

Colloquia

 MERCK SHARP & DOHME

Anno 12, numero 1 gennaio/marzo 2007

1/07

- 4 *Focus HIV/AIDS*
- 8 *L'emarginazione
e il riscatto
della medicina generale*
- 16 *Il restauro come
«cura» dell'arte*

Sommario 2

EDITORIALE *Grazie del consiglio. Il nuovo Colloquia* 3

FOCUS HIV/AIDS



Evoluzione delle strategie terapeutiche nella cura dell'HIV/AIDS 4 Massimo Galli

Colpire un bersaglio nuovo
Intervista a Gennaro Ciliberto 6

I media e l'Aids 8 Riccardo Renzi

Il paziente non è solo la terapia
Intervista a Rosaria Iardino 10

LA MEDICINA E LE ARTI

Il restauro come «cura» dell'arte
Intervista a Valeria Merlini 16

SONDIAMO... IL TERRENO

Le vostre opinioni in un coupon 26

LA MERCK SHARP & DOHME SI RACCONTA

I nostri programmi nella lotta all'Aids 27

Mozambico: prevenzione e cura dell'Aids
Intervista a Leonardo Palombi 29

LE RUBRICHE

SALUTE ED ECONOMIA

di Federico Spandonaro
Perché il medico dovrebbe frequentare l'Economia sanitaria 12

SECONDO ME...

di Giacomo Milillo
L'emarginazione e il riscatto della medicina generale 14

SALUTE A TAVOLA

di Carlo Cannella
Functional e health claim 20

MEDICI HIGH-TECH

di Giuliano Kraft
Il medico congressista: quale software? 21

SPORT E SALUTE

di Michelangelo Giampietro
La sedentarietà come fattore di rischio 23

A DIRE IL VERO

di Tullio De Mauro
Risk management 25

L'ULTIMA PAROLA

di Giuseppe De Rita
Il rischio di un sociale autoreferenziale 31

Anno 12 N. 1 – gennaio-marzo 2007
ISSN 1124-3805
Registrazione del Tribunale di Roma
n. 244 del 16.05.1996

Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c – 00199 Roma
Tel 06 862 821 – Fax 06 862 82 250

Internet:
www.pensiero.it

Stampa:
Arti Grafiche Tris s.r.l., Roma Marzo 2007

Direttore responsabile:
Giovanni Luca De Fiore

Redazione:
Manuela Baroncini

Progetto grafico:
Antonella Mion

Prezzo: Fascicolo singolo € 15,00

I contenuti pubblicati dalla rivista
rispecchiano le opinioni degli autori
e non necessariamente
quelle dell'Editore o della
Merck Sharp & Dohme

Contattando la redazione,
è possibile richiedere le bibliografie
relative ai singoli articoli.

Le immagini:

Jean-Michel Basquiat

In copertina, *Vitaphone* (particolare), 1984

Pag. 4 *Untitled (Red man)*, 1981

Pag. 5 *Pharinx*, 1985

Pag. 6 *Untitled*, 1981

Pag. 8 *Untitled (Fallen Angel)*, 1981

Pag.10 *Untitled, (Baptism)*, 1982

Francis Bacon

Pag.14 *Studio di autoritratto*, 1964

Pag.15 *Autoritratto*, 1973

Leonardo

Pag.16 *L'ultima cena*, 1494-98

Pag.17 *L'ultima cena (particolare)*, 1494-98

Caravaggio

Pag.18 *Conversione di Saulo*, 1600-01

Fernando Botero

Pag.23 *Picnic in montagna*, 1966

Robert Rauschenberg

Pag.24 *Figura femminile*, 1949-50

L'Editore rimane a disposizione di quanti
avessero a vantare ragioni sulla
riproduzione delle immagini pubblicate

Periodico trimestrale
riservato alla classe medica
edito in collaborazione con

 **MERCK SHARP & DOHME**

Via G. Fabbroni 6 – 00191 Roma
Tel 06 36 19 11 – Fax 06 36 380 311
www.univadis.it
Numero verde 800 23 99 89

Grazie del consiglio.

Il nuovo *Colloquia*

Siete partiti per un viaggio e in taxi vi ricordate di esservi dimenticati il dentifricio. La farmacia in aeroporto è molto fornita: tubetti di ogni marca, colore, sapore e – soprattutto – dimensione. Nessun dubbio che, a parità di gusti, sceglierete il dentifricio più comodo che, certamente, sarà quello che occuperà meno spazio. Un ragionamento del genere lo ha fatto Simon Kelner. Chi sarà mai? direte voi. Kelner è il direttore di uno dei più importanti quotidiani britannici, *The Independent*.

L'illuminazione l'ha avuta non sulla via di Damasco, ma in un supermercato di Londra, proprio di fronte allo scaffale dei dentifrici. In quel momento, Simon era un consumatore che sceglieva ciò che di più comodo gli veniva offerto; avviandosi a piedi verso la sede del giornale decise che era ora di mostrare attenzione per i propri lettori, riducendo il formato del quotidiano.

Il giornale londinese è stato radicalmente cambiato: nuova impostazione grafica delle pagine, nuovi rapporti tra testi e titoli, nuova soluzione per la prima pagina con una copertina concepita ogni giorno per colpire il lettore, seducendolo senza obbligarlo alla lettura di articoli di fondo.

Dal newspaper al viewspaper

È stato detto che la rivoluzione voluta da Kelner ha sancito il passaggio dal *newspaper* tradizionale al *viewspaper*: pagine da «vedere» prima ancora che da leggere. È proprio intorno ai «modi» della lettura che si gioca il successo – o l'insuccesso – di una rivista: dedichiamo più tempo a leggere una pagina piccola che una grande. Impossibile, penserete. Invece esistono molte ricerche che confermano che così stanno le cose. Se vediamo un testo lungo, siamo istintivamente portati a rimandarne la lettura: lo leggeremo appena possibile, pensiamo, ma non subito.

Al contrario, pagine di formato ridotto, impaginate in maniera accattivante, con figure che colpiscono ed accompagnate da didascalie ampie, sono capaci di determinare un tempo di attenzione molto maggiore dei grandi formati. Sapete in quale momento decidiamo di non leggere più una rivista? Quando facciamo le pulizie in casa, magari raccogliendo la carta in modo differenziato: è venuto fuori da uno studio commissionato *ad hoc* da un quotidiano. Troppe volte mettiamo da parte degli articoli sperando di trovare il tempo per leggerli.



Insomma, l'avrete capito: *Colloquia* è cambiato per soddisfare ancora di più i suoi lettori; oggi è più piccolo di dimensioni, ma più vario e ricco di contenuti e – soprattutto – costruito in modo da risultare più leggibile e utile: aggiornata, concisa, maneggevole e illustrata, qualità essenziali di una rivista come *Colloquia*. Accanto agli approfondimenti di carattere clinico, *Colloquia* è da oggi caratterizzata da rubriche concepite per risultare rapidamente leggibili, affidate a note personalità sia interne che esterne al mondo della salute e della medicina: da Giuseppe De Rita a Tullio De Mauro, da Carlo Cannella a Giacomo Milillo, da Michelangelo Giampietro a Giuliano Kraft.

Quella che state sfogliando è dunque una rivista ancora più interessante per i lettori che si prefigge di avere: medici attivi sia nel setting della medicina generale, sia in quello ospedaliero; daltronde la trasversalità del pubblico è una sfida importante, ma non impossibile da vincere e con *Colloquia* vogliamo provarci ♦

Evoluzione delle strategie terapeutiche *nella cura dell'* **HIV/AIDS**

► **MASSIMO GALLI***

L'Aids ha potuto contare su almeno due circostanze particolari: una spettacolarizzazione mediatica senza precedenti e l'incredulo stupore di una società civile che si era disabituata all'idea di doversi ancora misurare con una malattia infettiva

Rispetto alle altre malattie che in passato sono state in grado di suscitare emozione ed esercitare un tale impatto su stili di vita e relazioni sociali da caratterizzare un intero periodo storico, l'AIDS ha potuto contare su almeno due circostanze peculiari: una spettacolarizzazione mediatica senza precedenti e l'incredulo stupore di una società civile che, nei paesi industrializzati, si era disabituata all'idea di doversi ancora misurare con una malattia infettiva e che, in molti paesi in via di sviluppo, ha generato atteggiamenti di rifiuto della realtà, talora anche a livello governativo.

È fuori di dubbio che le ultime due decadi del 20° secolo siano state profondamente 'cambiate' dagli effetti della malattia, e che il destino di interi paesi, specie in Africa, ne sarà profondamente condizionato nel futuro.

Nell'anno zero dell'AIDS, fissato convenzionalmente dalla pubblicazione, nel 1981, dei primi casi in USA, una medicina dotata di armamentario terapeutico di estensione e potenza senza precedenti nella storia della specie si è trovata oggettivamente impotente verso il più imprevisto dei *challenge*, che la andava a cimentare in uno dei settori più scoperti.

Prima dell'AIDS, lo 'scaffale' degli antivirali comprendeva solo l'acyclovir, un farmaco efficace e poco tossico, attivo contro gli Herpes virus di tipo primo e secondo. Dalla comparsa dell'AIDS, l'armamentario antivirale si è arricchito, oltre che di più di 20 farmaci specificamente attivi contro HIV-1, di vari altri composti contro i virus erpetici ed il citomegalovirus.

Il ventennale dell'AZT

Quest'anno ricorre il ventennale dell'introduzione del primo antiretrovirale efficace, l'azidotimidina, universalmente conosciuta come AZT. La storia di questo farmaco è emblematica, così come il rovente dibattito scientifico suscitato dai fallimenti terapeutici e dai risultati dello studio Concorde. Per i pazienti, la constatazione di una efficacia a termine, da molti tradotta 'tout court' in sfiducia.

Ricorsi storici: la streptomina, il primo farmaco antitubercolare introdotto in clinica, subì pesanti critiche per la sua limitata efficacia e per l'elevata tossicità. La scoperta di nuovi antitubercolari, e il loro impiego



combinato alla streptomina, portò alla cura della tubercolosi e, nel tempo, alla chiusura dei sanatori.

Oggi l'AZT resta uno dei farmaci più utilizzati, anche se con modalità ed indicazioni parzialmente diverse rispetto al passato, nelle combinazioni di antiretrovirali il cui impiego ha radicalmente cambiato la prognosi nei pazienti con infezione da HIV.

L'introduzione del successivo antiretrovirale efficace risale al '92, ma si dovrà attendere il '96 per i primi inibitori della proteasi. Sono gli anni delle frustrazioni terapeutiche, delle generazioni di ceppi resistenti indotti dai trattamenti subottimali, delle esitazioni nell'usare in combinazione quanto era disponibile, seguendo i suggerimenti che venivano dalle esperienze con la tubercolosi.

Il 1996 segna la svolta. Con l'adozione dell'HAART (*the highly active antiretroviral therapy*) i risultati clinici dimostrano che la progressione dell'AIDS può essere

ripristino della competenza immunitaria.

L'assunzione di queste combinazioni di farmaci è accettabilmente rispettosa di una buona qualità di vita e delle attività lavorative e sociali. Il protrarsi illimitato della



terapia rende comunque fondamentale che vengano conservate opzioni terapeutiche future, e giustifica pienamente la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci anti HIV.

Il ventennale dell'ART terrà a battesimo l'impiego clinico di una nuova classe di antiretrovirali, gli

Il 1996 segna la svolta. Con l'adozione dell'HAART (the highly active antiretroviral therapy) i risultati clinici dimostrano che la progressione dell'AIDS può essere controllata.

controllata. La parte del leone, nelle terapie di combinazione, toccherà per anni all'indinavir, l'inibitore della proteasi che tra i farmaci di prima generazione di questa classe, ha ottenuto la più alta frequenza di successi terapeutici.

Negli stessi anni si evidenziano progressivamente effetti collaterali del tutto inattesi, sul metabolismo lipidico e glucidico e sulla distribuzione del tessuto adiposo, che riveleranno una complessa patogenesi multifattoriale.

L'introduzione dal '97 in poi di farmaci di una nuova classe, gli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa, ha segnato un altro punto fondamentale nella lotta al virus. Gradualmente, nuovi farmaci sono andati ad implementare l'armamentario terapeutico, e nuove strategie d'impiego sono state suggerite e sperimentate.

L'utilizzo di dosi non terapeutiche di ritonavir come 'boost', induttore di altri inibitori della proteasi ha consentito di ridurre le somministrazioni giornaliere ed implementare ulteriormente l'efficacia delle terapie, segnando un'ulteriore svolta.

I pazienti che necessitano oggi di iniziare una terapia antiretrovirale, se hanno la ventura di vivere in un paese ad alto reddito pro capite, possono disporre di farmaci altamente efficaci e limitatamente tossici, in grado di bloccare la progressione di malattia e di favorire il

inibitori dell'integrasi, il cui primo esponente è in sperimentazione già dal 2006 ed ha dimostrato una eccezionale efficacia nelle sperimentazioni fin qui condotte. Oltre a un possibile futuro impiego strategico di questa classe di farmaci nelle diverse fasi dell'infezione, l'introduzione di un inibitore dell'integrasi apre nuovi scenari nelle così dette terapie di salvataggio.

La disponibilità di antiretrovirali si è recentemente arricchita di due inibitori della proteasi di nuova generazione attivi su ceppi resistenti agli altri farmaci della stessa classe e di un inibitore della fusione. L'utilizzo combinato di questi farmaci con l'inibitore dell'integrasi può rendere oggi possibile il perseguimento dell'obiettivo 'soppressione virale' anche in quei pazienti la cui storia sanitaria è stata punteggiata da molti fallimenti terapeutici. Gli stessi pazienti, in larga misura, che hanno dovuto sperimentare terapie subottimali con i pochi farmaci inizialmente disponibili.

Un'ulteriore svolta, in primo luogo per chi da più tempo e con più difficoltà combatte con l'infezione. Una buona prospettiva, per questo ventesimo anno di ART. ♦

* Istituto di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Universitaria L. Sacco, Milano.

Colpire *un bersaglio nuovo*

► Intervista a **GENNARO CILIBERTO***

Un nuovo composto si è dimostrato efficace nel migliorare la salute di malati resistenti alla terapia standard e nel ridurre l'insorgenza di virus resistenti



possibile, negli anni, una crescita dimensionale dell'IRBM, sia in termini di strutture che di risorse umane, come dimostrano le 200 persone oggi impegnate in totale nella ricerca e nelle aree e nei servizi di supporto.

► **Gli organi di stampa italiani danno spesso voce a quella che Giuseppe De Rita ha definito «la litania su innovazione e capitale umano», sottolineando fenomeni quali la fuga dei cervelli dall'Italia e l'immobilismo della nostra comunità scientifica. Non pensa che esempi positivi come l'IRBM dovrebbero essere maggiormente valorizzati?**

Non posso che confermare ed amplificare il concetto che l'Italia sicuramente ha delle grandi potenzialità scientifiche, alimentate dalle naturali capacità creative della sua popolazione non disgiunte da una notevole volontà di lavorare e far bene. Sono convinto che in presenza di adeguati investimenti, auspicabilmente non a pioggia ma fortemente mirati su persone e progetti validi, i risultati non possono che automaticamente venir fuori. A questo proposito, penso che l'IRBM rappresenti un esempio concreto di un centro di ricerca che è riuscito, nel corso degli anni, a frenare il fenomeno del *brain drain*, attraendo al contrario un buon

numero di ricercatori italiani che avevano acquisito all'estero la loro specializzazione.

► **Tornando ai risultati della ricerca IRBM, lei ha menzionato il composto MK-0518. Quali sono i limiti degli attuali presidi terapeutici nel campo dell'HIV/AIDS?**

I limiti principali sono dovuti al fatto che il virus dell'AIDS è di per sé particolarmente complesso ed in grado di instaurare meccanismi di resistenza ai farmaci. L'unico modo per ridurre, minimizzare od evitare l'insorgenza di questi meccanismi di resistenza è quello di colpire contemporaneamente più bersagli terapeutici.

La terapia nei confronti dell'AIDS ha avuto, nel corso degli anni, due bersagli principali, la proteasi e la trascrittasi inversa, per i quali sono stati sviluppati farmaci specifici già da diversi anni. Questi farmaci, tuttavia, non si sono di per sé evoluti, né sono stati identificati e colpiti nuovi bersagli. L'MK-0518 ha il grande vantaggio di colpire un nuovo bersaglio mai raggiunto prima, la cosiddetta *integrase*, cioè un enzima che permette al virus di trasferire stabilmente il proprio genoma all'interno di quello delle cellule che vengono infettate, principalmente i linfociti.

Nelle fasi di sperimentazione clinica,

Lo scorso mese di novembre è stato nominato *Site Head* dell'IRBM. Quali sono i risultati più significativi che la ricerca IRBM ha conseguito fino ad oggi?

Mi focalizzerei su due aspetti prioritari, primo fra tutti l'identificazione di un nuovo farmaco per la terapia dell'AIDS. L'MK-0518 – questo il nome del composto – per la terapia dell'AIDS è una piccola molecola da somministrare per via orale, con un nuovo meccanismo di azione, che ha superato brillantemente tutti i test di fase II e sta attualmente completando varie fasi III necessarie per la registrazione. Un secondo aspetto importante, solo apparentemente meno tangibile, è quello legato all'innovatività ed alla creatività che hanno sempre rappresentato un tratto peculiare dell'IRBM nell'ambito dello stesso mondo della ricerca Merck & Co.*; una connotazione che ha reso

*Merck Sharp & Dohme in Europa

questo composto, quando usato nelle persone che hanno sviluppato resistenza ai farmaci esistenti o se somministrato fin dall'inizio in combinazione con questi farmaci, ha dimostrato nel primo caso un'efficacia notevole nel migliorare le condizioni di pazienti ormai resistenti alla terapia standard e nel secondo di poter ridurre notevolmente l'insorgenza di virus resistenti.

► **Perché nonostante queste difficoltà un'azienda come la Merck & Co. continua ad investire crescenti risorse nel campo dell'HIV/AIDS?**

L'AIDS rappresenta un problema sociale planetario, enorme nei paesi industrializzati, ma addirittura drammatico nei paesi del terzo mondo; un'azione energica, multidisciplinare, globale direi, è quindi necessaria per combattere questa malattia con lo scopo finale di eradicarla.

La Merck & Co. è fortemente impegnata su questo fronte ed è sicuramente in prima linea, come dimostra la ricerca che ha portato allo sviluppo del composto MK-0518. Ma la Merck & Co., grazie alla maggiore conoscenza della biologia del virus che permette di avere oggi strumenti molto più sofisticati, ha anche altri programmi che mirano alla generazione di inibitori di per altri target, con prospettive terapeutiche veramente notevoli. Infine non dimentichiamoci l'impegno costante della Merck & Co. nel compito difficilissimo di

mettere a punto un vaccino profilattico contro questa terribile malattia.

► **La sperimentazione clinica del composto MK-0518 coinvolge anche i centri in Italia e quando è attesa la sua registrazione?**

La sperimentazione clinica con MK-0518 ha coinvolto centri italiani già dalla fase II che è, poi, la fase nella quale viene dimostrata l'efficacia terapeutica del farmaco. Direi, anzi, che una significativa quota dei pazienti nella fase II sono venuti proprio dalla sperimentazione condotta in Italia; un coinvolgimento che è poi proseguito anche nella fase III.

Per quanto riguarda la registrazione, qualora l'attuale tempistica venisse rispettata, riteniamo si possa ottenere, inizialmente negli Stati Uniti, già nella seconda metà del 2007.

► **Su quali progetti si sta focalizzando l'attenzione dell'Istituto?**

L'Istituto è attualmente concentrato su tre aree terapeutiche importanti, con una focalizzazione, in ognuna di queste, su alcuni bersagli terapeutici – enzimatici e non – di grande rilievo e con potenzialità di applicazione a malattie con un alto fabbisogno terapeutico.

Da un punto di vista storico, l'IRBM lavora da molti anni sul virus dell'epatite C; in quest'area abbiamo un significativo investimento con vari programmi che coinvolgono diversi bersagli enzimatici del virus.

L'IRBM è anche coinvolto da tempo nel settore della oncologia nel quale

sono attivi progetti per lo sviluppo di piccole molecole - inibitori enzimatici di vie metaboliche che sono selettivamente attive nei tumori rispetto ai tessuti normali.

In sostanza, l'idea è di dare origine a farmaci biologici innovativi più «intelligenti» rispetto ai chemioterapici, che combinino una maggiore efficacia ad una minore tossicità.

L'ultimo settore nel quale abbiamo, da poco, iniziato a lavorare è quello della arteriosclerosi. Pur avendo, in quest'area, minore esperienza, la collaborazione con altri centri della Merck & Co. che già da anni hanno fortemente investito in termini di risorse umane e finanziarie, ci sta permettendo di colmare il gap culturale in tempi molto brevi.

Vorrei concludere sottolineando la forte collaborazione e la volontà di sinergia del nostro team con l'intero gruppo MSD Italia. L'IRBM, dal punto vista anagrafico, è giovane, ha poco più di 15 anni, ma ha passato la fase di adolescenza e si spinge verso la maturità.

Sono fermamente convinto che, nei prossimi anni, il numero di molecole identificate in IRBM come potenziali candidati terapeutici sarà destinato ad aumentare e tutto questo comporterà un aumento della ricerca clinica condotta nel nostro Paese; aumento che rappresenta sicuramente un altro obiettivo comune e prioritario da perseguire. ♦

** Site Head Istituto di Ricerche di Biologia Molecolare «Pietro Angeletti» – IRBM.*



«Nato nel 1990, l'IRBM impiega oggi circa 170 ricercatori, di cui 145 Italiani, molti dei quali ritornati nel nostro Paese dopo la specializzazione o esperienze di ricerca all'estero. Tra le aree prioritarie di ricerca, quella cardiovascolare, l'oncologia, gli antivirali (incluso l'HIV) ed il diabete. L'IRBM ha un costo annuo di esercizio superiore ai 50 milioni di Euro».

I media e *l'Aids*

► RICCARDO RENZI*

Il *Lancet*, sempre nell'81, la chiama «gay compromise syndrome», sui giornali americani più popolari diventa presto «cancro dei gay», in quelli più raffinati «immunodeficienza gay-correlata» (Grid). Anche quando la notizia, e poi la malattia, arriveranno in Italia tra l'83 e l'84 sarà «morbo dei gay» (*Corriere della sera*) «cancro dei gay» (*Messaggero*). Parole che pesano. Ci vorrà tempo prima che si scopra che anche i tossicodipendenti, attraverso lo scambio di siringhe, possono infettarsi. E proprio in Italia questa categoria, per molti anni, sarà la più colpita. Ci vorrà tempo, in molti casi troppo, prima che le autorità si rendano conto che anche le trasfusioni sono a rischio. Ci vorrà tempo anche per superare l'ultimo tabù e scoprire che anche gli eterosessuali possono contrarre l'infezione.

Il rapporto tra Aids e comunicazione di massa nasce così con un peccato originale, con titoli, come si dice oggi, politicamente scorretti, in cui paura e ignoranza spingono ad arginare la malattia a una sola categoria di persone, una categoria che per alcuni merita anche

«Raro cancro osservato in 41 omosessuali»: con questo titolo del *New York Times*, siamo nell'estate dell'81, l'Aids sale per la prima volta alla ribalta dei mass-media. Non si chiama ancora Aids, nome che verrà ufficializzato dall'Fda soltanto un anno dopo.

quella «punizione divina». Eppure non è colpa soltanto dei giornalisti, ma della stessa storia epidemiologica della malattia. Era stato un ricercatore californiano, Michael Gottlieb (e chi si ricorda più di lui?), alla fine del 1980, a notare la strana comparsa di una rara forma di polmonite in quattro omosessuali. E anche l'allarme lanciato l'anno dopo dai Cdc di Atlanta si basava sull'osservazione della concomitanza di strane malattie nella popolazione gay. Da cui il gelido e «corretto» titolo del *New York Times*.

È paradigmatico il modo in cui la comunicazione di massa da allora in poi seguirà l'evolversi dell'epidemia amplificando i limiti e i successi, gli splendori e le miserie della scienza: dalla querelle Gallo-Montagnier che porterà comunque alla certezza che il responsabile è un virus battezzato Hiv, alle speranze tradite del primo farmaco, l'Azt, ai frequenti annunci trionfali sui vaccini che stiamo ancora aspettando, all'inseguimento acritico degli studi pubblicati, spesso finalizzati soprattutto a procurare finanziamenti. E poi, proprio quando cominceranno ad affermarsi terapie più efficaci, la pericolosa caduta di attenzione per una malattia che «non fa più notizia» o «che tanto ormai si può guarire». Nel grande calderone mediatico entreranno provincialismi e nazionalismi (l'incapacità di comprendere la dimensione mondiale della strage, la decimazione dell'Africa «non vista» per anni), le polemiche etico-religiose su sessualità e prevenzione e gli scontri economici internazionali sui brevetti dei farmaci.

Oggi possiamo dire che tutte le contraddizioni strutturali, le debolezze ideologiche, i conflitti di interesse del sistema dei mass-media sono stati messi in luce dall'Aids e ne accompagnano la storia. Sistema che però fu chiamato a svolgere, per la prima volta in termini veramente di massa, una funzione di informazione-prevenzione. «Aids, se la conosci la eviti» recita il più fortunato degli slogan italiani. È una buona sintesi del ruolo che le autorità sanitarie, in attesa che le soluzioni arrivino dai laboratori, affidano ai mezzi di comunicazione. Dai media viene anche reclamata una funzione «educativa», volta ad alleggerire lo stigma di



quelli che da un certo momento in poi non saranno più chiamati «malati di Aids» ma «persone sieropositive». Si può discutere probabilmente all'infinito quanto sia servito, quanto questo ruolo sia stato effettivamente svolto. Quello che è invece certo è l'enorme impatto che l'Aids ha avuto in tutto il mondo sulle forme, sulle tecniche, sulle strutture stesse della comunicazione di salute, proprio perché considerata vitale nel combattere la malattia. E in Italia, che parte da una posizione arretrata, più che altrove.

Nel nostro Paese fino agli anni '80 la medicina, nei grandi giornali e nelle televisioni, è tema da rubrica, non da prima pagina. La salute compare soltanto come cronaca o in casi eccezionali per celebrare i più spettacolari successi della chirurgia, i trapianti. Ma negli anni '80 qualcosa cambia: nascono i primi mensili specializzati, cresce l'attenzione per il corpo, si affermano i concetti di prevenzione e di automedicazione, la salute diventa qualcosa da gestire in prima persona. E sono proprio due avvenimenti importanti i catalizzatori di questo processo: l'esplosione dell'Aids (in Italia a partire dall'83) e quella di Chernobil (1986) portano la salute in prima pagina. Il diffondersi del virus Hiv in particolare porta con sé importanti cambiamenti, che si riflettono anche nel linguaggio dei media: è ammessa la parola «preservativo», si può persino scrivere di rapporti anali e discutere della pericolosità o meno di quelli orali, fa il suo esordio il termine «gay». A partire dagli anni '90 poi, mentre in Italia si verifica una vera e propria esplosione della stampa medica (nascono settimanali di benessere e i due più importanti quotidiani italiani si muniscono di un inserto specializzato), si affermano in tutto il mondo forme di comunicazione più dirette: si scopre l'efficacia dei gesti e degli eventi mediatici (come il famoso «bacio di Aiuti»), si diffonde l'uso, da parte delle associazioni di malati e anche delle autorità sanitarie, dei testimonial, dei personaggi famosi che supportano le campagne di prevenzione e cominciano a fare «outing» (clamoroso, a livello mondiale, nel 1991 il caso del giocatore di basket «Magic» Johnson scopertosi sieropositivo), si organizzano concerti e manifestazioni di vasta risonanza. Nasce la «giornata» mondiale, mentre l'annuale congresso degli specialisti diventa un evento più mediatico che scientifico. Tutti fenomeni inediti nel campo della salute, che presto

verranno copiati in altre battaglie sanitarie. E per la prima volta una malattia (e la compassione per coloro che ne sono colpiti) è rappresentata da un logo, il nastrino rosso a V rovesciata, inventato nel '91. La *risk communication*, che fino a vent'anni fa era disciplina di pochi specialisti, diventa una preziosa competenza, sotto la richiesta (e i finanziamenti) delle autorità sanitarie di tutto il mondo che hanno bisogno di dare sostanza alle loro campagne.

Soprattutto nell'utilizzo del più penetrante dei media, la Tv. Gli spot dedicati all'Aids potrebbero riempire una cineteca. Si dividono in due categorie: quelli che terrorizzano (il partner che si trasforma in scheletro) e quelli che rassicurano (l'idillio della coppia che sa proteggersi). Quali sono stati più efficaci? Gli studi successivi a questo tipo di campagne sono stati talvolta sconcertanti. Nei paesi occidentali metà della popolazione risulta più colpita dalla minaccia, l'altra metà si lascia convincere dal messaggio positivo. Nessun vincitore quindi. Ma c'è di peggio. Proprio in Italia ad alcune campagne segue un aumento delle infezioni tra i più giovani: al messaggio governativo su come deve fare l'amore il bravo ragazzo, la risposta, in alcuni ambienti giovanili, è di sfida, non di accettazione. In generale lo sbaglio più grave è la presunzione di poter parlare a tutti, indistintamente, di una materia così personale e delicata. Si scopre (anzi si riscopre, perché la pubblicità lo sapeva già), che ci vuole il messaggio giusto per ogni target. È uno dei tanti errori commessi dalla comunicazione sull'Aids, errore che ora si cerca di mettere a frutto nelle campagne contro alcol e fumo. Ma il limite ancor più grave, insito nella struttura stessa del sistema, possiamo oggi dire che è quello di non essere riusciti a raggiungere proprio quelli che era più necessario raggiungere, vale a dire le popolazioni più povere e diseredate. Leggendo le attuali statistiche sulle vittime e sui malati e sugli orfani di Aids, possiamo consolarci per le cifre relativamente basse del mondo occidentale, ma restiamo attoniti di fronte al resto del mondo. E l'amara conclusione allora non può essere che: abbiamo imparato a conoscerla, ma non l'abbiamo evitata. ♦

* *Direttore di «Corriere Salute»,
supplemento de Il Corriere della Sera.*

... l'esplosione dell'Aids (in Italia a partire dall'83) e quella di Chernobil (1986) portano la salute in prima pagina. Il diffondersi del virus Hiv in particolare porta con sé importanti cambiamenti, che si riflettono anche nel linguaggio dei media...

Il paziente non è solo la terapia

Intervista a **ROSARIA IARDINO***

Quando e come è nata l'idea di creare il Network delle Persone Sieropositive (NPS)?

Il Network nasce circa tre anni fa dall'esigenza di creare un'associazione costituita esclusivamente da pazienti. Il nostro consiglio di presidenza è, infatti, composto solo da pazienti, peraltro animati da uno spirito di collaborazione con gli altri attori – medici, aziende, Stato – tanto è vero che abbiamo un board di altissimo livello scientifico; per la prima volta, sono i pazienti che chiedono ai medici di collaborare e non viceversa come è capitato, ad esempio, in ANLAIDS.

Sostanzialmente, il motivo principale che ci ha spinto a creare il Network è stato l'accorgerci che si erano un po' persi di vista i veri problemi dei pazienti, i problemi reali, quotidiani. Dopo il felice avvento dei nuovi farmaci tutta la questione ruotava solo attorno ad essi e si tralasciavano altre problematiche sociali importanti, come ad esempio l'accesso al lavoro. Il paziente non è solo la terapia che prende al mattino – che pure è fondamentale – il paziente va gestito nella sua complessità. Quando ci siamo resi conto di queste carenze ci siamo uniti, abbiamo coinvolto anche altre associazioni locali e abbiamo creato questo network che ha sicuramente dato nuova linfa vitale al mondo dell'associazionismo.

► Quali sono i principali obiettivi e priorità che il Network si pone?

Al centro del nostro lavoro, come detto, c'è il paziente. NPS nazionale



ha come scopo principale quello di fare lobby a livello politico, aziendale e di associazioni. Il nostro intento è fare un *Public Affairs* «sociale» invece che «aziendale».

Siamo anche presenti a livello regionale – con associazioni costituite in una decina di Regioni italiane – dove i nostri referenti hanno il compito di individuare le esigenze locali ed attivare – tramite le Regioni, altre Istituzioni o con il nostro supporto nazionale attraverso il finanziamento di progetti – attività di sostegno rivolte al paziente. Noi facciamo politica, loro fanno azione e realizzano progetti concreti.

► Il Network, il Gruppo di Studio Congiunto (vedi box), il progetto futuro di una *Consensus Conference* di Associazioni di Pazienti. Qual è, a suo avviso, il valore aggiunto dell'idea di partnership?

Stiamo provando ad organizzare la prima *Consensus Conference* il cui obiettivo è quello di arrivare a una *mission* comune. Il nostro intento è quello di riuscire a coinvolgere non

tanto le associazioni nazionali – che comunque saranno coinvolte – quanto quelle locali che, a mio avviso, lavorano tantissimo con poco supporto perché hanno difficoltà a farsi ascoltare.

Tenteremo di organizzare una giornata di lavoro durante la quale trovare quattro/cinque temi per una piattaforma comune. Il documento che ne deriverà verrà presentato da ciascuna associazione nelle varie sedi istituzionali – Regioni, Asl, Ministero – e, a seconda del posizionamento dell'associazione, avverrà anche il posizionamento del documento. Dietro ciascun tema ci saranno cinquanta associazioni a sostegno, ma è importante sottolineare che lo spirito della *Consensus* è di non far perdere l'identità alle singole associazioni. NPS propone, ma ognuno si presenta con la propria identità, con i suoi problemi, con le sue difficoltà e specificità, con tutto il proprio bagaglio di esperienze.

L'obiettivo principale è innanzitutto riuscire ad affrontare temi trasversali – temi che sono certa non avremo difficoltà a trovare – quindi condividere e approvare un documento unico e portarlo avanti per tutto un anno.

Spesso tra le associazioni più piccole, soprattutto a causa di difficoltà economiche, nasce una lotta per la conservazione del proprio spazio, e questo può far gioco alle istituzioni e alle aziende ma danneggia enormemente le associazioni stesse. Quello della *Consensus Conference* è un obiettivo non impossibile, ma sicuramente ambizioso.

► Quali dovrebbero essere i ruoli di una corretta partnership tra associazioni di pazienti ed industrie operanti nel settore sanitario?

Personalmente ritengo che bisognerebbe fare una proposta di legge per regolamentare il *Public Affairs*, l'attività di lobby, perché vengano definite delle regole da osservare (e chi non le osserva possa

essere penalizzato), e per togliere l'ombra di sporco dal concetto di lobby che di fatto sporco non è. La chiarezza e la trasparenza sono gli ingredienti fondamentali. Da parte dell'associazionismo, è fondamentale non mettere mai «sotto ricatto» l'azienda; da parte dell'azienda, è importante che questa non abbandoni un'associazione appena non ne ha più bisogno. Bisogna infatti considerare che se lo Stato contribuisce al nostro bilancio con una percentuale del 20% circa, il restante 80% è costituito dai contributi delle aziende. Quando un'azienda interrompe il proprio contributo, ad esempio a metà anno, per l'associazione il danno è enorme, non tanto dal punto di vista economico, quanto perché questo può compromettere la realizzazione di un progetto o eventualmente causare l'interruzione di un servizio. Un'altra cosa fondamentale è non strumentalizzare in maniera negativa

le associazioni dei pazienti, cosa che purtroppo avviene ancora spesso, perché le aziende si trovano di fronte associazioni di pazienti non formate. In definitiva, noi siamo pur sempre dei pazienti con le nostre fragilità.

► **Negli anni c'è stata una crescita delle associazioni nella gestione del rapporto con le aziende?**

Noi stiamo trasferendo il nostro know-how ad associazioni che si occupano di altre patologie e osserviamo che purtroppo esiste ancora una forte sudditanza del paziente nei confronti del medico, e spesso la difficoltà, anche per motivi pratici, ad impegnarsi fino in fondo, venendo a mancare la costanza. Una lobby che, a mio avviso, sta crescendo è quella dei malati oncologici, ma ritengo che fino a quando le associazioni dei pazienti saranno gestite dai medici non cresceranno mai.

Dall'altra parte, non si può non considerare che le aziende, soprattutto le multinazionali, hanno avuto una loro evoluzione, se non altro perché incentivate da casa madre a dotarsi di una figura interna che curi le relazioni con le associazioni. Noi intendiamo proporre a Farmindustria l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sulla *Social Responsibility*, un osservatorio costituito da politici, medici, pazienti e aziende.

Un osservatorio che possa effettuare una sorta di monitoraggio per un anno, il cui scopo non sia quello di stilare una classifica dei buoni e dei cattivi, quanto di verificare chi sia riuscito a risolvere le criticità e quale sia la percezione dell'opinione pubblica.

► **Qual è il vostro ruolo per quanto riguarda le sperimentazioni delle nuove terapie per la cura dell'HIV/AIDS?**

Il concetto di advocacy dei pazienti con HIV ha portato in questi ultimi mesi a far sì che un paziente formato, sempre mantenendo il proprio ruolo di paziente, sia presente già in fase 2 in tutti i trial di sperimentazione. Il nostro ruolo come pazienti è quello di portare avanti il rispetto dell'etica nelle sperimentazioni. Ad esempio, noi stiamo lottando con l'AIFA sulla discriminazione delle donne nei trial clinici: queste infatti spesso non vengono arruolate perché l'insorgere di una gravidanza può costringerle a dover uscire dal trial. Riteniamo invece che questo sia un errore perché la morfologia di una donna è diversa da quella dell'uomo, e non si può non tener conto di questo nella sperimentazione di un farmaco. Abbiamo proposto di intervenire affinché le aziende che non arruolano donne siano penalizzate e quelle invece che lo fanno siano agevolate e supportate. ♦

Il Gruppo di Studio Congiunto Istituto Superiore di Sanità-Associazioni di Pazienti

È un gruppo di studio costituito da rappresentanti di associazioni dei pazienti, del Ministero della Salute, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, dell'Istituto Superiore di Sanità, istituito presso il Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità al fine di individuare le iniziative più idonee al miglioramento e alla razionalizzazione dei percorsi terapeutico-assistenziali, con specifica attenzione a tre aree di interesse prioritario: l'accesso ai trattamenti, l'informazione e la prevenzione.

L'obiettivo è quello di focalizzare le attività, in via preliminare, sulle patologie legate all'infezione da HIV, sulle malattie oncologiche e reumatiche, sull'osteoporosi e sulle malattie allergiche.

Questo tavolo ha il compito di realizzare modelli che siano trasversali. Per esempio: riuscire a migliorare l'accesso ai farmaci per il malato di HIV, permettendo di saltare i due step successivi all'Agenzia Italiana del Farmaco – cioè il prontuario regionale e il prontuario ospedaliero – costituirà sì un beneficio per i pazienti ma, in automatico, lo sarà anche per tutte le altre patologie gravi.

Lo scopo è quello di agire concretamente prefissando due obiettivi principali: il primo è quello dei prontuari e l'altro è quello dell'accesso all'informazione da parte delle persone sane, un tipo d'informazione che di fatto non esiste perché tutte le campagne hanno come oggetto la prevenzione della malattia.

** Presidente del Network Persone Sieropositive (NPS).*

Perché il medico dovrebbe *frequentare* *l'Economia* *sanitaria*

Ho accettato con molto piacere di curare questa rubrica dedicata ai rapporti tra medico (e quindi la Medicina) e l'Economia sanitaria: dedicandomi da anni a quest'ultima disciplina, sia sul versante della ricerca che su quello della formazione, ho percepito come una grande opportunità quella di poter disporre di uno spazio autonomo nel quale ragionare intorno ad un connubio difficile ma necessario, fra due scienze più simili di quanto possa apparire ad un'analisi superficiale. Essendo questo il primo contributo, vorrei dedicarlo e la scelta pare quasi obbligata ad una riflessione sulla utilità per i medici di «frequentare» l'Economia sanitaria. A scanso di equivoci premetto che mi limiterò (per esigenze di spazio) ad affrontare la questione da un solo versante, in modo colpevolmente asimmetrico: trascurerò infatti importanti argomentazioni sull'utilità per gli economisti di approfondire i rudimenti della Medicina, a dimostrazione della quale cito come nei programmi formativi predisposti in alcune Regioni (i cosiddetti corsi manageriali) appare, correttamente, la materia denominata «Medicina per non medici».

Tornando all'utilità per i medici di conoscere l'Economia sanitaria, voglio immediatamente dire che, contrariamente a quanto si percepisce nell'attuale dibattito di politica sanitaria, ritengo che il punto di incontro fra Medicina ed Economia sia quello dell'Equità e non quello dell'Efficienza.

Sarebbe facile, ma a mio parere non del tutto corretto, sostenere al contrario che l'Economia è entrata nel quotidiano dei medici (in generale delle politiche sanitarie) proprio a causa della scarsità delle risorse. L'affermazione è ricorrente, ma per evitare fraintendimenti, deve essere attentamente analizzata.

La prima precisazione riguarda il concetto di scarsità: il principio è di lampante evidenza: purché però non si confonda la scarsità economica, che è figlia della possibilità di usare in modo alternativo (praticamente) qualsiasi risorsa, con la scarsità finanziaria, declinabile come «...i fondi non sono sufficienti per...». Qualsiasi azione quotidiana si confronta con la necessità di destinare (allocare come usano dire gli Economisti) le risorse al miglior uso possibile, evitando sprechi di benessere, e perseguendo in definitiva la cosiddetta Efficienza allocativa. Ovviamente, non usare le risorse in modo ridondante nel processo assistenziale è sinonimo anch'esso di Efficienza, questa volta tecnica, e va da sé che sia cosa giustamente da perseguire. Peraltro l'approccio è naturale per i medici, perché è l'analogo del principio di appropriatezza clinica che, a fronte di alternative terapeutiche, insegna di optare per quella con il miglior rapporto benefici/rischi.

Ciò detto, l'affermazione che le risorse finanziarie siano scarse è invece fatto del tutto discutibile, specialmente se riferita a contesti propri dei paesi sviluppati, ove circa il 10% delle risorse prodotte viene, in media, oggi utilizzato per servizi sanitari. Il vero tema è che le opportunità terapeutiche (fortunatamente) si allargano con grande velocità, ma in un contesto a produttività inferiore alla media degli altri settori dell'Economia.

Baumol, un famoso economista, per primo descrisse l'impatto dei differenziali di produttività fra i settori dell'Economia: è famoso l'esempio del quartetto d'archi che oggi richiede gli stessi tempi di esecuzione e le stesse persone (risorse) che richiedeva nel secolo in cui la partitura fu scritta; con il mio PC posso invece oggi elaborare una mole di dati letteralmente impensabile ai tempi: l'effetto finale è che il costo del quartetto d'archi (in termini relativi) è quindi cresciuto a dismisura. Ancora oggi è difficile anche solo immaginare una medicina totalmente robotizzata, così che una crescente incidenza della spesa sanitaria sui consumi delle famiglie è un fatto praticamente ineludibile.

Tornando alle opportunità terapeutiche, notiamo che la tecnologia sul lato dell'offerta, e il progresso economico ovvero un maggiore benessere economico,

sul lato della domanda, hanno aumentato fortemente i bisogni e le aspettative della popolazione. In passato, il «morbo di Baumol» ha sempre agito, ma il suo effetto era trascurabile, perché applicato ad un settore dalle limitate dimensioni: considerando che oggi la Sanità è il terzo settore economico, dopo quello alimentare e quello delle costruzioni, si spiega facilmente perché il suo impatto è ormai drammaticamente tangibile.

Questa secolare tendenza fornisce la spiegazione del perché le politiche sanitarie si siano negli ultimi anni concentrate sulla razionalizzazione del sistema: ridurre il *gap* di produttività fra settore sanitario e altri settori economici è necessario per rallentarne la crescita relativa, ovvero per frenare la crescita della quota di PIL destinata alla Sanità. Essendo, come molti, profondamente convinto che i sistemi sanitari siano ancora tecnicamente inefficienti (più che altro per disfunzioni organizzative), l'aspettativa è che questa opera di razionalizzazione possa risultare almeno parzialmente efficace.

Ciò detto, che la razionalizzazione sia risolutiva è però dubitabile: infatti essendo impossibile con le tecnologie attuali colmare il *gap* di produttività, la tendenza di fondo non potrà che continuare ad essere quella alla crescita, oltretutto favorita dall'invecchiamento della popolazione.

Esiste poi un altro aspetto della questione che pare controverso; nessuno si preoccuperebbe perché i consumi delle famiglie in alcuni settori crescono a scapito di altri: ad esempio, oggi l'elettronica è una voce di bilancio delle famiglie che assorbe una quota crescente di risorse, senza alcun allarme; e se domani vedessimo crescere la quota di risorse destinata alle attività culturali ne saremmo forse anche lieti. Nessuno discute, in generale, la sovranità dei cittadini/consumatori, nell'autodeterminare il modo con cui soddisfare i propri bisogni. Il comportamento è diverso in campo sanitario sebbene nessuno sia in grado di sapere quale sia il livello di consumo ottimale in termini di benessere individuale e collettivo.

La questione è resa ancora più complessa dal fatto che le caratteristiche intrinseche dei servizi sanitari impediscono la creazione di mercati perfetti, richiedendo l'intervento dello Stato. Questo intervento sostituisce (o quanto meno limita) la libera scelta dei consumatori, portando con sé numerose problematiche di efficienza allocativa: ovvero non è facile (se non impossibile)

determinare se la quota di risorse collettive destinate alla Sanità siano quelle che i cittadini, in condizioni ideali, avrebbero effettivamente e liberamente destinato al settore. Nel dubbio, si vorrebbe che esse fossero quelle minime possibili, spesso confondendo la minima spesa con il miglior rapporto costo-beneficio.

I sistemi sanitari pubblici sono quindi chiamati, oltre al non sprecare risorse, a razionare il sistema, tentando di replicare le scelte che i propri cittadini farebbero autonomamente. In questo processo i medici rivestono un ruolo fondamentale, perché sono chiamati con le loro scelte quotidiane a regolare questo razionamento. Va da sé, che la questione ha implicazioni equitative importanti. Principalmente perché ciò che rimarrà fuori dal sistema di protezione pubblica potranno permetterselo solo coloro che avranno a disposizione risorse sufficienti, come peraltro avviene attualmente nel SSN italiano per quanto riguarda ad esempio l'assistenza odontoiatrica e per i non autosufficienti.

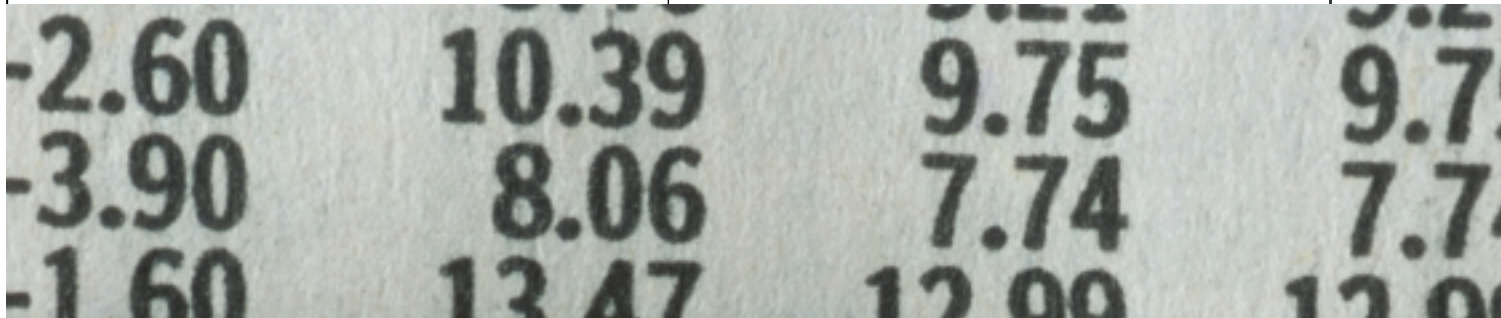
Da alcuni anni il Rapporto annuale CEIS Sanità testimonia come queste voci di spesa familiare implicino rilevanti impatti in termini di impoverimento e spese catastrofiche nell'accezione data dall'OMS.

La questione è poi particolarmente delicata sul versante del progresso tecnologico: ogni qual volta una nuova tecnologia, e quindi una nuova o migliorata opportunità terapeutica, si affaccia sul mercato, la decisione sul suo inserimento o meno nelle prestazioni offerte dal SSN equivale a decidere chi e come avrà a disposizione tale opportunità.

Un medico che non approfondisca il tema della valutazione dell'equità delle scelte allocative non avrebbe quindi a disposizione gli strumenti per operare in termini razionali e etici le sue scelte quotidiane. Ovviamente quest'attenzione è un requisito aggiuntivo rispetto alla capacità professionale.

Solo però con una consapevole conoscenza della logica economica da parte di tutti gli operatori del sistema sanitario si può evitare la deriva finanziaria, che deprime il portato etico di un buon uso congiunto della Medicina e dell'Economia. ♦

** Università di Roma «Tor Vergata»,
Facoltà di Economia.*



SECONDO ME...

di *Giacomo Milillo**

L'emarginazione e il riscatto della **medicina generale**

La medicina generale non potrà affermarsi fino a quando non sarà modificata la sua collocazione nel sistema e non avrà trovato investimenti e soluzioni per rimediare alla sua deriva individualistica.

L' emarginazione della medicina generale ha un'origine lontana che si può far risalire alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In essa il medico di medicina generale – al centro del Servizio, al fianco del cittadino – era previsto nella giusta collocazione, ma con il grave handicap di essere un libero professionista convenzionato in una organizzazione programmata, governata e gestita da dipendenti.

Un altro elemento fondamentale che ha impedito alla medicina generale di progredire è stato ed è quello di avere una retribuzione fondata, prima esclusivamente, oggi prevalentemente, sulla quota capitaria comprensiva delle spese necessarie all'erogazione delle prestazioni contenute nella convenzione. È evidente che un simile sistema di retribuzione fa sì

che ogni spesa comporti una riduzione del guadagno; la maggior parte dei medici, come è umanamente comprensibile, è stata orientata a minimizzare le spese per massimizzare i guadagni. Tutto ciò senza avere occasioni credibili di

investimenti di terzi in fattori di produzione.

Il terzo grave difetto, strutturale della medicina generale, è rappresentato dalla differenza fra i criteri di dimensionamento della pianta organica (il così detto rapporto ottimale) per cui deve essere inserito un medico ogni 1.000 assistibili e la possibilità di ciascun medico di acquisire un numero molto maggiore di scelte. In passato il massimale di scelte poteva raggiungere le 1.800 unità, oggi è ridotto a 1.500, ma è sempre molto più alto del rapporto ottimale. Questa differenza è sempre stata voluta dalla parte pubblica per favorire una concorrenza qualitativa fra i singoli medici, cosa che di fatto non si è verificata.

Anzi, mentre tutti i finanziamenti



disponibili venivano dirottati dalla dipendenza nelle attività della dipendenza, la medicina generale restava indietro sul piano organizzativo, dello sviluppo delle competenze specifiche e della capacità di erogare direttamente prestazioni, ed i medici sono stati tutti concentrati a conquistare e conservare il maggior numero possibile di assistiti, anche a scapito del collega, coltivando così isolamento e autoreferenzialità.

Per una «rifondazione della medicina generale»

Questa situazione, grossolanamente e sinteticamente descritta, ha creato il profondo baratro che ha reso e continua a rendere difficile l'inserimento a pieno titolo della medicina generale nel SSN.

Le organizzazioni sindacali e scientifiche della categoria, consapevoli delle dinamiche appena descritte, hanno cercato negli ultimi decenni di introdurre adeguati correttivi e hanno prodotto proposte e sperimentazioni di elevato valore, esplorando il campo delle forme associative, dei gruppi di cure primarie, di progetti assistenziali per patologia, fino a delineare ipotesi praticamente coincidenti con la tanto auspicata *Clinical Governance*, sulla quale gli inglesi hanno posto il loro marchio di fabbrica.

Oggi, le stesse organizzazioni di categoria devono constatare quanto vani siano stati i loro sforzi, perché i progetti faticosamente condivisi e sottoscritti anche in accordi regionali o aziendali, sono stati precari nel tempo e spesso boicottati da subito nella loro realizzazione. Il fatto è che la medicina generale, al di là delle dichiarazioni, è ancora e sempre più, vissuta come un corpo estraneo, una sanguisuga parassita, perché lontana dalle consuete filiere di comando e di governo della sanità, che con grande fatica in questi anni è riuscita solo a scalfire.

L'aziendalizzazione introdotta

dalla 502 ha ulteriormente aggravato questa condizione e neppure la 229 l'ha attenuata. Per effetto delle autonomie regionali determinate dal federalismo, cominciano, in alcune regioni, a presentarsi spinte che cercano di modificare il nostro stato giuridico da liberi professionisti convenzionati parasubordinati ad erogatori o al contrario a dipendenti.

A nulla è valso il fatto che il popolo italiano abbia respinto la devoluzione in sede referendaria. La medicina generale è tirata in direzioni diverse, deve confrontarsi con regole diverse in ogni regione e anche con diritti del cittadino diversi fra ASL della stessa regione e, come in un'immagine retorica medioevale, rischia di essere smembrata.

Oggi la categoria ha capito che tutte le aggressioni che la medicina generale subisce sono conseguenza diretta della sua emarginazione strutturale e, se da un lato continua a combatterle singolarmente, dall'altro ha raggiunto la consapevolezza che non può considerarle la causa prima del suo disagio ed esaurire la sua attività nell'opporsi ad esse. Sarebbe come accanirsi nel trattamento della tosse in una polmonite batterica e non fare nulla per debellare l'infezione e l'infiammazione che la determinano.

Se in oltre venti anni di attività sindacale la medicina generale non è riuscita ad invertire la tendenza all'emarginazione della categoria, nonostante la diffusa consapevolezza della sua insostituibilità, significa che fino ad ora non ha saputo incidere sui problemi fondamentali.

La medicina generale non potrà affermarsi fino a quando non sarà modificata la sua collocazione nel sistema e non avrà trovato investimenti e soluzioni per rimediare alla sua deriva individualistica.

Questo è il motivo per cui ha preso piede l'idea di rivendicare una «rifondazione della medicina



generale», chiedendo al Governo e alle Regioni di scolpire nella legge diritti e doveri certi e costanti nel tempo della medicina generale, per dare maggiore definizione all'attuale stato giuridico di parasubordinazione, traguardo che richiede un provvedimento legislativo che ridisegni un ruolo professionale certo e intangibile della medicina generale come disciplina specifica.

Questa ipotesi di «rifondazione della medicina generale» ha raccolto l'attenzione del Ministro Livia Turco che fin dall'inizio del Suo mandato ha dichiarato la volontà di dare consistenza reale all'assistenza territoriale e degli Assessori regionali alla sanità da tempo alla ricerca di nuove modalità di gestione della medicina generale.

La categoria vuole oggi un cambiamento sostanziale che dovrà costruire con impegno e fatica e necessariamente godere di un'ampia condivisione costruita attraverso un approfondito dibattito nelle periferie. ♦

* *Segretario Generale Nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG).*



Il restauro come «cura» dell'arte

Intervista a VALERIA MERLINI*

La sopravvivenza di un'opera è garantita in un primo momento dalla corretta diagnosi della patologia e solo successivamente viene messa a punto la «cura».

È possibile un parallelo tra restauro e medicina, nel senso di restauro come cura dell'arte?

Possiamo certamente dire che il restauro è una *terapia* impiegata per favorire la conservazione di un'opera d'arte e che noi eseguiamo sui dipinti operazioni che si configurano come veri e propri interventi chirurgici mentre in altri casi impieghiamo metodologie meno invasive. La sopravvivenza di un'opera è garantita in un primo momento dalla corretta *diagnosi* della patologia e solo successivamente viene messa a punto la «cura», con l'ausilio di tecniche e materiali presi in prestito dalla medicina e dall'industria chimica. Uno degli strumenti che viene impiegato quotidianamente è il bisturi, per il quale viene fatta un'accurata selezione delle lame

secondo il tipo di operazione da eseguire. La sua funzione nel restauro è raramente quella di incidere, ma piuttosto quella di «ablare» sostanze estranee dalla pellicola pittorica e ridurle con particolare delicatezza. Facciamo un largo uso anche di cotone idrofilo, guanti da chirurgo, pinze emostatiche di varie forme e misure; adoperiamo vasi per tamponi, lenti, microscopi e tutto ciò che è funzionale a migliorare la percezione della problematica. Nelle indagini scientifiche utilizziamo con una certa frequenza l'apparecchio radiografico il cui livello di emissione è calibrato in modo da poter leggere attraverso la pellicola pittorica. Questo viene impiegato con lo stesso principio applicato in medicina, cioè sulla lastra si evidenzia l'elemento maggiormente radiopaco che in ortopedia è un osso, nel nostro caso il bianco di piombo. Infatti, la radiografia di un dipinto è tanto più leggibile tanto è maggiore la quantità di pigmenti radiopachi come la *biacca* (bianco di piombo). Con la tecnica radiografica è possibile individuare una stesura pittorica sottostante successivamente coperta dall'artista (pentimento), oppure capire come è stato impostato un dipinto (abbozzo), ottenendo in molti casi risultati di grande interesse.

Si sta da qualche anno sperimentando per gli affreschi l'uso della termografia come ausilio nell'individuazione dei distacchi di intonaco la cui entità e tipologia è ancora affidata al sistema di riscontro tattile-acustico. Anche il laser viene impiegato sperimentalmente nelle puliture, anche se non è ancora possibile disporre di una casistica affidabile. Si è dimostrato, per esempio, di grande utilità in un caso eccezionale come quello del Battistero di S. Giovanni devastato da una bomba di matrice mafiosa. Dove si riscontrano distacchi di pellicola pittorica in condizioni precarie, per

cui non si può fare la pulitura di un frammento senza rischiare di farlo cadere e nello stesso tempo fissandolo, in tal modo lo rendiamo solidale allo sporco, il laser si è rivelato assai funzionale. Il ridotto utilizzo di questo apparecchio è però in gran parte dovuto alla difficoltà di calibrare il raggio su un manufatto che ha normalmente una superficie disomogenea, ma in futuro siamo certi che si sperimenteranno nuove applicazioni.

► **È corretto dire che, come in medicina l'intervento chirurgico deve essere l'*extrema ratio*, mentre la normale igiene e le piccole cure sono la normalità per una vita sana, così nella cura dell'arte esistono procedure per la conservazione dell'opera? In che cosa consistono?**

Assolutamente sì. Diciamo innanzitutto che per un'opera d'arte è fondamentale il luogo di conservazione. Per le tavole e in buona parte anche per gli affreschi, devono essere rispettati alcuni parametri. Due elementi fondamentali sono la temperatura e l'umidità; l'eccesso di umidità è dannoso per qualsiasi manufatto, anche se le tele hanno un margine di elasticità molto più ampio. Le fibre del legno conservano una vitalità incredibile, ci sono tavole del XII e XIII sec. ancora estremamente reattive ai repentini sbalzi di temperatura e questa problematica interessa molto da vicino anche gli spazi museali. Anche per gli affreschi, l'ambiente non climatizzato unito alla presenza di polveri e microrganismi può creare difficoltà nella conservazione. Basti

Il restauro del gruppo di mani degli apostoli Filippo e Matteo nell'*Ultima cena*

La foto superiore presenta le mani di Filippo prima del restauro; la mano sinistra allungata era ricoperta da una pesante sedimentazione, costituita da polveri e fissativi stratificati nelle scaglie di colore a conchiglia e da materiali di restauro rosa acceso nelle parti lacunose. Negli interventi precedenti non erano stati rimossi i rifacimenti del mignolo allungato oltre misura, dell'anulare e dell'indice, cui manca l'ultima falange. Un pesante ripasso colorato rafforzava tutta la parte in ombra delle dita. Simili caratteristiche denunciava la mano destra dove era evidente l'arbitraria ricomposizione a forma di uncino del mignolo. Analogamente anche la mano destra di Matteo restituiva l'indice e il medio rozzamente ricostruiti per ricomporre l'integrità perduta. Dopo l'intervento di restauro (foto sotto) le mani di Filippo sono di nuovo leggibili nella posizione originaria delle dita e nel recupero della definizione dei volumi e nei contrasti chiaroscurali.





ricordare il caso dei dipinti romani della Villa di Livia a Prima Porta, l'incredibile ritrovamento che si era rapidamente trasformato in una tragedia. Al momento della scoperta gli affreschi erano stati descritti come ben conservati, ma a causa dell'incuria totale nella quale erano stati lasciati gli scavi, si erano rapidamente degradati.

Oltre all'ambiente, sono comunque importanti anche piccole «cure» come la rimozione dei depositi di polvere che, eseguiti con costanza ed attenzione, evitano di dover compiere successivamente interventi più consistenti.

È anche vero che un'opera è segnata profondamente dalla sua struttura «genetica», o forse è più corretto dire dalla sua genesi; affinché si trasmetta integra nel tempo è fondamentale la qualità dei suoi materiali costitutivi. Per le tavole: la scelta e la stagionatura dei legni, il modo in cui sono stati assemblati gli assi, mentre per gli affreschi: la qualità degli intonaci, la calce e gli inerti come la sabbia. Anche i leganti e i pigmenti utilizzati rendono l'opera più solida nel

tempo se composti secondo le ricette tradizionali.

► **Ci sono casi in cui si può parlare, con un termine preso in prestito dalla medicina, di accanimento terapeutico su un'opera d'arte? Fino a che punto si deve intervenire?**

Penso che chi fa il nostro mestiere debba sempre tenere conto della differenza che c'è tra un'opera d'arte e un manufatto. In linea generale, ritengo poco etico eseguire un intervento oneroso su un'opera che abbia un modesto valore artistico; progettando un restauro bisogna avere chiaro su

cosa si interviene, anche se bisogna garantire sempre la conservazione della materia rispettando la sua valenza storica.

Ci sono poi gli accanimenti terapeutici veri e propri come quello che personalmente ritengo sia stato fatto con il Cenacolo di Leonardo. Si tratta di un dipinto eseguito con una tecnica sperimentale che ha avuto dal punto di vista conservativo una parabola discendente molto veloce proprio perché la tecnica impiegata non ha dato buoni risultati. L'ambiente di conservazione ha fatto il resto e l'opera si è rapidamente deteriorata. Essendo considerata un pilastro della storia

dell'arte italiana «L'ultima cena» è stata restaurata numerose volte e a costi molto elevati. Gli interventi pittorici massicci, per quanto rispettosi, finiscono per portare la firma di chi li ha eseguiti e ci restituiscono un tessuto pittorico molto diverso dall'originale, con luci e profondità inevitabilmente alterati.

Se è pur vero che si tratta di un'opera fondamentale dal punto di vista storico, non possiamo non considerare che abbiamo in Italia un cospicuo patrimonio artistico che versa in condizioni precarie per carenza di fondi, bisognerebbe pertanto essere più attenti nell'investire energie e risorse economiche.

► **Come si arriva alla scoperta delle nuove tecniche di restauro. Esiste, come avviene nel caso della scoperta di nuovi «farmaci», una vera e propria fase di test?**

Come ho già accennato all'inizio di questa intervista, nel restauro vengono utilizzate tecniche diagnostiche e materiali presi a prestito sia dalla medicina sia da altri settori. Per quanto riguarda i solventi si tratta di sostanze chimiche prodotte e testate per scopi diversi e successivamente adattate alle nostre esigenze, mentre i pigmenti e le vernici sono materiali per la pittura. Il nostro settore costituisce un «ibrido» tra scienza, tecnologia e tecniche artigianali, ma interessa un mercato di nicchia che non è in grado di stimolare l'industria a fare ricerca per prodotti impiegati in quantitativi irrisori rispetto ad altri settori.

Oltre al problema dei consumi limitati non c'è neppure un vero interesse dei restauratori ad utilizzare prodotti più raffinati e costosi, perché la nostra è sostanzialmente rimasta un'attività di tipo artigianale. Tranne rari casi in cui ci si è faticosamente costruita l'opportunità di avere laboratori e strutture di un certo rilievo, il 90% dei restauratori

opera sul territorio con mezzi esigui compiendo interventi faticosi con budget molto contenuti.

Esistono in Italia centri come L'Opificio delle Pietre Dure e l'Istituto Centrale del Restauro che, pur conservando la loro supremazia in campo internazionale, hanno perso un po' della loro valenza didattica e formativa e dovrebbero, secondo il mio parere, concentrarsi maggiormente sulla ricerca e sulla sperimentazione.

► **Tra le tecniche più recenti, c'è n'è qualcuna che ha segnato una svolta nel mondo del restauro?**

Direi senza dubbio la tecnica XRF (*X-Ray Fluorescence*). Si tratta di un'indagine non distruttiva che consente di individuare la materia, grazie all'analisi della radiazione riemessa dal punto sollecitato con raggi X. La radiazione viene raccolta da un opportuno rivelatore ed analizzata in energia, consentendo in questo modo di leggere le righe caratteristiche dei differenti elementi chimici. Tale tecnica ci consente di identificare, per esempio, un pigmento senza prelevare frammenti dal dipinto come accadeva in passato, visualizzando il piombo della biacca, il mercurio del cinabro o il rame dell'azzurrite, ma anche sostanze estranee alla pellicola pittorica originale.

Nello stesso tempo, ormai, quando si fanno interventi di un certo livello, la ricerca sulla tecnica esecutiva diventa parte del lavoro. Il restauro non è quindi più solo una «terapia» ma anche l'acquisizione di informazioni che ci aiutano a collocare un'opera cronologicamente in maniera più precisa, a scoprire curiosità o anomalie nella tecnica esecutiva.

► **Lei ha di recente curato il restauro della «Conversione di Saulo» del Caravaggio, appartenente alla collezione Odescalchi, ed è ora impegnata nel restauro della pala di Giulio**

Romano alla Camera dei Deputati. Quali analogie e quali differenze si possono evidenziare nei due lavori?

Si tratta di due dipinti su tavola di notevoli dimensioni con strutture abbastanza complesse. Sono entrambi curiosamente composti da sette assi, anche se non dello stesso legno e con uno stato conservativo profondamente diverso.

La *Conversione di Saulo* di Caravaggio (vedi pag. 18) aveva all'inizio dell'intervento un supporto in discrete condizioni, mentre la pellicola pittorica presentava una forte alterazione dei valori cromatici originali che rendeva difficoltosa la lettura dei rapporti chiaroscurali e dei piani prospettici. La pala di Giulio Romano invece è stata fortemente danneggiata dalle vicende che nei secoli hanno interessato la Chiesa di S. Maria dell'Anima per la quale è stata dipinta. Più volte coinvolta in alluvioni, la tavola ha subito numerosi restauri. I primi interventi risalgono al 1617 e al 1682 e sono legati a nomi celebri come Carlo Saraceni e Carlo Maratta, che si trovano ora a convivere con il tessuto pittorico originale, creando un palinsesto di notevole interesse. Abbiamo colto l'occasione di riproporre – come nel 2000 per la Madonna dei Pellegrini – la modalità del «restauro aperto» che dà la possibilità a chi lo desidera di seguire da vicino le varie fasi del lavoro e ci consente di fornire moltissime informazioni tecniche e storico-artistiche ad un vasto pubblico di appassionati d'arte ma anche di ragazzi e di studenti.

È per noi molto importante coinvolgere e sensibilizzare le persone comuni, perché la grande sfida è generare nella collettività interesse e sensibilità intorno al patrimonio artistico ed ai problemi della sua conservazione, avvicinando i giovani all'arte attraverso una chiave di lettura che nessun programma scolastico può dare. ♦

* Restauratrice

Functional e health claims

Quando al di là delle proprietà nutrizionali di un alimento, è scientificamente dimostrata la sua capacità di influire positivamente su una o più funzioni fisiologiche, contribuendo a preservare o migliorare lo stato di salute e di benessere e/o a ridurre il rischio di insorgenza delle malattie correlate al regime alimentare, si può parlare di «alimento funzionale» (*functional food*).

Differenti termini vengono utilizzati nel linguaggio comune e nella letteratura scientifica per indicare questa categoria di alimenti. Uno studio condotto negli USA tra le industrie farmaceutiche e alimentari ha rilevato quattro termini principali per designare tale categoria di alimenti. In ordine decrescente di frequenza d'uso sono: *medical food*, *nutraceutical*, *functional food* e *nutritional food*.

I termini *nutraceutical food* e *functional food* (spesso utilizzati come sinonimi) appaiono i più adeguati a identificare un componente di un alimento, un alimento o un gruppo di alimenti il cui consumo, nel contesto di una regola alimentare corretta, è considerato favorevole al mantenimento dello stato di salute.

Gli alimenti funzionali sono alimenti tradizionali, non pillole, capsule o supplementi dietetici; devono essere assunti come parte integrante di un normale regime alimentare e gli effetti devono essere ottenuti assumendone quantità analoghe a quelle previste da una dieta comune. Devono essere distinti dagli alimenti supplementati e/o fortificati, che sono destinati a completare un apporto insufficiente di nutrienti attraverso l'alimentazione abituale e non devono essere confusi con gli «alimenti dietetici». I dietetici sono destinati a individui affetti da

specifiche malattie, mentre gli alimenti funzionali sono destinati a soggetti sani che desiderano rimanere sani; i dietetici sono utilizzati su indicazione medica specialistica, mentre gli alimenti funzionali possono essere acquistati direttamente dal consumatore. Le proprietà funzionali sono riconducibili a composti naturalmente presenti nell'alimento, eventualmente in concentrazioni più elevate (alimenti funzionali naturalmente ricchi o funzionali arricchiti), o a composti aggiunti in un alimento in cui non sono presenti in origine (alimenti funzionali supplementati).

I claims

I *functional claims* fanno riferimento agli effetti biologici che derivano dall'interazione tra un componente dell'alimento (nutriente o non nutriente) e l'espressione genica e/o le funzioni biochimiche cellulari, senza riferimento a effetti positivi sulla salute o alla prevenzione di malattie. Esempi di *functional claims* sono: modulazione di funzioni metaboliche, potenziamento delle difese immunitarie, prevenzione di stress ossidativi, ecc.

Gli *health claims* si riferiscono invece alla riduzione del rischio di patologie attraverso il consumo di specifici componenti di alimenti.

Esempi sono dunque la prevenzione delle malattie cardiovascolari, delle infezioni, dell'aterosclerosi, delle malattie del fegato e gastrointestinali, dell'osteoporosi, ecc. In Europa è vietato legalmente l'uso di *health claims* per prodotti che non siano registrati come farmaci.

Per attribuire specifiche proprietà salutistiche e/o fisiologiche ad alimenti o a loro componenti è necessario

seguire un iter scientifico rigoroso. La stessa strategia elaborata per lo sviluppo dei *functional foods*, e per l'identificazione dei *phytochemicals* e dei loro effetti fisiologici, potrebbe essere applicata allo studio di tutti gli alimenti innovativi per verificare le ipotizzate proprietà salutistiche fino ad autorizzare l'uso di *health claims*. La strategia si basa su 3 livelli sequenziali:

► **primo livello:** ricerca di base e sperimentazione; identificazione e comprensione dei meccanismi di interazione tra alimento (o componente) e modulazione dell'espressione genica e di funzioni biochimiche cellulari, al fine di dimostrare i potenziali effetti fisiologici;

► **secondo livello:** sviluppo di modelli e metodologie (ad esempio, *biomarker*) per dimostrare, attraverso studi di nutrizione umana, questi effetti e le loro conseguenze, così da poter giustificare specifici *functional or physiological claims*;

► **terzo livello:** disegno di adeguati (e sufficientemente ampi) studi di nutrizione umana per dimostrare, al di là degli effetti funzionali, un beneficio sulla salute, compresa la prevenzione di malattie, così da autorizzare l'uso di *health claims*.

La dimostrazione scientifica della capacità di influire positivamente su una o più funzioni fisiologiche permette di qualificare l'alimento come funzionale e autorizza l'uso dei *functional or physiological claims*. Solo dopo conferma attraverso trial clinici, sufficientemente ampi e di durata adeguata, si può arrivare all'uso di *health claims*.

Accertata la correlazione tra alimentazione e rischio di malattia, numerosi studi sono stati focalizzati sull'identificazione di sostanze e meccanismi mediante i quali nutrienti e non nutrienti possono esercitare un ruolo nel mantenimento dello stato di salute, nella prevenzione e nella terapia di patologie correlate all'alimentazione. Per identificare le componenti degli alimenti tradizionali a cui ricondurre

gli effetti fisiologici ipotizzati, l'attenzione è stata inizialmente rivolta alle vitamine, a cui è stato riconosciuto un ruolo nella riduzione del rischio di cancro, di malattie cardiovascolari e nel rallentamento del processo di invecchiamento, al di là di quello strettamente correlato alla prevenzione degli stati carenziali. Alcuni studi clinici hanno tuttavia dimostrato come la supplementazione di vitamine E, C e β -carotene non abbia gli stessi effetti favorevoli sulla salute che vengono

invece dimostrati quando viene seguita una dieta variata e ricca di frutta e vegetali. Tali studi hanno pertanto concluso che la ridotta incidenza di eventi cardiovascolari e tumori in popolazioni con largo consumo di frutta e vegetali dev'essere ricondotta alla presenza in tali alimenti di altri composti funzionali, compresi non nutrienti.

Tra i componenti alimentari il cui ruolo funzionale a livello del sistema gastrointestinale è ormai largamente dimostrato da consentire l'uso di *functional claims* e in taluni casi anche di *health claims*, rientrano i carboidrati (fibra) e gli oligosaccaridi non digeribili (prebiotici), nonché alcuni ceppi di microrganismi (probiotici). ♦

Alcuni esempi di *functional claim*

► Latte e derivati, pasta, ecc. supplementati con fitosteroli, indicati per la riduzione dei livelli plasmatici di colesterolo.

► Yogurt per il miglioramento delle difese immunitarie.

► Succhi di frutta arricchiti con vitamine A, C ed E, che svolgono azione antiossidante.

* Docente Scienza dell'Alimentazione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università La Sapienza, Roma; Commissario Straordinario Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN).

Cosa sono i probiotici e prebiotici?

► I probiotici sono microrganismi viventi quali «lactobacilli» e «bifidobatteri» che interagendo con un alimento danno origine a prodotti alimentari (yogurt, lattici fermentati, ecc.), oppure che entrano nella formulazione di prodotti farmaceutici (formulazioni liquide, in capsule o granulari). Modulano l'equilibrio della flora batterica intestinale e potenziano le difese immunitarie.

► I prebiotici sono carboidrati non digeribili: frutto- e galatto-oligosaccaridi, presenti in determinati alimenti (ad esempio, nella buccia dei legumi, nei carciofi, nella cicoria), oppure l'amido resistente o retrogradato, l'inulina, il lattulosio e i polioli. Stimolano selettivamente la proliferazione o l'attività di uno o di un limitato numero di ceppi batterici colici, determinando una variazione significativa della microflora del colon.



MEDICI HIGH-TECH

di *Giuliano Kraft**

Il medico congressista: quale software?

È bello andar per convegni. Per il medico – ma vale pure per il resto del mondo – vedersi accettare un lavoro scientifico è sempre fonte di grande soddisfazione. Protocolli di studio partoriti con sofferenza, giorni tediosi trascorsi a raccogliere dati, crisi di angoscia per Bonferroni & Co. si concretizzano finalmente in una comunicazione scientifica con la quale, ne siamo certi, sposteremo le sorti della medicina del nuovo millennio.

A fronte di un onere decisamente meno gravoso per il medico-scienziato, rispetto a quanto necessario per la pubblicazione di un articolo su una rivista, il sottomettere un lavoro per accettazione ad un qualsivoglia convegno garantisce una visibilità immediata. Non è necessario attendere i tempi – talvolta biblici – necessari al processo di revisione tipici delle pubblicazioni cartacee ma le proprie fatiche verranno esposte ad una platea nell'arco di una manciata di mesi. Farsi accettare un lavoro ad un convegno poi vuol dire per il medico pure «guadagnare punti» con la propria clientela, i pazienti. Quale medico non se l'è tirata almeno una volta con la madre del pargoletto affetto da sindrome influenzale dicendo «la prossima settimana non ci sarò. Vado ad un congresso in America, mi hanno accettato un lavoro». Ecco che all'istante gli occhi della mamma si fanno da ansiosi per la salute cagionevole del

>> a pag. 22



>> da pag. 21 giovane virgulto a fiduciosi per l'evidente quanto inatteso spessore del medico curante scelto a caso tra i pochi rimasti disponibili all'USL.

Non v'è però medaglia senza rovescio, non v'è rosa senza spine, non è tutto oro quel che luccica. Da questo *excursus* proverbiale se ne trae l'ovvia conclusione che per il congressista non sono certo tutte rose e fiori (e dai!).

Che dire ad esempio dell'ansia prima della presentazione, quella che rende il cavo orale simile a carta vetrata doppio zero? Come raccontare il tremito irrefrenabile sul podio che rende arduo l'uso del *laser pointer*? E della voce che si strozza alle prime sillabe dell'introduzione? Di tutto ciò, la mamma ansiosa di cui sopra niente saprà mai. Pochi eletti a parte, per la maggior parte di noi parlare in pubblico è fonte di stress. Che sia l'assemblea condominiale o l'American College poco importa, sempre stress è. Se poi le cose iniziano ad andare storte con microfoni che fischiano, slide che non partono, ecc. allora non si tratta più di stress ma di vero e proprio panico.

Diviene quindi fondamentale un'accurata preparazione, almeno dei supporti audiovisivi, onde ridurre al minimo i rischi di fiasco.

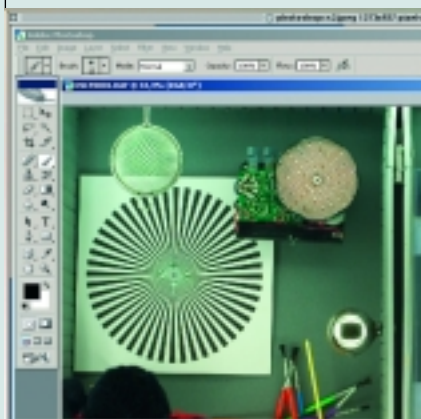
Oggi in pubblico si parla solo ed esclusivamente avvalendosi di un file PowerPoint. È questo un software

prodotto da Microsoft, disponibile sia per Windows che per MacOS, per la preparazione di visual – ma non solo – ovvero diapositive virtuali che possono essere proiettate, mediante apposito dispositivo chiamato appunto «videoproiettore», direttamente da computer sulla parete dell'auditorium. A tutt'oggi PowerPoint, che ci piaccia o no, è il *lider maximo* dei software di presentazione ed ha ben pochi pretendenti al trono. Uno di questi è sicuramente KeyNote che, per quanto mi consta, è parte integrante del corredo software di ogni nuovo computer Apple ma le cose in questo settore cambiano di giorno in giorno. Software stabile e completo, di semplice utilizzo, con pre-impostazioni ben più eleganti dell'avversario, KeyNote non rappresenta però uno standard per cui, presentandoci al congresso all'altro capo del mondo con un file KeyNote, otterremmo solo l'ilarità degli addetti alla proiezione. In teoria questo applicativo dovrebbe essere in grado di leggere file PowerPoint ed esportare nello stesso formato ma, come già detto, scopo primario del buon congressista è ridurre al minimo i rischi. Lo stesso

discorso può essere applicato ai software *open source*. Sono questi dei programmi gratuiti, disponibili per tutte le piattaforme, che emulano a costo zero l'operato dei prodotti commerciali. Recentemente ho avuto un'esperienza negativa con OpenOffice, *alter ego* della quasi-omonima suite di Microsoft: un file preparato con cura per una lezione sulla privacy, al momento di essere aperto dall'addetto alla proiezione con PowerPoint è risultato essere illeggibile nonostante esso fosse stato salvato correttamente mentre continuava ad essere apribile in OpenOffice. Quando vi accadrà ciò e sarete all'altro capo del mondo, maledirete il giorno in cui avete deciso di risparmiare i circa 200 Euro (dipende dalla versione) per una licenza originale Microsoft. Fatevene quindi una ragione, PowerPoint – che è elemento della suite Office, ormai vi sarà chiaro – serve ad ogni congressista, così come è indispensabile un programma per il fotoritocco.

Veniamo poi ai filmati, gioia ed angoscia d'ogni congressista. Per questi meravigliosi supporti alla comunicazione scientifica, tanto di

Per la creazione di slide eleganti ed accattivanti bisogna fare largo uso di immagini, siano esse radiografie, TAC, pezzi anatomici, fotografie di lesioni, ecc. È necessario perciò disporre nel proprio corredo software di un applicativo che ne consenta il ritaglio, la modifica della risoluzione, che consenta variazioni di luminosità e contrasto, la rimozione di dominante,



ecc. Anche questo settore vede un solo leader indiscusso: Adobe PhotoShop, vero e proprio coltellino svizzero per il trattamento delle immagini digitali e per l'acquisizione di queste da scanner o fotocamera. Sarebbe inoltre cosa buona e giusta disporre di un programma per la grafica vettoriale – ad esempio CorelDraw o FreeHand o Illustrator – per la creazione di poster, la redazione di diagrammi a blocchi, per l'editing di vignette, creazione di loghi, ecc.

moda al momento, sarebbe necessario spendere fiumi di parole. Limitiamoci per adesso a considerare che è saggio installare nel proprio computer QuickTime, software gratuito di Apple che permette il trattamento di questi *media* nei più comuni formati video. Infine, com'è ovvio, è indispensabile una connessione veloce ad internet onde poter reperire in tempi accettabili per il sempre indaffarato medico tutto il materiale iconografico atto a rendere le proprie slide meno tediose per la platea. Su internet ormai si trova davvero tutto, basta sapere dove e come cercare. Personalmente ricorro continuamente alla sezione «Immagini» del mitico Google e da qui sono sempre in grado, con pochi clic, di abbellire le mie ed altrui slide con elementi grafici attinenti e d'effetto.

Vorrei concludere proprio sottolineando l'importanza di slide chiare ed efficaci. Il congressista ha a disposizione un tempo limitato (circa 10 minuti) durante il quale deve riuscire a trasmettere alla platea l'importanza e la rilevanza dello studio, nonché tutto il sangue, il sudore e le lacrime versate per la ricerca in questione. È però arduo il compito di tenere svegli i presenti al termine di un'estenuante giornata di lavori mentre si espongono Materiale e Metodi. E se in platea si dorme, se nessuno vi ascolta, ebbene tutti i chilometri fatti per raggiungere la sede congressuale, le code ai *check-in*, i vuoti d'aria, i controlli doganali... Ma voi non siete lì per tutto ciò, quel che vi ha mosso è la conoscenza, non la necessità di accumulare punti Mille Miglia. Quindi, che almeno le vostre slide catturino l'attenzione e che siano facili da comprendere. Oltretutto, in questo caso per voi sarà meno faticoso doverle spiegare. Come ottenere tutto ciò? La risposta nelle prossime puntate. ♦

* Grafica e web design, Servizio Reti, CNR Area della Ricerca di Pisa.

SPORT E SALUTE

di *Michelangelo Giampietro**

La sedentarietà come fattore di rischio

L'essere umano al pari di tutti gli animali è caratterizzato, sostanzialmente, dalla capacità di muoversi e quindi di affidare al movimento stesso la realizzazione di tutte le attività indispensabili per la sua sopravvivenza e per la vita di relazione. La diffusione sempre crescente delle macchine in tutte le attività umane, nei paesi a forte sviluppo economico e industriale, ha comportato una progressiva riduzione delle opportunità di movimento con una conseguente graduale, ma inesorabile, riduzione del grado dell'efficienza fisica, come appunto si realizza nella cronica e prolungata sedentarietà.

Nella lingua italiana la sedentarietà indica «l'abitudine o il carattere sedentario» (Il dizionario della lingua italiana di G. Devoto e G.C. Oli) laddove, a sua volta, l'aggettivo sedentario [dal latino *sedentarius*, derivato di *sedens-entis*, participio presente di *sedere* 'star seduto'] viene definito «di attività o modo di vivere che si svolge in prevalenza stando seduti».

Analogamente, l'edizione tascabile italiana del Dizionario Medico Illustrato Dorland (2006) riporta le seguenti definizioni di sedentario «abituale seduto, di abitudini inattive» – «relativo alla postura in posizione seduta», mentre il Churchill's Medical Dictionary (Edizione italiana, 1994) riporta «lavorare in posizione seduta.

Concernente la posizione seduta. Di o relativo ad un'attività che non è fisicamente estenuante».

A sua volta l'Oxford Dictionary of Sports Science and Medicine (Michael Kent, 1994) attribuisce al termine «sedentary» la definizione di «Applied to a person who is relatively inactive and has a



lifestyle characterized by a lot of sitting» La sedentarietà, dunque, è caratterizzata, in particolare, dal trascorrere molto tempo stando seduti, e più in generale da una scarsa attitudine per il movimento o dall'impossibilità, più o meno accentuata, a praticare con regolarità un'adeguata quantità, non necessariamente estenuante, di attività fisica. La sedentarietà è divenuta, progressivamente nel corso degli ultimi decenni, una caratteristica dominante dello stile di vita di una parte, purtroppo sempre maggiore, della popolazione mondiale. Nel mondo occidentale, ricco e tecnologicamente avanzato, la vita sedentaria rappresenta una minaccia per la salute ben più significativa dell'invecchiamento; purtroppo non mancano osservazioni che evidenziano come questo comportamento si stia diffondendo anche nelle nazioni in via di sviluppo.

Siamo di fronte ad un fenomeno sociale e culturale trasversale, che riguarda entrambi i sessi, coinvolge tutte le fasce d'età ed è sostanzialmente >> a pag. 24

>> da pag. 23 diffuso in maniera sufficientemente omogenea nelle varie classi sociali. Il tempo trascorso in attività sedentarie o comunque a basso costo energetico e di scarso impegno muscolare è complessivamente e significativamente maggiore, nel medio e lungo periodo, rispetto a quello che viene dedicato ad attività, sia pure di breve durata e di modesto impegno, che richiedono al contrario l'uso dei muscoli scheletrici ed implicano la possibilità di svolgere un reale e salutare movimento fisico. Le stime relative alla popolazione europea pubblicate nel 2000 dalla *British Heart Foundation* mostravano livelli di sedentarietà molto vicini a quelli indicati quattro anni più tardi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO, 2004), secondo cui più del 60% della popolazione mondiale, soprattutto gli adulti dei paesi in via di sviluppo, è così poco attiva fisicamente da non raggiungere la pur modesta raccomandazione di svolgere, per almeno 30 minuti al giorno, una qualsiasi attività fisica d'intensità moderata-intensa, che secondo le principali organizzazioni scientifiche internazionali sarebbe in grado di ridurre in maniera significativa il rischio d'insorgenza di malattie cardiovascolari e di molte altre patologie tipiche delle società occidentali. In tal senso, i dati dell'indagine *Eurobarometer: physical activity* confermano la tendenza ad una marcata sedentarietà della popolazione Europea: infatti, il 57,4% dei 16.000

soggetti intervistati, appartenenti a 15 Stati dell'Unione Europea, non avevano praticato attività fisica intensa nella settimana precedente l'intervista, mentre oltre il 40% dello stesso campione ha dichiarato di non aver svolto alcuna attività fisica sia pure d'intensità moderata. Inoltre, la ricerca ha messo in evidenza, come era logico attendersi, una più diffusa sedentarietà tra i soggetti anziani (80%) rispetto alle fasce più giovani (43% di sedentari tra i 15 e i 25 anni d'età), più accentuata tra le donne. A proposito dei comportamenti e degli stili di vita una considerazione a parte merita il problema della sempre crescente «esposizione» alla televisione, ai video-giochi e al computer. In tal senso, per quanto riguarda più specificamente la situazione italiana, l'indagine ISTAT del 2006 ha quantificato in tre ore e quattro minuti il tempo trascorso mediamente ogni giorno dalla popolazione guardando la televisione. Il legame tra televisione e obesità, non solo nelle fasce d'età giovanili, è ben documentato da numerosi lavori pubblicati sulle principali riviste scientifiche e dai documenti di consenso di tutte le organizzazioni internazionali che si occupano di salute pubblica. Nella popolazione adulta è dimostrato un significativo incremento ponderale (5 kg) associato, entro cinque anni, all'entità del tempo libero dedicato ad attività sedentarie. Per quanto riguarda, in particolare, i ragazzi, il rapporto diretto tra

esposizione alla televisione e prevalenza di obesità nelle fasce d'età giovanili è altrettanto ben documentato tanto che l'OMS, nel già citato rapporto *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases* del 2003, ribadisce che: ... *Studies aimed at reducing sedentary behaviours have focused primarily on reducing television viewing in children. Reducing viewing times by about 30 minutes a day in children in the United States appears feasible and is associated with reduction in BMI.* La stessa OMS (2003) stigmatizza lo stile di vita sedentario come dannoso per la salute e mette in evidenza che *L'attività fisica diminuisce significativamente con l'età dall'adolescenza. L'attività fisica e l'educazione fisica si stanno riducendo nella scuola. La sedentarietà è generalmente maggiore tra le ragazze*

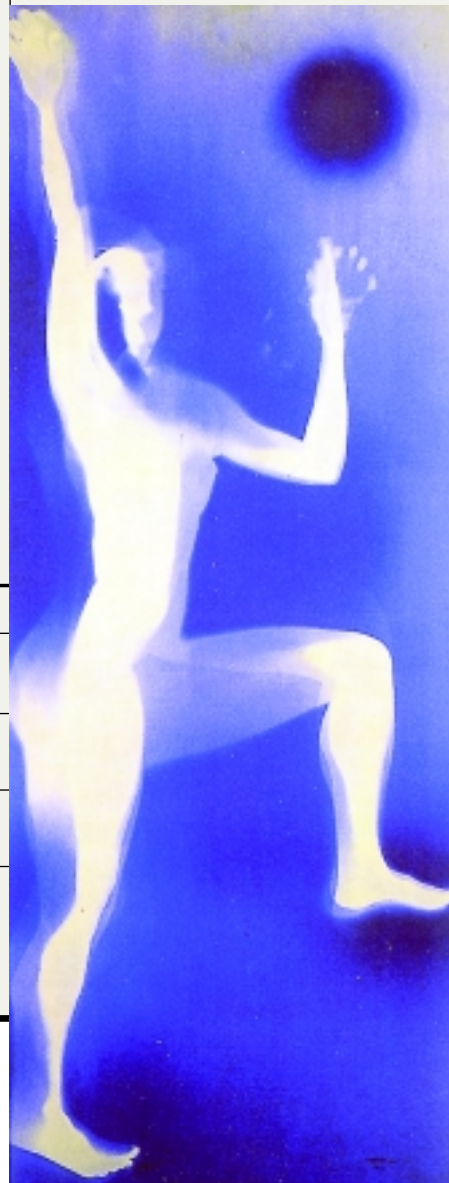


Tabella I. Riepilogo della forza delle evidenze correlate ad alcune malattie.

	Obesità	Diabete tipo2	Malattie cardiovascolari	Neoplasie	Malattie dentarie	Osteoporosi
Attività fisica regolare	C↓	C↓	C↓	C↓ ⁱ P↓ ^t		C↑ ^g
Sedentarietà immobilizzazione	C↑	C↑				

C = convincente; P = probabile; ^g solo nelle popolazioni con elevata incidenza di fratture, per maschi e femmine con età superiore a 50-60 anni; ⁱ cancro colon-rettile; ^t per cancro della mammella. (modificata da Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation, WHO Technical report Series 916 «Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease», Geneva 2003)

e le donne. La tendenza complessiva alla vita non attiva è peggiore nelle aree urbane più degradate.

Lo stile di vita sedentario aumenta il rischio di sviluppare una condizione di sovrappeso e obesità e di molte altre malattie croniche, incluse la coronaropatia, l'ipertensione arteriosa, il diabete di tipo 2, l'osteoporosi e alcune forme di neoplasie. Al contrario, la popolazione caratterizzata da elevati livelli di fitness (efficienza fisica) ha un livello di rischio più basso di sviluppare malattie croniche e mostra una mortalità minore per tutte le cause di morte rispetto ai soggetti sedentari. L'attività fisica, intesa come qualsiasi movimento del corpo, prodotto dai muscoli scheletrici, in grado di determinare dispendio energetico può contribuire alla gestione di manifestazioni depressive e ansiose di grado lieve e moderato (*Dietary Guidelines for Americans 2005*, capitolo 4. www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005).

L'OMS e la *Food and Agriculture Organization* (2003) considerano lo stile di vita sedentario tra i fattori di rischio più sicuri nel favorire l'insorgenza dell'obesità e del diabete non insulino-dipendente (↑ *convincing increasing risk*), mentre allo stesso tempo hanno incluso l'attività fisica regolare tra i fattori di cui è ben documentata – «strength of evidence» – la capacità di ridurre sensibilmente (↓ *convincing decreasing risk*) il rischio per obesità, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari (CVD), osteoporosi (nella popolazione maschile e femminile d'età superiore ai 50-60 anni, con elevata incidenza di fratture) e cancro colon-rettale, mentre per il cancro della mammella l'evidenza è meno forte (↓ *probable decreasing risk*). ♦

* Specialista in Scienza dell'alimentazione e Medicina dello sport e docente di Auxologia, somatometria e biotipologia presso la Scuola di specializzazione in Medicina dello sport dell'Università Cattolica «Agostino Gemelli», Roma.

A DIRE IL VERO

di Tullio De Mauro*

Risk management

Nei dizionari generali italiani, anche in quelli dedicati ai neologismi, *risk management* e la sua più ovvia traduzione, *gestione del rischio*, mancano ancora. L'espressione interessa qui non tanto come neologismo, ma per ciò che implica per la comunicazione.

Della necessità di prevedere e prevenire in modo sistematico i rischi creati dalle attività e iniziative di istituzioni pubbliche o di imprese si cominciò a parlare negli USA dagli anni ottanta. Cresceva la richiesta di *accountability*, di credibilità responsabile e trasparente di organizzazioni, uffici, banche. E come parte di questa si chiese di badare anche a potenziali rischiose ricadute sociali o finanziarie delle attività. Con gli anni novanta entrarono in questo orizzonte anche le strutture del settore sanitario.

In Italia il cammino si ripropose con

una decina d'anni di ritardo.

L'espressione, apparsa da noi nei tardi anni novanta, ancora è talora definita restrittivamente come «complesso di regole atte alla gestione del rischio finanziario». In realtà da parecchi anni è estesa al settore sanitario, in cui la gestione dei rischi ha una evidente e talvolta perfino drammatica rilevanza. Centrale nel *risk management* è la verifica della fluidità della comunicazione a due livelli: sia tra gli operatori delle eterogenee tecnologie che confluiscono nel funzionamento di una struttura sanitaria sia tra tutti questi, personale medico e sanitario *in primis*, e pazienti e ambienti coinvolti. Vietato non farsi capire: bel problema per chi non sia abituato a pensare in questi termini. ♦

* Ordinario di Linguistica generale, Università La Sapienza, Roma.



Le vostre opinioni in un coupon

Più volte vi sarete chiesti, osservando il coupon allegato a Colloquia, il motivo del nostro invito alla sua compilazione o quale fosse l'esito delle indagini telefoniche alle quali, con garbata gentilezza, avete partecipato. La risposta è semplice: offrire al lettore uno spazio riservato, dove poter esprimere le sue preferenze, suggerimenti, consigli e, perché no, anche critiche o lamentele.

L'ultima indagine telefonica risale ad ottobre 2006 e ci ha permesso di «aggiustare il tiro» analizzando attentamente le esigenze da voi espresse. Una tra queste, la volontà di veder pubblicati i risultati dei sondaggi (circa l'88% degli intervistati), ci ha incoraggiati ad

inserire nella rivista uno spazio fisso dedicato alle vostre risposte. Questo spazio, da adesso in poi, sarà un mezzo utile con cui voi medici potrete confrontare la vostra pratica medica, relativamente alle patologie affrontate di volta in volta.

La novità più immediata e visibile, dovuta ai suggerimenti dati nell'intervista, riguarda la struttura del coupon che risulta più chiara, concisa e di facile compilazione. E proprio questo nuovo assetto originale e dinamico ci ha dato lo spunto per intervenire anche sullo stile, ora decisamente più accattivante, dando così la giusta importanza anche al colpo d'occhio!

Un altro dato che vogliamo sottoporre alla vostra attenzione è la percentuale (il 33% degli Specialisti ed il 49% dei Medici di Medicina Generale) dei lettori di Colloquia che non risponde al coupon allegato alla rivista, per mancanza di tempo o per poca attinenza dei sondaggi alla propria specializzazione. Percentuale che in base ai ritorni degli ultimi numeri sta diminuendo

progressivamente.

Riteniamo che il coupon sia un valido strumento che ci consente di rimanere sempre in stretto contatto con voi lettori, riponendo una costante attenzione alle vostre esigenze e necessità, ormai in continua evoluzione.

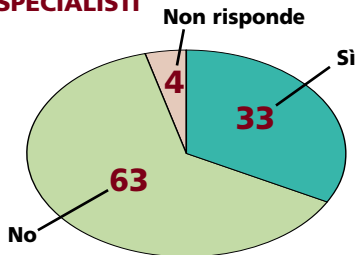
A questo proposito abbiamo voluto dare maggior risalto agli spazi pensati proprio per voi. Infatti, «Idee e Suggerimenti» e «Richieste al MSD information Center», a detta del 77% degli intervistati, si dimostrano servizi utili e favorevoli al contatto con MSD.

Vi invitiamo, dunque, a compilarlo ancora una volta e, qualora le domande non fossero pertinenti alla vostra specializzazione, ad usare soltanto gli spazi sopraindicati.

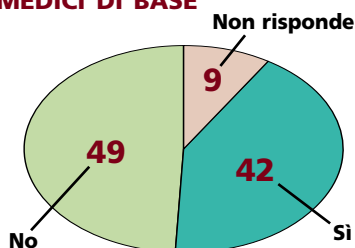
Inoltre, vi ricordiamo che avete a disposizione il numero verde 800.239.989 (attivo dalle ore 9.30 alle 12.30 e dalle ore 13.30 alle 17.30) ed il fax 06.36 380 989. Se invece preferite potete scrivere a info@univadis.it o visitare il sito www.univadis.it. ♦

1 Insieme alla rivista viene inviato un coupon. Lo ha mai compilato?

SPECIALISTI

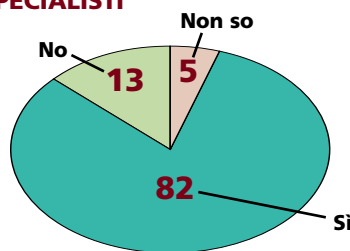


MEDICI DI BASE

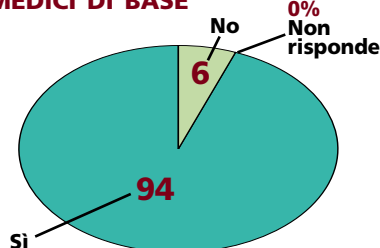


2 Secondo lei, sarebbe utile pubblicare sulla rivista Colloquia i risultati dei sondaggi presenti nei coupon?

SPECIALISTI

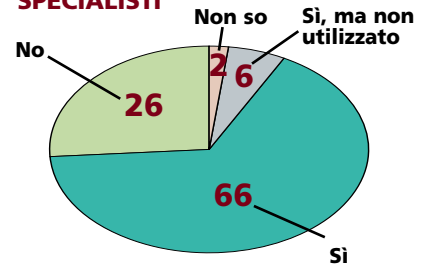


MEDICI DI BASE

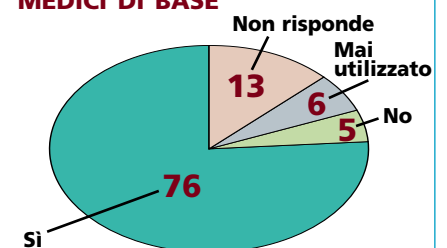


3 Ha apprezzato il nuovo spazio «idee e suggerimenti» creato per dare la possibilità di comunicare direttamente con noi?

SPECIALISTI



MEDICI DI BASE



I nostri programmi *nella lotta all'Aids*



Assicurare l'accesso ai farmaci, ai vaccini e a servizi sanitari di buona qualità nei Paesi in via di sviluppo è una sfida complessa che richiede approcci e soluzioni articolate. In particolare, l'accesso ai farmaci in queste aree è spesso ostacolato dalla presenza di infrastrutture sanitarie inadeguate, dall'assenza di un *expertise* professionale di buon livello e, talora, da un impegno delle amministrazioni pubbliche locali non sempre adeguato.

I programmi ed i progetti della Merck & Co. partono dalla consapevolezza delle difficoltà esistenti e mirano a superarle attraverso la realizzazione di forme di collaborazione/partnership con tutta una serie di *stakeholder* (governi, agenzie internazionali, organizzazioni di comunità, donatori, associazioni di pazienti, organizzazioni no profit) che garantiscono l'approccio multidisciplinare che la soluzione dei problemi richiede.

Nel solo 2005, i contributi e le donazioni della Merck & Co. hanno superato il miliardo di dollari: esattamente il doppio di quanto erogato nel 2001, tre volte quanto stanziato nel 1999. Per rendere bene l'idea di questo investimento, è come se ognuno dei circa 60.000 impiegati lo scorso anno avesse donato più di 16.000 dollari in iniziative a carattere filantropico.

Nonostante l'imponenza dello sforzo finanziario, l'erogazione dei contributi non avviene banalmente «a pioggia», ma deve necessariamente rispondere ad un serie di rigide condizioni: tra queste, deve andare incontro ad un bisogno evidente e tangibile della popolazione e deve poter sviluppare partnership efficaci che siano in grado di dare continuità e, quindi, risultati a lungo termine, all'investimento.

In particolare, nella lotta all'HIV/AIDS le partnership concluse sono numerose ed importanti. Tra le principali ne ricordiamo alcune.

Il programma ACHAP in Botswana

L'Accordo globale sull'HIV/AIDS in Botswana (*African Comprehensive HIV/AIDS Partnership – ACHAP*) siglato nel 2000 tra la Repubblica del Botswana, la Fondazione Bill & Melinda Gates e la Merck & Co. (contributo della Merck & Co. pari a 50 milioni di dollari oltre alla donazione di due farmaci antiretrovirali), è mirato a realizzare un ampio programma di prevenzione, educazione ed accesso ai trattamenti per pazienti affetti dal virus HIV/AIDS in Botswana, uno dei paesi africani maggiormente colpiti dalla malattia.

Questo programma ha consentito di aumentare il numero di pazienti trattati con le nuove terapie disponibili da circa 3.000 nel 2002 ad oltre 50.000 nel 2006. Inoltre, grazie ad una partnership con l'Università di Harvard ed il Ministero della Sanità del Botswana, oltre 7.000 medici e operatori della sanità locale hanno beneficiato di un programma di formazione ad hoc.

>> a pag. 28



>> da pag. 27

Romania: dare ai bambini una nuova speranza

Il problema dell'HIV/AIDS in Romania si differenzia da quello di molti altri Paesi del mondo in quanto la maggior parte degli individui infettati da HIV sono bambini. Il governo rumeno e la Merck & Co. hanno lavorato insieme per facilitare l'accesso al trattamento antiretrovirale di migliaia di bambini ed adulti affetti da HIV/AIDS. Attraverso questa eccezionale collaborazione è aumentato notevolmente il numero dei pazienti che hanno accesso alla terapia. Nel 1997, su 6.200 pazienti HIV-positivi solo il 30% circa erano stati trattati, dei quali solo l'1,5% con terapia di tripla associazione, in conformità con le linee-guida internazionali. Oggi, su 8.004 pazienti diagnosticati, 4.895 sono in



trattamento (oltre il 60%); di questi, il 94% sta seguendo la terapia di tripla associazione; il restante 6% è trattato efficacemente con altri regimi farmacologici.

Il governo rumeno ha offerto un forte impegno ed una pianificazione a lungo termine per il miglioramento dell'accessibilità alle cure per i bambini e la Merck & Co. ha sostenuto l'attuazione della strategia nazionale per l'AIDS ad ogni stadio della sua realizzazione, fornendo non solo le risorse finanziarie, ma anche l'incoraggiamento a perseguire continui miglioramenti nell'accessibilità alle cure. Ad oggi, il supporto complessivo della Merck & Co. al programma governativo per l'HIV/AIDS è pari a circa 1,5 milioni di dollari.

Cina-Merck & Co. HIV/AIDS partnership

Nell'obiettivo di continuare a fornire un importante contributo alla lotta all'HIV/AIDS, nel maggio del 2005 la Merck & Co. ha avviato un'importante partnership con il Ministero della Sanità della Cina a sostegno della prevenzione e della cura dei pazienti affetti da HIV/AIDS nel Paese.

Il progetto ha come scopo principale quello di creare un approccio integrato all'HIV/AIDS attraverso l'individuazione delle aree di maggiore criticità, come ad esempio l'identificazione della popolazione maggiormente a rischio, la realizzazione di campagne di sensibilizzazione e programmi educativi, il rafforzamento delle strategie di prevenzione, la formazione del personale sanitario, ecc.

La Merck Company Foundation ha



garantito un contributo pari a 30 milioni di dollari per cinque anni a sostegno del programma che è stato avviato nell'inverno del 2005 nella provincia di Sichuan per poi essere esteso in altre aree del Paese. Il governo cinese, attraverso il Ministero della Sanità, fornirà il personale e le strutture necessarie all'implementazione del programma stesso.

Accelerare l'accesso ai farmaci

Nel 2000, la Merck & Co. ha aderito, insieme ad altre cinque aziende farmaceutiche ed in collaborazione con UNAIDS, OMS, Banca Mondiale ed UNICEF, ad un importante programma di solidarietà per accelerare l'accesso alle cure per l'HIV/AIDS nei Paesi più poveri e bisognosi. I benefici del programma (donazioni/forniture a prezzi scontati di farmaci, educazione sanitaria, infrastrutture mediche) sono ad oggi estesi a 63 Paesi in Via di Sviluppo. Nel 2005, 446.000 pazienti affetti da HIV/AIDS (+116% rispetto al 2004) hanno beneficiato della somministrazione delle nuove terapie gratuitamente o a prezzi irrisori. ♦

Per maggiori informazioni circa l'impegno della Merck & Co. nella lotta all'HIV/AIDS è possibile consultare il documento *Merck's Commitment to HIV/AIDS* all'indirizzo www.merck.com/cr/docs/hiv_brochure.pdf.

Mozambico: prevenzione e cura dell'Aids

Intervista a **LEONARDO PALOMBI***

... gli infettati erano un milione e duecentomila persone, centinaia di migliaia i morti: una guerra da vincere e non da negoziare...

Da 5 anni la Comunità di Sant'Egidio ha avviato in Mozambico il Progetto DREAM. Perché è stato scelto questo paese come primo beneficiario?

Il legame tra la Comunità di S. Egidio e il Mozambico risale alla fine degli anni Settanta, quando il Paese si trovava in condizioni di estrema povertà, soprattutto a causa di un conflitto civile che si era scatenato immediatamente dopo l'indipendenza, nel 1975. Un lungo conflitto che aveva causato un milione di vittime, due milioni di sfollati, e che aveva visto la sua conclusione il 4 ottobre 1992, alla fine di una mediazione due anni e mezzo, promossa dalla Comunità di S. Egidio, tra il governo in carica (Frelimo - Fronte di liberazione del Mozambico) e la guerriglia della Renano (Resistenza nazionale mozambicana). La pace di Roma si è rivelata stabile e duratura e ha prodotto una democrazia di buon livello nel paese. Era così iniziata una lenta rinascita, ma a questo punto anche in

Mozambico, come nel resto dell'Africa australe, si era assistito all'esplosione dell'epidemia di Aids. Molti giovani che avevano aderito alla comunità di S. Egidio prima morivano per la guerra, ora morivano per l'Aids. I numeri erano impressionanti: gli infettati erano un milione e duecentomila persone, centinaia di migliaia i morti. Abbiamo avvertito tutto questo come una seconda guerra, in questo caso da vincere e non da negoziare.

► **In cosa consiste il programma DREAM e in che modo coniuga prevenzione e terapia?**

DREAM è il primo programma che intende coniugare prevenzione e terapia, e anzi considera la terapia come una componente della prevenzione. Siamo sempre stati convinti che si dovesse percorrere una strada, forse più lunga, certamente più dispendiosa, ma che consentisse al Paese di costruire una risposta articolata alla malattia, e lo sviluppo del programma ci ha dato ragione. Per quanto riguarda la prevenzione verticale, ad esempio, abbiamo adottato le linee guida occidentali, non quelle proposte per i Paesi in via di sviluppo. Offriamo la triterapia a tutte le donne in gravidanza: questo è un fatto molto importante, non solo e non tanto per l'efficacia in sé della triterapia rispetto ad altri approcci – come, ad esempio, la monodose con la nevirapina – ma anche e soprattutto per le implicazioni psicologiche che questo comporta. Quando si somministra ad una



paziente una singola dose di nevirapina, in sostanza le si dice che è infetta, che è praticamente condannata a morire, e forse c'è qualche speranza di salvare suo figlio. Questo giustifica l'inaccettabile tasso di non ritiro delle risposte dei test e di scomparse al follow-up di queste donne. Secondo gli ultimi dati pubblicati sul Mozambico, su 100 donne che iniziano questo tipo di approccio meno di 17 si ripresentano al follow-up a sei mesi di distanza. Nel programma DREAM, invece, 81 donne su 100 – quindi una percentuale quasi speculare – completano il protocollo a sei mesi. Non è solo un problema di efficacia, ma anche di capacità di copertura della popolazione assistita. Vedere persone trattate che hanno recuperato la loro salute, autonomia e capacità di svolgere le normali attività quotidiane attenua lo stigma che si crea intorno ai malati e quindi vince la resistenza a farsi visitare e curare.

► **Dietro DREAM c'è l'idea di una nuova sanità africana: una sanità leggera, molto più presente sul territorio e meno residenziale. Qual è uno degli aspetti** >> a pag. 28

>> da pag. 29 più innovativi del vostro approccio?

Uno degli aspetti più innovativi credo sia quello di coinvolgere i pazienti stessi nel processo di cura. Oggi i centri DREAM sono affollati di cosiddetti *attivisti*, pazienti che hanno liberamente deciso di collaborare al programma e che, dopo aver ricevuto una specifica formazione, svolgono un lavoro assolutamente prezioso. Oggi, solo in Mozambico, gli attivisti sono oltre 400, riuniti in una libera associazione che si chiama «*Mulheres para o dream*» (*Donne per un sogno*) – associazione alla quale, a dispetto del nome, aderiscono anche molti uomini.

Oltre ad accompagnare i nuovi pazienti e ad aiutarli a superare il trauma della notizia, essi svolgono un ruolo molto importante in tema di educazione sanitaria, e si occupano anche di rintracciare i pazienti che, per loro difficoltà personali, familiari o di carattere logistico, tendono a non rispettare la complessa procedura. Un esempio importante è senza dubbio il loro impegno nei confronti dei bambini. DREAM ha, infatti, la coorte più grande per una singola associazione di bambini trattati con terapia antiretrovirale in Africa. Si tratta di circa 2.500 bambini che spesso devono sottoporsi ad una terapia costituita da sciroppi che vanno somministrati in quantità diverse e mutevoli nel tempo. Questo rappresenta spesso una grossa complicazione per le madri, donne spesso analfabete, e gli attivisti vanno personalmente nelle case di questi bambini a somministrare la dose di farmaci.

► Sono stimati in quasi 25 milioni gli adulti e i bambini portatori del virus HIV nell’Africa Sub-sahariana, di cui 3 milioni infettati solo nel 2006. Il Programma DREAM tiene conto del rapporto costo-efficacia dei possibili interventi?

Il problema del rapporto costo-

efficacia è sostanzialmente dato da due variabili. Una è l’efficacia dell’intervento, e l’altra è la capacità di competere con i pazienti, cioè la capacità di copertura effettiva della popolazione assistita. Abbiamo avuto recentemente la possibilità di calcolare alcuni indicatori piuttosto significativi, in particolare due: il *DALY* (*Disability Adjusted Life Years*), ovvero l’anno di vita guadagnato aggiustato per la disabilità, e l’infezione evitata, cioè la classica infezione del bambino. In una prospettiva di sanità pubblica, cioè tenendo conto dei costi che il sistema sanitario avrebbe dovuto sostenere per quella persona o per quella coppia madre-bambino, possiamo dire che l’infezione evitata costa poco più di 120 dollari. Salvare una vita con 120 dollari è certamente un risultato lusinghiero. Un DALY guadagnato costa 4 dollari e mezzo. Tutto sommato, direi che non solo il rapporto costo-efficacia ma anche la fattibilità stessa di una estensione alla gran parte delle persone sieropositive, disegna uno scenario economico che non è certo traumatizzante come si pensava 10 anni fa.

► In quali altri Paesi è stato implementato ed è attivo il programma DREAM?

In Kenya, Tanzania, Malawi, Guinea Conakry, Guinea Bissau, in Angola e recentemente in Nigeria. È in costruzione un centro in Congo e quindi siamo sostanzialmente presenti in buona parte dei Paesi africani con 23 centri e 11 laboratori. Altri 22 centri sono in fase di costruzione e altri 20 sono pianificati. Gli attuali 23 centri ospitano e assistono un totale di circa 25.000 persone e riteniamo che quando tutti i circa 60 centri saranno attivi la popolazione assistita supererà le 100.000 unità.

► In questi giorni si sono festeggiati i 39 anni della Comunità di Sant’Egidio: anni spesi, tra l’altro, a portare la pace e a combattere le malattie e la povertà in Africa. Che cosa è

cambiato da allora nel continente africano?

Direi che in questi anni di vicinanza e di interesse per l’Africa abbiamo potuto trovare e recuperare un senso di speranza e direi addirittura di ottimismo. Per molti l’Africa in fondo è sempre stato il continente sfortunato, inevitabilmente condannato alle catastrofi naturali e ai conflitti. Oggi invece fa piacere dire che l’Africa offre anche convincenti prospettive e positivi elementi per il futuro, primo fra tutti quello della sua popolazione. Una popolazione che vive in condizioni quasi eroiche la propria vita quotidiana, eppure al tempo stesso entusiasta della vita, capace di non farsi totalmente condizionare e intristire dalle difficoltà di ogni giorno ed anzi di esprimere un senso di solidarietà e di tolleranza che qualche volta si fatica a trovare qui da noi. Oggi molti Paesi africani hanno conquistato una democrazia che solo venti anni fa appariva un miraggio. Certo resta tutta la difficoltà di una situazione di marginalità economica – l’Africa continua a rappresentare meno del 2% del commercio mondiale – in Africa si spende un centesimo di quello che si spende nel mondo per la salute eppure l’80% del carico di problemi sanitari lo si ritrova proprio in questo grande continente. Disparità enormi, quindi, però anche una popolazione di giovani che hanno studiato, che vogliono lavorare per il loro Paese. E ritengo che stare vicini a un’Africa che guarda all’Europa con speranza sia un fatto molto importante. Oggi a sua volta l’Europa deve imparare a guardare all’Africa non più solo in termini umanitari ma direi anche strategici, di sviluppo e cooperazione, nel grande panorama della globalizzazione. ♦

** Ordinario di Igiene all’Università «Tor Vergata» di Roma, Direttore Scientifico del Programma DREAM (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition).*

L'ULTIMA PAROLA

di *Giuseppe De Rita**

Il rischio di un sociale *autoreferenziale*

Non molti ricordano che, nell'immediato dopoguerra e per quasi tutti gli anni '50, di sociale si parlava poco o nulla: al massimo qualche testo sull'analfabetismo e sulla povertà meridionale. Solo l'affermarsi progressivo della cultura dello sviluppo ha creato le condizioni per esaltare il valore del sociale.

Ogni tanto vale la pena di ripercorrere le sequenze storiche di alcuni fenomeni, per capire come sono nati ed in quale lunga deriva si muovono. E tale esercizio mi sembra essenziale, forse urgente, nel caso dell'evoluzione dei fattori sociali del nostro sviluppo; del peso del «sociale» in parole più gergali.

Non molti ricordano che, nell'immediato dopoguerra e per quasi tutti gli anni '50, di sociale si parlava poco o nulla: al massimo qualche testo sull'analfabetismo e sulla povertà meridionale. Solo l'affermarsi progressivo della cultura dello sviluppo ha creato le condizioni per esaltare il valore del sociale. Chi ricorda i primi testi internazionali nelle aree depresse ed arretrate del mondo (sia delle Nazioni Unite che di singoli studiosi, primo fra tutti Rosenstein Rodan) ricorderà anche che qualche paginetta di quei testi era dedicata ai «fattori sociali dello sviluppo», considerato che i maggiori deficit di tali aree erano nell'analfabetismo, la resistenza all'innovazione e nella formazione a tutti i livelli.

Anche in Italia l'interesse per il sociale ebbe lo stesso avvio: da un lato attenzione allo sviluppo del Sud, nostra grande area depressa (con l'intervento straordinario degli anni 50) e sottolineatura dei fattori sociali che lo condizionavano e avrebbero potuto rallentarlo; dall'altro focus sullo sviluppo a lungo termine (dal Piano Vanoni del '55 al Rapporto Saraceno del '63) e sottolineatura dell'importanza dei suoi fattori di propulsione, cioè la formazione professionale prima e poi tutta la gamma degli interventi formativi e di ricerca.

Negli anni 60 si va avanti: esplose e subito si consolida la consapevolezza che lo sviluppo non è fenomeno, solo economico ma è processo complesso, dove trovano spazio

tutte le diverse componenti sociali: dalla questione della casa all'incentivazione della ricerca, dalla scolarizzazione di massa alla crescita dei consumi, dall'animazione sociale del territorio all'allargamento delle coperture pensionistiche e sanitarie, dalla conseguente forte strutturazione del welfare alla responsabilizzazione delle forze sociali organizzate (sindacali ma non solo).

Questa affermazione rapida e senza precedenti del valore del «sociale» termina con i primi anni '80: da allora in poi sul proscenio arrivano altri temi, dal made in Italy, alle fibrillazioni politiche, alle istanze federaliste, all'entrata nell'Euro; e il sociale entra in un cono d'ombra. Sembra poco interessare a chi si occupa di sviluppo, viene quasi lasciato a se stesso: e non sentendosi più finalizzato a funzionare da «fattore» di sviluppo, interpreta la nuova situazione come una segreta opportunità di potere.

Nasce così lentamente ed oculatamente una tendenza del sociale a disintrecciarsi dall'economico e dalla complessità sistemica ed a conquistare una sua autoreferenzialità: la scuola si considera centrale non in quanto prepara quadri dello sviluppo ma in quanto garantisce scolarizzazione di massa; l'università si considera importante per la formazione della classe dirigente tecnico-economica, ma come autonoma struttura di innalzamento culturale (magari in materia di comunicazione di massa); il sistema di welfare è diventato un monumento, roccaforte dei bisogni inalienabili, e che non può quindi essere ripensato in termini di compatibilità economiche; le stesse forme più fluide del sociale (il volontariato, il non-profit, ecc.) tendono a chiedere spazio per il carisma che esprimono in se stesse, rifiutando spesso di collegarsi alle tematiche ed alle verifiche dei processi socioeconomici in atto.

Dopo venti anni di esplosione di ruolo esterno e poi venti anni di implosione di interna autoreferenzialità il sociale sembra rinserrarsi in una autoreferenziale conquista di risorse e di potere, con più spazio a dinamiche di autoalimentazione delle categorie che nel sociale e del sociale vivono, che ad indirizzi di lavoro che gli diano legittimazione nel più generale sviluppo del Paese. Forse, allora, è giunto il momento di ripensare in profondità il «valore aggiunto» del sociale. E mi sembra almeno corretto che prospetti tale esigenza, chi come me, ha partecipato a vario titolo a quanto è accaduto negli ultimi decenni. ♦

*** Segretario Generale
Fondazione Censis.**



LA RICERCA
FARMACEUTICA
PER MIGLIORARE
LA QUALITÀ
DELLA **VITA.**



02-09-MSD-02-1-3059-J



MERCK SHARP & DOHME

MERCK SHARP & DOHME (Italia) S.p.A.
Via G. Fabbroni, 6 - 00191 Roma
www.univadis.it