



LA LEGGE 40 E LA STRATEGIA DEL LATINORUM

**LINGUAGGI
IDEOLOGICI**

Antonino Forabosco
CONSULTA BIOETICA ONLUS



Nel momento in cui il parlamento italiano si accinge ad affrontare il disegno di legge Calabrò sul fine vita è utile considerare l'esperienza che gli italiani hanno già fatto con la Legge 40/2004 sull'inizio vita.

La Corte Costituzionale sta smontando i punti più controversi e ideologici di questa legge proprio perché essa, invece di usare un vocabolario tecnico-scientifico nel quale i termini sono chiari ed hanno un univoco significato, è spesso ricorsa alla "antilingua" o meglio al "latinorum" e cioè a un discorso costruito con parole - anche non in latino - intenzionalmente oscure, involute o adoperate da una persona "istruita" che non vuole farsi capire.

Attualizzata alle leggi a forte impronta bioetica la tecnica del latinorum sfrutta la normale ignoranza del grande pubblico in materia bioetica per distorcere la terminologia tecnico-scientifica facendole assumere un significato che incanala il discorso in uno dei tanti tabù che ancora permeano le nostre società.

Esempi di questo nella Legge 40 sono l'uso di eugenica (di buona nascita) trasformato in eugenetica (di buon genoma), o concepito e embrione

usati senza né il medico, né il giurista siano in grado di capire che cosa esattamente sono sul piano dell'embriologia umana e che cosa li distingue nel contesto della legge.

Cosa simile sta avvenendo con il ddl Calabrò.

Già al suo primo articolo non si capisce se la Repubblica tutela la vita dell'individuo in quanto tale o la vita umana come fenomeno biologico. In questo articolo viene fatto "biscotto", come dicono in televisione, inserendo la concreta necessità di "tutelare la vita dell'individuo fino alla morte" fra due tabù di grande suggestione mediatica la vita umana e la persona umana.

Sfugge così il vero oggetto della tutela, mentre fra le righe fa capolino l'insidia portata dalla scienza ed in particolare dalla biologia e dalla medicina, alla dignità della persona umana.

L'esperienza della Legge 40 insegna che, nel caso di leggi in materia biomedica e bioetica, il legislatore non può permettersi una terminologia ambigua o a base ideologica, deve invece correttamente recepire il linguaggio tecnico-scientifico se non vuole che il suo impegno venga poi progressivamente vanificato dalla Corte Costituzionale. ♦

Oggi alle 14 a Roma (Palazzo Marini, in via Poli 19) un incontro dal titolo «Quale terminologia per la bioetica. Un dizionario per l'agenda politica». Per denunciare i sempre più frequenti casi di antilingua e di alterata comunicazione.



Certificati sanitari online, è caos i medici: fermate le sanzioni

Da domani scattano le multe. I sindacati: falle nel sistema

I punti



IL COMPUTER

I medici, di famiglia o ospedalieri, trasmettono il certificato di malattia dal loro pc automaticamente al cervellone all'Inps



IL CALL CENTER

Se il dottore non ha la connessione o ci sono problemi nel cervellone dell'Inps, può telefonare al call center per la trasmissione



LA VISITA A CASA

Quando certifica una malattia a domicilio del paziente, il medico usa la sua connessione o chiama il call center



LA SANZIONE

Dopo due mancate trasmissioni di certificato il dottore può essere licenziato o vedere interrotta la sua convenzione



LE PROTESTE

«Solo metà di noi hanno connessione e programmi», dicono i medici: «E cervellone e call center non funzionano»

MICHELE BOCCI

ROMA — Da domani i medici italiani sono pronti a fare disobbedienza civile contro il Governo, dando vita a una protesta senza precedenti. La battaglia dei certificati online sta per arrivare al suo culmine: dal primo febbraio è prevista l'applicazione delle sanzioni per i camici bianchi che non mandano per via informatica all'Inps i referti di malattia. Se i dati del malato non vengono comunicati per due volte, può scattare il licenziamento. Il punto è che da una parte molti professionisti, circa la metà, non sono ancora pronti perché non hanno programmi e connessioni adeguate, dall'altra, accusano i sindacati, il ministero non ha messo a disposizione un sistema efficiente, perché spesso, soprattutto il lunedì, il cervellone si blocca e il call center che lo dovrebbe sostituire non funziona quasi mai. Parola di Giacomo Milillo, il segretario del sindacato più rappresentativo dei medici di famiglia, la Fimmg,

persona normalmente pacata che su questa questione si scalda molto. «Non prevedere un rinvio del sistema sanzionatorio sarebbe come gettare un fiammifero sulla benzina. Faremo disobbedienza civile. Del resto l'ingiustizia è lampante. Il medico viene colpito con la sanzione disciplinare, che tra l'altro non è graduata, se non ha l'attrezzatura adeguata ma paga anche se non funziona il cervellone del ministero. Quando si blocca tutto si perde un mare di tempo e la burocrazia ruba spazio all'assistenza ai pazienti».

Tutti i sindacati si sono riuniti venerdì, ospedalieri con medici di famiglia, internisti con dottori del pronto soccorso. Hanno chiesto un incontro urgente con il ministro Brunetta, hanno scritto ai dicasteri interessati dalla riforma (oltre a Pubblica amministrazione e innovazione, Economia, Sanità e Lavoro) e alle Regioni. È partita anche una lettera per Berlusconi. I camici bianchi non intendono accettare le sanzioni.

«Bisogna rinviarle per un anno — dice Milillo — Ci aspettiamo che si prenda questa decisione».

Il nuovo sistema per la trasmissione dei certificati di malattia all'Inps è stato introdotto nell'aprile del 2010 ed ha iniziato a lavorare a giugno. Quando il professionista decide che un paziente deve restare a casa, scrive sul suo computer il referto che parte direttamente verso il cervellone dell'Inps, facendo ottenere un indubbio risparmio di tempo, e viene stampato in due copie per la persona malata, che ne terrà una per sé e manderà l'altra, senza diagnosi, al datore di lavoro. «Intanto, il cervellone si blocca spesso - dice Milillo - A quel punto si può chiamare il call center, con cui non si riesce mai ad arrivare in fondo alla procedura. Questo strumento servirebbe anche quando si accerta la malattia al domicilio del paziente, nel caso questi non abbia una connessione veloce». Ma ci sono anche tantissimi medici che non hanno installato i programmi o

non hanno connessione. I sindacati stimano che si tratti del 50% dei professionisti. Bisogna tener presente che si calcola anche chi lavora in ospedale. «Regioni come Lombardia ed Emilia sono molto avanti, tutti possono mandare i certificati online, altre sono molto indietro», spiega Milillo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fimmg: serve un rinvio, altrimenti faremo obiezione
Il nuovo metodo in uso da aprile



La polemica Chiesta una proroga a Brunetta

Caos tra i medici: a singhiozzo i certificati online

Da domani sono obbligatori
ma in molte regioni
il sistema va spesso in tilt

Silvia Gasparetto

ROMA. Certificati di malattia obbligatoriamente online o, da domani primo febbraio, scatteranno le sanzioni per i medici. La categoria conta però, oggi, ancora su un segnale da parte del ministro della Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, e chiede un'altra proroga all'entrata in vigore delle sanzioni.

Per i sindacati di categoria, la situazione è caotica e il sistema presenta troppe criticità: dalla piattaforma informatica che spesso si blocca al call center che non sempre funziona al sistema per i medici ospedalieri - dice la categoria - che ancora va studiato.

Per la rivoluzione digitale della sanità promessa da Brunetta, stando ai diretti interessati, i tempi non sarebbero ancora maturi, visto che, come sottolinea il segretario della federazione dei medici di famiglia, Giacomo Milillo, «solo il 50% dei medici, in realtà, è pronto a inviare i certificati online», archiviando la carta. Troppe falle nel sistema e una diffusione sul territorio che ancora lascia a desiderare: «Regioni come la Lombardia, dove li usano il 97% dei medici, o l'Emilia Romagna sono avanti» ma in molte altre «ancora proprio non ci siamo». E il problema non è solo di banda larga o del numero di medici effettivamente abilitati a usare il nuovo

sistema. C'è il call center, che dovrebbe intervenire quando il web non lo consente, «con il quale nel 40% dei casi non si riesce a portare a termine la procedura», afferma Massimo Cozza, della Cgil Medici. Senza contare che la piattaforma digitale non è in grado di sopportare l'affollamento di richieste «del lunedì, in cui si accumulano anche le malattie iniziate nel weekend», e che ancorasi cerca una soluzione per non aggravare ulteriormente il lavoro dei medici del pronto soccorso, anche loro coinvolti nella nuova procedura.

Per il ministero, però, i dati sono incoraggianti e in continua crescita, visto che si sono già superati i 2 milioni e 800 mila certificati trasmessi online. Ma sono numeri «che considerano gli ultimi sei mesi di sperimentazione - fa notare Milillo - mentre a regime dovremmo inviare 20 milioni di certificati l'anno con una media di 1 milione e mezzo al mese».

Gli appelli per una nuova proroga si sono moltiplicati nelle ultime settimane, compresa una lettera inviata dalla Fimmg al presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi. E le difficoltà dei medici sono state accolte anche dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio, che ha incontrato i sindacati la settimana scorsa, mostrandosi «sensibile al problema». Ma, dicono anche all'Anaa, il principale sindacato dei medici ospedalieri, «la questione è nelle mani del ministro della Funzione

pubblica», che, nonostante la nuova richiesta «di un incontro urgente» ancora non ha dato «nessuna risposta». Se non ci saranno ulteriori proroghe, da febbraio «i medici che in modo reiterato - spiega ancora Cozza - quindi bastano due volte, non inviano i certificati online, rischiano il licenziamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le sanzioni
Chi non
invia
le ricette
tramite web
potrebbe
essere
licenziato**



Certificati medici on line



500 mln

Il risparmio
con certificati on line



100 mln

Il risparmio
di documenti cartacei



15 mln

I dipendenti pubblici e privati per i quali
i certificati di malattia saranno scritti
on line



180 mila

I medici che rilasceranno
i certificati on line



76.229

Il numero dei certificati
inviati on line al 14 luglio



Tutte le «bufale» cancellate dalle riviste scientifiche

Il caso più clamoroso è quello dell'articolo che trovava un legame tra l'autismo e il vaccino contro morbillo, rosolia e orecchioni. Pubblicato nel '98 da Andrew Wakefield e colleghi su *The Lancet*, l'articolo è stato ritirato dalla rivista inglese a febbraio del 2010 e gli autori sono stati accusati di aver utilizzato una metodologia «immorale» e di aver descritto la ricerca in modo «disonesto e irresponsabile». Il fatto è che quella ricerca aveva avuto come conseguenza una diminuzione nel numero delle vaccinazioni e quindi un ritorno del morbillo anche nei paesi dove veniva tenuto sotto controllo ormai da anni.

Ma il caso di *Lancet* non è solo. Negli ultimi dieci anni ben 788 pubblicazioni mediche sono state cancellate dalla letteratura scientifica, ritirate dalla rivista che le aveva pubblicate perché considerate inattendibili. Le ha contate Grant Steen, autore di un articolo pubblicato sul *Journal of Medical Ethics*, in cui ha calcolato che circa tre quarti di queste

pubblicazioni sono state ritirate per-

Frodi

Negli ultimi 10 anni sono state ritirate ben 788 pubblicazioni

ché contenevano un serio errore, mentre il resto per frode, ovvero per falsificazione dei dati o addirittura fabbricazione di dati inesistenti. Un alto numero delle pubblicazioni ritirate, circa un terzo, era a firma di ricercatori statunitensi e, di queste, una su tre era una vera e propria frode. A seguire, gli articoli provenienti da Gran Bretagna, India, Giappone e Cina. L'altro elemento su cui riflettere è che le pubblicazioni fasulle compaiono di più sulle riviste ad alto Impact factor, ovvero quelle che vengono citate più di frequente. Inoltre, più della metà di quelle che contengono una vera e propria truffa hanno come primo autore un recidivo, ovvero una persona che era già stato accusato di aver falsificato dati, mentre questo accade solo nel 18% dei casi per gli articoli che contengono un grave errore. Un dato che stupisce, dicono gli autori, perché la ritrattazione di un articolo dovrebbe essere la sanzione più dura da applicare a un ricercatore, ma oggi forse è un'arma spuntata.

CRISTIANA PULCINELLI



Sanità in rosso**NUOVA EMERGENZA**

Cure a rischio per i bimbi del Santa Lucia

di PAOLO FOSCHI

È di nuovo emergenza conti per la Fondazione Santa Lucia. La Regione, secondo la denuncia dei vertici del centro sanitario di eccellenza sull'Ardeatina, «non mantiene gli impegni assunti. Non abbiamo soldi per pagare gli stipendi, rischiamo di essere costretti a interrompere le terapie per 200 bambini». La Fondazione vanta crediti nei confronti della Regione per 92 milioni. Oggi incontro con i delegati della governatrice Polverini. Ma la soluzione sembra lontana.

A PAGINA 2

Sanità Sos dei vertici della Fondazione di via Ardeatina

«I soldi non arrivano, cure dei bimbi a rischio»

Ancora emergenza conti al Santa Lucia

Medici, infermieri, fisioterapisti, ricercatori, impiegati: più di mille lavoratori rischiano di restare senza stipendio. E oltre 200 bambini rischiano di dover interrompere da un giorno all'altro importanti percorsi di cure. È di nuovo emergenza conti per la Fondazione Santa Lucia, centro di eccellenza riconosciuto a livello internazionale ma non per questo al riparo dai drastici tagli combinati disposti dal Governo e messi in atto dalla Regione negli ultimi anni. L'istituto di via Ardeatina vanta crediti dalla Pisana per oltre 92 milioni di euro. «Inoltre la tariffe dei rimborsi tariffari sono ferme al 2004 a livelli assolutamente inadeguati. Non ci sono state rimborsate nemmeno le terapie ambulatoriali che nel 2010

abbiamo fornito ai bambini che abbiamo in cura. E ancora non ci sono arrivate dalla Regione le rimesse del mese di gennaio (3,9 milioni), garantite da un provvedimento vara l'anno scorso e che servono per la copertura della spesa corrente», spiega Antonino Salvia, direttore amministrativo della Fondazione.

Già un anno fa il Santa Lucia aveva rischiato la clamorosa chiusura, poi - come spiega Antonino Salvia - «la situazione si era in qualche maniera cristallizzata per le promesse della Regione. Ma non sono state mantenute. Tutti gli impegni sono stati

disattesi. Noi abbiamo continuato a erogare cure e prestazioni, ma così non possiamo più andare avanti. Allo stato attuale, i dipendenti sono senza stipendio. Non sappiamo proprio dove andare a prendere i soldi». La Fondazione Santa Lucia ogni anno mediamente ha 2500 pazienti ricoverati per la cura e la riabilitazione da patologie gravi o traumatiche (ictus, coma da incidenti, etc), oltre a offrire 250 mila prestazioni sanitarie di vario genere. E tutti i sistemi e report di valutazione assegnano giudizi qualitativi altissimi sui servizi offerti. Eppure l'istituto rischia di restare senza ossigeno: il ferreo sistema di regole imposto dal governo alle Regioni lega le mani agli ammi-



nistratori locali. Il problema c'era con la giunta Marrazzo, si ripropone in termini addirittura più drammatici con la giunta Polverini. Proprio oggi si riunirà il tavolo politico per trovare una soluzione, ma - aggiunge il direttore amministrativo - «ci hanno già fatto capire che nel breve periodo non ci sono grossi spiragli. Se però la situazione è questa, saremo costretti a ridurre l'offerta di cure e prestazioni». A cominciare dalle terapie dei 200 bambini seguiti dal centro.

Paolo Foschi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il manager

Antonino Salvia: «Vantiamo crediti per 92 milioni dalla Regione, non possiamo pagare gli stipendi»

Il personaggio

Macchiarini era stato chiamato a Firenze nel 2008. Doveva usare la nuova legge sul rientro dei cervelli, si è bloccato tutto

Il re dei trapianti della trachea resta senza cattedra

«Volevo tornare in Italia, fermato dai baroni»

MILANO — Il professore mette le mani sul corpo di pazienti che solo fino a due tre anni fa sarebbero stati destinati alla morte. Trapianta trachee. È l'unico al mondo in grado di farlo. Tanto che quando un'équipe internazionale ha deciso di compiere l'operazione del secolo in California, trapiantare in contemporanea laringe, trachea e tiroide a una signora che da 11 anni respirava solo con un tubo e aveva perso la parola, si sono rivolti a lui, Palo Macchiarini.

La signora Brenda Jensen, miracolata, s'è fatta fotografare sorridente con i dottori che l'hanno riportata alla vita normale. Nella foto c'è pure un impettito Macchiarini. I media di mezzo mondo ne hanno parlato. Molto probabilmente in un altro Paese questo dottore sarebbe stato trattato come fiore all'occhiello della medicina avanzata. Vanto nazionale. Ma non è andata così. La storia che vi raccontiamo potrebbe essere vista come una brutta esperienza di mobbing: Macchiarini che prima di operare Jensen ha istruito sui maiali due dell'équipe californiana, Gregory Farwell e Peter Belafsky, a Firenze non può lavorare.

Dall'Italia era partito 20 anni fa. Ha lavorato in Spagna, Germania, Francia, Stati Uniti, Inghilterra e Russia. L'ultima cattedra gliel'ha offerta il Karolinska Institutet di Stoccolma. «Sono ritornato dopo 20 anni nella mia Firenze ed ho trovato gli stessi baroni di un tempo, più forti che mai, circondati da figli, parenti e amici di amici. Che non hanno esitato ad ostacolarli in tutti i modi».

Nel 2008 Macchiarini effettua il primo trapianto di trachea mondiale a Barcellona, riportato con enfasi sulla rivista scientifica *The Lancet*. L'articolo lo legge pure l'assessore alla Sanità toscana Enrico Rossi (oggi Presidente) che lo chiama per di-

gli: «Rientra in Italia, uno come te ci serve». L'esperienza all'estero lo fa crescere professionalmente: parla inglese, francese, spagnolo, tedesco e inizia con lo svedese. Le prime pubblicazioni scientifiche su laringe e trachea risalgono al 1992. Si accorge di lui pure il Presidente della Repubblica che lo nomina Cavaliere al merito.

Del suo ritorno in Italia sembra essere entusiasta anche il preside della facoltà di Medicina di Firenze, Gianfranco Gensini. Gli offre la cattedra. Ma qui comincia gli ostacoli. «Credo che Gensini volesse davvero darmi la cattedra. Anche per rafforzare il suo potere. Inconsapevolmente però sono finito in lotte di potere all'interno del mondo accademico. Il consiglio di facoltà di Medicina ha stoppato Gensini».

Macchiarini potrebbe rientrare come cervello dall'estero grazie alla legge Gelmini del 2009 che facilita il percorso «chiara fama». Si riunisce una commissione per valutare il curriculum. Dentro c'è pure Clemente Crisci, professore che va in pensione ma che riesce ad ottenere la guida della Scuola di specializzazione di chirurgia toracica, alla soglia dei 70 anni. Per valutare il curriculum di Macchiarini non basta una seduta. «Si riuniscono almeno quattro volte per decidere», dice Macchiarini. «A Stoccolma hanno va-

lutato e deciso in una giornata».

I mesi passano e la cattedra promessa resta vuota. Intanto però le voci che escono dall'interno della facoltà sul conto del chirurgo non sono edificanti. «Mi accusano di aver falsificato il curriculum, leggo sui giornali che il Karolinska Institutet di Stoccolma non mi avrebbe mai chiamato, che i pazienti operati da me non stanno bene. Nove su nove stanno benissimo e sono vivi». Nei giorni scorsi gli ultimi affondi: «Leggo ancora che avrei effettuato visite in nero e che avrei utilizzato cellule staminali trattate, in barba alla legge. Io nemmeno li conosco i colleghi che mi fanno questa guerra. Possono verificare, ho ottenuto tutte le autorizzazioni e non faccio visite in nero». Macchiarini resta a Firenze, in attesa. Continua il suo lavoro in sala operatoria all'ospedale Carreggi e a luglio compie altri due trapianti: su una ragazza inglese e su una della Repubblica Ceca. «A Firenze lavoro come semplice dottore e mi fanno operare solo i casi disperati. Non ho poteri operativi, non decido su nulla. Invece devo averne».

Il suo progetto è ambizioso: creare un centro-laboratorio di ricerche tra Firenze, Stoccolma, Londra e Mosca. Il concetto è semplice: «Anziché costringere i pazienti a emigrare per ricevere i trapianti voglio far venire a Firenze il meglio dei cervelli. E far crescere i giovani chirurghi nostrani».

Macchiarini non piace — dice una sua collega, Chiara Lestuzzi — «perché è diretto e schietto. Dà fastidio alle baronie». Cosa dice Macchiarini? Per esempio che «a Careggi ci sono 5 reparti uguali creati



per produrre posti. La sanità dovrebbe risparmiare soldi». Durante un convegno a Napoli nel 2009 ha fatto incavolare i cardio-chirurghi presenti. Alla domanda della dottoressa Lestuzzi: «Nei casi di tumori agli organi tra polmone e cuore chi deve operare: il cardiocirurgo o quello toracico?», «Chi se la sente ed è capace», è stata la risposta di Macchiarini. Uno degli organizzatori del convegno avvisò Lestuzzi: «Questo qui non lo invitiamo più. Ma chi si crede di essere?».

Agostino Gramigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ostacoli

«Sono ritornato nella mia Firenze e ho trovato gli stessi baroni di un tempo, più forti che mai, circondati da figli, parenti e amici degli amici. Persone che non hanno esitato a ostacolarmi in tutti i modi. Io voglio solo lavorare»

Da 20 anni all'estero

Macchiarini, che ha lasciato l'Italia 20 anni fa, ha lavorato in Spagna, Germania, Stati Uniti, Inghilterra e Russia. L'ultima cattedra gliel'ha offerta il Karolinska Institutet di Stoccolma

Chi è

Il chirurgo

Fiorentino, dall'Italia era partito 20 anni fa per fare esperienza all'estero dopo essersi laureato a Pisa. Ha lavorato in Spagna, Germania, Francia, Stati Uniti, Inghilterra e Russia. L'ultima cattedra al Karolinska Institutet di Stoccolma

Trapianti

Ha effettuato il primo trapianto al mondo di trachea nel 2008 a Barcellona. A ottobre ha fatto parte del pool di luminari internazionali che ha trapiantato a una paziente laringe, trachea e tiroide (nella foto la paziente, Brenda Jensen, con i dottori che l'hanno riportata alla vita normale. (In alto a destra Macchiarini)

Curare col sorriso I clown in corsia

Medici col naso rosso sulle orme di Patch Adams

ome si fa a creare benessere nel mondo del dolore e del malessere? È a questo interrogativo che rispondono i medici e il personale paramedico, che ormai da qualche tempo svolgono attività di clownterapia, una cura che viene prestata in unione con altre terapie e che riguarda i bambini ma anche gli anziani e il disagio sociale. Il più noto dottore clown è Hunter Patch Adams, il medico americano di 65 anni, la cui storia è stata raccontata nel famoso film con Robin Williams, che ha fondato una clinica basata sul sorriso, ma molti sono i suoi seguaci e imitatori. Anche se le origini di questa disciplina, che mescola buonumore e terapie tradizionali, viene fatta risalire a un italiano, Angelo Paoli, un sacerdote vissuto nel Seicento, che si vestiva da buffone per far ridere gli ammalati.

Molti i clown dottori (artisti di circo e di strada, che si uniscono alle équipes mediche) e i dottori clown (medici che usano le tecniche della clownerie) in Italia, che si vedono passeggiare nelle corsie degli ospedali, vestiti in modo buffo per sdrammatizzare la malattia. «Il clown dottore - spiega Roberto Flangini, psicologo e clown di corsia, che opera in un ospedale di Cesena ed è stato presidente della Fondazione nazionale clown dottori fino al 2009 - è l'antitesi del medico, non simula giochi di ruolo, è il medico, ma goffo e surreale nel dare i consigli, nel prescrivere ricette e nell'usare strumenti medicali». Il dottor clown lavora da solo o in équipes, ma spesso in coppia, per riprodurre il modello genitoriale. «La clown-terapia è

una co-terapia - spiega Giovanni F. Ricci, professore di pedagogia all'università di Genova e co-autore di un libro frutto di esperienze sul tema pubblicato da Angeli, intitolato "Il clown professionale nei servizi alla persona". Non ci si illuda che dato che tutto fa spettacolo sia inebriante e anestetizzante; se è co-terapia, non annulla il dolore ma forse lo rende più sopportabile. Co-terapia significa terapia condivisa, alleanza terapeutica ed educativa». La Federazione nazionale clown dottori, attualmente presieduta da Mauro Canazza, un biellese con il nome d'arte di dottor Rinocerotto, è nata nel 2005, ha sede a Cesena e riunisce molte organizzazioni non profit che operano in strutture ospedaliere. La Fnc è punto di riferimento di chi vuol prestare un servizio professionale di aiuto a persone in difficoltà, indossando un naso rosso e un camice variopinto, non solo in corsia ma anche in carcere, nelle scuole e in contesti sociali difficili.

«Ridere è una virtù ed è una cosa seria - precisa Ricci - e lo sanno tutti coloro che si occupano di clownerie e conoscono i drammi esistenziali di molti clown, chiamati spesso pagliacci». Ma far ridere e soprattutto sorridere non è una dote tipica di tutti, è una competenza che presuppone professionalità.

Oggi si ride troppo, spesso con sguaiatezza. Lo sottolineano anche i soci di Ridere per vivere, un'associazione di clown dottori che promuove un master sull'arte del sorriso. Ma, come diceva Patch Adams, che a volte sembra essersi prestato a banalizzazioni, per farlo bisogna prendersi cura e voler bene all'altro.

[W. P.]



**Arriva il picco
Influenza boom
dal 2000
mai tanti a letto**

● Un'influenza così virulenta non si vedeva dal 2000. Sono già tre milioni gli italiani messi a letto dal virus, e secondo il virologo Pregliasco il peggio deve ancora arrivare.

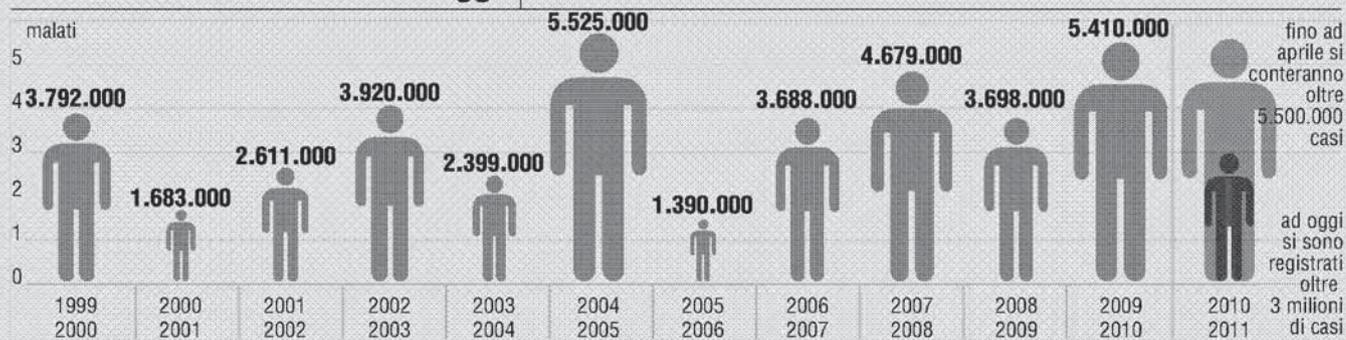
Loiacono a pagina 7

Vicino il tetto dei cinque milioni e mezzo di casi. Meno vaccini, più pazienti a rischio

Influenza, il peggio deve arrivare

Il virologo Pregliasco: «Picco in crescita». Mai così tanti a letto nell'ultimo decennio

Così l'influenza dal 2000 ad oggi



di **Lorena Loiacono**

ROMA - E' un'influenza da brivido quella che, quest'anno, sta dilagando con cifre da record: mai così forte dall'inizio del millennio. Il picco sembra essere arrivato ma non accenna a fermarsi: cresce di giorno in giorno, infatti, l'esercito di italiani presi d'assalto dal virus influenzale, costretti a letto da febbre alta e disturbi da raffreddamento. «Fino ad oggi la stagione influenzale ha colpito 3 milioni di italiani e la settimana appena conclusa, indicata come quella di picco massimo - spiega Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università di Milano - ha registrato 500 mila pazienti a letto. Ma la curva non sembra volersi fermare e continua a salire: prevede quindi almeno altre due settimane di picco in crescita. Solamente a partire da metà febbraio potreb-

be esserci un decremento».

E allora, se tra quindici giorni supereremo i 4 milioni di pazienti con virus influenzale, le stime per fine stagione potrebbero toccare quote record: «l'anno peggiore degli ultimi 10 è stato il 2004-2005 con 5 milioni e mezzo di casi. Il 2011 - avverte l'epidemiologo - potrebbe raggiungere e superare quelle cifre, la stagione influenzale infatti va avanti fino ad aprile».

Un anno tremendo, quindi, con casi di influenza soprattutto tra bambini e adulti che, dopo il caos della stagione 2009-2010, hanno fatto a meno del vaccino: «Circa il 10-15% dei pazienti tra i sei mesi e i 65 anni di età ha rinunciato a vaccinarsi - continua l'esperto - e allora la pandemia dell'influenza H1N1 dello scorso anno si è trasformata in influenza a tutti gli effetti. Nel-

l'80% dei casi registrati quest'anno, infatti, si tratta di influenza A, un virus forte che ci ha ricordato che i pazienti a rischio, come i cardiopatici o le persone con problemi respiratori, devono proteggersi: nell'1% dei casi infatti si arriva a gravi complicazioni». (ass)



IN ITALIA I DECESSI SONO GIÀ VENTINOVE

Torino, l'influenza A fa un'altra vittima

La donna era
in ospedale
Due giorni fa
stroncato un uomo

Con gli ultimi tre decessi, uno in Piemonte, uno in Puglia e uno in Emilia Romagna, salgono a 29 le vittime dell'influenza A che sta raggiungendo in questi giorni, come previsto, il picco dell'epidemia stagionale.

Ieri pomeriggio, alle Molinette di Torino, è morta una donna di 52 anni, che era ricoverata in rianimazione da una decina di giorni ed era affetta da gravi patologie epatiche. È il secondo paziente morto per H1N1 all'ospedale torinese. La vittima pugliese è una donna di 65 anni, con patologie pregresse e affetta da influenza A: è morta nel reparto di rianimazione degli Ospedali riuniti di Foggia, dove era ricoverata da una decina di giorni. È l'ottava vittima pugliese del 2011 a causa del virus H1n1: sette persone morte in ospedali pugliesi e una deceduta nei giorni scorsi all'ospedale Le Molinette di Torino, dov'era stata trasferita dopo un primo ricovero in Puglia.

Secondo i dati della rete di sorveglianza «Influnet», coordinata dal **ministero della Salute** con l'Istituto superiore di sanità, la minore incidenza si ha in Friuli-Venezia-Giulia (4,50 casi ogni 1000 abitanti), seguita da Sardegna (4,64 casi) e Puglia (5,03).



Sanità I dati aggiornati sui tre programmi per la diagnosi precoce

Screening anti-tumori: perché gli italiani rispondono solo a metà

Aumentano le «chiamate», ma molti non accettano

«**S**e guardiamo al passato e a quel che abbiamo fatto negli ultimi anni, è un bilancio positivo. Ma molto rimane ancora da fare». Il direttore dell'Osservatorio nazionale screening (Ons), Marco Zappa, legge così i dati che l'organo tecnico (a supporto del ministero della Salute e delle Regioni) incaricato di attuare, monitorare e valutare i programmi di screening in Italia, ha da poco pubblicato.

«Oggi, il 70 per cento delle donne italiane dopo i 50 anni riceve un invito per sottoporsi allo screening mammografico, il 66 per cento riceve l'offerta di sottoporsi al Pap test per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero, al 40 per cento delle donne e degli uomini tra i 50 e i 70 anni giunge l'invito per il test contro il tumore del colon retto. Valori quasi impensabili soltanto fino a cinque anni fa».

Le cifre del rapporto sugli screening in Italia parlano chiaro: nel corso del 2009, 1,3 milioni di donne ha eseguito la mammografia di screening, 1,6 milioni si è sottoposto al Pap test, mentre sono stati 1,4 milioni i cittadini che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci.

I dati, che si riferiscono soltanto agli esami eseguiti al-

l'interno dei tre programmi istituzionali di prevenzione oncologica attivi in Italia e non ai test fatti spontaneamente o su indicazione del proprio medico, mostrano tuttavia anche criticità che si stenta a superare.

L'Italia si presenta infatti spaccata in due, con un Centro-Nord che corre verso la copertura totale della popola-

zione e un Meridione, che, seppur in costante crescita, è ancora lontano dall'offrire a tutti questo servizio compreso nei Livelli essenziali di assistenza, cioè nelle prestazioni sanitarie che spettano a tutti i cittadini indipendentemente dalla regione di residenza.

Se la mammografia viene offerta al 90 per cento delle donne tra i 50 e i 69 anni residenti al Nord, questa percentuale crolla al 37 per cento al Sud. Differenza ancora più marcata per la ricerca del sangue occulto nelle feci: è proposta al 66 per cento delle persone con età compresa tra i 58 e i 60 anni al Nord e soltanto il 7 per cento al Sud. Maggiore equilibrio si registra invece nell'offerta del Pap test, destinato alle donne tra i 25 e i 64 anni. In tal caso è il Centro l'area in cui si registrano i risultati migliori (87%), mentre si attestano intorno al 63 per cento il Nord e il Sud.

«A questa prima criticità

— prosegue Zappa — se ne aggiunge un'altra non meno importante: è ancora alta la proporzione di cittadini che, seppure invitati, non si sottopongono agli esame di scree-

ning». Complessivamente, poco più del 50 per cento delle donne e degli uomini che ricevono la lettera a casa esegue poi effettivamente i test di screening per il cancro della mammella e del colon; meno del 40 per cento le adesioni allo screening per il tumore del collo dell'utero.

«Sarebbe però sbagliato, o almeno incompleto, giudicare gli screening basandosi solo su questi dati — sottolinea l'epidemiologo a capo dell'Osservatorio nazionale —. I programmi di screening si caratterizzano per essere, non semplicemente un singolo esa-



me, ma un "percorso" in cui al test iniziale, se positivo, seguono ulteriori indagini, fino ad arrivare, se necessario, al trattamento vero e proprio».

Tutto ciò, inoltre, avviene all'interno di un sistema che misura e valuta ognuno di questi passaggi. I dati dicono che le italiane accettano di buon grado (lo fanno 9 su 10)

di sottoporsi a un approfondimento diagnostico nel caso in cui la mammografia faccia nascere un "sospetto". L'approfondimento consiste in un'ecografia e in una visita, seguite, soltanto se ci sono ulteriori sospetti, dal cosiddetto "ago aspirato" o da una microbiopsia. È inferiore, invece, la percentuale di chi si sottopone agli approfondimenti in caso di positività al Pap test, o all'esame per il sangue occulto nelle feci, cioè la colposcopia e la colonscopia. Sono rispettivamente l'80 e l'85 per cento le persone che passano al secondo "livello" di indagini.

«È una lacuna importante — sottolinea Marco Zappa —. Le persone che il primo test ha già identificato come a rischio, sono quelle che presentano le maggiori probabilità di ammalarsi di tumore: per loro fare il primo test lasciando i successivi è un grave errore. Questo comportamento, infatti, non dà la possibilità di intervenire, quando necessario, con opportune misure terapeutiche e non consente neanche di chiarire se il soggetto è mala-

to o è sano». La positività al tradizionale esame di screening, infatti, non è una sentenza di malattia: indica soltanto che quell'individuo potrebbe essere affetto da un tumore e necessita per questo di ulteriori indagini.

In realtà, non tutte le persone che non completano il percorso predefinito degli screening tralasciano gli opportuni approfondimenti. Molti infatti si rivolgono altrove, a uno specialista di fiducia o direttamente a una struttura sanitaria.

«Ciò avviene soprattutto al Sud — conclude il direttore dell'Ons — ed è un ulteriore indice delle difficoltà che ancora incontrano alcuni programmi di screening. Le difficoltà stesse, infatti, fanno sì che la fiducia dei cittadini nei confronti di questo "programma di protezione" non sia piena. I nostri dati ci dicono che quando il programma è ben consolidato e la qualità percepita dai cittadini è buona, tutti gli invitati compiono per intero il percorso di diagnosi precoce».

Antonino Michienzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regioni «virtuose»

Il Centro-Nord è più organizzato e corre verso la copertura totale della popolazione

In ritardo

Il Meridione, anche se migliora, è ancora lontano dall'offrire a tutti questo servizio

Quali esami, per chi e quando

In corsivo le variazioni adottate come iniziative locali

	 TUMORE	 SCREENING	 DESTINATARI	 PERIODICITÀ
SENO	MAMMOGRAFIA <i>Soltanto in Emilia Romagna</i>		DONNE TRA I 50 E I 69 ANNI <i>Donne tra i 45 e i 74 anni</i>	OGNI DUE ANNI <i>Ogni anno tra i 45 e i 49 anni</i>
COLLO DELL'UTERO	PAP TEST <i>Hpv test (al posto del Pap test in progetti pilota circoscritti e in tutto l'Abruzzo)</i>		DONNE TRA I 25 E I 64 ANNI <i>Donne tra i 25 e i 64 anni</i>	OGNI TRE ANNI <i>Ogni tre anni</i>
COLON RETTO	SANGUE OCCULTO NELLE FECI <i>Rettosigmoidoscopia (soltanto in un piccolo numero di aziende sanitarie)</i>		UOMINI E DONNE TRA I 50 E I 70 ANNI (IN ALCUNE REGIONI FINO A 74) <i>Uomini e donne tra i 58 e i 60 anni</i>	OGNI DUE ANNI <i>Una sola volta nella vita</i>

D'ARCO

Limiti

I timori e la distanza portano a disertare

Disagio psicologico all'idea di fare il test, lontananza dai centri attrezzati, semplice rifiuto (spesso malgrado la consapevolezza dell'utilità dell'esame): sono le ragioni che fanno disertare gli screening. «C'è un'Italia dei piccoli centri — spiega Paolo Marchetti, responsabile dell'Oncologia medica al Sant'Andrea di Roma — dove scarseggiano le apparecchiature e bisogna fare chilometri per una mammografia. Una difficoltà che scoraggia». Ansia al solo pensiero di sottoporsi ai controlli e "noncurante rigetto" sono poi molto diffusi, con l'aggiunta di una dose d'incoscienza o d'ignoranza. Secondo gli esperti, per migliorare l'adesione agli screening sarebbe utile una maggiore sollecitazione dei medici di base. «Però, — dice Marchetti — le differenze nei tassi di adesione si devono soprattutto alle diversità organizzative delle Regioni». I controlli, infine, sebbene gratuiti e su chiamata dalle Asl, sono meno frequenti nelle persone con basso livello d'istruzione, non sposate o conviventi, con difficoltà economiche e cittadinanza straniera. «Serve una comunicazione mirata a quelle fasce di popolazione che, per motivi anche culturali, ancora non comprendono l'importanza dei controlli regolari» conclude Pierfranco Conte, responsabile del Dipartimento di oncologia dell'Università di Modena.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Spesa ospedaliera in deficit

Farmaci in rosso per 1,63 miliardi

Roberto Turno
ROMA

Regge l'onda d'urto dei consumi in aumento la spesa in farmacia per pillole e sciroppi pagati dallo stato, facendo segnare un calo dell'1,7% rispetto a un anno fa. Ma continuano a crescere i costi per i farmaci in ospedale con un rosso (per le finanze regionali) che ha toccato quota 1,63 miliardi. Mentre i ticket per i medicinali a carico dei cittadini fanno segnare un nuovo record: in dodici mesi sono cresciuti del 15,7%, raggiungendo un valore di 807 milioni.

Dalle analisi dell'Aifa (Agenzia del farmaco), la spesa farmaceutica pubblica segna ancora una volta un andamento bifronte. A fine ottobre 2010, secondo gli ultimissimi dati disponibili, il tetto del 13,3% della farmaceutica convenzionata è stato rispettato, con un margine di risparmio di 42 milioni nonostante l'incremento del 2,7% delle ricette prescritte, che denota lo spostamento delle prescrizioni sempre più verso i medicinali a prezzo più basso anche per effetto della scadenza dei brevetti. Malissimo invece continua ad andare la spesa farmaceutica ospedaliera, su cui pesano ormai gran parte dei più costosi farmaci innovativi, a partire dagli anti-tumorali: il risultato è che la farmaceutica ospedaliera ha raggiunto il 4,3% della spesa sanitaria totale, quasi raddoppiando il tetto (2,4%) imposto per legge.

Un mosaico complesso, soprattutto per le marcate differenze regionali. La spesa farmaceutica ospedaliera ha superato il budget in tutte le regioni, col picco massimo in Sardegna (6,6%) e quello minimo nel Molise (2,9%). Mentre in farmacia il record è stato della Sicilia (15,9%, rispetto al tetto di legge del 13,3%) e il valore più basso è stato registrato a Trento (10,1%). Sommando la spesa farmaceutica convenzionata e quella ospedaliera, il budget teorico annuo del 15,7% ha retto tra le grandi regioni soltanto in Lombardia (15,4%), oltretutto in Valle d'Aosta, a Bolzano e a Trento.

Particolarmente significativi l'impennata degli incassi

per i ticket pagati dai cittadini: il gettito è cresciuto di più in Calabria (+36,8%) e meno nel Lazio (+6,9%). E questo non solo per effetto dei nuovi livelli di compartecipazione via via imposti nel corso dell'anno in alcune regioni. A far premio, secondo Federfarma, l'associazione dei titolari di farmacia, è stato l'aumentato gettito del prezzo di riferimento pagato dagli assistiti che hanno scelto, anziché i generici, i farmaci griffati a prezzo superiore: il maggior onere per i cittadini - fanottere Federfarma - è dovuto in gran parte «alle polemiche strumentali» che hanno investito i farmaci generici «accusati di scarsa efficacia, e la sostituzione da parte del farmacista». Polemiche che avrebbero ingiustamente reso «diffidenti» gli

CONSUMI A DUE FACCE

In farmacia tiene il budget ma i ticket crescono del 15,7% e per i generici l'Aifa punta a nuovi prezzi legati ai volumi di vendita

assistiti verso i farmaci generici, orientandoli appunto a scegliere i più costosi (ma di pari efficacia) farmaci di marca.

Il consuntivo finale 2010, secondo l'Aifa, confermerà il trend di ottobre. Ma non mancheranno nuovi interventi, anticipa il direttore generale dell'agenzia del farmaco, Guido Rasi. Da una parte verrà monitorata con grande attenzione la spesa della distribuzione diretta da parte delle asl. Dall'altra sono allo studio nuove note limitative delle prescrizioni da parte dei medici e una negoziazione dei prezzi dei generici legati ai volumi di vendita, allo scopo di incentivarne la vendita e trovare risparmi per i farmaci innovativi. Resta il buco nero della spesa ospedaliera: «Forse il tetto di spesa fissato a suo tempo era troppo ottimistico - afferma Rasi -. Aldilà degli sprechi sempre possibili, i dati confermano che la spesa di oggi rappresenta il reale fabbisogno degli italiani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SEMPRE PIÙ RAPIDO IL RECUPERO DEL PAZIENTE

Chirurgia protesica salva tessuti

Può raggiungere anche i venti anni la durata delle protesi realizzate con biomateriali. La banca dell'osso della Regione Lombardia dispone di innesti prelevati da donatori

Luigi Cucchi

«Un tempo la chirurgia ortopedica era devastante, oggi è sempre più rispettosa dell'organismo. Meno traumi si provocano, meno danni si fanno ed il recupero del paziente è sempre più rapido. Anche la moderna chirurgia protesica punta al risparmio dei tessuti ed un paziente operato all'anca ed al ginocchio dopo pochi giorni torna a camminare ed entro poche settimane riprende la normale attività». Il professor Alfredo Savarese ha contribuito ai grandi cambiamenti che ha registrato l'ortopedia. È direttore della IV unità operativa di ortopedia dell'Istituto Clinico S.Rocco di Ome-Brescia (www.alfredosavarese.eu).

In quarant'anni di professione ha eseguito oltre 20mila interventi chirurgici. Con il suo team, effettua ogni anno circa 400 interventi protesici di anca, ginocchio e spalla. Nato nel 1948, bresciano di adozione, dopo la laurea a pieni voti si è specializzato in ortopedia ed a questa disciplina ha dedicato tutta la vita. È stato presidente della Società piemontese-ligure e lombarda di ortopedia e traumatologia, autore di oltre 80 pubblicazioni scientifiche. Come membro del Consiglio nazionale della Società italiana di Riprotesizzazione, si occupa della sostituzione delle protesi usurate con nuove protesi specifiche per le revisioni. La durata delle protesi attuali può raggiungere anche i 20 anni, ben superiore rispetto al passato quando si impiegavano biomateriali che si usuravano nel tempo. A lui chiediamo, quali sono le conseguenze del degrado delle cartilagini?

«L'artrosi è una malattia degenerativa delle articolazioni, in Italia colpisce oltre il 40% degli ultrasessantenni, porta alla distruzione progressiva delle cartilagini articolari e si manifesta, sul piano clinico, con dolori, rigidità, versamenti articolari e gravi alterazioni funzionali. L'artrite reumatoide è invece una malattia infiammatoria cronica, che provoca effetti ancora più distruttivi dell'ar-

trite sulle articolazioni, con deformità e disturbi funzionali severi. Le sedi più colpite sono le cosiddette grandi articolazioni: anca, ginocchio e spalla. La chirurgia sostitutiva delle articolazioni danneggiate è iniziata in maniera razionale nei primi anni Sessanta grazie all'impulso del professor John Charnley, un grande maestro. L'introduzione nell'uso clinico di biomateriali ha favorito una rapida e solida osteogenesi periprotesica, vale a dire un perfetto ancoraggio biologico della protesi nell'osso ospite. Questi materiali sono il titanio, il titanio trabecolare ed il tantalio». Come sono cambiate le protesi?

«Gli steli, soprattutto per l'anca, si d'anca, si sono ridotti di dimensioni. Realizzano un ancoraggio biologico risparmiando il collo femorale ed evitando anche i rari dolori postoperatori alla coscia».

Il professor Savarese impiega da oltre 10 anni una protesi d'anca in Tilstan (Titanio a bassissimo contenuto di Nikel), fortemente innovativa e di concezione mini invasiva. È prodotta in Germania su design italiano. Il suo nome è CFP (Collus Femoris Preserving), ed è una delle protesi più impiantate in Europa. In Italia, il professor Alfredo Savarese è stato tra i fondatori della Tissue Sparing Surgery, cioè chirurgia a conservazione tessutale (TSS), il cui obiettivo consiste nel rispettare e conservare, durante l'intervento protesico, sia i tessuti molli dell'anca (la cute, con incisioni più piccole e quindi con cicatrici più estetiche; i muscoli ed i tendini), sia il tessuto osseo. Lo scopo della TSS è un rapido recupero della deambulazione, una ridotta ospedalizzazione con diminuiti costi sanitari ed un più precoce ritorno al lavoro ed anche allo sport. Risparmiando il tessuto osseo femorale - precisa il professor Savarese - si semplifica anche un eventuale reintervento di revisione protesica futura».

Il team del professor Savarese esegue un numero importante di revisioni di anca e di ginocchio, cioè di protesi che, con il passare degli an-

ni, si sono usurate o scollate dall'osso. e L'intervento di riprotesizzazione del ginocchio o dell'anca presuppone infatti un'adeguata preparazione e studio del paziente, una perfetta organizzazione dell'ambiente clinico, la disponibilità sia di differenti opzioni protesiche che di innesti ossei prelevati da donatori e provenienti dalla Banca dell'osso, un organismo creato in modo lungimirante dalla Regione Lombardia.



Italia all'avanguardia nella cura della lebbra

*A Genova attivo un centro d'eccellenza all'ospedale San Martino
L'esperto: «Malattia curabile, ma lo stigma sociale è ancora forte»*

Nel mondo ci sono ancora milioni di vittime, perchè permangono condizioni di

sottoalimentazione, miseria e sporcizia, che favoriscono il diffondersi del morbo di Hansen

10 MILIONI I MALATI NEL MONDO
600 NUOVI CASI OGNI GIORNO
244MILA NEL SOLO 2009
162 CASI IN ITALIA NEL 1990 (80% IMMIGRATI)

DI **LUCIA BELLASPIGA**

Ma come, esiste ancora? È la classica domanda che ci si pone quando si sente parlare di lebbra. Una malattia che l'immaginario collettivo (e le paure antiche, mai sopite) relegano al medioevo. Ma la lebbra non è una leggenda d'altri tempi, nel Duemila è ancora una piaga planetaria e tuttora infetta decine di milioni di persone in tutto il mondo. Italia compresa.

«Ormai è curabilissima, tutti guariscono di lebbra, se vengono curati - chiarisce subito il professor Enrico Nunzi, l'esperto degli esperti in Italia, docente universitario di dermatologia presso l'ospedale genovese di San Martino -. Ormai sta diventando una malattia come le altre, eppure i pazienti sono ancora "diversi" dentro, lo stigma resta, la vergogna pure. Sono persone sulle quali pesano millenni di disprezzo, è un accumulo di dolore che si stratifica».

Cos'è cambiato nella situazione italiana?

Tutto. Nel Novecento i malati erano ancora chiusi in ghetti, legati, impauriti: ancora alle soglie della seconda guerra mondiale, le case dei "lebbrosi" venivano incendiate, tanto era il terrore atavico per questa malattia. Io ho iniziato a occuparmi di lebbra nel 1965 come studente, ho continuato in Africa, poi di nuovo ho seguito i pazienti in Italia dall'86 a oggi. Negli anni '80 in Italia persistevano antichi focolai autoctoni presenti da secoli in Liguria, Calabria, Sardegna, Puglia e Sicilia.

Poi sono scomparsi del tutto?

L'ultimo caso italiano si è verificato nel 2003.

Però la lebbra è rientrata con gli immigrati, che hanno portato cultura, arte, cucina, ma anche malattie... Eppure in Italia un problema lebbra non esiste, per due motivi: prima di tutto perché c'è Genova, con il suo Centro di riferimento nazionale per la lotta al morbo di Hansen, capace di dare tutte le risposte utili. Poi perché per la lebbra il bacillo non basta, sono tutte le condizioni circostanti a determinare il contagio (condizioni igieniche, tenore di vita...): dei 1.500 casi di lebbra in Olanda, solo uno è il risultato di un contagio, gli altri l'hanno tutti contratta in Africa o in Asia. Uno solo anche il caso in Italia. Comunque non esiste un allarme immigrazione: io mi preoccuperei molto di più della tubercolosi, a questo riguardo.

Quanti sono i malati nel nostro Paese?

Dal 1990 a oggi a Genova abbiamo diagnosticato 162 nuovi casi (l'80% immigrati), ovvero il 70% di tutti i casi italiani. Questo perché i malati arrivano a Genova da tutte le regioni, infatti abbiamo una struttura dermatologica dove quelli che una volta erano chiamati "lebbrosi" sono curati insieme agli altri pazienti, dato che i nuovi farmaci rendono del tutto ingiustificata ogni segregazione. Inoltre a Genova abbiamo un laboratorio in grado di monitorare giorno per giorno l'andamento della terapia.

Come nasce questa tradizione?

A Genova secoli or sono i "lebbrosi" venivano chiamati "marotti", ovvero malati: erano i malati per eccellenza. Un'esperienza come la nostra, che l'Europa ci invidia, non nasce dal nul-



la: nel 1150 la città aveva già questo ospedale per la cura dei "marotti". Ora la lungimiranza di Provincia e Regione hanno fatto il resto, cogliendo perfettamente quanto la secolare tradizione ligure fosse utile per tutto il Paese.

Grazie a un cocktail di tre farmaci, dal 1982 di lebbra si guarisce del tutto. Perché allora ancora milioni di casi nel mondo?

Perché il marchio di infamia fa sì che, anziché uscire allo scoperto, i malati si nascondano con vergogna. E perché è inutile sconfiggere il bacillo se poi le condizioni di sottoalimentazione, miseria e sporcizia restano le stesse: se non rimuoviamo le cause, potremo distribuire farmaci per decenni ma non vinceremo mai la lebbra. Inoltre è determinante la diagnosi precoce: bisogna agire prima che il microbatterio entri nei nervi procurando le ben note disabilità e mutilazioni. La diagnosi si fa con esami specifici, ma soprattutto *guardando* l'ammalato: ci vuole pratica, esperienza di una vita, mentre oggi nella classe medica c'è grande ignoranza clinica, che si cerca di superare con analisi sempre più costose e sofisticate. Il medico impari di nuovo a *guardare* e *toccare* l'ammalato.

In autunno lei andrà in pensione...

Da 25 anni lavoro con i missionari Identes, siamo stati in Ciad e Camerun e molto abbiamo collaborato nella didattica universitaria: in Ecuador dirigono un'Università Cattolica straordinaria, fatta per la comunità e non per i professori... Dove il padre superiore mi manderà, andrò. A Genova la Regione e l'Università sono intenzionate a sostituirmi con persone validissime, ma devono sbrigarci perché il flusso di malati è piccolo ma costante... Specie a Natale e nei weekend, non a caso: se lo vede lei l'operaio extracomunitario che si prende un mercoledì di malattia per i controlli e così fa sapere di avere la lebbra?

Dal 1990 diagnosticati in Italia 162 nuovi casi. L'ultimo paziente è stato colpito nel 2003. Il morbo è rientrato con l'immigrazione. Ma non c'è allarme: i farmaci fanno guarire del tutto chi si ammala

L'allarme

Ancora troppi senza farmaci

DA MILANO

Ogni due minuti nel mondo una persona si ammala di lebbra: più di 600 nuovi casi al giorno. Oltre 244mila nel solo 2009, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità. E sono solo i dati ufficiali, perché si calcola che altrettanti siano i malati di cui non si ha notizia, non identificati dalla Oms.

«Rimane gravemente insufficiente l'accesso ad accertamenti diagnostici tempestivi», ha dichiarato, in proposito, monsignor Zygmunt Zimowski, presidente del Pontificio consiglio per la pastorale della salute, presentando la 58ª Giornata mondiale dei malati di lebbra, in programma domani.

«Nella nostra epoca – ha sottolineato – si

La denuncia di monsignor

Zimowski (Pontificio consiglio della salute): per i poveri non esistono diagnosi tempestive

assiste da una parte ad un'attenzione alla salute che rischia di trasformarsi in consumismo farmacologico, medico e chirurgico, diventando quasi un culto per il corpo, e dall'altra parte, alla difficoltà di milioni di persone ad accedere a condizioni di sussistenza minimali e a farmaci indispensabili per curarsi».

Ecco perché oggi, nel Duemila, è il caso di parlarne ancora. L'80% delle persone con grave disabilità vive nei Paesi pove-

ri, e tra queste circa 380 milioni non hanno accesso ad alcun servizio riabilitativo, mentre solo il 3% beneficia di terapie. Di loro, degli ultimi tra gli ultimi, si occupa Aifo, Associazione italiana Amici di Raoul Follereau, nata nel 1961, che in 50 anni di attività ha contribuito alla cura di un milione di malati di lebbra, destinando loro 130 milioni di euro raccolti in donazioni. Aifo ispira la sua attività al messaggio e all'opera di Follereau (1903-1977), giornalista, poeta e scrittore cattolico francese che dedicò la sua vita a lottare contro "tutte le lebbre", come l'indifferenza e l'ingiustizia. Grazie a migliaia di soci e sostenitori, attualmente è presente in 26 Paesi d'Africa, America del Sud e Asia, con 103 progetti di cooperazione socio-sanitaria. (L.B.)

Vaccino forza quattro

MENINGITE Il 67 per cento delle mamme italiane è convinta che i figli non siano esposti a nessun rischio meningite, solo due terzi sa che esiste uno o più vaccini e un altro terzo ne ha fatto uso. Sono i dati emersi da un'indagine Eurisko su 450 madri di ragazzi tra dieci e 18 anni. Eppure gli ultimi fatti di cronaca (la morte per presunta meningite fulminante, a 17 anni, di Simona Senoner, atleta della nazionale di salto con gli sci) dovrebbero far riflettere sull'importanza della prevenzione di questa infezione, più che mai pericolosa per i più giovani. Proprio per loro, è da poco in commercio il primo vaccino coniugato quadrivalente e sta per essere approvato un altro vaccino contro il ceppo B, il più diffuso in Europa: entrambi sono **frutto della ricerca italiana**. «Il vaccino quadrivalente protegge da quattro ceppi batterici, A (molto diffuso negli Usa), C (diffuso in Italia e in Europa), Y, W135» spiega Rino Rappuoli, responsabile del Centro ricerche sui vaccini di Siena. «“Coniugato” a una proteina che stimola i linfociti B a produrre anticorpi, potenzia la risposta immunitaria, in particolare nei ragazzi (è consigliato dopo gli 11 anni): a un anno dalla vaccinazione, negli adolescenti ai quali è stato somministrato, il numero di anticorpi risulta decisamente superiore a quello dei coetanei che si sono affidati al “normale” vaccino».

Paola Trombetta

La Regione: dal prossimo anno prevenzione in tutte le scuole

Allarme droga tra i ragazzini

Un corso Usa per «smettere»

Droga in classe. Anche tra i giovanissimi. Due su tre già alle medie usano, almeno qualche volta, stupefacenti, alcol e tabacco. Poi la cannabis. E tra i quindicenni, l'11,5% ha consumato anche ecstasy, stimolanti, eroina, oppio, cocaina. Mentre il 21,7% s'è ubriacato. Sono i dati che emergono dalla ricerca *Health Behaviour in School - aged Children*, promossa dall'Organizzazione mondiale della Sanità e realizzata dall'Asl di Milano e dall'Osservatorio regionale delle dipendenze (OreD), per conto dell'assessorato alla Famiglia. E, ora, per arginare il fenomeno della droga tra gli adolescenti, il Pirellone fa scattare un progetto di prevenzione che arriva, per la prima volta in Europa, dagli Stati Uniti.

A PAGINA 6 Ravizza

Ricerca Indagine tra gli adolescenti della Lombardia

«Sei ragazzi su dieci hanno provato droghe

Prevenzione a scuola»

La Regione adotta il progetto LifeSkills

11-15

La fascia di età presa in considerazione nella ricerca effettuata nelle 197 scuole lombarde

5.552

Il numero di studenti consultati per l'indagine sull'uso di droga tra adolescenti

In due su tre già alle scuole medie usano, almeno qualche volta, stupefacenti, alcol e tabacco. Sono studenti della Lombardia alle prese — soprattutto — con la cannabis. E, tra i quindicenni, l'11,5% ha

consumato persino ecstasy, stimolanti, eroina, oppio, morfina, medicine, cocaina, colla o solventi, Lsd, funghi allucinogeni, ketamina e Ghb (acido gamma idrossi butirrico). Il 21,7% s'è ubriacato. I dati,

presentati ieri al Pirellone, emergono dalla ricerca *Health Behaviour in School - aged Children*, promossa dall'Organizzazione mondiale della Sanità e realizzata dall'Asl di Milano e dall'Osservatorio regio-



nale delle dipendenze (OreD), per conto dell'assessorato alla Famiglia.

L'indagine è stata svolta su un campione di 5.552 studenti tra gli 11 e i 15 anni reclutati in 197 scuole lombarde statali e paritarie (1.844 in 1^a media, 1.743 in 3^a media e 1.965 nella prima superiore). E, ora, per arginare il fenomeno della droga tra gli adolescenti, il Pirellone fa scattare un progetto di prevenzione che arriva, per la prima volta in Europa, dagli Stati Uniti. È il *LifeSkills Training* ideato da Gilbert J. Botvin del Weill Cornell Medical College. È un programma che mira ad aumentare negli alunni la capacità di gestire le sfide quotidiane e a favorire

un maggior autocontrollo. Ci sono lezioni di *problem-solving* e *decision-making*, percorsi per sviluppare la capacità di rifiuto e controllare la propensione a ricercare emo-

zioni forti, informazioni sulle sostanze stupefacenti. Dagli studi americani condotti da Botvin risulta che il *LifeSkills Training* riduce l'uso di cannabinoidi del 71% e l'uso regolare (settimanale e giornaliero) dell'83%.

Dalla primavera mille docenti delle medie si prepareranno — d'accordo con il direttore dell'Ufficio scolastico

regionale, Giuseppe Colosio — per portare il programma in 200 scuole della Lombardia, per 50 mila studenti interessati. S'inizierà con l'anno scolastico 2011-12. «L'educazione è la vera risposta all'emergenza», ricorda il governatore Roberto Formigoni. «L'impegno economico per sostenere gli interventi di contrasto alle dipendenze è di oltre 100 milioni di euro».

Simona Ravizza

sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In classe

L'indagine realizzata dall'Asi di Milano è stata svolta su oltre 5 mila studenti e sottolinea