

Oggi non si nasce C'è lo sciopero

Protestano i ginecologi: rinviati i parti cesarei

il caso

MARCO ACCOSSATO

I ginecologi ospedalieri, quelli degli ambulatori territoriali e i medici dei consultori si fermano oggi, in Piemonte come nel resto d'Italia, per lo sciopero nazionale dalle associazioni e dalle federazioni mediche che rappresentano gli specialisti. Contestano la mancata chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti l'anno e giudicano «insostenibile» la questione del contenzioso medico-legale che li obbliga ogni anno a pagare di tasca propria assicurazioni carissime contro «la colpa grave».

Le garanzie

Negli ospedali saranno garantite le prestazioni urgenti, ma verranno sospese e rinviate tutte le altre visite e interventi: dalle ecografie all'induzione al parto (tranne le situazioni di emergenza), dalle diagnosi precoci ai cesarei programmati.

Spiega il professor Nicola Surico, presidente nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo): «Un decreto del 2010 prevedeva già la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno. Poiché dove c'è un numero limitato di nascite non solo non è garantita la massima sicurezza alle donne e ai neonati, ma cresce anche del 40-50 per cento il numero di cesarei, riteniamo che si debba arrivare al tetto dei 1000 parti minimo, per raggiungere in un futuro non lontano quota 1500 come nel resto d'Europa». Punti nascita piccoli - spiegano i ginecologi - so-

no un rischio non solo per la ridotta esperienza dei medici, ma anche perché sovente non c'è una Neonatologia o una terapia intensiva neonatale. «Un punto nascita dev'essere sicuro e attrezzato - insiste il professor Surico - e in un momento di risorse economiche ridotte è necessario limitarne il numero». In tutto il Piemonte, l'applicazione del decreto - rilanciato anche dal piano di riordino della giunta Cota - significherebbe chiudere 5 o 6 reparti oggi sotto il limite minimo di sicurezza: per alcune situazioni non ci si potrà invece limitare a un numero secco per decretare la chiusura o meno, ma si dovrà considerare soprattutto la posizione geografica e la lontananza di un altro punto nascita.

La polizza

Ma c'è un'altra questione che ha portato i ginecologi all'esasperazione e al loro primo sciopero nazionale: «Il prossimo 13 agosto - spiega sempre Surico - scatta l'obbligatorietà della polizza assicurativa per tutti i professionisti. Poiché le aziende sanitarie e ospedaliere non assicurano più i loro medici, contro la colpa grave ognuno pensa di tasca propria, pur svolgendo un'attività come dipendente di una struttura pubblica». Il che si traduce in costi spaventosi: «Da 8 a 10 mila euro per uno neo laureato che prende 2000 euro al mese, 20-25 mila euro la polizza di un primario».

I risarcimenti

Da tempo la Sigo chiede al ministro di imporre un limite alle richieste di risarcimento, come avviene altro, fuori Italia, ma la proposta è caduta finora nel vuoto: «In caso di colpa grave, oltretutto - prosegue Surico - la condanna a risarcire scatta già dopo il primo grado di giudizio». Il 30 per cento dei cesarei - spiegano ancora i ginecologi - nasce ormai dalla medicina di-

fensiva, che è conseguenza anche del contenzioso medico-legale. «Il problema - conclude Surico - è che la politica, in tutti questi anni, ci ha ascoltato pochissimo, a questo punto siamo stanchi di parlare a vuoto, e insieme, per la prima volta, abbiamo deciso di passare all'azione, pensando anche al prossimo governo».

LE RAGIONI

Mancata chiusura dei piccoli punti nascita e costi assicurativi



CIRCA 1.100 I PARTI SPOSTATI

Oggi sciopero dei ginecologi: niente cesarei

ROMA. Meno fiocchi azzurri e rosa nelle sale parto italiane. Nasceranno infatti all'incirca 1.100 bambini in meno perché i cesarei programmati sono stati tutti rinviati (o anticipati) causa sciopero. Il primo, clamoroso stop di ginecologi e ostetriche si verificherà oggi per 24 ore per chiedere alla politica di occuparsi dei loro problemi, a poco meno di due settimane dal voto. Chiedono prima di tutto che vengano messi in sicurezza i punti nascita, dando seguito a un piano approvato già dal 2010 che non è mai diventato realtà. E che si intervenga per mettere un freno al contenzioso medico-legale ma anche alle assicurazioni per il rischio professionale.



PROCREAZIONE

Strasburgo, un altro no alla legge 40

LA CORTE DEI DIRITTI UMANI
BOCCIA IL RICORSO DEL GOVERNO

Ricorso respinto, e il no dell'Europa alla legge 40 diventa definitivo. Ieri la Corte europea dei diritti umani ha rigettato l'istanza del Governo italiano, che chiedeva il riesame della decisione con cui la stessa Corte, il 28 agosto scorso, aveva bocciato la legge sulla procreazione assistita. La sentenza diventa così definitiva, aprendo le porte alla procreazione medicalmente assistita e alla diagnosi pre-impianto alle coppie affette da malattie genetiche, o portatrici sane. Per i giudici di Strasburgo, "il sistema legislativo italiano è incoerente in materia di fecondazione assistita e diagnosi pre-impianto". In particolare, la contraddizione è data dal fatto che, da un lato, la legge 40 vieta l'impianto dei soli embrioni affetti da fibrosi cistica; dall'altro, la legge sull'interruzione di gravidanza autorizza i genitori ad abortire un feto con la stessa patologia. Grande soddisfazione per Costa e Pavan, che avevano presentato il ricorso contro la legge 40. I due, portatori sani di fibrosi cistica e genitori di una bimba affetta dalla malattia, volevano avere un altro figlio, ma con la certezza che fosse sano. Per averla, era necessaria la selezione degli embrioni attraverso la diagnosi pre-impianto: vietata però dalla legge 40, che la consente solo ai casi di sterilità e infertilità.



Ansa

DA QUI, il ricorso della coppia alla Corte europea. Il legale di Costa e Pavan, Nicolò Paoletti, e Filomena Gallo, segretario dell'associazione Luca Coscioni, commentano: "Con la bocciatura del ricorso del Governo, la legge 40 dovrà essere adeguata alla Carta europea dei diritti dell'uomo, come previsto dalla stessa sentenza della Corte del 28 agosto. L'accesso alla tecniche di fecondazione assistita dovrà essere previsto anche per le coppie fertili portatrici di patologie trasmissibili ai figli". Proprio come Costa e Pavan, portatori sani di fibrosi cistica. Su Twitter, il commento di Ignazio Marino del Pd: "Sono stati risolti i dubbi del ministro della Salute, Renato Balduzzi. Strasburgo boccia il ricorso, la

legge 40 è da riscrivere". Ma c'è chi non si arrende all'evidenza, come Eugenia Roccella del Pdl: "Balduzzi può ancora emanare le linee guida sulla legge 40 che erano state elaborate dal precedente governo, e che ha tenuto nel cassetto per un intero anno".



Fecondazione, l'Italia bocciata a Strasburgo

Per la Corte legge 40 da riscrivere. Eliminando gli ostacoli alla procreazione

MARCO ZATTERIN
CORRISPONDENTE DA BRUXELLES

La famiglia Costa-Pavan ha vinto, il dossier italiano sulla procreazione assistita deve essere riaperto. La coppia, fertile e in dolce attesa, s'è vista proibire la diagnosi prenatale dell'embrione, chiesta per verificare la presenza d'una malattia ereditaria di cui i due sono portatori. Per questo, sono ricorsi alla Corte europea dei diritti umani, tribunale del Consiglio d'Europa, contro la legge 40/2004 che regola le gravidanze medicalmente assistite. I magistrati di Strasburgo hanno dato loro ragione. Due volte: a fine agosto, con un pronunciamento formale; e ieri, bocciando l'appello della Repubblica italiana.

La decisione delle toghe europee rende definitiva la sentenza emessa la scorsa estate.

Di fatto suggerisce l'eliminazione di ogni ostacolo alla procreazione assistita, nonché alle diagnosi preimpianto per le coppie affette o portatrici sane di malattie genetiche. In agosto, la Corte aveva sancito «l'incoerenza del sistema legislativo italiano in materia di diagnosi preimpianto». Ora ha respinto la richiesta delle autorità italiane, basata a suo modo di vedere su appunti procedurali e non di merito.

Un passo indietro. Nel 2006 i due coniugi hanno avuto una bambina affetta da fibrosi cistica: allora hanno scoperto di essere portatori sani della malattia, che si trasmette in un caso su quattro. Quando la donna ha intrapreso una nuova gravidanza, nel 2010, si è sottoposta alla diagnosi prenatale con esito positivo: di conseguenza, ha deciso di abortire. La coppia vorrebbe adesso un altro bambino, con la fecon-

dazione in vitro per assicurarsi la certezza della sua sanità, cosa che si può avere con lo screening. Ma ciò è vietato però dalla legge 40, che riserva la pratica alle coppie sterili, o a quelle in cui il partner maschile abbia una malattia sessualmente trasmissibile, ad esempio l'Aids.

Per tutta risposta, i Costa-Pavan si sono rivolti a Strasburgo, asserendo che la normativa italiana viola il diritto alla vita privata (e familiare), e crea una discriminazione rispetto alle altre coppie. La Corte ha bocciato in agosto gli articoli 13 e 4 della legge 40. Il primo è quello che vieta «qualsiasi sperimentazione su embrione umano». Il secondo prescrive che «il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è circoscritto ai casi di sterilità, o di infertilità inspiegate, documentate da atto medico, nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medi-

co». Bocciando il ricorso italiano, Strasburgo invita a riscrivere la legge. Anche perché, si sottolinea, il ricorso alla fertilizzazione in vitro (e quindi allo screening) è ammesso in quindici Paesi europei. Mentre in Europa il divieto della diagnosi preimpianto è previsto solo in Italia, Austria e Svizzera.

Molteplici le reazioni. L'associazione Luca Coscioni, difensore della coppia Costa/Pavan, parla di «una vittoria della cultura laica e un'affermazione dei diritti delle persone che vorrebbero avere un figlio». Chiede all'Italia di adeguarsi al più presto. Antonio Palagiano, Presidente della Commissione d'inchiesta sugli errori in campo sanitario (candidato di Rivoluzione Civile), ritiene che «sia la fine della legge 40». Nichi Vendola, presidente di Sel, ha criticato la legge, «oscurantista». Mentre più voci del Pd chiedono la revisione totale della norma, il Pdl è manifestamente contro.

**Il testo attuale vieta
in moltissimi casi
le diagnosi
preimpianto**



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

SANITÀ, AL SUD È EMERGENZA

Sappiamo che il Sud sta peggio del resto del nostro Paese. La sanità è l'esempio più lampante di una situazione di drammatico svantaggio, che compromette la vita stessa delle persone. Perché i cittadini del Meridione hanno meno cure, meno assistenza, meno prevenzione. E le ultime ricerche denunciano un aggravamento delle disparità. Prendiamo i tumori. A cinque anni dalla diagnosi di cancro al seno, al colon retto e all'utero, la sopravvivenza è più bassa al Sud. In alcuni casi le differenze possono essere abissali: sugli screening per il seno si va dal 90,3 per cento del Nord al 37,2 per cento del Meridione. E non per colpa dei pazienti, bensì perché le strutture addette non comunicano con la collettività. Altri dati? Se ti fratturi un femore è meglio se stai a Bolzano, perché ti operano entro 24 ore nell'84% dei casi: se vivi in Basilicata si crolla al 16. La radioterapia entro sei mesi? In Molise è quasi inesistente. Nell'uso degli oppiacei contro il dolore si passa dal 68% del Nord al 6 del Sud. Insomma, la salute di questa parte importante d'Italia è un'emergenza nazionale. Però chi governa la sanità centralmente e nelle Regioni meridionali ancora non se ne rende conto.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BALDUZZI
*Professioni
sanitarie
blindate*

Le attività di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzioni in campo sanitario sono attività di competenza e riservate alle professioni sanitarie. Lo ribadisce un provvedimento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della Salute, Renato Balduzzi, seguito all'approvazione della legge 4 del 14 gennaio 2013 con la quale si dettano norme per il riconoscimento delle professioni non organizzate, dalle quali restano fuori le attività riservate per legge alle professioni sanitarie. La complessità dell'ambito di intervento delle 28 professioni laureate vigilate dal Ministero della Salute, interessate da una continua evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale, rende necessario un approfondimento tecnico e giuridico delle attività proprie delle professioni sanitarie attraverso una preliminare ricognizione delle funzioni di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e prevenzione riservate alle professioni sanitarie. Il provvedimento ne affida la competenza del Consiglio Superiore di Sanità.



Tbc

Lancet pubblica i negativi risultati sull'efficacia in Sud Africa tra i bimbi di 4-6 mesi: delusione dopo le attese. Fermi al BCG creato 92 anni fa, copre solo certe forme extrapolmonari. In Italia 15 casi al giorno

Undici vaccini sotto esame bocciata l'ipotesi di Oxford

MAURIZIO PAGANELLI

Era annunciato come il più promettente candidato tra i vaccini per la tubercolosi, ma ha fatto "flop": i dati sull'esito negativo del trial di fase 2b, relativamente all'efficacia, su bimbi tra 4 e sei mesi (per un totale di 2794, seguiti per 37 mesi in Sud Africa) sono apparsi sul *Lancet*, la stessa rivista che sei mesi fa aveva invece anticipato (ma per 112 bambini di 4 mesi) dati assai incoraggianti. Dopo i casi di Tbc in varie città italiane, nelle scuole e negli ospedali, anche da noi non se ne parla più come di una "malattia dimenticata": più di 15 malati al giorno, stima di 6 mila l'anno (8,8 milioni nel mondo) e la metà non sono immigrati. «Una malattia della povertà», hanno di nuovo segnalato Aldo Morrone, Alfonso Altieri e Mario Giuseppe Alma del San Camillo-Forlanini di Roma, rilanciando i servizi di Tisiologia.

Ora è forte la delusione nella co-

munità scientifica, soprattutto perché ha ormai 92 anni l'unico vaccino esistente (il BCG, Bacillo Calmette-Guérin), utile in certe forme più gravi e disseminate di Tbc nei bambini, di scarsa e variabile efficacia in quella polmonare, la più diffusa, e dannoso negli Hiv positivi. Ma il lato buono è che ne restano altri 11, riporta una review su *PLoS Pathogens* di Tom Ottenhoff e Stefan Kaufmann e come scrivono Richard Jefferys del Tag, l'attiva ong newyorchese e *Tuberculosis*.

Nonostante il flop, per questo vaccino, l'MVA85A dell'università di Oxford, non si sono del tutto perse le speranze. Ben tollerato e sicuro, la sua efficacia è sovrapponibile al vecchio vaccino BCG: certo non realizza quelle maggiori risposte immunitarie che sembravano sicure nei trial sugli adulti. Quali i motivi? Si cercano risposte e la sfida alla tubercolosi che ancora oggi uccide 1,4 milioni di persone è lanciata. Basti considerare che all'inizio degli anni Novanta, scrive *PLoS Pathogens* «la pipeline era misera-

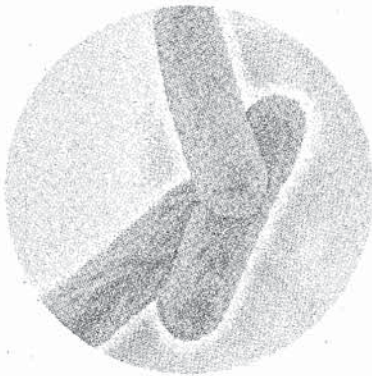
mente vuota»: ora ci sono sperimentazioni su 12, compreso quello della Oxford university, 16 sono in avanzato stadio preclinico e altri 20 candidati sono allo studio. Oltre a quello inglese, il più avanzato è della olandese Crucell, sempre un vettore virale, anch'esso mirato a sviluppare una risposta immunitaria. Trial, iniziati in Kenya e Sud Africa, di fase IIb, su piccoli tra 16 e 26 settimane: ne saranno arruolati in totale 4 mila. Una proteina ricombinante con adiuvanti è il tipo di vaccino che sta sperimentando (Fase II) la multinazionale Glaxo-SmithKline (M72) in Africa e Taiwan, così quello progettato dal Max Planck Institute (VPM 102) e l'Hybrid-1-IC31 di Intercell. Nella stessa fase è Ruti, questo però un vaccino immunoterapico (come terapia e non come profilassi) ideato dall'istituto catalano Germans Trias i Pujol e sviluppato dalla biotech Archivel: associato al farmaco isoniazide, sarebbe efficace nella Tbc latente (un terzo della popolazione ne è affetto; il nostro organismo la contiene sen-

za sintomi, solo nel 10% diventa attiva) e nella Tbc tra gli Hiv positivi. Identica prospettiva immunoterapica è per l'Mw, vaccino indiano, da micobatterio inattivato, unico arrivato in fase tre.

"Disappointment" è la parola più usata su Twitter negli scambi veloci tra specialisti, ma Mario Raviglione, direttore del Dipartimento StopTb dell'Oms, ha aggiunto: «Allora dobbiamo investire cento volte di più...». (Per inciso, nella ricerca sui vaccini Tbc servirebbero 400 milioni di dollari l'anno, ce ne sono solo 110 milioni). «Il lato positivo è che si è fatto un trial importante in Sud Africa: preziosa realtà dove poter replicare le sperimentazioni con affidabilità. Poi si è vista, oltre alla tollerabilità, una qualche stimolazione immunitaria che, purtroppo, non ha portato l'aspettata efficacia. Occorre capire: anche nel vaccino BCG esistono risposte immunologiche diverse in India e in Europa. Ciò dipende da vari fattori legati ad ambiente, clima ed altro che vanno approfonditi. Ora andiamo avanti: i malati aspettano e c'è fretta!».

Bilanciato a Roma
il servizio tisiologia
del San Camillo
Metà dei malati
è italiana

IL BATTERIO "LATENTE"



Mycobacterium tuberculosis

90% dei malati ha una infezione Tbc latente



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

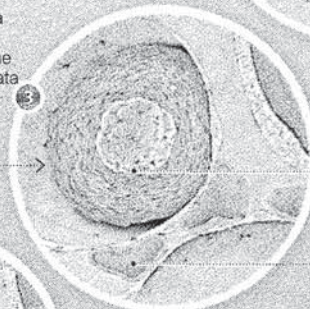
Tubercolo



Necrosi caseosa

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

Diffusione del batterio nei vasi sanguigni



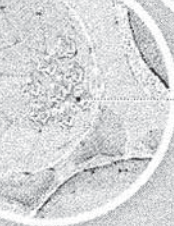
Macrofagi e globuli bianchi

Vaso sanguigno

Tubercolo

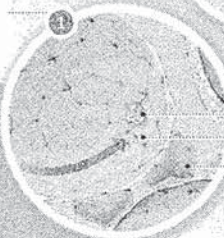
15% dei malati sono coinfectati Hiv e Tbc

I batteri, in genere, non vengono distrutti dal sistema immunitario, si replicano nelle cellule macrofaghe



Cellule macrofaghe infettate

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



Cellula macrofaga

Batteri della Tbc

Vaso sanguigno

Alveoli polmonari

DETTAGLIO ALL'INTERNO DI UN ALVEOLO

I NUOVI CASI DI TBC

Dati OMS

IN ITALIA

PERSONE MALATE

500

DECESSI

600 circa

NEL MONDO

PERSONE MALATE

8,2 milioni

DECESSI

1,4 milioni

55% IN ASIA

India è al primo posto con circa 2 milioni di casi

31% IN AFRICA

Più malati con coinfezione Hiv-Tbc

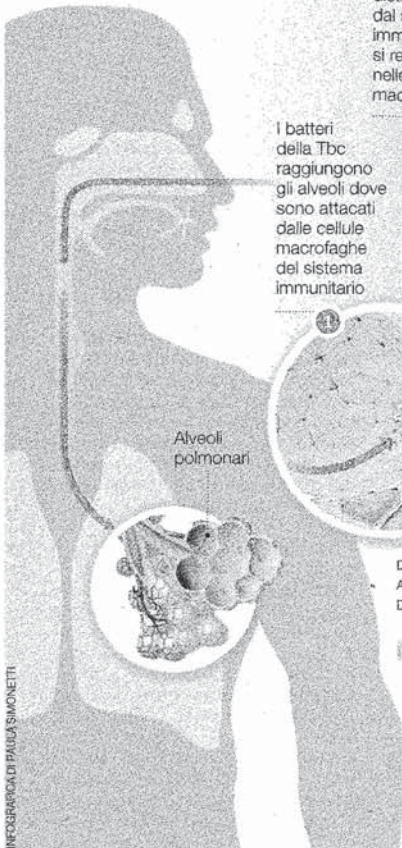
14% RESTO DEL MONDO



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / OMS

IL CONTAGIO

Può avvenire da un malato tramite saliva, starnuto o colpo di tosse



INFORMAZIONE DI PAULUS SIMONETTI

APPELLO DEGLI ANESTESISTI

Frequenti le complicanze respiratorie

Nelle sale operatorie colpiscono fino al 20 per cento dei pazienti operati

Luisa Romagnoni

■ L'anestesia è una pratica sempre più sicura. Tuttavia suscita ancora ansia nei pazienti, soprattutto per le possibili complicanze cardiovascolari e respiratorie. Quest'ultime, in chirurgia addominale maggiore, riguardano fino al 20 per cento degli interventi. Sono le più temibili. Comportano costi non solo umani, ma anche per il sistema sanitario: una semplice broncopolmonite post-operatoria, allunga i tempi di degenza fino a 1-2 settimane. Minimizzare le complicanze, nella fase post-operatoria, è possibile.

Sono oltre 3 milioni gli interventi chirurgici che si eseguono ogni anno in Italia. Ora uno straordinario farmaco (sugammadex), primo e unico antagonista selettivo dei miorilassanti (il curaro, uno degli attori principali della complicanza respiratoria, viene somministrato con altri farmaci per indurre l'anestesia), è in grado di ridurre i tempi di recupero neuromuscolare, garan-

tendo più sicurezza al paziente e ottimizzando il turnover in sala operatoria. «Il farmaco - spiega Giorgio Della Rocca, direttore della clinica anestesia e rianimazione e direttore della scuola di specializzazione all'università degli Studi di Udine - ha un meccanismo d'azione del tutto innovativo: incapsula la molecola del miorilassante e la rende inattiva in meno di 3 minuti, consentendo al paziente il recupero completo della funzione muscolare e respiratoria, indipendentemente dalla durata dell'anestesia e dalla quantità di miorilassante somministrato. È l'antidoto immediato ai farmaci che agiscono proprio come rilassanti muscolari, poiché entra in azione in pochissimi minuti. L'alternativa è un'attesa di ore, prima che il paziente recuperi la sua completa funzionalità muscolare e quindi respiratoria. Ma non solo, anche a distanza di tempo dalla fine dell'intervento, se l'anestesia non è stata completamente eliminata può insorgere un danno respiratorio legato alla curarizzazione

ne residua». È fondamentale, infatti, per poter recuperare a pieno la funzionalità muscolare, eliminare il curaro dall'organismo, fino all'ultima molecola. Questo farmaco, già disponibile in Italia dal 2009, in molti ospedali italiani non entra nelle sale operatorie, in nome di un ipotetico risparmio (una differenza di 50 euro verso il competitor, contro il costo della gestione di una complicanza). Da qui un appello. E a lanciarlo è un gruppo di anestesisti, appartenenti alla Società Italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia Intensiva (Siaarti). In un documento ufficiale i professionisti affermano che, se la struttura ospedaliera impedisce l'uso di farmaci importanti come il sugammadex, in caso di danni al paziente, se ne assume ogni responsabilità. «I pazienti hanno il diritto di veder garantita la scelta anestesiológica più sicura ed efficace», sottolinea Antonio Corcione, presidente designato Siaarti, direttore Anestesia dell'azienda ospedaliera dei Colli Monaldi di Napoli.

I RISCHI

Una broncopolmonite allunga di 10-15 giorni i tempi di degenza dopo l'intervento

CHIRURGIA OGGI

In Italia si eseguono ogni anno oltre tre milioni di interventi chirurgici



Tbc

Lancet pubblica i negativi risultati sull'efficacia in Sud Africa tra i bimbi di 4-6 mesi: delusione dopo le attese. Fermi al BCG creato 92 anni fa, copre solo certe forme extrapolmonari. In Italia 15 casi al giorno

Undici vaccini sotto esame bocciata l'ipotesi di Oxford

Rilanciato a Roma il servizio fisiologia del San Camillo. Metà dei malati è italiana

MAURIZIO PAGANELLI

Era annunciato come il più promettente candidato tra i vaccini per la tubercolosi, ma ha fatto "flop": i dati sull'esito negativo del trial di fase 2b, relativamente all'efficacia, su bimbi tra 4 e sei mesi (per un totale di 2794, seguiti per 37 mesi in Sud Africa) sono apparsi sul *Lancet*, la stessa rivista che sei mesi fa aveva invece anticipato (ma per 112 bambini di 4 mesi) dati assai incoraggianti. Dopo i casi di Tbc in varie città italiane, nelle scuole e negli ospedali, anche da noi non se ne parla più come di una "malattia dimenticata": più di 15 malati al giorno, stima di 6 mila l'anno (8,8 milioni nel mondo) e la metà non sono immigrati. «Una malattia della povertà», hanno di nuovo segnalato Aldo Morone, Alfonso Altieri e Mario Giuseppe Alma del San Camillo-Forlanini di Roma, rilanciando i servizi di Tisiologia.

Ora è forte la delusione nella comunità scientifica, soprattutto perché ha ormai 92 anni l'unico vaccino esistente (il BCG, Bacillo Calmette-Guérin), utile in certe forme più gravi e disseminate di Tbc nei bambini, di scarsa e variabile efficacia in quella polmonare, la più diffusa, e dannoso negli Hiv

positivi. Ma il lato buono è che ne restano altri 11, riporta una review su *PLoS Pathogens* di Tom Ottenhoff e Stefan Kaufmann e come scrivono Richard Jefferys del Tag, l'attiva ong newyorchese e *Tuberculosis*.

Nonostante il flop, per questo vaccino, l'MVA85A dell'università di Oxford, non si sono del tutto perse le speranze. Ben tollerato e sicuro, la sua efficacia è sovrapponibile al vecchio vaccino BCG: certo non realizza quelle maggiori risposte immunitarie che sembravano sicure nei trial sugli adulti. Quali i motivi? Si cercano risposte e la sfida alla tubercolosi che ancora oggi uccide 1,4 milioni di persone è lanciata. Basti considerare che all'inizio degli anni Novanta, scrive *PLoS Pathogens* «la pipeline era miseramente vuota»: ora ci sono sperimentazioni su 12, compreso quello della Oxford university, 16 sono in avanzato stadio preclinico e altri 20 candidati sono allo studio. Oltre a quello inglese, il più avanzato è della olandese Crucell, sempre un vettore virale, anch'esso mirato a sviluppare una risposta immunitaria. Trial, iniziati in Kenya e Sud Africa, di fase IIb, su piccoli tra 16 e 26 settimane: ne saranno arruolati in totale 4 mila. Una proteina ricombinante con adiuvanti è il tipo di vaccino che sta sperimentando (Fase II) la multinazionale Glaxo-SmithKline (M72) in Africa e Taiwan, così quello progettato dal Max Planck Institute (VPM 102) e l'Hybrid-1-IC31 di Intercell. Nella

stessa fase è Ruti, questo però un vaccino immunoterapico (come terapia e non come profilassi) ideato dall'istituto catalano Germans Trias i Pujol e sviluppato dalla biotech Archivel: associato al farmaco isoniazide, sarebbe efficace nella Tbc latente (un terzo della popolazione ne è affetto; il

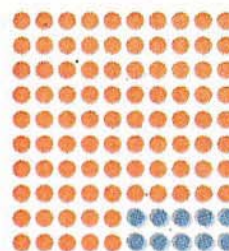
nostro organismo la contiene senza sintomi, solo nel 10% diventa attiva) e nella Tbc tra gli Hiv positivi. Identica prospettiva immunoterapica è per l'Mw, vaccino indiano, da micobatterio inattivato, unico arrivato in fase tre.

"Disappointment" è la parola più usata su Twitter negli scambi veloci tra specialisti, ma Mario Raviglione, direttore del Dipartimento StopTb dell'Oms, ha aggiunto: «Allora dobbiamo investire cento volte di più...». (Per inciso, nella ricerca sui vaccini Tbc servirebbero 400 milioni di dollari l'anno, ce ne sono solo 110 milioni). «Il lato positivo è che si è fatto un trial importante in Sud Africa: preziosa realtà dove poter replicare le sperimentazioni con affidabilità. Poi si è vista, oltre alla tollerabilità, una qualche stimolazione immunitaria che, purtroppo, non ha portato l'aspettata efficacia. Occorre capire: anche nel vaccino BCG esistono risposte immunologiche diverse in India e in Europa. Ciò dipende da vari fattori legati ad ambiente, clima ed altro che vanno approfonditi. Ora andiamo avanti: i malati aspettano e c'è fretta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

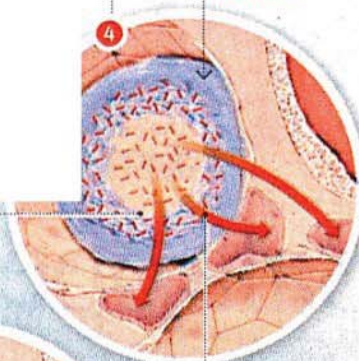


90% dei malati ha una infezione Tbc latente



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

Tubercolo



Diffusione del batterio nei vasi sanguigni

Macrofagi e globuli bianchi

Vaso sanguigno

L'INFEZIONE

IL CONTAGIO

Può avvenire da un malato tramite saliva, starnuto o colpo di tosse



15%

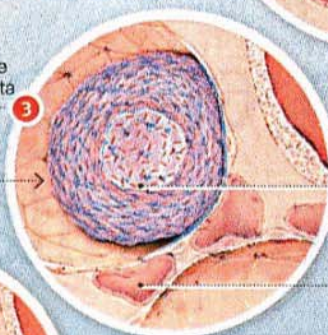
dei malati sono coinfectati Hiv e Tbc

I batteri, in genere, non vengono distrutti dal sistema immunitario, si replicano nelle cellule macrofaghe

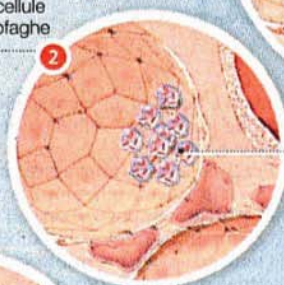
I macrofagi e i globuli bianchi sigillano il batterio in un "tubercolo": se la persona ha un sistema immunitario forte l'infezione rimane bloccata

Necrosi caseosa

Tubercolo



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



Cellule macrofaghe infettate

I NUOVI CASI DI TBC

Dati OMS

IN ITALIA

PERSONE MALATE

6000

DECESSI

500 circa

NEL MONDO

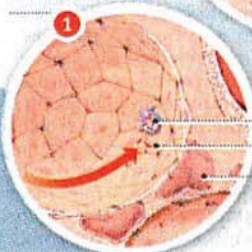
PERSONE MALATE

8,9 milioni

DECESSI

1,4 milioni

Alveoli polmonari

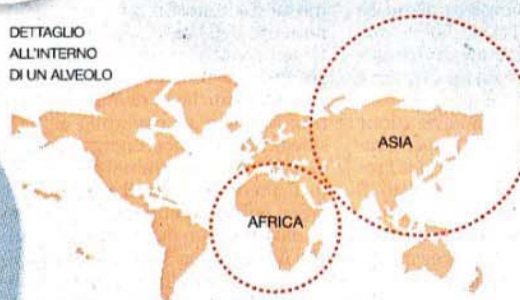


Cellula macrofaga

Batteri della Tbc

Vaso sanguigno

DETTAGLIO ALL'INTERNO DI UN ALVEOLO



55% IN ASIA

India è al primo posto con circa 2 milioni di casi

31% IN AFRICA

Più malati con coinfezione Hiv-Tbc

14% RESTO DEL MONDO