

Salute

Lo spunto

di **Claudio Mencacci**

RICONOSCERE SEMPRE LA DIGNITÀ DI CHI SOFFRE

Oggi si apre il 47° Congresso della Società italiana di Psichiatria: "Salute mentale, benessere, lavoro e futuro: il nuovo volto della psichiatria". I disturbi mentali sono in crescita, in Europa 1 persona su 3 nella vita fa esperienza di una sofferenza mentale di diversa intensità, gravità o durata, nel mondo 1 su 4. L'origine vede implicati fattori genetici e ambientali nonché gli stili di vita. Tali disturbi compaiono in oltre il 70 % dei casi entro i 25 anni riducendo le possibilità di sviluppo personale e professionale di molti giovani.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato i cinque pregiudizi che impediscono a chi soffre di una malattia mentale di accedere a percorsi terapeutici e riabilitativi: inguaribilità, incomprendibilità, improduttività, irresponsabilità, pericolosità. Pregiudizi che impediscono le cure per milioni di persone, deprivate dei loro diritti umani, discriminate, stigmatizzate, marginalizzate e spesso anche soggette ad abusi emotivi e fisici.

Il tema della Giornata mondiale per la salute mentale 2015 è dedicato alla "Dignità", al bisogno di accrescere la consapevolezza di che cosa occorra fare per assicurare che le persone con malattie mentali possano vivere con dignità, fruire di politiche sanitarie e professionali adeguatamente finanziate e di interventi fondati su evidenze scientifiche solide, implementando la ricerca e avviando campagne di sensibilizzazione. Lo stigma si insinua anche nelle Assicurazioni sanitarie (le malattie men-

tali non vengono rimborsate) determinando a tutti i livelli discriminazioni e difficoltà di allocazione delle risorse e delle priorità. Da qualche anno fortunatamente la sensibilizzazione su questi temi sta facendo progressi intaccando la vergogna sociale che aleggia su queste patologie. È necessario intensificare gli sforzi volti alla prevenzione, investire in ricerca, potenziare la rete dei Dipartimenti di Salute Mentale pubblici che da oltre 37 anni continuano a dare, pur con mezzi limitati, risposte concrete alle persone affette da malattie mentali e ai loro familiari. Ancora troppo ancillare è però il ruolo della psichiatria rispetto ad altre discipline mediche che sono più finanziate malgrado l'enorme incidenza delle malattie mentali, segno che lo stigma esiste anche a livello istituzionale. Occorre riuscire a comunicare che tutte le patologie psichiche sono curabili anche se non tutte guaribili. «è trattando gli altri con dignità, che si guadagna in rispetto per se' stessi» (T.B. Jalloun).

**Direttore Neuroscienze
Ospedale Fatebenefratelli, Milano*



SALUTE

Così lo **studio** è garantito anche in ospedale e a casa

I programmi ministeriali a favore dei giovani che si ammalano

Fiore all'occhiello

Da 20 anni, i ragazzi ricoverati o costretti a lunghe cure sono messi in condizione di completare il loro percorso scolastico

La campanella è suonata anche per le decine di migliaia di studenti (vedi grafico, ndr), che continuano il loro percorso scolastico nonostante una malattia. Possono farlo grazie ai programmi della scuola in ospedale e dell'istruzione a domicilio varati dal ministero dell'Istruzione, il primo vent'anni fa e il secondo dal 2003. «Le scuole — spiega Speranzina Ferraro, coordinatrice nazionale dei due programmi — si sono mosse comunque per dare una

risposta».

Dalle esperienze volontaristiche degli anni '50, oggi l'iniziativa è diffusa in tutti gli ordini e gradi di scuola e nei principali ospedali e reparti pediatrici del territorio nazionale.

Al programma è possibile accedere sia attraverso l'ospedale che la scuola di residenza (vedi articolo sotto, ndr). «Parliamo di bambini e ragazzi — aggiunge Ferraro — che in un momento della vita hanno delle difficoltà. La scuola interviene a garanzia non solo del loro diritto all'istruzione, ma anche per sostenerli sul piano affettivo, emozionale e relazionale e aiutarli così a ricostruire quella speranza e quella fiducia di cui hanno bisogno per lottare». Col passare del tempo, i ricoveri sono diventati più brevi e le domande di istruzione domiciliaria

sono aumentate. Grazie alle tecnologie, oggi i ragazzi possono seguire le lezioni da casa. Anche l'esame di maturità in videoconferenza è ormai una procedura validata.

La scuola in ospedale è stata un terreno di sperimentazione che ha fatto da volano anche al resto. Per far crescere questo «fiore all'occhiello» servirebbero maggiori investimenti, sia per il reclutamento dei docenti sia per le tecnologie.

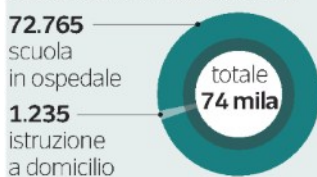
E più «contaminazione» tra scuola ordinaria e scuola in ospedale. «Dopo 20 anni mi ritrovo ancora ad essere punto di riferimento non solo per le scuole ospedaliere — dice Ferraro —, ma anche per le altre che di fronte a una richiesta di istruzione domiciliare non sanno che cosa fare».

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Italia

GLI STUDENTI COINVOLTI



I DOCENTI IMPEGNATI



IL FINANZIAMENTO AL PROGRAMMA

2,5 milioni di euro l'anno

ALUNNI SUDDIVISI PER TEMPO DI DEGENZA



Fonte: Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca; dati 2013-2014 (al 01/03/2015) Cds



L'esperimento Scuola in Rete: «test» a campione su cinque situazioni

Si chiama Tris (acronimo di *Tecnologie di Rete e Inclusione Scolastica*), la nuova frontiera dei programmi scolastici. Si tratta di un progetto di ricerca triennale fra ITD-CNR, Fondazione Telecom Italia e ministero dell'Istruzione, e si conclude quest'anno. Obiettivo è la ricerca e la sperimentazione di nuovi modelli di scolarizzazione - con utilizzo delle nuove tecnologie informatiche - per studenti che non possono partecipare ai normali percorsi

di istruzione, a causa di problemi psico-fisici (ad esempio disturbi della sfera emozionale o neuropsichiatrici), a lungodegenze o a particolari protocolli terapeutici (sensibilità multipla chimica), a situazioni geografiche particolarmente svantaggiate (studenti residenti in piccole isole o zone montane). Tris è stato attivato su cinque casi campione, in altrettanti istituti scolastici delle regioni Campania, Lazio e Sardegna.

R.Co.

A chi è necessario rivolgersi per attivare i servizi

Come si attivano l'assistenza scolastica in ospedale e a domicilio? Occorre chiarire che i servizi sono gratuiti e valgono per tutti gli alunni iscritti a una scuola statale o paritaria. In primo luogo bisogna verificare se l'ospedale sia dotato di una sezione scolastica (informazioni sul sito pso.istruzione.it, alla voce «servizi regionali»).

In questo caso, saranno i docenti stessi presenti nella struttura a prendere contatto con il giovane ricoverato e la sua famiglia e a verificare la disponibilità al servizio scolastico. In caso affermativo l'alunno verrà preso in carico automaticamente dalla sezione scolastica ospedaliera e inizierà l'intervento, nei tempi e nei modi concordati con il personale sanitario.

Nello stesso tempo, i docenti ospedalieri informeranno la scuola di provenienza dell'alunno di averlo iscritto alla sezione ospedaliera e richiederanno la documentazione relativa al piano delle attività formative previste per la classe del ragazzo. Al termine dell'intervento, cioè con le dimissioni dall'ospedale e il ritorno a scuola, la sezione ospedaliera provvede a inviare alla scuola di provenienza la documentazione sul percorso scolastico avvenuto.

Il programma di istruzione a domicilio invece può essere attivato in caso di gravi patologie (onco-ematologiche; croniche invalidanti; temporaneamente invalidanti; che richiedano terapia immunosoppressiva prolungata, tale da impedire una normale vita di relazione per l'aumentato rischio di infezioni) che non consentano di frequentare la scuola per almeno un mese, anche in modo non continuativo. «Lo stesso medico ospedaliero — dice Speranzina Ferraro, coordinatrice nazionale dei due programmi al ministero dell'Istruzione — consegna una certificazione alla famiglia, in cui spiega cosa deve fare dal punto di vista sanitario. I genitori possono portare il documento a scuola per l'attivazione della procedura di istruzione domiciliare».

Saranno poi i genitori a presentare una richiesta alla scuola del figlio. La scuola elabora un progetto di offerta formativa che deve essere approvato dall'Ufficio scolastico regionale.

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dal presidente della Società Italiana di Neurologia «Più diagnosi precoci e preclinica»

■■■ Lo sappiamo tutti che i numeri delle malattie neurologiche sono sempre più allarmanti. E il motivo è facilmente intuibile: invecchiamo sempre di più (per fortuna) ma il rovescio della medaglia è un aumento esponenziale delle patologie neurologiche: solo in Italia sono 1 milione i casi di demenza, di cui 600.000 quelli colpiti da Malattia di Alzheimer; 930.000 le persone che, a causa di un ictus, vivono con invalidità; 250.000 i nuovi casi di ictus cerebrale ogni anno; 240.000 i pazienti affetti da Morbo di Parkinson, 50.000 quelli con parkinsonismi; 1 paziente con Sclerosi Multipla ogni 1.000 abitanti, ossia 60.000 nella totalità. «Dato l'allungamento delle aspettative di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione - ha detto il professor Aldo Quattrone, presidente della Società Italiana di Neurologia (SIN) presentando il 46° congresso nazionale della società scientifica in corso a Genova fino al 13 ottobre - è verosimile che nei prossimi decenni centinaia di milioni di persone saranno affette da patologie neurodegenerative, con costi significativi per i sistemi sanitari e un enorme impatto economico e sociale. In questo panorama, la diagnosi preclinica e la diagnosi precoce delle malattie neurologiche rappresentano ancora oggi sfide cruciali per i neurologi perché consentono di indirizzare i pazienti verso terapie tempestive che possono rallentare il decorso della malattia. Fondamentale, in questo ambito, il contributo della ricerca scientifica orientato alla scoperta di nuove soluzioni terapeutiche, soprattutto nel settore dei farmaci neuroprotettivi». (A. SER.)



<http://www.lastampa.it/>

Il colesterolo buono, in menopausa non lo è più

Con il cambiamento ormonale si modifica il ruolo protettivo nell'organismo delle donne. Studio presentato al congresso sul climaterio in corso a Las Vegas



Per anni abbiamo creduto che il colesterolo buono tenesse a bada gli accumuli di quello cattivo. Esatto, è proprio così. Con un'eccezione: questo non sembrerebbe essere vero per le donne in menopausa. A dimostrarlo è uno studio –per ora realizzato su un numero ristretto di persone- della University of Pittsburgh Graduate School of Public Health presentato al congresso della North American Menopause Society in corso a Las Vegas (Stati Uniti).

Quali sono le differenze tra colesterolo buono e colesterolo cattivo?

Il colesterolo è una molecola fondamentale per il corpo umano. Sintesi della membrana cellulare, della bile e anche di alcuni ormoni sono solo alcuni dei processi in cui è coinvolto. Dati degli Anni 60 hanno mostrato che più sono elevati i suoi livelli è maggiore è il rischio di malattie cardiovascolari. In particolare il colesterolo LDL, quello comunemente chiamato “cattivo”, accumulandosi a livello delle arterie contribuisce notevolmente allo sviluppo di infarti e ictus. Dato che il colesterolo non è solubile nel sangue, per essere trasportato ha bisogno di associarsi a una serie di proteine ed è proprio il legame con le LDL –una classe

particolare- a renderlo così nocivo. Per contro quando si lega alle HDL –quelle del colesterolo buono- gli effetti sono benefici.

Ecco in quale momento il colesterolo buono non sembra funzionare più

Alcuni studi recenti hanno teorizzato che nell'età della menopausa, complice uno squilibrio ormonale, l'effetto protettivo del colesterolo buono venga meno. Per testare questa ipotesi gli scienziati statunitensi hanno "arruolato" oltre 200 donne per verificare l'andamento dei valori dell'HDL e lo sviluppo di placche aterosclerotiche a livello delle arterie. Dalle analisi, effettuate nell'arco di 9 anni, è emerso che nonostante aumentassero i livelli di colesterolo buono aumentava anche l'accumulo di grasso. Un risultato inatteso che ridimensiona –almeno per le donne in menopausa- il ruolo protettivo del colesterolo buono. Prossimo passo sarà ora quello di verificare quanto ottenuto su un campione più ampio di donne e, soprattutto, se all'aumentare dei livelli corrisponde un'aumentata incidenza di infarti e ictus.

SALUTE

Diamo almeno 25 minuti ai bambini quando mangiano in mensa altrimenti la frutta resta nel piatto

Valore aggiunto

Il pranzo è anche un momento di socialità in cui parlare con i compagni serve non solo a nutrirsi, ma a godere del cibo

Per mangiare serve tempo. Anche e soprattutto ai bambini nelle mense scolastiche: se si può stare a tavola non più di venticinque minuti la qualità del pasto peggiora non poco perché i bimbi scansano più spesso frutta e verdura e non finiscono i piatti, con un effetto negativo sull'apporto di nutrienti importanti per la salute.

Lo dice una ricerca pubblicata sul *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, condotta negli Stati Uniti su mille studenti delle scuole elementari e medie: quando i bambini avevano venti minuti o ancor meno tempo per il pasto, sceglievano di mangiare un frutto quattro volte su dieci anziché sei su dieci, come accadeva invece in chi aveva almeno venticinque minuti per stare a tavola. Mangiando in fretta, stando ai dati raccolti, i piccoli lasciavano poi più cibo nel piatto e spesso si trattava delle verdure.

«Se il tempo dedicato alla mensa è troppo scarso il rischio che vengano a mancare nutrienti essenziali per un'alimentazione sana ed equilibrata è concreto – ha spiegato Juliana Cohen, autrice dell'indagine e docente al Dipartimento di nutrizione della *Harvard Chan School of Public Health di Boston* –. Inoltre, mangiare troppo in fretta riduce il senso di sazietà: questo può portare i bambini ad avere presto fame dopo il pranzo e quindi ad abbuffarsi, magari di cibi meno sani, alla prima occasione possibile».

Va detto che si tratta di una ricerca statunitense, condotta cioè su mense ben diverse dalle nostre: in Italia i bambini vengono serviti al tavolo e hanno quindi mediamente un po' più di tempo per mangiare, al di là dell'oceano invece devono andare da soli a prendere il cibo perdendo inevitabilmente minuti preziosi.

Pur tenendo conto delle differenze, poter pranzare con relativa tranquillità è tuttavia un'esigenza reale da soddisfare, come conferma Giuseppe Di Mauro, presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS): «Il pranzo in mensa deve essere un momento di socialità in cui parlare con i compagni. La pausa non serve solo per nutrirsi ma anche per godere

del cibo, dei suoi colori, del gusto, della varietà delle portate: per farlo occorre tempo».

Resta il fatto che, minuti concessi a parte, le mense scolastiche sono spesso accusate di non dare cibo di qualità ai bambini: i piatti, secondo molti genitori, vengono lasciati a metà non tanto perché non c'è il tempo per mangiarli quanto perché non sono graditi.

Che fare in questi casi?

«Mamme e papà innanzitutto possono e devono chiedere alla scuola di fornire una programmazione dei pasti elaborata da un nutrizionista, in modo da essere sicuri che ci sia una rotazione adeguata delle portate e che la composizione dei pranzi sia equilibrata nei nutrienti fondamentali – risponde Di Mauro –. Questo tranquillizza i genitori ed è uno stimolo per chi deve fornire i pasti a migliorare l'offerta, che chiaramente deve essere di buona qualità».

L'ideale sarebbe usare prodotti biologici a filiera corta per piatti poco elaborati, i più amati dai piccoli; quando nonostante tutto i figli fanno gli schizzinosi, secondo il pediatra non bisogna comunque abbandonare la mensa.

«Le mamme non dovrebbero chiedere di portare a casa i bambini per il pranzo, né dare ai propri figli il pasto da portare a scuola» spiega lo specialista. «Questo perché è difficile che i genitori siano in grado di comporre sempre menu bilanciati, in più non è bene che ci siano differenze fra gli alunni di una stessa classe: difficile credere che non si creino "turbolenze" se qualcuno arriva con una pietanza golosa. I bambini devono mangiare tutti assieme gli stessi piatti; naturalmente è un obbligo della scuola garantire, oltre che un intervallo sufficientemente lungo per la mensa, prodotti di qualità e ricette che siano appetibili e adatte ai bimbi», conclude il professor Di Mauro.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Venerdì 09 OTTOBRE 2015

Fecondazione assistita. Liste di attesa più lunghe al Sud. Maglia nera alla Sicilia: si può attendere anche fino a 18 mesi. L'indagine

I tempi più brevi si riscontrano in Valle D'Aosta: 2 mesi di attesa per accedere alla prima visita, zero attesa per le tecniche di Pma. Al nord, tra i tempi più lunghi quelli del Veneto (15 mesi) e la Liguria (12). [I RISULTATI](#) dell'indagine presentata alle Giornate di Andrologia e Medicina della Riproduzione e condotta da alcuni studenti della Facoltà di Medicina della Sapienza di Roma.

L'attesa per la dolce attesa può essere davvero lunga. E non parliamo dei 9 mesi di gravidanza, ma delle liste d'attesa per l'esecuzione di una tecnica di PMA di II livello, la cosiddetta Fivet o Icsi nel nostro paese. (Fecondazione in vitro con embriotransfer o Inseminazione intracitoplasmatica dello spermatozoo). A condurre l'indagine, presentata ieri a Sabaudia in occasione della nona edizione de "Le giornate di Andrologia e Medicina della Riproduzione", è stato un gruppo di studentesse della facoltà di medicina dell'Università La Sapienza di Roma, coordinati e supervisionati dal professor **Rocco Rago, neo Direttore del rinnovato centro di sterilità dell'ospedale romano Sandro Pertini.**

L'indagine è stata condotta all'interno dei principali centri di sterilità pubblici in Italia proprio con l'obiettivo di avere un'idea concreta e realistica dell'attuale livello di assistenza e soprattutto dei tempi di accesso per l'esecuzione di una tecnica di PMA di II livello.

"Balza subito agli occhi – hanno spiegato i ricercatori - che più si scende lungo lo stivale e più i tempi di attesa per accedere alle tecniche si allungano. Nel dettaglio, si va da un tempo di attesa di 18 mesi in **Sicilia** (a fronte di un solo mese di attesa per ottenere una prima visita ginecologica per infertilità), passando per la **Puglia**, dove, ottenuta una prenotazione nel giro di 2-3 mesi non è dato invece sapere quando si potrà accedere al primo trattamento dal momento che non abbiamo mai ricevuto alcuna risposta, fino alla **Calabria**, dove entrambe le liste di attesa sono invece bloccate".

Al nord, la media per macroregione è di circa 3 mesi di attesa per la prima visita e di 5 mesi per l'esecuzione di una tecnica di PMA.

I tempi più brevi si riscontrano in **Valle D'Aosta**, con i suoi due mesi di attesa per accedere alla prima visita, ma zero tempi di attesa per accedere alle tecniche di PMA. Sempre al nord, tra i tempi più lunghi quelli del **Veneto** con i suoi 15 mesi di attesa e la **Liguria** con 12.

Al Centro, l'offerta più rapida proviene dall'**Umbria** (1 mese per la prima visita presso il solo centro pubblico presente in regione e 6 mesi per accedere alle tecniche di PMA di II livello); regione virtuosa la **Toscana**, con i suoi 3 mesi di attesa media per la prima visita e ben due centri su tre con nessuna lista d'attesa per accedere alle tecniche di PMA. "Una disamina a parte merita invece la regione **Lazio**: innanzitutto, non tutti i Centri Pubblici presenti sul Registro PMA dell'Istituto Superiore di Sanità effettuano tecniche di PMA di II Livello e questo non ha certo reso più facile la nostra indagine, ingenerando anche un po' di confusione al momento della richiesta", spiegano i ricercatori.

Ad ogni buon conto, dall'indagine (a venir contattati telefonicamente sono stati i centri di prenotazione unica) è emerso che i tempi medi per il Lazio sono di un mese per ottenere una prima visita

ginecologica e di 10 mesi per poter invece accedere alle tecniche di PMA di II livello.

E' invece su scala nazionale, che spicca per eccellenza, e proprio nel Lazio, il rinnovato centro di sterilità dell'ospedale romano Sandro Pertini, i cui tempi di attesa per accedere alle tecniche di PMA di II livello sono anche qui, pari a zero. Nessuna lista di attesa, quindi, presso il centro del Pertini di Roma, ora diretto dal professor Rocco Rago.

Dalla riapertura del centro a Marzo del 2015 (va ricordato che stiamo parlando del centro che è stato protagonista di un grave evento avverso come quello dello scambio degli embrioni avvenuto nel 2013 e poi chiuso per circa un anno) sono state attivate oltre 800 nuove cartelle cliniche e sono state eseguite oltre 200 tecniche di PMA di II livello, ovvero quelle che prevedono il recupero di ovociti dalla donna e la fecondazione in laboratorio con gli spermatozoi del proprio partner.

Attualmente, il tasso di gravidanze ottenute a seguito di tecniche di procreazione di II livello effettuate in donne di età tra i 30 e i 43 anni è pari al 29,3%, laddove la media nazionale si attesta tra il 20 e il 25%. Si va da un 41,4% di tasso di gravidanze ottenute tra donne di età inferiore ai 25 anni, fino ad un incoraggiante 26% di tasso di successo tra le donne di età compresa tra i 39 e i 42. Tutti dati incoraggianti, quindi, per le coppie del Lazio che dovessero decidere di intraprendere un percorso del genere per realizzare il proprio desiderio di genitorialità.

Salute

● Il numero

Sindrome di Down, più risorse a sostegno dell'autonomia

Secundo alcune ricerche, in Italia 1 bambino su 1.200 nasce con la sindrome di Down e si stima che nel nostro Paese vivano circa 38 mila persone con questa condizione, di cui il 61% ha più di 25 anni. Per garantire una migliore qualità della vita e un futuro più sereno alle persone con trisomia 21 (la sindrome è causata da un'anomalia genetica in cui è presente un cromosoma - il 21- in più), il Coordinamento nazionale associazioni delle persone con sindrome di Down (CooDown) dedica al tema dell'autonomia la Giornata nazionale in programma oggi in tutta Italia. In oltre duecento piazze sarà distribuito un messaggio di cioccolato in cambio di un contributo per sostenere i progetti di autonomia delle associazioni. L'hashtag ufficiale della Giornata nazionale è #GNPD2015. Il CooDown invita a condividere il messaggio della campagna: «Un futuro più indipendente è un futuro possibile».

38 mila

Le persone con sindrome di Down in Italia



NOBEL PER LA MEDICINA

Erba cinese anti-malaria

In Vietnam le zanzare mietevano più vittime del Napalm, per questo nel 1967 Ho Chi Min chiese aiuto a Mao che mobilitò 531 ricercatori

di **Marco Corsi e Pino Donghi**

«**D**anno collaterale” è un brutto eufemismo. L’orribile realtà a cui si riferisce

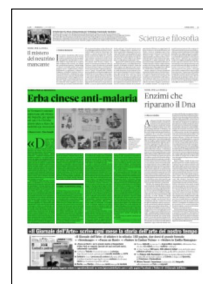
ha ferito a morte, Domenica scorsa, un ospedale dei Medici senza Frontiere a Kunduz in Afghanistan. Tanto è brutto che anche nella sua versione neutra - “effetto collaterale” - mantiene comunque la connotazione negativa, e con piena ragione. Sicché, una parte non marginale delle ricerche scientifiche si è sempre rivolta a garantire, in caso di conflitto, la supremazia bellica fornendo la migliore assistenza sanitaria ai propri soldati, e può succedere così che le guerre finiscano per produrre “effetti collaterali” positivi, che meglio sarebbe ottenere in tempo di pace, ma tant’è. La scoperta delle proprietà antimalariche dell’artemisinina, per la quale la scienziata cinese Youyou Tu ha ottenuto il Premio Nobel per la Medicina 2015, è uno di queste rare e positive eccezioni.

Un flashback. Siamo nel 1967, in Vietnam. Il comandante Ho Chi Min assiste impotente alla strage dei soldati del nord e dei guerriglieri vietcong falciati dalla malaria. Molto più dei terribili bombardamenti e del Napalm, sono le zanzare a mietere vittime sul campo. All’epoca, tra gli anni ’50 e ’60, l’antimalarico più utilizzato è la cloroquina ma il plasmodio della malaria, mutando il suo Dna, ne è ormai diventato resistente. E la malaria è diffusissima nelle foreste e negli acquitrini dove si combatte. Il vantaggio strategico degli Stati Uniti non riguarda solo il potenziale degli armamenti: il Walter Reed Army Institute of Research, infatti, ha sintetizzato un nuovo efficace antimalarico, la meflochina, inviata subito alle truppe americane. La meflochina, ovviamente, non è disponibile per i nord vietnamiti e Ho Chi Minh pensa quindi di chiedere aiuto al suo potente vicino: la Cina di Mao Zedong. In un primo momento Mao è quasi riluttante all’idea di soddisfare la richiesta di Ho Chi

Min: il grande condottiero ha appena lanciato la campagna, che durerà dieci anni, e che diventerà tristemente nota con il nome di Rivoluzione Culturale Cinese. Quella “rivoluzione” prevede che i professori universitari e i ricercatori vengano trasferiti a lavorare nelle campagne per un cosiddetto “processo rieducativo” mentre, al contrario, i contadini e le giovani Guardie Rosse insegnano nelle accademie. Mala riltuttanza viene rapidamente superata in considerazione della strategica importanza geo-politica del Vietnam. In un vertice al quale partecipano anche Zhou Enlai e Deng Xiaoping si decide di esentare dal processo di rieducazione solamente 541 ricercatori, tra chimici, biologi, farmacologi e medici i quali si dovranno occupare di trovare un nuovo farmaco antimalarico da destinare alle truppe nord vietnamite. L’eccezione alla prassi rivoluzionaria conquista un nome in codice: “Progetto 523”. Il numero sta ad indicare la data d’inizio del progetto: il 23 Maggio del 1967.

Il resto è storia di ordinaria ricerca scientifica. Moltissime furono le molecole che il gruppo di ricercatori produsse per sintesi chimica. Diverse di queste avevano una discreta attività antimalarica, ma non ancora pienamente soddisfacente. In aggiunta ai prodotti di sintesi, i ricercatori, tornati oramai alla vita professionale, attinsero idee anche dalla Medicina Tradizionale Cinese. Uno degli Istituti più attivi su questo fronte era all’epoca l’Academy of Traditional Chinese Medicine e la prof.ssa Youyou Tu fu messa a capo di un gruppo di farmacologi ed esperti di fitochimica. Nelle prime fasi studiarono oltre 2000 preparazioni di erbe dalle quali produssero circa 380 estratti, la cui efficacia antimalarica fu valutata in modelli di laboratorio. La svolta arrivò quando analizzarono l’estratto dell’*Artemisia annua* e nel 1972 purificarono il principio attivo: l’artemisinina. Sembrava l’antimalarico perfetto: estremamente efficace e con nessun segno di resistenza. La battaglia contro la malaria registrava un nuovo successo, quella tra Vietnam e Stati Uniti continuava, anche se l’imprevedibile epilogo era oramai alle porte.

L’esistenza dell’artemisinina è stata annunciata per la prima volta al resto del mondo nel 1979. Ma rimaneva il mistero su chi ne fosse stato lo scopritore. Durante la Rivoluzione Culturale, infatti, era vietato dare risalto ai singoli individui. Le pubblicazioni scientifiche riportavano solamente che gli autori appartenevano al “Qinghaosu Antimalaria Coordinating Group”. *Qinghao* era il termine cinese con cui veniva chiamata l’*Artemisia annua*. Il velo è stato tolto solo di recente, e nel 2011 la prof.ssa Youyou Tu ha ricevuto il prestigioso premio della Fonda-



Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Settimanale - Ed. nazionale

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

zione Lasker-DeBakey – il Nobel statunitense - per la scoperta dell'artemisinina: del 5 Ottobre scorso l'annuncio del Nobel vero, quello svedese.

Da diversi anni la strategia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il trattamento di prima scelta della malaria si basa sulla cosiddetta Terapia di Combinazione con l'Artemisinina (*Artemisinin-based Combination Therapy*, o *ACT*). Nella stessa compressa sono presenti un derivato dell'artemisinina e un altro farmaco antimalarico che contribuisce ad ottimizzare la terapia e a proteggere contro l'emergere di resistenze. Il trattamento è di soli tre giorni e la sicurezza è molto elevata. Negli ultimi 10 anni le quattro *ACT*'s ad oggi disponibili nei Paesi dove la malaria è endemica hanno contribuito a dimezzare gli episodi e i decessi causati dall'infezione. Anche se molto resta da fare. In Europa sono solo due le *ACT*'s approvate, una delle quali frutto del processo di registrazione seguito da un'impresa tutta italiana, Sigma-Tau, ora facente parte del Gruppo Alfasigma, che è riuscita a tradurre in standard farmacologico approvato internazionalmente la lontana intuizione dei 541 ricercatori cinesi salvati dal processo rieducativo, "grazie" alla guerra del Vietnam.

Per una volta, un effetto collaterale apprezzabile.

- Consulente sviluppo farmaci per malattie tropicali
- Combiomed, Sapienza, Università di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NOBEL SCIENTIFICI 2015

Il Nobel per Fisica 2015 è stato vinto dal giapponese Takaaki Kajita (classe 1959, University of Tokyo, Kashiwa) e dal canadese Arthur B. McDonald (1943, Queen's University, Kingston) per i loro studi sui neutrini; l'oncologo svedese Tomas Robert Lindahl (1938), il biochimico statunitense Paul Modrich (1946) e il biologo molecolare turco-americano Aziz Sançar (1946) si sono divisi il Nobel per la Chimica per le loro ricerche sui meccanismi di riparazione del Dna; il Nobel per la Medicina è andato per metà all'irlandese William Campbell (1930, Drew University, Madison, Usa) assieme al microbiologo giapponese Satoshi Ōmura (1935, della Kitasato University) e per metà alla farmacologa cinese Youyou Tu (1930, Accademia di Medicina Tradizionale Cinese, Pechino) per i loro studi per debellare le malattie della povertà trasmesse dai parassiti.

“Le smart drug si comprano on line mascherate da tisane o semplici fiori”

L'Istituto superiore di Sanità: analisi rapide, ma non bastano

Reportage
PAOLO RUSSO
ROMA

Per qualcuno sono «smart» perché si possono acquistare velocemente nei «drug shop» che spopolano nella Rete. Altri le hanno ribattezzate «furbe» perché galleggiano tra l'area della legalità e quella del proibito, dando l'impressione di essere più meno innocue. Sono le nuove droghe 4.0, dai camuffamenti più impensabili. Tanto che le pastiglie da sballo con le faccette sorridenti degli Smiley sembrano già preistoria. Ora le «smart drug» si nascondono dietro tisane apparentemente innocue, funghi, fiori, persino nelle ricariche dei deodoranti per la casa. «Oramai si succedono con una tale rapidità che non fanno nemmeno in tempo a prendere un nome d'arte», spiega Roberta Pacifici, direttrice dell'Osservatorio tossicodipendenze dell'Istituto superiore di sanità. E i numeri le danno ragione. Il Dipartimento per le politiche antidroga (Dpa) della Presidenza del Consiglio dal 2009 al 2014 di queste nuove sostanze stupefacenti ne aveva scoperte 280. Ora in soli nove mesi del 2015 di nuove droghe finite nel libro nero delle sostanze psicotrope vietate se ne contano già 170. Un mercato mobilissimo, che come una molecola viene smascherata e lancia una nuova o ripropone la stessa appena modificata.

Allerta rapida

«Abbiamo un efficiente sistema di allerta rapida, grazie al quale - spiega la Pacifici - le sostanze sequestrate o prelevate da chi finisce al Pronto soccorso in stato di alterazione, vengono subito esaminate dal nostro Istituto e in caso inserite nell'elenco di quelle vietate». «Il problema - prosegue

- è che appena smascherati i trafficanti modificano di un niente la molecola, così l'effetto resta lo stesso ma la sostanza esce dalla lista di quelle vietate».

Prodotti artigianali

L'offerta arriva oramai anche da piccoli spacciatori di prodotti fatti in casa, con dosaggi dei principi attivi sempre più approssimativi e quindi pericolosi. «Prima si provano offrendole gratuitamente, poi se piacciono si iniziano a produrre in serie», spiega sempre la Pacifici. La furbizia sta nel nascondere spesso dietro cose apparentemente innocue e legali, come fiori, tisane, funghi, persino deodoranti per la casa. Ma l'ipomea violacea, tanto per fare un esempio, è un fiore che contiene l'ergina, un forte allucinogeno. Lo scorso anno dopo averne fatto abuso un ragazzo è volato dalla finestra.

Di intossicazioni gravi il Dpa ne ha contate 70. Ma è la punta di un iceberg. Spacciati quasi sempre come «droghe leggere» a volte i nuovi ritrovati sono insidiosi quanto cocaina o Lsd. Roba da paleolitico per i giovani che anche sotto la soglia dei 18 anni si avvicinano alla «spice», la cannabis sintetica che può portare a crisi di panico, difficoltà respiratorie, allucinazioni. O che annusano i sali da bagno al metilone, che non fanno rilassare in vasca ma creano forme di psicosi con danni al cervello e al sistema cardiovascolare che possono portare anche al decesso. E se fino al 2011 le droghe «furbe» si trovavano negli «smart shop», i negozietti che in città vendevano dagli infusi più strani a sementi e fiori non propriamente da giardinaggio, con il passaggio di molte sostanze nella black list, il mercato si è spostato su internet, con appendici nei sexy shop. Mentre le comunità dello sballo proliferano nei forum on line. Dove i ragazzi si scambiano esperienze ma dei pericoli restano all'oscuro.

170

sostanze vietate

In soli nove mesi del 2015 sono già 170 le nuove droghe finite nel libro nero delle sostanze psicotrope proibite

