

Rassegna del 14/12/2010

- GIORNALE SALUTE & BENESSERE - Infertilità maschile. Per alcune forme la terapia migliore è quella ormonale - ... 1
- GIORNALE SALUTE & BENESSERE - Italiane e sesso sempre più distanti - Sermonti Andrea 2
- GIORNALE SALUTE & BENESSERE - Ma almeno la metà dei casi di infertilità è dovuta a lui - ... 3
- MATTINO - Sesso ancora tabù in famiglia. Genitori imbarazzati con i figli - Arcovio Valentina 4

INFERTILITÀ MASCHILE

Per alcune forme la terapia migliore è quella ormonale

■ Secondo una stima dell'Oms, nei paesi industrializzati, circa il 10-20% delle coppie ha problemi di fertilità. In passato si riteneva dipendesse soprattutto dalla donna: studi recenti hanno invece dimostrato che oltre in un caso su tre è l'uomo che ha una ridotta capacità riproduttiva. E gli uomini lo sanno, ma quasi mai consultano un andrologo: solo il 50% si è sottoposto a una visita andrologica, anche a seguito di una diagnosi di infertilità. Uno dei principali fattori della fertilità maschile è la qualità degli spermatozoi, riconducibile ad alcune caratteristiche biochimiche-funzionali più che ai classici parametri della concentrazione morfologica e della motilità. Per questo motivo, alcune terapie mirano a riattivare la spermatogenesi e modificarne il pattern biochimico-funzionale. Nel corso del IX Congresso della Società di Andrologia e Medicina della Sessualità, conclusosi a Modena un simposio ha affrontato il tema dell'efficacia del trattamento con ormone follicolostimolante in soggetti oligozoospermici ed idiopatici. L'ormone Fsh influenza l'attività degli spermatogoni, precursori delle cellule da cui avranno origine gli spermatozoi nel processo noto con il termine di spermatogenesi. La terapia con Fsh si propone come cura specifica anche per tutti i soggetti che presentano un problema d'infertilità causata da ipogonadismo ipogonadotropo, condizione clinica nella quale il testicolo non produce più spermatozoi o ne produce molto pochi. Il trattamento con rFsh, insomma, aiuta a risolvere le forme di alterazione maturativa della spermatogenesi da ipogonadismo ipogonadotropo classico e funzionale; mette i soggetti responder in condizione di recuperare la fertilità spontaneamente, evitando a volte il ricorso a costose procedure di fecondazione in vitro; rende potenzialmente fertili molti dei soggetti infertili, migliorando la capacità funzionale degli spermatozoi e aumenta le probabilità di successo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

CaC

Italiane e sesso sempre più distanti

Una su tre non ha più voglia di farlo. La causa sarebbe nelle «poche» endorfine: troppo dolore e poco piacere. Proprio come succede durante la sindrome premestruale. L'importanza della pillola «giusta»

Andrea Sermonti

■ Ormai sembra proprio accertato: secondo un recentissimo studio condotto dall'Università di Pavia, ben il 30 per cento delle donne italiane presenta un calo drastico del desiderio.

La causa? Sembra che in realtà sia in gran parte biologica, determinata cioè da un troppo basso livello di endorfine, le molecole che regolano i meccanismi di gratificazione e di protezione dal dolore. È la condizione, per esempio, di chi soffre di sindrome premestruale (circa il 10 per cento delle donne) e, allora, addio piacere.

«Il rimedio si chiama drospirenone, l'unico progestinico contenuto nella pillola contraccettiva che agisce direttamente su queste sostanze», spiega la professoressa Alessandra Graziottin, Direttore del Centro di Ginecologia e sessuologia medica del San Raffaele Resnati di Milano, nel suo intervento al Congresso Mondiale di Ginecologia Psicosomatica (Ispog) di Venezia.

«Il drospirenone - ha chiarito la dottoressa - ha dimostrato, dopo soli sei mesi di assunzione, di favorire un aumento della libido, un miglior raggiungimento dell'orgasmo e una più alta frequenza di rapporti. In questo contesto, lo sport può rappresentare uno straordinario detonatore per scatenare le endorfine, essenziali per determinare una sessualità piena e appagante. Ma l'aiuto della medicina è indispensabile quando il distur-

bo diventa più severo».

«Una nostra indagine ha coinvolto circa 400 donne dai 18 ai 45 anni, in buona salute e che, almeno in apparenza, che non si rendevano conto di avere un problema del desiderio - racconta la professoressa Rossella Nappi, della Clinica Ginecologica dell'Università di Pavia -. È emerso che il disturbo è in aumento e presenta altri risvolti: dalla difficoltà a raggiungere l'orgasmo (25 per cento) al dolore durante i rapporti (27 per cento). Ma sono in crescita anche altre patologie tipicamente femminili, quali: l'alterazione del ciclo, i disturbi dell'umore, l'infertilità e l'endometriosi». Da cosa dipenderà?

Dai nostri stili di vita? «Vi è una relazione diretta con il cambiamento delle abitudini che ha coinvolto la nostra società e in particolare le donne - risponde il professor Andrea Genazzani, direttore della cattedra di Ostetricia e Ginecologia all'Università di Pisa che ha presieduto il Congresso di Venezia - sono sempre più indaffarate e hanno meno tempo da dedicare alla coppia. Ecco perché la ricerca si è concentrata su pillole contraccettive sicure e capaci di migliorare il benessere psico-fisico e la libido, fino all'attuale formulazione con drospirenone per 24 giorni al mese. Si tratta di un alleato prezioso per migliorare la qualità di vita, anche sessuale».

Sport Fa bene anche al desiderio

Il desiderio femminile è un meccanismo delicato e multifattoriale: «È il risultato di una complessa attività cerebrale - spiega Graziotti - e nulla mantiene il cervello in funzione quanto l'aver una regolare attività fisica, che aumenta la dopamina, il neurotrasmettitore che accende la voglia di fare, di interagire con gli altri, di impegnarsi per conquistare un risultato. Incrementa anche la serotonina, che migliora il tono dell'umore, ma anche tutte le funzioni gastrointestinali (l'intestino ne contiene ben il 90%) e le endorfine. Ma le donne italiane non hanno ancora maturato una visione dello sport come grande alleato di salute: solo il 24% lo pratica con regolarità. La "medaglia d'oro" va ai veneti, i più appassionati, con un 26,4% della popolazione che si dedica all'attività fisica in modo continuativo (media nazionale di 20,6%), il 36,6% talvolta (contro il 29,6%), mentre solo il 24,8% non si muove mai (rispetto al 39,5%)».

In farmacia La pillola che non fa ingrassare

Una delle principali conseguenze della mancanza di movimento è il sovrappeso, che riguarda gran parte della popolazione femminile del nostro Paese. La paura di ingrassare è la principale ragione che scoraggia dall'assunzione della pillola, senza sapere che le recenti formulazioni offrono risposte efficaci. «Il drospirenone, grazie all'effetto simil-diuretico, contrasta la ritenzione idrica e permette anzi di perdere peso (1.7 kg dopo 6 mesi di assunzione) - commenta la professoressa Nappi - È inoltre antiandrogenico e quindi facilita un sensibile e rapido miglioramento di acne e irsutismo, oltre all'impatto positivo sulla psiche e sulla percezione di sé. In un nostro studio, su una popolazione cui è stata prescritta la pillola a base di questo progestinico, abbiamo osservato che in generale tutte le pazienti dichiaravano di sentirsi meglio e ben il 50% aveva ridotto i fenomeni di abbuffata, tipici di chi soffre di sindrome premestruale».

Quasi sempre si può risolvere

Ma almeno la metà dei casi di infertilità è dovuta a lui

■ «L'infertilità maschile può essere legata a molte ragioni - spiega Edoardo Pescatori, specialista in urologia e andrologo presso il centro Sismer di Bologna - in molti casi si può intervenire con terapie farmacologiche, oppure con un semplice intervento chirurgico». Tra gli esami, invece, rimane a tutt'oggi un caposaldo lo spermioγραμμα, cioè l'analisi del liquido seminale che permette di verificare lo stato di salute degli spermatozoi. In base ai valori sulla fertilità stabiliti dall'Oms devono esserci minimo 20 milioni di spermatozoi per millilitro di liquido seminale e di questi almeno la metà, cioè 10 milioni, deve essere mobile.

«È un test fondamentale, che in più ha dalla sua il fatto di essere economico e non invasivo - aggiunge Pescatori -. Fornisce infatti dati preziosi, che ci permettono di avere le prime informazioni sul potenziale di fertilità dell'uomo». Sono molte infatti le ragioni che impediscono di diventare padre. Tra le più frequenti il varicocele. «La correzione chirurgica di questo problema determina spesso un miglioramento del liquido seminale - interviene Pescatori - e di conseguenza, una maggiore possibilità di gravidanze spontanee, senza proce-

azione assistita». La raccolta di dati provenienti da numerosi studi internazionali ha dimostrato che la percentuale di concepimenti da parte di uomini con varicocele e spermioγραμμα alterato sottoposti a intervento chirurgico, è stata del doppio rispetto agli uomini con varicocele, che non sono stati operati. Ma non è tutto. Le risposte sono positive anche per chi soffre di azoospermia ostruttiva, cioè quando gli spermatozoi sono prodotti dal testicolo, ma non raggiungono l'esterno a causa di ostruzioni. «Oggi sono disponibili diverse tecniche di fine microchirurgia che vengono eseguite con microscopio operatore - continua Pescatori - che hanno tutte il medesimo obiettivo: la risoluzione del problema ostruttivo e il consensuale recupero di spermatozoi. E aumentare le probabilità di concepimento». Ma le speranze di concepire non devono mancare neppure quando non è possibile risolvere chirurgicamente il problema ostruttivo. A provarlo sono molti lavori clinici. Vale per tutti lo studio appena pubblicato sull'*International Journal of Andrology*. Gli autori hanno dimostrato che è possibile il recupero di spermatozoi attivi nel 100% dei casi.

Studio La società di ginecologia lancia un sito per sciogliere i dubbi Sesso ancora tabù in famiglia genitori imbarazzati con i figli

**Papà e mamme non sanno rispondere ai quesiti dei figli
Silenzio in un nucleo su tre**

Valentina Arcovio

Nel nostro paese il sesso è ancora argomento tabù. In una famiglia su 3 non se ne è mai parlato e due terzi dei genitori hanno difficoltà a discuterne con i figli, soprattutto per imbarazzo. Spesso poi mamma e papà non si dimostrano all'altezza di rispondere alle domande degli adolescenti: solo il 12% degli adulti ritiene la pillola è sicura praticamente al 100%, uno su 4 confida in metodi naturali, il 22% non ritiene il preservativo protezione efficace contro malattie sessualmente trasmissibili.

**Ragazzi
Il 37%
dei giovani
si presenta
alla
«prima volta»
senza usare
protezioni**

È quanto emerge da un sondaggio su 600 genitori condotto dalla Società italiana ginecologia e ostetricia (Sigo). «Dobbiamo correre ai ripari - ha detto Alessandra Graziotin, direttore del centro di Ginecologia e Sessuologia medica del San Raffaele Resnati di Milano - è evidente che i genitori hanno bisogno di una formazione specifica su come iniziare un dialogo e soprattutto su cosa dire». Sigo ha lanciato sul sito www.sceglitu.it un'area dedicata con un gruppo di esperti a disposizione per rispondere ai dubbi. Servizio utile visto che dal sondaggio emerge che il 92% dei genitori vor-

rebbe avere più informazioni su questi temi e per il 95% è opportuno che un progetto di educazione sessuale preveda un loro coinvolgimento diretto.

Il portale offre informazioni approfondite su fisiologia, contraccezione, malattie sessualmente trasmissibili. Temi riassunti in maniera efficace anche nella guida «Educazione sessuale: tutto quello che dovete sapere se avete un figlio adolescente», con il bollino Sigo e in vendita nelle librerie. Qual è l'età giusta per iniziare a parlare di contraccezione con i propri figli? È vero che la masturbazione è dannosa per lo sviluppo? Ho trovato preservativi nello zaino di mio figlio, come devo comportarmi? «Sono solo alcune delle questioni che angosciano ragazzi e genitori - spiega il professor Emilio Arisi, del direttivo Sigo - Per catturare l'interesse degli adolescenti è opportuno stimolare la curiosità sui temi che più stanno loro a cuore». Cosa vogliono sapere? «I dubbi più frequenti - dice Arisi - riguardano le mestruazioni (regolarità, dolori, possibilità di rimanere incinta, ecc.), la dimensione e la funzionalità degli organi sessuali, la prima volta, l'eccitazione (orgasmo, eiaculazione precoce, ecc.) e le istruzioni tecniche su come usare correttamente i contraccettivi». Un servizio per aiutare i giovani a informarsi e a tenersi aggiornati. Perché i nostri ragazzi sembra proprio che ne abbiano bisogno. In Italia, il 37% dei giovani si presenta alla «prima volta» senza protezioni e le infezioni sono in continuo aumento: il 68% dei casi di Clamidia ed il 48% di quelli di Gonorrea si verificano nei giovani sotto i 25 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

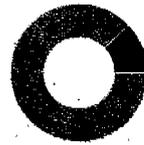




Una famiglia su 3 non ha mai affrontato l'argomento sul sesso



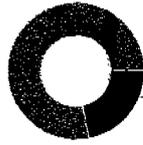
Uno su 4 confida nei metodi naturali



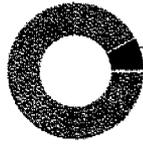
12% degli adulti sa che la pillola è sicura



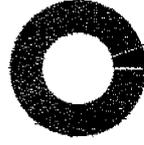
Due terzi dei genitori hanno difficoltà a parlarne con i figli



22% non ritiene che il preservativo sia una protezione efficace contro le malattie sessualmente trasmissibili

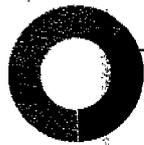


92% dei genitori gradirebbe ricevere più informazioni su questi temi

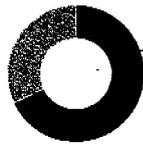


95% ritiene opportuno che un progetto di educazione sessuale preveda un loro coinvolgimento diretto

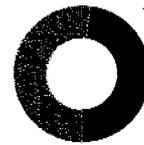
Giovani sotto i 25 anni



37% dei ragazzi italiani si presenta alla "prima volta" senza protezioni



68% dei casi di Clamidia si verificano nei giovani sotto i 25 anni



48% dei casi di Gonorrea si verificano

Fonte: Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia)

Farmaci, è boom di consumi: più 20% in un anno Uno al giorno per ogni italiano

In salita il mercato dei medicinali. I più prescritti quelli per il cuore e lo stomaco

ROMA - Cuore e stomaco. Sono gli organi più malandati degli italiani. Almeno a guardare la classifica dei farmaci più venduti nel nostro paese. Proprio i medicinali sembrano essere tra i prodotti che meno risentono la crisi delle famiglie. Come dire, ci priviamo del superfluo ma non certo di pillole e sciroppi. Solo una piccola flessione. E' stata registrata per i farmaci da automedicazione (-22%) pagati interamente dal cittadino. Anche se, di contro, oltre alle medicine acquistate aumentano anche quelle che finiscono nella spazzatura. Negli ultimi cinque anni la crescita è stata del 20%. Come se ogni italiano prendesse almeno un farmaco al giorno. Per curare, appunto, malattie che riguardano l'apparato cardiovascolare e quello gastrointestinale.

A tracciare le linee che disegnano il consumo dei medicinali nel nostro paese è il rapporto Osmed (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali) dell'Istituto superiore di sanità per i primi dieci mesi del 2010. Questo vuol dire che da gennaio ad oggi sono state prescritte 954

dosi ogni mille abitanti al giorno. Nel 2009 cui si era attestati sulle 924. Continua a crescere l'età degli italiani? Sale l'ansia che si trasforma in disturbi di cuore e di stomaco? L'aumento più consistente nella prescrizione si osserva per i farmaci della pelle e per quelli del sistema nervoso. Aumenti e piccole flessioni a parte certo è che la spesa farmaceutica ha un peso notevole su stipendi e pensioni. Soprattutto al Sud, la Calabria è in testa. Seguita da Sicilia, Puglia e Campania. «Parliamo di un fenomeno stabilmente in crescita - precisa Roberto Raschetti, epidemiologo dell'Iss e curatore del Rapporto Osmed -. Si rileva anche un generale atteggiamento verso la prescrizione di medicinali più costosi e una diminuzione dei prezzi. A consumare di più sono le donne in tutti i periodi della vita. Solo quando si avvicinano alla vecchiaia vengono superate dagli uomini».

Farmaci in crescita, dunque, ma anche notevoli cambiamenti nei consumi. Un esempio riguarda i generici: dieci anni fa li utilizzava un solo italiano su 100 oggi siamo arrivati ad uno su dieci. La media europea, comunque, è cinque volte più alta di quella nazionale come dimostra lo studio "Farmaco generico, un cammino lungo dieci anni. I protagonisti si raccontano". «Verso questi medicinali - commenta Silvio Garattini alla guida dell'Istituto Mario Negri di Milano - persistono ancora pregiudizi e falsi miti».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il consumo di farmaci in Italia

Tra gen e ott 2010

954 le dosi di farmaci assunte ogni mille abitanti ogni giorno

+20%
sul 2005

9.732 milioni di euro la spesa farmaceutica

+4%
sul 2005

I PIÙ PRESCRITTI

apparato cardiovascolare
apparato gastrointestinale
metabolismo

47%
16%
14%

IN FORTE CRESCITA

dermatologici
gastrointestinali
del sistema nervoso centrale

sul 2009
+9,3%
+7,7%
+4,3%

Fonte: Osmed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali) ANSA-CENTIMETRI



La ricerca La malnutrizione tra i ricoverati

Se l'ospedale serve a guarire la fame

MILANO — Sembra di essere tornati ai primi Ospizi per infermi medioevali: nessuna terapia, ma a volte basta un letto caldo e un po' di cibo a far guarire dalla malattia della fame. Non si chiama più fame, ma malnutrizione. E nel terzo millennio uccide ancora o, comunque, si può ancora catalogare come malattia. La cura? Il cibo.

A dirlo è il più grande studio internazionale sulla malnutrizione di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere negli ultimi dieci anni: i poveri che mangiano meno si ammalano di più, hanno bisogno di maggiori cure e di una degenza più lunga per guarire. È questa la sintesi dello studio effettuato da Riccardo Caccialanza, responsabile del servizio di nutrizione clinica del Policlinico San Matteo di Pavia in collaborazione con il professore Paolo Dionigi pubblicato dal Canadian Medical Association Journal, rivista scientifica internazionale di medicina interna. Lo studio riporta le osservazioni su 1.274 pazienti italiani che sono stati ricoverati al Policlinico di Pavia tra il 2006 e il 2009. Che cosa è stato osservato? I cittadini ricoverati che hanno un deficit nutrizionale guariscono più lentamente, aumentano i costi di gestione ospedaliera, rispondono meno alle terapie, hanno un tasso maggiore di mortalità. Più a rischio gli anziani, i poveri e

chi deve affrontare un tumore.

«La malnutrizione riguarda principalmente due categorie — spiega Riccardo Caccialanza — i poveri indipendentemente dall'età, uomini o donne indifferente, anziani indigenti e pazienti oncologici che sottoposti a trattamenti radioterapici non possono mangiare adeguatamente per gli effetti collaterali delle cure che provocano dissenteria, vomito e inappetenza. Inoltre, coloro che possono contare solo su una pensione minima riducono la nutrizione nella quantità e nella qualità e solitamente si tratta di anziani soli o comunque non monitorati dalla famiglia o di nuclei familiari sotto la soglia di povertà».

I dati raccolti nello studio rilevano questi elementi. «Diventa quindi essenziale oltre che valutare lo stato nutrizionale del degente intervenire sulla alimentazione anche durante il ricovero. Non a caso al San Matteo — conclude Caccialanza — diamo un supporto nutrizionale personalizzato ai ricoverati e monitoriamo i pazienti dimessi costretti all'alimentazione artificiale». Secondo i dati della società scientifica Espen pubblicati su Clinical Nutriscion del 2009, oltre il 40% dei cittadini europei ricoverati nelle strutture ospedaliere mangia meno di quanto necessario.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Network

Una rete nazionale di super-oncologi per diagnosi e cura dei tumori rari

Una rete per combattere i tumori rari: la chiedono i massimi esperti italiani impegnati che ogni giorno riscontrano le difficoltà dei pazienti e del sistema sanitario nell'affrontare queste patologie. «Per fare fronte a un tumore che ha un'incidenza di soli cinque casi ogni 100mila abitanti, servono competenze multidisciplinari, una rete tra specialisti a disposizione dei medici sul territorio — spiega Filippo de Braud direttore della Divisione farmacologia clinica e nuovi farmaci dell'Istituto europeo di oncologia di Milano — Per questo ci stiamo organizzando in una società scientifica indipendente (Itanet), riscontrando la sensibilità di alcune aziende **farmaceutiche**, come Novartis».

Il termine raro di per se è capace di generare ulteriori ansie ai pazienti già provati da una diagnosi infausta. «Raro vuol dire un tumore più complesso, con sintomi aspecifici e confondenti, ma curabile, anche con prognosi migliori rispetto ai "big killer" — assicura Nicola Fazio, vicedirettore senior della Divisione di oncologia medica dello IEO — Nella media dei casi la diagnosi viene fatta dopo 2-5 anni. Anche i medici possono restare disorientati: non ci sono linee guida, né terapie standard. Il medico invia all'oncologo che a sua volta può rinviare a uno specialista di sua fiducia. Il malato rischia così di dover ricominciare da capo e addirittura di non essere stato indirizzato bene».

(silvia baglioni)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il 5-8 per cento dei ricoverati in ospedale è soggetto a infezioni

Ogni anno in Italia il 5-8% dei ricoverati in ospedale sviluppa un'infezione dovuta a procedure assistenziali: sono da 450.000 a 700.000 casi su scala nazionale con 4.500-7.500 decessi e circa 3.750.000 giornate di degenza dovute a complicanze infettive a seguito del ricovero. E' quanto

emerso nel Congresso della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), tenutosi a Roma. I reparti più a rischio sono le terapie intensive e le chirurgie. Quasi l'80% delle infezioni ospedaliere riguarda il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, l'intero organismo.



Lecce Parla De Maria: «Avevo raccolto voci molto insistenti. Da quel giorno tutti i colleghi mi evitano»

Sospeso per l'iniziativa contro la cocaina

Il direttore sanitario aveva chiesto ai dottori di non sniffare in corsia

MILANO — Sospeso. Con effetto immediato e «fino a data da destinarsi». Il dottor Giuseppe De Maria ha dato una lettura veloce al foglio e ha firmato. «Le dirò la verità, non mi sono sentito nemmeno demoralizzato perché vista la situazione questa sospensione è quasi un vanto. Ho agito per il bene dei pazienti, se non lo capiscono...».

Non lo capiscono, sembra. Di più, l'hanno presa malissimo. La Asl di riferimento dell'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina (Lecce) non ha proprio gradito la circolare comparsa nei giorni scorsi in bacheca con la quale il dottor De Maria, in qualità di direttore medico, invitava medici e infermieri a non sniffare cocaina nell'orario di lavoro. Un richiamo «a chi eventualmente ne facesse uso, ad astenersi» e semmai a «intraprendere un idoneo programma di disintossicazione» che «stante il tipo di sostanza, non dovrebbe essere così difficile».

«Mi contestano la lesione dell'immagine dell'ospedale ma la mia era un'esortazione generica e assolutamente interna, con vedo come abbia potuto ledere alcunché» si difende lui. Che spiega: «Quella circolare l'ho scritta dopo aver raccolto voci di corridoio molto insistenti che riguardavano il consumo della cocaina in corsia. Non mi pare un delitto, era un gesto di prevenzione perché mi sta a cuore la salute dei pazienti. E invece

che succede? Che l'infermiere indagato per spaccio di droga è ancora lì in servizio e io vengo sospeso... Davvero paradossale».

Eppure i primari delle unità operative del Santa Caterina non la pensano allo stesso modo. Hanno firmato all'unanimità (sono in 16) un documento per prendere le distanze dall'«incauta» iniziativa del collega dopo che il direttore generale della Asl di Lecce, Guido Scoditti, si è detto contrariato che una questione così grave sia stata trattata con una circolare in bacheca piuttosto che una segnalazione ai vertici dell'Azienda sanitaria. Che l'ospedale non fosse al suo fianco De Maria lo sapeva fin troppo bene anche prima di firmare la notifica della sospensione: «Sono giorni che i colleghi mi sfuggono come la peste — dice — e adesso qualcuno vuole sapere di me solo per raccontare poi il pettegolezzo: sto piangendo oppure no? Ma io non piango, chiamerò un avvocato, farò opposizione. Il fatto è che una persona su 31 nel nostro Paese si droga con cocaina e molti sono professionisti. Io ho 700 dipendenti, quindi una probabilità che 22 dipendenti e mezzo prendano cocaina. Quella cifra fa un reparto intero, è ovvio che un dirigente si preoccupi».

Giusi Fasano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INCHIESTA/ DIECI ANNI FA IL VARO DELLA LEGGE

L'antidoping?
S'impari a scuola

MARCHI A PAGINA 29

«L'antidoping
come matena
scolastica»

la legge 376 ha 10 anni

Diana Bianchedi: «Resta molto da lavorare: il salto di qualità non lo si fa parlando dei campioni trovati positivi ma convincendo i giovani che si può vincere senza barare. È ora che lo si faccia in classe»

DI ANGELO MARCHI

Un inizio travagliato, molto lavoro tra i giovani, ma tanta strada ancora da fare perchè, si sa, il doping corre più veloce dell'antidoping. Sono passati dieci anni da quando il 14 dicembre 2010 l'Italia dava alla luce la legge 376/2000, quella sulla «Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping»: Diana Bianchedi, due ori olimpici nel fioretto, una carriera da campionessa anche lontano dalla pedana coronata dalla vicepresidenza del Coni, è sempre stata una nemica giurata del doping e su quella normativa ha incentrato la sua specializzazione da medico dello sport. «Questa legge ci ha portato all'avanguardia nella lotta al doping - spiega l'ex schermitrice, consulente della Wada, già membro della commissione atleti del Coni -, perchè noi e altre poche nazioni abbiamo una legge nazionale: tutti seguiamo il codice mondiale, ma in questo modo si sono potuti colpire non solo gli atleti di alto livello, ma anche quelli amatoriali». Una normativa per molti aspetti «rivoluzionaria» che ha cercato di mettere ordine nel caos della somministrazione di sostanze vietate tra gli sportivi e che ha introdotto il reato penale per chiunque «procura ad altri, somministra, assume o favorisce comunque l'utilizzo» di doping. «Il ministro Fazio ha dato dati allarmanti qualche giorno fa - continua Bianchedi - il 15,9% dei ciclisti amatori sono stati trovati positivi. E questo deve far riflettere. Certo all'inizio la legge ha creato un po' di confusione: il fatto che ci fosse una lista di sostanze diverse da quelle previste dal Codice mondiale ha

fatto nascere qualche difficoltà. Ma col tempo le cose sono migliorate». Per l'ex olimpionica, che vanta anche 5 ori mondiali e due europei, la nota di merito di questa legge è stato soprattutto rendere riconoscibili i farmaci dopanti: «La 376 ha imposto l'obbligo del pittogramma, ovvero di mettere la scritta "doping" sui farmaci vietati e questo ha aiutato molto quelli che ci cadevano per ignoranza. Penso a una mamma che dava al figlio uno sciroppo per la tosse senza sapere che era proibito. Il bollino sulle medicine è nato in Italia nel 2005 proprio grazie alla legge 376. E poi sono state fatte tante ricerche dal ministero per l'etica e la prevenzione». Una legge ad ampio raggio che ha avuto il merito di «rivolgere ai giovani piuttosto che agli atleti professionisti. La 376 si è sempre occupato di parlare ai ragazzi ed entrare nelle scuole». Ma, nonostante un decennio trascorso, molto bisogna ancora fare. «Abbiamo visto quanto è successo in Spagna, con la vicepresidente della Federatletica sospesa perchè coinvolta nel nuovo processo Fuentes: diciamo che siamo sempre molto indietro



nella lotta al doping, e il salto di qualità lo si fa non con il gossip che riguarda i campioni trovati positivi, ma quando si parla ai giovani, quando si dice loro che si può vincere senza doparsi, che sono altre le caratteristiche che possono portare alla vittoria. Nelle scuole racconto sempre che se il mio allenatore mi diceva di prendere una sostanza, voleva dire che non credeva molto in me...». Il bilancio della legge, tra alti e bassi, è positivo: «È stata innovativa, ha dato una spinta molto forte, a parte la difficoltà iniziale con la commissione di vigilanza: serve una linea unica, una sola lista e deve essere quella della Wada. La commissione è orientata più nella ricerca perché legata all'istituto superiore di sanità e potrebbe fare questo, mentre i controlli li fa il Coni, come dimostrano i 10mila test fatti. Credo poi nel lavoro del laboratorio di Roma, che ha standard elevatissimi riconosciuti in tutto il mondo: diversificare a livello regionale i laboratori porterebbe difficoltà. Serve invece una collaborazione forte con i Miur, con ricerche mirate all'interno del piano didattico, insomma la lotta al doping inserita come fosse una materia scolastica». Ma la campionessa della pedana, spesso in tour per l'Italia a parlare con i ragazzi proprio di quanto «il doping sia un insulto alla tua persona» ha la sua campagna personale: «Dico sempre che sono alta 1.57 e se ho vinto due ori olimpici significa che il fisico non è fondamentale». Puntare su altro perché «non è il doping che fa i campioni».

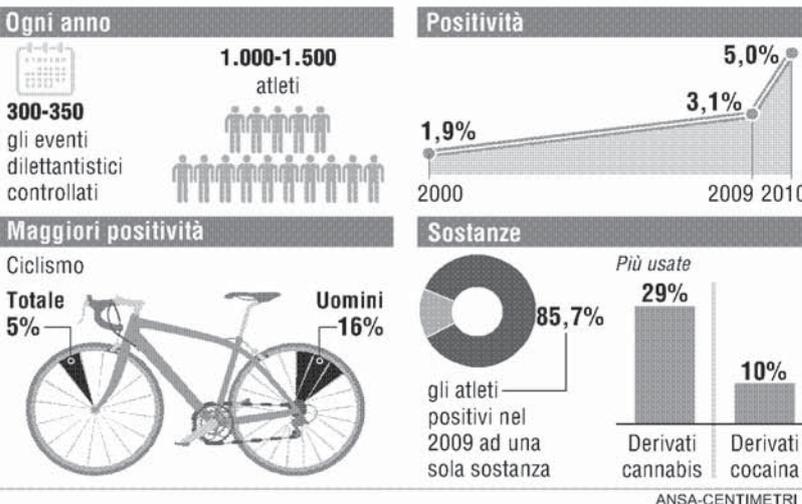
I DATI DELL'ISS

Allarme dilettanti Il 16% dei ciclisti usa sostanze vietate

Tutt'altro che limitato al mondo sportivo professionistico, il doping impera soprattutto tra i dilettanti, dove è in forte crescita. È questa la fotografia che emerge dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità. «L'aumento del fenomeno è preoccupante - spiega Roberta Pacifici, esperta dell'Iss - ed è confermata anche dai dati preliminari di quest'anno. Ormai le sostanze dopanti si trovano a tutti i livelli, e arrivano subito anche tra i dilettanti tutti gli ultimi ritrovati. Si può trovare l'Epo Cera anche in un atleta che fa una gara dove in palio c'è un prosciutto». **Arriva al 16% la percentuale di positivi.** Ogni anno sono circa 300-350 gli eventi dilettantistici controllati (per il calcio si arriva all'ex Serie D, per il ciclismo ai campionati interregionali), per un totale di 1000-1500 atleti di entrambi i sessi. Se nel 2000 la percentuale di positivi era

dell'1,9%, nel 2009 erano il 3,1% (3,9% tra gli uomini e 1,6% tra le donne per un totale di 1328 atleti controllati). «Ma per il 2010 il dato crescerà ulteriormente - spiega Pacifici - e si arriverà a circa il 5%». Le specialità con più controlli sono il ciclismo e il calcio, anche se almeno un test è stato fatto su tutti gli sport. Nel caso dei ciclisti si riscontra il maggior numero di positivi, il 5% in totale che diventa però un preoccupante 16% se si considerano solo i maschi. Nel calcio dilettantistico sono stati trovati 6 atleti positivi su 168 controllati (il 3,8%), mentre 5 positivi sono stati trovati nel basket e non sono mancati i dopati anche in federazioni minori, come lo squash (2) e il tiro con l'arco (1). **Le sostanze.** L'85,7% degli atleti positivi nel 2009 lo sono stati per una sola sostanza. Il record è stato superato nel 2010, con un atleta positivo a 7 sostanze. Il maggior numero dei casi (il 29%) riguarda i derivati della cannabis, che però non viene usata per aumentare le prestazioni sportive, seguita dai metaboliti della cocaina (il 10%). In crescita sono segnalati gli anabolizzanti e l'eritropoietina. «L'Istituto ha promosso oltre 80 progetti di ricerca - sottolinea Pacifici - fra cui uno sul doping genetico, oltre che iniziative di informazione nelle palestre e nelle scuole e corsi di formazione per gli operatori e anche per i magistrati».

Lo sport malato



RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA

IL MODELLO LOMBARDO

di SERGIO HARARI

Oggi viene presentato l'ottavo rapporto sull'attività ospedaliera in Italia e in Lombardia elaborato dall'Aiop, l'associazione dell'ospitalità privata italiana. In Italia lavorano nella sanità complessivamente 650.000 addetti che curano annualmente 14 milioni di cittadini, gli ospedali che fanno capo a Aiop ne assistono il 15 per cento e danno lavoro a 68.000 persone. In Lombardia un terzo della sanità è affidata a soggetti privati in regime di accreditamento con il Sistema sanitario nazionale e due terzi dell'ospitalità privata accreditata fa capo ad Aiop, pari a circa il 20 per cento di tutta la rete ospedaliera della nostra regione. Il rapporto Aiop rappresenta quindi un momento di riflessione di una voce importante della nostra sanità e quest'anno contiene alcuni spunti di particolare interesse.

La Lombardia si conferma la regione leader in campo medico in Italia, con i suoi 17 Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (13 privati e 4 pubblici) su 42 a livello nazionale, detiene la più alta concentrazione di ricerca biomedica e qui risiedono anche sei facoltà di medicina. Sceglie di curarsi nella nostra regione circa il 7,5 per cento di pazienti provenienti da altre aree del Paese, soprattutto per cure di alta complessità. La Lombardia è anche la più importante delle grandi regioni italiane ad avere i conti della sanità in pari, dopo la recente scoperta di buchi di bilancio anche in Veneto. L'Aiop quest'anno ha voluto anche lanciare un sasso nello stagno e valutare

il livello di inefficienza delle strutture pubbliche di 15 regioni italiane usando come metro di riferimento i rimborsi a Drg (calcolo che non può valere per il privato rimborsato solo a prestazione senza ripianamenti, questo semmai dovrà essere analizzato sui livelli di inappropriatezza). Secondo questa valutazione la nostra regione è quella con il più basso indice negativo a fronte di situazioni drammatiche come in Lazio, Campania, Calabria. Sebbene l'analisi sia molto tecnica e vada poi valutata nel dettaglio il sasso certamente smuoverà un po' di acqua.

Se la Lombardia risulta oggi essere leader nella sanità e la rete ospedaliera e territoriale eroga a tutti una buona assistenza, la sfida per il futuro sarà mantenere i livelli di eccellenza raggiunti, in momenti di crisi e di contrazioni economiche. Proprio per questo è importante rilanciare su due importanti aree: una riguarda il drammatico calo del numero dei medici che si va registrando negli ultimi anni e le preoccupanti proiezioni future, un fattore che potrebbe minare alla base l'organizzazione sanitaria. L'altro riguarda l'investimento in nuove tecnologie, oggi già presenti a buon livello sia nel pubblico che nel privato, ma che vanno continuamente innovate, e che sono indispensabili per offrire ai malati cure sempre più moderne, particolarmente nelle alte specialità, contribuendo anche così alla crescita professionale dei medici. Insomma molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare.

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

UN SISTEMA SANITARIO A DUE VELOCITÀ

La sanità del 2010 ha marciato a varie velocità. In alcune zone del Paese è andata come un Frecciarossa, in altre come un lentissimo espresso, in altre ancora è rimasta ferma alle stazioni, in particolare nelle regioni (Lazio, Campania e non solo) dove si sono fatti sentire i tagli, con la chiusura di posti letto, reparti, interi ospedali. Peraltro alcuni Fondi nazionali (per la non autosufficienza, per la famiglia e quello sociale) sono voci senza numeri: praticamente azzerati. Ma il prossimo anno la crisi economica colpirà anche nelle Regioni più virtuose — dal punto di vista dei conti pubblici e della qualità dell'assistenza — che saranno costrette a notevoli risparmi proprio sui bilanci regionali. Molti sono convinti che il federalismo porterà benefici. A lungo, lunghissimo termine sarà così. Per il momento è confermato che la salute degli italiani ha un diverso "valore", servizio, costo, in base al luogo di residenza. Tuttavia cerchiamo di vedere il bicchiere mezzo pieno — il nostro Ssn è tra i più efficienti al mondo — continuando a sperare in un 2011 migliore e in un'Italia migliore, perché i cittadini non vogliono più ascoltare favole da chi governa. Buone feste e che la salute sia con noi.

g. pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Obamacare La sentenza è destinata a influenzare l'agenda politica del nuovo Congresso in cui i repubblicani sono in maggioranza

Usa, la riforma sanitaria bocciata dal giudice

«L'assicurazione obbligatoria è incostituzionale». Ultima parola alla Corte Suprema

DAL NOSTRO INVIATO

NEW YORK — Introducendo l'obbligo per i cittadini di dotarsi di un'assicurazione medica, la riforma sanitaria di Obama viola la Costituzione Usa. Le polizze sono, infatti, normali contratti, e la Clausola Commerciale della Costituzione esclude che i cittadini possano essere obbligati a sottoscrivere impegni di questo tipo.

Il giudizio emesso ieri dal giudice distrettuale federale di Richmond, in Virginia, si è abbattuto come un fulmine sulla Casa Bianca ma, in sé, non blocca la riforma sanitaria: altri giudici, in Michigan e nella stessa Virginia, si sono già espressi in senso opposto sulla medesima questione e nei prossimi mesi un'altra ventina di Corti federali si pronunceranno su questo controverso quesito. Poi toccherà alle Corti d'Appello e, infine, alla Corte Suprema che probabilmente non emetterà il suo giudizio prima delle elezioni presidenziali del 2012.

Lo stesso Henry Hudson, il magistrato che ha firmato il pronunciamento, non ha chiesto che l'applicazione della riforma venga sospesa. Da un punto di vista normativo i tempi dei giudici e quello dell'intervento dell'Alta Corte sono compatibili con l'applicazione della riforma perché l'obbligo di assicurarsi (vitale per le assicurazioni che dicono di non essere in grado di finanziare senza limiti le cure per i pazienti gravi o cronici se non incassano polizze anche da chi è in buona salute) scatta solo dal 2014.

Ma il caso è destinato a influenzare l'agenda politica del nuovo Congresso che si insedia a gennaio dove i repubblicani, tornati in maggioranza alla Camera, hanno già detto di voler usare la loro maggior forza per smantellare la cosiddetta «Obamacare»: la riforma voluta dal presidente e approvata di misura dopo molti tormenti

da un Congresso saldamente controllato — fino alle elezioni di «mid term» del 2 novembre scorso — dai democratici.

John Boehner — il leader repubblicano che sta facendo notizia per le lacrime che scorrono sul suo volto quando parla dell'«american dream» infranto ma anche della sicurezza degli Usa e di altro: ha pianto anche domenica davanti alle telecamere ABC della trasmissione «60 Minutes» — ha chiarito fin dal giorno dopo la vittoria elettorale che il primo obiettivo dei conservatori sarà proprio quello di radere al suolo la riforma. Bisogna cambiare, ha detto, perché «quella votata cancella posti di lavoro e distrugge il miglior sistema sanitario del mondo».

In realtà i repubblicani non hanno i voti per cancellare la riforma né per vararne una nuova: cercheranno di non farla funzionare sottraendo fondi e strumenti. Ad esempio proveranno a impedire il rafforzamento degli uffici pubblici che dovrebbero attivare la nuova macchina.

Avere alle spalle il giudizio di incostituzionalità di qualche giudice renderà i parlamentari repubblicani ancora più audaci. Si è visto già ieri quando il deputato Eric Cantor della Virginia ha chiesto che la Corte Suprema intervenga subito sulla questione: la sanità, ha detto, è troppo importante per lasciarla due anni in sospenso in attesa di adempimenti procedurali.

Del resto anche i pronunciamenti dei magistrati Usa su questioni d'interesse pubblico sono spesso influenzati dalla politica: Henry Hudson, il giudice (della Virginia come Cantor) che si è pronunciato ieri, è stato nominato anni fa dal presidente Bush ed è socio di una società di consulenza repubblicana (Campaign Solutions) che si è battuta contro la riforma sanitaria e ha sostenuto la candidatura di Boehner alla Camera. E la denuncia sulla quale il giudice si è pronunciato non è stata presentata da un cittadino qualunque, ma dal procuratore generale della Virginia, Ken Cuccinelli: un politico repubbli-

cano in grande ascesa.

Massimo Gaggi

Corte Suprema

In posa

Nell'immagine sotto, i giudici della Corte Suprema americana, fotografati lo scorso ottobre, a Washington. Nella prima fila, seduti, da sinistra, i giudici Clarence Thomas, Antonin Scalia, John G. Roberts, Anthony M. Kennedy e Ruth Bader Ginsburg. In piedi, da sinistra, i giudici Sonia Sotomayor, Stephen Breyer, Samuel Alito jr ed Elena Kagan

Differenze

La Corte Suprema, 9 giudici nominati a vita dal presidente degli Stati Uniti, riflette — a grandi linee — la divisione tra «progressisti» e «conservatori». Oggi il rapporto è di 5 «conservatori» (Roberts, Scalia, Kennedy, Thomas, Alito), cioè i giudici nominati da presidenti repubblicani, contro 4 «progressisti» (Ginsburg, Breyer, Sotomayor, Kagan), di nomina democratica



LEUCEMIA

Dall'Italia arriva la nuova molecola

Già sperimentata, ha il placet dell'Agenzia europea per i medicinali

dall'inviato MAURIZIO MARIA FOSSATI

— ORLANDO (Usa) —

LEUCEMIA mieloide cronica: i nuovi farmaci stanno cambiando la storia della malattia che diventa, giorno dopo giorno, meglio curabile. Oggi la sopravvivenza dei pazienti ha raggiunto il 95 per cento a 8 anni, un successo conquistato anche grazie all'importante contributo clinico degli ematologi italiani. E la conferma arriva dal 52° Convegno annuale dell' 'American Society of Hematology' tenutosi a Orlando. La svolta decisiva era stata imboccata tre anni fa con la scoperta di una nuova molecola, il dasatinib, nato nei laboratori Bristol-Myers Squibb.

OGGI arriva l' 'incoronazione ufficiale', supportata dai risultati che sono stati presentati al Congresso di Orlando a 18 mesi dal termine dello studio internazionale 'Dasision', condotto su 519 pazienti di 26 Paesi, inclusa l'Italia. Oggi, infatti, l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha espresso parere favorevole per l'impiego del dasatinib come 'farmaco di prima scelta' nella cura della leucemia mieloide cronica. E ora l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) dovrà deciderne la fascia di rimborsabilità del medicinale, estremamente facile da usare: prevede infatti l'assunzione per bocca (una compressa al giorno).

«La leucemia mieloide cronica - spiega Michele Bacarani (nella foto), professore all'Università di Bologna - è un tumore delle cellule del sangue e del midollo osseo a progressione lenta la cui prevalenza sta aumentando poiché i pazienti vivono più a lungo. Ogni anno in Italia si registrano

circa 1.000 nuove diagnosi. Ha un'incidenza del 15 per cento rispetto a tutte le leucemie degli adulti e di circa il 2-3 per cento rispetto a quelle dell'infanzia. Oggi, l'ampliato

ventaglio farmacologico, oltre a favorire la cura migliore, abbassa anche l'ansia dei malati che si sentono più sicuri sapendo di non essere legati a un unico farmaco e al rischio di non poterlo assumere a causa di intolleranze o effetti collaterali negativi. Dobbiamo quindi rallegrarci di possedere dasatinib, una nuova, potente arma per il trattamento di prima linea della leucemia mieloide cronica Philadelphia positiva». Il progresso nella lotta a questa malattia è stato rapido, ma non privo di difficoltà. Fino a una decina d'anni fa c'erano solo chemioterapia, interferone alfa e trapianto



di cellule staminali da midollo osseo o da sangue periferico.

PIÙ RECENTEMENTE le terapie a bersaglio molecolare (in particolare gli inibitori di tirosin chinasi) sono diventati il trattamento d'elezione. Ma ben presto ci si è accorti che la molecola usata (imatinib) nel 25 per cento dei pazienti trattati creava resistenza primaria o secondaria, cioè perdita di efficacia. E alcuni malati dovevano addirittura sospendere la cura a causa degli effetti collaterali. Ecco perché oggi viene accolta con grande sollievo l'approvazione europea dell'utilizzo della nuova molecola, dasatinib, come farmaco di prima scelta per tutti i pazienti leucemici mieloide-cronici, compresi quelli che hanno manifestato resistenze o intolleranze alle terapie precedentemente utilizzate. Un farmaco che in vitro ha dimostrato di essere 325 volte più attivo del predecessore nell'inibire la proteina responsabile della progressione del male.

L'allarme della Fimmg: non è soltanto una questione di risorse ma di efficacia del progetto e i tempi sono troppo lunghi

Ricette online, l'esperimento delude i medici di famiglia

LA SPERIMENTAZIONE sull'invio delle ricette on line non sta funzionando. L'allarme viene dalla Fimmg, la Federazione dei medici di medicina generale, coinvolta in questo primo esperimento partito a marzo dello scorso anno, nel quale il Piemonte, insieme con la Campania, era chiamato a fare da apripista a livello nazionale. L'invio delle prescrizioni mediche che con il nuovo sistema dovrebbero arrivare direttamente sui terminali delle farmacie, era programmato da marzo all'autunno e secondo i responsabili della Fimmg, i risultati per ora non sono affatto soddisfacenti: «I medici devono essere messi in condizione di realizzare le sperimentazioni — spiega il segretario regionale Roberto Venesia — devono essere forniti dei software adeguati e dei mezzi economici senza oneri». L'informatizzazione della sanità richiede un tavolo specifico e delle regole chiare, precisa ancora il responsabile regionale della Federazione dei medici di base «ci sono molti aspetti da chiarire, a cominciare dalle sanzioni che il ministero stabilisce in caso di mancato adeguamento dei me-

dici per l'invio online dei certificati di malattia». È come se la Regione chiedesse ai medici di adeguare le sale operatorie a spese proprie, interviene Federico Torreggiani, che per la Fimmg ha seguito

I numeri: da marzo all'autunno sono state compilate ottantamila

prescrizioni

da vicino la sperimentazione: «Alle condizioni in cui lavoriamo non si può sostenere che la sperimentazione sia riuscita. E non mettiamo l'accento sui compensi economici quanto sul risultato in termini di efficacia. Se dobbiamo passare dal portale della Sogei, la società che fa riferimento al ministero, l'operazione richiede tempi molto lunghi che non sono compatibili con il nostro lavoro di assistenza».

Aurora Scolletta, responsabile regionale del sistema Ts, tessera sanitaria, non condivide le critiche. Edice che la sperimentazione non è chiusa ma sarà prolungata per qualche tempo: «Abbiamo un incontro questo venerdì al ministero». Secondo i numeri della Regione i medici che hanno deciso di aderire alla sperimentazione in Piemonte sono 180 (erano 140 inizialmente, 23 i pediatri) e le ricette inviate on line sono 80 mila per i medici di base e 3 mila per i pediatri. Il ritardo, chiarisce ancora «è in parte dovuto a qualche problema con alcuni sistemi di software ma anche al fatto che è stato necessario accelerare sulla certificazione di malattia per il decreto Brunetta. Anche in questo caso i numeri sono buoni, mille medici sono in grado di farlo regolarmente». E la Regione promette che le retribuzioni, 1500 euro circa per ciascun sperimentatore, un totale di 600 mila euro di finanziamenti nazionali riservati per il Piemonte, arriveranno presto.

(s. str.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

