

**Nel febbraio 1981 i primi casi in America**  
*Ecco come il virus ha cambiato le nostre vite*

# L'Aids ha trent'anni

## “Io, paziente zero sono ancora vivo”

*David Patient, dal Sudafrica a San Francisco:*

*“Sesso, droga e rock'n roll. Poi una notte,  
 era la fine dell'82, mi sveglio e non respiro*

**Il medico mi dà sei mesi. E invece a cinquant'anni  
 sono qui, e senza quasi neppure sapere il perché**  
**Forse perché il mio compito non è finito”**

ANGELO AQUARO

«**C**erto che continuo asvegliarmi nel cuore della notte: per accorgermi di essere vivo. All'inizio era un sentimento quasi colpevole. Perché proprio io? Ho seppellito tre compagni e tutti i miei amici. Ho smesso di contarli nel 1991. Ma oggi lo so perché sono qui. Sono qui per quell'impegno preso con tutti quelli che ho seppellito. Sono vivo per poter raccontare, un giorno, che c'era un tempo in cui esisteva una malattia chiamata Hiv. Sono vivo per raccontare questa storia: la mia storia».

Quelli come lui si contano sulle dita di una mano. Quelli che ce l'hanno fatta. La scienza non sa ancora spiegarsi il perché.

**A**ll'Università di California il professor Jay Levy ha dedicato gli ultimi trent'anni a capire il mistero di chi ha contratto l'Hiv e non s'è arreso. David Patient è uno di questi. Dal Sudafrica all'America la sua è una storia che sembra incredibile. E che lui stesso, paziente zero dei sopravvissuti, racconta così.

«Per i medici sarei dovuto morire ventotto anni fa. Lo so che a raccontarla dall'inizio sembra un romanzo. L'America del

NEW YORK

1979 è all'apice della *sexual revolution*. Io sono fuggito dal Sudafrica: ricercato dalla polizia segreta. Ve lo ricordate che cosa era il razzismo? Cerco l'America. E finisco a Las Vegas. La faccio breve: sesso, droga, rock'n roll. Mi ritrovo in un giro di ricconi della West Coast. Party a Palm Springs. Laguna Beach. San Francisco. Vita privilegiata e selvaggia. Lavoro nelle crociere. Una paccata di soldi per uno di neppure vent'anni. La vita è bella, io sono al top.

«Succede verso al fine del 1982. Mi sveglio sudato di notte. Tosse pesante. Catarro. Dura più o meno sei settimane. Penso: mi sono beccato la mononucleosi. La malattia del bacio. E quando i sintomi passano anch'io penso sia passata. Riparte la vita di sempre. Sesso, droga, rock'n roll.

«Come faccio a non ricordare le date? È il 10 marzo dell'83. Il mio amico Michael, è morto. La chiamano Grids: *Gay Related*



*Immune Deficiency Syndrome.* Quando il medico mi ripete i sintomi penso con terrore che sono gli stessi che avevo provato. Mi fa un test del sangue. È il pomeriggio del 13 marzo: è il mio ventiduesimo compleanno. Dice: temo sia la Grids. Dice: sei mesi di vita. Io mi sento morire. Però — come spiegarlo? — non è uno shock: sono quasi sollevato. Vengo da una lunga storia di tentati suicidi: l'adolescenza, la sessualità difficile. Così la prima visione che mi viene in mente è di questo amorevole corpo, il mio, e di tutta la gente che mi aveva trattato con disgusto, consumata dal rimorso, intorno alla mia bara.

«Lascio il dottore e mi avvio verso casa. Mi aspettano gli amici: è il mio compleanno, no? Entro, tutt'intorno a me. E io: ragazzi, proprio oggi... Scena muta. Silenzio agghiacciante. Nel giro di mezz'ora sono tutti via con una scusa.

«Ma che cosa ne sapevo, io, dell'Aids? All'epoca ricordo solo un articolo sul *Village Voice*: "La nuova peste dei gay". Solo alla fine di quell'anno la malattia troverà quel nome terribile: Aids. Entro tra i volontari di uno studio dell'Università di California. Una batteria di test. Fiumi di prelievi. Ricevo una lettera: sono risultato positivo ai metodi Elisa e Western Blot. Sì, sono tra le prime cavie al mondo dei primi test per l'Hiv.

«Paura di morire? È il 4 luglio. È sempre il 1983. Guido fino a Mount Charleston, fuori Las Vegas. Basta, la faccio finita. È allora che ho un'illuminazione: i buddisti lo chiamano momento Satori. Mi torna in mente quel libro che avevo letto da piccolo, *Alla ricerca di un significato della vita*, Viktor Frankl, il sopravvissuto del lager. In ogni circostanza, per quanto terribile — olocausto, pandemia, disastro naturale — c'è sempre qualcuno che sopravvive, dice Frankl. Ecco: lì, all'improvviso, capisco che sarei stato io quello che sarebbe dovuto sopravvivere. Per raccontare questo disastro chiamato Aids.

«Dio? Io so che Dio esiste e che è il mio amico più grande. E so anche che Dio non fa errori. Quindi: neanche io posso essere un errore. Certo: mi ha salvato cambiare completamente vita. Sono tornato in Africa, nel mio Zambia, dove ho trovato il mio compagno, Neil, Neil Orr: faceva il master nella clinica dove mi curavo, ormai abbiamo già scritto quattro libri insieme. Milioni di copie. Traduzioni in decine di lingue. La lotta all'Aids è progredita: Hiv non vuol dire più morte sicura. Per me è diventato un mestiere: aiuto la gente a ritrovare la forza di crescere. La cura del corpo è niente senza quella della mente.

«Del resto è così che da ventotto anni io vivo con l'Aids. Per seguire meglio il mio corpo ho dovuto ribaltare davvero la vita. Alle otto di sera, ogni sera, sono a letto. E alle due, alle tre del mattino, già in piedi. Per dedicarmi a tutto quello che può farmi stare bene. Le mie canzoni: Diana Ross, *It's My Turn*, Leonard Cohen, *If It Be Your Will*. Lo yoga. Gioco con i miei animali. Studio. Scrivo. Così, quando inizia la giornata sono già "pieno": per potermi dedicare agli altri.

«E oggi? Volete sapere che cosa direi, oggi, a un ragazzo che scoprisse di avere l'Aids? Prima reazione: probabilmente uno

schiaffone. E poi, certo, un abbraccio. Mi spiego. Oggi l'Aids è una scelta. A meno che non nasci con l'Hiv — o sei costretto a un atto sessuale contro volontà. Dico: per trent'anni sono stati lanciati tutti i tipi di messaggi. Non li hai ascoltati? Non hai letto i giornali? Ci sono pochissime persone su questo pianeta che non sanno come si contrae l'Aids. E che differenzia c'è, mettiamo, con chi fuma come un matto e si ammala di cancro ai polmoni? Sono malattie legate agli stili di vita. E allora non prendiamoci in giro: i malati di Hiv non sono vittime. Hanno fatto delle scelte che li hanno portati a infettarsi. E allora? Direi: ok, hai l'Hiv — e allora? Adesso è il momento di prenderti cura di testesso. Segui le prescrizioni — prendi le medicine, cura il corpo. E la mente. Ce la farai. Ti potrai sposare, avere figli, una carriera. Ma devi confrontarti con quella parolina: responsabilità. Io lo so bene. Che persona ero? Amel' Hiv ha cambiato tutto. E se devo essere onesto: è stato quasi un dono. Il sesso? Hey, sono ancora un normalissimo essere umano. Con un'ottima vita sessuale — e tutte le precauzioni. Ho studiato anche sesso tantrico... Piuttosto, mi vedo invecchiare. Mi avvicino ai cinquant'anni e non avrei mai pensato di arrivarci. Mi dà forza il mio piccolo slogan: INDY! Cioè: *I'm Not Done Yet*. Non ho ancora finito».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1984

il primo morto di Aids, lo steward Gaetan Dugas

1984

Ryan White, 13 anni, infettato da una trasfusione

2011

colpito vent'anni fa, Magic Johnson è ancora vivo: un simbolo

**Frosinone** La paziente ripeteva: «Dottore, non sarà il cuore?». L'ospedale: è stata una crisi non prevedibile

# Muore dopo 8 ore al pronto soccorso

*Donna di 56 anni stroncata da un infarto, per i medici era una sciatalgia*

ROMA — Era un infarto ma i medici hanno pensato fosse «una lombosciatalgia». L'accusa è della famiglia di Silvana Fionda, la casalinga di 56 anni morta venerdì sera nell'ospedale «Santa Scolastica» di Cassino dopo aver trascorso otto ore in Pronto soccorso. Ma lei, invece, la vittima, un sospetto della natura del proprio malessere l'aveva avuto. Infatti, ai medici che la visitavano, in preda al dolore — secondo la figlia Giovanna — ha chiesto: «Dottore, non è che ho un infarto?».

I parenti hanno sporto denuncia ai carabinieri di Cassino, che hanno sequestrato la cartella clinica. Sulla vicenda anche la presidente della Regione, Renata Polverini, vuole vederci chiaro ed ha nominato una commissione d'indagine interna. La vicenda ha portato a una richiesta di informazioni da parte della Commissione parlamentare sugli errori in sanità, presieduta dal deputato Leoluca Orlando (Idv). E il senatore Ignazio Marino (Pd), presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, ha osservato come «otto ore di attesa siano inammissibili. Quanto accaduto a Cassino, se confermato, è davvero inaccettabile, anche alla luce dei continui annunci della presidente Polverini sulla riduzione delle liste di attesa».

Giovanna, la figlia della donna morta, punta il dito contro i medici: «Hanno continuato a dire che mia madre era solo ansiosa, che doveva stendersi e rilassarsi. E quel dolore lancinante, per il quale si è lamentata tutto il tempo, lo hanno preso per una lombosciatalgia. Devono pagare tutto adesso. Del resto, è lo stesso ospedale in cui due anni fa è morto mio marito. E noi li avevamo già denunciati». Poi, rincara le accuse: «Mentre la portavamo

al quarto piano in sedia a rotelle per ricoverarla in un reparto di ortopedia, si è sentita male in ascensore. È stato l'attacco finale. Quando siamo usciti dall'ascensore — incalza indignata — è pure caduta dalla sedia». Secondo Giovanna, la madre Silvana «è rimasta a terra per oltre 10 minuti, e poi è stata portata in una stanzetta, inadeguata, dove è rimasta altri 10 minuti in attesa di un medico. Ecco come è morta mia madre».

La donna viveva a Cassino, si è sentita male e verso mezzogiorno il figlio l'ha convinta ad andare in ospedale. «Per quel dolore che aveva alla gamba, l'ho massaggiata a lungo — aggiunge Guido, il marito di Silvana, pensionato —. L'arto si era addormentato. A noi era chiaro che stava succedendo qualcosa di grave». Diversa la ricostruzione fornita da Carlo Mirabella, direttore generale della Asl di Frosinone: «Ho verificato di persona la cartella clinica: la paziente è arrivata al pronto soccorso alle 12.31. Dopo due minuti è stata visitata e sono stati fatti esami, visite e tutti gli accertamenti del caso, che sono stati ripetuti più volte per le otto ore, fino al ricovero». E il responsabile del pronto soccorso di Cassino, Ettore Urbano, precisa: «La paziente è stata trattata per otto ore nel reparto di "osservazione temporanea", non è stata tutto quel tempo in attesa nel pronto soccorso. In seguito, i colleghi hanno deciso di ricoverarla nel reparto di Medicina interna. Per mancanza di letti è stata messa in un altro reparto. A quel punto, ha avuto un'improvvisa e drammatica crisi, non prevedibile rispetto alla valutazione precedente».

**Francesco Di Frischia**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**I precedenti**  
Le altre vittime in corsia

**1** **Vibo, muore dopo 4 ore di attesa**  
Nel gennaio 2008, un anziano con problemi di cuore è costretto a rimanere per 4 ore su una barella nel corridoio del pronto soccorso dell'ospedale di Vibo Valentia (foto): non c'è posto per un ricovero. Morirà durante il trasporto a Tropea



**2** **Ingessato e dimesso**  
**Tragedia sotto i ferri**  
Giovanni Nittoli (foto) muore durante un intervento d'urgenza al Pertini di Roma, a inizio 2009: 48 ore prima era giunto in pronto soccorso per un dolore alla gamba. Nonostante un quadro clinico peggiorato, era stato ingessato e dimesso



**3** **In barella per 72 ore senza cure**  
A dicembre 2009 un 60enne diabetico, obeso e cardiopatico viene costretto a sostare per 3 giorni su una barella al pronto soccorso del San Giovanni di Albano Laziale (foto). Muore prima che i sanitari si occupino del suo caso



**Il caso**

La denuncia della famiglia. Il primario: non è vero, controllata dopo due minuti

# Muore d'infarto in ospedale: "Otto ore per visitarla"

DAL NOSTRO INVIATO  
**MARIA ELENA VINCENZI**

CASSINO (FR) — Sentiva un dolore al petto, aveva un formicolio al braccio, faticava a respirare. Venerdì mattina, Silvana Fionda, casalinga, si è presentata all'ospedale Santa Scolastica di Cassino. Dove, dopo poco più di otto ore, è morta. A 56 anni. E ora la famiglia grida la sua rabbia e denuncia un caso di malasanità. «Ci sono volute otto ore per far capire che non era solo ansia — dice la figlia Giovanna — lei stessa chiedeva: "Non è che mista venendo un infarto?"». Sarà l'autopsia a dire, nei prossimi giorni, se la causa del decesso è stata proprio l'arresto cardiaco. Intanto i carabinieri comandati da Amedeo Grimaldi, hanno acquisito la cartella clinica in cui si legge che l'accettazione è avvenuta alle 12.31. E che il primo controllo, fatto dal primario, Ettore Urbano, è avvenuto due minuti dopo. «Non è rimasta ad aspettare — precisa il responsabile del pronto soccorso — è stata sotto osservazione con un monitoraggio costante fino a che non abbiamo deciso di ricoverarla in Medicina interna». Sono le ore 20.44: Silvana sale verso l'Ortopedia, per questione di posti letto. «Avrebbe avuto bisogno di un cardiologo — racconta ancora Giovanna — In ascensore si è sentita male. Quando siamo usciti è caduta a terra. È rimasta sul pavimento 10 minuti. Io ho urlato come una dannata, per l'arrivo di un medico ce ne sono voluti altrettanti». Era troppo tardi. Ora, sul caso, indagano la procura di Cassino e il Parlamento: la commissione di inchiesta sugli errori sanitari chiederà una relazione sulla vicenda.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Farmaci Nuovi dati sui rischi cardiovascolari

# Antinfiammatori da usare con prudenza

**I**l dolore è dolore e quando l'artrosi si fa sentire alle articolazioni e impedisce persino di muoversi, ricorrere a un antinfiammatorio diventa spesso inevitabile. Con qualche rischio e pericolo, come ci ha appena informato una ricerca pubblicata sul *British Medical Journal*. Lo studio, coordinato da ricercatori svizzeri dell'Università di Berna, ha analizzato sette dei più usati antinfiammatori non steroidei (chiamati anche Fans) ed è arrivato alla conclusione che non solo i prodotti di ultima generazione, ma anche i farmaci più vecchi e collaudati possono, se somministrati a lungo, aumentare la probabilità di andare incontro a infarto e di ictus.

Fino a qualche tempo fa si pensava che fossero soltanto gli antinfiammatori selettivi (cioè quelli più nuovi, che inibiscono l'enzima cicloossigenasi 2, o Cox 2, prodotto nei processi infiammatori) a dare problemi cardiovascolari e uno di questi, il rofecoxib (il famoso Vioxx) è stato ritirato dal mercato nel 2004 perché accusato di avere provocato numerosi morti.

La nuova indagine suggerisce, invece, che anche gli inibitori non selettivi (naproxen, diclofenac e ibuprofen che interferiscono con entrambi gli enzimi, Cox 1 e 2) possono comportare gli stessi rischi, anche se in misura minore, rispetto agli altri (etoricoxib, celecoxib, lumiracoxib e rofecoxib). E

semberebbe anche, ma i dati andrebbero forse confermati, che il naproxen sia il più sicuro sotto il profilo del rischio cardiovascolare.

«Questa metanalisi è interessante — commenta Giampaolo Velo professore di Farmacologia all'Università di Verona — perché ha preso in esame 31 studi, per un totale di oltre 115 mila pazienti. Una casistica molto ampia le cui conclusioni non vanno sottovalutate».

Il rischio cardiovascolare, dunque, c'è, anche se è minore per gli antinfiammatori non selettivi rispetto ai selettivi. Non bisogna però dimenticare che i non selettivi provocano, più degli altri, disturbi gastrointestinali, ulcera compresa (inibendo, infatti, anche l'enzima Cox1 interferiscono con la produzione di sostanze che proteggono la parete dello stomaco): vanno sempre assunti a stomaco pieno ed eventualmente, quando il trattamento è prolungato, vanno associati a un farmaco gastroprotettore. «Per questo — aggiunge Velo — quando si prescrive un farmaco a un paziente è indispensabile tenere sempre conto di tutti i rischi a fronte dei benefici della terapia». E soprattutto è indispensabile che il paziente non abusi di questi farmaci e segua correttamente le indicazioni del medico.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# **Aromi** Ad alte dosi interferiscono con il metabolismo di alcuni medicinali

## Le spezie possono fare bene Ma serve attenzione quando si prendono farmaci

**V**i è mai venuto in mente che le spezie, dal peperoncino alla cannella, potessero influire sul metabolismo dei farmaci? Il dubbio non è poi tanto peregrino se si pensa che alcune spezie, nel corso del tempo, sono state esaltate, vantandone le proprietà «terapeutiche», mentre altre hanno goduto di cattiva fama e sono state ritenute «pericolose» perché contengono sostanze pungenti o molto aromatiche e, se si esagera nel loro consumo, possono risultare irritanti.

Il primo effetto biologico apprezzato delle spezie è stato quello disinfettante, attribuito, per esempio (e giustamente), alla curcuma e ai chiodi di garofano; poi se ne è capito quello digestivo, proprio, per esempio, del pepe. Più di recente, è stata anche dimostrata l'attività anticancerogena di sostanze come la curcumina, presente nella curcuma e dell'anelto contenuto nei semi del finocchio. Provato anche l'effetto antinausea della radice dello zenzero, quello analgesico del peperoncino e quello antidiabetico della corteccia di cannella.

Negli ultimi anni, visto anche il reale ruolo «terapeutico» di alcune spezie, la domanda iniziale è stata presa in seria considerazione e sono state messe a punto va-

rie tecniche di laboratorio per valutare la possibile interazione tra queste sostanze aromatizzanti e i farmaci di sintesi. Recentemente, un gruppo di ricercatori giapponesi, guidati da Yuka Kimura, ha pubblicato sul *Biological & Pharmaceutical*

*Bulletin*, un vasto studio relativo a 55 spezie, in cui si è valutata l'azione sul sistema dei citocromi, le strutture cellulari che metabolizzano i farmaci e che si trovano soprattutto nel fegato. Dalla ricerca risulta che cannella, pepe bianco e nero, zenzero

e noce moscata inibiscono l'attività di questo sistema, in particolare a livello dei citocromi 3A4 e 2C9 implicati nel metabolismo della maggior parte dei farmaci. E questo naturalmente fa sì che i medicinali rimangano attivi più a lungo.

In alcuni casi questo fenomeno può essere vantaggioso. Ad esempio, ricerche importanti dimostrano che la curcumina grazie a questo meccanismo rende più efficaci i chemioterapici. Analogamente, i chiodi di garofano incrementano l'azione degli antibiotici nei confronti dei germi gram negativi. E il pepe, che oltre ad avere la capacità di aumentare la «vita» dei farmaci, ha anche quello di incrementarne l'assorbimento intestinale, può essere sfruttato come veicolo per molecole scarsamente diffusibili.

Ma l'aumento dell'attività dei farmaci causato dalle spezie, assunte ad alte dosi,

può rivelarsi viceversa dannoso: ad esempio lo zenzero associato agli antiinfiammatori può comportare un aumento della loro gastrolesività e l'aglio può ridurre l'efficacia degli antivirali (vedi tabella).

La domanda ovvia, a questo punto, è: ma che cosa si intende per «alte dosi»? Va chiarito che l'interferenza con l'attività dei farmaci si



### Vantaggi

**I chiodi di garofano incrementano l'azione di alcuni**

## antibiotici

può verificare solo quando le spezie vengono assunte in maniera continuativa e a piene dosi, ad esempio sotto forma di estratti in integratori o in medicinali, o se ne fa un vero e proprio «abuso» alimentare. Inoltre la possibilità di interazioni dipende anche dal tipo di farmaco. Quelli più sensibili all'azione degli alimenti - frutta, verdura e spezie - sono gli anticoagulanti orali:

la loro attività può ridursi, con rischio di trombosi, se il paziente mangia troppa verdura, mentre al contrario può aumentare, con rischi emorragici, se abusa di spezie.

Ben vengano quindi le conoscenze scientifiche anche sulle spezie, al fine di evitarne rischi e di sfruttarne appieno le virtù più nascoste.

**Fabio Firenzuoli**

Direttore Unità medicina naturale, ospedale S. Giuseppe, Empoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Combinazioni da tenere d'occhio



**Curcuma**  
*Curcuma longa*



**Pepe**  
*Piper nigrum*



**Chiodi di garofano**  
*Eugenia caryophyllata*



**Cannella**  
*Cinnamomum zeylanicum*



**Aglione**  
*Allium sativum*



**Zenzero**  
*Zingiber officinale*

### COSTITUENTI

È uno dei componenti del Curry. Il costituente più significativo è la curcumina

I frutti di tutte le varietà di pepe contengono alcaloidi

Contengono un olio essenziale (o essenza) ricco in eugenolo

Tipica quella di Ceylon, la cui corteccia contiene polifenoli ed un'essenza ricca in aldeidi e alcoli

L'olio essenziale (o essenza) è ricco in allicina, ajoene e tiosulfinati

Il rizoma è ricco in gingeroli

### PROPRIETÀ

Facilita la produzione di bile, presenta un'attività antinfiammatoria e antiossidante

Stimola la digestione. Di recente presente anche in integratori

Hanno un'attività antinfiammatoria, analgesica, disinfettante

Utilizzata come ipoglicemizzante e disinfettante

Digestivo, disinfettante, stimola le difese immunitarie, riduce il colesterolo

Facilita la digestione, ha un effetto antinausea. Può essere presente anche in integratori

### INTERAZIONI CON FARMACI

Migliora l'efficacia di un farmaco impiegato contro il mieloma. Riduce la resistenza delle cellule tumorali ad agenti chemioterapici

Aumenta l'attività della fenitoina (farmaco antiepilettico). Aumentala biodisponibilità di farmaci ed erbe medicinali

L'eugenolo incrementa l'azione degli antibiotici nei confronti dei germi Gram negativi

Possibile aumento d'attività dei farmaci

Riduce l'efficacia degli antivirali. Aumenta l'attività di anticoagulanti, antinfiammatori, antiaggreganti, ACEinibitori

Può aumentare gli effetti collaterali dei farmaci antiinfiammatori e degli antiaggreganti piastrinici

**Oncologia****Nel 2011, buone notizie nella lotta al cancro al seno?**

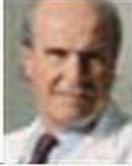
Quali risultati attendete dalla ricerca nella lotta al cancro al seno in ambito terapeutico? Come potranno cambiare le prospettive di chi ha questa malattia?

Risponde

**Umberto Veronesi**

Direttore scientifico

Istituto europeo di oncologia di Milano



*Ci aspettiamo un ulteriore perfezionamento delle metodiche che mettono in pratica le due grandi linee strategiche della senologia: anticipazione della diagnosi e mininvasività*

*degli interventi. Stiamo migliorando la procedura del linfonodo sentinella, fra le più grandi innovazioni degli ultimi anni, che ha permesso interventi conservativi in tutti i casi in cui è possibile. Abbiamo reso l'esame ancora più veloce a parità di accuratezza. Nell'anticipazione della diagnosi applichiamo in modo sempre più esteso tecnologie di imaging che individuano i tumori allo stadio "non palpabile", quando le probabilità di guarigione sono vicine al 100%. Nei casi che sfuggono alla diagnostica precoce riusciamo a non lasciare da parte il principio della mininvasività: abbiamo ad esempio perfezionato la tecnica per la conservazione dell'areola e del capezzolo. Quanto ai farmaci, approfondiremo le potenzialità di nuovi chemioterapici, che hanno dimostrato in diverse pazienti di non causare la caduta dei capelli.*



**Società** Alla visita per la patente, oppure a scuola. Ci sono situazioni in cui i diabetici devono ancora patire trattamenti «diversi»

# La qualità della vita è migliorata Ma la discriminazione non è scomparsa

**C**om'è, oggi, la vita di un diabetico? Molto diversa rispetto a 20-30 anni fa, quando una diagnosi di diabete I poteva aprire scenari davvero poco piacevoli. Oggi non è più una malattia che in pochi anni può portare spesso a cecità o dialisi. Con le insuline ad azione lenta è diminuito il rischio di ipoglicemie, le penne per l'iniezione sono ben altro dalle siringhe in vetro da bollire, la glicemia si può misurare quanto e quando si vuole e non solo alla visita di controllo, i microinfusori sono sempre più piccoli e affidabili. Non a caso oggi l'aspettativa di vita di un diabetico è paragonabile a quella di una persona sana, un successo tangibile e reale per tutti i 300 mila italiani che devono vedersela ogni giorno con glicemia e insulina. «Sono stati fatti tanti passi avanti e oggi si può convivere bene con la malattia — osserva Roberto Cocci, presidente di Diabete Forum —. Va anche detto, però, che molti diabetici continuano a illudersi che la cura risolutiva sia dietro l'angolo: purtroppo un caso al mondo risolto con un trapianto "speciale" non cambia la vita alla maggioranza di noi». «È rischioso dire con leggerezza che dal diabete si potrà presto guarire, come capita spesso davanti a una nuova "scoperta": ci sono pazienti che sono tentati di trascurare le terapie, convinti che a breve non ne avranno più bisogno», conferma Daniela

D'Onofrio, responsabile di Portale Diabete, un sito indipendente che raccoglie informazioni per i malati. E i pazienti, stando ai loro racconti, più di tutto soffrono perché devono lottare ogni giorno contro difficoltà che non hanno nulla a che vedere con siringhe e dosaggi di insulina. Perché sulla carta nel nostro Paese scuole e posti di lavoro non discriminano i diabetici, gli esami per rinnovare la patente sono equi, tutti possono avere accesso alle strisce per la glicemia o ai microinfusori. Nei fatti, invece, è tutta un'altra storia.

«Abbiamo leggi che "promettono" di tutelare i diabetici, ma nella realtà i diritti dei pazienti sono ben poco rispettati. E così molti sono terrorizzati dalla burocrazia», dice D'Onofrio. Difficile dargli torto: esistono linee guida del 2006 secondo cui è il diabetologo a dover indicare quando ripetere l'esame di guida sulla base delle condizioni cliniche del malato, ma quasi tutte le commissioni per le patenti ignorano il certificato dello specialista e costringono a visite frequenti anche persone in ottimo controllo glicemico. A scuola i bambini diabetici incontrano difficoltà: a qualcuno viene chiesto di uscire dalla classe per misurare la glicemia o fare l'iniezione, insegnanti e personale scolastico a volte non collaborano e diverse mamme finiscono per fare la spola fra casa e scuola. È difficilissimo avere i microinfusori con i sensori, le regole

cambiano da provincia a provincia; in ogni Regione c'è un "tetto" diverso al numero di strisce per misurare il glucosio che si possono avere, così tanti pazienti finiscono per doverle pagare di tasca propria.

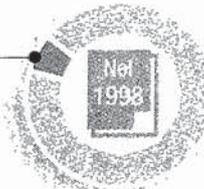
«Le complicanze possono essere prevenute mantenendo un buon controllo glicemico, perciò si insiste tanto sull'importanza dell'autocontrollo. Ma che senso ha se poi i pazienti non possono misurarsi la glicemia quando serve?» osserva D'Onofrio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I costi del diabete

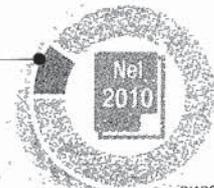
**6,7%**

della spesa totale per la sanità



**10%**

della spesa sanitaria



D'ARCO



## Cornelio Confermato coordinatore dei direttori scientifici degli IRCCS

Il direttore scientifico della Fondazione Besta, professor Ferdinando Cornelio, nel corso della seduta del primo febbraio, alla presenza del ministro della salute Ferruccio Fazio e della commissione nazionale della ricerca, organo consultivo del ministero della salute è stato confermato nel ruolo di coordinatore dei direttori scientifici degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici. Questi istituti sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La Commissione ha tra i suoi compiti l'elaborazione del programma di ricerca sanitaria e le iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca in-

ternazionali e comunitari; la definizione dei criteri di selezione dei progetti di ricerca che dovranno essere successivamente valutati da esperti italiani e stranieri. Tra gli IRCCS pubblici vi sono: Istituto Nazionale Neurologico 'Carlo Besta' (Milano), Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori (Milano), Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Milano), Fondazione Policlinico San Matteo (Pavia), Istituto Oncologico Veneto (Padova), Ospedale Infantile Burlo Garofolo (Trieste), Centro di riferimento oncologico (Aviano - Pordenone), Istituto per la Ricerca sul Cancro (Genova), Istituto 'Giannina Gaslini' (Genova), Istituti ortopedici Rizzoli (Bologna), Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (Ancona), l'Istituto per Regina Elena (Roma).



# Pensa la salute

di **Riccardo Renzi**

## Le cifre da paura delle infezioni ospedaliere

**G**li italiani sono un po' più sporchi, servirebbero mani un po' più pulite. Tutto ciò non ha niente a che vedere con la situazione politica ed etica. È il risultato di un'indagine internazionale (Reckitt Benckiser), presentata all'Università di Parma in un convegno sull'igiene casalinga, da cui si evince che lo stato della pulizia nelle nostre case va peggiorando. Niente di grave in verità, perché gli italiani, checché se ne dica, partono da un livello di assoluta eccellenza in confronto agli altri Paesi. A proposito di

”

**Ogni anno sono 400 mila i pazienti contagiati da germi durante le degenze**

mani, per esempio, sono tra i primi igienisti al mondo, con una media di otto lavaggi al giorno. Tuttavia si registra un arretramento. Le cause? La crisi economica (si spende meno in sapone e detersivi), l'aumento degli alloggi sovraffollati (quelli degli immigrati) e curiosamente la crisi delle coppie. Perché chi

resta solo, magari un po' depresso, tende a "lasciarsi andare". La preoccupazione è che questo trend si sposti anche negli ospedali, dove non siamo per niente eccellenti. Secondo gli ultimi dati dell'Istituto superiore di Sanità le infezioni ospedaliere colpiscono ancora 400mila pazienti all'anno, provocando 8mila morti, 22 al giorno. Qui, come si vede, gli effetti possono essere davvero pericolosi. Tenendo conto che almeno due dei fattori di rischio, la crisi economica e il sovraffollamento, aggravato in questi giorni dall'epidemia influenzale, colpiscono anche gli ospedali. Mentre la crisi di coppia non dovrebbe incidere.



**CON FONDI COMUNITARI**

**Un progetto europeo per nuovi robot chirurgici studiato da ricercatori dell'università di Verona**

**Gianni Mozzo**

■ I robot chirurgici intelligenti aprono una nuova frontiera in sala operatoria. Lo dimostra I-Sur, la ricerca coordinata da Paolo Fiorini del dipartimento di Informatica dell'università di Verona per sviluppare robot in grado di eseguire in maniera autonoma atti chirurgici come biopsie, incisioni e suture. Il progetto I-sur sarà finanziato dalla Comunità Europea con 3,9 milioni di euro, partirà il primo marzo e durerà 42 mesi.

L'università di Verona coordinerà tutte le fasi del progetto: dalla progettazione del modello allo sviluppo di interfacce chirurgiche, dall'identificazione dei rischi, sensibilità, controllo e design degli strumenti robotici alla pianificazione di interventi. Oltre al dipartimento di Informatica diretto da Carlo Combi, nella ricerca saranno coinvolti Claudio Bassi, ordinario di chirurgia generale e Giovanni Me-

ruzzi, associato di diritto commerciale che indagherà gli aspetti giuridici e legali che ancora oggi non sono stati approfonditi. Oltre all'università scaligera, il gruppo di lavoro è composto dalle università di Ferrara e Modena - Reggio Emilia, dall'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, dalla

**ROBOTICA L'efficienza in sala operatoria potrà migliorare senza costi grazie all'automazione**

Fondazione dell'istituto San Raffaele di Milano, dal dipartimento e-Service del San Raffaele, dal Politecnico di Zurigo, dal laboratorio di bio-robotica dell'università di Tallinn, dal centro interventi dell'ospedale universitario di Oslo e dall'università Yeditepe di Istanbul. L'introduzione di tecnologie chirurgiche sempre più complesse come i robot

e strumenti poco invasivi mette a fuoco il tema dei controlli di sicurezza in sala operatoria. C'è anche bisogno di nuove interfacce per rendere più semplice il loro utilizzo ai chirurghi. L'automazione può essere una soluzione anche per migliorare le prestazioni e l'efficienza in sala operatoria senza far aumentare i costi operativi. I robot in chirurgia sono stati introdotti per la prima volta come guida per gli interventi di neurochirurgia e più tardi sono stati utilizzati per laparoscopia, prostatectomie e in chirurgia ortopedica. In chirurgia non vengono utilizzati strumenti automatici, con l'eccezione delle cucitrici che non hanno sensibilità né autonomia. I robot chirurgici per gli interventi poco invasivi riproducono i movimenti del chirurgo tramite un joystick e danno la possibilità di avere un feedback su video. La robotica può consentire ai chirurghi di dedicare maggiore attenzione all'intervento.



## L'intervento

# Sanità, l'obiettivo è l'efficienza del modello Lombardia

di GABRIELE PELISSERO

Caro Direttore, la Lombardia ha il sistema sanitario migliore d'Italia, i conti regionali sono in equilibrio da 9 anni, quasi 150.000 pazienti ogni anno vengono in questa regione da tutto il Paese per farsi curare. La ricerca biomedica lombarda è l'unica che si possa confrontare con i paesi più avanzati del mondo, e le nostre università producono ottimi medici e ottimo personale sanitario. Tutto questo in un Paese, l'Italia, dove purtroppo, e spesso, la sanità è un serio problema economico e qualitativo. Quali sono le ragioni di questo successo? Tre sono i punti centrali del «modello sanitario della Lombardia» (come lo chiamano in tutta Europa). La libertà di scelta del cittadino (che vuole dire poter scegliere veramente fra ospedali diversi, anche fra quelli pubblici e quelli privati); la separazione fra le Asl, con compiti di programmazione e controllo, e le Aziende ospedaliere pubbliche e private che erogano le prestazioni specialistiche ambulatoriali e ospedaliere; e infine l'esistenza di un sistema ospedaliero misto, due terzi di ospedali di diritto pubblico, e un terzo di ospedali di diritto privato, tutti soggetti alle stesse regole, agli stessi controlli, alle stesse tariffe, alla stessa programmazione e utilizzabili nello stesso modo da tutti i citta-

dini. Nel suo intervento Alberto Scanni (*Corriere della Sera*, dorso milanese di domenica 16 gennaio) lamenta che gli ospedali pubblici sono difficili da amministrare, perché soffocati da troppe regole nazionali e regionali, e questo limita la loro capacità di crescere e svilupparsi. In realtà le stesse regole da più di 10 anni in Lombardia valgono sia per gli ospedali di diritto pubblico che quelli di diritto privato, e una fase di semplificazione burocratica potrebbe certo dare vantaggi e, come chiede Scanni, rendere tutti gli ospedali pubblici e privati più competitivi. Accettare la competizione, però, richiede prima di tutto di rinunciare ai privilegi e mettersi tutti sullo stesso piano. La proposta finale di Scanni, di dare più denaro agli ospedali di diritto pubblico non perché lavorano di più e meglio, ma semplicemente per una scelta ideologica, ripropone il vecchio pagamento «a piè di lista» che tanti sprechi ha prodotto nel passato senza produrre qualità. E purtroppo ripropone una cultura statalista e assistenzialista che in tutti i settori è la peggior nemica dello sviluppo e dell'efficienza, di cui il paese ha invece disperatamente bisogno e che dovrebbe essere il vero obiettivo della riforma federalista.

presidente  
Associazione italiana  
ospedalità privata



## Brasile. Prime misure del neo-presidente **Rousseff: farmaci gratis ai più poveri**

BRASILIA

Uno dei primi passi di Dilma Rousseff nella sua battaglia contro la povertà in Brasile passa attraverso l'assistenza sanitaria. Il Brasile, ha promesso il neopresidente in carica dal 1° gennaio, distribuirà gratuitamente le medicine necessarie a chiunque soffra di alta pressione o diabete. I farmaci saranno distribuiti attraverso una rete di farmacie "low cost" a livello nazionale, punti vendita in cui diverse medicine sono già pesantemente sussidiate, con sconti fino al 90 per cento.

Ai 33 milioni di brasiliani che soffrono di alta pressione, e ai sette milioni malati di diabete sarà sufficiente avere una prescrizione medica, ma le autorità ritengono che saranno soprattutto le fasce più povere a raccogliere l'offerta. I negozi che fanno capo alla rete "Farmacie popolari" sono 15 mila. Secondo il ministro della Sanità brasiliano, Alexan-

dre Padilha, nel 2009 alta pressione e diabete sono stati responsabili per il 34% dei decessi in Brasile; la signora Rousseff ha aggiunto che i settori più poveri attualmente spendono in medicine il 12% del proprio reddito, e ha promesso di aumentare gli investimenti in un sistema sanitario pubblico che dal 1996 fornisce gratuitamente farmaci anti-retrovirali ai pazienti malati di HIV/Aids, approccio per cui il Brasile ha ricevuto numerosi apprezzamenti.

Mercoledì scorso, partecipando alla prima sessione del Parlamento dopo la vittoria alle elezioni di ottobre, Dilma Rousseff ha chiesto il sostegno dei deputati. La forte crescita economica del paese, ha detto, sta contribuendo a migliorare gli standard di vita per tutti i brasiliani, ma resta «vergognoso che in un paese che produce milioni di tonnellate di grano ci sia ancora gente che soffre la fame».

