

DOPO IL **VIA LIBERA** DELLA REGIONE I CENTRI PUBBLICI E CONVENZIONATI HANNO LAVORATO ANCHE IN AGOSTO: PARTONO I PRIMI TRATTAMENTI CON L'ETEROLOGA

# PER CHI CERCA I BEBÈ LA «NUOVA SPAGNA» ORA È LA TOSCANA

di **Michele Bocci**

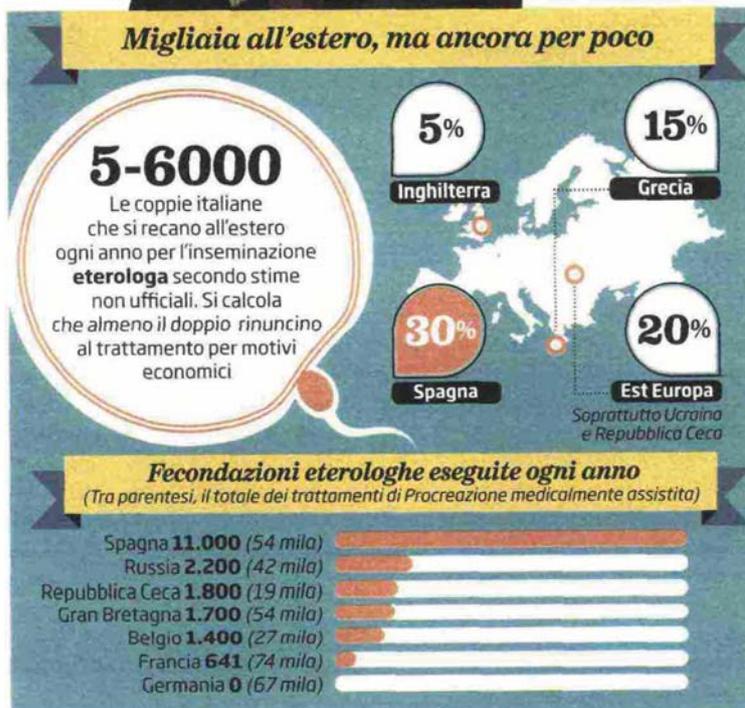
**F**IRENZE. I telefoni che squillano a tutte le ore, le caselle di posta in arrivo che si riempiono. Non c'è agosto che tenga per chi vuole fare un figlio e, da quando è uscita la delibera toscana che dà il via alla fecondazione eterologa, i centri regionali sono stati presi d'assalto dalle coppie. Anche se finora si è lavorato a scartamento ridotto. Almeno la metà delle oltre mille richieste di informazioni su prezzo e tempi delle prime visite sono arrivate da altre zone del Paese. Del resto nessun governatore ha preso un provvedimento come quello di Enrico Rossi: dopo lo stop al decreto preparato dal ministro Lorenzin, è rimasto l'unico ad aver legiferato sulla base della sentenza della Corte Costituzionale che ha definitivamente mandato in cantina la legge 40 e tutti i suoi divieti. Così solo in Toscana, per ora, si può fare l'eterologa nei centri pubblici e in quelli convenzionati e la regione sta diventando la nuova Spagna, dove per dieci anni - tanto è rimasta in vigore la legge sulla fecondazione - si recavano la maggior parte di coloro i quali cercavano un figlio grazie al patrimonio genetico di almeno una persona esterna alla coppia. Nelle altre regioni si muovono solo i privati, alcuni con grande veemenza anche attraverso pubblicità sui media.

Nelle venti strutture che si occupano di pma (procreazione medicalmente assistita) in Toscana, i trattamenti inizieranno a giorni. Al momento vengono preparate le liste di attesa e anche in pieno agosto si sono fatte visite e offerte consulenze. Molte strutture stanno interpellando le coppie che in passato hanno tentato la fecondazione omologa presso di loro senza successo: ora infatti avrebbero una nuova chance. A queste si aggiungono di giorno in giorno altre coppie, che sono state all'estero per la fecondazione eterologa senza risultati.

Rossi ha più volte ribadito che la Toscana «non vuole essere come la Spagna ma come il resto d'Europa», dove la tecnica che prevede l'utilizzo di gameti maschili o oociti di donatori è diffusa quasi ovunque. E ha aggiunto che la delibera toscana è «cedevole», cioè con meno vincoli, rispetto alle leggi che verranno varate a Roma. Ma questo lo si capirà prossimamente. ■



La ministra della Salute **Beatrice Lorenzin** e il governatore della Regione Toscana **Enrico Rossi**



## **ETEROLOGA: CHIAMPARINO, LINEE GUIDA REGIONI CONTRO GIUNGLA PIEMONTE PRONTO A PARTIRE. ROSSI (TOSCANA), E' UN DIRITTO**

(ANSA) - TORINO, 28 AGO – Sulla fecondazione eterologa le Regioni devono mettere a punto linee guida in accorso con il governo, "altrimenti sara' il Far West". Lo ha sottolineato oggi il presidente delle Regioni italiane, Sergio Chiamparino, precisando che il Piemonte "e' pronto a partire". Cos' come la Toscana, come a Firenze ha sottolineato il governatore Enrico Rossi. Nella sua veste di presidente della Conferenza delle Regioni, Chiamparino ha ribadito oggi la volonta' di garantire la piena attuazione della legge, stabilendo velocemente linee guida condivise con le Regioni e con il Governo. "Garantiremo il diritto alla fecondazione eterologa cosi' come deciso dalla Consulta - ha detto -. Dopodiche' ci sono decisioni da prendere che non sono di poco conto, perche' dobbiamo evitare che questo ambito cosi' delicato si trasformi in una giungla normativa con forti differenze da Regione a Regione, grazie alle quali si possa scatenare una sorta di mercato parallelo". "Stiamo lavorando - ha aggiunto - per definire le linee guida da condividere fra tutte le Regioni e sulle quali trovare velocemente un accordo con il Governo. Riteniamo indispensabile che l'accesso a questa procedura venga inserito nei Lea (Livelli essenziali di assistenza), in modo che quello alla fecondazione eterologa sia un diritto esigibile da parte di tutti e non solo da parte di chi gia' ora ne puo' usufruire." Il governatore toscano Rossi si e' spinto ancora piu' in la': "In Toscana - ha dichiarato - si applicano le sentenze dell'Alta Corte. Il resto sono chiacchiere insulse e spesso strumentali". "Non c'e' nessun vuoto normativo, la Corte Costituzionale e' stata chiara: il diritto di provare ad avere un figlio e' un diritto intimo e incoercibile della coppia, percio' deve essere garantito a tutti in modo equo, con sicurezza e a costi accessibili". E' la stessa posizione del Piemonte, che tuttavia preferisce muoversi cercando il coinvolgimento di tutte le Regioni, in vista dell'incontro tecnico a Roma del 3 settembre. "Il Piemonte garantira' il diritto alla fecondazione eterologa sancito dalla Consulta - ha detto Chiamparino -. Ma su questo tema ad alta sensibilita' etica si deve evitare la giungla. Mi auguro che entro la meta' di settembre si possa arrivare a una intesa". I nodi cruciali che il gruppo tecnico delle Regioni dovra' affrontare in materia di eterologa, come ha spiegato l'assessore alla Sanita' del Piemonte, Antonio Saitta, sono i criteri con cui definire: la selezione del donatore, l'eta' minima e massima; l'istituzione di un registro dei donatori, per fissare un numero massimo di donazioni; la garanzia della tracciabilita' del percorso dal donatore al ricevente; la gratuita' della donazione; l'anonimato e il consenso informato; gli esami genetici e infettivi. "E le Regioni - ha precisato Saitta – dovranno stabilire se e quanto la prestazione sara' fatta pagare ai cittadini".(ANSA).



# Fecondazione: 3 settembre riunione Regioni su eterologa

Roma, 28 ago. (AdnKronos Salute) - Regioni al lavoro sull'eterologa. Il 3 settembre è in programma a Roma la riunione della commissione Salute delle Regioni per discutere e fare il punto sul tema della fecondazione eterologa dopo il caos degli ultimi mesi in seguito alla sentenza della Consulta che ha tolto il divieto di eterologa contenuto nella legge 40. Al centro del dibattito, la mancanza contestuale di linee guida uniformi su tutto il territorio. La riunione della commissione Salute delle Regioni, dovrebbe in qualche modo anticipare quanto già annunciato a Ferragosto dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che ha proposto un nuovo tavolo sulla fecondazione eterologa "per un approfondimento sugli aspetti di natura giuridica".

L'intervista

Lorenzin: «Se ci saranno nuovi tagli rischia di sparire la sanità pubblica»

Alberto Gentili

«Se sulla Sanità dovessero piovere nuovi tagli, gli italiani dovrebbero rinunciare nel medio periodo al sistema sanitario come lo conosciamo oggi». Beatrice Lorenzin, ministro del Ncd alla Salute, lancia il suo avvertimento.

A pag. 9



L'intervista **Beatrice Lorenzin**

# «Addio sanità per tutti se ci saranno altri tagli»

► «Interventi pesanti porterebbero alla fine del sistema universalistico. Così i cittadini sarebbero costretti a ricorrere alle assicurazioni private»

ROMA

«Se sulla Sanità dovessero piovere nuovi tagli, gli italiani dovrebbero rinunciare nel medio periodo al sistema sanitario come lo conosciamo oggi. I cittadini dovrebbero ricorrere necessariamente, per potersi curare, ad assicurazioni private o ad altri sistemi». Ora che si avvicina la legge di Stabilità, adesso che il governo fatica a rastrellare fondi con cui varare le riforme, si torna a parlare di sforbiciate. E Beatrice Lorenzin, ministro del Ncd alla Salute, lancia il suo avvertimento.

Eppure, secondo il responsabile dell'Economia Padoan «ci sono ancora margini per risparmiare».

«Risparmiare e reinvestire. Da quando sono stata nominata ministro si parla di tagli, ma finora non se ne sono fatti. Si sono invece fatte le riforme. Abbiamo approvato il Patto della Salute che è una riforma a tappe e per obiettivi che mira

all'efficientamento del sistema».

**Efficientamento?**

«Lo so, è una parola bruttissima, ma significa mettere in ordine il sistema sanitario per renderlo più efficiente, trasparente e funzionale. Con l'impegno di recuperare risorse e di reinvestirle in Sanità. E' evidente che il recupero di queste risorse avviene mano a mano che la riforma si implementa e sono le risorse necessarie per tenere in piedi la Sanità italiana così come la conosciamo adesso. E cioè dare assistenza ai cittadini in modo adeguato e dignitoso, riportare un livello verso l'alto della qualità dell'assistenza nelle Regioni del Sud e affrontare nuovi problemi».

**Quali?**

«Prima di tutto dovremo dare il farmaco per l'epatite C in autunno-inverno. Un impegno finanziario importante, ma che salverà la vita a un milione e 600mila persone. E realizzare un sistema di prevenzione forte che ci permetta di sostenere l'invecchiamento della popolazione. Dunque, investimenti a lungo termine su un sistema sanitario uni-

versalistico. Intervenire in modo pesante, negando gli investimenti sulla sanità necessari, significa cominciare a immaginare la fine del sistema universalistico».

**Sta dicendo che in presenza di nuovi tagli non sarà più possibile garantire la sanità a tutti?**

«Dopo 25 miliardi di euro di tagli compiuti negli ultimi anni, senza una strategia alternativa, i cittadini, almeno quelli che se lo potranno permettere, dovranno farsi un'assicurazione sanitaria. La Sanità gratuita sarebbe ridimensionata».

**Non può negare che ci sono ancora sprechi.**

«Gli sprechi sono nelle Regioni. Lì è stata creata una duplicazione di sistema che ha provocato disservizi, costi esosi, mancanza di uniformità. Ma proprio per rispondere a questo abbiamo messo in campo i costi standard e la centrale unica di acquisto con la Consip e la centrale unica regionale. Poi abbiamo rivisto le norme di reclutamento del perso-

nale, lo sblocco del turn-over. E, cosa più importante, è stata introdotta la digitalizzazione con la creazione di un open data vero. Creiamo la possibilità di operare con task force dentro le strutture delle Asl, lì dove si crea un disservizio. Tutto questo è contenuto nel Patto della salute che il ministero dell'Economia conosce bene. Si tratta di interventi che ci permetteranno di recuperare miliardi di euro, non in cinque mesi, ma mano a mano che la riforma verrà attuata. Questi fondi ci serviranno per pagare ciò che manca: i grandi investimenti, senza il quali il sistema sanitario non può andare avanti».

**Ministro, sulla fecondazione eterologa è ancora caos e la legge da lei promessa non si vede. Come affrontare l'emergenza?**

«Le Regioni si vedranno per stabilire linee comuni da adottare in attesa della

legge. Credo sia un'iniziativa saggia per evitare situazioni di totale disparità. Ciò non toglie che, per garantire sicurezza e gratuità, serva la legge primaria per avere la tracciabilità dei gameti nel rispetto della privacy, la creazione di un registro nazionale e il recepimento delle direttive europee per adottare le procedure di controllo per lo screening dei donatori. Spero che il Parlamento possa varare la legge entro dicembre».

**Un'altra grana è quella di stamina. Il pm Guariniello ha disposto il sequestro negli Spedali di Brescia.**

«Esiste una conflittualità tra la magistratura civile e quella penale che ha compiuto un'indagine molto approfondita, rinviando a giudizio tutti i protagonisti della vicenda».

**Intanto la piccola Noemi è rimasta senza cure.**

«Ricordiamo che quelle di stamina non

sono cure. Non è un protocollo verificato e neppure una cura palliativa. E' stato un grande errore far entrare la sperimentazione a Brescia».

**L'epidemia di Ebola si sta allargando. Ci sono rischi per l'Italia?**

«Non li vediamo. Ebola si trasmette solo per contatto diretto con fluidi corporei e i controlli nei porti e aeroporti sono capillari. Allo Spallanzani di Roma l'Oms ha chiesto di preparare protocolli per ospitare operatori malati, in quanto siamo gli unici ad avere strutture e know-how all'altezza. Detto questo, serve un intervento dell'Oms sostenuto dall'Onu per mettere in sicurezza i confini dei Paesi africani colpiti e migliorarne le condizioni sanitarie. E domani il Consiglio europeo varerà il coordinamento di tutte le attività di prevenzione e di emergenza dei singoli Paesi europei».

**Alberto Gentili**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**FECONDAZIONE ETEROLOGA  
LE REGIONI SI VEDRANNO  
PER STABILIRE LINEE COMUNI  
MA SPERO CHE IL PARLAMENTO  
POSSA LICENZIARE UNA LEGGE  
ENTRO LA FINE DELL'ANNO**



**EBOLA, DOMANI IL CONSIGLIO UE  
VARERÀ IL COORDINAMENTO  
DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE  
E DI EMERGENZA DEI SINGOLI  
PAESI EUROPEI, SERVE  
UN INTERVENTO DELL'OMS**



## SANITA': LIEVE FLESSIONE DELLE VACCINAZIONI IN ITALIA

(ANSA) - ROMA, 28 AGO - "Confrontando le coperture attuali con quelle degli anni precedenti, si nota una lieve flessione in quasi tutte le Regioni e Province autonome e per quasi tutte le malattie bersaglio". quanto si legge nella nota del Ministero della Salute pubblicata sul sito del Dicastero in merito alle coperture vaccinali a 24 mesi d'eta', relative all'anno 2013 (coorte di nascita 2011). "Le coperture vaccinali - si specifica - , aggiornate secondo quanto trasmesso dalle Regioni e Province autonome, si riferiscono alla maggior parte delle vaccinazioni, offerte attivamente e gratuitamente alla popolazione, in accordo con il Piano nazionale della prevenzione vaccinale, per proteggerla da importanti malattie infettive come: poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, emofilo influenzae b (Hib), morbillo, parotite e rosolia". Ma ecco i numeri. Le coperture vaccinali nazionali sono nel 2013: superiori al 95% per le vaccinazioni contro la poliomielite, il tetano, la difterite, l'epatite B e la pertosse; pari al 94,5% per la vaccinazione contro l'emofilo influenzae e pari all'88,1% per la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia. "L'analisi di tale flessione - si legge infine - e' in corso di studio da parte del Ministero e dell'Istituto superiore di sanita' e coinvolgera' anche le regioni. (ANSA).

# Pronta la mappa genetica del virus è la chiave per studiare nuovi farmaci

## LE CURE

MILANO L'epidemia di Ebola in corso in Africa è «senza precedenti» non solo per dimensioni, ma anche perché è «geneticamente diversa» da tutte le altre scoppiate in passato. Oltre 340 mutazioni distinguono infatti i ceppi virali che stanno circolando nei Paesi colpiti rispetto a quelli che si sono diffusi in anni precedenti e un'altra cinquantina di mutazioni del genoma virale si registrano anche all'interno dell'epidemia attuale. In tutto, le mutazioni identificate sono 395. E' questo il risultato di uno studio condotto da un gruppo di ricercatori americani del Broad Institute e della Harvard University, in collaborazione con il ministero della Sanità della Sierra Leone e colleghi di altre istituzioni. Secondo gli scienziati, i ceppi di Ebola responsabili di questa epidemia avrebbero tutti un antenato comune la cui datazione risalirebbe al 1976, anno del primo focolaio di Ebola scoppiato in Congo, con 318 casi e 280 morti.

## SULLE ORME DEL VIRUS

I ricercatori hanno sequenziato

99 genomi virali raccolti da 78 pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di Ebola in Sierra Leone nei primi 24 giorni dell'epidemia. Da alcuni malati sono stati prelevati più campioni del virus, così da monitorare eventuali cambiamenti nel tempo, anche in uno stesso paziente. Per l'analisi è stata utilizzata la cosiddetta tecnica del sequenziamento profondo: i campioni sono stati cioè esaminati più volte, fino a garantire alti livelli di confidenza dei risultati ottenuti. In media, ogni campione è stato sequenziato 2 mila volte. Partendo dal ceppo antenato del 1976, gli esperti hanno seguito le sue orme nel tempo tracciando il percorso di trasmissione e analizzando le relazioni evolutive fra i campioni. Hanno così scoperto che il tipo di virus responsabile dell'epidemia attuale si è differenziato dal progenitore Zaire negli ultimi 10 anni e si è diffuso dalla Guinea alla Sierra Leone attraverso 12 persone che avevano partecipato allo stesso funerale.

## VIA AGLI ESAMI

Passi avanti intanto si registrano anche sul fronte della prevenzione. Volontari sani nel Re-

gno Unito, Gambia e Mali potrebbero essere sottoposti ai test per un possibile vaccino contro il virus Ebola già a settembre, annuncia la GlaxoSmithKline che sta sviluppando il farmaco insieme al National Institutes of Health statunitense. Una sovvenzione di 2,8 milioni di dollari ha permesso a un'equipe guidata dal professor Adrian Hill dell'Università di Oxford di avviare i primi test sul vaccino. Grazie al finanziamento, e se le prove avranno successo, la GSK potrà produrre fino a 10 mila dosi del vaccino testato contro la specie di Ebola Zaire. Alla fase uno dei test, che si spera possano concludersi entro la fine dell'anno, parteciperanno 60 volontari a Oxford, 40 volontari in Gambia e altrettanti in Mali. «Questi test non porteranno benefici immediati a tutti coloro che sono attualmente a rischio», spiega Umberto D'Alessandro, direttore dell'unità del Medical Research Council in Gambia, che parteciperà alla prima fase della sperimentazione - Ma la speranza è che in un futuro non tanto lontano potremo essere in grado di proteggere la popolazione contro Ebola».

C.Gu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**VOLONTARI SANI  
POTREBBERO ESSERE  
SOTTOPOSTI AI TEST  
PER UN POSSIBILE  
VACCINO  
GIÀ A SETTEMBRE**



# La pratica sportiva in Italia? È allarme sedentarietà

Oltre 25 milioni di persone sono completamente inattive. Le percentuali maggiori si registrano al Sud, dove sono presenti i tassi più alti di sovrappeso

## Riccardo Cervelli

«Gli Italiani? Sono 60 milioni di Ct». È l'adagio che sentiamo ripetere quando si parla di calcio. Una vulgata che dimostra l'amore per il football e lo sportingenerale. In realtà, purtroppo, secondo alcune ricerche - come «Lo Sport in Italia», realizzata dal Coni, e l'indagine multiscopo sulle famiglie, «Aspetti della vita quotidiana», condotta dall'Istat - su quasi 59 milioni di italiani oltre i 3 anni, quattro su dieci sono solo «commissari tecnici»: dalla poltrona di casa, però. L'Italia non è solo calcio. È pallavolo, atletica, tennis, basket, scherma e tanto altro: 45, per essere precisi, sono le Federazioni sportive nazionali. E se i risultati sportivi spesso latitano in Figc, le Federazioni più piccole invece sfornano atleti e campioni capaci di regalarci medaglie olimpiche e successi mondiali. Gli italiani tesseraati alle società sportive, nel 2013, erano 4,5 milioni. Considerando tutti coloro che dichiarano di «praticare sport», arriviamo a quasi 18 milioni di persone (30% del totale della popolazione). A rivelare di esercitarsi solo qualche attività fisica sono circa 16 milioni (28%). I rimanenti, il 42% degli abitanti dai 3 anni in su (circa 25 milioni di individui) non praticano né sport né attività fisica, sono completamente sedentari

È grave se si considera che è la mancanza di movimento il primo e principale colpevole dell'obesità. Patologia che spesso è causa di altre «malattie non trasmissibili», dai disturbi cardiovascolari a disagi psicologici. Lo affermano non solo autorevoli nutrizionisti italiani, ma anche prestigiose facoltà di medicina d'Oltreoceano. Come

quella della Stanford University. I ricercatori dell'ateneo Usa hanno scoperto che tra il 1988 e il 2010 la percentuale delle americane che conducono una vita sedentaria è cresciuta dal 19 al 52%. In parallelo, la quota di donne obese è aumentata dal 25 al 35%. Le cose non vanno meglio nel sesso opposto. Nello stesso lasso di tempo, gli uomini che non praticano alcun tipo di attività sportiva/fisica sono passati dall'11 al 43%, e gli obesi dal 20 al 35%. È da sottolineare che, tra l'inizio e la fine dell'intervallo di tempo preso in esame, la quantità di calorie assunta dal campione statistico non è variata: una riprova della correlazione diretta fra sedentarietà e obesità.

Torniamo in Italia. A fronte di un 42% medio di sedentari lungo la Penisola (dati Istat), le percentuali cambiano molto da

## PIGRI

Uno stile di vita sbagliato incide sullo stato di salute della persona

una macroregione all'altra. La palma del minor numero di persone «pigre» va al Nord-Est (solo 26,9%), dove si trovano regioni virtuose quali il Trentino Alto Adige (15% di sedentari) e Veneto (24,8%). La sedentarietà primeggia invece nel Mezzogiorno, con il 56,2% di persone che non praticano né sport né attività fisica. A fare poco movimento risultano soprattutto i campani (60,9%), seguiti da calabresi (60,1%), da siciliani (59,6%) e pugliesi (54,8%). E guarda caso, proprio nelle regioni più sedentarie, vengono rilevati i maggiori tassi di so-

vrappeso. L'indagine Istat rivela anche altre informazioni di cui è il caso di tenere conto. Per esempio, la maggiore tendenza dei giovani a praticare sport nelle famiglie in cui entrambi o almeno uno dei genitori è sportivo. Un altro collegamento è quello tra incidenza di atleti e tipo di comune. A fronte di una media nazionale del 30%, i dati inferiori si trovano nei Comuni fino a 2.000 abitanti (17,2%) e quelli superiori nelle città con oltre 50 mila residenti. È evidente, quindi, l'impatto da parte dell'esempio, dell'educazione

## LA CLASSIFICA

Al Nord-Est i più virtuosi  
Male in Campania,  
Calabria, Sicilia e Puglia

e della presenza di impianti e società sportive sulla propensione a fare movimento. Promuovere l'attività fisica, soprattutto tra i bambini, sembra quindi essere l'unico rimedio valido per mantenere uno stile di vita sano ed equilibrato, prevenire le malattie e preservare da obesità, sovrappeso e tutto ciò che ne consegue.



# «Sla, nemico strisciante per il quale non c'è cura»

● Sla ed Ebola, tremende patologie che, in questo scorcio di estate, sono poste in tremenda evidenza. La Sla, Sclerosi laterale amiotrofica (6.000 italiani convivono, oggi con la malattia e, ogni anno, si aggiungono 1.800 nuovi casi: 5 al dì specie 40-70 anni), consiste nell'indurimento della parte laterale del midollo spinale, cosa che provoca la perdita della funzionalità dei muscoli poiché le cellule (neuroni) che sono alla

base del loro movimento (motoneuroni) sono andati progressivamente ma inesorabilmente in tilt determinato da mancata nutrizione e soffocamento ed avvelenamento da parte di «rifiuti» biologici che gli si sono accumulati intorno.

Le cause della malattia? Ignote, sinora anche se la ricerca è fervente pur dovendosi districare tra molte ipotesi e, comunque, molteplici cause corresponsabili. La malattia è più frequente fra gli atleti, specie di calcio (traumi cranici ripetuti, per esempio, per le testate date al pallone?).

Alcune piste parlano di eccesso di glutammato (neurotrasmettitore normalmente presente tra le cellule nervose), carenza del fattore di crescita nervoso, destino genetico (scoperti alcuni geni, ma non tutti i possibili responsabili) e mutazione del Dna, tossici ambientali.

L'unico farmaco ora presente è Riluzolo, che riduce il glutammato in eccesso, rallenta l'evoluzione ma non guarisce la malattia. In attesa dell'indivi-

duazione del o dei malfattori, la ricerca è febbrile ma ha bisogno di sostegni economici, di strutture, di leggi. Il «gavettone» non sia uno scherzo, un escamotage politico, un lavaggio di colpe che tutti condividiamo.

## MALATTIA DA VIRUS EBOLA (EVD)

-Fatale per quasi 90% dei colpiti, nota fin dal 1976. Probabili ospiti del virus, all'origine, i pipistrelli della frutta (Pteropodidae). La trasmissione avviene per contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi o fluidi corporei di infetti. La contagiosità si ha, soprattutto, a sintomatologia già evidente. Alto rischio il contatto con animali pipistrelli della frutta, scimmie e primati, raccogliere animali morti trovati nelle foreste o manipolare la loro carne cruda. I consigli suggeriti da OMS e nostro Ministero della salute: «evitare il contatto con i pazienti sintomatici e/o i loro fluidi corporei; evitare il contatto con cadaveri e/o fluidi corporei di pazienti deceduti - evitare il contatto con animali selvatici, vivi o morti, e il consumo di carne selvatica - lavare spesso le mani, con sapone o antisettico; lavare e sbucciare frutta e verdura Per chi torna da un viaggio in Paese a rischio si consiglia di prestare attenzione allo stato di salute per 21 giorni dall'arrivo in Italia. Se durante questo periodo dovessero manifestarsi sintomi, quali: febbre, debolezza, dolori muscolari e mal di gola, seguiti da vomito, diarrea, eruzione cutanea, si raccomanda di consultare il proprio medico di fiducia, informandolo del recente viaggio».

Nicola Simonetti



**Beneficenza di facciata**

# Dal governo doccia gelata sulla Sla dona pochi euro e toglie 75 milioni

*Premier e ministri si sottopongono alla secchiata d'acqua ghiacciata  
Ma il fondo pubblico stanziato una tantum cala. E la politica tace*

**FRANCO BECHIS**

■ ■ ■ Mezzo governo, presidente del Consiglio Matteo Renzi in testa, si è già fatto la doccia ghiacciata trasmettendo con più o meno efficacia il proprio personalissimo show all'Ice Bucket Challenge 2014, l'iniziativa mondiale per raccogliere fondi privati in favore dei malati di Sla. Hanno iniziato a gettarsi acqua in testa anche gli amministratori locali, e lo ha fatto con fascia da sindaco di ordinanza (sia pure versandosi un bicchiere e non un secchio d'acqua) anche il primo cittadino di Palermo, Leoluca Orlando. Lo show è diventato la mania dell'estate 2014, ed effettivamente sta iniziando a portare nei conti correnti dell'Aisla (la onlus per i malati di Sla presieduta dall'ex calciatore Massimo Mauro) fondi di una certa consistenza.

Premier, ministri e amministratori locali sono come tutti gli altri cittadini benvenuti alla gara di beneficenza. Ma per loro la questione è un po' diversa, visto che oltre ad essere comuni cittadini che possono fare quel che meglio gradiscono dei loro soldi, sono anche responsabili delle politiche di sostegno alla non autosufficienza. E mentre si versano fiumi di acqua in testa, i fondi pubblici destinati anche ai malati di Sla stanno terminando. Nel

2014, infatti, il Fondo per le non autosufficienze è stato finanziato per 275 milioni di euro, destinati a tutte le persone con handicap gravi e non solo ai malati di Sla. A questa somma è stato aggiunto uno stanziamento di 75 milioni di euro destinato «all'assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica». Quella somma però era una tantum, e dal prossimo primo gennaio 2015 il fondo complessivamente scenderà da 350 ai 275 milioni di euro che erano previsti per il 2013, con un taglio di 75 milioni di euro. A meno che non venga rifinanziato dal governo e dalla sua maggioranza, e possibilmente reso stabile. Ma in nessuno dei provvedimenti preparati dai protagonisti di governo delle docce estive quella misura è ancora stata prevista a questo momento. Si rischia così il grottesco: con una mano si donano 100 o 200 euro e si fa bella figura, con l'altra si tolgono 75 milioni di euro mettendo ko i malati e le loro famiglie.

Peraltro, il fondo era dotato di 400 milioni di euro fino al 2010. Con la crisi, prima è stato ridotto (2011) e poi nel 2012 addirittura azzerato dal governo di Mario Monti. Solo nel 2013 è stato ricostituito, appunto con la somma comunque ridotta di 275 milioni di

euro. Ma è questione solo contabile da parte dello Stato, perché in realtà quei fondi non è detto che arrivino alle famiglie dei malati non autosufficienti né alle strutture preposte. O almeno arrivano con moltissimo ritardo, diventando così del tutto virtuali. Proprio in quella Palermo dove il sindaco Orlando si è lanciato in beneficenza, la onlus che raccoglierà i contributi privati, la Aisla, all'inizio di agosto ha protestato vivacemente con le istituzioni locali, in primis Regione Sicilia e poi con i Comuni che dovrebbero distribuire quei fondi. Rosario Crocetta, vista la mala parata, ha sbloccato due tranches di fondi che provenivano proprio dal Fondo nazionale per le non autosufficienze. Ma erano fondi relativi ancora al 2011, e quindi a pazienti e famiglie sono arrivati con ben tre anni di ritardo (sono 312 i malati di Sla in Sicilia). D'altro canto i fondi 2011 appena sbloccati non sono destinati direttamente ai malati, ma ai Comuni che a loro volta dovranno assegnarli a strutture o direttamente alle famiglie. Passerà ancora altro tempo prezioso. Secondo la denuncia dell'Aisla siciliana, anche una volta assegnate alle cooperative quelle risorse vengono messe a disposizione delle famiglie con grave ritardo: in molti casi ci vogliono anche sei mesi. Di fronte alla protesta, le autorità siciliane hanno scelto la via più inutile e tradizionale: hanno convocato associazioni e rappresentanti delle famiglie a un tavolo istituzionale per il prossimo 11 settembre. Si perderà così altro tempo...

## Contro l'Alzheimer è efficace la marijuana

*Gli scienziati scoprono che il principio attivo della cannabis, il Thc, può offrire un valido trattamento per la malattia di Alzheimer, arrestando o rallentando la progressione della malattia*



Dibattuta, avversata – ma da qualcuno anche sostenuta – la marijuana è da molto tempo oggetto di studi che ora ne esaltano le qualità; ora ne evidenziano i pericoli. Forse, come per tutte le cose, dipende sempre dall'uso che se ne fa e il contesto in cui questo viene fatto. Comunque la pensiate, a favore di un uso terapeutico è anche un nuovo studio preclinico che indica come il Thc – il principio attivo delle foglie di cannabis – **può rallentare o arrestare la progressione della malattia di Alzheimer**. Un tipo di grave patologia che, lo ricordiamo, ancora non ha una cura.

Un nuovo studio, dunque, che sostiene il ruolo terapeutico del delta-9-tetraidrocannabinolo (Thc) nel trattamento o controllo di alcune malattie. Il fatto che questo composto sia **risultato attivo nel trattamento di una malattia devastante come l'Alzheimer**, di fatto ne eleva lo status. Sono stati i ricercatori dell'Università della Florida del Sud (USF) – Health Byrd Alzheimer's Institute ad aver dimostrato con il loro studio che livelli estremamente bassi di Thc possono rallentare o arrestare la progressione della malattia. I risultati completi degli esperimenti, eseguiti utilizzando un modello cellulare della malattia di Alzheimer, sono stati pubblicati sulla versione online del *Journal of Alzheimer*.

Il dott. Chuanhai Cao e colleghi dell'USF hanno potuto osservare come piccole dosi di Thc **riducano la produzione di beta-amiloide** – il noto peptide e maggior componente delle placche amiloidi – che si trova in una forma solubile nella maggior parte dei cervelli anziani. Il Thc è stato anche trovato prevenire l'accumulo anomalo di questa proteina, laddove l'accumulo di beta-amiloide (o betaamiloide) si sa essere uno dei processi considerati tratto distintivo patologico evidente fin dall'inizio della malattia.

Infine, basse concentrazioni di Thc hanno anche selettivamente **potenziato la funzione mitocondriale**, che è necessaria per favorire l'approvvigionamento energetico, la trasmissione di segnali nervosi e mantenere un cervello sano.

«Il THC è noto per essere un potente antiossidante con proprietà neuroprotettive – spiega il dott. Cao – ma questo è il primo rapporto a dimostrare che **il composto influisce direttamente sulla patologia di Alzheimer**, diminuendo i livelli di beta amiloide, inibendo l'aggregazione e migliorando la funzione mitocondriale».

«Una diminuzione dei livelli di beta amiloide significa meno aggregazione – prosegue Cao – che può proteggere contro la progressione della malattia di Alzheimer. Poiché il Thc è un inibitore amiloide naturale e relativamente sicuro. Il Thc o suoi analoghi possono aiutare a sviluppare un trattamento efficace per il futuro».

Quanto ai possibili effetti avversi derivanti dall'uso del Thc, i ricercatori sottolineano che alle basse dosi impiegate **i benefici terapeutici del Thc sembrano prevalere sui rischi** associati di tossicità e disturbi della memoria. Ma, come detto, sull'uso del Thc e i suoi derivati il dibattito è ancora e sempre acceso.

«Anche se siamo ancora lontani da un consenso – sottolinea infatti il dott. Neel Nabar, coautore dello studio – questo studio indica che il Thc e i composti Thc correlati, possono essere di valore terapeutico nella malattia di Alzheimer. Siamo forse sostenendo che le persone devono usare droghe illecite per prevenire la malattia? No. E' importante tenere a mente che solo perché un farmaco può essere efficace non significa che possa essere tranquillamente utilizzato da chiunque. Tuttavia, questi risultati possono portare allo sviluppo di composti correlati che sono sicuri, legali e utili nel trattamento della malattia di Alzheimer».

<http://www.lastampa.it/2014/08/29/scienza/benessere/medicina/contro-lalzheimer-efficace-la-marijuana-58CzFK58uPhTAYQHbfG87K/pagina.html>

## Il pomodoro per prevenire il tumore alla prostata

*Almeno dieci porzioni di pomodoro alla settimana ridurrebbero infatti il rischio di tumore alla prostata del 20 per cento*



Che il pomodoro fosse una sorta di panacea contro il tumore prostatico era cosa nota, e altre ricerche ne hanno nel tempo [decantato le proprietà antitumorali, soprattutto se servito cotto](#). Ma repetita iuvant e ora l'ennesima e più solida conferma viene da una ricerca pubblicata sulla rivista *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. Gli studiosi dell'[Università di Bristol](#), in collaborazione con le Università di Cambridge e Oxford, hanno infatti analizzato il regime dietetico e le abitudini di vita di 20 mila uomini britannici arrivando alla conclusione che coloro che consumavano almeno dieci porzioni di pomodori nell'arco di una settimana avevano il 18 per cento in meno di rischio di ammalarsi di cancro alla prostata.

### *Licopene*

Vanno bene i pomodori freschi, ma anche il succo o il sugo di pomodoro sono forieri di benefici e in tutti i casi è bene conservare anche buccia e semi. E il merito è tutto di uno dei suoi componenti, un antiossidante dal [nome licopene, capace di proteggere dai danni cellulari e genetici](#). Il re della cucina mediterranea infatti ha il pregio di ridurre i fattori infiammatori coinvolti nel processo tumorale e di ritardarne lo sviluppo, ma con questo ultimo studio viene celebrato anche per le sue proprietà di prevenzione. I ricercatori di Bristol si sono poi concentrati su altri due fattori dell'alimentazione, sottolineandone le proprietà anti-tumorali, ovvero il selenio, contenuto nella pasta e nel pane, e il calcio.

### *Tumore prostatico*

Il tumore della prostata è la seconda forma di cancro più diffusa tra gli uomini (dopo quello al polmone) e la prima nei Paesi più ricchi. Solo nel Regno Unito il tumore alla prostata registra ogni anno 35 mila nuovi casi e diecimila decessi annuali. E' un'emergenza per la popolazione maschile, soprattutto in età senile. Ma come spesso accade le buone abitudini di vita possono dare un contributo significativo nella

prevenzione di questa forma tumorale. Per esempio gli esperti sottolineano che non bastano i pomodori ovviamente, ma occorrerebbe una dieta amica della frutta e della verdura. Tanto che chi assume cinque porzioni di frutta o verdura giornaliera riduce del 24 per cento i rischi di tumore prostatico. «I pomodori possono essere un fattore chiave nella prevenzione del cancro prostatico» ha concluso Vanessa Er, della School of Social and Community Medicine at Bristol University. Anche se, è utile ribadirlo, [la relazione tra tumore e dieta è molto complessa](http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_agosto_28/pomodoro-prevenire-tumore-prostata-eb7a7a6a-2eaa-11e4-866c-ea2e640a1749.shtml).

[http://www.corriere.it/salute/sportello\\_cancro/14 agosto 28/pomodoro-prevenire-tumore-prostata-eb7a7a6a-2eaa-11e4-866c-ea2e640a1749.shtml](http://www.corriere.it/salute/sportello_cancro/14_agosto_28/pomodoro-prevenire-tumore-prostata-eb7a7a6a-2eaa-11e4-866c-ea2e640a1749.shtml)

# quotidiano**sanità**.it

Giovedì 28 AGOSTO 2014

## L'origine della febbre. La scoperta apre la strada a nuove terapie

***Una ricerca dell'università svedese di Linköping getta nuova luce sulla zona di produzione delle prostaglandine responsabili della febbre. Una scoperta che apre la strada a nuove terapie***

Che la febbre sia una risposta dell'organismo ad un processo infiammatorio è cosa nota. Meno chiaro e per anni oggetto di dibattito è stata invece l'origine del 'segnale' della febbre. Le teorie in pista, fino ad oggi erano sostanzialmente tre: la febbre sarebbe originata dalla prostaglandine circolanti, oppure deriverebbe da cellule del sistema immunitario presenti nel sistema nervoso o infine deriverebbe da prostaglandine prodotte a livello della barriera emato-encefalica.

Quest'ultima, la cosiddetta teoria di **Engblom** è stata appunto dimostrata nel lavoro pubblicato oggi su [Journal of Neuroscience](#). Lo studioso svedese, una decina di anni fa, aveva scoperto il meccanismo responsabile della formazione delle prostaglandine E2 durante la febbre; **David Engblom** aveva anche dimostrato che queste molecole non erano in grado di attraversare la barriera emato-encefalica, un meccanismo di protezione per il cervello, ma che le PGE2 potevano essere sintetizzate da due enzimi presenti sul versante interno della barriera stessa e da qui raggiungere l'ipotalamo che è la sede del 'termostato' dell'organismo.

Nel lavoro appena pubblicato, **Engblom** è riuscito a dimostrare la sua teoria, utilizzando topini di laboratorio privi degli enzimi (COX-2 e mPGES-1) necessari per la produzione delle prostaglandine a livello dei vasi cerebrali.

Quando esposti all'azione di tossine batteriche, gli animali non sviluppavano febbre, mentre continuavano ad essere presenti tutti gli altri segni dell'infiammazione. Questo dimostra che le prostaglandine responsabili della comparsa della febbre sono solo quelle prodotte a livello della barriera emato-encefalica.

**Maria Rita Montebelli**

scienze  
NUOVI UNTORI

L'ULTIMA EPIDEMIA DI **Ebola** SAREBBE STATA SCATENATA DA UN BAMBINO IN GUINEA: LE TRACCE SEGUITE A RITROSO PER LOCALIZZARLO NEL RACCONTO DI UNO DEI RICERCATORI IN PRIMA FILA NELL'INDAGINE

# Come si rintraccia un Paziente Zero (e sarà davvero lui?)

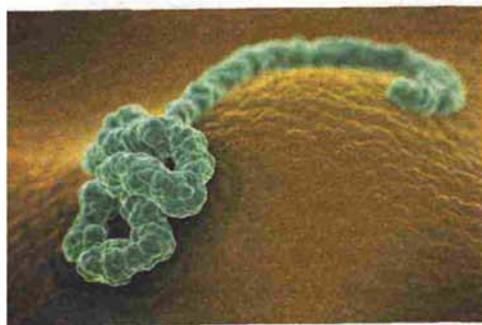
di **Giuliano Aluffi**

**L'**Omega dell'attuale epidemia di Ebola è ancora di là da venire, e un ruolo cruciale sarà giocato dai vaccini ancora in studio, ma sull'Alfa, o meglio sul Paziente Zero della nuova ondata iniziata a fine 2013 e che ha già mietuto oltre 900 vittime, c'è qualche indizio in più. Ce lo racconta Jonas Schmidt-Chanassit del Bernhard Nocht Institute for Tropical Medicine di Amburgo. Il ricercatore è uno degli autori dello studio *Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea - Preliminary report* pubblicato in aprile su *The New England Journal of Medicine*, primo report scientifico pubblicato sulla nuova epidemia d'Ebola e prima indicazione ufficiale sul Paziente Zero dell'epidemia attuale. **Perché è importante trovare il Paziente Zero?**

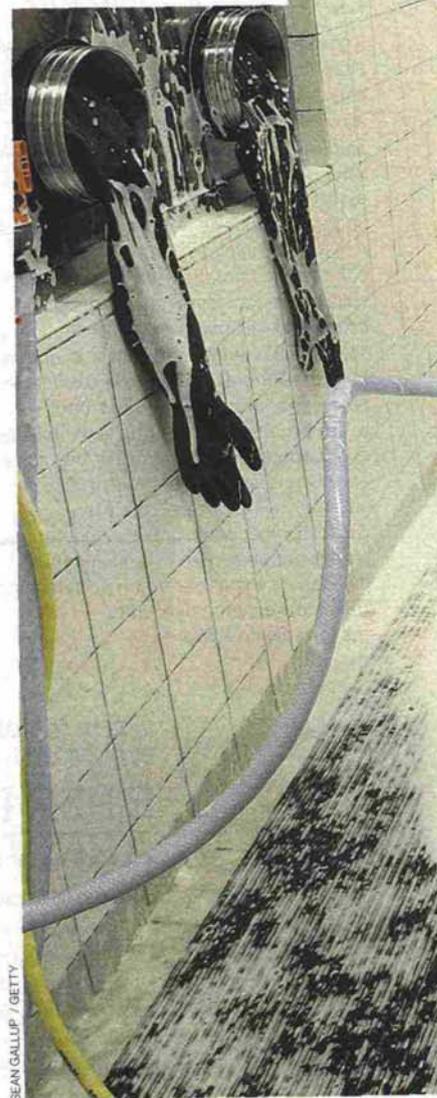
«Trovare il Paziente Zero, intrecciando i dati sui decessi con interviste sul posto, ci fa capire quale è stata la diffusione geografica del virus e ci permette di sapere di più sui mezzi e sulla velocità di propagazione del contagio. In questo caso ci sono stati almeno tre mesi (da dicembre a metà marzo) in cui nessuno era consapevole del fatto che questo virus stesse circolando, perché aveva colpito aree remote, dove non si pensava all'Ebola anche perché lì non era mai stato rilevato prima. Nelle insorgenze in Africa negli ultimi decenni si è visto che i casi iniziali sono collegati, tipicamente, al contatto con carcasse di animali uccisi dal virus, come scimpanzé e gorilla, o animali che portano il virus pur non risentendo dei sintomi, come i pipistrelli della frutta. Questo permette di capire quali sono gli animali da evitare o quali possono essere interessanti da studiare per trovare gli anticorpi che permettono ai vettori sani del virus di non ammalarsi. Inoltre localizzare il Paziente Zero permette di capire se esistono riserve del virus non ancora scoperte e che possono contagiare altri. Se poi un virus muta rapidamente - per fortuna non è il caso dell'Ebola - trovare il Paziente Zero permette di comparare la versione iniziale del virus a quella mutata, così da capire come il virus evolve e si adatta agli ospiti, per poter trovare più velocemente un vaccino».

**Come avete trovato il Paziente Zero in questo caso?**

«Il 10 marzo l'ospedale di Guéckédou (Guinea) ha allertato il ministero della Salute guineiano e Médecins sans Frontières riguardo ad una malattia ad alta mortalità».



Nella foto grande, dottori specialisti in malattie tropicali di Berlino testano i metodi di **decontaminazione** dai virus. Qui sopra, il **virus Ebola**, ricomparso in questi mesi in Africa



SEAN GALLUP / GETTY

**scienze**  
NUOVI UNTORI

tà caratterizzata da febbre, diarrea, vomito. Il team di Médecins sans Frontières arrivato in Guinea ha prelevato campioni di sangue da 20 pazienti e li ha spediti ai laboratori europei, tra cui il nostro. All'analisi virologica si è affiancata una indagine epidemiologica, che ci ha fatto risalire, tramite i dati registrati dagli ospedali ed interviste con i pazienti, le loro famiglie, gli abitanti dei villaggi dove si erano verificate dei casi (in particolare coloro che sono stati a contatto con i morti per i riti funebri), e il personale ospedaliero, alla catena di trasmissione del virus. Questo ha fatto risalire al primo caso dell'epidemia: un bambino di due anni morto il 6 dicembre a Meliandou (prefettura di Guéckédou). Si è visto che pochi giorni dopo il suo decesso sono morte la madre, la sorella e in seguito la nonna. E il contagio si è esteso a chi ha preparato i corpi per i riti funebri. Una levatrice di quel villaggio, poi, è stata portata all'ospedale di Guéckédou a fine gennaio. Lì il virus ha infettato un'infermiera, che si pensa abbia diffuso il virus in altri tre villaggi in febbraio».

**Come può avere contratto il virus?**

«Al momento non abbiamo certezza assoluta che il ceppo che ha causato l'epidemia sia arrivato all'uomo dai pipistrelli della frutta, ma è molto probabile, dato che questi animali sono delle riserve per l'Ebola, portano l'agente patogeno senza mostrare sintomi. Sono stati trovati anticorpi per l'Ebola su tre specie di pipistrelli, quindi sappiamo che ospitano il virus. (L'epidemiologo Fabian Leendertz del Robert Koch Institute di Berlino, che ha inviato una squadra in Guinea per studiare l'ipotesi dei pipistrelli, ci conferma al telefono che quasi tutti gli abitanti di Meliandou sono a contatto con questi animali: gli uomini perché li cacciano e le donne perché li cucinano; e ci spiega che la strada per il vaccino dell'Ebola difficilmente passerà per gli anticorpi dei pipistrelli, perché il loro sistema immunitario è troppo diverso dal nostro). Pensiamo che il Paziente Zero di questa nuova epidemia sia venuto a contatto con carne di pipistrello o con l'urina o le feci di pipistrello. Oppure i pipistrelli hanno contaminato della frutta, che poi il bambino ha mangiato».

**Lei è ottimista sul corso dell'epidemia?**

«È una domanda complicata. È cruciale riuscire a impedire che l'epidemia tocchi nuovi Paesi. Ci aspettiamo un aumento dei casi, ma pensiamo che tra qualche settima-

CHI, QUASI SEMPRE SENZA VOLERE, HA DATO VIA AL **CONTAGIO**

DAL TIFO  
ALL'AIDS  
STORIA  
DEI NUMERIO

**I**l primo Paziente Zero dell'Ebola, secondo un'indagine dell'Oms, fu un uomo (rimasto senza nome) ricoverato nell'agosto 1976 per sospetta malaria nell'ospedale di Yambuku (Repubblica Democratica del Congo), vicino al fiume Ebola. Ricevette un'iniezione di cloro-

china contro la malaria e la mancata sterilizzazione della siringa diffuse il contagio, causando 280 morti.

Densa di colpi di scena è la storia del primo portatore sano di tifo in America, l'irlandese Mary Mallon, una cuoca che tra il 1900 e il 1907 visse a New York, infettando le famiglie che l'avevano assunta. A identificarla fu un ingegnere sanitario che si accorse che in sette famiglie colpite da tifo aveva prestato servizio la stessa cuoca. Fu isolata dal 1907 al 1910 in una clinica e poi rilasciata su promessa che avrebbe smesso di fare la cuoca. Mary Mallon però cambiò nome in Mary Brown e continuò a preparare cibi senza prendere precauzioni, causando nuove morti. Arrestata di nuovo nel 1915, tornò in isolamento fino alla morte, nel 1938.

Ben più controversa è stata la ricerca della persona che introdusse l'Aids negli Usa. Esperti di Atlanta, studiando la diffusione geografica dei primi casi, risalirono a un Paziente Zero (il termine fu coniato allora), ma senza rivelarne l'identità. Il nome di Gaëtan Dugas, steward canadese assai promiscuo, affetto da Aids dal 1981 e deceduto nel 1984, fu diffuso da un giornalista nel 1987. Uno studio del 2007 ha però suggerito che il virus dell'Hiv sia entrato negli Usa nel '69 passando da Haiti. Studi di ricercatori della Rockefeller University di New York su campioni di sangue del 1959 conducono a un uomo di etnia Bantu vissuto a Leopoldville (l'odierna Kinshasa, Repubblica Democratica del Congo). Uno studio del 2007 del biologo Michael Worobey su tessuti di linfonodi derivanti da biopsie del 1960 mostra tracce del virus in una donna di Kinshasa.

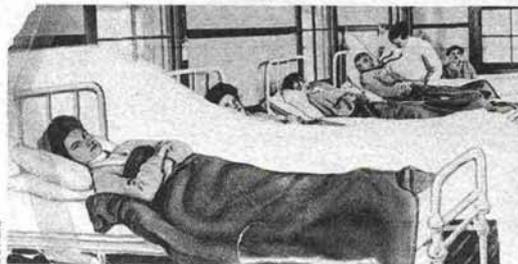
Dalle differenze genetiche tra i campioni del 1960, Worobey ha poi ipotizzato che il virus sia passato dalle scimmie all'uomo nel 1908, proprio a Kinshasa.

I colleghi dello University Hospital Hamburg-Eppendorf si erano offerti a luglio di portare in Germania un paziente, purtroppo deceduto prima di partire dall'Africa, per poter studiare il virus e soprattutto dare un segno di speranza, mostrando che gli ospedali possono fare qualcosa. Un grave problema è infatti che tra le popolazioni colpite a tutt'oggi si diffida dei medici e degli ospedali: li si vede impotenti contro il virus, e questa sfiducia peggiora la situazione».

**Giuliano Aluffi**



Sopra, il virus dell'Hiv e i linfociti umani: la loro diminuzione può essere un segnale della presenza della malattia. Sotto, Mary Mallon (1870-1938) paziente Zero dell'epidemia di tifo negli Stati Uniti



na o qualche mese inizieranno a diminuire. Ma se capiterà che il virus aumenti la sua diffusione in Nigeria, ad esempio a Lagos, o nella Costa D'Avorio o in Mali, allora la situazione peggiorerà di molto e aumenterà al tempo stesso il rischio che il virus si propaghi ad un altro continente, come l'Asia. Se arrivasse in India o in Indonesia la situazione si farebbe catastrofica per le difficoltà in quei Paesi a estendere le cure mediche a tutti. Invece la robustezza dei sistemi sanitari europei e americani scongiura il rischio di un'epidemia in Occidente.

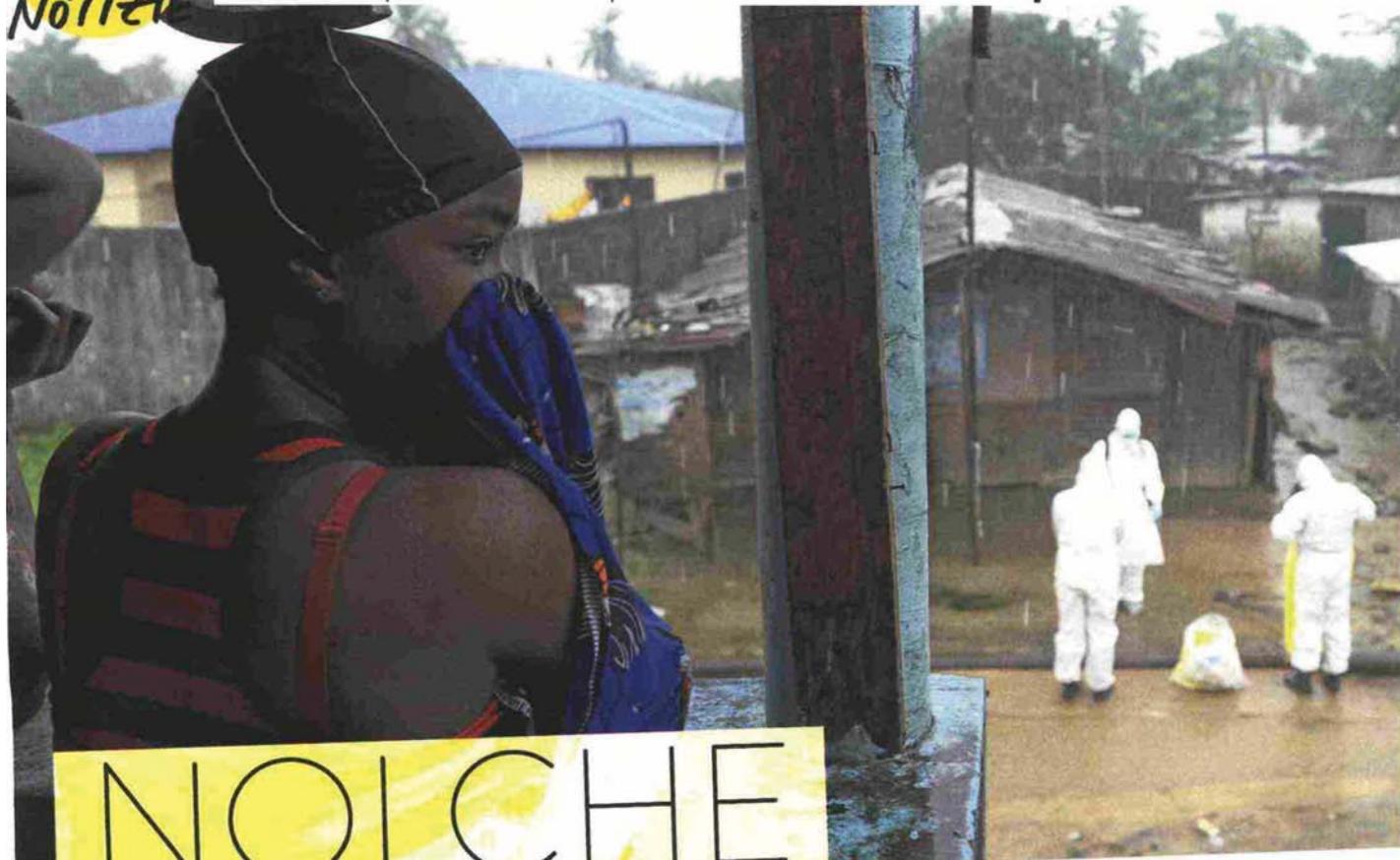
I colleghi dello University Hospital Hamburg-Eppendorf si erano offerti a luglio di portare in Germania un paziente, purtroppo deceduto prima di partire dall'Africa, per poter studiare il virus e soprattutto dare un segno di speranza, mostrando che gli ospedali possono fare qualcosa. Un grave problema è infatti che tra le popolazioni colpite a tutt'oggi si diffida dei medici e degli ospedali: li si vede impotenti contro il virus, e questa sfiducia peggiora la situazione».

## **EBOLA: CONFERMATO PRIMO CASO FUORI LAGOS, MORTO MEDICO AL SUD**

(AGI) - Lagos, 28 ago. - Le autorità nigeriane hanno confermato la prima morte per ebola al di fuori di Lagos, dove finora si sono concentrati i casi. La vittima è un medico, deceduto a Port-Harcourt, centro petrolifero nel sud-est del Paese. Lo ha reso noto il ministro della Salute, Onyebuchi Chukwu, riferendo che la morte è avvenuta il 22 agosto ma i risultati delle analisi sono stati diffusi solo adesso. Il medico deceduto aveva curato un dipendente dell'ufficio Ecowas a Lagos, che era stato posto sotto sorveglianza ma che era riuscito a scappare nella città meridionale. Altre 70 persone sono state poste sotto controllo nel centro petrolifero, mentre la moglie del medico, che si è ammalata, è stata messa in quarantena in attesa dei risultati dei test. Secondo il ministro, il dipendente Ecowas era un contatto primario del paziente zero della Nigeria, Patrick Sawyer, il liberiano-americano che per primo ha portato il virus nel Paese. Nell'ultima settimana di luglio, il dipendente era riuscito a evadere la sorveglianza e recarsi a Port Harcourt, dove, comparsi i primi sintomi, aveva consultato un medico. Quattro giorni più tardi, aveva fatto ritorno a Lagos.

10  
NOTIZIE

Il sorriso ritrovato di Kadie, la voglia di vivere di Kumba e i  
con le persone in prima linea contro l'**epidemia** che sta



NOI CHE

10  
ABBIAMO VISTO

**Q**uando ho capito che Ebola era un'emergenza reale e spaventosa ho pensato come potevo convincere la mia gente ad andare in ospedale e farsi curare. Ho fatto quello che mi riesce meglio: ho scritto una canzone». **Charles Yegba ha 41 anni ed è padre di due bambini e fa il rapper. Abita vicino a Monrovia, la capitale della Liberia.** All'inizio credeva che il letale "virus dei pipistrelli" che ha colpito l'Africa occidentale fosse un'invenzione, l'ennesima per raccogliere soldi in nome del continente e poi spenderli chissà dove. Finché non ha visto la morte da vicino e i quartieri della sua città messi in quarantena. Il ritornello del suo brano fa così: "Non avere paura, non nasconderti. Dall'Ebola si può sopravvivere. Per favore, vai in ospedale". E viene trasmesso continuamente dalle radio locali. Musica per la vita, la chiamano così.

Il numero delle vittime del virus è salito a oltre 1.350, il numero di malati ha superato i 2.470, dicono i dati

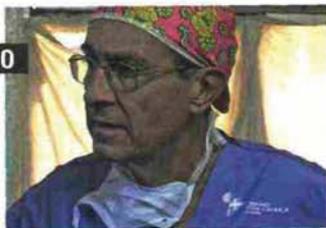
dell'Organizzazione mondiale della Sanità. **Ai quattro Paesi colpiti dall'epidemia - Guinea, Liberia, Nigeria e Sierra Leone - si è aggiunto il Congo.** Ma c'è una buona notizia: il medico e l'infermiera americani contagiati da Ebola ai primi di agosto sono guariti e sono stati dimessi dall'ospedale (vedi il riquadro nella pagina a fianco).

«Oggi il cielo è buio, ma qui, nell'ospedale di Pujehun splende il sole: è il sorriso di Kadie. Un sorriso che ci ha negato per un lungo, terribile mese», racconta a *Grazia* il dottor Paolo Setti Carraro, chirurgo in Sierra Leone per l'associazione Cuamm-Medici con l'Africa. «Kadie è una bimba di 5 anni, è arrivata nel nostro ospedale da campo da Pandebu, al confine occidentale. Era tra le braccia del papà. Pesava dieci chili, aveva il respiro affannato, le caviglie gonfie e una peritonite cronica. Dei liquidi intestinali le sgorgavano dall'ombelico dopo ogni pasto. Ho trascorso giorni pieni d'ansia e notti tormentate a guardare quell'ombra di bambina. Dopo tre giorni stava meglio e ha

nuovi orfani che non sanno dove andare. *Grazia* ha parlato dilagando in **Africa**. Ecco le loro storie di speranza *di Simona Coppa*

**IL CHIRURGO**

Paolo Setti Carraro, 58 anni, in Sierra Leone per l'associazione Cuamm-Medici con l'Africa.



**IL VOLONTARIO**

Rob MacGillivray, anche lui in Sierra Leone per l'associazione Save the Children.



**LA VIROLOGA**

Concetta Castilletti dell'Istituto Spallanzani di Roma, è tornata in Italia da Gueckedou, in Guinea. A sinistra, una ragazza in quarantena a Monrovia, capitale della Liberia.



# EBOLA

ricominciato a mangiare. Siamo abituati alle emergenze, ma Kadie ci ha portato via il cuore», racconta il medico. Dottori e infermieri l'hanno viziata con biscotti e uova, per farla tornare in salute: «Una gara a ingozzarla di ogni leccornia disponibile sul mercato. Per lei era una continua sorpresa, non abituata a tanta abbondanza. Il suo volto, imbronciato per settimane, il suo sguardo vuoto e disperato hanno cominciato a rilassarsi. E oggi, finalmente, dopo tante sofferenze ci ha donato il più bello dei sorrisi. Kadie è tornata a casa, lavata e profumata, vestita come una regina. Di quel sorriso che trasmette gratitudine e gioia abbiamo tutti un grande bisogno», dice Setti Carraro. Questa, in fondo, è la più grande epidemia di Ebola che il mondo abbia mai visto. «Ci sono meno di tre medici ogni 100 mila persone, sia in Liberia sia qui, in Sierra Leone. E il nostro compito non è solo quello di curare», racconta Rob MacGillivray, medico e direttore regionale per le emergenze umanitarie dell'associazione Save the

Children. L'abbiamo raggiunto al telefono a Freetown, in Sierra Leone. La linea continuamente interrotta dal maltempo. «Mi è rimasta negli occhi una bambina di 11 anni: completamente sana. La mamma, il papà e tutti i suoi parenti erano ricoverati. Stava in un angolo, intorno a lei stavano tutti male. Non sapeva dove altro andare. Mi sono messo in contatto con i centri sociali e abbiamo avuto fortuna: una famiglia l'ha accolta. Dovrebbe finire la quinta elementare, ma non può, perché tutte le scuole sono chiuse».

La dottoressa Concetta Castilletti, virologa dell'Istituto nazionale malattie infettive "Lazzaro Spallanzani", è appena tornata da Gueckedou, in Guinea, epicentro dell'epidemia. «Mi sono dimenticata tanti nomi, tranne uno: Kumba», ricorda. «Lui ha i modi di fare degli adolescenti, fa ok con il pollice alzato e saluta battendo il palmo della mano, proprio come i miei figli. Kumba ha 15 anni ed è molto meno fortunato di loro. Ha contratto il virus dell'Hiv e il suo sistema immunitario non gli ha risparmiato il contagio di Ebola». Dice Castilletti: «Prima di lui, ho conosciuto i campioni del suo sangue che ogni giorno analizzavo nel laboratorio allestito sotto una tenda, c'erano 35-40 gradi e noi dovevamo indossare camice, guanti e stivali di gomma: il caldo era terribile. Fuori dall'ospedale da campo, avevamo messo qualche sedia e un ombrellone per le persone convalescenti. Speravo di vedere Kumba seduto lì. C'erano poche possibilità, ma lui ce l'ha fatta: dopo un mese, il suo sangue è risultato negativo al virus». Sono incontri come quello con Kumba che danno forza alle persone che sono in prima linea contro il contagio: «Quel ragazzino non si è unito agli altri, non è andato a riposare all'ombra, sotto gli alberi di mango. Lui ha cominciato a fare footing intorno alla tenda», racconta la dottoressa. «Voleva far vedere a tutti che era guarito, era il modo per dire ai suoi genitori e ai suoi fratelli che lo guardavano a distanza che Ebola non era solo morte. Io e Kumba non abbiamo mai parlato se non a gesti e con due parole in francese, "merci" e "frère", il giorno in cui suo fratello maggiore è venuto a prenderlo e lui me lo ha presentato. Forse mi dimenticherò il suo nome, ma la gioia di vivere di quel ragazzo altissimo e magro la ricorderò per sempre». ■

## Il siero più atteso

Il medico americano Kent Brantly e l'infermiera volontaria Nancy Writebol sono guariti. Avevano contratto l'Ebola in Liberia, ad agosto. Entrambi sono stati curati con il siero sperimentale Zmapp. Ma non si può dire che con questo farmaco la malattia sarà debellata: il vero e proprio antivirale non sarà pronto prima del 2016.

Foto REUTERS/CONTRASTO

## **USA: NEW YORK, MORTI PER HEROINA AI MASSIMI DA 10 ANNI**

(ASCA) - New York, 28 ago 2014 - Si sta riacutizzando negli Stati Uniti la piaga dell'eroina, con piu' a morti a New York l'anno scorso che in qualunque altro anno dal 2003: 420 decessi a causa di questa droga nel 2013, su un totale di 782 morti per overdose nella metropoli americana. I dati - scrive il New York Times - arrivano dal dipartimento della salute. Il totale dei morti per eroina e' raddoppiato in tre anni e le autorità sembrano incapaci di trovare il modo per arginare il fenomeno. Secondo questi dati, l'uso di eroina e' in aumento in aree e fasce di popolazione che fino a qualche anno fa ne sembravano immuni. Se prima la droga colpiva quasi esclusivamente Brooklyn, il sud del Bronx, East Harlem e le aree piu' disagiate, adesso sembra in crescita particolarmente tra bianchi e newyorchesi benestanti, ma e' in aumento anche in Queens e Staten Island. E anche prima che questi dati venissero pubblicati, scrive il New York Times, la diffusione del problema era evidente nei centri specializzati e nelle stazioni di polizia, con sequestri di eroina e arresti correlati in crescita esponenziale su tutta la costa orientale degli Stati Uniti. Il nucleo duro di chi fa uso di eroina e' comunque composto da ispanici tra i quaranta e cinquanta anni, mentre i piu' giovani e ricchi sembrano concentrarsi su medicine oppiacee che garantiscono effetti simili a quelli dell'eroina. La citta' di New York ha in questi mesi approvato una serie di misure per regolamentare e ridurre la prescrizione di medicine come antidolorifici e oppiacei, ma quando queste sostanze non sono disponibili legalmente, scrive il quotidiano, si possono facilmente ottenere nel mercato nero