

Rassegna del 31/05/2010

TIRRENO - Gli amanti bambini - ...

1

UNITA' - I cinquant'anni della rivoluzione in una pillola - Greco Pietro

2

Gli amanti bambini

Lei 11 anni, lui 13: la mamma li scopre mentre fanno sesso sul divano di casa

VICENZA. Mamma e papà sempre al lavoro, la casa libera e accogliente: miglior alcolico non poteva esserci per due giovanissimi, figli di due coppie di immigrati regolari, per scoprire tranquillamente e senza assilli i piaceri del sesso. I due amanti dalla tempesta ormonale inarrestabile non sono però bamboccioni che per risparmiare usano talmi casalinghi, ma ragazzini di 11 anni, lei, e 13 anni il «fidanzatino». Il «gioco» che, per loro stessa ammissione, durava da tempo, è stato scoperto dalla mamma della adolescente: tornata a casa in anticipo, la donna ha sorpreso la coppia sul divano e la scena non ha lasciato molti spazi all'immaginazione.

I giovani, studenti di scuole medie dell'area intorno a Bassano del Grappa (Vicenza), hanno candidamente confessato che quella intravista dalla mamma era ormai una consuetudine, un «amore» che andrebbe avanti da tempo. La donna ha fatto rivestire la figlia e l'ha accompagnata all'ospedale non prima di aver informato i genitori del ragazzino. Le fami-

glie si conoscono e i genitori approvavano che i due ragazzini si frequentassero per giocare e studiare.

Dai medici è arrivata la conferma che la piccola aveva avuto rapporti sessuali completi e consenzienti. Sono stati gli stessi sanitari bassanesi a informare le forze dell'ordine, che a loro volta hanno segnalato i baby amanti alla procura dei minori, ma non sono imputabili perché hanno meno di 14 anni. I due ragazzi si sarebbero avventurati a scoprire la vita da soli, consenzienti, senza forzature esterne.

Ma il caso dei baby amanti di Bassano del Grappa rischia di non essere affatto un caso-limite: l'età media di chi fa sesso per la prima volta si abbassa sempre di più. A 14 anni una ragazza su sei ha già fatto l'amore, mentre dai 15 ai 18 anni hanno già avuto la loro «prima volta» sei ragazze su dieci. Sono dati diffusi recentemente dalla Società italiana di ostetricia e ginecologia (Sigo), raccolti dagli esperti con un sondaggio rivolto a 600 ragazze sotto i 26 anni



I cinquant'anni della rivoluzione in una pillola

Maggio 1960 Negli Usa parte la somministrazione della COCP

Gli effetti Ha contribuito a restituire alle donne la gestione del loro corpo

Nel maggio 1960 la Food&Drug Administration degli Usa approva l'utilizzo di una «combined oral contraceptive pill» (Cocp), che diventerà presto nota come la «pillola contraccettiva» o, più semplicemente, la Pillola.

PIETRO GRECO

GIORNALISTA SCIENTIFICO E SCRITTORE

Non è il caso di fermarsi più di tanto sui meccanismi di funzionamento, ormai ben noti, di questo nuovo farmaco, messo a punto dal chimico Carl Djerassi nel 1951 e sperimentato clinicamente dai medici John Rock, Celso-Ramon Garcia e Gregory Pincus nel 1954. Conviene fermarsi sui suoi effetti sociali e culturali: enormi e, ancora oggi, niente affatto esauriti.

E già perché la pillola, assunta quotidianamente dalle donne, inibisce l'ovulazione. E, dunque, le gravidanze indesiderate. Costa poco, è facile da assumere e ha un'elevatissima efficacia. È grazie a questo combinato disposto di caratteristiche che la COCP ha un immediato e clamoroso successo: nel 1961 negli Usa la assumono già 400.000 donne; 1,2 milioni nel 1962; oltre 3,5 milioni nel 1963. Oggi in tutto il mondo la assumono oltre 100 milioni di donne.

L'impatto sulla società è stato ed è tuttora) tale che dieci anni fa la rivista inglese *The Economist* l'ha eletta a scoperta scientifica più importante del XX secolo. Sia perché la Pillola ha

contribuito al controllo delle nascite e alla drastica riduzione del numero di figli per donna prima nei paesi occidentali e poi in molti paesi in via di sviluppo; sia perché ha consentito la separazione tra sesso e riproduzione, fornendo un contributo decisivo a quella che è stata definita la «rivoluzione sessuale»; sia perché ha contribuito a modifi-

care il ruolo che ha la donna nella società e, quindi, ad accelerare quella che molti considerano la più grande rivoluzione sociale del XX secolo: la rivoluzione femminile.

GLI «AVVERSARI»

Un elemento, in particolare, va tenuto in considerazione. La Pillola ha contribuito - direttamente e come metafora - a restituire alle donne la gestione del proprio corpo, compreso il sistema riproduttivo. E, dunque, ha contribuito all'affermazione di nuovi diritti per tutti, fondati sulla libertà e la responsabilità individuale. «Il corpo è mio e lo gestisco io» è diventata l'idea su cui sono stati ricostruiti i rapporti tra medicina e società e, forse, su diritto e società. Una simile carica dirompente non poteva non suscitare reazioni. Se per alcuni la Pillola è diventata il simbolo di libertà e responsabilità individuale, per altri è diventata il simbolo stesso del male e di quel suo succedaneo che è la società multietica. In breve, è stata avversata da più parti. In primo luogo dai vertici della Chiesa cattolica. La Pillola, si diceva, porterà alla dissoluzione della famiglia e dunque della società. Non è avvenuto. Si è anche cercato di dimostrare che la Pillola ha pesanti effetti collaterali sulla salute delle donne. Proprio quest'anno uno studio condotto per quattro decenni su 46.000 donne ha dimostrato non solo che la Pillola non fa male, ma che le donne che l'assumono vivono in media di più, per loro si riducono i rischi di morire prematuramente per tutte le cause di morte, incluso cancro e malattie cardiovascolari.

Se i cinquant'anni della Pillola sono una plastica dimostrazione degli effetti profondi tra scienza, innovazione tecnologica e società nell'era della conoscenza, non devono indurre ad alcun trionfalismo. La rivoluzione femminile, che ha subito

un'accelerazione anche grazie alla Pillola, è ancora largamente incompiuta. ♦



Rassegna del 31/05/2010

MATTINO - Lettera - Pillola, 50 anni in Campania - Bovicelli Alessandro

1

Pillola, 50 anni in Campania

Alessandro Bovicelli
NAPOLI

La pillola contraccettiva compie 50 anni. Era maggio del 1960 quando in America veniva approvato l'Enovid, primo rimedio farmacologico contro le gravidanze, creato da tre ricercatori statunitensi. Questo avvenne dopo migliaia di anni in cui si erano utilizzati i rimedi più improbabili, dai conti basati sulle fasi della luna, alle lavande al coitus interruptus. Tuttavia l'Italia ha dovuto aspettare un po' di più. La pillola infatti arriva nelle nostre farmacie all'inizio degli anni Settanta in piena rivoluzione sessuale quando si avvertono i prodromi delle controversie sulle libertà individuali. Nel 1975 poi aprono i consultori che dispensano gratuitamente informazioni e prescrizioni. Tuttavia i dati attuali della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia riportano che le donne italiane non sono fedeli ai metodi contraccettivi ormonali e passano spesso dalla pillola al profilattico al coito interrotto. Il 37% delle ragazze fa sesso la prima volta a 16 anni senza alcuna precauzione. Il 63% delle giovani considera la pillola dannosa alla salute. In Italia solo il 16,2% delle donne in media fa uso della pillola. In Campania la percentuale di donne che fanno uso della pillola tradizionale è molto basso e si attesta sul 7%. È, invece, in forte aumento l'uso della pillola del giorno dopo, contraccettivo d'emergenza, meno affidabile e più nociva.



Ssn. Annullato l'aumento contrattuale da 1,7 miliardi

I medici perdono fino a 5mila €

Paolo Del Bufalo

Una perdita secca - e irreversibile - tra 3mila e oltre 5mila euro procapite lordi l'anno a seconda dell'anzianità e della qualifica per medici e dirigenti non medici e di oltre mille euro in media per il personale non dirigente del servizio sanitario nazionale. In tutto, 1,7 miliardi in meno: gli aumenti destinati al contratto 2010-2012 - il primo triennale dell'era della riforma Brunetta - ora annullato con le previsioni della manovra economica appena varata dal consiglio dei ministri.

A rimetterci oltre 3mila euro a testa non saranno solo i medici dipendenti, ma anche quelli convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di

libera scelta e specialisti delle Asl) perché anche le loro convenzioni seguiranno la sorte del contratto che non c'è più. In busta paga per i prossimi tre anni ci sarà solo l'indennità di vacanza contrattuale: circa 10-20 euro al mese lordi. Un solo precedente, da che esiste il Ssn: il contratto del 1991-1993 che fu annullato, sempre per decreto legge, per far fronte alla crisi economica che seguì tangentopoli.

I sindacati medici già alzano le barricate: in sostanza nel triennio gli aumenti mancati - spiegati in dettaglio sul Sole-24 Ore Sanità disponibile da domani - sono di circa 680 milioni per la dirigenza del Ssn, 1,05 miliardi per il personale e circa 420 milioni per i medici



COSÌ LA RIDUZIONE PER I CAMICI BIANCHI

Gli effetti della manovra sulle buste paga della sanità con il blocco del contratto 2010-2013 e il taglio delle retribuzioni più elevate

convenzionati. In tutto 2,15 miliardi, che con l'indennità di vacanza contrattuale scendono a 1,7 miliardi.

I tagli però non finiscono qui. C'è infatti anche quello del 5% per l'eccedenza dei redditi sopra i 90mila euro e fino a 150mila e quello del 10% per le eccedenze oltre questa somma, sempre previsti nella manovra. Gli stipendi di medici e manager del Ssn sono tra quelli a rischio: i primi guadagnano tra 80mila e 113mila euro l'anno, senza contare la libera professione; i secondi tra i 130mila euro medi dei direttori sanitari e amministrativi e gli oltre 160mila dei direttori generali. Un'altra "sforbiciata" che supera i 1.000 euro per i primari e raggiunge 2mila euro per i direttori sanitari e amministrativi e 3mila per i direttori generali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



» **Nuova teoria** Riduzione del rischio

Uv e melanoma: effetto «vaccino»

C'è chi la considera una teoria quasi eretica, ma sta trovando sempre più credito fra gli scienziati. Secondo i dati più recenti, infatti, perfino il temutissimo melanoma si potrebbe prevenire esponendoci (con giudizio) al sole: gli ultimi a ribadirlo sono stati nei giorni scorsi gli esperti della Società italiana di dermatologia (SIDE-MaST), durante il congresso nazionale a Rimini. Di nuovo, è tutta questione di misura: «Il rischio di melanoma aumenta del 70% se ci si espone al sole in maniera occasionale, ad esempio durante vacanze mordi e fuggi in cui si prende il sole a volontà senza precauzioni; il pericolo invece addirittura si riduce del 16% se l'esposizione è prudente e regolare», spiega Torello Lotti, presidente SIDE-MaST.

Poco sole tutti i giorni, in altri termini: pure d'inverno, facendo un po' di attività all'aria aperta, ma soprattutto durante la bella stagione, quando si può fare il pieno di vitamina D anche per i mesi a venire. A un adulto bastano infatti venti minuti di sole al giorno in primavera e in estate per guadagnare 40 microgrammi di vitamina D, una quantità che è 4 volte quella raccomandata ma che non fa male, anzi: è quanto serve a ridurre non solo l'incidenza del melanoma, come si diceva prima, ma anche, del 19%, la mortalità per questo tumore (il sole preso con prudenza lo rende meno invasivo e aggressivo). La vitamina infatti sembra ridurre la proliferazione e promuovere l'eliminazione delle cellule tumorali, in più controllerebbe i geni che "impazziscono" in caso di cancro. Ecco spiegato come sia stato possibile creare una "mappa geografica del rischio" per 16 tipi di cancro, melanoma incluso: in alcune aree del mondo la frequenza dei tumori è superiore alla norma, e guarda caso queste zone coincidono con i Paesi meno soleggiati (come quelli del Nord Europa), dove i livelli di vitamina D della popolazione sono mediamente bassi. In Italia saremmo al sicuro, se solo ricominciassimo a vivere un po' di più all'aria aperta.

Anche se non è solo merito della vitamina D: «La pelle di chi si espone al sole con regolarità e misura va incontro al fenomeno dell'"hardening", ovvero dell'indurimento — aggiunge Lotti —. In pratica, il sistema immunitario e quello di riparazione del DNA restano sempre in allerta e se una cellula muta in senso tumorale è più probabile che venga riparata o eliminata senza far danni». Resta il pericolo di bruciarsi, quindi sì alla fotoprotezione quando serve. Ma, di nuovo, con buonsenso: «Se ci si spalma di creme super-protettive o si seguono diete a scarso contenuto di colesterolo, il precursore della vitamina D, si potrebbe addirittura rischiare di non riuscire

Attualità

Il sole è tornato a essere un amico

Abbronzarsi, senza smperare, fa bene alla salute. E non soltanto a quella del corpo

La vitamina D, che si produce in natura nel corpo umano, è un nutriente essenziale per la salute. È presente in alcuni alimenti, ma la maggior parte della vitamina D che il corpo ha bisogno proviene dal sole. Esporsi al sole per 15-20 minuti al giorno può aiutare a mantenere i livelli di vitamina D nel sangue. La vitamina D è importante per la salute delle ossa, il sistema immunitario e la funzione del cuore.

Le nuove creme difendono anche il Dna, ma quello che serve di più è il buon senso

Le nuove creme difendono anche il Dna, ma quello che serve di più è il buon senso. È importante usare la protezione solare in modo corretto, applicandola abbondantemente e ricambiandola spesso. Inoltre, è meglio evitare le ore di massima esposizione al sole, tra le 10 e le 16.



a sintetizzare abbastanza vitamina nonostante l'esposizione al sole», osserva Maurizio Cutolo —.

E lo stesso si può ipotizzare che accada se ci si abbuffa di cibi fotoprotettivi che contengono antiossidanti, come cioccolato, vino rosso, tè verde e nero, pomodori, kiwi o spinaci: utilissimi per evitare le scottature, vanno consumati senza esagerare.

E.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Benessere Una serie di studi dimostra che i raggi prevengono molte malattie e in alcuni casi possono perfino aiutare a curarle

Il sole è tornato a essere un amico

Abbronzarsi, senza strafare, fa bene alla salute. E non soltanto a quella delle ossa

Il sole fa bene. O comunque meno male di quanto credevamo: da qualche tempo si accumulano studi che dimostrano i benefici di una corretta esposizione agli ultravioletti. Tanto che nei giorni scorsi Oliver Gillie, dell'Health Research Forum di Londra, ha parlato di "furto del sole" riferendosi alla demonizzazione della tintarella in atto da anni nel Regno Unito e non soltanto: il risultato, stando alle analisi di Gillie, pubblicate su *Molecular Nutrition and Food Research*, sarebbe addirittura un aumento della frequenza di malattie come diabete, tumori, cardiopatie, sclerosi multipla.

Il sole, infatti, sembra contribuire a prevenirle (in qualche caso, si ipotizza, perfino di aiutare a curarle) perché uno dei suoi effetti principali è lo stimolo della sintesi di vitamina

D nella pelle. E la vitamina D, che per il 90% produciamo grazie al sole e solo per il 10% introduciamo coi cibi, è un vero toccasana. Maurizio Cutolo, direttore della Clinica reumatologica del Dipartimento di medicina interna dell'Università di Genova, spiega: «La vitamina D stimola la produzione di sostanze antibatteriche: non a caso prima dell'arrivo degli antibiotici a chi aveva infezioni croniche come la tubercolosi si prescrivevano "bagni di sole". Inoltre, è antitumorale: inibisce, ad esempio, un enzima, l'aromatasi, che è anche il bersaglio di farmaci anticancro. Infine ha un'azione immunosoppressiva che può rivelarsi utile quando il sistema immunitario è iperattivo, come in caso di malattie autoimmuni o patologie con una grossa componente immu-

nitaria e infiammatoria, tipo la psoriasi». C'è ben altro, insomma, dell'arcinoto effetto positivo della vitamina D sulla salute delle ossa. Anche perché esporsi al sole non significa solo produrre questa preziosa vitamina: i raggi ultravioletti regolarizzano il ricambio cellulare nella pelle (una benedizione per chi ha la psoriasi o una dermatite) e hanno un'azione disinfettante superficiale che riduce il rischio di infezioni cutanee.

Nessuno sdoganamento, però, della tintarella selvaggia, perché «il sole è come un buon champagne: stimola, rinvigorisce, ma se si esagera intossica e avvelena» scriveva negli anni '20 Sir Henry Gauvain, un medico inglese fautore dell'elioterapia. Tutta questione di misura, quindi: il veto alla rosolatura in spiaggia all'ora di pranzo resta, così come il consiglio di proteggersi con creme solari adatte al proprio tipo di pelle. Del resto, per garantirsi alcuni dei vantaggi del sole, non servirebbe neppure abbronzarsi: basterebbe passare più di tempo all'aria aperta per innescare, per esempio, la produzione di sostanze che migliorano il nostro benessere. «Sarebbero sufficienti un'ora o due all'esterno ogni giorno, magari in movimento — interviene Roberto Manfredini, cronobiologo e docente di medicina interna all'Università di Ferrara —. La luce regola il tono dell'umore modu-

lando la sintesi di serotonina: c'è un abisso fra il tasso di depressione e di suicidi nel Nord Europa rispetto a quello della California. Inoltre, l'esposizione a un'intensa luce diurna deprime la sintesi della melatonina,

stimolata poi dal buio: il risultato è un buon ciclo sonno-veglia, con numerosi effetti positivi sulla salute». Il metabolismo funziona meglio, il rischio di malattie si riduce: una corretta produzione di melatonina, ad esempio, sembra correlata a minor probabilità di tumori al seno e all'intestino. Per di più, il sole in giusta dose ci evita la "sindrome da malilluminazione" che colpisce chi passa la maggior parte

del tempo al chiuso. I sintomi? Stanchezza, sonnolenza, tendenza all'isolamento e alla sedentarietà, aumento di peso. Chi non sta abbastanza all'aperto ha anche un maggior rischio di miopia elevata perché la retina non è ben stimolata a produrre dopamina, trasmettitore che impedisce l'eccessivo allungamento del bulbo oculare, alla base del difetto. E visto



che uno studio ha stabilito che i benefici socioeconomici dell'esposizione al sole sono di gran lunga superiori ai rischi (negli Stati Uniti si potrebbero evitare ogni anno 50mila morti per tumore, se tutti avessero abbastanza vitamina D; i decessi per tumori cutanei imputabili al sole sono invece non più di 10mila), pare giunta l'ora di rivalutare i bagni di sole.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prudenza

«Il sole è come un buon champagne: stimola, rinvigorisce, ma se si esagera intossica»

Gli effetti benefici di una corretta esposizione al sole

Utile in caso di

TUMORI

(es. Melanoma, tumore al seno, al colon-retto, alla prostata) Promuove la sintesi di vitamina D, aiutando a prevenire i tumori e riducendone l'aggressività

MALATTIE INFETTIVE

Grazie alla vitamina D, stimola la produzione di molecole antibatteriche da parte dell'organismo

INFIAMMAZIONE

(es. artrite, asma) Tramite la vitamina D ha un effetto antinfiammatorio e di modulazione del sistema immunitario

MALATTIE AUTOIMMUNI

(es sclerosi multipla, diabete di tipo uno) Tramite la vitamina D, riducendo l'attivazione del sistema immunitario, può diminuire i sintomi

MALATTIE DERMATOLOGICHE

(es. psoriasi, dermatiti) I raggi UV regolarizzano il ricambio cellulare, "disinfettano" la pelle riducendone l'infiammazione, "rallentano" la risposta immunitaria

DEPRESSIONE, STRESS

La luce solare sincronizza l'orologio biologico, migliorando l'umore

DIABETE

I raggi solari stimolano la produzione di insulina

Può prevenire

MALATTIE OSSEE

Grazie all'assorbimento del calcio e alla vitamina D, il sole riduce il rischio di osteoporosi e rachitismo

CARDIOPATIE

Deficit di vitamina D sono associati a un maggior rischio di disfunzioni ventricolari, di scompenso, di ictus e coronaropatie

MIOPIA

L'esposizione regolare alla luce riduce il rischio di miopia e promuove la salute della retina

SOVRAPPESO E OBESITÀ

La luce controlla la produzione di leptina, l'ormone della sazietà che riduce l'appetito

DISTURBI DELL'UMORE

Grazie alla sintesi di melatonina e serotonina si riduce il rischio di affaticamento e di cali dell'umore



Foto: Corbis - IRWIN A.

Protezione Le caratteristiche dei tanti prodotti in commercio e la realtà (scientifica) dei loro effetti

Le nuove creme difendono anche il Dna, ma quello che serve di più è il buon senso

In questi ultimi anni abbiamo assistito a un proliferare di prodotti solari, con i più vari gradi protezione, ma tutte questo assortimento di creme è necessario? «I filtri solari vanno utilizzati solo quando si crea uno squilibrio tra le capacità fotoprotettive della cute, capacità che tutti possediamo, e la situazione ambientale — chiarisce Giuseppe Monfrecola, ordinario di dermatologia all'Università Federico II di Napoli, nonché coordinatore del gruppo di studio di fotodermatologia della Società italiana di dermatologia —. Quanto al fattore protettivo, va graduato in

funzione del tipo di pelle e delle condizioni ambientali».

Ma è indispensabile usare i fattori protettivi alti o molto alti che adesso vanno per la maggiore? «Il fattore di protezione alto permette soprattutto di stare più a lungo al sole senza che la cute si arrossi, ma basterebbe starci meno, cosa fattibilissima, a meno che non si sia obbligati a rimanerci per ragioni di lavoro. E sarebbe più semplice ed economico graduare l'esposizione al sole piuttosto che portarsi in vacanza tanti prodotti con livelli di protezione diversi».

Le creme di nuova genera-

zione hanno però qualcosa in più? «I moderni filtri solari sono in grado di proteggere sia dagli Uv-b che dagli Uv-a: preoccuparsi di ridurre solo l'arrossamento causato dagli Uv-b è occuparsi di un falso problema; tanto è vero che cancerogenesi, invecchiamento della pelle, riduzione delle difese immunitarie si verificano con dosi di ultravioletti sub-eritematogene. E c'è di più, le nuove creme, oltre alle sostanze filtranti, ne contengono altre, soprattutto di origine naturale, come gli isoflavoni, o il resveratrolo presente nel vino rosso e anche enzimi riparatori del Dna. Queste

sostanze, e lo hanno dimostrato con test di laboratorio, possono ridurre o riparare i veri danni causati dal sole e cioè quelli alle membrane cellulari e al Dna».

E i bambini, che sotto l'ombrellone ci stanno poco, meritano protezioni particolari? «La fotoprotezione deve essere costante e attenta, tuttavia se i bambini hanno già 7 o 8 anni e una pelle normopigmentata, bando ad eccessivi timori. Bastano regole di buon senso. Vorrei ricordare uno studio di più di dieci anni fa, ancora fondamentale, ma poco citato. Si tratta di una ricerca retrospettiva in

cui vennero confrontati due gruppi di persone, con o senza melanoma. Nello studio si vide che i soggetti con melanoma nell'infanzia erano stati iperdifesi dagli ultravioletti, mentre i soggetti sani erano stati ragionevolmente esposti agli Uv. Segno che il sole non è nemico dei bambini, che vanno protetti ad oltranza (come d'altronde gli

adulti) solo se hanno una carnagione chiarissima con lentiggini e capelli rossi». E che dire delle creme che "preparano" al sole? «Non esistono prodotti capaci di sollecitare la produzione di melanina, che si attiva, come forma di difesa, solo al bisogno e cioè quando siamo esposti agli Uv. E' probabile che questi prodotti contengano idratanti e autoabbronzante».

Daniela Natali

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dai 7-8 anni

Anche per i bambini bando a eccessivi timori

Melanina

La melanina si attiva col sole non con creme



La ricerca

I pazienti
si svelano
nell'intimo

Che una diagnosi di tumore e la convivenza con terapie che spesso influiscono sull'aspetto fisico, abbia ripercussione negativa sulla vita sessuale, appare scontato. E gli studi fatti soprattutto sulle donne operate di tumore al seno, confermano la perdita di desiderio sessuale, il senso di inadeguatezza del proprio corpo, il disagio. Anche fra gli uomini, non soltanto fra quelli colpiti dal tumore della prostata dove sono i trattamenti stessi a colpire la sessualità, si registra una maggiore frequenza di disfunzioni erettili. Ora una ricerca della Duke university della North Carolina, pubblicata sulla rivista *Psycho-Oncology*, cerca, forse per la prima volta, attraverso la metodologia dei *focus group* di far sì che i malati di tumore «raccontino» la loro vita intima. Le problematiche sessuali emergono con prepotenza via via che si supera la fase più critica in cui si teme per la propria sopravvivenza. Problematiche attribuite dai malati alla stanchezza, alla perdita dei capelli, al malessere legato ai trattamenti. «È una ricerca innovativa che dà voce ai malati — commenta Annalisa Giacalone, psicoterapeuta presso la

divisione di oncologia medica A del centro di riferimento oncologico di Aviano (Pordenone) —. Quanto emerge è un ulteriore incentivo per i medici a "prendersi il tempo" di affrontare questi temi con i pazienti. Anche se è più facile, come si è fatto finora, valorizzare solo gli aspetti clinici, ad esempio curare la secchezza vaginale indotta dalla radioterapia».

F. P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oncologia Le sperimentazioni di una macchina ad alta tecnologia

Cyberknife, la radioterapia che va dritta al bersaglio

In Italia già migliaia di interventi su diversi tumori

L'aveva provata anche Patrick Swayze, il bravo attore (tutti lo ricordiamo in *Ghost* e in *Dirty Dancing-Balli proibiti*) scomparso nell'autunno dello scorso anno, quando non ancora sessantenne, gli venne diagnosticato un cancro al pancreas. Come lui, altre persone con tumori inoperabili affidano oggi il corpo malato ad un fascio di raggi emesso da macchine ad alta tecnologia.

Apparecchiature costosissime (si chiamano *Cyberknife*, *Tomoterapia*, *Trilogy*, *Novalis* e altro ancora) che fanno arrivare radiazioni ionizzanti, capaci di distruggere le cellule tumorali, con una precisione millimetrica e un danno minimo alle aree circostanti sane. Dei 150 apparecchi *Cyberknife* (il costo si aggira sui 5-6 milioni di euro ad esemplare) esistenti nel mondo, quattro sono in strutture italiane. Una di queste, il Centro diagnostico italiano di Milano in collaborazione con l'istituto Carlo Besta e l'ospedale San Carlo Borromeo, dal 2004 ed oggi ha fatto ben 2392 interventi, numero che lo pone al secondo posto in Europa dopo il Centro *Cyberknife* di Monaco in Germania.

Un bell'esercito di pazienti che hanno fatto gratuitamente la cura fino a dicembre perché inseriti in una sperimentazione, da gennaio in poi grazie a un rimborso garantito

dal servizio sanitario regionale sui quali ci informa Giancarlo Beltramo, del Centro milanese: «Nel 60 per cento dei casi si è trattato di persone con tumori al polmone, al fegato, al pancreas e alla prostata, nel 40 per cento di pazienti colpiti da patologie oncologiche a carico del cervello: metastasi cerebrali, glioblastomi, meningiomi, neurinomi. Tra questi anche 150 casi di nevralgia del trigemino. Le indicazioni sono le stesse della radioterapia tradizionale, ma vista l'estrema precisione, il trattamento è più breve».

Non ci sono, per ora, studi di confronto che dimostrino un aumento di sopravvivenza con la radioterapia erogata da queste macchine supertecnologiche rispetto a quelle tradizionali.

Aggiunge Beltramo: «Ma quello che noi constatiamo ogni giorno ne giustifica già l'impiego: il fatto di riuscire, grazie a questa nuova tecnologia, a togliere il dolore ad una persona con un tumore al pancreas, non è già un successo pur con una aspettativa di vita limitata?». «Non credo che abbia senso proporre una tecnologia costosa come il *Cyberknife* a scopo palliativo — afferma, decisa, Patrizia Olmi, responsabile del servizio di radioterapia dell'istituto dei tumori di Milano —. E,

d'altro canto, è pressoché impossibile dimostrare che rispetto alla radioterapia tradizionale si ottenga un vantaggio. Un'apparecchiatura del genere può essere utile negli ospedali che fanno neurochirurgia; è pressoché inutile in quelli che non la fanno, dove verrebbe utilizzata in tumori che possono essere trattati diversamente». Impiego che è stato comunque autorizzato dalla *Food and Drug Administration*, l'ente federale americano, nel 2001.

Come agisce il *Cyberknife*? Costituito da un acceleratore lineare che emette fotoni montato su un braccio robotico mobile, è capace di spostarsi in tutte le direzioni così da garantire molte posizioni differenti di erogazione. «Spostamenti guidati dalle immagini che abbiamo ricavato in precedenza dalla Tac, dalla risonanza magnetica, dalla Pet del paziente — aggiunge Beltramo — ma che vengono aggiornate in continuazione nel corso del trattamento».

È questo il maggior punto di forza: se il paziente si muove, o anche soltanto respira,



la macchina sposta il braccio e punta il raggio di nuovo sul bersaglio correggendo la direzione del fascio di radiazioni. Si evita così di ricorrere a un casco o ad altri sistemi di immobilizzazione del paziente.

Il trattamento radioterapico con il robot viene utilizzato in vari tumori, ma stando a quanto riferito pochi giorni fa a Milano in un incontro sul tema da Iris Gibbs, radioterapista oncologa della Stanford university (dove il Cyberknife fu inventato nel 1987 da John Adler), i risultati sembrano

buoni soprattutto nel tumore della prostata.

Per il cancro del polmone in stadio precoce in quattro centri americani è stato avviato da un anno uno studio, detto *Stars*, che mette a confronto radioterapia *CyberKnife* e chirurgia. Lo scopo è quello di verificare se le due strategie comportano una diversa sopravvivenza. L'appuntamento è fra tre anni: la tecnologia sta cercando di mandare in soffitta il bisturi.

Franca Porciani
fporciani@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Così cura il raggio

A destra vedete come il braccio mobile della nuova macchina per la radioterapia permetta l'orientamento del raggio fino a 1.200 posizioni diverse. Questo consente di centrare il tumore con una grande precisione.

A sinistra l'elenco dei tumori che sono stati trattati fin ora



EMANUELE LAMEDICA

Tumori intracranici

della testa e del collo

della colonna

del polmone

del fegato

del pancreas

della prostata



PROGETTO ITALIANO

Nuove ricerche sperimentali all'Istituto Besta per battere la «Sla»

Luisa Romagnoni

Con il reclutamento dei primi pazienti entro giugno, la Fondazione Irccs Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano avvierà un progetto di ricerca a livello nazionale sulla Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), finanziato interamente con le donazioni ricevute dal 5 per mille. Scopo: capire se l'eritropoietina (o Epo), nei pazienti con Sla (malattia neurodegenerativa gravissima e rara, in Italia riguarda oltre 4mila persone) è in grado di modificare il decorso della malattia e ridurre i deficit funzionali. Più di 25 i centri e gli ospedali, distribuiti sull'intero territorio nazionale (6 nella sola Lombardia), già coinvolti nel progetto. «In questo modo si permetterà ai pazienti in molte regioni italiane, di poter accedere allo studio



NEUROLOGIA

Non esistono cure efficaci per curare o arrestare la Sla, una malattia rara

senza dover fare centinaia di chilometri», afferma Giuseppe Lauria dell'Unità operativa malattie neuromuscolari e neuroimmunologia dell'Istituto Besta e coordinatore del progetto di ricerca. Sono 160 i malati che partecipano allo studio, entro un anno. Fra 18 mesi i risultati.

«Si tratta di una sperimentazione, dunque non cura i pazienti, ma cerca di capire se un farmaco ha efficacia o meno», precisa

Lauria. «Oggi non esistono trattamenti validi in grado di bloccare o addirittura far regredire la malattia, ma solo per rallentarla. L'unico farmaco al quale i pazienti possono far riferimento e che ha dimostrato capacità nel frenarla è il riluzolo, prescrittibile e fornito dall'ospedale». La molecola verrà assunta per un anno e mezzo anche dalle persone che parteciperanno alla ricerca e sarà associata all'epo in un primo gruppo di pazienti, e al placebo in un secondo.

Punto di partenza della sperimentazione del Besta è uno studio pilota, svolto sempre in Istituto, pubblicato la scorsa estate e condotto su un numero ristretto di persone. Ha fornito positive indicazioni sulla tollerabilità e su una possibile efficacia neuroprotettiva dell'eritropoietina, nei pazienti con Sla. «Informazioni preliminari che dovranno però essere verificate dallo studio clinico più ampio che sta per partire», sottolinea Giuseppe Lauria.

Per la Sclerosi laterale amiotrofica oggi numerosi gruppi di ricerca, all'estero e in Italia, sono impegnati con sperimentazioni su vari fronti, clinico e pre-clinico. «Si sta cercando di comprendere quali sono le cause alla base della malattia», prosegue il responsabile del progetto «perché è da queste che si potrà poi partire per riuscire a trovare un trattamento efficace per questa insidiosa patologia neurodegenerativa».



Sanità. In due anni la Guardia di finanza ha esaminato 165 Asl e ospedali in nove regioni

Sui farmaci sprechi da 1,5 miliardi

Costa molto caro il mancato ricorso alla distribuzione diretta

CONTENIMENTO DEI COSTI

L'erogazione dei preparati ai malati cronici è stata controllata nel periodo che va dal 2004 al 2008

SITUAZIONI ETEROGENEE

I maggiori picchi di mancati risparmi in Lombardia, Lazio e Sicilia. All'Umbria la palma della virtù

Marco Mobili
Roberto Turno
ROMA

Per quasi due anni hanno letteralmente setacciato 165 asl e ospedali di 9 regioni e poi analizzato tutti i dati raccolti sul campo. E adesso hanno tirato su la rete. Con una pescata clamorosa: il mancato e totale ricorso dal 2004 al 2008 alla distribuzione diretta di farmaci da parte delle strutture sanitarie (asl e ospedali, appunto) è costato allo stato un mancato risparmio, cioè uno spreco, da un minimo di 623 milioni a un massimo di 1,51 miliardi. Quasi il valore della manovra appena varata dal Governo per tentare di ridurre i costi del Ssn. Una dilapidazione di risorse pubbliche che la Guardia di finanza ha ora girato per competenza alla Corte dei conti: sono stati segnalati con l'ipotesi di danno erariale alle casse pubbliche ben 225 amministratori locali. E adesso le Procure della magistratura contabile sono all'opera.

Nome in codice: operazione «Apotheke». Con questo articolato progetto che ha potuto contare sui dati del ministero della Salute e dell'Aifa (Agenzia del farmaco), il «Nucleo speciale spesa pubblica e repressione frodi» delle Fiamme gialle ha messo a nudo una nuova voragine di sprechi nei conti pubblici. Tanto più importante l'esito dell'indagine, perché va a toccare uno dei comparti più a rischio della spesa pubblica, la sanità. Spiega il comandante

del Nucleo, il colonnello Alfredo Sanfelice: «Il progetto Apotheke ha soprattutto il merito di indicare una strada praticabile per una corretta amministrazione delle risorse pubbliche e, in particolare, di prevenire o quanto meno di ridurre la maturazione di ulteriori sprechi nella spesa farmaceutica».

Nel mirino della Guardia di finanza è finita la distribuzione dei farmaci del «Prontuario ospedaliero» destinati a garantire la continuità terapeutica a pazienti cronici e/o sottoposti a costante monitoraggio da parte delle strutture pubbliche tra il 2004 e il 2008. La distribuzione diretta può avvenire in due modi: o direttamente da parte della struttura pubblica, oppure secondo la modalità cosiddetta "per conto" (della struttura pubblica) attraverso le farmacie che per questo percepiscono un aggio concordato con le regioni.

La distribuzione diretta in entrambi i casi è meno costosa, e dunque più vantaggiosa, per il Ssn rispetto a quella normale in convenzione che avviene solo attraverso le farmacie (come per la classe «A»): per gli acquisti relativi al «Prontuario ospedaliero» infatti il Ssn ha per legge uno sconto minimo non inferiore al 50 per cento. Sconto che vale solo per le strutture pubbliche e al quale non si sommano i costi della distribuzione normale convenzionata.

Da qui è partita l'indagine capillare svolta dal Nucleo speciale della Guardia di finanza. Scoprendo che la meno costosa distribuzione diretta dal 2004 al 2008 è stata praticamente una scatola vuota in moltissime regioni, dove più dove meno. E ora le Fiamme gialle hanno tirato le somme finali dell'operazione.

Se dappertutto fosse stata praticata la distribuzione "diretta" solo da parte degli ospedali - sono così le conclusioni dell'indagine della GdF - sarebbe stato realizzato un risparmio totale di 1,51 miliardi. Somma che scenderebbe a 623 mi-

Progetto «Apotheke»

I risultati

Regioni	Maggiore spesa	
	Valore massimo	Valore minimo
Piemonte	140.942.450,80	2.141.533,19
Valle d'Aosta	0,00	0,00
Friuli Venezia Giulia	25.673.043,41	12.615.325,29
Lombardia	376.065.871,86	179.582.283,25
Trentino Alto Adige	18.864.705,08	6.077.996,34
Veneto	76.245.789,45	36.545.603,32
Emilia Romagna	17.798.288,90	8.291.058,26
Toscana	42.318.080,67	27.631.601,76
Umbria	3.388.894,94	0,00
Lazio	308.345.254,33	61.745.928,51
Molise	6.047.949,99	0,00
Puglia	101.129.788,48	82.333.040,87
Basilicata	4.994.294,59	3.548.192,71
Campania	92.018.379,41	46.764.309,57
Sicilia	208.366.932,97	103.507.180,75
Sardegna	40.327.088,14	0,00
Liguria	30.163.985,20	30.163.985,20
Marche	22.964.554,69	22.964.554,69
ITALIA	1.515.655.352,91	623.912.593,71

lioni se la distribuzione fosse avvenuta in quei cinque anni attraverso le farmacie pagate per questo con un aggio in più.

E invece tutto ciò non è accaduto. E il potenziale risparmio è sfumato. Mancato risparmio, uguale spreco. Con situazioni diverse da una regione all'altra. Il mancato risparmio più elevato è stato raggiunto dalla Lombardia con 376 milioni (che scendono a 179,5 in casi di vendita "per conto" col canale delle farmacie), poi ci sono il Lazio (rispettivamente con 308 e 62 milioni), la Sicilia (208 e 103 milioni) e il Piemonte (141 e 2,1 milioni). Il numero maggiore di persone segnalate per danno erariale alla Corte dei conti riguarda il Lazio (37 amministratori), il Friuli (34), la Puglia (22) e la Campania (19). All'Umbria va la palma d'oro della virtù anti-spreco: al massimo 3 milioni di sprechi e nessun amministratore segnalato su 5 asl controllate. E ora tocca

alla Corte dei conti. Anche se intanto le regioni sono corse ai ripari e hanno dato più spazio alla distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario ospedaliero: la Lombardia, ad esempio, ha stretto accordi con le farmacie prevedendo risparmi per 40 milioni nel 2010-2011.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN GAZZETTA

Monitoraggio regionale sulle cartelle

ROMA

■ Cartelle cliniche sotto controllo: le Regioni dovranno passarne al setaccio almeno 300mila (il 2,5% di tutti i ricoveri) per verificarne qualità e appropriatezza. Lo prevede il decreto 10 dicembre 2009 del ministero del Lavoro pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 27 maggio. Sono indicati 4 parametri per identificare le prestazioni ad alto rischio: l'eccessiva differenza di ricoveri analoghi in zone diverse della stessa regione, tariffe troppo elevate

per singoli ricoveri, differenze elevate per patologie specifiche, in particolare per le 43 prestazioni indicate a rischio di inappropriatezza dal decreto sui livelli essenziali di assistenza del 2001. Ad esempio i parti cesarei non dovranno superare il 40% di tutti i parti. Sui parti cesarei il decreto indica la necessità, anche grazie al monitoraggio, di definire programmi di intervento. Ogni anno le Regioni dovranno inviare un report al ministero della Salute in cui siano indicate le prestazioni al "alto rischio", le metodologie applicate per la rilevazione e le scelte fatte. Chi non farà la comunicazione non incasserà gli aumenti annuali previsti per il fondo sanitario.

P.D.Bu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

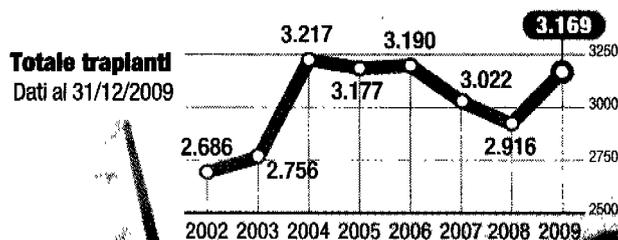


Sanità Polemica sui pazienti con QI inferiore a 70

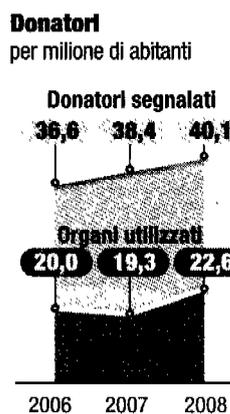
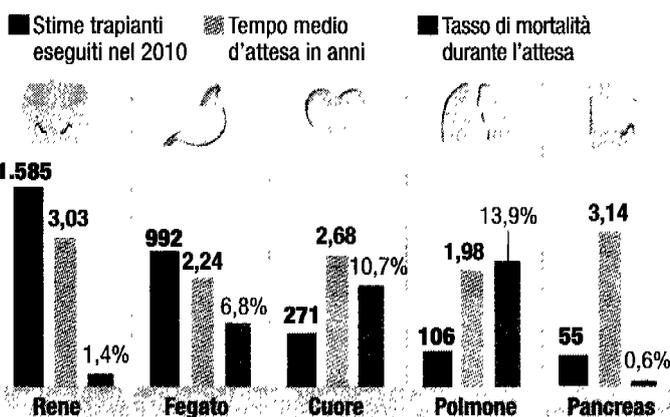
«Niente trapianti ai disabili mentali»

Accuse al Veneto

La Regione: nessuna discriminazione



L'attesa in Italia



L'articolo

«Si escludono i ritardati mentali sostenendo che non si può migliorare la qualità della loro vita»

ROMA — È uno dei problemi cruciali della donazione d'organo: la priorità con cui «assegnarli». I malati in lista di attesa sono tre volte più numerosi e rispetto alla disponibilità di reni, fegato e cuori. E allora bisogna scegliere, con il rischio di discriminare.

L'accusa di ingiustizia e discriminazione viene mossa da tre docenti universitari alla delibera con cui la Regione Veneto avrebbe previsto l'esclusione delle persone con ritardo mentale dalle liste dei trapianti. In un articolo pubblicato su *American Journal of Transplantation*, Nicola Panocchia e Maurizio Bossola, del servizio di emodialisi del Policlinico Gemelli, e Giacomo

Vivanti, psicologo californiano, passano in rassegna la letteratura giuridica e costituzionale. Concludono che non esiste un motivo razionale per negare un organo a pazienti non in grado di intendere e volere.

«L'incapacità di migliorare la qualità di vita e la presunta scarsa aderenza alla terapia sono le giustificazioni» avanzate da chi è favorevole alla selezione, scrivono Bossola e Panocchia. E aggiungono che queste tesi non sono sorrette dai dati scientifici. Intervistato dall'Ansa Bossola insiste: «Tutte le regioni prevedono come unici criteri di esclusione la malattia psichiatrica grave, le psicosi, invece in Veneto c'è una controindicazione

assoluta che riguarda tutte le malattie mentali».

L'assessore alla Sanità Luca Coletto respinge le critiche: «Le nostre linee guida non indicano priorità ma raccomandano anzi la valutazione caso per caso. Questi pazienti sono semplicemente definiti come persone cui porre speciale attenzione. Il nostro è un sistema d'avanguardia. È bene riflettere su questi interrogativi per non utilizzare in modo improprio le risorse».

Ma cosa c'è scritto nella delibera in questione (è la 851 del 31 marzo 2009)? Si parla di «controindicazioni assolute al trapianto d'organo» in caso di, tra l'altro, «danni cerebrali irreversibili» e «ritardo

mentale con quoziente intellettivo inferiore a 50». Tra le «controindicazioni relative» figura invece il «ritardo mentale con quoziente intellettivo inferiore a 70».

La convinzione del direttore del Centro Nazionale Trapianti Alessandro Nanni Costa è che «nessuno in Italia sia mai stato penalizzato a priori». In ogni caso, la pole-



mica mette in risalto uno dei maggiori scogli della bioetica dei trapianti e della medicina in generale. Se è innegabile la limitatezza di organi disponibili, i cittadini sono tutti uguali? Oppure devono prevalere altri principi, ad esempio il rispetto di chi ha donato e dunque la necessità di dare il suo rene o il suo fegato ad una persona che potrà averne il massimo giovamento sul piano della qualità della vita? E ancora. Non potrebbe configurarsi come accanimento terapeutico il fatto di imporre un trapianto, e le pesanti conseguenze dei farmaci antirigetto, a un malato che non è capace di comprendere la cura?

Anni fa fece scalpore l'avvio di un programma di trapianti su pazienti sieropositivi. Non erano ancora arrivate le terapie che oggi consentono di sopravvivere all'Aids molto a lungo, quasi fosse una malattia cronica. E ci si chiese se rispondesse a criteri di giustizia sprecare organi e tanto denaro pubblico per chi non avrebbe potuto godere pienamente di quella nuova possibilità di vita. Adriano Pessina, direttore del centro di bioetica della Cattolica, sostiene il principio dell'universalità dei trattamenti: «Non devono essere ignorati i diritti dei disabili».

Margherita De Bac

«Trasparenza sui farmaci»

ROMA. Via il segreto sulle procedure di autorizzazione dei farmaci. È quanto chiede il Comitato nazionale di Bioetica, che durante la seduta plenaria di ieri ha approvato all'unanimità il parere «Il segreto nelle procedure riguardanti il sistema regolatorio dei farmaci». Il documento - elaborato nel gruppo di lavoro coordinato da Silvio Garattini - discute gli aspetti etici sollevati dalla secretazione dei dati sia nella procedura relativa all'autorizzazione dei nuovi farmaci sia nelle informazioni concernenti l'evoluzione del farmaco dopo l'immissione sul mercato». «Le autorità regolatorie - si legge - sono obbligate al segreto in base a disposizioni legislative europee e si limitano perciò a rendere pubblici solo documenti riassuntivi riguardanti la documentazione e le

Il Comitato Nazionale di Bioetica chiede di abolire il segreto sugli iter di autorizzazione

procedure in base alle quali viene autorizzato un nuovo farmaco all'immissione in commercio». Le industrie **farmaceutiche** ritengono che sia un loro diritto mantenere il segreto per evitare la diffusione di informazioni che potrebbero essere utili alla competizione dato l'importante investimento che devono sostenere per lo sviluppo di un nuovo farmaco. Mentre il CNB ritiene che «l'etica richieda la piena disponibilità dei dati - con regole ben definite - a società scientifiche o associazioni di pazienti e consumatori, limitatamente ai dati farmaco-tossicologici ed agli studi clinici, visto che i pazienti partecipano gratuitamente e con rischio (seppur limitato) alla sperimentazione. La disponibilità di tali dati deve essere possibile solo dopo che siano terminate le procedure autorizzative o di diniego».

