



RASSEGNA STAMPA

16/01/2016

1. REPUBBLICA Dalla cannabis alla patente, via i reati
2. CORRIERE DELLA SERA Cannabis terapeutica, via alle depenalizzazioni
3. TEMPO Cannabis terapeutica libera
4. IL FATTO QUOTIDIANO Lorenzin: "Non abbiamo legalizzato la cannabis"
5. QUOTIDIANO SANITÀ Alcol. L'allarme Governo UK aumenta il rischio di cancro
6. DOCTOR 33 Aifa e min. Salute insieme per promuovere l'accesso ai farmaci
7. REPUBBLICA Professione cavia, 1.900 euro
8. REPUBBLICA Intervista a Silvio Garattini - "Servono controlli più rigorosi"
9. CORRIERE DELLA SERA Sperimentano un farmaco, gravi 5 volontari
10. CORRIERE DELLA SERA Sieropositivo infettava per vendetta i ragazzini adescati
11. ILSOLE24ORE.COM Report Ocse: «La sfida possibile dell'ageing»
12. REPUBBLICA Culle vuote e cervelli in fuga l'Italia perde 150mila persone
13. UNITA' Ebola uccide ancora, si temono nuove fiammate
14. ADN KRONOS Consiglio di Stato conferma ammissione soprannumero a medicina
15. REPUBBLICA DONNA Mamme sull'orlo di una dieta pericolosa
16. CORRIERE DELLA SERA Esercizi per ridere

LA RIFORMA / SÌ DEL GOVERNO ALLE NUOVE MISURE. LORENZIN: MA SULLA MARIJUANA NON È DEPENALIZZAZIONE

Dalla cannabis alla patente, via i reati

Anche gli atti osceni declassati a illecito. L'Anm: meno fascicoli inutili

Polemico il fronte liberale. Il sottosegretario Della Vedova: misure minime

LIANA MILELLA

ROMA. Produrre e consumare cannabis resterà reato, come l'uso terapeutico. Il guardasigilli Andrea Orlando depenalizza l'illecito, ma punisce a suon di biglietti (fino a 40mila euro) i laboratori, i centri di ricerca, le aziende autorizzate a coltivare le piantine che però vanno oltre i permessi rilasciati. Dunque nessuna liberalizzazione della droga nel via libera del consiglio dei ministri al decreto legislativo - quindi immediatamente in vigore - che trasforma in illecito amministrativo o civile molti reati.

Tra questi l'attenzione si appunta subito sulla guida senza patente, in contrasto con le nor-

me severe previste per il reato di omicidio stradale che sarà approvato a breve. O ancora le sole sanzioni amministrative per l'ingiuria e gli atti osceni, e pure per gli spettacoli e i giornali a luci rosse. Niente più reato per gli atti contrari alla pubblica decenza, per l'abuso della credibilità popolare, per l'installazione e l'uso di impianti abusivi di carburante. E anche per l'omesso versamento di contributi previdenziali entro i 10mila euro. Dice Orlando: «Non solo caleranno i fascicoli, ma le sanzioni saranno più sicure, invece di processi che finiscono in prescrizione». Manforte gli arriva dal presidente dell'Anm Rodolfo M. Sabelli che parla di «effetto deflattivo, senza abbassare la guardia, ma solo cambiando tipo di sanzione».

Non c'è la depenalizzazione più contestata, quella per il reato di clandestinità. Ma il minimo intervento sulla cannabis è costato una lunga trattativa tra Orlando e i centristi di Ncd, che esprimono il ministro della Salute Lorenzin, la quale insiste nel-

lo slogan «nessuna depenalizzazione». Proprio così, tant'è che sul fronte di chi si batte da anni per liberalizzare l'uso della cannabis, anche a scopo terapeutico, la delusione è molto grande.

Basta parlarne con Benedetto Della Vedova, l'ex radicale ora sottosegretario agli Esteri eletto con Monti, che un anno fa aveva lanciato la proposta di un intergruppo parlamentare per legalizzare la cannabis. «Ho ricevuto cento adesioni in dieci giorni. C'erano i sì del Pd con Giachetti, Manconi, Stumpo, Cuperlo, Pollastrini, di M5S con Ferraresi, di Civati e Fassina, di Sel con Farina, ma anche di tanti altri. Il nostro ddl, che è in discussione nelle commissioni Giustizia e Affari sociali, ha raccolto le firme di 220 deputati e 70 senatori». Polemico sulla «minima depenalizzazione di oggi», Della Vedova non esclude una trasversalità parlamentare che potrebbe anche coagularsi sul ddl. Che liberalizza autoproduzione e consumo, vendita autorizzata, cannabis terapeutica.

CRIPRODUZIONE RISERVATA

I PUNTI

INGIURIA E TURPILOQUIO

Fino a 8mila euro per un'ingiuria generica e fino a 12mila per una specifica. Fino a 10mila per atti contro la pubblica decenza o per bestemmie

GUIDA SENZA PERMESSO

Niente reato la prima volta, ma reato in caso di recidiva. In compenso, subito fermo e confisca dell'auto e multa da 5 a 30mila euro

ATTI OSCENI

Dalla reclusione da 6 mesi a 3 anni a una sanzione amministrativa compresa nella forbice tra i 5 e i 30 mila euro



Cannabis terapeutica e atti osceni, via alle depenalizzazioni

Il governo abolisce i reati minori. Il ministro della Giustizia Orlando: «Così le sanzioni sono più certe»

ROMA Con due decreti legislativi, il Consiglio dei ministri ha dato il via libera, da un lato, a un corposo pacchetto di depenalizzazioni e, dall'altro, al taglio di alcune norme (12 modificate e 46 abrogate) nell'ottica della semplificazione del labirinto delle regole scritte.

Ingiuria, contrabbando di tabacchi (forma lieve), guida senza patente (solo la prima volta), inosservanza delle prescrizioni per chi è autorizzato a coltivare la cannabis, sottrazione di cose comuni, appropriazione di cose smarrite, atti osceni, pubblicazioni oscene, rifiuto di prestare la propria opera durante un tumulto, abuso della credulità popolare, installazione di distributori abusivi di carburante, noleggino di materiale coperto da copyright, omesso versamento Inps entro la somma di 10 mila euro...». È davvero lungo l'elenco dei reati cancellati che, ora, dalla sfera penale passano a quella degli illeciti amministrativi puniti con una multa. Il taglio porterebbe a un alleggerimento di 30 mila processi all'anno. «Con le depenalizzazioni le sanzioni sono più certe», ha detto il Guardasigilli Andrea Orlando. In ogni caso, non vengono toccati i reati che riguardano l'urbanistica, l'ambiente, la salute, la sicurezza pubblica, i giochi d'azzardo e il finanziamento dei partiti.

Nella lista non compare, come annunciato, il reato di immigrazione clandestina che viene vissuto come una «palla al piede» da magistrati e poliziotti che indagano sui mercanti di persone: l'immigrato

indagato come clandestino, infatti, poi non può testimoniare al processo contro gli scafisti perché è imputato di reato connesso. Dunque, nonostante le richieste del procuratore nazionale Antimafia, Franco Roberti, il governo ha deciso di rimandare il tutto.

La depenalizzazione del reato di inosservanza delle norme sulla coltivazione della cannabis a scopo terapeutico, invece, è rimasta nella lista anche perché i processi sono poche decine. Riguardano le case farmaceutiche e l'istituto farmaceutico militare. Il ministro della Salute, Beatrice, Lorenzin, ha precisato: «Si sono soltanto depenalizzate alcune prescrizioni che riguardano gli impianti autorizzati».

Confermata anche la cancellazione del reato di guida senza patente che veniva punita con l'arresto fino a un anno (simbolico) e l'ammenda fino a 3 mila euro. Ora chi verrà beccato alla guida senza patente (solo la prima volta perché la recidiva comporta il processo) andrà incontro a una multa che potrà sfiorare il tetto dei 30 mila euro. La guida con la patente scaduta comporterà una multa tra i 159 e i 639 euro. In caso di omicidio stradale o di incidente la guida senza patente continua a essere un aggravante di un reato più grave. Critiche le associazioni delle famiglie delle vittime della strada. Magistrati dell'Anm e Unione camere penali, concordano invece sulla bontà del percorso di depenalizzazione graduale.

D. Mart.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Il governo ha provveduto a depenalizzare i cosiddetti reati minori per decongestionare i tribunali. I reati interessati dalla riforma saranno puniti solo con una sanzione amministrativa

46

Le leggi abrogate ieri dal Consiglio dei ministri nell'ottica di una maggiore semplificazione normativa. Un'altra dozzina sono state invece modificate



Consiglio dei ministri No alla sanzione per l'Istituto farmaceutico che la coltiva

Cannabis terapeutica libera

■ Depenalizzazioni a tutta birra. Ieri il Consiglio dei ministri, ha approvato i due decreti legislativi sul «pacchetto» depenalizzazioni che, tra l'altro, riguardano la violazione dell'autorizzazione all'uso terapeutico della cannabis e la guida senza patente (ma non nel caso di recidiva e se si è causato un incidente). Ma anche l'ingiuria, i casi «lievi» di contrabbando di tabacchi, la falsità in scrittura privata e quella in foglio firmato in bianco, l'appropriazione di cose smarrite o quella di parti comuni da parte di un comproprietario. In tutti questi casi la sanzione penale viene sostituita da una sanzione pecuniaria civile.

A fare più scalpore e creare inevitabili strascichi polemici è la cosiddetta depenalizzazione dell'uso terapeutico della cannabis e dunque anche la coltivazione della pianta se indirizzata verso quello scopo.

A gettare acqua sul fuoco ci ha pensato però il **ministro della Salute Beatrice Lorenzin**: «Non c'è nessuna depenalizzazione della cannabis, abbiamo già autorizzato la produzione a uso terapeutico - ha precisato il ministro a margine della presentazione di un progetto dell'Aifa - L'ho fatto io lo scorso anno, mentre in questo Consiglio dei ministri si sono soltanto depenalizzate alcune prescrizioni, nel senso che l'impianto che produce la cannabis (come l'Istituto farmaceutico militare) a titolo terapeutico ha un processo autorizzatorio. Se ci sono delle violazioni, alla prima scatta un'ammenda amministrativa molto pesante, e se non si ripristina la corretta procedura viene revocata l'autorizzazione».

Insomma qualcuno ha smosso le acque creando ad arte un po' di confusione. «Da qui a parlare di depenalizzazione - ha aggiunto **Lorenzin** - penso ci sia un doppio salto mortale con avvistamento. For-

se era un desiderata di alcuni. Come sapete la mia posizione generale sulla depenalizzazione della droghe è contraria, ma qui stiamo parlando di altro. E cioè di procedure in impianti autorizzati per legge in cui ci sono questioni tecniche che hanno una procedura interna per le quali l'aspetto penale sarebbe stato anche d'intralcio». Il ministro concorda sull'ammenda: «Meglio essere rigorosi subito e far pagare un'ammenda pesante e se non viene ripristinata la corretta procedura l'autorizzazione viene revocata e l'impianto chiuso. Gli impianti sono pochissimi e pubblici, con una grande sorveglianza su questa linea di produzione».

La cannabis terapeutica in Italia è consentita dal 2007 ma è ancora poco usata, sia per i costi elevati sia per una forma di resistenza culturale. Nel 2013 un ulteriore decreto ministeriale ha riconosciuto l'efficacia farmacologica della pianta della cannabis e negli ultimi anni i consigli regionali di Puglia, Liguria, Veneto, Toscana, Friuli, Marche, Abruzzo, Umbria, Sicilia, Basilicata ed Emilia Romagna hanno approvato provvedimenti per garantire l'erogazione gratuita dei farmaci cannabinoidi ai propri assistiti. Nel sito dell'associazione Luca Coscioni, impegnata da anni in una battaglia politica per il libero accesso a questi prodotti, si legge che secondo dati del **ministero della Salute**, nel 2013 solo 40 pazienti hanno avuto accesso alla terapia. Si tratta di persone affette da malattie con forti spasticità e rigidità come la sclerosi multipla, la Sla, la fibromialgia, la neuropatia, il glaucoma, il tumore. Tutti i medici italiani, anche quelli di base, possono prescrivere questi farmaci, ma alcuni sono contrari altri non sono informati, e può accadere anche che i farmacisti si rifiutino di ricevere le ricette.



Precisazione Il ministro **Lorenzin**: nessuna depenalizzazione ma un'autorizzazione all'impianto che la produce per scopi sanitari



**IL FATTO
POLITICO****SANITÀ****Lorenzin:
“Non abbiamo
legalizzato
la cannabis”**

NON C'È nessuna depenalizzazione". Il [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#) chiarisce cosa ha cambiato il governo rispetto alla cannabis. Le violazioni, se commesse da soggetti autorizzati a coltivare cannabis per scopo terapeutico, infatti, passano da illecito penale a illecito amministrativo, tutto qui. Ma per tutti gli altri, il reato resta. "Forse era desiderata da alcuni, ma la mia posizione generale sulla depenalizzazione delle droghe è contraria - ha spiegato il ministro - Qui stiamo parlando di procedure in impianti autorizzati per legge in cui ci sono questioni tecniche che hanno una procedura interna e l'aspetto penale sarebbe stato d'intralcio". "Un regalo a quei pochi soggetti autorizzati, che oggi possono violare le regole previste. È evidente che il governo non ha nessuna intenzione di depenalizzare l'uso della cannabis", ha replicato il senatore del Movimento Cinque Stelle Lello Ciampolillo. "Oltre che inutili queste misure sono ridicole, perché il maggiore produttore di cannabis autorizzato è lo Stato - ha dichiarato il radicale Marco Parduca - Tra un mese andremo in piazza e raccoglieremo le firme per una proposta di legge che legalizza produzione, consumo e commercio".

MARIA TERESA TOTARO

quotidiano**santità**.it

Sabato 16 GENNAIO 2016

Alcol. L'allarme del governo britannico: aumenta il rischio di cancro. Anche se si beve poco. Le nuove linee guida sul consumo

Improntate al messaggio drastico del 'non esiste un livello sicuro di consumo', le nuove indicazioni degli esperti del governo inglese sul consumo responsabile di alcol sono più restrittive che in passato, soprattutto per gli uomini, e mettono ben in evidenza le proprietà cancerogene dell'alcol. Molto ridimensionato il 'mito' dell'alcol amico del cuore. Tolleranza zero infine per l'alcol in gravidanza

Il messaggio di fondo non lascia adito a dubbi: bere alcol, in qualsiasi quantità, aumenta il rischio di ammalarsi di una serie di tumori (in particolare bocca, intestino e mammella). E' quanto affermano nella nuova edizione delle [linee guida inglesi](#) sul consumo di bevande alcoliche gli esperti dell'UK *Chief Medical Officers* (CMO), supportati in questo da una recente *review* del *Committee on Carcinogenicity* (CoC) sul rapporto alcol e cancro.

Il livello zero di rischio per l'alcol insomma per quanto concerne la possibilità di sviluppare un tumore non esiste; si può solo dire che il rischio aumenta di sorso in sorso, ma non parte mai da zero. Se non negli astemi completi. Certo, chi beve di più rischia di più, ma anche il bevitore moderato si prende la sua quantità di rischio. Qualche esempio. Per gli uomini il rischio di sviluppare un cancro del fegato è di 8 su 1000 tra chi si attiene al limite di 14 unità di alcol a settimana, ma sale a 11 su 1000 tra chi consuma 14-35 unità a settimana. Per quanto concerne il cancro dell'esofago, chi beve meno di 14 unità a settimana ha un rischio di 13 su 1000, rispetto agli astemi che hanno un rischio di 6/1000; il rischio sale a 25 per 1000 tra chi consuma 14-35 unità a settimana.

Il rischio cancro per il consumo di bevande alcoliche non era ancora emerso nella prima edizione di queste linee guida, risalente al 1995, ma adesso il messaggio è forte e chiaro. E c'è già chi auspica che sulle bevande alcoliche vengano apposte delle *black box*, simili a quelle sui pacchetti di sigarette, indicanti chiaramente l'aumentato rischio di tumore comportato dal consumo di alcol.

Un'altra doccia fredda per gli amanti delle bevande alcoliche è che in queste linee guida gli esperti inglesi puntualizzano che i tanto sbandierati vantaggi per il cuore derivanti dal consumo moderato di alcol, sono veri solo per le donne dai 55 anni in su e sono massimi per un livello di consumo contenuto entro le 5 **unità*** a settimana, equivalenti grosso modo a 2 bicchieri di vino. Insomma se volete bere, non dite che lo fate per questioni di salute, ma solo per il gusto di farlo. E da oggi comunque non brindate più 'alla salute'.

Le nuove linee guida fissano dunque i limiti di sicurezza del consumo di bevande alcoliche a 14 unità di alcol a settimana per le donne e per gli uomini (nell'edizione precedente gli uomini venivano 'concesse' 21 unità di alcol a settimana) e raccomandano di non concentrarle tutte sul fine settimana ma di 'spalmarle' su 3 o più giorni. Mantenendo il consumo di alcol su questi limiti si riesce secondo il CMO a contenere il rischio di morire per cause correlate all'alcol sotto l'1%.

Per chi abbia intenzione di tagliare il proprio consumo di alcol, il consiglio degli esperti è di prevedere diversi giorni completamente 'alcol-free' a settimana. E comunque la raccomandazione è di bere lentamente, accompagnando l'alcol al cibo e alternandolo all'acqua. Importante anche evitare situazioni o attività a rischio, bere in compagnia e fare in modo di poter tornare a casa in sicurezza dopo aver consumato alcol.

I rischi a lungo termine di un consumo abituale di alcol sono le malattie di cuore, di fegato, l'epilessia e come visto, quello di sviluppare tumori. I rischi a breve termine sono quelli di incorrere in un incidente e dunque in

un trauma cranico, fratture, ferite al viso e cicatrici. Il *binge drinking* può inoltre determinare avvelenamento da alcol e gravi problemi cardiaci.

In gravidanza il divieto di alcol con le nuove linee guida diventa totale, senza eccezioni, mentre nella precedente edizione venivano tollerate 1-2 unità di alcol fino ad un paio di giorni per settimana.

Lo scopo di queste linee guida - commentano gli autori – non è quello di imporre alla gente cosa deve fare, ma di dare informazioni precise sui rischi inerenti al consumo di bevande alcoliche, così che la gente possa prendere decisioni informate su quanto bere. E' anche chiaro che il fatto di bere alcol risente molto di influenze ambientali e sociali, oltre al fatto che ormai l'alcol è veramente *low cost*, un elemento questo che, in chi è predisposto a bere, può travolgere qualsiasi buona intenzione.

Ma tra tante voci a favore, spuntano anche quelle degli scettici. "Queste linee guida – sostiene **Sir David Spiegelhalter**, professore di *Public Understanding of Risk*, Università di Cambridge – quantificano il 'basso rischio' derivante dal bere ad un rischio inferiore all'1% di morire per una condizione correlata all'alcol. Ma allora dovremmo sentirci tranquilli per un rischio di questa entità? Guardare un'ora di TV al giorno o mangiare un panino al bacon un paio di volte a settimana è più pericoloso per la salute a lungo termine."

Maria Rita Montebelli

***1 unità di alcol equivale a: 218 ml di sidro (4,5%); 76 ml di vino (13%); 25 ml di whiskey (40%), 250 ml di birra (4%)**

<http://www.doctor33.it/aifa-e-ministero-della-salute-insieme-per-promuovere-laccesso-ai-farmaci-per-i-piu-deboli/politica-e-sanita/news--33483.html?xrtid=>

Aifa e ministero della Salute insieme per promuovere l'accesso ai farmaci per i più deboli



L'accesso alle cure farmacologiche è un diritto inalienabile della persona, a prescindere dal suo status giuridico e dalle condizioni socio-economiche. È il principio fondante del progetto "Accesso ai farmaci, un diritto umano", l'iniziativa congiunta del ministero della Salute e dell'Aifa che intende approfondire il tema dell'assistenza sanitaria e farmaceutica nelle popolazioni migranti, materia particolarmente delicata, dal momento che il loro stato di salute viene messo a rischio dalle condizioni di vita, generalmente precarie. L'iniziativa è stata presentata a Roma presso l'Auditorium del dicastero, alla presenza, tra gli altri, del presidente dell'Aifa, Mario Melazzini e del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

«Questo è un progetto molto importante per la salute pubblica italiana - ha sottolineato Lorenzin- ma anche per quella europea, perché in questo modo si costruisce un database con la condizione di salute di ogni singolo migrante, dando così la possibilità alle persone che arrivano sul nostro territorio di essere curate da infezioni importanti e meno importanti, a tutela della loro salute ma anche di quella di tutti i cittadini che vengono in contatto con loro». Oltre a questo, ha aggiunto il ministro, «c'è anche un aspetto etico importante, perché abbiamo ricevuto donazioni di farmaci da parte del Banco Farmaceutico e di altri istituti benefici». Secondo Melazzini, si tratta di un progetto etico e sociale forte, strategico anche dal punto di vista culturale. Il messaggio che sta dietro questa iniziativa, infatti, è l'accesso al farmaco come diritto umano estremamente importante, rivolto sì ai migranti, ma anche alle fasce vulnerabili della popolazione come anziani, donne, bambini e persone con disabilità. «Credo che questo

sia un messaggio importante - ha sottolineato - anche perché va a ristimolare tutto ciò che è una coscienza etica e una forte responsabilità sociale».

Il progetto consiste soprattutto nell'informazione - hanno fatto sapere i promotori durante la conferenza - e nella possibilità di far conoscere alle persone fragili, che paradossalmente non lo sanno, di avere questo diritto di accesso ai farmaci. Uno dei diritti della persona, ha quindi ribadito Luca Pani, direttore generale Aifa, è quello di «accedere alle cure, ma spesso queste persone non sanno neppure di avere la possibilità nel nostro Paese di avere assistenza anche farmacologica. Con questo progetto, insomma, vogliamo coinvolgere tutta quella popolazione speciale - ha concluso- come bambini, donne in gravidanza e anziani». Ulteriore obiettivo è la creazione di un network per lo scambio di informazioni che coinvolga, oltretutto Aifa e Ministero, le principali istituzioni e organizzazioni attive nel campo dell'assistenza sanitario-farmacologica ai migranti, per rendere possibile l'acquisizione e l'analisi di dati da utilizzare in ambito regolatorio, ad esempio per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni e dell'aderenza alle terapie in questa categoria di pazienti.

Professione cavia, 1.900 euro

Finti rimborsi spese e check up gratuiti: il mercato europeo dei "volontari"

Il divieto di retribuzione viene aggirato ovunque: "In Svizzera si può arrivare anche a 5mila"

"Da una a due settimane in ospedale senza poter uscire, assumendo più volte il medicinale"

IL DOSSIER

ELENA DUSI

ROMA. Due settimane in ospedale, dieci somministrazioni del farmaco sperimentale, 1.900 euro di compenso. Questo il contratto fra la Biotrial — l'azienda incaricata di condurre il test del nuovo antidolorifico — e le "cavie umane" di Rennes.

Molti *trial* sulle medicine appena inventate seguono queste regole. Il divieto di pagamento per i volontari viene infatti aggirato con un rimborso spese. Negli Stati Uniti si arriva a 1.500 dollari. «In Svizzera, dove le regole sono differenti, si può arrivare a 5mila euro. Molti giovani anche italiani ne sono allettati» racconta Luca Pani, direttore generale dell'Agenzia italiana per il farmaco.

BUSINESS E PROCEDURE

Con 206mila sperimentazioni in corso oggi nel mondo, 679 miliardi di euro di ricavi per l'industria farmaceutica mondiale e 2,5 milioni di volontari solo negli Usa, non è un caso che le sperimentazioni siano un business. A seguirne le procedure — lunghe almeno 5 anni e regolate da leggi rigide — vengono spesso chiamate le cosiddette Cro (*Contract research organization*): aziende private che svolgono i *trial* clinici per conto di una casa farmaceutica. È il caso della Biotrial, che si è occupata del reclutamento dei volontari e della somministrazione del farmaco. «Da noi in Italia — precisa Pani — le sperimentazioni di fase uno, come quella di Rennes, possono essere condotte solo da istituzioni pubbliche. Ed è uno dei motivi per cui l'anno scorso ne abbiamo avute soltanto due».

SELEZIONATI PER ETÀ

Partecipare a una sperimentazione vuol dire trascorrere una o due settimane in un ospedale o un centro specializzato senza poter uscire dal reparto, fare un check up preliminare, ricevere la medicina e sottostare a tutti i controlli. A volte si viene richiamati a qualche setti-

mana di distanza per un ulteriore check up.

Nel caso di Rennes, i volontari sono arrivati all'ospedale il 4 gennaio dopo essere stati selezionati per età e stato di salute. Dal terzo giorno hanno iniziato ad assumere il farmaco a dosi crescenti.

Attraverso i prelievi costanti di sangue (fino a 9 al giorno) e urine, gli addetti della Biotrial hanno tenuto sempre sotto controllo la cosiddetta "vita" del farmaco all'interno dell'organismo. Quando i primi sintomi sono comparsi, domenica 10, tutte le altre somministrazioni sono state bloccate.

PROVATO SUGLI SCIMPANZÉ

La prima tappa di una sperimentazione si chiama "fase uno": il farmaco viene somministrato all'uomo per la prima volta, dopo una serie di test di sicurezza obbligatori in vitro e sulle cavie animali.

L'antidolorifico in sperimentazione a Rennes era stato testato anche sugli scimpanzé fino a luglio del 2015. È registrato con il nome industriale Bia 10-2474 e funziona stimolando il sistema endocannabinoide interno: un meccanismo che il nostro corpo usa per sopprimere il dolore producendo delle sostanze cugine della cannabis.

"NON SOLO PER SOLDI"

Nella fase uno — studiata per capire solo se il farmaco ha effetti collaterali — i volontari sono generalmente persone sane. La loro motivazione non è solo economica. In molti paesi poveri partecipare a un *trial* serve a ottenere cure mediche gratuite, anche se — come racconta il film *The Constant Gardener* — gli abusi in queste zone sono all'ordine del giorno.

In Europa l'ultimo incidente grave si verificò in Gran Bretagna nel 2006, con 6 persone in gravi condizioni per la sperimentazione di un farmaco per il sistema immunitario.

CRIPRODUZIONE RISERVATA



Silvio Garattini. Lo scienziato italiano: "La nostra industria farmaceutica ha pochi prodotti da testare, il predominio è dei Paesi del Nord Europa"

"Servono controlli più rigorosi ma fare il volontario non può diventare un lavoro"

ROMA. La sicurezza di una "cavia umana" sta tutta nei test di sicurezza iniziali del nuovo farmaco, condotti prima nelle provette di un laboratorio e poi sugli animali. Per Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, i controlli che precedono la somministrazione all'uomo sono uno degli anelli deboli del processo di sperimentazione. Qui potrebbe essersi annidato l'errore che ha portato alla tragedia di Rennes.

Quali precauzioni sono previste?

«Il nuovo principio attivo viene prima studiato in vitro, per vedere se ha effetti tossici. Poi attraverso gli studi sugli animali si cerca di mettere a punto un dosaggio sicuro. Questa fase preclinica ci dà molte informazioni sulla sicurezza del nuovo farmaco, ma purtroppo non esclude ogni rischio. Altrimenti non avremmo bisogno della fase clinica, quella sugli uomini. Un'altra possibile fonte di rischio è la presenza di un'allergia in un volontario. Ma un ospedale dovrebbe sapere come farvi fronte».

Quali regole vanno seguite per limitare i rischi?

«Ci sono leggi molto rigide, comuni ormai a tutti i Paesi occidentali. Il primo principio, di tipo etico, è che i volontari non devono essere pagati. Il rimborso spese è ammesso perché partecipa-

re a un trial richiede tempo e spostamenti. Ma partecipare ai trial non deve diventare un lavoro. Spesso questi individui sono studenti universitari di medicina, che sanno bene in cosa consiste il processo».

Come si fa a garantire il rispetto di questa regola?

«Con il divieto di partecipare a più sperimentazioni insieme, oppure a sperimentazioni troppo ravvicinate. Questo non esclude che in molti Paesi avvengano abusi. Penso al Terzo mondo, dove i controlli sono spesso carenti e dove presumibilmente avviene di tutto».

Qual è la situazione in Italia?

«Da noi ci sono poche sperimentazioni perché la nostra industria farmaceutica non ha molti prodotti nuovi da testare. Stati Uniti, Gran Bretagna, Francia sono i paesi più attivi su questo fronte, perché ospitano multinazionali importanti».

Quali sono comunque le garanzie per i pazienti in Italia?

«La sperimentazione deve essere approvata dal comitato etico di un istituto di ricerca. Deve essere stipulata un'assicurazione a garanzia dei volontari. E questi ultimi devono avere tutte le informazioni sui rischi del test, firmando un consenso informato».

(e.d.)

~*~*~*PRODUZIONE RISERVATA



IL DIRETTORE
Silvio Garattini, 87 anni, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri



Sperimentano un farmaco, gravi 5 volontari

Francia, un uomo in morte cerebrale e quattro hanno danni irreversibili. Antidolorifico testato su 90 persone

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

PARIGI «È un incidente di eccezionale gravità», dice la ministra della Sanità Marisol Touraine che ieri pomeriggio è accorsa all'ospedale di Rennes. Lì sono ricoverati 6 dei 90 volontari — sani — che hanno ingerito una molecola nella «fase 1» dei test clinici, quella che esamina gli effetti di una sostanza per la prima volta negli uomini dopo il buon esito della sperimentazione sugli animali. «Uno dei sei volontari è in stato di morte cerebrale, le sue condizioni si sono aggravate in modo talmente rapido che in un primo momento abbiamo pensato a un ictus», dice Gilles Edan, capo della neurologia. «Altri quattro soffrono di problemi neurologici e potrebbero restare con danni irreversibili, il sesto è sotto osservazione ma per il momento privo di sintomi».

La molecola «BIA 10-2474», creata dalla casa farmaceutica portoghese Bial, è un antidolorifico «destinato a trattare i disturbi dell'umore e l'ansia e i problemi motori legati alle malattie degenerative come il Parkinson», ha spiegato la ministra. In un primo tempo si era diffusa la notizia che si trattasse di una sostanza a base di cannabis, ma è stato un malinteso legato alla «cannabinoida endogena» prodotta dal corpo umano, che serve a regolare funzioni come appetito, piacere, ansia: la molecola testata serviva a contrastare l'azione di una sostanza che danneggia il sistema cannabinoida endogeno.

I test sono stati affidati dall'azienda portoghese al laboratorio Biotrial, una società francese dalla buona reputazione che dà lavoro a 300 persone. A partire dal 7 gennaio lo studio sulla molecola «BIA 10-2474» ha coinvolto 90 persone tra i 18 e i 55 anni: alcune hanno preso un placebo, altri hanno assunto la sostanza a basso dosaggio, mentre ai sei ricoverati era stata somministrata la dose più forte.

L'uomo che è in stato di morte cerebrale si è sentito

male domenica 10 gennaio, seguito in fretta dagli altri. Lo studio ovviamente è stato interrotto appena si è saputo dei malesseri. «Cerchiamo di controllare la reazione infiammatoria con i corticosteroidi (come il cortisone ndr), ma l'antidoto a questa molecola non è ancora conosciuto», ha detto il dottor Edan.

Il ministero ha avviato tre inchieste separate tramite diversi organismi per cercare di capire se tutte le procedure sono state rispettate. Sia l'azienda portoghese sia il laboratorio francese assicurano di avere scrupolosamente seguito le regole, e per il momento nessuno è in grado di spiegare come si siano potuti verificare effetti collaterali così gravi. Il rischio è di solito valutato intorno allo 0,4 per mille.

Un'ipotesi, nei rari casi di questo genere, è che la molecola non venga distribuita dal sangue in modo uniforme, ma si fermi in un certo tessuto che funziona da spugna. Superata una certa quantità la «spugna» libera all'improvviso la molecola, che provoca allora effetti più forti del previsto e può rivelarsi gravemente tossica. Dieci anni fa un incidente simile si verificò in Gran Bretagna, ma senza vittime.

La Biotrial è stata fondata nel 1989 dal farmacista Jean-Marc Gandon. Nel 2014 il giro d'affari era pari a 35 milioni di euro, con laboratori in Francia e a Londra, Bruxelles e Nordamerica. «Conduciamo tra 20 e 25 studi allo stesso tempo — ha spiegato tempo fa Gandon al quotidiano *Ouest-France* —, e contrariamente a quel che si potrebbe pensare, non abbiamo molti studenti tra quanti si offrono volontari. Ne abbiamo visti passare 55 mila: uomini e donne tra i 18 e gli 80 anni, pagati tra i 100 e 4.500 euro secondo tariffe stabilite dalla legge. Lo fanno per soldi, ma non solo: spesso i volontari sono spinti dal desiderio di fare avanzare la ricerca medica, magari per curare una malattia che ha colpito i loro cari».

Stefano Montefiori
@Stef_Montefiori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

● A Rennes un paziente è morto (altri 5 ricoverati) dopo un test clinico per un nuovo farmaco

● Il medicinale conteneva una molecola per agire su dolore e disturbi dell'umore e ha coinvolto 90 persone tra i 18 e i 55 anni



Sieropositivo infettava per vendetta i ragazzini adescati su Internet

Brescia, 55enne in arresto. Diceva: sono sano. Decine i rapporti non protetti a pagamento

Le ricerche

Già rintracciati dieci giovani tra i 15 e i 24 anni che hanno incontrato l'uomo

I soldi

Le vittime, in gran parte minorenni: «Ci dava più soldi per non usare precauzioni»

BRESCIA Sapeva di essere sieropositivo, ma non ha preso alcuna precauzione con i ragazzini che contattava sulle chat erotiche e incontrava negli alberghi a ore del Bresciano. Sapeva di essere infetto, ma nonostante questo pretendeva di avere rapporti sessuali non protetti. Sapeva di essere contagioso e ha usato il suo corpo come un'arma batteriologica. Ha incontrato decine e decine di ragazzi proprio con l'obiettivo di infettarli. Voleva diffondere il virus che anche lui aveva preso anni fa durante un rapporto occasionale, fidandosi di uno sconosciuto che gli aveva garantito di essere assolutamente sano. Ma così non era e la malattia, con il trascorrere del tempo, lo ha incattivito e gli ha fatto meditare la vendetta: voleva che altri soffrissero come lui.

La sua «carriera» di untore è finita ieri quando gli agenti della polizia locale di Montichiari, diretti da Christian Lerali, hanno bussato alla sua abitazione a Collebeato per notificargli un'ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari. Il 55enne (C.T. le iniziali di nome e cognome) è accusato di prostituzione minorile e di tentate lesioni.

Il provvedimento restrittivo nei suoi confronti è scattato quando gli investigatori, co-

ordinati dal sostituto procuratore Ambrogio Cassiani della Procura di Brescia, indagando su un giro più ampio di prostituzione minorile, hanno scoperto che il 55enne aveva gravi problemi di salute. Durante una perquisizione domiciliare gli agenti hanno trovato parecchia documentazione medica. Inequivocabile la diagnosi su un certificato medico inserito nella pratica per ottenere l'invalidità civile: Hiv. Tre lettere che hanno fatto sobbalzare chi stava indagando.

Pare che l'uomo non abbia avuto difficoltà a confidare che voleva vendicarsi per quello che gli era capitato, contagiando i ragazzi — quasi tutti minorenni e per la maggior parte bresciani — che rispondevano ai suoi annunci ed erano disponibili in cambio di denaro, prestazioni che oscillavano tra i 20 e i 50 euro. L'attività di contagio organizzata metodicamente dall'uomo andava avanti da mesi. La Procura, appena scoperte le condizioni di salute dell'indagato, ha chiesto e ottenuto la misura di custodia. La possibilità di ampliare ulteriormente il possibile contagio è stata subito stoppata. E sono iniziate velocemente le indagini per cercare di risalire ai

giovani che hanno avuto rapporti con l'untore.

Gli inquirenti finora ne hanno rintracciato una decina: sono tutti giovani, hanno tra i 15 e i 24 anni, tutti disposti a vendersi per qualche decina di euro. Alcuni sono già stati contattati: sono stati avvicinati con cautela, con calma e tatto, ed è stata spiegata loro la situazione. Solo gli accertamenti medici potranno stabilire se hanno contratto il virus dell'Hiv, oppure se sono riusciti a scampare il pericolo vanificando ogni tentativo di vendetta del bresciano.

La risposta alla loro ansia non può essere immediata, dovranno attendere del tempo e ripetere gli esami finché non si potrà escludere ogni contagio. Il racconto delle vittime è identico: «Pagava di più per un rapporto non protetto, giurava di non essere malato. E gli abbiamo creduto». All'appello mancano parecchi ragazzi. La polizia li sta ancora cercando. Il cellulare del 55enne ha in rubrica molti nomi, il controllo deve essere minuzioso. Dopo il caso del giovane sieropositivo di Roma, che voleva contagiare più persone possibile, un nuovo untore getta nel panico decine di ragazzi.

Wilma Petenzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/europa-e-mondo>

Report Ocse: «La sfida possibile dell'ageing»

di Rosanna Magnano



Il mondo sta ingrignendo e nel 2050 almeno una persona su quattro avrà più di 65 anni in circa due terzi dei paesi Ocse. E gli over 80 si avviano a superare il raddoppio, dal 4% del totale della popolazione nel 2010 al 10% nel 2050. Un processo ancora più accelerato in Giappone, Spagna e Germania e drammatico in alcuni Paesi emergenti come la Cina.

Un fenomeno con impatti su più livelli. La forza lavoro si svuota progressivamente mettendo a dura prova i diritti e soglie pensionistiche e prolungando l'età lavorativa. Esperienza e istruzione crescenti degli anziani ancora in attività aiuteranno la produttività e lo sviluppo. Ma i sistemi sanitari mondiali restano impreparati ad affrontare i nodi della cronicità e le necessarie riforme procedono al ralenti. A fare il punto il recente [Report dell'Ocse: «Ageing: debate the issues»](#).

«Il modello di erogazione di assistenza sanitaria oggi prevalente - si legge nel capitolo curato da **Francesca Colombo**, Oecd Employment, Labour and Social Affairs Directorate - non è al passo con la mutevole epidemiologia e le esigenze di salute della popolazione. Il focus rimane spesso concentrato sulla costruzione di nuovi ospedali e sull'acquisto di costose attrezzature. E la gestione dei processi di cura resta

in gran parte incentrata attorno alle necessità di assistenza episodiche».

Ma l'approccio, come è noto, va cambiato. Con altre priorità: continuità di cura ospedale-territorio, rafforzamento dell'assistenza primaria, gestione della cronicità.

I numeri della polimorbilità sono già critici. In molti paesi Ocse, più della metà degli over 65 ha più di una patologia cronica. E da 75 anni in poi ne avranno più di tre.

L'esempio più illuminante della sfida che attende i sistemi sanitari è la demenza, che colpisce un numero crescente di persone in tutto il mondo. Attualmente, si legge nel Report Ocse, i casi sono stimati in 47 milioni, ma dovrebbero salire a 76 milioni entro il 2030. Tra i Paesi Ocse l'Italia ha il tasso di prevalenza più alto con valori che vanno dal 6,3% al 6,5% della popolazione con più di 60 anni. Una condizione analoga è presente in Francia, Svizzera, Spagna, Svezia e Norvegia. Le cure di fatto non esistono e nonostante gli incentivi alla ricerca pubblica e privata, la vittoria è ancora lontana.

Big data al bivio

Sul nodo demenze, sostiene l'Ocse, una questione chiave da affrontare è quella dell'accesso ai big data. Una rivoluzione silenziosa è infatti in corso. «Medici, infermieri, ricercatori e pazienti - spiega **Elettra Ronchi**, Oecd Science, Technology and Innovation Directorate - producono ogni giorno enormi quantità di dati, provenienti da una serie di fonti, come cartelle cliniche elettroniche, sequenziamento genomico, imaging, dispositivi di rilevamento, applicazioni smartphone che monitorano la salute del paziente».

Questa rivoluzione potrebbe rivelarsi particolarmente utile per malattie neurodegenerative come la demenza. «A causa della complessità clinica e biologica della demenza - continua l'esperta Ocse - gli studi necessari per sostenere la scoperta di nuovi farmaci e lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche volte a rallentare la progressione della malattia richiederà dati di massa».

Dai laboratori di tutto il mondo arrivano informazioni comportamentali, genetiche, ambientali, epigenetiche, cliniche, amministrative e altro ancora. Sfruttando questi dati, sostengono in molti, si otterrebbero vantaggi su tutta la linea: per la ricerca, per la cura del paziente, per la gestione del sistema sanitario e la salute pubblica.

Ma i ricercatori sono frenati dalle incertezze normative. Il consenso informato per l'uso dei dati del paziente si limita spesso alle domande di ricerca relative al focus principale degli studi. Questo significa automaticamente escludere indagini potenzialmente indipendenti che potrebbero nascere da una condivisione più aperta di questi dati nell'ambito di una comunità di ricerca più ampia. La proposta dell'esperta Ocse sarebbe quindi quella di creare modelli dinamici di consenso che potrebbero da un lato soddisfare le esigenze etiche di tutela del paziente e allo stesso tempo offrire nuovi spazi per la ricerca.

Un'apertura necessaria che dovrebbe riguardare anche i risultati delle stesse indagini dei ricercatori, per evitare inutili doppioni. Ma la diffidenza prevale, soprattutto in fase di pre-pubblicazione. Ogni ricercatore infatti tende a salvaguardare la propria

carriera all'interno delle istituzioni per le quali lavora.

Un ulteriore ostacolo non secondario alla condivisione dei big data è rappresentato anche dagli investimenti necessari per la loro raccolta, conservazione, collegamento, organizzazione e analisi.

Naturalmente per vincere la battaglia contro le demenze i big data non bastano. E l'esplosione tecnologica non si tradurrebbe certo automaticamente in nuovi prodotti e soluzioni per la cura della demenza o altre malattie neurodegenerative. I nuovi sviluppi, avverte l'Ocse, dovranno essere accompagnati da cambiamenti organizzativi, infrastrutturali e di governo di tutto il sistema salute. L'attuale frammentazione del processo di ricerca e sviluppo non aiuta.

Rappresenta anzi una zavorra che si traduce in aumento di costi e inefficienza. E gli investimenti sulla demenza sono al palo: i finanziamenti per le malattie neurodegenerative rappresentano meno dell'1% dei budget R&S nei Paesi del G7. Per vincere la principale sfida della salute del futuro è decisamente poco.

Il reddito fattore cruciale per la qualità della vita degli anziani

Su questo fronte le condizioni sono migliorate. Il tasso medio di povertà tra gli anziani è sceso dal 15,1% nel 2007 al 12,8% nel 2010, nonostante l'aumento dei tassi di povertà sofferto dal resto della popolazione a causa della crisi.

I redditi degli over 65 nei paesi Ocse raggiungono circa l'86% del livello di reddito disponibile per il totale della popolazione. Ma proprio come per altre questioni, c'è un divario di genere anche tra gli anziani. Le donne vivono più a lungo, ma ci sono maggiori probabilità di finire la propria vita in solitudine e in povertà.

I costi dell'assistenza e le chance della telemedicina

I costi dell'assistenza a lungo termine sono d'altra parte spesso proibitivi e superano del 60% il reddito disponibile. E in alcuni casi si adottano provvedimenti drastici e discutibili. In Svizzera, si legge nel report Ocse, i prezzi per la cura sono così alti (tra 5mila e 10mila dollari al mese) che alcune famiglie hanno fatto ricorso alla controversa soluzione di «esportare nonna e nonno all'estero» in case di riposo a prezzi accessibili, in Paesi lontani come la Thailandia.

In Corea, dove la popolazione sta invecchiando rapidamente, le famiglie hanno trovato invece un'alternativa meno estrema. Riescono infatti a prendersi cura dei loro parenti più anziani utilizzando il nuovo sistema di *Ubiquitous Health House (Uhouse)*. Un sistema che si basa sulla tecnologia Internet per monitorare la salute del proprio caro. Questo permette alle famiglie e agli anziani di mantenere la privacy e l'indipendenza agevolando nel contempo la cura da parte della famiglia, ed è progettato per sostituirsi il più possibile al servizio ospedaliero.

In Italia la «nuova» ricetta si chiama telemedicina e cure domiciliari. Un'alternativa attuata ancora in poche regioni, che raggiunge solo il 5% della popolazione anziana. Una soluzione sostenibile economicamente e umanamente, che potrebbe contribuire a far quadrare i bilanci delle long term care

Culle vuote e cervelli in fuga l'Italia perde 150mila persone

Nel 2015 residenti in calo per la prima volta dai tempi della Grande guerra
Nascite sotto quota 500mila e morti record. E anche l'immigrazione frena

Blangiardo: «Si calcola che ogni anno oltre 130mila abitanti si cancellino dalle anagrafi»

MARIA NOVELLA DE LUCA

ROMA. All'appello ne mancano centocinquantamila. Scomparsi dalle anagrafi, dalle statistiche, e dunque dalla nostra vita. Nel 2015 l'Italia ha perso centocinquantamila abitanti, numero (enorme) che si ottiene sommando il crollo delle nascite, l'aumento della mortalità, il calo dell'immigrazione, ma anche la fuga degli italiani stessi, giovani e non solo, che scelgono altre nazioni e altre realtà come dimore di vita.

Non accadeva dal 1917, dalla Grande Guerra e dall'epidemia di Spagnola, quando il nostro Paese e il resto d'Europa si trasformarono in un unico grande cimitero, con assai più tombe che culle. Nel 2015, secondo una ricostruzione del demografo dell'università Bicocca, Gian Carlo Blangiardo, il nostro "saldo naturale", cioè la differenza tra le nascite e le morti, è stato così negativo da riportarci a uno scenario simile a quello della prima guerra mondiale, dove la morte di centinaia di migliaia di uomini fece crollare la demografia spopolando l'Italia. Proiettando i dati dei primi otto mesi del 2015 sull'intero anno, Blangiardo dimostra che facendo la differenza tra i bambini nati, 490mila, e le persone morte, 660mila, i decessi superano le culle di 170mila unità. È quello che si chiama "saldo naturale negativo", ossia più morti che nati. «Uno scenario drammatico — spiega Blangiardo — non soltanto per

ché per la prima volta le nascite sono state meno di cinquecentomila, ma abbiamo avuto un'impennata di decessi di cui ancora non sappiamo spiegarci le cause, e questi numeri sono stati soltanto in parte mitigati dagli arrivi degli immigrati, il cui flusso però ha avuto un crollo drastico nel 2015». Alla fine infatti il nostro "saldo naturale" non è di 170mila italiani in meno, ma di 150mila, grazie a un residuale gruppo di 20mila immigrati che si è iscritto alle anagrafi italiane nel 2015. Potrebbe sembrare, quasi, un gioco statistico, ma in realtà lo studio di Blangiardo pubblicato sul sito di "Neodemos" (rivista online di demografia) è la fotografia di un malessere profondo. Una crisi dove la rinuncia endemica alla maternità di moltissime coppie giovani, che ripiegano, spesso tardivamente, sul figlio unico, si somma a una nuova dinamica dei flussi migratori.

«Da una parte ci sono i mancati arrivi degli immigrati, che arricchivano il nostro tasso di fecondità. Dall'altro la fuga degli italiani stessi. Si calcola che ogni anno oltre 130mila abitanti si cancellino dalle anagrafi italiane per mettere la propria residenza altrove». E gran parte di questi nuovi migranti sono giovani laureati, aggiunge Blangiardo, «altrove metteranno radici, formeranno famiglie, contribuendo a migliorare la demografia di quei Paesi...».

Insomma l'anticamera di una "desertificazione" soprattutto giovanile che in molte zone del Mezzogiorno è già una realtà. «Dieci anni fa avevamo flussi migratori di 200mila persone all'anno — ricorda Blangiardo — Oggi siamo soltanto un Paese di transito, visto che nel 2015 gli iscritti stranieri al-

le nostre anagrafi non sono stati più di 30mila». Resta il mistero dei tanti decessi in più del 2015, mai così numerosi, appunto, in un anno non caratterizzato da eventi bellici. «Soltanto a distanza capiremo se tutto questo è dovuto a un collasso del sistema sanitario, ormai incapace di dare cure adeguate a una popolazione sempre più anziana».

GRUPPO EDITORIALE L'ESPRESSO

Le stime sul 2015



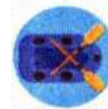
489.000
le nascite

Secondo l'estrapolazione delle tendenze osservate nei primi 8 mesi dell'anno, per la prima volta sotto la soglia simbolica del mezzo milione



-170/180mila
il saldo tra nascite e morti

Un record negativo secondo solo a quello del biennio 1917-1918



+20/30mila
il contributo dei movimenti migratori

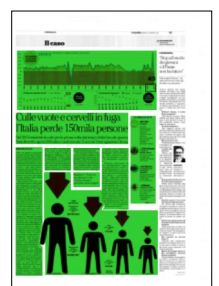
Causato dalla minore attrattività dell'Italia e dalla "fuga" dei connazionali



-150mila
residenti in Italia

Un simile precedente è nel 1916-1918 per l'effetto della Grande Guerra e dell'epidemia "spagnola"

FONTE ISTAT



11.000

vittime in Africa

UN MORTO IN SIERRA LEONE

Ebola uccide ancora, si temono nuove fiammate

Non c'è stato praticamente neanche il tempo di festeggiare. A poche ore dall'annuncio di giovedì da parte dell'Oms di fine dell'epidemia di Ebola il virus si è ripresentato in Sierra Leone in una donna di 22 anni morta nei giorni scorsi. La doccia fredda per la verità era stata ampiamente prevista dalla stessa organizzazione, che aveva avvertito della possibilità di "fiammate" del virus nei prossimi mesi. A non far stare tranquilli nonostante tutte le linee di trasmissione del virus siano in teoria sotto controllo da mesi è il fatto che Ebola può restare "nascosto" nell'organismo dei sopravvissuti anche quando sono stati dichiarati guariti, per ripresentarsi poi dopo mesi. Finora è accaduto dieci volte, hanno spiegato gli esperti dell'Oms, e può succedere ancora. «Ora siamo in un periodo critico, ci siamo mossi dal trattare casi e pazienti ad occuparci del rischio residuo di nuove infezioni - ha affermato Bruce Aylward, l'invitato dell'Oms per l'emergenza - Ci aspettiamo altre "fiammate", e dobbiamo essere preparati». Per quanto riguarda il caso in Sierra Leone l'Oms non ha dato molti dettagli, ma secondo alcuni media la vittima sarebbe una studentessa di 22 anni morta a Tonkolili dopo un viaggio da Kambia, vicino al confine con la Guinea, dove è iniziata l'epidemia nel dicembre 2013, e potrebbero essere almeno 27 i contatti a rischio da monitorare. La donna potrebbe essere stata trattata in un ospedale locale e la malattia non sarebbe stata subito riconosciuta come Ebola. «Il governo della Sierra Leone ha agito rapidamente per rispondere a questo nuovo caso - si legge nella nota dell'Oms - Un team congiunto di autorità locali, Oms e altri partner sta investigando sulle origini del caso, identificando i contatti e iniziando le misure di sicurezza per prevenire future trasmissioni». La Sierra Leone era stata dichiarata "virus free" lo scorso 7 novembre, data in cui era scaduto il periodo di 42 giorni dall'ultimo caso conosciuto stabilito dall'Oms. L'organizzazione ha mantenuto in Africa occidentale per tutto il 2015 un contingente di circa 1200 persone, che ora sta gradualmente diminuendo. «La vigilanza e la capacità di risposta rapida deve essere mantenuta per tutto il 2016 - ha però affermato all'Onu il segretario generale dell'organizzazione Margaret Chan - . Entro la fine dell'anno ci aspettiamo che tutti in tutti i sopravvissuti non siano più presenti tracce del virus». Si stima che in un anno circa, le vittime di Ebola in Africa abbiano superato la cifra di 11mila.



<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2016/01/16/consiglio-stato>

Consiglio di Stato conferma l'ammissione in soprannumero a medicina generale



Confermata l'ammissione in soprannumero al corso di specializzazione di medicina generale. Lo ha di fatto stabilito il **Consiglio di Stato, accogliendo l'appello** degli avvocati **Santi Delia, Michele Bonetti e Umberto Cantelli**. Il **Tar del Lazio** aveva rigettato le domande dei ricorrenti, spiegano i legali all'Adnkronos Salute, "sostenendo l'impossibilità di attuare la graduatoria unica nazionale anche per medicina generale, mettendo l'accento sul fatto che [i medici di medicina generale](#) dovrebbero poi continuare la loro carriera all'interno della stessa Regione".

Bonetti e Delia, citando le fonti della contrattazione collettiva, hanno invece sostenuto che "le graduatorie dei medici in possesso del titolo acquisito, al [completamento del corso triennale](#), possono essere formate da abilitati in qualunque altra regione, a nulla rilevando la Regione che ha rilasciato il titolo stesso". Tesi a cui ha dato ragione il Consiglio di Stato.

Anche la sesta Sezione, infatti, "ha ribadito la correttezza della scelta soprannumeraria per le scuole di specializzazione, respingendo le richieste del Miur che sosteneva l'impossibilità di ammettere gli specializzandi alle scuole oltre il numero programmato. Le decisioni cautelari - sottolineano i legali - sono assai importanti anche in quanto consentono, ancora una volta, di accedere alla tutela soprannumeraria preferendola all'annullamento dell'intera procedura".

"Dal 2007, anno del primo concorso farsa per l'accesso ai corsi di laurea a numero chiuso - affermano Bonetti e Delia - sosteniamo che innanzi a un concorso illegittimo, l'unico rimedio possibile è quello dell'ammissione in soprannumero, in quanto il diritto allo studio e alla formazione professionale è libero, come la Costituzione prevede, e può essere compresso solo innanzi a una prova conforme a legge. Se, come accaduto, questa prova è illegale, a tutti deve essere consentito studiare o specializzarsi".

"Alle prime vittorie ai Tar Palermo, Brescia, Cagliari, Napoli, Firenze e, tra gli altri, Campobasso sono seguite le pronunce del Consiglio della giustizia amministrativa e del Consiglio di Stato che, ancora una volta, ha ribadito la correttezza di questi principi", commentano.

MAMMIME SULL'ORLO DI UNA DIETA PERICOLOSA

Sarah Stage, la modella losangelina di lingerie e costumi da bagno che mette in piazza su Instagram la sua gravidanza sexy e "senza pancione" fino alla nascita di James, per fortuna un bel neonato robusto. La sua collega australiana Rebecca Judd, che sfrutta i new media per sfoggiare una silhouette che pare uscita già efebica dalla sala parto. E la più blasonata di tutte, Kate Middleton, la duchessa di Cambridge, la cui "magrissima" seconda maternità è stata puntigliosamente controllata con sospetto, sofferenza, spirito di emulazione. Per tutto questo c'è già un nome: "mammoressia" o "pregoressia" (dalle parole inglesi *mommy*, *pregnancy* e *anorexia*). Cioè un disturbo del comportamento alimentare (Dca) che ha la particolarità di essere presente in gravidanza e spesso anche dopo il lieto evento, all'interno del quale entrano pure la bulimia, il *binge eating* o alimentazione incontrollata, gli *Eating Disorders Not Otherwise Specified*, tra cui, per esempio l'ortoressia, ossessione per i cibi sani.

Il *Dsm-5*, la versione più aggiornata del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, non cita ancora la pregoressia, considerata "solo" un *Ednos*, un disturbo alimentare clinicamente significativo e non altrimenti specificato. Numeri? Difficile darne di coerenti, poiché le ricerche sono assai "giovani" ma già allarmanti: un recente studio svedese cita l'11,5 di Dca pregresso o in corso tra le puerpere; il *Norwegian Mother and Child Cohort Study*, che ha monitorato dal '99 al 2008 una sessantina di mamme, parla di un 5% di sofferenti, nello specifico 0,2% bulimiche, 4,8% ammalate di *binge eating* e 0,1% di *purging disorder* (vomito autoindotto, abuso di lassativi). Il National Institute of Health è preoccupato per i 7 milioni di americane con disturbi alimentari che ogni anno affrontano i fatidici 9 mesi, e soprattutto per quel 30% di gravide che non li vedono scorrere aumentando del giusto numero di chili. Il 20% delle australiane vivrebbe con ansia intollerabile la pancia che

**Ossessionate dalla
linea, filiformi a
pochi giorni dal parto:
certe donne oggi non
fanno pace col cibo
neppure in gravidanza.
Ma aiutarle si può**

di Elisabetta Muritti

crece. 250 degenti del reparto maternità dell'Ospedale Port-Royal di Parigi hanno descritto ai medici i lancinanti sensi di colpa per la silhouette fuori controllo. Il 7% delle future mamme inglesi patirebbe di Dca (e sulla questione i ricercatori dell'Ucl Institute of Child Health hanno messo sotto osservazione le abitudini di più di 700 donne incinte). Quanto all'Italia, allarmano le possibili implicazioni messe in luce dalla ricerca *Salute in gravidanza: nutrizione, social network e donne in sovrappeso*, promossa dalla Fondazione Giorgio Pardi: il 60% di un campione di 1500 donne in età fertile non conoscerebbe le più elementari norme alimentari richieste per una salutare attesa, e in caso di dubbi si affiderebbe al web. Ma sulla rete passa di tutto, compresa l'ultima follia bulimica: il *pump-purging*, abbuffati-e-poi-tirati-il-latte, anche se il bimbo magari è già svezzato.

Laura Bellodi, docente ordinario di Psichiatria e direttore del Centro per i disturbi alimentari presso il Dipartimento di scienze neuropsichiatriche dell'Ospedale San Raffaele di Milano, scuote la testa: «Penso agli aspetti non clinici della questione: i media non dovrebbero sottointendere la "bravura" delle cosiddette mamme-vip, e poi agitare lo spettro di una futura necessità psichiatrica. C'è la tendenza a un'esibizione impropria del pancione, il che intralcia un'educazione sana nel trattare ogni fase della fisiologia femminile e soprattutto la possibilità di proteggere le persone a rischio». Inutile dire che una donna fragile che

aspetta un bambino è tra queste.

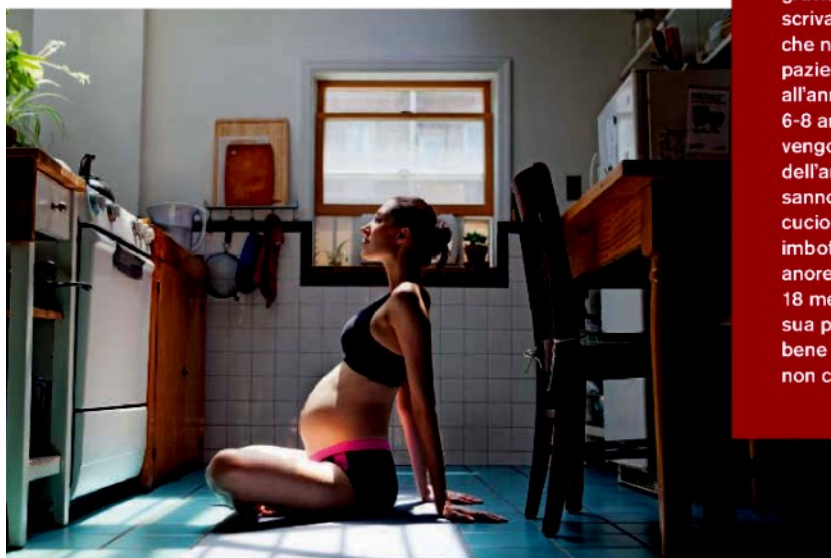
Bellodi prosegue con altre precisazioni: «La fisiologia chiede di distinguere il mondo dell'anoressia da quello della bulimia. Una donna bulimica spesso ha un ciclo irregolare ma può restare incinta; l'anoressica no, è in amenorrea. Quindi, se è incinta, è perché ha una storia di anoressia superata, che si riesacerba o esplose proprio a causa della gravidanza. La tipica gravida bulimica normopeso, con disordini mestruali e metabolici importanti, nonostante il suo aspetto meno emaciato, è di particolare "pericolosità": può ricorrere a lassativi, diuretici e stimolanti tiroidei, che mettono a dura prova il feto e il suo organismo. La gravida anoressica allarma per la carenza di potassio, per il rischio cardiaco... Ma una gravidanza spesso le è servita per buttersi il passato alle spalle: la ripresa ponderale le ha procurato il ritorno del ciclo e il pancione è diventato il suo alibi per stare meglio».

Bellodi sostiene che il periodo critico è il post-partum: il ginecologo non riesce più a far leva sulla salute del feto e il peso che una donna può voler perdere, prima che si accenda l'allarme rosso e si preveda un programma terapeutico, è tanto. «Un Dca in gravidanza richiede una cura multidisciplinare: la terapia comportamentale può rieducare alla normalità alimentare, poi c'è il contributo del ginecologo. In genere tutto va a finire bene, anche se il senso di responsabilità su cui lavora lo psichiatra si rivela spesso un fattore di crisi in più. Tutt'altro problema il "dopo", il periodo più soggetto all'imitazione di un modello di successo alla riconquista di un corpo per emergere. Le due età a maggior rischio sono quelle "estreme", le primipare oltre i 35-40 anni e le mamme-ragazzine. Per le prime si parla di consolidate abitudini alimentari che derogano da una sana norma, per le seconde di un sistema nervoso adolescente». Conferma Roberta Dacco, responsabile del servizio ginecologia di due sedi milanesi del Centro Diagnostico Italiano: «Fermo restando che al momento sono più preoccupata per le pazienti sovrappeso, dato che gli ormoni della gravidanza rendono fragile il metabolismo glicidico, il mito della "pancia piatta" a pochi giorni dal parto c'è, eccome. Se penso al pessimo esempio di Belen Rodriguez, andata sui social in perfetta forma a 11 giorni dalla nascita del figlio... Certe signore si sono concentrate sugli esercizi addominali subito dopo un parto spontaneo, senza aspettare di aver riattivato il pavimento pelvico. Pericolosissimo».



Il pane di Fabiola

«È incoscienza, è narcisismo. Si sentono onnipotenti. Si innamorano, cercano un figlio, lo vogliono, ma a loro volta sono figlie del consumismo: usano-e-butano-via-sicure-di-poter-recuperare. Credono che anche la vita abbia la "funzione cestino", racconta Fabiola De Clercq, 66 anni, belga di nascita e italiana di adozione, fondatrice di Aba, Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari. Nel '91, col bestseller *Tutto il pane del mondo*, è stata tra le prime a infrangere pubblicamente in Italia il tabù dell'anoressia-bulimia: ha parlato dell'abuso intrafamiliare, sessuale e non, che segna molte giovani donne con Dca, non ha nascosto il dramma di una gravidanza "malata". Fabiola è guarita e dalla sua scrivania milanese di via Solferino osserva una realtà che non s'è mai fatta più facile. L'Aba accoglie circa 400 pazienti alla settimana e ne fa ricoverare solo 1-2 all'anno. «Mi arrivano già grandi, con magari alle spalle 6-8 anni di psicoanalisi, l'età media è sui 23 anni, vengono qui più morte che vive, e noi? Noi parliamo dell'amore, di quelle risorse interiori che hanno ma non sanno di avere». Racconta di un laboratorio dove si cuciono bambole di pezza, e soprattutto si impara a imbottirne il corpo; di una mamma di 44 anni, anoressica da quando ne aveva 14, due figli di 6 anni e 18 mesi, che solo da poco ha imparato ad abbracciare la sua piccola: «Non c'è incuria tra queste madri, nutrono bene i loro bambini, ma ostentano un benessere che non c'è. E loro stesse sperano che nessuno gli creda».



Una nuova tecnica yoga insegna a farlo «a freddo» e ogni mattina un gruppo di persone di tutto il mondo si collega via Skype per esercitarsi. Corsa alla «chimica della felicità»

Esercizi per **ridere**

Dall'India

Ad elaborare il metodo è stato, 21 anni fa, il medico indiano Madan Kataria. Oggi esistono circa 16.000 club della risata

36

i muscoli facciali usati per esprimersi. Di questi circa 12 (divisi in sei coppie di due), sono generalmente utilizzati per ridere. Il numero può infatti variare

di **Chiara Maffioletti**

D

a questo lunedì, due volte al giorno tutti i giorni, decine di persone entrano in contatto attraverso Skype formando un unico gruppo. E ridono. Si siedono davanti al loro computer e non devono nemmeno aspettare che uno faccia una battuta, semplicemente iniziano a ridere. E basta. Fino alla scorsa settimana ci si collegava invece a un gruppone che riuniva persone da tutto il mondo, ora invece si ride in italiano aggiungendo tra i propri contatti SkypeRisata Italia. Quello che in un primo momento potrebbe sembrare un clamoroso attacco di follia collettiva, in realtà non è altro che la realizzazione pratica di una teoria elaborata da un medico indiano, il dottor Madan Kataria, che ventuno anni fa ha sviluppato un concetto noto più o meno a tutti: ridere fa bene. Teoria che tradotta in pratica diventa lo yoga della risata.

Kataria nel 1995 è partito con cinque persone compreso lui e sua moglie. Adesso lo yoga della risata si pratica in quasi tutto il mondo, con ventimila leader che insegnano ogni giorno a decine di persone a ridere anche se non ne hanno voglia. Perché? Fondamentalmente perché il corpo umano non sa distinguere tra una risata vera e una simulata: entrambe producono la stessa chimica della felicità. Quella che anche il professor Robin Dunbar, a capo dell'istituto di antropologia sociale e culturale dell'Università di Oxford, ha di recente dimostrato essere in grado di far sopportare meglio il dolore, per dire: quando si ride, specie di gusto (per intenderci, fino al punto in cui viene da dire «sto male»), il nostro corpo innesca il rilascio di endorfine, preziosissime sostanze antidolorifiche che hanno proprietà simili alla morfina.

Per quanto — almeno a prima vista — possa sembrare una prassi eccentrica (per i più buoni), se non stramba (per gli scetticoni), quel continuo ripetere «oh-oh-ah-ah-ah», minimo per 12 minuti se si vogliono ottenere più benefici, è diventato contagioso più di una risata, appunto.

Oggi esistono sedicimila club della risata in

più di cento nazioni, 250 solo in Italia. Ma lo yoga della risata — che è poi la tecnica che consente di produrre una risata potente e prolungata senza bisogno di coinvolgere le abilità cognitive, combinando la risata incondizionata con la respirazione yogica — si pratica anche nelle scuole, nelle aziende, nelle palestre, negli istituti per disabili, nelle università, nelle case di riposo, nei gruppi di aiuto per persone malate. Risata e malattia sono legate. Non è un caso se l'ispirazione per il dottor Kataria è arrivata proprio venendo a conoscenza del caso di Norman Cousins, scrittore americano che, dopo essere stato costretto a letto per una grave patologia autoimmune, scoprì i benefici della risata e della comicità sulla sua malattia: ridere per dieci minuti gli permetteva un sonno di almeno due ore senza dolori. Il libro in cui descriveva tutto questo, *Anatomia di una malattia*, è diventato un testo di riferimento. Una teoria che ha sviluppato anche il dottor William Fry della Stanford University, autore della terapia del sorriso e di una ricerca che ha analizzato gli effetti psicologici della risata o anche solo dell'allegria. Secondo lo psichiatra, la risata sarebbe un perfetto esercizio aerobico.

Gli studiosi che hanno dedicato la loro vita professionale alla risata sono molti; il più famoso è forse il dottor Hunter Patch Adams, che tutti ricordiamo con la faccia e il naso rosso di Robin Williams nel film in cui, travestito da clown, portava buon umore in ospedale, convinto che una risata, appunto, avesse un valore non solo morale ma anche, in parte, terapeutico. Ma è possibile indurre un comportamento che, in apparenza, dovrebbe essere il più spontaneo di tutti? Se una discreta dose di cattivi pensieri e brutti ricordi possono — con un po' di impegno — portare dal nulla a farci piangere, riuscire a ridere a comando non sembra altrettanto semplice. Non sembra, appunto. È soltanto un problema di avviamento perché — sempre secondo lo yoga della risata — anche la risata finta, se prolungata, si trasforma poi in risata autentica. Ne è convinta Silvia Gangemi, psicologa, psicoterapeuta e ora anche leader di questa pratica: «Da sempre nel mio lavoro sono alla ricerca di forme di comunicazione diverse che diano l'opportunità di sperimentare modalità di comportamento e di relazione nuove. Questo per facilitare il contatto con le emozioni, i pensieri e il corpo. La risata è una forma di comunicazione potentissima». Non è sbagliato fingere di provare un sentimento? «No — spie-



ga —, in realtà tutti possono ridere senza comicità. *Fake it till you make it* (Fai finta finché non diventa vero). Scegliere di ridere non significa non vivere la tristezza o esorcizzare la sofferenza, ma ci aiuta a recuperare la capacità di percepire gli aspetti piacevoli della vita».

Si spiega anche così, forse, almeno in parte, il successo clamoroso di Checco Zalone al cinema: *Quo vado?* ha superato i 53 milioni di euro. La gente va a vederlo perché vuole ridere. «La risata è uno strumento meraviglioso per facilitare il processo di crescita — riprende Gangemi —, per favorire il contatto emotivo e sensoriale con noi stessi e con ciò che ci circonda. La risata è un tesoro, un potente rimedio in grado di creare un'ondata di reazioni che promuovono il nostro benessere, sia fisico che psicologico»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La pratica

● Lo yoga della risata è nato nel 1995 da un'intuizione del dottor Madan Kataria. È la tecnica che consente di produrre una risata potente e prolungata senza bisogno di coinvolgere le abilità cognitive, combinando la risata incondizionata con la respirazione yogica

● L'11 gennaio è stato inaugurato Skype Risata Italia: due volte al giorno (alle 7.30 e alle 21), ci si ritrova su Skype e si ride in gruppo semplicemente aggiungendo tra i contatti #skyperisata