

# rassegna stampa

da Martedì 4 gennaio 2011 a Domenica 2 ottobre 2011



**F E R R A R A**

**Sistema Integrato Comunicazione Territoriale**

a cura dell'Ufficio stampa

# Sommario Rassegna Stampa

Pagina Testata	Data	Titolo	Pag.
<b>Rubrica: Sanità</b>			
6	Il Sole 24 Ore	19/07/2011 <i>FARMACEUTICO - IN FARMACIA I CONTI TORNANO (S.Todaro/R.Turno)</i>	5
6	Il Sole 24 Ore	19/07/2011 <i>FARMACEUTICO - LA SPESA LIEVITA IN CORSIA, IL "TETTO" E' TROPPO BASSO</i>	7
13	Il Sole 24 Ore	13/05/2011 <i>PANORAMA - TERAPIE PRECOCI LIMITANO L'HIV</i>	8
39	Il Sole 24 Ore	05/05/2011 <i>TRASFUSIONI INFETTE, CAUSE IN DIECI ANNI (P.Del bufalo)</i>	9
64	Corriere della Sera	02/10/2011 <i>VI RACCONTO LA MARCIA SILENZIOSA (E IN CORSO) DELL'IMMUNOLOGIA</i>	10
23	Corriere della Sera	28/09/2011 <i>Int. a A.Lake: "BASTA MORTALITA' INFANTILE E' UNA MISSIONE POSSIBILE" (G.Fregonara)</i>	13
55	Corriere della Sera	25/09/2011 <i>MIGLIORARE LA VITA PIU' CHE ALLUNGARLA (C.Vergani)</i>	15
56/57	Corriere della Sera	18/09/2011 <i>MEDICINA "CONDIVISA" IL DOTTORE PROPONE IL PAZIENTE DECIDE (D.Natali/D.Di diodoro)</i>	16
25	Corriere della Sera	01/09/2011 <i>DALLA MALARIA ALLA SIFILIDE, I MALI CHE TORNANO (A.Bazzi)</i>	22
53	Corriere della Sera	24/07/2011 <i>HIV: CURE PERSONALIZZATE E PREVENZIONE GLOBALE (A.Bazzi)</i>	23
53	Corriere della Sera	19/06/2011 <i>IMPEGNO SCIENTIFICO MA ANCHE SOCIALE</i>	27
56	Corriere della Sera	14/06/2011 <i>IL VACCINO COME TERAPIA GLOBALE (E BILL GATES REGALA 10 MILIARDI) (A.Bazzi)</i>	28
51	Corriere della Sera	09/06/2011 <i>INTERVENTI &amp; REPLICHE - LA PREVENZIONE DELL'AIDS (C.Giovanardi)</i>	29
59	Corriere della Sera	05/06/2011 <i>I TRENT'ANNI DELL'AIDS.</i>	30
62	Corriere della Sera	10/04/2011 <i>LEGGENDE E TIMORE DI "COMPLOTTI" ANCHE DIETRO ALL'AIDS E AL VIRUS H1N1</i>	33
62	Corriere della Sera	10/04/2011 <i>STANCHEZZA CRONICA: IL GIALLO DEL VIRUS NATO IN LABORATORIO</i>	34
49	Corriere della Sera	09/04/2011 <i>LE AVVENTURE OCCASIONALI E QUEGLI SPOT IN TV CHE TUTTI VOGLIONO DIMENTICARE (A.Baccaro)</i>	36
56/57	Corriere della Sera	20/03/2011 <i>EPATITE B: TUTTI GLI ITALIANI SOTTO I TRENT'ANNI SONO PROTETTI</i>	37
21	Corriere della Sera	04/02/2011 <i>ALICIA E LE ALTRE, LE NOTTI CON L'HIV MILANO SCOPRE I BABY CONTAGIATI (M.Focarete/G.Santucci)</i>	42
22	Corriere della Sera	03/02/2011 <i>I DUE VIADOS SIEROPOSITIVI OGNI MESE 600 CLIENTI (M.Focarete)</i>	44
23	Corriere della Sera	03/02/2011 <i>SANT'EGIDIO "DA 43 ANNI ATTIVI NEL MONDO"</i>	46
19	Corriere della Sera	18/01/2011 <i>PILLOLA ANTI-FAME, SCANDALO A PARIGI (S.Montefiori)</i>	47
19	Corriere della Sera	11/01/2011 <i>Int. a G.De Rita: "GIUSTO, QUELLE LEZIONI TRASFORMANO LA VITA IN UN FATTO TECNICO" (P.Conti)</i>	49
17	CorrierEconomia (Corriere della Sera)	18/07/2011 <i>Int. a M.Scaccabarozzi: MANOVRA "NON FATECI PAGARE I COSTI EXTRA DELLE REGIONE" (A.Puato)</i>	50
44/45	La Repubblica	19/07/2011 <i>RAPPORTI SICURI, OLTRE AL CONDOM USATE IL CERVELLO (R.Giommi)</i>	51
47	La Repubblica	15/07/2011 <i>IL NUOVO NUMERO DI "TEMPI"</i>	55
51	La Repubblica	05/07/2011 <i>MENO TV, PIU' MOVIMENTO SOLO IN FERIE LA VITA E' SANA (P.Cornaglia ferraris)</i>	56
20	La Repubblica	28/06/2011 <i>BEBE' IN PROVETTA, L'EUROPA PICCONA LA LEGGE 'UN DIRITTO ANCHE PER LE COPPIE NON STERILI" (M.De luca)</i>	57
1	La Repubblica	08/06/2011 <i>SE I SAGGI ANTI-DROGA BOCCIANO IL PROIBIZIONISMO (A.Sofri)</i>	58
21	La Repubblica	29/05/2011 <i>DAL PARKINSON A EBOLA LA CARICA DEI SUPER VACCINI "E' LA NUOVA FRONTIERA" (C.Zumino)</i>	59
21	La Repubblica	29/05/2011 <i>Int. a R.Rappuoli: "ORA DOBBIAMO ACCELERARE NELLA RICERCA CONTRO L'AIDS" (C.z.)</i>	61
41	La Repubblica	17/05/2011 <i>PERCHE' L'AIDS HA UN DOPPIO VOLTO</i>	62
46	La Repubblica	17/05/2011 <i>TBC, HIV E IMMIGRATI L'INUTILE ALLARMISMO (G.Rezza)</i>	63
33	La Repubblica	12/05/2011 <i>NIENTE SESSO, SIAM TEDESCHI (A.Tarquini)</i>	64



# Sommario Rassegna Stampa

Pagina Testata	Data	Titolo	Pag.	
<b>Rubrica: Sanità</b>				
53	La Repubblica	19/04/2011	BREVE - L'AIDS SI COMBATTE ANCHE CON IL CAMMINO	65
44	La Repubblica	05/04/2011	BREVE - FARMACORESISTENZE L'ALLARME DELL'OMS	66
55	La Repubblica	23/03/2011	ITALIANI BRAVA GENTE (L.Bentivoglio)	67
46	La Repubblica	22/03/2011	TUBERCOLOSI DIAGNOSI TROPPO IN RITARDO ED E' ALLARME MULTIRESISTENZA	68
42/43	La Repubblica	15/03/2011	SESSO SICURO NUOVI CONTRACCETTIVI DAL CONDOM PER LEI ALLO STICK SOTTOPELLE	71
50	La Repubblica	15/03/2011	FLASH - SENO, HIV, REUMATISMI MAGGIORE PREVENZIONE (Mp.s.)	78
44/45	La Repubblica	08/03/2011	MEGLIO PREVENIRE PAP TEST E MAMMOGRAFIA I CONSIGLI PER TUTTE LE ETA'	79
41/43	La Repubblica	18/02/2011	LA PILLOLA DIMENTICATA - DE LUCA (M.De luca)	85
34	La Repubblica	08/02/2011	LA GERMANIA ROMPE UN TABU' "LA CIRCONCISIONE VIOLA LA LEGGE" (A.Tarquini)	88
49	La Repubblica	01/02/2011	DOLORE LA MEDITAZIONE CHE FUNZIONA DA ANALGESICO	90
1	La Repubblica	24/01/2011	"TRASFUSIONI A RISCHIO" E' SCONTRO EMODERIVATI (A.Custodero)	93
44/45	La Repubblica	11/01/2011	FARMACI FARE LARGO AI GENERICI RIPARTE LA SFIDA DEI BREVETTI	95
27	Affari&Finanza (La Repubblica)	21/03/2011	DA NOVARTIS A ROCHE, GUERRA CONTRO L'ASMA (S.Busetti/S.Martani)	99
23	La Stampa	29/09/2011	"TANTE STRATEGIE, MA SI E' ANCORA LONTANI DALLA CURA MIRACOLOSA" (V.Arcovio)	101
23	La Stampa	29/09/2011	AIDS, IL VACCINO DELLA SPERANZA (G.Orighi)	102
23	La Stampa	29/09/2011	Int. a M.Esteban: "ECCO COME ATTACCHIAMO L'INFEZIONE DELLE CELLULE" (G.a.o.)	104
33	La Stampa	20/09/2011	TORNA LA PAURA DELLA TBC (E.Tognotti)	105
1	La Stampa	05/07/2011	SETTE MILIARDI DI OPPORTUNITA' PER LA TERRA (P.Mastrolilli)	106
23	La Stampa	29/04/2011	DROGA, UNA PIAGA DIMENTICATA (M.Martinengo)	109
31	La Stampa	14/01/2011	VIRUS H1N1, NIENTE ALLARMISMI PER UN "NEMICO" CONOSCIUTO (E.Tognotti)	112
1	Il Messaggero	12/07/2011	NOI SALUTE - BERE RESPONSABILE, PERCHE' UN POCO DI VINO FA BENE ALLA SALUTE! (A.Sermenti)	113
7	Il Messaggero	27/06/2011	RIFIUTI, L'ALLARME DEI PEDIATRI PIU' TOSSE E ASMA NEI BAMBINI (L.Roano)	115
13	Il Messaggero	24/06/2011	EMERGENZA SANITARA A NAPOLI NAPOLITANO: IL GOVERNO INTERVENGA (G.Ausiello/L.Roano)	117
19	Il Messaggero	07/04/2011	ANTIBIOTICI, ALLARME OMS PRESTO NESSUNA CURA PER LE INFEZIONI RESISTENTI (V.Arcovio)	119
9	Il Messaggero	05/01/2011	INFLUENZA A, IL RITORNO. "MA NIENTE ALLARMI" (C.ma.)	120
9	Il Messaggero	04/01/2011	"C'E' CHI MI GIUDICA UN'ALIENA, MA ANCHE CHI CREDEIN ME" (C.Massi)	122
34	Il Giornale	19/09/2011	GARACI: TROPPE DIAGNOSI TARDIVE PER L'AIDS, SUPERANO IL 60 PER CENTO	124
34	Il Giornale	19/09/2011	LA VIOLENTA BATTAGLIA DEI GUARDIANI DELLA VITA	125
34	Il Giornale	19/09/2011	PIU' PREVENZIONE PER LA SANITA' (L.Cucchi)	126
10	Il Giornale	19/07/2011	UN'UNIVERSITA' AI VERTICI DELLA RICERCA MONDIALE (E.Cusmai)	127
90/91	Panorama	21/09/2011	TBC LA VERA STORIA (D.Marino)	128
150/53	L'Espresso	17/02/2011	LA MEDITAZIONE ALLUNGA LA VITA (P.Cicerone)	130
47	Nova24 (Il Sole 24 Ore)	02/10/2011	NEL LOW COST DEGLI ANTITUMORALI (A.Codignola)	134
27	TST Tutto Scienze e Tecnologie(La S	21/09/2011	Int. a A.Mantovani: "UOMINI E BATTERI: ECCO LA SFIDA ESTREMA" (G.Beccaria)	135
38	Giorno/Resto/Nazione	12/09/2011	PRONTO DOTTORE	138
8/13	Tempi	24/08/2011	TUTTI FIGLI DELLO STATO (M.Ferraresi)	140

# Sommario Rassegna Stampa

<b>Pagina Testata</b>	<b>Data</b>	<b>Titolo</b>	<b>Pag.</b>
<b>Rubrica: Sanità</b>			
41	Giorno/Resto/Nazione	18/07/2011 <i>LE DONNE SOGGETTO DEBOLE ANCHE DAVANTI ALLA MALATTIA</i>	144
59/60	Il Venerdì' (La Repubblica)	08/07/2011 <i>MALARIA, TBC E HIV SCONFITTI NEL 2020 ? (G.Aluffi)</i>	145
46	Giorno/Resto/Nazione	20/06/2011 <i>Int. a N.Galie': QUANDO TI VIENE A MANCARE IL FIATO (M.Fossati)</i>	147
276/78	Nea (Il Giornale)	24/05/2011 <i>NUOVI SPAZI E TRATTAMENTI SPECIFICI (E.Fiocchi)</i>	148
19	Dossier Piu'(La Stampa)	19/05/2011 <i>ICTUS, MANCANO STRUTTURE ADEGUATE (L.s.)</i>	151
88/89	Sanissimi (il Giornale)	01/05/2011 <i>Int. a G.Pizzocaro: L'INFORMAZIONE COMBATTE I TUMORI TESTICOLARI (P.Lucchi)</i>	152
50/53	Tempi	09/02/2011 <i>LA SANA GIOVENTU' (B.Frigerio)</i>	154

**Il trend.** Ancora sotto controllo i costi territoriali, in discesa tendenziale del 6,2% nel primo trimestre

# In farmacia i conti tornano

**Aumentano (+23%) i ticket sui medicinali, soprattutto in Campania e Puglia**

PAGINA A CURA DI

**Sara Todaro  
Roberto Turno**

Continuano ad aumentare (+2%) in farmacia le ricette e dunque i consumi degli italiani per pillole e sciroppi a carico dello Stato. Ma intanto scadono i brevetti dei farmaci e così, con l'ingresso sempre più massiccio sul mercato dei generici, scendono i prezzi dei medicinali garantiti dal servizio sanitario nazionale. Insieme, poi, sale l'incasso per le Asl dei ticket pagati dai cittadini, che in soli tre mesi è aumentato vertiginosamente del 26 per cento.

È l'effetto combinato di questi fattori che conduce al risultato finale della spesa farmaceutica territoriale (quella in farmacia, appunto): che ormai è praticamente sotto controllo, ovvero sta entro l'asticella (il 13,3% di tutta la spesa sanitaria) di legge. Anzi, sta ben al di sotto di quel budget: dopo il buon risultato del 2010, i primi tre mesi dell'anno hanno chiuso con una riduzione di spesa del 6,2% sullo stesso periodo dell'anno scorso (-179,7 milioni).

Di più: rispetto al 13,3% nazio-

nale, il «tetto» in tre mesi è stato del 12,5% con un risparmio dunque di ben 223 milioni.

Spesa che sale, spesa che scende. Con il solito vestito d'Arlecchino di consumi sanitari che in Italia vedono il sud generalmente una spanna sopra le Regioni del nord, anche i consumi di farmaci degli italiani seguono un andamento assai differenziato. Anche se, va detto, qualcosa sta cambiando anche in quelle Regioni commissariate per i maxi disavanzi sanitari accumulati in decenni di gestioni sopra le righe, per non dire allegre. Con la spesa farmaceutica che, tra tutte le altre componenti dei conti della sanità pubblica, continua però a far segnare gli aumenti meno marcati. Anzi, un vero e proprio calo pressoché costante. Nel 2010, ha appena segnalato la Corte dei conti, è stata l'unica voce in calo: -0,6% sul 2009. Ma non basta. Secondo i calcoli della Ragioneria generale dello Stato, tra il 2006 e il 2009 la diminuzione dei costi sul bilancio pubblico è stata del 3,7 per cento. Effetto del «tetto» (è l'unico comparto sanitario ad averlo, per il momento). Ed effetto dei «generici», come detto, e dei ticket che continuano a crescere

soprattutto per ora solo nelle Regioni con i conti in rosso. Ma senza scordare un altro fattore: l'applicazione del «prezzo di rimborso» che il cittadino paga nel caso preferisca ritirare in farmacia la specialità «griffata» al posto del farmaco equivalente (il generico).

Intanto l'Italia del farmaco viaggia a velocità diverse. Regione che vai, consumi (e spesa) che trovi. E i dati di spesa registrati dall'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) nei primi tre mesi di quest'anno, la dicono lunga. A far segnare un crollo verticale della spesa in farmacia sono state Calabria (-14,9%), Puglia (-13,2%), Campania (-13,1%) e Piemonte (-10,4%). Più contenuto il calo in Sardegna (-0,7%), Molise (-1,60%), Lazio (-1,80%). Ma attenzione: il «tetto» del 13,3% è stato superato da otto regioni. E guarda caso, il sud e le regioni commissariate stanno peggio di tutte nonostante gli sforzi che pure hanno compiuto: Sicilia (tetto al 15,5% a dispetto di un calo di spesa del 4%), Sardegna (tetto al 15,1%), Lazio (tetto al 14,4%).

Altra faccia della medaglia è la composizione regionale dei consumi, cioè le ricette che ven-

gono localmente prescritte dai medici di famiglia. In tre mesi sono ancora aumentate a livello nazionale del 2 per cento. E

ancora una volta, ecco che l'Italia dei mille campanili, diventa anche l'Italia delle mille (o meno) ricette, secondo un percorso che spesso non è facile spiegare da un punto di vista epidemiologico, a volte forse da un punto di vista delle scelte organizzative locali. In Basilicata le ricette sono cresciute del 7,4%, in Campania sono precipitate all'opposto del 7,7 per cento. Insieme alla Campania, sono state solo Puglia (-3,6%) e Calabria (-0,1%) a far segnare un calo delle prescrizioni.

Tutto questo, però, mentre crescono i ticket pagati dagli italiani. Con una crescita del 26% in tre mesi, legata soprattutto alle manovre sulla farmaceutica di Campania e Puglia, che hanno fatto registrare un'esplosione del 111% dei ticket pagati dai loro abitanti. Solo un assaggio di quello che potrà capitare, dal 2013-2014, con la manovra trentina da 47 miliardi. A quel punto i ticket, tutti i ticket sanitari, dovranno garantire il 40% dei risparmi annui in sanità. E quelli sui farmaci saranno i primi della lista.

## ITALIA A DUE VELOCITÀ

Il «tetto» fissato al 13,3% per la spesa farmaceutica è stato superato da otto regioni: maglia nera Sicilia, Sardegna e Lazio

## CHI SALE E CHI SCENDE

In tre mesi sono aumentate le ricette dei medici (+2%) ma le situazioni sono diverse: forte ascesa in Basilicata, calo in Campania e Calabria

## FARMACEUTICO SPECIALE

COORDINAMENTO: **Francesca Cerati,  
Silvia Sperandio**

chiuso in redazione alle ore 20 del 15 luglio



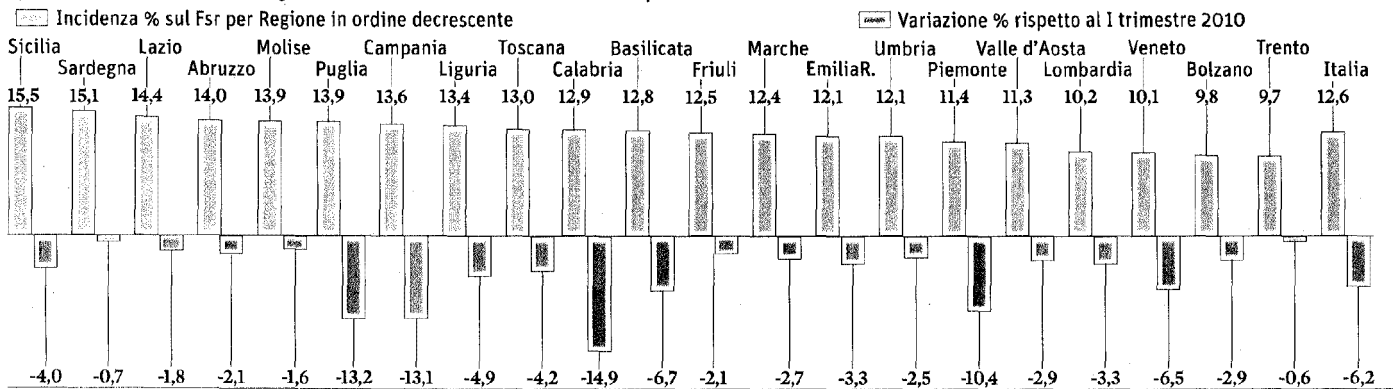
## Costi in pillole

Spesa farmaceutica convenzionata I trim. 2011 rispetto al I trim. 2010

	<b>I trimestre 2011 (in mln €)</b>	<b>Diff. assol. in %</b>	<b>Diff. in %</b>
Spesa lorda	3.294,60	-32,6	-1,00
Spesa netta	2.738,10	-179,7	-6,20
Ricette	151,50	3,0	2,00
<b>Compartecip. totale*</b>	<b>289,60</b>	<b>59,8</b>	<b>26,00</b>

Nota: (\*) somma del ticket per ricetta e dell'eventuale quota di compartecipazione sul prezzo del farmaco a brevetto scaduto rispetto al prezzo di riferimento

Spesa farmaceutica territoriale gennaio marzo 2011 e verifica del tetto di spesa del 13% sul Fsr



### Farmaci a maggiore impatto sulla spesa ospedaliera. Dati in %

	<b>Incidenza</b>
Anticorpi monoclonali	8,8
Inibitori della proteina chinasi	5,9
Altri preparati antianemici	5,4
Interferoni	4,9
Inibitori del fattore alfa di necrosi tumorale	4,7
Antivirali per il trattamento delle infezioni da Hiv	4,2
Fattori della coagulazione del sangue	4,0
Inibitori delle proteasi	2,8
Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva	2,5
Diazepine, ossazepine e tiazepine	1,9
Altre sostanze ad azione immunosoppressiva	1,9

Fonte: Aifa, maggio 2011

I farmaci acquistati dagli ospedali sono i più innovativi e cari

# La spesa lievita in corsia, il «tetto» è troppo basso

La spesa farmaceutica ospedaliera è da qualche anno ormai il primo e vero tormento per i governatori dei conti che non tornano per pillole e sciroppi pagati dallo Stato. O meglio: a carico delle Regioni, perché è proprio sui loro già magri bilanci che per il momento va a scaricarsi il disavanzo inevitabilmente registrato a fine anno. Ed è un deficit da capogiro: già solo a leggere i dati dei primi tre mesi dell'anno, la spesa per i farmaci acquistati dagli ospedali corre a fine 2011 verso un rosso tra i 2,2 e i 2,4 miliardi di euro. In pratica viaggia a ritmi pari quasi al doppio del budget. Contro un tetto (sull'intera spesa sanitaria) oggi del 2,4%, il ritmo di spesa è invece del 4,4 per cento. Un disastro finanziario. Naturalmente col solito saliscendi di risultati tra le Regioni. Nelle Marche la spesa sta al 6,1 del budget, in Molise al 2,8.

E allora sicuramente non è un caso il blitz del Governo nel decreto salva conti pubblici, che recepisce in pieno i problemi di tenuta dei bilanci invocati dai governatori almeno sulla spesa farmaceutica. Dal 2013 quel dis-

avanzo della farmaceutica ospedaliera potrà infatti in parte cambiare "responsabili". O meglio, avere altri "co-responsabili": se oggi il buco miliardario è interamente addossato sulle spalle delle Regioni, dal 2013 per il 35% lo pagherebbero invece anche le singole industrie farmaceutiche con la formula del pay back «in proporzione ai rispettivi fatturati per i farmaci ceduti alle strutture pubbliche», cioè in sostanza per le forniture agli ospedali. Ovvio che la misura - che vale circa 700-800 milioni di «tassa» su tutte le industrie farmaceuti-

che - sia stata respinta al mittente dalle imprese.

Insomma, se la spesa farmaceutica territoriale in farmacia riesce a reggere l'onda d'urto dei consumi che crescono grazie alla scadenza dei brevetti (e dunque ai prezzi sempre più bassi) e anche per effetto del crescente peso dei ticket pagati dai cittadini, i conti per i farmaci in ospedale vanno invece a rotoli. O quanto meno, superano un «tetto» forse troppo basso rispetto alle necessità. Perché caricati ormai della vera innovatività farmaceutica, quella che costa di più e che riguarda del resto le patologie più gravi, in testa le oncologiche. Non è un caso se a impegnare il 71% dell'intera spesa farmaceutica ospedaliera siano appena 30 categorie terapeutiche. E se ne bastano 6 per sommare il 34% di tutte le uscite del settore: anticorpi monoclonali (8,8%), inibitori della proteina chinasi (5,9%), altri preparati antianemici (5,4%), interferoni (4,9%), inibitori del fattore alfa di necrosi tumorale (4,7%), antivirali per le infezioni da Hiv (4,2%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## INUMERI

**1.242 milioni**

Nel trimestre. A tanto ammonta la spesa farmaceutica ospedaliera a gennaio-marzo 2011

**2,4%**

Il «tetto» di spesa. Incidenza programmata della spesa farmaceutica ospedaliera sul Fondo sanitario nazionale



**MEDICINA****Terapie precoci limitano l'Hiv**

Un trattamento molto precoce delle persone sieropositive con farmaci antiretrovirali riduce del 96% il rischio di trasmissione del virus Hiv, responsabile dell'Aids, al partner sano. È il risultato - definito dagli esperti molto rilevante - dello studio clinico statunitense HPTN 052 pubblicato ieri e finanziato dall'Istituto nazionale Usa per le malattie infettive, diretto da Anthony Fauci. «Questo studio clinico - ha commentato Fauci - dimostra in modo convincente che trattare soggetti sieropositivi con farmaci antiretrovirali al più presto può avere un impatto fondamentale per ridurre la trasmissione del virus Hiv».



Equiparazione. Oggi il decreto legge al Cdm

# Trasfusioni infette, cause in dieci anni

**Paolo Del Bufalo**

Per le trasfusioni infette c'è più tempo - dieci anni invece di tre - per richiedere gli indennizzi. È questa la principale novità contenuta in uno schema di decreto legge proposto dal ministro della Salute Ferruccio Fazio e oggi in Consiglio dei ministri per l'approvazione del Governo (per il testo: [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)).

Attualmente la richiesta di emoindennizzi per danni da trasfusione viaggia a due velocità: per chi ha contratto l'infezione da Hiv ci sono dieci anni di tempo per chiedere il risarcimento,

mentre per tutti gli altri, danneggiati da trasfusioni, emoderivati o vaccini, ci si ferma a tre. Il decreto legge punta a rimuovere questa disparità che ha provocato negli anni un forte contenzioso per l'impossibilità di chi ha diritto al rimborso di accedere al beneficio, una volta scaduto il termine triennale.

I costi sono stati calcolati, secondo la relazione di accompagnamento al decreto legge, in base al numero medio di ricorsi respinti dal ministero della Salute negli ultimi 5 anni: in media circa 700 l'anno, di cui il 40% per problemi di tempestività nella presentazione della domanda.

Dall'entrata in vigore del decreto legge i soggetti interessati sarebbero circa 2.800, che hanno diritto a un indennizzo annuo medio di 7.132 euro.

La seconda modifica introdotta, riguarda un indennizzo straordinario rateizzato per i soggetti affetti da talassemie o altre emoglobinopatie, anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusioni o emoderivati infetti e i danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che abbiano presentato la richiesta secondo la procedura per le transazioni prevista dalla Finanziaria 2008.

In sostanza, l'erogazione dell'indennizzo è subordinata alla rinuncia a ogni pretesa di risarcimento dallo Stato e dalle aziende sanitarie con la conseguenza dell'estinzione di tutti i giudizi in corso. Per quanto riguarda la copertura di questa seconda disposizione, sempre secondo la relazione, l'onere complessivo ammonterebbe a poco più di 3,5 miliardi da assicurare in non meno di 17 rate. Ma tutte le spese, assicura infine la relazione, sono già coperte dagli stanziamenti previsti dalle leggi vigenti, «senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Alberto Mantovani** Lo scienziato italiano più «citato» nel mondo, spiega quanto un campo della medicina poco noto abbia inciso sulle nostre vite

# Vi racconto la marcia silenziosa (e in corso) dell'immunologia

di RICCARDO RENZI

**U**n mondo popolato di strani personaggi, quasi disneyani. Sentinelle e soldati, vigili del traffico e poliziotti buoni o corrotti, musicisti e postini, mangiatori e supermangiatori. C'è persino un personaggio, l'Interferon, il cui nome deriva dai fumetti di Flash Gordon. La fantasia delle metafore si spreca nell'universo complesso che Alberto Mantovani, uno degli immunologi più prestigiosi al mondo, ha voluto raccontare in un libro per tutti, "I guardiani della vita". Nella prefazione, citando Karl Popper, ricorda che "ogni scienziato ha contratto un debito nei confronti dei propri simili: presentare il frutto dei suoi studi nella forma più chiara, più semplice e più modesta possibile". Non possiamo che condividere.

**Ma non c'è il rischio che la complessità della materia sia ormai tale non poter essere più compresa, comunicata, al di fuori della cerchia degli addetti ai lavori?**

«Non solo, ma c'è una reale difficoltà a comunicare anche all'interno della stessa comunità scientifica. Una volta era semplice: c'erano *macrofagi* e *microfagi*, poi chiamati neutrofili. Oggi sappiamo che nell'uomo ci sono 46 geni diversi che sovrintendono alla produzione di proteine del sistema immunitario e ciascuno ne produce un numero x. Io ho partecipato alla definizione della nomenclatura di questi "oggetti" e sono uno dei 3 o 4 al mondo che conosce i "nomi" e così mi chiamano per chiarimenti. Ma non è vero che li so, mica me li ricordo a memoria...».

**Difficile allora spiegarsi ai medici, e tanto meno ai pazienti...**

«Ma la pratica poi aiuta, semplifica, perché nel frattempo da queste ricerche nascono dei farmaci. Prendiamo ad esempio le due più importanti novità che vengono dall'immunologia. Uno è un farmaco per il melanoma, che tecnicamente è un *anti-CTL antigen 4*. Non è tanto facile far capire che cosa vuol dire questa sigla. Ma forse basta sapere che questo farmaco va ad aggredire una cellula tumorale non direttamente, ma bloccando altre cellule negative, quelle che chiamo nel libro i "poliziotti corrotti", che impediscono al sistema immunitario di intervenire. Nel suo campo è il primo farmaco appro-

vato che cambia la sopravvivenza in modo deciso. Purtroppo funziona in pochi specifici pazienti, ma in quelli funziona bene. C'è poi un nuovo farmaco per il lupus, dopo 30 anni finalmente qualcosa che migliora la terapia, che interagisce con uno dei cosiddetti fattori di necrosi tumorale (TNF), che è una *citochina* il cui nome non c'entra niente ormai con le sue funzioni. Per questo preferisco parlare di "poliziotti" o chiamare le citochine "parole molecolari", perché servono a comunicare all'interno del sistema immunitario».

**A parte il caso dei vaccini, che sono "polari", e il cui meccanismo è relativamente facile da comprendere, forse sfuggono, per la complessità della materia, gli altri successi dell'immunologia. Anche perché ci sono state grandi promesse, come gli anticorpi molecolari, le interleuchine e altre possibili panacee, che poi sono sembrate deludenti.**

«In realtà è avvenuta una rivoluzione silenziosa che è rimasta in qualche modo sotto traccia. Usare gli anticorpi per curare è un sogno che risale alla fine dell'800 e gli anticorpi monoclonali sembravano poter realizzare questo sogno. Poi ci sono state molte frustrazioni. Ma oggi la diagnostica non potrebbe farne a meno: esami come il Psa per la prostata, la proteina C reattiva, la diagnostica dell'Hiv, la tipizzazione dei tumori utilizzano tutti anticorpi monoclonali. E alla fine degli anni '90 viene introdotto un anticorpo per la cura del linfoma a cellule B che apre la strada. Oggi vengono usati per il tumore alla mammella, per il cancro al colon, per le malattie infiammatorie dell'intestino.

«L'altro grande sogno era utilizzare gli anticorpi per trasportare farmaci in modo mirato: sembrava la soluzione di tutti mali. L'idea risale al 1964, poi ci sono stati 47 anni di frustrazioni. All'inizio di quest'anno l'FDA ha approvato il primo farmaco coniugato (farmaco trasportato da anticorpo) per un tipo di linfoma. E ce n'è una valanga in sperimentazione clinica. Lo stesso discorso vale per le interleuchine, come l'Interferon. Non sono la panacea, ma oggi hanno un uso codificato in alcuni tipi di tumori e sono fondamentali nella cura dell'epatite».

**Lo sviluppo è vorticoso ma la medicina continua a richiedere tempi lenti..**

«È proprio così. Non ci sono panacee e la

strada è lunga per arrivare ai letti dei malati e nei laboratori. Ma ci si arriva, spesso per strade tortuose non previste all'inizio. Peraltro la scienza è fatta di dubbi, di incertezze, soprattutto quando è così complessa. Pensi che nella serie delle interleuchine ce n'è una, la 14, che viene chiamata "fantasma". Per il semplice motivo che non esiste. Ma quando lo si è scoperto era troppo complicato cambiare tutta la numerazione...».

**Nel frattempo l'immunologia deve affrontare anche il rischio di nuove epidemie. E qui serve velocità.**

«È un fatto che dobbiamo sempre più confrontarci con nuovi patogeni, perché aumenta la mobilità della popolazione e con lo sviluppo aumentano i contatti con specie diverse di animali. È certo preoccupante ma sono ottimista, purché sappiamo prepararci adeguatamente, ci sia collaborazione internazionale e trasparenza per scoprire rapidamente chi è il nemico e da dove viene. Il caso dell'epidemia di una variante di Escherichia Coli, quest'estate è significativo: sono bastati due mesi per capire e bloccare l'epidemia. Un tempo un ricercatore doveva dedicarci la vita. Un domani, speriamo, che si possa fare in due giorni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

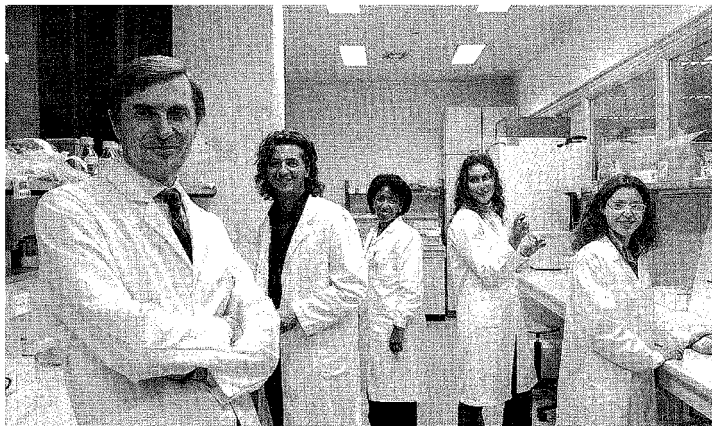
## Sviluppi

**Non solo la terapia, ma anche la diagnostica è stata trasformata profondamente dai progressi nella conoscenza del nostro sistema di difesa**



## In laboratorio

Nella foto, (prima a sinistra) il professor Alberto Mantovani con la sua équipe. L'immunologo, direttore scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano e docente dell'Università degli Studi di Milano, è da molti anni lo scienziato italiano più «citato» al mondo. Ciò, tecnicamente, significa che le sue pubblicazioni scientifiche sono quelle più citate nei testi o nella bibliografia di riferimento delle nuove ricerche che ogni anno vengono pubblicate dalle riviste scientifiche accreditate. Il numero di queste citazioni viene conteggiato da diverse organizzazioni e costituisce un parametro molto considerato in ambito scientifico, sintetizzato in un indice detto H index



## Il libro

Alberto Mantovani  
I GUARDIANI  
DELLA VITA



«I guardiani della vita» (Dalai editore) è il libro appena pubblicato da Alberto Mantovani per spiegare ai «non addetti ai lavori» come funziona il sistema immunitario

## Il futuro

# La prossima sfida è conoscere meglio i microbi che abitano l'organismo umano

**S**uccessi, alternati spesso a fallimenti, a frustrazioni. Ma quali sono, secondo Alberto Mantovani, le sfide del prossimo futuro? «La sfida più importante è quella di imparare ad usare tutte le armi dell'immunità. Per esempio, abbiamo imparato con i vaccini a usare la "memoria" del sistema immunitario, cioè il meccanismo attraverso il quale l'organismo impara, una volta stimolato, a riconoscere e combattere l'aggressore. Ma non sappiamo bene come funziona. In generale abbiamo imparato ad usare una parte delle cellule immunitarie, gli anticorpi, ma non tutto il resto. Quasi tutti i vaccini (con solo due eccezioni) utilizzano

anticorpi, ma non sappiamo usare le cellule intere, per fare delle "trasfusioni". A questo scopo servirebbero grandi investimenti e nuove tecnologie, ma, oltre a tutto, il sistema regolatorio è troppo restrittivo. Solo oggi per la prima volta, abbiamo un vaccino terapeutico a cellule per il cancro delle

### Funzionamento

È il cosiddetto microbioma, che «educa» i nostri meccanismi difensivi

prostata, approvato dall'FDA. Il suo uso è discutibile, perché i vantaggi sono minimi e i costi elevati. Ma certamente rappresenta l'apertura di una strada. Poi dobbiamo conoscere meglio i microbi che abitano il nostro corpo, dove sono più numerosi delle cellule. È l'insieme di questi microbi, il cosiddetto *microbioma*, che "educa" il nostro sistema immunitario, gli insegna a funzionare. Ma come? Come fa il sistema immunitario a distinguere i microbi buoni dai cattivi? E capita anche che non sappia distinguere. Una grande frustrazione per noi immunologi è quella delle malattie auto-immuni. Perché succede che il sistema immunitario

aggredda il proprio corpo? Questa per noi è la sfida per eccellenza. Abbiamo fatto progressi nel controllo di queste malattie, ho citato per esempio un nuovo farmaco che migliora il trattamento del lupus, ma siamo insoddisfatti. Sappiamo spesso spegnere l'incendio, ma non troviamo l'incendiario. Perché si sviluppa un diabete autoimmune? E come spiegare la propensione nelle donne, connessa probabilmente al fatto che il corpo femminile è strutturato per tollerare un "trapianto" come è quello del feto di una gravidanza». C'è, insomma, ancora molto da imparare dai "guardiani della vita".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il progetto****Diffondere  
la condivisione  
del sapere**

La sfida più grande da affrontare resta fuori dai laboratori. È quella che Alberto Mantovani definisce la condivisione del sapere e degli strumenti, a livello mondiale. Troppo numerose infatti sono le popolazioni che non possono usufruire dei successi dell'immunologia, e non quelli recenti e d'avanguardia, ma quelli ormai consolidati. «Disponiamo per esempio di un vaccino contro il Papilloma virus. Eppure pochi sanno che, escludendo l'età infantile, la prima causa di anni di vita persi nelle giovani donne africane non è l'Aids o la malaria, ma proprio il Papilloma virus. Questo per non parlare della mortalità infantile: tre milioni di bambini ogni anno muoiono nei Paesi poveri per cause che potrebbero essere evitate». Per questo Mantovani è più volte intervenuto a sostegno dell'attività della GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation), organizzazione non governativa sostenuta però anche da diversi governi, dall'Oms e dalla Banca Mondiale, e da associazioni e fondazioni pubbliche e private, che si propone di ridurre di tre quarti la mortalità infantile entro il 2015. In particolare la lotta si concentra nella diffusione e distribuzione dei vaccini contro il rotavirus, che provoca la diarrea infantile e contro la polmonite da pneumococco, che sono i due principali killer nella popolazione infantile.

**Non solo anticorpi**

Progressi  
enormi grazie  
allo studio del  
nostro sistema  
di difesa

*Ogni scienziato ha contratto un debito  
nei confronti dei propri simili: presentare  
il frutto dei suoi studi nella forma più  
chiara, più semplice e più modesta possibile  
(Karl Popper)*

# «Basta mortalità infantile È una missione possibile»

## Il capo dell'Unicef: possiamo salvare milioni di bambini

DAL NOSTRO INVIATO

**FIRENZE** — La missione è di quelle impossibili. E infatti l'obiettivo è troppo ambizioso per essere centrato: abbattere la mortalità infantile nel mondo di due terzi entro il 2015. «Ma dobbiamo provarci, perché possiamo», spiega con semplicità il direttore generale dell'Unicef internazionale, l'ambasciatore Anthony Lake, che oggi sarà a Roma per lanciare in Italia la campagna «Vogliamo zero», inteso come zero morti inutili. L'obiettivo è salvare ogni anno oltre otto milioni di bambini da una fine certa entro i cinque anni di vita per cause facilmente evitabili con un vaccino, un po' di cloro, un po' di cibo in più. È una parte dell'operazione iniziata nel 1990 che va sotto il nome di Millennium Development Goal 4: nei prossimi quattro anni anche il comitato italiano dell'Unicef, guidato da Roberto Salvan sarà impegnato a pieno ritmo su questo progetto. L'anno scorso ha raccolto 60 milioni di euro.

**Ambasciatore Lake, incontrerà il presidente della Repubblica Napolitano e il ministro degli Esteri Frattini. Che cosa si aspetta dall'Italia come impegno per la campagna «Vogliamo zero»?**

«L'Italia è da sempre molto coinvolta nell'attività dell'Unicef. Il vostro comitato nazionale è il sesto più grande finanziatore. Del resto, proprio oggi viene presentato lo studio sulla mortalità infantile in Italia dall'Unità ad oggi: centocinquanta anni fa ogni dieci nati, quattro morivano entro i cinque anni. Oggi il tasso di mortalità è molto vicino allo zero. Questo ci fa sperare che i progressi possano presto raggiungere anche i Paesi meno sviluppati che oggi hanno tassi di mortalità infantile molto alti».

**I governi ultimamente, anche prima della crisi finanziaria di questi mesi, sono poco inclini a dedicare risorse ai problemi lontani, ai proclami di impegno troppo spesso non seguono le azioni, né i finanziamenti. Il fondo anti-Aids istituito al G8, tanto per citare un progetto, langue tra**

**le polemiche senza stanziamenti.**

«Non vengo a battere cassa. Vengo a raccontare una storia, a porre un tema, a chiedervi di non ripiegarvi su voi stessi ma di ricordarvi che c'è gente che soffre e muore ancora inutilmente. In vent'anni siamo riusciti a ridurre il numero di bambini che muoiono per cause facilmente evitabili da 12 milioni all'anno a sette milioni e mezzo».

**Ventuno mila bambini al giorno muoiono nel mondo, che è ancora tantissimo.**

«Certo, è un'oscenità. E c'è ancora moltissimo da fare. Comunque è come se in vent'anni avessimo salvato l'intera popolazione di Roma. Questi bambini che sono sopravvissuti grazie ad un vaccino, al cloro nell'acqua, ad un'alimentazione più giusta oggi sono persone che lavorano, che hanno un futuro davanti, che possono far andare avanti il mondo».

**Africa subsahariana, Sudest Asiatico: sono le aree del pianeta dove sopravvivere ai primi anni di vita è poco più di una scommessa. Paesi lontani, problemi diversi. Nei fatti come si salvano questi bambini?**

«Salvare i bambini più lontani e irraggiungibili è la chiave del successo di questo progetto. Recentemente è stato presentato un modello economico matematico che dimostra, contro quello che si potrebbe tradizionalmente pensare, che anche se aiutare bambini in necessità maggiore costa di più, il risultato è dunque il ricavo finale per le economie e le società è maggiore del costo. È conveniente usare il principio di equità quando si ha a che fare con questi problemi, perché solo se lo sviluppo è equo poi è anche sostenibile».

**Insomma, è conveniente andare ad aiutare bambini nel deserto o nella foresta, non solo nelle città più grandi.**

«Certo. Ed aiutare le bambine, le donne è un altro passaggio decisivo per combattere la mortalità infantile. Una bambina che viene salvata ed educata moltiplica i benefici della no-

stra azione: impara di più, si sposa più tardi, fa i figli più tardi, sa gestire meglio la salute sua e degli altri».

**L'ex ministro degli Esteri francese Bernard Kouchner non è così ottimista sulla cooperazione e sugli aiuti ai poveri del mondo. Ha detto ieri sul Corriere: «La gente è stufo di pagare per gli altri. Un bimbo pieno di mosche non fa più pietà ma dà fastidio».**

«Concordo con Kouchner, che tra l'altro ammiro moltissimo: capisco che mostrare la sofferenza può spingere chi guarda a mettere una distanza con coloro che soffrono. A pensare, "non mi riguarda". Ma la nostra impostazione è diversa. I bambini e le mamme di cui parliamo noi non hanno bisogno di carità ma di sostegno. Non sono semplicemente persone che stanno morendo di fame. Sono persone coraggiose, che reagiscono per quanto nelle loro possibilità, sono persone che fanno anche 10 chilometri al giorno per prendere l'acqua e hanno diritto a che quell'acqua sia pulita. Quanto agli effetti della crisi finanziaria non ha influito sui contributi di molti governi, specialmente quelli del Nord Europa».

**A proposito di Europa, nell'ultimo rapporto sulla mortalità infantile delle Nazioni Unite, ci sono sette Paesi occidentali in cui la stima è sopra il 10 per cento, tra questi la Romania, l'Albania, la Macedonia e l'Ucraina e la Russia.**

«Purtroppo è vero. La mortalità è concentrata in piccoli gruppi etnici come i Rom, o presso i bimbi di strada o portatori di handicap. Per questo il criterio di equità è una questione di primaria importanza anche in Paesi sviluppati come l'Europa o gli Stati Uniti».

**L'Unicef è impegnata a pieno ritmo in Somalia dove la situazione resta disastrosa.**

«La Somalia non è un disastro, è una catastrofe, soprattutto nel Centrosud del Paese. Noi dell'Unicef siamo gli unici a lavorare lì in quanto non politicamente coinvolti».

**Sono stati fatti molti errori in que-**

sti anni.

«Ma noi siamo rimasti, abbiamo fatto e facciamo tutto quello che abbiamo potuto. Non ce ne andremo, anche se la situazione sta peggiorando ancora».

**Gianna Fregonara**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'emergenza

Intervista all'ambasciatore Anthony Lake, che sulla Somalia dice: «Non è un disastro, è una catastrofe»

# Non ripiegatevi su voi stessi Queste persone non chiedono carità ma sostegno



Fame nel Corno d'Africa. Mamme e bambini provenienti dal Sud della Somalia ricevono aiuti in un centro per la distribuzione del cibo nella capitale Mogadiscio (Afp/Abdurashid Abakar)

8

**milioni** di bambini da sottrarre alla morte ogni anno: questo l'obiettivo della campagna «Vogliamo zero» dell'Unicef

21

**mila** sono i bambini entro i cinque anni di vita che muiono ogni giorno nel mondo per malattia o malnutrizione

4

**cause** di morte principali in età infantile: la polmonite, la diarrea, le complicazioni per i prematuri, l'asfissia nel parto



**Unicef** Anthony Lake, direttore



# MIGLIORARE LA VITA PIÙ CHE ALLUNGARLA

di CARLO VERGANI\*

**L**e malattie croniche non trasmissibili, ossia non provocate da un agente infettivo, sono oggi la principale causa di morte nel mondo. I due terzi di tutti i decessi sono dovuti a cardiopatia, ictus, tumore, insufficienza respiratoria cronica, diabete. Anche in Italia le malattie del sistema cardiocircolatorio, i tumori e le malattie del sistema respiratorio sono le prime tre cause di morte. Contrariamente a quanto si crede le malattie croniche non sono appannaggio solo del mondo occidentale né si associano solo all'età avanzata. L'80 per cento dei decessi si verifica nei Paesi in via di sviluppo a causa di socioeconomiche condizioni precarie e stili di vita non appropriati. In questi Paesi, secondo il World Economic Forum, le malattie non trasmissibili sono fra i principali ostacoli allo sviluppo economico.

Per contrastare questa epidemia l'Assemblea Generale

delle Nazioni Unite ha organizzato un meeting ad alto livello il 19 e il 20 settembre. Una iniziativa analoga è già stata presa nel 2001 per contrastare l'epidemia dell'Aids.

La rimozione di alcuni fattori di rischio — il tabacco, l'abuso alcolico, l'eccesso di grassi e di sale nella dieta, la mancanza di attività fisica — e il controllo dell'obesità,

dell'ipertensione arteriosa, dell'aumento dei livelli di colesterolo e di glucosio nel sangue, sono provvedimenti utili per ridurre l'incidenza della patologia cronica. In Italia le morti evitabili, ossia contrastabili con interventi preventivi, sono oltre 100 mila, un quinto della mortalità totale.

Nei Paesi occidentali le malattie croniche sono anche in gran parte responsabili della disabilità e della ridotta qualità di vita in età avanzata. In Italia, dove otto anziani su dieci sono portatori di almeno una malattia cronica, a 50 anni l'attesa di vita è di 30 anni per gli uomini e di 35 anni per le donne, ma l'attesa di vita attiva in buona salute è solo rispettivamente di 20 e 21 anni. La malattie croniche sono una sfida globale che richiede una risposta globale. Il summit delle Nazioni Unite avrà un forte impatto sulla salute e sul benessere della popolazione mondiale.

\*Geriatra, Università degli Studi di Milano



**Le patologie  
croniche sono  
in gran parte causa  
della disabilità  
negli anziani**



**Nuovi rapporti** Meno paternalismo e più attenzione per i valori personali

# Medicina «condivisa» Il dottore propone il paziente decide

## Ma il malato è contento di scegliere la sua cura?

**D**al dottore che, perentorio, diceva: «questa è la malattia, questa è la cura», allo specialista che suggerisce: «data questa diagnosi, le propongo due strade terapeutiche e le illustro vantaggi e svantaggi di ognuna. A lei la scelta». Così si può sintetizzare il passaggio dalla medicina paternalistica a quella cosiddetta "di condivisione". Ma davvero può esistere una rapporto paritetico tra medico e paziente? E davvero vogliamo sentirci dire che le decisioni toccano a noi?

«Sicuramente, dalla fine degli anni Settanta, c'è stata una crescita culturale generale e sono nati diversi strumenti di tutela del malato: dal consenso informato, ai comitati etici "misti" degli ospedali nei quali sono presenti anche rappresentanti dei pazienti, fino ad arrivare a un monitoraggio della "customer satisfaction", il grado di soddisfazione dei clienti-pazienti, impensabile anche solo un decennio fa» chiarisce Lucio Maturò, docente di Sociologia della salute all'Università di Bologna —. Oggi, poi, tutti siamo subissati di informazioni - si pensi a Internet -, ma anche questo non significa che si realizzi una vera parità col medico. Ai dati colti in rete manca una gerarchia e ciò è origine di fraintendimenti, tanto è vero che oggi il medico spesso deve "togliere" informazioni al paziente più che darne. Al di là di questo, il rap-

porto medico-paziente è costituzionalmente asimmetrico e per di più oggi tra i due, a complicare le cose, sta seduto l'avvocato».

«Il medico ha comunque un potere sul nostro corpo, sulla nostra vita (e sul nostro portafoglio) e questo lo rende forte — aggiunge Giuseppina Cersosimo, docente di Sociologia all'Università di Salerno — anche se rispetto a 10, 15 anni fa ha davanti un paziente molto più consapevole ed esigente, che spesso vuole tutto e subito. D'altronde è ovvio che chi sta male voglia subito star bene. La parziale scomparsa della medicina paternalistica io la legherei però anche al fatto che tra le due parti in gioco si è inserita la tecnica. Tutto è cominciato con la lontana scoperta del fonendoscopio che è stato il primo strumento a frammettersi davvero tra il corpo di chi cura e di chi è curato, tenendo a battesimo la morte della clinica».

Siamo certi di tutta questa crisi di potere nei medici? Non assistiamo invece alla medicalizzazione di tutta la nostra vita? «Questo processo non credo sia partito dai medici: siamo noi ad aver bisogno di trasformare in malattia tutto quello che non ci piace di noi stessi, ossessionati come siamo dal mito della performance e della bellezza. Certo, questo alla fine si traduce anche in un potenziamento del ruolo del medico» ribatte Giuseppina Cersosimo.

Ma allora che cosa è meglio: paternalismo o condivisione? «È forse una banalità da dire - ma non da realizzare -: bisogna dosare l'uno e l'altra. Tenere conto della specificità di ogni paziente e anche della sua famiglia. Come se non bastasse, bisogna sapersi tenere in equilibrio tra distacco e compartecipazione e, ovviamente, non farsi guidare dal timore di una causa. Il guaio è che nelle facoltà mediche quello che manca è proprio l'insegnamento e l'allenamento all'ascolto e al colloquio con il malato» precisa Cersosimo.

Il paziente vuole davvero sentirsi dire "tutto"? «Ci sono casi in cui il medico deve dire la verità tutta la verità, indipendentemente dalla volontà del malato per mettere in guardia chi si potrebbe ammalare per contagio, pensiamo per esempio all'Aids e, in generale, a tutte le malattie infettive che son una questione sociale — puntualizza Giuseppina Cersosimo —. A parte questo, sappiamo dai nostri studi che più il paziente "sa", più aderisce alla terapia. Ma anche qui si tratta di "saper parlare" e "ascoltare", tenendo ben presente che una cosa è il segno, oggettivo, e un'altra il sintomo, soggettivo, che è ciò che corrisponde al vissuto del paziente rispetto al segno. Il che vuol dire che a un certa malattia, a un certo dolore, ognuno reagisce in modo diverso e non sa comunicare bene il medico che non ne tiene conto».

«Sempre dagli studi di so-

ciologia sappiamo però anche un'altra cosa — riprende Maturò — e cioè che più il paziente è acculturato, più vuole sapere. E visto che il livello culturale medio aumenta, saranno sempre di più le persone che vorranno giocare un ruolo attivo nella gestione della loro malattia».

«Questo nuovo atteggiamento è però proprio solo di una piccola parte della popolazione mondiale, il 10% circa: vecchia Europa, Stati Uniti, parte del Canada, Australia, Nuova Zelanda. Fuori da questo 10% calcolo anche un Paese ricco, come il Giappone, dove il rapporto totalizzante con le istituzioni costituisce un modello che vale anche nei confronti del medico. Detto ciò — sottolinea Costantino Cipolla, ordinario di sociologia all'Università di Bologna e direttore della rivista Salute e Società — vorrei riflettere sul fatto che sempre più la medicina del "bisogno" fa posto a una medicina voluttuaria, del "miglioramento". Mi riferisco alla chirurgia estetica, ma anche ai farmaci capaci di incidere sulle emozioni, non per curarci ma per farci sentire allegri, ai prodotti che migliorano le performance sessuali, al doping. Qui la posizione del paziente, che per di più paga di tasca propria e pretende, è totalmente diversa. Mette a confronto medici che si fanno una guerra spietata attraverso la pubblicità (ora lecita), decide a chi rivolgersi, decide soprattutto che cosa vuole».

«Anche questo finisce col dare più spazio ai medici, — continua Cipolla — ma non più potere, tanto è vero che al paziente si fa firmare, più che un consenso informato, un

"contratto", che prevede certi standard. Il medico sa di più, ma è il cliente-paziente a metterci i soldi e il rapporto si fa più paritario. Ci avete fatto caso: in questo ambito, tutto si

fa gentile, carino, anzi tutto finisce in "ino", come "ritocchino". Qui la geisha è il medico. E non sto parlando di cose pe-regrine: si calcola che, sempre e solo per qual 10% del mon-

do, tra dieci, vent'anni, metà della medicina si occuperà di questo: farci morire più belli e in forma di come siano nati».

**Daniela Natali**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La tendenza

Il progresso scientifico comporta il ripensamento dei ruoli

### In futuro

Il medico che ti viene a cercare

**C'è un radicale cambiamento che si profila nel rapporto medico-paziente. È il passaggio dalla medicina di attesa (è il paziente ad andare dal medico, quando sente che qualcosa non va) alla cosiddetta «medicina d'iniziativa»: il medico sa che il suo paziente ha qualcosa che non va - per esempio, che è sovrappeso, o che fuma, o che ha la pressione troppo alta, o che ha il diabete non ben controllato ... - e prende l'iniziativa per aiutarlo. È un vero e proprio capovolgimento, questo, del rapporto medico-paziente che però non tutti i dottori vedono di buon occhio, sia per l'aumento del carico di lavoro, sia - si sostiene - per la possibile deresponsabilizzazione del paziente, che potrebbe entrare in una condizione di passività rispetto alla salvaguardia e al mantenimento della propria salute.**

### Fallaci e Terzani

## Due modi opposti di vivere la malattia



«Il medico — osserva Lucio Maturo, docente di sociologia della salute all'Università di Bologna — per comunicare con chi sta curando deve saper distinguere tra "illness" e "disease" e cioè tra la malattia secondo l'interpretazione che ne dà il malato, e la sua definizione secondo la scienza, perché è evidente che le due non coincidono. Ed è della "illness", cioè della narrazione che fa il paziente, che bisogna mettersi in ascolto. Non si tratta solo di un dovere etico: un malato fiducioso in chi lo cura segue meglio la terapia».

«Per fare due esempi — continua Maturo — che aiutino a comprendere meglio la differenza tra "illness" e "disease", basta pensare a Oriana Fallaci e Tiziano Terzani (nelle foto). Per lei il cancro era un alieno che abitava il suo corpo; per Terzani, la medesima malattia era un amico, addirittura una benedizione che lo aveva salvato dal cadere nella routine della vita».

D. N.



I casi più difficili Davanti a una condizione molto severa gli atteggiamenti si stemperano in infinite sfumature

## Bisogna rispettare la libertà di non voler sapere

Quando si arriva a parlare di malattie molto gravi, si entra in un universo nel quale potrebbe non valere più, in maniera automatica, il principio generale della condivisione di informazioni e delle decisioni comuni tra medico e paziente. «In generale, sappiamo che più una persona è malata, più vuole evitare di essere coinvolta nei passaggi decisionali» dice senza mezzi termini il dottor Mike Richard, direttore del Cancer and end of life care inglese sul *British Medical Journal*.

Nella pratica clinica esistono però varie sfumature, dettate dalla personalità di ciascun medico e di ciascun malato. Secondo il dottor Giuseppe Longo, del Dipartimento di oncologia ed ematologia dell'Azienda ospedaliera universitaria di Modena: «Ogni essere umano ha modi di vivere e di affrontare la vita, e quindi anche la malattia, del tutto personali, che dipendono dalla cultura, dai va-

lori e dal proprio vissuto. E il medico che deve sforzarsi di capire il singolo paziente e coinvolgerlo per quanto vuole essere coinvolto. In altri termini, vi sono persone che, pur consapevoli della gravità della malattia, preferiscono avere informazioni dettagliate fino a sintesi fedeli della letteratura scientifica e vogliono essere partecipi delle scelte; ma esistono altre persone che preferiscono affidarsi totalmente a qualcuno di propria fiducia (coniuge, figli, amici, o al medico). Tra questi due estremi vi sono poi tante situazioni intermedie. Il punto più delicato è come riuscire a coinvolgere il malato nelle scelte terapeutiche quando non ha l'intera conoscenza della malattia e della prognosi. Nella pratica clinica sono proprio queste ultime le condizioni più frequenti, quelle nelle quali un ruolo importante finisce per essere giocato dai familiari».

Il sito inglese Healthtalkonline (<http://www.healthtalkonline.org/>) riporta testimonianze

su quanto l'approccio psicologico alle malattie gravi non sia standardizzabile, né dalla parte del medico, né da quella del malato. La sezione di questo sito dedicata al cancro del pancreas ha appena ricevuto una donazione di centomila sterline dall'attore inglese Hugh Grant, il quale ha detto che le informazioni presenti sarebbero state di grande aiuto per sua madre, morta nel 2001. «Lei voleva quante più informazioni riuscisse a raggiungere» ha detto l'attore. «Sono orgoglioso di essere coinvolto in una risorsa che avrebbe aiutato così tanto lei e tutta la nostra famiglia».

Al di là dell'affermazione di intenti sulla necessità di informare il paziente il più possibile, i medici che trattano le malattie più gravi sanno bene che in diversi casi continua a prevalere la cautela. Sul *New England Journal of Medicine*, tre medici americani, guidati da Ronald Epstein del Department of Family Medicine dell'University of Rochester Medi-

cal Center, dicono che esistono di fatto condizioni nelle quali si dà per scontato che il paziente non venga informato in maniera completa e dettagliata su diagnosi, prognosi e trattamento. E tra queste condizioni c'è quella in cui, più o meno indirettamente, il paziente fa capire al medico di non voler conoscere la prognosi. E in particolare il dettaglio più difficile da affrontare, il tempo che resta da vivere. Chi è colpito da una malattia a prognosi infausta spesso si aggrappa a briciole di ottimismo. Dice Longo: «Esistono persone che ottimisticamente credono nei trattamenti e che per non pensare a un futuro negativo si dedicano completamente alle proprie attività, ma ci sono anche individui che si concentrano sulla malattia e sulle terapie, continuando a documentarsi. Aspettative e vissuti che possono modificarsi in base alla comparsa di nuovi sintomi o alla loro scomparsa, creando un infinito spettro di variabili».

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

”

Vi sono persone che, pur consapevoli della gravità della malattia, preferiscono avere informazioni dettagliate fino a sintesi fedeli della letteratura scientifica

”

Esistono altre persone che, nelle situazioni più critiche, preferiscono affidarsi totalmente a qualcuno di propria fiducia: coniuge, figli, amici. O al medico.



**Linee guida** La discussione sul ricorso alla «Evidence based medicine»

# Come si stabilisce se una terapia è efficace

**S**e c'è una cosa che piace a chi va dal medico è sentirsi preso in considerazione come caso specifico e individuale. Piace meno essere trattati secondo schemi prefissati. Negli ultimi venti anni si è sviluppata la cosiddetta *Evidence Based Medicine* (EBM), la Medicina basata sulle prove di efficacia, grazie alla quale per molti disturbi sono disponibili precise indicazioni provenienti dalla ricerca clinica su cosa è efficace e cosa non lo è.

È possibile che la disponibilità di linee guida cosiddette *evidence based* possa aver ridotto l'attenzione dei medici verso le aspettative del singolo paziente? Se lo sono chiesti Pamela Hartzband e Jerome Groopman dell'Harvard Medical School di Boston in un editoriale pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, nel quale affermano che ci sarebbero due "scuole" nel pensiero medico contemporaneo: il *medical humanism* che si focalizza sui valori personali e le preferenze del paziente; la pratica medica *evidence based* che avrebbe invece l'obiettivo della scientificità.

Dice in proposito il professor Roberto D'Alessandro responsabile del programma di Evidence Based Medicine - Medicina orientata al paziente del Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna: «Ascoltare il paziente, sì, anche se un medico troppo condiscendente non è augurabile. Si sa, ad esempio, che gli strumenti diagnostici tecnologici sono guardati favorevolmente dai pazienti, che magari

chiedono di poter effettuare una Tomografia Computerizzata, la cosiddetta TAC, o una Risonanza Magnetica, per una migliore definizione diagnostica del loro mal di schiena. Ma le prove derivanti dall'EBM indicano che queste esplorazioni diagnostiche sono spesso inappropriate e possono portare a esiti peggiori in chi le fa che in chi non le fa. Infatti, dopo una TAC o una Risonanza Magnetica è più facile finire sotto i ferri del chirurgo anche per mal di schiena che dal chirurgo non sarebbero mai dovuti arrivare. In questi casi il medico dovrebbe avere la fermezza di dire al paziente che quel tipo di indagine diagnostica per il suo caso non è indicata. Ma se il paziente insiste alla fine il medico cede». «In questi casi il medico deve essere sufficientemente autorevole per affrontare la questione sul piano dell'EBM — dice

ancora il professor D'Alessandro — e deve spiegare al paziente che un esame non appropriato può generare più problemi che soluzioni. Tuttavia, sono molte le variabili che possono influire sulla risposta: il medico deve essere disponibile e rivedere il paziente in casi di evoluzione non favorevole, deve sentirsi sicuro delle proprie capacità cliniche, non deve es-

sere troppo preoccupato degli aspetti medico legali. Talora è accettabile eseguire un esame solo per tranquillizzare il paziente, quando è chiaro che questi non starà mai bene fino a che l'esame non sarà stato eseguito. Comunque, come per le decisioni riguardanti la terapia, è cruciale il rapporto medico-paziente: capacità d'ascolto

Da almeno 20 anni si parla della medicina basata sulle prove di efficacia

e autorevolezza del medico da una parte, fiducia e autonomia del paziente dall'altra».

Certamente più egualitaria sta diventando la relazione tra medico di famiglia e paziente, ma quando si arriva in ospedale, la comunicazione tende a ridiventare diseguale. Fino a che punto questo possa accadere lo mostra Lucia Fontanella, autrice di un libro intitolato proprio

«La comunicazione diseguale» (Il Pensiero Scientifico Ed.). Nel libro viene riportata l'esperienza di un ricovero ospedaliero dell'autrice, che è stata docente di filologia e linguistica all'Università di Torino. «Ero, come tutti i malati, in una situazione di grande svantaggio — dice Lucia Fontanella —. Questa è la comunicazione diseguale. Prendiamo l'ospedale. Alcuni ci lavorano, magari da tanto tempo, e più il tempo passa più pensano davvero che quel posto sia loro, che quella gente che arriva lì per essere curata sarebbe anche una cosa bella che non arrivasse per niente: sono troppi, dei perfetti estranei, hanno i parenti, vogliono ciò che non si può o non si vuole fare. Ma il mondo dell'ospedale ha imparato a difendersi: il tempo te lo concede quando e come vuole, ti parla quando e come vuole».

Insomma, in ospedale gli operatori sanitari sono a casa loro, i malati no. Secondo Lucia Fontanella questo si vede soprattutto nell'espropriazione nei confronti del malato del suo spazio ("questo posto è mio, tu sei un intruso...") e del suo tempo ("tu vieni e vai quando lo dico io"), ma anche nel modo di comunicare tendenzialmente imperativo, come quando il medico di Pronto Soccorso, a lei che aveva timore di farsi visitare per il troppo dolore all'addome, ha detto: "Se non le va, poteva starsene a casa...".

**Danilo di Diodoro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## »» | Nicola Dioguardi Io mi affido a cultura e esperienza

«È un'ovvietà dire che il rapporto medico-paziente è cambiato, ma non è cambiato ora, è mutato nel tempo perché è un processo dinamico» commenta Nicola Dioguardi, 90 anni, epatologo, sovrintendente scientifico dell'Istituto Humanitas di Milano e responsabile del Laboratorio di Medicina quantitativa dell'Istituto Humanitas di Milano.

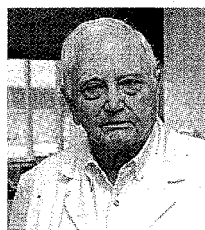
«Quello di veramente nuovo cui abbiamo assistito è l'ingresso prepotente della tecnologia ed è dall'affidarsi alla sola tecnologia che nasce la medicina del "o... o", che rimette nelle mani del paziente le scelte. Io, invece, continuo a credere di esercitare un'arte che va ben oltre la tecnologia. Fa un grande errore il medico che si affida solo alla tecnica e alle "linee guida", i "protocolli" (che pure, come la tecnologia, creano competenza), perché si troverà impreparato a gestire il malato che esce dal queste linee pre-tracciate. La medicina dell'evidenza, la "evidence based

medicine" è stata inventata nel mondo anglosassone per gestire reali problemi economici: si forniscono solo le cure che la pratica medica ci dice essere mediamente valide. E la diagnosi si fa in base agli stessi criteri statistici, secondo un ragionamento deduttivo: cioè che è valido il linea generale deve essere

valido anche per il singolo individuo. Io non lavoro così. Mi affido all'induzione: parto dal singolo caso, perché ogni uomo è un mistero, e poi mi affido alla cultura e all'esperienza. È questo che dà al medico una marcia in più e gli permette di rivolgersi al malato da uomo singolo a uomo singolo».

Marcia indietro verso il vecchio paternalismo? «Sì, se con paternalismo si intende la disponibilità ad entrare nella psicologia del paziente e dei parenti, con partecipazione, perfino affetto. No, se si intende un atteggiamento prevaricatorio, o predatorio. Comunque non vorrei passare per un nostalgico del passato. Le conoscenze debbono progredire, tanto è vero che lavoro, insieme a altri medici, biologi, informatici e tecnici di laboratorio, a un progetto di Medicina Quantitativa che ha come scopo l'ideazione e la diffusione di metodi quantitativi nelle scienze».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nicola Dioguardi

## »» | Umberto Veronesi La verità va somministrata a piccole dosi

«Siamo passati dal monologo al dialogo. Dalla medicina paternalistica a quella dei diritti. Certo è il dottore che decide, in scienza e coscienza, il da farsi, ma il medico deve assicurarsi che il paziente capisca e sia d'accordo. D'altronde, ben prima della pratica del consenso informato, la nostra Costituzione, dal 1945, ha stabilito che non solo la Repubblica tutela la salute, ma che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, a meno che non serva a tutelare la salute generale» ricorda Umberto Veronesi, 85 anni, direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia di Milano. Medicina del dialogo vuole dire sempre e tutto al paziente? «Il medico deve saper esplorare la capacità e la volontà di conoscere che ha quel singolo malato, non possono esistere regole generali. Ma anche a chi è deciso a conoscere tutto, la verità va somministrata a piccole dosi. E, attenzione, una cosa è la verità della diagnosi in cui anche la gravità

si stempera nella speranza, e ben altro la verità sulla prognosi che è quella che davvero importa».

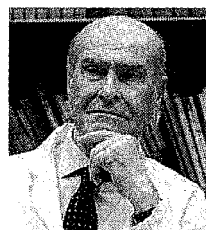
I medici sono preparati a capire il paziente? «Purtroppo nei nostri corsi universitari non si insegna a gestire il rapporto medico-paziente. Il rischio è che la malattia conti più del malato. Ed è qui che si gioca il

conflitto con la corrente anglosassone degli anni Settanta che puntava a una scienza totalmente obiettiva. Il medico doveva ridurre al minimo la propria soggettività, le proprie emozioni, per arrivare a trattare il paziente come un "animale da laboratorio", impegnandosi a fare del suo meglio per curarlo. Ma la medesima malattia può essere percepita in modo totalmente diverso da persone diverse. La malattia si può oggettivare, il paziente no».

Paternalismo o no? «Tra medico e paziente dovrebbe nascere più di un'alleanza: un'empatia, bisogna però lavorarci in due; anche i medici, come tutti, sono fortemente imperfetti. Ma è di questo tipo di rapporti che abbiamo bisogno, specie se si pensa alle malattie croniche che, con l'aumentare dell'età media, sono inevitabilmente destinate a crescere».

D. N.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Umberto Veronesi



**Commenta l'articolo**

potete scrivere le vostre opinioni sugli argomenti trattati in queste pagine su [www.corriere.it/salute](http://www.corriere.it/salute)

## Che cosa chiedergli

Ecco alcune domande che, in un sistema di scelte condivise il paziente dovrebbe fare al medico quando questi propone un trattamento \*

- Mi spieghi in che cosa consiste il trattamento (terapia, intervento)
- Qual è il possibile beneficio della cura?
- Quali sono i possibili rischi?
- Quali i possibili effetti collaterali?
- Cosa dovrei fare se si manifestassero questi effetti?
- Quali conseguenze il trattamento potrebbe avere sui miei sintomi e sulla mia vita di tutti i giorni?
- Ci sono altri trattamenti eventualmente disponibili?
- Che tipo di supporto lei potrebbe offrirmi se dovessi decidere di non intraprendere alcun trattamento?

\* Domande liberamente ispirate al documento del NICE, National Institute for Clinical Excellence, "You and your prescribed medicines: enabling and supporting patients to make informed decisions"

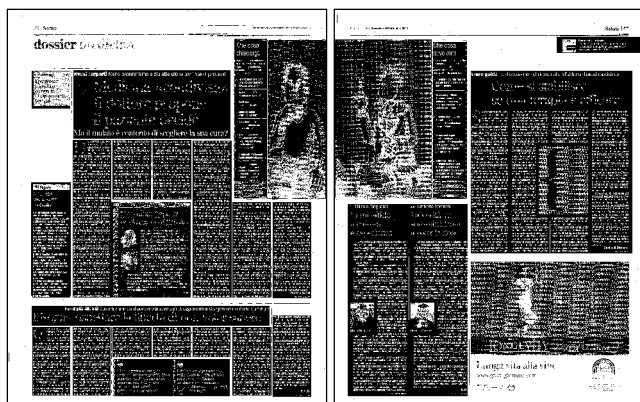
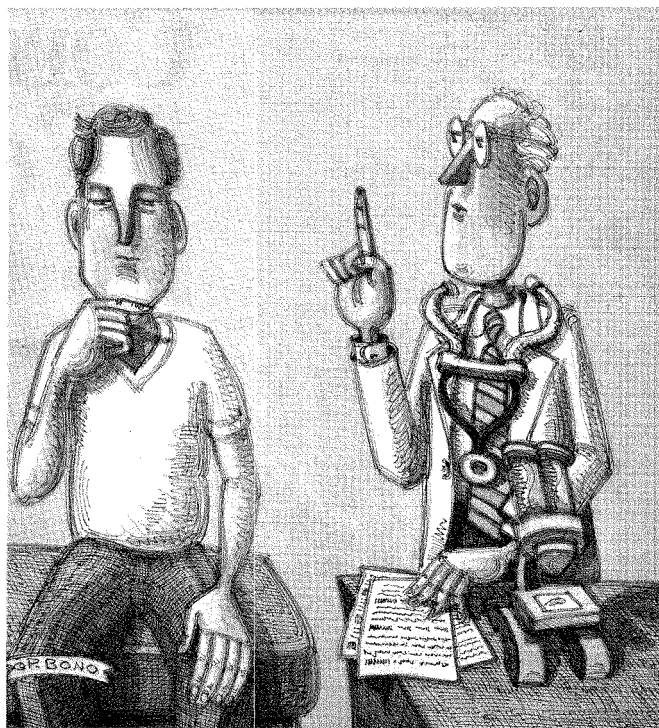
## Che cosa deve dirti

Prova a confrontare le modalità di comportamento del tuo dottore con quelle considerate "ideali" in un sistema di scelte condivise \*

- Il medico ti dà informazioni usando il meno possibile termini tecnici
- Se ci sono problemi di comunicazione, il tuo medico utilizza disegni o spiegazioni stampate facili da comprendere
- Il medico si preoccupa di capire qual è il livello di condivisione che preferisci
- Se non vuoi seguire il trattamento proposto, il tuo dottore è disponibile ad illustrarti i possibili rischi e benefici conseguenti alla tua scelta
- A intervalli regolari, il medico si preoccupa di controllare che esito ha il trattamento, se riesci a seguirlo senza problemi e se hai ulteriori dubbi

\* Consigli liberamente ispirati alle linee guida NICE "Medicines adherence involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence 2009"

D'ARCO



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

» La storia Sembravano estinti, invece si ripropongono con forza all'Occidente

## Dalla malaria alla sifilide, i mali che tornano

Il pianeta Terra è completamente guarito da un'unica malattia infettiva: il vaiolo, che l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato scomparso nel 1979. «Un fenomeno irripetibile — commenta Mauro Moroni, professore emerito di malattie infettive dell'Università di Milano — legato alle peculiarità della malattia che è esclusiva dell'uomo (a differenza dell'influenza), non è legata ai comportamenti (come l'Aids), non determina lo stato di portatore (come l'epatite B) e si è potuta combattere con un vaccino, facile da somministrare, che costava pochissimo».

Ben diverso è il discorso per altre malattie del passato, come la tubercolosi o la sifilide o la malaria: si credevano in via di estinzione, stanno ritornando di prepotenza in Occidente. «I microbi — continua Moroni — obbediscono a una legge fondamentale della natura, quella della sopravvivenza della specie. Approfittano di situazioni economiche, politiche o socio-culturali per trovare una nicchia ed espandersi di nuovo, come sta avvenendo per la tubercolosi».

Il problema della tubercolosi sembrava risolto con il riscaldamento delle case e una riduzione del loro sovraffollamento, con una migliore igiene e con la possibilità di diagno-

sticare precocemente l'infezione con il test alla tubercolina o la radiografia. Così si è smantellata la rete di sorveglianza, sanatori compresi.

«Poi si sono verificati tre eventi di cui il bacillo ha approfittato — spiega Moroni —. Primo, l'invecchiamento della popolazione: chi ha contratto la malattia dopo la guerra è guarito, ma è rimasto portatore e con la riduzione delle difese immunitarie legate all'età, può ammalarsi di nuovo. Secondo: oggi la medicina cura tumori e Aids e trapianta organi, ma crea una popolazione di immunodepressi più suscettibile all'infezione. Ultimo: l'aumento dei flussi migratori; chi arriva da zone ad alta endemia può avere contratto l'infezione, che riemerge, se è costretto a vivere in scantinati umidi e sovraffollati, non ha un lavoro e mangia quello che capita». I nuovi casi di tubercolosi, segnalati in Italia, sono all'incirca 5 mila all'anno.

La storia della sifilide è completamente diversa perché qui entrano in gioco le abitudini sessuali: l'infezione stava già riemergendo negli anni Settanta, come conseguenza della rivoluzione culturale del Sessantotto, che ha rappresentato la fine di alcuni tabù, come la verginità o la fedeltà, e ha ridotto il controllo sociale su

certi comportamenti. Una rivoluzione che comprendeva anche il turismo sessuale. L'arrivo dell'Aids ha invertito la tendenza, ma, finita la paura dell'Hiv, tutto è tornato come prima e anche peggio.

«Oggi — continua Moroni — si fa sesso non protetto, anche con sconosciuti, si viaggia e, lontani da casa, si cede più facilmente alle tentazioni, si può ricorrere all'aiuto farmacologico per fare l'amore, così le infezioni sessualmente trasmesse finiscono per colpire anche gli anziani». In Italia si è passati, nell'ultimo decennio, dai 150-200 casi di sifilide all'anno a oltre 1.500.

La malaria nel nostro Paese, che l'ha eradicata attorno agli anni Cinquanta, è di importazione turistica e la colpa è anche delle vacanze «last minute»: se la scelta cade su una località tropicale, si fanno subito le valigie e l'ultimo pensiero è verificare eventuali rischi sanitari. Anche per la malaria, però, molte infezioni riguardano gli stranieri. Nel 2008, l'Istituto superiore di sanità ha registrato 583 casi di malattia (ultimo dato disponibile).

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONI RISERVATA

### Last minute

Anche partire con i «last minute», senza verificare bene i rischi sanitari, contribuisce a diffondere alcune patologie



**1910**  
Adolescenti in sanatorio (foto Roger-Viollet/Alinari)

I due fronti Modulare i trattamenti e arginare la diffusione del virus

# Hiv: cure personalizzate e prevenzione globale

## Le terapie migliorano ma il contagio continua

**C**hi ha visto il film Philadelphia si ricorderà di Tom Hanks, avvocato, gay e malato di Aids, e di quelle macchie sulla sua pelle, che lui non riusciva a nascondere, segno inequivocabile del sarcoma di Kaposi.

Poi sono arrivati i malati della seconda era, quella che ha toccato tossicodipendenti, eterosessuali, bambini ed emofiliaci: volti scarniti e occhi infossati, gambe rinsecchite e schiena curva; anche loro destinati a morire. Chi guarda oggi un sieropositivo, curato con i farmaci, non troverebbe niente di particolare nel suo aspetto fisico. Nemmeno quegli strani cuscinetti di grasso che erano l'effetto collaterale dei primi medicinali. Nel 1980, chi si ammalava di Aids, poteva sperare di vivere sei o sette mesi. Ora, un ventenne che si infetta, se ben trattato, può invecchiare con l'Hiv e arrivare fino a settanta, un'età paragonabile, anche se non proprio uguale, alla media della popolazione italiana, ma con un po' di problemi, perché il virus stesso fa invecchiare e perché i farmaci non sono ac-

qua resca.

Dopo trent'anni dalla comparsa della malattia, le terapie hanno fatto passi da gigante, un po' meno la prevenzione, se ancora oggi in Italia si contagiano quattromila persone all'anno. Ottimismo, dunque, dal congresso dell'International Aids Society, co-presieduto da Stefano Vella dell'Istituto Superiore di Sanità e appena conclusosi a Roma, per il futuro dei malati, almeno alle nostre latitudini e longitudini (diverso è il discorso dei Paesi in sviluppo. I pazienti, però, non sono tutti uguali. Ci sono quelli più giovani e quelli più anziani (fra i quali sono aumentati i contagi, dicono, per l'effetto-Viagra), quelli che hanno cominciato presto la terapia e in buone condizioni di salute e quelli che invece sono arrivati alla diagnosi già ammalati di Aids (sono circa il 40 per cento e qui la cura è più difficile), ci sono poi le donne, che vogliono una gravidanza o che stanno arrivando alla menopausa.

«Oggi abbiamo a disposizione più di una ventina di farmaci (alcuni in associazione) che interferiscono con la replicazione del virus e ci permettono te-

rapie differenziate nei diversi pazienti» commenta Giuliano Rizzardini dell'Ospedale Sacco di Milano.

Le categorie di farmaci sono quattro (cinque se si separano i nucleosidici dai non nucleosidici): dai classici inibitori degli enzimi (*trascrittasi inversa* e *proteasi*, indispensabili alla riproduzione del virus, fra cui il primo, l'Azt, e gli anti-proteasi, quelli che hanno rivoluzionato la terapia nel 1996), ai più nuovi inibitori dell'entrata del virus fino all'ultimissima classe, quella degli inibitori dell'integrasi (il primo sarà il raltegravir).

«L'infezione da Hiv — sottolinea Giovanni Di Perri dell'Università di Torino — è l'unica malattia infettiva che richiede una terapia a vita. E così si possono presentare, nel tempo, nuove situazioni, legate al modo di invecchiare del paziente, alla comparsa di altre patologie, come un'osteoporosi, una lieve insufficienza renale, un diabete, di cui bisogna tenere conto nel somministrare gli anti-virali. Ecco perché, anche per l'Hiv, si sta andando verso la "personalizzazione"

della terapia». Oggi si parla di "cura funzionale": non più mirata alla eliminazione del virus, ma alla cronicizzazione della malattia.

«La cronicizzazione però — ricorda Andrea Antinori dell'Ospedale Spallanzani di Roma — ha anche un rovescio della medaglia: il virus provoca da un lato un deficit del sistema immunitario, ma dall'altro lo attiva e generando così un'inflammatione cronica che può danneggiare organi come il cuore, il rene o l'osso. Ecco perché l'organismo di chi convive con il virus invecchia più rapidamente».

Ecco perché, nonostante le vittorie della terapia, non va assolutamente trascurata la prevenzione. Prevenzione che, come i farmaci, va "personalizzata" a seconda del pubblico potenzialmente a rischio (ma questo si è sempre detto) e proposta in "cocktail" (e questa è la novità): siccome i metodi preventivi ci sono, ma nessuno funziona al cento per cento, l'ideale è "somministrarli in associazione", come si fa con i farmaci.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

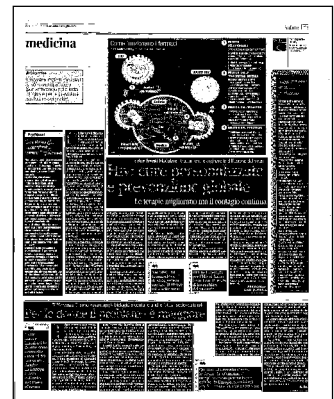
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel 1980, chi si ammalava di Aids, poteva sperare di vivere sei o sette mesi

Ora nella terapia per l'Hiv si fanno i conti con il modo di invecchiare del paziente

### il congresso

I massimi esperti mondiali si sono riuniti a Roma per un bilancio sulla lotta all'Aids e per le previsioni sul futuro dei malati





**Profilassi**

**Una strategia «combinata» contro l'epidemia**

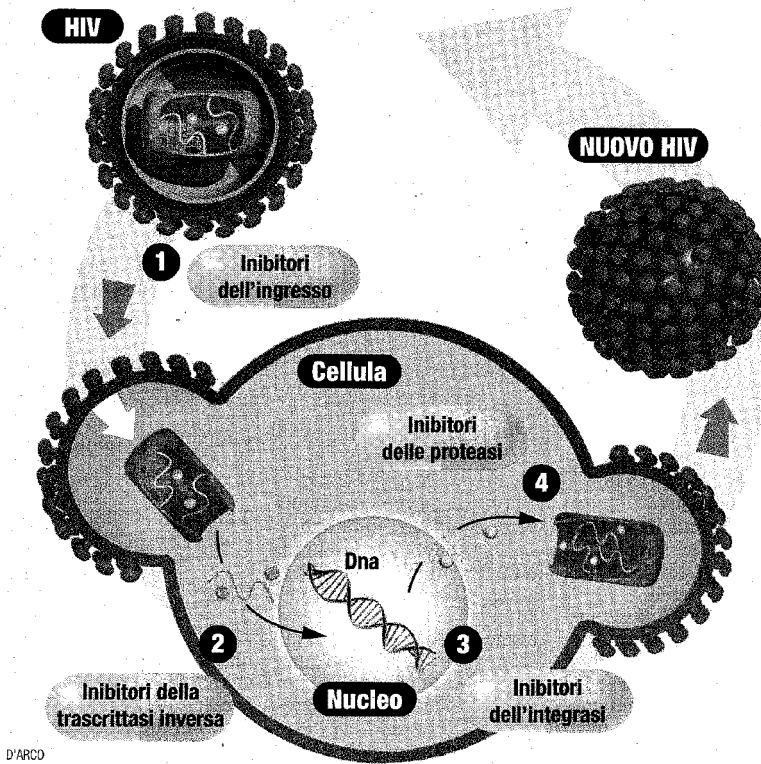
Non tutti i metodi di prevenzione sono uguali: alcuni funzionano più di altri e l'idea, oggi, è quella di associarli in una "prevenzione combinata", a seconda dei contesti.

Le ricerche, che si sono accumulate negli ultimi anni, indicano le percentuali di successo di queste strategie. Il metodo che funziona di più è il "treatment for prevention": il tempestivo e precoce utilizzo della terapia anti-retrovirale, in persone con Hiv, ha ridotto del 96 per cento la trasmissione eterosessuale a un partner non positivo. Al secondo posto sta la circoncisione maschile con un 57 per cento di efficacia. Al terzo la somministrazione quotidiana per bocca di tenofovir più emtricitabina utilizzata come profilassi prima dell'esposizione (in un partner sano di sieropositivo): i risultati sono emersi dallo studio PrEP che sta facendo molto discutere (trattare i sani? per quanto? con quali risorse?).

L'utilizzo di un gel vaginale microbica all'1 per cento di tenofovir, prima e dopo un rapporto sessuale, da parte di donne Hiv negative, come profilassi pre-esposizione funziona nel 39 per cento dei casi. All'ultimo posto sta il vaccino che, almeno secondo uno studio chiamato RV e condotto in Thailandia, ha un'efficacia del 31 per cento: poco, ovviamente per un vaccino preventivo, ma lascia aperta la porta alla speranza di poterne prima o poi, costruire uno più efficace.

**Come funzionano i farmaci**

Inibiti quattro passaggi chiave della replicazione virale



**1 INIBITORI DELL'INGRESSO**

Sono di due tipi e sono già in commercio. Inibitori della fusione, che impediscono al virus di "trasformarsi" per entrare nella cellula (enfuvirtide)

Inibitori del recettore Ccr5, cui il virus si aggrancia per superare la membrana cellulare (maraviroc)

**2 INIBITORI DELLA TRASCRIPTASI INVERSA**

Bloccano l'enzima che serve al virus per sintetizzare Dna a partire dal suo Dna ed integrarsi così nel Dna della cellula. Sono di due tipi: nucleosidici (cui appartiene l'Azt, il primo farmaco disponibile per la cura dell'Aids) e non nucleosidici; sono farmaci "classici" e sono in tutto una decina

**3 INIBITORI DELL'INTEGRASI**

Interferiscono con l'enzima che permette al virus di inserire il suo patrimonio genetico in quello della cellula. Il primo che arriverà in commercio è il raltegravir

**4 INIBITORI DELLE PROTEASI**

Impediscono l'attività dell'enzima proteasi che serve per la costruzione di proteine funzionali del virus, sono anche questi farmaci "classici" e hanno cambiato la storia dell'Aids, nel 1996, quando sono stati associati agli inibitori della trascrittasi. Sono all'incirca una decina

Differenze Ci sono «svantaggi» biologici e contano anche fattori socio-culturali

**Per le donne il problema è maggiore**

**T**rentaquattro per cento. Con questa quota l'Italia si trova al primo posto, in Europa, per numero di donne sieropositive, rispetto alla controparte maschile. In Francia e in Gran Bretagna sono il 32 per cento, in Spagna il 25, in

Germania il 18.

Secondo Cristina Mussini, infettivologa dell'Università di Modena, è una questione di abitudini sessuali: in Italia prevale il contagio eterosessuale, in altri Paesi sono gli omosessuali a incidere di più sulle statistiche. Sta di fatto

che le donne oggi rappresentano l'"altra metà del cielo" anche quando si parla di Hiv: nelle nuove infezioni sono coinvolte al 50 per cento, più o meno. Anche in Europa e non solo nei Paesi africani.

E se è vero che in Italia circa la metà dei casi riguarda le immigra-

te (soprattutto dall'Africa e dal Sud-est asiatico), il resto è autoctono. Ma le donne, rispetto agli uomini si comportano "diversamente" di fronte al virus.

Il sesso (cioè l'insieme delle caratteristiche anatomiche e fisiologiche) conta, ma conta moltissimo anche il "gender", il genere, che non si riferisce soltanto alle caratteristiche sessuali, ma tiene conto di come l'essere maschio o femmina viene percepito in un certo contesto socio-culturale.

Così è la biologia che rende la donna due volte più a rischio di contagio in un rapporto non protetto rispetto all'uomo («perché la sua mucosa genitale è più "permeabile" al virus rispetto a quella maschile e perché i suoi ormoni, in certe fasi del ciclo, favoriscono l'infezione» precisa Antonella D'Arminio Monforte dell'Ospedale San Paolo di Milano), ma sono certi fattori socio-culturali ed economici che possono amplificare questo "svantaggio": la donna ha difficoltà a contrattare il "sesso sicuro" (con il preservativo) non solo quando è una *sex worker* (lavoratrice del ses-

so, secondo la terminologia detta dalla "political correctness"), ma anche di fronte a un partner abituale o persino a un marito.

Quando poi si ammala, la situazione si complica anche perché le più colpite, in Europa, sono in età fertile, fra i 20 e i 39 anni.

I farmaci, utilizzati in terapia, sono spesso sperimentati in giovani maschi, ma la donna non è un uomo con la gonna, così è difficile capire a priori come un farmaco può interferire con l'organismo femminile. La donna ha un metabolismo diverso rispetto all'uomo, ha una distribuzione del tessuto adiposo peculiare, ha una situazione ormonale che si modifica con il ciclo e ancora di più in menopausa.

Per esempio: certi antivirali "classici" possono provocare lipodistrofia, cioè un accumulo di grasso attorno ai fianchi o al seno che, per le donne, può costituire un motivo di abbandono della terapia.

Per fortuna i nuovi composti antivirali, come l'atazanavir associato al ritonavir (è questo il risultato di uno studio presentato a Roma

in occasione del congresso della International Society of Aids) funzionano bene sia negli uomini che nelle donne, con effetti collaterali che ci sono, ma sono contenuti e non sono diversi nei due sessi.

Le donne sieropositive in età riproduttiva devono poi fare i conti con la contraccezione e con la gravidanza. Il preservativo previene la trasmissione del virus e (parzialmente) la gravidanza, e si pone quindi il problema della pillola.

«La pillola — precisa Cristina Mussini — che può interferire con molti di questi farmaci, riducendone l'efficacia e in questi casi è necessario adeguare il trattamento anti-virale». Il problema più importante però è convincere le donne a seguire le terapie e aiutarle ad affrontare la vita di tutti i giorni.

Per questo a Roma è stato lanciato SHE, un progetto europeo, che include l'Italia, e ha l'obiettivo di assistere, con la collaborazione delle associazioni di pazienti, le donne, attraverso la costituzione di gruppi di auto-aiuto.

**A. Bz.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Nelle nuove infezioni le donne sono coinvolte circa al 50 per cento. Anche in Europa e non soltanto nei Paesi africani**

**Quando ad ammalarsi sono le donne, la situazione si complica anche perché le più colpite, in Europa, sono in età fertile, ovvero fra i 20 e i 39 anni**

**In Italia****Metà dei casi scoperti in ritardo**

Si stima che almeno trentamila persone in Italia siano infette con il virus dell'Hiv e non lo sanno. E in circa il 40-50 per cento dei casi, la diagnosi di sieropositività viene fatta in ritardo, quando il paziente presenta già un Aids vero e proprio.

L'ideale è che tutti si sottopongano al test, ma ci sono anche "malattie sentinella" che dovrebbero far sospettare la presenza di un deficit immunitario e spingere ancora di più a sottoporsi all'esame. Per esempio, chi ha altre malattie sessualmente trasmesse come (gonorrea, sifilide, clamidia, papillomavirus, per citarne alcune) è più facile che possa essere venuto in contatto anche con l'Hiv.

Persone con epatite cronica potrebbero aver contratto il virus dell'epatite per via sessuale e quindi a rischio anche per quello dell'Aids. Anche la carenza di piastrine nel sangue può essere un sintomo precoce di infezione come certe malattie dermatologiche possono essere la spia di uno stato di deficit immunitario.

Oggi il test per l'Hiv è gratuito (tra l'altro: in caso di rapporto sessuale a rischio con un sieropositivo, se dopo tre mesi il test è negativo, si può escludere il contagio, mentre fino a qualche tempo fa il "periodo finestra" era di sei mesi). Attualmente è anche disponibile un test sulla saliva (Easy test), che evita il prelievo di sangue.

© RIPRODUZIONE RISERVATARitaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

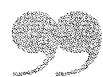


## IMPEGNO SCIENTIFICO MA ANCHE SOCIALE

di FILIPPO DEBRAUD\*

**B**isogna conoscere le caratteristiche biologiche molecolari del tumore da curare per ottenere i migliori risultati. Questo concetto, già «sdoganato» per le neoplasie ematologiche, ormai è consolidato anche per i tumori di mammella, polmone, colon etc. Si tratta di un cruciale passo avanti, che consente di utilizzare meglio i nuovi farmaci, destinati a colpire bersagli molecolari, e di ottenere migliori risultati nella ricerca, grazie alla selezione dei malati da trattare in base alle caratteristiche della loro malattia. Tuttavia, la diagnostica molecolare ha due problemi non ancora risolti: la validazione di molti test (cioè l'adozione di procedure diagnostiche standardizzate e certificate) e i costi. I nuovi farmaci sono costosi e lo sono anche le tecniche diagnostiche necessarie per usarli in modo appropriato. La speranza è che i test diventino presto più economici e alla portata dei laboratori di ogni

ospedale. Altro tema importante è che ci sono sempre più sopravvissuti al cancro e ciò è stato reso possibile dalla «cronicizzazione» delle cure: quando si è operati per un raro sarcoma (Gist) i pazienti a maggior rischio di non guarire vivono di più se ricevono una lunga cura dopo l'intervento. Le donne sane ma a rischio di tumore al seno possono



**L'alto costo dei nuovi trattamenti pone problemi di natura politica oltre che medica**

ridurre del 65% tale rischio se assumono un farmaco per 5 anni. Le donne che hanno avuto un buon risultato dalla chemioterapia per un tumore dell'ovaio hanno beneficio dal proseguire le cure con un altro farmaco. In certe situazioni per contrastare il cancro bisogna ricevere cure per tutta la vita. Non è un concetto nuovo, perché vale anche per cardiopatici, diabetici, malati di Aids, ma ci sono due conseguenze rilevanti: a) gli effetti collaterali delle cure e la qualità di vita dei malati che prendono coscienza di dover convivere con terapie e malattia; b) i costi delle nuove cure, molto elevati e per una popolazione sempre più numerosa. Questa sarà la nuova sfida per la società: chi si assume la responsabilità di dirigerla dovrà cercare di trovare soluzioni a questi problemi con la stessa dedizione dei ricercatori e dei malati a combattere la malattia.

\*Direttore Divisione di Farmacologia Clinica e Nuovi Farmaci, Istituto Europeo di Oncologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL VACCINO COME TERAPIA GLOBALE (E BILL GATES REGALA 10 MILIARDI)

 Tempo tre o quattro anni e la poliomielite potrebbe essere «archiviata» nei libri di storia, così come è avvenuto per il vaiolo, dichiarato estinto nel 1979. Lo ha sostenuto Bill Gates, ex patron di Microsoft e ora filantropo a tempo pieno, a Londra, durante la riunione della Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Gavi), una *partnership* che raccoglie privati e agenzie internazionali e ha l'obiettivo di promuovere l'uso dei vaccini nel mondo. Per questo progetto, Gates è disposto a metterci, di tasca sua, 10 miliardi di dollari. I vaccini stanno vivendo una nuova stagione e il decennio, appena cominciato, è stato definito, dalla rivista inglese *Lancet*, la «decade delle vaccinazioni». Dimentichiamoci le polemiche legate ai vaccini anti-influenza suina A e ai conflitti di interesse di politici, aziende farmaceutiche e persino dell'Oms: hanno soltanto avvelenato un settore della medicina che ha trasformato la salute mondiale.

Si stima che, negli ultimi due decenni, oltre 20 milioni di bambini siano stati salvati grazie alla prevenzione (il vaccino anti-poliomielite è uno degli strumenti: c'è e

funziona), ma non basta ancora. Il Gavi sta cercando finanziamenti per promuovere la ricerca di due nuovi preparati, contro la dissenteria e la polmonite, che potrebbero salvare la vita di quattro milioni di bambini in poco tempo. E non è poco.

Purtroppo, non esistono ancora preparati veramente efficaci contro altre due malattie devastanti, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo: la malaria (anche se le ultime sperimentazioni lasciano ben sperare) e l'Aids (qui le cose non vanno benissimo). Ma l'interesse nei confronti dell'immunizzazione va oltre. La vaccinazione anti-epatite B si è rivelata una vera e propria arma anti-cancro (il virus B è responsabile del carcinoma epatico) e quella anti-Hpv, il papilloma virus, coinvolto nel tumore alla cervice uterina, funziona come prevenzione. Non solo: l'idea di stimolare il sistema immunitario contro «agenti estranei» all'organismo, come le cellule tumorali, si sta rivelando una strategia di cura interessante. Il vaccino sta diventando una vera e propria «terapia globale».

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Interventi & Repliche

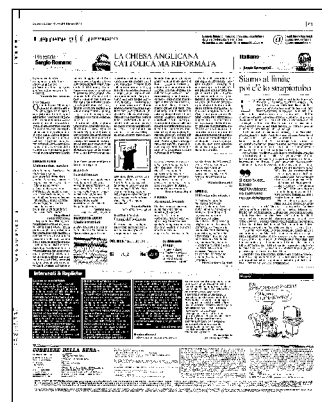
### La prevenzione dell'Aids

In riferimento all'articolo «Radicali contro Giovanardi: "È anti gay non vada all'Onu"» (*Corriere*, 6 giugno), il dipartimento per le Politiche antidroga, che sarà presente all'Onu nella delegazione tecnica, ritiene che la prevenzione dell'infezione dell'Hiv nei tossicodipendenti e negli altri gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili sia un obbligo sociale e sanitario, che questo governo ha sempre portato avanti con molta determinazione. Vorrei ricordare che il nostro Paese ha delle specifiche e complete linee di indirizzo tecniche per la prevenzione di queste infezioni, basate sulle evidenze scientifiche e messe a punto dal Dpa già dal giugno 2009. Tutto questo al fine di

incentivare e supportare queste azioni in maniera concreta al di là della questione semantica e delle discussioni sul termine (riduzione del danno o riduzione del rischio). È chiaro però che non è nostra intenzione appoggiare risoluzioni che adombrino la possibilità di aprire camere del buco e distribuzione di eroina. Le persone vanno curate e non cronicizzate. Bisogna puntare molto di più sulla terapia precoce (sia per la dipendenza che per l'infezione da Hiv) e sulla riabilitazione e reinserimento di queste persone. Pertanto si chiarisce e si ribadisce che le posizioni istituzionali e ufficiali per quanto riguarda la prevenzione dell'infezione Hiv/Aids sono quelle contenute nei documenti sopra citati che non lasciano dubbi sulla posizione e smentiscono

categoricamente le affermazioni fatte. Questa posizione sarà peraltro coerentemente portata avanti nelle prossime assise internazionali delle Nazioni Unite di New York, così come già fatto con successo alle Nazioni Unite a Vienna dove è stata presentata e condivisa una importante risoluzione sul tema, in quanto consideriamo la prevenzione di questa infezione e della mortalità per droga correlata un atto dovuto da parte del servizio sanitario di ogni Paese. Naturalmente quanto portato avanti in difesa del diritto alla salute per i tossicodipendenti vale anche a 360 gradi per tutte le fasce vulnerabili e a rischio per l'infezione da Hiv comprese le persone omosessuali esattamente alla stregua di tutti gli altri cittadini italiani.

sen. **Carlo Giovanardi**



## L'epidemia

All'Hiv ora si può resistere, ma per batterlo la strada è ancora lunga.

**L'anniversario** Dal «paziente zero» alle pagine di Facebook in cui oggi i malati raccontano la loro convivenza con il virus. Tre decenni di drammi, lotta, ricerca, vittime (anonime e illustri) e testimonial

# I trent'anni dell'Aids

di ADRIANA BAZZI

**G**aetan Dougas, bello e gay, si ammalò di sarcoma di Kaposi nel 1981. Steward dell'Air Canada, volava spesso fra Nord America e West Africa e consumava, all'anno, 250 rapporti sessuali, senza mai pensare al preservativo. Per tutti è il Paziente zero dell'Aids. Non si sa quando ha incontrato il virus, ma si conosce la data della sua morte: il 30 marzo del 1984. Un pugno di anni di vita, dopo la diagnosi di quel raro tumore che colpisce i vasi sanguigni e può accompagnare l'infezione da Hiv quando smette di essere sieropositività e diventa vero Aids, la sindrome da immunodeficienza acquisita, la malattia che annienta il sistema immunitario e lascia indifesi contro germi e tumori.

Rosaria Iardino ha 45 anni e vive a Milano: da quando ne aveva 18 convive con l'Hiv. Molti la ricordano per il bacio sulla bocca a Ferdinando Aiuti, il ricercatore che ha capito, prima di altri nel nostro Paese, la portata devastante di questa epidemia: tutti e due volevano dimostrare, a chi rifiutava i bambini sieropositivi a scuola o gli adulti nel mondo del lavoro, che il virus non si prende così (ma attraverso sangue infetto o rapporti sessuali di vario tipo). Rosaria, la sindacalista dei pazienti, come l'hanno soprannominata (nel frattempo ha anche fondato un network delle persone sieropositive), è una sopravvissuta al virus, uno di quei fortunati che convivono con l'infezione grazie all'efficacia delle loro difese immunitarie e alle cure che oggi hanno trasformato un'infezione, mortale all'inizio, in una malattia cronica, come fosse un diabete.

Quello di Rosaria non è l'unico esempio di vittoria sul virus: su Facebook (la pagina si chiama Positive survivors living with Hiv/Aids) ci sono le facce di sopravvissuti, come lei, che raccontano le loro esperienze.

**L**a storia dell'Aids è fatta di tanti volti. Anonimi, la stragrande maggioranza: l'epidemia ha ucciso globalmente all'incirca 25 milioni di persone fino a oggi, moltissime in Africa (margari per malattie associate, come la tubercolosi), molte in Asia, troppe ancora oggi nei Paesi dell'Est europeo.

E nemmeno si conoscono i nomi di quei primi cinque omosessuali di Los Angeles, colpiti da polmonite da *Pneumocystis carinii* (una polmonite particolarmente grave, provocata da un germe che di solito è abbastanza innocuo, ma che fa danni in persone debilitate dall'Hiv), descritti il 5 giugno del 1981, dal «Mmwr», il report settimanale dei Cdc (i Centers for Diseases Control di Atlanta): sono i cinque casi che han-

no dato il via alla storia ufficiale dell'epidemia.

Altri volti, invece, sono diventati familiari al mondo intero. Quelli dell'americano Robert Gallo e del francese Luc Montagnier, che si sono a lungo contesi la paternità della scoperta del virus dell'Aids e poi si sono messi d'accordo (del resto c'erano interessi commerciali in gioco, legati alla messa a punto di test diagnostici). Alla fine, però, il Nobel per la scoperta, nel 2008, è andato solo al francese (e alla sua collaboratrice Françoise Barré Sinoussi). O quello del cino-americano David Ho, meno noto degli altri due, ma che si è guadagnato la prima pagina del Time come uomo dell'anno 1996, per aver messo a punto la triplice terapia, il cocktail di farmaci che ha cambiato il destino dei malati.

Già con l'Azt, la prima molecola utilizzata per combattere il virus, la sopravvivenza dei pazienti si stava allungando, ma è con la triterapia prima e, successivamente, con le combinazioni dei farmaci che si sono resi disponibili, (compresi quelli utilizzati per arginare le complicanze infettive) che l'infezione ha preso la strada della cronicizzazione.

Nel frattempo, però, molte vittime illustri hanno pagato il loro tributo a quel virus scappato dalle scimmie delle foreste equatoriali africane, per infettare l'uomo. Come? Si dice perché alcuni operai, che lavoravano a una ferrovia in Congo, ne sono venuti in contatto mangiando carni infette. Da lì, di contagio in contagio, il virus si è diffuso in tutto il mondo.

Arthur Ash, un grandissimo tennista di colore, vincitore a Wimbledon nel 1975, è morto per una trasfusione infetta. Altre celebrità colpite dal virus: Rock Hudson, star di Hollywood e gay «mascherato» fino a quando non si ammalò; Freddie Mercury, il cantante dei Queen; lo scrittore italiano Dario Bellezza. E il piccolo Nkosi che famoso non era, ma lo è diventato dopo aver commosso il mondo, parlando dall'International Aids Conference di Durban, nel 2000, e testimoniando l'enormità dell'epidemia in quel continente.

**M**agic Johnson, fuoriclasse del basket americano dell'Nba, invece, ce l'ha fatta e, abbandonati i campi da gioco, si è impegnato nella lotta alla malattia. È il testimonial di come il virus si può controllare grazie alle terapie e, soprattutto, grazie alla prevenzione. A tutt'oggi, dopo anni di

sperimentazioni, il vaccino non esiste, nonostante gli sforzi di tutti, compresi quelli della nostra ricercatrice dell'Istituto superiore di sanità Barbara Ensoli, e la prevenzione si fa evitando i comportamenti a rischio e sensibilizzando il pubblico grazie a campagne informati-

ve. A promuoverle anche personaggi del mondo dello spettacolo e del business: da Elisabeth Taylor, che è stata fra le prime celebrità a impegnarsi attivamente, a Richard Gere, che ha scelto di aiutare l'India, fino a Bill e Melinda Gates con la loro fondazione, considerata la più grande del mondo. Oggi, globalmente, 33 milioni di persone convivono con il l'Hiv, il

numero più alto mai raggiunto dall'inizio dell'epidemia, ma nel frattempo i fondi per la lotta l'Aids si stanno riducendo. Ecco perché ci si aspetta che i 30 capi di Stato, attesi alle Nazioni Unite dall'8 al 10 giugno prossimo, offrano delle risposte. Anche i politici devono metterci la loro faccia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Fondi in calo

**Oggi 33 milioni di persone nel mondo convivono con il virus Hiv, il numero più alto mai raggiunto dall'inizio dell'epidemia, ma nel frattempo i fondi per la lotta l'Aids si stanno riducendo**

## Comunicazione

# Dagli slogan tormentone alle immagini shock: i messaggi delle campagne di prevenzione

**S**e lo conosci lo eviti: chi non ricorda lo slogan, che ha caratterizzato gli spot anti-Aids, promossi dal ministero della Salute, nel 1990? Efficace, dal momento che il ritornello è stato riciclato anche per il cancro, il nucleare e persino per il pane bianco (basta verificare con Google). Le campagne di prevenzione in Italia (e all'estero) hanno avuto alti e bassi: molte

sono state azzeccate, altre criticate. La prima, istituzionale, arriva nel 1998, un po' in ritardo rispetto all'emergere del problema nel nostro Paese, e parla di contagi eterosessuali e di preservativo (ma i mass media avevano reagito più in fretta informando da subito il pubblico sui comportamenti a rischio). Corretta, a parere degli esperti, che, invece, hanno giudicato generica quella del 2004.

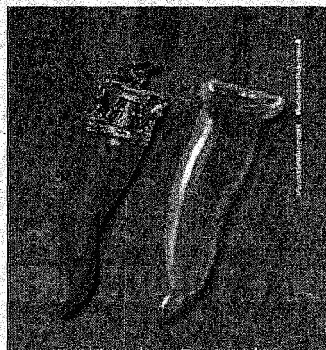
Secondo la pubblicitaria Anna Maria Testa, l'efficacia di un messaggio dipende dalla sua semplicità, concretezza e dal suo coraggio. Ecco perché cita come esempio positivo un manifesto della Lila, la Lega per la lotta all'Aids, dove il preservativo diventa l'alternativa razionale a un corno portafortuna (irrazionale). E considera innovativa la campagna svizzera «Love life, stop Aids»: già

nel 2003 si rivolgeva agli stranieri in varie lingue; nel 2007 invitava a sottoporsi al test mostrando una tranquilla famiglia, con alcune prostitute sullo sfondo. Ok anche per i messaggi di una campagna canadese che nel 2008 suggeriva di proteggere quello che conta davvero: la casa, il cane, l'automobile. Come? Dentro un preservativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Da sinistra, la prima campagna istituzionale italiana (1998), poi, particolarmente efficaci, un manifesto svizzero, uno della Lila in Italia e uno canadese



**Le tappe**

**1981**

Inizia «ufficialmente» la storia dell'Aids: vengono segnalati i primi 5 casi di polmonite da germi opportunisti in gay

**1982**

Si trova il nome alla malattia: «sindrome da immunodeficienza acquisita». E si segnala il primo caso in Italia

**1984**

L'americano Robert Gallo e il francese Luc Montagnier scoprono il virus Hiv

**1987**

L'Azt viene approvato come primo farmaco per la cura dell'Aids

**1996**

David Ho dimostra l'efficacia della triterapia contro il virus e la sopravvivenza dei pazienti aumenta

**2003**

La campagna «3 by 5», promossa dall'Oms e dall'Onu si propone di trattare tre milioni di pazienti nei Paesi poveri entro l'anno 2005

**2007**

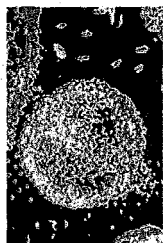
Viene interrotto un importante studio su un candidato vaccino perché inefficace. Un'altra sperimentazione, la prima, era fallita nel 2003

**2010**

Lo studio Caprisa dimostra che i microbici di vaginali riducono il rischio di infezione del 40%.

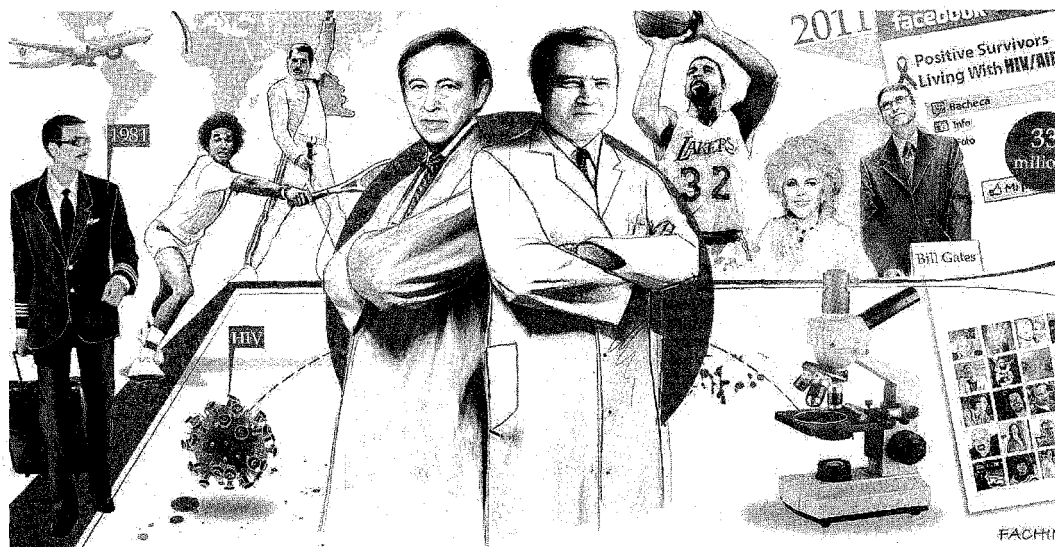
**2011**

Circa 33 milioni di persone al mondo convivono con l'Hiv, ma aumenta il numero di quelle curate.



**Il responsabile**

Il virus dell'immunodeficienza umana (Hiv, acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il responsabile della *sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids)*. Si tratta di un *retrovirus* del genere *lentivirus*. Si distinguono due ceppi di Hiv: Hiv-1 e Hiv-2. Il primo è localizzato soprattutto in Europa, America e Africa centrale, il secondo si trova per lo più in Africa occidentale e Asia.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

www.ecostampa.it

087846

## Esperimenti pericolosi

# Leggende e timore di «complotti» anche dietro all'Aids e al virus H1N1

**C**hi si ricorda di Cassandra Crossing, quel vecchio film del 1976, dove i passeggeri di un treno, partito da Norimberga e diretto a Stoccolma, erano stati contagiati da un terrorista, infettato da un virus letale durante un attentato a Ginevra, all'Organizzazione Mondiale della Sanità? La fuga di germi dai laboratori di massima sicurezza ha sempre fatto paura. E ancora di più la possibilità che possano essere creati, di proposito o incidentalmente, da qualche ricercatore nuovi virus, pericolosi per il genere umano. Esempi del primo tipo ce ne sono, come quello di Sverdlovsk, nell'ex Unione Sovietica; le possibilità del secondo tipo (a parte l'ultima, raccontata qui sopra) sembrano più appartenere a fantasie di qualche appassionato di teoria dei complotti. Nel 1946, a Sverdlovsk, l'attuale Ekaterinburg, 42 persone, che vivevano nelle aree circostanti un

laboratorio dove si studiavano armi batteriologiche, erano state contaminate con un bacillo dell'antrace modificato ed erano morte.

In tempi più recenti si è parlato di Aids e di influenza. Secondo le teorie del complotto, sostenute da un biologo dell'ex Germania Est, Jacob Segal, il virus dell'Aids sarebbe stato costruito dagli americani per sterminare (a seconda dei casi) i sovietici, i gay e gli africani, per costruire un "nuovo ordine mondiale".

Teorie che sono state tutte smentite, nonostante siano ancora presenti nella comunità afro-americana negli Stati Uniti. Più recentemente, si è parlato di contaminazioni di laboratorio anche nel caso del virus dell'influenza H5N1, quella dei polli, e di influenza H1N1, quella suina che ha fatto temere la grande pandemia del nuovo Millennio. Nel 2009, un virus H5N1 era stato mischiato accidentalmente, nei laboratori austriaci dell'industria

farmaceutica Baxter, produttrice di vaccini, con virus dell'influenza stagionale, ma senza conseguenze. Poi è arrivato l'H1N1. Quando il timore dell'epidemia teneva con il fiato sospeso mezzo mondo, un ricercatore australiano, Adrian Gibbs, uno dei padri dell'antivirale oseltamivir, aveva ipotizzato, basandosi su analisi genetiche, che il virus poteva essere "nato" in laboratorio, durante procedure di coltivazione dei virus influenzali in uova di pollo alla ricerca di vaccini. Anche questa teoria non è stata confermata.

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Al cinema

Anche film, come *Cassandra Crossing*, si basano sull'ipotesi della contaminazione volontaria





**La trama** Una sindrome senza spiegazioni. Una scoperta sorprendente. Una manipolazione sbagliata. Un finale ancora da scrivere

# Stanchezza cronica: il giallo del virus nato in laboratorio

## Ricerca

Una vicenda iniziata 5 anni fa, che si è dipanata fra Usa ed Europa

di ADRIANA BAZZI

**S**embrava fatta. Sembrava che i ricercatori avessero finalmente scoperto il colpevole della sindrome da stanchezza cronica: un virus chiamato XmrV, lontano cugino di quello dell'Aids. Non è così e c'è di più: il microorganismo non esiste in natura, ma sarebbe il prodotto accidentale di manipolazioni sulle cellule.

Ecco come la storia di un virus, cominciata cinque anni fa, si è rapidamente trasformata in un giallo da laboratorio.

Il primo capitolo nasce nel marzo del 2006, quando un ricercatore americano dell'Ohio University, Robert Silverman scrive, sulla rivista *PLoS Pathogens*, di una scoperta stupefacente: per la prima volta documentata la presenza di un virus, l'XmrV appunto, nei tessuti di certi tumori alla prostata.

La pubblicazione fa discutere: il virus era conosciuto, ma soltanto perché poteva provocare leucemie nel topo (XmrV significa appunto: *Xenotropic murine leukemia virus-related virus*: cioè virus correlato alla leucemia murina virale). Il fatto che possa giocare un ruolo anche nei tumori umani è intrigante e se così fosse davvero, la ricerca sarebbe da Nobel. L'XmrV andrebbe ad aggiungersi ad altri quattro retrovirus (si chiamano così perché si inseriscono nel Dna delle cellule umane e le sfruttano per la loro moltiplicazione) capaci di infettare l'uomo e cioè: l'Hiv 1 e 2, agenti dell'Aids, e l'Htlv 1 e 2, responsabili di certe forme di leucemia.

Il secondo capitolo arriva dopo tre anni. Nell'autunno del 2009, Judy Mikovits, un'immunologa del Whittemore Peterson

Institute a Reno, nel Nevada, pubblica uno studio che dimostra uno stretto legame fra il virus XmrV e la sindrome da stanchezza cronica.

**U**na notizia che fa scalpore e circola su tutti i mass media, tanto più che il lavoro è stato pubblicato su una delle più autorevoli riviste, *Science*. La ricercatrice ha trovato il virus nel 67% dei campioni di sangue prelevati da persone malate e solo nel 3-4% di quelle sane. Per spiegare i sintomi sono state fatte varie ipotesi (vedi box in alto accanto al disegno).

Ultimo imputato l'XmrV che ha fatto sperare in nuove soluzioni terapeutiche. La stanchezza cronica interessa, infatti, molte persone: sarebbero 300 mila in Italia, soprattutto giovani.

Il terzo capitolo, lo scrivono, nei successivi 24 mesi, gruppi di ricercatori, al di là e al di qua dell'Atlantico, che tentano di riprodurre i risultati della Mikovits. Ed ecco il colpo di scena: i gruppi europei (in Francia, Gran Bretagna, Spagna e Olanda) non riescono a trovare il virus, che sembra presente solo negli Usa. Intanto nasce il sospetto del conflitto di interesse: il Whittemore Peterson Institute ha venduto a un'azienda la licenza per mettere a punto il test per la ricerca del virus e il sito Web indirizza addirittura i navigatori al sito dove possono acquistarlo per 549 dollari. Con il quarto capitolo si arriva ai primi mesi di quest'anno.

**I**n marzo, la rivista *Retrovirology* pubblica un lavoro di ricercatori dell'University College di Londra e della Oxford University che, confrontando il Dna del virus del topo con quello isolato nei pazienti senza trovare differenze, arrivano alla conclusione che il virus non causa la malattia, ma è il risultato di una contaminazione di laboratorio. I virus, infatti, passando dall'animale all'uomo, si evolvono e mutano le loro caratteristiche.

Sempre in marzo a Boston, in occasione della 18ma Conferenza sui retrovirus, l'affaire sembra avviarsi a una conclusione.

Vinay Pathak del National Cancer Institute americano dimostra che l'XmrV non è un vero virus, ma è una chimera accidental-

mente creata in laboratorio.

Per capire che cosa è avvenuto, occorre fare un passo indietro fino agli anni Novanta. Allora, nei laboratori della Case Western Reserve University a Cleveland, in Ohio, si tentava di creare una linea di cellule cancerose da studiare in laboratorio. Per farlo, i ricercatori avevano più volte trapiantato cellule umane di cancro prostatico nei topi.

La linea cellulare (chiamata 22Rv1), che avevano ottenuto, ha fatto il giro di molti laboratori negli Stati Uniti. Studiando tutti i passaggi che sono serviti per produrre questa linea cellulare, Vinay Pathak scopre, con un collega, due virus, entrambi somiglianti al XmrV, ma non uguali.

**P**er farla breve: l'XmrV è la somma di questi due virus. Un mélange genetico, insomma, che non esisteva in natura e che ha fatto la sua comparsa fra il 1993 e il 1996.

Ma come era finito il virus nel laboratorio dell'esperta di stanchezza cronica a Reno? Lo svela lei stessa, martedì 29 marzo

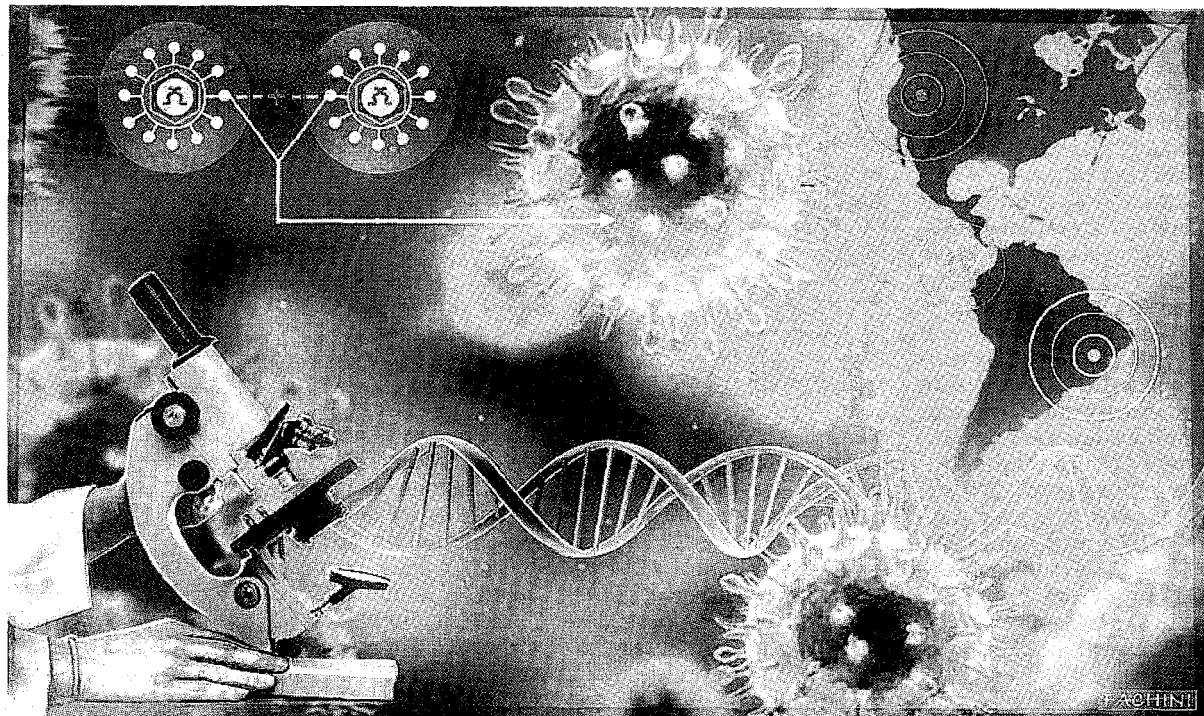
2011, durante un seminario organizzato dalla New York Academy of Science: alcuni dei suoi campioni di sangue, prelevati da persone affette da stanchezza cronica, sono stati esaminati nel laboratorio di Robert Silverman, protagonista del capitolo numero uno, il ricercatore che aveva isolato il virus dai tumori della prostata umani e che il 17 marzo aveva dichiarato al Chicago Tribune che aveva sempre utilizzato la famosa linea cellulare 22Rv1. Quindi, la contaminazione da parte del virus chimera era proprio partita dal suo laboratorio: ecco spiegato il perché il virus è stato trovato sia in tumori umani della prostata, sia nei casi di stanchezza cronica.

Fine della storia? Non ancora. Il quinto capitolo, tutto da scrivere, dovrà chiarire perché i campioni di sangue delle persone con sindrome da stanchezza risultano più "contaminati" dal virus rispetto a quelli di soggetti sani. E dovrà accertare se incidenti di laboratorio di questo tipo potranno succedere di nuovo. La fantascienza ci ha sempre creduto.

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Chi è**



Esperta di retrovirus, in particolare di quello dell'Aids, Judy Mikovits, dopo vent'anni al National Cancer Institute, ha raggiunto Reno, dove ha condotto le ricerche sul virus Xmrv

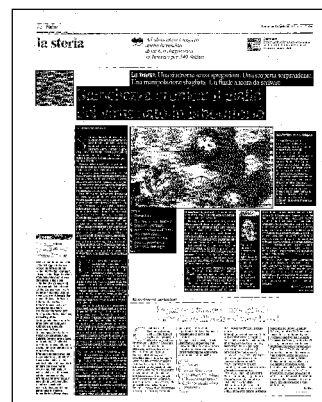
www.ecostampa.it

**Retrovirus**

**Il virus Xmrv, lontano parente dell'Hiv, responsabile dell'Aids, era conosciuto, ma soltanto perché poteva provocare leucemie nel topo**

**Malattia misteriosa**

Il virus Xmrv, di cui si raccontano le vicende in questa pagina, non è il primo a essere accusato di provocare la stanchezza cronica. Era già stato preso in considerazione, in passato, il virus di Epstein Barr (agente della mononucleosi infettiva). E non solo. Altri fattori come lo stress, un'intossicazione chimica, una depressione, una predisposizione genetica, anche in associazione, sono stati chiamati in causa per spiegare i sintomi (stanchezza persistente almeno per sei mesi, disturbi della memoria, faringite, dolori ai linfonodi, dolori articolari, cefalea, problemi di sonno), ma senza conferme.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

087846

## Supplemento singolo

di Antonella Baccaro



## Le avventure occasionali e quegli spot in tv che tutti vogliono dimenticare

«Casa mia o casa tua?». Molto spesso le domande su come concludere una serata galante finiscono qui. Per un single l'avventura occasionale comporta un'aspettativa in più rispetto a chi è impegnato (e in quanto tale s'impone qualche protezione): quella di trasformare la storia di una notte in qualcosa di più. Sarà per questo che ci si butta a capofitto e senza troppe precauzioni. Un errore che può essere fatale: 6 italiani su 10 scoprono di aver contratto l'Aids a malattia conclamata, diminuendo così le loro possibilità di sopravvivenza. Ma che fine ha fatto la nostra paura del virus HIV?

Tutti ricordiamo la campagna informativa ministeriale del 1990 con le persone sieropositive circondate da un alone viola e una musica ansiogena di sottofondo. Quegli spot sembravano fatti apposta per terro-

rizzare: «L'Aids è molto più vicina di quanto sembri — recitavano —. Pensiamoci prima di avere rapporti sessuali occasionali con persone diverse. E comunque in quei casi usiamo sempre il preservativo per ridurre il rischio».

Il ministero della Salute continua a produrre spot: uno ogni anno. Ma nessuno se li ricorda più. La soglia dell'attenzione sembra crollata. Certo, in Italia la sopravvivenza delle persone con l'Aids, a due anni dalla diagnosi, è più che raddoppiata in seguito all'introduzione nel 1996 della terapia antiretrovirale, passando dal 31% negli anni 1990-1995 al 75% del 2006.

Ma sono altri i dati che dovrebbero farci riflettere. Dall'inizio dell'epidemia a oggi l'età media di infezione è aumentata e ora sfiora i 40 anni. Si è ribaltata anche la modalità di acquisizione dell'infezione: nel

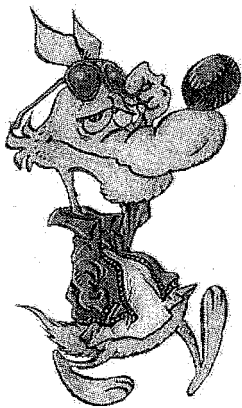
primo decennio oltre il 70% dei casi era legato alla tossicodipendenza. Oggi la principale via di trasmissione (75% dei casi) è rappresentata dai contatti sessuali non protetti, che tuttavia non vengono percepiti come a rischio, in particolare dalle persone di età matura. Proprio quelle che il famoso spot se lo dovrebbero ricordare.

Risultato: il tema dell'Aids è scomparso dall'agenda dei single proprio mentre le possibilità di avere rapporti occasionali è aumentata grazie soprattutto alle possibilità di contatto offerte dai social network. Ma della grande rete dell'«acchiappo» parleremo presto...

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DI LA TUA

Commenta nel forum «Supplemento singolo» su [Corriere.it](http://Corriere.it)

**Lupo Alberto** Uno dei protagonisti più amati degli spot anti Aids



L'anniversario Nel 1991 è stata introdotta nel nostro Paese la vaccinazione obbligatoria, secondo uno schema che si è rivelato vincente

# Epatite B: tutti gli italiani sotto i trent'anni sono protetti

## Ora va estesa la «copertura» degli adulti a rischio

**U**n esercito di 16 milioni di italiani, immuni dall'epatite B fin da piccoli, che cresce di anno in anno. Merito della vaccinazione, resa obbligatoria venti anni fa, che oggi raccoglie i suoi frutti e celebra il suo anniversario.

L'Italia è stata un modello per tutto il mondo: l'idea di vaccinare i bambini, alla nascita, e i ragazzi, a dodici anni, si è rivelata una strategia vincente, perché ha accorciato i tempi. In dodici anni, appunto, si è ottenuta una "copertura" di tutti i ragazzi al di sotto del ventiquattresimo anno di età. Un successo che tutti ci riconoscono.

«Prima dell'entrata in vigore della legge che ha reso obbligatoria la vaccinazione (la legge è del 27 maggio 1991) — spiega Alessandro Zanetti, direttore del Dipartimento di Igiene all'Università di Milano, che ha contribuito alla costruzione del calendario di vaccinazione — il vaccino veniva somministrato, fin dal 1983, alle persone considerate a rischio per l'infezione sia per gli stili di vita (per esempio, tossicodipendenti) sia per la professione (personale sanitario). E anche a certi pazienti come i dializzati o i politrasfusi». Vaccinare soltanto le persone a rischio di infezione, però, non bastava e l'Organizzazione mondiale della Sanità ha cominciato a raccomandare la vaccinazione per tutti i neonati.

«L'Italia è andata oltre — aggiunge Zanetti —. Da noi, infatti, la malattia si trasmette diversamente rispetto ad altri Paesi, soprattutto asiatici e mediorientali. Da quelle parti è prevalente il contagio materno-fetale e quello fra bambini, mentre in Italia le vie di trasmissione più frequenti sono i rapporti sessuali e gli aghi infetti».

Immunizzare contro l'epatite non significa soltanto prevenire l'infezione acuta (che, non dimentichiamo, può essere "fulminante" in quasi l'uno per cento dei casi), ma significa anche prevenire le epatiti croniche che si mani-

festano nel 10-20 per cento dei casi, le sovrainfezioni da virus delta.

«Il virus delta, endemico in Italia (scoperto dall'italiano Mario Rizzetto) — spiega Zanetti — è un virus difettivo: in altre parole, ha bisogno del virus B per replicarsi. Si capisce allora perché il vaccino contro il virus B protegga anche dal delta».

E siccome la complicità ultima dell'epatite cronica e della cirrosi può essere il cancro al fegato (particolarmente diffuso nelle regioni asiatiche), può essere considerato il primo vaccino anticancro.

«Le donne asiatiche, rispetto alle caucasiche — precisa Zanetti — presentano una replicazione più accentuata del virus e, per questo, infettano più facilmente il neonato. Quanto più l'infezione è precoce, tanto più rapidamente porterà a eventuali complicanze come la cirrosi o il cancro». Ecco perché Taiwan è stato uno dei primi Paesi a introdurre, nel 1984, la vaccinazione universale per tutti i bambini e oggi Paesi come Cina e India (dove

l'incidenza di tumori è elevatissima) stanno lavorando attivamente in questa direzione.

Attualmente, in tutto il mondo, sono 177 i Paesi che hanno adottato la vaccinazione neonatale: rappresentano l'82 per cento del totale. Oggi il vaccino, che viene somministrato in Italia ai neonati è l'esavalente, di ultima generazione. «Il primo vaccino antiepatite che si è reso disponibile, negli anni Ottanta, — ricorda Zanetti — era quello derivato dal plasma. Il virus dell'epatite, infatti, è un virus furbo: quando si replica, fabbrica in eccesso certe proteine di superficie (fanno parte dell'involucro esterno dentro al quale è racchiuso il Dna), per distrarre il sistema immunitario dell'individuo: queste proteine sono costituite dal cosiddetto HBsAg, chiamato, all'inizio, antigene Australia».

L'Australia, appunto. Perché la storia della vaccinazione antiepatite comincia proprio lì e "l'antigene Australia ha rivoluzionato l'epatologia" (così

una rivista californiana titolava un articolo pubblicato nel 1972).

Negli anni Sessanta, un ricercatore americano, Baruch S. Blumberg (Nobel per la Medicina nel 1976), mentre

stava studiando il cancro al fegato e conduceva ricerche sul campo, scoprì nel sangue degli aborigeni una proteina, che chiamò antigene Australia. La scoperta (che il fisico-matematico-medico-antropologo Blumberg racconta nel libro "The hunt for a killer virus") aprirà la strada alla messa a punto del test diagnostico per l'infezione e del vaccino.

Il vaccino di prima generazione, dunque, era costituito da particelle virali (antigene Australia, poi ribattezzato HBsAg), estratte da sangue di soggetti infetti, e comincia a essere utilizzato a partire dagli anni Ottanta. Poi scoppia il caso Aids e il sangue non è più considerato sicuro (le vie di trasmissione del virus B e dell'Hiv sono le stesse): anche se tutte le procedure di produzione del vaccino garantivano la sicurezza, questa situazione ha stimolato la ricerca di alternative.

Le biotecnologie hanno contribuito a risolvere il problema: si sfrutta il lievito del pane (il *Saccharomyces cerevisiae*, sicuro per l'uomo) per produrre, con le tecniche di ingegneria genetica, gli antigeni del virus, che poi vengono purificati e utilizzati per i preparati di seconda generazione. Questi nuovi vaccini arrivano sul mercato nel 1986.

La terza generazione è quella degli esavalenti, introdotti nel 2000: in un unico preparato, oltre all'antiepatite B, ci sono anche quelli contro difterite, tetano, poliomielite, pertosse e meningite da *Haemophilus B*.

Il futuro? L'obiettivo è quello di continuare a vaccinare i bambini e aumentare la copertura dei soggetti a rischio. In Italia. Nel resto del mondo, soprattutto nei Paesi poveri, c'è ancora molto da fare.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il risultato**

Un bilancio per la scelta di politica sanitaria dopo due decenni

**Diffusione**

**Ormai i virus hanno il passaporto**

Di giornate mondiali, per questa o quest'altra malattia, ce ne sono ormai troppe e l'Oms da tempo non ne sponsorizza più. Per l'epatite ha fatto un'eccezione, considerando l'enorme impatto che ha in tutto il mondo e così ha deciso di sostenere ufficialmente la Giornata Mondiale dell'Epatite (che si celebra dal 2008, anche se molti governi non l'hanno ufficialmente riconosciuta) per il 28 luglio prossimo.

Ormai i virus dell'epatite hanno il passaporto: endemici in molte aree, soprattutto in Asia e soprattutto dove la pratica della vaccinazione stenta a prendere piede, si diffondono ovunque: così capita che certi sierotipi (varianti del virus) che possono avere un impatto sull'efficacia delle terapie, prima localizzati in certe aree, arrivano ovunque.

La lotta all'epatite richiede quindi uno sforzo mondiale e la partecipazione di tutti: ricercatori, medici, società civile, politici, organizzazioni non governative. Perché l'obiettivo prossimo è la diffusione della vaccinazione per l'epatite B, la prevenzione per la C, il trattamento delle epatiti croniche e del tumore al fegato. Ma l'obiettivo finale è quello dell'«eliminazione» dell'epatite, se non addirittura quello dell'eradicazione come è avvenuto per il vaiolo.

**Epatite B**



**2** miliardi

Le persone nel mondo che si sono infettate con il virus B



**350** milioni

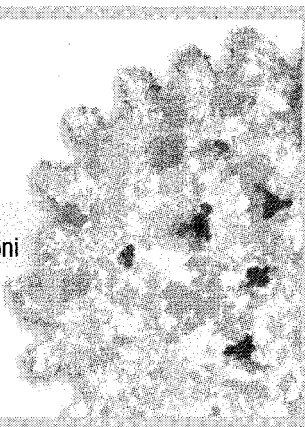
Le persone nel mondo che hanno un'epatite B cronica



**14** milioni

Le persone con epatite B cronica in Europa

D'ARCO



**855**

I casi di epatite B acuta notificati nel 2008 in Italia

Ministero della Salute

**VACCINAZIONE ANTI-EPATITE B**

In Italia



**16** milioni

di bambini sono stati vaccinati in Italia

Nel mondo



**177** Paesi

al mondo (82%) hanno introdotto la vaccinazione per l'epatite B per i neonati

**Epatite C**

**Il virus HCV** (7 i sottotipi, diversi per virulenza), causa dell'infezione, è presente nei liquidi corporei; il contagio più comune è per sangue infetto; molto più raro rispetto all'HBV il contagio per via sessuale e da parto.

Il test consente il controllo del sangue per trasfusioni

**L'INFEZIONE**

Rari i sintomi (simil influenzali); spesso l'unico segnale è l'aumento delle transaminasi nel sangue. L'infezione diventa cronica nel 50-70% dei casi e nel 20-30% di questi evolve in cirrosi epatica, nell'1-4% in tumore

**IL VACCINO**

È ancora allo studio

**LA TERAPIA**

Quella standard è l'associazione tra interferone pegilato e l'antivirale ribavirina. Più recente è la triterapia, che prevede l'aggiunta di un secondo antivirale.

**Epatite B**

**Il virus HBV**, causa dell'infezione, è presente nei liquidi corporei; si trasmette con sangue infetto; possibile il contagio per via sessuale e madre-figlio durante il parto. Il test per HBV è obbligatorio sul sangue per trasfusioni

**L'INFEZIONE**

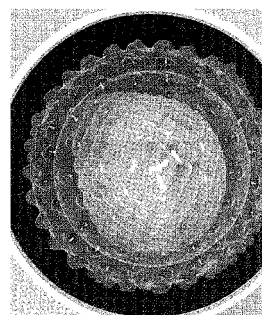
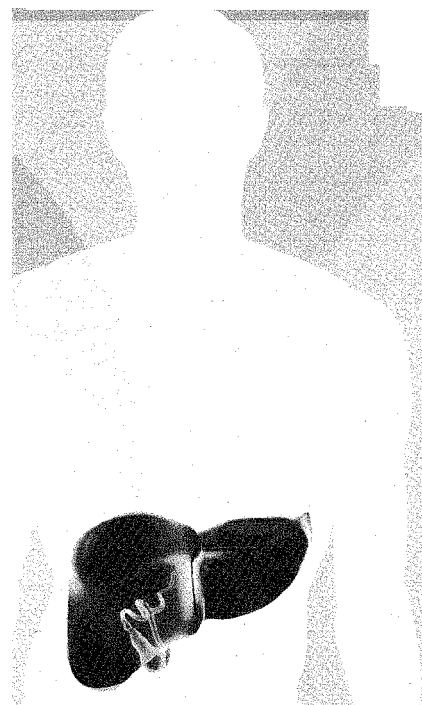
Di rado dà sintomi: febbre, perdita di appetito, nausea, vomito, a volte ittero. Nel 10-20% dei casi diventa cronica e nel 10-30% di questi casi evolve in cirrosi epatica

**IL VACCINO**

Obbligatorio per i neonati; raccomandato per categorie a rischio (per es. operatori sanitari, conviventi di portatori cronici)

**LA TERAPIA**

Interferone o farmaci che inibiscono la replicazione del virus



**Prevenzione** Quali sono le circostanze e i comportamenti che espongono a «contatti» pericolosi

## Che cosa deve sapere (e fare) per difendersi chi non è ancora vaccinato

**N**on tutta la popolazione italiana è protetta dal virus dell'epatite B, che è ancora diffuso nel nostro Paese, complice anche il fenomeno dell'immigrazione, soprattutto dai Paesi dell'Est europeo. Ecco allora una serie di risposte a domande sulla vaccinazione, e non solo, con l'aiuto di Alessandro Zanetti, direttore del dipartimento di Igiene dell'università di Milano.

**1 Oggi un adulto sano dovrebbe vaccinarsi contro l'epatite B?**  
La vaccinazione è raccomandabile a tutte le persone che non hanno anticorpi contro il virus.

**2 Quali sono le categorie a rischio che devono vaccinarsi?**  
Sono quelle persone che per motivi professionali (personale sanitario) o per comportamenti (sesso con più partner o con prostitute, uso di droghe per via endovenosa) possono più facilmente entrare in contatto con il virus. Fra i soggetti a rischio vanno considerati anche i conviventi e i partner sessuali delle persone portatrici del virus e alcune categorie di malati, come per esempio i dializzati oppure i poli-trasfusi.

**3 Il sesso orale può costituire una via di contagio?**  
In qualche caso sì, ovviamente quando uno dei partner è sieropositivo per l'epatite B.

**4 E i tatuaggi o il body piercing?**  
Se eseguiti in ambienti igienicamente controllati e con strumenti sterilizzati non comportano rischi. Altrimenti il rischio c'è.

**5 Una donna in gravidanza può vaccinarsi?**

Teoricamente sì, perché il vaccino è sicuro. Il test per il virus B è obbligatorio per le donne in gravidanza: se è positivo, si tratta il bambino alla nascita con immunoglobuline e vaccino.

**6 Che tipo di vaccino viene oggi somministrato agli adulti?**

Il vaccino ricombinante ottenuto con l'ingegneria genetica.

**7 Prima della vaccinazione vale la pena di fare un test per la ricerca di anticorpi antivirali?**

Il test si può fare ed è utile soprattutto per i soggetti a rischio perché, se sono negativi, fanno la vaccinazione; se sono positivi ed hanno un'epatite cronica possono essere trattati.

**8 Quante somministrazioni richiede il vaccino?**

Tre somministrazioni, la seconda e la terza a uno e sei mesi dalla prima.

**9 Chi si è già vaccinato ha bisogno di un richiamo?**

Per ora soggetti sani, bambini o giovani adulti, che sono stati vaccinati regolarmente, non hanno bisogno di un richiamo. Anche se il soggetto perde gli anticorpi, conserva la "memoria" immunologica e, nel caso incontrasse il virus, è capace di produrre anticorpi di difesa. Questo dicono le ricerche che hanno studiato quello che succede fino a vent'anni dalla vaccinazione. Quello che succederà dopo questo periodo andrà ancora studiato.

**10 I bambini cui è stato somministrato il vaccino esavalente Hexavac poi ritirato dal**

**commercio nel 2005 per prudenza perché ritenuto meno immunogenico, per l'epatite, rispetto all'Infarix Hexa (l'unico attualmente disponibile) devono ricevere un richiamo?**

No, questi bambini si devono considerare protetti. Uno studio, condotto da Alessandro Zanetti del Dipartimento di Igiene dell'Università di Milano, ne ha confermato l'efficacia a distanza di cinque anni dalla somministrazione. Per il futuro, saranno necessari altri studi.

**11 Quali sono gli effetti collaterali della vaccinazione?**

Il vaccino è ben tollerato, non ha effetti collaterali, salvo, in qualche caso, dolore e gonfiore nella sede di inoculazione, e, a volte, una febbre di modesta entità.

Negli anni, però, il vaccino è stato oggetto di molte contestazioni e è stato accusato di una miriade di effetti collaterali che andavano dalla perdita di capelli fino alla sclerosi multipla.

A tutt'oggi numerosissimi studi, supportati anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, hanno escluso qualsiasi legame. Si può dire che questo vaccino ha il record della sicurezza.

**12 È possibile che il vaccino sia, in qualche caso, inefficace?**

Sono stati segnalati virus mutanti teoricamente in grado di sfuggire alla risposta immune e di infettare persone vaccinate.

Uno di questi è stato scoperto in Italia nel 1991 e si chiama in sigla G145R. Per ora la diffusione è limitata e non pone problemi agli attuali programmi di vaccinazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Epatite C



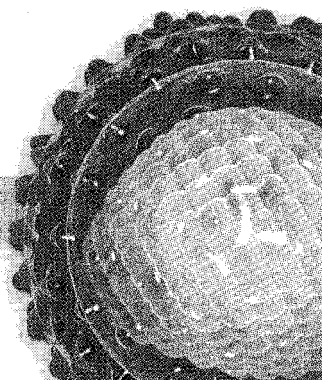
**170** milioni

Le persone nel mondo che hanno un'epatite C cronica



**9** milioni

Le persone con epatite C cronica in Europa





**Terapie** Scelte mirate, valutando gli effetti collaterali

# Le nuove strategie per affrontare l'infezione cronica

**L**a parola d'ordine è "terapia personalizzata", anche per le epatiti croniche. Ormai siamo abituati a questo concetto perché la medicina finalmente ha capito che ogni paziente è diverso dall'altro (può essere giovane o anziano, uomo o donna, obeso o "in linea", fumatore o non, avere altre malattie oppure no) e perché i virus che provocano l'epatite cronica sono di due tipi: uno è il B e l'altro è il C, differenti per come si trasmettono e per "aggressività" sul fegato (il C rispetto al B dà più frequentemente epatiti croniche). Ecco allora che i farmaci a disposizione (interferone pegilato o antivirali) vanno "scelti" caso per caso.

Intanto, non tutti i pazienti con epatite cronica sono candidati alla terapia e poi gli obiettivi sono diversi: la B è curabile, cioè può essere tenuta sotto controllo per evitare che evolva verso la cirrosi o l'epatocarcinoma; la C, invece, è guaribile.

«I farmaci disponibili per la cu-

ra dell'epatite cronica B (interferone e gli antivirali lamivudina, adefovir, telvibudina, entecavir) — ha detto Heiner Wedemeyer, gastroenterologo alla Hanover Medical School in Germania a Bangkok, in occasione dell'Apasl — vanno usati per lunghi periodi di tempo e al meglio, perché non ci sono novità in arrivo».

L'obiettivo del trattamento è quello di sopprimere la carica virale (l'interferone rompe l'equilibrio fra ospite e virus, permettendo alle difese dell'organismo di aggredirlo), di migliorare la qualità della vita del paziente e di far regredire la fibrosi (l'entecavir lo fa). Per questo la scelta va fatta caso per caso, tenendo conto degli effetti collaterali dei farmaci (gli anziani sono più suscettibili), delle resistenze dei virus (già segnalate per la lamivudina), dei genotipi virali (ce ne sono sette, distribuiti in maniera diversa attorno al mondo: in Asia ci sono soprattutto il D e il C, da noi il D, poco sensibile all'interferone).

L'epatite C può guarire: il che si-

La parola d'ordine oggi è personalizzare il più possibile i trattamenti perché ogni paziente è davvero un caso a sé

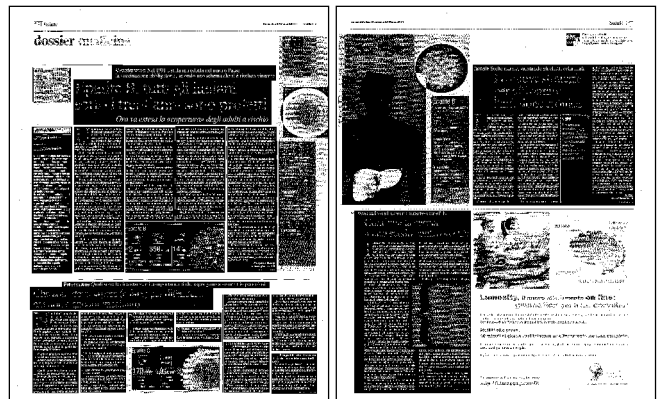
gnifica completa eliminazione del virus. «I candidati alla terapia sono i pazienti più giovani e quelli con forme più gravi — dice Massimo Colombo, direttore dell'Unità di gastroenterologia dell'Università di Milano, al Policlinico — perché rispondono meglio ai farmaci». La terapia corrente si basa su interferone pegilato associato all'antivirale ribavirina, ma l'aggiunta di un nuovo antivirale inibitore delle proteasi, il telaprevir, assicura una maggiore percentuale di successi. «Oggi, noi trattiamo 15 mila persone all'anno — continua Colombo — ovvero l'uno, l'1,5 per cento di tutti gli infetti. La triplice terapia ne potrebbe curare il 75 per cento e così abbatterebbe del 60 per cento la mortalità, l'evoluzione verso la cirrosi e le spese per i trapianti. Ma non lo facciamo per i costi: oggi curiamo, ma non riusciamo a ridurre la mortalità».

Intanto, sul fronte della ricerca, si stanno affacciando nuovi farmaci per la C che hanno lo scopo di migliorare l'efficacia e la tollerabilità e di ridurre i tempi di trattamento. Uno è l'interferone lambda che agisce sui recettori lambda, presenti nel fegato, ma meno diffusi nel resto del corpo rispetto agli alfa, su cui agisce l'interferone pegilato. L'altro è un farmaco innovativo: si chiama replication complex inhibitor o NS5A ed è un inibitore della replicazione del virus: associato all'interferone e ribavirina, secondo i dati degli studi clinici, migliora le percentuali di successo della terapia.

**A. Bz.**

abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



► **Ricerca** Il virus Hcv è un «mutante» come l'Hiv

## Continua la caccia a uno scudo contro la «C»

**I** virus dell'epatite sono diversi. Due, il B e il C, sono trasmessi attraverso il sangue e la complicità estrema dell'infezione, il carcinoma del fegato, è una sola, per entrambi. Dalle nostre parti, in Italia e in Europa, è proprio il C a rendersi responsabile del 60-70% dei tumori al fegato, mentre il virus B lo è soltanto nel 10-20% e l'alcol nel 20%. In Asia, soprattutto in Cina, la situazione è capovolta: il virus B provoca il 70% dei casi, mentre il restante 30 se lo spartiscono il C e l'alcol. Il 3% della popolazione mondiale è attualmente infetta con il virus C e globalmente si registrano ogni anno 748 mila nuovi casi di tumore al fegato e 694 mila morti per la malattia (371 mila soltanto in Cina, il Paese leader mondiale per le infezioni da virus dell'epatite).

A tutt'oggi non c'è possibilità di prevenzione del tumore con un vaccino anti-epatite C, come avviene per la B. I ricercatori ci stanno provando da tempo, con scarso successo. L'ultima segnalazione arriva dalla Danimarca dove un gruppo di esperti, guidati da Allan Randrup Thomsen dell'Università di Copenaghen, ha vaccinato dei topi con alcune molecole presenti all'interno del virus, che si sono rivelate capaci di stimolare una risposta immunitaria efficace.

Ma l'avventura del vaccino anti-epatite C assomiglia molto a quella del vaccino per l'Aids. Come l'Hiv, il virus C muta rapidamente ed è difficile addestrare il sistema immunitario dell'organismo a tendergli una trappola: per questo il vaccino non arriverà tanto presto.

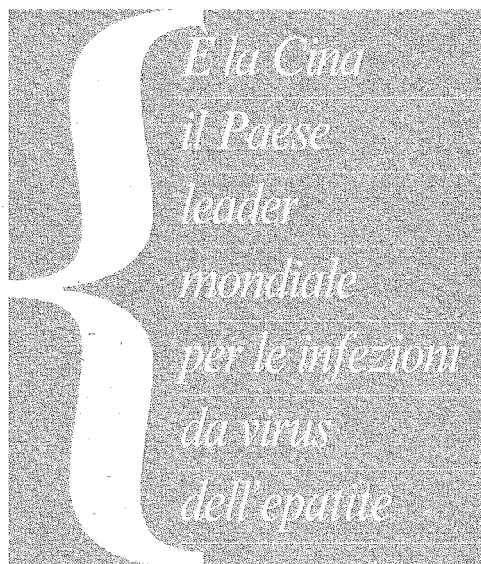
Non rimane, allora, che la prevenzione attraverso i comportamenti, la cura delle epatiti croniche, che possono sfociare nella cirrosi e nel tumore, e la cura del tumore quando si presenta, con tutti i migliori mezzi oggi a disposizione.

La prevenzione si può fare evitando le fonti di contagio più importanti: il contatto diretto con il sangue, lo scambio di siringhe infette per chi si inetta droghe,

l'uso di rasoi, spazzolini da denti, tagliaunghie in comune con persone sieropositive per il virus C, la pratica dei tatuaggi e del body piercing senza precauzioni igieniche e con strumenti non ben sterilizzati.

Anche la terapia del tumore al fegato (l'intervento chirurgico di resezione o i trattamenti percutanei guidati dall'ecografia attraverso i quali le cellule tumorali vengono distrutte con sostanze chimiche o con il calore) non garantisce sempre buoni risultati.

D'altra parte, la terapia farmacologica,



finora poco efficace, sta migliorando le sue performance grazie a nuovi farmaci biologici, l'ultimo ancora in sperimentazione: il rivanib, un inibitore "duale" che blocca il fattore di crescita per i fibroblasti (Fgf) e il fattore di crescita dei vasi sanguigni (Vegf).

In alternativa, non rimane che il trapianto di fegato con indubbi vantaggi per il paziente, ma il problema è sempre quello: la scarsità di organi, oltre che la necessità di terapie antirigetto e il costo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Prostituzione** Dopo il caso dei due trans malati che avevano 600 clienti al mese

# Alicia e le altre, le notti con l'Hiv Milano scopre i baby contagiati

*In città almeno novemila sieropositivi. Dai 12 ai 74 anni*

MILANO — «Non lo posso nascondere, a volte ho rapporti sessuali non protetti. E ho un permesso di soggiorno "per malattia"». Sul passaporto si chiama Rosario, a Milano è Alicia, viene da Pesquiera, villaggio a 200 chilometri da Recife. Racconta di essersi prostituita la prima volta a 13 anni, «per aiutare mia madre, la adoravo». Alicia ha l'Aids da molti anni, cerca clienti in strada, li incontra nel suo monolocale. Dice: «Perché gli uomini vengono con noi? Noi siamo il relax e il divertimento puro». Nelle pieghe di queste avventure notturne, sulle strade di Milano, scorre sotterranea la coscienza di una sfida alla sorte, portata all'estremo quando un cliente chiede un rapporto non protetto. E complicato mettere in relazione diretta le statistiche e la realtà che emerge da alcune operazioni delle Forze dell'ordine. Delle undici persone che contraggono il virus dell'Hiv ogni giorno in Italia, ad esempio, due vivono a Milano. I viados fermati dai vigili qualche giorno fa per essere espulsi (provvedimento poi negato dal magistrato, perché i due sono in cura) sono sieropositivi. E ricevono circa 300 clienti al

mese.

Sotto il nuovo grattacielo della Regione Lombardia c'è una delle «piazze» storiche della prostituzione per i viados sudamericani, dove si mescolano il sesso per soldi e i rischi del contagio. Dall'altra parte della città, all'ospedale Sacco, lavorano i medici di uno dei reparti di infettivologia più all'avanguardia in Italia. È lì che molti viados (decine) vengono curati. Ed è l'unico osservatorio dal quale si può individuare il confine sottile tra pericolo reale e allarmismo. «Il dato fondamentale — spiega Massimo Galli, professore di Malattie infettive dell'università di Milano e primario dell'ospedale Sacco — è che le moderne terapie abbattano in modo significativo la carica virale e quindi anche il rischio di trasmissione. Gli ultimi studi scientifici, ad esempio uno su Vancouver, lo confermano: più persone fanno il test, più aumentano le diagnosi precoci e i pazienti in trattamento, meno sono le nuove persone contagiate. Le terapie riducono la carica virale sia nell'individuo, sia nella comunità». La conseguenza sembra evidente: la marginalità sociale, o la paura, a volte il disinte-

resse, che spesso tengono lontani i viados dalle strutture sanitarie, aumentano in modo esponenziale il rischio di contagio per i clienti.

A Milano si prostituiscono circa 250 transgender di origine sudamericana, poi ci sono alcuni italiani, in numero minore. Bisogna considerare che non tutte queste persone sono sieropositivi, che una parte è in cura, che non tutte accettano rapporti non protetti. Alta, mora e orgogliosa dei capelli che le scendono sulle spalle, brasiliana di Recife, Isabel Da Silva ha scelto il nome d'arte Martha. Martha non è malata, ma racconta: «Ho visto molti amici morire, erano giovani. Si fa solo per denaro, per denaro alcune accettano rapporti sessuali senza protezione». Si stima che a Milano i sieropositivi siano tra i 9 e i 12 mila. Riflettendo sul quadro dei nuovi contagi da Hiv, l'assessore milanese alla Salute, Giampaolo Landi Di Chiavenna, ha spiegato: «La legalizzazione della prostituzione arginerebbe l'emergenza sanitaria. È sieropositivo ben il 50 per cento delle prostitute e dei transessuali della città. È necessario un maggiore controllo. Abbiamo registra-

to casi di contagio anche per bambini sotto i 12 anni e per una signora di 74, "vittima" delle avventure del marito».

I medici hanno una responsabilità: arginare il rischio individuale e per la popolazione. Spiega Massimo Galli: «In questo senso l'intervento di maggior tutela è quello di riduzione del rischio attraverso la gestione terapeutica. Più casi vediamo, meglio possiamo intervenire». I sieropositivi «clandestini» sono molto più pericolosi, per sé e per i clienti, rispetto a malati in cura. Le prostitute transgender sudamericane, di cui il professor Galli ha ascoltato le storie, hanno spesso subito abusi in età giovanile: «In molti casi — spiega il medico — parliamo di persone a cui l'identità sessuale è stata imposta nell'ambito di una grave marginalità sociale e non è una scelta di sessualità conforme alle proprie aspirazioni. In situazioni del genere è più facile finire sulla strada». Una prostituta transessuale, una volta, ha detto al medico: «Non ho mai avuto la libertà di scelta, di capire come fossi veramente».

**Michele Focarete  
Gianni Santucci**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'assessore**  
Ogni giorno in Italia undici persone contraggono l'Hiv, due vivono a Milano



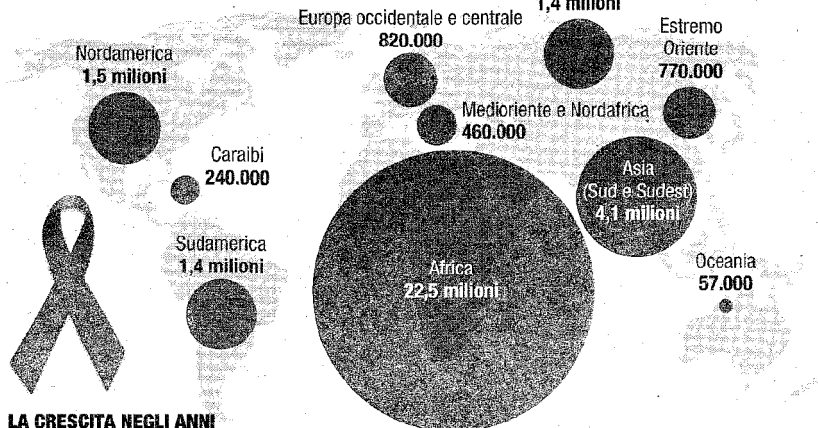
**L'infettivologo**  
Per rallentare il contagio occorre fare più test e sottoporre a cure specifiche i malati





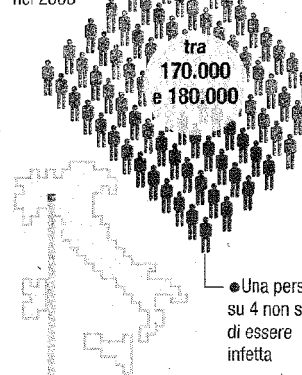
**L'allarme virus**

**LA DIFFUSIONE NEL MONDO** (dati del 2009)



**COSÌ IN ITALIA**

Persone con Hiv/Aids nel 2008



**Il confronto**

Nuove infezioni Hiv diagnosticate in Italia

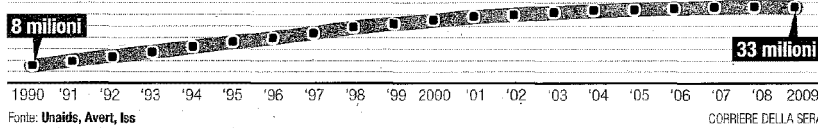
1988	2008
tra 14.000 e 18.000	tra 3.900 e 4.100

Percentuale di stranieri  
4% 32%

Età del primo test positivo  
27 anni 39 anni

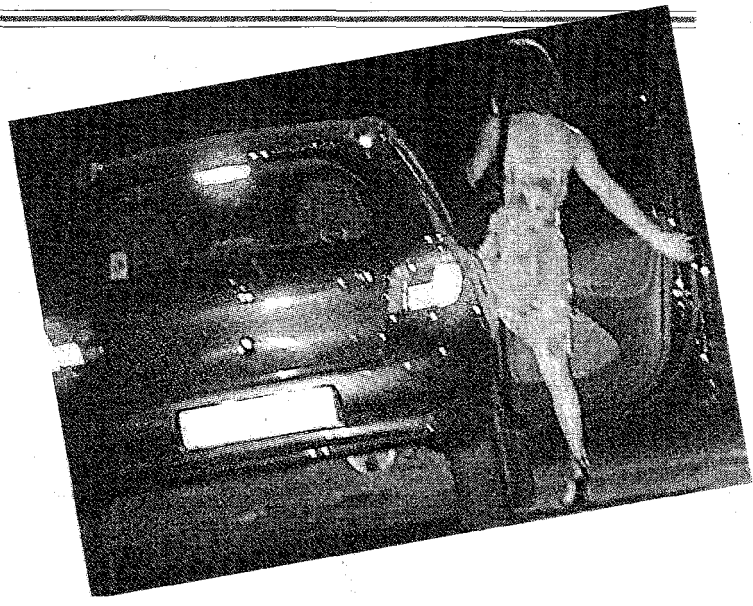
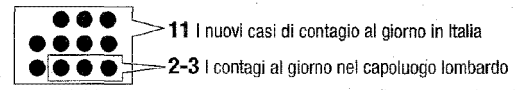
Principale via di contagio  
droga (71%) sessuale (74%)

**LA CRESCITA NEGLI ANNI**



**IL CASO MILANO**

750 I contagiati da Hiv in un anno nel capoluogo lombardo



**Milano** Erano già stati espulsi. Il pm: qui per curarsi, non vanno arrestati

# I due viados sieropositivi Ogni mese 600 clienti

*Fermati i brasiliani. Timori per il contagio*

MILANO — Due monocali a Milano, in via Ferrante Aporti, vicino alla stazione Centrale. Il marciapiede, il sesso, la paura di morire da un momento all'altro di Aids. Due viados brasiliani che nei rispettivi 45 metri quadrati vendevano il proprio corpo minato dall'Hiv. Trecento clienti a testa al mese per un giro complessivo di affari di 250 mila euro all'anno. Una sorta di untori, indagati l'altro giorno dagli agenti della polizia locale. Due brasiliani clandestini. Uno di 26 anni, già espulso. L'altro di 38 anni, con un ordine di espulsione della questura di Rimini.

I due sono stati sorpresi a prostituirsi. Ma, di fronte agli agenti che pensavano di arrestarli perché già espulsi, hanno detto di essere sieropositivi e di essere in cura in ospedale. Una malattia grave che gli ha evitato l'arresto, ma che non gli im-

pedisce di continuare a prostituirsi.

«Il pm — dice il vicesindaco Riccardo De Corato — ha negato l'arresto. In questo modo il contrasto alla clandestinità, in particolare di chi è recidivo e non rispetta gli ordini di allontanamento, risulterà sempre più virtuale. E' infatti presumibile che queste persone li ritroveremo ancora in giro, creando problemi di sicurezza e un rischio per la salute pubblica vista la condizione di sieropositività della quale dubito informassero i clienti».

I brasiliani in Italia possono venire senza visto. E rimanere nel nostro Paese per tre mesi dal timbro di ingresso sul passaporto. Così viados e prostitute brasiliani iniziano a battere i marciapiedi. Anche se sanno di avere l'Aids. E quando i tre mesi scadono, si presentano in ospedale per farsi rilasciare un

documento che attesti l'infezione: così possono chiedere un permesso di soggiorno «per cure mediche». Un permesso concesso per dare loro la possibilità di curarsi: da noi ci si cura gratis, nei loro Paesi no. E la legge è chiara: «Questo permesso ha una durata pari a quella del trattamento, è rinnovabile finché durano le necessità terapeutiche e deve essere richiesto insieme con un visto specifico per cure mediche della durata massima di un anno». Quindi gli immigrati sieropositivi, anche se irregolari, hanno diritto di restare in Italia se nel loro Paese di origine non hanno la possibilità di ricevere cure adeguate. In casi di sieropositività conclamata non si può procedere con l'espulsione e il malato va assistito qui. Ma il problema non è la malattia, è che molti continuano a prostituirsi.

«I due transessuali sieroposi-

tivi indagati — spiega l'assessore alla salute Giampaolo Landi di Chiavenna — non sono le uniche mine vaganti presenti sui nostri marciapiedi. Il fenomeno è ampio: una "lucchiola" su due, tra prostitute e trans, è positiva al virus Hiv. L'unica soluzione che potrebbe arginare l'emergenza sanitaria è legalizzare la prostituzione. E il problema non è solo quella su strada, ma anche quella negli apparenti centri estetici, dello scambio di coppie e più in generale della mancanza di educazione sulla buona salute anche nei rapporti sessuali. La legalizzazione comporterebbe miglioramenti igienico sanitari, farebbe emergere il "nero" ed aiuterebbe, tra l'altro, le casse nazionali. Disarmando così la malavita. Basti pensare che ogni giorno delle 11 persone che contraggono il virus dell'Aids in Italia, due vivono a Milano».

**Michele Focarete**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Malati

Sorpresi a prostituirsi hanno dichiarato ai poliziotti di essere in cura presso un ospedale

## Il vicesindaco

«Dubito che informassero i clienti di avere l'Hiv: rappresentano un rischio per la salute pubblica»

# 250

**i trans**  
che lavorano sulle strade di Milano, in gran parte brasiliani

## La scheda

### Gli stranieri

Sono circa 800 gli stranieri che vivono a Milano con un permesso di soggiorno per cure mediche

### Le nazionalità

La maggior parte dei trans che lavorano a Milano sono brasiliani; seguono i peruviani e i venezuelani. Ultimi gli ecuadoriani

### I guadagni

Un transessuale riesce a guadagnare fino a 200 euro a prestazione. E i loro clienti sono in prevalenza uomini sposati



## Sant'Egidio «Da 43 anni attivi nel mondo»

ROMA — La Comunità di Sant'Egidio festeggia i suoi 43 anni e Benedetto XVI la incoraggia ad andare avanti nel suo lavoro a fianco dei poveri e per la pace in tante regioni del mondo. Lo ha fatto ieri durante l'udienza generale rivolgendosi ad un centinaio di vescovi «amici» di Sant'Egidio, che questa sera concelebreranno con il presidente del Pontificio Consiglio per la cultura, il cardinale Gianfranco Ravasi, una liturgia di ringraziamento nella Basilica di San Paolo fuori le Mura. «Vi ringrazio tutti della vostra presenza e vi incoraggio a seguire con fedeltà Cristo e il suo Vangelo», ha detto il Papa rivolgendosi al gruppo guidato da monsignor Vincenzo Paglia, vescovo di Terni e consigliere spirituale della Comunità fondata da Andrea Riccardi. Nel rapporto annuale sulle attività di Sant'Egidio si legge che il 2010 è stato dedicato «principalmente all'Africa», anche attraverso il potenziamento del programma «Dream» per la prevenzione e la cura

dell'Aids, che «ha toccato centomila persone in cura, con un milione di persone coinvolte, e la preparazione di 3500 professionisti». Mentre si registra il progressivo disinteresse dell'Occidente. «Servirebbe — denuncia Sant'Egidio — un'Europa, meno rinunciataria e meno bloccata solo dai problemi interni». Sant'Egidio è oggi presente in 73 Paesi del mondo e conta oltre 60 mila persone a cui si devono aggiungere i migliaia che collaborano alle numerose iniziative a favore dei poveri, dalle «scuole della pace» per i minori delle aree più marginali alle iniziative di accompagnamento degli

anziani in difficoltà fino alla promozione di una cultura dell'accoglienza verso rom, immigrati, etnie e minoranze sociali. Ma la Comunità è cresciuta in modo significativo anche a Roma e in Italia promuovendo «la riconciliazione nella vita quotidiana delle grandi città, attraversate troppo spesso da intolleranza e frammentazione sociale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### In Africa

Presenti in 73 Paesi e soprattutto in Africa dove curano migliaia di persone malate di Aids

### La Comunità



Una marcia della Comunità



Francia Centinaia le vittime denunciate, il caso Mediator imbarazza Sarkozy. E in Italia sotto accusa il MediAxal, in commercio fino al 2005

# Pillola anti-fame, scandalo a Parigi

## Il fondatore della casa farmaceutica Servier accusato di omicidio

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

PARIGI — «In fondo il Mediator ha fatto solo tre morti, gli altri erano già malati...», ha ritenuto di osservare Jacques Servier alzando i calici con i dipendenti, durante il brindisi per il nuovo anno. Ma l'11 febbraio prossimo l'88enne fondatore della seconda casa farmaceutica di Francia (dopo Sanofi-Aventis) dovrà comparire davanti al tribunale di Nanterre: per quei poveri tre morti che lui stesso con leggerezza riconosce, per le 500 vittime che il suo farmaco Mediator avrebbe provocato invece secondo l'istituto Gustave Roussy di Villejuif, o forse per le oltre 2.000 ipotizzate ancora dall'Inserm (l'Istituto della sanità francese).

La prima accusa è «truffa aggravata», poi a Servier saranno contestati «lesioni personali e omicidio involontario»: per 35 anni la casa farmaceutica che porta il suo nome avrebbe commercializzato il Mediator vantandone inesistenti virtù anti-diabetiche, nascosto la sua vera natura di anoressizzante derivato dall'anfetamina, e lasciato che venisse usato come pillola anti-fame

nelle diete dimagranti.

Dal 1976 al 30 novembre 2009, giorno della sua tardiva messa al bando, cinque milioni di francesi hanno usato il Mediator, 3.500 sono finiti all'ospedale, riportando in alcuni casi danni irreversibili. E per la prima volta il miliardario Jacques Servier, nona persona più ricca del Paese, sarà chiamato a risponderne.

Lo scandalo del Mediator tocca anche l'Italia, dove il suo principio attivo «benfluorex cloridrato» è stato commercializzato — sempre dai laboratori Servier, sempre in compresse da 150 mg — con il nome di MediAxal, a partire dal 1980 e fino al 2005. Sul «bugiardin» italiano, alla voce «indicazioni terapeutiche», si può leggere: «Iperlipidemie che non rispondono al trattamento dietetico. Coadiuvante nella obesità associata ad alterazioni del metabolismo glicolipidico». Il Mediator/MediAxal ha ben presto suscitato dubbi — sia in Francia sia in Italia — quanto alla sua sicurezza, mostrando di avere pesanti effetti collaterali sul sistema nervoso centrale (aggressività, depressione, confusione), sul cuore (ma-

lattie delle valvole cardiache) e sui polmoni (ipertensione arteriosa polmonare).

Nel 1999 i ricercatori italiani Giuseppe Pimpinella e Renato Bertini Malgarini, incaricati dall'Agenzia europea del farmaco, avvertirono della nocività della sostanza, ma la pillola anti-fame è restata in commercio in Italia fino al 2005, e in Francia fino al novembre 2009. È possibile che alcuni pazienti italiani abbiano continuato ad assumere il «benfluorex cloridrato» anche dopo il 2005, ottenendo il preparato galenico in farmacia. L'entità dei danni alla salute in Italia non è stata ancora calcolata.

In Francia, l'affaire è scoppiata grazie all'ostinazione della dottoressa Irène Frachon, pneumologa dell'ospedale di Brest, che a differenza delle autorità non ha ignorato i cinque differenti allarmi lanciati dagli esperti nel corso degli anni, e ha scritto il libro «Mediator, 150 mg». «Sono felice che questa storia di morte sia finalmente venuta alla luce — dice —. Sono stata ricevuta dal ministro della Sanità, Xavier Bertrand, ma per riuscire ad andare fino in fondo mi sono rivolta a Gérard Bapt, deputato socialista

e cardiologo. Lui ha chiesto nuovi studi e finalmente siamo arrivati alla messa al bando del Mediator».

E qui si arriva all'aspetto politico della questione. Perché tutti i moniti precedenti erano caduti nel vuoto? Forse per la grande vicinanza di Servier al potere politico? La questione imbarazza le autorità sanitarie francesi e il presidente Nicolas Sarkozy, che fu a lungo avvocato dei laboratori Servier prima di diventare ministro dell'Interno, e che il 7 luglio 2009 conferì la Legion d'Onore, massima onorificenza della Repubblica, al vecchio amico Jacques Servier. Con queste sfortunate parole: «Jacques, voi siete un imprenditore come ce ne sono pochi in Francia. E in qualità di imprenditore, siete stato spesso severo nei confronti dell'amministrazione francese. Siete solito criticarne la montagna di regole, norme e strutture, e avete ragione». Non la pensano così i 116 francesi, con la salute rovinata dal Mediator e dai mancati controlli, che hanno già presentato denuncia al tribunale di Parigi.

**Stefano Montefiori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'affaire

#### Alleanze

Sarkozy fu a lungo avvocato dei laboratori Servier prima di diventare ministro dell'Interno

Il presidente francese Nicolas Sarkozy ha conferito la Legion d'Onore a Jacques Servier, 88enne fondatore della Servier, la seconda casa farmaceutica del Paese. La Servier ha messo in commercio il farmaco Mediator, oggetto negli anni di ripetuti allarmi degli esperti, ignorati dalle autorità

### Rischi

**Mediator**  
Dal 1976 al 2009, 5 milioni di francesi hanno usato l'antidiabetico Mediator. L'Istituto della sanità ipotizza che il farmaco abbia causato 2.000 vittime

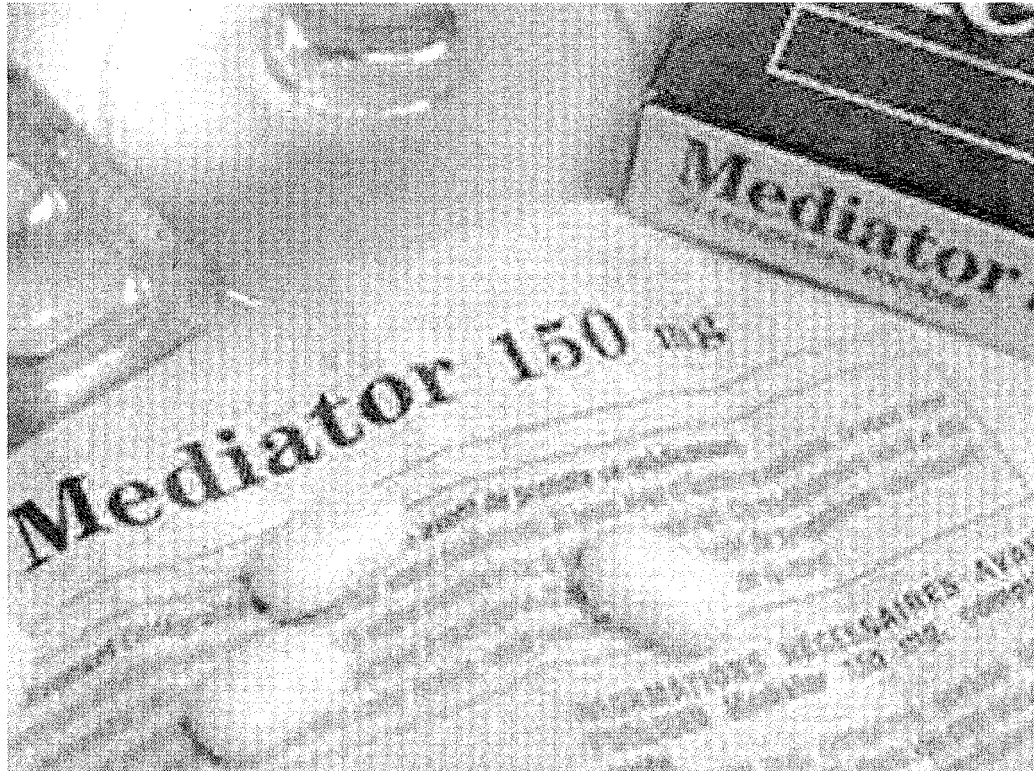
**MediAxal**  
In Italia il principio attivo del Mediator, il «benfluorex cloridrato», è stato commercializzato dal 1980 al 2005 con il nome MediAxal, in compresse da 150 mg

### Il precedente nel 1985

#### Con Fabius premier

#### Il caso del sangue infetto

Nel 1985 lo scandalo del sangue infetto in Francia: in centinaia contraggono l'Aids in ospedali pubblici. Alla sbarra membri del governo di Fabius accusati di aver ritardato i test obbligatori anti-Aids sui donatori.



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



» Giuseppe De Rita Il presidente del Censis

# «Giusto, quelle lezioni trasformano la vita in un fatto tecnico»

ROMA — Giuseppe De Rita, da quarant'anni anima indiscussa del Censis, è da sempre un cattolico consapevole e attento. Ma da sociologo abituato ad analizzare i fenomeni, inserisce anche la fede in un panorama di comportamenti collettivo, ampio e articolato. E in più non rinuncia al dono dell'ironia: «Il Papa ha parlato dell'educazione sessuale "imposta" e l'ha definita di fatto un ostacolo alla libertà religiosa? Beh, allora, come direbbe monsignor Fisichella, bisognerebbe contestualizzare».

Infatti il discorso di Benedetto XVI va contestualizzato, c'è di mezzo un riferimento molto preciso alla realtà spagnola, come ha chiarito poi padre Federico Lombardi... «Così è già più chiaro, altrimenti il discorso rischia di restare molto criptico. Però, nello stesso tempo, anche se il Pontefice si stava riferendo a una particolare e locale realtà, poiché si rivolgeva al Corpo diplomatico, inevitabilmente le sue parole hanno assunto un valore generale e universale, come sempre capita ai discorsi pubblici di un Papa».

De Rita si rifiuta di mettersi nei panni del successore di Pietro («non ho l'autorità per commentare le sue parole...»), ma azzarda una sua personale lettura di quelle espressioni: «Io intendo così quelle parole. La dimensione della fede cattolica è la "creaturalità". Ovvero l'uomo, la persona vista come creatura di Dio. Quindi il frutto di una creazione

che vede sia nella nascita che nella morte la presenza divina. Qui è il punto fondamentale della nostra fede cattolica».

E cosa c'entra tutto questo con l'educazione sessuale, professor De Rita? «C'entra moltissimo, così come c'entra il problema dell'eutanasia. E quindi ecco emergere il problema della libertà religiosa. In questo senso. Se io impongo l'insegnamento dell'educazione sessuale e riduco tutto a un embrione che può essere fecondato quando e come vuole l'uomo, o che può essere destinato anche al concepimento e alla nascita con l'intervento di un padre omosessuale, o ancora può essere uno dei tanti embrioni "inseriti", ecco che la "creaturalità" sparisce completamente dall'orizzonte di una persona umana mentre riceve un'educazione». Una condanna della contemporaneità, professor De Rita? «Ma quale condanna? Semplice constatazione. Il meccanismo della società dei nostri giorni è sempre lo stesso: sottrarre l'uomo a qualsiasi aggancio con la fede, ridurre quella dimensione a un fatto privato, consegnare al singolo individuo la piena disponibilità della propria vita: nascita, sessualità, morte». Ma davvero è una prospettiva così negati-

va? «Insisto, non sto formulando un giudizio, ma analizzando il fenomeno. E' inevitabile che il Papa, capo della cattolicità, segnali che il problema esiste per i fedeli e per una prospettiva di libertà religiosa». Il professor De Rita

appare scettico persino sull'utilità dell'educazione sessuale obbligatoria nelle scuole: «Personalmente ritengo che individuare nella scuola l'unica agenzia fornitrice di certi servizi è un errore. Educazione sessuale, educazione musicale, educazione stradale, educazione civica... Penso al contrario che una scuola degna di questo nome dovrebbe insegnare poche cose basilari ma benissimo, in modo approfondito e adeguato. Poi, per il resto...».

Non crede invece, professore, che una corretta educazione sessuale nelle scuole potrebbe per esempio evitare la diffusione dell'Aids? «Quella malattia è epidemica in certe aree del mondo che conosciamo bene. In Europa i risultati migliori si ottengono con le grandi campagne di sensibilizzazione. E con i mezzi di massa. Molto meglio un "mettetevi il preservativo..." detto in tv. Cosa c'entrano le scuole con tutto questo?».

E qui il discorso si potrebbe chiudere se De Rita non proponesse una prospettiva: «L'uomo contemporaneo non sosterrà il peso di tutte queste responsabilità sulle sue sole spalle. Tra trenta, quarant'anni assisteremo alla riscoperta di una fede magari meno popolare e diffusa di quella che abbiamo conosciuto fino a oggi, ma più consapevole, profonda. La sola coscienza individuale non può bastare a fronteggiare tanti, e così essenziali, problemi esistenziali...».

**Paolo Conti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il sociologo  
In classe si devono  
insegnare poche  
cose basilari  
La prevenzione  
all'Aids?  
Funziona meglio  
con i mass media**



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**Intervista** Parla il nuovo presidente di Farmindustria. «Aperte le trattative sull'ultimo decreto»

# Manovra «Non fateci pagare i costi extra delle Regioni»

Scaccabarozzi: «Ci chiedono 800 milioni per ripianare la spesa farmaceutica degli ospedali. Ma così si blocca l'innovazione»

Non siamo contro il federalismo, ma non si possono avere 21 sistemi diversi. Come si può fare politica industriale così?

DI ALESSANDRA PUATO

**S**ostenibilità «della spesa sanitaria in uno Stato federalista, rispetto del marchio e della proprietà intellettuale». E, soprattutto, revisione della manovra fiscale appena varata dal governo Berlusconi, là dove si concentra sui tagli alla spesa farmaceutica ospedaliera e chiede all'industria farmaceutica di ripianarla per il 35%, se sfora il tetto di legge.

Sono questi i quattro obiettivi di Massimo Scaccabarozzi, nuovo presidente di Farmindustria, l'associazione delle aziende farmaceutiche di Confindustria. «Abbiamo chiesto l'apertura immediata di un tavolo con l'Aifa, i ministeri della Salute e dell'Economia, la conferenza Stato-Regioni — dice —. Il ministro Fazio l'ha concessa e apprezziamo. La prima riunione è attesa a breve. La manovra dice che abbiamo tempo fino a giugno 2012 per trovare un accordo, affinché lo Stato razionalizzi la spesa. Facciamo in fretta».

Nominato il 22 giugno, Scaccabarozzi sostituisce Sergio Dompé ed è stato eletto con bulgara maggioranza del 90% degli iscritti.

Non era scontato, perché rappresenta una multinazionale. Milane, 51 anni, laureato in farmacia, è infatti amministratore delegato di Janssen-Cilag, farmaceutica di Johnson & Johnson. «Ho avuto un grande supporto dalle aziende italiane», dice.

**Da sempre l'industria farmaceutica italiana si lamenta dei tagli delle finanziarie. Qual è la novità?**

«Appunto. Sono anni che i tagli colpiscono la farmaceutica. Ci avevano garantito da più parti che in questa manovra non sarebbe successo, e invece è accaduto. Dal 2004 la spesa ospedaliera non può superare il 2,4% di quella sanitaria, ma lo sfioramento è garantito perché questo tetto è fittizio. Tutti i prodotti innovativi per tumori, Aids, patologie gravi sono nel mercato ospedaliero. Ma ora viene posto a carico dell'industria farmaceutica un ripianamento del 35% dal 2013! Così si frenano gli investimenti in innovazione. Ci vengono chiesti 800 milioni con questo provvedimento: si possono trovare altrove».

**Per esempio?**

«Le Regioni devono applicare i monitoraggi previsti dall'Agenzia del farmaco. Devono essere rispettati i contratti di "risk sharing", la

condivisione del rischio».

**Si spieghi meglio.**

«Se il paziente non risponde alla terapia, l'azienda farmaceutica si assume parte del rischio e rimborsa i soldi alle Regioni. Che però spesso non li chiedono».

**Perché?**

«Probabilmente non hanno un sistema contabile che li registri. La Lombardia lo fa, altri no o parzialmente, come il Lazio e la Calabria. Noi però dobbiamo accantonare questi soldi e metterli a bilancio. Che le Regioni li pretendano».

**D'accordo, ma lo Stato rimborsa la spesa farmaceutica.**

«Sì, ma al prezzo più basso, quello dei farmaci generici: il 40% in meno. Lo Stato risparmia sempre con noi. La farmaceutica copre solo il 16% della spesa sanitaria nazionale. Non è qui che vanno cercati i tagli».

**Stanno scadendo molti brevetti, quindi i generici aumenteranno. Che impatto avrà questo sulle vostre aziende?**

«Oggi l'80% dei farmaci fuori dagli ospedali è a brevetto scaduto. Nei prossimi anni arriveremo al 90%. Può significare centinaia di milioni di fatturato in meno».

**I generici sono un vantaggio**

**per gli utenti. Le grandi farmaceutiche li bloccano?**

«Che facciano la loro competizione, ma senza discriminazioni nei confronti del marchio. Se riescono a conquistare quote di mercato, bene. Sarebbe anche bene che questi risparmi venissero reinvestiti nell'innovazione e non usati al di fuori della farmaceutica».

**Come va con i ritardati pagamenti dagli enti pubblici?**

«Male. Siamo pagati in media dopo 250 giorni, con punte di 700 giorni al Sud. E non possiamo nemmeno rivalerci, chiedere pignoramenti per le regioni con i piani di rientro, come il Lazio o la Calabria».

**Che cosa pensa del federalismo sanitario?**

«Non siamo contrari al federalismo, ma abbiamo a che fare con 21 sistemi diversi e ognuno va per conto suo. Come si può fare politica industriale così?».

**Si può ancora parlare di farmaceutica italiana?**

«C'è un tessuto industriale internazionale, che definisco comunque italiano perché le tasse si pagano qui. E aziende come Menarini, Sygma Tau, Recordati, Chiesi hanno sedi in molti Paesi europei: possono essere considerate multinazionali. Ma se non c'è attrazione si vedranno costrette a investire solo all'estero».



Farmindustria il presidente Massimo Scaccabarozzi



**Dalla nostra esperta le raccomandazioni ai teen ager** (anche se sono soprattutto gli over40 a non usare il preservativo con partner occasionali) in vista delle vacanze. **E poi i consigli a genitori, alle coppie e a chi invece proprio sulle spiagge d'estate cerca l'avventura di una notte**

# Sessualità

## Rapporti sicuri, oltre al condom usate il cervello

**ROBERTA GIOMMI \***

L'estate è da sempre un periodo in cui si cercano gratificazioni rispetto ai lunghi mesi di lavoro. Sono molto cambiate le abitudini di coppia, sono quasi scomparsi gli stereotipi anni Sessanta "mogli in vacanza e mariti in città" tutti e due disposti al tradimento, oggi la possibilità di tradire è riferita ad ogni stagione e l'estate, al contrario, porta tormento alle relazioni segrete, agli amanti che devono rinunciare alle loro ore rubate. Le vacanze stesse hanno subito una mutazione: sono costruite con piccoli spezzoni, pochi giorni divisi tra seguire passioni sportive, rottura degli schemi, trasgressioni, routine di coppia o familiari. Anche i ragazzi e le ragazze dividono le loro vacanze in tanti piccoli contenitori: giorni con amici del loro sesso, con il gruppo dei pari, con i genitori, con il ragazzo, la ragazza del cuore. L'obbiettivo è stare in contatto con luoghi dove ci si diverte, si può fare tardi, si può fare esperienze. Il messaggio forte che consegniamo come esperti in educazione sessuale è di vivere le esperienze desiderate con la regola d'oro del sesso sicuro, di non bere fino a stordirsi per non avere poi brutti risvegli. Ai giovani dai tredici ai diciotto, diciamo da sempre che il sesso deve rispondere al principio di piacere e alla saggezza della tutela per la propria vita: non ha senso compromettere il futuro per dire sì a rapporti e comportamenti a rischio. Da sempre sosteniamo che il cervello deve essere acceso, riconoscendo al cervello di essere un ottimo organo sessuale. Ci consola sapere che con l'educazione sessuale non abbiamo lavorato invano visto che il son-

daggio del portale "Incontri" ci testimonia che sono le nuove generazioni e i giovani adulti da 18 a 34 anni che fanno "sesso sicuro", che usano il preservativo nel sesso di avventura, mentre sono i quarantenni di ambo i sessi che in 4 su 10, non usano la protezione con partner occasionali.

Cosa dire come genitori? Il consiglio è di fare a maschi e femmine un discorso utile: augurare che si divertano, ma che siano in grado di usare protezioni non solo sessuali, ma anche emotive, "divertirsi senza farsi male". È un buon compito proteggerli dalle brutte avventure. Alle coppie si consiglia di affrontare l'estate come una ricerca di tempo disponibile, di lasciare spazio al gioco, al corteggiamento, al sesso, di rubare del tempo ai figli, trovando per loro situazioni piacevoli. Per chi è rimasto solo, ma teme la solitudine, l'estate può servire come un allenamento alla seduzione neutra, utile per creare reti affettive, piacevoli convivenze, per visitare luoghi che si desidera scoprire. Le ferie frazionate, brevi, abbiamo scoperto che possono aumentare lo stress e le attese eccessive. Consigliamo a chi è solo/a di costruirsi una narrazione, raccontare una versione dell'estate che non faccia sentire sconfitti, sia che si scelga l'azzardo o si valorizzi la voglia di cose tranquille, di amici e luoghi amati, di risvegli lenti, di semplici routine rilassanti. Le coppie stabili e fedeli sono rassicurate da una ricerca coordinata da Mario Maggi dell'università di Firenze perché nei maschi si mantiene una buona sessualità proprio quando si è all'interno di una coppia affiatata sia fisicamente che psicologicamente. I tradimenti assumono una diversa valenza se si vivono piccole avventure o storie laterali impegnative che possono procurare stress e disagi fisici.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Il sesso in estate diventa più facile per chi non ha famiglia, per coloro che affidano alla maggiore libertà il fatto che guidi a nuove interessanti scoperte. Diamo alla nostra estate un significato personale qualunque sia la nostra età, ritagliamo degli spazi per il riposo e per la libertà, per fare le esperienze che desideriamo per costruire un intervallo sereno o per introdurre cambiamenti. L'estate è una piccola stagione, una stagione breve che ci regala qualche regola e qualche libertà di disobbedire: piccole rotture delle abitudini, pensieri che nascono dall'ozio o dal movimento. La tentazione che accompagna in modo diverso maschi e femmine è di dimostrare che siamo in grado di vivere alla grande, di non rinunciare, di non essere esclusi. Ad ogni età viviamo l'estate solo come un periodo che ci permette di vivere l'aria, l'acqua, il sole, le possibili mete e di fare un uso più divertente del tempo anche se restiamo a casa, non carichiamo le settimane di compiti che non possono sostenere.

\* [www.irf-sessuologia.it](http://www.irf-sessuologia.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**“Ma evitate di caricare questa stagione di troppe aspettative di conquista. A volte è molto meglio ritagliarsi spazi per un meritato riposo e serenità”**

## LA RICERCA

FRANCESCO BOTTACCIOLI \*

# Sport e magnesio, un toccasana per il testosterone

**I**l testosterone, l'ormone maschile, aumenta con l'attività fisica moderata, ma anche assumendo magnesio. Inoltre chi, da vecchio, ha livelli più elevati di magnesio ha anche livelli più alti di testosterone. Uno studio sperimentale controllato, realizzato da fisiologi dello sport dell'università Selcuk, a Karaman in Turchia, su persone che svolgono attività sportiva regolare e moderata e su persone normalmente sedentarie, ha dimostrato che i livelli di testosterone crescono significativamente dopo l'esercizio fisico e che, se a queste persone viene prescritto magnesio (10mg di solfato di magnesio x Kg di peso) ogni giorno per tre settimane, il testosterone, dopo l'attività fisica, aumenta ancora di più.

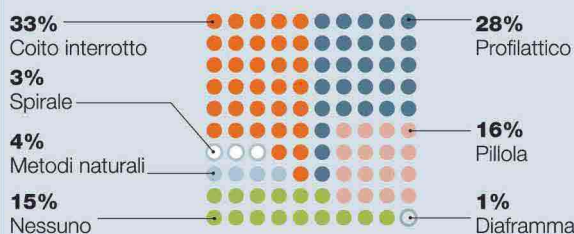
Invece, un gruppo interuniversitario italiano, nell'am-

bito del noto studio "Invecchiare nel Chianti" diretto da Luigi Ferrucci, attualmente all'Istituto Nazionale sull'Invecchiamento dei Nih statunitensi, a Baltimora, ha potuto stabilire una relazione diretta tra livelli di magnesio e livelli di testosterone in quasi 400 persone con un'età media di 74 anni. Quindi chi aveva più magnesio aveva anche più testosterone nel sangue. Avere più testosterone per un maschio significa non solo avere più desiderio e potenza sessuale, ma vivere più a lungo ed essere più protetto verso una serie di disordini tra cui la sindrome metabolica, caratterizzata da ipertensione, iperglicemia da ridotta sensibilità insulinica, ipercolesterolemia e...pancia.

\* *Pres. on. Società It. Psiconeuroendocrinoimmunologia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I METODI PIÙ UTILIZZATI IN ITALIA



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



## L'ESPERTO



ALDO F. DE ROSE\*

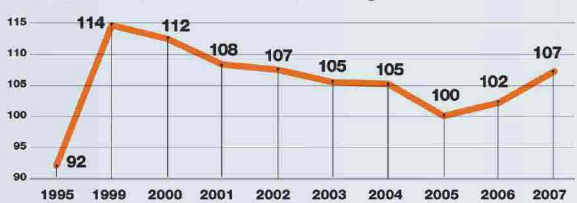
### DALLA CANDIDA ALLE EPATITI ALLARME HIV E SIFILIDE

**N**onostante le malattie sessualmente trasmissibili (Mst) rappresentino un serio problema di salute pubblica il 32% dei giovani inizia l'attività sessuale prima dei 15 anni e, nel 64% dei casi, senza protezione e d'estate. Analogamente gli ultra 50 tendono ad avere rapporti sessuali con più partner e senza profilattico che, ad oggi, rimane l'unica forma di prevenzione. Le Mst sono altamente contagiose, vanno riconosciute e trattate: esse sono la clamidia, papilloma virus, herpes simplex, gonorea e sifilide. Si trasmettono sessualmente anche hiv, epatiti B e C, candidosi. L'infezione da chlamydia si manifesta dopo 10 giorni dal contagio con prurito, perdite bianco-giallastre e dolori pelvici nella donna. A volte è asintomatica. I farmaci: macrolidi e tetracicline. La gonorea, dopo 3-10 giorni di incubazione, inizia con secrezioni giallastre, maleodoranti e bruciori minzionali; come per la Chlamydia si rischia la sterilità. Indicati penicillina o cefalosporine. Le infezioni da papilloma virus (hpv) sono numerose ma a degenerare sono i sottotipi 16 e 18. Gli altri provocano escrescenze carnee, con aspetto appunto o a cavolfiore (condilomi) sui genitali e/o regione anale. Oltre al vaccino per la donna, il trattamento è chirurgico. L'herpes genitale (herpes simplex di tipo 2) determina arrossamento, bruciore e piccole vescicole a grappolo sulle mucose genitali dopo 2-7 giorni dal contagio. Il virus riappare quando diminuiscono le difese immunitarie. Farmaci utilizzati: acyclovir e altri antivirali. È recente l'allarme sifilide; dopo 1-2 settimane compaiono ulcere non dolorose a livello genitale che regrediscono spontaneamente. In assenza di terapia con penicillina, tetraciclina cloridrato o eritromicina, l'infezione si diffonde al corpo, mani e piedi con macchie color rosa salmone in forme secondarie e terziarie con danni al sistema nervoso centrale.

\* Urologo e Andrologo  
Cl. Urologica, Genova

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I PROFILATTICI



### LA PRIMA VOLTA Hai preso precauzioni?

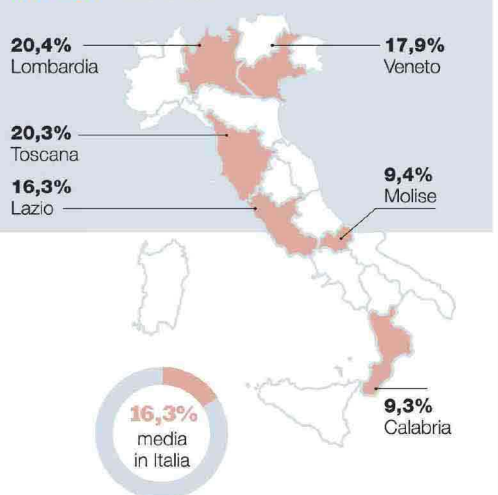


### LA PILLOLA ANTICONCEZIONALE

#### IN EUROPA % di utilizzo

Paese	% di utilizzo
Svezia	50%
Francia	40%
Paesi Bassi	37,3%
Germania	30%
Portogallo	30%
Gran Bretagna	25%
Spagna	20%

#### IN ITALIA % di utilizzo



## I METODI CONTRACCETTIVI NELL'UOMO

I metodi sono il profilattico, il coito interrotto e la vasectomia. Ancora in fase sperimentale è la pillola contraccettiva maschile che si basa su una somministrazione combinata di testosterone e progestinico.



### IL PRESERVATIVO

Il preservativo è il metodo maschile per eccellenza e quello più utilizzato dagli italiani, dopo il coito interrotto. È un metodo molto efficace se utilizzato correttamente.



Il condom va conservato lontano da fonti di calore.



Manipolare il condom con cura per non romperlo.



Iniziare il rapporto attendendo una corretta lubrificazione.



Estrarre il condom immediatamente dopo.

## NELLA DONNA CONTRACCETTIVI DI BARRIERA

Impediscono l'incontro dello spermatozoo con l'ovocita. Il principale rappresentante è il preservativo maschile, quello femminile invece è molto poco usato in Italia. Il preservativo è l'unico metodo che protegge dalle malattie a trasmissione sessuale.

### DIAFRAMMA

È una coppa di gomma morbida montata su un anello di metallo flessibile.

Anello flessibile Circa 7,5 cm

Per ottimizzare l'efficacia si abbina a prodotti spermicidi, da spalmare sulla coppola e sull'anello.



Viene inserito prima del rapporto, isola il collo dell'utero impedendo l'entrata degli spermatozoi.

Un medico deve insegnare come inserire e togliere il diaframma.



## CONTRACCETTIVI ORMONALI

Oltre alla "pillola" ci sono altri contraccettivi che contengono ormoni femminili (estrogeni e progestinici, o soli progestinici) capaci di inibire l'ovulazione oppure l'impianto dell'ovulo. Non proteggono dalle malattie a trasmissione sessuale.

### ANELLO VAGINALE

Viene mantenuto in posizione ininterrottamente per 3 settimane.

L'anello rilascia gradualmente ormoni femminili.

Vagina

Viene inserito ed estratto senza l'aiuto medico.



Anello È di plastica flessibile

5,4cm

### SPIRALE AL PROGESTERONE

Evita l'impianto dell'embrione nell'utero.



Utero

Viene inserito nell'interno dell'utero dal ginecologo.

Vagina

Spirale È in plastica, rilascia progesterone in piccole quantità.

### CANNULA SOTTOCUTANEA

È funzionante 24 ore dopo l'impianto. Ha una durata di 3 anni.

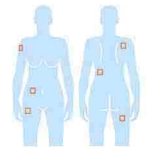


4cm

Cannula È fatta di un polimero sottile e flessibile. Si impianta sotto la pelle e rilascia gradualmente progesterone.

### CEROTTO

Zone dove si applica



Cerotto adesivo Rilascia in modo graduale una bassa dose di ormone. Si applica sulla cute del corpo.

Il caso

IL NUOVO NUMERO  
DI "TEMPI"

MILANO — La copertina del nuovo numero della rivista *Tempi* ha per titolo "Sex files", un richiamo alla serie di telefilm della Fox. Il mistero da risolvere però riguarda, provocatoriamente, il condom come strumento di prevenzione. Nel 2009 Benedetto XVI aveva dichiarato, scatenando molte polemiche, che "il problema dell'Aids non si risolve con la distribuzione dei preservativi che anzi peggiorano il problema". La tesi, criticata da tanti, fu condivisa sul *Washington Post* dall'antropologo della medicina Edward Green, che poi perse il posto all'università di Harvard. Ora la rivista dà conto del nuovo saggio di Green: un attacco a quello che il discorso studioso chiama l'"establishment dell'Aids".



**CAMICI & PIGIAMI**

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS



**MENO TV, PIÙ MOVIMENTO  
SOLO IN FERIE LA VITA È SANA**

Interessano anche noi i dati pubblicati sul *New England* relativi alle variazioni di peso di 120.877 cittadini Usa. I cibi maggiormente responsabili dell'aumento di peso sono: patatine fritte, patate, bibite zuccherate, carni rosse. La diminuzione di peso correla con vegetali, yogurt, frutta secca e fresca. Incidono sul peso anche attività fisica, alcol, sigarette, sonno (s'ingrassa se si dorme meno di 6 ore o più di 8 ore). Anche la Tvingrassa, se troppa. Dobbiamo mangiare meglio, come da anni insegna questo inserto *Salute*. Pancia e glutei sono antiestetici se eccessivi, ma soprattutto spie di un disagio metabolico, che immagazzina eccedenze e carica cuore, fegato e polmoni di inutile super lavoro. Per le vacanze, allora, evitate la Tv e leggete di più, pianificate qualche bella camminata, pedalata, nuotata, state accorti con patatine e salsicce e dormite almeno 6 ore, (ma non più di 8). Per evitare guai più seri con Hcv (epatite C) e Hiv-1 (Aids), utilizzate colorati, allegri e profumati preservativi oppure astenetevi.

*camici.pigiami@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La corte dei diritti dell'uomo ammette il ricorso di due coniugi fertili ma malati di fibrosi cistica

# Bebè in provetta, l'Europa piccona la legge "Un diritto anche per le coppie non sterili"

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA — Per adesso la Corte europea per diritti dell'uomo ha accolto il ricorso. Poi arriverà la sentenza. In ogni caso però la legge italiana sulla fecondazione assistita, già semi abbattuta a colpi di sentenze, torna sul banco degli imputati. Questa volta all'attenzione dei giudici di Strasburgo c'è il ricorso presentato da una coppia di Reggio Calabria, Rosetta Costa e Walter Pavan, contro l'articolo della legge che esclude dalle tecniche di fecondazione assistita, e dunque dalla diagnosi pre-impianto, le coppie non sterili. Rosetta e Walter, 34 anni lei, 36 anni lui, nel 2006 diventano genitori di un bimbo affetto da fibrosi cistica, e proprio in quel

l'occasione scoprono con dolore di essere entrambi portatori sani della grave malattia genetica, che si trasmette dai genitori ai figli in un caso su quattro. Nel 2010 Rosetta Costa resta di nuovo incinta, ma un test prenatale rivela anche in questo caso la presenza nel feto della fibrosi cistica. La coppia decide per l'aborto. Prima di affrontare una nuova gravidanza, la coppia chiede di poter effettuare una fecondazione assistita, per poter così accedere alla diagnosi pre-impianto dell'embrione e mettere al mondo un bimbo sano.

La legge 40 vieta però l'accesso alle tecniche alle coppie non sterili, anche se portatrici di patologie genetiche. Con l'eccezione, introdotta nel 2008 dal ministro Livia Turco, che ammetteva allo

screening prenatale anche i maschi (fertili) ma affetti da patologie "virali" come l'Aids o l'epatite B. Affermando dunque di essere vittime di una discriminazione, e invocando gli articoli 8 (diritto al rispetto della vita familiare) e 14 (divieto di discriminazione) della Convenzione dei diritti dell'uomo, Rosetta Costa e Walter Pavan sono rivolti a Strasburgo. E c'è da segnalare che la diagnosi pre-impianto per le coppie non sterili è già legale 15 paesi europei. Soddisfatto il commento di Filomena Gallo, vicepresidente dell'Associazione Luca Coscioni. «Quando il tribunale europeo esaminerà la normativa, mi auguro che consenta un accesso universale alle tecniche di fecondazione assistita a tutti coloro che per avere un figlio hanno bi-

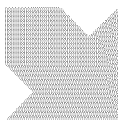
sogno dell'aiuto della medicina, eliminando discriminazioni assurde. In Italia, la Carta costituzionale sancisce il principio di ugua-

glianza, il diritto alla cura, ma la legge 40 disattende tutto ciò». E un'eventuale bocciatura della Corte europea, obbligherebbe l'Italia a riscrivere tutta la legge.

Del tutto diversa la posizione del sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, secondo la quale la Corte europea «non ha accolto bensì, al momento solo accettato di valutare il ricorso». In ogni caso Roccella ribadisce il no alla selezione genetica degli embrioni «esspressamente vietata dalla legge stessa». Anche se, a dire il vero nel 2009 la Consulta ha dichiarato incostituzionale l'articolo della legge 40 che vietava la diagnosi pre-impianto che infatti viene di nuovo eseguita nei centri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il caso**



**Subito polemica  
Il sottosegretario  
Roccella: no  
alla selezione  
degli embrioni**

**Le tappe**

**2008, LA MODIFICA**

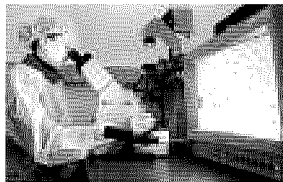
Il ministro Turco modifica la 40: ok alla "provetta" per le coppie fertili solo se il maschio è affetto da Hiv

**2009, LA SENTENZA**

La Consulta dichiara incostituzionali i divieti di crioconservazione e diagnosi dell'embrione

**2010, I RICORSI**

Partono in tutta Italia i ricorsi delle coppie che chiedono di poter fare la fecondazione eterologa



## Se i saggi anti-droga bocciano il proibizionismo

ADRIANO SOFRI

**V**ECCHIA questione: confidare di più in un anti-nuclearista di sempre o in un nuclearista pentito? Uno che non ha fumato mai o uno che ha smesso? Questione insolubile: però nel calendario i santi animalisti sono cacciatori pentiti. Parecchi fra i 19 celebri membri della Commissione Globale per la Politica sulla Droga sono proibizionisti pentiti. Alcuni di loro hanno avuto responsabilità di punta, come gli ex presidenti di Messico, Colombia, Brasile. Dandone qui notizia, Angelo Aquaro l'ha definita "una rivoluzione", e per una volta il nome non era abusato. Sostengono vibratamente, le 24 pagine del rapporto, che occorre ripudiare la "criminalizzazione, l'emarginazione, la stigmatizzazione di quanti fanno uso di droghe senza procurare danno ad altri". Che bisogna sperimentare modi di regolazione delle droghe che contrastino i traffici illegali e che non si traducano, in nome della guerra alla droga, in una guerra ai drogati. Che le cifre parlano di un ininterrotto aumento del consumo di oppiacei, di cocaina e marijuana. Che il consumo ha perduto il suo appeal trasgressivo per diventare un'abitudine "universale". Che bisogna passare da un trattamento penale a uno sanitario.

Le rivoluzioni più vere sono quelle che avvengono nei modi di pensare e di sentire. Il documento dei saggi dell'Onu apre problemi ardui, ma rovescia una mentalità tanto ovviamente accettata quanto arbitraria.

**L**o denunciava già Milton Friedman: combattere l'offerta mentre la domanda non fa che crescere non riduce il consumo ma ne esalta i costi e la violenza. L'economista Friedman non si limitava alla constatazione sulle fortune del mercato criminale. «Sul piano etico, abbiamo il diritto di usare la macchina del-

lo Stato per impedire che una persona diventi alcolista o tossicodipendente? Per i bambini, quasi tutti risponderebbero almeno con un convinto sì. Ma per adulti responsabili, perlomeno io risponderei di no. Ragionare con il tossicodipendente potenziale, sì. Spiegargli le conseguenze, sì. Pregare per lui e con lui, sì. Ma io credo che non abbiamo il diritto di usare la forza, direttamente o indirettamente, per impedire ad un altro uomo di suicidarsi, figuriamoci di consumare alcol o droghe». C'è un'affinità stretta fra la crociata proibizionista e la passione per l'idratazione forzata di Stato, un'idea del potere politico (e religioso) come espropriazione del corpo dei sudditi. Il rapporto ricorda che «le persone che consumano droga non perdono i loro diritti civili». Ora, a firmare il rapporto sono personaggi poco trasgressivi come Kofi Annan o George Schultz, ex ministro di Nixon e Reagan; l'ex presidente della Federal Bank Volcker, l'ex presidente federale svizzera Ruth Dreyfuss, Javier Solana, l'ex ministro degli Esteri norvegese Stoltenberg, l'ex commissaria Onu per i diritti umani Louise Arbour, il Nobel Mario Vargas Llosa e Carlos Fuentes, il premier greco Papandreu, l'imprenditore di Virgin sir Richard Branson («Le politiche fin qui seguite hanno soltanto riempito le nostre celle, costando milioni di dollari ai contribuenti, rafforzando il crimine e facendo migliaia di morti»), il banchiere e presidente del World Trade Center memorial Whitehead ecc. (trovate in nome il testo sul sito della Commissione). Non esattamente un Centro Sociale. Il rapporto dichiara la bancarotta di 50 anni di "guerra alla droga", cita le esperienze positive e selettive di riduzione del danno, dal Canada al Portogallo alla Svizzera all'Olanda, e invita a firmare una petizione internazionale da presentare all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

Sono due i fattori che possono incidere in modo decisivo sul consumo di droghe nocive: un cambiamento nei consumatori, e un cambiamento nei non consumatori. La sicurezza del mondo è messa a repentaglio dall'enormità degli interessi mossi dal narcotraffico, dall'Afghanistan al Kosovo alla Calabria al Messico. Quanto alle nostre strade, gran parte dei reati e delle sciagure che le insidiano

dipende dalla tossicodipendenza e dalla sua illegalità. Le carceri ne traboccano. L'altro ieri è morto a Padova un giovane sniffando la bomboletta di gas: dieci giorni prima il suo compagno di cella era morto sniffando la sua bomboletta. Per l'uno e per l'altro non si saprà se chiamarlo suicidio o disgrazia, e non fa una gran differenza, là. La guerra mondiale alla droga ha il suo piccolo epilogo anche nella branda su cui è morto Stefano Cucchi. I firmatari del rapporto, e i tanti che hanno constatato da tempo il disastro della "guerra alla droga", non hanno soluzioni facili e universali, e non a caso insistono sulle distinzioni e le sperimentazioni. Non è una soluzione il passaggio dal trattamento criminalizzante a quello sanitario, se non nelle condizioni di una dipendenza sofferta come una malattia. Altrimenti, come ha mostrato proprio il calvario di Cucchi, il passo fra galera e ospedale può farsi brevissimo. La legalizzazione della droga darebbe un colpo formidabile alla criminalità, e libererebbe i consumatori dal ricatto dei trafficanti e dalla persecuzione pubblica. Moltiplicherebbe il consumo? Non so, non mi sentirei di escluderlo. Come con l'alcool, col fumo. Ma questo dubbio rende più evidente l'importanza decisiva della formazione, dell'informazione e dell'esempio. Compresa l'eventualità di mostrare che si può essere altrettanto e più bravi e perfino felici in una giornata sobria. In ogni caso, sull'altro piatto della bilancia

sta il disastro. Il documento di quei 19 così per bene — che già ha suscitato un'esuberante discussione sulla rete — è una preziosa occasione per una discussione cui nessuno ha ragione di sottrarsi. Peccato dunque che un editoriale sull'Avvenire, di Giuseppe Anzani, abbia voluto sbrigarsi a chiudere ogni spiraglio a fatti e deduzioni, e a pronunciare un anatema: «Daremmo noi schiavitù e morte in luogo delle mafie». «Noi — scrive — non facciamo la guerra ai drogati, facciamo la guerra ai drogatori». Vai a visitare una galera, e ne riparliamo. Non è il proibizionismo, e le narcomafie, e l'eroina ta-

gliata, e le infezioni, a dare morte e mortificazione a corpi e anime? Del resto l'Italia è rappresentata alla Conferenza dell'Onu sulla lotta mondiale all'Aids, dall'8 al 10 giugno, dal sottosegretario Giovanardi, che ha definito il rapporto "Baggianate". I radicali hanno presentato un'interrogazione per chiedere al governo se questa scelta non sia "troppo riduttiva".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Dal Parkinson a Ebola la carica dei super vaccini “È la nuova frontiera”

*In tutto il mondo se ne stanno sperimentando 144*

**CORRADO ZUNINO**

ROMA — I vaccini rappresentano la nuova frontiera della medicina di massa. Nella farmacologia contemporanea gli studi che si occupano della prevenzione hanno ormai superato — per il numero delle ricerche, per le risorse impiegate — i lavori sugli antibiotici e in generale sulla medicina tradizionale. Gli ultimi convegni pubblici e privati hanno messo in evidenza come oggi allo studio ci siano 144 vaccini, un impegno scientifico che somiglia a un boom. Si stanno mettendo a punto rimedi preventivi per pandemie come l'Aids, contagi mai sconfitti come la malaria, la Dengue, il virus Ebola. Si annunciano vaccini contro almeno quattro tipi di tumori e malattie degenerative come l'Alzheimer e il Parkinson. Si studia in laboratorio, per dire, una molecola contro lo streptococco aureo resistente alla meticillina (Mrsa), uno dei batteri più pericolosi per le infezioni ospedaliere. Ma con i vaccini del

futuro prossimo si curerà l'obesità, si potrà smettere di fumare.

Ecco, questa è la novità: non serviranno solo contro le malattie infettive, gli antidoti immunogeni saranno sempre più utilizzati contro patologie non legate a virus e batteri. In Gran Bretagna sono oltre mille i pazienti coinvolti nella fase 3 della sperimentazione del vaccino contro il tumore del pancreas. «Al contrario della ricerca sugli antibiotici, che langue in tutto il mondo, quella sui vaccini è in forte espansione e il settore si avvia a diventare il principale dell'industria medica», spiega Paolo Bonanni, docente di Igiene generale e applicata dell'Università degli studi di Firenze. Alla Tuft university school of medicine di Boston si sta mettendo a punto un inibitore preventivo in grado di bloccare lo sviluppo e la diffusione del papilloma virus umano (hpv), responsabile di una larga parte di tumori.

Un rapporto del centro ricerche specializzato Kalorama international, che ha raccolto le

sperimentazioni più promettenti fra le 144 in corso nel mondo, ha rivelato che oggi in fase 3 ci sono vaccini contro il virus dell'herpes, molecole che proteggono dal diabete di tipo 1, da alcune allergie e persino dalla dipendenza dal fumo. Se si estende la ricerca alla fase 2 il rapporto cita come promettenti gli studi sulla sclerosi multipla, le epatiti C ed E e l'ipertensione. Spiega il professor Bonanni: «Non tutti porteranno a risultati positivi, ma di sicuro tra qualche anno l'arsenale a disposizione contro le malattie sarà molto più nutrito. C'è da combattere, va detto, un atteggiamento negativo nei confronti dei vaccini dovuto alla disinformazione che corre su Internet e a un'attenzione parossistica da parte dei genitori a qualunque effetto collaterale: gli effetti sono infinitamente minori rispetto alle malattie che prevencono». Il 60% delle ricerche si sta realizzando in Europa e in Italia sono state sviluppate molecole per prevenire l'epatite C e due tipi di tumori (me-

**Non serviranno solo  
contro le malattie  
infettive, saranno  
usati anche per  
la prevenzione**

lanoma e linfoma di Hodgkin), oltreché il vaccino Tat contro l'Hiv realizzato dall'Istituto superiore di sanità, l'unico nel mondo ad aver iniziato la fase 2 della sperimentazione. Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, sostiene: «La strada da perseguire contro l'Aids è quella dei vaccini, consentono ai pazienti una qualità di vita positiva».

Bill Gates, secondo finanziatore dell'Organizzazione mondiale della Sanità dopo gli Stati Uniti, a Ginevra ha detto, applaudito, che con i vaccini si potranno salvare fino a dieci milioni di vite umane da qui al 2020: «I governi devono accrescere i loro investimenti nei vaccini e le società farmaceutiche devono fornirli a prezzi accessibili per i paesi poveri: oggi si può porre fine alla poliomielite». Su scala italiana, Giovanni Mario Salvino Burtone, membro della XII Commissione Affari sociali della Camera, dice: «I vaccini contro la meningite devono essere gratuiti in tutto il paese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I personaggi

### Jenner

Il primo vaccino fu creato dal medico-ricercatore inglese Edward Jenner, il 14 maggio 1796 inoculò nel braccio di un bambino di 8 anni una piccola quantità di materiale purulento prelevato da una donna malata di vaiolo: il bambino non ebbe disturbi, era diventato immune



### Pasteur

Il chimico francese Louis Pasteur è considerato il fondatore della moderna microbiologia. Si dedicò allo studio del colera e del carbonchio e ottenne risultati importanti nello studio della rabbia, per la quale trovò il vaccino nel 1885



### Sabin

Albert Sabin, americano di origine polacca, scoprì gli antidoti al virus della poliomielite. Negli anni 1947-50 sviluppò una tecnica per attenuare il virus: il vaccino era somministrabile per via orale. Non volle mai trarre benefici economici dalle sue scoperte



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

## I vaccini allo sudio

fase

2

entro una decina d'anni, se le sperimentazioni di fase 2 avranno successo, entreranno in commercio diversi vaccini per malattie di forte impatto

- Alzheimer
- Parkinson
- Tumori vari
- Sclerosi multipla
- Hiv
- Virus Ebola
- Epatiti C ed E
- Ipertensione
- Obesità
- Streptococco aureo resistente alla meticillina

Sono attualmente allo studio da parte di ricercatori circa 144 vaccini

fase

3

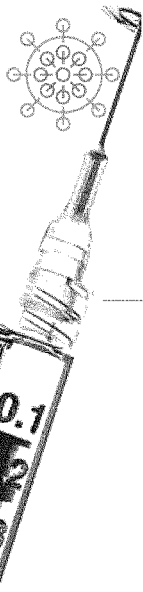
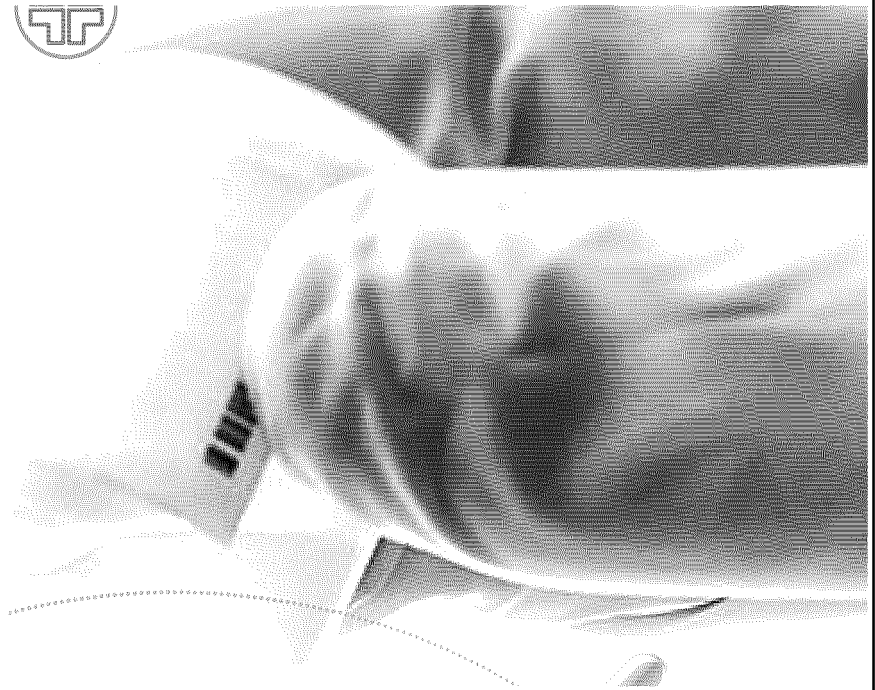
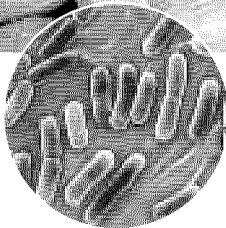
tra i vaccini arrivati all'ultima fase di sperimentazione ci sono

- Febbre Dengue
- Malaria
- Leshmaniosi (cutanea o viscerale)
- Dipendenza da nicotina (Nicvax, pronto nel 2012)
- Diabete di tipo 1 (Diamyd)
- Diversi tipi di allergie fra cui quella all'ambrosia e ad altre piante
- Escherichia Coli (infezioni intestinali)



### GLI ORTAGGI

Le autorità sanitarie tedesche stanno lavorando per individuare l'origine della contaminazione



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

L'intervista

Rino Rappuoli, responsabile di Novartis Vaccines  
**“Ora dobbiamo accelerare  
 nella ricerca contro l’Aids”**

ROMA — Rino Rappuoli, responsabile mondiale della ricerca di Novartis Vaccines & Diagnostics, è stato il primo italiano a ricevere l’Excellence Award 2011 per il suo contributo nel campo della vaccinologia. «Il prossimo vaccino pronto», dice, «sarà quello sul meningococco B. Alla fine del 2012. Abbiamo iniziato la sperimentazione di fase 3 e i risultati sono stati molto buoni. La prevenzione in questo campo è fondamentale».

**Saranno disponibili presto nuovi vaccini?**

«I nuovi avanzamenti ci dicono che sarà possibile sviluppare prodotti efficaci contro Aids, malaria e tubercolosi entro i prossimi dieci anni. Il successo in questo campo dipenderà dalla nostra capacità di usare nuovi approcci quali la biologia dei sistemi».

**A che punto siamo con la ricerca sull’Aids?**

«Bisogna accelerare il processo di sperimentazione, oggi lenti. Da trent’anni, cioè da quando si conosce l’Aids, si sono fatti solo quattro trial per la verifica di efficacia, uno ogni otto anni, una lentezza biblica. Dobbiamo snellire le procedure».

(C.Z.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

**PERCHÉ L'AIDS HA UN DOPPIO VOLTO**

Che l'Aids non fosse un nemico invincibile si sapeva già. Da anni i sieropositivi che hanno la possibilità di ricorrere ai farmaci antiretrovirali convivono con il male, avendo una buona prospettiva di vita, fino a qualche tempo fa impensabile. Adesso che l'Istituto nazionale della salute degli Stati Uniti ha confermato che l'uso preventivo delle medicine blocca la trasmissione del virus, cresce l'ottimismo tra ricercatori, medici, aziende, pazienti e diminuisce la paura del contagio. Bene. Tuttavia se ragioniamo globalmente c'è poco da festeggiare, perché l'accesso alle cure è ancora una chimera per troppi infettati. Vediamo l'Africa subsahariana: i malati sono oltre ventidue milioni ai quali, appunto, non viene garantita la terapia (nonostante il recente dimezzamento dei prezzi, in Sudafrica) e quindi la sopravvivenza. Figurarsi se potranno avere le medicine dal momento in cui si diagnostica il male. Eppure la prevenzione (con farmaci e profilattici) sarebbe la migliore strategia nei paesi più colpiti. Perciò l'Aids ha ancora un doppio volto: della speranza per chi accede alle cure, della disperazione per chi non può.

*g.pepe@repubblica.it*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Malattie infettive

In diminuzione il numero di coloro che arrivano già malati, aumentano invece i casi di quelli che si ammalano in Italia. Tra gli italiani il contagio resta stabile. Gli esperti a consulto a Roma: **“Attenzione ai ceppi resistenti”**

<p><b>LA SCHEDA</b></p>	<p><b>IN EUROPA</b> Così i casi di Tbc ogni 100mila abitanti: Italia 10, Francia 8, Spagna 16, Polonia 22, Portogallo 27, Bulgaria 38, Romania 108</p>	<p><b>IL RADDOPPIO</b> In Italia il 47% dei casi di Tbc notificati è di non italiani. Il numero di casi negli stranieri è raddoppiato negli ultimi dieci anni</p>	<p><b>IL CONTAGIO</b> Aumentano gli stranieri che prendono la Tbc in Italia, mentre diminuiscono quelli che arrivano già malati</p>	<p><b>IL PROFILO</b> Il malato di Tbc straniero ha in media 33 anni e in due terzi dei casi risiede al Nord. Fino a 2 anni fa era africano, oggi dell'est Europa</p>
-------------------------	--	---	---	--

## Tbc, Hiv e immigrati l'inutile allarmismo

GIOVANNI REZZA \*

**“T**ubercolosi, Hiv e migrazione: una reale emergenza?”. È il titolo di un convegno internazionale che si terrà all'Istituto superiore di sanità dopodomani. Il punto interrogativo è d'obbligo, dal momento che è necessario capire se l'aumento dei flussi migratori da Paesi ad elevata endemia possa aumentare la diffusione della Tbc nella popolazione italiana. Partiamo dai dati. In Italia (fonte, ministero della Salute) nel 2009 sono stati notificati 4.246 casi di Tbc (tasso 7,1 per 100mila abitanti), il 70% dei casi polmonare. I casi extra-polmonari, spesso associati all'infezio-

ne da Hiv, dopo il progressivo aumento delle decadi precedenti, tendono a stabilizzarsi, probabilmente grazie alle cure anti-Aids. Negli ultimi anni l'incidenza di tubercolosi sembra stabile, con una diminuzione negli ultra 65enni e un aumento nei giovani adulti. Il tasso di mortalità, riferito all'anno precedente, è ben al di sotto di 1 per 100mila. Cresce però la resistenza ai farmaci: circa il 10% dei micobatteri tubercolari è resistente all'isoniazide e il 4% alla rifampicina, entrambi farmaci di prima scelta, mentre il 3% è resistente a più farmaci.

Riguardo i rapporti fra Tbc e migrazione, il 47% dei casi sono non italiani, con raddoppio negli ultimi 10 anni. In genere sono giovani (età media 33 anni negli stranieri e 56 negli italiani) e in due

terzi dei casi risiedono al nord. A differenza del passato, è più probabile che vengano dall'est Europa che non dall'Africa. Inoltre, se fino al 2007 oltre il 50% dei casi notificati in stranieri la Tbc insorgeva entro i primi due anni dall'arrivo nel nostro Paese, ora sono in netto aumento le diagnosi a cinque anni dall'arrivo in Italia. Ovvero, diminuisce il numero di persone che arrivano già malate.

Questi dati sono tranquillizzanti: almeno per ora, non ci sono segnali di aumento della circolazione dell'infezione tubercolare nella popolazione italiana con l'aumento dei flussi migratori da aree ad elevato rischio e della conseguente importazione di casi. L'incidenza nel nostro Paese si mantiene infatti ben al di sotto di 10 casi per 100mila (la soglia uti-

lizzata per definire un paese a bassa incidenza). Perfare un confronto con altri paesi europei, il tasso per 100mila abitanti è 8 in Francia, oltre 16 in Spagna, 22 in Polonia, 27 in Portogallo, 38 in Bulgaria e 108 in Romania. Incidenze superiori nel Caucaso e nell'Asia centrale. Nessun allarmismo: il mixing di popolazioni è limitato e lo stato di salute degli italiani non favorisce lo sviluppo della malattia. Comunque è necessario rafforzare i sistemi di sorveglianza e controllo, monitorare l'esito dei trattamenti e la circolazione di ceppi resistenti, nonché favorire l'accesso alla diagnosi e alla terapia delle persone straniere.

\*Direttore dip. Malattie infettive, Istituto superiore di sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute e Prevenzione

Malattie infettive

Tbc, Hiv e immigrati l'inutile allarmismo

IL BENECESSO PASSA DALL'UOMO.

A MAGGIOR GIUSTO CONTROLLO DEL QUOTIDIO È PRONTO PER BRIGOLIA, SILENZIO E RACCOMANDA.

300 988 888

**GIOVEDÌ**

ANDREA TARQUINI

**NIENTE SESSO, SIAM TEDESCHI**

**A**nche in una delle democrazie più aperte, la Germania, a volte la spunta il conformismo. Il Bundestag ha imposto alla ditta Tobaccoland, che aveva l'appalto, di rimuovere dalle toilette i distributori di profilattici, installati appena una settimana fa. I "condom-automat" non avevano raccolto solo commenti positivi ma anche critiche e riserve. La decisione non fa riferimento a obiezioni etiche (o moraliste). Spiega che i distributori di condom violano il contratto: Tobaccoland avrebbe dovuto installare nelle toilette della democrazia solo distributori di sigarette. La ditta ha abbozzato sorpresa. «Avremmo comunque rimosso le macchinette per i profilattici di qui a tre mesi, in caso di domanda troppo scarsa», ha detto. Sette giorni sono troppo pochi, certo, per sapere quanto bisogno o voglia di sesso (protetto) abbiano i 622 deputati, i 2600 impiegati parlamentari, le migliaia di giornalisti e lobbisti. Però coi tempi che corrono colpisce il no al distributore d'un prodotto che ti salva dall'aids e dalla sifilide, e invece il sì alla sigaretta che, com'è scritto su ogni pacchetto, provoca il cancro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it





L'assistenza

L'AIDS SI COMBATTE ANCHE CON IL CAMMINO

Camminare per aiutare l'organismo a combattere il virus dell'Aids e a contrastare gli effetti collaterali dei farmaci antiretrovirali. Questo l'obiettivo dell'iniziativa "Fitwalking4HIV" promossa dal San Raffaele di Milano. Medici ed esperti seguono i pazienti (sono aperte le iscrizioni per il secondo gruppo di 60 sieropositivi) in un programma di allenamento di 60-90 minuti di camminata tre volte a settimana per un anno. Info: www.Fitwalking4HIV.org



La giornata

FARMACORESISTENZE L'ALLARME DELL'OMS

La Giornata mondiale sulla salute (che cade giovedì 7 aprile) vede quest'anno l'Organizzazione Mondiale della Sanità lanciare un Sos sul fronte delle nuove resistenze alle cure: "Combattere la farmacoresistenza" «Non si può tornare all'era pre-antibiotici o delle altre armi contro microbi, virus e alcuni parassiti», dicono all'Oms. Malattie come tubercolosi, Hiv-Aids, malaria vedono crescere le forme non più curabili con farmaci che prima funzionavano. Ceppi resistenti alle cure nella tubercolosi (Mdr-Tb) sono ormai il 5-6% dei casi. Ma anche nella malaria si riscontrano resistenze alla cloroquina e sulfadoxina-pirimetamina, come nell'Hiv ad alcuni trattamenti antiretrovirali; sempre più si registrano infezioni ospedaliere dovute allo Stafilococco aureo e casi di resistenza alle cure nella gonorrea. Sotto accusa un uso inappropriato e irrazionale dei farmaci esistenti mentre ne mancano di nuovi [www.who.int](http://www.who.int)





# ITALIANI BRAVA GENTE

**Oltre mille persone operano dal 1950 in realtà durissime raggiungendo risultati incredibili**

**Nessuna difficoltà per quanto atroce riesce a fermare il bene quando questo è ostinato**

## GLI EROI SILENZIOSI CHE CURANO IL MONDO

**Il libro di Rumiz racconta le storie di un gruppo di medici e volontari del Nord-Est che lavora in Africa**

LEONETTA BENTIVOGLIO

**B**ello il titolo che Paolo Rumiz ha scelto per il suo nuovo, avvincente, vorticoso racconto in forma d'inchiesta (o inchiesta in forma di racconto): *Il bene ostinato* (Feltrinelli, pagg. 144, euro 14), sull'identità e la storia de "I Medici con l'Africa" del Cuamm (Collegio Universitario Aspiranti e Medici Missionari). Bello perché dà il senso di una generosità sorretta, nutrita e resa incrollabile dall'ostinazione. Un bene puro, secco, impavido, testardo. Un impeto che si alimenta solo di se stesso, e ignora tornanti. Solo un bene così compie miracoli.

E di miracoli c'è un bisogno enorme in quell'Africa che Rumiz, viaggiatore esperto, esplora tramite il Cuamm, organismo straordinario e poco noto, che ha sede a Padova e conta su un imbattibile stratega della pianificazione umanitaria quale Don Luigi Mazzucato. E' questo prete asciutto, umile e di ferrea volontà, "che procede a testa bassa con due occhi attenti da pernice in fuga", a chiedere a Rumiz di scrivere un testo nel sessantennale della nascita del Cuamm. Lui nicchia, esita, si ritrae: di Africa non sa niente, diffida di quei "costosi carrozzoni per il Terzo mondo" che sono le Ong (organizzazioni non governative) ed è pure un mangiapreti. Ma l'impatto con le cifre lo travolge: 1.330 volontari, tra medici e altri

operatori, lavorano dal 1950 nelle realtà durissime di Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Sudan, Tanzania e Uganda con risultati stupefacenti. Nell'analisi di numeri e bilanci, Rumiz scorge un mondo limpido e concreto, fondato sull'etica della formazione e sullo spirito di servizio, che lavorano non "per" l'Africa, ma "con" l'Africa. In più affiora un dato contraddittorio e stimolante: quell'esercito di eroi silenziosi giunge in gran parte dai territori del leghismo estremo della provincia veneta e dalle zone più incartate nella psicosi di un'occupazione extracomunitaria. Eppure.

Eppure anche così è l'Italia. Un mondo figlio delle parrocchie, capace di ronde contro gli immigrati e di delitti xenofobici. Ma al tempo stesso ricco di militanti dell'impegno che si sacrificano fino al martirio e senza alcun vanto. E' questo il popolo che emerge dalla ricostruzione nitida e anti-retorica di Rumiz. Soldati del bene sprezzanti del pericolo, innamorati della loro missione e sospinti da un senso del dover schiacciante per illettore colpevolizzato dalla coscienza della propria ignavia. Ma anche abitati da una meravigliosa urgenza di libertà e di orizzonti più vasti. Gente che toccando la vita fin troppo da vicino, nelle pieghe di una sofferenza indicibile, riesce a vederla dalle sfere più alte. Persone segnate da certi panorami africani che squassano l'anima, e che una volta tornate nelle loro umi-

de terre nordiche languono di nostalgia. Emigranti che danno il meglio di sé nel più disagiato dei contesti e sanno assimilarne gli insegnamenti umani, per poi trasmettere quel bene ai propri figli, immessi nella stessa vocazione.

Nella prima parte del libro Rumiz, sondando archivi e ascoltando testimoni, ritrae i campioni dell'impresa e ne ripercorre le avventure. Dipinge strani profeti ossessivi, convinti della necessità di relazionarsi agli altri in modo francescano e privo di arroganza come il fondatore del Cuamm Francesco Canova, specialista in malattie tropicali e creatore della facoltà di Medicina a Nairobi. Restituisce il carisma di Anacleto Dal Lago, che nel '57 apre una scuola per infermiere africane a Mombasa. Svela la singolarità del medico-anthropologo Giovanni Baruffa, che ancora si consuma di sdegno rievocando le orrende mutilazioni genitali inferte alle bambine in Somalia. Descrive uomini che vivono un'emergenza infinita con un fervore sostenuto dal rapporto con pazienti il cui livello di sopportazione del dolore è incomparabilmente più alto del nostro. Medici asserragliati nella dannazione della giungla, perseguitati dalle bande armate, confrontati con la piaga dell'Aids, costretti a lottare con le intromissioni degli streghoni, tormentati dagli immobilismi e del malfunzionamento degli interventi economico-politici, tra stanziamenti falliti, leg-

gi sulla cooperazione sbalate o malinterpretate e assurde cattedrali nel deserto erette grazie alle ricchezze occidentali, centri dispendiosi e ingestibili paracadutati nel nulla e destinati a chiudere nel giro di pochi anni.

Nella seconda parte viaggiamo con Rumiz sul campo, destinazione Uganda e Sudan meridionale. Tempeste di climi e colori, stupende donne dai passi ancheggianti, pastori-guerrieri di bellezza incomparabile. Ma non è folclore. E' un andare e venire tra la vita e la morte che permeano costantemente la terra d'Africa, profondamente fuse l'una nell'altra. In quest'oscillare ci si mostrano, accanto a piccoli malati quieti perché terminali, che muoiono senza un lamento, le scorribande feroci di bambini che sterminano e uccidono per rapina, senza neanche percepire la propria crudeltà. E ci addentriamo in luoghi urbanizzati e corrotti da un Occidente erogatore non solo di medici e ingegneri, ma di mercanti d'armi, puttani, accaparratori di materie prime e riciclatori di veneni.

Tuttavia non c'è nulla che intimorisca il bene, quand'è ostinato. Il Cuamm addestra gli operatori sanitari nei villaggi, insegna nuove tecniche alle ostetriche, si batte per investimenti mirati all'assistenza territoriale e alle sale parto, monta una rete di collegamento tra le famiglie e gli ospedali. Lavora per la condivisione e la continuità. Senza fare notizia.



**IL LIBRO**  
"Il bene ostinato"  
di Paolo Rumiz  
(Feltrinelli)  
pagg. 144  
euro 14

# Tubercolosi

È il "killer number 1", fa ancora 1,7 milioni di morti all'anno il batterio che si diffonde con un colpo di tosse. E mentre in Italia crescono i casi tra gli immigrati, consulto di esperti alla vigilia della Giornata mondiale

## Diagnosi troppo in ritardo ed è allarme multiresistenza

MAURIZIO PAGANELLI

È la malattia "killer number 1" con 1,7 milioni di morti (oltre, se si considerano i 400 mila co-infetti da Hiv-Aids), ma nell'anno 2011 la tubercolosi, malattia della povertà e "dimenticata", fa tremare anche città italiane come Milano, con la mini-epidemia nella scuola Leonardo da Vinci (15 bimbi malati e 171 positivi ai test su 944 controlli) o Bologna (il caso dell'addetta al check-in dell'aeroporto). Un batterio "globale" che viaggia alla velocità dei colpi di tosse, nove volte su dieci "incapsulato" e reso inoffensivo dal nostro stesso sistema immunitario (Tbc latente), ma pericoloso per soggetti fragili (barboni, malati di Hiv, anziani, bambini, immigrati poveri) e di più probabile contagio in realtà affollate e poco areate dove si staziona per lungo tempo (carceri, dormitori, uffici e scuole con scarsa ventilazione). In agguato le forme multiresistenti (Mdr-Tb e Xdr-Tb), per le quali sono tornati utili anche vecchi farmaci con terapie assai più lunghe (due anni contro sei mesi) e non pochi problemi per effetti collaterali. L'ultimo dato Oms parla di 440 mila casi su 9,4 milioni in un anno. Un allarme rilanciato dal report di venerdì scorso del Centro europeo Ecdc: la Mdr-Tbc si espande in 18 paesi dalla

Romania agli stati dell'ex Urss, con i bambini più esposti.

**La denuncia: poca chiarezza organizzativa e pochi farmaci di seconda linea**

In Italia, dove i casi restano stabili intorno ai cinquemila l'anno, è proprio la percentuale di immigrati a crescere: ora è al 50%, con rumeni al primo posto, poi persone (in genere maschi) dal Marocco, Senegal, Perù e Pakistan. «Percentuale destinata a crescere, come avvenuto in altre parti, in relazione alle condizioni di vita», sostiene Mario Raviglione, direttore del dipartimento Stop Tb-Oms a Ginevra, «il rischio massimo si ha a due anni dall'immigrazione». Così domani a Roma, al Senato, un gran consulto di esperti esporrà richieste e punti critici a governo e Parlamento: gli Stati generali della tubercolosi, titolo forse enfatico ma che cade alla vigilia della Giornata mondiale (24 marzo) e sull'onda dei casi italiani e dei continui sbarchi di immigrati. «C'è un allarme sui neocomunitari e sugli arrivi da paesi dove la malattia è endemica», sostiene Antonino Mangiacavallo, tisiologo, past president della Federazione pneumologi Fimpst, ex depu-

tato e "anima" della Convention insieme a Stop Tb Italia e Lilly Mdr partnership, «occorrono controlli e screening, c'è un ritardo diagnostico inaccettabile, quattro mesi, anche per le difficoltà dei medici a riconoscere la malattia, oltre che per barriere linguistiche e clandestinità. La scarsa chiarezza sulla piramide organizzativa dei laboratori di diagnostica complica le cose».

Su questo insiste anche Daniela Cirillo, capo del dipartimento del San Raffaele di Milano che insieme all'Istituto Superiore di Sanità monitora la situazione Tbc in Italia: «Chiariare i ruoli dei laboratori di riferimento, ricomporre la rete territoriale e seguire un iter di registrazione dei casi e delle terapie uniformato, con prontuari standardizzati. C'è sotto-stima in alcune regioni e rischi elevati di resistenze alle cure per interruzione delle terapie». Dagli stati generali uscirà un documento e una proposta normativa che affronti i controlli sugli immigrati («Una decisione politica e costosa, sia chiaro», sostiene Raviglione da Ginevra) ma anche la questione di farmaci di seconda linea per le multiresistenze non commercializzati in Italia («Si potrebbero far produrre dall'Istituto farmaceutico militare») o usati nei trattamenti "off label", cioè fuori dall'autorizzazione ufficiale. La sfida alla tubercolosi continua...

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Per saperne di più

## L'iniziativa

### GAZEBO E QUADERNO DEL COMUNE DI MILANO

Un Quaderno informativo sulla Tbc tradotto in varie lingue e un gazebo vicino Loggia dei Mercanti il 24 marzo: sono le iniziative del Comune di Milano e StpTb Italia per la Giornata mondiale

## La ricerca

### TEST SUPERVELOCE E NUOVE MOLECOLE

Eliminazione della tubercolosi: con questo slogan l'Oms (e Stop Tb partnership) presenta la Giornata mondiale di lotta alla Tbc. Risultati di dieci anni di battaglia: 6 milioni di vite salvate, 41 milioni di persone guarite, morti ridotti del 35% in 20 anni. Ma è ancora poco: si punta alla ricerca su nuovi diagnostici (in 100 minuti risposte al test con GeneXpert macchinario automatizzato per la tubercolosi multiresistente lanciato quest'anno; nuovi macchinari entro fine anno); sei nuove o semi-nuove molecole, antibiotici di vecchia o nuova generazione in trial clinico avanzato (tra 1 o 2 anni); vari vaccini allo studio ma ancora indietro (forse per il 2015)



**VIAGGI E SALUTE**  
Africa, Asia, America centrale e meridionale  
ogni volume 480-496 pagg.  
15,00 euro  
Lonely Planet

## I continenti

### VIAGGIARE TRANQUILLI CON LONELY PLANET

Lonely Planet lancia anche nella versione italiana (rivista e corretta con consulenza dello specialista di Medicina dei viaggi Guido Calleri, Amedeo di Savoia di Torino) l'*Healthy Travel* dei continenti Tre per ora, dove la salute è più esposta. Formato tascabile, tante informazioni

## La giornata

### Web maratona, concerti, canzoni: la cura è possibile

**M**usica contro la Tbc nella Giornata mondiale (24 marzo): dalla mezzanotte 24 ore non stop (ToBe-Continued) con 48 tappe nel mondo in diretta (in streaming) su [www.stazioneditopolo.it](http://www.stazioneditopolo.it); un concerto a Milano (dalle 11, Loggia di piazza dei Mercanti. Slogan: "Le suoniamo alla tubercolosi"); una canzone del gruppo top dell'afropop in Sudafrica (Malaika, angelo in swahili, come il brano cantato da Harry Belafonte e Miriam Makeba) per ricordare la morte per Tbc, nel 2008, di uno dei fondatori dell'ex trio. Tutto sostenuto dalla Lilly Mdr-Tp Partnership e, in parte, da Stop-Tb. «È il secondo anno del concerto a staffetta dal sito di Topolò», spiegano Moreno Miorelli e Antonio Della Marina, animatori della Stazione artistica della frazione (26 abitanti) del comune di Grimacco (Udine, valli del Natisone) e dell'Officina della salute con Mario Raviglione (Oms-Stop Tb), «è una maratona in rete con contributi e punti di ascolto a New York, Nuova Zelanda o Estonia, a Udine (facoltà di Lingue), Gorizia (medioteca) o Torino (Spazio Ferramenta)». Note e speranza. Come la canzone *La Tb è curabile* dei Malaika: «Eccomi, sono una sopravvissuta ho vinto la sfida». La perse invece un altro mito rock, affetto anche da Aids: Tom Fogerty, chitarrista dei Creedence Clearwater Revival. Ma era il 1990.

(m. pag.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

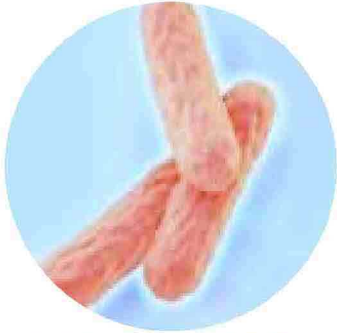


LE GUIDE



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

## IL BATTERIO "LATENTE" *Mycobacterium tuberculosis*



**4** All'interno del tubercolo può avvenire la necrosi, cioè la morte delle cellule. Se il sistema immunitario è debole il tubercolo si rompe e il batterio si diffonde nell'organismo

**90%**

dei colpiti da *Mycobacterium tuberculosis* ha un'infezione Tbc latente

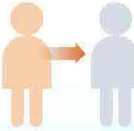
**10%**

delle persone con infezione latente sviluppa la Tbc attiva

## DAL CONTAGIO ALL'INFEZIONE

### IL CONTAGIO

Può avvenire da una persona malata, tramite saliva, starnuto o colpo di tosse



**15%**

dei malati sono coinfectati Hiv e Tbc



### Goccioline

Un singolo starnuto può rilasciare fino a 40mila goccioline



**1** I batteri della Tbc raggiungono gli alveoli polmonari dove sono attaccati dalle cellule macrofaghe del sistema immunitario

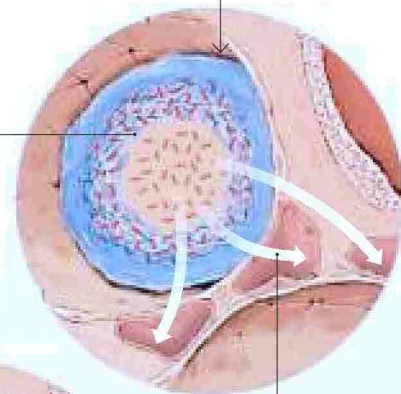
**2** I batteri, in genere, non vengono distrutti dal sistema immunitario, si replicano all'interno delle cellule macrofaghe

### Tubercolo

**3** I macrofagi e i globuli bianchi sigillano il batterio in un "tubercolo": se la persona ha un sistema immunitario forte l'infezione rimane bloccata e non compaiono i sintomi

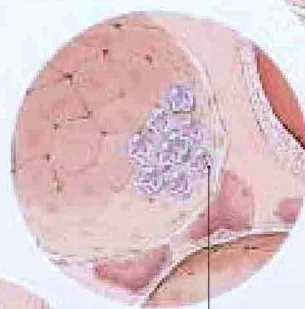
Necrosi caseosa

### Tubercolo

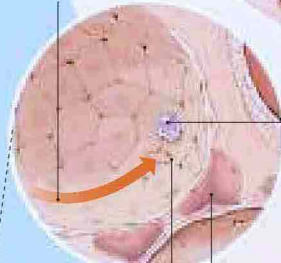


Diffusione del batterio nei vasi sanguigni

Macrofagi e globuli bianchi



Cellule macrofaghe infettate



Cellula macrofaga

### Alveolo

Vaso sanguigno

*Mycobacterium tuberculosis*

## I NUOVI CASI Dati OMS, 2008

### IN ITALIA

PERSONE INFETTE

**4400**

DECESSI

**500** circa

### NEL MONDO

PERSONE INFETTE

**9,4 milioni**

DECESSI

**1,7 milioni**

## SITUAZIONE MONDIALE

**55%**  
IN ASIA

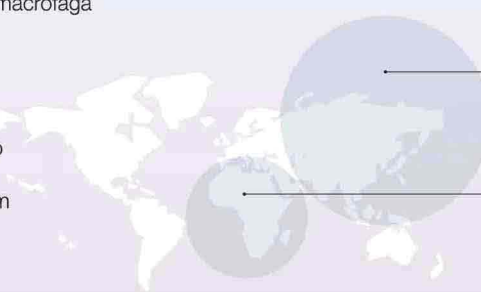
India è al primo posto con quasi 2 milioni di casi

**31%**  
IN AFRICA

C'è la più alta percentuale di coinfezione Hiv-Tbc)

**14%**

RESTO DEL MONDO



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



In arrivo anche in Italia gli ultimi metodi per evitare gravidanze indesiderate. Per le giovanissime si parla di doppia protezione: preservativo contro patologie sessuali e pillola anti-concezionale

# Sesso sicuro

## Nuovi contraccettivi dal condom per lei allo stick sottopelle

L'

ELVIRA NASELLI

ultimissima novità, almeno per l'Italia, è attesa in questi giorni ed è il dispositivo che si impianta sottocute e garantisce efficacia contraccettiva per tre anni. Quattro centimetri di lunghezza per un paio di millimetri di spessore, rilascia progesterone lentamente e, saltando il passaggio del fegato, è anche meno invadente dei farmaci presi per bocca. «Si inserisce con un ago, dopo aver utilizzato un po' di anestetico locale — spiega il presidente della Sigo (società italiana di ginecologia e ostetricia), Nicola Surico — ma bisogna stare attenti a piazzarlo sottocute e non più in profondità, perché potrebbe dare effetti collaterali. È palpabile dall'esterno ma non è visibile ad occhio nudo. Deve essere inserito dal ginecologo e si rimuove con una incisione di qualche millimetro senza punti di sutura».

In arrivo anche un altro dispositivo, non nuovo all'estero ma poco noto da noi: il preservativo femminile. È una guaina che si inserisce in vagina prima del rapporto e ha il vantaggio di proteggere anche i genitali esterni femminili, risultando così efficace non soltanto contro gravidanze non desiderate ma contro le malattie sessualmente trasmesse. Soprattutto alle giovani e giovanissime, "bersaglio" della Sigo (in distribuzione un opuscolo) viene consigliata la cosiddetta doppia protezione: profilattico e pillola.

«Il condom da solo non basta come efficacia contraccettiva — spiega Marina Toschi, segretaria dell'Agite (associazione ginecologica territoriale) — perché non è così raro che si rompa o che venga indossato male. Ma è fondamentale per proteggersi dalle malattie sessualmente trasmesse. Per la contraccezione occorre invece uno strumento più sicuro, come la pillola, che può avere per le giovani anche vantaggi extracontraccettivi, come la regolazione del ciclo o

il miglioramento dell'acne. Le nuove pillole, inoltre, si prendono ogni giorno per evitare dimenticanze, e, nei consultori, cerchiamo di favorire l'acquisto di confezioni multiple da sei cicli, per dare l'idea di continuità».

La maggior parte delle linee guida non obbliga a degli esami prima della somministrazione della pillola ma, precisa il presidente Sigo, «personalmente prescriviamo analisi per la funzionalità epatica (transaminasi e bilirubina), emocromo, azotemia, creatinemia, proteina C ed S e, se ci sono fattori familiari, test per studiare il metabolismo lipidico. Le nuove pillole che usano drospirenone hanno un impatto vascolare minore, ma occorre sempre prudenza».

Un altro strumento contraccettivo è l'anello vaginale. «Si mette facilmente da sole una volta al mese — continua la dottoressa Toschi — ha un dosaggio ormonale molto basso e pochi effetti collaterali. Si acquista con prescrizione medica e costa circa 17 euro. Del resto anche i profilattici non costano poco e le pillole da noi sono più care che in altri paesi d'Europa». Non ha sfondato, invece, il cerotto transdermico. «All'estero è più usato — continua il professor Surico — ma da noi non attecchisce. Si posiziona anche questo sulla parte esterna del braccio ma talvolta ci sono reazioni soggettive o, soprattutto d'estate con la sudorazione aumentata, un rilascio più discontinuo di ormone».

Poco utilizzato anche il diaframma e la spirale, sia quella medicata con progesterone che quella al rame. «Intanto è indicata solo per chi ha già avuto figli — precisa la dottoressa Toschi — e poi bisogna considerare l'invasività del procedimento. Nelle donne più anziane o con cicli abbondanti diventa un presidio terapeutico e riduce il numero di isterectomie. Il panorama contraccettivo nella vita di una donna è molto lungo e va diversificato, è giusto cambiare nel corso della vita». Migliorati,

ma con una sicurezza contraccettiva ancora piuttosto bassa, anche i "metodi naturali", che



**CONTRACCEZIONE**

Carlo Flamigni,  
Anna Pompili  
(con una scheda  
sull'Aied)  
204 pagine  
12,00 euro  
Aied edizioni

prevedono l'ovulazione. Infine, c'è la cosiddetta pillola del giorno dopo, che non è quella abortiva, la RU486. «Mai utilizzarla come contraccezione regolare — con-

clude Toschi — mail momento della prescrizione è l'occasione per proporre una contraccezione sicura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it

**La prevenzione/1**

Allarme degli infettivologi per l'esplosione di sifilide e gonorrea tra i giovani

# Boom di malattie sessuali “Usate sempre il profilattico”

**E**nzo, lo chiameremo così, è un nonnino di 83 anni e vive a Bologna. Si è presentato in un ambulatorio di infettivologia per effettuare il test dell'Aids ed è risultato positivo. Agli operatori, per niente spaventato, ha dichiarato di fare ancora sesso e di non aver mai usato in vita sua il preservativo. Solo un caso preso ad esempio dai microbiologi italiani che da Rimini lanciano l'allarme sulla diffusione delle malattie

scarsa, i giovani sono poco attenti e le malattie sessualmente trasmesse, mai messe veramente sotto controllo, sono in deciso aumento nella fascia giovanile con gravi rischi per la salute, soprattutto delle donne».

In Italia sono triplicati in meno di dieci anni i casi di sifilide e quelli di gonorrea sono aumentati di quasi il 30%. Una ragazza su quattro sotto i 20 anni è positiva alle clamidie, piccoli batteri di forma tondeggianti, immobili, che vivono all'interno delle cellule animali. «È impressionante — prosegue Landini — il numero di persone infette e la scarsa informazione sul tema». Le donne e, di conseguenza, sempre più spesso anche i neonati, sono i soggetti più a rischio. Lo sa bene Angela (nome fittizio), una ragazza di 26 anni, al termine della sua prima gravidanza e sposata da un anno. Durante il primo trimestre di gravidanza ha scoperto di essere infetta da Hiv. La ragazza chiede al marito di sottoporsi alle analisi che risultano positive. Qualche anno prima ad una festa si era iniettato una sostanza stupefacente da una siringa usata più volte anche da altre persone.

(letizia magnani)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le donne sono più a rischio  
Una ragazza su quattro under 20  
è positiva alle clamidie  
“Troppo scarsa l'informazione”**

sessualmente trasmissibili. Non solo l'Aids, perché si stanno diffondendo, soprattutto fra i giovani, anche malattie che parevano scomparse, come sifilide e gonorrea, o numericamente non preoccupanti, come le clamidie.

«Purtroppo — spiega Maria Paola Landini, direttore dell'unità operativa di microbiologia del Sant'Orsola-Malpigi di Bologna — l'informazione è



La prevenzione/2

Visite andrologiche gratuite dal 19 al 25 marzo in 23 città italiane

# Sterilità maschile in aumento al via la campagna di controlli

**L**a sterilità continua ad avanzare tra i maschi italiani. Attualmente, la metà delle coppie affronta il pesante e costoso percorso della fecondazione artificiale per rimediare a problemi di fertilità dell'uomo. Del tutto sterile invece risulta circa il 15% della popolazione maschile tra i 13 e i 55 anni. Ma le ultime ricerche, svolte dalla Società Italiana di Andrologia e Medicina della

Amico Andrologo, lanciano una iniziativa di prevenzione nazionale, il Progetto Androlife. Dal 19 marzo, il giorno di San Giuseppe, e festa del papà, sino al 25 marzo sarà possibile farsi visitare gratuitamente negli ambulatori pubblici di 23 città italiane. Nelle piazze delle stesse città saranno disponibili camper attrezzati con medici specialisti pronti a rispondere a quesiti clinici e a fornire suggerimenti per non incorrere in questa patologia. A disposizione della popolazione ci saranno opuscoli informativi. Info [www.androlife.it](http://www.androlife.it). Per prenotare le visite andrologiche gratuite chiamare il numero verde 800.100.122 che sarà attivo da domani.

**I ventenni sono risultati in media meno fertili dei quarantenni. Da domani le prenotazioni al numero verde 800100122**

Sessualità (Siams) e dalla Fondazione per Benessere in Andrologia — Amico Andrologo Onlus, sui giovani (che risultano meno fertili dei quarantenni) portano a stimare il rischio di infertilità per ben 1 maschio su 3. Proprio per i risultati di queste ricerche, che vengono divulgati oggi alle 12 al Ministero della Salute, Lungotevere Ripa 1, Roma, la Siams e

«Proprio perché c'è ancora molto da capire sulle cause dell'infertilità maschile — spiega Carlo Foresta, presidente della Siams — l'informazione della popolazione diventa uno strumento di prevenzione primaria poiché un precoce intervento di rimozione di fattori di rischio può evitare o ridurre la possibilità che si instauri un danno irreversibile alla produzione di spermatozoi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## CONTRACCETTIVI A BARRIERA

Impediscono l'incontro dello spermatozoo con l'ovocita. Il principale rappresentante è il preservativo maschile, metodo che protegge dalle malattie a trasmissione sessuale



Preservativo Maschile

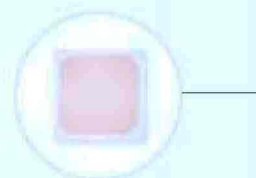
## PRESERVATIVO FEMMINILE

È costituito da due anelli, uno superiore sigillato, che scivola in fondo alla vagina, l'altro sulla parte esterna della vagina



## CONTRACCETTIVI ORMONALI CEROTTO

Oltre alla "pillola" ci sono altri contraccettivi a base di ormone femminili. Contengono ormoni femminili (estrogeni e progestinici, o soli progestinici) capaci di inibire l'ovulazione oppure l'impianto dell'ovulo. Hanno un'alta percentuale di efficacia e aiutano a regolarizzare il ciclo ma non proteggono dalle malattie a trasmissione sessuale



**Cerotto adesivo**  
Rilascia in modo graduale una bassa dose di ormone. Si applica sulla cute del corpo



## LEI & LUI



ROBERTA GIOMMI \*

### E VENNE L'ERA DELL'AMORE SENZA PAURE

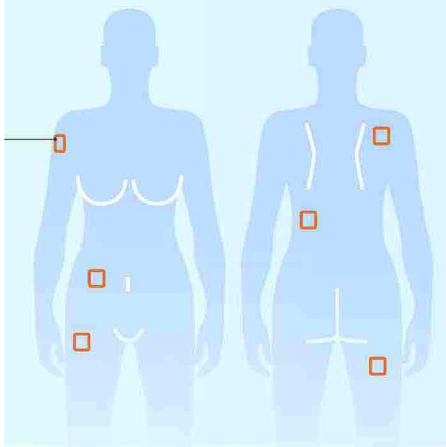
**L**a fertilità consapevole è una espressione che introduce nella storia delle donne e delle ragazze due scelte importanti: poter prevenire le gravidanze con saggezza e con l'aiuto della scienza e inoltrarsi con serenità nell'esperienze relazionali e sessuali. Intere generazioni di donne hanno avuto ostracismo sociale o segreti da gestire proprio intorno alla fertilità, se non volevano controllarla con l'astinenza e se volevano in ogni modo decidere sulla propria maternità. Chirurgia, farmacologia e ricerca hanno dato strumenti per gestire la propria fertilità, rimediare all'infertilità, interrompere la gravidanza in modo protetto. Il cambiamento si è affermato indossando la capacità preventiva di sapersi proteggere e pensare alle proprie scelte, di non essere lasciate sole di fronte all'errore, di poter vivere il sesso bene, con piacere, senza paure. Costruire una mentalità preventiva è il sogno di chi si occupa di educazione alla sessualità e all'affettività: riuscire a consegnare alle adolescenti la consapevolezza del rapporto tra sesso e fertilità, tra sesso e sicurezza. La nuova scommessa dell'educazione sessuale è far capire la fertilità, fornire gli strumenti contraccettivi personalizzati, che aiutano ragazze, ragazzi, uomini e donne a capire come usare la prevenzione e

permettersi poi la gioia e l'abbandono alle emozioni. L'informazione deve avere due fasi: la comunicazione delle risorse, la consulenza individuale e di coppia per il loro uso. Oggi sappiamo che la consulenza contraccettiva è la strada da percorrere.

\* [www.irf-sessuologia.org](http://www.irf-sessuologia.org)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Zone dove si applica



## ANELLO VAGINALE

Viene mantenuto in posizione ininterrottamente per 3 settimane

L'anello rilascia gradualmente ormoni femminili

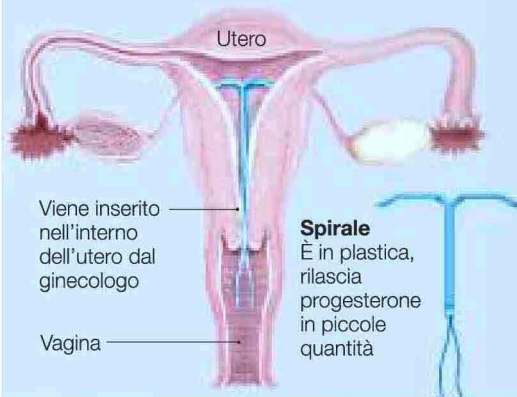
Vagina

Viene inserito ed estratto senza l'ausilio medico



## SPIRALE AL PROGESTERONE

Evita l'impianto dell'embrione nell'utero



## CANNULA SOTTOCUTANEA

È funzionante 24 ore dopo l'impianto. Ha una durata di 3 anni.



## DIAFRAMMA

È una coppa di gomma morbida montata su un anello di metallo flessibile

Anello flessibile Circa 7,5 cm

Per ottimizzare l'efficacia si abbina a prodotti spermicidi, da spalmare sulla cupola e sull'anello



### IL CICLO

È governato dalle ghiandole endocrine (ipotalamo, ipofisi e ovaie), che secernono ormoni dette gonadotropine, FSH ed LH

#### CONTRACCETTIVI NATURALI

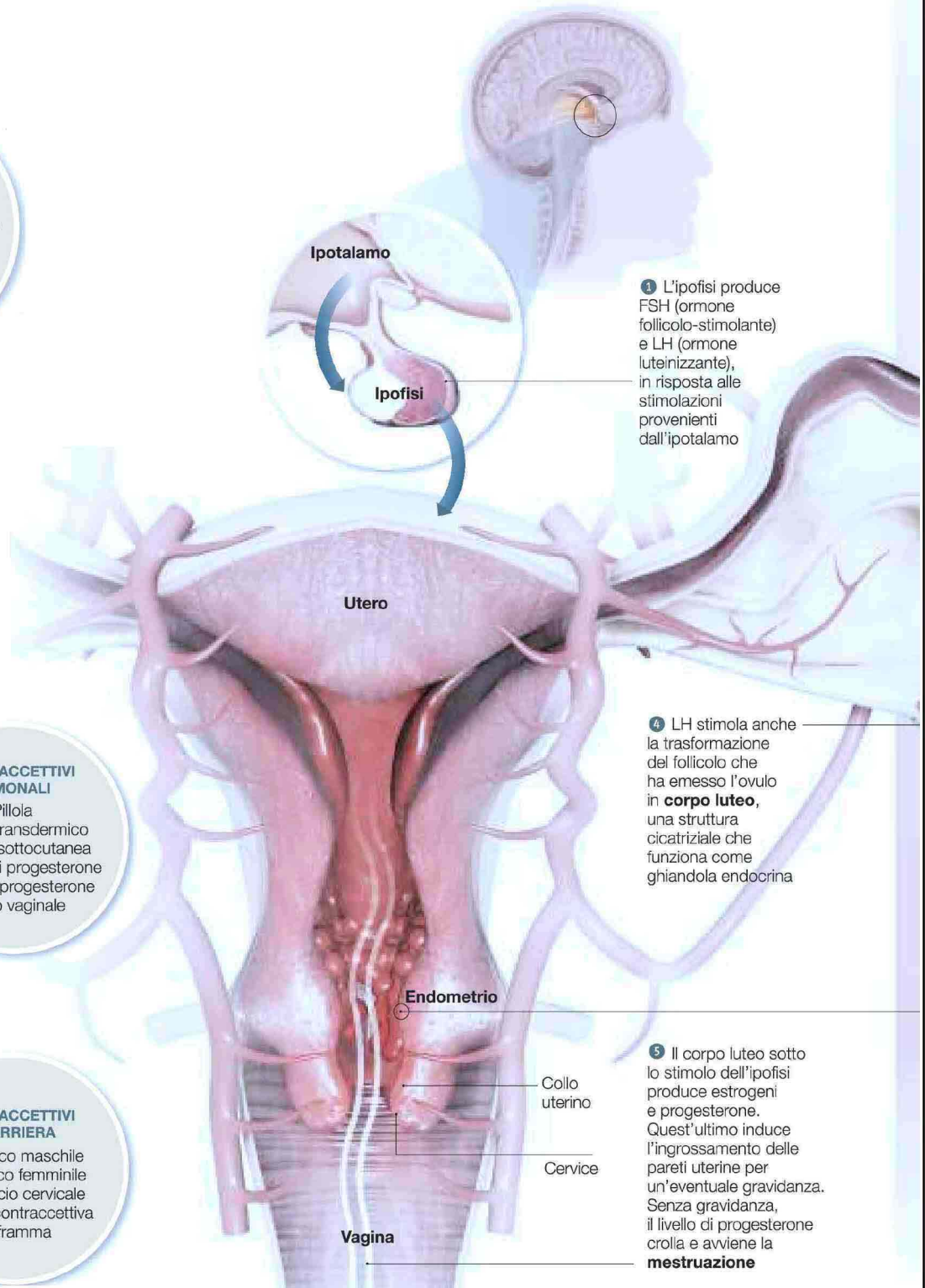
- Coitus interruptus
- Amenorrea da allattamento
- Astinza sessuale (100%)
- Astinza periodica (giorni dell'ovulazione)

#### CONTRACCETTIVI ORMONALI

- Pillola
- Cerotto transdermico
- Cannula sottocutanea
- Iniezione di progesterone
- Spirale al progesterone
- Anello vaginale

#### CONTRACCETTIVI A BARRIERA

- Profilattico maschile
- Profilattico femminile
- Cappuccio cervicale
- Spugna contraccettiva
- Diaframma



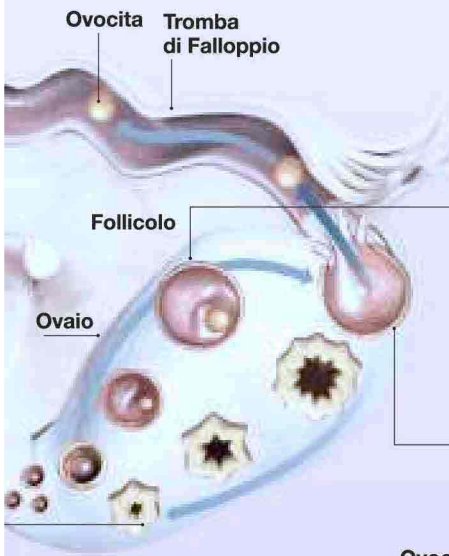
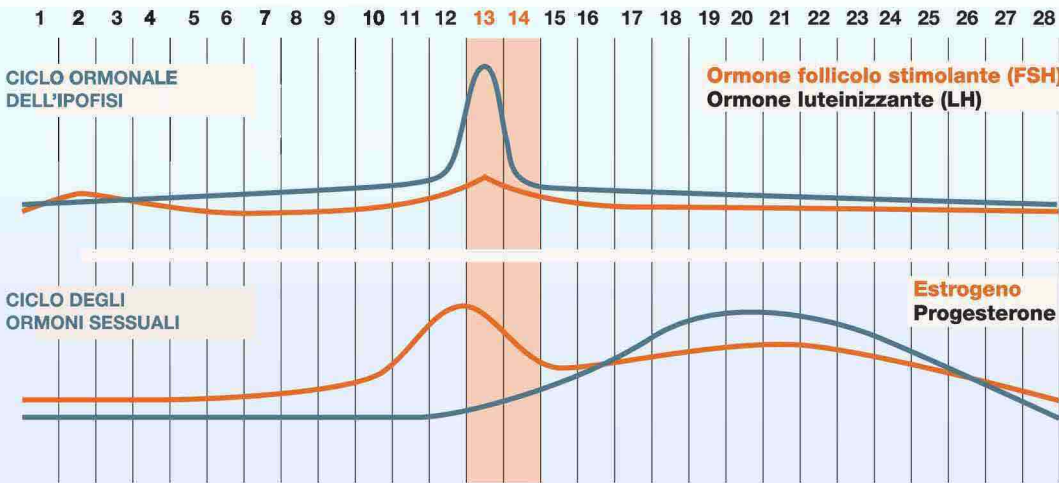
1 L'ipofisi produce FSH (ormone follicolo-stimolante) e LH (ormone luteinizzante), in risposta alle stimolazioni provenienti dall'ipotalamo

4 LH stimola anche la trasformazione del follicolo che ha emesso l'ovulo in **corpo luteo**, una struttura cicatriziale che funziona come ghiandola endocrina

5 Il corpo luteo sotto lo stimolo dell'ipofisi produce estrogeni e progesterone. Quest'ultimo induce l'ingrossamento delle pareti uterine per un'eventuale gravidanza. Senza gravidanza, il livello di progesterone crolla e avviene la **mestruazione**



GIORNI DEL CICLO



2 Lo FSH induce la crescita da 5 a 7 **follicoli** che producono estrogeni. L'ormone LH accelera la maturazione del follicolo dominante

3 Il follicolo maturo stimola l'ipofisi a liberare ulteriore LH. **L'ovulazione** avviene intorno al 12°-13° giorno, 24 ore dopo che lo LH raggiunge la massima concentrazione nel sangue

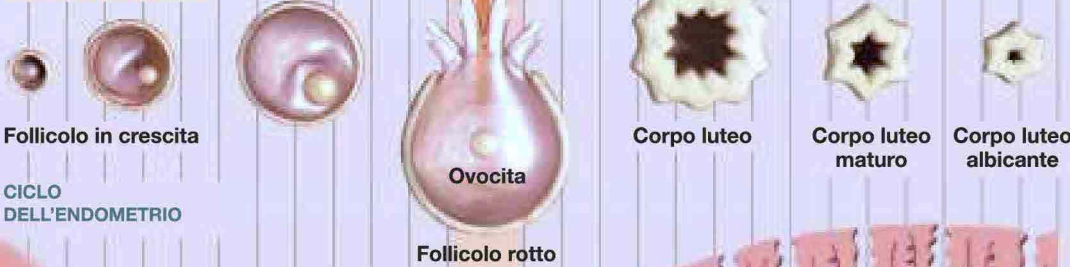
MUCO CERVICALE E FERTILITÀ

Dal muco cervicale si possono conoscere i giorni fertili:

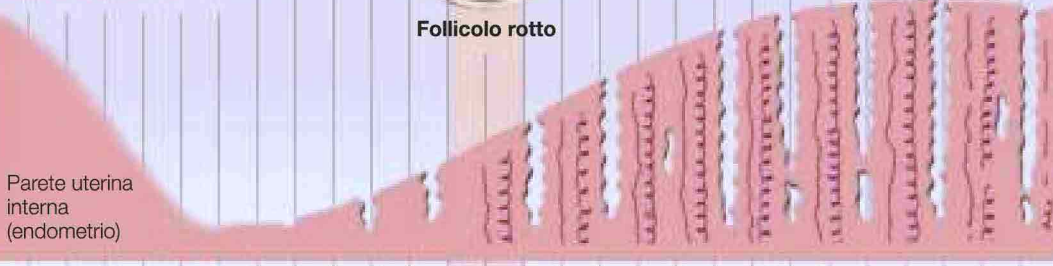
- Mestruazione
- Muco umido
- Muco secco



CICLO OVARICO



CICLO DELL'ENDOMETRIO



Mestruazione

Fase follicolare      Ovulazione      Fase lutea o secretoria



INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI

**Cronicità**

**SENO, HIV, REUMATISMI  
MAGGIORE PREVENZIONE**

Dieci proposte alle istituzioni per non abbassare l'attenzione sulle tre principali malattie cronico-degenerative nel nostro paese: tumore mammario, patologie reumatiche, Hiv/Aids. A presentarle, in un documento approvato all'unanimità, Antonio Tomassini (presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato). I punti salienti: riavviare campagne di informazione, incentivare studi di economia sanitaria, monitorare i consumi dei farmaci, allargare le età degli screening, favorire lo sviluppo di nuove molecole e affrontare il tema della medicina di genere. Le malattie croniche negli ultimi dieci anni sono aumentate del 50 per cento (mp. s.)



Dalla prima visita per le adolescenti agli esami da non tralasciare durante la menopausa.

*Ecco come, quando e perché controllare il proprio corpo*

# Meglio prevenire

## Pap test e mammografia i consigli per tutte le età

**ELVIRA NASELLI**

**C**ontrolli medici regolari a partire dall'adolescenza non solo per la prevenzione, ma per conquistarsi una vita sessuale serena, affrontare al meglio la maternità e quella fase di difficile equilibrio nella vita di una donna che si chiama menopausa. Con l'aiuto di Anna Maria Fulghesu, responsabile della sala parto della Patologia Ostetrica dell'università di Cagliari, tracciamo un calendario del check up al femminile. Cominciando dalla prima visita ginecologica, che va fatta ad un anno dalla comparsa delle mestruazioni.

«I motivi principalmente sono tre - pre-

dimenticare che la pillola protegge soltanto dalle gravidanze ma il rischio maggiore è legato alle malattie sessualmente trasmesse. Per questo l'uso della pillola non deve prescindere dal condom, che, considerata l'alta promiscuità sessuale dei giovani, resta indispensabile per la prevenzione delle malattie trasmesse sessualmente, i cui casi continuano ad aumentare».

Il primo pap test va fatto ad un anno dall'inizio dei rapporti ed eseguito con grande regolarità, soprattutto da giovani quando è più facile avere partner diversi. Inoltre un'ecografia addominale o vaginale, se le ragazze hanno già avuto rapporti, può individuare cisti congenite o malformazioni. Attenzione anche al vaccino Hpv per la prevenzione del tumore del collo dell'utero. «Il vaccino è efficace sui tipi di virus più pericolosi, ma non funziona su tutti i tipi virali finora individuati - precisa la professoressa Fulghesu - ha una durata limitata, circa 6 anni, e non deve far sentire le ragazze al sicuro. Devono proteggersi comunque con il profilattico».

Dopo i 20 anni d'età, in prossimità di una futura maternità, sarebbe bene pensare ad esami preconcezionali, come il Torch sul sangue, per escludere malattie infettive come toxoplasmosi, citomegalovirus e rosolia. «Nelle regioni meridionali dove i casi sono più numerosi - continua Fulghesu - è fondamentale controllare se la donna è portatrice sana di talassemia. Per coloro che prendono la pillola viene comunemente fatto un controllo degli esami della coagulazione e della funzionalità epatica, che però non sono esami predittivi della trombosi ma evidenziano solo una alterazione in atto. Per tutte, poi, visita e

pap test annuale ed ecografia pelvica e transvaginale, almeno con cadenza biennale. Inoltre ecografia al seno dopo i 40 anni e mammografia sopra i 45, consigliabile farle insieme con cadenza annuale anche se il sistema sanitario non le prevede annualmente».

Ed arriviamo alla fase della premenopausa, molto delicata psicologicamente e fisicamente perché «tra 47 e 50 anni, a causa della progressiva riduzione del funzionamento delle ovaie, c'è un rischio aumentato di sviluppare tumori all'endometrio e al seno. In questi casi - consiglia l'esperta - si può intervenire con una pillola simile a quella contraccettiva, scegliendone una a basso contenuto di estrogeno e ad alto di progestinico, soprattutto per chi ha mestruazioni abbondanti e molto saltuarie o vampate». Non ha molto senso, invece, la Mocs non dopo almeno due anni di cessazione totale delle mestruazioni. «Le alterazioni ossee non si manifestano se non dopo diversi anni di menopausa - sottolinea Fulghesu - ma alcuni medici la prescrivono per poter effettuare un confronto teorico successivamente. In questa fase, e con ritmo annuale, va invece fatta l'ecografia transvaginale, poiché gli sbalzi ormonali possono provocare cisti ovariche. Il pap test è legato all'attività sessuale: chi la mantiene deve continuare a farlo annualmente, le altre possono rallentare se i precedenti esami sono stati sempre negativi. Per il seno le indicazioni sono le stesse che per le donne più giovani». Senza dimenticare che per tutte e a tutte le età sono fondamentali i consigli di sempre: dieta equilibrata e ricca di frutta e verdura, attività fisica d'abitudine e cercare di mantenere il peso giusto.

Un esame precoce consente di individuare l'ovaio policistico che colpisce dal 7 al 15% della popolazione femminile. Ed è curabile

mette Fulghesu - il primo è valutare il quadro ormonale: ovvero se il ciclo è regolare, se è doloroso, se c'è acne eccessiva o aumento di peso o segni di iperandrogenismo, cioè eccesso di peluria. Segnali di una possibile policistosi ovarica, che colpisce dal 7 al 15 per cento della popolazione femminile ma che, se riconosciuta e corretta in tempo, può essere controllata. Il secondo ambito per le adolescenti è quello legato alla vita sessuale. In vista di un possibile uso della pillola contraccettiva le adolescenti dovrebbero sottoporsi agli esami di screening per individuare eventuali predisposizioni ereditarie per le trombosi. Senza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

## In 12 su 100 scoprono l'Hiv solamente in gravidanza

**I**l 12 per cento scopre di avere l'Hiv in gravidanza, e l'infezione è in gran parte legata a

trasmissione sessuale (80%). Inoltre la metà delle intervistate sa di essere sieropositiva da più di 13 anni, il 92 per cento prende farmaci antiretrovirali e il 45 % ha un reddito inferiore a 800 euro. Sono alcuni dati emersi dall'indagine conoscitiva Didi, messa in piedi dal gruppo "Women for positive action", coordinato da Antonella D'Arminio Monforte dell'ospedale San Paolo di Milano e da Adriana Ammassari delo Spallanzani di Roma. Scopo dell'indagine, condotta in 15 centri clinici di malattie infettive specializzati in cura dell'Hiv, è valutare la salute emozionale, sessuale e riproduttiva della donna con Hiv in Italia. Oltre 400 donne, il 18 % immigrate, hanno risposto ad un questionario sulla salute sessuale, vita di relazione, desiderio di maternità.

Tante altre ancora le iniziative per l'8 marzo. Promossa dalla Sapienza di Roma la seconda edizione di "30 giorni per le donne", organizzata da Sipmed (Società italiana di psicologia e pedagogia medica), che, da oggi all'8 aprile, offre colloqui gratuiti con medici, psicologi, counselor ed avvocati alle donne. I colloqui, per Roma e Bologna, vanno prenotati (info@sipmed.it o allo 0649775740 per Roma, lun-ven dalle 15 alle 19; al 3473711777 per Bologna). Alle "Donne nel quotidiano" è dedicato il concorso fotografico dell'associazione culturale Bludigitale. Info e iscrizioni su [www.bludigitale.it](http://www.bludigitale.it). Sempre a Roma, al centro congressi dell'istituto nazionale tumori Regina Elena, in collaborazione con l'università Cattolica, a partire dalle

9,15 una giornata dedicata all'informazione al femminile per vivere meglio le cure oncologiche. Stesso tema e stessa data a Napoli, presso la Fondazione Pascale. Restando in ambito oncologico, la Fondazione Ant onlus organizza il mese della prevenzione oncologica femminile. Tutti i giovedì di marzo, dalle 9 alle 17, al numero verde 800929203 un oncologo risponderà alle domande. Mentre all'ospedale Sacco di Milano, con Andos (Associazione donne operate al seno), visite gratuite oggi e domani. Mentre a Catania la onlus "Agata donna per le donne" organizza visite senologiche ed ecografie mammarie gratuite per tutto marzo (prenotare allo 095.387177 15.30-19; o al 3405567865 9-19).

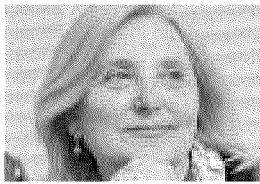
E festeggia i 40 anni di attività l'8 marzo, con un convegno aperto alle famiglie di mattina nell'aula magna e una festa nel pomeriggio alla hall Serra con i bambini, la banca del latte umano donato dell'ospedale Meyer di Firenze. Mentre è già stato distribuito a pediatri e centri nascita, ed è disponibile su richiesta, il volume su prescrizione dei farmaci e allattamento al seno. Scritto da Giovanni Serra, primario Neonatologia del Gaslini di Genova, si richiede a [gioanniserra@fastwebnet.it](mailto:gioanniserra@fastwebnet.it) o all'autore, via Giovanni De Scalzo 2, int. 16, 16148 Genova (a carico di chi lo richiede le spese postali).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Numerose iniziative di prevenzione da Milano a Catania per la giornata della donna



## LEI & LUI



ROBERTA GIOMMI \*

### SI SOGNA ANCORA L'UOMO FORTE E CORAGGIOSO

**L**e donne per prime hanno usato la stanza della psicoterapia per portarvi ansia e dolore e costruire le dinamiche per il cambiamento. Nella mia lunga esperienza di psicoterapeuta molte donne, addolorate, stanche, infelici in amore, si sono raccontate. Ci sono sentimenti prevalenti, come la rabbia che spesso mostra il suo opposto, la depressione, la malinconia, la sensazione di impotenza. Il superamento di molti stereotipi non ha eliminato un'attesa forte, mitica, verso la competenza maschile. Ma l'attesa verso un maschio vicino, padre, fratello, partner, a volte figlio, porta alla delusione. In consultazione c'è spesso il desiderio di arrendersi ad un maschio protettivo, coraggioso. La sua mancanza si trasforma nell'idea di fallimento anche in donne competenti. Curare al femminile è incontrare l'anima segreta, ritrovare i sogni delle bambine, mostrare loro la forza che possiedono e hanno dimenticato. Nel sesso è accendere il desiderio. Una forte consultazione riguarda la delusione nella coppia, l'idea di una parità spesso mal gestita, che tocca anche la cura dei figli verso i quali si avverte eccesso di fatica e responsabilità, ma anche senso di colpa quando sono affidati ad altri, partner compreso. A volte si teme di dare spazio al partner anche nell'educazione dei figli maschi, si continua ad

emancipare le bambine mantenendo i maschi nell'area materna. E' importante oggi provare a riscrivere un nuovo capitolo dell'emancipazione in modo da svelare la parte profonda delle attese femminili, le paure, le alleanze.

\* [www.irf-sessuologia.org](http://www.irf-sessuologia.org)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### LE TAPPE GINECOLOGICHE NELLA DONNA

#### Pubertà

Ad un anno dal menarca la prima visita dal ginecologo

#### Adolescenza

Visita per l'inizio dell'attività sessuale

#### Gravidanza/parto

Controlli e terapie durante la gestazione, il parto e il post-parto

#### Menopausa

Check up tumore al seno, alla cervice e densità ossea al 2° anno

## DOMANDE & RISPOSTE

A cura della dott.ssa Antonella Savarese, Oncologia Medica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma.

### 1. Mia mamma si è ammalata di tumore al seno. Succederà anche a me?

Il tumore della mammella colpisce una donna su 10 quindi un solo caso in famiglia non significa avere una sindrome eredo-familiare

### 2. Devo fare un agoaspirato: se è un tumore non è che si spandono le cellule in giro?

La procedura biotica non può diffondere il tumore

### 4. Il cancro può essere contagioso?

No, esiste però il virus HPV che è trasmissibile sessualmente e provoca lesioni del collo dell'utero che, se non riconosciute e curate potrebbero evolvere in un tumore

### 6. Sto facendo la radioterapia: sono radioattiva/o?

Absolutamente no

### 3. Sono in chemioterapia: sono pericolosa per i miei bambini / nipoti?

Absolutamente no, semmai durante la chemio la possibile riduzione delle difese immunitarie può rendere il paziente più esposto ad infezioni portate da altri

### 5. Sono in chemioterapia: quando potrò riprendere i rapporti con mio marito/moglie?

Non c'è nessun motivo per interrompere i rapporti affettivi di qualsiasi natura, anzi, psicologicamente può essere di grande aiuto

### 7. Sono in chemioterapia: posso andare al sole?

Sì, senza esagerare. Si possono sviluppare macchie cutanee che si possono evitare con l'uso di protezione solare alta. Se si ha una tossicità cutanea in atto è bene attendere la fine della terapia

### 8. Sono in chemioterapia e mi sento stanca: se prendo le vitamine alimento il tumore?

No, ma è sempre bene non abusare di alcun tipo di farmaco che possa gravare sul sistema metabolico dell'organismo

### 10. Sono in terapia e mi sento bene: siamo sicuri che la terapia funziona?

L'efficacia della terapia non dipende dalla sua tossicità

### 12. Sono in chemioterapia: posso prendere anche altre medicine? (es. antibiotici)

Di solito non ci sono interazioni con sostanze di uso comune, però sarà meglio che l'oncologo decida quali è bene non assumere e proporre alternative

### 14. Ma tutte queste TAC di controllo non mi faranno venire un altro tumore?

Le apparecchiature radiologiche di nuova generazione sono sempre più sicure e nel tempo le indagini strumentali vengono sempre più dilazionate

### 9. Sono in chemioterapia: perché devo mangiare la carne se fa venire il cancro?

La carne è un'importante fonte di ferro e proteine e va mantenuta nella dieta

### 11. Ho letto della scoperta di una nuova terapia in un laboratorio di...: la posso fare?

Attenzione, ci vogliono anni prima di poter disporre commercialmente di tali composti

### 13. Non riesco più a concentrarmi: la terapia danneggia il cervello?

Il percorso oncologico di un paziente ha un impatto psicologico: l'ansia e le preoccupazioni possono generare una difficoltà di concentrazione

### 15. Perché tutti fanno la PET e lei mi chiede solo la TAC?

C'è una certa tendenza a chiedere esami perché "li fanno tutti". È il medico che deve indirizzare ad esami molto sofisticati e costosi che sono indicati in casi particolari

### 16. Vorrei fare dei massaggi, ma non è pericoloso?

No, anzi un massaggio o una fisioterapia ben fatti possono aiutare. Purtroppo la cellula tumorale sa viaggiare da sola e non ha bisogno di manipolazioni

### 18. Sono passati già alcuni mesi dalla terapia: posso tingere i capelli o mi torna il cancro?

Si presume che i prodotti utilizzati da un buon parrucchiere siano sicuri per la salute!

### 17. Quanto tempo deve passare per provare a fare un figlio?

La domanda è molto frequente ma la risposta va diversificata a seconda della storia clinica del paziente

### 19. Vorrei tornare in palestra, mi farà male?

No, ottima scelta

### 20. Quanto tempo deve passare per considerarmi guarita/o?

Dipende della storia clinica del paziente

## L'AUTOPALPAZIONE

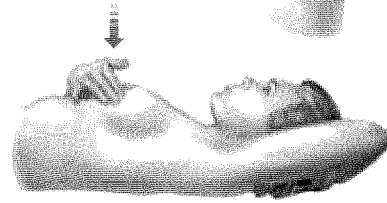
Si dovrebbe fare almeno una volta al mese; le donne fertili dopo il ciclo mestruale, quelle in menopausa lo stesso giorno di ogni mese

Si usano i polpastrelli di tre dita della mano



### SDRAIATA

**Movimenti circolari**  
Si preme ruotando il polso, identificando con le dita possibili irregolarità



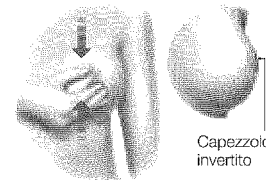
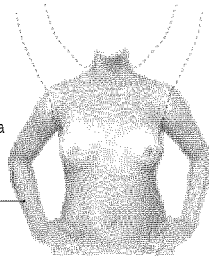
**I quadranti**  
È utile immaginare il seno diviso in 4 parti che vanno esplorati bene fino all'ascella

**20'**

20 minuti richiede l'autoesame al seno

### IN PIEDI

Si osservano le mammelle in 3 posizioni: con le braccia tese in alto, poi in basso e infine sui fianchi



Capezzolo invertito

1 Davanti ad uno specchio, si controlla che non ci siano irregolarità, alterazioni del profilo e della superficie della mammella

2 Si alza il braccio del lato del seno da esaminare e con l'altra mano si controlla il cavo ascellare

3 Si osservano e si strizzano delicatamente i capezzoli per scoprire se ci sono rientranze o eventuali secrezioni

## LA MAMMOGRAFIA

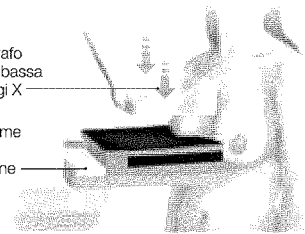
È un esame diagnostico che, utilizzando i raggi X, consente uno studio molto accurato delle mammelle per identificare tumori e cisti

### SI CONSIGLIA

TRA 40 E 49 ANNI  
Ogni 1-2 anni  
DOPO I 50 ANNI  
Una volta all'anno

Il mammografo emette una bassa dose di raggi X

Seno in esame sul piatto di compressione



## IL PAP TEST

È un esame in grado di diagnosticare in modo rapido e precoce la presenza di cellule cancerose nella cervice. Non va effettuato durante i giorni del ciclo mestruale e nei 4-5 successivi

**10'**

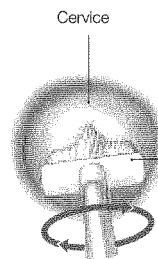
5-10 minuti richiede l'esame del Pap test

### COME SI EFFETTUA

Si prelevano due campioni di cellule della cervice con l'aiuto di una spatola prima e un tampone lungo dopo

#### La spatola

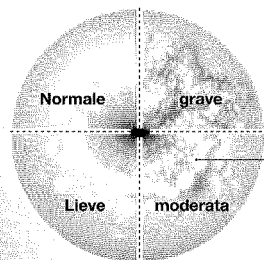
Si adatta all'anatomia della cervice e una volta inserita la si ruota di 360° per prelevare le cellule



### TUMORE ALLA CERVICE

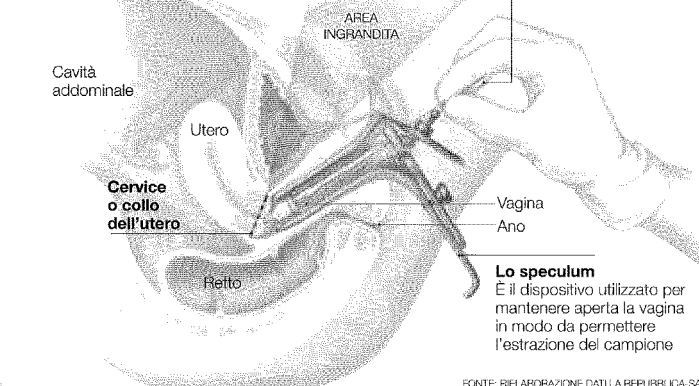
Lo sviluppo delle cellule anomale nella cervice (displasia) è fortemente associato all'infezione da papillomavirus umano (HPV)

In base alla quantità di cellule anomale la displasia viene classificata come:



Cellule anomale

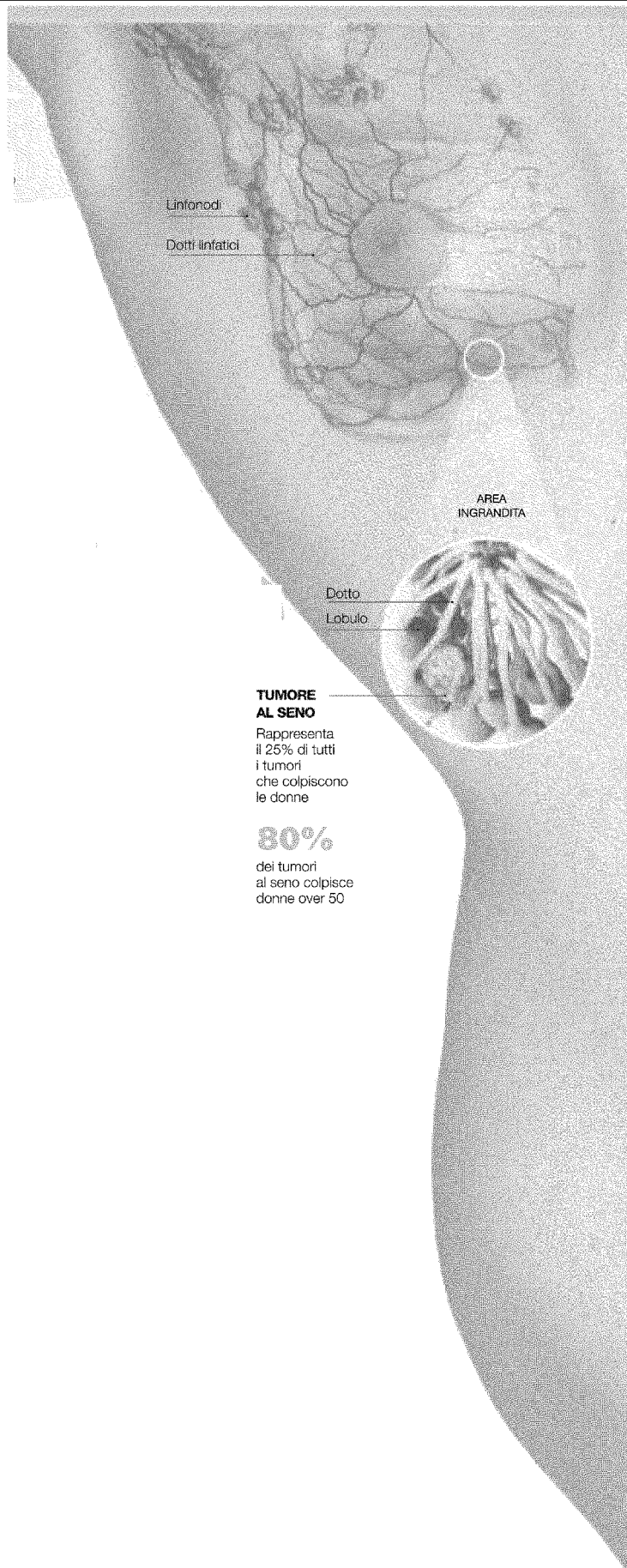
AREA INGRANDITA VISTA DALL'ALTO



#### Lo speculum

È il dispositivo utilizzato per mantenere aperta la vagina in modo da permettere l'estrazione del campione

Fonte: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE



A 50 anni dall'esordio l'Italia scopre che la maggioranza delle persone non usa contraccettivi. E resistono i vecchi sistemi

# La pillola dimenticata

MARIA NOVELLA DE LUCA

**N**on piacciono alle ragazze né ai ragazzi. Non li usano né le donne, né gli uomini. Almeno nei grandi numeri. Almeno nelle statistiche. Contraccettivi, anno zero. Per i sessuologi dietro il pervicace rifiuto di usarli ci sarebbero il mito della spontaneità, della naturalità e la paura che ogni "barriera" possa togliere all'amore passione e bellezza. I ginecologi e gli andrologi dicono invece, e non senza apprensione, che si tratta di ignoranza, di inesperienza, ma anche di un bel po' di irresponsabilità e di azzardo. Parliamo di sesso e di sessualità. E di contraccettivi, che in Italia vengono usati davvero poco. Agli ultimi posti in Europa.

Oltre il 70% della popolazione dai 18 anni in su e in età fertile ammette semplicemente di farne a meno. Magari per ricorrere poi con affanno alla "contraccezione d'emergenza". O peggio. Non importa se ormai la pillola è sempre più leggera, e si fanno strada addirittura i microimpianti, rivoluzionari dispositivi che vengono inseriti sotto la cute per avere tre anni consecutivi di contraccezione sicura. Nel nostro paese resistono invece i metodi naturali, tradizionali, quelli di sempre. E in particolare, oggi come ieri, la strategia contraccettiva più utilizzata è il "rapporto interrotto", l'amplesso che si spezza nel momento clou.

Il "rapporto interrotto" è la metodologia di pianificazione familiare tra le più antiche, ma che ha com'è noto alte possibilità di fallimento. Tra il 16 e il 25% è stato calcolato nella letteratura medica internazionale, e come rivela un dettagliatissimo libro appena uscito, "Contraccezione", edito da "L'asino d'oro", firmato da due ginecologi famosi, Carlo Flamigni e Anna Pompili.

Un libro-manuale che in duecento pagine ci restituisce la storia e il quadro attuale della contraccezione in Italia, analizzando alla luce delle più recenti scoperte scientifiche tutte le varie tecniche esistenti, da quelle ormonali ai microimpianti, dai preservativi maschili a quelli femminili, dalla spirale al diaframma, dal conteggio dei giorni alla pillola del giorno dopo. Di ogni metodo vengono indicati pregi, difetti, effetti collaterali, rischi, prezzi, ma anche false credenze e pregiudizi. Perché, a leggere i dati più recenti sul modo con cui ragazzi e ragazze, ma anche donne e uomini affrontano la ses-

sualità in Italia, emerge che il profilattico è usato soltanto dal 28,4% dei maschi e la pillola dal 16,3% delle femmine, il coito interrotto dal 31,6% delle coppie, e tutto il resto è *free*, senza rete. Risultato: a cinquant'anni dall'epoca della grande rivoluzione sessuale in Italia, a mezzo secolo dall'arrivo della pillola, è boom di "contraccezione d'emergenza", mentre si registra, purtroppo, un aumento di aborti tra le ragazze più giovani, anche minorenni. E una netta re-credenza dei contagi da Aids.

Spiega Carlo Flamigni, padre della fecondazione assistita in Italia, e oggi presidente onorario dell'Aied, l'associazione italiana per l'educazione demografica: «Lo scopo di questo libro è fare informazione. Perché nonostante il diluvio di notizie pseudoscientifiche che circolano, c'è un'enorme ignoranza sui temi del sesso, della sessualità, della contraccezione, ma anche di quelle scelte che possono poi compromettere la fertilità, e quindi l'arrivo di un figlio, quando si decide davvero di metterlo al mondo. La pillola fa paura perché, si dice, fa ingrassare, il preservativo perché si rompe, la spirale perché è un corpo estraneo, il diaframma perché è difficile: non esiste il contraccettivo ideale, tutti hanno controindicazioni ed effetti collaterali. Esiste però un "percorso contraccettivo" in cui ognuno può trovare la strada giusta per sé. La mancanza di informazione invece porta da una parte a vivere senza la percezione del rischio, ma dall'altro a sottovalutare le conseguenze della poca conoscenza. Quanti sono ancora oggi gli aborti clandestini delle minorenni? Ma nello stesso tempo, quante donne che rinviando fin oltre i 40 anni la gravidanza sono consapevoli che se a 20 anni il rischio di avere un bimbo down è di 1 su 1600, a quarant'anni la media è di un piccolo down ogni novanta nascite...».

Si fa sempre più strada infatti, tra i medici e i ginecologi, la convinzione che una serie di problemi

legati oggi all'infertilità di coppia derivi proprio da comportamenti a rischio nella prima fase della vita sessuale, quella delle giovinezze vissute "senza rete". I dati della Sigo, società italiana di ginecologia e ostetricia, dicono con chiarezza che gli italiani utilizzano poco i contraccettivi perché "li rifiutano" nel 53% dei casi, "non li conoscono" nel 38% delle risposte, o perché "non li sanno usare" nel 9% dei casi.

«E infatti qui torniamo al tema dell'informazione, anzi della disinformazione» aggiunge Anna Pompili, ginecologa e autrice con Carlo Flamigni di "Contraccezione". «Quante volte mi sento dire che il preservativo non è sicuro perché si rompe, ma quanti sanno utilizzarlo nel modo giusto? Ad esempio con l'accortezza di togliersi gli anelli prima di metterlo per evitare appunto che si laceri? Spesso nei colloqui mi rendo conto che quando passa il messaggio che la sessualità deve essere vissuta con serenità, vedo come le coppie si rilassano e accettano di aprirsi. Non credo infatti che agire sulla leva della paura, dello spettro delle gravidanze indesiderate — aggiunge Anna Pompili — sia la strada giusta. Basta vedere quello che succede in Gran Bretagna, dove c'è un numero di altissimo di parti tra le adolescenti, nonostante le campagne "terroristiche" del governo inglese. Anche se, e dobbiamo dirlo, in Italia gli aborti tra le giovanissime sono tornati a crescere, purtroppo anche in un'area clandestina, e così le malattie a trasmissione sessuale».

Infatti sono proprio le minorenni a ricorrere con più facilità alla cosiddetta contraccezione di emergenza, cioè la pillola del giorno dopo. Nel 55% dei casi le confezioni di questo farmaco vengono vendute a ragazze poco più che adolescenti. «A volte con orgoglio donne giovanissime e anche adulte affermano: il mio uomo non mi permette di prendere la pillola perché fa male, ci pensa lui... E c'è molto

dietro queste parole, proprio in termini di rapporti tra i sessi», sostiene Anna Pompili.

Eppure una recente e ampia inchiesta del Mulino sulla sessualità degli italiani condotta Marzio Barbagli, Giampiero Della Zuanna e Franco Garelli, ha dimostrato come e quanto oggi nell'amore uomini e donne siano più spensierati, liberi da convenzioni. Se non una rivoluzione, certo una "modernizzazione sessuale". E allora perché tutta questa diffidenza su pillola, condom, spirali e altro? Roberta Giommi, che dirige il Centro Internazionale di Sessuologia di Firenze, chiama in causa una serie di "difficoltà immaginarie". «C'è la convinzione che qualunque strategia preventiva tolga mistero e naturalità al rapporto, che per una donna o una ragazza non sia elegante presentarsi ad un appuntamento con il preservativo nella borsa, l'essere intelligenti nel sesso viene vissuto come un pensiero fastidioso. E purtroppo in questo ammette Giommi - vedo una passività femminile ancora resistente, anche nelle ragazze. Quasi che il consegnare la scelta "protettiva" all'uomo sia un atto d'amore...

Quello che mi stupisce poi è come mai alle generazioni più giovani sia stato trasmesso il concetto che fare esperienza è un diritto, ma non che anche il proteggersi sia un diritto. Il paradosso è che fino a 15, 20 anni fa la pillola veniva vissuta dalle donne come scelta di responsabilità, autonomia, sì, anche di liberazione». Oggi, dunque è come se si stesse tornando indietro. E se il preservativo viene vissuto con fastidio, la pillola viene guardata con sospetto quasi fosse un farmaco altamente nocivo. «Tutti elementi considerati "nemici" della spontaneità e del romanticismo — conclude Roberta Giommi — e la strada per poter parlare correttamente della contraccezione è davvero ancora lunga».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Dietro il rifiuto di usare contraccettivi ci sono il mito della spontaneità e la paura che ogni "barriera" tolga spazio all'amore**

**Resistono i metodi naturali di sempre E oggi come ieri la strategia più utilizzata è il "rapporto interrotto"**

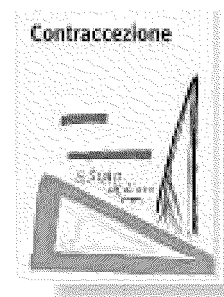
**Si registra un aumento di aborti tra le ragazze più giovani, anche minorenni. E una recrudescenza dei contagi da Aids**

# Perché non si usa più la pillola

**Il 70 per cento delle persone con più di 18 anni ammette di non fare uso di contraccettivi. Colpa di fatalismo, ignoranza, scarsa informazione**  
*Così cinquant'anni dopo il nostro Paese dimostra di aver dimenticato la grande rivoluzione sessuale. O quasi*

## Il volume

Il volume si chiama "Contracezione", è firmato da due ginecologi, Carlo Flamigni e Anna Pompili: gli italiani e la sessualità a 50 anni dall'arrivo della pillola

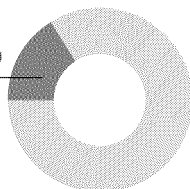


## La contraccezione

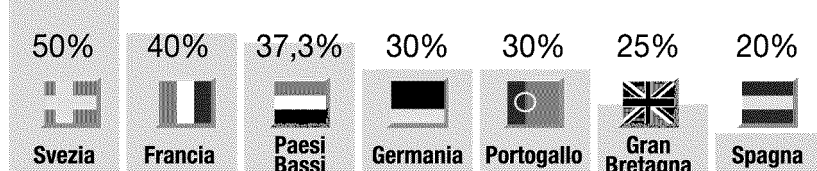
Donne che utilizzano la pillola

In Italia

16,3%

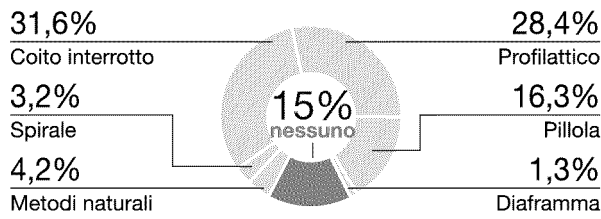


In Europa

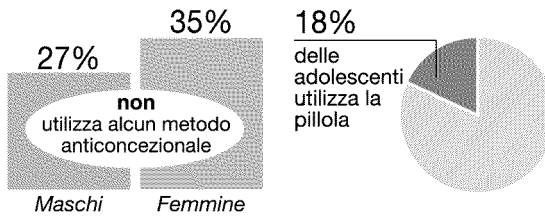




## I metodi contraccettivi (usati dagli italiani)



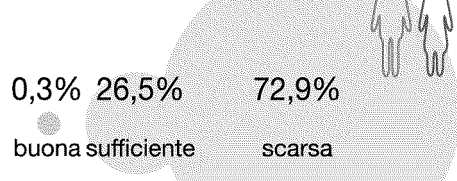
## Gli adolescenti



## Pillola del giorno dopo tra le minorenni



## L'educazione sessuale degli adolescenti



## SENZA RETE

Gli italiani fanno sesso senza proteggersi. Questo indicano le statistiche

## I metodi

### COITO INTERROTTO

È il metodo più usato dagli italiani. Consiste nell'interrompere il rapporto sessuale

### PROFILATTICO

Lo utilizzano il 28,4% degli italiani. Protegge anche dalle malattie a trasmissione sessuale

### PILLOLA

La utilizzano soltanto il 16,3% delle donne italiane, agli ultimi posti in Europa

### MICROIMPIANTI

Dispositivi inseriti nella cute rilasciano per 3 anni ormoni contraccettivi



## La copertina

L'anno zero del sesso addio alla pillola

NATALIA ASPESI  
E MARIA NOVELLA DELUCA



Secondo stampa e giudici è una mutilazione  
uno scontro senza precedenti dopo il 1945

# La Germania rompe un tabù “La circoncisione viola la legge”

**Un giornale apre il  
dibattito. Gli ebrei:  
“Non rinunceremo  
mai”. Furiosi anche  
i musulmani**

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE  
**ANDREA TARQUINI**

BERLINO

**P**er gli ebrei, e per i musulmani, è precetto religioso antichissimo. Ma secondo interpretazioni più rigide dell'articolo 223 del codice penale tedesco, viola la legge: mutilazione corporale. Nella Germania moderna nessuno l'aveva messa mai in discussione. L'autorevole, aperta *Frankfurter allgemeine* ha lanciato il dibattito: chiedendosi se la circoncisione rituale, praticata per motivi religiosi, sia compatibile con i valori costitutivi di uno Stato di diritto, che vieta gli attacchi all'integrità del corpo umano. Così, per la prima volta dal 1945, Berlino critica una tradizione ebraica, anche se non solo ebraica, appellandosi al no alle violenze specie contro l'infanzia: dal 2000 in Germania ogni punizione corporale

verso i figli è vietata dalla legge.

Stephan Kramer, segretario generale del consiglio centrale degli ebrei tedeschi, ha espresso «profonda inquietudine per i tentativi di criminalizzare la circoncisione religiosa». Per lui abolire uno dei precetti religiosi costitutivi dell'ebraismo «è impensabile». Ancora più deciso l'intervento del rabbino Julian Chaim Soussan di Duesseldorf: «Anche l'ultimo bastione dell'autodeterminazione ebraica, il *brit milà* (così si chiama la circoncisione religiosa, ndr) è sotto tiro». Non bisogna cedere, insiste: «Da millenni decidiamo noi da soli quali siano gli elementi costitutivi dell'ebraismo, dell'identità ebraica, ci opponiamo a questi difensori della legge che vogliono oscurare la nostra identità a vantaggio di un'idea di società in cui decide solo la maggioranza». Un altro rabbino, Andrew Steimann, pur invitando a «non chiamare subito in causa il passato nazista», avverte

che «insegnamento di dottrina e tradizione, shabbat e circoncisione rituale, sono elementi fondamentali della memoria collettiva che ha tenuto in vita l'identità ebraica». Per cui «rinunciare alla circoncisione rituale significherebbe tradire tutti coloro i quali hanno lottato per la nostra fede pagando spesso con la vita».

Un dibattito aperto è spesso un tabù violato, anche in una delle democrazie più solide del mondo come la Germania. Tanto più che l'articolo 223 del codice penale condanna ferite, lesioni e mutilazioni senza elenarle. Lo scontro vede uniti, per una volta, ebrei e musulmani. Nella Bundesrepublik la comunità ebraica dopo la riunificazione è rifiorita e tornata centrale nella società e nella cultura; i musulmani, a causa della forte minoranza immigrata turca, sono un fattore importante nel quotidiano. Infatti al Milli Goerus, la forte organizzazione islamica, mettono

le mani avanti: e denunciano il «tentativo di limitare la nostra libertà religiosa».

I giudici “falchi” non sono d'accordo. Magistrati autorevoli come Rolf Dietrich Herzberg insistono nell'interpretazione dura delle leggi: la circoncisione viola l'integrità del corpo, tanto più se praticata per rito su minorenni incapaci di difendersi e di decidere. I maschi ebrei vengono circoncisi 8 giorni dopo la nascita, i musulmani attorno al sesto anno d'età, per cui secondo i magistrati il loro trauma è ben più grave. La difesa dell'integrità fisica, secondo i giuristi anti-circoncisione religiosa, deve far premio sul rispetto delle religioni. È una svolta nella coscienza collettiva della Germania postbellica. Eppure l'organizzazione mondiale della sanità (Oms) afferma che per i maschi circoncisi contrarre l'Aids, o favorire la formazione del tumore all'utero nelle loro compagne, sono rischi molto più improbabili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La scheda

### DAL LATINO

Il termine circoncisione deriva da *circum* (attorno) e *caedere* (tagliare)

### LA TORAH

Nel libro della Genesi viene comandata da Dio ad Abramo

### IL CORANO

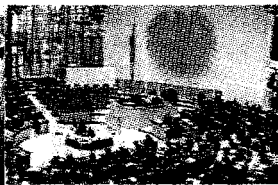
Invita il credente a seguire l'esempio di Abramo, compresa la circoncisione

### LA LEGGE TEDESCA

La circoncisione potrebbe violare l'articolo 223 del codice sulle mutilazioni

### L'AIDS

Per l'Oms i circoncisi hanno meno probabilità di contrarre la malattia





**La storia**  
Cade un tabù  
la Germania sfida  
la circoncisione

ANDREA  
TARQUINI



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

# Dolore

Uno studio ha confrontato la resistenza al calore sulla pelle di soggetti normali e praticanti la tecnica Zazen. Questi ultimi soffrono a solo temperature elevate Ed hanno più neuroni in alcune strutture del cervello

## La meditazione che funziona da analgesico

FRANCESCO BOTTACCIOLI\*

«Giornata felice e insieme ultima della vita è questa in cui vi scriviamo. Dolori sono presenti alla vescica e alle viscere, d'intensità tale che di più non è possibile. Ma si schiera contro tutto questo il godimento che l'anima prova al ricordo delle nostre conversazioni di un tempo», così Epicuro in una lettera ad un amico prima della morte (Atene, 270 a.C.) forse per un tumore genito-urinario. Il filosofo greco, al pari dei suoi colleghi indiani e cinesi, praticò e insegnò tecniche meditative (meléte in greco) utili anche contro il dolore. Ma è possibile ridurre l'intensità con tecniche meditative? Gli studi dicono di sì.

L'ultima prova è stata fornita qualche settimana fa da un gruppo di fisiologi dell'università di Montreal, Canada, che su *Pain* hanno pubblicato i risultati di un esperimento su meditanti buddisti. Tredici praticanti Zazen (meditazione da seduti, evoluzione giapponese della scuola cinese

Chan) e altrettanti controlli, tutti in buona salute e sotto i 40 anni, sono stati sottoposti a una tipica procedura di stimolazione dolorosa: applicazione sul polpaccio sinistro di uno stimolatore termico che produceva calore a temperature variabili tra i 47 e i 53°C. I partecipanti alla sperimentazione dovevano descrivere l'intensità del dolore, utilizzando un'apposita scala da 0 a 10. Al tempo stesso, il loro cervello era studiato con la Risonanza magnetica funzionale. I meditanti hanno dimostrato una minore sensibilità al dolore, certificata anche dalla necessità di incrementare la temperatura, rispetto ai controlli, di oltre 2°C per sollecitare in loro uno stimolo doloroso.

Ma questo i ricercatori canadesi se lo aspettavano, perché già lo scorso anno avevano pubblicato su *Psychosomatic Medicine* uno studio su meditanti esperti (con mille ore di pratica alle spalle) che dimostrava la loro capacità di ridurre le sensazioni dolorose sperimentalmente provocate. Dallo studio attuale volevano non solo una conferma, ma soprattutto ca-

pire quali possono essere i meccanismi cerebrali che portano al risultato.

Le immagini cerebrali hanno dato una risposta plausibile e stimolante ulteriori ricerche. Il cervello dei meditanti ha mostrato un doppio fenomeno. Da un lato si sono notevolmente attivate le aree della ricezione del dolore, il cosiddetto circuito nocicettivo (talamo, corteccia cingolata anteriore, insula, corteccia somatosensoriale secondaria); dall'altro, invece, si sono fortemente disattivate le aree che di solito sono strettamente collegate alla nocicezione e cioè corteccia prefrontale, amigdala e ippocampo. Quest'ultime aree sono quelle dove si registra la sensazione dolorosa, dove il dolore diventa il nostro dolore, la cui intensità è strettamente dipendente dalla valutazione emozionale che si realizza in nel circuito prefrontali-amigdala, anche in base alla memoria di analoghe esperienze che è fornita dall'ippocampo.

Ciò è in linea con le attuali conoscenze sul dolore, definito come una sensazione, altamente

sogettiva, basata su una relazione complessa e non lineare tra input nocicettivo e sua percezione. La più recente ricerca ha quindi messo in campo, accanto alla tradizionale ricezione sensoriale del dolore, detta appunto nocicezione, la sua modulazione cognitiva ed emozionale, che è ciò che determina la sensazione individuale del dolore.

I meditanti, come scrivono Joshua Grant e Pierre Rainville nel loro studio, mostrano la capacità di disaccoppiare circuiti cerebrali normalmente accoppiati, quelli di nocicezione e elaborazione percettiva del dolore, per cui, pur registrando il dolore, ne soffrono di meno. La maggior resistenza al dolore ha quindi un fondamento biologico costruito dalla meditazione. Del resto, altri studi recenti dimostrano che il cervello dei meditanti ha più materia grigia proprio nell'ippocampo. Insomma, il software meditativo che gira sull'hardware cerebrale lo modifica in meglio.

\* Presidente onorario Soc. Italiana Psiconeuroendocrinologia immunologia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Si modifica la percezione cosciente della sensazione fastidiosa

**LA TEMPERATURA**

Senza conoscere la temperatura applicata sulla loro pelle, i soggetti davano un voto da 1 a 10 al dolore provato e dicevano quando era insopportabile

**L'ESPERIMENTO**

Misurazione della soglia del dolore in soggetti normali e addestrati alla meditazione con almeno mille ore di pratica

**I RISULTATI**

I soggetti meditando hanno cominciato a sentire dolore e poi a definirlo insopportabile a oltre 2 gradi di più dei soggetti normali

**I SOGGETTI**

Ventisei uomini in salute sotto i 40 anni. Di questi tredici erano praticanti Zazen (meditazione da seduti giapponese di derivazione cinese)

**IL CERVELLO**

La risonanza cerebrale mostra che l'ippocampo dei soggetti addestrati alla meditazione ha più neuroni

**LA METODICA**

Riscaldamento della pelle del polpaccio con piastrine metalliche sino a 53 gradi. La valutazione dell'attività cerebrale è stata fatta con risonanza magnetica funzionale



**La sindrome**

Migliorano i fastidi ad articolazioni e muscoli con la psicoterapia e con lo "yoga della consapevolezza"

**Fibromialgia, si può curare con la psiche**

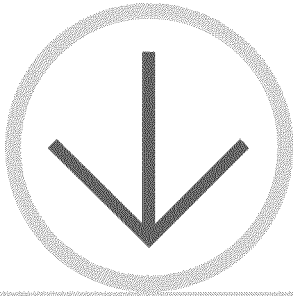
**L**a fibromialgia, o sindrome fibromialgica (Fms in sigla), è una condizione medica, caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico cronico e numerosi sintomi associati, che è stata per lungo tempo oggetto di controverse interpretazioni anche perché a tutt'oggi sfuggono completamente le cause. Il disturbo doloroso colpisce dal due al quattro per cento della popolazione generale, concentrandosi nella fascia di età fra i 30 ed i 50 anni, con un rapporto donne-uomini che è di 7 a 1. Frequente è il trattamento a lungo termine con antidepressivi, ma non manca l'uso sempre più diffuso di farmaci pesanti come gli antiepilettici.

In un quadro così difficile, la buona notizia è che un aiuto importante può venire dall'uso della mente. Uno

studio randomizzato controllato pubblicato su *Pain* del settembre scorso dimostra che un programma di "Yoga della consapevolezza" (centrato soprattutto sulla meditazione, sul controllo del respiro e su posizioni molto morbide) migliora il dolore, la fatica e l'umore. Infine una meta-analisi, pubblicata sempre su *Pain*, dimostra che la psicoterapia è un approccio efficace al trattamento della fibromialgia. Nell'editoriale di accompagnamento alla meta-analisi si legge che su psicoterapia e fibromialgia ci troviamo di fronte «a un'evidenza definitiva di efficacia (...) che fornisce agli operatori linee guida fondamentali per il trattamento del dolore».

(f. b.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Flash

## L'iniziativa

### TEST GRATIS A MILANO PER HIV ED EPATITE C

Per tutto il 2011, ogni primo venerdì del mese, test anonimi e gratuiti sulla saliva per individuare gli anticorpi dei virus Hiv e Hcv (epatite C). L'iniziativa si svolgerà a Milano in tre sedi: Laboraf, via Spallanzani 15 (12-15), punto prelievi Hsr, stazione Fn Cadorna (15.30-18), Asl servizio Crh-Mts viale Jenner 44 (8.30-15). In caso di positività si procede a test sul sangue Info: 0226433004

## I riconoscimenti

### PREMIATE 4 SCIENZIATE PER STUDI AL FEMMINILE

Onda, l'osservatorio nazionale sulla salute della donna, ha assegnato quattro borse di studio ad altrettante scienziate che si sono distinte nel campo della salute femminile e, in particolare, per i loro studi su osteoporosi (Giovanna Chitano), insonnia (Angelida Ullo), epidurale (Sara Pavanello) e comportamenti di gioco (Giovanna Chitano)

## Il film

### LA STORIA DI TIBERIO PAPÀ DELLA PENICILLINA

Domani mattina dalle 11, nell'aula Marconi del Cnr (piazzale Aldo Moro 7, Roma) proiezione del documentario "Vincenzo Tiberio, il vero papà della penicillina", documentario sul giovane ricercatore, le cui intuizioni anticiparono di trent'anni la scoperta della penicillina fatta da Fleming

## Il mensile

### GLI "INTEGRATORI" DEI PELLEGRINI

Il mensile Storica National Geographic di febbraio svela il segreto degli integratori idrosolubili usati dai pellegrini per reintegrare liquidi e sali persi durante il cammino che poteva durare anche mesi. Zuppe di verdure, miele, pane, carne di maiale. Ricette in base ai percorsi dei pellegrini, delle stagioni e delle coltivazioni incontrate per strada

## La prevenzione

### SE IL RUMORE FAVORISCE L'ICTUS

Per ogni 10 decibel di rumore in più cui si è esposti, il rischio ictus aumenta mediamente del 14%, e se la persona ha più di 65 anni, il rischio aumenta del 27%: lo segnala uno studio epidemiologico danese (Mette Soerensen, Istituto di Ricerca sul Cancro, Copenhagen) su oltre 50 mila persone pubblicato su *European Heart Journal*



La polemica

L'Aifa: pochi controlli. L'Istituto superiore di sanità: no, sono sicuri

# “Trasfusioni a rischio” è scontro sugli emoderivati

ALBERTO CUSTODERO

**P**RODOTTI derivati dal sangue già in uso in Italia potrebbero non essere sicuri dal punto di vista infettivo? Guido Rasi, direttore generale dell'Aifa, sospetta di sì perché non sono stati fatti tutti i controlli per escludere la presenza di vari virus trasmissibili col sangue, e si prepara a chiedere il sequestro dei lotti a rischio.

SEGUE A PAGINA 16

**E**NRICO Garaci, presidente dell'Istituto superiore di Sanità (ISS), ritiene che il rischio contagioso sia minimo, tanto è vero che ha autorizzato il rilascio dei prodotti in questione. E si oppone al sequestro in quanto il ritiro dei farmaci (essendo la ditta produttrice, la Kedrion, monopolista), provocherebbe un pericolo maggiore: lascerebbe gli ospedali e le farmacie senza quei prodotti necessari a molti pazienti. Per dirimere questo scontro fra Aifa e ISS, è sceso in campo, come arbitro diciamo così, il ministero della Salute. Che ha chiesto parere al CSS (Consiglio superiore di Sanità, che però è presieduto dallo stesso Garaci), per riuscire a dirimere la questione ed arrivare a una soluzione che non comprometta in alcun modo la salute pubblica.

La vicenda ha inizio quasi casualmente un paio di mesi fa quando la Kedrion Spa (società farmaceutica tra i leader mondiali del settore plasma derivati, nata nel 2001, sede a Barga, Lucca, il 60% è del Gruppo Marcucci, nel restante 40% è presente il fondo di private equity «Investitori associati Sgr»), chiede l'autorizzazione europea alla commercializzazione di alcuni lotti di derivati del sangue. Per farlo, scopre documenti e cartelle fino ad allora — non si sa perché — nessuno si era preoccupato di visionare con attenzione. È così che finalmente quel carteggio passa al severo vaglio dell'Aifa, l'ente al quale spetta per legge di dettare le regole che le ditte farmaceutiche devono rispettare

re pervenire sul mercato i loro prodotti. Ebbene, l'organismo presieduto da Guido Rasi s'accorge che la documentazione presentata dalla Kedrion non è conforme a quanto richiesto dall'Aifa. Ma per capire che cosa ha scatenato questa guerra del sangue, bisogna ricostruire come avviene la lavorazione del sangue per produrre i cosiddetti emoderivati. In sostanza, la procedura funziona così. I Centri regionali sangue raccolgono il sangue dai donatori che inviano alla Kedrion per la trasformazione in emoderivati, i quali vengono poi venduti alle stesse Regioni da cui provengono il sangue.

Ebbene, l'Aifa che aveva preteso nella AIC (Autorizzazione immissione in commercio) che sui lotti finali di sangue venissero fatte analisi precise e molto sensibili per escludere la presenza di tutta una serie di virus, scopre che Kedrion effettua solo la ricerca del Virus dell'Epatite C e trascura tutti gli altri tra cui HIV e HBV, ma non solo. Quando Rasi si accorge che, nonostante queste gravi inadempienze, l'ISS di Garaci aveva comunque autorizzato il rilascio dei

lotti, va su tutte le furie. È a questo punto che scoppia un vero e proprio conflitto istituzionale fra Aifa e ISS.

L'Aifa ritiene di avere il diritto-dovere di chiedere il ritiro di quei lotti. Non sono conformi all'autorizzazione. Il rischio di contagio, seppur minimo (stime dicono che si tratti di un rischio attorno a 0,1-1 per milione di sacche di sangue), non è zero. Opposta la posizione dell'ente presieduto da Garaci. L'ISS afferma — d'accordo con la posizione della Kedrion — che non vi siano rischi reali di contagio anche se vengono utilizzati lotti non conformi alle norme dell'Aifa, considerato che il sangue all'origine è ben controllato anche dal punto di vista infettivo e che la lavorazione per estrarre gli emoderivati, a parer loro, fa calare ulter-

riormente il rischio di infettare i pazienti a cui vengono somministrati quei prodotti. Poiché la Kedrion ha il monopolio della produzione dei derivati del sangue in Italia, l'ISS invece considera che il vero rischio sia, piuttosto, il ritiro dei lotti in questione perché il Paese rischierebbe di rimanere sprovvisto di quei farmaci fondamentali per trattare numerose patologie soprattutto legate a stati di immunodepressione. Come si concluderà questa strana guerra del sangue? Cosa deciderà il ministero? Un brutto dilemma al quale non si sarebbe dovuti arrivare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Sarà il ministero della Sanità a dirimere lo scontro tra le due istituzioni**

## La guerra del sangue “Emoderivati a rischio ritirati dal mercato”

*L'Aifa: mancano i controlli. L'Istituto superiore: no, sono sicuri*

### La scheda



#### LA KEDRION

La Spa (60% Marcucci, 40% Investitori Associati sgr), ha il monopolio in Italia per la produzione di emoderivati



#### L'AIFA

L'Aifa scopre che i prodotti Kedrion non sono a norma e ne chiede il ritiro perché non sono fatti tutti i test antivirali



#### L'ISS

L'Istituto superiore vuole evitare che il ritiro lasci i malati senza farmaci e autorizza la vendita



## Trasfusioni o emoderivati infetti

Le domande di indennizzo al ministero della Salute per i danni da trasfusione

**76.000**  
le domande di indennizzo presentate

**5.800**  
le domande con i requisiti richiesti



Le vittime di trasfusioni o emoderivati dal 1984 al 2010

Persone morte di epatite o Aids

**3.146**

di queste

Persone che hanno contratto l'Aids

**890**

784 Adulti 27 Bambini

79 Hanno un partner emofilico o trasfuso



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Anticolessterolo, psicofarmaci, antibiotici: in dieci anni i medicinali "equivalenti" hanno trasformato le cure in Italia. Ora potrebbero arrivare sul mercato prodotti che farebbero risparmiare centinaia di milioni di euro. Nonostante i ritardi. E i frequenti boicottaggi

# Farmaci

## Fare largo ai generici riparte la sfida dei brevetti

MAURIZIO PAGANELLI

# A

Almeno 300 milioni di euro l'anno di risparmio per il servizio sanitario sia nel 2011 che nel 2012: è l'effetto delle scadenze brevettuali, una quarantina, in primis l'atorvastatina (farmaco anticolessterolo) con la spesa più elevata (sfiora i 400 milioni di euro) insieme all'olanzapina, uno dei più diffusi antipsicotici. Poi nel 2013 sarà la volta del Viagra. I prossimi tre anni saranno decisivi anche per le scadenze dei farmaci biotecnologici. Negli Stati Uniti tra il 2011 e il 2012 finisce il brevetto di sei dei primi dieci farmaci di più largo consumo. Una vera rivoluzione. E un problema per le multinazionali.

I farmaci generici in Italia compiono dieci anni: nel 2001 solo un paziente su cento ne usufruiva, oggi uno su dieci, ma la media europea è assai più alta, cinque su dieci. Da 17 milioni di confezioni vendute nel 2001 a 189,47 milioni (12% del totale dei farmaci dispensati) nel 2009. Novecento milioni di euro in meno nel 2008-2009, secondo l'Aifa, agenzia del farmaco. I farmaci generici "puri" (non tutti quelli a brevetto scaduto sono generici) devono costare almeno il 20% in meno del brand o originatore; ma la riduzione media del prezzo sarebbe del 55%, con punte del 70%.

Tra poco anche i farmaci biosimilari, costituiti da proteine ottenute con tecniche di dna ricombinante (dall'insulina per il diabete, all'antivirus interferone usato in oncologia, per Aids ed epatite, agli anticorpi monoclonali anti-cancro), perderanno i brevetti: potrebbero portare fino a 500 milioni di risparmi annui nel 2020, secondo Michele Uda del centro studi Assogenerici.

«Esistono ancora resistenze e dubbi antiscientifici»,

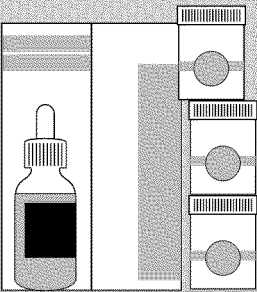
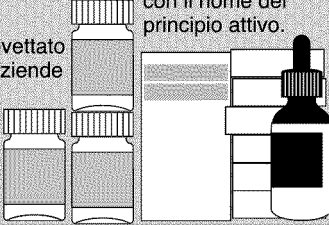
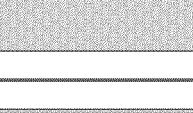
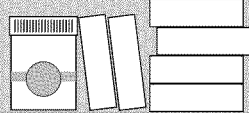
sottolinea Giorgio Foresti, presidente delle imprese del generico, «Oggi sono i farmacisti che sostengono la sostituzione del farmaco più costoso, i medici sono più abituarli. E noi non abbiamo informatori scientifici». Infatti le differenze saltano all'occhio: a Trento il consumo dei generici è a quota 22,4%, in Lombardia sfiora il 20%; in Calabria, Campania, Molise e Basilicata non arriva all'11%. C'è chi chiede per i medici, sull'esempio Usa, un "orange book" che indichi le possibili sostituzioni anche tra farmaci generici. Strumento utile, se non diventa un'altra scusa anti-generici, dice Foresti. Crollano anche i tentativi di far passare questi farmaci come meno efficaci. Sostiene il presidente: «In tutto il mondo si usano da anni e comunque gli studi di bioequivalenza e sicurezza vanno presentati per la registrazione».

Arma puntata anche la questione del principio attivo utilizzato o della quantità presente: la variabilità è identica ai medicinali d'origine. Come sostiene Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Negri: «L'industria che detiene il brevetto cerca di screditarli ma è dimostrato che i prodotti generici sono comparabili ai prodotti di marca». Il generico che nelle battaglie terzomondiste va bene per l'Africa, poi, persino per il consumatore progressista, diventa insicuro o di minor efficacia.

La questione è globale: l'Europa ha aperto un'inchiesta su presunte strategie per ritardare l'introduzione dei generici ma anche su presunti cartelli per tenerne alti i prezzi. In Italia l'americana Eli Lilly minaccia di ripensare gli investimenti in mancanza di «certezza della scadenza brevettuale» mettendo sotto accusa il procedimento di autocertificazione da parte dei "genericisti". Farmindustria la spalleggia. Il gigante Pfizer è sotto inchiesta dell'Antitrust per aver messo in atto «strategie per prolungare la protezione brevettuale di un farmaco per la cura del glaucoma fino al 2011». La multinazionale ha dichiarato di fornire massima collaborazione. La decisione è prevista per l'ottobre 2011. La battaglia continua.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I MEDICINALI

Brand	Generico "puro" o "equivalente"	Copia	Biosimilare
<p>È il farmaco brevettato, registrato con un proprio nome di fantasia.</p> <p><b>Co-marketing</b> Identico farmaco brevettato ma venduto da più aziende con altrettanti nomi di fantasia.</p> 	<p>Farmaco con brevetto scaduto commercializzato con il nome del principio attivo.</p> 	<p>Prima che fossero introdotti i brevetti (1978) le aziende potevano copiare, registrare e vendere con un proprio nome di fantasia farmaci scoperti da altri.</p> 	<p>È il generico del farmaco biologico, con principio attivo prodotto o derivato da un organismo vivente.</p> 

### BREVETTI IN SCADENZA

25 anni

La durata massima di un brevetto, che consente il diritto di vendere in esclusiva il principio attivo scoperto.

Marca                      Principio attivo

<b>ASPIRINA</b>	→ Acido acetilsalicilico
<b>TACHIPIRINA</b>	→ Paracetamolo
<b>AULIN</b>	→ Nimesulide
<b>VIAGRA</b>	→ Sildenafil citrato

**20-55%**

La riduzione di prezzo media applicata ai farmaci generici alla scadenza brevettuale.



#### SCADENZE FARMACI BIOSIMILARI

<b>LEUCEMIA</b>	2013: Rituxan-Rituximab
<b>TUMORE MAMMARIO</b>	2014: Herceptin-Trastuzumab
<b>ARTHRITE REUMATOIDE</b>	2017: Humira-Adalimumab
<b>TUMORI, AIDS, EPATITE</b>	2019: Interferone alfa (proteina)
<b>TUMORE</b>	2019: Avastin-Bevacizumab

SCADENZE FARMACI 2011	PRINCIPI ATTIVI PER PATOLOGIA	SCADENZE FARMACI 2012
Pioglitazone cloridrato	Diabete	
Lamivudina	Epatite Virale	
Rivastigmina	Alzheimer	Donepezil Cloridrato
Valsartan	Iperensione	Irbesartan
Atorvastatina	Colesterolo	
Calcio Tridrato	Emicrania	Zolmitriptan
Levofloxacina	Antibiotico	Rifabulina
Sodio ibandri, monoidrato	Osteoporosi	
Tiagabina	Epilessia	Vigabatrin
Letrozolo, Exemestan	Tumore	Sodio neridronato
	Dermatite	Flutrimazolo
Olanzapina	Psicosi	Quetiapina fumarato
Zafirlukast	Asma	Montelukast sodico
Tazarotene	Psoriasi	
	Tromboembolie	Bemiperina sodica
	Incont. Urinaria	Tofterodina tartrato
	Reflusso Gastroesofageo	Rabeprazolo Sodico

## L'INDUSTRIA IN ITALIA

**900 milioni di euro in 3 anni**

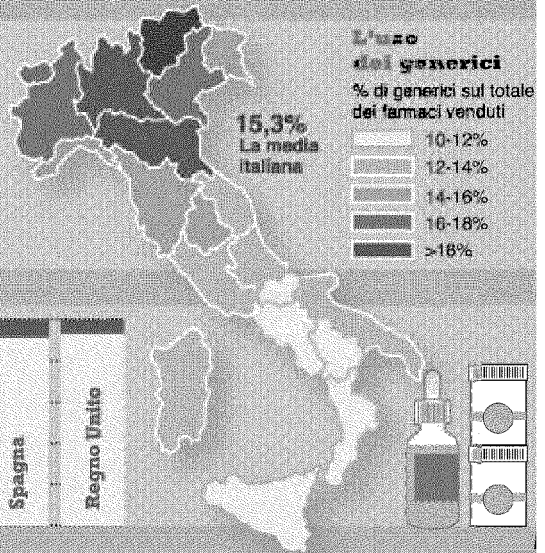
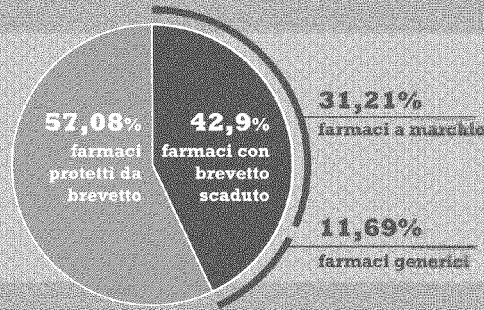
Il risparmio dovuto ai farmaci generici nel servizio sanitario nazionale

**6,4%**

Il valore dei farmaci generici sul mercato

**50**

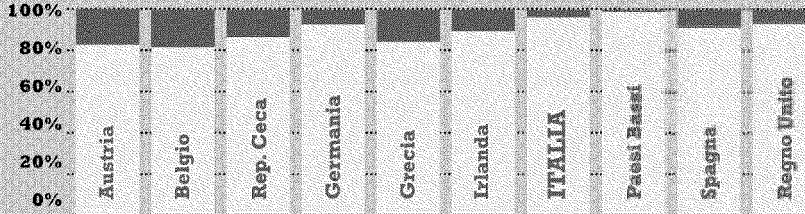
Aziende che producono farmaci generici



## I RIMBORSI IN EUROPA

Quota dei farmaci rimborsata dal servizio sanitario nazionale

% rimborsata  
% restante



**FARMACO GENERICO UN CAMMINO LUNGO DIECI ANNI**  
M. Cherubini,  
F. Gianì,  
M. Uda,  
198 pagine,  
39 euro  
Edizioni Gruppo24ore



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Per ora sono solo tre: alcuni ormoni e fattori di crescita per il sangue ma nei prossimi anni toccherà a insulina, interferone e anticorpi monoclonali

# Rivoluzione biosimilari il biotech va in scadenza

SILVIA BAGLIONI

I primi farmaci biotech sono entrati nel mercato negli anni Ottanta e nel nostro Paese ora rappresentano circa il 40% della spesa farmaceutica ospedaliera. Dopo 25 anni i brevetti scadono ed è possibile sviluppare prodotti con biotecnologie simili a quelle dell'originatore, che però devono dimostrare efficacia, qualità e sicurezza comparabili. A differenza dei farmaci equivalenti (i generici), i biosimilari non presentano lo stesso principio attivo dell'originatore, né devono essere somministrati nella medesima dose, nella stessa forma farmaceutica, con stessa via di somministrazione. Questo perché l'evoluzione di un farmaco di sintesi è molto diversa da quella di un biotech.

All'Emea, l'ente europeo, lo sanno bene, e l'iter per un biosimilare prevede studi pre-clinici e clinici su un ampio numero di pazienti. Un'esperienza clinica in ematologia condotta al Maggiore di Milano, ha confermato che il fattore di crescita G-CSF filgrastim XM02 biosimilare ha pari efficacia terapeutica del filgrastim originato. Risultati altrettanto convincenti sono stati ottenuti sempre al Maggiore (Unità endocrinologia e diabetologia) sull'ormone della crescita ricombinante, rhGH.

Oggi i farmaci biosimilari in commercio sono tre: l'ormone della crescita umana ricombinante; l'epoetina alfa, ormone che stimola la formazione di globuli rossi, utilizzato per trattare l'anemia nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica e nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia; il fattore di crescita emopoietico filgrastim, che stimola in modo selettivo la produzione di globuli bianchi e viene utilizzato per aumentare la produzione di cellule progenitrici del sangue in pazienti che devono affrontare l'autotrapianto. Dal 2012 andranno a scadenza importanti brevetti che riguardano varie patologie: diabete (insulina), epatite e Sclerosi multipla (interferone), tumori (anticorpi monoclonali).

Secondo Giorgio Foresti, presidente Assogenerici e amministratore delegato di Teva Italia, la progressiva introduzione dei biosimilari consentirebbe un risparmio medio del 30% (20 milioni di euro annui nei prossimi 10 anni). In Germania il filgrastim biosimilare rappresenta il 30% del mercato, in Italia solo lo 0,1%. Basterebbe attestarsi a questa percentuale per risparmiare tra i 6 e i 15 milioni di euro, tenendo presente anche la variabilità delle gare ospedaliere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fra le cause anche gli stili di vita sedentari, che facilitano il degenerare delle allergie. Secondo l'Oms le morti associate alla malattia sono 180 mila l'anno

# Da Novartis a Roche, guerra contro l'asma

Le principali case farmaceutiche e numerose istituzioni pubbliche di tutto il mondo stanno portando avanti ingenti investimenti per combattere o almeno controllare una malattia tuttora incurabile ma che si diffonde sempre più in ogni angolo del pianeta soprattutto a causa dello smog

**SILVIA MARIA BUSETTI  
STEFANIA MARTANI**

**F**ino all'ultimo respiro. Un senso di soffocamento, la trachea che sembra sigillarsi, spasmi e tosse. Sono i sintomi avvertiti da chi soffre d'asma, l'infiammazione cronica delle vie aeree caratterizzata da difficoltà respiratoria e broncocostrizione che nel mondo colpisce, secondo la Global initiative for asthma (Gina), 300 milioni di persone di ogni età e di ogni etnia. Diventeranno 400 milioni entro il 2025, un aumento del 30% in 15 anni. Le morti associate alla malattia, secondo l'Oms, sono 180mila ogni anno, per lo più (80%) concentrate nei paesi poveri a causa di ambienti degradati, sottodiagnosi, difficile accesso alle terapie. L'asma è diventata una malattia cronica diffusa tra i bambini, soprattutto nei paesi poveri: in Brasile, Costa Rica, Panama, Perù e Uruguay ci sono dal 20 al 30% di bambini che manifestano i sintomi della malattia, in Kenia il 20%, in India il 10-15% tra i bambini di 5-11 anni e un totale di 15 ai 20 milioni di asmatici. Circa 3 milioni i malati in Italia, con un'età media di 46 anni: nel nostro paese la malattia colpisce circa il 5% della popolazione adulta, per lo più nel Sud e nelle Isole (48% dei casi) e fra la popolazione femminile (59% contro il 41% dei maschi). In Italia l'asma rappresenta il 2% della spesa sanitaria,

**Oggi gli ammalati sono 300 milioni: aumenteranno del 30% di qui al 2025**

con un costo di 3.340 euro per ogni paziente. Oltre che economici, gli oneri sono sociali con un alto tasso di ospedalizzazione (l'11% degli adulti e il 19% dei bambini asmatici subisce almeno un ricovero), assenze da scuola (l'asma tra le malattie croniche è quella che causa le

maggiori assenze da scuola) e dal lavoro. 1.200 i decessi in Italia ogni anno (dati Istat).

Fu Omero, nell'850 a.C. ad usare per primo il termine Asma (*ásthma*, respiro breve) nel XV dell'Iliade, per descrivere l'atroce soffocamento di Ettore che disteso in una pianura perdeva lentamente conoscenza. Solo ora, quasi tremila anni dopo, cominciano grazie ai massicci investimenti delle case farmaceutiche e dei governi di tutto il mondo, ad esistere delle vere terapie in grado se non di guarire definitivamente questa malattia, di tenerla sotto controllo. Esistono i broncodilatatori a lunga o breve durata da usarsi in combinazione con steroidi inalatori per il superamento di crisi acute, e gli antinfiammatori, come i Corticosteroidi inalatori usati in combinazioni fisse: formoterolo/budesonide, salmeterolo/fluticasone, formoterolo/beclometasone.

In ultimo, gli anticorpi antiIgE come l'omalizumab, anticorpo monoclonale prodotto da Novartis per i pazienti con asma allergico grave persistente, da somministrare come terapia aggiuntiva ai pazienti con asma di natura IgE e di età superiore a 12 anni. Inibendo l'azione dell'immunoglobulina E (IgE), interrompe sul nascere un attacco d'asma. Permette, assicura la casa, di dimezzare la frequenza di attacchi gravi e di ridurre le ospedalizzazioni del 50%. Con il nome di Xolair è stato approvato dall'Fda nel 2003 e dall'Emea nel 2005. La Novartis nel complesso destina 226 milioni di euro destinati a Ricerca e Sviluppo, con un incremento del 18% rispetto al 2009.

Altra azienda impegnata nello

studio di prodotti innovativi contro l'asma, è Roche: sta conducendo un piano di studi di fase II con lebrizumab, un anticorpo monoclonale che ha come target l'inter-

leuchina 13, una proteina che riveste un ruolo centrale nell'infiammazione. Roche investe in Ricerca e Sviluppo oltre 7 miliardi di euro all'anno. Andiamo avanti. Coprodotto con Chiesi e distribuito in Italia da Abbott, un altro farmaco anti asma è il Formodual, per pazienti non adeguatamente controllati

con corticosteroidi e beta2-agonisti a breve durata d'azione, oppure in pazienti già in terapia con corticosteroidi o beta2-agonisti a lunga durata d'azione. Altro farmaco della Chiesi, azienda nata a Parma nel 1935 che fattura ormai quasi 900 milioni di euro, è il Foster, un'associazione fissa di beclometasone dipropionato e formoterolo fumarato. Dall'altra azienda italiana Sigma Tau viene invece il Lukasm (montelukast, antiasmatico antagonista dei recettori leucotrienici), per il trattamento di quei pazienti con asma persistente di lieve entità che non sono adeguatamente controllati con corticosteroidi per via inalatoria. Circa il 16% del fatturato globale di Sigma Tau viene reinvestito in R&D.

Quanto alla Schering-Plough, ha un farmaco, il mometasone fuorato (Asmanex il nome commerciale), corticosteroide sintetizzato di recente caratterizzato da un'azione antiinfiammatoria vasocostrittiva, apprezzato perché in monosomministrazione e con un erogatore semplice: il paziente deve solo svitare il tappo, inalare e riattivare il tappo. Fra i Beta-2 agonisti, uno dei più conosciuti è il salbutamolo (Ventolin di GlaxoSmithKline). Tra quelli a durata superiore detti Laba (Long-acting beta2-adrenergic agonists) e per questo adoperati nella terapia di mantenimento ricordiamo il salmeterolo (Serevent) sempre della GlaxoSmithKline. Infine, l'Astra Zanecca ha lanciato sul mercato una terapia di mantenimento e "al bisogno", il Symbicort, che associa il

corticosteroide inalatorio (ICS) budesonide (Pulmicort) e il broncodilatatore ad effetto immediato e a lunga durata formoterolo (Oxis) in un unico inalatore (Turbohaler). Il farmaco ha la funzione di controllare i sintomi e ridurre le riacutizzazioni gravi nei pazienti già in terapia con corticosteroidi inalatori o in terapia combinata con ICS e beta-agonisti Laba. A questo approccio terapeutico è stato assegnato una valutazione di Evidenza A nelle linee guida del Global Initiative for Asthma's (GINA).

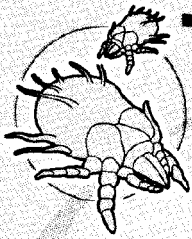
Nell'ambito del mercato farmaceutico generale italiano, la classe degli antiasmatici e in generale delle malattie broncopolmonari (Bpco) è la quarta dopo i farmaci antiipertensivi, anticolesterolemizzanti e gli antiacidi. Nei Bpco sono state vendute 38.972.000 unità l'anno scorso ed una quota di mercato del 2,1%: in totale 628,6 milioni di euro per una quota di mercato del 5,3%. La patologia è in crescita quasi pandemica.

**Sia in Europa che in America il numero dei pazienti è raddoppiato in un ventennio**

Nell'Europa occidentale il numero dei pazienti è raddoppiato in un decennio arrivando a 30 milioni di malati. Negli Stati Uniti, secondo l'Oms, il numero dei malati è aumentato del 60% dall'inizio degli anni '80 mentre sono raddoppiati i morti, che ora sono 5 mila all'anno (il tasso di mortalità era di 8,2 per 100 mila persone nel 1975-79, salito al 17,9 per 100 mila nel 1993-95 e ancora di più oggi). Il National Institute of Health (Nih) americano stima che a fine anni '90, ci fossero 17 milioni di asmatici negli Usa, pari al 6,4% della popolazione, con 4,8 milioni di bambini ammalati. I costi economici e sociali di questa patologia sono altissimi, tanto da superare quelli della tubercolosi e dell'Hiv combinati.

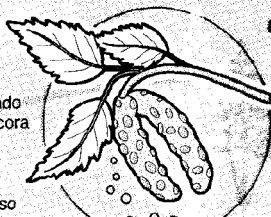
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La crescita dell'asma**



**GLI ACARI**

La primavera sta cominciando ma nelle case spesso è ancora acceso il riscaldamento: condizione perfetta perché si riproducano gli acari, e l'allergia agli acari è spesso la premessa dell'asma

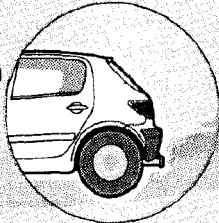


**I POLLINI**

In primavera si scatena l'impollinazione: a volte è funzionale alla riproduzione della pianta, in altri casi si tratta di gemme sollevate dal vento. Comunque causa allergie e riaccende l'asma

**L'INQUINAMENTO**

È accertato che le polveri sottili dei gas di scarico delle auto provocano malattie respiratorie: l'asma è la più diffusa, i tumori le più gravi



**300**

MILIONI DI MALATI DI ASMA NEL MONDO

**400**

MILIONI ENTRO IL 2025 (+30%)

**3**

MILIONI IN ITALIA (10 milioni di allergici)

**180**

MILA MORTI OGNI ANNO NEL MONDO

COLPISCE

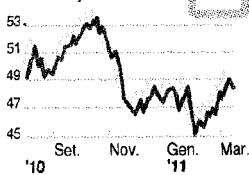
**70%** ADULTI

**30%** BAMBINI

**Le aziende impegnate**

**ABBOTT IN BORSA**

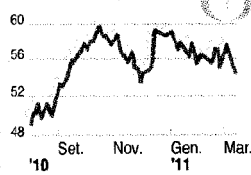
Dollari al Nyse



L'americana Abbott coproduce con la Chiesi di Parma un farmaco per determinati tipi di asma, il Formodual

**NOVARTIS IN BORSA**

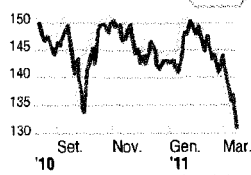
Dollari al Nasdaq



La svizzera Novartis ha avviato una terapia che, assicura la casa, permetterebbe di ridurre gli attacchi gravi

**ROCHE IN BORSA**

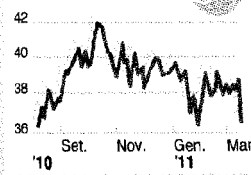
Franchi svizzeri a Zurigo



La Roche, azienda che spende ogni anno 7 miliardi in ricerca, ha individuato una proteina scatenante dell'infiammazione

**GLAXO IN BORSA**

Dollari al Nyse



La britannica Glaxo SmithKline ha brevettato un sistema di inalazione dei farmaci antiasmatici rapido e semplice da usare

**LA SCHEDA**

**Il nodo dei meccanismi scatenanti le nuove terapie cercano di fermarli**

Nei soli Stati Uniti i costi sociali diretti e indiretti superano i 30 miliardi di dollari. In Italia il Ssn spende 1,8 miliardi ogni anno

I Paesi sviluppati spendono per l'asma oltre il 2% della loro spesa sanitaria: in Europa il costo è di circa 17,7 miliardi di euro l'anno. In termini di produttività si perdono 9,8 miliardi di euro. Negli Stati Uniti, la stima dei costi diretti e indiretti è stimata in oltre 30 miliardi di dollari considerando giornate lavorative e scolastiche perdute. In Italia, l'International Study of Asthma and Allergies in Childhood (Isaac) i casi di asma bronchiale sono raddoppiati e ora costituiscono l'11% della popolazione per un totale di tre milioni. Secondo Federasma, tre bambini su cento sono colpiti dalla malattia cronica mentre due su cento sono i minori portatori di handicap conseguente alla malattia, la maggior parte in un'età compresa tra i 6 e gli 11 anni.

Nel 2009, ultimi dati ufficiali dispo-

nibili, tutti i farmaci dell'apparato respiratorio sono costati 1.759 milioni di euro, più della metà a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Quali le cause di quest'incremento? Inquinamento, cambiamenti climatici, aumento di allergeni nell'aria. Secondo l'Oms, è correlato ai fenomeni di urbanizzazione. Un'altra spiegazione, addotta dall'Nih americano, è che l'aumento del livello di igiene abbia in qualche modo influito sulla capacità del sistema immunitario inducendo una maggiore risposta allergica. Sull'incidenza dell'asma pesano anche elementi come l'obesità e il ridotto esercizio fisico.

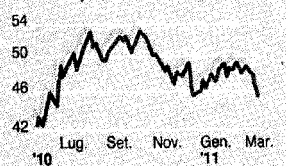
Ma se l'asma è agguerrita non lo sono meno i centri e i laboratori di ricerca. Le terapie sono numerose e vanno evolvendosi. Tra i farmaci più innovativi contro l'asma c'è una nuova categoria, gli antileucotrieni. I leucotrieni sono sostanze secrete dai globuli bianchi durante le reazioni allergiche ed infiammatorie. Un sottogruppo di

leucotrieni chiamati cisteinilleucotrieni determina la costrizione dei bronchioli situati all'interno del tessuto polmonare, aumenta la produzione di muco e l'edema, e richiama gli eosinofili, cellule che rilasciano sostanze ossidanti ed enzimi tossici. Le case farmaceutiche hanno lavorato a lungo per giungere alla scoperta di medicinali che bloccassero l'interazione dei leucotrieni con i recettori presenti a livello bronchiale e polmonare: tra i farmaci antileucotrieni, il Montelukast (Singulair) della Merck, non utilizzabile negli attacchi acuti perché il meccanismo d'azione si attiva dopo qualche giorno. Nella classifica dei farmaci più venduti nel 2010 si è piazzato al 15° posto con un fatturato di 4,9 miliardi di dollari. Anche lo Zafirlukast della Astrazeneca, azienda da 34 miliardi di dollari di fatturato (e 750 milioni di euro in Italia), si basa sullo stesso meccanismo di azione.

(s.m.b.-s.m.)

**Astrazeneca in Borsa**

Dollari al Nyse



A sinistra, Joe Jimenez, Ceo Novartis; a destra, David Brennan, Ceo Astrazeneca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# A che punto è la ricerca dopo 20 anni

## “Tante strategie, ma si è ancora lontani dalla cura miracolosa”

**VALENTINA ARCOVIO**

Sono più di 20 anni che i laboratori di tutto il mondo covano il sogno di realizzare un vaccino in grado di prevenire o curare l'Aids. Da allora di annunci importanti ne sono stati fatti tanti, ma alla fine nelle cliniche non è mai arrivato nulla. «Spesso si è peccato di un eccesso di ottimismo. Ma ormai abbiamo capito che siamo ancora lontani dalla cura miracolosa», commenta Giovanni Maga, direttore del Laboratorio di Virologia Molecolare dell'Istituto di Genetica Molecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Igm-Cnr), dove è allo studio una molecola anti-Hiv promettente.

Nonostante queste ripetute delusioni, l'ultima delle quali ha coinvolto il vaccino Aid-

svax sperimentato da scienziati americani e thailandesi, la ricerca va avanti. «Sono perlopiù due i tipi di approcci che si stanno seguendo: il primo è focalizzato sul controllo dell'infezione e il secondo sulla prevenzione e sull'eradicazione completa del virus», spiega Maga. Sul fronte del controllo della malattia qualche passetto in avanti è stato fatto. «Abbiamo circa una ventina di farmaci anti-retrovirali - riferisce l'esperto - che riescono a tenere sotto controllo l'infezione. L'ostacolo che questo approccio non riesce a superare è quello della resistenza: dopo un po' di tempo il farmaco non funziona più come prima».

Il secondo approccio riguarda la creazione di un vaccino che sembra l'unica strada possibile per eradicare il virus. È in questa categoria che rientra il MVA-B spagnolo, ancora in

una fase di sperimentazione molto preliminare. «Al momento ci sono circa una trentina di vaccini - dice Maga - che si trovano in varie fasi di sperimentazione. Ma fino ad oggi la maggior parte dei risultati è stata deludente. Adesso aspettiamo quelli del vaccino a cui lavora l'Istituto Superiore di Sanità con Barbara Ensoli, ormai arrivato alla fase II».

Due sono gli scopi dei vaccini allo studio: il primo è quello di somministrarli ai pazienti sani per prevenire un'eventuale infezione, il secondo è quello di usarlo come terapia nei pazienti già colpiti dal virus. «Fino ad ora nessun vaccino - sottolinea Maga - ha stimolato una risposta immunitaria statisticamente rilevante. Quello degli spagnoli sembra promettente anche perché si è dimostrato sicuro ma è ancora troppo presto per fare

previsioni».

Infine, nella schiera dei nemici dell'Hiv c'è una molecola made in Italy, su cui stanno lavorando i ricercatori dell'Igm-Cnr, che agisce su un «enzima cellulare», il DDX3, che una volta silenziato impedisce al virus di replicarsi. «Siamo arrivati a una molecola di di terza generazione. Il suo punto di forza - spiega l'esperto - è che supera l'ostacolo della resistenza del virus. Il suo punto debole, ancora per il momento, è che nei test cellulari si è rivelata tossica. Bisogna ancora lavorare molto».

In cantiere dunque ci sono tanti progetti, ora tocca capire quali di questi non esploderà in una bolla di sapone. «Non possiamo avere fretta. La lotta al virus dell'Hiv non è come contro quella del virus dell'Herpes», dice Maga. «La ricerca è fatta di tanti piccoli passi, il risultato importante potrebbe arrivare quando meno ce lo aspettiamo».

### I numeri dell'epidemia

**1,8**  
milioni

Il numero di persone uccise ogni anno in tutto il mondo dall'Aids, la Sindrome da Immuno-deficienza acquisita

**33,3**  
milioni

La stima degli individui affetti dal virus (2,6 milioni nel 2009) che convivono con la malattia



# Aids, il vaccino della speranza

Testato in Spagna: "Sviluppa una risposta immunitaria contro il virus nel 90% dei volontari"

## il caso

GIAN ANTONIO ORIGHI  
MADRID

**L**a speranza di vincere il flagello dell'Aids ha da ieri un solido appiglio. Un team di investigatori spagnoli ha infatti annunciato ieri i primi risultati di un vaccino che è riuscito a indurre una risposta immunitaria contro la malattia nel 90% dei casi. Non solo: gli effetti durano almeno un anno nell'85% dei casi e non hanno causato problemi collaterali tali da compromettere la salute dei volontari a cui è stato inoculato.

Il farmaco agisce sul sottotipo B dell'Hiv, quello prevalente in Europa e negli Stati Uniti, ed è frutto di una joint-venture tra il Consejo Superior de Investigaciones Cientificas (Csic) e gli ospedali Gre-

gorio Marañon di Madrid e Clinic di Barcellona. I lusinghieri risultati, appena pubblicati sulle prestigiose riviste «Journal of Virology» e «Vaccine», sono stati ottenuti nella Fase 1 della ricerca su 30 volontari sani, 24 dei quali hanno ricevuto per via intramuscolare il vaccino in 3 dosi, mentre gli altri 6 sono stati trattati con placebo. Le «cavie» sono state seguite per 48 settimane.

«I risultati devono essere presi con cautela, visto che il trattamento è stato provato solo su 30 volontari e, benché stimoli una risposta potente nella maggioranza dei casi, è presto per prevedere se le difese indotte preveniranno l'infezione», mette le mani avanti Felipe Garcia, capo del team del Clinic. Il vaccino MVA-B - assicura comunque il ricercatore Mariano Esteban - «ha dimostrato di essere potente come nessun altro vaccino in fase di studio». Già nel 2008, in sede di sperimentazione animale, aveva mostrato

un'efficienza molto elevata su topi e macachi. Ora, grazie all'elevata risposta immunologica negli esseri umani, la sperimentazione clinica sarà condotta anche su volontari con infezione da Hiv.

La storia di questo vaccino nasce nel 1999, quando il team di ricerca di Esteban inizia a lavorare su MVA-B, il cui nome deriva dalla sua composizione, basata sul virus Ankara modificato. Iniettarlo in un volontario sano - spiegano gli studiosi - è stato come allenare il suo sistema immunitario a combattere contro i componenti del virus. «È come se memorizzasse una "foto" dell'Hiv, rendendolo capace di riconoscerlo, se lo dovesse incontrare in futuro», spiega Esteban. In questo senso giocano un ruolo importante sia gli anticorpi sia determinate cellule-chiave, come i linfociti T CD4 e CD8.

«Il nostro vaccino ha dimostrato di essere capace di stimolare sia le cellule sia gli an-

ticorpi, ma adesso i prossimi passi, vale a dire le fasi 2 e 3, devono evidenziare se queste difese sono sufficienti a proteggere completamente gli esseri umani dalla malattia», aggiunge Garcia. Già la prossima settimana comincerà una seconda parte della fase preliminare: si tratterà di testare l'efficacia e la sicurezza del vaccino su 30 pazienti malati. L'obiettivo è provare se il vaccino è capace di controllare tutta la «carica virale» dell'Hiv.

Se la ricerca continua a produrre risultati positivi, il team spagnolo stima che, forse, entro cinque anni si potrà passare alla fase 3, cioè alla sperimentazione di massa. «Una risposta immune al 50% sarebbe sufficiente per la commercializzazione», sottolinea Bernaldo de Quiros, scienziato del Marañon. Ma c'è di più. Si potrebbe, infatti, usare il vaccino non solo come farmaco preventivo, ma anche come trattamento per chi è già malato di Aids. «Sarebbe un ottimo traguardo anche per i Paesi poveri - conclude Garcia - : così eviterebbero di sobbarcarsi il costo dei costosi farmaci per curare chi è affetto da Hiv».

### GLI SCIENZIATI

«È il più potente tra quelli in fase di studio»





www.ecostampa.it

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

087846



## «Ecco come attacciamo l'infezione nelle cellule»

domande  
a

3 Mariano Esteban  
biologo

Mariano Esteban, 67 anni, capo del gruppo Post-Virus e Vaccini del centro nacional di Biotecnologia del Csic di Madrid, è il coordinatore delle ricerche che hanno portato al promettente vaccino presentato ieri.

**Si può dire che siamo all'inizio della vittoria sull'Aids?**

«No, sarebbe esagerato, però indubbiamente si tratta di un passo avanti contro l'Hiv. Abbiamo presentato i risultati clinici di un prototipo di vaccino in grado di produrre una risposta immune in quasi tutti coloro che ne vengono sottoposti. Questa risposta da un lato produce anticorpi, dall'altro linfociti T e soprattutto quelli T CDB+ che sono i più importanti ai fini della distruzione della cellula infettata. I linfociti, presenti in grande quantità nel nostro corpo, sono gli "incaricati" di scoprire le sostanze estranee prodotte dall'organismo. E sono loro che inviano i segnali necessari per la loro distruzione».

**Perché, in concomitanza con la scoperta, annunciate che siete alla ricerca di finanziamenti?**

«Per il momento abbiamo la copertura per produrre nuovi vaccini e per la fase preliminare con i sieropositivi, mentre stiamo negoziando stanziamenti per la fase 2. I soldi provengono dallo Stato e dalle fondazioni private. Purtroppo anche in Spagna stiamo attraversando un periodo di grande crisi economica».

**Se si trovasse di fronte a dei malati di Hiv, cosa direbbe loro?**

«Che non li abbiamo dimenticati, che stiamo lavorando molto alacremente e che sia-

mo convinti che presto si riuscirà ad ottenere un vaccino per sconfiggere l'Aids. E che questa pandemia la lasceremo negli annali della storia come accadde con il vaiolo, la prima malattia sradicata dal pianeta e prodotta da un virus».

[G. A. O.]



# TORNA LA PAURA DELLA TBC

| EUGENIA TOGNOTTI

**L'** allarme suscitato dai casi d'infezione tubercolare nel reparto di Neonatologia del Gemelli, ha provocato, anche in un Paese a bassa incidenza come l'Italia, un risveglio dell'attenzione verso quell'antico morbo - chiamato un tempo «mal sottile» - che dopo una spettacolare regressione epidemiologica dagli Anni Cinquanta, ha conosciuto negli ultimi decenni un'inversione di tendenza. A favorirne la diffusione, in particolare nelle grandi capitali europee e nei Paesi in via di sviluppo, ha contribuito, anche l'aumento d'individui con compromissione dell'immunità dovuta all'infezione da Hiv/Aids, nonché l'uso indiscriminato di antibiotici, che ha provocato la selezione e la disseminazione nel mondo di batteri multi-farmaco resistenti. Ma non è meno importante il ruolo svolto dall'eziologia sociale, per riprendere una definizione cara agli igienisti dell'Ottocento; la ricomparsa della malattia sembra essere legata alla povertà dei gruppi di popolazione «a rischio», tra cui i migranti, che sperimentano condizioni, quali miseria, sovraffollamento degli alloggi, fatica, carenze nutritive, marginalità urbana, che nel XIX secolo favorivano la diffusione della tubercolosi negli insalubri quartieri delle grandi città in crescita sotto la spinta dell'industrializzazione.

Così, la tubercolosi sembra riprendersi, prepotentemente, il ruolo di malattia-metafora che aveva nell'Ottocento, quando -

dopo la dimostrazione d'infettività e contagiosità per via aerea - si trasforma da malattia costituzionale, individualizzante, propria di esistenze elette (artisti, poeti, musicisti) in «fenomeno morboso di massa», socialmente discriminante: il romantico tisi-co lascia il posto al pericoloso disseminatore di mortali bacilli, che, tossendo o sputando, contamina lo spazio pubblico (strade, uffici, carrozze ferroviarie, teatri, ecc.). Perché il tubercolotico non era un malato qualunque, costretto a letto per quasi tutto il periodo della malattia, caratterizzata da un decorso prolungato: «il morbo lento» la chiama Alessandro Manzoni, che di quella malattia vede morire nel 1856, all'età di venticinque anni, sua figlia Matilde.

Una malattia unica, dunque, con caratteri speciali rispetto ad altre malattie infettive: l'agente causale, il *Mycobacterium tuberculosis*, è un batterio trasmesso da persona a persona principalmente attraverso l'inalazione di goccioline di secrezioni respiratorie («aerosol»), prodotte a seguito di colpi di tosse, starnuti o attraverso il semplice eloquio. Nella maggior parte dei casi, l'infezione si localizza nelle basse vie respiratorie e viene contenuta dal sistema immunitario, non producendo sintomi o segni clinici di malattia. Lo stato d'infezione può essere evidenziato mediante test cutanei o sierologici, come nel caso dei bambini ricoverati all'ospedale «Gemelli». In caso di compromissione permanente o temporanea del sistema immunitario, al momento dell'infezione o in un periodo successivo all'acquisizione dell'infezione, i micobatteri possono

diffondersi e «attaccare» le strutture polmonari. La malattia tubercolare («tubercolosi») si verifica, quindi, più spesso nei polmoni, ma può anche interessare i linfonodi superficiali («scrofoli»), il sistema scheletrico, l'intestino, il cervello e le meningi, i reni e altri organi. I «gruppi a rischio» nel nostro mondo (senz'altro, tossicodipendenti, carcerati, migranti, anziani, soggetti con infezione da Hiv/Aids, ecc.), che condividono la condizione di una più o meno grave compromissione immunitaria, hanno in comune con i gruppi di popolazione nelle città ottocentesche la povertà, e, di conseguenza, la sua capacità di favorire la caduta del sistema immunitario. Ma, tra XIX e XX secolo, in un periodo critico di crisi economica, d'instabilità politica, paure e ansietà sociali, la risposta in Italia, e quasi ovunque in Europa, non fu quella di sollevare i salari e di diminuire le ore di lavoro. Ma di allontanare e isolare i disseminatori di bacilli, identificati come «il nemico», scatenando, nel contempo, la guerra al bacillo, con una crociata antisputo che porterà a riempire uffici pubblici, scuole e fabbriche di sputacchiere e cartelli con la scritta «non sputare».

Oggi come ieri, si ritrova - quasi senza meraviglia -, l'esortazione a combattere la screanzata abitudine di sputare, a sottoporre a visita medica gli immigrati che provengono dai Paesi a rischio, e la polemica per un'Europa diventata un «setaccio» che accoglie gruppi d'immigrati-untori che portano nei nostri Paesi malattie gravi dai loro Paesi d'origine. A conferma dell'immutato potere di quella sfuggente patologia di far emergere paure, conflitti, ansie per il futuro e stigma sociale.

## Il pianeta che cresce

### Sette miliardi di opportunità per la Terra

PAOLO MASTROLILLI  
INVIATO A NEW YORK

**L'**orologio ticchetta inesorabile, sul sito dello «United Nations Population Fund»: alle otto di ieri sera sulla Terra c'erano 6 miliardi, 929 milioni e 976.450 esseri umani. Entro la fine dell'anno raggiungeremo la soglia dei sette miliardi, anche se le stime variano: accadrà a luglio, secondo il «Census Bureau» americano, mentre l'Onu scommette sulla fine di ottobre.

CONTINUA A PAGINA 16

PAOLO MASTROLILLI  
INVIATO A NEW YORK

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

**P**er non farsi prendere comunque di sorpresa, l'Unfpa, ossia l'organo sussidiario dell'Assemblea Generale che si occupa dei temi della popolazione, lancerà già domani la prima iniziativa globale su questo traguardo storico. L'ha chiamata «7 Billion People, 7 Billion Actions», ossia sette miliardi di persone, sette miliardi di azioni. Con l'aiuto di grandi sponsor, da Facebook all'Ibm, chiederà alle aziende, ai media, alle organizzazioni non governative, alle università, alle agenzie dell'Onu, alle singole persone, di raccontare storie concrete oppure prendere impegni su come affrontare i problemi più pressanti dell'umanità. Sette miliardi di persone sono un'opportunità o una minaccia?

Sette, ovviamente, sono le chiavi offerte per rispondere: povertà e ineguaglianza, perché ridurre la povertà riduce anche la crescita della popolazione; donne e ragazze, perché eliminare

le discriminazioni sessuali accelera il progresso; giovani, perché con l'interconnessione tecnologica stanno cambiando il mondo, ma bisogna garantire loro un futuro; salute riproduttiva, anche se su questo punto sono già garantite le polemiche; ambiente, perché dal nostro comportamento dipenderà la salute della Terra; invecchiamento, perché con la fertilità che scende e la vita media che si allunga, dovremo trovare nuovi modelli sociali; urbanizzazione, perché i prossimi due miliardi di esseri umani in arrivo vivranno nelle città, e quindi bisogna cominciare a pianificare in fretta la loro sistemazione.

Non è detto che questi siano gli unici temi, o i temi migliori, su cui impostare la riflessione. Infatti dietro la sigla Unfpa, e la sua ex direttrice Nafis Sadik, molti vedono solo l'istituzione protagonista della Conferenza del Cairo nel 1994, ossessionata dall'obiettivo di limitare le nascite. Ad esempio, quando al punto 4 chiede di «assicurare che ogni bambino sia voluto», l'Unfpa usa un linguaggio in codice per promuovere politiche di pianificazione familiare che provocano ancora forti divisioni.

Ormai, però, il tema è più grande di così, e forse qualche numero aiuta ad inquadrarlo. Eravamo appena 3 miliardi nel 1960, e l'ultimo miliardo lo abbiamo aggiunto in appena 12 anni, dal 1999 ad oggi. Nel 2050 dovremmo essere 10 miliardi e mezzo e le città con più di 10 milioni di abitanti sono già oltre 20. Eppure i tassi di crescita stanno rallentando, un po' ovunque. In Europa siamo scesi sotto la media di due figli per coppia, con Paesi tipo l'Italia che ormai ospitano quasi «razze in via di estinzione». Ma anche la Cina è scesa da 6 figli di media nel 1965 a 1,5 di oggi, mentre il Brasile ha dimezzato le nascite e l'Iran le ha ridotte del

70%. Resta fuori controllo l'Africa subsahariana, che però rappresenta solo il 16% della popolazione mondiale, secondo le stime del «National Geographic». L'India fatica a centrare i suoi obiettivi, ma per fare un esempio positivo, nello Stato del Kerala è bastato investire sull'istruzione delle donne per ridurre il tasso di fertilità all'1,7%. In molti casi si tratta di risultati raggiunti senza politiche imposte, come quella del figlio unico in Cina, le sterilizzazioni o gli aborti forzati: sviluppo, benessere ed istruzione cambiano anche il modo di vedere la famiglia, limitandone le dimensioni con metodi che non dividono.

Ma perché dovremmo celebrare come un successo il contenimento delle nascite? Secondo Thomas Malthus, anno 1798, perché alla lunga la Terra non avrà abbastanza risorse per tutte queste persone, e quindi toccherà alle guerre e alle malattie di ricostruire l'equilibrio. Finora, per fortuna, questa previsione si è dimostrata largamente sbagliata, così come quella di Paul Ehrlich, che ancora nel 1968 metteva in guardia dalla «Population bomb».

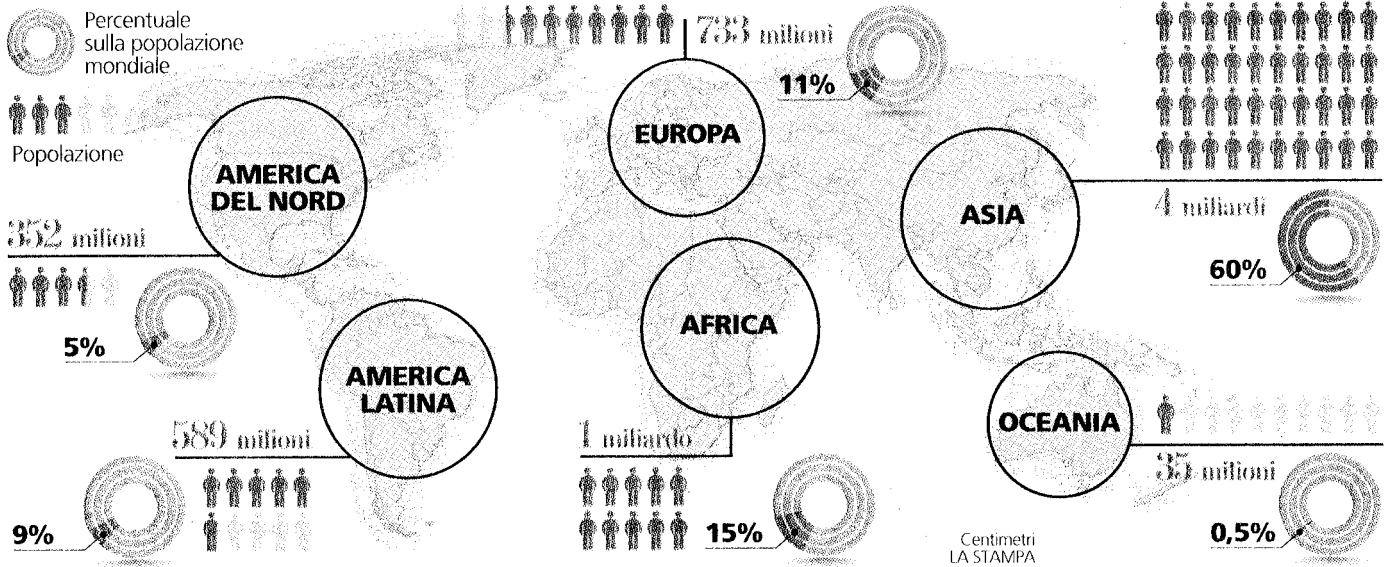
Di sicuro c'è che finora l'ingegnosità degli esseri umani ha trovato risposte adeguate quasi a tutte le nostre esigenze, e magari non staremmo neppure a fare questi discorsi, se il progresso della medicina non avesse fatto balzare a 77 anni l'aspettativa di vita nei Paesi più sviluppati. Anche l'India è passata dai 38 anni del 1952 ai

64 di oggi, e la Cina da 41 a 73. Storie concrete e positive, dunque, come quelle che l'Unfpa spera di mettere insieme da tutto il mondo, per smentire ancora Malthus e trasformare quel numero immenso di esseri umani in sette miliardi di opportunità.

LE MEGALOPOLI  
«Si dilatano le città e si dovrà pianificare la loro sistemazione»

L'ALLARME  
Resta ancora fuori controllo l'Africa subsahariana

## I numeri



**77** anni  
L'aspettativa di vita nei Paesi più sviluppati

**-50** per cento  
La nascite negli ultimi anni in Brasile

## L'Oms Infarto e tabacco sono i killer

I ricchi muoiono di problemi cardiovascolari, i poveri per colpa delle malattie che i ricchi riescono a curare. A tracciare il quadro è l'Oms, che ha pubblicato i dati sullo stato di salute dell'umanità con l'obiettivo di migliorare le politiche sanitarie dei vari Paesi. La principale causa di morte nel mondo sono le malattie cardiovascolari, che nel 2008 hanno contato 3,5 milioni di vittime, mentre nelle regioni più sottosviluppate a colpire sono le infezioni alle vie respiratorie, la diarrea e l'Aids. In questo senso - ammonisce l'Oms - non va abbassata la guardia sul tabacco, responsabile della morte di quasi un adulto su 10 nel mondo. Intanto, nelle nazioni ad alto reddito, dove si supera un'età media di 70 anni, cresce l'allarme per i casi di tumori, l'Alzheimer e altre forme di demenza.

## Il programma «Acqua potabile per tutti»

L'acqua contaminata è responsabile di malattie che ogni anno uccidono due milioni di persone e ne fanno ammalare miliardi, soprattutto bambini sotto i cinque anni: patologie che in gran parte dei casi sarebbero prevenibili e dunque evitabili. È per questo motivo che l'Oms ha diffuso nuove linee guida per spingere i governi a migliorare la qualità dell'acqua potabile, adottando un «Programma di sicurezza».

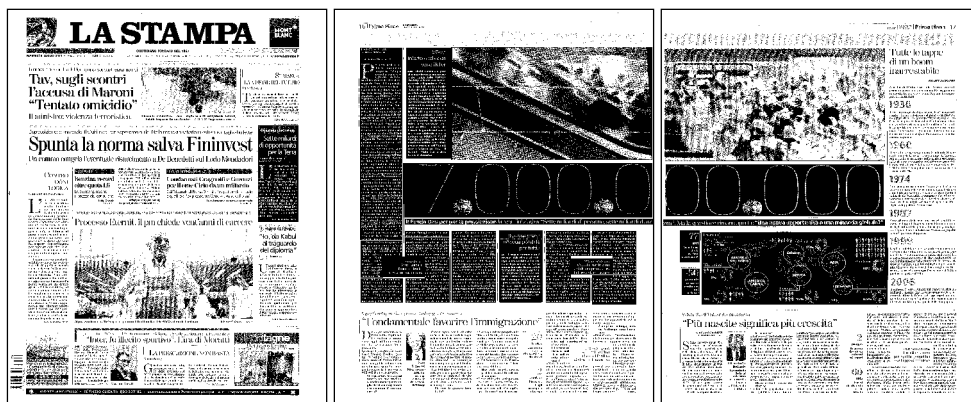
7.000.000.000

Il Fondo Onu per la popolazione lancia l'iniziativa "Sette miliardi di persone, sette miliardi di azioni"

. Ma la questione rimane aperta: **«Una nuova opportunità o una minaccia globale?»**



www.ecostampa.it



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



# Droga, una piaga dimenticata

**Si muore di meno** ma si consuma molto di più, e soprattutto l'Italia investe poco e male sui programmi di prevenzione. È la denuncia del Gruppo Abele. Che a Torino si interroga su futuro e si domanda: **come invertire la rotta?**

MARIA TERESA MARTINENGO  
TORINO

**T**rentacinque anni fa, nella centralissima piazza Solferino, in una città terra di immigrazione dal Sud, di sradicamenti, di grandi disagi sociali, il Gruppo Abele di don Luigi Ciotti innalzò una tenda che fu uno scossone per le coscienze: 200 persone digiunavano per giorni, un gruppo proseguì a olfranza, il cardinale Michele Pellegrino portò la sua solidarietà. Si chiedeva una legge - mentre l'eroina si stava diffondendo - che considerasse i consumatori di droga persone da aiutare e non delinquenti da incarcerare, com'era stato fino a quel momento. Sei mesi dopo venne approvata la legge 685.

Trentacinque anni dopo, e alcune leggi dopo, il Gruppo Abele, esperti di allora e di oggi, e don Ciotti si sono ritrovati per ragionare su droga, dipendenze e consumi nella ex fabbrica di corso Trapani trasformata in spazio di riflessione e di educazione, di ricerca e recupero. E nella prima giornata di una intensa due giorni, le parole di don Ciotti hanno denunciato la deriva culturale e il ritorno al passato.

«Oggi aumenta il penale - ha detto il fondatore del Gruppo Abele - e diminui-

sce il sociale. Basti pensare che dal 2008 a oggi i fondi per le politiche sociali sono diminuiti di quasi l'80%, da 2,5 miliardi a 379 milioni: 2 miliardi in meno da destinare ai progetti e ai servizi per le fasce deboli». Sullo specifico della tossicodipendenza,

don Ciotti ha spiegato: «Da tempo il numero di persone tossicodipendenti che transita ogni anno per le carceri italiane è assolutamente maggiore di quello di coloro che passano nelle comunità terapeutiche: 26 mila contro 16 mila. E si propongono nuove carceri. È il carcere la modalità con cui il nostro paese intende rispondere al problema?».

Nei grandi istituti penitenziari - San Vittore, Vallette, Rebibbia, Marassi, Poggioreale - i tossicodipendenti sono anche oltre il 50%: persone marginali con cumuli di problemi, povertà, patologie, famiglie disgregate, bassa scolarizzazione. «Per loro -

ha proseguito Ciotti - più che una risposta carceraria sarebbero opportune politiche sociali. Ma queste risposte, antitesi dell'inclusione, si inquadrono in un clima culturale e politico preciso che segna il declino dell'ideale riabilitativo. Il declino si legge anche nella riduzione

della spesa annua per detenuto, passata dai 13.170 euro del 2007 ai 6.257 del 2010». Più povero il cibo, l'igiene, l'istruzione e così via.

Leopoldo Grosso, vice presidente del Gruppo Abele, ha spiegato che sul fronte della tossicodipendenza oggi lo scenario è meno «preciso» di un tempo. Ha parlato di «dati di difficile lettura», di «consumo di polisostanze, di fidelizzazione alla cannabis ma con facili sfioramenti nelle anfetamine, nella cocaina». Condizioni che rendono più arduo accedere alle misure alternative con la diagnosi di tossicodipendenza. In effetti, tossicodipendenza solo mascherata o a singhiozzo.

Per Ciotti «bisogna allargare l'attenzione ai nuovi aspetti delle dipendenze: cocaina, "droghe da prestazione", gioco - "tassa sulla povertà" perché tocca soprattutto i più poveri -, al web, al triplicarsi dell'uso di psicofarmaci e antidepressivi. Bisogna guardare al ritorno silenzioso dell'eroina». In Piemonte, dall'estate scorsa sono state oltre venti le morti per overdose.

Davanti alla tenda, 35 anni fa, era stato affisso un cartello con i nomi dei primi morti per droga in Italia: Eros, Concetta, Piero... Serviva una legge più umana. Oggi di nuovo. «Dobbiamo dire basta a quel che succede nel sociale. A questa politica frega niente delle nostre storie, di quelle persone che noi guardiamo in faccia ogni giorno. Persone».

**L'EROSIONE**  
Dal 2003 i fondi stanziati per le politiche sociali sono diminuiti dell'80%

Viviamo in un clima culturale e politico preciso, segnato dal declino dell'ideale riabilitativo

**Don Luigi Ciotti**  
fondatore del Gruppo Abele



La storia/1  
Antonio,  
senza risorse  
per rialzarsi

La storia di Antonio, 40 anni e una lunga odissea di strada, è quella di un uomo che nonostante le cadute tenta periodicamente di rimettersi in piedi. Una storia «classica», una tra le tante che anche stamane troveranno spazio nelle relazioni degli esperti del Gruppo Abele. Una storia di disagio familiare, di mancanza di riferimenti validi, adulti. Antonio lo vedono arrivare e poi inabissarsi ancora al Centro Crisi del Gruppo Abele. Lo vedono arrivare per Claudia, la ragazza che ha sposato, e per la loro bambina. «Per lei voglio star meglio, veramente», dice quando arriva. In quel momento è sincero. Ma poi il rapporto con la moglie e con la figlia si rivela sempre molto più complesso e difficile di quanto sperava. Antonio dimostra almeno dieci anni in più della sua età. Ha smesso di studiare a 14 anni, da allora è stato un susseguirsi di strada, carcere, comunità. Al Gruppo Abele è arrivato attraverso il Sert: eroina, cocaina, alla fine alcol. Una casa ce l'ha ma non riesce a starci. E Claudia, che credeva di poterlo salvare, finora non ce l'ha fatta. «Antonio ha la salute molto compromessa, entra ed esce dal carcere - dice una operatrice del Centro Crisi -, ma ogni volta ci riprova». Oggi però rischia di non poterlo fare più per i tagli alla spesa sociale. «I tagli da noi si traducono in volti di persone - spiega l'operatrice -, volti che spariscono, cancellati dalle nostre liste d'attesa con l'interruzione dei programmi che portiamo avanti con i Servizi per le tossicodipendenze Antonio, come Sara, Paolo e decine di altre persone oggi non

possono più contare su borse lavoro, né su altre possibilità di reinserimento sociale. È come se li stessi definitivamente abbandonando a se stessi».

[M. T. M.]

La storia/2  
Giada,  
senza figure  
di riferimento

Giada, torinese, 20 anni, è figlia di una coppia di tossicodipendenti. Una «seconda generazione» del disagio, dello sbattersi sulla strada con la droga, una condizione nella quale spesso - con una speranza di normalità che raramente prende poi forma - vengono generate nuove vite: bambini e poi ragazzini per i quali si dovrebbe fare il massimo, investire per toglierli a un destino altrimenti probabile. Giada ha una sorella gemella, anche lei in comunità. Stessi problemi ed esperienze. Chi ha accolto Giada al Centro Crisi del Gruppo Abele ha verificato che l'aspetto della tossicomania in lei non è troppo compromesso, ma è critico tutto il resto. Padre e madre erano sieropositivi, la madre è morta per una malattia collegata all'Aids. Il padre da tempo non ha più contatti con la droga, ha una casa. Ma il rapporto è molto difficile. E al Centro, i ragazzi come Giada, con la terza media e basta, mai un lavoro, maltrattamenti all'ordine del giorno subiti per anni, sono identità da costruire quasi da zero, competenze da formare. Hanno un bisogno assoluto di figure di riferimento. Le sostanze, per ragazzi così, servono soprattutto per integrarsi nel gruppo. Al Centro, raccontano gli operatori, vengono offerte opportunità di inserimento. L'accordo con Casa Acmos, dove ci si occupa di immigrati e di lavori sociali, permetterà a Giada di capire che esistono delle alternative alla vita che ha fatto finora. Il professor Luigi Cancrini, direttore del Centro di Aiuto al Bambino maltrattato e alla Famiglia di

Roma, ieri ricordava che i genitori dei piccoli che arrivano al Centro spesso sono gli utenti dei Sert: bambini che a loro volta avevano sofferto e non erano stati curati. E chi non è curato ripete il suo vissuto sui figli, per questo è decisiva la prevenzione. Ma oggi quando Cancrini chiede di far iniziare una psicoterapia ad un ragazzino maltrattato, si sente rispondere «Forse tra un anno».

[M. T. M.]

Le  
sostanze

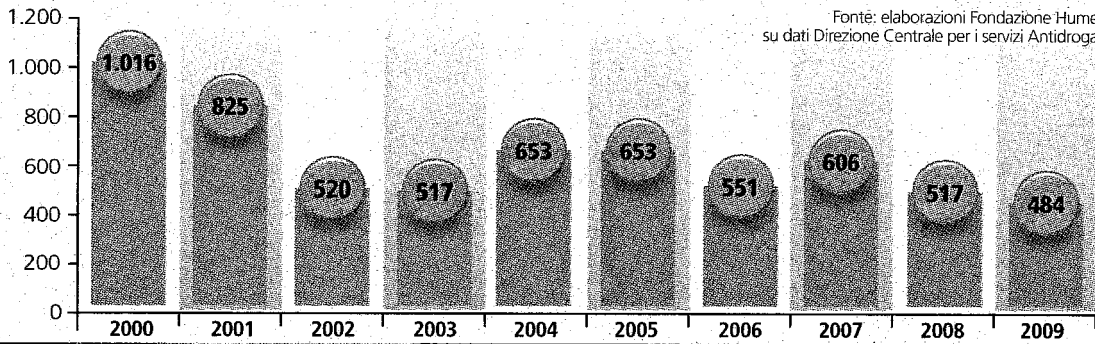
**Ketamina**  
La più usata nei rave party: anestetico veterinario, produce effetti psichedelici

**Ero fumata**  
Droga pesante per eccellenza, oggi viene fumata

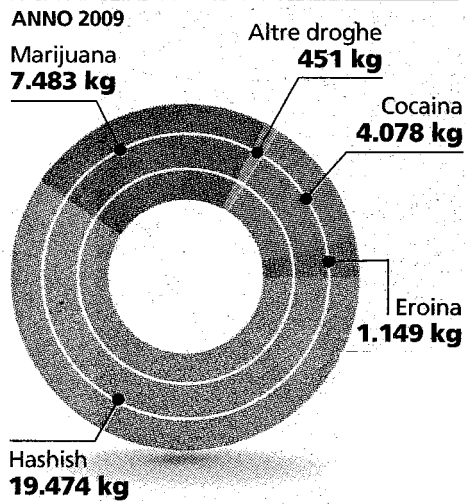
**Cocaina**  
Può essere sniffata, fumata o iniettata: il suo consumo è in aumento



## Decessi



## Sequestri di stupefacenti



### I NUMERI

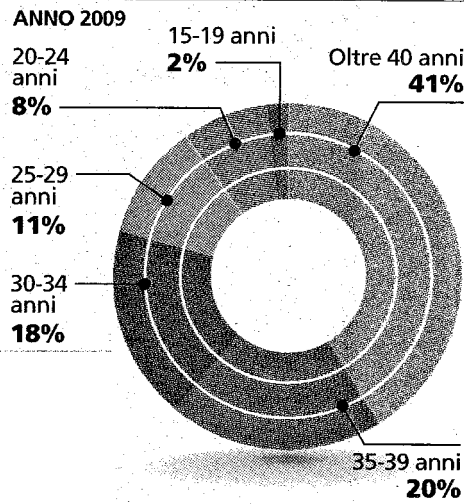
**3,5 milioni** di persone coinvolte nel consumo di sostanze illegali

**393.490** i tossicodipendenti con bisogno di trattamento (il 9,9/1000 dei residenti tra 15 e 64 anni)

di cui **216.000** assumono oppiacei e **178.000** assumono cocaina

Fonte: dati tratti dalla relazione 2010 al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti, dal rapporto Cecd 2010 e dall'Osservatorio OMS

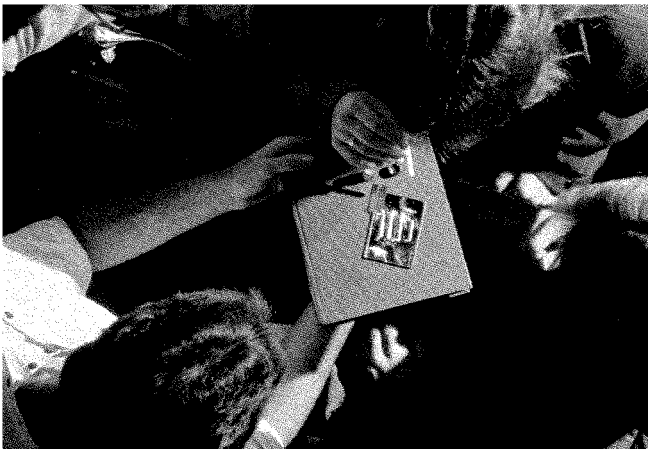
## Morti per fasce d'età



## CONSUMO TRA GLI STUDENTI

su un campione di 34.738 soggetti tra i 15 e 19 anni (tra parentesi dato del 2008)

EROINA	<b>1,2%</b> (2,1%)
COCAINA	<b>4,1%</b> (5,9%)
CANNABIS	<b>22,3%</b> (31,5%)
ANFETAMINE, ECSTASY	<b>4,7%</b> (4,7%)
ALLUCINOGENI	<b>3,5%</b> (4,7%)



Retaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

## VIRUS H1N1, NIENTE ALLARMISMI PER UN "NEMICO" CONOSCIUTO

EUGENIA TOGNOTTI

**L**a buona notizia è che - in questo esordio d'epidemia - ci si trova di fronte ad un «nemico» ben conosciuto, cioè il virus influenzale H1N1 che l'anno scorso ha tenuto in ansia autorità sanitarie, esperti e governi in ogni angolo del pianeta: quella sorta di gioco a guardia e ladri che è il monitoraggio virologico non ha riscontrato variazioni. E dai Paesi dove la fase epidemica è più avanzata - come la Gran Bretagna non giungono notizie d'impennate della mortalità, anche se viene segnalato un numero abbastanza elevato di ospedalizzazioni per influenza grave negli adulti con fattori di rischio, mentre in Francia il Consiglio Superiore di Sanità ha avvertito che il virus H1N1, diventato stagionale, sembra mantenere gli stessi pericoli dell'anno scorso per la sua propensione a colpire gravemente donne incinte e persone obese. In più le roventi polemiche sui vaccini e il fallimento della campagna di vaccinazio-

ne, hanno avuto un pessimo effetto: quello di allontanare malati cronici e anziani dalla più efficace arma disponibile.

Niente allarmismo, comunque. A patto di ricordare che il virus influenzale è uno degli agenti patogeni a più alta diffusione e capacità di contagio e che la «banale» influenza - considerata fino alla terrificante pandemia di Spagnola «una malattia scagnozza, comoda per tutte le ingenuie poltrinerie», scriveva l'igienista Enrico Bertarelli - uccide, ogni anno, nel nostro Paese, circa novemila persone, l'80 per cento delle quali è rappresentato da anziani di età superiore ai 65 anni. Mentre diverse centinaia soccombono a complicanze varie, polmoniti e broncopolmoniti. Insomma, l'influenza è un serio, serissimo problema sanitario nei Paesi industrializzati, dove occupa il terzo posto, dopo Aids e Tbc, come causa di morte per malattie infettive. Senza parlare dei costi diretti e indiretti dell'ospedalizzazione e delle assenze dal lavoro.

Battezzata con questo nome in Italia nel XVI secolo, quando si pensava che il moto degli astri influisse

sui processi patologici del corpo, l'influenza è una delle più antiche malattie dell'umanità; e anche una delle meglio documentate, tanto che, a fine Ottocento, alcuni studi erano in grado di ricostruire, dal Medioevo, l'itinerario di 128 epidemie. Di alcune delle quali - come quella del 1562 - abbiamo dalla corte di Maria Stuarda una descrizione che potrebbe andar bene per l'oggi: «Colpisce alla testa e produce dolori allo stomaco e una forte tosse che in alcuni dura a lungo, in altri meno... Non parve che vi fosse pericolo, né furono numerose le vittime della malattia, se si escludono persone di età avanzata».

In questi ultimi decenni, la continua emergenza di varianti antigeniche capaci di scatenare epidemie e/o pandemie ha spinto le autorità sanitarie internazionali a mettere a punto, seguendo lo sviluppo delle conoscenze, un gigantesco apparato di sorveglianza clinico-epidemiologica e virologica: il Global influenza surveillance network dell'Oms. Vi fanno capo i quattro Collaborating centre for reference and research on influenza (dislocati in Stati Uniti, Giappone, Au-

stralia, Gran Bretagna) e diverse decine di centri nazionali. Distribuiti in decine e decine di Paesi, raccolgono i campioni ed eseguono il primo isolamento del virus e la prima caratterizzazione antigenica. Subentra quindi il livello superiore con le successive analisi antigeniche e genetiche dei ceppi. Alla fine tutti i dati pervengono alla struttura centrale. In Italia, il centro fa capo al ministero della Salute, come la Sorveglianza sentinella dell'influenza, che si avvale di una rete di medici di base e dei pediatri. A livello europeo la vedetta antinfluenza è l'Eiss, acronimo di European influenza surveillance scheme.

Eppure, il poderoso bastione difensivo e l'argine formato dagli sviluppi dell'immunologia su scala molecolare sono lungi dall'aver ragione delle strategie adattative di questi frammenti di materiale genetico, scaltri e invisibili nemici. Quella di quest'anno è una battaglia: la guerra ai virus influenzali, a colpi di mutazioni da una parte e di potenziamento delle difese immunitarie dall'altra, non è destinata a concludersi tanto presto.



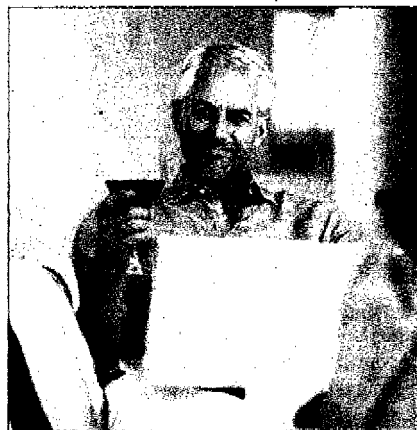
Dal cinema alla ricerca una spinta al bere poco... e bene

# Bere responsabile, perché un poco di vino fa bene alla salute!

**Alcol e tabacco non sono uguali: il primo a basse dosi è utile e buono, il secondo... fa male sempre e comunque!**

Andrea **Sermonti**

Anche l'azienda farmaceutica Bayer si è cimentata in questo campo e la cosa, comunque, le fa onore: si è impegnata in un progetto cinematografico che si intitola "Asfalto Rosso" – con il patrocinio della Regione Lombardia e una serie di partner che vanno dalla Fondazione Umberto Veronesi alla Virgin Radio, dalla Comunità di San Patrignano all'Associazione Familiari e Vittime della Strada e l'UCI Cinemas – con il solo obiettivo di "stimolare il senso di responsabilità e autonomia decisionale nei giovani allo scopo di prevenire gli incidenti stradali, principale causa di morte tra gli under 40, promuovendo una guida sicura e un bere corretto e consapevole", come ha detto **Daniele Rosa**, direttore Corporate Communications del Gruppo Bayer in Italia e co-autore del soggetto. E non è certo l'unica: solo pochi giorni fa si è tenuto un vero e proprio summit tra 15 università, 6 enti di ricerca, 32 gruppi impegnati a livello internazionale negli studi sugli effetti del consumo moderato di alcol nella dieta mediterranea e nello stile di vita italiano, quello nella Certosa di Pontignano, a due passi da Siena. Frutto della collaborazione tra il gruppo "Umberto Pallotta Vino e Salute" dell'Accademia italiana della vite e del



vino, l'Accademia dei Georgofili, l'Università Cattolica di Campobasso e le Università di Ancona e Siena, il supporto di Enoteca Italiana e di Federvini, l'iniziativa ha ottenuto il patrocinio del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, del Ministero della Salute e della Società Italiana di Nutrizione Umana. "Studi italiani di popolazione hanno confermato la ben nota riduzione da parte dell'alcol a dosi moderate dell'incidenza di malattie cardiovascolari – ha detto **Giovanni de Gaetano**, direttore dei Laboratori di Ricerca della Università Cattolica di Campobasso – Inoltre, per la prima volta, anche la mortalità cardiovascolare e quella associata all'insieme di tutte le malattie sono risultate significativamente diminuite dall'assunzione moderata di bevande alcoliche".

► Segue a pag. 2





Un progetto sociale di Bayer per la guida sicura e il bere responsabile. Perché quello dell'alcol sta diventando un problema sempre più grave

# 'Asfalto rosso', un film per far pensare i giovani

**Un'emergenza nazionale che coinvolge principalmente i giovani: la guida spericolata e la mancanza di punti di riferimento**

Manuela **Pugliese**

**A**l via un nuovo progetto di comunicazione con lo scopo di sensibilizzare giovani e la pubblica opinione in genere ad una guida sicura e al bere responsabile. Da tempo Bayer in Italia, accanto alla comunicazione tradizionale, promuove infatti progetti di comunicazione innovativi legati all'attualità e a temi di

rilevanza sociale, concretizzati in lungometraggi in tecnologia digitale, trasmessi dalle televisioni nazionali e locali, che sono stati oggetto di dibattiti nelle scuole e nelle università italiane. Sono nati così, con la regia di Ettore Pasculli, dei lungometraggi che hanno affrontato i temi del rapporto tra giovani e anziani (*Il Viaggio*, 2004), lo sport onesto (*L'amico segreto*, 2006), la ricerca scientifica e la fuga dei cervelli (*Il Bene Oscuro*, 2008). Il nuovo progetto cinematografico si intitola **"Asfalto Rosso"** e ha il Patrocinio della Regione Lombardia. Partner dell'iniziativa: Fondazione Umberto Veronesi, Virgin Radio, Comunità di San Patrignano, Associazione Familiari e Vittime della Strada, UCI Cinemas. Non per nulla l'Onu stima più vittime sulla strada che per l'Aids e ha indetto il decennio di iniziative per la sicurezza stradale. *"Con*

*Asfalto Rosso intendiamo stimolare il senso di responsabilità e autonomia decisionale nei giovani allo scopo di prevenire gli incidenti stradali, principale causa di morte tra gli under 40, promuovendo una guida sicura e un bere corretto e consapevole"*, dichiara Daniele Rosa, direttore Corporate Communications del Gruppo Bayer in Italia e co-autore del soggetto. *"Asfalto Rosso"* sarà proiettato in 10 città italiane nelle sale del circuito UCI Cinemas, dove i giovani avranno la possibilità di assistervi gratuitamente. Si tratta di una vera e propria campagna di sensibilizzazione crossmediale che coinvolgerà anche carta stampata, web, social network, scuole, università e sedi istituzionali, con un linguaggio diretto e immediato, per poter entrare davvero in sintonia con il mondo dei giovani a cui il messaggio è riferito. **CaC**



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**I RISCHI** A Napoli arriva il grande caldo, cresce il pericolo di infezioni batteriche

# Rifiuti, l'allarme dei pediatri più tosse e asma nei bambini

**I medici concordi: aumento del 20 per cento, i roghi la causa**

di **LUIGI ROANO**

NAPOLI - C'è l'allarme sanitario ma non i malati, per fortuna. Certo se la situazione dei rifiuti a terra degenera il tema di eventuali epidemie si concretizzerebbe. Per questo oggi alle 15 si insedierà all'ordine dei medici la task force che vedrà impegnato un dipartimento dell'Asl Napoli 1, appunto l'ordi-

dine dei medici, la rete dei medici di famiglia e l'amministrazione comunale per il controllo, la sorveglianza ambientale e il monitoraggio epidemiologico legato all'emergenza rifiuti. La task force è destinata a essere un organo di controllo e anche consultivo permanente.

Dunque, come stanno le cose sotto il profilo sanitario? Dati ufficiali che attestino un aumento di patologie a causa della crisi non ce ne sono. Ma un primo campanello d'allarme arriva dalla rete dei pediatri: nell'ulti-

mo mese, da quando cioè la situazione dei rifiuti abbandonati per le strade si è aggravata, affermano i medici, si è registrato un aumento del 10-20% delle patologie respiratorie tra i bambini. E la causa è da ricercarsi nei

roghi di immondizia che, fortemente tossici, continuano ad essere segnalati anche in queste ore. «Da circa un anno», spiega il presidente della Federazione italiana pediatri (Fimp) Giuseppe Mele - la rete dei pediatri a Napoli ha avviato un monitoraggio per verificare l'eventuale aumento di patologie pediatriche in relazione alla questione rifiuti». Sotto i riflettori degli specialisti, vi sono innanzitutto le patologie di tipo oncologico: «Per questo tipo di patologie, così come per quelle gastrointestinali - precisa Mele - non è stato riscontrato un aumento significativo dell'incidenza rispetto al resto del territorio nazionale». I dati cambiano, invece, per quanto riguarda le malattie respiratorie: «Nell'ultimo periodo si è riscontrato - sottolinea - un

aumento percentuale significativo di disturbi quali asma, tosse, faringiti e bronchiti asmatiche nei bambini, soprattutto

in quelli più predisposti come, ad esempio, i bambini allergici». Un aumento dell'incidenza delle patologie respiratorie le cui causa non è, ovviamente, imputabile al freddo della stagione invernale: «La causa - avverte Mele - è da ricercarsi nei roghi di rifiuti che continua-

no a verificarsi e che sono molto tossici per le sostanze, come la diossina, che vengono prodotte a seguito della combustione della plastica». In realtà giova ricordare che la città ha il poco piacevole record di essere tra le grandi aree me-

tropolitane quella con maggiori problemi da inquinamento da polveri sottili, che vengono emesse dai motori. C'è una inchiesta aperta dalla Procura con ex amministratori indaga-

ti. Naturalmente i più piccoli sono quelli che pagano di più le conseguenze delle due emergenze. È fondamentale consigliano i pediatri portare i bambini al mare in questo periodo. L'esposizione all'aria e all'acqua marina riduce sensibilmente gli

effetti dei disturbi. I medici di famiglia, che fanno parte della task force danno altri consigli. Giacomo Milillo della Fimmg spiega che i medici di famiglia «hanno attivato sul territorio napoletano un monitoraggio in particolare su tre tipi di patologie: le malattie della pelle e quelle respiratorie, e le patologie gastrointestinali. Per il momento nella popolazione adulta non sono stati riscontrati dati epidemiologici significativi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I consigli**  
*«Portare i piccoli al mare e usare cibi cotti»*

*I falò tossici potrebbero favorire anche le malattie della pelle*



## I rischi per la salute

Malattie che potrebbero essere legate all'accumulo di immondizia

### Leptospirosi

Colpisce chi viene a contatto con le feci di topi infetti

### Epatite B, C, Hiv e tetano

Per contatto involontario con oggetti su cui è presente il virus o il batterio

### Rabbia

Trasmessa attraverso il morso da cani a loro volta morsi da roditori infetti

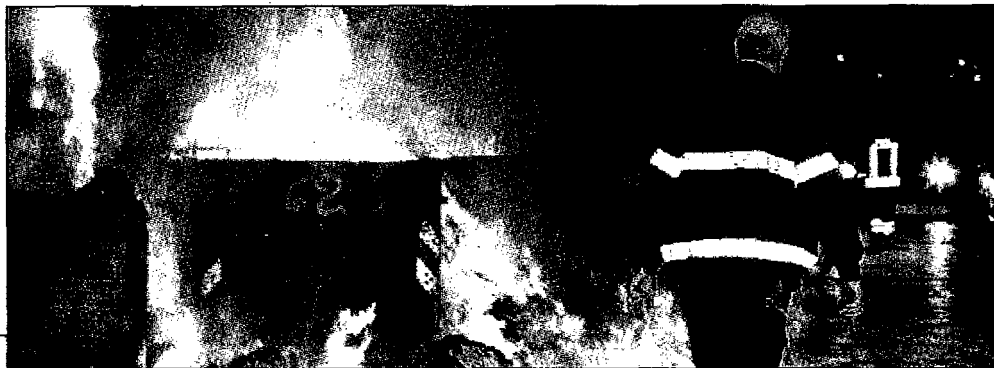
### Colera e poliometite

Vibrione e virus delle due malattie sono stati isolati sul corpo e nell'intestino di blatte o scarafaggi

### Salmonellosi

Trasmessa da mosche che si posano sui rifiuti infetti e poi sui cibi

**Sono stati 60 i roghi in città l'altra notte**  
**Nella foto cassonetti dati alle fiamme in una traversa di Corso Umberto**



**RIFIUTI** Tavolo tra gli enti locali per la riapertura della discarica di Macchia Soprana

# Emergenza sanitaria a Napoli

## Napolitano: il governo intervenga

### Il Comune: raccolta no stop e scorta armata per i compattatori

di **GERARDO AUSIELLO**  
e **LUIGI ROANO**

**NAPOLI** - «Qui siamo ormai all'emergenza sanitaria e il governo non fa nulla per farci portare i rifiuti in altre regioni». Nell'attesa del decreto, il sindaco Luigi de Magistris emana un'ordinanza con la quale chiede al prefetto di far rispettare la legge: che Provincia e Regione, rispettivamente, individuino i siti dove smaltire e gestire i rifiuti in modo che Napoli possa essere finalmente liberata.

La situazione è al collasso. E il Presidente della Repubblica scende nuovamente in campo sollecitando un'immediata risposta del governo. «È assolutamente indispensabile e urgente un intervento per l'aggravarsi dell'acuta e allarmante emergenza rifiuti a Napoli - dice Napolitano - al fine anche di favorire l'impegno solidale delle Regioni italiane. È quanto auspicano la Regione e gli enti locali di Napoli e della Campania, nello spirito dell'intesa che con apprezzabile sforzo unitario è stata da essi sottoscritta».

Considerazioni che il capo dello Stato aveva già espresso a Silvio Berlusconi-

ni durante il colloquio di mercoledì al Quirinale. Ma il premier avrebbe preso tempo rinviando la questione al Consiglio dei ministri, che si dovrebbe tenere la prossima settimana. «Berlusconi non fa che fregarsene di Napoli» e gli altri due enti sono «denti» accusa il sindaco de Magistris nella cui ordinanza ci sono anche le mosse che il Comune sta mettendo in campo, sin da stanotte. Turni di 24 ore continui per circa 7000 lavoratori impegnati in Asia ma anche dell'azienda per il decoro urbano Napoli servizi che si occuperà, anche con la crisi in corso, della differenziata. «Abbiamo sbloccato 10 milioni di euro per questo sforzo, nonostante il bilancio lasciato dal sindaco Iervolino sia drammatico per fare tutto quel-

lo che è nei nostri poteri fare», annuncia il primo cittadino. Sarebbero stati individuati anche tre siti di trasferta capaci complessivamente di contenere oltre 3000 tonnellate di rifiuti: basterebbero per ripulire Napoli in un giorno.

Lo scenario attuale è però quello di una città in guerra, l'intifada dei rifiuti ha messo in moto un meccanismo dove, aggiunge il sindaco «de forze oscure già denunciate nelle sedi opportune stanno trovando terreno fertile». Vuol dire che i camion che dovranno trasportare i rifiuti lo faranno sotto scorta armata, delle forze dell'ordine e dei vigili urbani. A Roma, intanto, si registra un sostanziale stallo politico: a determinarlo lo stop della Lega Nord al decreto che potrebbe far ripartire i trasferimenti di immondizia fuori regione (sospesi in seguito a una sentenza del Tar Lazio). Un altolà che ha scatenato la reazione del governatore Stefano Caldoro e di un gruppo di parlamentari campani del Pdl, decisi a presentare in aula una mozione antileghista per difendere gli interessi della regione e del Mezzogiorno.

Il primo obiettivo è ottenere la riapertura della discarica di Macchia Soprana, in provincia di Salerno, che può ospitare oltre 100mila tonnellate di rifiuti (ciò consentirebbe un'autonomia di 200-250 giorni). In secondo luogo si punta ad ampliare del 15 per cento lo sversa-

toio di San Tammaro, nel Casertano: aperto nel febbraio del 2009, può accogliere un milione e 700mila tonnellate è però già in via di esaurimento.

Non si escludono altri interventi in provincia di Napoli, dove sono stati individuati i siti di trasferta di Acerra e Caivano. Nel capoluogo partenopeo è invece in cantiere l'ampliamento dell'area-parcheggio della zona orientale. Caldoro sta studiando nuove misure per arginare l'emergenza, di cui ha già discusso con il ministro dell'Ambiente Stefania Prestigiacomo la quale con il ministro degli Esteri Franco Frattini ha allo studio «un coordinamento fra la Regione Campania e la Farnesina per favorire accordi con Spagna, Germania e altri Stati del Nord Europa». Una strada in salita visti i costi particolarmente elevati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Il capo dello Stato:  
«Bisogna favorire  
l'impegno solidale  
delle regioni»*





### **I rischi per la salute**

Malattie che potrebbero essere legate all'accumulo di immondizia

#### **Leptosirosi**

Colpisce chi viene a contatto con le feci di topi infetti

#### **Epatite B, C, Hiv e tetano**

Per contatto involontario con oggetti su cui è presente il virus o il batterio

#### **Rabbia**

Trasmessa attraverso il morso da cani a loro volta morsi da roditori infetti

#### **Colera e poliomielite**

Vibrione e virus delle due malattie sono stati isolati sul corpo e nell'intestino di blatte o scarafaggi

#### **Salmonellosi**

Trasmessa da mosche che si posano su rifiuti infetti e poi su cibi



**Il capo dello Stato  
Giorgio Napolitano**



— | **MEDICINA** | —

# Antibiotici, allarme Oms presto nessuna cura per le infezioni resistenti

di VALENTINA ARCOVIO

Un po' per l'abitudine di abusare dei farmaci e un po' per la scarsità di nuovi antibiotici, aumentano le infezioni resistenti ai trattamenti. L'allarme è stato lanciato da Zsuzsanna Jakab, direttore regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) per l'Europa, alla vigilia della Giornata Mondiale della Salute 2011 che si celebra oggi sotto lo slogan «Nessuna azione oggi, nessuna cura domani».

La resistenza ai farmaci sta diventando sempre più grave e

molte infezioni non si possono più curare con facilità: richiedono trattamenti prolungati e costosi ed espongono a un maggiore rischio di morte. Inoltre, meno del 5% dei farmaci attualmente in sperimentazione è composto da nuovi antibiotici. Si è arrivati «ad un punto critico e, in assenza di interventi correttivi e protettivi, ci troveremo - dice Margaret Chan dell'Oms - in un'era post-antibiotica, in cui molte comuni infezioni non avranno più una cura».

L'Oms lancia un appello alle industrie farmaceutiche, ai politici, ai medici e a tutte le parti in causa per promuovere un

uso corretto degli antibiotici per la cura delle malattie. Da un'indagine informale dell'Oms su 21 Paesi europei, è emerso che in 14 di questi, l'acquisto di antibiotici al banco è pratica comune. Solo 7 dei 21 Stati hanno un piano d'azione nazionale sulla resistenza agli antibiotici e hanno istituito un comitato di coordinamento nazionale. Inoltre, meno della metà ha delle linee guida nazionali per l'igiene in ambito sanitario e solo un terzo dispone di un sistema nazionale di sorveglianza e di un database nazionale. Per questo l'Oms pubblicherà un pacchetto di misure che i governi dovranno mettere in atto per combattere la resistenza ai farmaci. Fra queste, lo sviluppo e la messa a punto di piani nazionali ad hoc e il rafforzamento della sorveglianza e della capacità di analisi. Inoltre, l'Oms vuole assicurare un accesso continuo ai medicinali essen-

ziali di sicura qualità, regolare e promuovere l'uso razionale dei farmaci, migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni, dare impulso all'innovazione e alla ricerca e allo sviluppo di nuove armi contro le infezioni.

C'è ancora molto da fare, ma a preoccupare di più gli esperti sono le forme multiresistenti di tubercolosi, di cui si sono registrati 440 mila casi in 69 Paesi nel 2010, e i parassiti della malaria ormai «invulnerabili» persino con i trattamenti di ultima generazione. Preoccupano anche i ceppi resistenti di gonorrea e Shigella, così come le infezioni ospedaliere e persino il virus Hiv, che sta diventando resistente alle terapie antiretrovirali in uso. Essenziale per affrontare l'emergenza, secondo l'Oms, sarà anche il dialogo fra mondo della salute umana e animale, dato che l'utilizzo di antibiotici nell'allevamento e nell'agricoltura contribuisce al rischio di sviluppo di resistenze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmacia in Cina



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**MALI DI STAGIONE** Dopo le 39 vittime in Inghilterra gli infettivologi non abbassano la guardia  
L'andamento tipico delle influenze stagionali, il picco previsto tra gennaio e febbraio

# Influenza A, il ritorno. «Ma niente allarmi»

Quarantenne cardiopatica muore in Friuli. Rezza: «Nessuna pandemia come nel 2010»

ROMA - Sarebbe stata la "febbre suina" a stroncare una donna di quaranta anni morta alcuni giorni fa all'ospedale di San Daniele del Friuli. La paziente, fanno sapere i medici, soffriva di gravi disturbi cardiaci. Torna l'allerta dell'H1N1 quando, a posteriori, si è capito che forse c'era stata una generalizzata esagerazione mondiale? Gli infettivologi dicono di no ma avvertono che non vogliono, comunque, abbassare la guardia.

I primi a preoccuparsi sono stati gli inglesi. Due giorni fa già contavano trentanove vittime dell'influenza. La maggior parte colpite dal virus H1N1. Il ceppo influenzale che l'anno scorso innescò la pandemia (i primi a morire furono dei contadini messicani) ora declassato a stagionale. Tanto che il vaccino antinfluenzale di quest'anno è costituito proprio dell'antidoto contro il virus "normale" e l'H1N1. Un mix per coprire tutti e due i possibili attacchi virali. Tra le 39 vittime anche Caroline Lois Benoist, 26 anni, animal trainer in tutti i film della serie di Harry

Potter. Due persone sono morte in Germania colpite dalla "suina": sono una bimba di tre anni e un uomo di 51. Tutti e due di Göttinga, nel land della Bassa Sassonia. Proprio in questa regione il ministero della Salute ha iniziato ad isolare alcune fattorie.

In Italia non si parla di allerta. «Nessuna pandemia come l'anno scorso - assicura Gianni Rezza, direttore del dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità - ed il caso della donna friulana rientra, purtroppo, in quella percentuale attesa di casi più gravi o letali». Il laboratorio dell'ospedale Burlo Garofolo di Trieste non ha segnalazioni di altri casi di febbre da H1N1. Quindi, potrebbe essere un caso isolato. «La paziente - spiega Lanfranco D'Agaro responsabile del laboratorio - aveva una patologia grave e congenita, con difficoltà anche a tossire. E' uno dei tanti casi che costituiscono gruppi a rischio per qualsiasi influenza». E poi

aggiunge che è stata proprio l'allerta dello scorso anno ad indurre i medici a sottoporre la paziente al test dell'H1N1. Proprio l'attenzione particolare che l'altro inverno è stata data alle persone a rischio (dai cardiopatici agli asmatici) ha indotto i medici, l'altra settimana, ad approfondire le cause del decesso. D'Agaro puntualizza: «Al momento si escludono gli altri ceppi di influenza e i risultati fanno sembrare probabile un'influenza H1N1, la cosiddetta "suina". E' un caso che sarebbe sfuggito a una diagnosi normale, se non ci fosse un'attenzione residua dallo scorso anno per queste forme della malattia. E' vero che a livello internazionale, soprattutto dopo gli ultimi casi in Inghilterra, stiamo di nuovo molto attenti nei confronti di casi gravi di sospetta influenza. Non stiamo parlando di allerta e non si evidenzia una sovrarmortalità rispetto ai dati che aspettavamo».

Da noi, dunque, situazione assai diversa da quella dell'Inghilterra. Questa stagione influenzale non desta preoccupa-

zione, «si sta comportando normalmente» assicurano all'Istituto superiore di sanità. Il suo picco massimo è previsto tra gennaio e febbraio, come è accaduto gli altri anni. «Dai dati che abbiamo finora l'andamento è quello tipico delle stagioni influenzali - precisa Rezza -. Nell'ultima settimana abbiamo registrato un aumento dei casi compatibile con le curve degli inverni passati. E non consideriamo il 2009 quando la pandemia primaverile del virus H1N1 ha causato un picco molto anticipato. Possiamo prevedere che da noi il maggior numero dei casi lo avremo a cavallo tra gennaio e febbraio. Al momento, nessuna non si prevede nessuna novità». La curva di questa stagione, paragonata a quella degli anni precedenti mostra un andamento sovrapponibile. Questo, dunque, fa ipotizzare il maggior numero di persone allettate a cominciare dalla fine di questo mese. E, con il picco, è probabile, anticipano gli epidemiologi, arriveranno casi simili a quelli inglesi di questi giorni.

C.Ma.

REPRODUZIONE RISERVATA

## LA PAROLA CHIAVE

### VIRUS H1N1

Il virus dell'influenza A sottotipo H1N1 è un sottotipo di virus Influenzavirus. Ne esistono numerose varianti che causano forme pandemiche negli animali. Come la aviaria e la suina. La trasmissione da persona a persona si può verificare per via aerea attraverso le gocce di saliva trasportate da starnuti o colpi di tosse, per mezzo del contatto con materiali o superfici infette.



## Le persone a rischio

Le categorie di persone che possono essere a rischio di complicanze qualora contraggano l'influenza A



**A**

Persone affette da malattie croniche respiratorie, cardiovascolari (esclusa l'ipertensione), renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, diabete, HIV e immunodepressi per cause naturali o indotte da farmaci



**B**

Bambini di età inferiore a due anni



**C**

Donne in gravidanza o allattamento



**D**

Persone affette da asma in trattamento



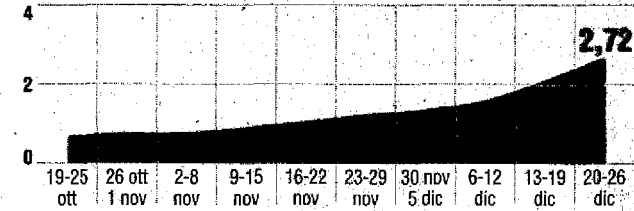
**E**

Obesi con Indice di Massa corporea superiore a 30



Gli esperti dell'Istituto di sanità: «Numeri in aumento ma andamento normale. Non c'è allerta»

### L'incidenza dei casi di influenza nel 2010 Ogni mille assistiti



Fonte: Iss

ANSA-CENTIMETRI

IL FOCUS

# «C'è chi mi giudica un'aliena, ma anche chi crede in me»

*I racconti delle mini-madri sui blog. Ogni anno diecimila parti, il fenomeno è in crescita al Sud e tra le immigrate*

di **CARLA MASSI**

**ROMA** - Mamme-bambine, se ne contano diecimila ogni anno in Italia. E il numero è in continua crescita. Anche grazie alla presenza delle giovanissime immigrate. In diecimila, dunque, partoriscono sotto i diciotto anni. Crescono anche le richieste di interruzione di gravidanza per le minorenni. «Un fenomeno preoccupante», ha commentato lo stesso ministro della Giustizia Angelino Alfano. Nel 2009 sono state circa 1200. Poco più di trecento riguardavano ragazzine con meno di 15 anni. Ma l'Italia, si sa, non è tutta uguale e non c'è da stupirsi se troviamo forti disparità tra le diverse regioni: il 45% delle richieste al Nord, il 26% al Centro, il 21% al Sud e l'8% nelle isole. I dati sono assolutamente opposti, invece, se andiamo a vedere dove partoriscono le mamme baby: oltre il 60% abitano da Roma in giù. In Sicilia il record nazionale seguito da Campania, Puglia e Calabria.

Parliamo, nella stragrande maggioranza dei casi, di mini-madri che sono passate dai banchi della scuola media (o primi anni del liceo) alla sala

parto senza aver mai avuto un briciolo di educazione sessuale. Si potrebbe dire di conoscenza del corpo umano. Ragazzine, come denunciano gli specialisti della Società italiana di ginecologia e ostetricia, che arrivano alla "prima volta", intorno ai 15-16 anni, senza alcun tipo di protezione e cognizione. E' mai possibile? Non hanno dubbi i ginecologi: nell'età dell'adolescenza quasi il 90% delle ragazze che hanno un rapporto sessuale rischia di rimanere incinta entro un anno dall'inizio dei rapporti. Poche istruzioni a scuola, poche comunicazioni a casa, pochi scambi di informazioni da parte del medico. Fonte primaria, la rete. Il "mare" di Internet. Non sempre amico sodale dei più giovani. Un esempio per tutti: un'indagine pubblicata sul "Journal of adolescence health" svela che i social network sono tra le principali fonti di creazioni di falsi miti sulla contraccezione e cita la certezza, da parte della maggioranza degli utenti under 18, che non si può rimanere incinta durante la "prima volta".

Un paradosso: l'abitudine ad una sessualità sempre più esplicita su Internet (il 14% dei

teenager, secondo la Sigo, manda foto di nudo per ottenere regali) si traduce in rapporti non protetti nella vita reale. «La soglia del pericolo - spiega Emilio Arisi consigliere della Sigo - è più bassa nei giovani che trascorrono ore in rete scambiandosi messaggi, foto o video ad alto contenuto erotico. Si ricordi che il 40% dei nostri adolescenti guarda abitualmente immagini o video a sfondo sessuale, il 22% confessa di avere rapporti intimi con sconosciuti su Internet». Sette teenager su dieci si raccontano in un profilo su Facebook e il 17,2% trascorre sul web più di tre ore al giorno. «E' stato dimostrato - aggiunge Arisi - che un controllo più serrato dei genitori ha un effetto protettivo. Ma non possiamo delegare alla famiglia la responsabilità della prevenzione. La sfida, dunque, è quella di insegnare loro ad utilizzare la rete nel modo corretto». Per questo la Società di ginecologia ha messo su un sito, [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it), per dare informazioni e consulenze ai giovanissimi. Cosa chiedono? Come scegliere ed utilizzare gli anticoncezionali, come comportarsi per non restare incinta (molti

dubbi sui preliminari), come evitare le malattie sessualmente trasmissibili. Sull'Aids informazioni assai vaghe e scorrette passano di mail in mail. Come passano le confessioni delle mini-mamme che, attraverso In-

ternet, si scambiano le confidenze e raccontano al mondo come stanno vivendo la loro situazione. Ovviamente con il linguaggio sincopato di chi oggi scrive sms e lettere on line alla sua "tribù". Rovescia una valanga di parole Caygri: «Vivo adesso qst situazione... ho 15 anni... come ho reagito? Nn puoi immaginare. Il mondo m è crollato addosso, è stata una scelta difficile. Ma so che con l'aiuto di ki mi ama so di potercela fare. Gli altri? C'è ki m giudica, ki non condivide ciò che ho fatto, ki mi guarda a scuola come fossi un'aliena. Ma c'è anche ki crede in me...». Vava, appena quindicenne, aspetta due gemelli. «Sono fiera del mio panciotto, continuo i miei studi...».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE COLPE SECONDO MEDICI E SESSUOLOGHI

Arrivano alla "prima volta" senza protezioni e senza cognizione  
E poi la Rete non aiuta





**BAMBINE**

**300**

Nel '09 hanno chiesto di abortire sotto i 15

**PRIMA VOLTA**

**80%**

Delle "prime volte" sono senza protezione



**STRANIERE**

**45%**

Dei parti sono di minori straniere



**INTERNET**

**22%**

Ha avuto rapporti sessuali virtuali



**TELEVISIONE**

**15%**

Ha informazioni sul sesso dalla tv



**LE DOMANDE**

**44%**

Degli adolescenti ha dubbi sui contraccettivi



Il rapporto

di Gloria Sacconi Jotti



# Garaci: troppe diagnosi tardive per l'Aids, superano il 60 per cento

**S**in dagli inizi dell'epidemia l'Istituto Superiore di Sanità monitora l'andamento dell'infezione da Hiv nel nostro Paese. «In nuovi dati del bollettino del Centro Operativo Aids (COA) confermano che sulla diffusione di questa infezione non bisogna abbassare la guardia», afferma il professor Enrico Garaci, presidente dell'Iss. I dati italiani, infatti, in linea con il trend europeo, indicano che, nonostante i progressi compiuti, l'Italia mostra fra i Paesi dell'Europa occidentale un'incidenza di nuove diagnosi di Hiv medio-alta, con 2.588 nuove diagnosi pervenute nel 2009, per un totale di oltre 45 mila diagnosi di infezione di Hiv negli ultimi 15 anni. La lettura di questi dati nel tempo ci racconta inoltre come è cambiato negli anni il target dell'infezione: non più in maggioranza tossicodipendenti, ma persone che contraggono l'infezione o che sviluppano la malattia in seguito a rapporti sessuali, sia etero che omosessuali. «Un altro problema è quello del ritardo della diagnosi - continua Garaci - soprattutto negli eterosessuali e negli stranieri e ciò spiega come la percezione del rischio, in particolare fra gli eterosessuali, sia ancora bassa. Aumenta inoltre l'età mediana alla diagnosi, che arriva ormai intorno ai 40 anni. Nel

2010 sono stati notificati al COA 1.079 casi di Aids per un totale di poco meno di 63 mila casi di malattia dal 1985 al 2010, la maggior parte dei quali concentrati nella fascia di età 30-49 anni, ma con un aumento della quota di casi nella fascia d'età 40-49 anni, sia tra gli uomini che tra le donne. Un dato che ci spinge ad affrontare l'Aids a 360 gradi, come nella tradizione dell'Iss, sia sul piano della sensibilizzazione e dell'informazione, ancor più, attraverso la ricerca che da sempre portiamo avanti nel campo dei farmaci ed in quello dei vaccini, per conoscere e poter combattere più efficacemente la malattia senza perdere mai di vista l'obiettivo dell'eradicazione dell'infezione. Nel 2010, quasi il 60% dei nuovi casi di Aids ha scoperto di essere sieropositivo molto tardi, in concomitanza con la diagnosi di Aids (pazienti cosiddetti «late presenters»); questa proporzione è aumentata progressivamente negli ultimi 15 anni». Come conseguenza di queste diagnosi tardive, ben due terzi delle persone diagnosticate con Aids dal 1996 ad oggi non ha usufruito dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi

[gloriasj@unipr.it](mailto:gloriasj@unipr.it)

www.ecostampa.it



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

087846



IMMUNOLOGIA

La violenta battaglia dei guardiani della vita

Ignazio Mormino

Il corpo umano è dotato di un «sistema» che lo difende dall'assalto (purtroppo assai frequente) di virus e batteri; ma questo sistema non garantisce sempre l'immunità. Talvolta apre addirittura la porta, permettendo alle cellule cattive di annientare quelle buone. L'immunologia, insomma, segue un percorso accidentato, non privo di sorprese. Un libro documenta questa grande battaglia: I guardiani della vita, editore Dalai. Lo ha scritto, in collaborazione con Monica Florianello, il professor Alberto Mantovani, cattedratico di patologia generale di Milano e direttore scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas.

«È una guerra - dice l'autore e in sedici capitoli, con una scrittura agile e con il ricorso ai risultati clinici di ieri e di oggi, trasmette al lettore non soltanto le luci, ma anche le ombre dell'immunologia, che definisce un'avventura dell'ingegno umano, la cui storia è fatta da percorsi anche tortuosi che testimoniano il continuo divenire della scienza». Mantovani parla di un esercito (il nostro) fatto di sentinelle e di soldati, contrapposto a pirati senza scrupoli che distruggono le nostre resistenze». C'è, in altre parole, qualcosa di imprevedibile e di inquietante - qualcosa che rende oscura l'azione del sistema immunitario; ma ci sono anche risultati concreti, che hanno permesso, per esempio, di raggiungere grandi risultati nella terapia dell'Aids e dei tumori maligni e di modificare (da fisso a dinamico) la nostra visione del genoma. Per non parlare degli anticorpi, su cui punteranno i farmaci del futuro. Mantovani accenna anche a nuove epidemie spesso preoccupanti, come l'enterite emorragica provocata dall'escherichia coli, aprendo una grande finestra - piena di speranze - sulla medicina del terzo millennio.

I proventi del libro saranno devoluti alla Fondazione Humanitas per la Ricerca, un ente non-profit che opera

presso il Centro di Ricerca e Didattica universitaria dell'Istituto. Questa Fondazione, per volontà di Nicola Dioguardi e di Alberto Mantovani, svolge ormai da molti anni un'importante opera di divulgazione della ricerca scientifica e lo fa attraverso canali insoliti: apre i suoi laboratori alle scuole del territorio e organizza «Lectures» di alto livello aperte a tutti. La Fondazione Humanitas è attiva nello studio di patologie come infarto, ic-



NEW YORK Oggi nel vertice dei capi di Stato

# Più prevenzione per la sanità

*Nel mondo tre persone su cinque muoiono per malattie non trasmissibili*

**Luigi Cucchi**

■ Attesa per il vertice delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili - cancro, diabete, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche - in programma oggi e domani a New York con la partecipazione dei Capi di Stato. È questo il secondo Summit dedicato alla sanità dopo quello di dieci anni fa sull'Aids. Nel mondo 3 persone su 5, 36 milioni ogni anno, muoiono per malattie non trasmissibili. Di queste, 9 milioni prima dei 60 anni, quasi tutti (il 90%) nei Paesi in via di sviluppo. «Queste malattie - afferma Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione volontari oncologici (Favo) - si possono prevenire, ma per farlo è necessario una strategia a livello mondiale».

Il Summit è dunque la piattaforma da cui partirà una più efficace politica sanitaria mondiale anche in materia di lotta ai tumori. Favo, che da sempre è in prima linea nel sostenere i malati e nella sensibilizzazione internazionale, ha sollecitato e ottenuto un tavolo di lavoro e coordinamento presso la presidenza del Consiglio dei ministri, sotto la responsabilità del sottosegretario Gianni Letta.

«L'Italia - continua il presidente De Lorenzo - essendo all'avanguardia europea per quanto concerne l'assistenza sociale

ai malati di cancro, attraverso il ministero della Salute, ha così potuto dare un contributo importante alla stesura della mozione che verrà discussa all'Assemblea generale delle Nazioni Unite». Favo è intervenuta anche a livello europeo presso il presidente della Commissione José Manuel Barroso e l'alto commissario per la salute John Dalli ottenendo buoni risultati. Alla luce di ciò la Federazione è stata invitata a partecipare al vertice quale unica organizzazione di pazienti oncologici, in Italia e in Europa. Francesco De Lorenzo ed Elisabetta Iannelli saranno dunque a New York e affiancheranno la delegazione governativa italiana guidata dal ministro Fazio. Un lavoro di squadra che ha dato, attraverso il ministero della Salute, un rilevante contributo alla stesura della mozione che verrà discussa all'Assemblea generale. Le più recenti indagini sulla diffusione dei tumori in Italia evidenziano che l'incidenza negli uomini è in diminuzione mentre per le donne è in crescita ovunque, con una tendenza però più accentuata nelle regioni meridionali.

La mortalità per tutti i tumori combinati è in costante riduzione negli ultimi anni sia per i maschi che per le femmine nelle regioni del Centro-Nord. Questa tendenza riflette gli avanzamenti diagnostici e terapeutici raggiunti in molte patologie on-

cologiche. Inoltre la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi aumenta per tutte le sedi oncologiche analizzate (tumori del polmone, del colon retto, della mammella, dello stomaco, della prostata) ma rimane generalmente inferiore nell'area meridionale rispetto al resto del paese. Il numero dei pazienti colpiti da neoplasie è in rapida crescita: nell'arco di trent'anni tutti i tumori sono quasi quadruplicati passando da circa 470 mila nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007. Questi pazienti, sia pure con bisogni diversi in funzione della progressione della malattia, incidono sulla crescita della domanda sanitaria e dei programmi di assistenza. La dichiarazione in discussione all'Assemblea avrà un grande impatto non soltanto su una rinnovata attenzione ai problemi della salute ma anche sugli aspetti economici e sui diritti umani. Le indicazioni operative più concrete ed immediate sono: un'ulteriore tassazione sul tabacco per ridurre il consumo; la diffusione dei vaccini e degli screening per prevenire il cancro; un facilitato accesso alle cure palliative e alla riabilitazione. La Federazione delle associazioni dei volontari in oncologia (Favo) è stata costituita nel 2003 ed ha riunito oltre 500 associazioni che già erano attive in quest'area. Tra le grandi battaglie di questa Federazione vi è il riconoscimento dei diritti del paziente oncologico soprattutto di quelli misconosciuti sul luogo di lavoro.



**DE LORENZO**  
Cancro, diabete, malattie cardiache e respiratorie, provocano ogni anno nel mondo 36 milioni di decessi, di cui nove prima dei 60 anni



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

— L'ateneo Tre facoltà d'eccellenza —

# Un'università ai vertici della ricerca mondiale

Enza Cusmai

■ «Nella nostra Università ogni scienza dev'essere presente al più alto livello» scrive il rettore Don Luigi Verzè nella prima pagina del web alla voce «Università Vita-salute San Raffaele». Ed è proprio in un momento drammatico del gruppo che non bisogna fare di tutt'erba un fascio, anzi, rivalutare tutto quello che c'è di buono. Come l'ateneo, appunto. Il motto di Don Verzè, del resto, è veritiero. Grazie all'università del San Raffaele si sono fatti passi avanti nella ricerca. Già, perché accanto alle facoltà di Psicologia e a quella di Filosofia, presso la quale insegna Massimo Cacciari, spicca quella di Medicina e chirurgia. E i collegati centri di ricerca che hanno prodotto decine di scoperte scientifiche negli ultimi anni.

Come quella della molecola che provoca il diabete mellito soprattutto in bambini e adolescenti. Importanti passi avanti fatti per la terapia genica

su pazienti colpiti da leucemie e altre forme tumorali che fa regredire il tumore fino a farlo scomparire. I ricercatori hanno anche identificato nei topi una nuova cellula del midollo osseo in grado di partecipare alla rigenerazione del tessuto muscolare. Sempre sotto osservazione dei ricercatori l'Aids per cui è stato scoperto un anticorpo che protegge dal virus così come sono state rilevate nuove potenzialità delle cellule staminali adulte. Non è finita. Agli scienziati del San Raffaele è dovuta la scoperta del meccanismo genetico che scatena il mal di testa e passi avanti sono stati fatti per la cura della sclerosi multipla e della distrofia muscolare. Pochi anni fa è stato anche scoperto un legame tra un gene e la timidezza dei bambini e pure le proprietà della proteina contenuta nel lupino e i suoi impieghi nella cura del diabete di tipo 2. I ricercatori dell'Università Vita-Salute San Raffaele hanno anche dimostrato che la percezione del tempo da parte del cervello dell'uomo dipende pure da dove si guarda, come se il cervello avesse tanti orologi regolati a ritmi diversi a seconda degli stimoli visivi. Sempre sul cervello si è scoperto che chi ha un alto grado di istruzione o svolge un'attività intellettualmente impegnativa sviluppa una sorta di "cervello di scorta" che rallen-

ta i sintomi della malattia. Gli studi sono tanti e tutti rilevanti e sono stati possibili grazie anche all'integrazione tra l'ospedale, la ricerca e l'università. Non a caso il San Raffaele è stato il primo istituto scientifico in Italia per numero di pubblicazioni scientifiche (785 lavori sulle maggiori riviste internazionali). Inoltre, l'interazione continua tra ricercatori e clinici specializzati in diverse aree della medicina, favoriscono il buon nome dell'ospedale che è diventato di riferimento in Italia, in Europa e nel mondo per lo studio e la cura di molte patologie. Specializzato in medicina molecolare, comprende aree di eccellenza nell'ambito delle malattie cardiovascolari e metaboliche, neurologiche, oncologiche, immunologiche, infettive e genetiche. Il San Raffaele, grazie all'intensa attività di ricerca, è divenuto nel tempo centro di eccellenza per numerose specialità cliniche e diagnostiche tra cui la cardiocirurgia (quasi 1400 interventi l'anno), l'urologia, la tomo terapia, il trapianto della cornea e delle isole pancreatiche.

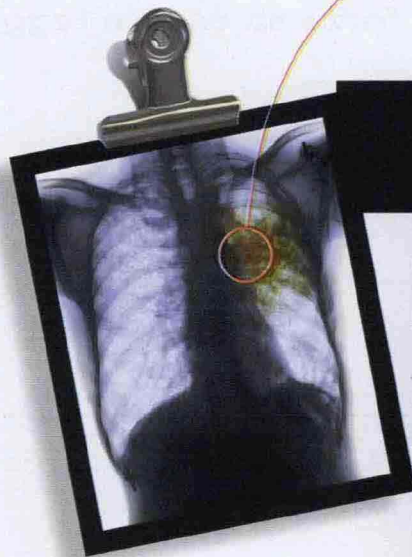


DOCENTE Massimo Cacciari



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

ALLARME EPIDEMIA | DIETRO IL CASO DEL POLICLINICO GEMELLI



**Incidenza bassa**  
La radiografia a colori di un malato di tbc polmonare: in rosso l'area dell'infezione.

# Tbc

## La vera storia

**U**n'indagine della magistratura in corso e almeno 122 neonati probabilmente contagiati da un'infermiera malata di tubercolosi che lavorava nel nido del Policlinico Gemelli. Ancora: ricorsi al tar e causa collettiva contro l'ospedale romano promossa dall'associazione di tutela del cittadino Codacons e annunciata anche dall'avvocato-deputato Giulia Bongiorno, il cui figlio è nato lì proprio nel periodo a rischio. E poi genitori giustamente arrabbiati, preoccupati, confusi. Sono i risvolti dello tsunami che il 25 luglio, giorno in cui all'infermiera è stata diagnosticata la tbc, ha colpito un centro d'eccellenza come il Gemelli. La magistratura chiarirà come sono andati i fatti. Nell'attesa, per cercare di fare luce sulle tante ansie e psicosi che da allora si sono scatenate e capire cosa può implicare questa microepidemia e come comportarsi, *Panorama* ha interpellato vari esperti di tbc.

**DOMANDA** Allarme nei nidi romani: ma i neonati risultati positivi al test sono contagiosi?

**RISPOSTA** Assolutamente no. Possono frequentare altri bimbi e non infettano né i genitori né tantomeno i vicini di casa. «Non solo stanno seguendo una profilassi» chiarisce Giorgio Besozzi, direttore del Centro d'informazione tubercolosi di

Un'infermiera malata nel nido dell'ospedale, 122 neonati positivi al test, gli ovvi timori dei genitori. E poi la polemica e un'indagine della magistratura. Ma è davvero giustificato il terrore collettivo? «Panorama» lo ha chiesto ai maggiori esperti italiani.

DI DONATELLA MARINO



DILLO SU FACEBOOK

Un'infermiera con la tbc scatena la psicosi in un reparto pediatrico: ma è solo colpa sua? Partecipa alla discussione sulla pagina Facebook di *Panorama*.

→ FATTI

90 | PANORAMA  
21 settembre 2011



**ora previsti per i nati entro il 1° gennaio 2011, dato che sono saltati fuori altri bambini positivi, nati negli ultimi mesi del 2010?**

**R** Arrivare al contagiato zero sarebbe auspicabile, ma si può andare per logica. Dice Luigi Codecasa, responsabile del Centro regionale di riferimento per la tbc a Villa Marelli: «Se si nota che a gennaio c'è ancora un'alta concentrazione di bimbi positivi, ha più senso procedere a controlli sui bimbi nati nei mesi antecedenti».

**D Quanto dura la terapia? I genitori lamentano la difficoltà a somministrarla ai neonati e temono le controindicazioni.**

**R** Dura da 6 a 9 mesi, usando come principio attivo l'isoniazide. «Fa parte della categoria dei chemioterapici, ma assolutamente non è quello che s'intende con questo termine» sottolinea Altieri. «Potenzialmente può dare fastidio al fegato, ma soprattutto negli adulti». Conferma Besozzi: «I neonati hanno una maggiore tolleranza epatica, cioè capacità di depurare l'organismo». È vero, tuttavia, che del farmaco non esistono dosi pediatriche.

**D È aumentata in Italia l'incidenza di tbc nel primo anno di vita?**

**R** C'è un modestissimo aumento nella fascia d'età 0-14: l'1 per cento, secondo gli ultimi dati riferiti al 2009. Quindi non allarmante. «È un dato aggregato, bisognerebbe capire se dipende dal maggior numero di nati da immigrati provenienti da paesi a rischio oppure no» dice Codecasa. Afferma Gianni Rezza, epidemiologo, direttore del dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità: «Nonostante l'importazione di casi, in particolare in giovane età, non abbiamo visto un aumento significativo negli italiani». Insomma, al momento, i flussi migratori non sembrano incidere nella diffusione.

**D Ma può bastare una sola infermiera malata a contagiare?**

**R** Sì. Una singola fonte, in un luogo chiuso come una nursery, può causare una microepidemia.

**D Allora è facile ammalarsi? Si può prendere la tbc sul tram o in una sala**

**d'attesa?**

**R** È più facile prenderla in camera da letto. Per essere contagiati, dicono gli esperti, bisogna avere un contatto prolungato e in un ambiente confinato con un ammalato di tbc in forma polmonare, che tossisca ripetutamente.

**D Alcuni genitori dei piccoli nati ai Gemelli raccontano che i loro neonati sono rimasti al nido pochissimo, forse una notte. Come è stato possibile in questo caso il contagio?**

**R** I bambini piccoli sono particolarmente ricettivi. Il loro sistema immunitario non è ancora sviluppato. «Ecco perché, in caso di neonati, una notte può bastare, soprattutto se la carica batterica di chi li ha contagiati era alta» sottolinea Besozzi. «Eppure» aggiunge «non rientrano nelle categorie a rischio, quali immigrati, anziani, hiv positivi od operatori sanitari, perché nor-

**«La positività al test dice che è avvenuto un contatto con il batterio. Si è sani e la possibilità di ammalarsi cala a mano a mano che ci si allontana dal giorno del contagio»**

malmente hanno pochissime possibilità di entrare in contatto con il micobatterio».

**D C'è un punto debole nel sistema?**

**R** La diagnosi precoce è il nodo principale, perché la tbc è una malattia del passato, oggi abbastanza dimenticata. Bisognerebbe diffondere conoscenza e norme igieniche: «Basta la mano sulla bocca quando si tossisce per ridurre del 90 per cento la possibilità di trasmetterla» raccomanda Besozzi.

**D Nel 2011, in Italia, dobbiamo avere paura della tbc?**

**R** Anche se più diffusa nelle grandi città, dove maggiore è il numero di categorie a rischio, «l'incidenza della malattia resta bassa e si guarisce tranquillamente» conclude Altieri. «Piuttosto mancano fondi per la ricerca di nuovi farmaci contro i ceppi più resistenti». ■

Villa Marelli, a Milano, ed esperto della onlus Stop Tb Italia, «ma, anche nella remota ipotesi che il bacillo si risvegliasse, sviluppando la malattia, la carica batterica di bambini così piccoli non arriva a raggiungere livelli di pericolosità». Sono gli adulti che trasmettono l'infezione.

**D Che possibilità ci sono che ciò avvenga? E i bimbi ora negativi sono fuori rischio o c'è un periodo d'incubazione, come temono i genitori?**

**R** «La positività al test esprime l'avvenuto contatto con il batterio, che resta dormiente» spiega Alfonso Altieri, pneumologo, responsabile nazionale del gruppo di studio Tbc dell'Aipo, l'Associazione italiana pneumologi ospedalieri. «Si è sani e la possibilità di ammalarsi diminuisce progressivamente a mano a mano che ci si allontana dal momento del contagio».

Le statistiche dicono che con la cura preventiva si riducono a meno del 2 per cento. «Quanto ai negativi, solo per quelli nati negli ultimi 3 mesi c'è la possibilità di sviluppare positività, perché tanto ci vuole a vedere se sono entrati in contatto con il batterio. Il resto sono dicerie. E basterà ripetere il test fra tre mesi per stare tranquilli».

**D Un'altra polemica che ha scatenato psicosi: fino a quando estendere i test,**



## SALUTE

### TERAPIE DOLCI

www.ecostampa.it



# LA MEDITAZIONE ALL

L'antica pratica orientale rallenta l'invecchiamento genetico. Lo dimostra uno studio rivoluzionario che spiega per la prima volta perché questo lavoro di mente e respiro tiene sotto controllo molte malattie

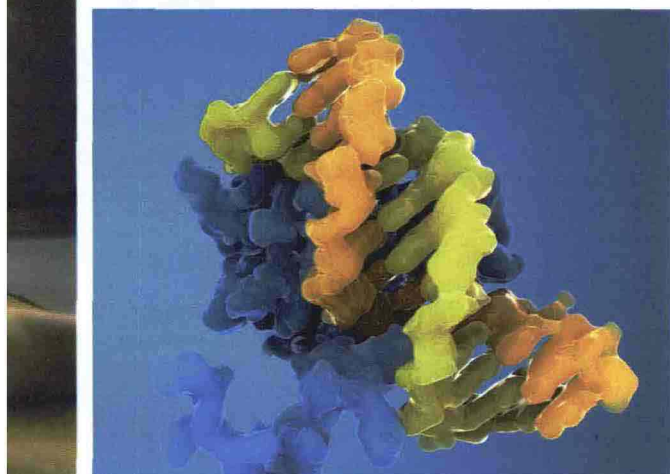
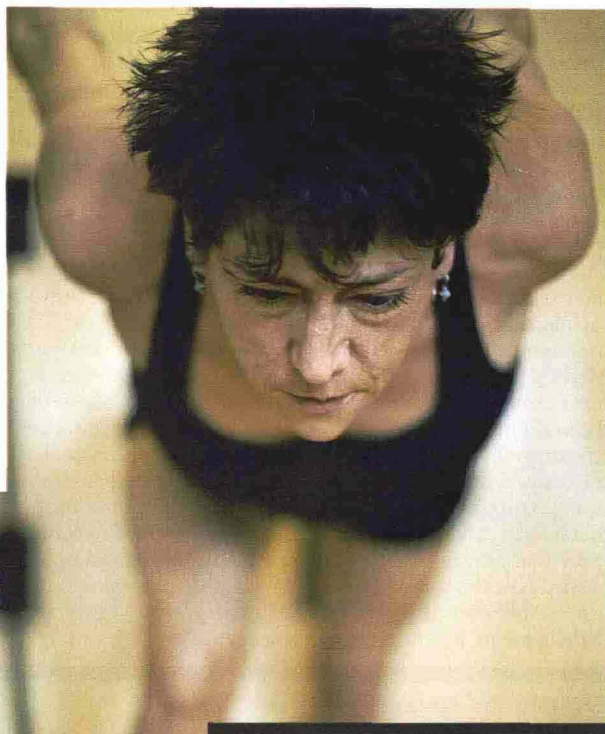
DI PAOLA EMILIA CICERONE - FOTO DI MEAGHAN MAJOR

**F**orse non ci salverà l'anima, ma promette di allungarci la vita e modificare i geni responsabili di molte malattie. La new age non c'entra. A essere sotto esame oggi sono i benefici molto terreni che si possono ottenere con l'antica pratica della meditazione. Lo dimostra, innanzitutto, uno studio realizzato dall'Università di San





I pazienti del Centro Iyengar Yoga di New York. In basso: struttura del telomero, il cappuccio di materiale genetico posto in cima ai cromosomi che si accorcia con l'invecchiamento



## QUELLI CHE LO YOGA

**Queste foto** Le immagini che illustrano questo articolo mostrano l'attività dei maestri coi malati di Aids nel centro Iyengar Yoga di New York. Dove i pazienti affetti da Hiv e sottoposti a terapie antiretrovirali sono aiutati a recuperare un benessere psicofisico necessario a tollerare le terapie. Alcuni studi indicano che la pratica indiana non solo restituisce mobilità alle articolazioni e ha una funzione antistress, ma è anche capace di ridurre significativamente la pressione dei sieropositivi contribuendo alla gestione della cardiotoxicità dei farmaci anti-Aids.

### Il maestro e le sue idee

Iyengar è uno dei più celebri maestri indiani, ultraottantenne, chiamato "Guruji" dai suoi allievi: vive e lavora a Puna, in India nell'Istituto dedicato alla memoria della moglie, il Ramamani Iyengar Memorial Yoga Institute, centro di studio, di pratica e di formazione dove lo Yoga è impiegato anche per curare malattie e disagi fisici di diverso tipo. Centri di Iyengar Yoga sono operativi in tutto il mondo: il centro italiano ha sede a Firenze.

# UNGA LA VITA

Francisco. Che mette d'accordo scienza e tradizione, visto che può contare sull'endorsement del Dalai Lama e di Elisabeth Blackburn, premio Nobel per la medicina nel 2009 per i suoi studi sui telomeri, i cappucci di materiale genetico posti in cima ai cromosomi la cui lunghezza è collegata all'invecchiamento. Ed è proprio sui telomeri che agisce la meditazione: i ricercatori hanno ingaggiato un maestro e gli hanno chiesto di insegnare la pratica a dei

volontari; il protocollo prevedeva due sessioni di gruppo e sei ore di meditazione individuale al giorno per tre mesi. Alla fine, coloro che avevano seguito le indicazioni del maestro avevano un livello di telomerasi (l'enzima che ricostruisce i telomeri quando questi si accorciano) del 30 per cento superiore a quello misurato in 30 volontari sani e simili per età, sesso e condizioni di salute. Come ricordano gli autori su "Psychoneuroendocrinology", ►



## SALUTE

la misurazione della telomerasi è un indice certo e assai preciso, e lo studio mostra che l'antica pratica orientale rallenta di fatto il processo di invecchiamento. E lo fa agendo sul cervello dove induce reazioni capaci di aiutare a gestire lo stress e a capitalizzare le sensazioni di benessere. Tanto che alcuni ricercatori sostengono che la meditazione attivi una naturale tendenza del nostro organismo al rilassamento, insomma l'esatto opposto della classica reazione alla base del meccanismo dello stress, che, invece, accorcia la vita.

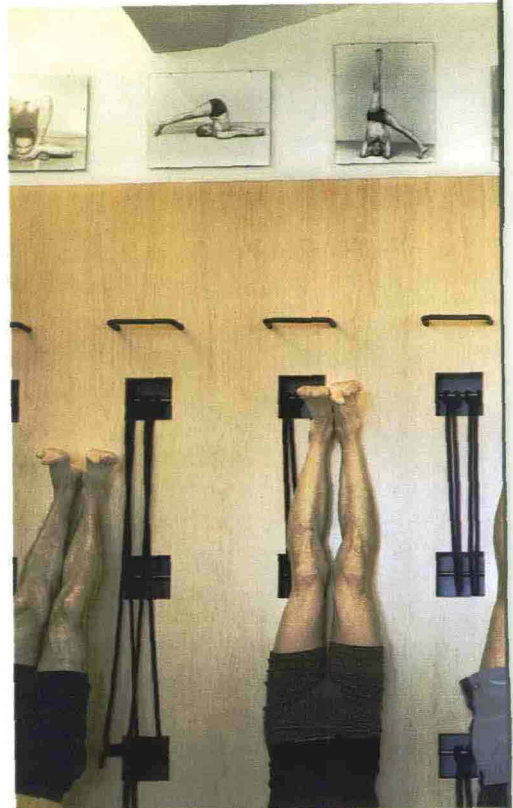
Una ulteriore conferma arriva da uno studio realizzato in collaborazione dal Massachusetts General Hospital e dal centro di genomica del Beth Israel Deaconess Medical Center, che mostra come la meditazione modifichi l'attività di geni collegati con l'infiammazione, la morte cellulare e il controllo dei radicali liberi responsabili di molti danni al Dna. E quindi, ancora una volta a rallentare l'invecchiamento, e a farlo con una rapidità insospettabile per una pratica così "soft": due mesi di pratica bastano a modificare circa 1.500 geni. «Abbiamo visto che agire sull'attività della mente può alterare il modo in cui

il nostro organismo attiva istruzioni genetiche fondamentali», spiega Herbert Benson, uno dei responsabili della ricerca.

### NEURONI DI RICAMBIO

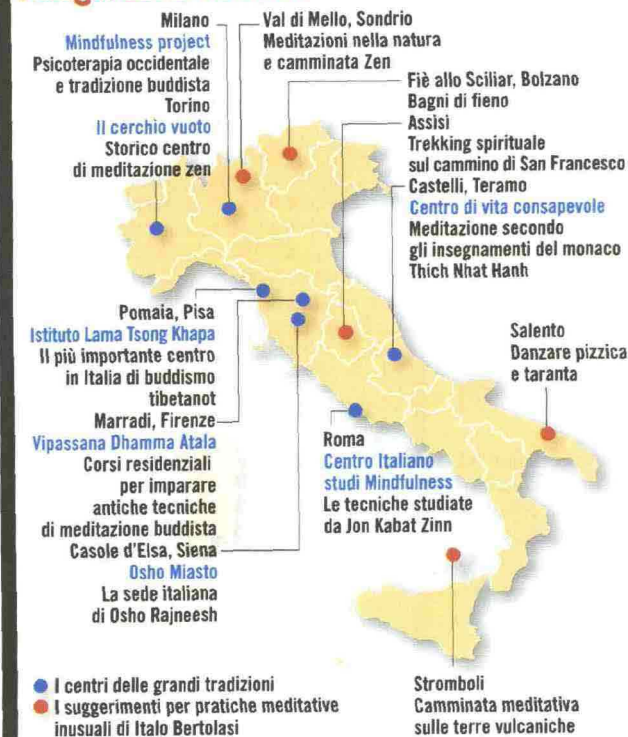
Mentre genetisti e biologi molecolari indagano come è possibile che la meditazione allunghi la vita, molte altre conoscenze si accumulano su come, d'altro canto, possa modificare la struttura del nostro cervello. «Abbiamo visto che diverse pratiche di meditazione attivano aree diverse nel cervello», spiega Antonino Raffone del dipartimento di Psicologia dell'Università di Roma La Sapienza. Lo conferma uno studio da poco pubblicato su "Brain Research Bulletin" e nato da una collaborazione tra Raffone e Antonietta Manna, ricercatrice all'Itab di Chieti. Studi successivi, di cui sono già disponibili i primi risultati, confermano gli effetti della meditazione sulla plasticità del cervello. «Sappiamo che poche settimane di meditazione bastano ad ottenere cambiamenti importanti», spiega Raffone, «con altrettanti importanti benefici: contribuisce a sviluppare aree della corteccia cerebrale legate all'attenzione e all'elaborazione visiva e uditiva». Insomma ci aiuta

a essere più attenti all'ambiente che ci circonda, rafforzando la plasticità cerebrale e riducendo i danni legati all'età. E non c'è bisogno di ritirarsi in un monastero: un recente studio dell'università di Wake Forest a Winston-Salem mostra che quattro



www.ecostampa.it

### I luoghi del benessere



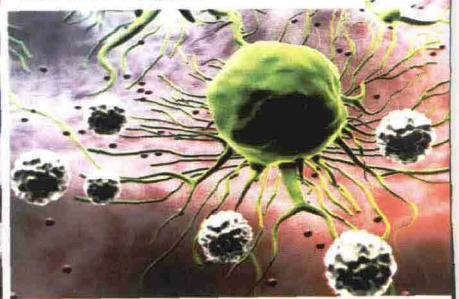
giorni di pratica meditativa possono essere sufficienti a renderci più lucidi e attenti.

### PIÙ FORZA AL SISTEMA IMMUNITARIO

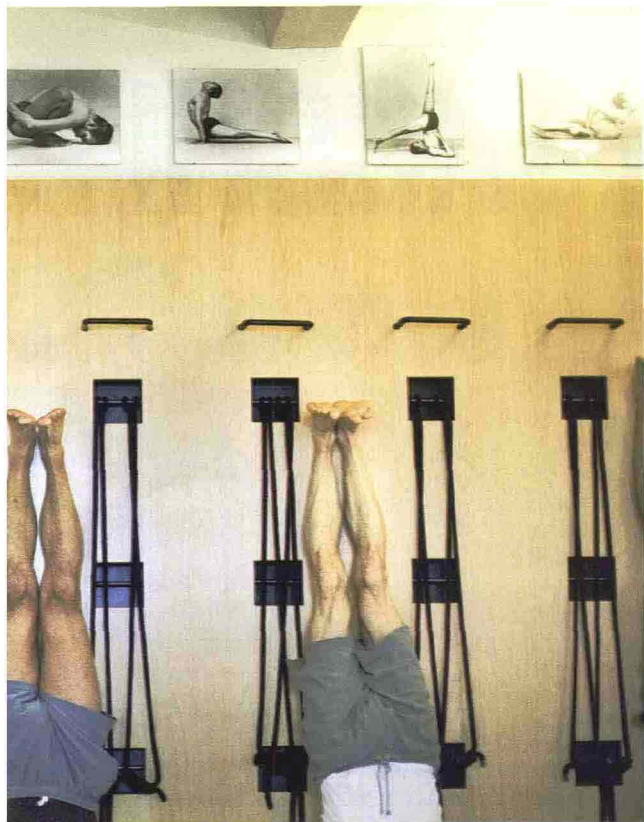
Diversi studi mostrano con chiarezza che la meditazione riesce a modulare l'attività del sistema immunitario. Come spiega Francesco Bottaccioli, presidente onorario della Società italiana di Psiconeuroendocrinologia e autore di "Mente Inquieta", manuale di meditazione edito da Tecniche Nuove: «La meditazione mette l'organismo in condizione di reagire con efficacia alle aggressioni, ma evitando pericolosi eccessi di infiammazione». Lo



A sinistra: graphic di cellule tumorali. Nella mappa: dove meditare; indicati col pallino rosso i luoghi inusuali consigliati da Italo Bertolasi nel suo "Nell'anima del mondo"







## Io medito strano

Ballando la pizzica, su un vulcano, immersi nel fieno

colloquio con Italo Bertolasi di Paola Emilia Cicerone

«C'è chi segue un guru, un maestro di meditazione. Io ho scelto di seguire le strade di antichi pellegrinaggi, per trovare la pace, per dare un senso quasi filosofico al vivere»: Italo Bertolasi, viaggiatore ed etno-fotografo sintetizza così il percorso che ha raccontato in "Nell'anima del mondo" (Urta edizioni), una guida alla meditazione in luoghi speciali, lontanissimi o anche a due passi da casa.

**Bertolasi, una costante nei percorsi da lei proposti sono le montagne.**

«Le montagne offrono emozioni speciali, si tratti di scendere nelle grotte sacre in Giappone, di seguire la tradizione sufi sulle alture del Pakistan o di salire sui monti sacri al taoismo in Cina. Tutti luoghi che per queste culture sono territori di meditazione e di auto guarigione. Ma che possono offrire spunti anche al camminatore moderno».

**Non sono luoghi accessibili a tutti.**

«Ci sono tecniche che mi hanno insegnato in giro per il mondo e che si possono ripetere senza bisogno di trasformarsi in sciamani o di affrontare lunghi viaggi. Abbiamo organizzato delle esperienze di bagno di foresta in Val di Mello o trekking meditativo a Stromboli».

**In ogni caso queste meditazioni richiedono di immergersi nella natura.**

«Quelle che propongo sono tecniche istintive, molto antiche - come il Qi Gong della natura - che non sono necessariamente legate a un pensiero religioso. Si ispirano alla montagna, oppure all'acqua, all'aria, alle piante. Per entrare in contatto fisico con la natura seguendo la lezione degli antichi sciamani».

**Lei organizza progetti di assistenza a bambini in situazioni di emergenze umanitarie, attraverso l'associazione Clown One Italia.**

«È un altro modo per vivere un percorso di consapevolezza e di amore».

conferma uno studio su donne malate di tumore al seno pubblicato dalla rivista "Brain Behaviour and Immunity": si è visto che le donne che avevano imparato a meditare avevano livelli di cortisolo decisamente più bassi delle altre e riuscivano a recuperare in breve tempo un profilo immunitario analogo a quello di una persona sana. Altri studi mostrano che la meditazione aiuta i malati di cancro a tenere sotto controllo ansia e stress. In particolare, un gruppo di ricercatori dell'università del Wisconsin ha preso in esame 43 studi, arrivando alla conclusione che la meditazione può aiutare a i malati di cancro a combattere l'insonnia ma anche la cosiddetta "fatigue", la spossatezza che è un effetto collaterale di molte terapie.

### IO NON HO PAURA

I risultati più rivoluzionari sono forse quelli ottenuti nel controllo del dolore. Lo conferma uno studio recentissimo realizzato dall'Università di Montreal e pubblicato dalla rivista "Pain", secondo il quale la meditazione Zen riduce la sensibilità al dolore. E lo fa in modo particolarmente sofisticato: la risonanza magnetica mostra che la meditazione interrompe le comunicazioni tra le aree del cervello deputate alla ricezione del dolore e

quelle legate alla percezione della sensazione dolorosa, come l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale. «In pratica chi medita mantiene, e persino aumenta, la capacità di percepire il dolore, ma è in grado di escludere l'interpretazione del vissuto soggettivo, e quindi la sofferenza», spiega Bottaccioli. E sottolinea un dato che potrebbe avere implicazioni importanti per chi soffre di dolore cronico. Un altro studio pubblicato sulla stessa rivista indica che la pratica di una meditazione Yoga può contribuire ad attenuare i sintomi della fibromialgia, un disturbo caratterizzato da dolore muscolo scheletrico cronico.

### NON SOLO PROZAC

A confermare l'effetto della meditazione come antidepressivo è uno studio pubblicato dall'autorevole "Archives of General Psychiatry": un gruppo di pazienti in cura per depressione è stato trattato con farmaci fino alla scomparsa dei sintomi. A quel punto il gruppo è stato diviso in tre: alcuni pazienti hanno cominciato a praticare una terapia cognitiva basata sulla meditazione mindfulness, finalizzata al controllo delle emozioni, mentre altri hanno continuato ad assumere il farmaco oppure un placebo. Dopo 18 mesi,

si è visto che meditazione e farmaci risultavano altrettanto efficaci nel contenere le ricadute, limitate al 30 per cento dei pazienti rispetto al 70 di chi aveva assunto il placebo. Grazie alla meditazione, insomma, sembra possibile far durare nel tempo i risultati ottenuti con i farmaci, venendo incontro alle esigenze dei molti che non vogliono prolungare la terapia, e possono essere a rischio di ricadute. «Sappiamo che la meditazione consente di regolare le emozioni, osservandole con un certo distacco senza esserne sopraffatti», spiega Raffone.

Altri studi mostrano che praticare aiuta a controllare gli stati emozionali estremi, in particolare la paura, agendo sull'attività dell'amigdala. E che ha un effetto non solo sui sintomi ansioso depressivi ma anche sui livelli ormonali legati agli effetti fisiologici dello stress. «È quanto è emerso da uno studio organizzato in collaborazione con l'Università di Ancona sugli operatori sanitari che partecipano ai nostri corsi», racconta Bottaccioli: «Abbiamo visto che con la pratica della meditazione i livelli di cortisolo si sono praticamente dimezzati tra l'inizio e la fine del corso».

ha collaborato Agnese Codignola

Foto: Spt - Contrasto, Corbis (2)

**LA CONCORRENZA ASIATICA**

# Nel low cost degli antitumorali

di Agnese Codignola

«**I**l costo degli antitumorali sta diventando insostenibile». Questa la conclusione dello studio presentato da poco allo European multidisciplinary cancer congress di Stoccolma, commissionato da «Lancet Oncology» al Britain's King's Health Partners Integrated Cancer Center di Londra. Già oggi ogni anno nel mondo si spendono 286 miliardi di dollari per gli antitumorali, più della metà dei costi globali per la salute, perché i biofarmaci arrivano a costare anche 100mila euro a ciclo e il sistema non regge più. Che la situazione stia arrivando a un punto di non ritorno lo dimostra la decisione della Roche di non distribuire più i suoi blockbuster biologici agli ospedali greci, indietro di anni nei pagamenti, ma anche - da un altro punto di vista - quanto sta avvenendo in Cina e India.

La storia ricalca quanto accaduto una decina di anni fa con gli antivirali per l'Aids: i colossi asiatici, infatti, sono pronti a produrre i biologici a costi molto ridotti, anche se prima devono convincere gli Stati a concedere le autorizzazioni necessarie alla distribuzione. Del tema si è discusso nei giorni scorsi all'assemblea generale delle Nazioni Unite, chiamata a pronun-

ciarsi sull'applicabilità al cancro del concetto utilizzato per derogare ai brevetti internazionali usato nel caso dell'Hiv: quello di pandemia globale. Per ora però non c'è accordo, perché secondo alcuni, come l'amministrazione Obama, il cancro è la conseguenza dell'allungamento della vita e non una pandemia, mentre secondo altri come appunto Cina, India e molte organizzazioni di pazienti e Ong che lavorano nei paesi più poveri, la questione ha raggiunto dimensioni tali da richiedere provvedimenti eccezionali.

Nel frattempo la Cipla, che già produce gli anti-Hiv low cost, ha annunciato di poter di produrre una dozzina dei farmaci più utilizzati quali trastuzumab (Herceptin) per il cancro al seno, bevacizumab (Avastin) per quello al colon, cetuximab (Rituxan) per il linfoma non Hodgkin grazie a un investimento di 165 milioni di dollari in partnership con la cinese Bio Mab. Il prezzo di vendita dei biosimilari stimato dovrebbe essere, a regime, circa un terzo rispetto a quello dei farmaci branded; le aziende indo-cinesi hanno sottolineato che non si arriverà mai a prezzi come quelli delle terapie anti-Hiv, perché questi farmaci devono essere prodotti da batteri e sistemi viventi, ma anche che, una volta rientrate dei costi dell'investimento iniziale, esse applicheranno prezzi ancora inferiori.

## I GENERICI BIO-TECH

### IL BIOSIMILARE

Non è la copia esatta del farmaco d'origine perché viene fatto in sistemi viventi. Ciò implica la necessità di molti controlli prima dell'autorizzazione. Da questo derivano alti costi e per questo la riduzione del prezzo è inferiore rispetto a quanto accade con i generici, e si aggira attorno al 20 per cento.

### L'FDA

La Food and Drug Administration americana dovrebbe rendere nota a giorni la sua bozza di linee guida, e sottoporla nei mesi successivi a commenti e correzioni.

### L'EMA

L'equivalente europeo dell'Fda a partire dal 2005 ha un sistema di linee guida vincolanti.

### L'UNIONE EUROPEA

Ha approvato i primi biosimilari nel 2006; al momento ve ne sono cinque.

### IN ITALIA

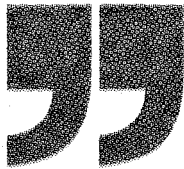
Sono arrivati orme della crescita, epoetina e filgrastim, ma l'utilizzo è ancora bassissimo (un paziente ogni mille).



# “Uomini e batteri: ecco la sfida estrema”

Le ricerche sul sistema immunitario rivoluzioneranno la medicina  
 “Sono l'assicurazione sulla vita per il futuro della nostra specie”

## Intervista



GABRIELE BECCARIA

**N**on siamo ciò che sembriamo. Abbiamo più batteri, virus e funghi in noi che cellule. Forse siamo mostri e non lo sapevamo. Ma questa «mostrosità» sta accendendo molte lampadine nella testa degli scienziati, che pensano di sfruttarla per la medicina del futuro.

**Professor Alberto Mantovani, lei è uno dei più celebri immunologi italiani e ha appena pubblicato «I guardiani della vita», dedicato alle invisibili guerre che in ogni istante si svolgono nel nostro organismo e alle sfide che ci mettono di fronte: quali sono?**

«La prima sfida è legata alla conoscenza. Sappiamo che conteniamo più microbi che cellule, nella misura di almeno 2 ordini di grandezza, ma ne conosciamo appena la punta dell'iceberg: in alcuni casi abbiamo decifrato la loro impronta genetica, ignorando però le loro proprietà».

**Dove si trovano?**

«Si concentrano soprattutto nell'intestino, nell'albero respiratorio e sulla pelle. Per spiegare le loro interazioni con il nostro organismo è stato inventato il termine “microbioma”, fondamentale, tra l'altro, per l'attività metabolica».

**Per esempio?**

«Ci fornisce sostanze importanti e ci aiuta ad assimilarne altre: si è

scoperto che nel microbioma del tratto gastroenterico dei giapponesi si annida un batterio capace di digerire le alghe del sushi. E' di origine marina e nel mare fa lo stesso. Noi, però, ne siamo sprovvisti. E questa realtà ci dà un'indicazione importante».

**Quale?**

«Che il nostro microbioma è prezioso: cambia con l'ambiente e con lo stile di vita e inoltre - ed è una scoperta recente - è essenziale per “educare” il sistema immunitario».

**Andiamo a scuola dai microbi?**

«In effetti molto dipende dai contatti con loro. Un caso interessante è legato al problema delle allergie, in continuo aumento. Per molto tempo si è pensato che l'asma bronchiale fosse legata all'inquinamento ambientale, in realtà gli ultimi esperimenti hanno falsificato l'ipotesi. Emerge, invece, la spiegazione dell'eccessivo igiene. I bambini che crescono in campagna, a contatto con gli animali, hanno meno probabilità di sviluppare la malattia rispetto a chi vive in città. E' la prova formale che i primi vengono a contatto con i batteri presenti nelle stalle e che il loro sistema immunitario attiva delle risposte specifiche, chiamate in gergo di tipo 1, capaci di frenare le risposte allergiche».

**Risposta che non avviene nei bambini di città?**

«E' così. Dobbiamo pensare al sistema immunitario come a un sistema sempre “a bilancia”. Deve affrontare nemici molto diversi, dal batterio della tubercolosi al verme intestinale, ma, quando non è sta-

to educato a “vedere” i batteri, come accade ai bambini di città o a chi è trattato con antibiotici alla prima linea di febbre, mancano i freni alle risposte di tipo 2, quelle che servono a difenderci dai parassiti. Così si attivano le risposte anche contro i pollini o gli acari, scatenando le allergie».

**Tornando all'inizio, c'è anche una seconda sfida, giusto?**

«E' legata al lato oscuro: se alcuni microbi sono dei buoni compagni di strada, altri scatenano le malattie, cambiando ed evolvendosi. L'hanno sempre fatto, ma di recente sono comparsi molti nuovi agenti, come un ceppo E.coli che, sebbene abbia causato allarme in Europa, è stato affrontato con grande efficacia. In poche settimane, grazie alle tecniche veloci di sequenziamento del genoma e alle reti internazionali di ricerca, si è identificata la variante in termini molecolari, si è capito che ci sono pezzi di Dna capaci di trasferirsi da un batterio all'altro e si osserva il meccanismo d'attacco alle mucose intestinali».

**Lei scrive che le due sfide impongono un nuovo approccio scientifico per lo studio del sistema immunitario: di che cosa si tratta?**

«Di un approccio complesso, dato che continuiamo a scoprire, con nostra sorpresa, sottotipi sempre nuovi di cellule, dalle T ai macrofagi. Questa realtà sempre più estesa richiede un'organizzazione diversa della ricer-



ca, tecnologie via via più sofisticate e un approccio globale di "system biology". Invece delle singole molecole, ora ci si deve occupare anche dell'insieme dei processi».

**Può fare un esempio concreto?**

«L'approccio è ancora nella sua infanzia, ma si comincia già a utilizzare per identificare molecole nuove nel sistema immunitario, associandole a specifiche funzioni: è un tipo di ricerca che conduciamo anche all'Istituto Clinico Humanitas di Milano e che consente di osservare i diversi sistemi di regolazione del sistema immunitario attraverso la trascrittomica, la disciplina che studia l'insieme degli RNA messaggeri di una cellula».

**E le applicazioni per i malati?**

«Si cominciano ora a intravedere. Siamo per esempio in grado di decifrare le impronte digitali dell'intero microbioma di un individuo e osservare come viene perturbato dall'uso di antibiotici, soprattutto quando si assumono senza necessità. Ma di recente l'approccio è stato applicato anche per la vaccinazione contro l'influenza, identificando geni e molecole essenziali per la risposta contro il virus. Ma è importante sottolineare che le due prospettive, questa di tipo complesso e quella riduzionistica, si affiancano l'una all'altra».

**Come cambierà la lotta alle malattie più gravi, dai tumori all'Aids?**

«Il punto fondamentale è che abbiamo un bisogno disperato di nuovi vaccini e di fare arrivare quelli che abbiamo già, e che hanno cambiato la vita della nostra specie sul pianeta, a 3 milioni di bambini che muoiono ogni anno. Abbiamo imparato a realizzarne alcuni che utilizzano specifici sistemi di difesa, in particolare gli anticorpi, ma non siamo capaci di produrre quelli che inducono risposte mediate da alcune classi di linfociti, essenziali, per esempio, per la difesa contro il cancro o contro virus come l'HIV. Ma questa è una sola una delle frontiere».

**E le altre frontiere?**

«Imparare a modificare il sistema immunitario, scoprendo le relazioni tra i microrganismi e le malattie. Un'altra ancora è duplice: insegnare al sistema stesso a riconoscere i "buoni" e i "cattivi", facendo fuori i patogeni e lasciando in pace i compagni di stra-

da che ci servono, e anche a distin-

guere se stesso da ciò che non lo è, impedendogli di dirigersi contro l'organismo, processo che invece accade con le malattie autoimmuni, che colpiscono una persona su 5».

**E soprattutto le donne, è così?**

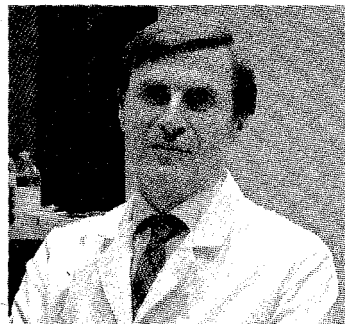
«Sì. E infatti l'autoimmunità costituisce il paradigma per una medicina che si fa carico delle differenze di sesso. Abbiamo fatto e faremo grandi progressi nel controllare questo tipo di malattie, perché già oggi, studiando il sistema immunitario, sono stati ideati farmaci efficaci, che hanno cambiato la vita di chi soffre di artrite reumatoide o di malattie infiammatorie. E di recente ci sono novità anche nella terapia del lupus: ora si

riesce a controllarlo meglio, ma ancora non si riesce a spegnere l'interruttore che lo origina. Ecco un'altra sfida per la medicina del futuro».

**Sarà quindi l'immunologia a curarci?**

«Parafrasando un'affermazione di Rino Rappuoli, secondo il quale i "vaccini sono l'assicurazione sulla vita del Terzo Millennio", direi che l'immunologia è probabilmente la più importante assicurazione sulla vita per la nostra specie nel XXI secolo».

**I VACCINI**  
«Si studiano quelli di nuova generazione contro tumori e Aids»



**Alberto Mantovani**  
Immunologo

**RUOLO:** È PROFESSORE DI PATOLOGIA GENERALE ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO E DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS  
**IL LIBRO:** «I GUARDIANI DELLA VITA» DALAI EDITORE



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

# Pronto, Dottore

Scrivi all'indirizzo email [salute@quotidiano.net](mailto:salute@quotidiano.net)



**CRISTINA MUSSINI**  
Specialista malattie infettive

## Malattie infettive

**Punta con un ago infetto  
Che rischi posso correre?**

**SONO ANDATA** a trovare mia zia in ospedale dopo un'operazione, lei è malata di HIV, epatite C e B. Sono entrati due infermieri che le hanno sfilato la farfallina dal braccio, io ero accanto e mi hanno punta con l'ago facendomi uscire del sangue. Ero naturalmente preoccupata. Mi è stato detto di stare assolutamente tranquilla per l'accaduto e di dimenticarlo, che si tratta di un contatto indiretto. Secondo lei ho rischiato?

**IO CREDO** che quanto accaduto, cioè il contatto di un ago tolto da una vena con la sua vena, l'abbia esposta al rischio di contrarre le infezioni. Tuttavia va ricordato che per quanto riguarda l'HIV, se la zia è in trattamento con farmaci antiretrovirali e ha una carica virale non rilevabile il rischio di trasmissione è bassissimo, per l'epatite B spero lei sia vaccinata, rimane la C. Il mio consiglio è di effettuare tutti i test e di sporgere la denuncia d'infortunio, che da noi si effettua presso il Pronto Soccorso.



**NUNZIO BORELLI**  
Medico di medicina generale

## Medicina generale

**Per chi segue terapie con diuretici  
è importante la reidratazione**

**MIO PADRE** prende i farmaci per il cuore, anche un diuretico e suda molto. Servono sali minerali?

**LE PERSONE** in terapia con diuretici dovrebbero controllare la funzionalità renale e gli elettroliti, il più conosciuto dei quali è il potassio, uno ione presente per lo più all'interno delle cellule. Con una adeguata dieta non si realizzano bassi livelli nel sangue (ipokaliemia) tranne casi patologici come vomito, diarrea prolungati, abuso di lassativi e diuretici, una forte sudorazione. Con sintomi allarmanti dalla stanchezza muscolare alla paralisi intestinale e aritmie cardiache anche gravi. Una adeguata reidratazione, dove non vi sono patologie importanti, almeno 1,5-2 litri di acqua al giorno accompagnata da introduzione di frutta (occhio alla glicemia) e verdura, ad esempio albicocche, pesche, banane, pomodori, fagioli, succhi di frutta. Nel dubbio di un calo del potassio nel sangue è bene fare il dosaggio, così importante per il nostro organismo.





**AGOSTINO  
TUCCIARONE**  
Specialista  
ortopedia  
e medicina  
dello sport

## Traumatologia

### Un dolore alla spalla cronico gli accertamenti a cui sottoporsi

**HO 38 ANNI** e da qualche tempo ho un dolore alla spalla a seguito di movimento traumatico. La risonanza magnetica ha evidenziato distanza acromion-omerale un poco ridotta con minimo versamento nella borsa sottodeltoidea e lungo il tendine del capolungo del bicipite. regolari tendini dei muscoli sottospinato, sottoscapolare, grande e piccolo rotondo. Non versamento articolare. Dopo ripetuti trattamenti, di fisioterapia, ginnastica e infiltrazioni, non sono riuscito a risolvere il problema. Quali altri accertamenti dovrei fare per evitare che la situazione diventi cronica?

**GENTILE** lettore, per ulteriori accertamenti potrebbe essere utile eseguire una risonanza con mezzo di contrasto.

**altri quesiti e risposte  
sul sito web  
[magazine.quotidiano.net/Salute](http://magazine.quotidiano.net/Salute)**



# Tutti figli dello Stato

La sanità secondo Obama obbliga le assicurazioni a fornire contraccettivi e aborti. E azzerava la libertà di coscienza dei medici. Un disegno di ingegneria sociale che incide sulla concezione dell'uomo prima che sui conti. Trattando la maternità come una malattia e la procreazione come un inconveniente

da New York **Mattia Ferraresi**

**U**NA COMMISSIONE DELL'INSTITUTE of Medicine - autorevole organizzazione nata per fornire al governo americano informate linee guida in fatto di sanità pubblica - ha suggerito all'Amministrazione di inserire nel prontuario delle prestazioni gratuite alcuni controlli piuttosto importanti per le donne, tipo quello per il Papilloma Virus e per la maternità. Chi pensa alle ecografie o alle cure pediatriche sbaglia: è la maternità la malattia da curare. Alcuni degli strumenti che saranno garantiti dal ministero della Sanità una volta recepita la norma - non c'è bisogno del voto del Congresso per trasformare la direttiva in legge, basta il timbro ministeriale - non serviranno a prendere in cura puerpere e pargoli, ma a eliminare il problema prima che si ponga. Si chiama controllo delle nascite o, se si preferisce la più disinvolta dizione neolinguistica, "pianificazione parentale", come recita il nome della più influente associazione che si occupa della materia. In sostanza, le assicurazioni sanitarie degli Stati Uniti saranno obbligate a fornire nel pacchetto dei servizi offerti gratuitamente ai loro clienti anche tutti gli strumenti anticoncezionali e abortivi in commercio: preservativo, pillola (classica e del giorno dopo), sterilizzazione, diaframma e tutto il resto, fino all'interruzione di gravidanza vera e propria. Il tutto opportunamente accompagnato dalle visite mediche legate all'uso di tali contraccettivi e senza l'obbligo del pagamento del co-pay (una quota aggiuntiva da ver-

sare di tasca propria). L'assicurazione deve garantire che chiunque abbia libero accesso alla cura della peggiore delle malattie, la procreazione. Siccome poi la riforma sanitaria introdotta dall'Amministrazione Obama nel 2010 obbliga tutti i cittadini americani a stipulare una polizza assicurativa, il diritto agli anticoncezionali non può nemmeno essere declinato. Dopo poco più di sei mesi dall'approvazione della riforma si è passati dall'ideale egualitario della copertura sanitaria universale al preservativo di Stato. E non sono previste eccezioni.

Ospedali e cliniche di ispirazione religiosa non potranno rifiutarsi di fornire il servizio prescritto dalla legge e, tanto per dare un'idea delle proporzioni, soltanto nelle strutture cattoliche lavora un milione di persone. La commissione tecnica a cui il ministro della Sanità, Kathleen Sebelius, ha chiesto un parere per stilare le linee guida ha beneficiato dei consigli di Planned Parenthood, del Guttmacher Institute e del National Women's Law Center, tre fra le più battagliere associazioni per il controllo delle nascite, che marciando senza problemi sulle convinzioni non proprio di un anticipatore dell'*Humanae Vitae* come George Washington («La legge sia sempre modellata secondo le convinzioni della coscienza di ciascuno», scriveva) hanno proposto clausole esplicite per azzerare l'obiezione di coscienza: «Occorre limitare il rifiuto dei contraccettivi per motivi morali, religiosi o etici», hanno scritto negli atti dei tre incontri pubblici con i medici dell'Institute of Medicine.

L'Amministrazione se la canta e se la suona: il ministero commissiona uno studio a un

istituto indipendente, il quale per vergare le sue indicazioni si avvale dei consigli delle lobby del pensiero pro-choice; infine il documento prodotto ritorna a Washington per essere vidimato e accorpato alla grande riforma sanitaria. Altre associazioni che invocavano per lo meno la libertà di coscienza sono state altresì invitate a partecipare ai lavori, ma soltanto nelle sessioni conclusive, quelle in cui si parla tanto e non si decide nulla. Dalla rasoziata statale si salvano soltanto gli amish, che sono esentati dall'obbligo di stipulare una polizza - pratica contraria alle loro convinzioni - e quindi non saranno costretti alle conseguenze dettate dalle linee guida. Il presidente di Planned Parenthood, Cecile Richards, esulta: «Queste linee guida ci permettono di fare un passo verso la sicurezza che tutte le donne che hanno un'assicurazione medica possano accedere agli strumenti per il controllo delle nascite senza spese aggiuntive». Anche Nancy Keenan, dell'associazione pro-choice Nara, parla di «una delle più grandi conquiste dell'ultima generazione per la salute delle donne». Se ne deduce che il problema è di salute e la maternità finisce, nella logica dell'Amministrazione, sullo stesso piano della prevenzione del cancro al seno o dei test per l'Hiv. Si dirà che chi non vuole usufruire dei servizi che l'ingegneria sanitaria generosamente offre a costo zero sarà comunque libero di non usarli, ma la grande controversia è a un livello più profondo: la maternità è una patologia da curare? Che cosa s'intende per malattia? E dunque, che cosa significa curare?



## La controffensiva della Chiesa

Commentando il parere "storico" della commissione, Sebelius ha voluto precisare che le indicazioni dell'istituto sono basate su «evidenze scientifiche». La controffensiva non si è fatta attendere: la Florida Catholic Conference ha scritto una lettera al Congresso perché facesse pressione sul ministero per approvare una legge che permetta l'obiezione di coscienza. Il cardinale Daniel DiNardo, capo della commissione delle attività pro-life, ha detto che «oppone decisamente» l'obbligo di servizi come «la sterilizzazione chirurgica e tutti metodi contraccettivi approvati dal dipartimento che controlla la commercializzazione dei medicinali». Inoltre, DiNardo ha sottolineato la pervasività culturale di quella che i progressisti hanno interesse a rappresentare come un'iniziativa tecnica e moralmente neutra. Associazioni religiose e non solo si sono allineate sulla condanna del cardinale. La chiave della virata vagamente orwelliana della riforma è Kathleen Sebelius, cattolica di specie progressista, "adulta", si sarebbe detto qualche tempo fa. Il suo attaccamento alla Chiesa non le impedisce di essere "decisamente pro-choice", di avere messo il veto per quattro volte, quando era governatore del Kansas, a proposte di legge che avrebbero ristretto lo spazio per ricorrere all'aborto. Le associazioni per la pianificazione familiare hanno cavalcato la sua appartenenza alla Chiesa per dimostrare il teorema secondo cui si può essere religiosi senza rinunciare a fare gli avvocati del controllo delle nascite. Il prefetto della Segnatura apostolica, l'arcivescovo Raymond Burke, non la pensa allo stesso modo: nel 2009 ha detto che «dopo un'ammonizione pastorale, ha perseverato in un peccato grave» e il vescovo di Kansas City, Joseph Naumann, ha intimato a lei di non accostarsi alla comunione e ai preti della diocesi di non concedergliela quando notano la sua inconfondibile chioma corta e grigia. Sebelius ha sostenuto e finanziato George Tiller, il famoso medico e ideologo abortista che nel 2009 è stato ucciso con un colpo di pistola dalla follia di un attivista pro-life in una chiesa di Wichita. Il suo profilo di cattolica non è certo un'eccezione nel panorama del progressismo democratico: da Nancy Pelosi al vicepresidente, Joe Biden, sono molti i cattolici democratici che s'impegnano attivamente, ma il problema non è tanto di natura teologica, quanto politica e culturale.

L'Amministrazione Obama ha nascosto fra le pieghe della riforma sanitaria l'energia potenziale per introdurre direttive che aggirano persino la libertà di coscienza. Il metodo è normalizzare, assuefare, non imporre. Era successo anche con i "death panel", i consigli che il medico doveva obbligatoriamente fornire in materia di fine vita. Sarah Palin aveva ingaggia-

to una battaglia titanica contro l'eutanasia di Stato, impostazione ingenua del problema: nel grande pascolo della riforma, il controllo della vita e della morte si traveste da agnello, si insinua nei dettagli tecnici riparandosi dietro alla classica argomentazione secondo cui, alla fine, ciascuno è libero di scegliere i servizi sanitari di cui usufruire. Si tratta di una procedura piuttosto invalsa nella logica politica di Obama. Il presidente sa che nelle riforme ampie e generali, quelle che nelle conferenze stampa tutti chiamano "storiche", si può nascondere di tutto sfruttando il meccanismo delle linee guida e delle applicazioni di fatto. Si possono persino finanziare ricerche scientifiche che sarebbe riduttivo definire bizzarre, come alcune di quelle condotte nei laboratori del National Institute of Health, il centro di ricerca controllato dall'Amministrazione americana. Gli scienziati del Nih hanno, ad esempio, speso 9,4 milioni di dollari per fare un modello statistico sulla lunghezza del pene degli omosessuali: dopo mesi di ricerche, gli esperti sono arrivati alla scomoda verità secondo cui chi ce l'ha più lungo tende a essere attivo nei rapporti, relegando alla passività chi ha doti meno spiccate.

## Una "spintarella" paterna

La normalizzazione dell'anticoncezionale di Stato, la surrettizia introduzione del controllo delle nascite nella vita degli americani come componente moralmente neutra (se non come trampolino per la felicità hic et nunc) è un dato che supera di molto i dettagli di una riforma che si vanta di introdurre la copertura sanitaria universale nell'America individualista e discriminatoria. L'amministratore dell'Office of Information and Regulatory Affairs di Obama, Cass Sunstein, si appellerebbe al concetto di "nudge", la spintarella morale (e magari politicamente assestata) che permette all'uomo di scegliere il bene. L'idea chiave di Sunstein è che gli uomini tendano a fare scelte inefficienti e costose, quindi in ultima analisi sbagliate, e per questo propone un sistema basato sui principi del "paternalismo libertario": se l'uomo tende al male, ci vorrà qualcuno in grado di spingerlo verso quelle illuminate decisioni che autonomamente non prenderebbe, ragiona Sunstein. E chi è il soggetto abbastanza potente da dare una spintarella collettiva a un intero sistema? Lo Stato, naturalmente. Per sostenere questo progetto di ingegneria sociale però vanno eliminati tutti i riferimenti hobbesiani, va espunta la forzatura esplicita, il potere coercitivo alla luce del sole, altrimenti l'inganno sarebbe chiaro e dalla spintarella paterna si passerebbe immediatamente a un'intollerabile dittatura sociale. Così il comportamentismo spinto del professore dell'Università di Chicago non può che rivolgersi al mer-

cato psicologico dell'implicito, dove sono i dettagli nascosti e apparentemente incolore a "migliorare le decisioni sulla sanità, il benessere e la felicità", come recita il titolo del suo libro più noto.

La proposta del ministero della Sanità di fornire per legge e gratuitamente gli strumenti per pianificare la maternità (e curarla qualora il germe venga disgraziatamente inoculato) è uno dei tanti mezzi della grande macchina politica americana per indurre il processo di osmosi ideologica. A seconda delle interpretazioni, sembra una scelta di civiltà, una proposta che il singolo può comunque rifiutare, oppure, al contrario, un attentato esplicito alle idee religiose di chi è immediatamente bollato come baciapile. Ai politici che la promuovono sembra un'idea concreta per tutelare la salute delle donne, nel pieno spirito di una riforma obamiana che agisce sulla concezione dell'uomo prima ancora che sui conti dello Stato. Sembra tutto questo, ma in realtà è una spintarella. ■



La commissione tecnica a cui il ministro della Sanità ha chiesto un parere per stilare le linee guida ha beneficiato dei consigli di Planned Parenthood, del Guttmacher Institute e del National Women's Law Center: le più battagliere associazioni per il controllo delle nascite

Dopo poco più di sei mesi dall'approvazione della riforma sanitaria di Obama si è passati dall'ideale egualitario della copertura sanitaria universale al preservativo di Stato

Ospedali e cliniche di ispirazione religiosa non potranno rifiutarsi di fornire il servizio prescritto dalla legge. Soltanto nelle strutture cattoliche lavora un milione di persone

Il ministro della Sanità Kathleen Sebelius è una cattolica. Le associazioni per la pianificazione familiare hanno cavalcato la sua appartenenza alla Chiesa per dimostrare che si può essere religiosi senza rinunciare a fare gli avvocati del controllo delle nascite

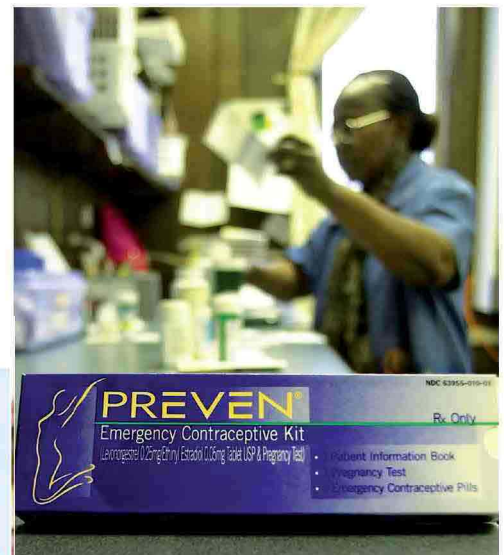
Sopra una pubblicità della Planned Parenthood, potente lobby che promuove la "pianificazione familiare". A lato, una manifestazione pro-choice



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Cass Sunstein amministratore dell'Office of Information and Regulatory Affairs. A sinistra, il ministro della Sanità Sebelius



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



# Le donne soggetto debole anche davanti alla malattia

**CI VUOLE MAGGIOR ATTENZIONE PER LA DONNA**, che corre maggiori rischi di contrarre l'infezione da virus Hiv e dovrebbe essere seguita con particolare riguardo in caso di sieropositività, sia sul fronte della prevenzione di altre patologie che possono presentarsi, ad esempio il tumore della cervice uterina, sia con la scelta di farmaci che possano consentire una gravidanza serena. Anche in Italia si sta lavorando su questo fronte, come conferma Antonella

d'Arminio Monforte (nella foto), docente di Malattie Infettive presso la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali presso il Polo Universitario-Azienda ospedaliera San Paolo di Milano oltre che membro del gruppo europeo She e del gruppo Wfpa.

**Quali sono i motivi che rendono la donna più vulnerabile all'infezione?**

“Prima di tutto sappiamo che il rischio di trasmissione da donna Hiv+ ad uomo Hiv- è inferiore rispetto a quello che si osserva quando il virus passa dal maschio Hiv+ alla donna Hiv-. Questo è dovuto alla superficie di esposizione della vagina, ben maggiore a quella del pene, quindi con maggiori possibilità di ulcerazioni della mucosa che consentono il passaggio del virus Hiv. Esiste poi una problematica culturale: pur senza parlare di violenza, l'uomo è più spesso “padrone” nel rapporto e può decidere se indossare il preservativo, che può evitare i pericoli di trasmissione. Questo si verifica anche all'interno di coppie “normali” ed anche nel nostro Paese. Se-

condo i più recenti dati dello studio Icona, che segue da anni molte persone nel nostro Paese, la via eterosessuale rappresenta per la donna la principale fonte di infezione”.

**Cosa dicono queste cifre?**

“Un dato fa riflettere. Il 70 per cento delle

donne viene infettato da un partner stabile, mentre il 76 per cento dei maschi contrae l'infezione durante un rapporto occasionale. È quindi il maschio che normalmente “porta” l'infezione all'interno della coppia”.

**Si dice che in Italia, nonostante gli sforzi, non esista ancora la necessaria attenzione al sesso femminile. È proprio vero?**

“Sicuramente sì. Dal punto di vista dell'assistenza, anche se assistiamo ad una costante crescita dei casi di sieropositività nel sesso femminile non esiste ancora un percorso dedicato per le donne sieropositive, se si tralasciano alcune esperienze preliminari. Questa è una pesante mancanza. Pensate solo che nelle donne sieropositive esiste un aumentato rischio di patologie dell'appara-

to genitale come il tumore della cervice uterina. Eppure è difficile che si esegua annualmente il Pap-test”.

**Questa situazione si riflette anche sulla terapia farmacologica?**

“La donna deve vivere la propria sessualità e un'eventuale desiderio di maternità in modo ottimale. I farmaci antiretrovirali, utilissimi per tenere sotto controllo l'infezione da Hiv, a volte possono rappresentare potenziali rischi per il feto e quindi condurre ad un aborto. Sarebbe invece fondamentale dedicare più tempo alla donna per modificare eventualmente il trattamento quando decide di programmare una gravidanza. Gli stessi farmaci anti-Hiv, peraltro, sono stati studiati quasi esclusivamente negli uomini e mancano ancora dati di efficacia e tollerabilità nella popolazione femminile che dovranno essere esplorati in ricerche specifiche. Dobbiamo imparare tutti a curare sempre di più non solo il benessere fisico, ma anche quello psicologico delle nostre pazienti”.

**Federico Mereta**



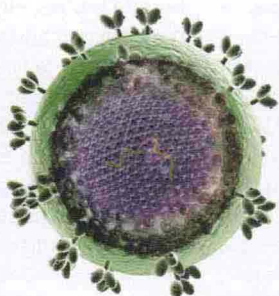
# scienze

TECNOLOGIA  
PSICOLOGIA  
NATURA  
MEDICINA



## MALARIA, TB E HIV SCONFITTI NEL 2020?

IN BURKINA FASO, MALI E NIGER È STATA QUASI SRADICATA LA MENINGITE. MA ANCHE PER LE ALTRE MALATTIE SIAMO VICINI AL VACCINO, DICE L'IMMUNOLOGO RAPPUOLI. CHE, IN DIECI ANNI, CONTA DI SALVARE 4,5 MILIONI DI VITE



IN ALTO, VACCINAZIONI IN AFRICA. QUI SOPRA, IL VIRUS HIV, DIFFICILE DA BATTERE PERCHÉ SI TRASFORMA CONTINUAMENTE ELUDENDO LE DIFESE

di GIULIANO ALUFFI

La reale utilità dei vaccini si comprende dai numeri, come quelli sulla campagna antimeningite del gruppo A, quella più diffusa in Africa, condotta dall'Oms in Burkina

Faso, Mali e Niger: dopo la vaccinazione di trenta milioni di persone, i casi accertati sono scesi dai 250 mila nel 1997 a otto (di cui tre importati da altri Paesi). Ma l'immunologia oggi si pone obiettivi

perfino più ambiziosi di questi: salvare 4,5 milioni di vite all'anno entro il 2020. Lo annuncia su *Nature* l'immunologo Rino Rappuoli, responsabile globale della ricerca di Novartis Vaccines: «Sconfiggere via vaccino l'Hiv (1,8 milioni di morti all'anno), la tubercolosi (1,7 milioni) e la malaria (un milione) fino a poco tempo fa appariva irrealistico, tanto che l'Onu non ha nemmeno inserito questo obiettivo nei *millennium goals* per il 2015». Cosa rende così ostiche queste malattie? «I loro modi



continua dalla pagina precedente



per eludere le nostre difese. Il virus dell'Hiv evolve di continuo (gli antigeni, ossia le molecole che causano la risposta immunitaria, restano stabili solo per un giorno) e il sistema

immunitario rimane sempre un passo indietro» risponde Rappuoli. «Nella malaria l'elemento patogeno subisce metamorfosi che rendono inefficaci i nostri anticorpi. Con la tubercolosi, invece, quando i nostri linfociti circondano il *Mycobacterium tuberculosis*, formano un granuloma dentro il quale il bacillo sopravvive, pronto a diventare letale quando l'organismo si indebolisce (magari per via dell'età o di altre malattie)». I nuovi esperimenti, però, alimentano molte speranze: «Il vaccino per l'Hiv sviluppato inizialmente in Thailandia nel 2009, pur avendo un'efficacia che tuttora è solo al 31 per cento, è già un passo da gigante rispetto ai fallimenti del passato».

La strategia nuova che fa sperare negli studi dei prossimi anni?

«Il metodo *prime boost*: cambiare vaccino tra la prima somministrazione e il "richiamo". Altro ottimismo arriva dagli adiuvanti che si aggiungono ai vaccini per amplificarne l'effetto: permettono per esempio al vaccino in studio oggi contro la malaria di essere più efficace che mai, dal 30 per cento al 50 per cento dei casi» spiega Rappuoli.

«Ci aspettiamo poi molto dalla cosiddetta biologia dei sistemi, approccio che registra su potenti computer quantità enormi di dati sperimentali, e poi li confronta per ricavare l'identikit del vaccino funzionante. L'elaborazione massiccia di tutte le variabili degli esperimenti ci permette - un po' come si fa al Cern di Ginevra per le particelle subatomiche - di rilevare le "proprietà emergenti" delle reazioni immunitarie, aspetti che fino a ieri non potevano tecnicamente essere colti». ■■

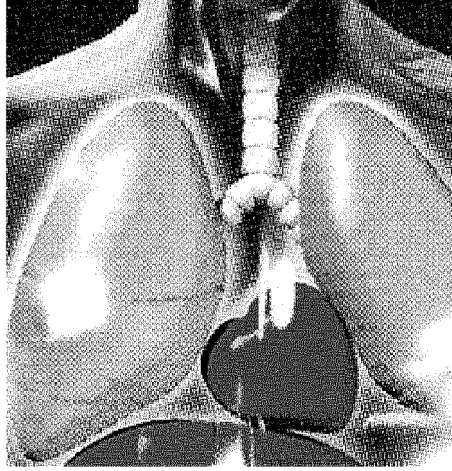
# Quando ti viene a mancare il fiato

## *Ipertensione arteriosa polmonare, si può curare senza trapianto*

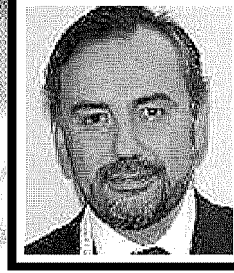
**Maurizio Maria Fossati**

**SPOSSATEZZA**, fiato corto, affanno nel salire le scale... Può accadere quando si è giù di forma, ma possono anche essere i sintomi di una malattia rara, poco conosciuta che - per problemi di circolazione - "colora di blu" le labbra dei pazienti. È l'ipertensione arteriosa polmonare. Nelle persone colpite, i piccoli vasi sanguigni dei polmoni si restringono, fino ad arrivare a chiudersi. Questo crea un'aumentata resistenza al flusso del sangue che il cuore pompa ai polmoni. Così, il progressivo affaticamento del ventricolo destro può culminare nello scompenso cardiaco. Un paziente senza cure muore nell'arco di pochi anni. E fino a dieci anni fa le risorse terapeutiche erano scarse e per salvare la vita del malato si doveva obbligatoriamente ricorrere al trapianto dei polmoni o cuore-polmoni.

Negli ultimi anni sono stati fatti notevoli progressi e le nuove terapie consentono di ridurre il ricorso alla chirurgia. Di queste nuove frontiere si parlerà dal 22 al 25 giugno nel Congresso internazionale sull'Ipertensione arteriosa polmonare dell'università di Bologna, presieduto da Nazzareno Galiè, do-



**PROFESSORE Nazzareno Galiè, docente di cardiologia responsabile Unità di Ipertensione polmonare del Sant'Orsola Malpighi di Bologna**



cente di Cardiologia e responsabile dell'Unità di Ipertensione polmonare del Policlinico Sant'Orsola Malpighi.

**Professor Galiè, quali e quante persone colpisce l'ipertensione arteriosa polmonare?**

«È una malattia rara, progressiva e invalidante che interessa circa tremila persone in Italia, di cui l'80% donne. L'età media dei pazienti è 50 anni, ma il male può manifestarsi fin dall'infanzia».

**È facile diagnosticarla?**

«No, poiché i primi sintomi sono

aspecifici e comuni a molte altre malattie più diffuse. Si riscontrano, per esempio, affanno di respiro quando si cammina e si compiono sforzi, e stanchezza precoce dopo l'esercizio fisico. In genere, quindi, la diagnosi arriva quasi sempre con un po' di ritardo dopo una serie di accertamenti prescritti dal medico di base».

**Cos'è importante per poter arrivare a una diagnosi sicura?**

«Innanzitutto rivolgersi a un centro specializzato che possa contare

su un'ampia casistica. Al Policlinico di Bologna, per esempio, convergono oltre 1.300 pazienti. Occorre esperienza a tutto tondo, infatti lo specialista deve essere in grado di distinguere le varie patologie cardiache. Quindi si procede col cateterismo cardiaco, un'indagine mininvasiva che può essere eseguita in day hospital».

**Si conosce la causa?**

«Può verificarsi nell'ambito di cardiopatie congenite, malattie del tessuto connettivo, Hiv o cirrosi epatiche. Ma ci sono anche casi dei quali non si conosce l'origine».

**Come viene curato il paziente?**

«Si stabilisce un primo farmaco e se ne verifica l'efficacia a distanza di due-tre mesi. L'obiettivo è di riportare il paziente a uno stile di vita ottimale e bloccare il progredire della malattia».

**Novità nella terapia?**

«Oggi disponiamo di tre classi di farmaci: i prostanoidi, gli antagonisti recettoriali dell'endotelina-1 e gli inibitori della fosfodiesterasi quinta. Queste medicine possono essere somministrate per via orale, sottocutanea, endovenosa e aerosol. Nel caso nessuna delle combinazioni terapeutiche disponibili risultasse efficace, si deve pensare al trapianto di polmone o cuore polmone».

**STETOSCOPIO**

**Enfisema**

**Piccole valvole impiantate nei bronchi dilatati**

Piccole valvole inseribili nei bronchi rivoluzionano la lotta all'enfisema. Si tratta di una tecnica non invasiva e reversibile. I vantaggi e le testimonianze si possono consultare sul sito [www.pulmonx.it](http://www.pulmonx.it) dove sono indicati anche i centri di riferimento. La nuova tecnologia, secondo gli ideatori, migliora l'efficacia del trattamento: «Con una procedura endoscopica di 20 minuti aumenta, in casi selezionati, la capacità respiratoria dei pazienti affetti da enfisema».

**Morbo di Gaucher**

**La terapia enzimatica compie vent'anni**

Sono passati 20 anni dallo sviluppo della prima terapia enzimatica sostitutiva della storia della medicina. La prima malattia rara trattata è stata la Malattia di Gaucher, che determina l'accumulo di lipidi, ingrossamento di milza e fegato, anemia ed ecchimosi. Genzyme, biotech del Gruppo Sanofi, continua a investire su questa rara patologia attraverso tre studi clinici registrativi internazionali che interessano ben 3 centri italiani tra gli oltre 50 coinvolti in 25 Paesi.



Politiche antidroga Elisabetta Simeoni

# Nuovi spazi e trattamenti specifici

**L**a fragilità è la peggior nemica delle donne che si trovano a contatto con le sostanze stupefacenti e può bastare, da sola, a trascinarle più velocemente degli uomini nel vortice della tossicodipendenza con l'illusione di provare una nuova forza, quella effimera e devastante della droga. Oggi sono oltre 27mila le donne tossicodipendenti nel nostro paese, di cui 23mila (86%) quelle che s'interfacciano ogni anno con i servizi pubblici richiedendo un trattamento per dipendenza da sostanze stupefacenti. Un approccio al femminile assolutamente in linea con gli studi che dimostrano come le donne siano più brave degli uomini nel seguire le procedure terapeutiche. Tuttavia, a far suonare l'allarme, è la tempistica con cui avviene il primo contatto con i servizi sanitari: dopo circa 6-8 anni dall'inizio della dipendenza. Un tempo su cui ora si concentrano gli sforzi del dipartimento delle Politiche antidroga per fornire corsi di formazione agli operatori, alle famiglie e soprattutto agli insegnanti, spesso i primi ad accorgersi del problema droga in classe. Elisabetta Simeoni, promotrice di Dad.Net e direttore tecnico-scientifico del dipartimento Politiche antidroga, illustra tutte le tappe dell'ambizioso progetto in collaborazione con l'Unicri.

**Il progetto Dad.Net è stato affidato all'ente delle Nazioni Unite per dare una rilevanza internazionale all'attività.** «In questo modo gli obiettivi e le conseguenti deadline sul territorio italiano sono adattabili anche a livello internazionale. Inoltre le nostre linee guida renderanno l'assistenza più flessibile a tutto il genere femminile. Fino ad ora, infatti, venivano proposti servizi "no gender oriented". Non vogliamo tanto creare delle disparità quanto colmare l'attuale divario esistente. Molti servizi per le tossicodipendenze non hanno, ad esempio, bagni separati per le donne e gli uomini».

**Chi sono i principali interlocutori di Dad.Net?** «Esistono tre target principali. Il primo comprende le donne e le ragazze che non hanno mai avuto alcun contatto con le droghe ma si presentano come persone estremamente vulnerabili, con la predisposizione ad avvicinarsi alle sostanze stupefacenti. Il secondo gruppo concerne quelle donne che fanno un uso occasionale, ad esempio consumano qualche

Restituire nuova dignità alle donne tossicodipendenti è una frontiera possibile per il Dipartimento delle politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri. Elisabetta Simeoni lancia Dad.Net, la sfida tutta al femminile contro alcol e droga  
 di Elisa Fiocchi



Elisabetta Simeoni, promotrice del progetto Dad.Net e direttore tecnico-scientifico del Dipartimento politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri

pasticca durante il sabato sera. L'ultimo target d'interesse è infine quello relativo alle donne già tossicodipendenti. Alcune di loro hanno bambini, altre ancora debbono affrontare tematiche relative alla gravidanza».

**Come s'interviene in maniera innovativa in particolare su quest'ultime?** «Innanzitutto bisogna aggiornare gli operatori sulle tecniche di procreazione assistita che consentono alle tossicodipendenti con altre patologie, come ad esempio l'Hiv, di avere un bambino. Oppure essere in grado di offrire delle linee guida madre bambino per garantire loro un rapporto migliore».

**Al vertice di Vienna hanno partecipato molti stati: quali problemi accomunano l'Europa e non solo?** «Tutti sentono il problema delle giovani ragazze e della famiglia che gioca un



Rubrica sulle tossicodipendenze  
 in collaborazione con:



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
**Dipartimento Politiche Antidroga**

ruolo molto importante per il loro futuro, soprattutto per quelle più vulnerabili che vanno protette da qualsiasi rischio. Stiamo dunque organizzando corsi di formazione per i genitori, ma anche per gli educatori e soprattutto per gli insegnanti che spesso si accorgono del problema ma non hanno gli strumenti per affrontarlo in maniera adeguata. In linea generale si può affermare che sono tanti gli stati che vivono tematiche e complessità comuni e che il tema più trasversale è senza dubbio quello che colpisce il terzo target con particolare difficoltà nella gestione del rapporto tra madre e bambino. Nelle donne già tossicodipendenti possono subentrare altre variabili di rischio come la prostituzione ai fini di ottenere denaro per acquistare la droga e le violenze subite».

Dopo la conferenza presso la sede della Fao, Dad.Net passa alla fase operativa. Quali le tempistiche? «Identificare



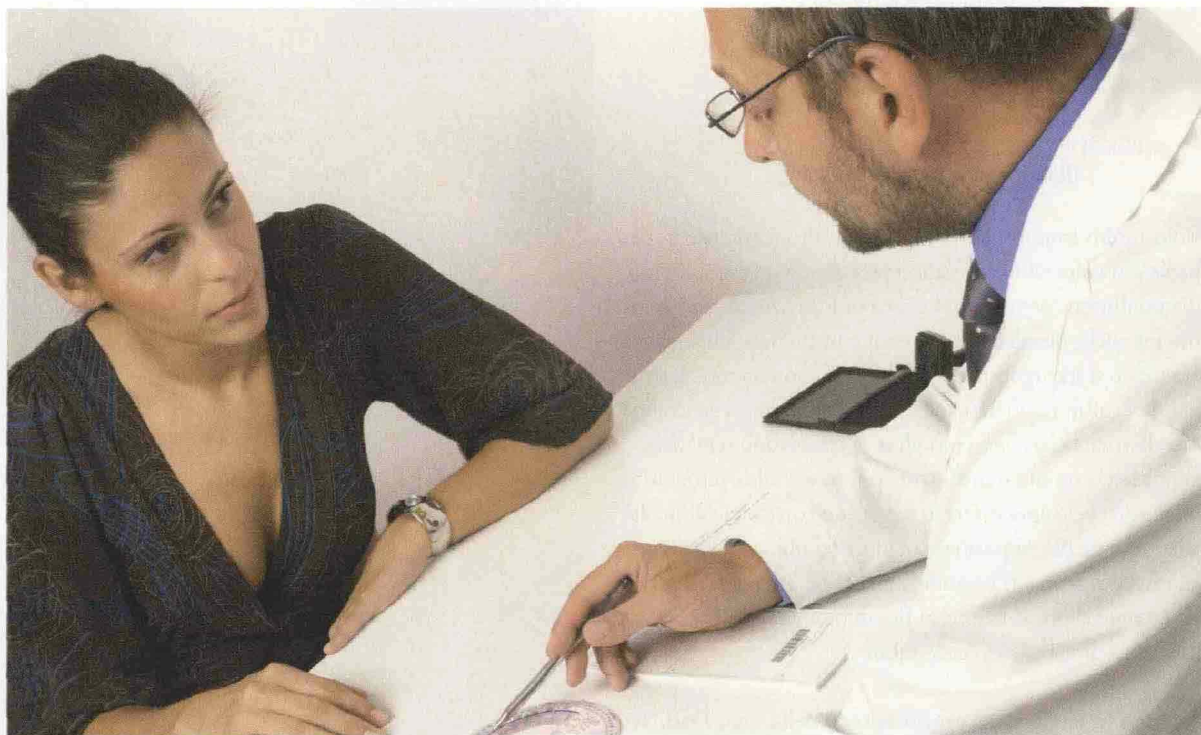
www.ecostampa.it

**Consumo di sostanze stupefacenti**  
 (almeno una volta nella vita - Anno 2010)

Sostanze	Maschi 15 -19 anni		Femmine 15 -19 anni	
	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
CANNABIS	26,0%	27,4%	17,7%	18,9%
COCAINA	4,9%	5,6%	2,8%	3,3%
ALLUCINOGENI	4,4%	5,1%	2,0%	2,4%
TRANQUILLANTI E SEDATIVI	4,2%	4,8%	5,5%	6,2%
ALCOL CON PASTICCHE	3,1%	3,7%	2,3%	2,8%
EROINA	1,5%	1,9%	0,9%	1,2%



## Politiche antidroga Elisabetta Simeoni



i tre target del progetto rappresentava un passaggio chiave per procedere nella realizzazione dei nostri obiettivi. Ciò che seguirà adesso riguarda il ruolo dei gruppi di lavoro che si sono già riuniti e nel giro di un semestre saranno in grado di produrre delle bozze di linee guida che poi verranno testate e implementate all'interno della rete dei servizi italiani».

**Per il successo del progetto, sarà implementata anche la rete di servizi sul territorio nazionale?** «Rispetto ad altri paesi vantiamo una rete di servizi e strutture terapeutiche già avanzate, come ad esempio la comunità di San Patrignano, unica nel suo genere anche per quanto riguarda la sezione madre-bambino a cui è dedicato uno spazio specifico all'interno della struttura. L'Italia non può definirsi a un livello semplicemente base ma garantisce buone strutture di servizi e la flessibilità dei suoi operatori, la maggior parte dei quali saranno coinvolti nel progetto Dad.Net che si rivolge a tutto il territorio nazionale».

**Il dato confortante riguarda il calo dei consumi di stupefacenti in Italia. Come operare, ora, per mantenere basse le percentuali?** «Questi dati sono il risultato del buon

### IL SITO METTERÀ IN COMUNICAZIONE OPERATORI SANITARI, PAZIENTI E RAGAZZE CHE HANNO BISOGNO DI CONSULTI SULLE PROBLEMATICHE CHE AFFLIGGONO LE DONNE

lavoro svolto dal dipartimento che ha saputo porsi in modo multi disciplinare sotto l'indicazione del sottosegretario Carlo Giovanardi, realizzando interventi in tutti i settori. L'attività ha spaziato dai test antidroga per la sicurezza sulle strade, alle campagne di comunicazione, alla sensibilizzazione di una rete di ricercatori universitari. Il calo dei consumi è un fenomeno che ci conforta tuttavia l'azione di monitoraggio deve rimanere costante per mantenere nella giusta direzione il buon lavoro fatto finora».

**Il sito online in fase di costruzione, quale contributo offrirà nell'ottica di rendere il progetto internazionale e simultaneo sul territorio nazionale?** «Il sito metterà in comunicazione operatori sanitari, pazienti e ragazze che hanno bisogno di qualsiasi tipo di consulto sulle problematiche che affliggono le donne. Ogni settimana ci sarà un operatore nuovo a disposizione di tutti coloro che avranno bisogno di tutele e informazioni specifiche. Affiancati a numerose altre attività». ●



# ICTUS, MANCANO STRUTTURE ADEGUATE

OGNI ANNO PIÙ MORTI DI AIDS, TUBERCOLOSI E MALARIA MESSI INSIEME

In Italia si verificano circa 200 mila casi di ictus ogni anno: di questi il 40% causa la morte o la disabilità dei soggetti colpiti. La conoscenza e la cura dei fattori di rischio di questa grave patologia sono di vitale importanza per tutte le fasce di età. Proprio per

diffondere la cultura della prevenzione, a maggio, il mese che A.L.I.Ce. Italia Onlus storicamente dedica alla prevenzione dell'ictus cerebrale, ha previsto una campagna di screening gratuito dei principali fattori di rischio: fino al 21 maggio, in migliaia di

farmacie italiane che hanno aderito alla campagna, verranno controllate la pressione arteriosa e si farà uno screening della fibrillazione atriale, anomalia del ritmo cardiaco più comune al mondo e che colpisce un ultracinquantacinquenne su quattro. L'elenco

completo delle farmacie è consultabile sul sito [alicialia.org](http://alicialia.org). «L'alleanza tra A.L.I.Ce. e la filiera della tutela della salute è la nostra nuova scommessa», ha dichiarato Maria Luisa Sacchetti, presidente della Federazione A.L.I.Ce. Italia Onlus e

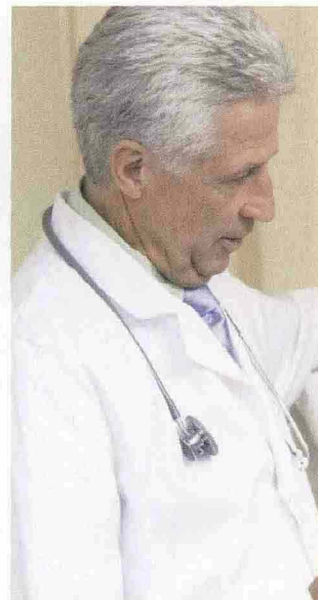
neurologa vascolare del Policlinico Umberto I di Roma - Dalle farmacie ai medici di famiglia, dagli ospedali alle strutture del territorio, per fare insieme corretta informazione, per prevenire e per indirizzare le persone alle cure più adeguate». **L.S.**

NEOPLASIE TESTICOLARI • Giorgio Pizzocaro

# L'INFORMAZIONE COMBATTE I TUMORI TESTICOLARI

di Paolo Lucchi

UNA MALATTIA CHE FA SEMPRE MENO PAURA. EPPURE, COME SPIEGA GIORGIO PIZZOCARO, LA MANCANZA DI COMUNICAZIONE CREA UN DISLIVELLO TRA I MIGLIORI CENTRI SPECIALIZZATI E LE AREE PERIFERICHE



**L**e neoplasie testicolari hanno un'incidenza di circa 4 casi ogni 100mila maschi. In Italia si registrano circa 1200 nuovi casi ogni anno. A esserne colpiti, poi, sono soprattutto i giovani adulti, basti pensare che l'età media per i tumori germinali non seminomatosi è 22-28 anni e di 32-38 anni per i seminomi. Tutti gli altri tumori non germinali, messi insieme, rappresentano invece il 5% di tutti i tumori del testicolo. «Esistono molteplici tipi di tumore germinale del testicolo, tutti più o meno maligni. Ciò nonostante, però, se ben diagnosticati e curati, sono oggi tra i tumori più guaribili in assoluto». A spiegarlo è Giorgio Pizzocaro, il fondatore del reparto di Urologia Oncologica all'Istituto Nazionale Tumori di Milano, oggi consulente presso la Clinica Urologica Ila dell'Università degli Studi di Milano, presso l'Ospedale San Giuseppe. Negli ultimi quarant'anni Pizzocaro è stato tra i testimoni, e i fautori, degli sviluppi nella lotta al cancro testicolare. Già nel 1978, a Buenos Aires, durante il XII Congresso Internazionale sul cancro, vinceva il primo premio con medaglia d'oro per il film presentato su "Integrated Surgical Treatment of Testicular Carcinoma" che apriva la collaborazione fra chirurgia e chemioterapia.

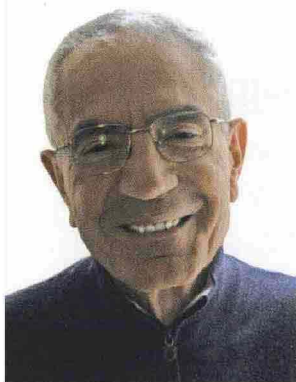
## Dottor Pizzocaro, da allora vi sono stati molti altri progressi.

«Si sono messe a punto nuove terapie, alcune di queste particolarmente efficaci, come il Cisplatino, la cui scoperta, da antibiotico fallito al più efficace dei farmaci antitumorali in associazione con l'etoposide, è stata una pietra miliare nella cura di questi tumori. La radiologia si arricchiva di nuove tecniche strumentali, come la diagnostica con l'ecografia, la TAC e, da ultimo la PET, e i medici di tutta Italia hanno finalmente potuto usufruire di alcuni schemi efficaci di terapia per il trattamento dei tumori del testicolo. I ragazzi cominciarono a guarire sempre più numerosi, arrivando a raggiungere il 95% di guarigioni nei casi trattati adeguatamente. Il problema sembrava fosse stato risolto per questa patologia, ma purtroppo non è sempre stato così».

## Quali problemi persistono?

«Si assiste ancora oggi, dopo oltre 30 anni di sforzi per la comunicazione del sapere faticosamente maturato, a casi di giovani

Il dottor  
Giorgio Pizzocaro  
pizzocaro@iol.it





Giorgio Pizzocaro • NEOPLASIE TESTICOLARI



## UNA VITA PER LA RICERCA

**G**iorgio Pizzocaro fu pioniere in Italia nel trattamento del male per lungo tempo considerato "un flagello di Dio". Dopo una vita trascorsa a combattere questo nemico subdolo, che mina la vita dei più giovani, il cancro del testicolo è tipico dei ragazzi dai 20 ai 40 anni, continua ancora oggi a impiegare le sue energie nella ricerca della via migliore per sconfiggere il cancro del testicolo, oltre che le patologie urologiche maggiori. Pizzocaro si è dedicato anche al cancro del pene ottenendo importanti risultati. Quest'ultimo rappresenta un tumore raro dell'anziano, ma che attualmente sta aumentando anche nella popolazione giovanile a causa del dilagare del contagio sessuale da HPV e HIV.

riposizione scrotale. Nei giovani adulti l'autoesame è fondamentale per la diagnosi precoce».

pazienti che sfuggono di mano a causa di un'incredibile e scorretta gestione della malattia, soprattutto nei luoghi più periferici della penisola. Il lavoro svolto non è stato sufficientemente capillare. Pertanto si continua nello sforzo di creare un'informazione sempre più allargata, con la recente formazione del gruppo di studio oncologico nazionale Italian Germ cell Group - IGG».

### Soprattutto quali pazienti sono a rischio?

«I tumori sono più frequenti nei portatori di testicolo ritenuto, specialmente in quelli con ritenzione nella cavità addominale. Il rischio aumenta anche per il testicolo contro laterale, non ritenuto».

### Per questi soggetti la prevenzione è possibile?

«Si può correggere la ritenzione testicolare entro il primo anno di vita, sia per ridurre tutte le conseguenze andrologiche, dall'infertilità al rischio di cancerizzazione, e facilitare la diagnosi precoce dopo la

### A cosa occorre prestare attenzione nell'autoesame?

«I segnali più importanti sono diversi. In primis la perdita di sensibilità del testicolo, che diventa duro e pesante, facilmente avvertibile con l'autopalpazione. In secondo luogo anche un rimpicciolimento del testicolo può precedere la comparsa del tumore. Molto più raramente, può insorgere un dolore acuto con rapido aumento di volume del testicolo, di solito dovuto a un'emorragia intratumorale. La diagnosi si ottiene con una semplice ecografia, confrontando i due testicoli. A questa segue il dosaggio ematico dei marcatori tumorali, che sono poi gli ormoni della gravidanza: la gonadotropina corionica (HCG) e l'alfafetoproteina (AFP). Bisogna infatti ricordare che i tumori germinali del testicolo derivano dalle cellule dalle quali, in condizioni normali, derivano gli spermatozoi. Trattandosi di una patologia relativamente rara e complessa, se ne consiglia il trattamento presso centri specializzati ben attrezzati e con personale altamente qualificato e aggiornato». ■



SOCIETÀ

MI PIACE LAVORARE

# La sana gioventù

Dicono che i medici stanno scomparendo, che il lavoro è troppo e sottopagato. Ma tra le corsie degli ospedali s'avanza una nuova generazione di professionisti in camice che non fa rivendicazioni e si rimbocca le maniche

«**I**N ITALIA MANCHERANNO 20 MILA medici». È l'allarme lanciato in prima pagina dal *Corriere della Sera* il 22 gennaio scorso. Secondo la Federazione nazionale dei medici, dagli attuali 300 mila professionisti si passerà a 250 mila nel 2015 e a 200 mila nel 2030. I problemi sarebbero «turni massacranti» e «stipendi rimasti al palo». Per tamponare l'emorragia il *Corriere* sostiene che il Piano sanitario, che dovrà essere approvato dal Parlamento, punti «su correttivi economici». Ma sono davvero questi i problemi che scoraggiano le nuove leve? *Tempi* ha passato una settimana in diversi reparti di due grandi strutture ospedaliere, il Sacco di Milano e il San Gerardo di Monza, fra giovani infermieri e medici specializzandi.

«Spasmo coronarico con natura da identificare. Ma è sotto controllo, venite», dice Ivana, infermiera di 40 anni, in pronto soccorso da dodici. La seguono Lucia, 22 anni, infermiera neolaureata, Andrea, 24 anni, infermiere da due, e Chiara, 26 anni, nell'ospedale milanese da tre. I ragazzi guardano Ivana, che spiega: «È la seconda volta per questo paziente: ha una storia lunga che io conosco». Nella stanza a fianco un panettiere sta su una barella: «Non è da urgenza, ma a volte, se la diagnosi non è certa, per cautela mandano qui anche chi non è acuto», spiega Chiara. Per questo i giovani sono affiancati a infermieri con esperienza, a cui «basta un'occhiata al volto per capire subito il livello dell'urgenza», dice Andrea. I turni sono di otto ore, che si aggiungono alle dieci passate in reparto la notte cinque volte al mese. Ivana ammette che «la responsabilità è grave: devi fare diagnosi in fretta. Perciò, oltre che fisicamente, è dura anche psicologicamente, ma anche se non ci riempiono d'oro non cambierei il mio lavoro con altri: cosa c'è di più appagante della soddisfazione di alleviare, anche solo un minimo, la sofferenza di un altro?».

In ortopedia c'è Rita, ha 23 anni e pare

impossibile che lavori solo da nove mesi. Si muove con la sicurezza di un professionista. «Allora Fausta, come stai?», urla a una vecchietta in carrozzina mentre le tira indietro la capigliatura bianca e folta. Rita misura il glucosio della donna poggiando una macchina sulla mano e le spiega perché non deve preoccuparsi se i valori sono alterati: «Sei appena arrivata e hai cambiato la terapia». Fausta ride: «Sono brave, mi sento in famiglia». Ma le urla della stanza di fronte fanno scattare Rita. C'è da mettere un cuscino sotto le gambe doloranti di una paziente. Rita, però, non può fermarsi. Perciò chiama Angelica, una os (operatrice sanitaria). «Se non ci fossero queste nuove figure, che studiano un anno e imparano a fare cose basilari, non riusciremmo a seguirle tutti», spiega la ragazza. «Giuseppina! Di' un po' quanti anni hai che non ci crede nessuno: tu li aumenti», continua l'infermiera, mentre le mostra le pillole che deve ingerire. «Grazie, grazie che ci sei Rita», sospira dal letto una voce commossa. Il volto dell'infermiera si distende in un sorriso che finalmente rivela la bellezza di tutta questa fatica. Dopo un'ora di giro per distribuire le terapie, Rita si incontra con Lalla, 29 anni, Cinzia, 30, e gli altri os. C'è da alzare i trentadue pazienti allettati, lo si fa per due volte al giorno. «Da sola non ci riesco», confessa Lalla, mentre con Cinzia sposta dal letto alla carrozzina un omeone imponente. «In fondo i pazienti ci ricordano che abbiamo bisogno anche noi, da soli non siamo niente», dice Lalla, arrivata qui dal Marocco. Intanto l'omone, ormai seduto, guarda la giovane dalla pelle ambrata: «Sei un angelo», le dice. «Per questo - continua Lalla - non do retta a mio marito che mi dice di andare in neonatologia per fare meno fatica: là ci sono le mamme, qui hanno ▶▶ solo noi, anche se non siamo sufficienti». Da una stanza si sente un'eco: «Aiuto, sto cadendo!», Cinzia raggiunge l'urlo decisa e calma: «Delira. Non sa nemmeno dov'è». «Mi chiami la mia amica in stanza», chiede

«Non lo fai per soldi: non basta per reggere, ti abbruttisci», spiega Danilo, 27 anni. E poi sono pagato tanto per un giovane, e il doppio rispetto a chi era specializzando due anni fa»

«Il primo paziente che seguii morì e mi sentivo in colpa. Il giorno dopo arrivò la moglie con un mazzo di rose. Era grata per come mi ero spesa. È un lavoro duro ma non voglio abituarci»

la malata. L'infermiera l'asseconda, tenendole la mano, ed esce sapendo che ogni tanto dovrà tornare a tranquillizzarla. «L'unica soluzione sarebbe tenerle la mano tutto il giorno, ma non siamo abbastanza per farlo - sospira Cinzia - anche se io che vengo dal Sud posso dire che lavorare qui è tutta un'altra cosa: ho solo da ringraziare. Non so perché qui è diverso».

## «Mai dietro una scrivania»

Da poco più di un anno al Sacco c'è un reparto innovativo, la stroke unit. Marta, infermiera di 23 anni, sta togliendo il pannolone a Nicola, immerso in un coma da cui probabilmente non uscirà. «Nicola, facciamo un buchino. Ok?», chiede mentre si concentra per non urtarlo. Fuori dalla stanza, ci sono moglie e figlia: «Dottorressa, possiamo stare un po' di più oggi?», Marta acconsente e si ripete: «E poi ti dicono che questi sono morti». Spesso - racconta - le capita di discutere di questi casi anche con un collega, «come quella volta che arrivò un angelo biondo sulla trentina. Era bloccato dalla sclerosi: lui mi pianse in faccia chiedendomi dov'era Dio». Non ci può essere superficialità tra colleghi, né tranquillità d'animo, «ecco perché non mi metterei mai dietro una scrivania: qui il cuore "pompa domande", i rapporti sono intensi. Piattume in cambio di comodità? Mai», chiude secca Marta.

Il padiglione dell'infettivologia si fatica a trovare. È in un anfratto della struttura, quasi a ricordare che certi malati vanno isolati anche dall'ospedale. Sulla porta un viado, giovanissimo e ischeletrito probabilmente dall'Aids, avvolto in una giacca di vernice fucsia, esce con una sigaretta fra le dita dipinte. Laura, medico specializzando di 27 anni, gli chiede come sta: «Aspetto gli esami», risponde lui. «Fammi sapere», dice dolce lei. «Qui impari a non inscatolare nessuno» spiega Laura, mentre va nella stanza di Guido. L'esito degli esami non è buo-

no per lui, «che entra ed esce dall'ospedale da quando ha vent'anni per via dell'Hiv». Ora ne ha 45 e non cammina più. «Prima si muoveva e cantava. Vero Guido?», sussurra Laura mentre gli accarezza leggera le gambe rachitiche e tumefatte. Il paziente risponde con uno scatto del collo che non governa. Guarda Laura con occhi miti, che non bastano a rivelare il livello di coscienza. «Devo riguardarlo sempre come fosse la prima volta, senza pregiudizi, altrimenti non gli trovo la terapia. E se non la trovo...», la dottoressa non riesce a proseguire. «Ho pianto per ogni paziente morto, lo faccio ancora e quando mi demoralizzo ripenso a perché vale la pena sporcarsi le mani con la vita. Il primo paziente che seguì morì e mi sentivo in colpa, pensai sempre che puoi fare di più. Il giorno dopo arrivò la moglie con un mazzo di rose. Mi disse che era grata per come mi ero spesa per lui. È un lavoro duro ma non voglio abituarci, per vedere che il bene che posso fare è più grande della mia impotenza e ripartire ogni volta meglio di prima». Dopo il giro Laura entra nella stanza dei medici per studiare: «Voglio bene così: diventando una brava dottoressa. Anche se i malati mi ributtano sempre in faccia la verità: che la vita non la puoi controllare, che le persone sono un mistero». Con Laura c'è Maddalena, tirocinante di 25 anni, che qui sta imparando molto «perché purtroppo dall'università esci che dovresti essere un medico generico, ma in realtà non sai dare un punto». Per questo, prima di entrare in specialità, ci sono tre mesi di tirocinio, «ma nel reparto dov'ero il mese scorso non mi hanno nemmeno seguita. Poi, certo, se non ti arrendi qualcuno che ti insegni lo trovi».

Nei laboratori di ricerca incontriamo Maria Vittoria, 28 anni, farmacologa clinica. Mostra il suo protocollo davanti al Pc: «Da quando sono qui abbiamo aperto qualcosa di nuovo, che esiste da quando la politica vuole riportare la ricerca in Italia: sperimento farmaci sui sani». Per farlo la ragazza ha iniziato da sola reclutando volontari. Non sapeva come fare e li ha cercati per le strade del suo paese. Ora, dopo due anni, ha il suo computer, un database e quattro letti. «Come ho fatto? Ho chiesto a tutti i medici dell'ospedale, ho messo insieme un team di infermieri, che sanno più di me sulle provette, e ho studiato la letteratura straniera. È vero, pochi medici e professori ti insegnano, tanti sono svogliati, cinici, ma se stai attaccata e chiedi a chi sa, impari. Io rincorro tutti». Non servirebbero motivazioni umane e più maestri? «In teoria sì, ma bisogna anche essere umili e cercare. Così, da zero, ho costruito una cosa nuovissima. Per questo credo che il problema non sia allargare l'accesso alla facoltà, dato che già non si riesce a formare chi entra, ma scommettere su chi c'è».

### L'importanza del maestro

Al San Gerardo di Monza Danilo, 27 anni, specializzando in medicina interna, sta visitando da solo una donna. Spiega alla signora i risultati degli esami: «È giovane, ma mi ispira fiducia», dice lei. Danilo ride e confessa che è tutto merito del dottor Bombelli che lo segue da due anni: «Ho imparato tutto da lui. Prima lo guardavo lavorare. Ora faccio io: mi segue, ma nello stesso tempo mi responsabilizza. Vuole che provi da solo, sempre verificando che faccia il massimo». Danilo entra nell'ambulatorio del dottore: «Secondo me c'è un valore esagerato». «No - replica Bombelli - dove lo vedi?». Danilo indica un foglio. «Hai ragione, bravo, quindi che faresti?», incalza il dottore, finché finalmente lo specializzando arriva alla diagnosi più probabile. «Questa non è una scienza certa», dice Danilo. «Possiamo fare tutto, cercando di curare il paziente, ma non siamo onnipotenti. Chi lo crede si sente un fallito quando un malato muore». Per Danilo questo è l'unico mestiere che poteva appassionarlo: «Non lo fai per soldi: non basta per reggere, ti abbruttisci. E poi sono pagato tanto per un giovane e il doppio rispetto a chi era specializzando due anni fa».

In neuro-rianimazione i pazienti sono attaccati incoscienti alle macchine. Infermieri e medici li sorvegliano ventiquattro ore al giorno. Simone, 26 anni, e Lorenzo, 24, aspirano catarro e saliva e cambiano una paziente cinquantenne come fosse una neonata. «Brava», le dicono. «Muove il braccio, è un buon segno». Mimmo, infermiere di 28 anni, sovrintende tutto il reparto. Non si ferma un attimo se non per assistere ai colloqui del dottor Citerio coi parenti che passano la giornata in corridoio per poter stare un'ora accanto ai loro cari: «Ogni volta è durissima, soprattutto quando li vedo uscire di casa vivi e due ore dopo dobbiamo annunciare loro il decesso», spiega l'infermiere. Citerio si fida di Mimmo e lo tratta come fosse un dottore, «perché è bravo e questo è un reparto speciale: tutti devono essere preparatissimi», spiega il medico. Per Mimmo, «passare dieci ore con questi malati, mi fa guardare la mia vita, mia moglie e mia figlia come a un miracolo». Lilli, la caposala, ringrazia «per ogni istante. In questo posto capisci che sarebbe più normale essere di là che di qua». A dirlo meglio è Antonia, 50 anni, in coma per un aneurisma, una dilatazione arteriosa che può restare senza conseguenze, ma a lei è scoppiato in emorragia per un semplice picco di pressione. Citerio ammonisce gli infermieri puntiglioso: «Qui ci vuole un lavaggio freddo! Questa manovra è fatta male, fai così!». Una dottoressa, intanto, si lamenta perché son «balle quelle dei giornali. Totò muove gli occhi. È evidente che capisce. E poi chissà se anche gli altri in coma ci sentono?».

Non possiamo escluderlo».

### Tra la vita e la morte

Nel reparto di rianimazione generale c'è Andrea, specializzando anestesista di 28 anni. Davanti a lui una donna incinta alla ventunesima settimana, arrivata per una polmonite molto grave. Su di lei quattro specializzandi, seguiti da cinque medici e infermieri esperti, fanno una manovra delicatissima: cambiare il circuito di una macchina che fa da polmone artificiale. Significa togliere il respiro alla malata per trenta secondi. Non sono permessi errori. «Qui si fa di tutto per salvare vite. Ci vuole tempo, discussioni, ore di analisi, tanto personale», spiega Andrea, mentre l'adrenalina ormai impregna l'aria della stanza. «Per decidere di "lasciare andare" un paziente per cui hai dato tutto ci vogliono medici che ti insegnino l'umiltà, non appena la tecnica. Noi ne abbiamo, perché primario e responsabili hanno formato una scuola e il passaggio di testimone è per loro un valore obbligato».

Dai giovani del Sacco e del San Gerardo non un cenno ai soldi. Il cruccio è essere responsabilizzati e trovare maestri. Ma sui giornali c'è spazio solo per catastrofiche rivendicazioni dei «vecchi» della categoria, secondo visioni che distano anni luce dalla realtà della sanità. Altro che mancanze d'organico e correttivi economici. Per Andrea «gli specializzandi sono anche troppi», mentre per Alessandra, 28 anni, i soldi sono l'ultimo problema: «Voglio solo imparare bene a curare». Non resta che chiedersi da dove venga questa diversità che contraddice il cliché della «generazione annichilita».

**Benedetta Frigerio**



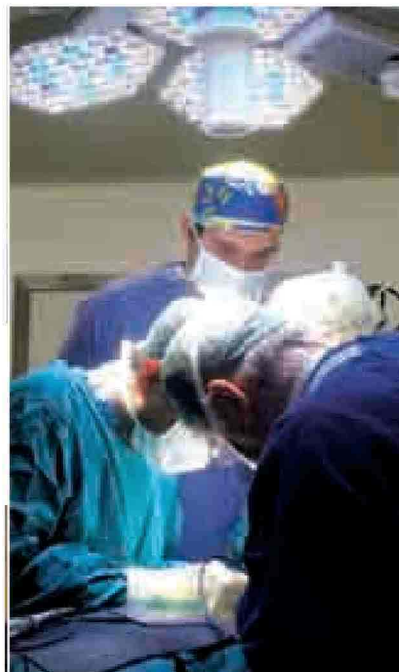


SU TEMPI.IT

TUTTE LE FOTO DEL SERVIZIO  
Professionisti in corsia

Le foto non pubblicate di questo servizio sono online sul sito di *Tempi*.

Alcuni medici specializzandi del San Gerardo di Monza (qui accanto) e del Sacco di Milano (a sinistra). Sopra, infermieri del pronto soccorso d'urgenza del Sacco e, nell'altra pagina, tre colleghe dell'ortopedia



Infermieri e giovani medici del Sacco di Milano (a sinistra, il pronto soccorso d'urgenza; nella pagina accanto, l'ortopedia e la stroke unit) e del San Gerardo di Monza (qui sotto, il reparto di neurochirurgia e, nella pagina accanto, una sala operatoria)



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.