

Salute

Tabagismo Il 26 settembre Giornata europea degli ex fumatori. E uno studio Usa fa discutere

Nelle campagne antisigaretta i messaggi choc funzionano

I risultati

Grazie agli spot tv con «vittime» del fumo 100 mila persone avrebbero smesso

Le campagne antifumo, basate su messaggi "forti" sembrano funzionare. Nel settembre 2012 aveva suscitato polemiche a non finire la decisione delle autorità sanitarie statunitensi di mettere sui pacchetti di sigarette foto sconvolgenti degli effetti della nicotina sulla salute.

Adesso, un'analisi approfondita sui risultati della campagna "Tips from former smokers" (*Consigli da ex fumatori*, ndr) finanziata con 54 milioni di dollari dai Cdc (*Centers for diseases control and prevention*, organismo della sanità pubblica negli Usa) ha evidenziato che l'iniziativa potrebbe avere aiutato almeno 100 mila persone a smettere.

La campagna (durata da marzo a giugno 2012) ha utilizzato in particolare una serie di spot televisivi con le testimonianze molto "crude" di malati di tumore, di patologie cardiovascolari, polmonari e di altre riconducibili al fumo diretto o passivo. Inoltre sono stati sfruttati anche i canali della carta stampata, radio e Internet per attirare l'attenzione sui pericoli del fumo e per pubblicizzare il numero verde nazionale e i canali online dove trovare aiuto.

L'indagine, pubblicata su *The Lancet* da ricercatori degli stessi Cdc, ha coinvolto un campione di 5 mila cittadini (3.051 fumatori e 2.220 non fumatori). Circa i tre quarti di entrambi i gruppi hanno detto di

aver visto almeno uno degli spot televisivi. Ebbene: tra i fumatori, il 34,8% ha dichiarato di aver provato a smettere durante la campagna, con un aumento del 12% rispetto a quanti ci avevano provato nei 3 mesi precedenti. Un decimo di costoro, inoltre, è riuscito a mantenersi in astinenza dal fumo fino alla fine della campagna.

Proiettando le percentuali sul totale della popolazione, i ricercatori hanno stimato quindi che 1,6 milioni di fumatori avrebbero provato a smettere spinti dalla campagna pubblicitaria, mentre oltre 200 mila avrebbero fatto a meno delle sigarette durante l'iniziativa. Di questi, si è stimato che circa 100 mila sarebbero stati in grado di continuare a non fumare. Non solo. Tra i non fumatori è raddoppiato il numero di quanti hanno raccomandato a familiari e amici di smettere. Il numero verde antifumo, inoltre, ha ricevuto 200 mila chiamate, pari al 132% in più rispetto allo stesso periodo del 2011.

Immagini choc come terapia vincente, dunque? Non tutti sono d'accordo sulla terapia d'urto contro il fumo da tabacco che, occorre ricordarlo, è il più spietato big killer al mondo: secondo stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, ogni anno sono poco meno di sei milioni le persone uccise da malattie legate al tabacco. Di queste, le vittime del fumo passivo sono ben 600 mila.

In Italia, si calcola che il fumo causi 70 mila morti l'anno. E, nonostante i timidi segnali di una riduzione del consumo di sigarette in Occidente, preoccupa l'escalation del fumo tra gli adolescenti e le donne.

«È vero che è importante parlare dei problemi legati al fumo, — dice Roberto Boffi, re-

sponsabile dell'Ambulatorio per la prevenzione e la diagnosi dei danni da fumo dell'Istituto dei tumori di Milano — però il fine non sempre giustifica i mezzi. Bisogna calibrare il messaggio, a seconda del fumatore. La stessa immagine che noi facciamo vedere nelle scuole può convincere un ragazzino a smettere di fumare, ma a un altro può stimolare la ribellione. Noi cerchiamo di puntare su un messaggio positivo, legato al recupero della qualità della vita».

Pensiero positivo, «psicologo» digitale e social media: è anche il nuovo corso della strategia europea nella lotta al fumo. Il 26 settembre sarà festeggiata in tutta Europa la prima Giornata dell'ex fumatore. A Bruxelles, la Commissione Europea presenterà numeri e dati sulla campagna "Gli ex fumatori sono irresistibili" (www.ex-smokers.eu), partita nel settembre del 2011. Da allora, quasi 400 mila utenti si sono registrati sul sito "iCoach" e il 30% ha dichiarato di aver smesso di fumare grazie a questo programma di aiuto.

«Serve una strategia complessa: — aggiunge Boffi — campagne di stampa adeguate, prevenzione efficace nelle scuole, aumento del prezzo delle sigarette, divieti e certezza delle sanzioni, sostegno alla ricerca e centri antifumo che in Italia sono ancora pochi».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INFANZIA: RIDUZIONE MORTALITA' INFANTILE LONTANA DA OBIETTIVI ONU

(AGI) - Washington, 22 set. - Solo uno ogni cinque Paesi poveri riuscirà entro il 2015 a centrare gli obiettivi fissati per ridurre i tassi di mortalità infantile entro il 2035. Nello scenario più ottimista, se tutti gli Stati del mondo si eguagliassero alle aree che hanno ottenuto i traguardi più significativi, solo 15 riuscirebbero ugualmente a raggiungere i target prefissati di mortalità infantile entro i prossimi 22 anni. Si tratta degli obiettivi stilati dalle agenzie sanitarie internazionali alla luce degli Obiettivi Onu del Millennio per il 2015. Anche se i tassi di mortalità infantile e materna sono scesi costantemente nella maggior parte dei paesi a partire dal 2000, per raggiungere gli obiettivi Onu gli sforzi per migliorare la salute delle madri e dei loro bambini in tutto il mondo avranno bisogno di essere intensificati per ridurre il numero di bambini morti nei paesi a basso e medio reddito. L'allarme arriva da un nuovo studio condotto da Neff Walker della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, pubblicato su 'Lancet'. L'analisi mostra che, ai ritmi attuali, bisognerà aspettarsi circa 5,4 milioni di decessi tra i bambini sotto i 5 anni d'età entro il 2035. Numero che potrebbe essere più che dimezzato se tutti i paesi fossero in grado di eguagliare i risultati dei paesi che hanno ottenuto i progressi migliori. .

Artroscopia mini-invasiva

■■■ Con l'avanzare dell'età l'apparato muscolo-scheletrico diventa sempre più fragile e va incontro a traumi o danni da usura. Tendinopatie, mal di schiena, traumi agli arti e alle articolazioni sono sempre più comuni non solo tra i grandi campioni ma anche tra i ragazzi che praticano sport amatoriale, tra gli over 40 e gli anziani che vogliono tenersi in forma. L'artroscopia ha rivoluzionato negli ultimi venti anni la chirurgia articolare: l'evoluzione della metodica ha portato negli anni ad applicazioni sempre più interessanti e si è giunti, nelle patologie del ginocchio, alla ricostruzione dei legamenti crociati, ai trapianti di cartilagine e di menischi fino alla più recente tecnica di gestione delle lesioni cartilaginee. Questa metodica, seppure mini invasiva, non è da ritenere chirurgia minore e permette di ottenere risultati eccellenti e rapidi. Il paziente trae grossi benefici con minor stress chirurgico in tempi più brevi. Secondo alcuni dati, il picco di incidenza di problemi articolari si riscontra tra i 30 e 50 anni, per lo più tra coloro che praticano sport di resistenza come corsa, calcio, nuoto, ciclismo, ma anche tennis e golf. Il campione del mondo Paolo Rossi ha dichiarato: "Se avessi avuto la possibilità di essere operato in artroscopia, la mia carriera di calciatore non si sarebbe fermata a soli 31 anni. Quasi tutti gli specialisti mi hanno assicurato che, se negli anni settanta avessimo potuto contare sulle tecniche artroscopiche, la mia vita da calciatore sarebbe durata almeno 5-6 anni in più." Importanti progressi sono stati fatti anche per le lesioni della cartilagine articolare, ritenute prima impossibili da guarire. Grazie alle innovative tecniche di artroscopia è oggi possibile garantire nell'80% dei casi un ritorno all'attività sportiva, o semplicemente alla normalità ed agli stessi livelli precedenti alla lesione. (A. S.)

Redazione: salute@liberoquotidiano.it



Salute

Linee guida Nuove indicazioni dagli esperti inglesi

Come si affronta la febbre nei bambini

Se il piccolo ha 39° C di temperatura, ma nonostante questo è tranquillo e gioca senza lamentarsi, non occorre alcuna terapia

Pediatría

Un problema comunissimo, che tuttavia preoccupa molto i genitori

Il rischio

Anche seguendo le dosi consigliate si può superare nella giornata la soglia di tossicità

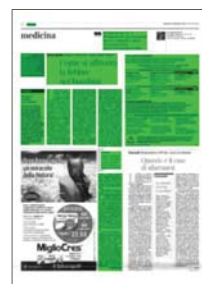
Le medicine non si danno per abbassare la febbre, ma solo, quando necessario, per alleviare il malessere del bambino. «Se il piccolo ha 39° C di febbre ma è tranquillo e gioca senza lamentarsi, non occorre nessuna terapia» dice Alberto Tozzi, pediatra dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. «La febbre non è il nemico da combattere, ma una reazione dell'organismo per difendersi dalle infezioni — conferma Marina Picca, presidente della Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche —. Va trattata solo quando rende il piccolo sofferente e irritable, non lo lascia dormire o mangiare normalmente».

I pediatri lo ripetono da anni, ma è difficile scalfire quella che è stata ribattezzata "febbre-fobia", l'idea infondata che l'aumento della temperatura possa provocare danni cerebrali o altre conseguenze gravi. Inutile cercare di abbassarla con spugnature o altri mezzi fisici, che possono irritare ulteriormente il bambino. E se è vero che non va imbucato, anche spogliarlo per farlo raffreddare non ser-

ve. Tutto questo è ribadito anche dalle nuove Linee guida del NICE, il *National Institute for Health and Care Excellence* britannico: «I due farmaci antipiretici autorizzati nei bambini sotto i sei anni, paracetamolo e ibuprofene, vanno usati per contrastare il malessere del bambino, e soltanto finché il malessere dura». Il rischio, altrimenti, è di fare più male che bene.

«Anche attenendosi alle dosi consigliate è possibile superare nel corso della giornata la soglia di tossicità» mette in guardia Antonio Clavenna, farmacologo presso il Laboratorio per la salute materno infantile dell'Istituto Mario Negri di Milano. «Oppure, è possibile danneggiare il fegato se si prosegue con le dosi massime consentite per parecchi giorni — aggiunge Tozzi —. Le indicazioni del foglietto illustrativo che raccomandano un intervallo di 4-6 ore per il paracetamolo e di 6-8 ore per l'ibuprofene non vanno intese nel senso che dopo questo tempo si deve ridare il farmaco, ma solo che lo si può fare se il bambino è di nuovo sofferente».

Viceversa, se il disagio non migliora dopo aver dato uno dei due medicinali, o torna prima che sia trascorso il tempo necessario per una seconda dose, gli esperti inglesi per la prima volta ammettono che si può provare a utilizzare l'altro. «Ma occorre farlo con cautela, — sottolinea Cla-



venna — perché in passato sono stati segnalati danni renali». «Inoltre questa alternanza espone al rischio di errori», dice Picca, che raccomanda di non dare comunque mai i due medicinali insieme.

«Mai inoltre accorciare il tempo tra le due somministrazioni di uno stesso farmaco — consiglia il farmacologo — perché in questo modo, anche se la dose quotidiana totale resta nella norma, si possono raggiungere picchi di concentrazioni pericolose». La segnalazione di alcuni casi di intossicazione da paracetamolo ha spinto qualche anno fa l'Agenzia italiana del farmaco a modificare il foglietto illustrativo, che ora fa riferimento sia all'età sia al peso del bambino. «Nel caso in cui vi sia discordanza, quel che conta è il peso» chiarisce il farmacologo Clavenra.

«Perché la dose effettiva assorbita sia quella prevista è preferibile dare questi medicinali per bocca — aggiunge la pediatra Marina Picca — riservando le supposte ai casi in cui il vomito impedisce la somministrazione orale».

I due **farmaci** se usati bene sono molto sicuri, sebbene la Food and Drug Administration americana abbia segnalato rarissime, ma gravi, reazioni cutanee da paracetamolo, mentre l'ibuprofen può provocare qualche disturbo gastrico, come tutti gli antinfiammatori.

Roberta Villa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'uso corretto dei **farmaci**

Non è così difficile dare troppo farmaco antifebbrile, anche attenendosi alle dosi consigliate, per cui bisogna sempre somministrare la quantità minima di medicinale sufficiente a offrire sollievo al bambino, senza pretendere di togliergli completamente la febbre

I dosaggi terapeutici e quelli tossici dei due **farmaci** registrati in Italia per il trattamento della febbre sotto i 6 anni di età

PARACETAMOLO

Dosaggio normale

10-15 mg per kg di peso del bambino; ogni somministrazione per 4 o 6 volte al giorno (cioè ogni 6-8 ore)

Dosaggio terapeutico massimo

60 mg al giorno per kg di peso nel bambino fino a 3 mesi;
80 mg al giorno per kg di peso nel bambino sopra i 3 mesi di età (massimo 3 gr. al giorno)

Dosaggio tossico

Più di **150 mg** per kg di peso del bambino in un'unica somministrazione



IBUPROFENE

Dosaggio normale

10 mg per ogni kg di peso del bambino ogni somministrazione per 3 o 4 volte al giorno (cioè ogni 8-6 ore)

Dosaggio terapeutico massimo

30 mg al giorno per kg di peso nel bambino (massimo 1,2 gr. al giorno)

Dosaggio tossico

Più di **100 mg** per ogni kg di peso del bambino al giorno



UN ESEMPIO PER COMPRENDERE MEGLIO

(in questo caso utilizzando **ibuprofene**, ma il ragionamento è analogo anche per l'uso del **Paracetamolo**)

A un bambino di 3 anni che pesa 15 kg si potrebbero in teoria dare, per esempio, 150 mg in ogni somministrazione (10 mg X 15 kg). Questa somministrazione potrebbe essere ripetuta fino a 4 volte al giorno, per un totale di 600 mg nell'intera giornata (150mg X 4). Il dosaggio totale giornaliero in questo caso sarebbe, però, pari a 40 mg per kg di peso (600mg/15 kg), quindi superiore al dosaggio terapeutico massimo indicato. Perciò in questo caso andrebbero ridotte le somministrazioni (meno di 4)

I CONSIGLI

- ▶ Nei foglietti illustrativi, per semplificare il calcolo della dose si fa riferimento alla fascia di età del bambino, ma in caso di discordanza (perché il bambino pesa più o meno della media) bisogna riferirsi al peso più che all'età
- ▶ Non impiegare nel bambino formulazioni da adulti (ad esempio, compresse da dividere)
- ▶ Non è vero che «più è meglio»: a dosi maggiori di antipiretico non si associa una maggior efficacia
- ▶ Evitare l'impiego contemporaneo di **Ibuprofene** e **Paracetamolo**, per l'aumentato rischio di intossicazione; si possono eventualmente alternare, ma con i dovuti intervalli
- ▶ La concentrazione del farmaco nelle gocce è diversa che nello sciroppo pediatrico: attenersi sempre alle indicazioni del foglietto illustrativo
- ▶ Evitare le supposte se non è il medico a prescrivere, per la difficoltà a raggiungere dosaggi precisi in base al peso corporeo



Se il bambino si rifiuta di mangiare, ha nausea, vomito, malessere e mal di pancia, fa poca pipì, presenta alterazioni dello stato di coscienza o ha un notevole calo della temperatura corporea (sotto i 35°) potrebbe trattarsi di una **intossicazione da farmaco**, per cui occorre portarlo **immediatamente al Pronto soccorso**

Fonte: Linee guida della Società italiana di pediatria

D'ARCO

L'errore

Mai giocare d'anticipo con le medicine

I **farmaci** contro la febbre non vanno usati a scopo preventivo. «Non ha senso somministrarli prima delle vaccinazioni» dice il pediatra Alberto Tozzi. «Solo il 10-20% dei bambini ha febbre dopo l'iniezione. Vanno dati solo se occorre». Da diversi anni poi è chiaro che non servono nemmeno per prevenire le convulsioni febbrili, che si possono verificare quando la temperatura corporea aumenta. Capitano nel 3% dei bambini sani, tra i 6 mesi e i 5 anni, per poi, nella maggior parte dei casi, scomparire. «La loro causa non è chiara» spiega la pediatra Marina Picca. Inutile cercare di impedirne la comparsa tenendo bassa a tutti i costi la temperatura.

dossier medicina

di ELENA MELI

La strategia Capire, prevenire e correggere le scelte che favoriscono i grandi contagi

Ecologia delle malattie La nuova scienza per prevedere le epidemie

Qualsiasi attività, anche la più banale, in teoria, può essere all'origine di inedite emergenze sanitarie

Siete al parco e state dando qualche briciola di pane a un piccione. Un comportamento innocuo, a prima vista. Invece magari state contribuendo alla comparsa di infezioni portate da virus e batteri. Perché i germi che l'inconsapevole volatile porta con sé, e che state aiutando a sopravvivere, potrebbero diventare capaci di fare ammalare l'uomo, dando l'avvio a un'epidemia.

L'esempio è ovviamente un'iperbole, ma serve per spiegare che le malattie non sono semplicemente «da fuori»: l'uomo, con i suoi comportamenti e la sua interazione con l'ambiente, modifica gli ecosistemi influenzando l'abbondanza, la diversità e la distribuzione delle specie animali e quindi dei germi che vi trovano le condizioni ideali per proliferare. Salvo poi fare il «salto di specie» e diventare pericolosi anche per noi, provocando epidemie più o meno circoscritte.

Gli esperti dell'EcoHealth Alliance statunitense, che raccoglie epidemiologi, medici, veterinari e biologi intenti a studiare questo nuovo settore della medicina chiamato «ecologia delle malattie», hanno spiegato di recente che tutte le patologie emergenti degli ultimi 30-40 anni sono da ritenere il risultato delle modifiche nella

demografia mondiale e degli sconfinamenti dell'uomo in terre non abitate in precedenza.

«Solo gli uomini primitivi, cacciatori e raccoglitori, non sapevano che cosa fossero le epidemie: quando sono comparse agricoltura e allevamento l'uomo ha iniziato ad aggregarsi nelle città e le malattie infettive hanno cambiato volto — spiega Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità —. Già nell'antica Mesopotamia 12 villaggi vicini nella zona fra il Tigri e l'Eufrate contavano in tutto oltre 500 mila abitanti, la soglia al di sopra della quale i germi responsabili delle malattie infettive si "sostengono" e non scompaiono dalla popolazione, diventando perciò in grado di dar luogo a focolai epidemici. Negli ultimi cento anni la popolazione umana è aumentata moltissimo: la ricerca di nuovi territori e la necessità di dare sostentamento a miliardi di persone hanno creato, in diverse aree del mondo,

Habitat modificati

Per un 4% in più di deforestazione c'è un aumento del 50% della malaria

"incubatori" ideali perché i virus circolino, si riproducano e mutino velocemente».

«Accade nell'area del Guangdong cinese, ad esempio, — specifica l'esperto — dove gli allevamenti intensivi di polli, anatre e maiali sono fianco a fianco con le abitazioni di migliaia di persone: è inevitabile che in luoghi simili aumenti la probabilità di mutazioni nei virus e quindi il rischio che compaiano ceppi virali pericolosi per l'uomo, a cui passano facilmente, vista la popolosità dei luoghi. È già successo e accadrà ancora».

La catena di trasmissione delle epidemie è rodada: di solito il germe se ne sta in un animale selvatico, nel quale non provoca guai consistenti perché microorganismo e ospite si sono evoluti insieme. È il caso del Nipah virus dei pipistrelli della frutta del Sudest asiatico, che nel 1999 in Malesia ha causato un'epidemia con varie decine di morti: i semi della frutta mangiata da pipistrelli infetti sono finiti nel terreno degli allevamenti delle popolazioni che si erano spinte con i villaggi all'interno delle foreste, e così i semi «infettati» hanno contagiato prima i maiali e poi, tramite questi, l'uomo.

Secondo l'EcoHealth Alliance le malattie emergenti sono

Diffusione

Oggi un virus può arrivare ovunque in poche ore, come ha dimostrato la SARS



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

quadruplicate nell'ultimo mezzo secolo proprio perché l'uomo ha intensificato lo sfruttamento della natura soprattutto nelle zone tropicali: uno studio condotto in Amazzonia, ad esempio, ha rivelato che per ogni aumento della deforestazione del 4% l'incidenza di malaria cresce del 50% perché le zanzare, nelle zone «liberate» dagli alberi, trovano il mix ideale di sole e acqua per proliferare. Qualcosa di analogo è accaduto sulla costa Est degli Usa con la malattia di Lyme, comparsa circa 40 anni fa e oggi in rapida diffusione: la riduzione e frammentazione delle foreste ha «estromesso» predatori come volpi, lupi e gufi lasciando campo libero ai topi dalle zampe bianche, che assieme ai cervi sono gli animali in cui il batterio di Lyme prospera. «Anche il rimboschimento può favorire certi tipi di fauna e l'aumento delle malattie portate dai loro parassiti — interviene Concetta Mirisola, direttrice dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) di Roma —. I fattori socioeconomici poi incidono moltissimo sulla comparsa di epidemie: i bagni nel Gange per motivi religiosi possono contagiare con microrganismi pericolosi una gran quantità di persone, la peste bubbonica scoppiata in Zaire nel '94 fu provocata dalla crisi economica e dalla guerra, per colpa delle quali derrate alimentari infette provenienti da zone rurali furono distribuite alla popolazione affamata».

«Pure le grandi opere umane possono dare l'avvio alle epidemie: la febbre della Rift Valley presente in Africa e nella penisola arabica deve la sua "origine" alla costruzione di una grossa diga nella valle del Rift che, a monte, ha incrementato i ristagni di acqua favorendo la proliferazione delle zanzare che ospitano il virus — aggiunge Rezza —. La penetrazione dell'uomo nelle foreste tropicali africane e il contatto con animali infetti ha portato all'emersione del virus HIV già negli anni 30 e alle febbri emorragiche come Ebola: in quest'ultimo caso sappiamo che cacciatori, contagiati mentre si trovavano in aree remote, hanno portato il virus nei piccoli presidi ospedalieri tropicali e questi, non

essendo attrezzati a causa della povertà dei luoghi, non sono riusciti a bloccare efficacemente i focolai epidemici».

Quello che spaventa è la facilità con cui le nuove epidemie sembrano diffondersi: se in passato un focolaio in Cina poteva restare un fatto isolato, oggi un virus può arrivare ovunque in poche ore. «Ne abbiamo avuto prova con la SARS, che dalla Cina è arrivata in Canada in 24 ore — ricorda Rezza —. L'estrema mobilità delle popolazioni e delle merci attraverso il trasporto aereo infatti rende le potenziali epidemie più veloci». Se a tutto questo si aggiungono il turismo nei luoghi più sperduti della Terra e il commercio illegale di flora e fauna tropicale, si comprende come oggi il mondo sia più piccolo e fragile rispetto al passato. «Dobbiamo però vedere anche i lati positivi: la modernità ha messo in pericolo gli ecosistemi e noi stessi, ma ci ha anche regalato strumenti per combattere le malattie infettive come vaccini e antibiotici — osserva Mirisola —. Nonostante la paura di epidemie che vengano a sconvolgere le nostre vite, in Occidente la mortalità oggi è legata soprattutto a patologie cronico-degenerative, come diabete, malattie cardiovascolari, tumori. Il vero dramma riguarda le aree dove si ha un doppio carico di malattie, come molte zone del Sudamerica e dell'Africa in cui il rischio di infezioni "liberate" dall'impatto dell'uomo sull'ambiente è elevato, ma non c'è la disponibilità di cure e si soffre anche di patologie croniche, perché l'Occidente ha importato stili di vita scorretti e la povertà non consente l'accesso a cure e cibi sani». Luoghi come questi sono vere e proprie bombe a orologeria, incubatori ideali di nuove malattie che potrebbero prima o poi riguardare tutto il globo.

I germi viaggiano anche «a bordo» dei dromedari

La nuova influenza aviaria del virus H7N7, che ha contagiato tre persone (unico sintomo, per fortuna, una congiuntivite) e portato all'abbattimento di interi allevamenti di polli in Emilia Romagna; il virus dell'aviaria H7N9 sorvegliato a vista dopo

aver ucciso diversi pazienti asiatici (i primi casi a marzo, con tre decessi; quindi 132 contagiati fra Cina e Taiwan di cui 37 morti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità) e dopo che gli esperti hanno dichiarato che può trasmettersi da uomo a uomo ed è quindi in grado di provocare una pandemia; infine la «nuova SARS», ovvero il virus della Middle East Respiratory Syndrome che ha fatto di recente il salto di specie verso l'uomo, infettando 94 persone e uccidendone 46, soprattutto nella penisola arabica. Sono questi i pericoli emergenti più nuovi, virus passati dall'infettare solo gli animali a poter creare guai nell'uomo: nei primi due casi i vettori sono stati i volatili, il virus MERS invece pare che abbia trovato gli ospiti ideali nei dromedari e pipistrelli.

I rischi di piante e cuccioli esotici «trapiantati»

Per limitare i rischi di nuove epidemie tutti possono fare qualcosa, come spiega Gianni Rezza dell'ISS: «Quando ci si reca in Paesi a rischio bisogna proteggersi dai vettori delle malattie presenti nella zona, ad esempio dalle zanzare, con opportuni presidi; per ridurre il rischio di contrarre virus come quello dell'influenza bisogna lavare spesso le mani. Piccoli consigli di buon senso che però sono molto efficaci per evitare di ammalarsi in prima persona e non espandere il contagio». Bisognerebbe poi essere turisti consapevoli: mai «trafugare» piante o altro dall'ambiente di origine e al rientro da aree a rischio ci si deve rivolgere al medico se compaiono sintomi sospetti. No anche alla voglia del cucciolo esotico: EcoHealth Alliance annovera fra i suoi progetti il programma Pet Watch, nato proprio per far capire che è meglio non portarsi in casa animali «strani», a maggior ragione importandoli per vie poco lecite (sul sito www.petwatch.net si possono trovare tutte le informazioni sulle specie che possono essere una pessima scelta come cucciolo di

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

casa). Gli esemplari di specie esotiche, se proprio si vogliono tenere in salotto, devono provenire da allevamenti certificati e devono essere accuratamente visitati per escludere la presenza di patogeni.

Sotto osservazione

Sette dei casi che preoccupano di più gli esperti di ecologia della malattie



MALATTIA DI LYME
La diffusione è aumentata a seguito della deforestazione e frammentazione dei boschi della costa Est degli Stati Uniti, che ha consentito ai topi dalle zampe bianche (che assieme ai cervi sono portatori del virus) di quintuplicare il loro numero, spandendo la malattia ovunque



La zona dove si sta costruendo un'autostrada che attraverserà l'America Latina dall'Atlantico al Pacifico, attraverso la deforestazione di ampie zone di territorio vergine fra Brasile e Perù, è tenuta d'occhio dagli esperti perché da qui potrebbero originare nuove epidemie di virus per ora ignoti



2 milioni di persone muoiono ogni anno per malattie passate all'uomo dagli animali



EBOLA
Il virus è emerso nelle aree tropicali africane quando i cacciatori si sono spinti nelle foreste e sono rimasti contagiati dal contatto con animali infetti. I focolai di febbre emorragica si sono sviluppati a causa della scarsità di mezzi per contrastare le epidemie nei piccoli ospedali locali



FEBBRE DELLA RIFT VALLEY
È comparsa a seguito della costruzione di dighe nella Valle del Rift, che hanno comportato l'aumento di acque stagnanti, ambiente ideale per la proliferazione delle zanzare, che ne sono il vettore



Negli ultimi **50 anni** il numero di malattie infettive emergenti è quadruplicato



SARS E AVIARIA
Si sono sviluppate entrambe in Cina, in aree di allevamenti intensivi di polli, anatre e maiali. La contiguità di pollai e porcili ai villaggi, unita alla gran quantità di animali e uomini, rende questi luoghi incubatori ideali di pandemie



NIPAH VIRUS
I focolai si sono sviluppati perché le popolazioni locali del Sudest asiatico si sono spinte con i pipistrelli della frutta. Semi infetti sputati da questi animali sono finiti nei porcili, contagiando i maiali e poi chi ne mangiava le carni



HENDRA VIRUS
I piccoli focolai australiani dipendono dall'urbanizzazione di aree vicine alle foreste, dove vivono i pipistrelli portatori del virus. Gli animali e le aree in questione sono «sorvegliati speciali» perché si teme che il virus possa mutare e diventare aggressivo

D'ARCO

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

La task force Il progetto PREDICT, dell'EcoHealth Alliance, controlla le zone del mondo dove potrebbero nascere le prossime minacce

Il Brasile, il Perù e anche l'Australia sono fra i «sorvegliati speciali»

Il virus Hendra è stato identificato in Australia: l'urbanizzazione di aree vicine alle foreste ha attirato i pipistrelli, che ne sono portatori, vicino alle case e alle coltivazioni; il virus è passato quindi all'uomo e ha provocato quattro morti e diversi focolai epidemici. Per ora «dormicchia», ma secondo molti è solo questione di tempo prima che una mutazione lo renda più aggressivo e capace di passare da uomo a uomo, provocando epidemie in Asia e forse oltre. Hendra è uno dei sorvegliati speciali del progetto PREDICT dell'EcoHealth Alliance, finanziato dalla United States Agency for International Development e sostenuto da università ed enti di salute pubblica statunitensi come i Centers for Disease Control e i National Institutes of Health. Il progetto ha l'obiettivo di prevedere dove si svilupperanno le malattie correlate all'impatto dell'uomo sull'ambiente, per fermarle prima che si diffondano ovunque. Perché non si tratta di stabilire se ci sarà una pandemia, ovvero un'epidemia di dimensioni mondiali, ma quando e dove emergerà il virus che ne sarà responsabile.

«In Europa non abbiamo risorse per mettere in piedi progetti così grandi, ma l'European Center for Disease Prevention and Control lavora per mappare le aree a rischio e identificare le strategie da mettere in atto qualora si verificasse una pandemia — spiega Gianni Rezza, dell'Istituto Superiore di Sanità —. Siamo attrezzati a fronteggiare le emergenze, ma molto dipende da ciò che ci troveremo davanti: un virus aggressivo che si trasmettesse con facilità come quello dell'influenza renderebbe difficile l'opera di contenimento e la produzione di vaccini in tempi brevi. Anche per questo serve monitorare che cosa accade nel mondo: è fondamentale riconoscere il primo anello nella catena di eventi che porta alla pandemia, ovvero l'area dove si sono avuti i primi

contagi e i vettori animali da cui sono partiti». Gli esperti del progetto PREDICT tengono d'occhio soprattutto le aree del pianeta dove l'uomo sta modificando pesantemente l'ambiente, come le regioni del Brasile e del Perù dove si sta costruendo l'autostrada che collegherà l'Atlantico al Pacifico: una deforestazione dissennata infatti corrisponde ad aprire un vaso di Pandora.

«Stiamo andando a parlare nei villaggi vicini alle zone dove vengono aperti i cantieri, vogliamo spiegare che ciò che si sta facendo può esporre a rischi, e insegnare come fare per minimizzarli» ha spiegato Peter Daszak, presidente di EcoHealth Alliance. A volte basta poco: in aree del Bangladesh colpite da svariate epidemie da virus Nipah è stato sufficiente piazzare coperchi in bambù (appena otto centesimi ciascuno) sui contenitori dove viene raccolta la linfa delle palme, per evitare che i pipistrelli infettino il liquido, bevuto dalle popolazioni locali. Modificare l'ambiente in modo sostenibile non solo è possibile, ma è anche indispensabile secondo gli esperti PREDICT: «Non vagheggiamo un mondo di foreste intatte, ma dobbiamo far capire che la salute dell'uomo è connessa a quella di animali e ambiente: quando deforestiamo una zona per fare spazio alle coltivazioni, senza opportuni accorgimenti la biodiversità si riduce e ne fanno le spese le specie che proteggono l'ambiente, mentre quelle che possono diventare "riserve" di malattie ne risultano avvantaggiate. Ed è ormai certo che al ridursi della biodiversità aumentano le patologie infettive».

Vecchio Continente

Anche l'European Center for Disease Prevention and Control lavora per mappare i Paesi a maggior rischio

«Sentinelle»

Monitorare ciò che accade è importante perché non è facile, una volta iniziata l'epidemia, produrre vaccini in tempi brevi

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Clima e salute L'Atlante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

I cambiamenti delle allergie

L'effetto serra incrementa i pollini

Il clima sta cambiando o no? Esperti su fronti opposti si stanno combattendo a suon di dati per stabilirlo, ma nel frattempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità e World Meteorological Organization, un anno fa, hanno pubblicato l'*Atlante della Salute e del Clima* per sottolineare come temperatura, umidità ed eventi connessi alle variazioni climatiche possano influenzare la salute umana. Il clima, ad esempio, ha un effetto sul virus dell'influenza: uno studio condotto dal 1997 a oggi negli Usa ha suggerito che a seguito di un inverno mite si manifestano di solito stagioni influenzali più virulente, perché quando non fa troppo freddo pochi si ammala e l'anno dopo una fetta più ampia della popolazione è suscettibile al nuovo virus. «L'incremento di temperatura a livello globale che si è registrato negli ultimi decenni non è tale da giustificare l'emergenza di nuove malattie infettive o una loro diversa diffusione; un rischio potenziale derivante dai cambiamenti climatici tuttavia esiste e si fa sentire soprattutto a livello locale — commenta Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di malattie infettive, dell'Istituto Superiore di Sanità —. Se temperatura e umidità di un'area cambiano, ad esempio per un aumento delle precipitazioni o delle alluvioni, possono crearsi le condizioni perché le zanzare sopravvivano più a lungo nell'arco dell'anno, spargendo le malattie di cui sono portatrici. È invece difficile valutare l'impatto delle variazioni climatiche globali sulle malattie infettive e la salute umana: guardiamo al tema con attenzione, ma le risposte certe sono poche».

Non si tratta però solo di effetti su virus e batteri: nel 2040 secondo gli esperti il numero di pollini sarà raddoppiato rispetto a oggi e la vita per gli allergici sarà dura. «Già oggi la stagione delle fioriture si è allungata: si stima che circa 270 specie di erbe abbiano aumentato sensibilmente il periodo in cui sono presenti nell'aria — spiega Gennaro D'Amato, responsabile del Comitato sui cambiamenti climatici e l'asma della World Allergy Organization —. Le variazioni climatiche

incidono sulle malattie respiratorie e sarebbe importante contrastare l'effetto serra adottando politiche che riducano l'emissione di anidride carbonica e ne aumentino l'assorbimento, ad esempio piantando alberi e verde».

I rischi delle variazioni climatiche non si esauriscono qui: l'Atlante OMS-WMO sottolinea che le ondate di calore sono un pericolo da cui dovremo sempre più guardarci in futuro. L'estate bollente del 2003 ha lasciato sul campo 70 mila morti in più rispetto al previsto in 12 Paesi ed è un fenomeno destinato a ripetersi: secondo i meteorologi le fasi di caldo estremo saranno più frequenti ed entro il 2050 se ne avranno ogni tre anni anziché ogni venti, come accadeva in passato.

Oggi siamo più preparati ad affrontare le bizzarrie del clima: le successive stagioni roventi che si sono verificate in questi dieci anni hanno provocato meno morti. Perché la chiave dovrebbe essere la prevenzione: se è inevitabile che dopo un terremoto in Paesi in via di sviluppo vi sia un maggior rischio di epidemie da agenti infettivi diffusi dalle carenze igieniche, è relativamente semplice prevedere che un'area potrebbe essere a rischio siccità o alluvioni, basandosi sulla geografia e le condizioni locali. A volte si riesce ad agire: in Bangladesh negli anni 70 il passaggio dei cicloni costava 500 mila vite, oggi grazie alla preparazione delle popolazioni si è scesi ai 3.000 morti del 2007. Altrettanto spesso le buone intenzioni restano però sulla carta: nel 2010-2011 era prevista una grave siccità nel Corno d'Africa ma le organizzazioni non governative e i governi internazionali non mossero un dito. La siccità arrivò e oltre 13 milioni di persone hanno avuto bisogno di aiuti umanitari.

La stagione delle fioriture si è allungata a causa della differenza di umidità e temperatura

Si stima che circa 270 specie di erbe abbiano aumentato il periodo in cui sono presenti nell'aria

Lo studio Un'analisi sulle aree tropicali

Quanto pesano i fattori economici

Sono le malattie infettive a incidere negativamente sullo sviluppo economico dei Paesi o è la povertà che spiana la strada ai virus? Una ricerca pubblicata su *PLoS One* ha cercato di fare chiarezza, esaminando i dati della Banca Mondiale relativi a 139 Paesi e mettendoli a confronto con il «peso» delle malattie infettive più importanti, valutando numerose variabili e applicando rigorosi metodi statistici.

«Le nazioni più povere sono quelle tropicali e gli economisti hanno sempre spiegato il dato come un "artefatto storico" dovuto alla colonizzazione europea: i nostri risultati spiegano invece che il "gradiente di ricchezza" verso le zone temperate dipende molto probabilmente dal grosso carico di patogeni presenti ai tropici — spiega Matthew Bonds, l'economista di Harvard che ha condotto lo studio —. Il reddito pro capite potrebbe essere raddoppiato rendendo il peso delle malattie infettive dei Paesi tropicali simile a quello che grava sui Paesi delle aree temperate». I fattori climatici e ambientali sarebbero perciò i maggiori determinanti della distribuzione dei germi pericolosi; inoltre, lo studio dimostra che il carico delle malattie infettive si riduce all'aumentare della biodiversità, sottolineando ancora una volta il ruolo «protettivo» della natura. Tutto questo implica che avere un'impronta «leggera» sul mondo e cercare di eliminare i patogeni dai Paesi in via di sviluppo avrebbe effetti positivi rilevanti sul benessere di quelle nazioni, più che cercare di arricchirle perché abbiano gli strumenti per combattere le malattie. «Il bene principale di chi è povero è il suo lavoro: le malattie infettive, che dipendono strettamente dall'ambiente, rubano sistematicamente questa risorsa all'uomo minando lo sviluppo economico tanto quanto le organizzazioni criminali o i governi corrotti» dice Bonds. È d'accordo Concetta Mirisola, direttrice dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) di Roma, che osserva: «Se una malattia infettiva prende il sopravvento, l'economia ne risente moltissimo; è anche vero però che le condizioni socioeconomiche incidono parecchio sulla possibilità di combattere le patologie: è un circolo vizioso da spezzare».

«Arginare i germi pericolosi è senza dubbio uno dei metodi migliori per farlo, ma oggi conosciamo solo una mini-

ma parte dei virus e dei patogeni che possono contagiare l'uomo e molto lavoro serve da parte di medici e veterinari per capire ciò contro cui bisogna com-

L'interrogativo

Sono le malattie infettive a incidere negativamente sullo sviluppo economico o è la povertà che spiana la strada ai virus?

battere — dice Mirisola —. Bisogna aggiungere che oggi, per colpa della crisi economica, questi problemi non riguardano più soltanto i Paesi tropicali: in Italia, dove di per sé il carico di malattie infettive sarebbe inferiore rispetto a Paesi meno ricchi, la povertà sta crescendo e vediamo sempre più spesso cittadini che non riescono ad avere accesso alle cure e alla prevenzione. Si stanno perciò creando ampi bacini di fragilità che costituiscono terreno fertile per le malattie: piccoli focolai si manifestano anche qui, sotto casa, ed è difficile prevedere che cosa accadrà se la situazione socioeconomica del Paese non migliorerà».

CASO STAMINA / 2

La conquista dei trial clinici

di **Gilberto Corbellini**

Un Eurobarometro del 2000, dedicato a rilevare la percezione dei problemi di scienza e tecnologia a livello dei cittadini europei, spiega perché in Italia possono accadere con tanta facilità casi come *Stamina*. Una delle domande mirava a stabilire la «percezione dei metodi scientifici»: consisteva nel testare la conoscenza del metodo per dimostrare l'efficacia di un farmaco. Meno del 25% degli italiani intervistati, rispondeva esattamente. Il risultato peggiore in Europa! Essendo quattro le possibili risposte, per cui anche rispondendo a caso si sarebbe avuto lo stesso dato (25%), forse sono anche assai meno a capire un concetto essenziale per parlare non a vanvera del caso *Stamina*. I migliori sono gli svedesi, con 70% di risposte esatte, seguiti da danesi e olandesi con 63%.

Non c'è, quindi, da meravigliarsi che Vannoni abbia successo. Sorprende se mai che esistano ancora in Italia delle facoltà dove si formano medici che non temono confronti internazionali e funzionino ospedali d'assoluta eccellenza, fatte salve le scarse disponibilità tecnologiche in generale. E un po' rattrista che pochi fanatici facciano così presa e stiano trascinando una medicina che cura e controlla le infezioni, tratta le più diverse malattie croniche e i disturbi mentali, fa trapianti, tiene in vita artificialmente, predice le malattie.

Furono alcuni medici arabi prima a intuire che per accertare l'efficacia di un trattamento medico si dovevano fare delle comparazioni controllate, o sperimentazioni. Dagli arabi l'intuizione passava in Europa, attraverso Roger Bacon, ed era generalizzata metodologicamente e psicologicamente da Francis Bacon, per il quale l'esperimento serve a correggere le opinioni ricevute e i meccanismi mentali che ostacolano lo sviluppo di un pensiero critico e della capacità di capire come stanno le cose.

Un concetto chiave lo enunciò il paleo-chimico Jan Baptist van Helmont nell'*Ortus medicinae* (1648) concepì i gruppi di comparazione: si creino, estraendo a caso per evitare una selezione soggettiva, due gruppi abbastanza numerosi di pazienti, uno dei quali trattato con i convenzionali salassi e purghe, e l'altro con dei trattamenti più promettenti. A un certo punto si contano i morti in entrambi i gruppi. Più o meno quel che fece, anche se con numeri troppo piccoli, nessuna allocazione casuale e la fortuna di affrontare un problema facile, il medico James Lind quando, nel 1747, dimostrò che dando da mangiare agrumi si previene lo scorbuto.

Qualcosa di analogo a quel che è accaduto

con *Stamina*, avveniva negli anni del tramonto della monarchia in Francia. Nel 1784 Luigi XVI voleva capire se Franz Anton Mesmer, un medico e teologo tedesco arrivato a Parigi sei anni prima fuggendo da Vienna, che millantava con successo di guarire tutti i mali controllando un misterioso fluido magnetico che attraverserebbe gli organismi, fosse un impostore o un valido curatore. Il re istituì una commissione, guidata dall'allora ambasciatore americano a Parigi, il grande fisico Benjamin Franklin, di cui faceva parte insieme a vari medici nientemeno che Antoine-Laurent Lavoisier.

Il modo in cui la commissione smascherò Mesmer, in pratica usando soggetti mascherati (resi cioè ciechi, da cui viene la definizione delle sperimentazioni controllate in cieco) per evitare effetti di autosuggestione, rimane uno dei capitoli più esaltanti della storia della razionalità scientifica umana. Gli argomenti di quel rapporto consegnato all'autorità politica più di due secoli fa dovrebbero essere familiari a qualunque persona diplomata in un Paese che voglia dirsi civile. Così che a nessuno verrebbe in mente di istituire una commissione per smascherare l'inganno *Stamina*, tanto è evidente che si tratta di un'impostura.

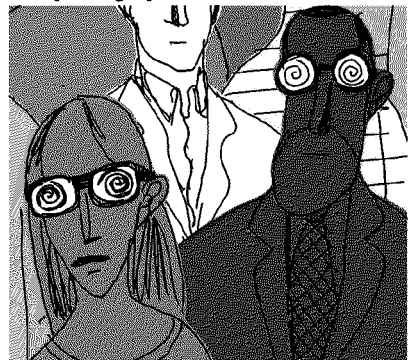
All'idea della allocazione casuale di Van Helmont e a quella del mascheramento usata dalla commissione Franklin, si aggiunsero l'introduzione del placebo come controllo, cioè l'uso comparativo di qualcosa per quanto possibile inerte rispetto alle proprie-

Controlli «in cieco», placebo, probabilità: sono i concetti chiave per capire cosa funziona e cosa no. Eccone la storia, poco nota alla popolazione italiana

tà attribuite al trattamento, e l'invenzione della funzione statistica di verosimiglianza. Il concetto sperimentale di placebo, usato per la prima volta nel 1800 dal medico inglese John Haygarth, si sviluppò con l'esigenza di smascherare diversi tipi di ciarlatani e pseudocure (es. omeopati e omeopatia) nel corso dell'Ottocento. Mentre la funzione di verosimiglianza fu introdotta da Sir Ronald Fisher nel 1922 e consentiva di usare efficacemente la teoria della probabilità per stabilire se i risultati di un'osservazione controllata siano dovuti al caso o se esista una più o meno significativa probabilità che proprio il trattamento abbia prodotto i miglioramenti osservati.

Il primo *trial* clinico degno di questo nome, cioè che include tutti i concetti chiave sopra definiti che lo rendono scientificamente fondato, venne effettuato nell'im-

mediato dopoguerra dal *Medical Research Council* inglese per stabilire che la streptomina cura effettivamente la tubercolosi. Da quel momento è stato un tripudio di successi farmacologici, terapeutici e preventivi, di abusi e tragedie evitate, di miglioramenti, anche sul piano dell'efficienza e dei costi, delle pratiche cliniche eccetera. Che sono diventate "buone" e quindi standardizzabili e formulabili in linee guida internazionali. Sono questi i concetti che serve conoscere per farsi un'idea intelligente del caso *Stamina*. Tutto il resto è ignoranza, il-lusionismo, fanatismo, propaganda politica e patologia psichiatrica.



CorriereSalute

PER L'ARTE MEDICA
SERVE CULTURA

**Molti dei migliori
dottori sono anche
curiosi di filosofia,
letteratura
e altre discipline**

di LUIGI RIPAMONTI

La medicina è una scienza o un'arte? Dilemma antico. L'unica risposta possibile probabilmente è: tutte e due. E da sempre. Nelle prossime pagine si propone la vicenda della biblioteca di Galeno, celeberrimo medico dell'antichità. E si pone l'accento sulla sua sterminata collezione di opere di letteratura e filosofia. Galeno, possiamo azzardare, precorre una necessità ben ravvisabile oggi. In un'epoca in cui il progresso delle scienze spinge sempre di più verso la specializzazione esasperata non sorprende che si rimanga particolarmente impressionati quando un medico, magari iperspecializzato, si rivela anche un "umanista", nel significato che in genere si attribuisce a questo termine, cioè un amante della letteratura e della cultura più in generale.

Questo tipo di medico non di rado colpisce anche per la sua capacità di capire e percepire il malato nel suo insieme, di metterlo a suo agio, e, alla fine, spesso, di curarlo meglio. È qui che si realizza lo scarto fra la sola scienza e l'arte medica, che della prima sa farsi intelligente e responsabile interprete. La medicina senza solide basi scientifiche non è arte ma solo pericolosa improvvisazione. Se però

queste fondamenta ci sono, la professione può evolvere in arte tanto più facilmente quando più è corroborata, oltre che da una spiccata sensibilità, anche da una profonda cultura generale. Ciò è ancora più importante in un mondo che si sta tramutando sempre di più nella propria rappresentazione, fatta di immagini, dati, comunicazioni virtuali. In questa transizione servono medici umanisti, capaci di ricordare e rispettare dell'uomo la "concreta" dignità (uomo e umanista vengono da humus= terra). C'è da augurarsi che l'esercito di pretendenti di quest'anno alle facoltà di medicina ne sia consapevole, e non dimentichi la lezione di Galeno, che non leggeva solo tomi di anatomia, ma (anche) di filosofia, storia, letteratura, logica. E magari speriamo che lo tengano presente anche gli estensori dei test di selezione di ingresso nei prossimi anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lunedì 22 SETTEMBRE 2013

Giornata Alzheimer. Lorenzin: “Welfare più attento all'invecchiamento. Nei Lea più trattamenti residenziali”

Lo ha detto ieri il ministro della Salute intervenendo a Cesena. “Il malato di Alzheimer non va considerato unicamente come una persona affetta da demenza, ma come una persona che affronta una fase diversa e complicata della sua vita, non va lasciato solo il malato, né le famiglie”.

“La trasformazione demografica ci pone una questione che dobbiamo affrontare con grande serietà e ci impegna a prendere decisioni in tempi rapidi. Abbiamo il dovere di pianificare un sistema di welfare che sappia evolversi, che tenga conto dell'invecchiamento della popolazione, del crollo demografico, dobbiamo farlo affinché i nostri figli abbiano l'assistenza sanitaria di cui godono oggi i loro nonni. La longevità della popolazione, resa possibile grazie al benessere e alle scienze, ci pone di fronte alle esigenze di cura per nuove malattie e ai costi sempre crescenti in prospettiva”, così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che ieri ha incontrato a Cesena l'associazione "Amici di Casa Insieme" in occasione della Giornata mondiale dell'Alzheimer.

“Diventa imprescindibile puntare sulla prevenzione: rimanere sani il più a lungo possibile. Si deve cominciare fin da giovani – ha proseguito - ma non è mai troppo tardi. Anche per gli anziani una corretta alimentazione, un movimento fisico specifico secondo le possibilità di ciascuno, è fonte di una migliore qualità della vita, vuol dire mantenersi in salute. Il malato di Alzheimer non va considerato unicamente come una persona affetta da demenza, ma come una persona che affronta una fase diversa e complicata della sua vita, non va lasciato solo il malato, né le famiglie”.

“Negli ultimi anni – ha aggiunto Lorenzin - è emersa l'opportunità di adottare un approccio integrato alla demenza di Alzheimer che prevede l'inserimento del paziente in un percorso clinico-assistenziale che definisce l'intervento più appropriato secondo la fase della malattia. Il percorso prevede una rete costituita da servizi specialistici ambulatoriali, centri diurni, servizi di assistenza domiciliare, Rsa, lungodegenze, ospedali. L'adozione di questo approccio è il più indicato perché permette un rallentamento della progressione della malattia e un miglioramento della qualità di vita per il malato e per i suoi familiari”.

“E' attualmente in corso un processo di riorganizzazione della rete dei servizi socio-sanitari dedicati alla demenza e nella proposta di aggiornamento dei Lea- ha concluso il ministro - cercheremo di ridefinire i trattamenti residenziali con prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo e quelli semiresidenziali di carattere riabilitativo. Il Patto della salute è un'occasione irripetibile per definire strategie nuove e sostenibili nel tempo”.

Crisi epilettiche, gestione più facile

■■■ In Italia si stima ci siano circa 50 mila bambini e adolescenti affetti da epilessia. Durante i primi mesi di vita, in particolare, il cervello è in fase di sviluppo ed è più predisposto al rischio di crisi epilettiche rispetto al cervello maturo. Le crisi convulsive prolungate, così definite quando durano più di 5 minuti, possono compromettere lo sviluppo cognitivo e sociale del bambino e sono responsabili di un'elevata morbilità e mortalità. Una buona notizia è la disponibilità in Italia di midazolam, soluzione per mucosa orale distribuita da ViroPharma e approvata per il trattamento delle crisi convulsive acute prolungate, in bambini e adolescenti da 3 mesi a meno di 18 anni. La principale novità di questa opzione terapeutica è la via di somministrazione oromucosale: disponibile in siringhe preriempite senza ago, con dose specifica per fascia d'età, è stata pensata per essere assorbita dalla mucosa tra la guancia e la gengiva. Ciò permette di somministrare il trattamento per bocca anche ai pazienti che, in preda alle convulsioni, non sono in grado di deglutire. Studi clinici che hanno coinvolto circa 294 pazienti pediatriche hanno dimostrato che midazolam per mucosa orale ha un'efficacia pari o superiore rispetto al trattamento standard autorizzato somministrato per via rettale. L'assorbimento a livello oromucosale, inoltre, è molto rapido, con un controllo tempestivo delle crisi. La breve emivita del farmaco contribuisce, infine, a evitare una sedazione prolungata. (M. M.)

