

PUNTI NASCITA**FAZIO: «SÌ
A DEROGA
PER ISOLE
MINORI»**

Nell'attuazione del piano di riordino dei punti nascita in Sicilia «va bene adottare delle deroghe» ma «limitandole a quelle davvero necessarie, cioè quelle per le isole minori». Lo ha detto il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, rispondendo durante il question time alla Camera a una interrogazione sulle iniziative per garantire i livelli essenziali di assistenza nell'ambito della rimodulazione dei punti nascita della Regione siciliana. «Non si tratta di deroghe per sempre - ha sottolineato il ministro - ma di tenere conto di realtà complesse con problemi socio-sanitari specifici».



È la conclusione di una ricerca francese

Inutili i controlli a tappeto sull'Aids

Non serve a nulla fare controlli a tappeto sull'intera popolazione per combattere l'Aids. A questa conclusione è giunta una ricerca francese condotta da **Anne-Claude Crémieux**, dell'ospedale Raymond-Poincaré di Garches, nell'Ile-de-France. Si tratterebbe di una spesa inutile per le casse sanitarie d'Oltralpe. Il lavoro è stato eseguito per conto dell'Agenzia nazionale di ricerca e lotta contro l'Aids e ha avuto come teatro 29 ospedali.

Gli autori sottolineano che occorrerebbe invece focalizzare l'interesse sui gruppi più a rischio, cioè gli uomini omosessuali e persone originarie dell'Africa subsahariana. La Francia, affermano gli esperti, è un paese nel quale i casi di Aids non sono così numerosi, mentre vi sono gruppi a rischio ben identificati.

Nell'ambito del test soltanto lo 0,14% del campione è risultato positivo al virus. Su queste 18 persone, sette erano omosessuali maschi e altri dieci eterosessuali originari dell'Africa subsahariana. La conclusione è che 18 persone su 13 mila sono troppo poche per diffondere il test anti-Aids su vasta scala. Il rischio, molto concreto, è che si sprechino inutilmente un sacco di munizioni. E, di questi tempi, i soldi pubblici devono a maggior ragione essere impiegati in maniera efficace. Tuttavia, dicono altri osservatori, è importante mantenere un presidio anche sulla popolazione complessiva: c'è anche chi, al di fuori dei gruppi a rischio, ha contratto il virus e neppure lo sa.

— © Riproduzione riservata —



Gemelli**Consiglio di Stato**
“Tbc, test su nati 2010”

IL CONSIGLIO di Stato ha respinto l'istanza del Gemelli con cui si chiedeva di sospendere l'ordinanza del Tar del Lazio sull'estensione dei test per la Tbc sui neonati partoriti nell'ospedale romano. Soddisfatto il Codacons secondo cui i test devono essere effettuati anche sui nati nel 2010, mentre il Gemelli ha precisato che «il Consiglio di Stato ha respinto l'istanza di sospensiva immediata perché non ne ha ravvisato gravi pregiudizi per il policlinico. Ma ha fissato la discussione del ricorso in tempi ravvicinati, l'11 novembre».



Tbc, il Consiglio di Stato non ferma i test sui bambini nati nel 2010

Respinta la richiesta di sospensiva del Gemelli



Secondo l'Associazione dei consumatori il Gemelli ora dovrà estendere i controlli per la Tbc anche sui bimbi nati nel 2010

Sul caso dell'infermiera malata di Tbc e dei neonati contagiati nuovo botta e risposta fra il Policlinico Gemelli e l'associazione dei consumatori Codacons. Quest'ultima aveva chiesto e ottenuto dal tribunale amministrativo regionale un'ordinanza che disponeva anche per i bimbi nati nel 2010 l'esecuzione dei test che invece, per decisione della Regione e dell'Asl Roma E, si erano fermati a gennaio 2011. Il Policlinico Gemelli ha presentato ricorso contro questa ordinanza di fronte al consiglio di stato. Ieri il Codacons ha annunciato: «Il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso del Gemelli, che chiedeva di sospendere l'ordinanza del Tar del Lazio sull'estensione dei test per la Tbc sui neonati partoriti nell'ospedale romano». Ha aggiunto il presidente dell'associazione, Carlo Renzi: «Ogni giorno di ritardo fa accrescere il rischio di una minore efficacia della profilassi

antibiotica nei casi di contagio». In serata però è arrivata la precisazione dei vertici del Policlinico Gemelli: «Il provvedimento del Consiglio di Stato non ha respinto il ricorso del policlinico Gemelli ma l'istanza di sospensiva immediata dell'esecutività dell'ordinanza del Tar perché non ha ravvisato gravi e irreversibili pregiudizi per lo stesso policlinico ma ha fissato la camera di Consiglio per la discussione sul merito del ricorso in tempi ravvicinati, cioè l'11 novembre». In sintesi: al Gemelli spiegano che solo l'11 novembre si saprà l'orientamento del Consiglio di Stato. Dal canto suo Carlo Renzi alza ulteriormente il tiro: «L'associazione mette inoltre uno staff di avvocati e medici a disposizione di chi ha partorito presso il Policlinico nel periodo 2009-2010, al fine di fornire informazioni e assistenza legale».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Consiglio di Stato

Tubercolosi,
no al ricorso
del Gemelli

Servizio

A PAGINA 5

Il caso Il Codacons: test anche sui bimbi nati nel 2010Tbc, il Consiglio di Stato
dice no al ricorso del Gemelli**Il merito**

La vicenda sarà esaminata nel merito nell'udienza già fissata per l'11 novembre

Nuovi problemi per i vertici del Policlinico Gemelli che, d'accordo con la Regione, dovranno attrezzare controlli sui bambini nati nel 2010. Dall'ospedale era stata richiesta una sospensione immediata dell'ordinanza del Tar che accoglieva la proposta del Codacons di estendere il test Quantiferon (in grado di rilevare la positività alla Tbc) ai neonati del 2010. Ieri il Consiglio di Stato ha respinto la richiesta.

Un punto a favore dei consumatori di Carlo Rienzi e delle sue tesi. Il Codacons ha sempre affermato di avere prove di un contagio diffuso ben prima che esplodesse la vicenda dell'infermiera ammalata di Tbc e della neonata a sua volta infettata. Una volta incassato il parere favorevole del Tar (che imponeva, appunto, di estendere i control-

li), il Codacons aveva rilanciato proponendo il sequestro dell'ospedale.

«Ora — si legge nella nota di Rienzi — la Regione Lazio (responsabile dell'organizzazione dei controlli, ndr) non può più esitare, e deve disporre immediatamente controlli sui bimbi nati nel 2010, anche perché oggi giorno di ritardo fa accrescere il rischio di una minore efficacia della profilassi antibiotica nei casi di contagio». «Sacrosanta» la decisione del Consiglio di Stato dice Rienzi: con questa sentenza i giudici hanno voluto garantire «sicurezza e serenità alle famiglie dei bimbi nati al Gemelli, che in questi mesi hanno patito sofferenze ingiuste». Replica dal Policlinico: «Il provvedimento del Consiglio di Stato non ha respinto il ricorso ma l'istanza di sospensione immediata dell'esecutività dell'ordinanza del Tar e ha fissato la camera di Consiglio per la discussione sul merito del ricorso in tempi ravvicinati, cioè l'11 novembre».



ADESSO L'EUROPA HA DECISO

IL PRE-EMBRIONE NON ESISTE



DI **CARLO CASINI**
Presidente
del Movimento
per la vita

Da quando si applicano le tecniche di fecondazione in vitro è stata formulata la teoria del pre-embrione. L'essere umano non comincerebbe con la fecondazione ma con il suo completo impianto nella mucosa uterina, 14 giorni dopo. Il *Rapporto Warnock* del 1984 dice che la vita umana si sviluppa a partire dalla fecondazione senza che sia possibile distinguere una fase dall'altra, ma – si aggiunge – è utile «tranquillizzare l'opinione pubblica» stabilendo che essa comincia solo 14 giorni dopo.

Questa teoria è di comodo e palesemente erronea, ma in base a essa ciò che si sviluppa nei primi giorni è considerato anonimo materiale biologico, che può essere buttato via o utilizzato per sperimentazioni. Inoltre, sarebbe possibile considerare contraccettivi e non abortivi le pillole che distruggono quel "prodotto del concepimento" il giorno dopo o cinque giorni dopo. **E non ci sono ostacoli**

per la selezione e il congelamento degli embrioni.

Per cinque volte il Comitato italiano nazionale di bioetica ha affermato «il dovere morale di trattare l'embrione fin dalla fecondazione come una persona». Ma l'abortismo dominante ha fatto orecchie da mercante. Finalmente, la sentenza pronunciata dalla Corte europea di giustizia, il 18 ottobre scorso, **afferma con la forza del diritto che, per il «rispetto dovuto alla dignità umana, la nozione di embrione deve comprendere l'essere umano fin dalla fecondazione».**

Decisione importantissima, perché la questione fondamentale della bioetica è posta proprio dalla domanda: «Chi è il concepito? Una cosa o un soggetto?». La decisione della Corte conferma quanto è scritto nell'articolo 1 della Legge 40 sulla procreazione artificiale: l'embrione umano è un soggetto che ha diritti come tutti gli altri soggetti. Ora viene una conferma dalla più alta autorità giudiziaria dell'Unione europea. Bisogna trarne qualche conseguenza. ■

Congresso medico

Trapianti in Italia Futuro e problemi

La Sito (Società Italiana Trapianti d'Organo) tiene il XXXV Congresso Nazionale a Roma da oggi fino a sabato 29, organizzato dal Centro Trapianti d'Organo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Policlinico Agostino Gemelli.

Presidente del Congresso il prof. Marco Castagneto, vicepresidenti Salvatore Agnes e Franco Citterio. L'inaugurazione oggi con un dibattito al quale parteciperanno Girolamo Sirchia ex **Ministro della Salute** ed ex Presidente del NIT (Nord Italia Trapianti) e Alessandro Nanni Costa Direttore del Centro Nazionale Trapianti sul tema «Problemi vecchi e nuovi dei trapianti in Italia».



Ma chi deve scegliere la cura il malato o il medico?

Un tempo il dottore diceva: «Questa è la diagnosi, questa la terapia». Oggi propone al paziente alternative diverse, lasciando a lui la decisione. Dovrebbe essere il trionfo della "medicina condivisa". Ma la realtà spesso è diversa. E invece dell'incontro vede lo scontro. Tra specialisti che non sanno assumersi responsabilità né dialogare e malati diffidenti. Che, complice Internet, si presentano con la soluzione in tasca



ATTUALITÀ / qualcosa su cui pensare

IL VIDEO CHE HA FATTO DISCUTERE



Immagini tratte da "Trapiantiamo la felicità". Il video, realizzato dal reparto di Patologia renale dell'ospedale Brotzu di Cagliari, ha suscitato molte polemiche: mostra medici e pazienti che ballano dopo un trapianto.

Per anni, siamo cresciuti con il vecchio medico di famiglia. Paternale, autorevole, perentorio. Il quale sentenziava: «Questa è la malattia, questa è la cura». Era, per tutti, l'affettività a prova di scienza; il dogma indiscutibile. Con il tempo, il consenso informato, i comitati etici, la Rete e perfino gli avvocati hanno decretato la morte della medicina paternalistica. È diventata medicina condivisa. Dove, fatta la diagnosi, lo specialista propone: «Queste sono le alternative di cura, questi i vantaggi e gli svantaggi. A lei la scelta». Una prassi ormai consolidata. Ma fino a che punto il paziente, anche informato e consapevole, vuole essere coinvolto nella gestione della sua malattia? Fino a che punto è disposto a sapere e a condividere "tutto"? Un grande medico come Oliver Sachs, il neurologo più famoso del mondo, nel suo ultimo libro *L'occhio della mente* (Adelphi), racconta come da dottore è diventato paziente, quando ha scoperto di avere una malattia che gli ha fatto quasi perdere la vista. «Ripenso al momento in cui il mio medico mi accennò alla possibilità di un tumore all'occhio. Non finii neppure di ascoltarlo e nella mia testa risuonavano solo due parole: cancro, cancro. Non dico che ci sono volte in cui il medico non debba dire la verità. Ma la delicatezza prima di tutto». D'altronde, può esistere un rapporto realmente paritetico fra medico e paziente? La risposta è no. Anche se siamo più colti, consapevoli, e subissati di informazioni, non si realizza mai una vera parità. Perché il medico possiede conoscenze, studi, ed esperienze che il paziente non ha. Anche se, quasi mai, è preparato a capire il malato e a comunicare con lui. I pazienti, comunque, si danno da fare: l'80 per cento smanetta sul pc su temi della salute, il 35 per cento per farsi l'autodiagnosi. Lo rivela uno studio della Fimmg Lazio (il sindacato dei medici di base) appena pubblicato. Da cui emerge che un italiano su cinque con l'informazione fai-da-te si suggerisce al punto di accusare i sintomi di una patologia, diventando un malato immaginario, mentre un'indagine dell'Ipsos rivela che più della metà dei cittadini consulta il medico almeno una volta al mese (e oltre). Insomma, siamo anche un popolo di ipocondriaci. Paurosi, ma presuntuosi. Arroganti, diffidenti, e pronti a sostituirsi al medico nelle diagnosi e nelle terapie. Un rapporto difficile, quello fra medico e paziente. Dove colpe ed errori stanno da entrambe le parti. Quali? Ce lo rivelano queste due interviste.

(segue a pagina 51)



Altre immagini dal video "Trapiantiamo la felicità". Presentato il 30 settembre al congresso nazionale di Urologia dei trapianti, si ispira alla "terapia del sorriso" ideata dal medico americano Patch Adams.

(segue da pagina 49)

LE COLPE DEI MEDICI

Paolo Cornaglia Ferraris, medico, giornalista e scrittore, da quando per una malattia si è trovato "dall'altra parte", nei panni del malato, ha pubblicato otto saggi sulla sanità e sul rapporto medici-pazienti, tra cui *Camici e pigiami*. *Le colpe dei medici nel disastro della sanità italiana* (Laterza) e *La Casta Bianca* (Mondadori). Per lui fra curante e paziente non può esistere una vera parità, perché, nonostante la crescita culturale generale degli ultimi anni, manca a quest'ultimo «la competenza che comportano studio, esperienza e tirocinio». La medicina condivisa, quindi, «si fonda su un rapporto costituzionalmente asimmetrico».



Eppure mette nelle mani del paziente le scelte terapeutiche.

«È un dovere etico del medico affiancare il paziente stipulando con lui una alleanza terapeutica per motivarlo nel processo di cura e di guarigione. D'altronde, anche la Costituzione stabilisce che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, a meno che non serva per tutelare la salute generale. Tuttavia...».

Tuttavia?

«Alla base del rapporto medico-paziente, ci deve essere il dialogo, ossia la capacità del curante di superare il gap della disuguaglianza attraverso la comunicazione. Il medico, insomma, deve essere in grado di valutare la capacità di comprensione e la volontà di collaborazione del paziente e di coinvolgerlo nel percorso terapeutico fino al punto in cui vuole essere coinvolto. E questo le facoltà di medicina non lo insegnano: i test di selezione, redatti da persone che non hanno la minima idea della psicologia cognitiva, sono esattamente come i quiz del *Milionario* di Gerry Scotti. Non a caso i laureati in medicina sono, in grandissima parte, dei semplici applicatori di competenze standard. Incapaci di comunicare, incapaci di ascoltare e di accogliere il paziente anche nelle sue lacune culturali, nella sua legittima fragilità, nella sua comprensibile ansia. Un'incapa-

LE COLPE DEI PAZIENTI

Corrado Lodigiani, aiuto del Centro Trombosi dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Mi), è specialista in medicina vascolare e docente di Semeiotica medica all'Università di Milano, la scienza che studia i segni e i sintomi soggettivi della malattia.

Professore, un'indagine del Fimmg-Lazio, il sindacato dei medici di famiglia, fornisce una fotografia inquietante del paziente italiano: suggestionato dalla Rete, ipocondriaco, supponente, maleducato. Le risulta?



«A grandi linee, sì. La società, nel suo complesso, è individualista, arrogante, nevrotica e questo si rispecchia nella relazione medico-paziente. Con la differenza che qui le aspettative sono altissime, perché di mezzo c'è la salute».

I numeri sono inquietanti: l'80 per cento delle persone smanetta sul Pc alla ricerca di informazioni che riguardano la salute; il 20 per cento si cura da solo grazie al web, il 35 per cento si reca dal medico con l'autodiagnosi.

«Oggi il paziente è più consapevole, più informato, più esigente di un tempo e vuole giocare un ruolo attivo nella gestione della sua malattia. Il problema è la qualità dell'informazione che, non a caso, ha generato un popolo di ipocondriaci. I quali, spesso, si autosuggestionano al punto di accusare i sintomi di una patologia inesistente e non permettono al medico di individuare i disturbi reali. Oppure cedono dopo grandi resistenze e polemiche ma diventano aggressivi di fronte a diagnosi e terapie diverse da quelle che avevano formulato loro».

Un'altra indagine, condotta dall'Ipsos, rivela che il 54 per cento si reca dal medico di base oltre dieci volte l'anno. Spesso con richieste di farmaci o di esami specifici.

«È vero. Ci sono pazienti, del tutto asintomatici, che ti assillano per mesi chiedendoti, per esempio, i test genetici perché hanno letto sul giornale che "predicono il cancro e le trombo-

(segue a pagina 52)



Due siti che offrono notizie sanitarie e consulenze mediche online. L'80 per cento degli italiani che navigano su internet usano il Web per cercare informazioni sulla propria salute.

(segue da pagina 51)

cià che crea nel paziente grave disagio e lo induce a passare da uno specialista all'altro, da un esame all'altro, fra incertezze, timore, dolore. Con grave spreco di denaro, quasi sempre pubblico, e di tempo».

In passato il rapporto con il medico si fondava essenzialmente sulla sua autorevolezza. Oggi ci sono le tecnologie, i protocolli, le linee guida.

«Utili, certo. Però, a furia di tecnologie e linee pre-tracciate in generale, il medico di famiglia è diventato incapace di farsi carico del malato in modo globale e responsabile e ha finito col trasformarsi in una sorta di "sportellista" che svolge attività da spedizioniere: mal di stomaco? Gastroenterologo. Dolore di schiena? Fisiatra. Mal di qualche altra cosa? Cardiologo. E questo non lo rende più un riferimento affidabile per il paziente, che cerca invece qualcuno in cui avere fiducia e con il quale sciogliere il nodo delle proprie ansie. Uno, insomma che curi la persona e non la malattia. È questo che dà al medico la qualità di curante e gli permette di affiancare il malato da persona a persona nell'evento che lo riguarda».

Ma allora è meglio l'autorevolezza o la condivisione?

«L'una non esclude l'altra. Ma se non c'è autorevolezza, non c'è fiducia; e se non c'è fiducia, non c'è condivisione. In altre parole, se il malato si fida del medico, sceglie insieme a lui gli esami e le terapie necessarie senza richiedere accertamenti inutili e costosi. Molti medici invece, per quieto vivere o per evitare possibili contenziosi, avvocati o denunce, cedono alle richieste del paziente e prescrivono tutto, anche quello che sanno che non serve o, magari, può essere rischioso. Questi non sono curanti ma impiegati. E quella che praticano non è medicina condivisa».

In ogni caso, è sempre meno il tempo dedicato all'ascolto.

«È questo il problema. Perché i tempi di ascolto non vanno considerati perdita di tempo ma di cura: ogni persona resa fragile dalla malattia è un impegno professionale e umano a tempo pieno. E se un medico conosce il paziente, può agire in prevenzione affidandogli la responsabilità di indicare per tempo segni e sintomi di eventuali malattie».

si e, avendo uno zio che ha avuto l'infarto o la cugina con il tumore della mammella", si sentono "a rischio" anche loro. Ma si presentano anche pazienti con una serie di esami autoprescritti o prescritti dal medico di base e già eseguiti privatamente, i quali non accettano di sentirsi dire che quegli accertamenti non hanno alcun significato clinico. Ma se me li ha prescritti il medico?, dicono. Pensano di trovarsi di fronte a un incompetente o a un lavativo e diventano arroganti».

Chi sono i pazienti più difficili?

«Spesso sono quelli che appartengono a una classe sociale ed economica molto elevata e arrivano con l'idea di essere immortali, e quindi sani. Ne vedo molti e ho tratto la conclusione che sono i peggio curati perché il medico subisce spesso il fascino del loro potere e anche quando la malattia può evolvere in modo fatale, raramente trova il coraggio di imporsi».

Ci sono domande che un paziente dovrebbe porre al medico che gli propone un trattamento?

«Sì: gli studi dimostrano che più un paziente "sa", più aderisce alla terapia. Quindi, è importante chiedere in che cosa consiste la cura o l'intervento e se ci sono alternative. Qual è l'impatto che può avere sulla qualità della vita. Quali sono i rischi e i possibili effetti collaterali. E qual è la prognosi».

Come si fa con i malati che non vogliono sapere tutto e non vogliono essere coinvolti nelle decisioni?

«In caso per esempio di grandi patologie, il principio della condivisione può non valere più. Tuttavia, in mancanza di una certezza assoluta e quando la scelta di una terapia, rispetto a un'altra, può compromettere la qualità della sopravvivenza, è giusto coinvolgere il paziente, in modo delicato, ma chiaro. Sedersi a tavolino con lui, ragionando insieme per condurlo, senza forzature, a compiere la scelta migliore. Guidandolo nel percorso di condivisione - "se fosse mio padre", "se fosse mia figlia" - per fargli capire che, oltre alla competenza, si è messo anche il cuore».



MARIELLA BOERCI
GIORNALISTA. SCRIVETELE A
ATTUALITA@MONDADORI.IT

LEGGI DI STABILITÀ

Allarme sanità, altri tagli

Udc, Pd e Idv: «Mannaia, settore già in ginocchio. E ora 41 milioni in meno per ricerca, edilizia e tecnologia ospedaliera»

ROMA

Si taglia ancora sulla sanità. L'allarme è di ieri, ed esce dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato dove la maggioranza ha approvato la legge di Stabilità e legge di Bilancio. Che contiene un'altra sforbiciata ai fondi destinati al ministero della Salute. «Una vera mannaia» per l'Idv, un «taglio indiscriminato che mortifica la ricerca e il sistema dell'edilizia ospedaliera» per l'Udc. E inoltre «tagli alle risorse per le cure dei più deboli come i malati di Aids, ai fondi per la ricerca sanitaria e agli investimenti in tecnologia», denuncia Ignazio Marino, del Pd. «Sono concertato dalle previsioni in materia sanitaria contenute nella legge di stabilità che stiamo discutendo al Senato: si prevede una nuova riduzione dei denari destinati ai livelli essenziali di assistenza. La ricer-

ca per la sanità pubblica subisce un'ulteriore diminuzione di 41,1 milioni, un dato scioccante considerando che l'Italia già investe quasi nulla: lo 0,5 per cento del Pil, rispetto alla Gran Bretagna che ne investe invece il 5,8».

I nuovi tagli piombano su un settore già duramente colpito dalle ultime manovre: meno 8 miliardi per il 2013-2014 e che si sommano ai 4 miliardi tagliati nel 2010-2012. Poi ci sono le maggiori spese per i cittadini, dovuti all'introduzione dei ticket su prestazioni sanitarie. Infine, pesa sul settore anche il congelamento della retribuzione dei medici, il blocco del contratto e delle convenzioni, lo stop al turn over. E il dimezzamento secco della spesa per i contratti dei precari e per la loro formazione.



ALLARME DOPING

Sempre più positivi tra giovani e dilettanti

È allarme doping: anche nello sport dilettantistico è in aumento il ricorso alla chimica illegale per ottenere risultati sportivi al di sopra delle proprie possibilità. Alla fine del mese di agosto, infatti, ben il 3,6% degli atleti sottoposti a controlli antidoping in centinaia di gare sportive dilettantistiche o perfino giovanili è risultato positivo ai test.

I dati sono in salita rispetto agli anni scorsi: per questo il ministero della Salute ha reso noto pochi giorni fa che nel 2011 le risorse investite nei controlli antidoping nelle gare dilettantistiche e giovanili sono raddoppiate: "da 1,2 a 2 milioni di euro - ha dichiarato il ministro della Salute Ferruccio Fazio pochi giorni fa a "L'Unità" - Questo sforzo, in un momento di congiuntura negativa, vuole essere un chiaro segnale di attenzione al problema". La commissione ha rivolto la propria attenzione soprattutto allo sport non professionistico con due obiettivi principali: tutelare la salute degli atleti e creare un effetto deterrente, dato da controlli a tappeto soprattutto nelle discipline più colpite da questa nefasta abitudine. Le sostanze dopanti sono spesso integratori alimentari adulterati oppure veri e propri farmaci come gli steroidi, anabolizzanti o l'efedrina. Ma anche la cannabis è utilizzata, oltre ad ormoni umani.

Sono soprattutto gli uomini, più delle donne, a ricorrere al doping: sono il 4,6%. Pesistica e culturismo si rivelano le discipline dove si fa più ricorso alla chimica, con il 9,7% di atleti positivi, seguite dal ciclismo con il 4,5% e dagli sport invernali che chiudono la triste classifica con il 4,1%. Un problema non da poco, soprattutto perché gli atleti che si "dopano" abitualmente rischiano problemi di salute molto seri, da scompensi ormonali fino addirittura alla morte in gara. Del resto, se l'obiettivo principale nella vita di tutti è il successo, il passo che porta alla visione estremista dell'ideale del successo è molto breve. Anche nello sport dilettantistico, dove il solo scopo dovrebbe essere quello di partecipare, appunto, per diletto.



Vidatox, lo stop di Fazio

Il ministro della Salute stoppa l'antitumorale prodotto a Cuba dal veleno diluito di scorpione, il Vidatox. Quello che per tanti malati appare come un miraggio di guarigione e che per la stragrande maggioranza degli oncologi seri è una truffa. «Mettiamo in guardia i pazienti dall'uso di farmaci non certificati», ha ricordato lo scorso 5 ottobre Ferruccio Fazio. Ogni mese centinaia di italiani volano all'Avana per procurarsi il Vidatox, nonostante la comunità scientifica abbia manifestato forti perplessità sulla sua efficacia. In attesa di sperimentazioni su larga scala, che possano avviare le procedure per l'autorizzazione al commercio del farmaco, il ministro invita i cittadini a non fare uso di sostanze con effetti non testati e documentati. «L'Italia ha tutte le leggi per introdurre nuovi medicinali», ha detto Fazio, «anche per utilizzarli a scopo compassionevole o con diversa funzione rispetto a quella per cui sono stati registrati. Ma finora nessuno ha fatto una richiesta per il Vidatox».



ATTUALITÀ **SALUTE**

DIABETE

Ma la scuola non è un handicap



Lettera inviata dalla scuola materna alla madre di Gloria, 3 anni: «Si consiglia di rimandare l'inserimento per le seguenti motivazioni, di ordine strettamente medico: la non stabilità della glicemia e la possibilità di crisi glicemiche; l'età della bambina e la scarsa capacità a esprimere malessere; la normativa non prevede per la scuola alcun servizio di pronto soccorso».

Testimonianza della mamma di Alessandro: «Mio figlio ha 8 anni e ha il diabete da quasi due. All'esordio abbiamo avuto molti problemi con la scuola... addirittura rifiuta-

Un progetto punta a coinvolgere gli insegnanti.

Fornendo loro consigli: cosa fare e cosa evitare. Senza allarmismi inutili o drammatiche discriminazioni.

DI EUGENIO ARCIDIACONO

vano il fatto che il bambino dovesse misurare la glicemia. Ora la situazione è migliorata, però non ho più l'aiuto del servizio infermieristico e per questo ho perso il lavoro».

Quanto raccolto dalla Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (Siedp) fotografa una situazione sconosciuta e dunque ancora più allarmante: **a fronte di un aumento costante dei bambini italiani che si ammalano di diabete (+3,6 per cento l'anno**, per un totale che supera ormai i 20 mila casi), tranne qualche rara eccezione non ci sono normative che indirizzino gli insegnanti su come comportarsi con loro. Tutto è lasciato alla buona volontà del singolo. Per questo la Siedp, insieme con l'azienda Roche, ha ideato "Scuola e diabete", un progetto che ha un suo sito Internet (www.scuolaediabete.it/siedp) e un Cd-rom distribuito nei centri di diabeto-

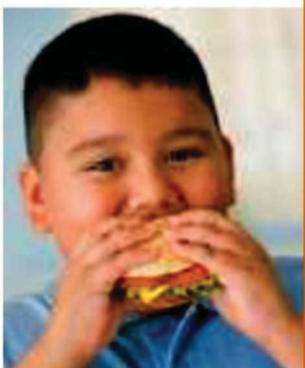


20.000

circa sono i bambini ammalati di diabete in Italia

ATTUALITÀ **SALUTE****L'OBESITÀ,
PIAGA SOCIALE**

Il 29 ottobre si celebra la IV Giornata nazionale del diabete obesità nel bambino. L'evento organizzato dalla Siedp (Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica), e che precede di due settimane la Giornata mondiale del diabete (14 novembre), intende richiamare l'attenzione di istituzioni e cittadini su una patologia che è in crescente aumento anche tra i bambini. Il diabete mellito di tipo 1 è infatti la più frequente malattia endocrina dell'infanzia: ne sono colpiti circa 20 mila soggetti. Nel nostro Paese ci sono 6 milioni di adulti obesi e 3 milioni di diabetici (più un altro milione che è ugualmente malato, ma non lo sa) e un 35 per cento (un milione circa) di bimbi obesi o in sovrappeso. Si tratta di un'emergenza sociale e sanitaria per la quale è stata coniata un'apposita definizione: *diabesity*. Infatti, diabete e obesità sono patologie strettamente legate. Due terzi dei soggetti con diabete di tipo 2 sono obesi: nel diabete di tipo 1, l'obesità riguarda circa un quarto dei pazienti.



**PATRIZIA PATERA, DIABETOLOGA
PEDIATRA ALL'OSPEDALE BAMBINI GESÙ
DI ROMA E MEMBRO DELLA SIEDP.**

logia. L'obiettivo è fornire informazioni e consigli agli insegnanti.

Avere a che fare con un bambino diabetico è molto meno complicato di quanto possa sembrare, come spiega **Patrizia Patera**, diabetologa pediatrica all'Ospedale Bambin Gesù di Roma e membro della Siedp: «Durante l'orario scolastico, un bambino diabetico in condizioni normali deve fare un'unica iniezione di insulina, preceduta dal controllo della glicemia, prima del pranzo. Data la scarsità di personale infermieristico, spesso devono venire le madri a farla e per questo una su tre è costretta ad abbandonare il lavoro. Eppure, si tratta di operazioni semplici, che non prevedono competenze mediche. **Nelle scuole in cui siamo riusciti a svolgere corsi di formazione, abbiamo incontrato da parte degli insegnanti grande disponibilità.**»

Oltre alle iniezioni, spaventa la possibilità che il bambino possa avere delle crisi ipo o iperglicemiche. Quasi sempre, per tornare alla normalità basta dargli un succo di frutta o una caramella nel primo caso, oppure fargli bere molta acqua e poi consentirgli di andare in bagno nel secondo. «Circa la dieta», aggiun-

ge la dottoressa Patera, «è uguale a quella degli altri bambini. L'importante è rispettare gli orari, perché l'insulina viene calibrata in base ai pasti. Occorre avere l'accortezza di assicurarsi che i più piccoli non lascino la merenda a metà per andare a giocare».

Con il tempo, i bambini diventano bravissimi a gestirsi: imparano a controllare da sé la glicemia e così sanno quando e quanto mangiare. **Gli insegnanti devono solo assecondarli e invece spesso li mettono sotto una campana di vetro.** Aggiunge la dottoressa Patera: «C'è l'insegnante di educazione fisica che esclude il bambino dalla lezione, quello che si rifiuta di iscriverlo alla gita o di farlo correre in giardino dopo pranzo, o l'altro che dice ai compagni di non portare torte di compleanno, quando basta avvisare il giorno prima i genitori dell'alunno diabetico per poter cambiare il dosaggio dell'insulina».

Se c'è questo spirito di collaborazione, i bambini non si sentono "diversi" dagli altri compagni e i loro genitori vivono tranquilli. Racconta Monia, ormai grande: «Non ho mai avuto problemi, anzi alle elementari i miei compagni, a rotazione, quando dovevo fare l'insulina mi accompagnavano in infermeria per vedere cosa facevo. Delle medie non ricordo nulla, invece alle superiori il mio unico problema era mangiare in classe davanti ai miei compagni affamati. Però, anche lì c'erano le mie amiche che mi accompagnavano in bagno a fare l'insulina e poi a prendere i panini che papà mi portava».

EUGENIO ARCIDIACONO

35%
dei bambini in Italia
è obeso o in sovrappeso





TUBERCOLOSI
Dal 2007 al 2011 si è passati da 120 casi a 136. Tendenza in aumento e problemi in crescita per gli operatori sanitari per la vecchia malattia che torna



HIV
Da 83 casi del 2007 a 142 del 2010. La via sessuale è la principale modalità di diffusione. Scarsa attenzione

FEBBRI
Il 2011 è stato anche l'anno dell'esordio in Puglia della Dengue, febbre esotica prima sconosciuta alle nostre latitudini

SCABBIA
In cinque anni oltre cinquanta casi in più, dai 13 del 2007 ai 66 del 2010, ma sono numeri molto sottostimati

Tornano le malattie della povertà, è allarme

Scabbia, febbri esotiche e tubercolosi: colpiti soprattutto clochard e immigrati

In quattro anni sono state identificate quasi cinquecento nuove infezioni da Hiv

ANTONELLO CASSANO

TUBERCOLOSI, scabbia e pidocchi, le cosiddette malattie della povertà, fanno la loro ricomparsa in Puglia. A rendere il quadro più fosco ci sono i dati sulla progressiva diffusione dell'Hiv fra i più giovani e la comparsa della febbre Dengue, malattia esotica sconosciuta alle nostre latitudini. E' quanto emerge scorrendo gli ultimi dati dell'Osservatorio epidemiologico regionale, che monitora l'andamento delle malattie infettive sul territorio. In particolare si assiste a una rapida diffusione di scabbia (con un aumento dei casi da 44 a 66 nel giro degli ultimi tre anni) e pidocchi: cinquanta casi in più, dai 13 del 2007 ai 66 del 2010. Numeri molto sottostimati, dovuti alla vergogna sociale provocata da queste malattie. Secondo un calcolo non ufficiale ma più realistico sono centinaia i casi di scabbia e pidocchi segnalati in Puglia negli ultimi cinque anni.

Con la crisi economica cresce il numero dei poveri e dei senza fissa dimora, come dimostrato dall'ultimo rapporto Caritas. In parallelo, i medici cominciano a segnalare l'aumento delle malattie storicamente legate alle classi sociali più deboli. Ma nel momento in cui in una comunità parte il contagio, gli effetti

possono colpire tutti, come dimostrano i casi dei bambini contagiati al Policlinico Gemelli di Roma o alla scuola Da Vinci di Milano. Detenuti, senz'altro, immigrati, anziani sono i primi a essere colpiti. I più deboli, a causa della malnutrizione e di un sistema immunitario depresso.

Negli ultimi quattro anni si assiste in Puglia a una lenta ma progressiva diffusione della tubercolosi, passata da 120 a 136 casi. Anche l'incidenza, che calcola la reale diffusione dell'infezione rispetto alla popolazione, è in aumento. Il cosiddetto "mal sottile" colpisce prevalentemente tutte le persone che vivono ai margini della società, in maggior proporzione gli immigrati: un dato quest'ultimo da prendere con le pinze: gli stranieri che arrivano sul nostro territorio sono definiti dai medici "i più forti tra i deboli". In seguito, a causa della emarginazione che subiscono, il 15% di loro si ammala di Tbc nel primo anno di permanenza nel paese ospite e il 25% nel secondo anno. Inutile però cercare i colpevoli nel sistema sanitario o fra chi ha contratto il morbo. Se esiste un untore, questo è la povertà che colpisce italiani e immigrati senza alcuna discriminazione. In Puglia siamo sotto i dieci casi ogni centomila abitanti, una cifra che rappresenta lo spartiacque per definire una regione a basso livello di endemia. La tendenza, però, è in aumento.

Il 2011 è stato anche l'anno dell'esordio di una malattia esotica mai comparsa in Puglia: si sono registrati cinque casi,

tutti di importazione, di febbre "Dengue". Si tratta di una malattia virale acuta trasmessa dalle zanzare del genere Aedes, ed è una delle principali malattie febbrili contratte da turisti che rientrano da Sud-est asiatico, Caraibi, America Latina e Africa. Non esiste un vaccino o una terapia specifica e nella forma più grave, quella emorragica, può degenerare fino alla morte. Attualmente non c'è allarme, ma "allerta continua" da parte dell'Osservatorio, soprattutto in previsione di una stabilizzazione della zanzara, vettore della malattia, nella nostra regione, come già successo per la zanzara tigre. Non sono per niente rassicuranti neanche gli ultimi dati sulla diffusione di Hiv. In Puglia si è passati dagli 83 casi del 2007 ai 142 del 2010. In quattro anni sono state identificate quasi cinquecento nuove infezioni. La via sessuale è la principale modalità di diffusione. Particolarmente colpiti risultano soprattutto gli omosessuali. Si assiste a una progressiva diffusione del virus, ma il fenomeno senza dubbio più pericoloso è la forte sottovalutazione del problema da parte dei più giovani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

