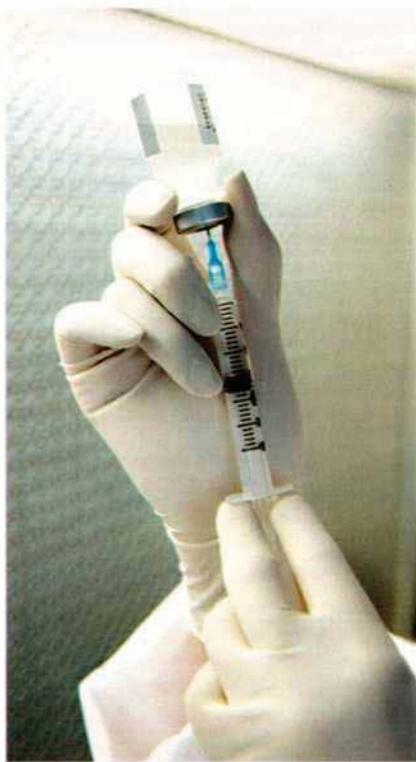


**Scienze** LOTTA ALLE INFEZIONI

# Chi ha paura dei VACCINI

**Morbillo, rosolia, meningite, varicella, tetano: sempre più genitori non vaccinano i figli. Anche quando è obbligatorio. Ecco perché è una decisione pericolosa**

DI ANTONINO MICHIEZI



**P**rovate a cercare la parola vaccinazioni su Facebook. Apparirà una sfilza di gruppi e pagine che vi si oppongono strenuamente: il 98,5 per cento delle 40 mila pagine dedicate ai vaccini sul social network più diffuso ha un atteggiamento negativo. Non va molto meglio su YouTube, dove spara contro i vaccini il 90 per cento dei 10 mila video a essi dedicati. La percezione negativa è meno marcata su altri siti, ma una cosa è certa: Internet è lo specchio di un mondo e di un'Italia dove c'è un'ampia fascia di persone a cui i vaccini non piacciono.

Difficile quantificarla. Secondo gli ultimi numeri dell'Istituto superiore di sanità, il 3-4 per cento dei bambini non viene sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie (quelle contro difterite, tetano, poliomielite ed epatite virale B). Ma la proporzione aumenta nel caso di quelle raccomandate: il 10 per cento dei genitori non vaccina il proprio figlio contro morbillo, parotite e rosolia, il 45 salta la vaccinazione contro lo

pneumococco, il 65 quella contro il meningococco C, l'83 quella contro la varicella. In molti casi è la mancanza di informazione o l'assenza di un'offerta vaccinale attiva sul territorio ad allontanare i genitori. Ma spesso le cause vanno ricercate altrove.

«I vaccini sono vittime del loro successo», commenta Stefania Salmaso, direttrice del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto: «Perché quando cala la diffusione di una malattia si abbassa anche la percezione dei pericoli che essa comporta e assume maggiore rilievo il timore dei rischi». Ed è così la sfiducia e la pau- ▶

**ESISTE UN PIANO NAZIONALE CONTRO VIRUS E BATTERI. MA LE REGIONI VANNO OGNUNA PER LA SUA STRADA**

**Scienze**

ra si insinuano, facendo crescere l'incertezza e la difficoltà a quantificare i rischi e i benefici di una pratica che ha contribuito a debellare o ridurre l'impatto di un buon numero di malattie infettive gravi, e in alcuni casi letali: l'eradicazione del vaiolo, l'eliminazione della poliomielite, la riduzione della diffusione di tutte le patologie prevenibili con la vaccinazione. Numeri inoppugnabili. Ma non per tutti. Dario Miedico, epidemiologo e membro del comitato scientifico del Comilva, un network di associazioni locali che perseguono la libertà di scelta in materia di vaccinazioni, è per esempio convinto che i vaccini abbiano «inciso ma non sono all'origine» di questi risultati. E insiste, invece, sui rischi.

I vaccini come tutti i medicinali non ne sono esenti. Tutto sta nel valutare se i mali da cui proteggono sono sufficientemente gravi e in numero abbastanza ampio da giustificare i pericoli che si corrono. Che, intanto, sono molto rari. Per l'Italia, una delle regioni con i dati più aggiornati e dettagliati sull'argomento è il Veneto, che da un paio d'anni ha sospeso l'obbligo per tutte le vaccinazioni. Nella regione, nel 2009, sono stati registrati 24 eventi gravi per cui è stata confermata una relazione di causa-effetto con le vaccinazioni su un totale di più di 2 milioni di dosi somministrate. Significa un

## GLI EFFETTI COLLATERALI SONO RARI E PER LO PIU' NON GRAVI. MENTRE I PATOGENI DANNO MALATTIE SERIE. E COMUNQUE LASCIANO STRASCICHI

caso ogni 77 mila vaccinazioni eseguite. Stringendo il campo alle vaccinazioni dell'infanzia, si è trattato nella maggior parte dei casi di convulsioni con o senza febbre, carenza di piastrine, shock anafilattico, vasculite cutanea. In due di questi casi la malattia ha lasciato strascichi.

A fronte di questi rischi, sottolineano i sanitari, i vaccini hanno consentito di risparmiare centinaia di migliaia di infezioni, un elevato numero di complicanze e una buona quantità di morti. Messi quindi sul piatto della bilancia i rischi e i benefici, il rapporto sembra chiaro. E a conferma viene anche la conclusione definitiva del lungo dibattito sulla presunta correlazione tra il vaccino contro morbillo/rosolia/parotite e l'autismo. L'ipotesi era



stata lanciata nel 1998 su "The Lancet" da un chirurgo londinese, Andrew Wakefield. Dodici bambini apparentemente sani, dopo la somministrazione del vaccino, presentavano sintomi riconducibili allo spettro del disturbo autistico. Immediata la smentita, tanto che appena un anno dopo il "British Medical Journal" dichiarava l'ipotesi

## I rischi di chi dice no

I vaccini consentono non soltanto di prevenire l'infezione, che non sempre è grave, ma soprattutto di evitare le complicazioni che possono insorgere. Ecco le principali.

**MORBILLO.** Spesso è responsabile anche di serie infezioni a carico dell'apparato respiratorio e in un caso su mille può comportare infiammazioni del sistema nervoso. In rarissimi casi può insorgere una patologia fortemente invalidante e letale (la panencefalite sclerosante subacuta).

**ROSOLIA.** I rischi maggiori si corrono se la si contrae in gravidanza. L'infezione può essere trasmessa frequentemente al nascituro (circa nell'85 per cento dei casi se ci si ammala nelle prime otto settimane) e in questi casi è responsabile

di gravi malformazioni.

**VARICELLA.** Nel 10-20 per cento dei casi il virus si riattiva dando luogo al fuoco di Sant'Antonio. In rari casi possono insorgere disturbi neurologici e in rarissimi casi patologie letali (come la purpura fulminans).

**PAROTITE.** Tra le complicazioni più comuni un'infiammazione dei testicoli, l'orchite, che compare in un terzo delle persone che contraggono l'infezione in età adulta. Raramente può causare encefaliti e può rivelarsi mortale in un caso su 10 mila.

**MENINGITE.** È ciò che si previene con il vaccino contro l'Haemophilus influenzae di tipo b e il Meningococco C (che tuttavia non proteggono contro tutte le possibili cause della malattia). Può

comportare danni neurologici permanenti.

**PERTOSSE.** In un caso su 20 può avere complicanze sul sistema nervoso.

**TETANO.** Senza un tempestivo e opportuno trattamento, uccide in un caso su due.

**POLIOMIELITE.** L'infezione nella grande maggioranza dei casi dà nessuno o pochi sintomi. Ma in una percentuale di casi variabile tra uno e 50 ogni mille causa paralisi dei muscoli e a volte dei centri del respiro.

**EPATITE B.** Il virus nell'1 per cento dei casi può causare epatite fulminante (quasi sempre letale) e nel 5-10 per cento l'infezione diventa cronica provocando negli anni l'insorgenza di cirrosi epatica o di cancro del fegato.



A DESTRA: IL VIRUS DEL MORBILLO ATTACCA LE CELLULE

«demolita» dalle successive ricerche e nel febbraio 2010 "The Lancet", con un gesto forte e raro, ritirava lo studio di Wakefield perché scorretto metodologicamente.

Nonostante ciò, la paura non si è placata e ancora nel gennaio scorso, un sondaggio condotto su 2 mila persone in Usa, rilevava che il 18 per cento del campione era convinto che il vaccino fosse la causa dell'autismo. Negli stessi giorni il "British Medical Journal" bollava definitivamente l'articolo di Wakefield come «fraudolento». Il chirurgo era consapevole che i bambini presentavano il disturbo prima ancora della vaccinazione, quindi non ci sarebbe potuto essere alcun nesso causale. La spiegazione accettata dalla comunità scientifica è quella che espone Emanuele Montomoli, professore associato di Igiene e Medicina Preventiva Università Siena. Si tratterebbe di una banale associazione temporale. «L'autismo», spiega, «ha origine genetica e si genera durante i primi mesi di gestazione per poi palesarsi intorno al diciottesimo mese dalla nasci-

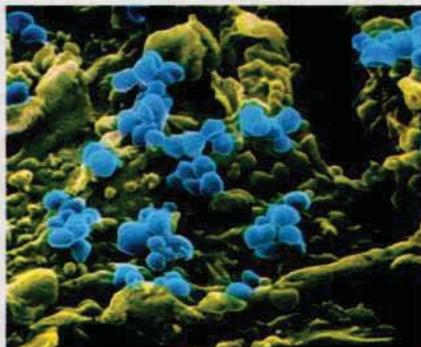
Foto: J. Hamilton - Gettyimages, NIBSC-SPN / Contrasto

## CAOS ALL'ITALIANA

Nell'offerta delle vaccinazioni che devono prevenire le malattie infettive, le regioni italiane adottano le strategie più varie. «Un mosaico», definisce la situazione la bozza di Piano Nazionale Vaccinazioni 2010-2012 in attesa di approvazione da parte delle regioni che siamo in grado di anticipare. Dove si legge: «Le politiche vaccinali sono caratterizzate da forte eterogeneità territoriale, con la stessa vaccinazione offerta gratuitamente a tutti i nuovi nati in alcune regioni e solo ad alcuni soggetti a rischio in altre o, addirittura, con differenze all'interno della stessa regione, per i diversi comportamenti delle singole Aziende Sanitarie Locali». Una situazione che non è priva di conseguenze. Basta guardare i numeri per rendersene conto. Val in Emilia Romagna e scopri che circa nove bambini su dieci vengono vaccinati contro pneumococco e meningococco. Basta saltare il confine e scoprire che in Lombardia le percentuali sono intorno al 25 per cento. Emblematico il caso della Sicilia: la differente strategia vaccinale negli scorsi anni ha fatto sì che l'86,6 per cento dei bambini ottenesse la vaccinazione contro lo pneumococco e soltanto l'8,4 contro il meningococco.

Perché? Se un bambino nasce in una regione come il Veneto, l'Emilia Romagna o la Puglia può avere accesso gratuitamente a vaccini come quelli contro il meningococco, lo pneumococco o la varicella. Vaccinazioni non inserite nei Livelli essenziali di assistenza ma raccomandate dal nuovo Piano. E per giunta - aspetto per nulla secondario - i bambini sono contattati dalla Asl di appartenenza per sottoporsi a queste vaccinazioni.

A fianco delle regioni all inclusive esistono però un'infinità di declinazioni dell'offerta vaccinale. La Calabria e la Sicilia, con l'ultimo Calendario vaccinale, si sono accodate all'elenco di quanti offrono attivamente e gratuitamente il vaccino antipneumococcico e antimeningococcico. Gratuita ma non attiva l'offerta del vaccino contro la varicella. Nel Lazio, invece, l'offerta dei tre vaccini è gratuita ma non attiva. Così come nella Lombardia, dove nelle scorse settimane il Consiglio regionale ha bocciato una mozione che prevedeva l'offerta attiva del vaccino antimeningococcico. Ancora, percorrendo la Penisola, si trova la Sardegna dove il vaccino contro la varicella è offerto in compartecipazione (anche se il nuovo Piano prevede l'offerta gratuita), mentre quello contro lo pneumococco in alcune Aziende sanitarie viene dato gratuitamente e in altre in compartecipazione.



ta. Cioè immediatamente dopo la vaccinazione per il morbillo». Stessa spiegazione per un'altra presunta relazione letale, quella tra vaccino contro la pertosse e la cosiddetta morte in culla: «Si verifica tra il quarto e il quinto mese di vita, quindi è sempre successiva alla vaccinazione che in Italia viene praticamente effettuata da tutti i neonati», prosegue Montomoli.

A scorrere le accuse ai vaccini, la lista è lunga. L'inoculazione contro l'epatite virale B, ad esempio, è stata ritenuta responsabile dell'insorgenza

della sclerosi multipla. E se la quasi totalità degli studi ha smentito questa relazione, non manca qualche ricerca in cui il nesso è confermato. Così è possibile trovare la malattia nell'elenco degli effetti indesiderati di alcuni vaccini. Classificata come evento molto raro e con la precisazione che non è stata confermata una relazione causale. «In ogni caso», precisa Montomoli, «prima dell'introduzione della vaccinazione obbligatoria, migliaia di persone morivano ogni anno per le conseguenze dell'epatite B». Al vaccino ▶

anti-epatite B si rimprovera anche di non proteggere per un periodo sufficientemente lungo l'organismo dall'infezione, ma «se si completano le tre dosi previste dalla schedula vaccinale la copertura è superiore ai dieci anni», spiega Montomoli: «Anche se sarebbe opportuno effettuare una dose di richiamo a cadenza decennale».

L'obiezione, per molti versi ragionevole, allora è che ci si debba sottoporre, nel corso della vita, a un numero molto alto di inoculazioni. Tra vaccinazioni obbligatorie e raccomandate sono circa 20 le somministrazioni prima del compimento del secondo anno. Un numero troppo alto, secondo molti, che rischierebbe di sottoporre a stress eccessivo il sistema immunitario.

«È un falso problema», ribatte però l'esperto toscano: «In realtà, il miglioramento della qualità dei prodotti ci ha consentito di ottenere una risposta efficace del sistema immunitario con un numero minore di sostanze attive, i cosiddetti antigeni». In sostanza, il bombardamento a tappeto ha lasciato il posto a pochi cechini.

Da cosa nascono allora i timori? Forse da «una scarsa capacità di comunicazione degli operatori di sanità che non sono stati in grado di spiegare qual è il disegno delle vaccinazioni», spiega Stefania Salmaso. O magari da quel «grande numero di medici che nega i rischi da vaccini o comunque non li comunica ai genitori perché non li conosce o teme che "rivelarli" possa tradursi in un rifiuto della vaccinazione», conclude Miedico. Un atteggiamento da rivedere, soprattutto in vista del superamento dell'obbligo vaccinale di cui si parla da tempo. ■

**LO STUDIO CHE  
COLLEGAVA L'AUTISMO  
AL VACCINO  
TRIVALENTE CONTRO  
ROSOLIA, PAROTTE E  
MORBILLO È STATO  
SMENTITO  
DEFINITIVAMENTE**

**Roma****Tumore all'utero:  
ecco il test fai-da-te**

ROMA — Arriva il kit per il prelievo "fai-da-te" per il controllo del tumore al collo dell'utero. È l'idea che stanno sperimentando ginecologi italiani ed europei per raggiungere l'obiettivo "tumore zero". «Quello dell'utero è un tumore che potenzialmente può scomparire dalla faccia della Terra», ha detto Umberto Veronesi, direttore dell'Istituto europeo di oncologia.



**Polemiche** Ignazio Marino

# Non si specula su Sposini

**PRECISIONE E CHIAREZZA SAREBBERO UTILI OLTRE CHE DOVEROSE NEL MOMENTO IN CUI IL PARLAMENTO VOTA LA LEGGE SUL TESTAMENTO BIOLOGICO. IN QUESTI GIORNI, INVECE, CIRCOLANO LE AFFERMAZIONI PIÙ STRAMPALATE, CHE NULLA HANNO A CHE VEDERE CON LA MEDICINA, SU CIÒ CHE ACCADE CON LA PERDITA DELLA COSCIENZA. E ALLORA PROVIAMO A FARE ORDINE.**

Il coma è un'alterazione dello stato di coscienza, dovuta a un trauma o a una malattia, in cui il cervello non è più in grado di svolgere le funzioni di coordinamento dell'organismo: molto spesso si riesce a recuperare in pieno la salute. C'è poi il coma farmacologico in cui l'alterazione della coscienza è indotta con i farmaci, con lo scopo di permettere un recupero del paziente, per esempio dopo un intervento al cervello: evidentemente, quando si interrompe la somministrazione dei farmaci il paziente si risveglia. Ci sono poi i danni irreversibili al sistema nervoso centrale, in cui il cervello smette di funzionare, eccetto che per al-

cune funzioni come la termoregolazione e l'alternanza del ritmo sonno-veglia: la perdita della coscienza può essere definitiva. Infine, c'è la morte cerebrale in cui, per un trauma o un'improvvisa carenza di ossigeno, il cervello smette di funzionare per sempre: il cuore batte e i polmoni respirano solo grazie a macchinari.

Sono differenze ben note ai sanitari ma lo dovrebbero essere anche a quei parlamentari italiani che, da molti anni, discutono di una legge sul testamento biologico. E non è comprensibile, invece, che vi sia tanto caos. Il caso più eclatante di confusione, non saprei se casuale o voluto, è stato il resoconto del dramma che ha colpito il giornalista Lamberto Sposini, raccontato con dovizia di dettagli clinici molto privati dall'onorevole Melania Rizzoli su un quotidiano nazionale. La parlamentare riferisce il dialogo avuto con il neurochirurgo e gli sms scambiati con la figlia, violando palesemente ogni diritto alla privacy di un malato, per di più in stato di incoscienza e lasciando-

si andare a interpretazioni sulle condizioni di salute, sull'operato dei medici e su quanto siano labili le convinzioni del paziente. Ma questa ricostruzione non risponde ai fatti, e va chiarito. Quando una persona è in pericolo di vita, scatta un protocollo di emergenza e i medici non attendono nemmeno un secondo per mettere in campo tutto ciò che è necessario per tentare di salvare quella vita. Ogni secondo può essere decisivo. Solo quando il paziente è stabilizzato, e nel caso si ipotizzi la perdita definitiva della coscienza, ci si chiede se per caso avesse un testamento biologico. Se invece il paziente è in coma, si attende che riprenda conoscenza perché a quel punto sarà lui stesso a esprimersi. Nel caso di Sposini, in coma indotto con i farmaci, non è dunque logico, né lecito, fare supposizioni sulle sue volontà. Ha riaperto gli occhi, mostra segni di miglioramento. Noi possiamo solo pregare per la sua salute.

Tutto ciò non ha nulla a che vedere con il testamento biologico che dovrebbe servire per dare ad ogni persona la possibilità di lasciare delle indicazioni sulle terapie che intende accettare, o non accettare, nel caso di perdita definitiva delle capacità intellettive. Chi specula sui drammi delle persone per propaganda, non contribuisce al progresso del Paese ma piuttosto a un ulteriore deterioramento della fiducia dei cittadini verso la politica.

FERRUCCIO FAZIO PARLA DI TERZA ETÀ

## “Da costo ad opportunità” La sfida del ministro

**A**ggiungere vita agli anni e non anni alla vita. E' questa l'immagine che vorremmo vedere quando pensiamo alla terza età ed è questo l'obiettivo portato avanti ogni giorno dalla Società Italiana Geriatri Ospedalieri. Abbiamo incontrato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, in occasione del XXVesimo Congresso Nazionale della S.I.G.Os. nella Città del Vaticano.

**Come si fa a trasformare un anziano da costo ad opportunità?**

Innanzitutto è fondamentale che l'anziano venga gestito bene sul territorio per prevenire il formarsi di malattie croniche e facilitare quella che è la prevenzione terziaria, cioè la riabilitazione delle malattie croniche. Tali situazioni vanno, dunque, gestite sul territorio e non in ospedale. L'anziano va preso come una persona e non come un insieme di sintomi. Quindi bisogna curare la persona e non i sintomi, utilizzando il famoso approccio multidimensionale che prevede di seguirlo in continuità assistenziale dal territorio fino all'ospedale, tenendolo qui lo stretto necessario.

**Rispetto ai suoi predecessori, qual è stato il passaggio significativo in tema di terza età da quando è lei ministro della Salute?**

A parte una serie di iniziative come il “Codice Argento” per gli anziani fragili all'interno dei Pronto Soccorso e una rete di servizi di collegamento tra ospedali e territorio coordinata da figure professionali specializzate (“angeli custodi o case manager”) nella valutazione delle modalità di intervento più adeguate a rispondere al bisogno di salute di ciascun individuo, il punto fondamentale è la grande spinta alla territorializzazione in generale.

**Ministro, nella pratica cosa vuol dire?**

Vuol dire riduzione degli ospedali generalisti, trasformazione degli ospedali in ospedali super tecnologici, riduzione dei posti letti per mille abitanti e, al tempo stesso, costruzione di strutture alternative dislocate sul territorio.

**C'è ancora voglia da parte dei giovani universitari di specializzarsi in geriatria?**

Se noi facciamo dell'anziano un'opportunità, penso al famoso anti-age, diventa certamente più appetibile occuparsi di una fase della vita che deve essere intesa positivamente.

ROSSELLA GEMMA



**Mauro Bassini**  
IL COMMENTO



## IL CODICE ROSSO DELLA SANTÀ

**SAREBBE TUTTO** più chiaro se il servizio pubblico di guardia medica fosse affidato a una cooperativa di facchini, o a cassintegrati della grande industria. A quel punto, il cittadino che telefona per un problema di salute si sentirebbe rispondere: «Che vuole da me? Mica sono un medico. Semmai vada al pronto soccorso». Il risultato non sarebbe molto diverso da quello attuale, a giudicare dalla valanga di proteste e segnalazioni che arrivano dai nostri lettori. Ma almeno il servizio costerebbe meno. Ci pensi, il ministro **Ferruccio Fazio**, visto che sta mettendo mano a una riforma, che qualcuno definisce epocale, dei servizi sanitari di soccorso immediato. Certo, non tutti i medici di guardia sono impreparati, arroganti, sbrigativi ed evasivi nei confronti dell'utenza, ma la popolarità del servizio non sembra al suo

massimo storico. Fazio parte da una diagnosi impeccabile: i servizi di pronto soccorso sono allo stremo, con code interminabili e attese che arrivano a dieci ore. Occorre alleggerire i carichi, riversando i cosiddetti codici bianchi e verdi (i casi meno gravi) su altri terminali sanitari. Quali, non è ancora chiaro. Non solo la guardia medica, probabilmente. Forse anche altri «servizi di assistenza territoriale», come li definisce il ministero. Medici di famiglia? Ambulatori? O che cosa?

**CHI DECIDE**, e come, che un malato debba essere un codice bianco oppure rosso? In attesa di maggiore precisione, prendiamo atto che nelle intenzioni ministeriali sarà una riforma «a costo zero». Formula che preoccupa non poco medici e operatori: difficile tagliare le code al pronto soccorso senza potenziare altri servizi, spendendo ovviamente quattrini. Comunque, l'intenzione del ministro è nobile, e questo gli va riconosciuto: tagliare le code è sempre un buon obiettivo. Fazio, per ora, ha iniziato dalle code dei cani. Una sua ordinanza ha riammesso la discussa pratica, limitandola ad alcune categorie di cani da caccia. Con una coda imbarazzante: il coro di critiche sollevato dalla sua decisione ha già prodotto una nuova ordinanza che ha corretto quella precedente. Saranno i veterinari a decidere, caso per caso, se tagliare o no. Ora però sarebbe meglio passare al taglio di code più serie.



# ef è famiglia

**Anoressia, bulimia, sovrappeso: il problema è anche educativo**

## Cibo come malattia? Colpa degli «esempi»

*Bimbi obesi: 4 su 10 sulle orme di mamma e papà*

di Paola Molteni

**M**alati di cibo. Lo sono tutti coloro che soffrono di disturbi alimentari e che proprio attraverso il modo disordinato, a volte patologico, di nutrirsi manifestano malesseri più o meno gravi. Il sintomo è un'abitudine "alterata": si mangia in modo irregolare e squilibrato, non si considera il pasto come un momento normale della vita quotidiana. Eppure c'è dell'altro, sotto: anoressia, bulimia e obesità non sono malattie dell'appetito, si tratta invece di malesseri che nascono da disagi psicologici profondi. Che attraverso il rapporto con il cibo - rifiutato come avviene per l'anoressia o al contrario cercato nevroticamente come nella bulimia - esprimono in modi diversi uno stesso bisogno: una disperata fame d'amore. E, spesso, l'imitazione

di un'abitudine già presente in famiglia. Non a caso la frequenza di queste patologie è in continuo aumento, sia nei Paesi occidentali che nel resto del mondo. Da noi non va meglio: secondo l'Istat e l'associazione Aba (Associazione bulimia anoressia) sono quasi tre milioni gli italiani che si trovano a farci i conti. Numeri che potrebbero però lievitare fino alla quota di 5 milioni, perché ancora largamente sottostimati. Oltre il 3% della popolazione presenta problemi legati all'anoressia e bulimia conclamate, più del 10% soffre di obesità e il 35% è sovrappeso. Colpiscono in modo particolare bambini e giovani adulti. Le fasce di età più colpite sia tra i maschi che tra le femmine risultano quelle dei giovanissimi (l'età media nella fascia under 15 è di soli 10 anni, secondo la Società italiana di pediatria) e quella degli over 40, laddove il 20% dei pazienti è una madre. La radice

comune di questa epidemia va rintracciata, certo, nei modelli diffusi da campagne pubblicitarie e marketing: sempre più bambini ed adolescenti infatti sono preoccupati per il loro aspetto fisico, ricercano i loro modelli di riferimento estetico nei personaggi visti in televisione e adottano comportamenti alimentari sbagliati. Ma il nodo vero sembra essere l'assoluta mancanza di educazione alimentare riscontrata nei bambini e documentata da studi (come quello del Polli Cooking Lab, che ha scoperto come oltre la metà dei bimbi delle elementari non sappia che cos'è la dieta mediterranea). Anche su questa mancanza di cultura alimentare si sta concentrando l'attenzione degli studiosi: si calcola che in Italia 1 bambino su 3 ha problemi di peso, e il 35% dei piccoli in sovrappeso ha genitori con lo stesso problema. Un cattivissimo esempio.



## il nutrizionista Giorgio Calabrese

«Il condizionamento socio-culturale è deleterio  
Ai genitori il compito di mettere in guardia i figli»

«I disturbi alimentari sono fenomeni molto complessi. Ecco perché bisogna evitare giudizi affrettati e superficiali sui "perché" insorgono e piuttosto mettersi in ascolto attento del processo che ha portato il soggetto a entrare in conflitto con sé stesso e quindi a esprimere il disagio attraverso la battaglia contro il corpo ed il suo nutrimento».

Lo sottolinea Giorgio Calabrese, medico nutrizionista, docente di Alimentazione e nutrizione umana all'Università Cattolica di Piacenza e all'Università di Torino. Che spiega: «Difficilmente i sintomi del disturbo alimentare si presentano insieme e in maniera chiaramente diagnosticabile. Spesso al contrario i segnali rimangono latenti a lungo e si in-

sidiano lentamente nell'individuo, ecco perché è importante ripercorrere con attenzione tutta la storia del paziente e anche quella della sua famiglia dato che spesso il disturbo alimentare ha un carattere "ereditario" che si tramanda nelle generazioni in modo spesso inconsapevole». Predisposizione a parte, a giocare un ruolo fondamentale nell'instaurarsi di queste sindromi è il condizionamento socio-culturale, tanto che il medico parla di una vera e propria patologia dell'apparenza. Ma poi c'è anche «la disponibilità sproporzionata di cibo, che non risponde certo al bisogno di nutrimento sano» e il ruolo delle famiglie: «Un'educazione alimentare corretta che non si lascia deviare dai condizionamenti sociali e dalla cultura dell'immagine parte da bambini soltanto se è condivisa con chi ci sta loro più accanto e più li ama». Di qui un richiamo forte alle famiglie. Loro c'entrano, eccome. (P. Molt.)

## lo psicologo Matteo Selvini

«Per uscire dal tunnel serve una terapia familiare  
La migliore risorsa preventiva? Fra le mura di casa»

All'origine c'è sempre un disagio nelle relazioni. Lo spiega chiaramente Matteo Selvini, psicologo e psicoterapeuta familiare, che fa una distinzione precisa dei problemi.

«I disturbi alimentari si dividono in due grandi categorie: anoressia e bulimia. Le persone anoressiche che perseguono ostinatamente il calo del peso, spesso digiunando, risolvono con il rifiuto del cibo il problema della difficoltà a relazionarsi con gli altri e quindi la necessità di chiudersi in se stesse. La sfiducia verso il mondo e la propria persona si realizza nella negazione del cibo». La caratteristica della sindrome bulimica è invece l'instabilità e ancora una volta affonda le radici nel terreno delle relazioni: «Siccome questi soggetti

non riescono a realizzare una giusta distanza nei rapporti con gli altri, tendono a vivere di eccessi anche nelle loro abitudini alimentari: mangiano di continuo e senza criterio ma poi si provocano il vomito per liberarsi di tutto quello che hanno ingerito. Non è raro poi che si passi dall'anoressia alla bulimia e di qui all'obesità. Patologia che, a sua volta, crea pesanti ripercussioni psicologiche sulla vita dell'individuo in un circolo vizioso destinato a non interrompersi più». Uscire dal tunnel è possibile, assicura l'esperto. «L'anoressia prevede fin dall'inizio della terapia il coinvolgimento dei genitori mentre per il paziente bulimico è più indicata la terapia individuale. In ogni caso la famiglia può diventare la migliore risorsa preventiva dei disturbi che è possibile intravedere nei comportamenti di ogni giorno. Al contrario, il problema si aggrava quando tende a essere minimizzato, se non addirittura nascosto». (P. Molt.)

## I giudici Ue: anche senza recepire la direttiva Per gli specializzati la prescrizione scatta in automatico

**Marina Castellaneta**

Dopo la Cassazione, che si è pronunciata nei giorni scorsi (si veda «Il Sole 24 Ore» di mercoledì e di ieri) sui termini di prescrizione dell'azione di risarcimento dei danni nei confronti dello Stato che non ha recepito una direttiva, interviene la Corte di giustizia dell'Unione europea. Con una sentenza depositata ieri (causa C-452/09), i giudici Ue hanno risolto un quesito pregiudiziale presentato dalla Corte di appello di Firenze sempre sulla questione dei medici specializzandi e del loro diritto ad ottenere un risarcimento patrimoniale per i danni dovuti al tardivo recepimento della direttiva 82/76. E la Corte Ue lo ha fatto raggiungendo una soluzione che sembra meno favorevole ai ricorrenti. Questo perché, per la Corte di giustizia, il termine di prescrizione nelle azioni di risarcimento può essere opposto anche nei casi in

cui lo Stato inadempiente non abbia ancora recepito la direttiva nel momento in cui i titolari del diritto propongono il ricorso. A patto, però, che il ricorrente non si privi del tutto della possibilità di far valere «i diritti che gli spettano in forza di una direttiva dell'Unione».

All'automatismo seguito dalla Cassazione secondo la quale fino alla trasposizione della direttiva i termini di prescrizione non iniziano a decorrere, la Corte Ue oppone una maggiore flessibilità rinviando a una valutazione caso per caso. Gli eurogiudici riconoscono che ciascuno Stato è libero di fissare le modalità procedurali dei ricorsi giurisdizionali assicurando il pieno rispetto del principio di equivalenza e di effettività per non rendere eccessivamente difficile l'esercizio dei diritti conferiti dall'ordinamento Ue.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Nessun allarme sanitario dai migranti

DA ROMA **ALESSIA GUERRIERI**

**I**mmigrato non è sinonimo di malato. Perciò nessun allarmismo e nessuna emergenza sanitaria per i continui sbarchi a Lampedusa, anche se non vanno abbassati i livelli di vigilanza e controllo sulla salute di chi arriva nelle nostre coste. Parola d'ordine degli esperti dell'Istituto superiore di Sanità e dell'Organizzazione mondiale della Sanità riuniti a Roma non è negare il raddoppio del numero di casi di tbc tra gli stranieri nell'ultimo decennio, ma nemmeno gridare all'epidemia. Condizioni igieniche e sovraffollamento mettono a dura prova le difese immunitarie dei migranti, ma diminuiscono i casi di chi sbarca con patologie gravi come tubercolosi e Hiv. A crescere invece sono quelli che manifestano sintomi nei primi cinque anni di permanenza nel Belpaese, ma i nuovi malati stranieri ora non provengono più dal Nord Africa, come due anni fa, bensì in 8 casi su dieci dall'est Europa. I casi di tbc in Italia infatti sono stabili ormai da tempo e si fermano a 7 ogni 100mila persone. All'incidenza minima di questa malattia, una delle più basse dell'Ue che comunque ha appena il 5% dei malati nel mondo, tuttavia si affianca una crescita della percentuale di stranieri che dopo qualche

anno di vita da noi si ammala di tubercolosi e il 18% delle volte risulta anche farmaco resistente. Nel 2009, su poco più di 4mila nuovi contagiati riscontrati in Italia, il 50% è straniero (2053), ha un'età compresa tra 25 e 34 anni e, nell'85% dei casi, arriva da Romania o Asia centrale. A preoccupare di più, però, sono i malati di tbc che associano anche sieropositività (il 10% in Italia e quasi 14mila in Ue), «il più grande potenziale della tubercolosi», precisano dall'Iss, che aumenta del 37% la probabilità di infezione. Ma i migranti provenienti dal continente nero che stanno arrivando in questi mesi non costituiscono un problema dal punto di vista sanitario, è il coro unanime. «Il rischio non è più alto di quello che si può avere frequentando un aeroporto, dove transitano milioni di persone da tutto il mondo - spiega Santino Severoni, coordinatore dell'ufficio europeo dell'Oms -; ovviamente non bisogna abbassare la guardia, ma per il momento l'impatto delle migrazioni non ha mostrato fenomeni preoccupanti».

**Ma occorre non abbassare la guardia soprattutto nel contrasto alla Tbc**





## **Alberto Mantovani** Malattie autoimmuni **C'è un farmaco per il Lupus**

Il sistema immunitario consente all'organismo di combattere gli agenti infettivi come virus e batteri. Basa il suo funzionamento su due meccanismi chiave: riconoscimento, perché deve individuare la presenza di invasori come virus e batteri aggredirli e neutralizzarli, e comunicazione, perché per farlo è necessario un efficace sistema di trasmissione delle informazioni: molecole come le citochine rappresentano vere e proprie "parole" dell'infiammazione, con il compito di

richiamare e attivare - nel luogo, nel momento e nella quantità giusta - i globuli bianchi che difendono il nostro organismo. Negli ultimi vent'anni, abbiamo imparato a identificare le parole dell'immunità e abbiamo scoperto i meccanismi alla base della loro azione. Si è aperta la strada a interventi terapeutici innovativi. Il caso più recente riguarda un membro della famiglia del Tnf (fattore di necrosi tumorale) detto BlyS, una citochina che tiene accesa una risposta infiammatoria sbagliata nel lupus eritematoso sistemico, malattia autoimmune, che colpisce in prevalenza le donne, per la quale non sono stati messi a punto farmaci realmente innovativi.



Grazie alla scoperta del ruolo chiave di BlyS, però, ora la Food&Drug Administration ha approvato un farmaco innovativo, basato su un anticorpo che blocca questa citochina. Uno studio da poco uscito su "Lancet", con un editoriale associato, ne dimostra la validità.

*direttore scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas, e docente all'Università di Milano*

A DESTRA: RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DI UNA CELLULA DEL SISTEMA IMMUNITARIO

# LA SICILIA

20 Maggio 2011

## AIEOP E AIRTUM

### Tumori dei bambini nasce il primo registro nazionale

Ogni anno in Italia circa 1500 bambini si ammalano di tumore, con un aumento costante dell'1,7%. Per capire le cause di questo fenomeno e scattare una fotografia delle neoplasie infantili nasce il primo registro per queste forme di cancro. L'iniziativa è dell'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (Aieop) e dell'Airtum (Associazione Italiana dei Registri Tumori). «Oggi», spiega il prof. Fulvio Porta, presidente dell'Aieop, «disponiamo di analisi di laboratorio che ci permettono di capire, quando la cura è in corso, se la chemioterapia convenzionale funziona o se si deve ricorrere a un trapianto di cellule staminali. Grazie alle tecnologie molecolari, studiando frammenti del dna delle cellule malate, possiamo muoverci in anticipo, senza dover attendere, come un tempo, il risultato finale del trattamento. Ma non sappiamo le ragioni del continuo aumento dei casi di cancro infantile. Il registro permetterà di tracciare una mappa che ne fotografi l'evoluzione nel tempo e nelle diverse Regioni».

Alle ricerche sulla biologia molecolare è dedicato il convegno "Aieop...in Lab" che si è aperto ieri e che si concluderà oggi (Museo Diocesano), con la partecipazione di più di 100 esperti. Particolare evidenza viene data agli studi dei giovani ricercatori. «L'Italia», continua il prof. Porta, «è l'unico Paese europeo in grado di applicare protocolli di cura uniformi su tutto il territorio nazionale. Questo significa che a un piccolo colpito, ad esempio, da leucemia linfoblastica acuta verranno applicati gli stessi criteri diagnostici e terapeutici in un ospedale di Bolzano o di Palermo. La nostra Associazione riunisce 53 strutture di oncoematologia pediatrica che adottano gli stessi protocolli. La via italiana rappresenta un punto di riferimento a livello internazionale».

È la leucemia linfoblastica acuta la forma di cancro più frequente (rappresenta il 30% di tutti i tumori dei bambini e l'80% delle leucemie), ma i piccoli possono essere colpiti anche da neoplasie del sistema nervoso centrale, dai linfomi, dal neuroblastoma e da altre forme più rare. Al convegno di Catania parteciperanno anche il prof. Carmelo Iacono, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), e il prof. Fabrizio Pane, presidente dell'Associazione Italiana di Ematologia (Sie).

A.TOR.

**SALUTE.** Domani all'ospedale di Negrar quinta edizione del convegno «Per una vita come prima»

# Rinascere dopo un tumore: si può se c'è lavoro di squadra

Ci sarà spazio per le testimonianze degli ex malati. Sono 75mila in Veneto le persone che vivono con una diagnosi pregressa di cancro

Camilla Madinelli

La tutela dei malati, della loro salute ma anche del loro sorriso e della voglia di vivere, nonostante e dopo la diagnosi di un tumore. Parte dalle conquiste già acquisite in ambito legislativo, e dai traguardi da raggiungere per salvaguardare i diritti del paziente oncologico, la quinta edizione del convegno «Per una vita come prima», organizzato a Negrar sabato 21 maggio dal dipartimento di Oncologia dell'ospedale Sacro Cuore Don Calabria guidato dal professor Marco Venturini, presidente eletto dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom).

Il primario è il curatore scientifico dell'incontro, nella sala convegni Perez, con il dottor Roberto Magarotto, responsabile dell'Unità di cure di supporto e palliative. Insieme sollecitano da anni un percorso formativo che tenga conto non solo delle novità nelle cure, ma anche di aspettative e paure dei malati di cancro, raccogliendo testimonianze da chi ha avuto la meglio sulla malattia e recuperato, appunto, una vita come prima.

«In Italia sono oltre due milioni le persone che vivono con una diagnosi pregressa di tumore, 75mila circa in Veneto» afferma Venturini. «A cinque anni dalla scoperta della



Medici e pazienti a confronto sui percorsi post-tumore

malattia, il 57% sopravvive. Prima s'interviene e più alte sono le probabilità di guarigione. Fino a qualche decennio fa non sarebbe stato possibile organizzare una giornata come questa».

L'appuntamento di Negrar coinvolge tutti gli operatori che si confrontano con il malato di tumore: oncologi, esperti di cure palliative, psicologi, fisioterapisti, associazioni di pazienti e volontariato. Sabato si parte alle 8.45 con l'avvocato Elisabetta Iannelli, vicepresidente dell'Associazione italiana malati di cancro (Aimac), a cui seguono gli interventi di rappresentanti delle istituzioni

e di varie associazioni, tra cui l'ex ministro alla salute Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione italiana della associazioni di volontariato in oncologia (Favo).

Quindi il presidente dell'ospedale Sacro Cuore, fratello Mario Bonora: «Racconterà come la struttura sanitaria di Negrar intende esaudire i bisogni dei malati» spiega Magarotto «quali accoglienza, privacy o rispetto del consenso informato».

Infine, sulle prospettive legislative per i diritti dei pazienti oncologici interviene anche l'assessore alla sanità del Veneto, Luca Coletto, coordinatore

nazionale degli assessori alla sanità regionali.

Si passa quindi a trattare il modello di cure integrate in oncologia e la sua pratica nel Dipartimento di Negrar. «Un percorso aperto che ha coinvolto farmacisti, oncologi, psicologi e infermiere» continua Magarotto «perché crediamo in una medicina sempre più centrata sulla persona e sui suoi bisogni».

Come nelle precedenti edizioni, però, «Per una vita come prima» dà spazio (a partire dalle 14.30) alle testimonianze di ex-malati, che raccontano le loro esperienze di vita riprogettata dopo aver vissuto, temuto e vinto la malattia. Dopo la proiezione del monologo di una giovane attrice di teatro "rinata" dopo un cancro al seno, parlano persone che non solo sono tornate a vivere come o meglio di prima, ma hanno avuto figli, battuto record di chemioterapie innovative, fondato call center e scritto libri. Storie di speranza e coraggio, che hanno voglia di raccontare per essere di esempio e aiuto a chi crede di non farcela.

Il convegno chiude nel pomeriggio spiegando come i professionisti della salute formati all'assistenza spirituale, nella fase terminale di malattia, possano aiutare i malati nella ricerca di un senso alla loro storia di sofferenza. Poi ci sono le potenzialità della «leniterapia» nei malati avanzati di tumore: «Attendiamo belle novità dalle tecniche del contatto fisico in fisioterapia riabilitativa» conclude Magarotto. ♦

© RIPRODUZIONE RISERVATA

