

Rassegna del 10/01/2011

| | |
|--|---|
| NAZIONE TOSCANA & LIGURIA - Lettere al direttore - Giovani e prevenzione - ... | 1 |
| REPUBBLICA - La corsa delle minorenni alla pillola del giorno dopo - Giovani, imprudenti e confusi sul sesso è boom per la pillola del giorno dopo - Pasolini Caterina | 2 |

Lettere al Direttore

Giovani e prevenzione

■■■ L'educazione sessuale non è ancora entrata nelle scuole italiane come invece in gran parte del mondo. E' vero anche che l'Italia è poco preparata all'introduzione di insegnamenti innovativi importanti. Invece ritengo che educare alla contraccezione e quindi evitare gravidanze indesiderate sarebbe molto utile. In più si dovrebbe parlare anche di prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Purtroppo ancora oggi molti giovani non sanno che il rapporto andrebbe sempre protetto con il preservativo, soprattutto quando non si conosce il partner. E quasi nessuno sa che oggi si può fare ancora di più a livello preventivo vaccinando le ragazze, a partire dall'adolescenza, con un vaccino che combatte il virus dell'Hpv, principale responsabile del tumore del collo dell'utero molto diffuso tra le donne giovani.

Alessandro Bovicelli
Bologna



Il caso

La corsa delle minorenni
alla pillola del giorno dopo

Giovani, imprudenti e confusi sul sesso è boom per la pillola del giorno dopo

Il 55 per cento delle confezioni venduto a minorenni

CATERINA PASOLINI

SONO appassionati e tecnologici, conoscitori della realtà virtuale più che del loro corpo. Navigano in rete come professionisti ma in amore e sesso improvvisano e rischiano. Sono i teenager italiani del nuovo secolo: il 27 per cento non usa alcun anticoncezionale e la percentuale sale al 35 per cento tra le sole ragazze.

RISULTATI si vedono, lanciano l'allarme i medici degli ospedali dove ogni week end arrivano a decine ragazzine impaurite a chiedere la pillola del giorno dopo, mentre si moltiplicano le malattie sessuali tra i giovanissimi. Perché i nipoti del '68 e del femminismo invece di prevenire si affidano sempre di più alla contraccezione di emergenza che negli ultimi anni ha visto un vero e proprio boom. Fino ad arrivare a 370 mila confezioni. Acquistate e usate, per il 55 per cento dei casi da minorenni.

Di adolescenti impauriti, con idee confuse in materia di sesso e procreazione ne ha visti tanti andare a chiedere la pillola del giorno dopo il professor Emilio Arisi. Fondatore dei primi consultori in Italia, è consigliere della Sigo, la società italiana ginecologi che ogni anno organizza corsi nelle scuole per «rompere la barriera dell'ignoranza. Perché ho conosciuto ragazzi convinti che la Coca Co-

la fosse un anticoncezionale, che se facevano l'amore in pie-

L'allarme dei medici: il 27% dei teenager italiani non usa nessun anticoncezionale

di non sarebbero rimaste incinta, che una lavanda al limone salvava da un rapporto non protetto», racconta. E punta il dito contro le istituzioni, la mancanza di corsi di educazione sessuale nelle scuole, comuni in Europa e qui realtà solo per buona volontà di alcuni.

«Il boom della pillola del giorno dopo è dovuta anche al fatto che molti genitori non sono in grado di parlare ai figli di anticoncezionali, di sesso», dice il professor Carlo Flamigni che ha scritto un libro dedicato proprio alla pastiglia — «osteggiata dai medici cattolici pur non essendo un abortivo perché in Italia sappiamo fare solo la morale e non dare informazioni» — e autore di un volume sulla Contraccezione (edizioni Asino d'oro, il ricavato andrà all'Aied).

«Si arriva alla contraccezione di emergenza di massa in Italia perché non esiste educazione pubblica e perché la vecchia generazione non è che usi molto preservativi o pillola: le donne che prendono la pastiglia anticoncezionale da noi sono il 16 per cento rispetto al 40 per cento di alcuni paesi del nord Europa e il 32 per cento è rima-

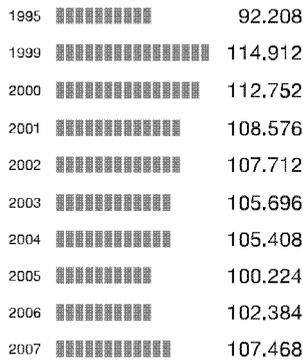
sta al coito interrotto. E il messaggio che passa alle giovani generazioni in famiglia finisce per essere che al pillola fa male, che ingrassa. Falsità». Così i teenager si arrangiano: nel 22 per cento dei casi si affidano al coito interrotto, nel 27 per cento al preservativo e solo il 18 per cento alla pillola.

La professoressa Alessandra Graziottin, direttore centro di ginecologia all'ospedale San Raffaele Resnati e collaboratrice e dei programmi Sigo, spiega il boom della pillola del giorno dopo con un'ignoranza dovuta «alla resistenza storica del mondo cattolico ma anche al fatto che non abbiamo insegnato ai giovani il senso di responsabilità, anche nel sesso. Responsabilità nei confronti della propria salute e di quella della propria compagna, del proprio



I profilattici

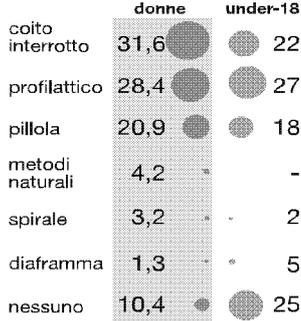
pezzi venduti (milioni)



Fonte: Nielsen

La scelta delle donne e dei ragazzi

percentuale

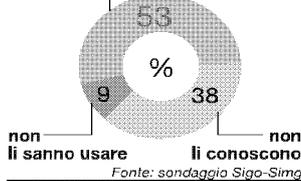


Fonte: Aifa-Iss

Il parere dei medici

Perché gli italiani usano poco i contraccettivi?

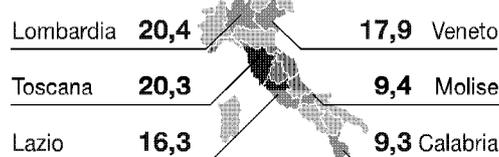
li rifiutano



Fonte: sondaggio Sigo-Simg

La pillola anticoncezionale

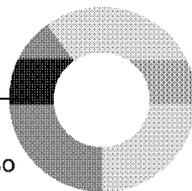
% di utilizzo



All'estero

40%

delle donne dei paesi del nord Europa ne fa uso

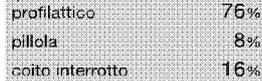


La "prima volta"

Hai preso precauzioni?

67% sì

quali?



Fonte: sondaggio Sigo-Simg

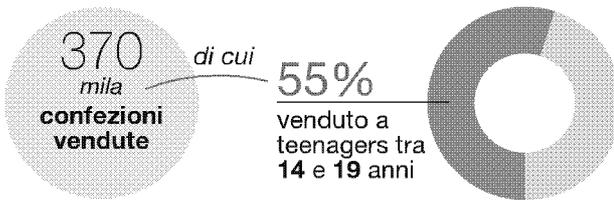
futuro. Insomma che se uno fa all'amore deve pensarci, a come non avere figli a non trasmettere malattie».

Più comprensivo con i ragazzi lo psicologo Charmet: «Difficile per loro irruenti, immaturi per età, che non hanno casa né rapporti spesso stabili, programmare incontri e anticoncezionali. Comunque è vero che i giovani si sentono immuni da rischi, non hanno il senso delle conseguenze dei loro gesti. Finalmente liberi dal senso del peccato e dal timore di castighi legati al sesso». Ma forse, a furia di visite a tappeto nelle scuole, qualcosa sta cambiando. Gli ultimi dati segnalano un calo del 4,7% nelle vendite della pillola del giorno dopo mentre cresce lievemente il consumo di quella anticoncezionale tra le giovanissime fino al 18%.

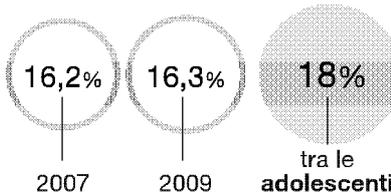
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pillola del giorno dopo

I numeri



La diffusione



Botox

L'elisir della giovinezza che tiene in piedi l'Irlanda

La scheda



LA PRODUZIONE

Entro il 2016 il 70% del fatturato verrà dall'uso terapeutico



NIENTE CRISI

Il Botulinum che spiana le rughe si continua a vendere



NUOVI USI

Presto diventerà anche un farmaco per il mal di testa

Nel paese più in crisi d'Europa c'è ancora qualcosa che funziona. È la fabbrica del siero che fa scomparire le rughe. L'intera produzione mondiale arriva dalla cittadina di Westport. Che si può davvero considerare la capitale del lifting

DAL NOSTRO INVIATO
ENRICO FRANCESCHINI

NWESTPORT onostante tutto c'è ancora qualcosa che funziona, nel paese più in crisi d'Europa. Mentre l'Irlanda ha perso la faccia, costretta di nuovo a emigrare in cerca di lavoro come negli anni Trenta e a chiedere l'elemosina alla Ue di Bruxelles per evitare la bancarotta, ci sono degli irlandesi che si arricchiscono facendo il lifting a tutto il pianeta. Dietro una futuristica scatola di vetro e acciaio, nella pittoresca cittadina di Westport, sulla costa occidentale dell'Isola di Smeraldo, si nasconde infatti una moderna fontana della giovinezza: l'intera produzione mondiale di Botox, il siero che ha fatto scomparire le rughe dal volto di stelle del cinema, divi del pop, presentatrici televisive e da milioni di persone disposte a farsi iniettare un minuscolo ago nelle tempie, esce di qui.

Da quando cominciò a funzionare vent'anni or sono, lo stabilimento della Allergan, con i suoi 800 dipendenti, ha prodotto più di 26 milioni di fiale di una sostanza chimica conosciuta ufficialmente come Botulinum, generando 370 milioni di euro l'anno di fatturato. Oggi la produzione è tal-

Ha prodotto più di 26 milioni di fiale di botulino: 370 milioni di euro l'anno di fatturato

mente automatizzata che in realtà il Botox richiede il lavoro di appena 80 persone: una media di 4 milioni di euro di guadagni annui a operaio, non male come tasso di produttività nell'era della globalizzazione. Qui dentro non è mai arrivata la recessione che ha sgonfiato il boom della Tigre Celtica, come era chiamata l'Irlanda negli anni di crescita prodigiosa. La fabbrichetta di Westport espande i profitti al ritmo del 10 per cento annuo: sono scesi all'8 per cento solo nel 2009, all'apice della flessione economica. «Siamo in estasi», ammette David Pyott, l'amministratore delegato, un avvocato scozzese di 55 anni con la fronte di un bebè, dunque il primo a pubblicizzare con orgoglio il suo magico elisir. «Le vendite hanno leggermente rallentato nel momento più acuto della depressione, quando i nostri clienti si facevano evidentemente le iniezioni ogni quattro-cinque mesi anziché ogni tre come sarebbe la regola. Poi tutto è ripreso al ritmo di prima». Crisi o no, insomma, al Botox non si rinuncia: una volta che si è cominciato a prenderlo, è psicologicamente difficile smettere. Ritrovata la giovinezza, del resto, chi vorrebbe tornare vecchio e decrepito?

Come per il Viagra, anche gli effetti del Botox sono stati scoperti per caso. Negli anni '50 alcuni ricercatori si accorsero che il batterio *Clostridium botulinum* poteva temporaneamente rilassare, di fatto paralizzandoli, i muscoli del viso.

La prima applicazione medica risale al 1989, quando venne usato per curare una paziente in Canada che soffriva di strabismo e incontrollabile riflesso asbattere le palpebre. I sanitari notarono un curioso effetto collaterale: la sostanza faceva sparire le rughe dalla fronte e dal resto della faccia. Ci volle un altro decennio prima che fosse pronta per il lancio. Apparso sul mercato nel 2000, da allora è diventato un fenomeno globale. Uomini e donne, anziani e di mezza età, se lo fanno iniettare regolarmente. Una fronte liscia come olio è diventata la norma per attori, modelle, conduttori della tivù e da tutti coloro che per mestiere devono apparire in pubblico, politici compresi. Le cosiddette "zampe di gallina" sono sparite dal viso di una generazione di quaranta-cinquantenni, perlomeno di quelli che hanno i mezzi per permettersi una simile "medicina" tre o quattro volte all'anno: altrimenti svanisce l'effetto e ricompaiono le rughe.

«Il meglio deve ancora venire», predice l'amministratore

Qui non è mai arrivata la recessione: "Siamo in estasi" dice l'amministratore

delegato. Per adesso le entrate del Botox sono divise al 50 e 50 tra usi cosmetici e terapeutici. «Ma nei prossimi cinque anni il 70 per cento del fatturato verrà dall'uso terapeutico», scommette Pyott. Non perché diminuirà quello cosmetico, bensì perché sono in corso di approvazione le licenze per nuove applicazioni **farmaceutiche**. Già ora il Botulinum viene utilizzato per una varietà di disturbi, dall'eccesso di sudorazione sotto le ascelle a diverse forme spastiche. Presto verrà lanciato anche come cura contro il mal di testa, in particolare contro l'emigrania cronica, di cui soffrono decine di milioni di persone. Entro il 2015, perciò, l'Allergan potrebbe raddoppiare i suoi guadagni. Peccato, pensano gli irlandesi strozzati dai debiti, che non basti un'iniezione di Botulino per far passare di colpo l'emigrania anche all'economia nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Uova tedesche

**La diossina negli alimenti
Via ai controlli in Italia**

ROMA — Controlli in tutta Italia per la diossina dopo l'allarme proveniente dalla Germania, dove sono state trovate uova contaminate dalla sostanza altamente tossica e molto diffusa nell'ambiente. Gli uffici del ministero sono stati allertati per intensificare la sorveglianza sulle merci importate. «Siamo pronti a ritirare i prodotti, ma non c'è ragione di drammatizzare perché i nostri alimenti sono sicuri», ha insistito anche ieri il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Nessun Paese ha chiuso o ha intenzione di chiudere le frontiere, ha aggiunto: «Non sarà l'Italia a creare un caso internazionale. Ci adeguiamo alle iniziative comunitarie. Abbiamo la lista dei fornitori tedeschi a rischio. Non sono arrivate uova dalla Germania». Domani una riunione tecnica a Bruxelles per fare il punto. Le autorità regionali tedesche, intanto, hanno cominciato a sbloccare gradualmente le attività degli allevamenti di pollame e suini che nei giorni scorsi erano stati chiusi per accertamenti a causa dello scandalo delle uova alla diossina, ma il governo federale ha messo in guardia che sarebbe «premature» parlare di cessato allarme. La nostra Cia (Confederazione italiana agricoltori) non drammatizza: «Giusto mettere in campo tutte le forze, ma la sopravvivenza economica della nostra agricoltura non deve essere minacciata».

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tecnologia Il grande progresso delle macchine per «bruciare» i tumori

Le nuove radioterapie, potenti e precisissime Non sempre indispensabili

Fanno la differenza solo se c'è la giusta indicazione

«Assalto»

**Telefoni intasati
nei centri con
i super apparecchi**

Terapia «normale»

**La radioterapia
tradizionale è quasi
sempre sufficiente**

Oncologia

Ingegneria, fisica e informatica in aiuto dei medici nella guerra al cancro

Ultimissima in ordine di arrivo è la radioterapia in 6 dimensioni, in grado di seguire al millimetro i più piccoli movimenti del paziente durante il trattamento: adottata all'ospedale Molinette di Torino, per trattare tumori difficili da raggiungere in cervello, polmoni e fegato. Ma subito prima prima i riflettori si erano accesi su *TrueBeam*, una macchina messa a punto nella Silicon Valley che eroga, anch'essa, raggi super-precisi.

Ogni volta gli strumenti sembrano più fantascientifici, ogni volta sembra di aver trovato l'apparecchio risolutivo che «brucia» qualsiasi tumore. E ogni volta si accendono le speranze dei pazienti, che intasano i centralini degli ospedali con la loro comprensibile richiesta di accedere al trattamento più avanzato.

Tante aspettative, ma anche tanta confusione: sono talmente numerosi i diversi tipi di radioterapia che per un malato è quasi impossibile orientarsi. Un unico elemento sembra certo, per i malati: la super-tecno-

logia li salverà. «Purtroppo abbiamo deificato la tecnologia — osserva Vincenzo Valentini, direttore dell'Unità di Radioterapia al Policlinico Gemelli di Roma e presidente della Società europea di radioterapia oncologica (Estro) —. Chi sta male è disperato e spesso molto solo, oggi; così diventa inevitabile coltivare la fiducia che la tecnologia garantisca il successo contro la malattia, pensando che ciò di cui si parla al momento sia il metodo più efficace». Il risultato lo racconta Marta Scorsetti, responsabile di Radioterapia e radiocirurgia all'Istituto Humanitas di Milano dove è disponibile *TrueBeam*: «Abbiamo agende bollenti per tutto il 2011. Ogni giorno visitiamo 15-20 persone, ma di questi forse 2 o 3 saranno i candidati giusti per *TrueBeam*, perché la tecnologia più avanzata non serve a tutti. Ogni nuovo strumento apporta un pizzico di vantaggio in più, ma i medici devono decidere, in base all'obiettivo per ciascun caso, qual è il mezzo migliore e più semplice. Ciascun paziente è unico e la terapia va personalizzata».

Spesso una radioterapia standard basta, perché oggi il trattamento considerato standard è la radioterapia conformazionale in 3 dimensioni, disponibile pressoché ovunque nei circa 161 centri di radioterapia in Italia. Con una Tac si acquisiscono immagini bidimensionali del tumore, un software le rende tridimensionali

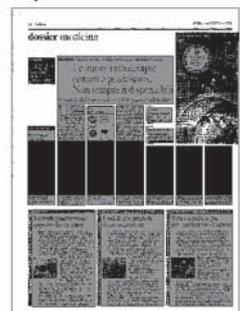
mostrando il volume e i rapporti anatomici con gli organi attorno, e ciò permette di far arrivare le radiazioni con estrema precisione. Il controllo locale della malattia è molto buono, i tassi di sopravvivenza migliorano. «Nel 60-70 % dei casi questo tipo di radioterapia è più che sufficiente: spesso il costo, anche quattro volte superiore, delle tecnologie più innovative non è giustificato dai risultati che si possono ottenere — spiega Enza Barbieri, presidente dell'Associazione italiana di radioterapia oncologica —. Con i nuovi strumenti abbiamo la certezza di un'abilità sempre maggiore nel centrare il bersaglio e risparmiare i tessuti sani attorno, diminuendo gli effetti collaterali e migliorando la qualità della vita. Ma per molti di questi apparecchi, proprio perché sono arrivati da poco, non abbiamo ancora la sicurezza assoluta che consentano un miglior controllo della malattia o influenzino la sopravvivenza: per capirlo occorre seguire a lungo un buon numero di pazienti».

In attesa di maggiori certezze su indicazioni ed efficacia degli strumenti più recenti, come si sceglie il tipo di radioterapia? «L'età del paziente non condiziona la scelta, conta soprattutto il tipo di tumore e il suo livello di espansione, ovvero lo stadio a cui si trova — risponde Barbieri —. Spesso sono i pazienti con malattia avanzata a illudersi di più che le nuove radioterapie possano es-

sere risolutive: in realtà le tecniche di estrema precisione vanno usate in casi con una buona speranza di vita, quando la malattia è controllata bene altrove e se la metastasi non supera i 4-5 centimetri o ce ne sono non più di tre che, in totale, siano inferiori ai 6 centimetri. I "paletti" per l'uso della radioterapia sono perciò precisi; proprio per fare chiarezza e aiutare i pazienti a

orientarsi, nel 2011 l'Airo ha l'obiettivo di stilare linee guida per l'impiego delle diverse tecniche».

Nel frattempo, quali consigli dare ai pazienti? Come si sceglie la struttura giusta? «Prima di tutto, bisognerebbe affidarsi a un gruppo multidisciplinare — risponde Valentini —. Radioterapista, chirurgo, oncologo medico devono essere tutti presenti al colloquio col paziente: al malato fa più danni un'indicazione sbagliata che il mancato uso dell'ultimo ritrovato ipertecnologico. Poi, è bene rivolgersi a centri che seguono molti casi, perché vi si troveranno certamente maggior competenza e flessibilità. Infine, sarebbe opportuno poter decidere dove andare sulla base dei risultati di sopravvivenza ottenuti nelle diverse strutture, che dovrebbe-



ro perciò essere noti e trasparenti». Questa per il momento è quasi utopia; non lo è, invece, l'uso sempre più esteso della radioterapia come valida alternativa alla chirurgia in alcune situazioni e il suo posto ben saldo accanto a bisturi e farmaci. «È meno invasiva della chirurgia, è selettiva e ha fatto passi da gigante: con le tecniche di precisione si possono trattare pazienti non operabili con buoni risultati e tossicità accettabile — riferisce Scorsetti —. Oggi la diagnosi precoce scopre i tumori quando sono piccoli: un buon connubio fra chirurgia, radioterapia e chemioterapia può davvero risolvere la malattia in molti casi, senza incidere troppo pesantemente sulla qualità di vita del malato» conclude l'esperta.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il censimento

Ci vorrebbero altri 50-60 acceleratori

«Il 27% degli acceleratori lineari nelle strutture di radioterapia ha più di 10 anni, che corrispondono alla vita media di uno strumento; circa 100 apparecchi andrebbero perciò sostituiti — spiega Giovanni Mandoliti, presidente eletto dell'Associazione italiana radioterapia oncologica (Airo) —. Inoltre, per garantire il trattamento entro i tempi stabiliti dalle linee guida, nel nostro Paese avremmo bisogno di altri 50-60 acceleratori lineari». Le liste di attesa si allungano anche perché c'è una cronica carenza di personale che porta a un sottoutilizzo delle apparecchiature: secondo i dati Airo, per arrivare a una gestione ottimale dei pazienti che devono sottoporsi a radioterapia mancano ancora almeno 500 operatori fra radioterapisti e tecnici.

La mappa dei centri

Dati Airo al 31/12/2010

161 Le strutture di radioterapia attive in Italia

Al Nord



Al Centro



Al Sud



D'ARCO

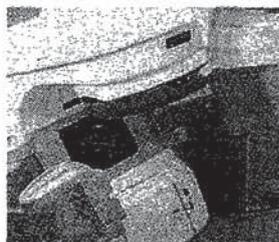
Quanti sono curati coi raggi



TrueBeam

Intensità quadruplicata rispetto allo standard

Come funziona. Produce radiazioni ionizzanti ad alta energia. Il braccio della macchina ruota attorno al paziente compiendo 360 gradi, inviando elevate quantità di raggi al tumore e colpendolo punto per punto da molteplici angolazioni. Il raggio è molto preciso (l'errore è inferiore a un millimetro) e può convogliare dosi molto elevate di radiazioni in minor tempo: in meno di due minuti si veicolano dosi per cui normalmente occorrerebbero 15-20 minuti, con intensità 4 volte superiori. Perciò può essere più aggressivo sul tumore, risparmiando allo stesso tempo i tessuti sani circostanti. TrueBeam può «seguire» la massa da irradiare



anche se ci sono minime variazioni di posizione (ad esempio per il respiro). Non richiede anestesia. **Indicazioni.** TrueBeam è utile nei casi difficili in cui il tumore è aggressivo, non operabile; i risultati migliori si ottengono quando la massa tumorale è piccola (meno di 3-4 centimetri), anche se è possibile trattare tumori di dimensioni maggiori variando il numero delle

sedute. Si sta impiegando soprattutto sui tumori al polmone, al fegato e all'addome in generale e nelle recidive vertebrali o dei tumori della testa e del collo.

Con TrueBeam è possibile fare l'irradiazione totale del solo midollo osseo, utile nei casi di leucemie e mielomi che non rispondono ad altre cure.

Informazioni pratiche. Finora si trova soltanto all'Istituto Humanitas di Milano, dove sono stati trattati circa 200 pazienti e si prevede di poterne trattare circa 600 all'anno; in media occorrono da 3 a 6 sedute per i tumori piccoli, ma si può arrivare anche a 10-15 per quelli un po' più grandi.

Servizio sanitario

Liste d'attesa lunghe

I centri di radioterapia continuano ad aumentare, in tutta Italia: nell'ultimo anno sono state aperte 11 nuove strutture e il divario fra Nord e Sud non c'è quasi più. Lo rivela l'ultimo censimento dell'Airo, secondo cui al 31 dicembre scorso i centri italiani di radioterapia sono 161.

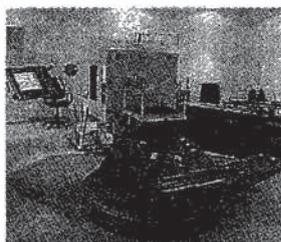
Nonostante questo, c'è ancora un 10-15% di pazienti che finisce per sottoporsi al trattamento al di fuori del Servizio sanitario nazionale per la lunghezza delle liste d'attesa e per la lontananza dai centri di radioterapia, che in alcune aree geografiche sono ancora mal distribuiti.

E il prossimo futuro potrebbe essere poco roseo: «I vincoli di spesa peseranno sempre di più e potrebbero aggravare il divario fra Regioni rendendo la sanità italiana a "macchia di leopardo", differenziata nei costi e nell'offerta di prestazioni al paziente» osserva Giovanni Mandoliti, presidente eletto Airo.

Adroterapia

Fasci di ioni prodotti da un sincrotrone

Come funziona. L'adroterapia utilizza particolari tipi di adroni, ovvero fasci di ioni carbonio e protoni, in grado di penetrare nel corpo e colpire i tumori più profondi. Per creare questi fasci occorre un sincrotrone, che li "estrae" dagli atomi e li accelera: in questo modo si ottengono "pacchetti" di miliardi di particelle ad alta energia che poi, attraverso speciali magneti, vengono portati sul paziente. Gli ioni carbonio riescono a spezzare il Dna delle cellule malate con una forza 3-4 volte maggiore rispetto a protoni e altri ioni. Inoltre possono penetrare in profondità (fino a 30 centimetri) senza disperdere energia, con un'azione precisa e mirata. Gli organi



e i tessuti che si trovano lungo il "percorso" di queste particelle e in prossimità della massa tumorale non vengono colpiti se non in minima parte dalle radiazioni e, di conseguenza, non vengono danneggiati. L'irradiamento vero e proprio dura 2-3 minuti, la seduta circa 25 minuti; in media ne occorrono una decina.

Indicazioni. Gli adroni sono utili per tumori solidi e radioresistenti vicini a organi vitali che non rispondono alle tecniche convenzionali: possono essere impiegati nella cura dei sarcomi, dei tumori pediatrici e dei tumori al polmone, al pancreas, oculari, alle ghiandole salivari, al cervello, al midollo spinale e per alcuni tumori della testa e della zona pelvica. Finora al mondo sono stati trattati poco più di 100mila pazienti, con ottimi risultati.

Informazioni pratiche. In Italia l'adroterapia si potrà fare presso il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica di Pavia. I primi trattamenti di routine dovrebbero iniziare a metà 2011 e l'ingresso a regime dell'attività clinica è previsto per il 2013.

Brachiterapia

Piccoli semi che agiscono dall'interno del corpo

Come funziona. È l'unica forma di radioterapia interventistica: il paziente viene ricoverato e, in anestesia locale o generale, il radioterapista inserisce un impianto radiante (spesso si tratta di piccoli "semi" grandi come chicchi di riso) che emette radiazioni e distrugge il tumore entro cui si trova. In alcuni casi l'impianto viene rimosso una volta raggiunta la dose terapeutica prescritta; in altri lo si lascia in sede perché si "esaurisce" da solo diventando poi del tutto innocuo. Il trattamento può essere fatto quasi sempre a livello ambulatoriale e richiede un minor numero di visite in ospedale rispetto ad altre tecniche. L'irradiazione colpisce con alta intensità il tumore e lo "segue" costantemente, essendovi



inserita la sorgente dei raggi; il rischio di effetti collaterali gravi è basso, l'efficacia è buona su diversi tipi di cancro. In caso di brachiterapia temporanea, il paziente non è radioattivo dopo la rimozione dell'impianto radiante; nella permanente l'irradiazione interessa solo pochi millimetri di tessuto attorno al "seme" e i livelli di radiazione sono bassi. Nessun pericolo per gli altri, quindi; per maggior precauzione, può essere opportuno non

tenere in braccio bimbi piccoli o stare molto vicino a donne in gravidanza per un breve periodo dopo l'impianto.

Indicazioni. Viene impiegata ad esempio per i tumori della cervice, della prostata, del seno, della pelle, della testa e del collo; può essere usata da sola o in combinazione ad altre terapie ed è impiegata quando i tumori sono piccoli o sono localmente avanzati, senza metastasi.

Informazioni pratiche. I centri che offrono la brachiterapia sono molto numerosi e distribuiti abbastanza bene sul territorio, con una minore rappresentanza al Sud; un elenco si trova sul sito Airo (www.radioterapiaitalia.it).

Gamma Knife e Cyberknife

Vera radiochirurgia per «tagliare via» i tumori

Come funzionano. In entrambi i casi si tratta di radiochirurgia: i fasci di radiazioni ionizzanti vengono utilizzati per "tagliare" via il tumore. Gamma Knife usa fotoni gamma emessi da sorgenti di cobalto per il trattamento di patologie cerebrali: alla testa del paziente viene fissato un casco per identificare la lesione nelle tre dimensioni dello spazio e focalizzare con precisione il raggio. Cyberknife è un acceleratore lineare che utilizza un unico fascio ad alta energia di raggi X ed è montato su un braccio robotico che assume fino a 1200 posizioni diverse per compensare i movimenti del paziente: non serve il casco, lo strumento si riposiziona e "segue" il tumore grazie a un software che localizza e mantiene il



bersaglio durante la seduta. Gamma Knife consente di effettuare il trattamento in un'unica seduta (di 3-8 ore); il casco va fissato al cranio in anestesia locale, ma permette una precisione del raggio-bisturi inferiore a un millimetro. Il Cyberknife comporta un maggior numero di sedute, che durano circa un'ora; non richiede ricovero, anestesia o sedazione, né l'assoluta immobilità del paziente; il livello di precisione è leggermente minore

(attorno al millimetro).

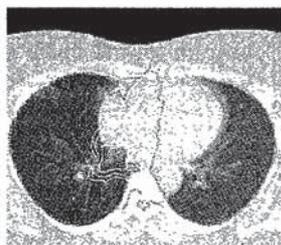
Indicazioni. Gamma Knife è impiegato solo per tumori e altre patologie cerebrali (malformazioni vascolari, nevralgia del trigemino etc). Cyberknife può essere utilizzato per trattare tumori della testa, ma anche di altri distretti corporei: è utile per organi in movimento come i polmoni o difficili da raggiungere come il pancreas, per tumori non altrimenti operabili o per recidive dopo radioterapia.

Informazioni pratiche. Gamma Knife viene utilizzato per diverse patologie benigne e si trova anche in strutture dov'è presente una neurochirurgia; i centri che lo offrono sono 6. Cyberknife si trova in 5 strutture in Italia, a Messina, Vicenza, Milano (2), Salerno.

Tomoterapia

Trattamenti modulati per le zone più difficili

Come funziona. È un apparecchio simile a una TAC in cui si trova un acceleratore che produce i raggi e ruota continuamente attorno al paziente, che si trova su un lettino anch'esso mosso in sincrono avanti e indietro. Grazie a questi movimenti, controllati da un computer, i raggi si muovono a spirale consentendo una radioterapia a intensità modulata: in pratica, si possono distribuire dosi variabili di raggi su volumi irregolari. Tutto il trattamento è guidato da immagini ottenute attraverso una TAC volumetrica, che viene utilizzata anche per altri tipi di radioterapia ed è utile perché ricostruisce il tumore in tre dimensioni prima di ogni seduta. Molto versatile grazie alla possibilità di modulare il



trattamento, consente di irradiare il tumore senza danneggiare i tessuti vicini, anche quando si trova in aree "difficili"; in una stessa seduta si possono trattare aree diverse ed è possibile, fra una seduta e l'altra, adattare il trattamento alle modifiche anatomiche che potrebbero essersi verificate. La "mira" precisa consente di aumentare la dose di raggi e quindi ridurre il numero di sedute; ognuna dura

dai 15 ai 45 minuti ed è indispensabile restare immobili.

Indicazioni. È utile quando il tumore si trova in zone vicine a organi che devono essere risparmiati dai raggi, ad esempio nel caso delle neoplasie della testa e del collo o della prostata, o in casi di tumori in età pediatrica; può essere impiegata su tumori del polmone isolati, su metastasi ossee e su tumori già irradiati.

Informazioni pratiche. Gli apparecchi di tomoterapia in Italia sono una quindicina, concentrati soprattutto al Centro-Nord; sul sito dell'Associazione italiana radioterapia oncologica (www.radioterapiaitalia.it) si possono trovare i dati di alcuni dei centri che la offrono.

ARMI POTENTI DA USARE BENE

di **UMBERTO VERONESI**

La radioterapia, che è stata chiamata "questa vecchia signora ultracentenaria", non solo rimane uno dei trattamenti più efficaci nella cura del cancro, ma sta progredendo in modo esponenziale, grazie a robotica e informatica, e ha ormai una precisione tale da riuscire a colpire le cellule tumorali senza danneggiare i tessuti sani. In una storia a ritroso constatiamo che la medicina, nella guerra contro il cancro, ha cominciato a vincere le sue battaglie spostandosi verso obiettivi sempre più circoscritti: andando da ciò che è grande (larghe amputazioni di organi e tessuti) a ciò che è piccolo (interventi conservativi, radioterapia, cure mediche "mirate") e proseguendo verso un obiettivo a cui mi auguro si arriverà presto: dopo aver teorizzato che il cancro del paziente A non è identico a quello del paziente B, avere farmaci e radioterapie che curano proprio quel paziente. E mi rendo conto che ogni notizia che possa indicare una via

d'uscita, crea grandi attese, cui, però, occorre rispondere con molta chiarezza. Alcune delle metodiche che suscitano grandi speranze sono ai primi passi, occorre ancora sperimentare, studiarne gli effetti collaterali, stabilire se il beneficio vale il costo, che è molto alto, vista la tecnologia che si impiega. La domanda circa la "speranza" di guarigione ha



Avanzamenti formidabili grazie al contributo di robotica e informatica

bisogno, poi, di ulteriori risposte: in alcuni tumori la metodica funziona, in altri meno. Nel complesso, tuttavia, la percentuale di guaribilità, che nel 1940 era del 10%, oggi è del 60%. E talvolta anche quando si parla di "successo", la parola non porta sempre con sé il concetto di guarigione: talora, il sistema serve a tenere sotto controllo il tumore per tempi molto lunghi, anche se non scompare del tutto. In questi casi, si deve parlare di "fallimento"? No: anche un successo parziale o temporaneo ha grande importanza. Per esempio, il trattamento può eliminare il dolore o ridurre la massa, aprendo la strada al bisturi. Vorrei rivolgere l'invito a mantenere, pur nella difficile condizione di malato, il massimo di razionalità. Solo evitando decisioni affrettate, si potrà scegliere la strategia in grado di dare le maggiori probabilità di successo. Questo vale anche per i medici: come diceva un mio maestro «la medicina è un' arte che va praticata con intelligenza e buon senso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Radioterapia Intraoperatoria

Subito dopo il bisturi, a caccia di cellule maligne

Come funziona. Dopo la rimozione del tumore per via chirurgica, si procede durante lo stesso intervento a irradiare la zona vicina, dove spesso restano cellule maligne residue, con un fascio di raggi ad alta intensità.

Il radioterapista ha un controllo diretto visivo dell'area trattata; i tessuti sani circostanti possono essere fisicamente spostati, così da aggredire solo le aree coinvolte e ridurre la tossicità e gli effetti collaterali (a volte si ha una necrosi del tessuto adiposo circostante o una fibrosi delle aree vicine). Durante la chirurgia il tessuto trattato è molto più ossigenato e vascolarizzato, per cui è

più sensibile all'effetto dei raggi: ciò consente l'uso di dosi di radiazioni più basse.

Si fa in una sola seduta e, se occorre una radioterapia successiva, ne riduce la durata.

Indicazioni. Gli studi italiani, che vengono presi a modello nel resto del mondo, hanno dimostrato una grande efficacia della radioterapia intraoperatoria nel tumore al seno:



se la neoplasia è piccola, può azzerare la necessità di una successiva radioterapia.

La radioterapia intraoperatoria può essere impiegata anche per trattare tumori del retto localmente avanzati, per tumori al pancreas e allo stomaco, per recidive pelviche e sarcomi dei tessuti molli.

Informazioni pratiche. I centri che offrono la radioterapia intraoperatoria sono diverse decine e sono distribuiti abbastanza bene su quasi tutto il territorio nazionale, benché al Sud siano meno frequenti; un elenco si trova sul sito dell'Airo (www.radioterapiaitalia.it).

Idoneità alla guida Nuovo documento per segnalare le condizioni di salute

Per la patente ora ci vuole il certificato del medico di base

Chi sta per prendere la patente deve ricordarsi che ai fini dell'accertamento dell'idoneità psicofisica non è più valida l'autocertificazione: occorre un certificato del medico di fiducia, come prevede il nuovo Codice della strada introdotto l'estate scorsa (legge 120/2010).

È già obbligatorio, e, a fugare ogni dubbio sull'interpretazione della norma, è arrivata di recente una circolare del **ministero della Salute**.

«L'obbligo del certificato esiste da quando è entrata in vigore la legge, lo scorso 13 agosto — chiarisce Giancarlo Marano, della Direzione generale della prevenzione sanitaria del ministero —. Lo rilascia il medico di fiducia, che quasi sempre coincide con il medico di medicina generale, ma può essere anche un altro sanitario scelto come curante. Per facilitare la certificazione e uniformarla, il ministero ha ora predisposto un facsimile di modello in cui si riepilogano le condizioni patologiche che al momento del rilascio possono interferire con la sicurezza alla guida, secondo le previsioni del Codice della strada (si veda tabella a destra)».

Maggiori informazioni sulle condizioni di salute dei guidatori consentiranno una riduzione degli incidenti stradali? «Ci dovrebbe essere più sicurezza per tutti — commenta Giacomo Milillo, segretario della Federazione italiana dei medici di medicina generale —. Con l'autocertificazione, infatti, era possibile non dichiarare, anche se col rischio di conseguenze penali,

condizioni in grado di compromettere la guida, come per esempio la dipendenza da alcol o da sostanze stupefacenti e psicotrope».

Sappiate che il medico curante è tenuto a scrivere sul foglio se, ad esempio, l'assistito soffre di diabete o ha subito un trauma cranico. «A volte il paziente chiede di non segnalare una certa malattia. Ma occorre dirgli di no e questo può "disturbare" un rapporto che invece deve basarsi sulla fiducia reciproca — ammette Angelo Testa, presidente del Sindacato nazionale autonomo dei medici italiani —. Ma il dottore non può dichiarare il falso: deve segnalare, per esempio, se il suo assistito ha il diabete. Dopodiché saranno il medico della Asl o quello della scuola guida, oppure la Commissione medica locale, autorizzati a rilasciare l'idoneità, a decidere se la glicemia è ben compensata, o si corre il rischio di crisi ipoglicemiche che possono compromettere una guida sicura». La circolare ministeriale lascia comunque aperte alcune questioni. «L'obbligo del certificato riguarda solo il rilascio della patente e non il rinnovo (a meno che non si sia autisti di professione) — fa notare Milillo —. Che cosa succede se il patentato, dopo il rilascio del documento, si ammala o diventa tossicodipendente?».

«In ambulatorio vengono a chiedere il certificato molti assistiti in procinto di rinnovare la patente — afferma Testa —. A mandarli da noi sono a volte proprio le scuole guida, che al momento sembrano ignorare che non serve. Non dimentici-

chiamo, poi, che il certificato ha un costo: il medico lo rilascia a tariffa libero-professionale, che per i medici di famiglia è di qualche decina di euro. Ora almeno è esente da Iva, come ha specificato di recente l'Agenzia delle Entrate».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'obbligo

La certificazione medica è necessaria per il primo rilascio, non per i rinnovi

Norme europee

Epilessia, deficit visivi, diabete: queste le regole

Dall'11 gennaio novità per la patente delle persone affette da epilessia, diabete, disturbi visivi. Entra in vigore il decreto ministeriale che recepisce una Direttiva comunitaria. In relazione all'epilessia, «Per la prima volta si riconoscono i casi di guarigione — dice Giovanni Pesce, presidente dell'Associazione italiana contro l'epilessia — e si è idonei dopo un anno (non più 2) senza crisi, o se queste avvengono soltanto durante il sonno, o in caso di forme epilettiche che non compromettono la capacità di guida». Norme più restrittive, invece, per diabetici (se in cura con farmaci, serve il parere di un medico autorizzato e sottoporsi a



visita ogni 5 anni) e per chi ha disturbi visivi (per esempio, per chi è monocolo la norma italiana chiede un'acutezza visiva di almeno 8 decimi, mentre la Direttiva chiede 5 decimi).

I problemi da segnalare

Ecco le condizioni che il medico dovrà certificare perchè possono costituire un rischio per la guida

- **Malattie dell'apparato cardio-circolatorio**

- **Diabete**

- **Malattie del sistema endocrino**

- **Patologie neurologiche**

- **Patologie psichiche**

- **Epilessia**

- **Dipendenza da alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope**

- **Insufficienza renale grave**

- **Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento**

- **Gravi alterazioni anatomiche o funzionali dell'apparato osteo-articolare**

- **Patologie visive evolutive**

Il numero

Camici bianchi nel pubblico: poche donne e rischio esodo

Sono tanti, sono pochi. Al di là delle opinioni, i nuovi dati del Conto annuale della Ragioneria dello Stato fotografano la realtà dei camici bianchi che prestano servizio negli ospedali e nelle Asl pubbliche. Sono meno della metà dei 360 mila medici iscritti all'Ordine nazionale. La stragrande maggioranza ha un

rapporto di lavoro a tempo indeterminato e lavora «in esclusiva» per il Servizio sanitario. Ma occorre riflettere sui dati della presenza femminile. Le donne medico rappresentano il 38 per cento del

totale, quota che sale al 90 tra i part-time e al 57 tra i medici a tempo determinato. Quante di loro sono primario? Solo il 13 per cento. E bisogna fare un'altra sottolineatura, ma anagrafica. Il Conto annuale ci dice che i medici pubblici fra i 30 e i 39 anni, maschi e femmine, sono poco più di 13 mila. La maggior parte sta nella fascia tra i 50 e i 59 anni. Pronti per il grande esodo, denunciato anche in una ricerca recente del sindacato Anaa. Entro il 2015, ne andranno in pensione 45 mila, senza che le università riescano a garantirne il rimpiazzo prima di un altro decennio.

119 mila

È il numero dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale (ultimo dato, del 2009). Secondo il ministero della Salute, nel 2018 mancheranno 22 mila camici bianchi



La salute Studio della London School of Economics: il nostro Paese primo in Europa per «pazienti digitali»

Diagnosi fai da te, spopola il «dottor web»

Otto italiani su 10 cercano in rete informazioni su patologie e farmaci. E tra gli utenti è boom di giovani

Valentina Arcovio

ROMA. Agli italiani piace il «dottor web». E non di rado preferiscono sostituire il proprio medico con un avatar in camice bianco. Secondo i nuovi dati del «Bupa Health Pulse 2010», la ricerca internazionale della London School of Economics sui servizi sanitari, l'Italia è il primo paese d'Europa - e il quarto al mondo dopo la Russia, la Cina e l'India - con più pazienti «digitali».

Otto connazionali su dieci (81%) si affidano infatti a internet per cercare informazioni su salute e farmaci: il 65% cerca in Rete informazioni sulle medicine, il 42% si informa su ospedali o cliniche e il 26% cerca notizie sui medici. Ma il fenomeno più preoccupante è la moda della diagnosi «fai da te». Un italiano su due (47%) ricorre al web per l'autodiagnosi. Una pratica tanto diffusa, quanto pericolosa. Tre connazionali su quattro infatti non controllano l'attendibilità delle fonti, rischiando così di imbattersi in contenuti poco affidabili. «Se on line si reperiscono informazioni inaffidabili - ha commentato Sneh Khemka, direttore medico di Bupa International - le conseguenze

possono essere serie. Da una parte le persone possono sentirsi falsamente rassicurate da sintomi potenzialmente pericolosi, non cercando l'aiuto di cui hanno bisogno, dall'altra un'informazione imprecisa può portare la gente a preoccuparsi per nulla».

I pazienti virtuali per eccellenza sono i giovani di età compresa tra i 25 e i 24 anni, che rappresenta-

no infatti l'87% del totale. È questa infatti la generazione del dottor web, più a suo agio con iPhone, iPad, iPod e tutte queste novità tecnologiche che permettono di scaricare applicazioni mediche sempre pronte per l'uso.

In generale, sono le donne italiane più disponibili a consultare un medico online rispetto agli uomini (83% contro 78%). Invece, quando si tratta di contattare il proprio medico con un'e-mail o un sms, i più propensi risultano gli uomini (27% contro il 21% delle donne). Inoltre, indipendentemente dal sesso, c'è un 13% di italiani che ricorre ai social network come Facebook per postare commenti e domande o approfondire temi medici. Ma queste percentuali sono destinate ad aumentare notevolmente sia per l'ulteriore crescita di siti e applicazioni digitali mediche che per l'ulteriore incremento delle vendite di smartphone e iPad previsto entro il 2012. Per non parlare delle sempre più nuove «app» mediche, le applicazioni scaricabili dal web che misurano, la pressione, lo stress o che addirittura predicono il giorno della tua morte, analizzando semplicemente le abitudini quotidiane.

Ma non è di certo la Rete che bisogna demonizzare, quanto piuttosto il suo uso sbagliato. Per prendere solo i benefici basterebbe seguire qualche semplice consiglio. Il primo è quello di essere più specifici possibili quando si effettua una ricerca. Il secondo è quello di verificare sempre la fonte da cui si estrapolano le informazioni e di conseguenza - e questo è il terzo consiglio - è optare per siti con marchi di qualità, preferibilmente istituzionali. Il quarto consiglio suggerisce di verificare nella sezioni «Chi Siamo» i responsabili delle informazioni che vengono pubblicate. Il quinto impone poi di controllare la data delle informazioni, per evitare di leggere quelle «scadute» e l'ultimo invita a consultare un medico in carne e in ossa se si è preoccupati per un problema.

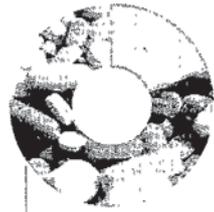
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La pratica

Uno su due si affida a internet ma tre su quattro non controllano l'attendibilità delle fonti



LA FOTOGRAFIA



81%

si affida a Internet per cercare informazioni su salute e farmaci



65%

degli italiani cerca in Rete informazioni sui farmaci



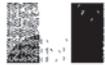
47%

ricorre al web per l'autodiagnosi

3 connazionali su 4 non controllano l'attendibilità delle fonti



I pazienti italiani sono i più digitali in Europa



Al primo posto fra i pazienti più digitali sono i russi con il

96%

Le donne italiane (83%) consultano il web per informazioni mediche più degli uomini (78%)

83%

78%

Sono i giovani italiani i pazienti più digitali



87%

si affida a Internet per cercare informazioni mediche

APPLICAZIONI MEDICHE TRA LE PIU' SCARICATE



FARMACIA

prontuario farmaceutico per iPad e iPhone. Descrive più di 18mila farmaci in più di 80mila formulazioni



HEARTWISE BLOOD PRESSURE TRACKER

applicazione che misura la pressione



MI CURO DA ME

applicazione per l'automedicazione responsabile per curare malesseri semplici



MEDCALC E CARDIOCALC

riproducono la quasi totalità delle formule maggiormente usate in medicina



STRESSOMETRO

applicazione che misura lo stress fisicamente



SKYSCAPE

una collezione di informazioni mediche gratuite e supporti decisionali per medici

I SITI MEDICI TRA I PIU' CLICCATI

www.ambulatori.it

www.medicando.com

www.natura360.it

www.benesseresalute.info

www.medicitalia.it

www.pazienti.org

www.dica33.it

www.medicocompetente.it

www.italiasalute.it

www.natrix.it

Salute «Scagionata» l'iniezione contro il morbillo

Era una «frode voluta» lo studio sui vaccini che causano l'autismo

Svelato l'inganno dopo tredici anni

ROMA — Tredici anni di sospetti, dubbi e condanne. Ma solo adesso per il vaccino antimorbillo, accusato di costituire una delle cause di autismo e di forme di infiammazione all'apparato digerente, arriva l'assoluzione definitiva. Andrew Wakefield, il medico britannico che nel 1998 ne aveva decretato la sfortuna con uno studio pubblicato sulla rivista *Lancet* (ritirato solo nel febbraio 2010), è stato infatti messo alla gogna e liquidato come autore di «frode deliberata». «Non era in buona fede», afferma sulla rivista *British Medical Journal* un giornalista investigativo, Brian Deer. E sollecita che lo stesso metodo revisionista venga applicato ad altri lavori dal contenuto simile all'originario: «Andrebbbero ritirati».

Deer ha intervistato i genitori degli undici bambini autistici che secondo la ricostruzione di Wakefield avevano sviluppato la malattia in seguito alla profilassi. E ha dimostrato che in almeno cinque dei casi descritti su *Lancet* i sintomi descritti dalle famiglie erano antecedenti la puntura e dunque non avevano alcun legame con l'inoculazione del prodotto. L'articolo del medico era servito alle associazioni e a gruppi contrari alle vaccinazioni per avviare una crociata di denigrazione causando la disgrazia della cosiddetta trivalente (Mpr), il farmaco che in un'unica soluzione protegge da tre infezioni dell'infanzia: morbillo, rosolia e parotite.

Malgrado fiumi di articoli di riabilitazione, le ombre non si sono mai completamente dissipate e probabilmente i vecchi sospetti sono alla base della recalcitranza con cui anche in Italia i bambini vengono sottoposti alla lieve iniezione. Gli ultimi da-

ti, diffusi pochi giorni fa dall'Istituto superiore di sanità (rapporto Istisan) sullo stato del Piano nazionale di eliminazione di morbillo e rosolia congenita, riportano risultati poco incoraggianti. Appena il 28% delle Asl hanno raggiunto l'obiettivo del 95% di copertura vaccinale per quanto riguarda la prima dose di trivalente sotto i due anni di età. Non è un caso che negli ultimi anni nel nostro Paese si siano verificate epidemie di morbillo a macchia di leopardo tra gli adolescenti, molti dei quali avrebbero dovuto ricevere la corazzina proprio negli anni dell'infanzia, quando in Europa era in atto la campagna denigratoria sferrata in Gran Bretagna.

«L'articolo di Wakefield ha avuto effetti disastrosi — commenta amaro Giancarlo Icardi, ordinario di igiene all'Università di Genova —. La catena delle infezioni si può interrompere solo con elevati livelli di copertura, come dimostra il sistema americano. Negli Usa i casi di morbillo sono ridotti allo zero. Non c'è motivo di diffidare della trivalente che difende da problemi anche gravi, se il virus viene contratto da grandi. I genitori dovrebbero recuperare la fiducia e confrontarsi col pediatra».

L'articolo del ricercatore britannico era stato confutato da diversi, successivi interventi scientifici che escludevano la relazione tra autismo e morbillo. L'ultimo lavoro è stato realizzato da un'equipe polacca della Jagiellonian University di Cracovia. Conclusione: i bambini che avevano ricevuto la trivalente risultavano avere un rischio di autismo minore rispetto ai coetanei non vaccinati.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

La vaccinazione

In Italia, la cosiddetta vaccinazione «trivalente» è raccomandata per i bimbi contro il morbillo, la rosolia e la parotite.

La proposta

Lo scorso luglio, nel corso di una Consensus conference organizzata a Roma dalla Federazione italiana medici pediatri, dalla Società italiana di pediatria e dalla Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, è stata proposta di introdurre fra quelle raccomandate anche l'antivaricella, che esiste in Italia dal 2002. Il vaccino viene somministrato, dopo i 12 mesi, in due dosi distanziate di almeno 6 settimane. Si calcola che, nel nostro Paese, si verifichino 500 mila casi l'anno di questa malattia.



Quelli che si oppongono

Web e sospetti, così funziona il movimento anti-profilassi

La posta in gioco è davvero troppo alta: la salute dei bambini. Il movimento antivaccini esiste da un secolo e mezzo ed è diffuso in tutto il mondo. È composto da gruppi di genitori e medici convinti che le vaccinazioni siano innaturali e dannosi alla salute. Gruppi arrivati anche alla propaganda politica, con manifestazioni organizzate in tutto il mondo. E la battaglia tra contrari e favorevoli alle vaccinazioni ha toccato punte negative estreme con i fondamentalisti islamici, convinti che dietro la profilassi di massa si nasconda «un'arma di sterminio».

Oggi i gruppi usano i social network e le mailing list in modo più organizzato della sanità e della ricerca ufficiale. Nella pandemia da virus A H1N1, il 90% delle notizie in Rete riguardava la pericolosità del vaccino, dell'adiuvante che conteneva, delle varie patologie che avrebbe causato. E uno dei tanti errori delle autorità sanitarie locali e internazionali è stato quello di non preoccuparsi troppo di quanto circolava sul web. Questa campagna, assieme al numero inferiore alle previsioni di decessi, ha indotto un calo dei vaccinati nell'attuale stagione

influenzale: tra i morti inglesi, per esempio, solo uno si era vaccinato.

La prima lega antivaccinazione è nata a Londra nel 1853, quando in Gran Bretagna fu varata una legge che obbligava l'antivaiolo nei bambini, pena il pagamento di multe o anche la prigione per gli inadempienti. Da allora la strategia del movimento è sempre la stessa: campagne a tappeto contro le vaccinazioni, basate su ipotesi e sospetti. Il caso estremo è la «frode» Wakefield.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

