



## **RASSEGNA STAMPA**

**06/03/2016**

1. ILMATTINO.IT IL Farmaco che previene il cancro? Basta prenderlo 2 volte la settimana
2. REPUBBLICA.IT Lecce, chiedono Tac di controllo dopo operazione per tumore: "Venite a giugno del 2017"
3. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Donne: dal Paptest alla mammografia ecco l'agenda dei controlli salvavita
4. GIORNO Amianto, un killer sui nostri tetti Almeno altri 10 anni per liberarcene
5. CORRIERE DELLA SERA Caregiver «riconosciuti» solo in una Regione su 20
6. CORRIERE DELLA SERA Gli italiani ancora «distratti» nel tenere conto del sale nei cibi
7. CORRIERE DELLA SERA Tossine in pomodori, arance e patate? Ci sono, ma ecco perché non credere agli allarmi che circolano in Rete
8. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Alla ricerca del riposo perduto Dormire bene è un sogno possibile
9. CORRIERE DELLA SERA Costosa ma efficace la cura se c'è anche l'Hiv
10. STAMPA Aids, in Italia 11 contagiati al giorno - Quei malati fantasma di Hiv In Italia il virus silenzioso contagia 11 persone al giorno
11. CORRIERE DELLA SERA Epatite C da «cancellare» - Non solo il fegato soffre a causa del «virus C»
12. REPUBBLICA Che il Laser sia con te
13. AVVENIRE Culle vuote - Tempo di riflessioni serie sulla crisi della maternità
14. GIORNALE Ora l'America ci ruba pure la dieta mediterranea
15. SECOLO XIX Settant'anni a lottare contro lo stress - Lo stress fa 70
16. LIBERO QUOTIDIANO Appropriately, aderenza e continuità parole-chiave per il paziente diabetico

<http://www.ilmattino.it/>

## Il farmaco che previene il cancro? "Basta prenderlo due volte a settimana..."



ROMA - Un farmaco che ci protegge dal **cancro**? È una medicina che abbiamo tutti nel cassetto. Basterebbe prenderla due volte a settimana per ridurre la possibilità di sviluppare questa malattia.

Si tratta dell'**aspirina**. Secondo un pool di scienziati, la compressa da banco preverrebbe potenzialmente 10mila decessi all'anno causati dal tumore. La ricerca è stata pubblicata su 'Jama Oncology'.

Lo studio ha esaminato, lungo un arco temporale di 32 anni, 136mila soggetti. E dai dati emergerebbe che chi ha preso con regolarità l'aspirina ha ridotto del 3 per cento la possibilità di sviluppare **qualsiasi forma di cancro**.

Come riporta il Telegraph, per i ricercatori del Massachusetts General Hospital gli effetti sono stati più incisivi per le **neoplasie allo stomaco e all'intestino**. Dove il rischio è sceso rispettivamente del 15 e del 19 per cento.

"Ormai - concludono gli studiosi - c'è una prova consistente che le persone che hanno una storia familiare di cancro all'intestino allo stomaco dovrebbero considerare **l'assunzione dell'aspirina come prevenzione**"

<http://la.repubblica.it/salute>

## LECCE, CHIEDONO TAC DI CONTROLLO DOPO OPERAZIONE PER TUMORE: "VENITE A GIUGNO DEL 2017"

*Denuncia del tribunale del malato: due donne operate per neoplasia hanno potuto prenotare l'esame solo in quella data. I medici: "Colpa del blocco del turn over"*



**LECCE** - Tempi di attesa di un anno e mezzo per effettuare una tac anche in presenza di un tumore, che necessita di un monitoraggio costante. Accade all'ospedale Vito Fazzi di Lecce, dove il blocco del turn over impone spostamenti di medici e turni organizzati su più reparti per coprire le falle laddove ce n'è più bisogno. Con la paradossale conseguenza di creare buchi in servizi clou come la Radiologia, dove i pazienti vengono spediti per esami urgenti ma anche per verificare l'andamento delle malattie oncologiche.

Proprio questo era successo a due donne, che hanno provato a prenotare tac all'addome e al torace a novembre e a febbraio e sono state messe in lista rispettivamente per giugno e settembre 2017. Un tempo infinito, per le signore impegnate in una guerra contro il tumore, che si sono rivolte al Tribunale dei diritti del malato, nel tentativo di vedere riconosciuto il diritto ad

effettuare le visite in periodi più brevi.

I tempi biblici degli esami radiologici, del resto, non sono una novità per la Asl di Lecce, già in passato portata in Tribunale da decine di pazienti oncologici che avevano dovuto effettuare la Pet-Tac in strutture private e a pagamento. In quel caso fu il Codacons a sollevare il polverone, facendo causa alla Regione e ottenendo ragione davanti ai giudici di primo e secondo grado, che condannarono l'ente a risarcire decine di migliaia di euro a persone che avevano dovuto sborsare di tasca propria il costo dell'esame.

Passati un paio d'anni e calata l'attenzione sul caso, il problema si è ripresentato identico. Liste d'attesa di anni al Fazzi, impongono agli utenti di rivolgersi alle strutture private. Che, oltre a poter effettuare in convezione solo un numero limitato di analisi, non possono soddisfare ogni tipo di richiesta a causa di limiti strutturali e organizzativi. È accaduto, infatti, a una delle donne che hanno sporto denuncia al TdM, di non poter essere sottoposta alla Tac perché allergica al mezzo di contrasto e quindi a rischio in una clinica non dotata di reparto di Rianimazione.

La signora è stata poi inserita in extremis in una short list della Radiologia del Fazzi, ma solo grazie a un intervento straordinario di un medico che ha valutato l'urgenza del caso. "L'eccezione però non può diventare la regola" commenta

Alessandro Finisguerra, che appena pochi giorni fa ha passato il testimone di presidente del Tdm ad Angelo Oliva e nei mesi scorsi aveva seguito personalmente questa vicenda. "I casi di attese così lunghe a Lecce sono almeno un centinaio– prosegue Finisguerra – e riguardano pazienti che non possono aspettare tanto tempo perché sono affetti da malattie che hanno bisogno di riscontro ogni sei mesi, anche in virtù di interventi subiti".

8 MARZO LO SCREENING È FONDAMENTALE PER INDIVIDUARE I PROBLEMI NON APPENA COMPAIONO, E PERMETTERE UN INTERVENTO MEDICO NEL MOMENTO IN CUI È PIÙ EFFICACE

# Donne: dal Pap test alla mammografia ecco l'agenda dei controlli salvavita

Diagnosticare precocemente una malattia facilita le cure ed evita complicanze anche serie

## Mammografia

Le linee guida stilate dal ministero della Salute suggeriscono di effettuarne una ogni 12-18 mesi per le donne che abbiano superato i quarant'anni

di Roberto De Filippis

**L'**importante è la salute. Lo si dice spesso, ma ancora poco si fa per prevenire la comparsa di malattie o per riconoscerle ai loro esordi, quando le cure sono più efficaci e le possibilità di guarigione superiori.

Lo strumento migliore per tenere sotto controllo la propria salute è lo screening, che è diverso per uomini e donne. In vista della festa dell'8 marzo, ci concentriamo sul gentil sesso. Il tumore al seno è la prima causa di morte per le donne. Perciò, è molto importante lo screening, anche perché è semplice diagnosticare questo cancro precocemente. Le linee guida del ministero della Salute suggeriscono a tutte le donne dai 40 anni in su di effettuare una mammografia ogni 12-18 mesi. «In realtà», precisa il dottor Carlo Gastaldi, responsabile di ostetricia e ginecologia all'Istituto clinico Città di Brescia, «la tendenza attuale è di prescrivere, sempre a partire dai 40 anni, una mammografia ogni due anni e un'ecografia del seno ogni anno. In presenza di altri casi in famiglia, però, il controllo ecografico andrebbe anticipato». Oltre alla familiarità, i principali fattori di rischio di tale tumore sono un'età superiore ai 50 anni, non avere figli, una gravidanza dopo i 30 anni, un menarca anticipato, una menopausa tardiva, l'obesità, la sedentarietà e l'abuso di alcol. Inoltre, quando si hanno rapporti sessuali da almeno due anni o dal 25esimo compleanno in poi è bene sottoporsi, ogni 24-36 mesi, a un Pap test per la diagnosi precoce del tumore al collo dell'utero; siccome si è osservato che il rischio di questo cancro è più elevato in presenza di determinati virus, al posto del Pap test può essere opportuno eseguire un Pap test con Hpv (anti Papilloma virus). Dai 50 anni in avanti, poi, almeno una volta ogni 24 mesi va effettuata un'ecografia dell'utero, che rileva precocemente il tumore al corpo dell'utero. «A ogni modo», osserva il

dottor Gastaldi, «l'ecografia dovrebbe essere prevista in tutti i controlli ginecologici, che andrebbero effettuati con cadenza annuale».

Così come gli uomini, anche le donne devono sottoporsi periodicamente a esami del sangue, ma con indicazioni specifiche. A causa del ciclo mestruale, infatti, il gentil sesso è più esposto al rischio di anemia sideropenica (cioè determinata da una carenza di ferro). «Perciò, a partire dai 16-18 anni è bene effettuare, ogni 12-18 mesi, un prelievo per verificare i valori della ferritina, dell'emocromo e della sideremia», spiega il professor Giorgio Serino, responsabile del servizio di medicina vascolare e immunoreumatologia dell'Irccs Policlinico San Donato (Milano). «Con questo primo esame del sangue si dovrebbero controllare anche il colesterolo, i trigliceridi, la glicemia, la funzione renale, quella epatica e quella tiroidea; se non emergono problemi, tali valori vanno monitorati ogni 3 anni circa». Dovrebbe avere la stessa periodicità l'esame delle urine, da effettuare, in assenza di disturbi, per la prima volta sempre a 16-18 anni, in concomitanza con quello del sangue. Sempre intorno a quest'età, è importante sottoporsi a un elettrocardiogramma, da ripetere ogni 5 anni circa se non si praticano attività sportive.

Oltre a eseguire tali controlli regolarmente, tra i 40 e i 50 anni è importante effettuare un esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni; infatti, la presenza di tracce di sangue può essere un segno precoce di problemi a carico del colon o dello stomaco, che possono essere la spia di tumori del colon retto. La colonscopia o la gastroscopia sono invece suggerite solo in un secondo momento, se la ricerca di sangue occulto nelle feci dà esito positivo oppure se esiste familiarità per tumori in questi organi. Nel climaterio o in menopausa va poi effettuata una Moc (mineralometria ossea



computerizzata), per valutare i livelli di calcio e di ossificazione dello scheletro. In quest'occasione, con un esame del sangue devono essere osservati anche i dosaggi di vitamina D, che serve per l'assorbimento e la fissazione del calcio nelle ossa. Se non evidenzia nulla di particolare, la Moc va ripetuta ogni 2 anni. Tra i 50 e i 60 anni, anche in assenza di fattori di rischio, vanno intensificati i controlli al cuore (l'elettrocardiogramma va ripetuto non più ogni 5 anni, ma ogni 3) e va tenuta monitorata la pressione arteriosa ogni volta che se ne ha l'occasione. In più, per conoscere lo stato di salute delle arterie, va eseguito un doppler alle carotidi, da ripetere, se non emergono criticità, ogni 3 anni. Inoltre, a qualunque età, quando si segue una dieta dimagrante, specie se si vogliono buttare giù più di 5-6 chili, è opportuno sottoporsi a esami del sangue, da ripetere a distanza di pochi mesi, per valutare l'eventuale carenza di sostanze preziose per l'organismo. «I controlli sono importanti», ribadisce il professor Serino, «ma ancora di più lo è il rapporto che si instaura con il proprio medico di base. Questa figura deve rappresentare il punto di riferimento delle persone – donne e uomini – per qualunque dubbio riguardante la salute. Sottoporsi a una visita o anche solo farvi una chiacchierata almeno una volta all'anno è, dunque, fondamentale».

In collaborazione con il dottor Carlo Gastaldi, responsabile di ostetricia e ginecologia all'Istituto clinico Città di Brescia e il dottor Giorgio Serino, responsabile del servizio di medicina vascolare e immunoreumatologia dell'Irccs Policlinico San Donato (Milano)

# Amianto, un killer sui nostri tetti

## Almeno altri 10 anni per liberarcene

*Sos del consiglio regionale: ancora 184.178 edifici da bonificare*

### INCUBO

**Segnalati tra il 2000 e il 2014  
9.216 casi di mesotelioma  
di cui 252 con diagnosi certa**

**Fabio Florindi**  
■ MILANO

**PER L'ELIMINAZIONE** del problema amianto in Lombardia bisognerà aspettare almeno 10 anni. Questo il trend delineato da uno studio sulla presenza e sullo smaltimento dell'amianto in regione, voluto dal Comitato paritetico di controllo e valutazione del Consiglio regionale. Tra l'altro lo studio avverte che i dati della mappatura possono essere sottostimati, dunque si può ipotizzare che il termine reale per l'eliminazione completa dell'amianto sul territorio regionale si collochi ancora più avanti nel tempo. Al 30 giugno 2015 le strutture che avevano una copertura in amianto in Lombardia erano 184.178. L'87% di uso privato e il 13% aperte al pubblico. Disaggregando i dati sulle Asl, in testa c'è Brescia con 26.893 strutture, seguita da Cremona con 26.816 e Varese con 24.250. Più indietro ci sono Milano 1 (Legnano) a quota 22.677 strutture, Monza e Brianza (11.788) e Milano (5.797). Tuttavia c'è un chiaro deterrente all'adesione dei cittadini al censimento sull'amianto e alle conseguenti azioni per la messa in sicurezza degli edifici.

L'eliminazione dell'amianto, infatti, è posta per la maggior parte a carico dei proprietari degli immobili interessati. Ma l'introduzione di una sanzione della Regione e l'impegno delle Asl e di molte amministrazioni nel coinvolgimento dei cittadini, sembrano essere stati fattori decisivi per l'ampliamento del livello di conoscenza sulla presenza di amianto sul territorio. In totale, nel 2014, in Lombardia sono state smaltite

100.982 tonnellate di materiale contenente amianto con 20.428 interventi.

**OLTRE** il 60% delle bonifiche di amianto friabile riguarda il rivestimento di tubazioni. Con oltre 29mila tonnellate smaltite c'è la provincia di Milano, divisa tra le Asl di Milano e Milano 2 (Melegnano) con più di 9mila tonnellate e Milano 1 (Legnano) che supera le 10mila. Dietro il capoluogo, ci sono Varese (14.440) e Brescia (11.084). Quanto alle mappature, la stima iniziale, nel 2007, era di 2,8 milioni di metri cubi di cemento amianto delle grandi coperture. E dal 2007 a 2012 ne è stato rimosso solo il 27,3%. La consigliera regionale Pd Laura Barzaghi, ricorda la pericolosità dell'amianto: «In Lombardia, tra il 2000 e il 2014, abbiamo avuto 9.216 segnalazioni di mesotelioma di cui 252 con certezza diagnostica, il 66% uomini e il 34% donne». Ed è stato dimostrato che questa malattia «non colpiva solo coloro che erano a diretto contatto con l'amianto «per motivi professionali». In regione le imprese che si occupano di rimozione e smaltimento e bonifica dell'amianto sono 42 su un totale nazionale di 243. Sono cresciute del 56% in quattro anni e hanno 400 addetti. Le imprese specializzate nel settore a Milano sono 14, a Bergamo 9 e a Brescia 7. Invece le imprese iscritte come attività di bonifica dell'amianto sono più di 900, di cui il 25% a Milano, il 18% a Bergamo, e il 14% a Brescia.

una copertura in amianto in Lombardia erano 184.178  
L'87% a uso privato  
e il 13% aperte al pubblico

### Maglia nera a Brescia

In testa c'è Brescia con 26.893 strutture, seguita da Cremona con 26.816 e Varese con 24.250. Più indietro Milano 1 (Legnano) a quota 22.677, Monza (11.788) e Milano (5.797)

### La sentenza

La sentenza del Tar ha stabilito che la Regione non ha competenza sui criteri del trattamento, ma solo sullo «spandimento» dei fanghi. E nei campi della Lombardia vengono utilizzate circa 800mila tonnellate di fanghi

### Il «vuoto»

Il trattamento è competenza dello Stato ma Roma, al momento, non prevede dei criteri sulla materia. Per correre ai ripari la giunta regionale approverà lunedì prossimo il ricorso al Consiglio di Stato contro la sentenza e ne chiederà la sospensiva



### Le coperture

Secondo lo studio al 30 giugno 2015 le strutture che avevano



Dir. Resp.: Luciano Fontana

SALUTE

# Caregiver «riconosciuti» solo in una Regione su 20

In Emilia Romagna l'unica legge che tutela chi assiste un familiare disabile

## All'estero

In altri Paesi europei previsti aiuti economici, assicurazioni e contributi previdenziali

**F**ino ad oggi nel nostro Paese solo una legge regionale, approvata nel 2014 in Emilia Romagna, riconosce la figura del caregiver.

La normativa prevede, tra l'altro, l'integrazione dell'attività dei caregiver «nel sistema regionale degli interventi sociali e sanitari», la possibilità di supporto in situazioni di emergenza, sostituzioni per consentire momenti di sollie-

vo, forme di sostegno economico nell'ambito dei contributi per la non autosufficienza come, per esempio, assegni di cura. Nelle sue finalità, la legge è stata ripresa da proposte legislative presentate in altre Regioni: Abruzzo, Marche, Lazio, Sardegna e Piemonte.

In attesa di una legge nazionale, la situazione dei caregiver è drammatica. «Per lo Stato italiano siamo invisibili e siamo stati costretti a far ricorso alle Nazioni Unite per violazione della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità e dei loro familiari — spiega Simona Maria Bellini, presidente del Coordinamento nazionale famiglie disabili — . In altri Paesi europei, i caregiver hanno tutele, quali assicurazioni per malattia e in-

fortuni, contributi previdenziali o anche un riconoscimento economico in caso di difficoltà, come per esempio in Spagna. In Grecia hanno diritto al prepensionamento. Chiediamo da anni, inutilmente, che il nostro Paese si adegui». «I caregiver sono la spina dorsale del nostro sistema assistenziale, ma mancano strategie di intervento integrate, multisettoriali e a medio lungo termine rispetto alla gestione della non autosufficienza — dice Giovanni Lamura, responsabile del Centro studi e ricerche economico-sociali per l'invecchiamento all'Irccs Inrca di Ancona — . Eppure servirebbero, anche alla luce del crescente invecchiamento della popolazione».

**Maria Giovanna Faiella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Lo studio

Nel lavoro spesso costretti a chiedere il part-time

«L'attività prestata in maniera totalmente "informale" ha un impatto anche sull'impegno professionale costringendo spesso i caregiver a lavorare part-time». È la fotografia scattata da Giovanni Lamura, responsabile del Centro studi e ricerche economico-sociali per l'invecchiamento all'Ircss Inrca di Ancona, sulla realtà lavorativa dei caregiver. Lo confermano una serie di studi scientifici, il più recente realizzato da

ricercatori della Bloomberg School of Public Health della Johns Hopkins University e pubblicato sulla rivista scientifica JAMA. L'indagine ha coinvolto circa 1.800 caregiver americani e ha evidenziato che chi si prende cura in modo continuativo di una persona ammalata ha più probabilità di avere problemi fisici, economici e a livello emotivo. Senza contare le difficoltà che i caregiver finiscono con l'incontrare anche sul posto di lavoro.

**M.G.F.**

## Tante responsabilità e pochi amici se si inizia da giovani

**R**acconta S., 19 anni: «Non ho molta vita sociale perché spesso sono stanca. Prima avevo tantissimi amici ma con il tempo sono rimasti pochi». L. 17 anni: «Sono diventata mamma prima di avere partorito un figlio». Dice S., 16 anni: «Ho sempre poco tempo per fare i compiti, mancano la tranquillità e la motivazione perché casa mia non è più un luogo accogliente in cui stare. Sto diventando scostante e sempre cupa per la vergogna, e per non essere vista come vittima o persona sfortunata». M., 15 anni: «Ho smesso di frequentare i vecchi amici, perché avevano paura del dolore e della sofferenza». M., 25 anni: «Raramente mi sento davvero spensierata».

Sono alcune testimonianze di giovani caregiver raccolte da una ricerca realizzata nell'ambito del progetto europeo sovranazionale «Care2Work» che mira a superare le barriere incontrate dai ragazzi nell'accesso allo studio e al lavoro. «I giovani caregiver si assumono responsabilità di cura che non ci si aspetterebbe da ragazzi della loro età — dice Licia Boccaletti, responsabile per l'Italia del progetto —. Imboccano il familiare durante i pasti, si alzano di notte per controllare che tutto vada bene, contattano i dottori per chiedere consigli o un intervento urgente».

Le responsabilità aiutano i giovani a crescere e a maturare, ma "rubano" tempo alla loro vita sociale e al tempo libero.

Come sostenerli, dunque? Gli intervistati vorrebbero una rete di supporto sul territorio che organizzi momenti di svago da condividere con i coetanei, come pure un ausilio psicologico per alleviare i disagi e prevenire disturbi seri dovuti allo stress psicofisico.

Chiedono, inoltre, iniziative di sensibilizzazione sulla disabilità per i bambini e i ragazzi in modo da «abbattere muri e barriere che si creano verso le persone diverse e che portano i coetanei a isolarle». E vorrebbero ricevere maggiori informazioni su aspetti pratici come ad esempio il disbrigo delle pratiche burocratiche per l'invalidità e un database online con riferimenti e recapiti di enti, strutture, associazioni.

**M.G.F.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Salute

## ● Il numero

### Gli italiani ancora «distratti» nel tenere conto del sale nei cibi

**L**a consapevolezza sui danni causati dall'abuso del sale è, in generale, aumentata nella popolazione. Ma i programmi di prevenzione e gli accordi con l'industria alimentare per ridurre il contenuto in sodio nell'intera gamma di prodotti disponibili sul mercato, a partire dal pane, non si sono dimostrati sufficienti. È l'allarme lanciato da Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU), Gruppo Intersocietario MenoSalePiùSalute e Programma Guadagnare Salute del [ministero della Sanità](#), in occasione della decima Settimana Mondiale per la Riduzione del Consumo di Sale che si conclude il 6 marzo. Gli italiani adulti assumono ancora, in media, circa 9 grammi di sale al giorno, ancora troppi rispetto all'obiettivo stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, di un consumo individuale di sale non superiore a 5 grammi al giorno (corrispondenti a 2 grammi di sodio).

# 9

grammi

È la quantità media di sale consumata ogni giorno dagli italiani adulti



## SALUTE

# Tossine in pomodori, arance e patate? Ci sono, ma ecco perché non credere agli allarmi che circolano in Rete

### Buon senso

Dieta varia e minime precauzioni scongiurano ogni rischio. Mentre sarebbe un danno ridurre il consumo di alimenti sani

**C**ibi buoni, salutari. Che però contengono sostanze potenzialmente tossiche e di tanto in tanto vengono messi sotto accusa dal passaparola online, e non solo, creando il panico: basilico, patate, funghi ma anche arance e pomodori sono alcuni esempi di alimenti alleati del benessere che però andrebbero quantomeno “maneggiati con cautela”, stando agli allarmi che ogni tanto circolano. Ora un documento dell'Ordine Nazionale dei Biologi fa chiarezza sui rischi reali, indicando le precauzioni davvero utili, smentendo le preoccupazioni infondate.

«Quando si parla di “veleno” nel cibo tutti pensano ai residui di fitofarmaci, ormoni, additivi o tutt'al più ai funghi. Quasi nessuno è a conoscenza del fatto che anche alimenti salutari e innocui, portati abitualmente in tavola, possano apportare sostanze in teoria dannose», spiega Luciano Atzori, segretario dell'ONB e coordinatore della Commissione igiene, sicurezza e qualità. Prendiamo il basilico: contiene metileugenolo, un composto che protegge la pianta dall'attacco degli insetti, e in test condotti sui topolini ha dimostrato di poter aumentare la probabilità di tumori. Pesto a rischio dunque? «Non si può affermare con certezza che lo stesso valga per l'uomo e i pericoli reali sembrano minimi — premette Atzori —. Tuttavia il metileugenolo si trova nelle foglie giovani: usare piantine adulte, alte più di 16 centimetri, sembra sufficiente a eliminare anche l'ipotetico, eventuale rischio. Maggior prudenza serve con i funghi, che contengono idrazine in grado di provocare il cancro se assunte in grande quantità: si tratta però di composti distrutti dalla cottura e dall'essiccazione, per cui basta non consumare i funghi crudi o poco cotti per non correre il minimo pericolo». Da assolvere, invece, pomodori e arance: i primi contengono tomatina, una sorta di “antibiotico vegetale” che secondo alcuni potrebbe invece essere tossico, le seconde hanno il d-limonene con proprietà insetticide e detergenti che fanno temere conseguenze per la salute umana. «Per entrambe le

sostanze non esistono prove reali di tossicità ed è bene non credere agli “allarmi” su pomodori e arance, che anzi sono alleati della salute grazie agli innumerevoli preziosi nutrienti che contengono», sottolinea Atzori.

Diverso è il caso delle patate: contengono solanina, un alcaloide tossico anche in piccole quantità che si trova soprattutto nella buccia e si accumula quando il tubero è stato esposto alla luce, assume un colore verdognolo o germogli ma anche se ha subito danneggiamenti meccanici. Ne sono più ricche le patate raccolte troppo giovani o troppo mature, con la buccia “raggrinzita”; per non avere problemi tuttavia basta scegliere e conservare bene le patate».

Infine, attenzione ai nitrati: «Si trovano come additivi antibatterici in carni e insaccati, ma anche in vegetali come bietola, spinaci, insalate verdi e nelle acque: i nitrati, che possono favorire il cancro, sono molto diffusi nei cibi e per questo è facile “esagerare” — osserva l'esperto —. Per tutelarsi, è utile scegliere un'acqua che ne contenga meno di 3mg/litro e associare il consumo di verdure ricche di nitrati a frutta con vitamina C, che ne contrasta gli effetti».

Insomma, i rischi reali sono inesistenti o eliminabili facilmente o minimi e per la salute sarebbe molto peggio privarsi di patate, bietole o insalata: «Ogni giorno introduciamo piccolissime quantità di sostanze non salutari che però, grazie a una dieta varia ed equilibrata e uno stile di vita sano, vengono neutralizzate dai nostri sistemi di difesa. Sapere che cosa c'è davvero in ciò che mangiamo serve a non credere alle bufale anche a non cadere nella trappola dell'ortorexia, l'attenzione ossessiva alla salubrità del cibo. Con minime precauzioni possiamo e dobbiamo continuare a mangiare agrumi, patate, pomodori e basilico» conclude Atzori.

**Elena Meli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Alla ricerca del riposo perduto Dormire bene è un sogno possibile

*Un buon sonno rigenera l'organismo: otto ore sono l'ideale*



**L'insonnia può ridurre le difese immunitarie, minare la memoria, portare alla depressione**



di MAURIZIO FOSSATI

«**DORMIRE** è necessario come bere e mangiare». Sono le parole del neuroscienziato Russel Foster, direttore dell'Istituto del sonno e delle neuroscienze circadiane della prestigiosa Oxford University. Sì, perché col sonno si mettono in moto quei meccanismi fisici e psichici che rigenerano l'organismo. Al contrario, la carenza di riposo può disturbare i processi di crescita, ridurre le difese immunitarie, incidere negativamente sull'equilibrio psico-fisico e diminuire la capacità di concentrazione e di ragionamento. Anche la memoria e la volontà possono essere minate dalla veglia eccessiva, fino a portare alla depressione, ma anche a malattie come le cardiopatie e il diabete. Ecco quindi che la World Association of Sleep Medicine promuove dal 2008 la «Giornata Mondiale del Sonno», una ricorrenza che vuole sottolineare l'importanza del dormire bene e a sufficienza. Quest'anno la giornata cade il 18 marzo e lancia lo slogan «Il buon sonno è un sogno raggiungibile». Dormire bene, quindi, non è un miraggio, ma un obiettivo. Possiamo raggiungerlo con qualche accorgimento o, se non ce la facciamo da soli, rivolgendoci a un centro di medicina del sonno. Dormire, infatti, fa bene alla salute, alla mente e migliora i rapporti relazionali. Uno studio dell'Università della California ha dimostrato che migliora anche i rapporti di coppia. La ca-

renza di sonno, infatti, contribuisce a innescare tensioni e litigi nelle relazioni sentimentali.

Bisogna comunque dire che il sonno è un'esigenza soggettiva. Gli stessi medici che consigliano almeno otto ore di sonno al giorno come ricetta per la buona salute, osservano che ad alcuni individui adulti ne bastano sei. Gli adolescenti, invece, dovrebbero dormire almeno nove ore per notte.

Purtroppo l'ansia, la vita frenetica e qualche problema fisico ce la mettono tutta per rovinarci il sonno. Ecco, quindi, qualche consiglio per favorire il riposo notturno. Innanzitutto dovremmo cercare di mantenere costanti i ritmi di veglia/sonno, coricandoci sempre circa alla stessa ora. Nel contempo, dovremmo cercare di evitare di dormire di giorno. E chi proprio non riesce a rinunciare alla pennichella, deve impegnarsi a non farla durare più di 45 minuti. Le cene troppo abbondanti sono vivamente sconsigliate. E dovremmo anche limitare gli alcolici che, se all'inizio danno sonnolenza, hanno comunque un effetto eccitante. Anche il fumo sarebbe da evitare. Tè, caffè, bevande a base di Cola e cioccolato sono sostanze eccitanti e quindi, se consumate di sera, contrastano il riposo che, invece, potrebbe essere aiutato da una buona tisana (valeriana, melissa, passiflora, tiglio, camomilla, biancospino) o da un bicchiere di latte tiepido.

**PRIMA** di coricarsi, è sconsigliata la pratica di attività sportive, che aumentano la temperatura corporea e il livello di adrenalina. Al contrario, un bagno caldo può conciliare il sonno poiché favorisce il rilassamento muscolare. Anche il sesso, che appaga la mente e rilassa i muscoli, concilia il sonno. Per quanto riguarda l'ambiente, si tenga presente che un bel corredo di biancheria pulita e confortevole aiuta il relax. Il materasso non dovrebbe essere troppo morbido: bene quelli ortopedici su un sostegno a doghe. Altrettanto vale per la temperatura che non deve essere né troppo bassa, né troppo elevata (venti gradi sono l'ideale). Per favorire il sonno, la sera sono da evitare le luci troppo intense e fastidiose e i rumori che possono innervosire. Infine, usare il computer, il tablet, lo smartphone e altri strumenti simili a 'luce azzurra' prima di dormire, attiva il cervello, eccita la mente e certamente allontana Morfeo.



## Agitazione, russamento, sudore Il pericolo delle apnee notturne

**IL PIÙ PERICOLOSO** killer del buon sonno si chiama Osas, che sta per «Obstructive Sleep Apnea Syndrome», cioè sindrome delle apnee ostruttive nel sonno. Chi soffre di Osas è soggetto a episodi ripetuti di completa o parziale ostruzione delle vie aeree superiori. Le apnee nel sonno riducono l'ossigenazione arteriosa con possibile aumento dell'anidride carbonica nel sangue e determinano uno sforzo respiratorio con possibili variazioni della frequenza cardiaca e aumento dei valori della pressione arteriosa, sia sistemica, sia polmonare. Si rischia l'insorgenza di ipertensione, aritmie e infarti. I sintomi sono il russamento abituale, pause respiratorie nel sonno, risvegli con sensazione di soffocamento, sonno agitato, nicturia, e, in misura minore, sudorazione notturna eccessiva.

Ma le conseguenze ce le ritroviamo anche di giorno. Chi dorme male, infatti, il giorno dopo si ritrova stanco e con la sensazione di non aver riposato abbastanza, soffre spesso di cefalea e di sonnolenza.



## Respirare male stanca l'organismo La chirurgia rimuove gli ostacoli

«**SECONDO** il **Ministero della Salute** – dice Gualtiero Mandelli, specialista in Ortodonzia e Pediatria –, l'approccio diagnostico ai disturbi del sonno e in particolare alla Sindrome delle apnee ostruttive (Osas) è multidisciplinare e l'odontoiatra può e deve avere un ruolo importante come sentinella diagnostica, provvedendo alla presa in carico terapeutica del soggetto. Molte persone vanno dal dentista almeno una volta all'anno per igiene orale o per terapie. Per questo motivo gli odontoiatri hanno la possibilità di intercettare precocemente i segni e sintomi dell'Osas. Allo stesso tempo, possono valutare se il paziente presenta le indicazioni per essere curato con specifici dispositivi orali. La terapia chirurgica ha come obiettivo la rimozione dei fattori ostruttivi respiratori nei distretti d'interesse otorinolaringoiatrico. Con la chirurgia orofaringea si ottiene il rimodellamento, sia a livello delle tonsille palatine, sia nella regione del velo palatino. La chirurgia ipofaringea ha, invece, la finalità di ampliare lo spazio aereo posteriore».

Dir. Resp.: Luciano Fontana

## SALUTE

# Costosa ma efficace la cura se c'è anche l'Hiv

### Poco considerati

Sono circa 25 mila gli italiani con doppia infezione da virus dell'Aids e dell'epatite C

Guai non vengono mai soli. Così, in Italia, il 20-25 per cento dei pazienti portatori del virus dell'Aids, il cui numero si aggira attorno a 120-130 mila, sono anche infetti con il virus Hcv dell'epatite. Si contano, dunque, all'incirca 25 mila persone con la doppia infezione.

Questi pazienti sono in trattamento con farmaci anti-Hiv, ma non sempre, anzi quasi mai, con i farmaci anti-Hcv.

Questo è un problema: in presenza del virus Hiv, la malattia cronica del fegato, dovuta all'Hcv, evolve più rapidamente verso la fibrosi, la cirrosi e l'epatocarcinoma. E, parallelamente, la presenza di Hcv accelera la comparsa di malattie correlate all'Hiv, come infarti, ictus e tumori nei confronti dei quali le persone affette da Hiv sono più a rischio.

«Si instaura una sinergia fra gli effetti dannosi provocati dai due virus — spiega Massimo Andreoni, professore di Malattie Infettive all'Università Tor Vergata di Roma e immediato past President della Società Italiana di Malattie Infettive—. I pazienti coinfecti, che appunto sono già in terapia per l'Hiv, vanno, dunque, trattati il più presto possibile anche per controllare l'infezione da virus C».

Certo, è un impegno economico non indifferente, ma occorre considerare il fatto che le terapie anti-Hiv sono già costose e se non si contrastano al più presto anche gli effetti dannosi dell'Hcv, si rischia di vanificare gli "investimenti" per tenere a bada l'Hiv.

Sembrano conti della spesa, ma sono fondamentali per chi deve gestire le risorse e decidere come spendere al meglio i soldi del sistema sanitario nazionale, anche nell'ottica di risparmi futuri.

Curare l'infezione da virus C nei pazienti coinfecti dà ottimi risultati come ha dimostrato

uno studio compassionevole, condotto in Italia con la supervisione di Andreoni (i farmaci, la combinazione 3D fatta di tre nuovi antivirali associati al ritonavir, sono stati messi a disposizione dall'azienda produttrice). Si tratta di uno studio "real life", fatto, cioè, su pazienti che arrivano in ambulatorio, non selezionati secondo le strette regole che governano le ricerche scientifiche (queste ultime hanno l'obiettivo di verificare l'efficacia dei farmaci e servono soprattutto come documenti per la loro registrazione).

«Sui 213 pazienti con coinfezione trattati — spiega Andreoni — abbiamo ottenuto l'eradicazione del virus Hcv nel 98 per cento. Come dire che chi è sieropositivo per Hiv risponde al trattamento come tutti gli altri».

In Italia, però, il problema dei coinfecti non è tenuto nella debita considerazione.

«Nel 2014 sono stati curati soltanto 3 mila coinfecti — commenta Giovanni Di Perri, professore di Malattie Infettive all'Università di Torino — Troppo pochi. Occorre superare i problemi finanziari e amministrativi e rendere l'accesso alle cure più facile».

In altre parole: quando la malattia da Hcv interessa persone portatrici del virus Hiv, queste ultime andrebbero trattate, idealmente, già allo stadio 2 della malattia epatica (per ora escluso dai protocolli di trattamento stabiliti dall'Aifa che permette l'accesso al trattamento gratuito soltanto nelle fasi 3 e 4, quando già esiste una fibrosi grave o una cirrosi del fegato) e non negli stadi iniziali (1 e 2 con fibrosi di grado lieve - moderato).

**A.Bz.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Inchiesta. Quattro sieropositivi su 10 lo nascondono ai familiari, il 5% al partner **Aids, in Italia 11 contagiati al giorno**

— Ogni giorno, nel nostro Paese, undici persone scoprono di essere sieropositivi. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità le nuove diagnosi di

Hiv sono quattromila l'anno. Numeri impietosi dai quali si evince anche che quasi un contagiato su tre è immigrato. Ci troviamo di fronte a malati

fantasma: quattro sieropositivi su dieci lo nascondono ai familiari e il cinque per cento non lo fa sapere al partner.

**Galeazzi e Lombardo** ALLEPAG. 6E7

# Quei malati fantasma di Hiv In Italia il virus silenzioso contagia 11 persone al giorno

Quattro sieropositivi su dieci lo nascondono ai familiari, il 5% al partner  
Quasi uno su tre è immigrato. Arriva il primo piano nazionale anti-Aids

**20%** **60%**

**All'oscuro**  
Ai 130 mila sieropositivi va aggiunto il 20% di infettati dall'Hiv che non sanno di essere malati e possono trasmetterlo inconsapevolmente

**Diagnosi**  
A sei italiani su dieci viene diagnosticato l'Hiv quando la malattia è già in uno stato avanzato e la carica virale è più alta e contagiosa

**32%**

**discriminati**

Una persona su tre che ha l'Hiv ha subito almeno un episodio di

discriminazione

GIACOMO GALEAZZI  
ILARIO LOMBARDO  
ROMA

Ogni giorno, in Italia, 11 persone scoprono di essere sieropositivi. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità le nuove diagnosi di infezione da Hiv sono 4 mila l'anno. Siamo il secondo Paese in Europa per incidenza di Aids, dopo il Portogallo. Nel passaggio dall'infezione alla malattia ci sono ancora drammi nascosti come quello di un uomo e una donna,

residenti ad Anzio e a Civitavecchia, entrambi sieropositivi. Barricati in casa, si fanno identificare con un numero. Neanche chi li assiste a domicilio conosce il loro nome. Ogni volta che l'équipe della Caritas va a prendere le loro medicine in farmacia usa un codice fornito dall'istituto Spallanzani di Roma. Perché queste due persone vogliono restare fantasmi. «I pazienti ci chiedono che la nostra macchina non sia riconoscibile e di non far indossare alle suore abiti religiosi» racconta al centro Caritas di via Casilina Massimo Pasquo, responsabile delle terapie a domicilio per malati gravi di Aids. Accanto a lui siede Mario Guerra, una vita a contatto di un male dimenticato che condanna ancora all'isolamento: «Le famiglie sono impreparate, li chiudono

in una stanza e chiedono se per disinfettare gli ambienti serva la varecchina».

**Infezione silenziosa**

L'ignoranza e la sottovalutazione fanno dilagare il virus dell'Hiv anche per l'errata convinzione che in Occidente sia un flagello ormai debellato e relegato nei Paesi più poveri. Sono morti oltre 40 mila italiani per l'Aids, un'epidemia che si è depotenziata a metà Anni Novanta. La peste del nuovo secolo



sembrava passata, ma il ventennio trascorso senza più paura ha però fatto dimenticare che l'Hiv continuava a diffondersi. Una cappa di silenzio infranta qualche mese fa dal clamore di una vicenda con al centro un trentenne romano di nome Valentino T. e le numerose ragazze da lui infettate. Nella semplificazione mediatica il ritorno dell'«untore» ha riaperto uno squarcio di luce su una malattia che per molti è confinata nell'immaginario degli Anni Ottanta ma che invece è ancora attualissima. Secondo gli ultimi dati dell'Organizzazione mondiale della Sanità la percentuale di infezione in Europa non è molto inferiore a quella di trenta anni fa. «Dal 2005 le nuove diagnosi sono più che raddoppiate in molti Paesi Ue, segno che la risposta al virus non è stata efficace nell'ultimo decennio» ammette Andrea Ammon, direttore del Centro europeo per il controllo delle malattie (Ecde).

Cosa è mancato? Le campagne di comunicazione e di prevenzione sono scomparse. Ma il problema sarebbe ancor più a monte. In Italia, in particolare, le strategie di contrasto all'Aids hanno una falla alla radice: i numeri. Se si osservano i diagrammi delle nuove diagnosi si nota una stabilizzazione sospetta dal 2010 che fa dire a tutti, associazioni dei malati e autorità sanitarie, che i 4 mila casi annui sono «sottostimati». Le diagnosi registrano contagi che possono risalire fino a 15 anni prima, per la lunga incubazione dell'Hiv. Diverso è il discorso sulle «nuove infezioni», cioè chi ha preso il virus di recente, che permetterebbe un'analisi più precisa del fenomeno: qui però c'è una stima che, secondo l'Istituto superiore di sanità, si avvicina al numero delle diagnosi per il fatto che questo è rimasto costante negli anni.

#### Carenza di dati certi

Da tempo la Lega italiana per la lotta all'Aids (Lila) ha posto la questione della carenza di dati, prima al Comitato tecnico del ministero della Salute, poi all'Iss, infine al Capo dello Stato Sergio Mattarella, con una lettera inviata lo scorso dicembre. «Innanzitutto non si sa quanti siano i test effettuati in Italia - spiega Massimo Oldrini, presidente Lila -. L'Ecde ci chiede che venga resa nota la base sulla quale vengono calcolati i 4 mila casi annui. Perché l'Italia non la comunica?».

Abbiamo girato la domanda al direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Iss Gianni Rezza e a Maria Grazia Pompa, direttrice della Prevenzione sanitaria al ministero della Salute. Una risposta chiara non arriva. Vengono riconosciute le difficoltà di trasmissione dalla periferia (ospedali, Asl) al centro (l'Iss) mentre Pompa parla di «incongruenza» in quanto molti potrebbero ripetere più volte il test. «Ma senza numeri certi non si possono mettere in campo azioni concrete ed efficaci - continua Oldrini -. Manca pure una cabina di regia istituzionale».

#### Pronto il piano sanitario

Dal ministero finalmente sta per arrivare una risposta che però dà anche la dimensione della nuova emergenza: è quasi pronto il primo piano nazionale Aids che farà il tagliando di tutta una serie di misure arrugginite dagli anni, puntando a migliorare il flusso di informazioni, a monitorare i finanziamenti alle Regioni, che intanto dirottano i fondi per l'Hiv su altre voci, a incoraggiare l'accesso ai test in forma gratuita e anonima. E soprattutto ad assicurare il cosiddetto «trattamento preventivo» che mette in sicurezza chi è infettato e si pone l'obiettivo di azzerare i contagi.

È una corsa contro il tempo: diagnosticare il prima possibile l'infezione significa rendere più efficace la cura della persona ammalata, diminuire la sua carica virale e ridurre le possibilità di trasmissione. Proprio quello che non è successo a Marco, 46 anni, tecnico di reti informatiche: «La mia fidanzata aveva l'Hiv ma non lo sapeva, e ciò le ha impedito di essere curata. La sua carica infettiva, così, è rimasta elevata e mi ha contagiato». Prevenzione e trattamento permetterebbero di abbattere anche la spesa dello Stato appesantita dal costo altissimo dei sette farmaci antiretrovirali, fra i trenta più cari per la sanità pubblica. Anche perché ogni diagnosi salva una vita ma comporta in media 40 anni di terapie. In Italia si calcolano poco meno di 130 mila sieropositivi, cui va aggiunto circa un 20% di «inconsapevoli» che non sanno di avere il virus. E il 60% delle diagnosi avviene con malattia in stato avanzato. Tradotto, circolano persone infette che possono trasmettere l'Hiv sen-

za saperlo, accrescendo il numero dei contagiati. «Il fatto che siamo fermi sempre a 4 mila diagnosi l'anno è preoccupante» concorda Rezza.

Calata l'attenzione per l'Aids, l'effetto è quello di un progressivo oblio che crea lacune nella comunicazione. Sopravvivono solo pregiudizi: l'Aids ancora oggi è una malattia ricondotta a quelle che venivano chiamate «categorie a rischio»: gay e drogati. La realtà invece è questa: dal 1985 al 2014 la proporzione dei tossicodipendenti per ago è passata dal 76,2% al 3,8%, mentre l'84,1% delle nuove diagnosi è attribuibile a rapporti sessuali senza preservativo: 43,2% etero e 40,9% Msm (rapporti omosessuali maschili). E' il sesso quindi, di gran lunga, il principale veicolo di trasmissione del virus tra persone lontane da mitologie trasgressive. 25-29 anni la fascia più colpita nell'ultimo biennio: i costumi tornano disinibiti anche per effetto delle nuove droghe sintetiche e l'Hiv si conferma una malattia metropolitana, diffusa soprattutto a Roma, Milano e in Emilia.

#### Boom tra gli immigrati

Ovviamente la società è cambiata e un fattore che non può essere sottovalutato è l'incidenza dell'immigrazione, soprattutto dall'Africa: in Italia il 27% degli Hiv positivi è straniero, quasi 1 su 3. In generale, il fatto che la percezione del rischio sia crollata dopo la metà degli Anni Novanta ha portato di nuovo a minori cautele nei comportamenti sessuali. Lo dimostra l'aumento di casi di gonorrea e sifilide, considerati dagli esperti indicatori indiretti per la sieropositività. Purtroppo la disinformazione non risparmia neanche i camici bianchi, come ci dice Laura Rancilio del comitato ministeriale, in prima linea a Milano: «Ci sono medici convinti che l'Aids sia ancora la malattia di trans, gay, prostitute e tossici. E molte volte si vergognano di prescrivere il test a pazienti che hanno comportamenti socialmente accettabili».

Vanessa è un avvocato, di Roma, 33 anni, figlia di due medici che non sanno nulla della malattia della figlia: nel 2013 ha contratto l'Hiv con un rapporto non protetto: «Il ginecologo mi fece domande su di me e sul mio partner, chiese se ci drogavamo, e quando gli dissi

che ero un avvocato mi guardò stupito quasi a dirmi «Una professionista come lei?». Ma i medici sono impreparati anche di fronte a casi più esposti visto che il 70% dei tossici non viene sottoposto al test-Hiv.

### L'incognita dei test

Il piano nazionale Aids dovrà riportare sotto controllo la situazione. E la grande sfida della sanità pubblica parte proprio dai test: se più persone lo facessero la catena infettiva si interromperebbe. Invece più di un italiano su 3 (il 37%) non lo ha mai fatto. Spesso la causa è da ricercarsi nelle difficoltà di accesso o nelle mancate garanzie su anonimato e gratuità dei test, requisiti previsti dalla legge 135 del 1990. Ci sono zone di Italia, anche nella ricca Lombardia, dove si paga il ticket: per questo motivo il ministero ha affidato alla Rancilio un progetto per uniformare l'accesso gratuito.

Chi va allo Spallanzani invece non paga e può restare anonimo se lo vuole. Deve chiedere della «Stanza 13», l'ambulatorio che si trova al piano terra di un reparto con un lungo corridoio sempre affollato. Le stanze dei test vanno dalla 16 alla 18, ma si usa il numero 13 per una scaramanzia condivisa dai medici con un loro storico paziente. Qui lavora la squadra di Vincenzo Puro, Gabriella De Carli e Nicoletta Orchi, che hanno impressi negli occhi trent'anni

di volti, terrorizzati quando l'Aids era un'epidemia, spaesati oggi quando scoprono che l'Hiv è ancora una minaccia. Ci sono giovanissimi come Martina e Claudia, 24 anni, che hanno trovato sesso non protetto in chat e sono corse allo Spallanzani pentite ma sollevate alla notizia che sarebbe rimasto tutto anonimo: «Abbiamo scoperto questo centro cliccando su Google. Avevamo paura di andare dal nostro medico». Per lo stesso motivo a Roma arriva tanta gente dal Sud, dove l'accesso ai test è più difficile e prevale la paura di essere scoperti.

### La discriminazione

L'Hiv è ancora una lettera scarlatta cucita addosso ai malati. «Ho visto buttare carte di cioccolatini toccate da persone infette» racconta Pompa. Secondo uno studio dell'Università di Bologna il 32% delle persone con Hiv è stato vittima di episodi discriminatori. La vergogna fa il resto: il 40% non lo rivela ai familiari; il 74% non lo dice a lavoro, ma a inquietare è che il 5% lo nasconde al proprio partner. Per venire incontro a queste precauzioni test rapidi salivari vengono sperimentati anche da unità mobili in zone di prostituzione, mentre trova totale opposizione da parte del ministero la vendita in farmacia, come avviene in Francia.

La perdita di memoria generazionale aggrava la situazione. Le autorità sanitarie e le associazioni chiedono di far ripartire le campagne informative, adattandole ai social network e centrandonole di più sull'uso del preservativo. Certo non aiuta che al [ministero della Salute](#) il budget per la comunicazione sia appena di 80 mila euro e che nelle scuole siano stati abbandonati i progetti di educazione sessuale. Servirebbero ad abbattere antichi pregiudizi e a convincere gli italiani che il virus incombe su chiunque. Gli ammalati vengono ancora trattati da appestati, la Caritas soffre l'assenza di volontari per assistere chi ha l'Aids. In diverse parti d'Italia non ci sono strutture per l'accoglienza e dove ci sono, sono sovraffollate. Come a Villa Glori, a Roma, gestita da Massimo Raimondi, dove si sono conosciuti Vincenzo e Alessia. Lui in cura nella casa famiglia, lei assistente sociale. Entrambi sieropositivi. Si sono sposati, sono andati a vivere fuori e hanno avuto un figlio. «Poi, Vincenzo si è aggravato - racconta Raimondi - e ha chiesto di venire a morire qui, perché altorché se di Aids non si muore ancora. L'ultima sera ha chiamato il suo bambino e ha trovato la forza di giocare con lui».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

### Campagne

Le risorse per comunicazione su Aids e sesso sicuro sono crollate: il [ministero della Salute](#) nell'ultimo anno ha stanziato solo 80 mila euro. E non decolla l'educazione sessuale nelle scuole

## Hiv e Aids: differenze tra virus e malattia

Hiv significa virus dell'immuno-deficienza umana: speciali molecole che testimoniano l'avvenuta infezione non sono in grado di debellarla. L'Hiv è il virus che distrugge il sistema immunitario. Essere sieropositivi non è sinonimo di Aids. Molte persone sieropositive non progrediscono verso lo stadio clinico chiamato Aids che è la sindrome da immunodeficienza acquisita

Sono morti oltre 40 mila italiani per l'Aids, un'epidemia che si è depotenziata a metà Anni Novanta grazie a cure che hanno abbattuto il tasso di mortalità, con la scoperta di nuovi medicinali che allungano la vita ma non sconfiggono il virus. Ma secondo le associazioni dei malati e le autorità, osservando i diagrammi delle nuove diagnosi si nota una stabilizzazione sospetta dal 2010: forse i 4 mila casi annui sono stati sotto-stimati

## I numeri del contagio

**120 mila** persone Hiv positivi vivono in Italia. A questo numero va aggiunta una stima di circa il **20%** di malati inconsapevoli



**4 mila** le nuove diagnosi di infezione da Hiv. Il dato è stabile da cinque anni



### LE REGIONI CON INCIDENZA PIU' ALTA

% di nuovi casi all'anno per 100 mila residenti



**25-29 anni** è la fascia di età maggiormente colpita negli ultimi due anni



Nel 2014 il **27,1%** delle persone diagnosticate come Hiv positive è di nazionalità straniera. Vuol dire più di 1 su 4



L'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv nel 2014 è stata di:

**19,2** nuovi casi per 100 mila stranieri

**4,7** tra gli italiani



L'incidenza degli stranieri contagiati è maggiore al Sud



**37%** degli italiani non ha mai fatto il test dell'Hiv

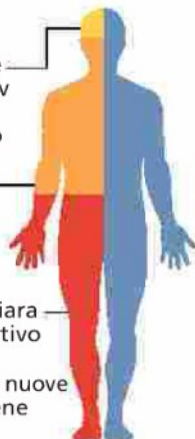
Secondo uno studio della Lila e dell'Università di Bologna il **32%** delle persone con Hiv intervistate ha dichiarato di essere stata vittima di episodi discriminatori

**5%** delle persone che vivono con Hiv non lo hanno rivelato al proprio partner

**40%** non lo rivela ai familiari

**74%** non lo dichiara in contesto lavorativo

Circa il **50%** delle nuove diagnosi Hiv avviene in fase avanzata



**84,1%** delle nuove diagnosi attribuibile a rapporti sessuali senza preservativo:

**43,2%** eterosessuali

**40,9%** gli Msm (rapporti omosessuali maschili)



Tra il 2006 e il 2014 sono aumentate le persone che arrivano allo stadio di Aids conclamato ignorando la propria sieropositività, passando:



**60%** sono le diagnosi tardive in Italia

**25%** di chi arriva tardi alla diagnosi arriva già in Aids



L'Italia è seconda in Europa dopo il Portogallo per incidenza di Aids



SALUTE

# Epatite C da «cancellare»

I nuovi trattamenti sono sempre più efficaci e tollerati. E ora non è più irragionevole pensare addirittura a una sostanziale eliminazione, in futuro, della malattia dai Paesi Ue. A questo scopo è stata appena messa a punto una vera e propria strategia, articolata in sette punti

L'epatite C si accompagna a uno stato di infiammazione che fa sentire i suoi effetti anche al di fuori del tessuto epatico, per esempio sui reni e sul sistema cardiovascolare. Ma con l'utilizzo dei nuovi trattamenti, sempre più risolutivi e meglio tollerati, è possibile prevenire tali eventualità

## Non solo il fegato soffre a causa del «virus C»

**Tempestività**  
Le cure devono essere precoci per evitare complicanze e vanno usati farmaci che impediscano sviluppo di resistenze da parte del virus

DALLA NOSTRA INVIATA A BOSTON

**L'**

epatite da virus C non è solo una malattia del fegato.

È vero che il virus Hcv aggredisce quest'organo e può

provocare una malattia cronica epatica, fibrosi e persino un tumore, l'epatocarcinoma, ma la sua permanenza nell'organismo fa ben altro: crea infiammazione, che compromette altri sistemi e favorisce la comparsa di altre patologie. Ecco perché si dovrebbe parlare di *malattia da virus C*.

Una visione nuova, di cui si è parlato a Boston in occasione della Croi (*Conference on retrovirus and opportunistic infections*).

Spiega Giuliano Rizzardini responsabile della I Divisione di Malattie infettive all'Ospedale Sacco di Milano: «Tre pazienti su quattro, con un'infezione cronica da virus C, possono andare incontro a una serie di complicanze come crioglobulinemia (*la presenza di proteine anomale nel sangue che possono provocare danni ai piccoli vasi, ndr*), linfomi, diabete, problemi cardiovascolari o danni renali più facilmente rispetto a chi non

ce l'ha. Eliminando il prima possibile il virus, si possono anche prevenire o controllare queste situazioni».

A partire dalle complicanze per il rene: oggi le formulazioni più innovative di farmaci antivirali, come il cosiddetto schema 3D (che comprende tre nuove molecole: ombitasvir, paritaprevir e dasabuvir, associati al ritonavir, che aumenta la risposta del sistema immunitario al virus) possono fare a meno della ribavirina, che presenta una nota tossicità renale (è in corso la modifica del foglietto illustrativo da parte dell'Fda, l'ente ameri-



cano per il controllo dei farmaci). E questo è già un vantaggio perché protegge il rene e impedisce la comparsa di anemie.

Ma il problema principale è curare precocemente questi malati, proprio per evitare complicanze, e, possibilmente, con combinazioni di farmaci che impediscano lo sviluppo di resistenze da parte del virus.

A tutt'oggi l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha previsto di trattare in Italia, a partire dal gennaio 2015, una prima tranche di 50 mila pazienti, quelli più gravi, con fibrosi del fegato e cirrosi, e persone che hanno subito trapianti (non di fegato, ma di altri organi o di midollo osseo).

Ma adesso la comunità scientifica preme, e fa notare come un trattamento precoce, già nelle fasi iniziali della malattia, può rappresentare un vantaggio per il paziente e anche un risparmio economico,

sulla lunga distanza, per il Sistema Sanitario Nazionale.

Conferma Andrea Gori, infettivologo all'Ospedale San Gerardo di Monza e all'Università Milano Bicocca: «Pazienti con epatite C e con alterazioni degli zuccheri del sangue (*anticamera del diabete, ndr*), se trattati con farmaci antivirali, mostrano un miglioramento impressionante di tutti i parametri metabolici».

E questo è solo un esempio. Oggi esistono farmaci non solo efficaci contro il virus C, ma anche relativamente privi di effetti collaterali (la durata delle terapie varia da 3 a 6 mesi, per una cura completa in oltre il 90 per cento dei casi), che permettono di trattare subito i malati, senza aspettare, come in passato, che la malattia progredisca.

Il problema è quello dei costi, ma anche della performance dei farmaci stessi.

«Chi si occupa di spesa sanitaria pubblica — commenta

Massimo Andreoni professore di Malattie Infettive all'Università di Roma Tor Vergata — deve considerare il prezzo dei nuovi anti-epatite C, ma deve tenere conto anche del peso, in termini economici, delle malattie correlate all'infezione da Hcv». Non solo, ma occorre considerare anche il rischio di trasmissione dell'infezione. «Una persona guarita — precisa Carlo Federico Perno virologo all'Ospedale Spallanzani di Roma — non infetta gli altri».

Ultima considerazione come ha sottolineato a Boston Mark Sulkowski della Johns Hopkins University di Baltimora: «Il trattamento anti-Hcv è complesso perché il virus muta e replica in tempi rapidi. Ecco perché le formulazioni di farmaci devono essere capaci di aggredirlo in più punti contemporaneamente».

**Adriana Bazzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## In Italia

**500**  
mila

Tanti sono i pazienti candidati alle cure (anche con forme meno gravi) in Italia, forse anche meno. Al 26 gennaio 2016 sono stati trattati con i nuovi farmaci antivirali, 32.512 pazienti con forme gravi di epatite C. Sul territorio nazionale i centri di cura, autorizzati dalle Regioni, sono in totale 327 (l'elenco è consultabile sul sito dell'Aifa: [www.agenziarmaco.gov.it](http://www.agenziarmaco.gov.it))

**50**  
mila

I pazienti che Aifa ha previsto di trattare in Italia con i nuovi farmaci: sono quelli con fibrosi epatica, cirrosi o i trapiantati

# Che il Laser sia con te

## Sarà un futuro molto luminoso

Da più di cinquant'anni l'invenzione di Ted Maiman ci accompagna in molti campi  
Ma oggi siamo alle soglie di una nuova rivoluzione. E a farla sarà l'informatica



**VA BENE CELEBRARE  
I SUCCESSI,  
MA È PIÙ IMPORTANTE  
NON PERDERE DI VISTA  
LE LEZIONI  
CHE SI POSSONO  
IMPARARE  
DAI FALLIMENTI**

THEODORE MAIMAN,  
INVENTORE NEL 1960  
DEL LASER A RUBINO



**SILVIA BENCIVELLI**

**A**VEVA UN CUORE DI RUBINO ED ERA TANTO PICCOLO da stare in una mano. Era il primo laser della storia, e si stava preparando a cambiare le nostre vite illuminando di rosso le pareti di un laboratorio di Malibu. Era il 16 maggio del 1960 e, come ebbe a dire il suo inventore, il fisico Ted Maiman, in quel momento il laser era già «una soluzione in cerca di problemi». Cinquantasei anni più tardi, di problemi ne ha effettivamente risolti molti, anche quelli che allora non sapevamo di avere: produce i circuiti elettronici di telefonini e computer, fa funzionare stampanti e lettori di cd e dvd, lo incontriamo dal medico, alla cassa del supermercato, ai tornelli di ingresso di musei e metropolitane, e a qualcuno può persino essere capitato di usarlo per misurare la distanza tra la Terra e la Luna. Ma una seconda rivoluzione è vicina, e il futuro del laser oggi appare più luminoso che mai.

Il laser è un dispositivo che produce una luce intensa, monocromatica, e concentrata in un fascio rettilineo. Con questa luce si possono fare tagli di grande precisione, per esempio utili in chirurgia, o trasportare informazioni a distanza lungo le fibre ottiche. Il nome laser è un acronimo che, tradotto, significa "amplificazione di luce mediante emissione stimolata di radiazioni" il che, a grandissime linee, ne spiega il funzionamento: un'amplificazione di fotoni (cioè radiazione luminosa) prodotti stimolando gli elettroni del cuore del

dispositivo, quello che Maiman aveva costruito di rubino. L'idea primigenia era stata di Albert Einstein, che nel 1917 aveva descritto l'"emissione stimolata di radiazioni". Ma per la prima parte dell'acronimo, cioè per l'"amplificazione della luce" così prodotta, ci volle del tempo: un po' perché serviva una certa tecnologia, un po' perché la comunità scientifica aveva già abbastanza da fare con il resto delle idee di Einstein e con la fisica del Novecento. Una volta acce-



sa quella luce color rubino a Malibu, però, bastarono due anni perché un laser entrasse in una sala operatoria, e si trovasse a lampeggiare tra le mani di un oculista.

Oggi la maggior parte dei laser discendono da quello, e sono fatti come il nome descrive. «Ma da allora si sono evoluti tantissimo», spiega Paolo De Natale, direttore dell'Istituto nazionale di ottica (Ino) del Cnr, che ha la sede sulle colline di Arcetri (Firenze) davanti alla villa di Galileo Galilei. «La luce laser è nata nella regione del visibile, per questo se diciamo laser pensiamo a una luce colorata. Ma poi siamo riusciti a coprire regioni dello spettro elettromagnetico via via sempre più ampie. E allargare la copertura dello spettro significa allargare le possibilità di applicazione del laser». Per esempio, «nell'infrarosso si possono distinguere bene le molecole: molecole semplici, come la CO<sub>2</sub>, e molecole complesse, come quelle biologiche». Quindi i laser diventano cruciali per produrre sensori di inquinamento o nuovi strumenti di studio in biologia, e in futuro anche di diagnosi. Oltre, al confine con il regno delle microonde, nella regione delle frequenze terahertz, si possono produrre fasci di luce non visibile a cui molti materiali sono trasparenti: «e pensate che vantaggio per i sistemi di sicurezza, come quelli in aeroporto».

Da quelle parti dello spettro c'è un nuovo tipo di laser: il laser a cascata quantica. «All'Ino ci stiamo lavorando sin da quando fu inventato, circa venti anni fa. Da allora studiamo la fisica di queste sorgenti, che intanto sono diventate sempre più compatte e versatili e oggi si possono usare a temperatura ambiente», prosegue De Natale. Strumenti basati su questo laser si usano già, per distinguere l'anidride carbonica prodotta bruciando combustibili fossili da quella da fonti rinnovabili e per datare reperti archeologici.

Dalla parte opposta dello spettro c'è un'altra grande sfida per il futuro: «produrre laser che diano radiazioni a lunghezze d'onda così corte da permettere di costruire circuiti elettronici sempre più piccoli.

Tanto da fare megacomputer grandi come telefonini», spiega Massimo Ferrario, dei Laboratori Nazionali di Frascati dell'Infn. Solo che qui la tecnologia convenzionale non basta più. «Per andare oltre l'ultravioletto la prossima rivoluzione saranno i cosiddetti laser a elettroni liberi — prosegue Ferrario — cioè laser in cui a essere stimolata è una nuvola di elettroni non legati a nuclei atomici: a seconda di quanto li accelero, posso generare radiazioni di lunghezza d'onda diversa, anche molto corta, come raggi X».

Il primo laser di questo tipo fu costruito nel 1977 e oggi al mondo ne esistono pochi, anche perché si tratta di macchine enormi. «La grande sfida consiste proprio nel ridurre le dimensioni e i costi così da renderne possibile l'uso negli ospedali, nelle università e nelle industrie». Uno oggi si trova nel laboratorio Elettra — Sincrotrone Trieste e si chiama Fermi: «è un oggetto di trecento metri con caratteristiche uniche», spiega Claudio Masciovecchio, che ne è il responsabile scientifico. «Con questo laser possiamo studiare la materia fino al singolo atomo, e capire nel dettaglio come funzionino certe proteine. Per esempio quelle dei processi della fotosintesi, che è un sistema di produzione dell'energia di grandissima efficienza», e che sarebbe quindi bello essere in grado di copiare.

Intanto il laser ha permesso di costruire orologi atomici superprecisi, di quelli che perdono meno di un secondo durante tutta la vita di un Universo, su cui si basano oggi i nostri sistemi di posizionamento satellitare. E sarà «il connubio tra informatica e laser a fare davvero la rivoluzione», prevede De Natale. Comunque, che cosa ci riserva in futuro il laser non è facile provare a figurarselo: «negli anni sessanta chi studiava i laser veniva preso per matto: non immaginavamo certo come li avremmo usati oggi», chiosa ridendo Ferrario. Come dire che, per saperlo, possiamo solo continuare a seguire la strada indicata da quella luce rosso rubino che cinquantasei anni fa si è accesa a Malibu.

REPRODUZIONE RISERVATA

## Le tappe



**1917**  
EINSTEIN, NEL SUO TRATTATO "ZUR QUANTUM THEORIE DER STRAHLUNG" ("SULLA TEORIA QUANTICA DELLA RADIAZIONE") TEORIZZA LA POSSIBILITÀ DI UN'EMISSIONE STIMOLATA DELLA LUCE



**1954**  
CHARLES H. TOWNES, DELLA COLUMBIA UNIVERSITY DI NEW YORK, COSTRUISCE IL MASER, UN DISPOSITIVO CAPACE DI AMPLIFICARE LE MICROONDE USANDO UN'EMISSIONE STIMOLATA



**1960**  
THEODORE HAROLD MAIMAN, FISICO E INGEGNERE ELETTRONICO STATUNITENSE PRESSO I LABORATORI DELLA HUGHES RESEARCH A MALIBU, REALIZZA IL PRIMO LASER A CRISTALLI DI RUBINO



**1964**  
I FISICI BASOV, PROKHOROV, TOWNES RICEVONO IL PREMIO NOBEL PER LA FISICA GRAZIE AGLI STUDI SULL'ELETTRONICA QUANTISTICA CHE HANNO PORTATO A REALIZZARE IL MASER—LASER



**1967**  
FIN DAL LORO DEBUTTO, I PINK FLOYD SI DISTINGUONO PER GLI SPETTACOLI DI LUCI LASER, UNICI NEL PANORAMA MONDIALE A UTILIZZARE ANCHE LASER A VAPORI DI RAME, SOLITAMENTE USATI NELLA RICERCA NUCLEARE



**1985**  
IL CD ROM (DERIVATO DAL CD AUDIO) SOSTITUISCE IL FLOPPY DISK: UN RAGGIO LASER INCIDE UN DISCO DI 12 CENTIMETRI CONSENTENDO DI MEMORIZZARE 650 MB EQUIVALENTI A 450 FLOPPY



**2011**  
AL SALONE DELL'AUTO DI FRANCOFORTE BMW PRESENTA IL CONCEPT IBRIDO IB, PRIMA AUTO CON FARI AL LASER CHE EMETTE UN FASCIO DI LUCE POTENTISSIMO A BASSO CONSUMO ENERGETICO



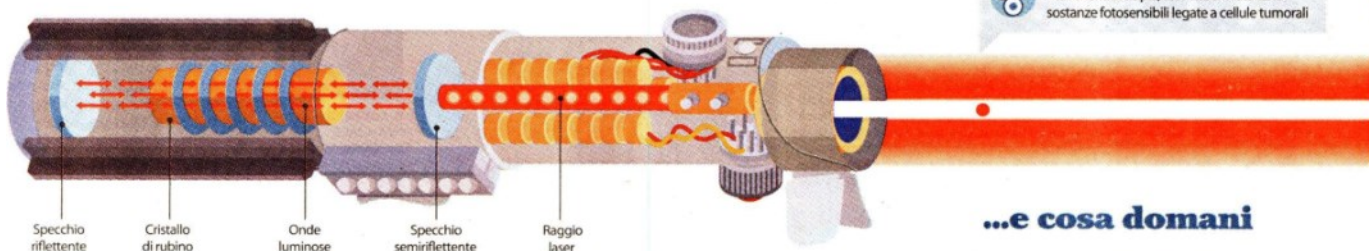
**2015**  
DALLA DERMATOLOGIA ALLA RIABILITAZIONE NEUROLOGICA, DALL'ODONTOIATRIA ALLA CHIRURGIA ESTETICA E, PER LA PRIMA VOLTA, ANCHE ALLA VETERINARIA AUMENTANO I CAMPI DI APPLICAZIONE DEL LASER

**Cosa ci si fa oggi**



**MEDICINA**

- Otorinolaringoiatria**  
Grazie alla sua precisione si usa per interventi chirurgici nel cavo orale
- Chirurgia oculistica**  
Si usa per correggere miopia, ipermetropia e astigmatismo
- Chirurgia estetica**  
Asportazione lesioni benigne, rimozione tatuaggi, epilazione, fotoringiovanimento
- Terapie oncologiche**  
Fotochemioterapia, con il laser si attivano sostanze fotosensibili legate a cellule tumorali



**Come funziona**

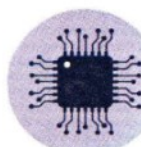
Il raggio laser convenzionale viene generato facendo passare un fascio di luce attraverso un condotto dalle pareti riflettenti, nel quale è presente un materiale dalle particolari proprietà fisiche, che ne provocano l'amplificazione: anziché perdere potenza, ne guadagna

**L'acronimo**

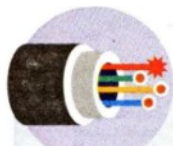
Laser sta per "light amplification by stimulated emission of radiation": amplificazione di luce mediante emissione stimolata di radiazioni

**...e cosa domani**

**MICROELETTRONICA PIÙ PERFORMANTE**



Un segnale a raggi laser sostituirà quello elettrico nei chip dei computer del futuro, le connessioni ottiche consumano meno energia e garantiscono una velocità di banda enormemente maggiore



**COMUNICAZIONI**

- Fibre ottiche**  
La luce laser con sua concentrazione è usata per la trasmissione nelle fibre
- Scrittura e lettura cd e dvd**  
Un raggio laser incide la superficie vergine del cd per imprimerci i dati
- Disegno di ologrammi**  
Un laser incide una pellicola fotosensibile creando un'immagine tridimensionale
- Stampante laser**  
Derivata dalla fotocopiatrice, grazie alla sua definizione rivoluziona l'informatica



**COMMERCIALE**

- Letture codici a barre**  
Identifica e fornisce il prezzo nei negozi e nelle casse del supermercato
- Packaging intelligente**  
Controllo e lettura flussi degli imballi in fase di produzione industriale
- Taglio metalli**  
La potenza concentrata in un'area molto piccola, permette taglio, incisione e saldatura
- Punzonatura laser**  
Regolando la potenza si possono serigrafare con precisione i più svariati materiali



**MILITARE**

- Telemetro laser**  
Introdotta negli anni '70 misura la distanza per il tiro nelle armi pesanti a breve distanza
- Bomba a guida laser**  
Lanciato in prossimità del bersaglio e guidato con precisione sull'obiettivo
- Puntatore laser (armi leggere)**  
Un raggio di luce rossa coassiale all'arma indica il punto di impatto della pallottola
- Laser accecante**  
Un dispositivo elettro-ottico cinese in grado di accecare il nemico, viene bandito nel 1995



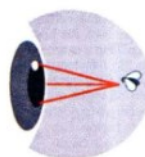
**WIRELESS AD ALTA VELOCITÀ**

Nei nuovi sistemi wireless basati sulla luce (Li-Fi) che utilizza diodi a led si passerà a quelli a luce laser incrementando la velocità di connessione da 10 a 100 volte



**ILLUMINAZIONE A LUCE LASER**

Le lampade a tecnologia led che hanno ormai sostituito quelle a incandescenza verranno progressivamente sostituite da quelle a laser che vantano più potenza e minore consumo



**IL PROGRAMMA ULTRAVISTA**

Soldati, piloti e astronauti americani vengono operati agli occhi con la tecnica Lasik per ottenere una vista di 15 decimi che permette di vedere una mosca oltre 9 metri di distanza



**IL MOTORE LASER**

I fisici russi Yuri Rezunkov e Alexander Schmid sostengono che il laser utilizzato nel motore di un razzo accelererebbe l'espulsione del carburante permettendo velocità oltre Mach 10

## Culle vuote

Tempo di riflessioni serie  
sulla crisi della maternità

MAURIZIO CALIPARI

**I**l prossimo convegno nazionale (27-28 maggio) dell'associazione Scienza & Vita, dedicato al tema «Nati da donna. Femminilità e bellezza», sarà occasione per approfondire e valorizzare la preziosità dell'essere donna, senza mancare di coniugare questa prospettiva nel contesto culturale della società occidentale. Tra le direttrici di riflessione che il convegno svilupperà, grande attenzione alla dimensione della fertilità – per l'occasione declinata al femminile – che le più recenti statistiche mostrano in marcata diminuzione, tanto in Italia (in misura maggiore) quanto in Europa. Sarà Felice Petraglia, ordinario di Ginecologia e ostetricia e direttore della Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Siena, a introdurre ed approfondire il tema.

Negli ultimi 60 anni, profonde variazioni demografiche hanno modificato comportamenti e strutture della popolazione italiana e del mondo occidentale. Tra queste, una forte riduzione della natalità nel nostro Paese che, negli ultimi anni, si è attestato come dato costante: «Questa dinamica vede due fronti opposti – osserva Petraglia –: lo straordinario aumento della sopravvivenza da un lato e la fortissima riduzione della fecondità dall'altro. Ma l'aumento dell'infertilità è legato in gran parte all'età avanzata in cui si cerca il primo figlio». In effetti, l'età media delle madri italiane al parto è salita a 31,5 anni. In Europa va un po' meglio, visto che la metà delle donne partorisce il primo figlio a un'età compresa tra i 20 e i 29 anni. Da noi, invece, il 54,1% delle donne arriva al primo parto addirittura tra i 30 e i 39 anni. «In più – precisa Petraglia – assistiamo a una vera e propria esplosione di "mamme tardive" (over 40) che raggiungono il 6,1% delle primipare, mentre la media europea è del 2,8».

Dunque, sembra che la denatalità non abbia alla sua base altro aumento dell'infertilità che quello naturale, dovuto alla ricerca tardiva della maternità. A questa, poi, consegue un incremento del ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, con ulteriori effetti sulle dinamiche mediche, socio-economiche e bioetiche. È la scienza a insegnare che la fertilità femminile, dopo la fase di piena maturità, diminuisce sensibilmente col trascorrere degli anni. «Fisiologicamente con l'aumento dell'età della donna si osserva una riduzione del numero di follicoli ovarici e un peggioramento della qualità ovocitaria. A partire dai 30 an-

ni si stima una riduzione della fertilità del 3% ogni anno. E

poi si osserva un progressivo aumento dell'incidenza di patologie ginecologiche spesso causa d'infertilità».

Un cane che si morde la coda: la posticipazione dell'età al primo figlio contribuisce alla diminuzione della fertilità e aumenta il rischio d'insorgenza di patologie che impattano negativamente sulla fertilità. E anche quando si ricorre alle tecniche di fecondazione artificiale (con gli attuali scarsi tassi di successo), comunque ci si espone a un'augmentata percentuale di problemi medici connessi alla gravidanza tardiva. Anche dal punto di vista socio-economico c'è stato un indubbio mutamento di prospettiva. Le donne spesso preferiscono realizzarsi in ambito professionale e di coppia, risolvendo i problemi pratici, organizzativi ed economici prima di diventare madri. Oltretutto, in Italia continua a lasciare il segno anche la crisi economica, spingendo in molti casi le coppie a posticipare ulteriormente la decisione di avere figli in attesa di una condizione lavorativa meno precaria, con un'evidente correlazione tra bassa fecondità e bassa occupazione femminile. Perciò, aggiunge Petraglia, «l'impegno dovrebbe essere il sostegno della maternità tramite lavori flessibili, la promozione del reingresso nel mercato del lavoro per le donne che lo abbiano abbandonato dopo la nascita del figlio, di una rete di servizi per la prima infanzia e di misure di conciliazione tra vita familiare e lavorativa».

L'aumento dell'età materna e dell'infertilità, poi, ha inevitabilmente portato le coppie interessate a intraprendere percorsi che si allontanano dalla fisiologia della riproduzione umana, aperti dal travolgente progresso tecnologico, e che pongono importanti problematiche bioetiche. «La sfida dei progressi medici e delle biotecnologie pone alla bioetica numerosi e spinosi dilemmi e innesca paradossi di difficile soluzione – è la riflessione di Petraglia –. Di fronte a essi, dal momento del concepimento alla morte, e in ogni situazione di sofferenza o salute, è la persona umana l'irrinunciabile punto di riferimento e la misura tra lecito e non lecito».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



il caso

Cambiano le abitudini alimentari e spopolano i prodotti della nostra tradizione

# Ora l'America ci ruba pure la dieta mediterranea

*I dati diffusi dalla Coldiretti certificano il sorpasso: negli Usa si mangia meglio che in Italia*

## CONTROTENDENZA

**Sulle nostre tavole vanno di gran moda l'hamburger e il sushi**

**Matteo Basile**

■ C'era una volta l'Italia. Il Paese del sole, del mare, dell'arte e della cultura. E del buon cibo, riconosciuto universalmente come il migliore al mondo. Invidiato, ammirato, copiato. Copiatissimo. Pure troppo. Tanto da diventare più loro che nostro visto che ora gli Stati Uniti sorpassano l'Italia e conquistano il primato mondiale nell'utilizzo della dieta mediterranea. Strano ma vero: nella patria del cibo spazzatura si mangia meglio che da noi, che siamo diventati sempre più patiti consumatori di hamburger, sushi e altri cibi, senz'altro buoni, ma anche inflazionati solo perché molto di moda.

Eppure il simbolo della vittoria del nostro cibo sul *junk food* made in Usa è sintetizzato in una pietra miliare del cinema italiano. Alberto Sordi che in «Un americano a Roma», scimmietta la cultura a stelle e strisce nel tentativo di americanizzarsi, salvo poi cedere di fronte al «maccarone», il caro vecchio e insostituibile piatto di spaghetti che non può reggere il paragone con le «prelibetesse» americane. «Maccarone... M'hai provocato e io te distruggo, maccarone! Io me te magnò!». E il cibo 'mericano («mazza che zozzeria») lo dividiamo tra il gatto, il sorcio e le cimici da ammazzare. Così era, così è sempre stato. Loro, i 'mericani, grandi potenti, solidi. Noi, poveri ma belli e con il vanto di spiegare al mondo intero come e cosa mangiare.

Evidentemente, per una volta almeno, ci hanno preso in parola. Perché, a pochi anni dall'iscrizione della dieta medi-

terranea nella lista del patrimonio culturale immateriale dell'umanità dell'Unesco, i dati diffusi da Coldiretti certificano che sono i 'mericani i primi al mondo per consumo di vino e conserve di pomodoro e salgono addirittura sul podio per quanto riguarda l'olio di oliva, subito alle spalle di Italia (e meno male) e Spagna. Numeri importanti. Con 30,7 milioni di ettolitri di vino, gli Usa sorpassano Francia e Italia. Ben 308 sono invece i milioni di chili di olio d'oliva consumati oltreoceano, dove però con 580 milioni di chili nel 2015 rimaniamo solidamente leader. Una disfatta invece in tema di pizza. Negli Usa se ne consuma una media di 13 chili a testa ogni anno contro i «soli» 7,6 di casa nostra. Va bene, la nostra è più buona e senza ananas, peperoni con due p e condimenti astrusi, però loro ne mangiano di più.

La notizia potrebbe anche essere positiva per il nostro Paese, magari favorendo l'export delle nostre materie prime e rilanciando il nostro made in Italy. Peccato che i controlli scarseggino e che siano sempre di più le copie per nulla conformi all'originale che si vendono all'estero, dal *parmesan* alla carbonara con il cheddar, passando per tutti quei prodotti eccellenti solo spacciati per italiani su etichette truffaldine.

Fatto sta che anche gli americani hanno capito come si mangia. Proprio mentre noi italiani ci stiamo sempre più facendo affascinare dall'esotico sushi, dall'americanissimo hamburger in pieno Obama's style, o da esotiche combinazioni suggerite dal guru di turno. Chissà cosa ne direbbe il vecchio Albertone nazionale. Con spaghetti, pomodoro e un buon bicchiere di rosso dettava legge. Lui sì che ci aveva visto lungo.



IL CASO NEL 1946 LO STUDIOSO AUSTRIACO HANS SELYE DIEDE IL NOME ALLA SINDROME

## Settant'anni a lottare contro lo stress

FERDINANDO FASCE

Quest'anno ricorrono settant'anni da quando quello che noi chiamiamo stress venne identificato come una vera e propria sindrome, indicata con il termine che l'ha resa famosa. Ne ricorrono sessanta dalla pubblicazione di "The Stress of Life", il libro che per la prima volta spiegava al grande pubblico i segreti di questo disturbo. Dietro entrambi i fenomeni c'era lo studioso austriaco trapiantato in Canada, Hans Selye.

L'ARTICOLO >>> 37

# Il male della modernità Lo stress fa 70

Nel 1946 Hans Selye diede un nome al disturbo psichico legato alla troppa attività e all'età d'oro dei consumi

**La completa  
libertà dallo  
stress è la morte.**

*Contrariamente a  
quanto si pensa di solito,  
noi non dobbiamo, e in realtà non possiamo  
evitare lo stress, ma possiamo incontrarlo  
in modo efficace, e trarne vantaggio imparando  
di più sui suoi meccanismi e adattando  
la nostra filosofia dell'esistenza ad esso.*

### SEMPRE CONNESSI? PER GLI ITALIANI È UNA TORTURA

Secondo un'indagine promossa da Assosalute nel 2015, il 22% degli italiani considera la necessità di essere sempre connessi con il web e le mail il maggior fattore di stress: per il 30% a creare tensione sono i problemi economici e per il 23% le preoccupazioni del lavoro.

FERDINANDO FASCE

NEL 2014-2015 nel Regno Unito il 43% dei giorni di lavoro perduti avevano come causa lo stress. Tanto che qualcuno ha notato che, nell'arco di un trentennio, ai 7 milioni di giornate lavorative perdute in un anno per sciopero, tipiche degli an-

ni Ottanta, si sono sostituiti oggi i 10 milioni di giornate la cui perdita va attribuita a questo complesso e controverso disturbo. Quest'anno ricorrono settant'anni da quando questa sindrome venne per la prima volta indicata con il termine che l'ha resa famosa e sessanta dalla pubblicazione di "The Stress of Life", il libro che per la prima volta spiegava al grande pubblico i segreti di questo disturbo. Dietro entrambi i fenomeni c'era lo studioso austriaco trapiantato in Canada, Hans Selye (1907-1982).

Ma prima di puntare i riflettori su di lui, è bene fare un rapido passo indietro per vedere come la storia dello stress e dei tentativi di definirlo e individuarlo cominci, negli Stati Uniti, nella cosiddetta "età d'oro", cioè fra gli anni Settanta e Novanta dell'Ottocento. Anni in cui, tra ferrovie, telegrafo, telefono, elettricità, navi a vapore sempre più veloci e motori, il mondo si fa in tempi rapidi infinitamente più piccolo e sem-



pre più frenetico.

Al punto che nel 1884 il neurologo George Beard si sente autorizzato a intitolare un suo libro "American nervousness" per indicare lo sfinimento nervoso indotto da una vita sempre più meccanizzata.

Per Beard, amico dell'inventore Thomas Edison, l'*American nervousness* era un segno di distinzione, un disturbo che, in ossequio ai pregiudizi dell'epoca, egli individuava solo fra i ceti medi e alti e in genere fra i "lavoratori del cervello", non certo fra i più "mediocri lavoratori dei muscoli", che al massimo potevano aspirare, concludeva lo studioso, alla più prosaica e plebea "insania di tipo incurabile".

Quarant'anni dopo, nel 1925, il già citato Hans Selye, allora matricola di 19 anni al primo anno del corso di Medicina dell'Università di Praga, uscì da una lezione di diagnostica con un'osservazione destinata ad accompagnarlo come un *leit motif* per il resto della sua carriera, di studente, prima, e di brillante studioso, poi. L'osservazione riguardava il fatto che l'esame dei vari disturbi analizzati si concentrava, com'era naturale, sulle differenze fra tali disturbi e sulla ricerca di possibili soluzioni specifiche per ognuno di essi, ma nessuna attenzione veniva prestata a ciò che i disturbi avevano in comune, cioè, come Selye avrebbe scritto in seguito, divenuto ricercatore, alla "sindrome dell'essere malati". L'analisi di questa sindrome divenne un'ossessione per il

gi ovane studioso, approfondendosi col suo passaggio, dieci anni dopo, al dipartimento di biochimica della McGill University di Montreal.

Lì una serie di esperimenti di laboratorio sui topi gli confermò l'insorgere di risposte fisiologiche simili, risposte di doloroso adatta-

mento agli agenti tossici più diversi attraverso un meccanismo di allarme, resistenza ed esaurimento, risposte che in un articolo per la prestigiosa rivista *Nature* del 1936 definì come

"sindrome di adattamento generale". Dieci anni di ulteriori studi lo indussero a ribattezzare la sindrome, nel 1946, con l'espressione "stress".

Altri dieci anni e il libro "The Stress of Life", divenuto in brevissimo tempo un *bestseller* internazionale, profetizzava che, nell'età del consumo crescente, dell'automazione e dell'economia dei servizi, in una società che "assimilava la felicità" a "una bella auto, un apparecchio TV e un bagno cromato", la vecchia *American nervousness* sarebbe divenuta il disturbo più diffuso. In effetti nel 1983 la parola conquistava la copertina della rivista *Time*.

Nel frattempo Selye non si limitava a promuovere le sue teorie, ma proponeva soluzioni che non mancavano di destare perplessità, anche perché spesso finanziate da forti interessi economici, come quella, appoggiata dall'industria del tabacco, che vedeva nel fumo un possibile antidoto allo stress.

Ma anche, per fortuna, avanzavano analisi sempre più sofisticate sui complessi perché, legati al logorio della vita moderna e alla sua crescente incertezza economica e psicologica, un quarto della popolazione britannica nel 2015 aveva denunciato questo tipo di disturbi nel corso dell'anno e tentativi di porvi rimedio che prevedono sostanziali cambiamenti nel modo di vivere individuale e collettivo. Saremo capaci di raccogliere e risolvere la sfida del secolo?

©BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

# Equilibrio tra il miglior percorso terapeutico e un'attenta allocazione delle risorse

# Appropriatezza, aderenza e continuità

# parole-chiave per il paziente diabetico

*Il punto sulla gestione della cronicità in un incontro al Senato tra i massimi esperti*

■ ■ ■ CARLOTTA DONNINI

■ ■ ■ «Il diabete è malattia molto diffusa - ha detto Enzo Bonora, il presidente della Società Italiana di Diabetologia (SID) nel corso dell'evento al Senato su "Il paziente diabetico: modelli di appropriatezza ed aderenza, per una corretta gestione integrata" con il supporto non condizionato di Sano - perchè ormai 4 milioni di italiani ne sono consapevolmente affetti mentre un altro milione ha la malattia senza saperlo. È cronico e può durare molte decadi. La sua gestione nel singolo paziente richiede il coinvolgimento di molti professionisti e una partecipazione attiva da parte dell'interessato che è il vero protagonista della cura. Tale gestione, per ottenere i maggiori benefici clinici e per evitare spreco di preziose risorse, deve basarsi su una rigorosa appropriatezza in chi prescrive esami, farmaci, presidi, procedure e in chi organizza il sistema di cura ma anche una scrupolosa aderenza in chi riceve le prescrizioni». L'incontro ha visto il coinvolgimento di Istituzioni, Società scientifiche, Farmacologi, Economisti sanitari e Associazioni di pazienti, ed ha esaminato anche le migliori best practice, riconoscendo all'esperienza di gestione multidisciplinare un ruolo fondamentale. L'obiettivo finale è la valutazione di nuove soluzioni mirate alla tutela del paziente cronico, senza dimenticare la sostenibilità del sistema sanitario. Su questo punto è intervenuto Francesco Save-

rio Mennini, Research Director del Centre for Economic Evaluation and HTA (EEHTA) dell'Università di Roma 'Tor Vergata', confermando che «il diabete in Italia determina una spesa per il SSN pari a 9,5 miliardi di Euro ogni anno a cui vanno aggiunti oltre 10 miliardi di costi indiretti. La metà dei pazienti con diabete è, inoltre, affetto da almeno 2 o 3 comorbidità (ipertensione, coronopatia, insufficienza renale e disturbi oculari). Tutto questo determina un aggravio importante per le risorse del sistema sanitario. Uno studio che abbiamo effettuato recentemente ha dimostrato come sia possibile risparmiare circa 1 miliardo di euro potenziando congiuntamente anche il monitoraggio di microalbuminuria e colesterolo, grazie ad una migliore gestione della malattia e alla conseguente riduzione delle comorbidità associate e delle ospedalizzazioni». «Come indicato nel 'Piano nazionale sulla malattia diabetica' - ha spiegato Paola Pisanti, presidente della Commissione Nazionale Diabete e Coordinatore Gruppo di lavoro sulle Cronicità del Ministero della Salute - è la gestione integrata la reale chiave di volta, per garantire al soggetto diabetico e/o insulinizzato, il miglior percorso terapeutico. È stato un confronto tra tutte le figure del panorama sanitario coinvolte al fine di trovare le migliori soluzioni possibili, mettendo, come sempre, le problematiche del malato di diabete, al centro di ogni iniziativa migliorativa».

