

Il paziente dovrà provare l'errore medico

Il Tribunale di Milano ribalta i rapporti negli ospedali, più facile la difesa dei dottori

di **Luigi Ferrarella**

Con una sentenza che cambia un ventennio di giurisprudenza, il Tribunale di Milano rivoluziona il sistema della responsabilità civile da *malpractice* medica a seguito della legge Balduzzi del 2012, e lo fa alleggerendo i rischi gravanti su centinaia di migliaia di medici ospedalieri: nelle cause di malasanità ricade sul paziente l'onere di provare la colpa del medico, e per agire in giudizio ci sono non più 10 anni di tempo ma 5.

a pagina 23

Rivoluzione in corsia Il paziente deve provare l'errore del medico

La sentenza che ribalta l'orientamento dei giudici

MILANO Nelle cause civili di malasanità, ricade sul paziente l'onere di provare la colpa del medico, e per agire in giudizio ci sono non più dieci anni di tempo ma solo cinque: con una sentenza che cambia un ventennio di giurisprudenza italiana il Tribunale di Milano rivoluziona il sistema della responsabilità civile da «malpractice medica» a seguito della legge Balduzzi del 2012, alleggerisce i rischi gravanti su centinaia di migliaia di medici ospedalieri, e determina due importanti novità per i pazienti in causa.

Sono tutte conseguenze del fatto che la sentenza qualifica la responsabilità del medico ospedaliero come «extracontrattuale da fatto illecito» (articolo 2.043 Codice), e non «contrattuale» (articolo 1.128) come avveniva per il medico in base alla teoria del «contatto sociale» e per l'ospedale in base all'idea di contratto obbliga-

torio atipico di «assistenza sanitaria» perfezionabile già con la sola accettazione del malato in ospedale.

L'effetto era che spesso il medico vedeva porre a suo carico l'obbligazione di risarcire il danno anche quando non era in grado di provare che avesse ben operato o che il danno fosse derivato da una causa a lui non imputabile.

Ma «tale inquadramento — ragiona ora il Tribunale milanese in un caso di paralisi di corde vocali nel 2008 al Policlinico di Milano, risarcito con 44.000 euro —, unito all'accresciuta entità dei risarcimenti liquidati, ha indubitabilmente comportato una maggiore esposizione di tale categoria professionale al rischio di dover risarcire danni anche ingenti, con proporzionale aumento dei premi assicurativi. Ed ha involontariamente finito per contribuire all'esplosione del fenomeno della cosiddetta

«medicina difensiva» come reazione al proliferare delle azioni di responsabilità promosse contro i medici».

Esattamente quanto nel 2012 si propose di arginare il comma 1 dell'articolo 3 del decreto legge dell'allora ministro della Sanità nel governo Monti, Renato Balduzzi, oggi neo-componente del Consiglio Superiore della Magistratura: il medico «che si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2.043 del Codice civile».

Quest'ultimo inciso era stato sinora depotenziato sia dai giudici di merito sia dalla Cassazione, spesso declassato quasi a svista o a equivoco del legislatore.

Ma ora il Tribunale di Milano non si sente «autorizzato a ritenere che il legislatore abbia

ignorato il senso del richiamo alla norma cardine della responsabilità da fatto illecito», anzi il fatto che «si sia premurato di precisarlo in sede di conversione del decreto» fa escludere sia stata una svista.

«Compito dell'interprete non è quello di svuotare di significato la previsione normativa, bensì di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore»: con quello che ne consegue «in tema di riparto dell'onere della prova» (cioè non è più il medico a dover provare la propria correttezza, ma il paziente a dover provare la colpa del medico), e in tema «di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno» (5 anni invece di 10).

Per la sentenza del giudice Patrizio Gattari, che non è una fuga in avanti isolata ma una elaborazione condivisa dall'intera prima sezione civile del

Tribunale, non si rischia «un'apprezzabile compressione» del diritto alla salute del paziente, perché la responsabilità di tipo contrattuale resta attivabile contro l'ospedale invece che contro il medico: anzi, secondo il Tribunale di Milano, «ricondere la responsabi-

lità del medico nell'alveo della responsabilità da fatto illecito dovrebbe favorire l'alleanza terapeutica fra medico e paziente, senza che venga inquinata (più o meno inconsciamente) da un sottinteso e strisciante "obbligo di risultato" al quale il medico non è normativamente

tenuto, spesso alla base di scelte terapeutiche difensive, pregiudizievoli per la collettività e talvolta anche per le stesse possibilità di guarigione del malato».

I criteri di imputabilità di medico e ospedale sono dun-

que distinti, ma, nel caso di condanna di entrambi, ospedale e medico restano chiamati in solido a risarcire il danno (articolo 2.055) perché «unico» è «il fatto dannoso».

Luigi Ferrarella

lferrarella@corriere.it

REPUBBLICA RISERVATA

Il caso

● La sentenza del Tribunale di Milano su un caso di malasanità rivoluziona la giurisprudenza in materia: è il paziente che deve provare l'ipotetico errore medico, non il contrario

● Per la prima volta viene recepita la sostanza della legge Balduzzi (2012), finora diversamente interpretata dai giudici

2043

l'articolo del Codice civile che qualifica la responsabilità extra contrattuale, cioè nata fuori dal contratto per un fatto illecito

44

Mila euro È il risarcimento concordato nel 2008 dal Policlinico di Milano per un paziente rimasto paralizzato alle corde vocali

Il decreto

Il Tribunale di Milano trae le conseguenze del decreto Balduzzi del 2012

Prescrizione

Per fare causa al sanitario ci saranno cinque anni di tempo e non più dieci



la Repubblica

LECCE

Vietata donazione del sangue a una coppia dello stesso sesso

LECCE. «Siete omosessuali, siete soggetti a rischio, non potete donare il sangue». Momenti di tensione nell'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina, nel Lecce, dove sono dovuti intervenire i carabinieri dopo che era stato impedito a una coppia di ragazzi di donare sangue. I due uomini si sono presentati nel reparto immunotrasfusionale ma si sono sentiti rispondere dai responsabili del centro che non era possibile.

Il personale che ha svolto il colloquio pre-prelievo ha invitato i due uomini, donatori da anni, a tornare a casa ritenendo che fossero soggetti a rischio. «Un'infermiera ha provato a dissuaderci dicendo che già in passato il nostro sangue era stato buttato», spiega Salvatore Antonio Schimera Ceci che ha denunciato i fatti, assieme al

compagno Beniamino Sabetta.

Il responsabile del centro si è difeso dicendo che era un pregiudizio, ma aveva applicato la legge. Una spiegazione che la coppia non ha accettato. I due così hanno deciso di chiedere l'intervento dei carabinieri che sono arrivati in ospedale assieme al loro avvocato. Solo alla fine è stato possibile fare il prelievo. L'addetto al prelievo stesso ha fatto un passo indietro, invitandoli poi a tornare perché — avrebbe detto — non esiste alcuna norma che vieta agli omosessuali di donare il sangue. Il direttore generale della Asl Lecce, Valdo Mellone, ha avviato accertamenti sulla questione del sangue buttato: «Si tratta di un grossolano errore che ha i connotati di una discriminazione, ma credo che il medico abbia agito in buona fede».

Il caso

Vogliono donare sangue «No, siete omosessuali»

Non potete donare il sangue perché omosessuali. Così Salvatore Antonio Chimera Ceci e il suo compagno, Beniamino Sabetta, si sono sentiti rispondere all'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina, in Salento. Il medico che ha svolto il colloquio pre-prelievo ha invitato i due uomini, donatori da anni, a tornare a casa ritenendo che fossero soggetti a rischio. I due hanno protestato, chiamando i carabinieri e il loro avvocato. Alla fine il medico ha fatto marcia indietro, sostenendo che non esiste alcuna norma che vieta agli omosessuali di donare sangue. Così il direttore generale della Asl Lecce, Valdo Mellone: «Si tratta di un grossolano errore che ha i connotati di una discriminazione vietata anche dalla nostra Costituzione».



PROTESTE IN PUGLIA

Il medico nega al gay la donazione di sangue Ma poi ci ripensa

CARMINE FESTA
GALATINA (LECCE)

«Conosciamo la sua condizione. Ci dispiace, ma lei il sangue non lo può donare». Antonio Schimera Ceci 32 anni, designer omosessuale salentino si è sentito rispondere così quando ieri mattina è andato all'ospedale di Galatina per fare un'opera di bene: donare il sangue. Ma ieri una infermiera che lo conosce avrebbe sussurrato ai medici dell'omosessualità di Antonio. In un primo momento a nulla sono valse le spiegazioni fornite da Antonio: che ha un compagno stabile da 11 anni, che entrambi sono in ottima salute e che aveva già donato il sangue in precedenti occasioni. L'infermiera avrebbe anche aggiunto che la sacca con il plasma prelevato ad Antonio la volta scorsa sarebbe stata poi in realtà buttata via. E per evitare la stessa cosa questa volta sarebbe stato meglio non farlo donare proprio. Come si è sentito Antonio di fronte a questo rifiuto? «Umiliato e offeso - racconta il designer - perché il rifiuto alla donazione è avvenuto davanti ad altre persone che potrebbero aver pensato che io e il mio compagno fossimo malati o cos'altro». Il responsabile del veto sarebbe stato il dottor Catello Mangione. Per il

dottor Mangione Antonio Schimera Ceci ed il suo compagno rientrerebbero tra le coppie con comportamenti sessuali a rischio e dunque impossibilitate a donare. A nulla sono valse anche le elencazioni di precedenti donazioni che il designer ha potuto dimostrare: Tricase, Lecce, Cutrofiano e nello stesso ospedale di Galatina. Niente da fare. La legge alla quale si è appellato il dottor Mangione è il decreto ministeriale 3 marzo 2005 che identifica i «comportamenti sessuali a rischio» e - aggiunge l'Avis - dice che spetta al medico valutare indipendentemente dall'orientamento sessuale del soggetto, se vi siano comportamenti a rischio. Antonio e il suo compagno hanno anche chiamato i carabinieri per poter effettuare la donazione di sangue. Ma i militari arrivati in ospedale non hanno potuto far altro che assistere alla discussione dai profili sanitari tra il potenziale donatore e il medico. La lunga mattinata in ospedale per Antonio e il suo compagno si è conclusa quando il tira e molla sulla possibilità di donare il sangue è finita con la donazione stessa. E sì perché alla fine di discussioni e tensioni, Antonio è riuscito a fare ciò che avrebbe voluto fin dal mattino quando ha deciso di raggiungere l'ospedale per donare il suo sangue.



TUMORI: ANCHE QUELLO AL COLON REGOLATO DA UN ORMONE

(AGI) - Filadelfia, 12 ott. - Anche il cancro al colon, come quello dell'utero e del seno, potrebbe essere correlato a un disfunzionamento ormonale. Se così fosse, si potrebbe pensare a una terapia ormonale sostitutiva per i pazienti a rischio di sviluppare questa particolare forma di cancro. Lo rivela uno studio realizzato da ricercatori della Thomas Jefferson University che hanno pubblicato i risultati della loro ricerca sulla rivista *Cancer, Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. I ricercatori, guidati da Scott Waldman hanno analizzato il tessuto intestinale di 281 pazienti affetti da cancro al colon e hanno osservato, in riferimento a quello di pazienti sani, una drastica riduzione di un particolare ormone, la guanilina. Si tratta di un ormone particolare che viene prodotto in loco dalle stesse cellule e viene assorbito da un particolare recettore: GUCY2C. Questo ormone regola la rigenerazione delle cellule della parete intestinale, e dato che in questo tratto particolare dell'intestino il riciclo cellulare avviene ogni tre giorni in media e' evidente la funzionalità di questo ormone: senza segnali che mantengono la divisione cellulare, e' piu' probabile che si verifichi la divisione cellulare abnorme, che puo' portare al cancro. I ricercatori hanno anche osservato un calo fisiologico della produzione di questo ormone con l'eta' e questo potrebbe essere associato ad una incidenza piu' elevata di questo particolare tipo di cancro nelle persone over 50. (AGI)

Lunedì 13 OTTOBRE 2014

Tumore del pancreas: un *big killer* poco conosciuto

Dodicimila casi in Italia ogni anno, con una sopravvivenza media che spesso non supera l'anno. E' un tumore insidioso perché dà sintomi sfumati e tardivi: metà dei casi alla diagnosi è già in fase metastatica. Dagli anni '90 ad oggi, su 33 trial clinici di terapie contro questo tumore, solo 3 hanno prodotto risultati soddisfacenti. Le speranze sono adesso appuntate sull'ultimo arrivato, il nab-paclitaxel.

E' un tumore 'Cenerentola', poco noto al grande pubblico perché non se ne parla molto. Purtroppo però è anche uno dei grandi *big killer* in ambito oncologico, come rivelano i dati epidemiologici. Il tumore del pancreas è infatti l'unico tumore per il quale i dati di incidenza e quelli di prevalenza coincidono. I pazienti infatti muoiono in genere a meno di un anno dalla diagnosi e, ancora prima, quelli che alla diagnosi si presentano già in fase metastatica (mediana di sopravvivenza 3-6 mesi), che sono poi oltre la metà dei casi. Il tumore del pancreas rappresenta attualmente la quarta causa di morte per tumore in Europa con oltre 80 mila decessi l'anno, subito alle spalle del tumore della mammella (oltre 88 mila decessi l'anno), entrambi preceduti dai due *big killer* per eccellenza: il tumore del colon-retto oltre 167 mila decessi l'anno) e del polmone (circa 270 mila decessi l'anno).

“Di tutti i tumori – ricorda il professor **Afredo Carrato**, direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Ospedale Universitario 'Ramon y Cajal' di Madrid – quello del pancreas è l'unico che continua ad essere associato a *trend* sfavorevoli sia negli uomini che nelle donne ed è anche l'unico a mostrare un aumento della mortalità tra gli uomini. I principali fattori di rischio per tumore del pancreas sono l'obesità, il fumo di sigaretta e la familiarità; altri fattori di minor importanza sono rappresentati dall'età, il sesso maschile, l'essere affetti da diabete, l'esposizione occupazionale ad alcuni solventi e al nickel, una dieta ricca di grassi e di carni rosse processate.”

Lo scorso mese di marzo, è stato pubblicato l'*European Pancreatic Cancer Index* (EPCI), il primo report mai realizzato in Europa sulla gestione del tumore del pancreas nei Paesi europei. Dai risultati è evidente come a questo tumore, che fa un numero di morti vicino a quelli causati dal cancro della mammella, non viene dedicata grande attenzione in generale; manca addirittura il monitoraggio degli esiti delle terapie in 4 Paesi su 5. L'EPCI ha dunque stilato, basandosi su 30 indicatori (dai diritti dei pazienti, alle cure palliative, dalla diagnosi all'accessibilità alle cure, ecc) una sorta di classifica dei Paesi più virtuosi nella gestione complessiva di questo tumore, nella quale l'Italia occupa un dignitoso decimo posto. Nella '*top five*' si trovano invece Paesi Bassi, Danimarca, Francia, Irlanda, Regno Unito. Un esercizio che non serve solo ad individuare i primi della classe: i pazienti dei Paesi nei posti alti di questa classifica hanno una probabilità di sopravvivenza doppia rispetto agli altri.

“E' fondamentale migliorare l'*awareness* della popolazione e dei medici di famiglia su questo tipo di tumore – sostiene **Carrato** - anche alla luce del fatto che il tumore del pancreas è destinato a diventare la seconda causa di morte per tumore in Europa entro il 2020. Spesso questo tumore viene diagnosticato in fase già metastatica; ma anche quelli ancora trattabili chirurgicamente possono avere una prognosi sfavorevole; la diagnosi precoce e un trattamento tempestivo rimangono un *must*”.

“E proprio per aumentare le conoscenze e la consapevolezza su questo tumore – spiega **Fortunato Ciardiello**, Professore Ordinario di Oncologia Medica della Seconda Università degli Studi di Napoli e

Presidente eletto dell'ESMO (*European Society of Medical Oncology*) - l'AIOM ha promosso l'iniziativa 'PanCrea: creiamo informazione', in collaborazione con AIMaC, FAVO e la Fondazione 'Insieme contro il cancro'. Si tratta della prima campagna nazionale di informazione e sensibilizzazione sul tumore del pancreas che si articola attraverso la distribuzione di opuscoli informativi, sondaggi tra gli oncologi e i cittadini, un sito web dedicato (www.tumorepancreas.org) e un tour in sette Regioni, partito all'inizio dell'anno (il 7 ottobre c'è stata la 'tappa' napoletana). L'iniziativa, che coinvolge gli specialisti oncologi, i medici di famiglia della SIMG, le associazioni dei pazienti e le istituzioni, si avvale del supporto incondizionato di Celgene.

Il tumore del pancreas non è un tumore raro – prosegue **Ciardello** – visto che colpisce circa 12 mila italiani ogni anno; viene purtroppo diagnosticato in genere in fase avanzata (localmente avanzata o addirittura metastatica), perché è un organo profondo retroperitoneale, che dà una sintomatologia clinica molto tardiva e aspecifica; non più del 20% dei pazienti viene diagnosticato in tempo per andare incontro ad un intervento chirurgico potenzialmente curativo. La situazione è resa ancora più grave dall'assenza di un programma di *screening*. Non resta dunque altro da fare che sensibilizzare i medici all'esistenza di questa forma tumorale e la popolazione generale all'importanza della prevenzione primaria: dieta mediterranea, esercizio fisico, poco alcool e niente sigarette”.

Esistono al momento solo tre farmaci approvati per il trattamento del carcinoma del pancreas in fase metastatica; e non per mancanza di ricerche in questo campo. Dagli anni '90 ad oggi si è infatti assistito al 'naufragio' di una trentina di *trial* clinici di fase 3 sul tumore del pancreas, che non hanno dato i risultati sperati. Solo 3 hanno dato risultati positivi.

“Prima del 1997 – ricorda **Carrato** – esisteva solo la monoterapia con il 5-fluorouracile; poi è arrivata la gemcitabina che, dimostrando di poter migliorare la sopravvivenza, è diventata lo standard di cura. Siamo dovuti arrivare al 2007 per trovare un altro farmaco, l'erlotinib, che associato alla gemcitabina ne migliorasse la *performance* (ma l'aumento della sopravvivenza è stato in media di appena 15 giorni). Nel 2011 lo schema FOLFIRINOX (5-fluorouracile, irinotecan, oxaliplatino) ha dimostrato un miglioramento dei tassi di risposta e di sopravvivenza, ma è anche associato ad una maggiore tossicità. Infine nel 2013, il *trial* MPACT ha imposto l'associazione di Nab-paclitaxel con gemcitabina come la terapia più efficace per il carcinoma del pancreas in fase metastatica”.

“In generale – spiega il professor **Ciardello** – il tumore del pancreas è poco sensibile ai farmaci citotossici chemioterapici e anche gran parte dei tentativi fatti finora con farmaci a bersaglio molecolare, i moderni biologici, non hanno portato a grandi risultati. Per molti anni abbiamo utilizzato solo la gemcitabina, che migliorava la qualità di vita del paziente, agendo soprattutto sui sintomi, in particolare sul dolore, e aveva un modesto impatto sulla sopravvivenza. I pazienti in fase metastatica avevano comunque un'aspettativa di vita di 6-15 mesi. Negli ultimi tempi le cose sono un po' cambiate, con l'introduzione in terapia dello schema FOLFIRINOX, che però essendo molto tossico può essere utilizzato solo nei pazienti con un buon *performance status* di base. L'altra novità degli ultimi tempi è rappresentata dal Nab-paclitaxel (paclitaxel legato alla nano-albumina). Già registrato da qualche tempo per il carcinoma della mammella metastatico, si è dimostrato molto efficace sull'aumento di sopravvivenza, in combinazione con la gemcitabina, in prima linea di terapia nel carcinoma del pancreas metastatico. In un piccolo gruppo di pazienti (il 5-10% del totale) con carcinoma del pancreas in fase metastatico, si riesce a fare una buona terapia di prima linea e anche una seconda linea; questo ha portato la sopravvivenza anche a 20-24 mesi.

In futuro – conclude **Ciardello** - sono attesi i risultati di uno studio in adiuvante (dopo chirurgia radicale) che confronta la gemcitabina all'associazione gemcitabina con Nab-paclitaxel. Nonostante la complessità biologica della malattia inoltre si sta tentando di capire sempre meglio quali sono i geni alterati, i *pathway* molecolari importanti in questo tumore, per cercare di identificare dei sottogruppi di pazienti che possano giovare meglio di un approccio più personalizzato con dei farmaci a bersaglio molecolare specifico.

Purtroppo per questo tumore non abbiamo al momento alcuna terapia a bersaglio che funzioni”.

Maria Rita Montebelli

IL MINISTRO LORENZIN

“Tracciamo chi arriva dai Paesi a rischio”

di Marco Lillo

Maggior vigore per contrastare il rischio Ebola. Questo ha chiesto Beatrice Lorenzin nella lettera spedita, insieme al commissario europeo alla Salute Tonio Borg, ai suoi colleghi del resto d'Europa per convocare il vertice di giovedì. Per dare l'esempio, racconta al Fatto il ministro, “abbiamo già realizzato simulazioni di emergenza Ebola nell'aeroporto di Fiumicino e ora continueremo negli ospedali come lo Spallanzani”. Nella sua veste di rappresentante della Presidenza del Consiglio dell'Unione durante il semestre italiano Lorenzin ha scritto ai colleghi dell'UE: “Noi (Io e Borg, Ndr) crediamo che dovremmo impegnarci con maggior vigore su questo tema (Ebola Ndr) a un livello di Unione Europea. E crediamo sia doverosa una discussione a livello europeo sulla necessità di misure per rafforzare i controlli in entrata nei punti di ingresso diretto nell'UE e su quali possano essere queste misure”.

Ministro Beatrice Lorenzin, alle 11 di giovedì a Bruxelles - su sua iniziativa - è stato convocato un vertice europeo sull'epidemia di Ebola. Ci dobbiamo preoccupare?

Non bisogna fare allarmismo ma bisogna dire ai cittadini le cose come stanno. Prima dell'estate eravamo all'interno di una crisi nell'Africa occidentale che l'Oms pensava di poter confinare a centinaia di casi. Oggi siamo a 8 mila casi e Oms e Onu prevedono si possa arrivare a 20 mila intorno a Natale, prima che il virus decresca in seguito a massicci interventi. La gestione della crisi deve essere coerente con lo scenario. L'Europa e l'Italia in particolare sono attrezzate per affrontare questa emergenza. Tutti

però devono seguire le regole e i protocolli. Diciamo che dobbiamo prepararci a gestire ogni evenienza in modo attento e responsabile anche se ragionevolmente non dovrebbe verificarsi.

Qual è il rischio principale?

Per curare 20 mila casi ci saranno tanti operatori impegnati nei paesi ad alto rischio cioè Liberia, Guinea e Sierra Leone. Stiamo parlando di eroi. Io ho parlato con alcuni di loro e mi hanno raccontato che non si danno neanche la mano per mesi, proprio per evitare pericoli. La storia dei pochi casi segnalati in Europa dimostra però che il problema può venire proprio da questi operatori o da residenti, che sono entrati in contatto con i malati, non sono sintomatici e possono a loro volta diventare veicolo di contagio.

C'è stato il caso del dottore tedesco che, prima di mostrare i sintomi, ha partecipato a un brindisi in Sierra Leone con altri cooperanti tra cui un italiano di Emergency, poi ricoverato allo Spallanzani per cautela.

Si e c'è il problema dei voli dove si triangola. Dopo essere atterrato in Europa dall'Africa occidentale con un volo diretto l'operatore o anche chi viaggia per altri motivi, potrebbe spostarsi con altri voli senza che nessuno sappia la provenienza originaria, anche verso l'Italia, che non ha voli diretti con i tre Paesi a maggior rischio Ebola. Un'ipotesi che io mi sentirei di appoggiare è quella di realizzare delle aree di compensazione per gli operatori all'arrivo in Europa oppure nei paesi di provenienza.

Non c'è già un obbligo di quarantena per gli operatori entrati in contatto con i malati?

No, non c'è e non è facile introdurlo. Bisogna immaginare delle procedure alle quali gli Stati europei possano aderire. Comunque secondo me il tema fondamentale è la tracciabilità

delle persone che provengono dai paesi a rischio.

Gli Stati europei sono divisi sulla predisposizione di controlli all'ingresso negli aeroporti europei. Lei che ne pensa?

Sono utili, anche se sono più utili i controlli alla partenza dall'Africa. La cosa più importante è bloccare in Africa l'epidemia e non farla trasformare in pandemia.

Cosa possono fare gli Stati europei nei luoghi di partenza per limitare i rischi di contagio?

Giovedì io chiederò a tutti i Paesi europei di innalzare i livelli di sicurezza e di informazione. Chi sale su un aereo diretto in Europa deve sapere esattamente quali sono i sintomi di Ebola e a quale numero deve telefonare se c'è un dubbio. Attiviamo un numero verde al ministero, oltre alle informazioni sul nostro sito. Poi una proposta che mi sembra sensata è quella di dislocare medici europei negli aeroporti dei paesi a rischio.

Pensa di inviare i medici italiani negli aeroporti di Liberia, Sierra Leone e Guinea?

È una proposta che stiamo valutando. Ma è importante un coordinamento europeo. Ed è un tema che io voglio porre nell'incontro di giovedì.

Un passeggero sbarcato a Parigi dalla Liberia potrebbe prendere un volo per Roma senza che il nostro sistema sanitario ne sappia nulla?

Per evitare che accada bisogna rafforzare la cooperazione a livello europeo e mi sembra sensata la proposta di un registro con un controllo serrato nei paesi di partenza. I passeggeri devono essere informati e tracciabili. Già adesso noi abbiamo prolungato a 21 giorni la conservazione delle liste dei passeggeri. Comunque, appena viene segnalato un sospetto, in Italia scatta un sistema di allerta che attiva immediatamente

procedure di isolamento e i falsi allarmi sono serviti per simulare situazioni di rischio. In questi giorni abbiamo effettuato simulazioni a Fiumicino e continueremo negli ospedali preposti, come lo Spallanzani e il Sacco di Milano, centri di alto isolamento che il mondo ci invidia.

UN PROBLEMA DI PROFILASSI GLI OPERATORI CHE SI DEDICANO ALLA CURA DEI MALATI IN AFRICA SONO EROI, MA RISULTANO ANCHE I VETTORI DEL VIRUS IN EUROPA



Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin Ansa

LE IPOTESI DEGLI ESPERTI

Fermare il virus prima di finire sotto assedio

di **Emiliano Liuzzi**

Quando una malattia diventa epidemica? Siamo davvero vicini a vedere il Paese stravolto, con le scuole, gli uffici pubblici, perfino cinema, teatri, mezzi di trasporto, bloccati per evitare il contagio? È questo che rischiamo con Ebola? I virologi assicurano che "l'emergenza allo stato attuale non esiste". Ma anche su questo iniziano a dividersi. Fino a un mese fa neanche si pensava al fatto che potesse varcare i confini dell'Africa, Sierra Leone e Liberia, in particolare. Oggi l'ipotesi si fa più concreta. I non allarmisti si basano sul fatto che i tempi di incubazione sono al massimo di 21 giorni. E la diagnosi è rapida. Ma proviamo a pensare a un allarme. Cosa accadrebbe?

Trasporto aereo. Un decalogo è già attivo. A Roma Fiumicino o Milano Malpensa, queste le due destinazioni dove può atterrare un aereo con a bordo un caso sospetto di ebola, basta che la persona abbia la febbre per essere considerata a rischio. Qui sono attive 24 ore su 24 le procedure di emergenza. Il comandante segnala il caso sospetto e l'aereo viene fatto atterrare in una piazzola riservata. Qui ci sono ambulanze speciali ad alto bio-contenimento da cui intervengono medici protetti da tute Classe 3 con guanti e mascherine. Sull'aereo non può né salire né scendere nessuno fino a che i medici non hanno preso in carico il paziente. I più vicini, familiari o passeggeri, vengono ricoverati per controlli. Gli altri devono compilare una scheda da consegnare in aeroporto con i propri dati in modo da poter essere ricontattati.

Contagio da cadavere. Nel periodo di incubazione, Ebola non è contagiosa. Ma le persone infette rimangono contagiose anche da morte. I cadaveri andrebbero cremati come già il governo liberiano ha da poco disposto.

Ospedali. La pratica di occuparsi a casa propria dei malati, senza portarli nelle strutture ospedaliere preposte - pare che nei paesi colpiti dall'epidemia si stia pure diffondendo la leggenda che siano stati i medici occidentali a diffondere il virus - aumenta del 20 per cento la possibilità di contagio. A New York, è bastato che una persona tornasse dall'Africa

Occidentale con sintomi gastrointestinali, perché fosse messa in isolamento all'interno dell'ospedale Mount Sinai di Manhattan con tanto di cordoni di emergenza e tute da catastrofe atomica. Impossibile pensarlo in Italia dove i posti letto negli ospedali sono limitati, spesso esauriti, anche senza emergenze. La situazione sarebbe fuori controllo.

Scuole chiuse. In caso di emergenza il primo provvedimento sarebbe quello di chiudere le scuole e le università. Una pratica che avviene già in condizioni climatiche particolarmente avverse. In questo caso la chiusura spetterebbe ai sindaci dei Comuni, ma non sarebbe escluso un provvedimento di tipo nazionale. La chiusura sarebbe giustificata dal fatto che si tratta di ambienti chiusi e frequentati anche dai bambini che potrebbero venire a contatto senza nessun controllo.

Uffici, metro e stazioni. Al momento sarebbe paradossale pensare a un provvedimento di chiusura degli uffici e delle stazioni ferroviarie o della metropolitana. Anche perché l'ebola non viene trasmessa per via aerea. Una qualsiasi persona potrebbe entrare a contatto con un malato e non diventare soggetto a rischio. Inoltre c'è un dato molto evidente: i malati hanno sintomi influenzali con febbre a 40, dolori fortissimi alle ossa, difficoltà a stare in piedi. Improbabile che un malato possa viaggiare in treno, in metropolitana o recarsi in ufficio. Ma siamo ancora nel campo delle ipotesi. Risposte certe non ce ne sono e non arriveranno a breve.

PRIME MISURE A FIUMICINO E MALPENSA GIÀ PREVISTO UN PROTOCOLLO D'EMERGENZA. SE IL RISCHIO AUMENTASSE CHIUSI SCUOLE E LUOGHI PUBBLICI



L'INFETTIVOLOGO

Galli: "L'Italia rischia meno, ma bisogna agire subito"

di Paola Porciello

Non è la prima volta che il mondo si trova ad affrontare il virus Ebola. Quella in corso in Guinea, Sierra Leone e Liberia è la dodicesima epidemia dal 1976, anno in cui il virus fece la sua prima comparsa in Africa. "Questa volta però è cambiata qualcosa. C'è una grossa epidemia nell'uomo che si è evoluta in un periodo di tempo circoscritto in paesi dove il virus non era mai stato osservato. A partire da dicembre 2013 - secondo l'ultimo rapporto dell'Oms - ci sono stati 8399 casi con 4033 decessi. Un grado di letalità vicino al 50%". Massimo Galli, direttore della Divisione universitaria Malattie infettive e tropicali dell'Ospedale Sacco di Milano e Professore ordinario di Malattie infettive dell'Università di Milano, ricostruisce la probabile origine di questa epidemia: "Parliamo di una delle 5 specie virali che appartengono al genere ebola virus, il cui serbatoio naturale è probabilmente costituito da più specie di pipistrelli della frutta. Il virus esce sempre dalla foresta profonda. Ogni volta però, il ceppo implicato è diverso dai precedenti. Questa volta è successo in una zona altamente martoriata e deforestata della Guinea, forse a seguito di un'alterazione dell'habitat degli animali serbatoio che hanno dovuto cercare da mangiare altrove, avvicinandosi alle zone abitate dall'uomo". Dalla Guinea l'epidemia si è poi allargata alla Sierra Leone e alla Liberia attraverso una catena umana di infezioni. A giocare un ruolo determinante nella sua diffusione i rituali tradizionali che accompagnano il funerale, durante il quale i parenti entrano in contatto fisico con il defunto. "Quasi sempre al momento del decesso ci sono imponenti fenomeni emorragici, perdita di fluidi e discontinuità della cute - spiega Galli. Una delle indicazioni fon-

damentali è che i deceduti per ebola vengano gestiti col massimo delle cautele da personale specializzato e attrezzato con indumenti protettivi, usando i sacchi per i cadaveri. Un intervento difficile da accettare da parte dei familiari del defunto".

Medici e infermieri che si trovano ad affrontare la crisi nei tre paesi africani sono i più esposti al rischio di contagio: "I fatti parlano chiaro. Sono morti 232 ope-

partire dai paesi direttamente interessati e il livello d'allerta si deve alzare lì dove può arrivare potenzialmente il problema. Tutto dipende dalla capacità che si ha di arrestare in tempi brevi la diffusione dell'epidemia in Africa. Se ciò non accade il rischio diventa più elevato per tutto il mondo e non solo per il nostro paese". Ma si tratta di paesi poveri con risorse limitate. Due dei quali devastati di recente da guerre civili, e tutti con

contraddizioni interne che hanno portato a uno sfruttamento del tutto deregolato e pericoloso delle risorse forestali. "L'Oms sta premeendo per avere maggiori risorse utilizzabili sul posto. Sta di fatto che i livelli attuali di intervento non sono stati sufficienti a fermare l'epidemia. Ci deve essere garanzia del controllo del territorio da parte dei governi locali. In quei paesi l'ebola è una novità assoluta. Le persone vengono portate in isolamento, dal quale solo il 40% esce vivo. Una situazione che genera sospetto e paura nelle popolazioni locali che faticano a collaborare con le autorità sanitarie. Anche per questo è indispensabile impiegare più risorse materiali e umane. Quello che è stato fatto finora non basta. Nelle zone colpite dall'epidemia la situazione è attualmente fuori controllo".

Per quanto riguarda le coste siciliane e il rischio dovuto agli sbarchi dei migranti Galli ci tiene a precisare: "Si tratta di affermazioni errate e pericolose. È impossibile che un individuo attraversi l'Africa via terra per raggiungere i luoghi da cui partono i barconi impiegando meno del tempo complessivo di incubazione, senza quindi aver sviluppato prima la malattia. Non bisogna farsi prendere dalla cultura del sospetto ed è bene tenersi informati: se siamo stati in Africa più di 21 giorni fa e abbiamo la febbre alta oggi, non dobbiamo pensare di avere l'ebola".

Twitter @PaolaPorciello



Sacche di sangue prelevate per l'emergenza Ansa

ritori sanitari su 401 che si sono infettati. Questo sottolinea il fatto che sono più esposti rispetto alla media della popolazione. Anche nel gruppo di autori del lavoro scientifico pubblicato pochi giorni fa su *Science*, ci sono stati 5 decessi". Dopo i casi registrati negli Stati Uniti e in Spagna, l'allarme sta arrivando anche nel nostro Paese. Non avendo voli di linea diretti con le zone colpite dall'epidemia, l'Italia è considerata a basso rischio. "La limitazione del rischio e del danno deve

FARMACI E VACCINI

Guarire si può, se la diagnosi è entro le 48 ore

di Chiara Daina

Quattro mila vittime e poco più di otto mila casi di persone infettate. Un bilancio di uno su due. L'epidemia di Ebola più drammatica della storia. Una psicosi da contagio che si estende a tutte le latitudini del mondo. Perché quello che fa più paura è la mancanza di una terapia specifica per uscirne vivi. Al momento, i farmaci e i vaccini studiati apposta per curare il virus sono stati sperimentati solo sugli animali e devono ancora superare i test sull'uomo. "Interveniamo con terapie di supporto: reidratazione del corpo, somministrazione di antidolorifici e antibiotici se ci sono altre infezioni", spiega Antonino Di Caro, direttore del laboratorio di microbiologia dell'ospedale Spallanzani, centro di riferimento nazionale per l'Ebola, e team leader di due recenti spedizioni, una in Guinea, l'altra in Liberia, due degli stati africani più martoriati dalla malattia assieme alla Sierra Leone. "Sopravvive chi ha un sistema immunitario in grado di produrre gli anticorpi contro il virus". Di Caro ha lavorato sul campo nelle strutture di Medici senza frontiere.

"I CASI SOSPETTI vengono isolati nelle tende. Prima della diagnosi li teniamo a distanza tra di loro con dei separé. Ma poi non ci sono gli strumenti per monitorare le fasi successive della malattia". Il periodo di incubazione è fulmineo, dai due giorni ai 21. "I farmaci testati sugli animali funzionano se presi entro 48 ore dalla manifestazione dei sintomi". Ne esistono almeno due ad azione diretta sul virus che potrebbero presto entrare nella fase clinica dei test. Il dottore americano Kent Brantly e la sua infermiera, che hanno contratto l'ebola in Liberia, sono stati curati con lo Zmapp, un siero sperimentale ricavato dalle foglie

di tabacco ogm. Le dosi però sono terminate. "Il punto è che non si sa se siano guariti davvero grazie al siero o per le condizioni fisiche non troppo compromesse" sottolinea il medico dello Spallanzani. Un siero anti-ebola, forse, avremmo già potuto averlo in commercio, ma quando nel 2007 il team di Antonio Lanzavecchia, direttore dell'Istituto di Biomedicine di Bellinzona, stava lavorando alla terapia nessuna industria farmaceutica era interessata: pochi pazienti, niente affari. E il progetto senza i finanziamenti sufficienti si è arenato. Solo negli ultimi mesi, con l'emergenza, sono partiti i test sugli animali negli Stati Uniti. "Si tratta di anticorpi prodotti in laboratorio iniettati nel paziente che a differenza del vaccino, attivo solo dopo alcune settimane, forniscono una protezione immediata. - spiega Lanzavecchia -. Siamo in attesa dei risultati, per ora non abbiamo niente da vendere e nessuna azienda si è fatta avanti".

SUL FRONTE dei vaccini, la società italiana di Biotech Okairos in collaborazione con il National Institute of Health (Usa), ne ha prodotto uno nei laboratori di Pomezia, recentemente approvato dalla Fda (l'agenzia americana per la regolamentazione dei farmaci) per trials clinici nell'uomo, iniziati oggi negli Stati Uniti e in UK. "Non so quando sarà pronto il vaccino. - dichiara Riccardo Cortese, il fondatore della società, che ha sede a Basilea ed è finanziata da capitali svizzeri, olandesi, tedeschi e americani -. I diritti di tutti i nostri vaccini - aggiunge -, compreso questo, li ha comprati la GlaxoSmithKline nel 2013".

Un'indagine uscita su *Lancet* un anno fa, dimostra che su 336 farmaci autorizzati tra il 2000 e il 2011, solo 4 (tre per la malaria e uno per la diarrea tropicale), cioè l'uno per cento, erano destinati alla cura delle malattie dei poveri.



VIRUS
Le aziende farmaceutiche sono al lavoro alla ricerca di un farmaco o di un vaccino che blocchi ebola



Ebola in Italia, non tutto pronto

AMMISSIONI IL SOTTOSEGRETARIO DE FILIPPO HA RISPOSTO AL M5S CHE SI "IMPONGONO ULTERIORI INIZIATIVE". BASTANO I CINQUE MILIONI E GLI 88 MEDICI PREVISTI?

di **Salvatore Cannavò**

Se arriva Ebola in Italia, il nostro paese è pronto? La ministra Lorenzin ha in parte risposto nell'intervista che pubblichiamo a pagina 6.

Ma ad avanzare dei dubbi circa la reale preparazione del governo, nei giorni scorsi, è stato il Movimento 5 Stelle che su questo argomento ha presentato, venerdì scorso, un'interpellanza urgente alla Camera a firma della deputata Giulia Grillo (nessuna parentela con il leader, ndr.). Il fatto che lei stessa si sia ritenuta "parzialmente soddisfatta" dalle risposte del sottosegretario alla Sanità, Vito De Filippo, conferisce a questa testimonianza un valore interessante.

Su Ebola, infatti, come sottolineano al ministero della Salute, si dicono molte cose e si avanzano molti allarmi. La situazione, spesso, sfugge di mano anche alla comunicazione perché la tendenza ad amplificare l'emergenza è spesso funzionale ad altri scopi.

Il caso spagnolo, il primo contagio in Europa a destare tanta emozione, si è poi caricato di significati più ampi perché gli stessi colleghi dell'infermiera infettata hanno scritto una lettera al governo denunciando il peso dei tagli alla sanità come causa fondamentale dell'incuria che ha provocato il contagio. Un punto che riguarda i sistemi sanitari di mezza Europa - si pensi alla Grecia - falcidiati dalle politiche di austerità negli anni della crisi. La vicenda, quindi, potrebbe sfuggire di mano e qualche spiegazione più chiara e precisa è opportuna.

Intervenendo in aula, venerdì scorso, il Sottosegretario Vito De Filippo ha ammesso che quanto accaduto finora "impone l'assunzione di ulteriori iniziative" anche se "le segnalazioni di casi sospetti in Italia, sino ad ora pervenute al ministero della Salute, sono state oggetto di apposita indagine epidemiologica e di approfondimento diagnostico come previsto dalle circolari all'uopo emanate, ed hanno avuto tutte esito negativo". Per la maggior parte dei casi, la diagnosi è stata di malaria.

Medici negli aeroporti

Al momento, il principale obiettivo del ministero è stato quello di emanare (già lo scorso aprile) dettagliate disposizioni "per rafforzare le misure di sorveglianza nei punti di ingresso internazionali": porti e aeroporti. Ci sono, così, specifiche ordinanze emanate negli aeroporti di Roma Fiumicino e Milano Malpensa designati come "aero-

porti sanitari". Analoga iniziativa è stata richiesta alla Guardia costiera. Lo scorso 1 ottobre, inoltre, sono state fornite le indicazioni sui centri di riferimento nazionali e sui centri clinici in cui possono essere gestiti casi sospetti come gestire il trasporto, quali precauzioni adottare a protezione degli operatori sanitari e quali misure adottare nei confronti di coloro che vengono a con-

tatto con la malattia. Un punto di contatto problematico può dipendere dai voli diretti dalla Nigeria in cui si è verificato un focolaio di casi secondari e terziari (ma derivanti da un unico caso). Gli altri paesi colpiti (Guinea, Liberia, Sierra Leone) sono collegati solo con voli indiretti e questo rende più complesso il processo di controllo. Al ministero ammettono che su questo punto ci sono degli avanzamenti da fare e la riunione del 16 ottobre servirà anche a questo.

L'altro terreno di iniziativa, assicura il ministero, è nell'ambito dell'operazione *Mare Nostrum* e quindi nel rapporto con l'arrivo di migranti attraverso il Mediterraneo. I medici sono stati coinvolti nelle attività della Marina Militare direttamente sulle imbarcazioni. "In mancanza del medico del ministero della Salute i controlli vengono effettuati a terra". A ridimensionare questo tipo di allarme, spesso alimentato da pulsioni razziste, va anche detto che la durata dei viaggi di migranti irregolari rende estremamente improbabile l'arrivo di casi di infezione da Ebola che ha una incubazione di 7,10 giorni, con un massimo di 21. Sul piano dei fondi, il ministero si è mosso con la richiesta di uno stanziamento di 5 milioni di euro destinati non solo all'acquisto di materiale profilattico, medicinali di uso non ricorrente, vaccini per attività di profilassi internazionale, ma anche per la pubblicazione e diffusione dei dati e materiali per la prevenzione delle malattie infettive. Per quanto riguarda i vaccini, domanda specifica nell'interpellanza urgente, è stato messo a punto in laboratori italiani il vettore per il vaccino contro Ebola, basato su *ChAd3-adenovirus*, vaccino monovalente/trivalente, sviluppato in un programma dell'Istituto nazionale degli Stati Uniti, che utilizza esattamente il vettore italiano. Ma, sia negli Stati Uniti che in Inghilterra, si tratta solo della fase 1 della sperimentazione ed occorre, quindi, aspettare gli esiti di questa attività nelle fasi successive, così come è riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale, per verificarne gli esiti. La disponibilità globale di posti letto a diverso li-

0
I CASI FINORA REGISTRATI IN ITALIA

88
I MEDICI MOBILITATI DAL MINISTERO A LIVELLO NAZIONALE

5 MLN
I FONDI AGGIUNTIVI PER MISURE DI PROTEZIONE

vello di isolamento nell'Unione europea è di 244 unità; di queste, 21, "peraltro ad alto isolamento" assicura il ministero, si trovano in Italia.

Formalmente, l'Italia non ha istituito una apposita *task force* perché, dicono gli uffici del ministro Lorenzin, esiste già una rete di uffici di sanità portuale e aeroportuale, "pronta ad intervenire ove arrivassero casi sospetti con nave o aereo". "In realtà, assicurano al ministero, siamo pronti, occorre solo pigiare il tasto quando si verificherà il problema". La responsabilità, in ogni caso, è posta in capo alla Direzione generale della Prevenzione del ministero della Salute e della Direzione Generale che coordina tutta l'attività correlata ad Ebola.

Le unità allertate nei porti e aeroporti sono 88 medici, coadiuvati da 216 unità di personale tecnico, un numero che, ad esempio il Movimento 5Stelle, considera non sufficiente a fronte di una possibile emergenza con questa portata.

Serve il servizio pubblico

Le informazioni fin qui reperite, dunque, offrono un quadro di efficienza che, purtroppo, potrà essere verificata solo al manifestarsi del problema che nessuno si augura. Resta il nodo del funzionamento complessivo della sanità pubblica che, al dunque, è l'unico antidoto per qualsiasi emergenza. "Il pubblico è fondamentale, la funzionalità dei servizi pubblici è fondamentale" sottolinea Giulia Grillo soprattutto per rassicurare i primi potenziali contagiati, gli operatori sanitari. "In Spagna, aggiunge la deputata, vi sono medici ed infermieri che, sentendosi insicuri da parte della protezione che può conferirgli il proprio stesso Stato, si stanno rifiutando di andare a lavorare. Immaginiamo in che situazione ci potremmo trovare".

L'IPOTESI OPERATIVA 88 OPERATORI E 216 INFERMIERI DISLOCATI IN PORTI E AEROPORTI MA ANCHE SULLE NAVI DEI MIGRANTI

COME UN ALIENO

Il virus non è mai comparso in Africa occidentale prima d'ora e per questo ha un alto grado di letalità *Ansa*

Domande e risposte per orientarsi

COS'È EBOLA LA MALATTIA DA VIRUS

Ebola (EVD), precedentemente nota come febbre emorragica da virus Ebola, è una malattia grave, spesso fatale, con un tasso di mortalità fino al 90 %.

COME SI TRASMETTE LA MALATTIA

L'Ebola si trasmette attraverso lo stretto contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi o fluidi corporei di animali infetti.

QUALI SONO LE PERSONE A RISCHIO

Gli operatori sanitari, i familiari o altre persone a stretto contatto con soggetti infetti, persone che hanno contatto diretto con i corpi dei defunti

QUANDO INVECE NON SI TRASMETTE

Un contatto casuale con chi non mostra segni di malattia non trasmette Ebola. Non si contrae maneggiando denaro o prodotti alimentari o nuotando in piscina.

QUALI SONO I PRINCIPALI SINTOMI

Improvvisa febbre, intensa debolezza, dolori muscolari, mal di testa, di gola, vomito, diarrea, insufficienza renale ed epatica o emorragia interna ed esterna.

QUAL È IL TRATTAMENTO

I pazienti hanno bisogno di liquidi per via endovenosa o di reidratazione orale. Non c'è un trattamento ma con terapie appropriate alcuni guariscono.

GLI ACCORGIMENTI PER PREVENIRLA/1

Ridurre il contatto con animali infetti ad alto rischio (quali pipistrelli della frutta, scimmie e primati) nelle aree di foresta pluviale.

GLI ACCORGIMENTI PER PREVENIRLA/2

Cuocere i prodotti animali, indossare guanti e tute nella cura di persone malate, lavare le mani dopo aver visitato i pazienti in ospedale.



<http://www.sanita.ilsole24ore.com>

La Simg si trasforma nella «Società italiana di Medicina generale e delle cure primarie»



«Da oltre trent'anni il senso dell'appartenenza e del rigore scientifico caratterizza la Società italiana di Medicina generale (Simg). Siamo una comunità che si prende cura dei propri membri e della loro qualità professionale. E intendiamo garantire a tutti i cittadini l'accesso alla nuova organizzazione territoriale delle cure primarie, anche in collaborazione con altre associazioni della medicina del territorio e della Sanità pubblica. Abbiamo proposte e idee precise sulle politiche sanitarie, sulla sostenibilità del sistema e sui nuovi modelli delle cure primarie. In particolare abbiamo una consolidata esperienza dei percorsi di formazione dei medici di medicina generale. Abbiamo quindi pensato che, anche nel nome, la nostra società scientifica debba riflettere l'evoluzione profonda della nostra professione: da medici di medicina generale a medici delle cure primarie. Da oggi, la nostra associazione avrà quindi il nome di Simg-Società italiana di Medicina generale e delle cure primarie». Così Claudio Cricelli, presidente Simg, spiega così i motivi del cambiamento del nome dell'associazione, discusso e approvato all'unanimità dall'Assemblea nazionale Simg lo scorso settembre. «Promuoviamo ricerche da più di 10 anni e abbiamo pubblicato oltre 100 lavori su riviste indicizzate – continua Cricelli -. Abbiamo costituito nel 1998 il maggior database della medicina generale italiana, "Health Search", per fornire dati epidemiologici, di prescrizione dei farmaci, di ricerca clinica ed economica. Nel 2007 abbiamo istituito la Fondazione Simg per la ricerca, per disporre di uno strumento idoneo a produrre studi e lavori in questo ambito, in collaborazione con Istituzioni nazionali e internazionali. Forti di questa storia e di questa tradizione, rilanciamo il progetto ambizioso di portare i medici di medicina generale, grazie alla loro consolidata esperienza professionale, verso la nuova Sanità pubblica e le nuove cure primarie».

Il pomodoro selvatico è più ricco di antiossidanti

Gli scienziati trovano che, quanto a sostanze antiossidanti, il pomodoro selvatico ne è più ricco che non quello coltivato. Questa scoperta potrà essere d'aiuto nel migliorare la resistenza delle piante alle avversità e malattie e, di conseguenza, migliorare le qualità di questi gustosi frutti per la salute dell'uomo



La Natura è maestra. Ed è imbattibile, e spesso ineguagliabile – per quanto l'uomo cerchi di imitarla e addomesticarla. Questo è un qualcosa che gli scienziati più illuminati ben sanno, e hanno sempre saputo. Non è un caso infatti che molte delle grandi scoperte siano venute proprio da **scienziati che hanno saputo osservare, e non asservire**. Anche se per qualcuno questa non sarà una grande scoperta, i ricercatori del Dipartimento di Biologia Molecolare e Genetica presso l'Izmir Institute of Technology in Turchia hanno trovato che i pomodori selvatici possiedono più sostanze antiossidanti che non quelli coltivati.

Tra i diversi antiossidanti che compongono il pomodoro troviamo la vitamina C, il noto licopene, il Beta carotene (o β -carotene) e poi composti fenolici e altri ancora. Gli antiossidanti, ormai si sa, sono sostanze capaci di **ritardare o inibire i processi di ossidazione causati per esempio dai radicali liberi**. Sono pertanto un **rimedio antinvecchiamento**.

In questo caso, poi, rivestono un doppio ruolo: quello di sostanze utili per la salute dell'uomo e quello di far aumentare la resistenza delle piante stesse alle avversità e malattie (o stress biotici e abiotici). Se perciò chi si occupa di produzione di piante coltivate tende a voler trovare il modo di renderle maggiormente resistenti, vi sono, dall'altra parte, gli scienziati che intendono far sì che non solo siano più resistenti, ma che i loro frutti siano maggiormente ricchi di sostanze benefiche per l'uomo. In sostanza, creare piante che diano superfrutti: buoni da mangiare e più salutari. A oggi, le specie selvatiche di pomodoro sono state ampiamente utilizzate per il miglioramento della resistenza alle malattie delle piante, tuttavia non sono state oggetto di studi che ne abbiano esplorato i tratti relativi alla salute degli esseri umani.

Per rimediare, si sono attivati gli scienziati dell'Izmir che hanno condotto questo studio poi pubblicato su HortScience. Qui, i ricercatori hanno **confrontato le caratteristiche antiossidanti dei pomodori selvatici con quelli delle varietà coltivate**. I risultati, secondo gli autori, possono essere utilizzati per la progettazione di un programma di coltivazione con lo scopo di migliorare le caratteristiche antiossidanti in linee di pomodoro d'élite.

Il prof. Sami Doğanlar e colleghi hanno analizzato tre diverse popolazioni interspecifiche di *Solanum peruvianum*, *habrochaites Solanum* e *Solanum pimpinellifolium* per i tratti antiossidanti e agronomici. Di queste popolazioni hanno testato l'attività antiossidante globale solubile in acqua, il contenuto fenolico, il contenuto di vitamina C e, infine il peso dei frutti, la forma e il colore.

«Le nostre analisi – spiega Doğanlar – hanno mostrato che la popolazione *Solanum habrochaites* ha fornito il miglior materiale di partenza per il miglioramento dell'attività degli antiossidanti solubili in acqua e dei fenoli, rispettivamente con il 20% e il 15% della popolazione, con una significativa superiorità dei valori genitoriali per questi tratti». Questa stessa specie di pomodori ha mostrato di **possedere quasi due volte più contenuto fenolico e più attività antiossidante solubile in acqua rispetto al pomodoro coltivato**. A differenza, il *peruvianum Solanum* è stato trovato essere il più adatto per il miglioramento del tenore di vitamina C, con il doppio di vitamina C rispetto al pomodoro coltivato.

A conclusione dello studio, i ricercatori ritengono che «le specie selvatiche di pomodoro potrebbero essere utili per il miglioramento delle caratteristiche antiossidanti nel pomodoro coltivato». Queste caratteristiche permetterebbero pertanto la produzione di pomodori più resistenti e ricchi di sostanze benefiche.

<http://www.lastampa.it/2014/10/13/scienza/benessere/alimentazione/il-pomodoro-selvatico-pi-ricco-di-antiossidanti-HpviTx3OH2L9iw3TFyrvK/pagina.html>