

○ **DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E ABUSO DI SOSTANZE.**

○ **IL PUNTO SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

○ **MEDICINE NON CONVENZIONALI IL TUINA**

○ **COS'È L'OSTEOPATIA?**
○ **VACCINO PER LO HPV**

Disturbi dell'alimentazione e abuso di sostanze.

E' uscito per i tipi dell'importante editore Piccin di Padova il volume "Disturbi dell'Alimentazione e Abuso di sostanze" a cura di Umberto Nizzoli della AUSL di Reggio Emilia.

Si tratta di un libro agile e nello stesso tempo molto denso; in 192 pagine si trattano tutti gli aspetti del rapporto fra Disturbi dell'Alimentazione, Anoressia, Bulimia e Binge Eating, quel devastante comportamento di assunzione smodata ed incontrollata di cibo e l'uso di sostanze stupefacenti legali e illegali, alcol, cocaina, amfetamine in primis.

Pochi temi sono attualmente più discussi e trattati di quello della "doppia diagnosi".

Di solito però la "doppia diagnosi" è vista a partire dai problemi che incontrano i Sert e le Comunità Terapeutiche nell'assistere le persone con disturbi mentali concomitanti. In questo testo invece si affronta la "doppia diagnosi" da un'angolazione più innovativa: i disturbi dell'alimentazione.

Il consumo di droghe ha assunto dimensioni così vaste da includere al proprio interno sia usi ricreativi ed edonistici che consumi patologici e di copertura di disturbi mentali e relazionali anche gravi. La definizione di un limite chiaro e preciso fra usi ricreativi ed usi patologici è impossibile. Ogni situazione di tossicomania è il risultato dell'incrocio tra un determinato soggetto, con la sua storia, il suo temperamento, la sua personalità e le sue relazioni, una deter-

minata cultura ed un determinato mercato delle droghe con i loro effetti e le loro regole. Accade così anche per i disturbi alimentari.

Nel suo lavoro quotidiano il clinico incorre in fenomeni che, seppure studiati e conosciuti da molto tempo, risultano tuttora non completamente chiari. Uno di questi fenomeni è la addiction (dipendenza) da sostanze oppure da comportamenti specifici, che influenza e distorce a differenti livelli di gravità l'esperienza intima di molte persone.

Le persone diventano dipendenti da esperienze che possono modificare l'umore e le sensazioni e, pertanto, la dipendenza, prima ancora di essere una condizione neurobiologica o un problema sociale, è un fenomeno individuale che può presentarsi nel corso dello sviluppo come risposta a specifici fattori.

Le droghe, il cibo, il sesso, il gioco d'azzardo o la dipendenza da internet o dai telefonini hanno come scopo principale il cambiamento della percezione di sé e dell'ambiente circostante, servono a modificare lo stato di coscienza ordinario il cui disagio e la cui sofferenza non possono essere regolati altrimenti.

Le problematiche della separazione e del distacco rappresentano un punto cruciale nelle diverse esperienze di dipendenza.

In questi casi i sentimenti di perdita e di solitudine costituiscono

la minaccia principale per il funzionamento della mente; fantasmi persecutori minano l'angoscia di essere se stessi. L'imminente pericolo di un crollo psichico è il dramma costante nell'interiorità di questi soggetti. Il piacere che si ricava da una qualsiasi forma di dipendenza patologica deve intendersi come la ricerca di un rifugio per costruirsi una realtà parallela differente da quella sperimentata nella realtà.

Oggi giorno si ritiene che un insieme comune di caratteristiche di personalità predisponga un individuo ad una gamma di comportamenti che hanno il potenziale di diventare eccessivi. L'ansia e la depressione sono frequenti caratteristiche dello stato antecedente sia per le dipendenze da droghe che per i disturbi alimentari. Poi si è trovato che fra i pazienti con disturbo alimentare le caratteristiche di dipendenza sono simili a quelle segnalate per i tossicomani e gli alcolisti.

I disturbi alimentari sono una forma di dipendenza: le loro caratteristiche rispecchiano tutti i criteri di verifica per le dipendenze tradizionali quali il fumare, l'alcolismo e l'abuso di cocaina. C'è la natura progressivamente compulsiva del comportamento, anche se le persone sono messe di fronte alle gravi conseguenze sanitarie non sanno fermarsi; infatti avvertono un'ossessiva crescita interiore dell'impulso che diventa irrefrenabile.

il cosiddetto craving.

Somigliano poi ancora per il fatto che le persone hanno la tendenza a riprendere il comportamento patologico dopo una conclusione anche positiva del trattamento: vi è una cronica possibilità di ricaduta.

I disturbi del comportamento alimentare,

nei loro diversi quadri (anoressia, bulimia, binge eating, obesità) sono un fenomeno in continua espansione: anoressia e bulimia sono diffusi prevalentemente tra gli adolescenti e i giovani (soprattutto, ma non solo, donne), ma anche binge eating e obesità cominciano ad emergere in età sempre più precoci. Sono problemi che provocano grande sofferenza, sia fisica sia psichica e possono compromettere la vita sociale, familiare, lavorativa delle persone che ne sono colpite: se non si interviene, i sintomi tendono progressivamente a divenire cronici e nei casi più gravi possono essere letali. Eppure spesso rimangono avvolti da una coltre di vergogna e sepolti nelle famiglie. Frequentemente i disturbi del comportamento alimentare si manifestano in associazione, o si alternano, ad altre dipendenze patologiche (alcol, psicofarmaci, cocaina, gioco d'azzardo patologico).

I disturbi del comportamento alimentare sono problemi complessi, che come sappiamo interessano l'intero funzionamento del soggetto (fisico, psicologico, sociale): ciò implica necessariamente una presa in carico di tipo multidisciplinare, con il conseguente coinvolgimento di diverse professionalità che lavorano insieme. Alla compilazione del volume hanno contribuito professionisti tra i maggiori esperti non solo di Italia. Assieme a quelli di Nizzoli si trovano i contributi di suoi collaboratori, Covri e Zannini, del team di Villa Maria Luigia, ed importanti contributi di docenti dell'Università La Sapienza di Roma, prof. Cuzzolaro, di Tor Vergata, prof. Vetrone, di Bologna, prof. Bellini, del San Raffaele di Milano, prof. Maffei, di Padova, prof.ssa Fava-Vizziello, di Urbino, prof. Marcucci e dei dirigenti dei dipartimenti di Foggia e Livorno. Da segnalare i pezzi di Paul Garfinkel,

direttore dei servizi di Toronto, Canada e di Vandereycken dell'Università di Lovanio, Belgio che ha chiarito la motivazione al cambiamento delle persone con anoressia e bulimia.

[NIZZOLI UMBERTO]

Per maggiori informazioni:

<http://www.piccinonline.com/libri/9788829918706/disturbi-dell'alimentazione-e-abuso-di-sostanze.html>



IL PUNTO SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI

Una quota assai rilevante della popolazione italiana, dopo anni di "sperimentazione", continua con convinzione ad utilizzare percorsi terapeutici non convenzionali, sia in modo esclusivo sia, soprattutto, in modo integrato.

Metà degli italiani ritengono che, a prescindere dall'utilizzo soggettivo, tali medicine abbiano una loro utilità e dignità.

Persiste e si consolida temporalmente una connessione molto evidente tra utilizzatori di tali terapie ed alto livello di istruzione personale.

COSA SIGNIFICA TUTTO CIÒ?

Che anche dopo cinque anni dall'ultima rilevazione (1999), ben otto milioni di italiani confermano definitivamente la validità e l'utilità di questi percorsi terapeutici.

L'influenza del fattore economico di costo per le famiglie

La costante erosione del potere d'acquisto medio degli ultimi anni rende sempre più oneroso seguire una filiera sanitaria non convenzionale (dal medico, ai medicinali, alle terapie accessorie) che grava per intero sulle spalle del borsellino familiare, fatto salvo quelle categorie di lavoratori con casse assistenziali autonome (come giornalisti, dirigenti ed altri) che ammettono a rimborso tali cure (ed infatti le statistiche rilevano proprio tra queste categorie professionali gli utilizzi più accentuati).

Accadono sempre più frequentemente casi di famiglie in cui i genitori rinunciano solo per motivi economici a tali cure, riservandole unicamente ai figli.

IL PRESENTE ED IL FUTURO

E' patrimonio comune, ampiamente consolidato a livello nazionale e internazionale, che le Medicine Non Convenzionali hanno definitivamente acquisito un ruolo stabile di innovazione nel campo della salute. Ciò è oggi dimostrato anche dall'enorme interesse teorico e pratico che si manifesta sempre più in ambito universitario, ospedaliero e di assistenza sanitaria territoriale. Si costituiscono infatti numerose esperienze ufficiali in questo senso, che corrispondono ai primi segni concreti della fase di maturità e di consolidamento che oggi in Italia le Medicine Non Convenzionali devono compiere, in nome eli un contributo dialettico e democratico alla salute individuale e collettiva, anche in termini eli emancipazione culturale, libertà di scelta, salutogenesi e sostenibilità.

Alle autorità competenti in materia sanitaria, si rinnova la richiesta a dare sin da ora per le Medicine Non Convenzionali un futuro fatto di diritti reali e di regole certe per tutti, eli medici veramente competenti nelle varie discipline, a tutela e garanzia dei pazienti, formati in corsi e scuole altamente qualificate da rigorose procedure eli accreditamento, di maggiore circolazione di idee in campo accademico e professionale, così come di obiettivo nonitoraggio delle esperienze concrete in via sviluppo.

[DOTTOR

PAOLO ROBERTI di SARSINA]

TUINA



Medicina non convenzionale: il TuiNa

La Dinastia Sui (581-618) riunificò la Cina dopo quasi quattro secoli di lotte intestine, divisioni politiche e diatribe dinastiche. Fu una dinastia di breve durata, appena 37 anni, ma fondamentale per l'inizio del consolidamento dell'impero e della Cina come unica nazione. Appoggiò energeticamente il Buddismo, e ricostruì economicamente il territorio, dando nuovo prestigio internazionale al Paese.

Nel 587, Wendi Yang Jian fonda la dinastia Sui, ma già da sei anni aveva soppiantato gli Zhou Settentrionali, unica dinastia rivale, nel Nord del paese.

L'anno successivo riesce a sconfiggere il monarca della dinastia Chen, in Indocina, rendendone tributario il regno.

Nel 589, Yang Jian riesce finalmente a riunificare l'impero.

Contemporaneamente, iniziano le riforme burocratiche e funzionali nella gestione del territorio: l'imperatore inserisce un sistema gestito da tre ministeri e sei dipartimenti; le pene del sistema giudiziario si ammorbidiscono; e, per prevenire la corruzione di corte, viene instaurato un nuovo metodo per la scelta dei funzionari imperiali, che potranno accedere alla carica solo dopo una serie di esami.

Non sono momenti facili, tanto che nel 590 fioriscono alcune rivolte. Sarà il figlio dell'imperatore, il principe Yangdi Yang Guang, a porsi al comando delle truppe per domare le ribellioni.

Inoltre, Yang Guang fa edificare una nuova capitale, la città di Jiangdu, l'odierna Yangzhou.

Nel 604, il principe sale al trono e diventa il secondo imperatore della dinastia Sui.

Contributo importante all'unificazione sociale, crescita economica e controllo della Cina, è lo scavo del Canale Imperiale, lungo più di 1.500 chilometri.

La via d'acqua artificiale crea una rete di vie navigabili grazie all'intersezione con i fiumi e i canali naturali: diventa più facile e veloce trasportare materie prime, vettovaglie e truppe

in molti angoli dell'impero. Riguardo ai rapporti con gli stati confinanti, ai regni tributari si deve aggiungere la popolazione di Taiwan.

Vanno male invece le spedizioni contro l'area della Corea e, dalla parte opposta, contro i Turchi dell'est.

Non va bene neppure la spedizione in Mongolia.

I malumori crescono, anche per l'alta tassazione imposta ai sudditi, scelta obbligata per finanziare le continue campagne militari.

Aristocratici e popolo non vogliono più Yangdi Yang Guang. La rivolta inizia nel 613, poi la situazione sfugge al controllo e nel 616 l'imperatore si rifugia nella sua Jiangdu.

Siamo all'epilogo. La Dinastia Sui rimane al potere solo 37 anni, il tempo necessario per aprire la strada alla Dinastia Tang e alle Cinque Dinastie, prologo di un Novecento che verrà.

Nel 618 Yangdi Yang Guang viene strangolato dal figlio di un suo generale.

Fine ingloriosa, indubbiamente, per una dinastia che trasmette i suoi insegnamenti fino ai nostri giorni.

Un retaggio gravido di sapere, per nulla sbiadito dai duemila anni che ci separano.

Il TuiNa è tra le più antiche tecniche di cura; ed è tuttora accertato che questa sia stata la prima tecnica di massaggio, su cui poi si basarono tutte le altre.

Nella zona dell'Estremo Oriente, le documentazioni sui massaggi iniziano nel 2600 a.C..

Tra i grandi medici che utilizzarono il massaggio, forse il più importante è Bian Que, ovvero l'inventore del metodo diagnostico clinico, che fece uso del massaggio allo scopo di curare alcune malattie.

In teoria, la più antica opera sulla massoterapia è "Dieci capitoli sul massaggio di Huangdi e Qibo" sfortunatamente ormai irrecuperabile.

Alla Dinastia Sui va il merito di aver inserito questa disciplina tra quelle ufficialmente approvate dall'Impero, e di aver commissionato due tra le opere più importanti in questo campo: i "Mille rimedi preziosi", scritto da Sun Simiao nel 606 D.C. circa, e l'"Eziologia e sintomatologia delle malattie", ad opera di Chao Yuanfan, nel 610 D.C..

Questo metodo, che affonda le sue origini nei principi della Medicina Tradizionale Cinese, insiste sull'importanza dei meridiani, considerati vettori di quella bioenergia che si definisce Qi.

Lo scopo della terapia è di riequilibrare l'energia ying yang, armonizzare la circolazione

del Qi, del sangue e dei liquidi organici.

La tecnica del TuiNa è una risposta efficace a quasi tutte le patologie, e può essere utilizzata nei trattamenti di malattie croniche, infiammazione delle articolazioni, artrite, artrosi e dolori

muscolari. Il TuiNa è anche efficace a livello preventivo, perché contribuisce a rafforzare il sistema immunitario, a regolare le attività del sistema nervoso, e a migliorare l'efficienza dei flussi nutritivi e delle articolazioni.

Le metodiche terapeutiche del TuiNa sono numerose, e si basano su tecniche di sfioramento, impastamento, afferramento, rotazione, frizione, mobilitazione attiva e passiva, etc...

Si avvale, inoltre, di tecniche complementari quali coppettazione, moxibustione, auricoloterapia e guasha.

La Storia della Cina è costellata di grandi roghi. Biblioteche in fiamme, e intere città rase al suolo.

Come noto, i roghi di libri che segnavano l'avvento di una nuova dinastia, non sempre risparmiavano i testi di medicina; e ciò che la storia ha visto andare in fumo, nel corso dei secoli, risulta oggi davvero incalcolabile.

E questa ultima considerazione non può che aumentare il fascino di un simile metodo; che è sopravvissuto a millenni di guerre, carestie e pestilenze per giungere fino a noi, e per parlarci con fare suadente.

MATTEO MONTANARI, STORICO E SCRITTORE
MANUELA PEDRONI, NATUROPATA E OPERATRICE TUINA

Contatti:
manuelapedroni@hotmail.com

L'Osteopatia: Cos'è l'osteopatia? Da dove

Sono tanti gli interrogativi che gravitano attorno a questo inconsueto termine che sempre meno faticosamente si fa strada nella nostra società.

Senza dubbio la carta d'identità di questa disciplina ha un solo nome: **Andrew Taylor Still**. Proprio lui è considerato il padre dell'osteopatia, un dottore vissuto tra il 1828 e il 1917. Fu in seguito a drammi personali come la perdita di tre figli per causa della meningite che decise di impegnarsi più a fondo per trovare una via più efficace che gli permettesse di affrontare meglio le malattie dell'epoca.

Comincia quindi un percorso alla ricerca dei perché della malattia, di come nasce, si insinua nel corpo e di quali sono i mezzi che il nostro organismo usa per difendersi.

È proprio da qui che prendono vita i principi fondamentali dell'osteopatia: il corpo viene visto come una macchina perfetta, **"quando ogni parte del corpo lavora bene noi siamo in salute, se non è così si instaura la malattia"**, e l'osteopata è chiamato a riequilibrare le disarmonie per permettere all'organismo di avviare quel meccanismo di auto guarigione che è intrinseco ad ognuno.

Così nel 1892 il Dott. Still fonda il primo Collegio di Medicina Osteopatica: l'American School of Osteopathy (ASO), a Kirksville nel Missouri. Da allora nacquero molte altre scuole fondate dai suoi studenti, e l'America riconosce l'osteopatia come forma di "medicina". Nel 1917 L'osteopatia arriva in Europa grazie

al Dottore e Osteopata John Martin Littlejohn, un allievo di Still, che fonda la prima scuola di osteopatia in Inghilterra, la British School of Osteopathy (BSO), a Maidston. Si fa così strada l'osteopatia in Europa, specie in Francia. In seguito cominciano i riconoscimenti statali anche nel nostro continente. Nel 1993 la Gran Bretagna concede lo statuto che consacra il riconoscimento dell'osteopatia britannica; nel 2002 esce la pubblicazione nella gazzetta ufficiale francese della Legge n° 2002-303 del 4 marzo 2002 rela-



tiva ai diritti dei pazienti ed alla qualità del sistema sanitario che, nell'articolo 75 riconosce la professione dell'osteopata.

Nel frattempo in Italia nascono alcune scuole ed un registro degli osteopati, il R.O.I. che dal 1989 è garanzia di qualità nella formazione degli osteopati italiani. Gli attuali programmi formativi prevedono un corso a tempo pieno per diplomati e uno a tempo parziale per laureati in medicina e nel settore paramedico. Il corso di studio dell'ordinamento a tempo pieno è articolato in cinque anni accademici, per una erogazione totale di 57 corsi di insegnamento. Il corso di studio dell'ordinamento a tempo parziale si svolge in sei anni accademici. Oggi in Italia si può definire Osteopata colui che ha

seguito questo iter formativo, che possiede un Diploma di Osteopata (D.O.), per il quale attualmente si sta lavorando al suo riconoscimento legale in Italia così come lo è nei maggiori paesi Europei.

A questo punto giungiamo alla faticosa domanda:

a cosa serve?

Prima e maggiore conoscenza deve essere riservata all'anatomia, che come diceva Still, un buon osteopata deve aver sempre presente fin nei suoi minimi particolari "alla stregua di un pittore che ha in mente l'immagine mentale di qualsiasi cosa che desideri ritrarre con il suo pennello". L'osteopatia non si sostituisce affatto alla medicina tradizionale, anzi ne supporta pienamente l'operato diventandone assolutamente complementare.

L'osteopata mira a trovare una soluzione al sintomo doloroso ricercandone la prima causa.

Questo viene fatto attraverso test manuali che permettono di individuare le maggiori tensioni del corpo, i suoi squilibri anatomici e funzionali; si tratta di una valutazione globale della persona che tiene conto dei principali traumi subiti nel corso dell'esistenza e che non sono stati completamente risolti lasciando tracce sensibili nei tessuti.

Le tecniche usate dall'osteopata sono varie ed adattabili a qualsiasi tipologia corporea di qualsiasi età. Alcune delle più comuni patologie nelle quali l'osteopatia trova un riscontro efficace sono: Ernia discale; Mal di schiena anche in gravidanza; Dolore al collo, spalle e braccia; Sciatalgia; Dolore progressivo all'anca, ginocchio o piedi; Scoliosi adolescenziale; Squilibri posturali - asimmetrie; Traumi sportivi - distorsioni - microtraumi; Postumi da incidenti con colpo di frusta; Tunnel carpale; Epicondilitite; Problemi dell'infanzia e dello sviluppo; Postumi da interventi chirurgici; Emicra-

ve viene? A cosa serve?

“quando ogni parte del corpo lavora bene noi siamo in salute, se non è così si instaura la malattia”

nia; Disordini collegati al sistema craniale e/o viscerale; Artrosi e degenerazioni articolari in genere.

Il trattamento può comprendere massaggio miofasciale, manovre articolari dirette, stiramenti assiali, tocchi leggeri sulle ossa craniche e sul sacro, pressioni delicate sui visceri. Tutto deve essere eseguito però dopo un'attenta valutazione della persona che passa imprescindibilmente da precedenti consulti medici. La finalità consiste dunque nel rilassare tutte quelle tensioni che si sono accumulate nel corpo e che hanno permesso l'instaurarsi di una patologia. L'organismo, sgombrato da queste costrizioni, è così finalmente libero di ricercare un nuovo equilibrio attraverso il quale si può ripristinare uno stato di salute e benessere.

[ALBERTO CASTELLANI]
albertocastellani@alice.it
Master di 1° livello in
“Sciences Osteopatiques” presso l'“Université Européenne Jean Monnet”

Farmaci per bambini

Quattro farmaci per bimbi su dieci contengono additivi che accendono comportamenti iperattivi. Tra questi, sciroppi antitosse, antidolorifici e antibiotici, ‘dopati’ con un massiccio cocktail di additivi artificiali usati come coloranti o conservanti. A lanciare l'allarme è uno studio dell'associazione consumatori britannica Food Commission, che ha passato sotto la lente di ingrandimento 70 farmaci tra Otc e medicinali per cui è richiesta la prescrizione medica. Dalla relazione, emerge che 28 dei prodotti analizzati contengono almeno uno dei sette additivi alimentari che la Southampton University ha inchiodato sul banco degli imputati per il ‘link’ con comportamenti iperattivi nei bambini. Le sostanze chimiche sotto accusa sono state ‘stanate’ in 17 dei 37 prodotti a base di paracetamolo. Erano contenute anche in due degli 11 prodotti con ibuprofene e in quattro dei nove sciroppi per la gola. Tra gli antibiotici, tre dei cinque prodotti a base di amoxicillina e due delle otto formulazioni con eritromicina contenevano le sostanze incriminate. Alcuni dei farmaci analizzati erano autorizzati anche per bimbi sotto i tre anni. “Molti genitori - commenta Anna Glayzer della Food Commission - non desiderano far ingerire ai loro figli inutili additivi alimentari, ma con gli ingredienti nascosti dentro le confezioni dei farmaci è quasi impossibile scegliere. Chiediamo ai produttori di mettere un cartellino rosso all'uso di inutili coloranti”. L'associazione **Gb** ha pubblicato un elenco di prodotti che contengono additivi ‘sospetti’ sul suo sito web:

www.actiononadditives.com



Il vaccino per l'HPV (virus del papilloma umano) e la prevenzione del cancro del collo



Il problema

Sembra ormai dimostrato in modo preciso che il carcinoma del collo l'utero venga causato dal virus del papilloma umano (HPV, dall'inglese "Human Papilloma Virus"), di cui sono stati identificati oltre 120 diversi genotipi capaci di infettare l'uomo. Un terzo di questi genotipi è associato a patologie del tratto ano-genitale, sia benigne sia maligne, in entrambi i sessi.

Il virus del papilloma umano

Alla luce di queste considerazioni è facile immaginare come l'infezione da HPV sia molto frequente nella popolazione e sia sessualmente trasmissibile. Per quanto riguarda la popolazione femminile si stima che oltre il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della propria vita con un virus HPV di qualunque tipo, e che oltre il 50% si infetti con un HPV ad alto rischio oncogeno, cioè capace in teoria a dare tumori. In realtà la maggior parte dei tumori della cervice uterina (70%) è causato proprio da due tipi di HPV "ad alto rischio", l'HPV 16 e l'HPV 18.

La storia naturale dell'infezione è tuttavia fortemente condizionata dal rapporto tra la capacità infettante del virus (in che quantità viene trasmesso, quante volte viene trasmesso, eccetera) e la risposta immunitaria dell'ospite. L'infezione può regredire, persistere o progredire. Fortunatamente l'80% delle infezioni è transitoria, asintomatica e guarisce spontaneamente.

La prevalenza delle infezioni da HPV varia anche in rapporto all'età essendo più elevata nelle giovani donne sessualmente attive.

Va anche osservato che nel mondo negli ultimi venti anni la mortalità per cervico-carcinoma è diminuita di oltre il 50%, passando da 8,6 casi ogni 100 mila donne nel 1980 a 3,7 casi ogni 100 mila donne nel 2002. L'introduzione dello screening attraverso l'uso del Pap-test ha infatti permesso, negli ultimi decenni, una notevole diminuzione della mortalità.

In Italia, nel solo 2005, sono state invitate dai programmi organizzati di screening con il PAP-test oltre 2 milioni e ottocentomila donne. Tuttavia sono ancora presenti notevoli differenze tra le regioni italiane anche nel comportamento delle donne che aderiscono.

Cosa si fa oggi per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero

Oggi le donne sessualmente attive vengono invitate ad eseguire sistematicamente i controlli al collo dell'utero con il **PAP-test**, un esame molto semplice. Che si esegue prelevando con una apposita spatolina di legno, durante una visita ginecologica, un po' di cellule che si staccano spontaneamente dal collo dell'utero. Le cellule vengono strisciate su un vetrino, che viene poi colorato ed esaminato al microscopio. In questo modo si possono individuare eventuali anomalie del collo dell'utero, fino al tumore.

La partecipazione mostra infatti una forte difformità Nord/Sud, passando dal 46,7% del Nord, al 35,6% del Centro, al 27,4% del Sud e Isole.

• Una possibile soluzione: il vaccino

Da poco tempo sono disponibili anche in Italia due vaccini contro alcuni tipi di HPV particolarmente pericolosi per la donna.

Il primo è un vaccino quadrivalente denominato "Gardasil". Si tratta di una miscela di particelle simil-virali derivate dalle proteine dei tipi di HPV 6, 11, 16, 18. Esso è stato approvato dall'EMA, che è l'organizzazione europea che controlla i farmaci, e dall'AIFA, che è l'agenzia italiana per i farmaci.

Il vaccino è indicato per la prevenzione delle lesioni causate da HPV 6 e 11, responsabili del 90% circa dei condilomi genitali, e di quelle causate da HPV 16 e 18, cui vengono attribuiti circa il 70% dei carcinomi della cervice, ma non ha alcun effetto terapeutico contro questi virus e le loro conseguenze una volta che essi siano già presenti nell'organismo umano.

Il secondo vaccino, denominato "Cervarix", è bivalente, ed è attivo contro i tipi HPV 16 e 18, responsabili dei tumori cervicali.

Questi vaccini possono essere somministrati a tutte le donne, che presumibilmente non abbiano avuto un contatto con i 2 o 4 tipi di HPV contenuti nel vaccino; in pratica a tutte le donne che non abbiano avuto rapporti sessuali.

Per questa ragione è preferibile una sua somministrazione in età adolescenziale, tra i 9 ed i 13 anni, quando c'è la migliore finestra vaccinale con la migliore risposta anticorpale, comunque prima che inizi l'attività sessuale, in modo da prevenire il contagio con questi tipi di HPV così come le loro possibili conseguenze. Perciò in molte nazioni si è ipotizzato di somministrarlo all'età di 11-12 anni. Analoga scelta è stata fatta anche in Italia.

La vaccinazione può essere raccomandata anche nelle donne di 13-18 anni, che siano sfuggite alla vaccinazione in precedenza, o per completare un ciclo di vaccinazione. La somministrazione in età adulta non è raccomandata. Tuttavia, se non vi sono ancora stati rapporti sessuali, è possibile somministrarlo anche in età adulta, pur con alcune considerazioni sui pro ed i contro della vaccinazione.

• Come si usa il vaccino

Il vaccino è presentato in confezione sterile, in fiale preimpiegate da 0.5 ml, da somministrare intramuscolo. Il ciclo vaccinale consiste in tre iniezioni intramuscolo, di cui la seconda verrà fatta dopo 1-2 mesi (minimo 4 settimane) dalla prima, e la terza dopo 6 mesi (minimo 12 settimane). Se la serie delle vaccinazioni viene interrotta non è necessario ripartire dall'inizio della somministrazione.

• Cosa si fa' in Italia

Il vaccino viene distribuito attraverso il SSN, quindi e' disponibile nelle farmacie e nei centri vaccinali delle singole Unità Sanitarie Locali, ed e' gratuito per le bambine nel corso del dodicesimo anno di vita.

Il Ministero della Salute ha infatti deciso che da gennaio 2008 vengano vaccinate gratuitamente nelle strutture pubbliche le giovani nate nel 1997.

E' stata scelta l'età di 11 anni compiuti, in quanto questa età e' compresa nella finestra di massima risposta immunogenica al vaccino (9-13 anni), ma anche per la concomitanza con altre vaccinazioni, il che puo' aumentare l'adesione alla proposta vaccinale. Inoltre e' altamente probabile che non sia iniziata l'attività sessuale con il rischio di acquisizione del virus, e che non vi sia rischio di gravidanza in atto.

Il costo complessivo del vaccino per le giovani che non rientrano nel periodo di gratuita, e' di circa 500 Euro, compresi i richiami.

• Considerazioni generali

Va tenuto presente comunque che:

1. *il vaccino non e' attivo contro le infezioni da HPV, le lesioni cervicali od i condilomi già presenti;*
2. *almeno altri 13 genotipi di HPV, oltre ai due contenuti nel vaccino, possono indurre danni cellulari fino alla trasformazione tumorale;*
3. *la capacità infettante dei singoli tipi virali puo' mutare spontaneamente nel tempo;*
4. *non sappiamo ancora per quanto tempo duri l'immunità contro i quattro tipi di HPV contenuti nei vaccini; per ora ci sono esperienze di controllo della attività vaccinale fino a 5 anni; da qui l'eventualità di somministrazioni di richiamo (per il momento il problema e' ancora aperto);*
5. *le giovani e le donne immunosopresse/immunodepresse (ad esempio le donne HIV-positivo) possono ricevere il vaccino, ma possono avere una risposta immunitaria minore e dunque minore efficacia protettiva.*

• Considerazioni per la donna

Occorre dunque che il ginecologo ricordi alla donna alcuni punti:

1. *il vaccino ha solo capacità preventiva verso i due o quattro genotipi di HPV presenti nel vaccino (a seconda del tipo di vaccino utilizzato) e sulle loro possibili conseguenze cliniche;*
2. *il vaccino non ha alcuna capacità terapeutica (cioe' non ha capacità di cura quando questi problemi siano già presenti) contro i tumori del collo dell'utero, ne' contro i condilomi genitali;*
3. *l'attenzione sui tumori del collo dell'utero, sui suoi precursori e sulle sue diverse forme, non puo' mai*

essere sospesa; e' dunque corretto che, vaccinata o non vaccinata, la donna esegua sistematicamente il PAP-test, seguendo regolarmente i progetti di screening, laddove attivati;

4. *non va mai ridotta l'attenzione verso tutte le malattie sessualmente trasmesse.*

• Conclusioni

Il vaccino contro alcuni tipi di HPV apre nuove prospettive nell'ambito della medicina, essendo al momento l'unico vaccino in grado di prevenire dei tumori. In questo senso apre una nuova strada.

E' in ogni caso corretto che la donna esegua regolarmente il PAP-test.

Il vaccino per l'HPV risultera' certamente di grande impatto medico e sociale, ma restano ancora aperti alcuni problemi, la cui soluzione potra' venire solo dal procedere della esperienza e dalla valutazione degli studi in corso.

[EMILIO ARISI]

Luoghi di Prevenzione è un Centro Regionale di Didattica Multimediale per la *Promozione della Salute la cui gestione locale* è curata da Ausl di R.E., Comune di Reggio Emilia, Provincia di Reggio Emilia e Lega contro i Tumori Onlus di Reggio Emilia, Sez. Prov.le della LILT in collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio (*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scienze della Formazione e Scienze della Comunicazione e dell'Economia*).

La nuova sede di Luoghi di Prevenzione, consente una offerta ampliata e approfondita di strumenti e giochi didattici, video e documentari, materiale per l'informazione e l'aggiornamento professionale per insegnanti, operatori socio-sanitari, educatori ambientali, esponenti del volontariato sociale, imprese private.

I percorsi di Promozione della Salute trattati nel Centro riguardano questi temi:

- Salute e sui determinanti
- Componenti biologiche, psicologiche, sociali e relazionali della salute
- Salute e acquisizione di competenze trasversali nella precisazione dell'identità personale Salute, ambiente e sviluppo sostenibile
- Dinamiche relazionali all'interno dei gruppi
- Interculturalità
- Fumo di sigaretta
- Alcol
- Alimentazione
- Disturbi del comportamento alimentare
- Prevenzione oncologica
- I progressi delle neuroscienze per la comprensione dell'identità personale.

A **Luoghi di Prevenzione** si realizzano percorsi di formazione/formatori e iniziative di aggiornamento per Aziende Sanitarie Locali, Comuni e Associazioni, Studenti Universitari, Imprese Private, Consigli di classe e Collegi Docenti.

Il Centro è dotato di percorsi interdisciplinari che utilizzano laboratori, giochi, approfondimenti scientifici avvalendosi dei linguaggi informatico, neurobiologico, psicologico, letterario, musicale, metaforico.

Luoghi di prevenzione offre, in sintesi, le seguenti possibilità:

- Aggiornamento e raccolta di documentazione originale ed innovativa sulla multimedialità applicata alla prevenzione.
- Strumenti metodologici per la realizzazione di moduli didattici di promozione della salute rivolti a tutti i docenti nel rispetto delle competenze disciplinari.
- Completamento di un percorso di formazione universitaria negli ambiti sanitario/assistenziale, pedagogico/formativo e della comunicazione scientifica. Approfondimento multidisciplinare e supporto motivazionale all'intervento attivo e responsabile riguardo a stili di vita e prevenzione del rischio, comporta-

menti su fumo, alcol, ambiente, alimentazione per le scuole secondarie di secondo grado

- Opportunità per affrontare in modo innovativo, ludico e coinvolgente temi che appartengono alla didattica curricolare delle discipline scientifiche per scuole secondarie di primo grado.

- Attenzione alla dimensione simbolica per l'esplorazione della relazione salute e infanzia nelle scuole primarie.

Luoghi di Prevenzione è una proposta rivolta a individui e a gruppi per iniziare o approfondire una riflessione sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, ambiente e consapevolezza nella scelta.

Auspichiamo pertanto che **Luoghi di Prevenzione** costituisca una meta importante per giovani, docenti, famiglie, operatori socio-sanitari, terzo settore e imprese private e che ognuno dei destinatari citati vi trovi declinate la cura per prevenzione e la prevenzione che diventa cura di sé e degli altri.

L'apertura e l'ampliamento di un Centro con queste caratteristiche è stato reso possibile da una duratura e proficua collaborazione fra le Istituzioni, impegnate a garantire servizi per la qualità della prevenzione, della informazione e dell'assistenza.

[DANIELA RICCÓ]
Direttore Sanitario Azienda USL di Reggio Emilia

[ROBERTO PRATI]
Presidente Lega contro i Tumori Onlus di Reggio Emilia