo sotto controllo l'infiammazione che favorisce l'insorgenza e lo sviluppo del tumore.

La scoperta, frutto di uno studio finanziato dall'Associazione italiana per la ricerca contro il cancro(Airc), è stata pubblicata su *Cell*.

«Per capire l'importanza di questo studio, che ha coinvolto molti medici e ricercatori di Humanitas, in collaborazione con prestigiosi istituti internazionali - ha spiegato Alberto Mantovani, Direttore Scientifico di Humanitas e docente di Humanitas University - bisogna ricordare quali sono le caratteristiche che connotano come “tumorale” una cellula: se la paragoniamo ad un'automobile, avere l'acceleratore sempre schiacciato (ovvero avere sempre attivi gli oncogeni, i geni che la fanno riprodurre) e i freni che non funzionano (intendendo per “freni” gli oncosoppressori che sopprimono la crescita tumorale)».

«Altra caratteristica fondamentale della cellula tumorale è il suo essere inserita in una “nicchia ecologica” particolare: un microambiente infiammatorio nel quale e grazie al quale cresce e prolifera».

Lo studio dimostra per la prima volta che una molecola dell'immunità innata, PTX3, scoperta 20 anni fa dallo stesso Mantovani e dal suo team, si comporta come un oncosoppressore con un meccanismo nuovo e unico, ossia frena la formazione del cancro perché tiene sotto controllo la risposta infiammatoria.

«Le nostre ricerche hanno evidenziato che in alcuni tumori (colon, pelle e un tipo di sarcomi) - ha proseguito Mantovani - PTX3 viene come “spenta” precocemente, nel colon allo stadio di tumore benigno (adenoma). Questo spegnimento toglie i freni a una cascata di mediatori dell'infiammazione detta “complemento”. Così, il tumore recluta “poliziotti corrotti”, i macrofagi, che ne promuovono la crescita e l'instabilità genetica. Si tratta di una scoperta inattesa, da cui ci aspettiamo importanti implicazioni sul fronte clinico».

La molecola PTX3 era già candidata al trasferimento al letto del paziente: «Anche grazie al sostegno di AIRC (programma 5x1000) stiamo testando PTX3 come potenziale farmaco per impedire le infezioni da *Aspergillus* nei pazienti affetti da tumore e con le difese immunitarie compromesse. Oggi, questa nuova scoperta fornisce un ulteriore motivo per attivare una sperimentazione clinica di PTX3 contro i tumori».

MEDICINA LA SCOPERTA DEI RICERCATORI DELL'ISTITUTO HUMANITAS DI ROZZANO. SI LAVORA A NUOVE CURE

Italiani scoprono gene che «spegne» il cancro

● **MILANO.** Esiste un gene capace di «spegnere» il cancro, e lo fa con un meccanismo «unico»: tenendo cioè sotto controllo l'infiammazione alla base della malattia. La scoperta arriva dall'Istituto Humanitas di Rozzano (Milano), che ha appena pubblicato uno studio sulla rivista scientifica Cell.

In particolare, i ricercatori hanno scoperto che il gene Ptx3 è diverso dai cosiddetti geni oncosoppressori che agiscono sulla cellula tumorale; Ptx3, infatti, "tiene sotto controllo l'infiammazione che favorisce l'insorgenza e lo sviluppo del tumore". La scoperta è frutto di uno studio coordinato da Alberto Mantovani e finanziato

dall'Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro (Airc).

"Per capire l'importanza dello studio - spiega Mantovani, direttore scientifico di Humanitas - bisogna ricordare quali sono le caratteristiche che connotano come tumorale una cellula: se la paragoniamo a un'automobile, è come se avesse l'acceleratore schiacciato, e i freni che non funzionano". L'acceleratore sono gli oncogeni che spingono per far riprodurre il cancro; i freni sono invece i geni oncosoppressori. "Altra caratteristica della cellula tumorale è il fatto di essere inserita in una nicchia ecologica particolare: un microambiente

infiammatorio grazie al quale cresce e prolifera". Lo studio dimostra che il gene Ptx3 frena la formazione del cancro con un meccanismo nuovo: "In alcuni tumori, come quelli al colon, alla pelle e un tipo di sarcomi, la molecola Ptx3 viene come spenta. Questo porta il tumore a reclutare i macrofagi, cellule del sistema immunitario che finiscono per promuoverne la crescita e l'instabilità genetica. Si tratta di una scoperta inattesa, da cui ci aspettiamo importanti implicazioni sul fronte clinico". I ricercatori stanno già lavorando per cercare di trasformare le potenzialità di Ptx3 in una cura concreta.



Lo scienziato e l'intuizione che può «frenare» il cancro

Mantovani dell'Humanitas: i test con il gene scoperto venti anni fa

La ricerca

di **Adriana Bazzi**

La sua è sempre stata una ricerca controcorrente, almeno fino a una quindicina di anni fa. Alberto Mantovani, milanese, 66 anni, direttore scientifico dell'Istituto Humanitas di Milano e docente di Humanitas University ha sempre creduto che «il cancro fosse una specie di ferita che non guarisce» e che il sistema immunitario giocasse un ruolo nel favorirne la crescita. Un'eresia, perché l'idea corrente era che il nostro sistema immunitario dovesse difendere l'organismo dall'aggressione di agenti pericolosi come batteri, virus e, appunto, cellule tumorali.

Alla lunga, però, ha avuto ragione e ha appena pubblicato sulla rivista *Cell* uno dei suoi numerosissimi lavori che lo rendono il ricercatore italiano più citato in tutta la letteratura scientifica mondiale. L'ultima sua scoperta riguarda il gene di una proteina, chiamata Ptx3, che ha capacità anti-infiammatorie (l'infiammazione è una delle armi che il sistema immunitario ha a disposizione per difendere l'organismo, ndr) e come tale potrebbe diventare un farmaco anti-tumorale (i test entro fine l'anno).

«Già alla fine degli anni Settanta — racconta Mantovani — mi occupavo di cellule del sistema immunitario, i macrofagi, il cui compito è quello di eliminare i rifiuti dell'organismo, comprese le cellule tumorali. Mi sono però reso conto che i macrofagi aiutavano il tumore a crescere».

A quell'epoca, e fino al Duemila, la ricerca sul cancro si era focalizzata sulle caratteristiche della cellula tumorale (capacità di moltiplicarsi all'infinito, per esempio, o di sfuggire alla morte programmata o di creare nuovi vasi sanguigni).

E su tutto questo si sono ba-

sate le cure con l'obiettivo di distruggere la cellula tumorale a tutti i costi, magari danneggiando anche i tessuti sani dell'organismo, sistema immunitario compreso.

Poi, nel 2009, Mantovani ribadisce, sulla rivista *Nature*, che il sistema immunitario e l'infiammazione non difendono dai tumori, ma, anzi, li favoriscono, e due anni dopo questa visione viene «certificata» da tutta la comunità scientifica.

Così si cambiano gli obiettivi della terapia: non colpire soltanto il tumore, ma aiutare il sistema immunitario a difendersi contro l'invasione neoplastica. E la rivista *Science*, nel 2013, consacra come scoperta dell'anno l'immunoterapia dei tumori.

«Mi sento un uomo fortunato — commenta Mantovani — perché sto assistendo all'avverarsi di un sogno, quello che già all'inizio del 1900 uno dei padri della medicina, il tedesco Paul Ehrlich, inventore della chemioterapia per le malattie infettive, auspicava: utilizzare le armi del sistema immunitario non solo per combattere i microbi, ma anche il cancro. Attualmente si prevede che, nel 2018, il 60 per cento del mercato degli antitumorali avrà a che fare con l'immunità».

Difficoltà incontrate nel suo percorso? E i giovani ricercatori? «Ho sempre avuto un punto di riferimento nell'Airc (l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro) che ha finanziato queste mie ricerche — commenta Mantovani —. E oggi i giovani italiani sono davvero competitivi: riescono ad accaparrarsi molti finanziamenti europei. L'Italia non soffre di mancanza di cervelli. E nemmeno di passione. Ma il sistema Paese è insufficiente sul piano della meritocrazia, della flessibilità e dei rapporti con l'industria».

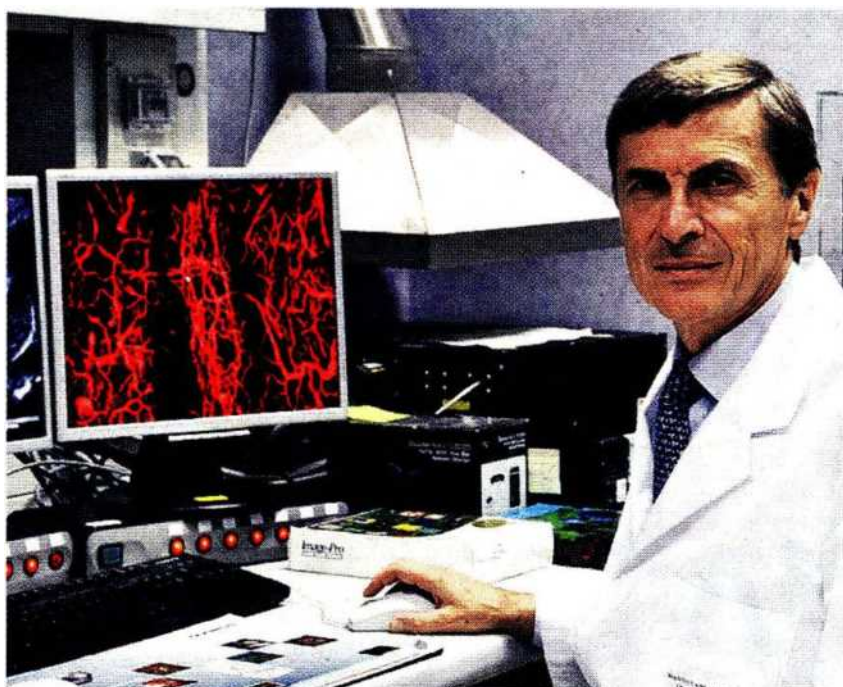
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi è

● Alberto Mantovani ha lavorato in Inghilterra al Chester Beatty Research Institute e negli Stati Uniti al National Institutes of Health. È stato capo del Dipartimento di immunologia e biologia cellulare dell'Istituto Mario Negri di Milano

● È professore ordinario di Patologia generale nella facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Milano e direttore scientifico di Humanitas dall'ottobre del 2005



Immunologo
Alberto Mantovani: sul suo schermo la proteina Ptx3 capace di rallentare lo sviluppo di alcune forme tumorali

E ieri a Milano scoperto un gene che frena il cancro

Ora la medicina cura la vecchiaia come una malattia

■ Nuovi farmaci, un diverso approccio medico e anche uno sguardo rinnovato alla capacità del cervello di curare il corpo. Sono queste le basi delle ricerche scientifiche che sembrano destinate far compiere un nuovo balzo in avanti all'aspettativa di vita di uomini e donne. C'è fiducia nello sviluppo degli studi su una sostanza proveniente dall'Isola di Pasqua, la rapamicina, che somministrata col cibo, sta ottenendo risultati clamorosi sulla longevità dei topi, allungata del 20 per cento nelle cavie sottoposte al trattamento. Colpisce il caso di Mouse UT2598, un topolino che è arrivato a 4 anni di vita contro un'aspettativa di 2.

Nel mirino delle nuove sperimentazioni c'è infatti non solo l'allungamento dell'esistenza, ma anche la qualità della vita. Il nuovo approccio medico è curare la vecchiaia come se fosse una malattia. E si può farlo comprendendo il potere che il cervello esercita sul corpo. È assodato che stress, tensioni, ansia, depressione incidono anche sul benessere fisico. Se riesci a placare ansia e stress ne hai un beneficio dal punto di vista del cuore e della pressione. Le ultime ricerche suggeriscono che l'atteggiamento mentale può addirittura curare il corpo e rallentare l'invecchiamento. Dunque tenere in forma il cervello è fondamentale, come rivela uno studio pubblicato da *Time* magazine sulla particolare longevità dei presidenti degli Stati Uniti (almeno quelli che non vengono uccisi...). Le conclusioni: i presidenti sono costretti a tenere la mente attiva, hanno a disposizione le migliori cure mediche e, sia pure per farsi scattare foto che assicurano la nazione, tendono a fare un bel po' di esercizio fisico. Le cure mediche ovviamente hanno un ruolo fondamentale hanno già contribuito ad allungare l'aspettativa di vita in modo incredibile. Oggi inoltre, conosciamo anche la «data di scadenza» media dei nostri «componenti»: il declino muscolare inizia a 40 anni, quello delle ossa dai 35, quello del mentale dai 70. Salvo interventi di prevenzione e cura, ovviamente. Per fortuna c'è la medicina, inclusa quella italiana. È di ieri l'annuncio che l'immunologo Alberto Mantovani, dell'Humanitas di Milano, ha scoperto una proteina, il Ptx3, che frena il cancro «tenendo sotto controllo l'infiammazione che favorisce l'insorgenza e lo sviluppo del tumore». Lo studio è stato pubblicato su *Cell*.



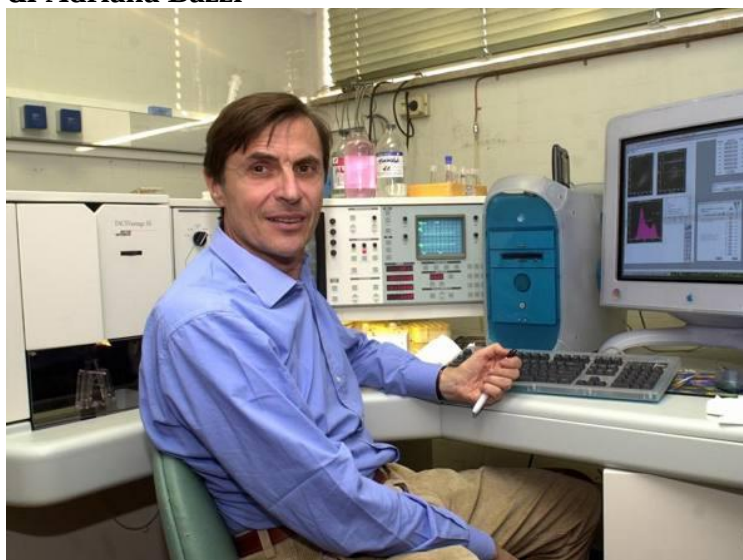
<http://www.corriere.it/salute/>

A RICERCA

Una proteina contro l'infiammazione per sconfiggere il cancro

La ricerca dell'immunologo Alberto Mantovani e la scoperta del gene Ptx3 capace di «spegnere» alcuni tipi di tumori. Sperimentazione a breve

di Adriana Bazzi



L'infiammazione è uno dei sette pilastri su cui un tumore cresce e si sviluppa: ora hanno trovato il modo per tentare di demolirlo. Il «piccone» è una proteina prodotta da un gene che si chiama Ptx3, l'ha scoperta Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Istituto Humanitas di Milano e docente di Humanitas University, una ventina di anni fa e adesso è diventata un farmaco tutto da sperimentare, ma che offre interessanti prospettive nella cura di certe neoplasie (del colon, per esempio, o della pelle o i sarcomi) come l'immunologo milanese, fra i più quotati al mondo, ha appena riferito sulla rivista «Cell».

Sette pilastri

Un passo indietro: i sei fattori che favoriscono la crescita di un tumore riguardano, complessivamente, l'abilità delle cellule tumorali di crescere senza controllo, la loro immortalità e la capacità di produrre nuovi vasi sanguigni che le alimentano. E per combattere queste aberrazioni si sono studiati molti farmaci, oggi in uso, capaci di aiutare i malati e di farli sopravvivere alla loro malattia. Con buoni risultati. L'infiammazione è il settimo e consiste in una reazione anomala del sistema immunitario che impazzisce: normalmente questo sistema deve annientare i nemici dell'organismo (comprese le cellule tumorali), ma qualche volta finisce per aiutarli.

L'Airc

«Esiste un gene capace di “spegnere” il cancro – spiega Mantovani – tenendo sotto controllo l'infiammazione. Si chiama Ptx3 e produce una proteina con capacità anti-infiammatorie. In certi tumori

non funziona e allora si instaura l'inflammation». Inflammation che, appunto, favorisce la crescita del tumore. Ecco perché si sta pensando di somministrare questa proteina come farmaco in modo da controllare l'inflammation e aiutare l'organismo a reagire alla neoplasia. La sperimentazione sui pazienti partirà a breve e lo studio è finanziato dall'Airc, l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro.

IL MITO DELL'ETERNA GIOVINEZZA

La scienza ci promette 140 candeline
ma che ansia vivere così a lungo...

di Giordano Bruno Guerri

a pagina 19

LA COPERTINA Il futuro che ci aspetta

Cosa ne sarà di un bimbo che vivrà fino a 140 anni?

La scienza ci regalerà una vita più lunga. Oggi brindiamo alla notizia ma che ansia l'idea di festeggiare il centesimo compleanno di nostro figlio...

il caso

di Giordano Bruno Guerri

Time di questa settimana ha un titolo e una copertina a sensazione, ma con argomenti ben suffragati: «Questo bambino potrebbe vivere fino a 142 anni», dice, esibendo il volto più attonito che soddisfatto di un infante. L'ipotesi supera persino l'ottimistica previsione di Silvio Berlusconi, che ipotizzava una durata della propria vita non ricordo se a 120 o a 130 anni.

Pare che la notizia sia fondata e non soltanto nelle possibilità dei molto ricchi. Un nuovo farmaco ha permesso alla cavia Mouse UT2598 di battere ogni record: l'aspettativa di vita di un topo è di 2-3 anni, mentre lui ne ha campati 4. La meraviglia è che, giunto a quella veneranda età, Mouse UT2598 (il dio del topilo abbia in gloria) aveva ancora l'aspetto di un giovane in salute. Il principio attivo del farmaco si chiama rapamicina, e rafforza la convinzione medica che si possa trattare l'invecchiamento per quello che è, ovvero una malattia curabile.

In realtà la stiamo già curando fin dall'origine dell'uomo, quando un individuo poteva contare su una vita media di pochi decenni, che si è andata progressivamente allungando a ritmi sempre più veloci e ravvicinati. Chi nasce oggi negli Stati Uniti, o in Europa, ha una pro-

spettiva di vita di 20 anni più lunga di chi è nato nel 1925. Facciamo un esempio concreto sulla mia pelle, affinché nessuno - nonostante l'ottima notizia - sia costretto a gesti scaramantici scomposti. Mio padre, nato nel 1919, ha vissuto 74 anni. Significa che ho buone probabilità di arrivare fino a 94, e mi si allarga il sorriso. Mia madre - cara mamma, quanto ti voglio bene - è sempre del 1919, oggi ha 95 anni e sto cominciando a pensare ai festeggiamenti per il centenario. Significa che io potrei arrivare a 120?

A questo punto comincio a capire l'espressione perplessa dell'infante in copertina.

Vale davvero la pena di vivere tanto a lungo mettendo in conto di passare almeno mezzo secolo in condizioni non proprio ottimali, per usare un eufemismo? E che mi dite della mente? È ormai assodato che stress, tensioni, ansia, depressione incidono anche sul benessere fisico. Se riesci a placare an-

sia e stress ne hai un beneficio dal punto di vista del cuore e della pressione: le ultime ricerche - spiega Time - suggeriscono che l'atteggiamento mentale può addirittura curare il corpo e rallentare l'invecchiamento. Sì, ma nessuno ci proteggerà dall'ansia e dallo stress. E, quanto alla depres-

sione, me la vedo aumentare, una volta raggiunto il traguardo dei 100 anni.

Inoltre l'allungamento medio della vita, che tutti noi festeggiamo con gioia, porta con sé anche enormi problemi sociali. Già oggi, per la prima volta nella storia nei Paesi occidentali, i sessantenni sono più numerosi dei quindicenni, e facciamo fatica a pagare le pensioni. A quale età si potrà andare in pensione, per mantenere a riposo un enorme numero di vegliardi? A occhio e croce, non prima degli 85 anni. E molto probabilmente la vita adulta inizierà molto più tardi, con un'adolescenza interminabile e gli studi protratti ben oltre i 30. Come sarà festeggiare non un genitore, ma un figlio centenario? A quale età la biogenetica porterà la possibilità di diventare madri? Potremo mantenere la maggiore età a 18 anni e considerare che la maturità inizi a 60?

Oggi brindiamo, e giustamente, alla copertina di Time, ma saranno questi i problemi che dovranno affrontare le prossime generazioni, in un cambiamento fra i più importanti che l'umanità abbia avuto. Personalmente, intanto, mi accontento di arrivare a 100.



Com'è aumentata l'aspettativa di vita

1

**Nel 1925
era 59 anni**

L'attenzione per la salute e l'utilizzo dell'acqua fanno crollare le morti premature dei bambini

2

**Nel 1955
era 70 anni**

Arrivano le vaccinazioni contro le peggiori malattie: il vaiolo, la difterite e polio

3

**Nel 1985
era 75 anni**

Le campagne sulla salute del cuore insieme alla lotta contro il fumo, riducono gli attacchi di cuore

4

**Nel 2015
è 79 anni**

La diagnostica, le scoperte mediche, sono riuscite negli anni a diminuire i casi di morte per cancro

La dieta che nutre i muscoli

Frutta secca,
cioccolato,
barbabietola
e miele
da dosare
prima e
dopo lo sport
Vietato
digiunare

IRMA D'ARIA

NUTRIRE bene i muscoli migliora i risultati dell'allenamento in palestra. A dirlo sono numerosi studi scientifici che hanno appurato l'importanza di scegliere i nutrienti giusti prima e dopo ogni sessione di allenamento. Così c'è chi beve acqua e sale prima di andare a correre, mentre la squadra di wrestling del Kazachistan mangia carne di cavallo. Tra i nutrienti consigliati nel pre-allenamento c'è il succo di barbabietola, sperimentato presso la *University of Exeter*. I ricercatori hanno testato su atleti professionisti il succo di quest'ortaggio ottenendo un incremento del 16% rispetto alle loro migliori prestazioni. Da dove arriva tanto sprint? «Il succo di barbabietola è ricco di betaina e nitrati — spiega Fabrizio Angelini, presidente della Società Italiana Nutrizione Sport e Benessere — potenti antinfiammatori in grado di scatenare ossido nitrico, una sostanza che permette al muscolo di ossigenarsi di più, allenarsi meglio e stancarsi meno». In commercio esistono succhi pronti ma lo si può centrifugare in casa: gli esperti ne consigliano due

bicchieri al giorno. Per prepararsi al meglio va bene anche il cioccolato fondente. Lo dice uno studio della *Wayne State University*: potenzia i muscoli e aumenta la resistenza.

Ma è importante anche l'ora in cui si mangia. «Di solito è bene fare un pasto completo due ore prima e un'ora prima assumere qualcosa di energetico che non crei difficoltà digestive con miele, yogurt e frutta secca oppure una barretta energetica» consiglia Angelini. Molti, però, si allenano proprio in pausa pranzo. Come regolarsi in questi casi? «È fondamentale fare una buona colazione con la giusta quantità di carboidrati, grassi e anche proteine. Poi per evitare di arrivare all'allenamento scarichi, verso le 11 bisogna fare uno spuntino sostanzioso a componente mista. Per esempio, un toast con il prosciutto, yogurt, succo di frutta e caffè

Guai a digiunare dopo la palestra: «Se non si mangia nell'arco dei 45 minuti si rischia di andare in catabolismo muscolare, cioè il muscolo va in sofferenza ed è come annullare gli effetti benefici dell'attività svolta» avverte l'esperto. Ecco perché si parla di pasto di recupero: «Bisogna ricostruire le scorte zuccherine e le proteine muscolari con un pasto misto che includa carboidrati e proteine. Per esempio, si può bere un bicchiere di latte che contiene proteine ma anche la leucina, un aminoacido importante per la crescita e per la resistenza muscolare. Si possono assumere anche carboidrati ad alto indice glicemico: cereali, fette biscottate con miele o marmellata, frutta matura e zuccherina, pane bianco, cracker o una fetta di crostata. Questi zuccheri a rapida assimilazione assunti nel post allenamento ti impediscono di esaurire le riserve senza trasformarsi in grasso». Fondamentale la corretta idratazione: «Prima e dopo bere acqua gasata a temperatura ambiente». Un vero e proprio energy drink è l'acqua di cocco, ricca di sali minerali che aiutano a reidratarsi e a dare sollievo ai muscoli indolenziti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il cibo che allena COSA MANGIARE PRIMA DELL'ALLENAMENTO



Miele e yogurt

Il miele è una fonte di carboidrati semplici (fruttosio e glucosio). Lo yogurt fornisce una porzione di proteine

2-3
ore prima

Succo di barbabietola rossa
 Contiene betaina e nitrati che si trasformano in ossido nitrico. Per il perfetto funzionamento muscolare



Soluzione idro-salina
 750 ml di acqua naturale
 + 250 ml di succo di frutta a piacere
 + 1 grammo di sale da cucina.
 Per idratarsi bene



25
grammi

Cioccolato fondente
 25-30 grammi prima dell'allenamento forniscono un alto valore calorico e zuccheri semplici che sono "benzina" per i muscoli



COSA MANGIARE DOPO L'ALLENAMENTO



Acqua di cocco

Ricca di magnesio, potassio e calcio. Per reidratarsi e dare sollievo ai muscoli indolenziti

45
minuti dopo



Frutta secca

Noci, mandorle, pistacchi e uvetta passa contengono proteine per placare la fame e carboidrati per recuperare energia



Kefir

Ricco di probiotici ma anche di proteine. Per sviluppare la massa muscolare magra e accelerare la perdita di peso



Carboidrati

Pane, patate, biscotti, spremuta d'arance e banana contengono carboidrati ad alto indice glicemico che aiutano a ristabilire le scorte di glicogeno consumate durante l'allenamento



Banane

Ricchissime di potassio, aiutano ad alleviare i dolori muscolari



QUANTO BERE

L'American College of Sports Medicine raccomanda di bere:



2 o 3 bicchieri (0,5-0,7 litri) d'acqua nelle due/tre ore prima dell'allenamento



Mezzo o un bicchiere ogni 15-20 minuti durante l'allenamento



2 o 3 bicchieri (0,5-0,7 litri) d'acqua dopo l'allenamento per ogni 500 grammi di peso persi durante l'allenamento

Oltremanica

Inghilterra, è vietato fumare se in auto c'è un minorenne

Risoluzione A partire dal prossimo primo ottobre non sarà più possibile accendersi una "bionda" nell'abitacolo in presenza di passeggeri under 18

Matteo Loaldi
ROMA

Fumo bandito in auto in presenza dei minori in Inghilterra a partire dal primo ottobre, mentre in Italia una norma simile, voluta dal [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#), è stata trasmessa a Palazzo Chigi per essere inserita nel Milleproroghe. Una risoluzione del Parlamento inglese, votata con 342 sì e appena 74 no, vieterà infatti a partire dal prossimo autunno di accendere una 'bionda' in presenza di minori di 18 anni nell'abitacolo dell'automobile a meno che non si tratti di una decappottabile, con lo scopo di proteggere i più giovani dagli effetti nocivi del fumo passivo. I trasgressori ver-

ranno puniti con una multa di 50 sterline. La decisione segue a una simile presa qualche tempo fa in Galles e anche la Scozia ne sta discutendo. L'introduzione di questa misura è stata supportata da 700 esperti, secondo i quali fumare in spazi chiusi e piccoli come l'automobile peggiora i danni causati dal fumo passivo, come ad esempio asma, bronchite e meningite. «Fumare una sola sigaretta in una macchina espone i bambini ad alti livelli di inquinanti atmosferici e di sostanze chimiche cancerogene come arsenico, formaldeide e catrame» spiega la consulente governativa per la sanità pubblica, la professoressa Dame Sally Claire Davies. «Tre milioni di giovani sono esposti al fumo passivo in auto - sottolinea il [ministro della Salute pubblica, Jane Ellison](#) - sappiamo che molti di loro si sentono in imbarazzo o hanno paura di chiedere agli adulti di smettere di fumare ed è per questo che tali norme sono un passo

importante per proteggerli». Il provvedimento viene considerato una grande vittoria dalla British Lung Foundation, che si occupa di prevenire le malattie polmonari, mentre viene reputata "eccessiva" dal gruppo di fumatori Forrester. In Italia il [ministro della Salute Beatrice Lorenzin](#) ha trasmesso a Palazzo Chigi una norma che prevede il divieto di fumo in auto in presenza dei minori perché sia inserita nel Milleproroghe, dopo aver già vietato il fumo nelle scuole, nelle vicinanze dei plessi scolastici e negli ospedali. La metà dei bambini, secondo recenti studi svolti in Italia, è esposta al fumo passivo già al secondo anno di vita ed il 38% dei piccoli ha un genitore che fuma in casa. Si concedono una 'bionda' in auto, invece, il 61% dei fumatori mentre sono 1000, secondo il rapporto annuale del [ministero della Salute](#) sul tabacco, le morti causate dal fumo passivo.





Niente fumo con la guida a sinistra In Inghilterra approvato il provvedimento sostenuto della British Lung Foundation, impegnata contro le malattie polmonari