

Tumore

T • 1 • 1 11 • • • 11

In occasione della Giornata della prevenzione del cancro

alla pelle di **lunedì 16 visite e consigli dermatologici**

Evitare ore calde, esposizioni prolungate e senza creme

Test e controlli di routine per chi ha familiarità

I rischi della tintarella, contro il melanoma al sole con cautela

METODO ABCDE DI CONTROLLO DEI NEI

Si deve sospettare che un neo può essere un melanoma quando ha le seguenti caratteristiche:



A. ASIMMETRIA
Quando una lesione nera tende ad essere asimmetrica, cioè una metà è nettamente diversa dell'altra



B. BORDI
Quando i bordi diventano irregolari, a carta geografica, mal delimitati rispetto alla pelle circostante



C. COLORE
Quando c'è una variazione del colore originale, compaiono sfumature nere, grigie, blu, rossastre, o il colore regredisce



D. DIMENSIONE
Quando le dimensioni di un neo, in lunghezza o in altezza, superano i 6-8 mm



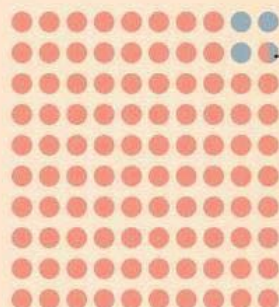
E. EVOLUZIONE
Quando con il passare del tempo un neo tende a modificare il suo aspetto, dà prurito o sanguina spontaneamente

DATI EPIDEMIOLOGICI

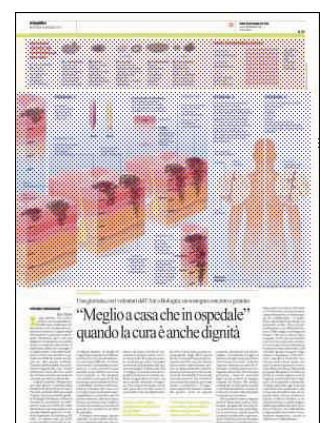
6500
nuovi casi all'anno

1600
decessi all'anno

2%
di tutti i decessi per tumore è da melanoma



3,5%
dei nuovi casi di tumore sono da melanoma



ELVIRA NASELLI



Ogni anno nel mondo circa 37.000 persone muoiono di melanoma, un tumore molto aggressivo che, però, se diagnosticato in tempo, ha buone possibilità di guarigione. È la precocità della diagnosi che fa la differenza. L'Italia è il terzo paese, dopo Australia e Stati Uniti, per incidenza della malattia: 14,3 uomini e 13,6 donne su centomila abitanti per anno, contro i circa 40 dell'Australia. Cifre in aumento, dal 3 al 7% all'anno, un incremento secondo soltanto al cancro al polmone per le donne. Ma in Australia di melanoma non si muore quasi più perché la protezione dal sole è diventata prioritaria su tutto. In Italia, invece, i morti sono 1500 all'anno, d'età tra i 40 e i 60 anni. Colpa dell'eccessiva esposizione al sole e il ricorso indiscriminato ai lettini solari (forse vietati per decreto presto anche da noi ai minorenni e alle donne in gravidanza).

I fattori di rischio sono parecchi, alcuni modificabili e altri ovviamente no (vedi disegno a fianco). Lunedì prossimo, per la seconda edizione di Euromelanoma Day, la SIDeMaSt, società italiana di dermatologia e malattie sessualmente trasmesse, offrirà uno screening gratuito della pelle (prenotazioni fino al 14 maggio: 800591309, ore 9-17). «L'errore non è abbronzarsi — precisa Pier Giacomo Calzavara Pinton, direttore clinica dermatologica università di Brescia — Occorrono 8-9 giorni perché si formi il pigmento e

STADIO I

Il cancro è già formato. Lo stadio I può presentarsi diversamente nello stadio 1A o 1B

STADIO 1A

Il tumore non ha più di **1mm** di spessore e non presenta ulcerazione

La punta affilata di una matita ha circa 1 mm



STADIO 1B

- Il tumore può avere:
- non più di 1 mm di spessore con ulcerazione
 - avere tra 1 e 2 mm di spessore senza ulcerazione

STADIO 2

Lo stadio 2 può presentarsi diversamente nello stadio 2A o 2B o 2C

STADIO 2A

- Il tumore può avere:
- tra 1 e 2 mm di spessore con ulcerazione

- tra 2 e 4 mm di spessore senza ulcerazione

L'intervento di rimozione

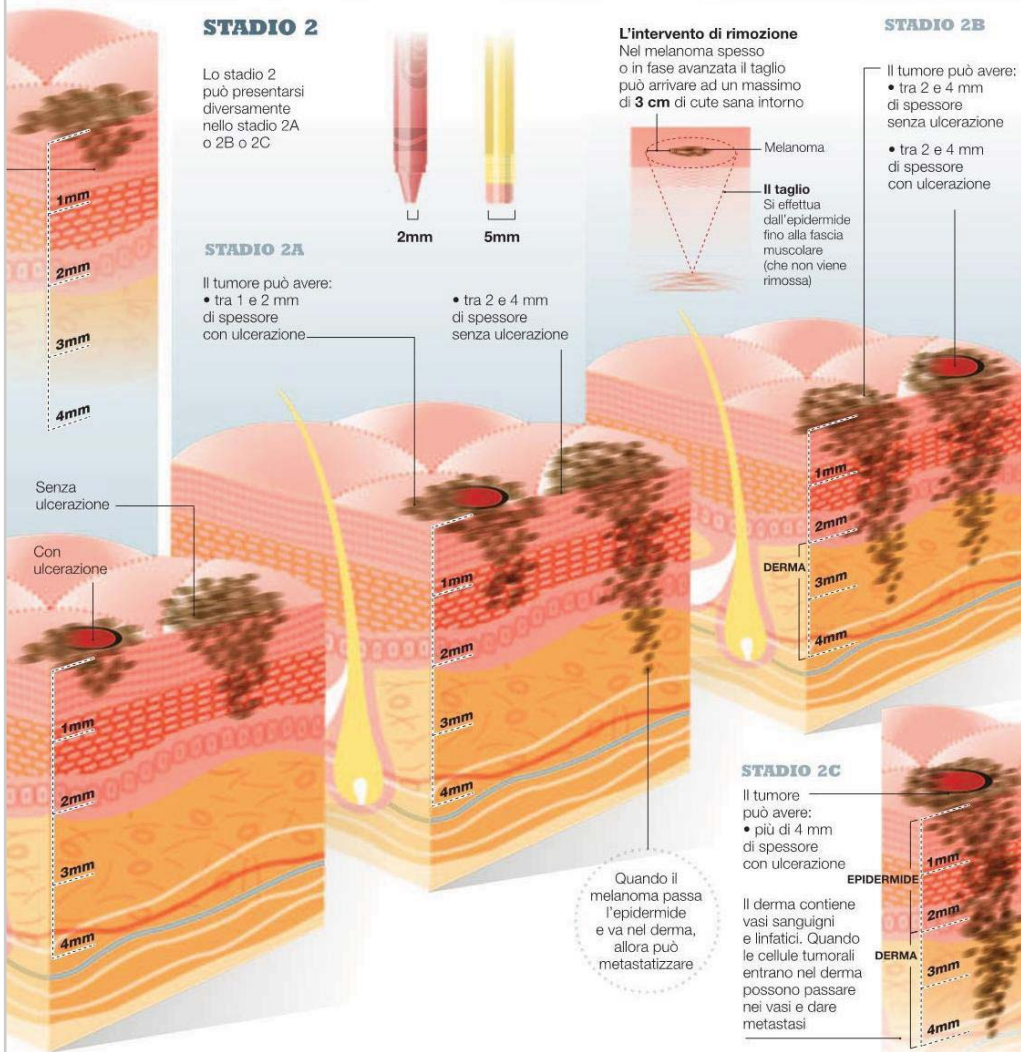
Nel melanoma spesso o in fase avanzata il taglio può arrivare ad un massimo di **3 cm** di cute sana intorno



STADIO 2B

- Il tumore può avere:
- tra 2 e 4 mm di spessore senza ulcerazione
 - tra 2 e 4 mm di spessore con ulcerazione

L'intervento di rimozione
Nella fase iniziale il taglio chirurgico viene effettuato con **0.5 cm** di margini di cute sana intorno al melanoma



STADIO 2C

- Il tumore può avere:
- più di 4 mm di spessore con ulcerazione

Il derma contiene vasi sanguigni e linfatici. Quando le cellule tumorali entrano nel derma possono passare nei vasi e dare metastasi

dunque non si può pensare di diventar scuri in un giorno. In un giorno ci si scotta soltanto. Inoltre è fondamentale usare i prodotti solari giusti, con filtro Uva certificato e resistenza all'acqua, ripetendo l'applicazione ogni due ore, sempre dopo il bagno e senza parsimonia. Nessuno usa la quantità giusta di prodotto, che è di 2 mg per centimetro quadrato, ovvero un flacone al giorno».

Precauzioni particolari — e maggiori — per i bambini. «Sotto i tre anni — raccomanda Sergio Chimenti, direttore clinica dermatologica di Roma Tor Vergata — non vanno esposti perché la loro pelle non è pronta immunologicamente a difendersi dal sole. E dopo quest'età, evitare le ore calde, proteggerli con cappelli, occhiali e magliette. Una ustione fino ai 12 anni è un rischio aumentato di tumore». Da una ricerca effettuata su più di mille studenti di scuola superiore dalla clinica dermatologica dell'università de L'Aquila, emerge che, nonostante la grande consapevolezza, solo il 13,5% si protegge sempre e il 39,1% mai. «Le donne sono più consapevoli — racconta Ketty Peris, direttore della clinica — Inoltre, secondo un recentissimo studio le donne con melanoma hanno un minore rischio di metastasi rispetto agli uomini, ma anche una sopravvivenza migliore». Infine la familiarità: «Non si "eredita" il tumore — precisa Caterina Catricalà, direttore della Melanoma Unit al S. Gallicano Ifo di Roma — ma il rischio di ammalarsi. Chi ha più di due casi in generazioni diverse della propria famiglia deve controllarsi con regolarità e sottoporsi a test genetici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

STADIO 3

Il tumore può avere qualsiasi spessore con o senza ulcerazione e presentare una o più delle seguenti caratteristiche:

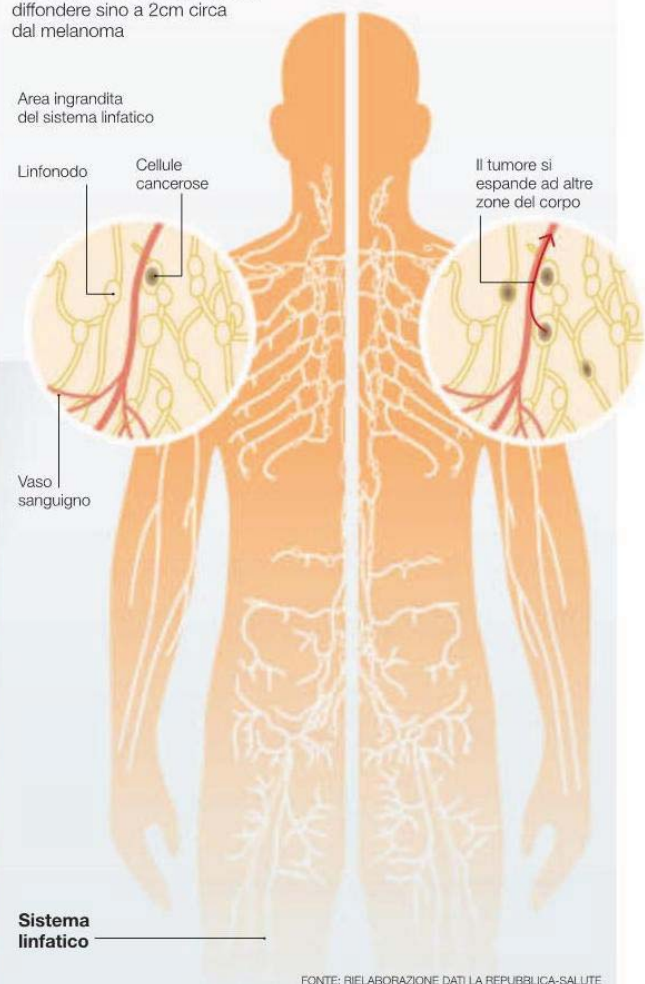
- le cellule cancerose hanno raggiunto uno o più linfonodi
- i linfonodi sono infiammati
- le cellule cancerose possono stare nei vasi linfatici tra il melanoma e i linfonodi vicini
- le cellule cancerose possono diffondere sino a 2cm circa dal melanoma

STADIO 4

Il tumore si è espanso ad altre parti del corpo:

- polmoni
- fegato
- cervello
- ossa
- tratto gastrointestinale

Può anche espandersi ad altre zone della pelle, lontane del neo originale



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE

COSA È IL MELANOMA

Il melanoma è il tumore che nasce dai melanociti, cellule responsabili della colorazione della pelle e che si trovano nello strato più profondo dell'epidermide

Sedi più frequenti

Dorso
nel maschio

Arti inferiori
nella donna



L'incidenza della malattia in Italia è alta: subito dopo Australia e Usa
Diventare scuri in un giorno è impossibile: gradualità importante

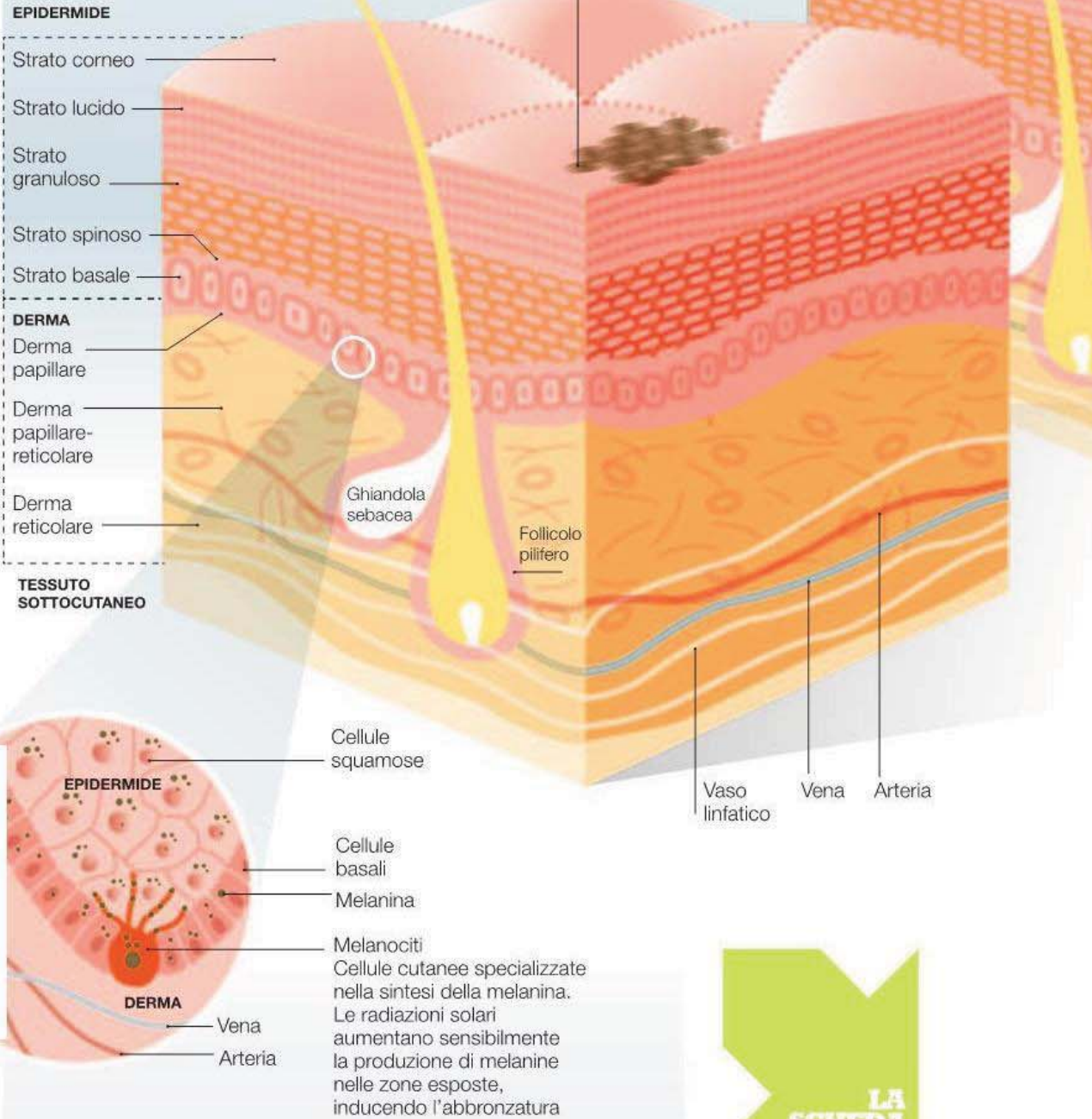
STADI DEL MELANOMA

STADIO 0

Stadio denominato "melanoma in situ": compaiono dei melanociti anormali sulla epidermide

Cellule con melanociti anormali

Possono diventare cancerose e diffondersi nei tessuti sani



FATTORI DI RISCHIO

- Esposizione ai raggi UV
- Fattori genetici
- Elevato numero di nei
- Presenza di nei atipici
- Scottature solari avute nell'infanzia e nell'adolescenza
- Numerose lentiggini
- Fototipo I e II



IL 5 X 1000

Per sostenere la fondazione Ant è possibile donare il 5 x1000 (codice fiscale 01229650377). È possibile contribuire anche con donazioni sul conto corrente postale (11424405) o sul conto corrente bancario con un versamento con carta di credito collegandosi al sito oppure telefonando al numero 0517190164. www.ant.it

L'allarme dell'Oms per i nuovi focolai di epidemia in Europa

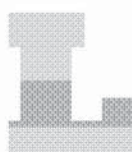
MARIAPAOLA SALMI

Il virus si diffonde negli Stati Uniti e in Europa. In Italia picchi record soprattutto tra i 15 e i 24 anni. Dal Piemonte all'Emilia Romagna le regioni più colpite. E in un caso su tre le complicazioni richiedono il ricovero in ospedale

L'allarme dell'Oms “Casi in aumento ci vuole il vaccino”

La profilassi è raccomandata dal 1979: i nati attorno agli anni Ottanta-Novanta non hanno problemi

MARIAPAOLA SALMI



Le malattie infettive non conoscono confini. E ritornano anche le esantematiche che prediligono i bambini. Era dal 2002 che negli Stati Uniti non si registravano casi di morbillo. A riportarlo in patria, un neonato di nove mesi contagiato a Santo Domingo da un adulto europeo ammalato. La diffusione non si ferma. Dal 2007 a oggi continua l'ondata di focolai epidemici con migliaia di casi in Francia, Germania, Irlanda, Gran Bretagna, Svizzera, fino all'epidemia bulgara che iniziata nel 2009 conta 24 mila casi e 24 decessi. L'Oms marca l'allerta e nell'ultimo Rapporto annota: «Il virus del morbillo continuerà a diffondersi tra le persone non immunizzate e nelle aree a copertura vaccinale inferiore al 95%».

I dati italiani elaborati dalla

Rete di sorveglianza sentinella (Spes) delle malattie prevenibili con il vaccino promossa dall'Istituto superiore di sanità (Iss), confermano l'aumento del morbillo anche in giovani e adulti. Nel 2008 sono stati segnalati 5 mila casi. Nel 2009 rispetto al 2008 nella fascia d'età 0-14 l'incremento è di + 58,86%; eclatante l'impennata nella fascia d'età 15-24 con un + 1.170,40%. Le regioni più colpite Piemonte, Liguria, Toscana, Lazio, Emilia Romagna. «Sebbene sia normale il periodo riaccendersi di micro-focolai legati al fine inverno-primavera data la trasmissione aerea, l'andamento del morbillo desta preoccupazione perché è pericoloso due volte – afferma Stefania Salmaso, direttore del Centro di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Iss – per le complicanze e per le persone con problematiche concomitanti. Dei 2 mila casi notificati tra il 2009-2010, il 30% ha avuto bisogno di un ricovero». Focolai sono stati segnalati in scuole, ospedali, comunità Rom e Sinti.

Attualmente chi si ammala di morbillo ha un'età media di 18 anni ma non sono rari i casi tra gli anziani. Spiega la Salmaso: «Disponibile dal 1976, il vaccino combinato MPR morbillo-parotite-rosolia è raccomandato dal

ministero della Salute dal 1979, i nati attorno agli anni Ottanta-Novanta sono quasi tutti vaccinati, il problema si pone per quelli nati in precedenza e per quanti non hanno completato il ciclo vaccinale (due dosi)». La copertura vaccinale contro il morbillo è migliorata negli anni, si attesta al 90% con oscillazioni regionali non di poco conto. Nel 2008 è stato vaccinato contro il morbillo l'86,5% dei bimbi tra i 12-24 mesi mentre è attorno al 73,7% la copertura per quelli tra i 12-15 mesi (fonti: Icona - Ministero della Salute). Dunque una quota di bambini rimane suscettibile all'infezione. Riguardo gli adolescenti, in media il 78,1% è coperto con la prima dose, con la seconda il 53,9%.

«Non si riesce a raggiungere quel 95% che blocca la trasmissione endemica dell'infezione – osserva Pier Angelo Tovo, presidente della Società italiana di infettivologia pediatrica – e farebbe sparire il morbillo». E punta all'eradicazione il nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, varato il 23 marzo, che punta alla copertura del 95% dei soggetti entro i due anni e i dodici anni con vaccino MPR (morbillo-parotite-rosolia).

INCIDENZA

Da gennaio 2010 a febbraio 2011

- Senza dati
- 0 per milione
- 1 < per milione
- 1-10 per milione
- >10 per milione
- Epidemia 2010
- ★ Epidemia 2011

Fonte: REPORT GISID E EUVACNET / WHO



VACCINAZIONE

Copertura della vaccinazione contro il morbillo, prima e seconda dose

- Senza dati
- Entrambe le dosi <95%
- Soltanto prima dose >95%
- Entrambe le dosi >95%

Fonte: WHO/UNICEF JOINT REPORT RESULTATI 2009



IL VACCINO

È tetravalente: contro morbillo, rosolia, parotite e varicella

1° dose
entro il 12°-15° mese di vita

2° dose
a 5-6 anni oppure tra 11-12 anni

LE 4 MALATTIE INFETTIVE INCIDENZA IN ITALIA

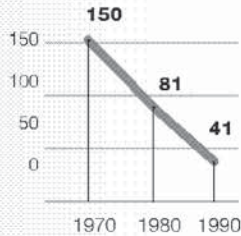
Ogni 100mila abitanti, dati 2008, ISS

Morbillo	Rosolia	Parotite	Varicella
174 casi	69 casi	12 casi	8809 casi

La scarlattina è una malattia esantematica dovuta ad un batterio. In Italia si sono registrati 201 casi ogni 100mila ab. nel 2008

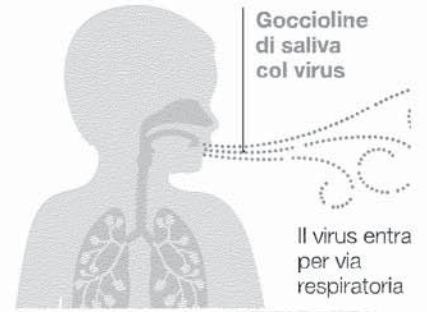
MORBILLO IN ITALIA

Incidenza ogni 100mila abitant. Dati 1970-1990



IL CONTAGIO

È una malattia molto contagiosa, il virus responsabile è il Paramyxovirus, molto sensibile ai raggi UV e ai disinfettanti



2 PERIODO PRODROMICO

TRA 4 E 5 GIORNI

Malesere generale e febbre elevata (39-40°C)

Segue con mucosite:

Congiuntivite (con fotofobia e lacrimazione intensa)

Raffreddore con starnuti e abbondante secrezione nasale

Tosse secca abbaiante

Macchie di Köplik

Assomigliano a "granuli di sale" circondati da alone rosso. Permangono per 24-48 ore

1 PERIODO DI INCUBAZIONE

TRA 4 E 12 GIORNI

Inizia con segni vaghi di malessere:

Cefalea

Inappetenza

Questo periodo può essere asintomatico

Fascia d'età più colpita 0-14 anni

Disturbi gastroenterici

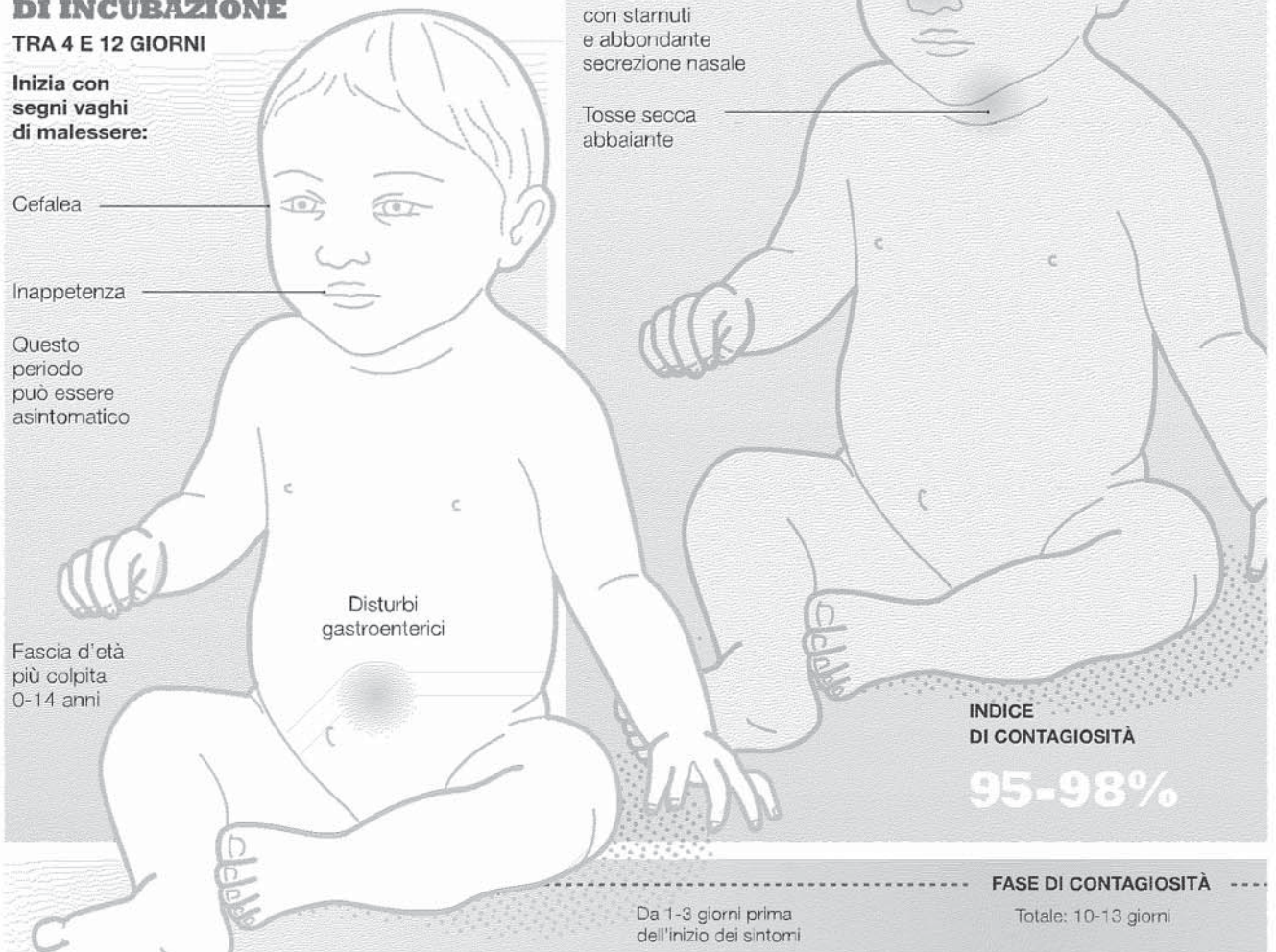
INDICE DI CONTAGIOSITÀ

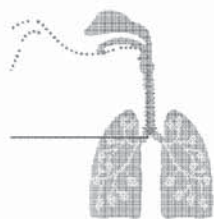
95-98%

FASE DI CONTAGIOSITÀ

Da 1-3 giorni prima dell'inizio dei sintomi

Totale: 10-13 giorni





PERSONA SANA

4 LA GUARIGIONE

Dopo la fase III dell'esantema la febbre scende e inizia il periodo di desquamazione, le macchie cominciano a sparire

Il decorso completo del morbillo si esaurisce normalmente in **8-10 giorni** anche se la tosse può persistere più a lungo

3 PERIODO ESANTEMATICO

TRA 6 E 7 GIORNI

Maculo-papule

Macchioline di colore rosso vivo lievemente rilevate al tatto

Esantema primario

Interessa prima il viso, vicino all'attaccatura dei capelli e dietro alle orecchie

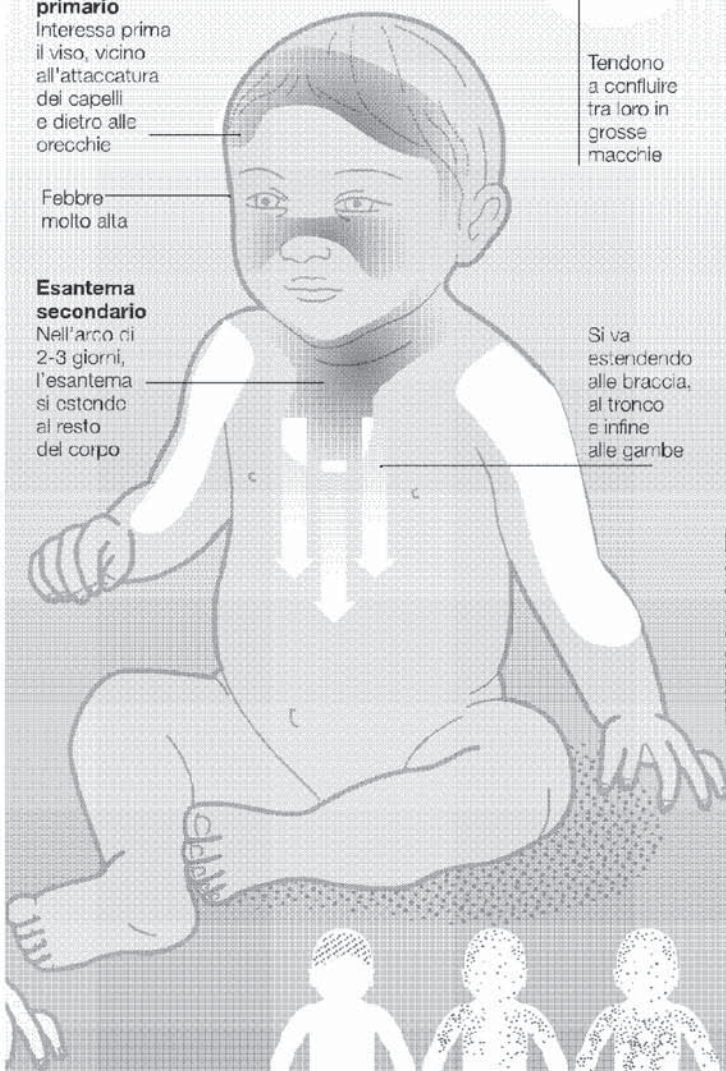
Febbre molto alta

Esantema secondario

Nell'arco di 2-3 giorni, l'esantema si estende al resto del corpo

Tendono a confluire tra loro in grosse macchie

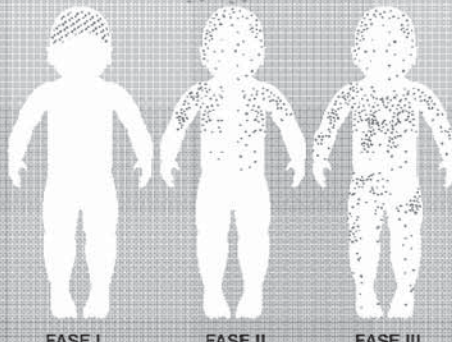
Si va estendendo alle braccia, al tronco e infine alle gambe



INFOGRAFICA EMILIO SIMONETTI

PROGRESSIONE DELL'ESANTEMA

La malattia ha una progressione caratteristica a "nevicata" (ovvero dall'alto verso il basso)



FASE I

FASE II

FASE III

fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'esantema

La lettera

SE CON IL BIOTESTAMENTO SI RISPETTA LA MORTE

GIULIA BONGIORNO*

Caro direttore, la motivazione che il premier Berlusconi adduce per giustificare l'urgenza con cui invoca l'approvazione della legge sul testamento biologico — scongiurare il pericolo che ancora una volta i giudici usurpino la funzione del Parlamento — è rivelatrice: il suo convincimento, alimentato da vicende personali, secondo cui la magistratura abuserebbe sistematicamente dei propri poteri, gli impedisce di porsi dinanzi a una materia controversa e delicata come il testamento biologico con la serenità necessaria.

Perfugare i suoi timori basterebbe ricordare che fino a ora l'operato dei giudici è stato in linea con le loro competenze: le soluzioni date ai casi in esame, seppur discutibili — come spesso avviene di fronte a questioni giuridiche tanto complesse — erano comunque ben motivate e in sintonia con i principi del nostro sistema. Ma anche tralasciando il richiamo a pericoli insussistenti, il punto è che almeno in questa materia si dovrebbe bandire la legiferazione "contro" qualcuno.

Sul tema del testamento biologico esistono diversi schieramenti di opinioni. Ai due estremi, coloro che hanno delle certezze: da una parte, quanti quelle certezze le hanno raggiunte con il sostegno della fede; dall'altra, quanti invece sono animati da uno spirito laico.

In mezzo, tutti quelli che — per i motivi più diversi — sono perplessi. E ho la sensazione che tanti, dai due estremi, a volte si sentano — persino loro malgrado — slittare verso posizioni meno radicali.

Intendo dire che forse anche un credente — quale per esempio io mi sforzo di essere — potrebbe sentirsi incerto quando, come legislatore, è chiamato a esprimersi sulla disciplina giuridica da dare al momento dell'inizio della vita e a quello della morte. Quando si diventa legislatori e si ha la consapevolezza di legiferare anche per chi non crede in Dio, qualcosa si agita dentro di noi impedendoci di affidarci ciecamente ai dettami della fede. Allo stesso mo-

do, anche lo spirito più laico può entrare in crisi e sentire la necessità di riconsiderare la propria posizione.

Di certo, i traguardi conquistati dalle nuove tecnologie e i progressi compiuti dalla ricerca scientifica hanno allargato il nostro orizzonte in maniera fino a pochi anni fa impensabile e dunque hanno contribuito a renderci più aperti al dubbio. Credo, a questo punto, che l'atteggiamento migliore da tenere sia affrontare questa incertezza — che ci rende più disorientati, ma di certo più liberi — dandole spazio e voce. Ma soprattutto, sono giunta alla conclusione che chi rispetta la vita non può non rispettare anche la morte. Perché, al pari della vita, la morte racchiude in sé qualcosa di maestosamente semplice, di solennemente naturale.

Non riesco dunque a non interrogarmi sul diritto di ognuno di conservare la propria individualità anche nel momento del trapasso: non mi sento di accantonare a priori l'idea che, se un uomo desidera andarsene con la stessa limpida consapevolezza con cui è vissuto, dev'essere libero di farlo (purché rispetti le leggi dello Stato). E penso che solo nel caso in cui quest'uomo avesse abdicato al suo diritto di scelta qualcun altro sarebbe legittimato a scegliere per lui.

La legge in discussione si presenta in termini molto deludenti, se non preoccupanti. Il diritto al rifiuto delle cure, discendente dal più ampio diritto dell'individuo all'autodeterminazione, sembra essere stato negletto in più parti. Il rischio, se il testo passasse in questa forma, è che le DAT — le direttive anticipate di trattamento — non potranno riguardare né l'alimentazione né l'idratazione forzata e non avranno valore vincolante. E c'è di più: a interpretare rigidamente le norme proposte, il medico, di fronte al pericolo di vita del paziente, sarebbe sempre tenuto a non dare attuazione alle DAT e a proseguire nella terapia, sia essa strettamente medica, sia essa di alimentazione e idratazione.

Il limite di questa legge è che

ha del tutto perso di vista il lato umano delle vicende che pretende di regolare.

Se consideriamo l'alimentazione e l'idratazione forzate da un punto di vista umano, e se prendiamo come riferimento la persona che ne vuole l'interruzione, dobbiamo ritenere che non vi siano significative distinzioni fra tali procedure di sostegno vitale e le vere e proprie cure mediche. Partiamo, per semplificare, da una persona che non si trova in stato di incapacità di intendere e di volere, ma che soffre da anni ed è immobile in un letto. Pensiamo a uno come Piergiorgio Welby. Welby era sottoposto a respirazione artificiale, ritenuta pacificamente atto medico. Ma se si fosse trovato — a parità di condizioni — sottoposto ad alimentazione e idratazione artificiali, quale sarebbe stata la differenza, per lui?

La questione su cui a mio parere dovremmo interrogarci è: per chi deve effettuare una scelta di fine-vita, essere sottoposto ad alimentazione o a idratazione artificiale oppure a cure mediche in senso stretto fa davvero differenza?

In entrambi i casi, bisognerebbe avere il diritto di opporre un rifiuto. E non si tratterebbe di consenso a un omicidio attivo volontario da parte del medico, ma di semplice rifiuto da parte del paziente di un atto esterno non desiderato.

Una legge che impedisse questa scelta, lungi dal garantire l'individualità dell'uomo anche nel momento del trapasso, forzerebbe i cittadini a proseguire trattamenti medici anche contro la loro volontà, sia pur formalmente espressa con direttive anticipate di trattamento. Queste DAT, in un simile quadro, non servirebbero più a nulla.

E se il diritto di autodeterminazione dell'uomo ha un senso, non è certo questa la strada da percorrere.

Il punto è che questa legge va nella direzione opposta alle leggi che regolano il testamento biologico: è una legge contro la volontà dell'individuo, una legge che finge di voler regolare il testamento biologico per, in verità, svuotarlo di ogni contenuto.

Ecco perché quella libertà invocata sistematicamente dal premier — talora persino a sproposito — stride non poco con la sua scelta di sostenere una legge che la nega nel momento più drammatico della vita umana.

*presidente Commissione Giustizia della Camera

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Droga, lo strappo di Bolzano

La provincia sperimenta una legalizzazione "soft": via le mafie dal mercato

il caso

PIERANGELO SAPEGNO
INVIATO A BOLZANO

Dice: «C'è un vecchio detto popolare che ripete: se il tuo cavallo è morto non cavalcarlo più». A sentirlo, sembra banale. Però, non è così come pare. Prendiamo la droga. Dice: «La guerra alla droga è fallita: abbiamo più morti nella guerra alle droghe che vittime delle sostanze. E allora bisogna cambiare. Se abbiamo capito che il cavallo è morto, cerchiamone un altro». Peter Koler, 45 anni, è psicologo e pedagogista. Ma è anche e soprattutto il direttore del «Centro per la prevenzione delle dipendenze e la promozione della salute» che da 10 anni lavora per la Provincia di Bolzano e in collaborazione con molti partner di rete. Non deve lavorare tanto male, visto che adesso l'hanno chiamato pure la Regione Emilia, l'Austria e Amburgo. Solo che da noi le sue idee sembrano rivoluzionarie. Occorre cambiare l'offerta, dice: «Dobbiamo trovare un metodo per implementare il mercato all'interno della legalità. Si può dare la sostanza alle persone che hanno già sviluppato una tendenza, restando ovviamente dentro a un percorso sanitario. Si deve rilanciare l'idea di togliere alle mafie quei soldi e quel potere, e trovare un modo di dare le sostanze a quelle persone, riducendone il bisogno. E con la cannabis legalizzare la coltivazione privata». Però, questa non è la legalizzazione della droga. È un'altra cosa ancora. È come se lo Stato togliesse la droga alle mafie. Poi toccherebbe ai servizi pubblici stare vicino ai consumatori, accompagnando i loro percorsi di recupero. Con le nuove regole di una società postmoderna: «Bisogna convivere con l'abisso, dobbiamo accettare il rischio. Vietarlo è inutile».

Lui il suo l'ha già fatto. E

bene, a giudicare dai risultati: da alcuni anni è in costante calo il consumo fra i giovani degli alcolici, del tabacco e della cannabis. Hanno cominciato nel 2001 e la cosa strana è che non se n'è accorto quasi nessuno. Neanche i giornali ne parlano. I loro successi girano solo attraverso i convegni, come l'ultimo, a Torino, del Gruppo Abele di don Ciotti. «In ogni caso, da noi il problema più grave è quello dell'alcol», spiega Koler. «Non abbiamo gente che fa le feste con l'eroina, e la cocaina è abbastanza nascosta». La parola d'ordine è sempre la stessa: il divieto non serve. Già nel 2002 era nato il primo progetto, che si chiamava «Lanc», ed era stato avviato da alcuni centri e circoli giovanili di lingua tedesca in collaborazione con il Forum Prevenzione. Da allora a oggi, molte cose sono cambiate, cercando di coinvolgere sempre di più gli altri soggetti nel progetto. Come fare con l'alcol, senza vietarlo? «Possono bere quel che vogliono, ma solo a gradazione ridotta», dice Koler. «Abbiamo fatto questo patto. Tutti gli studi e le ricerche dimostrano che l'aggressività cresce con l'aumento del livello di gradazione. Le persone possono consumare l'alcol, ma con responsabilità. È la nostra campagna:

bere responsabile. Abbiamo chiesto ai Comuni di organizzare un servizio di minibus notturno efficientissimo. La

Nightline porta in giro i giovani durante la notte e gli incidenti del sabato sera sono quasi scomparsi».

Anche con il fumo, la filosofia è la stessa. E ha avuto così tanto successo che il «programma di riduzione» sta per essere esportato in Austria e a Reggio Emilia. Si parte dalla solita parola d'ordine: vietato vietare. E il metodo è di nuovo quello del coinvolgimento, e della - dio, che brutta parola - «corresponsabilizzazione». I ragazzi che decidono di partecipare a queste iniziative «fanno sei incontri di due ore all'interno di per-

corsi scolastici». Il risultato? È sorprendente, assicura Koler. I trainer non gli insegnano mai a smettere di fumare: cercano di farli fumare meno, ad abituarsi a un minor numero di sigarette, senza rinunciare al fumo. «Il più delle volte succede che a questo punto sono loro stessi che vengono da noi per dirci che adesso hanno capito che male fa il tabacco e che vogliono smettere». È lo stesso sistema che il Forum ha deciso di adottare con l'ultimo Grande Vizio della società postmoderna: il gioco. Da una parte una campagna di informazione e dall'altra l'incontro con i gestori delle sale gioco per convincerli ad accettare dei corsi: il loro personale potrà uscire soltanto da lì, e verrà così formato da diversi esperti che lavorano sul campo, psicologi, pedagogisti, sociologi. In pratica, sarà come mettere degli educatori nel regno del vizio, dei sacerdoti accanto ai peccatori.

Quello che si fa col fumo, potrebbe essere fatto con la cannabis, spiega Koler. Il fatto è che «è inutile dire a un ragazzo che vive in mezzo al disagio: tu devi smettere. Quello è l'ultimo suo problema. Dobbiamo fornire buone competenze ai genitori per educare i figli, dargli i mezzi per farlo, dalla civiltà della vita agli asili nido. La droga non è il centro del problema».

L'IDEATORE

Koler: «La guerra alle sostanze è fallita. Dobbiamo cambiare»

Peter Koler

È il direttore del «Centro per la prevenzione delle dipendenze» della provincia di Bolzano

L'allarme

Nel 2010 boom delle «sintetiche»

Il mercato della droga «si evolve e si diversifica, con aspetti di novità particolarmente allarmanti. Accanto alle droghe cosiddette tradizionali (eroina, cocaina, cannabis), per le quali l'offerta non accenna a diminuire, deve registrarsi la crescente diffusione delle droghe sintetiche, soprattutto tra la popolazione di giovane età, come dimostrato anche dall'aumento dei sequestri di derivati amfetaminici». È quanto sottolinea la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, che ha presentato il rapporto annuale sul traffico di sostanze stupefacenti. In particolare, nel 2010 è stato registrato un incremento rispetto al 2009 delle droghe sintetiche: amfetaminici in dosi (+5,52%), amfetaminici a peso (+23,56%), lsd (+206,22%). In calo le altre sostanze: l'eroina (-18,32%), la cocaina (-5,87%), l'hashish (-0,84%), la marijuana (-34,09%) e le piante di cannabis (-39,49%). Lo scorso anno sono state 39.053 le persone segnalate all'autorità giudiziaria (+7,12 rispetto al 2009). I dati «mostrano che, nonostante i lusinghieri risultati raggiunti nella quotidiana attività di contrasto, la domanda e l'offerta di droga rimangono elevate, concorrendo ad alimentare un circuito criminale particolarmente agguerrito», rileva la Dcsc.



Ma la nostra popolazione è ben difesa. Siamo al sicuro anche da tetano, difterite, epatite B, pertosse ed emofilo b. L'attenzione viene mantenuta alta per la rosolia

Torna anche la poliomielite la minaccia viene dalla Russia



aderenza alla vaccinazione per tetano, difterite, epatite B, pertosse, emofilo b e poliomielite in Italia è molto alta, oltre il 95%, e rassicurante. Va ricordato però che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) negli ultimi tempi sta discutendo se sia il caso di mantenere ancora per la regione Europa lo stato di area "polio free", dichiarata nel 2002, dopo le segnalazioni di qualche migliaio di casi di poliomielite in Russia e Caucaso che hanno fatto registrare già in questi primi mesi del 2011 oltre 90 casi. Da noi, grazie alle vaccinazioni, è in diminuzione la parotite, chiamata volgarmente "orecchioni", come pure tende a decrescere la pertosse che sotto l'anno di vita può complicarsi. La varicella è la malattia esantematica più frequente nella classe d'età 0-14, superata nei giovani adulti dalla rosolia.

Per la varicella, che facilmente porta complicazioni se presa da adulto, il Piano nazionale vaccini raccomanda di vaccinare tutti gli adolescenti a 12 anni e i suscettibili appartenenti a categorie a rischio. «Problematica è la circolazione incontrollata del virus della rosolia tra le adolescenti e le donne in età fertile - dice la dottoressa Stefania Salmaso dell'Istituto Superiore di Sanità - tra l'altro è disponibile un vaccino tetravalente può prevenire sia la rosolia che il morbillo». Nel periodo 2005-2008 sono stati 110 i casi notificati come sospetti di rosolia in gravidanza e 37 quelli di rosolia congenita. Per l'eliminazione della rosolia congenita, obiettivo del Piano nazionale, all'avvicinazione universale di tutti i bambini, potrebbe essere necessario secondo gli esperti affiancare una strategia vaccinale selettiva per le ragazze prima della pubertà e per le donne in età fertile non immunizzate, come raccomanda da tempo l'Accademia americana di pediatria.

Trend in crescita tra i bambini e i giovani adulti anche per la scarlattina causata da un batterio, lo streptococco di gruppo A. In mancanza di un vaccino, la diffusione può essere tenuta sotto controllo con l'isolamento del malato, lavaggi accurati delle mani, e facendo attenzione ad evitare di manipolare gli oggetti usati dal paziente.

(mp. s.)

Da venerdì a Bologna Cosmofarma, con il ministro Brunetta

Farmaci, spesa in rialzo Mercato da 26 miliardi

DI SIMONETTA SCARANE

Il mercato dei farmaci vale circa 26 miliardi di euro. Precisamente 25.961,6 miliardi di euro è stata la spesa nel 2010, +408,8 milioni sul 2009, con 2,4 miliardi di confezioni vendute (+30 milioni di pezzi). Sono stati i farmaci con ricetta (+0,5%) e i prodotti non registrati (+5,1%) a garantire il risultato positivo. In termini assoluti l'incremento della specialità con obbligo di prescrizione è stato di 85,9 milioni di euro, e meglio hanno fatto i prodotti che non sono farmaci che hanno portato ben 325 milioni in più, mentre le specialità d'autocura (-0,1%) hanno perso vendite per circa 2 milioni di euro.

I dati sono stati resi noti ieri, in occasione della presentazione, a Milano, di «Cosmofarma Exhibition», la manifestazione sul mondo e sull'evoluzione delle farmacie la cui 15ª edizione si terrà a Bologna dal 13 al 15 maggio prossimi. Organizzata da Sogecos, società totalmente partecipata da BolognaFiere spa e che già gestisce Cosmoprof. Appuntamento quanto mai d'attualità all'indomani delle polemiche sui rincari dei farmaci generici. E anche di questo si parlerà nel ricco programma di convegni, conferenze, corsi, che si terranno nella tre giorni, venerdì, sabato, domenica, della più importante manifestazione europea nei settori dell'health care e del beauty care, e di tutti i servizi legati al mondo della farmacia e della parafarmacia.

La manifestazione è anche un'opportunità di aggiornamento professionale, confronto e discussione in un contesto normativo e politico in costante evoluzione. La precedente edizione si è chiusa con oltre 21 mila visitatori. Tra i convegni da segnalare, quello di sabato pomeriggio, alle 15.30, per la presenza annunciata del ministro per l'innovazione Renato Brunetta a «E-Health: la

ricetta elettronica e il fascicolo sanitario entrano in farmacia». Tra i relatori, anche il presidente di Federfarma, Annarosa Racca, il presidente di Assofarm, Venazio Gizzi, Gianni Petrosillo, a.d. Promofarma, e il segretario nazionale di Fimmg, Giacomo Milillo.

Ai visitatori l'edizione 15ª riserverà un'esposizione più estesa rispetto all'anno scorso, con oltre mille mq in più rispetto a disposizione delle più importanti aziende del settore farmaceutico, nomi di rilievo e brand di riferimento del mercato e di tutte le categorie merceologiche che rappresentano l'universo del mondo della farmacia, divise nei tradizionali macro-settori: farmaceutico e parafarmaceutico, sanitario, dermocosmetico, naturale e biologico, alimentare-dietetico e servizi, sia «in» farmacia che «per» la farmacia. La modernizzazione di contenuto e il respiro sempre più internazionale sono il carattere innovativo di questa edizione, supportato dall'introduzione del nuovo logo, rinnovato e in linea con il carattere sempre più internazionale dell'evento.

Il comportamento del mercato in farmacia nel 2010 è stato molto contraddittorio, con alti e bassi nel corso dell'anno. In termini di segmentazione del mercato, nelle quote a valori i farmaci senza ricetta sono arretrati ulteriormente e dal 67,3% del 2009 passando al 66,6%. Il secondo segmento è rappresentato dagli altri Otc (8,6%), in crescita costante da anni tanto che nel 2010 hanno raggiunto e superato i farmaci di autocura, arretrati al 7,9%, una quota di poco superiore a quella conseguita dai parafarmaci (7,7%) e dai cosmetici (7,4%). Chiudono i dietetici con l'1,8% che hanno perso quasi mezzo punto percentuale nell'ultimo anno. È rimasto positivo il comparto cosmetico in farmacia, canale che ormai distribuisce il 16% del mercato globale e che ha registrato buoni incrementi soprattutto nei prodotti di bellezza (+4,8%).



Trattamento
per la cura della malaria

Scoperta rivoluzionaria finanziata dall'UE

Pochi giorni prima della Giornata mondiale della malaria (25 aprile), alcuni ricercatori finanziati dall'Ue hanno scoperto che farmaci originariamente destinati ad inibire la crescita delle cellule tumorali possono anche uccidere il parassita che provoca la malaria. I ricercatori ritengono che tale scoperta potrebbe aprire la strada ad una nuova strategia per combattere questa malattia mortale che, secondo le statistiche dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2009 ha contagiato in tutto il mondo circa 225 milioni di persone, uccidendone quasi 800 000. I tentativi di trovare una cura sono finora stati ostacolati dalla capacità del parassita di sviluppare rapidamente una resistenza ai farmaci. La ricerca, che ha coinvolto quattro progetti finanziati dall'Ue (Antimal, Biomalpar, Malsig e Evimalar), è stata condotta da laboratori nel Regno Unito, in Francia e in Svizzera insieme a partner provenienti da Belgio, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Italia, Paesi Bassi, Portogallo e Svezia, nonché da numerosi paesi in via di sviluppo gravemente colpiti dalla malaria. La Com-

missaria per la ricerca, l'innovazione e la scienza, Máire Geoghegan-Quinn ha così commentato: «Questa scoperta potrebbe portare ad una cura antimalaria efficace, in grado di salvare milioni di vite e di trasformarne numerosissime altre. Ciò dimostra ancora una volta il valore aggiunto sia della ricerca - e più in generale dell'innovazione - finanziata dall'Ue sia della collaborazione con i ricercatori, in particolare nei paesi in via di sviluppo. L'obiettivo ultimo, ossia l'eradicazione completa della malaria, può essere raggiunto soltanto attraverso una vasta cooperazione internazionale, unico strumento efficace per lottare contro un flagello di tale portata».



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

LA GUERRA TRA I "MALATI POVERI"

È scoppiata la guerra tra i "malati poveri"? Per capire dobbiamo risalire alle polemiche nate tra le associazioni dei pazienti affetti da Sla, Sclerosi laterale amiotrofica, e il governo, che dopo mesi di proteste erano riuscite a ottenere 100 milioni di euro per la ricerca e l'assistenza. Fu il risultato di una specie di gioco delle tre carte: prima i soldi non c'erano, poi ricomparvero con il "trucco", perché vennero sottratti dai 400 milioni ricavati dal 5 per mille di due anni fa. Ora che i fondi vanno assegnati, entra in campo la "Consulta delle malattie rare" che, in teoria, rappresenta le persone colpite dalle altre patologie neglette — oltre 5 mila — dimenticate perché non sono al centro della ricerca scientifica. Ebbene, secondo la Consulta, grazie al metodo adottato dal governo «si ruba a tutti per dare ad uno solo». In sostanza destinando i 100 milioni alla Sla, verrebbero tolti soldi necessari agli studi sulle altre patologie rare. Tutto questo sarebbe anticostituzionale (non si cambiano così le indicazioni sottoscritte con il 5 per mille?), e non è escluso che le associazioni di volontariato arrivino alla class action. D'altronde si può accettare di essere considerati dal governo malati di serie C?

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Class action Per i test antivirus nuovo sì a Milano

MILANO

Passa anche il secondo test di ammissibilità la class action avviata dal Codacons sui test per virus influenzali. La Corte d'appello di Milano, infatti, ha confermato la piena ammissibilità dell'azione collettiva avviata dall'associazione dei consumatori contro la *Voden medical instruments* spa, produttrice dei test fai da te contro l'influenza A, rivelatisi inefficaci.

Scrivono i giudici milanesi, dopo che già in primo grado e per la prima volta in Italia era stata emessa una valutazione di ammissibilità dell'azione collettiva, nell'ordinanza di conferma: «i motivi di reclamo proposti dalla Voden non possono essere accolti poiché l'operato del Tribunale è del tutto condivisibile laddove, nell'ambito di un giudizio necessariamente sommario quale non può non essere quello svolto sulla sola base degli atti, in assenza di istruttoria, all'unico fine di evitare azioni "manifestamente infondate" a tutela dei diritti non rientranti fra quelli tutelabili con l'azione di classe da parte di soggetti che non rivestano la qualifica di consumatori, ha espresso un giudizio di ammissibilità dell'azione di classe proposta (...) nei confronti della società distributrice di un test le cui pubblicizzate qualità sembra non rispondano a quelle reali».

L'azione collettiva prosegue quindi con la campagna di raccolta delle adesioni da parte del Codacons e rivolta ai singoli, interessati a ottenere un risarcimento patrimoniale del danno subito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

