

Storie vere

Lo straordinario gesto d'amore di una donna pronta a tutto per la famiglia

«PER AVERE UN NIPOTE DONO L'UTERO A MIA FIGLIA»

Eva Ottoson ha deciso di sottoporsi a un delicatissimo intervento per trapiantare il proprio organo riproduttivo nella primogenita Sara, che a causa di una rara malattia non può concepire. «Ne ha più bisogno di me», spiega la mamma

Gianni Puddu

Goteborg - Giugno

Quando si dice l'amore... E non quello da batticuore tra due innamorati, ma tra una madre e la figlia. Sara, 25 anni, svedese, è una ragazza bella, solare, ma con un'ombra che le oscura il volto: è nata con la sindrome di Mayer Rokitansky Kuster Hauser, una malattia rara che colpisce una donna su cinquemila e che ha impedito ai suoi organi riproduttivi di svilupparsi, rendendole impossibile avere un figlio. Per questo, la madre Eva Ottoson, che da anni vive in Gran Bretagna, ha deciso di donare il suo utero alla figlia, per consentirle di realizzare il sogno più grande.

Dopo 99 giorni è finito tutto...

L'operazione è considerata tra le più complesse della chirurgia e, come riportato dal *Corriere della Sera*, ha un solo precedente nella storia della medicina: nel 2000, l'utero di una donna di 46 anni venne trapiantato a Gedda, in Arabia Saudita, a una paziente di venti anni più giovane, che l'aveva perso dopo il parto a causa di una violenta emorragia. L'intervento, riportato sulla rivista *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, era stato solo un parziale successo: l'organo aveva resistito per 99 giorni grazie alle terapie anti-rigetto, ma alla fine era stato espianato a causa di una trombosi vascolare acuta. Da allora le tecniche sono migliorate e il team di chirurghi di Goteborg che farà il trapianto alla ragazza svedese è convinto che sarà un successo. Del resto, le pri-



AMORE MATERNO

Goteborg (Svezia). Nell'abbraccio tenero di Eva Ottoson (56 anni) alla figlia Sara (25) c'è l'amore di una mamma pronta a tutto per la felicità della propria piccola. Anche a donarle il suo utero. Sì, perché Sara è nata con una rara malattia, la sindrome di Mayer Rokitansky Kuster Hauser, che colpisce una donna su cinquemila e che ha impedito ai suoi organi riproduttivi di svilupparsi.

me a essere convinte dell'operazione sono proprio mamma e figlia: Eva non ha avuto dubbi, sin dall'inizio: «Sara ne ha più bisogno di me. Io ho avuto due figli, dunque questo utero mi ha servito bene». Se la procedura avrà successo la giovane donna potrà produrre ovuli che verranno fertilizzati in vitro con il seme del compagno e poi reimpiantati nell'utero donato dalla madre. La giovane non si è detta preoccupata per le implicazioni etiche del trapianto: «Insegno biologia e

per me è un organo come un altro. Quel che mi preoccupa è che mia mamma dovrà sottoporsi a un grosso intervento».

Molto più difficile di altri interventi

Mats Brannstrom, che guida l'equipe medica di Goteborg, in Svezia, ha detto al *Telegraph* che il trapianto di utero è una delle operazioni più complesse nel settore chirurgico: «Tecnicamente è molto più difficile di un trapianto di reni,

fegato o cuore. Ci sono rischi di emorragie e devi assicurarti di avere vasi sanguigni lunghi abbastanza per effettuare le connessioni». Se dopo un anno l'organo trapiantato reggerà al rigetto, mostrando di funzionare adeguatamente, si potrà procedere all'inseminazione artificiale. Il parto avverrà attraverso il taglio cesareo e, dopo che avrà esaurito il suo compito, l'utero verrà rimosso dall'addome della paziente. Ma, per ora, tutto questo è solo un'ipotesi. **V**

DOTTORE PARLAMI

Gergo tecnico e sbrigativo. Visite veloci. Soluzioni cercate nell'hi-tech. Così i malati restano senza risposte. Si spende di più. E si guarisce di meno. Ma ora nasce Slow Medicine

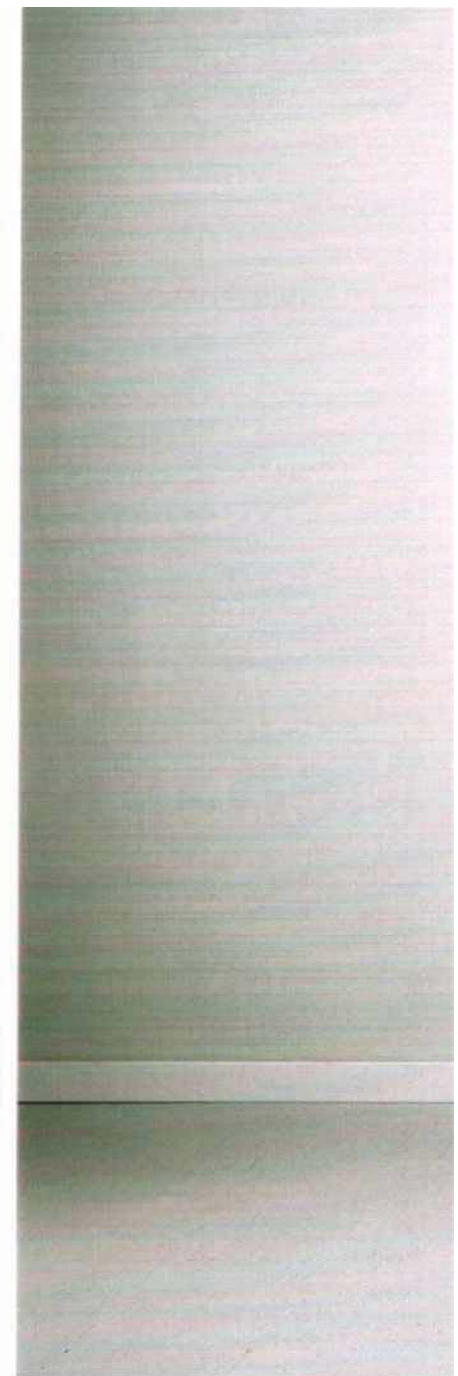
DI AGNESE CODIGNOLA E DANIELA MINERVA

Diciotto (18) secondi. Tanto è il tempo che il medico lascia al paziente per raccontare la sua condizione prima di interromperlo, secondo una ricerca pubblicata dagli "Annals of Internal Medicine". Diciotto secondi, poi inizia a fare domande, le sue domande che percorrono un ragionamento e gli permettono di arrivare a una conclusione scientificamente solida, è vero, ma che mai soddisfa la voglia di raccontarsi e capire del malato.

Fermiamo la scena su quei 18 secondi. Da un lato il malato che arriva totalmente disorientato, magari col sospetto di una diagnosi molto seria: non importa quanti milioni di pagine abbia letto su Internet, quante interviste abbia sentito alla radio o in tv sulla sua malattia; gli saranno sembrate riferite a un signor X generico, a un mondo lontano di gente lontana, malati, insomma, non lui. Perché ciascuno di noi ha la presunzione di

essere unico davanti al male: in un certo senso è vero, ma la medicina ragiona in un altro modo.

Così, mentre lui arriva alla visita medica con la testa piena di domande riferite alla sua personalissima condizione, il dottore lo riceve dopo aver visto, magari, una decina di persone coi medesimi sintomi e la medesima diagnosi; e mentre gli apre la porta sbircia la sala d'attesa piena all'inverosimile. Che sempre più lo sarà visto che, per tagliare i costi della sanità, entro un anno mancheranno in ospedale 30 mila medici e la metà dei precari, ovvero i giovani con contratti a termine che oggi mandano avanti molti reparti. «Siamo assediati dai pazienti», lamentano i camici bianchi: compresi i malati di cancro, quelli sopravvissuti a ictus e infarti, quelli affetti da gravissime patologie. Sono tantissimi. E molto spesso avviati al fine vita. «Il 50 per cento di noi segue personalmente oltre dieci malati terminali ogni mese», racconta Carmelo Iacono, presi-



dente dell'Aiom, l'associazione degli oncologi medici italiani. Quanti riescono a mantenersi sereni e disponibili al dialogo e quanti, invece, mordono il freno ogni giorno atterriti dall'angoscia di un maledetto mestiere?

È tutto qui il dilemma di quei 18 secondi. Da un lato una persona affranta e bi-



TEMPI CONTINGENTATI DALLE AZIENDE, INTERVENTI DA ESEGUIRE IN FRETTA. MA UN MAGGIOR DIALOGO PUÒ EVITARE COSTOSI TEST E FARMACI INUTILI

si circuiti di medicalizzazione. Allora, perché non cambiare direzione? E provare a dare più tempo ai medici e meno soldi alle tecnologie. Questo chiede un movimento che nascerà ufficialmente il prossimo 29 giugno a Ferrara, con il significativo logo di Slow Medicine e si propone di combattere il modus dominante della medicina che spazza via il dialogo tra i malati e i dottori per sostituirlo con interventi medici spesso sproporzionati rispetto ai benefici, a volte potenzialmente rischiosi per la serenità del paziente e di non dimostrata efficacia per la salute. Ad animarlo sono, tra gli altri, Giorgio Bert, medico, tra i primi in Italia ad aver studiato e promosso la medicina narrativa (vedi box a pagina 130), e Silvana Quadrino, psicologa e pedagogista, fondatori dell'Istituto di counselling sistemico Change di Torino. Slow medicine chiede alla medicina di tornare a essere sobria, rispettosa e giusta, e identifica sette veleni che la intossicano: l'idea che nuovo sia sempre meglio; la suggestione che ogni procedura proposta sia sempre sicura ed efficace; la convinzione che l'utilizzo di nuove tecnologie risolverà ogni problema; il sentimento comune secondo cui più si fa e meglio è, perché ciò aiuta a guarire e migliora la qualità della vita; il messaggio secondo il quale scoprire una malattia prima che dia sintomi (e quindi sottoporsi a molti esami e a check up) è sempre e comunque meglio; l'impostazione per la quale i potenziali fattori di rischio devono essere affrontati con farmaci.

«Tutte queste cose», spiega Giorgio Bert, «nascono da una sorta di idea di onnipotenza della medicina, secondo cui tutto ciò che si può fare dal punto ▶

sognosa di parole, dall'altro un professionista affannato che vede il suo tempo contingentato dall'azienda e, nei casi più drammatici, si rifugia nella razionalità addirittura sforzandosi di non affezionarsi al paziente.

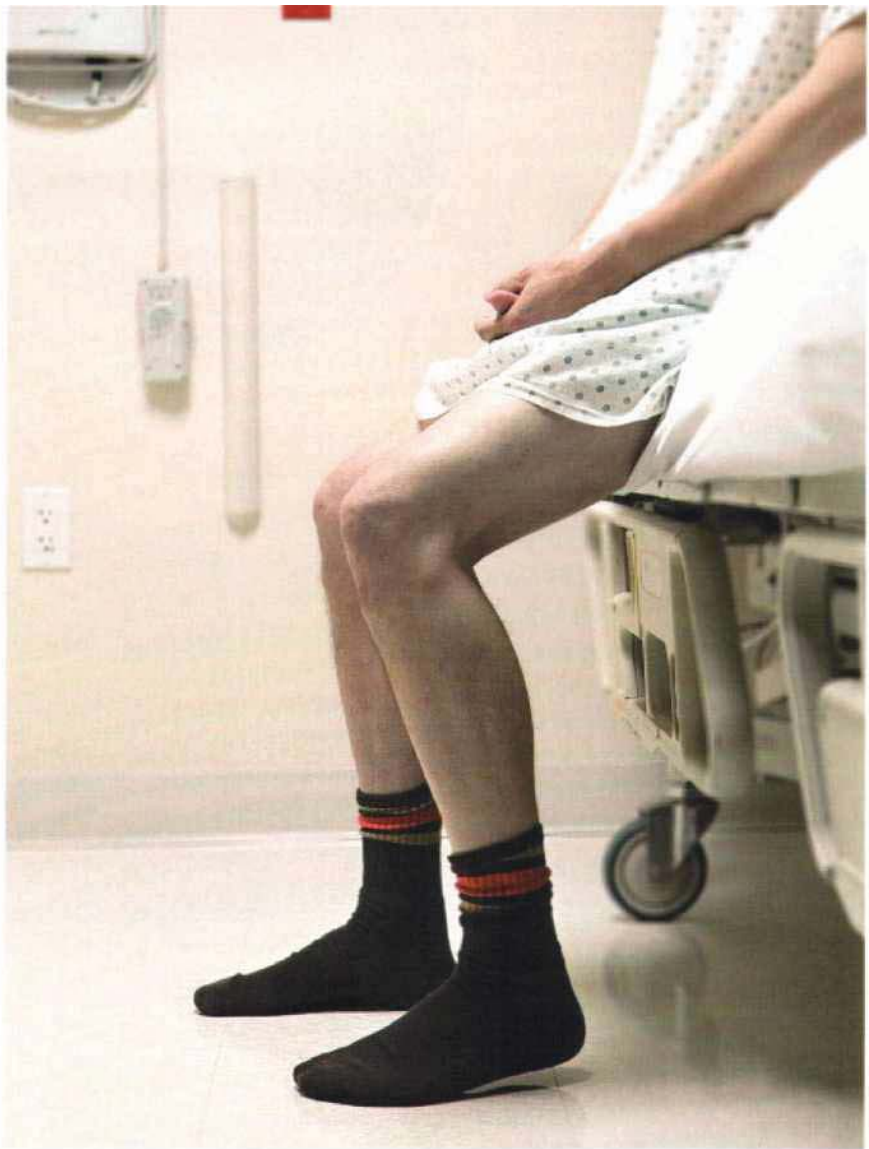
Eppure, una soluzione a questa spaccatura che allontana ogni giorno di più i

malati da chi ha il compito di curarli c'è. Magari anche partendo dalla considerazione economica che oggi tanto affligge le aziende sanitarie, perché meno si parla coi pazienti e meno si capisce della loro condizione clinica, più si ricorre a costose tecnologie diagnostiche che innescano, spesso, inutili e ancor più costo-

Scienze

di vista tecnologico e farmacologico non può non portare un beneficio e deve quindi essere fatto. Tuttavia molti studi dimostrano che la realtà è ben più complessa, che esistono atti che non portano a nulla e altri che peggiorano le cose. Non solo, questa convinzione si basa su un'idea ancora più primitiva: che non esistano quasi più malattie incurabili. Ecco, per iniziare a modificare la mentalità di medici e pazienti e ricondurre salute e malattia a una dimensione più fisiologica, crediamo sia giunto il momento di introdurre il concetto di Slow Medicine».

Lo scopo è quello di avviare un movimento culturale, spiega Quadrino: «Per coinvolgere il maggior numero possibile di medici e professionisti sanitari che agiscano con un approccio umano e non meramente tecnicistico». Perché, ed è un fatto: secondo una ricerca condotta su 2.500 prestazioni sanitarie supportate da buone evidenze scientifiche, solo il 46 per cento è sicuramente utile, e il 4 per cento è dannoso. Analogamente, il "Journal of the American Medical Association" ha riportato uno studio in cui si dimostra che la maggior parte dei dispositivi medici nuovi approvati dalla Food and Drug Administration sono simili a quelli già in uso e sono stati introdotti soprattutto per motivi commerciali, senza dimostrazione diretta di effica-



Ascoltare non costa nulla COLLOQUIO CON RITA CHARON



Rita Charon è la fondatrice della medicina narrativa o, secondo la sua stessa definizione, della Narrative-Based Medicine: è stata lei che ha iniziato

a sistematizzare esperienze molto eterogenee di centri diversi, istituito i primi corsi, scritto libri e articoli. E oggi è docente di Clinica medica e direttrice del programma di Medicina Narrativa della Columbia University di New York. **Professoressa Charon, che cosa è la medicina basata sulla narrazione?**

«È una sorta di pratica clinica rinforzata dalle parole (dei medici e degli infermieri, ma anche e soprattutto dei pazienti) al fine di riconoscere, assorbire, interpretare, onorare, metabolizzare e infine lasciarsi guidare dalla storia con cui ci si confronta verso un certo tipo di azione medica. Attenzione: non si tratta semplicemente di aggiungere un po' di empatia alla competenza tecnica. Piuttosto, di rendere concreta un'idea di salute e di malattia viste non più solo come specifiche situazioni fisiche, ma come condizioni profonde dell'essere da cui dipendono la sofferenza, il dolore, la salute e la stessa morte. Dal punto di vista pratico, esistono molte possibili declinazioni di questo concetto incentrate sul paziente, sul medico, sul lavoro di gruppo o individuale, sul dialogo, la scrittura, o su forme

espressive diverse e così via, ma sempre è necessaria una formazione, perché la malattia non è semplicemente un guasto tecnico, e chi ha l'onere di aiutare gli altri a uscirne deve essere formato ad affrontare le complesse interazioni che si sviluppano tra esperienze reali e vissuto del singolo, che dunque comprendono ma non sono limitate a una mera descrizione dei sintomi».

Molti malati si rifugiano nelle pratiche alternative proprio perché cercano un dialogo col medico. Questo dovrebbe costituire una formidabile spinta verso un approccio più improntato all'ascolto, eppure non è così. Come mai?

«La medicina moderna agisce sotto la spinta perenne della velocità da un lato, e degli aspetti tecnici dall'altro, concentrandosi sulla patologia a scapito

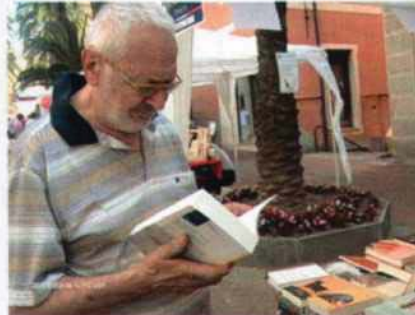
cia clinica. Infine, il dato più inquietante, riportato sul "British Medical Journal" nel 2011: chi vive in zone dove si prescrive molto ha una vita media più breve rispetto a chi abita in zone dove si ragiona un po' di più prima di indicare esami, procedure e farmaci.

«Studi come questi», commenta Bert, «dimostrano che è giunto il momento di fermarsi e riflettere su che cosa sia davvero utile per il paziente e di spiegarlo anche a lui. Per fare questo, è necessario parlare con lui ricordando, per esempio, che la maggior parte delle malattie gravi può essere curata ma non guarita, che le protesi ogni tanto si rompono, che i farmaci non hanno solo effetti positivi, che molti interventi medici offrono benefici marginali o risultano inefficaci, che gli screening producono anche effetti dannosi; è inoltre necessario esplorare insieme a lui che cosa d'altro si può fare. Perché si può fare comunque tanto».

Perché al cuore dell'approccio slow c'è il recupero della vera nota dolente della medicina contemporanea: la capacità di avere un vero dialogo con il paziente, atto che, se fatto seguendo una metodologia che ormai è ben nota e convalidata, porta indubbi vantaggi da tutti i punti di vista. Anche in questo caso, diversi studi lo hanno già dimostrato con i numeri. Tra i più recenti ce n'è uno alquanto provocatorio pubbli-

cato su "Rheumatology": la capacità di ascolto degli omeopati, com'è noto, è ciò che attira nei loro studi moltissime persone, e in effetti quando i ricercatori dell'Università di Southampton hanno chiesto a un'ottantina di malati di artrite reumatoide di prendere parte a

GIORGIO BERT, ANIMATORE DI SLOW MEDICINE



**IL MEDICO CHE
CAPISCE IL PUNTO
DI VISTA DEL MALATO
HA PIÙ ELEMENTI
PER CURARLO BENE.
LO DIMOSTRANO
MOLTI STUDI SU
DIVERSE MALATTIE**

sedute regolari con un omeopata per sei mesi, pur continuando ad assumere le terapie non omeopatiche, si sono accorti che i malati riportavano miglioramenti nei sintomi e nelle crisi misurabili con le scale convenzionali. Il dialogo e la possibilità di confrontarsi sul proprio disagio hanno avuto insomma un effetto terapeutico vero e, a differenza di quanto accade con i farmaci omeopatici, quantificabile.

Effetto placebo del sentirsi accuditi? No. E lo spiega Egidio Moja, direttore del centro Cura (Centro universitario sugli aspetti relativo-comunicazionali in medicina) dell'Università di Milano: «Non si pensi che il paziente vuole stare ore a parlare della sua malattia: studi dimostrano che una visita di più di mezz'ora non gli è gradita. Ma non c'è dubbio che se il medico capisce il punto di vista del suo malato, aumenta di molto la possibilità che lui faccia la cura nel modo giusto». Dunque, non un tempo infinito, ma mirato, per permettere al medico di comprendere cosa passa nella testa del suo paziente, come vive, che motivazioni alla cura ha. In questo modo, aggiunge Moja, «posso inserire la terapia nella vita del malato, nelle sue credenze, nei suoi gusti, anche. Il che non vuol dire, come molti pensano, arrendersi, ma ascoltare per avere gli elementi per convincere e curare». ■

della malattia, dell'affezione nel senso più ampio del termine. La capacità di ascoltare e rispettare i malati nel momento della loro sofferenza è assai difficile da insegnare e da imparare, e richiede più tempo e denaro rispetto all'insegnamento e all'apprendimento di un atto medico o strumentale: per questo non molti amministratori o politici sono entusiasti all'idea di promuoverla. In altre parole, il mestiere del medico oggi è condizionato, deformato dall'avidità, e in questo contesto non c'è molto interesse a promuovere un approccio culturale che rende poco e che richiede investimenti».

Il nome che avete scelto, Narrative-Based Medicine, è speculare a Evidence-Based Medicine, che indica la medicina fondata sulle prove di efficacia. Ma i critici notano che la medicina narrativa

non è supportata da dati statistici dei suoi effetti clinici e sembra alquanto lontana dalla Evidence.

«È vero che non disponiamo di dati numerici imponenti, ma ciò accade perché i metodi matematici utilizzati oggi non sono stati concepiti per valutare parametri quali il benessere psicologico, la qualità della vita e il rapporto tra questi e le condizioni biologiche; è dunque impossibile, in molti casi, fornire una valutazione precisa o coerente dell'efficacia della medicina narrativa. Eppure, Narrative ed Evidence Based hanno un rapporto profondo e positivo per entrambe. Normalmente il contenuto di quanto il malato racconta e i dati clinici che emergono durante la narrazione vanno persi, perché il medico non ha tempo né strumenti culturali e professionali adatti

a farne tesoro, istruito e abituato com'è a concentrarsi solo sui numeri, per esempio sui risultati degli esami del sangue. Ma se impara a sfruttare tutte le informazioni, sia quelle "numeriche" sia quelle più nascoste nel vissuto di chi ha di fronte, egli dispone automaticamente di strumenti di valutazione più completi, e trova armi curative più efficaci».

Quale consiglio si sente di dare a un medico che voglia rendere il proprio rapporto con il malato più empatico?

«Innanzitutto deve diventare un buon lettore, per apprezzare fino in fondo le parole e le storie. Deve prendere nota di ciò che riferisce il paziente, rileggerlo e imparare a valutarlo e a tenerlo in considerazione. E certo imparare a sedersi e ascoltare».

Agnese Codignola

Effetto rifiuti **Con il veleno in corpo**

Avvelenati nell'anima e nel corpo. Così appaiono i campani delle province di Napoli e Caserta intervistati da una schiera di sociologi e antropologi sulla difficile convivenza con i veleni seppelliti nelle discariche abusive della camorra. Il libro che li raccoglie e commenta (a cura di Liliana Cori e Vincenza Pellegrino, "Corpi in trappola", Editori riuniti, 2011) è il panorama di uno sfacelo ecologico e sociale senza paragoni in Italia. L'antefatto è lo studio targato Oms e Cnr che aveva riscontrato eccessi di mortalità da tumore e di malformazioni alla nascita nelle popolazioni che vivevano vicino alle discariche abusive. A questo ha fatto seguito lo studio di biomonitoraggio "Sebioec", in cui diossine, metalli pesanti e altri veleni sono stati dosati nel sangue e nel latte di un campione di popolazione. Nelle interviste raccolte nel libro emerge la consapevolezza di un terra avvelenata. «Dire territorio è un modo di dire terra di nessuno. Prima si diceva terra per dire il pezzo che coltivavi e lo conoscevi bene», dice uno degli 86 intervistati. Si legge nostalgia di un'agricoltura che non c'è più, trasformata in un'immensa discarica. Tanta rassegnazione di fronte ai veleni: «Io mangio di tutto perché quello che doveva succedere è già successo anche se non lo vedo». Voglia di scappare: «Spero che mia figlia diventi dottoressa e vada a vivere al Nord».

Luca Carra

Verità e ipotesi Un libro di Margherita Enrico sulle esperienze inspiegabili dei «salvati dalla fede»

Effetti placebo e miracoli: i misteri della non-scienza

Guarigioni imprevedibili, in cerca delle risposte

di MARIO PAPPAGALLO

Una pastiglia finta può ridurre i dolori cronici, l'asma, la pressione alta, il mal di cuore? Sì. È l'effetto placebo. Un miracolo laico, giusto per non confondere troppo le idee in un momento di beatificazioni. L'efficacia è nel credere in un farmaco, non sapendo che in realtà farmaco non è. E, se i risultati ci sono, non si può certo parlare di suggestione. Visto che nelle sperimentazioni nemmeno i medici sanno che cosa stanno somministrando. E se il segreto delle guarigioni inspiegabili fosse proprio nell'organismo umano? Nel suo Dna, nei suoi meccanismi cellulari, nella funzione ancora da scoprire delle cellule staminali, nel potere ancora ignoto del cervello? In fin dei conti il miracolo è l'uomo e i suoi meccanismi biologici. Creato a immagine e somiglianza... Anche il segreto delle guarigioni inspiegabili potrebbe essere lì.

A parte l'effetto placebo, non è raro che la prognosi infausta di un male incurabile si riveli, inspiegabilmente, errata nei modi e nei tempi. Ne racconti di importanti oncologi si sente ancora lo stupore di loro pazienti che dopo anni ancora convivono con il loro tumore mentre non sarebbero dovuti vivere più di qualche mese. Casi di remissioni spontanee, inspiegabili di fronte alla scienza perché non ancora interpretabili in base alle attuali conoscenze.

Un miracolo nella mia vita (Sperling & Kupfer pp. 204, € 17,50) di Margherita Enrico esamina proprio le testimonianze di «condannati dalla scienza, salvati dalla fede: storie di guarigioni impossibili». Un omaggio alla beatificazione di Giovanni Paolo II. Margherita Enrico, giornalista e scrittrice, ha avuto modo di conoscere il Papa polacco insieme al Nobel della medicina Luc Montagnier, ateo. Una coincidenza? Forse no. Commenta Montagnier: «Il libro della Enrico parla di guarigioni straordinarie non spiegate dalla scienza. Guarigioni dalla natura misteriosa come i miracoli che avvengono a Lourdes e dei quali mi sono sempre interessato, fino a studiarli. A questo proposito ritengo che quando un fenomeno è inspiegabile, ed è accertata la buona fede, non serve a nulla negarlo. Molti scienziati fanno l'errore di rifiutare ciò che non comprendono, ma io non condivido questo atteggiamento e cito spesso le parole dell'astrofisico Carl Sagan: l'assenza di evidenza non è l'evidenza dell'assenza».

Molti scienziati che non credono alle guarigioni prodigiose sono soliti ripetere una frase di Felix Michaud: «Crederei ai miracoli

solo se mi dimostrassero che una gamba tagliata è ricresciuta. Ma questo non è avvenuto e non avverrà mai». Ma a Michaud risponde Vittorio Messori nel suo libro *Il miracolo*. Messori riporta nei minimi dettagli l'eccezionale ricrescita di un arto amputato a un giovane contadino. «Ricrescita» avvenuta in un villaggio dell'Aragona nel 1640. A Calanda, racconta Messori, nella notte del 29 marzo 1640, al giovane Miguel Juan Pellicer rispuntò di colpo la gamba destra, amputata più di due anni prima nell'ospedale di Saragozza in seguito a un incidente. Il fatto avvenne per intercessione della Madonna del Pilar, venerata appunto a Saragozza. Il prodigio della gamba sarebbe stato attestato dopo soli tre giorni da un protocollo notarile, e poi da un processo ecclesiastico con decine di testimoni oculari. Conoscenti, medici, sacerdoti, tutti confermano che sì, si tratta proprio di Miguel, che prima aveva una gamba tagliata, e ora ce l'aveva di nuovo attaccata: un po' rattappata, per i primi giorni, ma poi uguale a quella di prima. Perfino con le stesse cicatrici, e un segno rosso circolare sotto il ginocchio dove era stata operata la «saldatura» miracolosa. L'evento era noto in tutta Europa, e Pellicer si recò addirittura in udienza a Madrid, da re Filippo IV, che volle baciargli la gamba restituita. Poi, sull'evento, calò il silenzio. Interrotto solo da Messori.

Ma i miracoli non sono appannaggio del solo mondo cattolico. Nel libro della Enrico ne sono raccontati di accaduti a fedeli islamici, a quelli ortodossi, ai non credenti. O presunti tali.

E si parla dell'effetto placebo. Anche in questo caso parte dei medici mostra scetticismo, dubita della diagnosi iniziale. Eppure il «non farmaco» a volte è efficace quasi quanto il «vero» farmaco. E, ulteriore confusione per gli scettici, si può avere un effetto placebo perfino in chi non crede nella terapia alla quale si sta sottoponendo. Non solo, nelle sperimentazioni chi prende il placebo spesso può anche accusare effetti collaterali spiacevoli (nausea, capogiri, eczemi). Si parla allora di effetto «nocebo», e addirittura di un «effetto stregone». Come quando si pensa di essere colpiti da una maledizione, dal «malocchio» o da una «fattura»: ci si sente davvero male, fino a conse-



guenze tragiche dettate dall'ansia e dalla paura.

Difficile non stupirsi di fronte a ciò che sembra un meccanismo di auto-cura. Un pulsante di reset da usare al momento opportuno. Da scoprire come attivare.

A proposito di acque miracolose, di suggestioni terapeutiche. Agli inizi del XVII secolo un indio peruviano, in preda a una fortissima febbre malarica, cercava di raggiungere il suo villaggio attraversando una zona impervia delle Ande. Le forze lo stavano abbandonando, la febbre e la sete lo martoriavano. Era convinto di non farcela, quando trovò una pozza d'acqua. Si gettò a bere, ma si accorse che nell'acqua c'era un grosso ramo dell'albero quina-quina, ritenuto all'epoca velenoso. Rischìò, tanto ormai non aveva più niente da perdere. L'acqua era amarissima perché il ramo, marcendo, rilasciava una sostanza amara, ma non velenosa. Anzi antimalarica: il chinino. Ma l'indio non sapeva che aveva, per puro caso, sperimentato una cura per la malaria. Svenne, stremato dalla fatica. Al risveglio, la febbre era scomparsa e stava bene. Al villaggio raccontò le magiche virtù di quella pozza d'acqua. La notizia arrivò ai gesuiti di Lima, che scoprirono il chinino. E non pensarono certo ad un miracolo...

Salute&Benessere

La spesa sanitaria

Più prevenzione per salvaguardare le casse statali

di **Luigi Cucchi**

■ La sanità che importanza ha nei Paesi occidentali? La spesa sanitaria, negli ultimi quindici anni, nella maggior parte dei paesi Ocse (Organizzazione cooperazione per lo sviluppo economico) ha registrato un forte aumento, non solo in termini nominali, ma anche in rapporto al Pil, in conseguenza di fattori quali l'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo delle tecnologie, l'incremento delle aspettative da parte dei cittadini. In Italia si cerca di contenere la spesa sanitaria non tanto per l'entità della stessa, quanto per la situazione complessiva della finanza pubblica. Analizziamo la dimensione della spesa sanitaria di alcuni altri Paesi. Nel 2006 i valori di spesa più elevati in rapporto al Pil riguardavano Stati Uniti (15,3%), Svizzera (11,3%), Francia (11,0%) e Germania (10,6%); quelli più bassi Polonia (6,2%), Corea (6,4%) e Messico (6,6%). In Italia, la spesa 2006 era perfettamente allineata alla media Ocse in rapporto al Pil e leggermente inferiore in termini pro-capite: dal 2002 al 2007, la percentuale di risorse dedicate alla sanità è passata in Italia dall'8,3% all'8,7% del Pil con un incremento del 4,82%.

Anche negli altri Paesi dell'Ocse si è assistito a un aumento della percentuale del Pil dedicata alla salute con un incremento medio del 6,21%. Sono poche le nazioni che hanno fatto registrare, dal 2002 al 2007, una riduzione della spesa sanitaria in termini relativi rispetto al Pil, tra queste Svizzera, Norvegia, Svezia, Islanda, Ungheria, Germania e Repubblica Ceca. Analizzando i Paesi dell'Unione europea a quindici (Eu15) ci accorgiamo che ben otto hanno investito, nel 2007, in sanità una percentuale del Pil superiore rispetto all'Italia, con il nostro Paese che si è mantenuto addirittura sotto la media degli Stati Ocse. Dai dati disponibili al 2007 risulta che Spagna, Finlandia, Irlanda e Regno Unito hanno, invece, riservato alla sanità una quota inferiore di risorse rispetto all'Italia sempre in riferimento al Pil.

Tra non molti anni i bilanci dei singoli Stati non riusciranno a far fronte alla crescente domanda sul tema salute. Per questo in tutti i Paesi, Stati Uniti in testa, la preoccupazione è elevata. Per modificare il trend è necessario far crescere gli investimenti per il controllo dei fattori di rischio e aumentare la prevenzione primaria, dedicando maggiori risorse all'assistenza territoriale.

Si deve inoltre investire in innovazioni organizzative volte a sviluppare nuovi modelli assistenziali.

La spesa sanitaria è prevalentemente finanziata da risorse pubbliche: nei paesi Ocse è mediamente pari al 73%. I sistemi a Servizio sanitario nazionale, in particolare, si posizionano generalmente al di sopra della media Ocse (Norvegia 83,6%, Danimarca 84,1%, Regno Unito 87,3%), a eccezione però dei Paesi dell'Europa mediterranea come Spagna (71,2%), Portogallo (70,6%) e soprattutto Grecia (61,6%). In quest'ambito rientra anche l'Italia, che con il 77,2% si colloca in una posizione intermedia. I Paesi con sistemi ad assicurazione sociale obbligatoria, invece, fanno in genere registrare una quota di spesa pubblica vicina alla media Ocse (Canada 70,4%, Austria 76,2%, Germania 76,9%). È però significativo che anche nei sistemi sanitari classificabili come privatistici (Stati Uniti) la quota pubblica sia comunque molto elevata (48,8%). Il massiccio concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria spiega la forte preoccupazione dei policy maker circa la sostenibilità della spesa stessa, soprattutto in Paesi che, come il nostro, si caratterizzano per un debito pubblico già molto consistente.



Philip Morris contro Uruguay

La guerra del fumo

Il gigante del tabacco Philip Morris ha citato in giudizio il governo dell'Uruguay davanti a un tribunale internazionale. Il motivo della contesa riguarda alcuni recenti divieti in materia di fumo. L'Uruguay ha deciso di vietare la vendita delle sigarette light, misura che ha obbligato la multinazionale svizzera a ritirare dal mercato sette prodotti su dodici. Philip Morris ritiene che l'Uruguay abbia violato un trattato firmato nel 1998 con la Svizzera in materia di protezione degli investimenti stranieri. Dal 2006 la politica sanitaria di Montevideo è molto severa. È stato, ad esempio, stabilito che l'80 per cento della superficie di ogni pacchetto di sigarette debba contenere avvertenze circa i rischi del fumo. L'assessore del ministero della Salute, Eduardo Bianco, bolla come intimidatoria la causa intentata presso l'International Center for Settlement of Investment Disputes. Il fatturato annuo di Philip Morris supera di molto il Pil dell'Uruguay, le cui casse sopporterebbero a fatica una disputa milionaria. È la prima volta nella storia che un'azienda di tabacchi chiama in giudizio un governo.

Marlo Magarò

IL VADEMECUM

Il ministero:

«Non lasciate mai i bimbi in auto: danni in 20 minuti»

DATI Negli Usa ogni anno ci sono 36 morti fra i più piccoli a causa del colpo di calore

■ Un vademecum di consigli e un appello del **ministero della Salute**. La tragedia dei piccoli morti dopo essere stati lasciati soli in auto non è fatta di casi isolati: negli Stati Uniti ogni anno costa la vita in media a 36 bambini, per un totale di 468 morti negli ultimi 12 anni. Lo sottolinea il vademecum dal titolo «Mai lasciare i bambini soli in macchina: è alto il rischio di morte per ipertermia», presentato ieri dal **ministro della Salute Ferruccio Fazio**, nell'ambito delle iniziative del ministero contro i rischi per la salute da ondate di calore. I dati raccolti sono allarmanti: in Francia per esempio, si legge nel vademecum, tra il 2007 e il 2009 ci sono stati 24 casi di ipertermia in bimbi chiusi in auto, di cui 5 mortali. Il 54% dei genitori aveva lasciato intenzionalmente il bimbo in auto per svolgere qualche commissione e il 46% aveva dimenticato il bambino in auto recandosi al lavoro. Casi mortali di ipertermia, sottolinea il ministero, sono stati segnalati anche in altri paesi europei e in Italia. Quindi, un monito: «Non escludere a priori che questi tragici incidenti possano capitare anche a te».

Il vademecum spiega anche che cosa succede in questi casi e fornisce alcuni consigli ai genitori. Innanzitutto: la temperatura corporea di un bambino sale da 3 a 5 volte più velocemente rispetto a quella di un adulto e l'ipertermia può verificarsi in soli 20 minuti e la morte può avvenire entro circa 2 ore. Quando fa caldo, si sottolinea nell'opuscolo, la temperatura all'interno di un'auto può salire da 10 a 15 gradi ogni 15 minuti anche aprendo i finestrini.

Il rischio di surriscaldamento dell'abitacolo dell'auto, inoltre, avverte il ministero, sussiste anche nelle giornate più fresche con temperature intorno ai 22 gradi. Quindi i consigli per prevenire questi incidenti: tra questi, chiamare subito il 112 o 113 se si vede un bimbo solo in auto, lasciare oggetti personali vicino al piccolo, aggiungere sul telefonino un apposito promemoria che può segnalare se si è portato il bimbo a destinazione, chiedere alla responsabile dell'asilo di avvertire se il bimbo non è stato accompagnato.



Salute Un team di immunologi tedeschi ha scoperto il meccanismo che ha reso il ceppo di Escherichia coli particolarmente virulento. La strage intanto non si ferma: ieri il decesso numero 40

Epidemia, nuovo identikit per il batterio killer

Federico Tulli

Come Bonnie e Clyde. C'è un micidiale connubio tra due agenti patogeni dietro l'epidemia killer provocata nell'ultimo mese in Germania dal batterio di Escherichia coli. La combinazione di una coppia di varianti del pericoloso batterio, mutato in una forma tanto aggressiva da non avere precedenti, è stata scoperta da un gruppo di ricercatori dell'Università tedesca di Muenster. Il microrganismo, si legge sulla rivista *The Lancet infectious diseases* in un articolo pubblicato dal team di immunologi guidati da Helge Karch, combina la potenza di due patogeni: uno capace di produrre la tossina enteroemorragica, l'altro in grado di attaccarsi alle pareti dell'intestino. Le analisi sono state condotte su campioni di batteri isolati da vittime e pazienti dell'epidemia che fino a ieri ha contagiato oltre 3600 persone uccidendone 40. È emerso che il batterio O104:H4 (tipologia piuttosto rara) risulta da il combinato di un E. coli enteroaggregante (capace di ammassarsi alla parete intestinale) e il Ceca, batterio produttore della tossina shiga, un veleno che può dare la sindrome emolitico-uremica (che porta a insufficienza renale acuta). In norma l'E. coli enteroemorragico provoca raramente le complicazioni viste in molti pazienti tedeschi, ma il link con le proprietà enteroaggreganti lo ha reso particolarmente virulento e resistente agli antibiotici. Anche la sequenza genetica

individuata dai laboratori in Usa e Cina nel maggio scorso, parlava di un ceppo ibrido Ehec-Ceca. Il nuovo studio aggiunge che tale mix era in circolazione, seppure in forma molto rara, da circa un decennio; e che il batterio killer è resistente a una vasta classe di antibiotici, chiamati betalattamici: in alcuni pazienti l'uso di questi antibiotici ha provocato «la distruzione dei microbi competitivi» peggiorando inesorabilmente il loro quadro clinico.

Mentre sul piano medico-scientifico la nebbia comincia a diradarsi, è ancora buio pesto per quanto riguarda la scoperta dell'origine di questa combinazione. Ieri, il vice presidente dell'Efsa, l'Authority per la sicurezza alimentare, Piergiuseppe Facelli, ha detto che il focolaio «sembrerebbe chiuso» e che «non ci sono più rischi per i consumatori». Ma nulla ha aggiunto per quanto riguarda la radice del ceppo killer. Restano in piedi svariate ipotesi. Tra queste, la più inquietante riguarda una contaminazione volontaria studiata a tavolino. Di attacco bioterroristico ha parlato apertamente la rivista spagnola *Interviú*, citando fonti dei servizi di intelligence di Madrid. Ma finché non si trova la "pistola fumante", bene che va si rimane nel campo della fantascienza. ■





Il picco arriverà nel prossimo weekend
Piano del ministero per anziani e bambini

● Caldo africano da Nord a Sud. Temperature in ascesa nei prossimi giorni, con picchi fino a 36 gradi.

L'estate esplose e il ministero della Salute vara un piano d'emergenza contro i rischi sanitari, soprattutto per anziani, bambini e malati

Landi a pagina 5

Il clou nel prossimo weekend. Il ministro Fazio: «A rischio gli anziani e i bambini»

Caldo, è mal d'Africa

Temperature roventi sino a luglio. Scatta il piano salute

	TORINO	MILANO	ROMA	NAPOLI	Il picco
Oggi	25.9°	27.3°	29.6°	29.6°	 Il caldo raggiungerà temperature record nel weekend della prossima settimana. La città più torrida sarà Bologna con 35-36 gradi. Allerta-caldo in 27 comuni italiani
Domani	25°	26.2°	32.4°	29.9°	
Domenica	28°	28.4°	31°	29°	
Lunedì	28.7°	29.2°	31.3°	30.2°	
Martedì	30.6°	31.2°	32.5°	31.3°	
Mercoledì	30.5°	31.3°	33.5°	31.5°	

di Mario Landi

ROMA - Si è fatto attendere, ma ora picchia senza pietà. Il caldo è ormai esploso da Nord a Sud, con la colonna di mercurio in costante ascesa nei prossimi giorni. Il fine settimana sarà l'antipasto, ma il vero picco arriverà nel weekend a cavallo tra fine giugno e inizio luglio, con afa da record e temperature attorno ai 35-36 gradi.

L'estate, insomma, inizia all'insegna di una canicola africana, che non risparmierà neanche le città del Nord. E con l'arrivo del grande caldo, il ministero della Salute mette in guardia contro i rischi di colpi di calore e malori, so-

prattutto per anziani, bambini e malati cronici. Dal monitoraggio costante delle temperature in 27 città italiane a un servizio informativo telefonico, le misure anticaldo sono pronte, con un'attenzione particolare, ha sottolineato il ministro della Salute Ferruccio Fazio presentando il piano, alle categorie più fragili. «Ci avviciniamo al momento della stagione più calda ed è importante - ha detto il ministro - rivolgersi alle persone più fragili, quindi innanzitutto gli anziani, i bambini, i malati cronici e i soggetti non autosufficienti. A queste persone soprattutto - ha aggiunto - consigliamo ad esempio di bere molto, almeno due litri di ac-

qua al giorno per gli adulti, e di non uscire nelle ore calde».

Il ministero, ha annunciato Fazio, «ha inoltre attivato un bollettino sulle città italiane, e quindi la situazione sul territorio sarà monitorata e tutte le informazioni saranno sul sito del dicastero della Salute». Predisposto anche un vademecum in 12 punti per scongiurare rischi per la salute. Tra i consigli, oltre alle solite raccomandazioni su acqua, frutta e verdura, l'invito a consumare pasti leggeri e frazionati durante l'arco della giornata, e quello alla corretta conservazione domestica dei farmaci, tenendoli lontano da fonti di calore e da irradiazione solare diretta.



La mappa dell'afa

I consigli per resistere al caldo



Attenzione particolare per anziani, bambini e malati cronici



Bere almeno due litri di acqua al giorno



Consumare pasti leggeri e frazionati durante l'arco della giornata



Mangiare molta frutta e verdura



Evitare di bere alcolici e limitare l'uso di bevande contenenti caffeina



Nel caso degli anziani, evitare di entrare e uscire dai supermercati con aria condizionata gelata



Abbassare la temperatura corporea con bagni e docce evitando, però di utilizzare acqua troppo fredda



Prima di entrare in un'auto rimasta a lungo sotto il sole, aprire gli sportelli per ventilare l'abitacolo

Studio a Napoli e a Rende

Malattia di Fabry,
una speranza
dalla ricerca del Cnr

NAPOLI — Un nuovo **farmaco** sperimentale appare in grado di curare alcune forme della malattia di Fabry. È frutto di una ricerca condotta dagli Istituti di calcolo e reti ad alte prestazioni e di chimica biomolecolare del Cnr insieme con l'Università Federico II. Lo studio che spiega come la bioinformatica aiuterà i pazienti affetti dalla rara patologia genetica è stato pubblicato sul *Orphanet Journal of Rare Diseases*. La malattia di Fabry può manifestarsi in forme molto diverse sia per la gravità sia per gli organi che colpisce, provocando tra gli altri danni renali e cardiaci con possibili rischi di ictus o di infarto. Insorge durante l'infanzia, ma anche in età adulta quando, a causa della sovrapposizione dei sintomi con quelli più comuni, può essere sotto-diagnosticata. Per affrontarla, i ricercatori dell'Istituto di chimica biomolecolare (Icb) del Cnr assieme ad alcuni colleghi degli Istituti di calcolo e reti ad alte prestazioni (Icar) e di biostrutture e bioimmagini (Ibb) del Cnr di Napoli e del Dipartimento di bioinformatica della Federico II, propongono una nuova terapia per via orale e più economica rispetto a quella tradizionale. «La malattia di Fabry è caratterizzata dalla mancanza o dalla scarsa attività dell'enzima alfa-galattosidasi lisosomiale», spiega Giuseppina Andreotti, dell'Icb: «I sintomi più frequenti ed evidenti sono crisi dolorose e acro-parestesie permanenti (mani e piedi si addormentano) e angiocheratoma (un tumore benigno che si diffonde nella cute). Oggi l'unica possibilità di cura è la somministrazione dell'enzima deficitario prodotto mediante biotecnologia, una terapia costosa che prevede frequenti infusioni per via endovenosa». La nuova terapia è un *chaperone farmacologico*, cioè un **farmaco** capace di migliorare la stabilità e la maturazione dell'enzima mutato, potenzialmente più economico. «Abbiamo cercato di selezionare le forme mutate dell'enzima che rispondono allo *chaperone farmacologico* — prosegue Mario Guarracino, dell'Icar di Napoli — e con l'aiuto degli strumenti matematici è stato messo a punto un metodo per predire la rispondenza di tali mutazioni». La terapia sperimentale è efficace solo per alcune forme della malattia, la cui reale incidenza non è conosciuta. «Considerando solo le forme che si manifestano nella prima infanzia, potrebbe essere di uno su centomila, ma se si considerano quelle che si manifestano nell'adulto, l'incidenza potrebbe essere almeno 10 volte più alta», sostiene Domenico Talia, direttore dell'Icar di Rende, in Calabria. Di qui l'importanza di una diagnosi precoce prima che i danni agli organi siano irreversibili.

A. L.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

